

ISSN: 2446-4813

Revista Saúde em Redes

Anais do 12^a Congresso Internacional da Rede UNIDA
v.2, n.1, Suplemento, 2016

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staeve Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Arte gráfica – Capa

Coral Michelin Basso

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Revisão de português e ABNT

Silvana Regina Silva Vieira

Copyright © 2016 by Associação Brasileira da Rede UNIDA

Revista Saúde em Redes

ISSN: 2446-4813

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n1suplem>

Presidente do 12º Congresso Internacional da Rede UNIDA:

Vera Lucia Kodjaoglanian (Fiocruz/MS)

Comissão Local:

Adriane Pires Batiston (UFMS)

Alessandro Diogo de Carli (UFMS)

Arthur de Almeida Medeiros (UFMS)

Carlos Tavares (UCDB)

Fernando Pierette Ferrari (UFMS)

Lais Alves Bonilha (UFMS)

Leila Foerster Meroy (UFMS)

Luciana Contrera (UFMS)

Maineide Zanoto (UCDB)

Mara Lisiane de Moraes dos Santos (UFMS)

Vera Lucia Kodjaoglanian (Fiocruz/MS)

Comissão Científica:

Ana Cristina Bortolasse Farias (Secretaria de Saúde de Ivinhema)

Andréia Queiroz Cardoso (UFMS)

Arthur Medeiros (UFMS)

Bianca Cristina Ciccone Giacon (UFMS)

Débora Cardozo Bonfim Carbone (UCDB)

Débora Dupas do Nascimento (Fiocruz/MS)

Edgar Oshiro (Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul)

Elisete Casotti (UFF-RJ)

Erika Kaneta Ferri (UEMS)

Gabriel Luis Nolasco (UFMS)

Gisela Maria Azambuja de Oliveira (Fiocruz/MS)

Josiel Elisandro Werle (UFMS)

Karine Ferreira da Costa (UCDB)

Kassandhra Pereira Zolin (UFMS)

Leila Simone Foerster Meroy (UFMS)

Luciana Contrera (UFMS)

Luciana Venhofen Tavares (UCDB)

Lucimara Magalhães (Secretaria de Saúde de Campo Grande)

Maineide Zanoto Velasques (UCDB)

Mara Lisiane de Moraes dos Santos (UFMS)

Maria das Graças Rojas Soto (Fiocruz/MS)

Maria de Lourdes Oshiro (Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul)

Maria Leonete Simioli da Paz (Secretaria de Saúde de Campo Grande)

Melina Raquel Theobald (Hospital Regional de Campo Grande)

Nathan Aratani (UFMS)

Patricia Albuquerque (SMS-RJ)

Patricia Moita Garcia Kawakama (UFMS)

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

Priscila Maria Marcheti Fiorin (UFMS)
Silvana Dias Correia Godoi (Hospital Regional de Dourados)
Silvia Helena Mendonça de Moraes (Fiocruz/MS)
Ursulla Vilella Andrade (UCDB)
Willian Goes Abbade (UNIDERP)

Eixo Trabalho – Adriana Flores (UCDB) e Alexandre Machado (UCDB)
Eixo Educação – Artur Medeiros (UFMS) e Luciana Tavares (UCDB)
Eixo Gestão – Karine Costa (UCDB) e Débora Bonfim Carbone (UCDB)
Eixo Participação – Lais Alves Bonilha (UFMS) e Fernando Pierette Ferrari (UFMS)
Eixo Rede UNIDA – Adriane Pires Batiston (UFMS)
Rotas Críticas – Stela Nazareth Meneguel (UFRGS)

12º CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, DE 21 A 24 DE MARÇO DE 2016, NA UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO, EM CAMPO GRANDE, NO MATO GROSSO DO SUL

Prezados (as) Colegas,

Em sua 12ª edição, o Congresso Internacional da Rede UNIDA, que aconteceu entre os 21 e 24 de março de 2016, em Campo Grande, no Mato Grosso do Sul, trouxe como tema central “Diferença sim, desigualdade não: pluralidade na invenção da vida.” para iluminar o debate sobre a pluralidade da construção dos processos críticos-reflexivos no agir, no ensinar, no aprender e no produzir a saúde, que emergem como necessidades elementares para o fortalecimento do SUS e da Sociedade.

Além disso, o tema central visou valorizar a vida, enquanto representação da diversidade e também da singularidade, que se apresenta como um grande desafio no cotidiano, que nos confronta enquanto atores sociais. E, a partir disto, nos deixa a indagação: “Como potencializar a interação social no sentido do respeito ao outro, à saúde e à vida?”.

O amadurecimento das ações da Rede UNIDA, nos últimos anos, junto à expressiva e crescente participação do Centro-Oeste nos Encontros Regionais e Congressos Internacionais, desde 2009, fizeram com que a Coordenação Nacional escolhesse Mato Grosso do Sul para realizar o primeiro grande evento Internacional da Rede UNIDA, na Região. E a oportunidade de trazer o evento para um espaço universitário, consubstanciado pelo convite da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) para sediar o Congresso, reforçou esta decisão.

Aqui, divulgamos uma amostra da diversidade fomentada pelo tema do evento a partir dos trabalhos acadêmicos e relatos de experiências, cuidadosamente organizados em eixos (Controle Social e Participação Popular; Educação; Gestão; Rotas Críticas; Trabalho), que em conjuntos com as Oficinas, Mostras, Fóruns Internacionais, Seminários e um sem número de atividades transformaram a 12ª edição do Congresso em um grande “Condomínio da Saúde”. Boa leitura a todos e todas!

Eixo Controle Social e Participação Popular - resumo simples

Trabalhos de Pesquisa.....	9
Relatos de Experiências.....	47

Eixo Controle Social e Participação Popular - resumo expandido

Trabalhos de Pesquisa.....	117
Relatos de Experiências.....	193

Eixo Educação - resumo simples

Trabalhos de Pesquisa.....	277
Relatos de Experiências.....	463

Eixo Educação - resumo expandido

Trabalhos de Pesquisa.....	946
Relatos de Experiências.....	1312

Eixo Gestão - resumo simples

Trabalhos de Pesquisa.....	1941
Relatos de Experiências.....	2030

Eixo Gestão - resumo expandido

Trabalhos de Pesquisa.....	2088
Relatos de Experiências.....	2276

Eixo Rotas Críticas - resumo simples

Trabalhos de Pesquisa.....	2333
Relatos de Experiências.....	2356

Eixo Rotas Críticas - resumo expandido

Trabalhos de Pesquisa.....	2364
Relatos de Experiências.....	2404

Eixo Trabalho - resumo simples

Trabalhos de Pesquisa.....	2420
Relatos de Experiências.....	2698

Eixo Trabalho - resumo expandido

Trabalhos de Pesquisa.....	2917
Relatos de Experiências.....	3314

Eixo Controle Social e Participação Popular - resumo simples

Trabalhos de Pesquisa

(IN)FORMAÇÃO COMO FERRAMENTA DE AÇÃO PARA O CONTROLE SOCIAL: REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA CONSELHEIROS DE SAÚDE

Andre Phylippe Dantas Barros, Aline Blaya Martins

Palavras-chave: Educação permanente, Controle social, Conselheiros de saúde, Participação social

APRESENTAÇÃO: A 8^a Conferência Nacional de Saúde foi um grande marco na história da participação social do Brasil pois, com o fim da ditadura militar, foi a primeira aberta à sociedade com enorme participação entre delegados e observadores que se reuniram para discutir a saúde do país (1). As propostas aprovadas foram contempladas na promulgação da Constituição Federal de 1988 e na formulação de políticas que regulamentaram e fortaleceram a participação popular no processo de construção e democratização do SUS. Desde então, a participação popular na gestão do SUS é regulamentada pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, garantindo ao usuário a participação no monitoramento da gestão e dos recursos financeiros na área da saúde, assim o usuário deixa de ser apenas paciente e passa a representar a população na luta pelos seus direitos auxiliando no constante processo de construção do SUS. Através do Pacto pela Saúde (2) em 2006, a participação e controle social recebe apoio dos gestores, com isso a Política Nacional

de Educação Permanente para o Controle Social é implementada passando a ser incentivada e qualificando a participação social por meio da formação de conselheiros para que estes possam exercer plenamente seus papéis. Nesta perspectiva, realizou-se um levantamento das produções científicas acerca dos processos de educação permanente voltados para o Controle Social, identificando os fatores que interferem na atuação dos conselheiros neste âmbito do SUS. Desenvolvimento: Trata-se de uma revisão integrativa cuja busca foi realizada na BIREME, utilizando-se os seguintes descritores com conectivos booleanos: "Educação Permanente" AND ("Controle Social" OR "Conselhos de Saúde"). Foram considerados para esta pesquisa artigos científicos publicados a partir de 2007 com resumo e texto completos disponíveis nas seguintes bases de dados: BDNF, SciELO, LILACS, MEDLINE e Index Psicologia. **RESULTADOS:** Localizaram-se inicialmente 96 artigos, dos quais 88 não atendiam aos objetivos propostos, sendo a amostra final composta por oito artigos. Destes, a maioria foi publicada na Revista Saúde e Sociedade, com autoria de profissionais diversificados na área da saúde, inclusive de Secretarias Municipais de Saúde. Os artigos foram analisados de modo que os dados foram agrupados em três temas: Democracia e cidadania no exercício do controle social; Informação como ferramenta estratégica de ação; e Políticas públicas em defesa do SUS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi possível observar o quão importante e necessário é a implementação de estratégias de educação permanente para os conselheiros de saúde, visto que a (in)formação destes cidadãos os torna um grupo mais fortalecido, crítico e emancipado, reduzindo a fragilidade diante do exercício de fiscalização, controle e monitoramento das decisões do poder público. Nessa conjuntura, a educação permanente voltada para a assunção e o

exercício do Controle Social traduz-se em um importante instrumento no fortalecimento da democracia participativa, auxiliando e fundamentando os processos deliberativos, e garantindo mais autonomia, envolvimento e protagonismo dos cidadãos.

A AGROECOLOGIA COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

Gisele Becker, Gladys Brodersen, Márcia Gilmaria Marian Vieira

Palavras-chave: Promoção da saúde, Agroecologia, Desenvolvimento social

INTRODUÇÃO: A partir da participação em vários projetos de pesquisa realizados em uma comunidade de agricultores agroecológicos dos municípios de Anitápolis e Santa Rosa de Lima, localizados nas Encostas da Serra Geral Catarinense – Santa Catarina tornou-se evidente que os agricultores ao terem realizado a transição do modelo de produção da agricultura convencional para a agroecologia, se estruturaram socialmente de forma a manterem-se no campo, tendo poder de decisão sobre suas vidas, escolhas e futuro. Além disto, a percepção dos mesmos sob sua saúde apontava que com houve uma transformação positiva neste aspecto de suas vidas. Assim, registrar e contar o processo que envolveu esta transição e os benefícios obtidos representou um desafio a ser realizado a fim de resgatar e perpetuar a história destas pessoas que foram agentes transformadoras de seu próprio destino, servindo também de incentivo a outros grupos que desejam uma alternativa ao seu estilo de vida e produção agrícola. **OBJETIVO:** Reconstruir o percurso histórico da inserção dos agricultores em um modelo diferenciado de organização social, identificando as repercussões que o modelo agroecológico

provocou na realidade dos agricultores. **METODOLOGIA:** Neste estudo optou-se pelo uso da modalidade de História Oral Temática, tal entrevista possui característica de depoimento, não abrangendo a totalidade da existência do informante. Assim, foi realizada uma entrevista individualmente com agricultores que participam da Associação de Agricultores Agroecológicos Acolhida na Colônia. Nesta entrevista obtiveram-se depoimentos de caráter temático com foco no percurso histórico da inserção dos mesmos na Associação, como nas repercussões que o modelo agroecológico provocou na realidade de vida dos mesmos. **RESULTADOS:** A partir dos depoimentos evidenciou-se que a mudança na realidade de vida dos agricultores promoveu principalmente um sentimento de pertencimento deles sobre o campo, onde a produção alimentos sem agrotóxicos e preservação do meio ambiente deu-lhes outro sentido de cidadania. A promoção da saúde foi citada como o principal objetivo a ser atingido, melhorar a própria saúde, da família e comunidade foi o ponto chave que estimulou a transição de modelo de produção. O conhecimento sobre saúde e meio ambiente adquirido a partir da agroecologia também foi amplamente citado como uma grande conquista, assim como o acesso ao ensino superior por parte de alguns agricultores e seus filhos. Da mesma forma, o desejo dos filhos em retornar as propriedades após seus estudos concluídos é ponto de muito orgulho e sentimento de dever cumprido entre os entrevistados. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Resgatar a história destes agricultores consiste em uma importante ferramenta para o trabalho com outras comunidades agrícolas que desejam modificar seu estilo de vida e de produção. Sendo este um processo demorado e com retorno financeiro não imediato. É importante mostrar que mesmo assim é uma transformação que dá certo e que traz

inúmeros outros benefícios além da renda imediata, estimulando assim nas pessoas a reflexão sobre saúde e sociedade e a importância disto na vida de cada um.

A MILITÂNCIA NA FORMAÇÃO DE LIDERANÇAS E ATIVISTAS LGBT PARA CONTROLE SOCIAL NO SUS

Aldair Weber, Lucas Guerra da Silva, Maria Elisabeth Kleba

Palavras-chave: LGBT, Controle social, Saúde

INTRODUÇÃO: Levando em consideração que desde a Constituição Federal de 1988 todos os brasileiros e também pessoas em território brasileiro tem direito a atenção integral em saúde, de forma gratuita, em tempo adequado, sempre prestando atenção às demandas específicas da sua condição; e levando em consideração os esforços do Governo Federal em implantar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde LGBT como forma de combater a iniquidade em saúde sofrida por essa população, percebemos que são necessários esforços, por parte da própria sociedade civil, e entidades de representação dessa comunidade, para realizar ações/intervenções, que tenham o objetivo de efetivar essa Política. **OBJETIVO:** Fortalecer a capacidade das lideranças e ativistas LGBT da cidade de Chapecó para o exercício do controle social no SUS, com vistas a efetivar as garantias em saúde propostas pela Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Tais esforços são necessários para que superemos alguns nós críticos evidentes, como a dificuldade de organização e mobilização desta população, em geral marginalizada, e com maiores riscos de vida, e que não tem o hábito de procurar serviços de saúde pública, pelo processo histórico de opressão que vem sofrendo. **METODOLOGIA:** O método

utilizado para a realização da pesquisa será a “Pesquisa-ação”, que proporcionará aos sujeitos envolvidos a construção coletiva das estratégias adotadas para a entrada no Conselho Municipal de Saúde, bem como na efetivação dos momentos de formação e capacitação. Todos os processos serão construídos coletivamente, e o autor do projeto estará diretamente envolvido com os sujeitos no decorrer de todos os passos da pesquisa. A pesquisa iniciará em maio de 2015, e terminará em maio de 2016, sendo apresentada para a banca em junho do mesmo ano. A pesquisa também será apresentada em eventos, e manuscritos serão enviados para posteriores publicações em revistas ainda por ser definidas. **RESULTADOS PRETENDIDOS:** Pretende-se capacitar lideranças LGBT da cidade de Chapecó de todos os segmentos da comunidade, e que como resultado, essas lideranças selecionadas e capacitadas serão capazes de reconhecer a importância do controle social, e que entendam a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de LGBT. Também temos como meta que as pessoas que sejam capacitadas consigam construir estratégias de inserção no Conselho Municipal de Saúde, e consigam levantar suas propostas, baseadas na Política Nacional, nesse espaço, para exercer de fato o controle social no contexto da saúde pública municipal. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Desenvolver esse projeto contribuirá para, além de formar nossas lideranças LGBT de Chapecó, também mapear e discutir as efetividades, e também dificuldades na aplicação da política, e no impacto que essa execução (ou falta de) causa no próprio acesso dos usuários aos espaços de saúde pública da cidade. Além disso, poderá ajudar a organizar estratégias de enfrentamento das dificuldades, a partir da permanência desse grupo de lideranças ou ativistas LGBT, nos espaços de controle social, como o Conselho de Saúde.

A PARTICIPAÇÃO POPULAR E O CONTROLE SOCIAL MONITORADOS PELO OBSERVATÓRIO DO CONTROLE SOCIAL DO SUS. PUC MINAS BETIM

Lucas Rodrigues Reis, Rhayane Maria Medeiros Ribeiro do Carmo, Maria da Consolação Magalhães Cunha

Palavras-chave: Controle Social, Participação Popular, Cidadania, Políticas de Saúde

APRESENTAÇÃO: Na história da saúde pública do país, o controle social se apresenta como o maior instrumento de defesa social do Sistema Único de Saúde -SUS, o que significa a sociedade participando da luta pela democracia, pela qualidade de vida e defesa de uma política de saúde transparente. Evidencia-se a ação dos atores sociais na fiscalização dos direitos da comunidade na perspectiva da garantia do acesso aos serviços de saúde defendendo os princípios e diretrizes que norteiam o SUS. Os objetivos deste trabalho foram discutir os mecanismos de controle social existentes e a participação popular no SUS, contribuindo para o debate sobre políticas de saúde. **Metodologia:** Este trabalho foi desenvolvido pelo Projeto de Extensão Observatório do Controle Social do SUS da PUC Minas Betim (OBCS/SUS) com recursos do Ministério da Saúde no período de 2012 a 2014. Neste trabalho foi realizado estudos em três linhas de ação; pesquisa, monitoramento de situações de saúde e capacitação de conselheiros de saúde, alunos e do público em geral. Para o cumprimento dos objetivos os alunos participam de reuniões do Conselho Municipal de Saúde, das Conferências de Saúde, de debates públicos, fóruns e discussões no âmbito da universidade. Para fundamentar teoricamente as experiências vivenciadas nos cenários de prática foi realizado revisão bibliográfica sistemática,

em artigos científicos de periódicos nacionais e internacionais, disponíveis nas bases eletrônicas Medline, Lilacs e PubMed. As palavras chaves utilizadas na busca foram controle Social, Participação Popular, Cidadania, Políticas de Saúde. **Resultados:** A pesquisa se desenvolveu a partir dos dados coletados do projeto de 2008 a 2014. Como resultados identificou-se que o conselho municipal de saúde pesquisado atua na elaboração de estratégias e no controle da execução da política de saúde, bem como, na avaliação desta a partir da realização das conferências e da atuação do CMS. No entanto, os mecanismos de divulgação das ações do CMS e o conhecimento dos conselheiros sobre o financiamento do SUS foram limitados, assim como o conhecimento sobre as fontes de financiamento e as normas de aplicação de recursos. Em decorrência desses fatores o controle social também perde sua função original e compromete a organização da luta pela melhoria da qualidade da saúde e de vida no sistema brasileiro. A partir da necessidade da criação de espaços para a consolidação do SUS, alunos extensionistas, professores e preceptores buscaram ações que levassem à apropriação, por parte da população, dos direitos constitucionais à saúde. Cumprindo suas metas o Projeto OBCS/SUS desenvolveu, no período analisado, cinco Encontros de Saúde e Cidadania, realizou onze oficinas com alunos da PUC Betim, trabalhou com oficinas de sensibilização de conselheiros e da população em geral. **Conclusão:** Denota-se a importância da participação da população, dos profissionais das diferentes áreas da saúde e da gestão do SUS para consolidação da defesa das diretrizes das políticas públicas de saúde. Estas atividades cumpriram os objetivos de divulgar o Projeto OBCS/SUS na universidade promovendo a manutenção do controle social.

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL COMO FORMA DE EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Marcia Guimarães, Ricardo Stanziola Vieira

Palavras-chave: Direito à Saúde, Participação Social, Controle Social

APRESENTAÇÃO: Trata-se de uma pesquisa que tem por objetivo mostrar como está a participação social no tocante as Políticas públicas de Saúde na Cidade de Itajaí/SC, uma vez que a participação social é uma ferramenta importante para a efetivação do Direito à Saúde. Quando se ouve falar em Direito à Saúde subentende-se que este direito garantido pela Constituição de 1988 deva ser efetivado pelo Poder Público sem a necessidade de intervenção da comunidade. Ocorre que muitas vezes ele não é efetivado e o cidadão precisa se valer dos meios de controle social, quais sejam: Conselho Local de Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Conferência de Saúde. O objetivo geral do trabalho é investigar como foi a participação da comunidade Itajaíense na 7^a Conferência Municipal de Saúde em todas as suas etapas e quais contribuições trouxeram no que tange aos eixos referente ao direito à saúde (eixo 1) e participação social (eixo 2). **DESENVOLVIMENTO:** A pesquisa será exploratória e envolverá levantamento bibliográfico no que tange aos temas abordados, bem como se realizará um estudo de caso onde se analisará como se deu a participação da comunidade em todas as etapas da 7^a Conferência Municipal de Saúde de Itajaí/SC, etapas estas que envolvem as pré-conferências nos bairros e a etapa municipal. **IMPACTOS:** Com a referida pesquisa foi possível perceber que a legislação pátria é vasta em normativas no que tange a participação social na saúde. A própria Constituição de 1988 trouxe no seu artigo 198 a participação da comunidade como uma diretriz para as ações de serviços de saúde e a lei 8142/90 veio para normatizar

a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Ocorre que a população ainda não está familiarizada com os meios de controle social e não participam ativamente, seja por falta de incentivo do gestor público que não informa a população de seus direitos; pelo fato da população estar cansada de reclamar e não ser ouvida; bem como falta de interesse de uma geração de pessoas que muitas vezes preferem usar os meios de comunicação para protestar sem sair do conforto do lar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Assim a pesquisa tem como intenção mostrar a população quais são seus direitos relacionados à saúde e incentivá-las a usar os meios de controle social para cobrar do Gestor Público soluções para os problemas de saúde da comunidade. Pois, somente com a participação ativa da comunidade nos conselhos e conferências de saúde é que teremos a efetivação do Direito à Saúde previsto no art.196 da Constituição Cidadã de 1988.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A IMPORTÂNCIA DOS SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS

Ana Neres Neres Aquino de Lima, Ivanna Borges Colaço

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica, Desinstitucionalização, Serviços substitutivos, CAPS

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, decorrente do movimento da Reforma Sanitária nos anos 70, propôs um novo estatuto social para o doente mental frente à garantia de cidadania, respeito a seus direitos e a sua individualidade. Esta Reforma influenciou a implantação dos serviços CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), utilizando-se de diversos recursos como atividades de projeto terapêutico singular, propondo a reabilitação psicossocial do usuário e reinserção do

indivíduo na sociedade junto à família e comunidade, ou seja, proporcionando mais que um novo olhar sobre o sujeito em sofrimento mental, intervindo em princípios como a integralidade e intersetorialidade na promoção em saúde. A partir de uma Revisão de literatura acerca do processo de desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos, analisou-se a importância do desenvolvimento de serviços que pudessem substituir este modelo. No período de fevereiro à junho de 2015, com os descritores Desinstitucionalização e CAPS, 32 artigos articulados à Reforma Psiquiátrica na BVS foram pesquisados. A Reforma Psiquiátrica incidiu um novo olhar sobre as pessoas com transtornos mentais, não apenas pela conquista e implementação de uma Política Pública, mas especialmente, pelo fortalecimento da ampliação da rede de Saúde Mental na Atenção Básica. A assistencialização e a descentralização dos CAPS repercutem sobre a identificação de demanda, acolhimento, cuidado e acompanhamento familiar como suporte integral desses serviços substitutivos, com uma perspectiva humanizadora da desospitalização.

A UTILIZAÇÃO DE TÉCNICAS DE DIAGNÓSTICO RURAL PARTICIPATIVO EM OFICINAS DE CONSTRUÇÃO DE MATERIALEUCATIVOPARAPREVENÇÃO E CONTROLE DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NA TERRA INDÍGENA XAKRIABÁ

Juliana Lúcia Costa Santos, Marilene Barros de Melo, Ana Flávia Quintão Fonseca, Érica Dumont Pena, Raquel Aparecida Ferreira

Palavras-chave: Leishmaniose Tegumentar Americana, Prevenção, Participação Popular

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença em expansão na Terra

Indígena (TI) Xakriabá e de difícil controle, devido às características ambientais, sociais e culturais da região. Entre os anos de 2011 e 2013 foi realizado um estudo com o desenvolvimento de uma cartilha, na estrutura de narrativa, sobre as formas de prevenção e controle da LTA, com a participação de representantes da população de duas aldeias de maior casuística da doença na TI. Atualmente, um novo trabalho vem sendo realizado em todos os pólos de Saúde/Educação da região, visando à construção de estratégias complementares de utilização dessa cartilha em toda TI. Seguindo ainda uma perspectiva de participação popular, foram usadas duas ferramentas de Diagnóstico Popular Participativo (DRP), o Mapa Falado e a Matriz de Prioridade, em oficinas voltadas à elaboração dessas estratégias. A primeira é uma técnica de caráter exploratório, que consiste na produção conjunta de mapas, utilizando elementos encontrados no próprio ambiente ou materiais fornecidos por pesquisadores. A segunda permite estabelecer uma hierarquia de problemas identificados em uma determinada comunidade, fazendo os participantes refletirem sobre a priorização a ser dada nas soluções dos problemas encontrados. O dispositivo de mapeamento territorial propiciou uma discussão ampliada sobre as características ambientais, físicas e sociais do território, que possuem grande relação com a transmissão da doença. Os mapas buscaram retratar a realidade de cada um dos nove pólos de Saúde/Educação que integram a comunidade. O desenvolvimento dessa técnica foi registrado através de gravações, que foram transcritas e analisadas. A partir das análises das transcrições foram definidas algumas unidades temáticas, que caracterizaram o material, tais como, a importância da água, a seca, a vegetação, a poluição ambiental, o trabalho, moradia, a saúde, entre outras.

Com essas unidades foi construída uma matriz de prioridade adaptada, onde os participantes, em cada pólo, hierarquizaram aquelas unidades que julgaram ter maior grau de relação com a LTA. A utilização dessas duas ferramentas de DRP promoveu, além de um reconhecimento territorial, uma reflexão sobre a relação de seus elementos com a doença, o que subsidiou, num segundo momento de oficina, a construção de estratégias complementares de forma a explorar o conteúdo da cartilha. Os participantes esboçaram diversas propostas de atividades lúdicas e pedagógicas, como também de material informativo, tais como cantigas, brincadeiras de roda, jogos de tabuleiro, gráficos de prevalência, dentre outras. O próximo passo da pesquisa será a produção de protótipos dos materiais produzidos, que serão testados e validados nas escolas, unidades de saúde e outros espaços de interlocução da comunidade local. Conclui-se que o uso de técnicas de DRP nas oficinas de construção de material educativo para prevenção e controle da LTA foi fundamental para o reconhecimento do coletivo de participantes da pesquisa quanto às especificidades de seu território, em sua dimensão humana, ecológica, ética e política e, a partir delas construir ferramentas que possam colaborar no controle e prevenção da LTA.

AGRICULTURA URBANA COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E SAUDÁVEL

Laisa Stefani da Silva Neves, Juliana Pereira Casemiro, Thalita Magdalena dos Santos, Cláudia Valéria Cardim da Silva

Palavras-chave: Participação Popular, Promoção da Saúde, Agricultura Urbana

INTRODUÇÃO: A aproximação entre produção e consumo de alimentos tem sido

estratégia incentivada por políticas públicas relacionadas à Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS). Em experiência de estágio em Nutrição em Saúde Coletiva os quintais foram identificados como espaços privilegiados para promover saúde, direitos e cidadania a partir do seu território. OBJETIVO: Apresentar uma experiência de implantação de horta comunitária na perspectiva da Agricultura Urbana e suas contribuições para PAAS. MÉTODOS: Trata-se de estudo qualitativo, realizado com Agentes Comunitários de Saúde e Associação de Moradores de um município da região metropolitana do Rio de Janeiro, utilizando técnicas de observação participante e Grupo Focal. RESULTADOS: O reconhecimento do território foi utilizado como eixo condutor para as atividades. O local onde a experiência foi desenvolvida não dispõe de mercados ou outros pontos de venda que comercializem frutas e hortaliças o que torna menos factível a adoção de padrões saudáveis de alimentação. Através de visita domiciliar e rodas de conversa foi identificada a possibilidade de revitalização de uma horta comunitária no bairro por meio e mutirão. As ferramentas utilizadas foram dos próprios moradores e apoio técnico de graduandos de nutrição e agronomia. A experiência de implantação da horta nos permitiu organizar e iniciar uma ação de PAAS, apoiando os sujeitos a adotarem modos de vida mais saudáveis e a revalorização dos quintais. CONCLUSÕES: A perspectiva da Agricultura Urbana contribui para um olhar sensível para o território e seus quintais. A implantação da horta demonstrou potencial facilitador para o acesso a alimentos saudáveis por permitir que famílias pobres moradoras de áreas urbanas produzam para autoconsumo, fortaleçam a organização comunitária e criem possibilidades de gerar renda, além de incentivar mecanismos de troca e experiência de economia solidária. Demonstrou ainda que possa ser importante

estratégia para apoiar os sujeitos a identificar potencialidades e analisar de forma crítica a realidade local, além de contribuir para a redução da prevalência do sobrepeso, obesidade, e doenças relacionadas à alimentação e nutrição.

ANÁLISE DAS FUNÇÕES COGNITIVAS PRÉ-FRONTAIS EM PACIENTES COM A DOENÇA DE PARKINSON NAS FASES ON E OFF DA MEDICAÇÃO

Thaís Cardoso da Silva, Lilian Assunção Felipe

Palavras-chave: Doença de Parkinson, medicamento, idosos, demência, cognitivo

INTRODUÇÃO: O envelhecimento da população vem formando um novo perfil epidemiológico, caracterizado pelo volume crescente de doenças crônicas e degenerativas, como a doença de Parkinson (DP). Essa está entre as doenças neurodegenerativas de maior incidência em pessoas idosas. A DP é considerada a segunda doença neurodegenerativa de maior prevalência depois da doença de Alzheimer. A perda motora progressiva é a um dos principais acometimentos da doença, pois leva a deterioração da qualidade de vida dos pacientes, e em estágios mais avançados, a exclusão social. Em relação às alterações cognitivas, a demência associada à DP é a manifestação mais grave e que aumenta o risco de morte. Quando a demência desenvolve-se nos primeiros 12 meses de evolução da doença, preenche-se o critério para o diagnóstico de demência de corpos de Lewy. **Objetivo:** Avaliar as funções cognitivas pré-frontais de pacientes com doenças de Parkinson (DP) nas fases On e Off da medicação. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado com pacientes acometidos pela doença Parkinson, onde foi avaliado o estado

cognitivo nas fases On e Off da medicação. O critério de inclusão adotado foi: idosos diagnosticados com DP que se encontram nos estágios 2, 3 ou 4 da Escala de Hoehn-Yar. Dentre os critérios de exclusão temos pacientes com disfunção osteomioarticular e pacientes com amaurose, congênita ou adquirida. Foi aplicado o teste MEEM (Mini Exame de Estado Mental) nas fases On e Off da medicação. A análise foi feita no programa estatístico Sigma Plot, versão 12.5, considerando um nível de significância de 5%. Resultados: A amostra foi composta por 5 mulheres (35,7%) e 9 homens (64,3%). Em relação às funções cognitivas pré-frontais, foi observado que os pacientes em estado On obtiveram a média de 23,86±1,41 pontos (média±erro padrão da média) de acertos no teste do MEEM, e os pacientes em fase Off obtiveram 24,36±0,89 pontos. O valor de p no teste t-student pareado foi de 0,745 (p=0,745), ou seja, não há diferença significativa entre os estados On e Off, em relação ao score no MEEM. Conclusão: Mesmo não apresentando diferença significativa, os dados apontam que pacientes no estado Off apresentaram uma maior pontuação, isso pode ser indicativo de que a medicação pode causar uma melhora nos sintomas e sinais motores, porém, em contra partida, não alterar ou diminuir as funções cognitivas do paciente.

ANÁLISE DO EFEITO DO MÉTODO PILATES NO ALINHAMENTO CORPORAL DE IDOSAS DA COMUNIDADE DO BAIRRO SÃO PEDRO EM TERESINA-PI

Luciane Marta Neiva de Oliveira, Michelle Vicente Torres, Felipe Aurélio Nunes de Sousa, Joseane do Nascimento Muniz, Jany Aline Alencar de Oliveira, Fernanda de Sousa Nunes

Palavras-chave: Exercício, idoso, postura

A nova realidade mundial despertou o interesse na busca por técnicas e métodos que procurem minimizar os efeitos fisiológicos do envelhecimento, dentre eles o Método Pilates, um sistema de condicionamento físico que integra o corpo e a mente com a prática de exercícios que visam melhorar a postura, equilíbrio, força muscular e flexibilidade podendo ser utilizado de forma eficaz na manutenção da capacidade funcional prevenindo quedas e doenças crônico-degenerativas nos idosos. O presente estudo teve como objetivo verificar o efeito do Método Pilates sobre variáveis do perfil postural em idosas na comunidade do bairro São Pedro em Teresina-PI. Realizou-se um estudo controlado, analítico, prospectivo e de intervenção com uma abordagem quantitativa utilizando-se uma amostra de 40 idosas do sexo feminino, com idade acima de 60 anos, sendo 30 do grupo intervenção e 30 do grupo controle. As idosas foram avaliadas através da biofotogrametria utilizando-se o software de avaliação postural SAPO. O grupo intervenção foi submetido a um protocolo de 12 exercícios do Método Pilates, realizados em solo, duas vezes por semana, com duração de 50 minutos, durante 12 semanas. Para a comparação das variáveis entre os grupos utilizou-se análise estatística não paramétrica aplicando-se o teste U Mann-Whitney com um valor de $p \leq 0,05$ para nível de significância. Os resultados obtidos mostraram que, na visão anterior, no momento antes da intervenção a distância entre os acrômios, epicôndilos e processo estiloide foram menores no grupo controle, em relação ao grupo Pilates, no entanto após a intervenção não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Na visão posterior observou-se uma diferença estatisticamente significativa somente nas variáveis: distância ângulo superior da escápula ($p=0,01$) e distância

ângulo inferior da escápula ($p=0,02$) do grupo intervenção em relação ao grupo controle quando comparados nos momentos antes e após. Concluiu-se que o Método Pilates promoveu efeito positivo em algumas variáveis do perfil postural, podendo ser empregado em grupos comunitários, dentro das práticas corporais no sistema coletivo de saúde visando à promoção do envelhecimento saudável.

AS CONTRIBUIÇÕES DOS ESPAÇOS DE CONTROLE SOCIAL PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DESTINADAS AOS POVOS INDÍGENAS NO BRASIL

Jéssica Camila de Sousa Rosa, Sílvia Maria Ferreira Guimarães, Joaquim Pedro Ribeiro Vasconcelos

Palavras-chave: saúde indígena, políticas públicas de saúde, participação social

APRESENTAÇÃO: O sistema de saúde brasileiro passou por intensas mudanças no decorrer da história, influenciado, além de outros fatores, pelas demandas por uma sociedade mais democrática e participativa. Nesse contexto as conferências de saúde bem como outros espaços de controle social foram importantes para a definição das políticas de saúde com destaque a 8^a Conferência Nacional de Saúde que deixou claro o papel dessas instâncias. No âmbito da saúde indígena, porém, foram criados espaços específicos de controle social como as Conferências Nacionais de Saúde Indígena, além da representação dada aos indígenas dentro de instâncias como o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) instituída dentro do CNS. A organização desses espaços ainda é muito associada ao modo não indígena de participação social evidenciando a necessidade de uma reflexão sobre sua efetividade. Desse modo

o objetivo desse trabalho é compreender o papel de espaços de controle social na formulação, implementação e análise das políticas públicas de saúde para os povos indígenas no Brasil através de uma pesquisa documental. A pesquisa documental permite ao pesquisador estudar o problema a partir da própria expressão e linguagem dos indivíduos. Após a reconstrução do caminho das políticas de saúde indígena foi feito o estudo das atas do CNS que apresentam discussões sobre a saúde indígena bem como a análise dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Indígena e da CISI. Neste caso, a análise de dados possui três finalidades: a primeira é estabelecer a compreensão dos dados, em seguida responder as questões do estudo e por último articular o contexto cultural do qual participa. Foram identificadas as tendências e o desenvolvimento das políticas de saúde ao longo do tempo e o reflexo das instâncias de participação e controle social na formulação, implementação e análise das políticas de saúde indígena. Desse modo, a partir das opiniões e representações apresentadas nessas políticas têm-se uma reflexão que envolve o direito a saúde dos povos indígenas.

AS NARRATIVAS URBANAS (RAP) SOBRE O OLHAR DA INTEGRALIDADE E DO CONCEITO DE SAÚDE DO SUS

Tuany Flesch Flesch Pereira

Palavras-chave: Integralidade em saúde, Sistema Único de Saúde, Música

Na busca por uma sociedade mais justa e igualitária, a população brasileira conquista, com o apoio de movimentos sociais, o direito de acesso à saúde com a criação e estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os diversos movimentos sociais destaca-se o hip hop e seu elemento central

RAP, narrativas urbanas, como manifestação social a ser valorizado pelo profissional de saúde, pois denuncia o desamparo por parte do Estado, que constitucionalmente deveria assegurar direito à saúde. Este trabalho tem como objetivo conhecer a visão do usuário sobre saúde e o sistema de saúde, a partir de narrativas urbanas (RAP) e como objetivos específicos busca entender qual a concepção de saúde do rapper, a partir das narrativas identificando a relação entre as narrativas urbanas e o princípio da integralidade no SUS. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório com base na discografia musical do RAP. A fim de responder aos objetivos da pesquisa, optou-se por analisar os documentos de domínio público, do rapper Eduardo Taddeo. Para tanto, se avaliou as letras das músicas contidas no CD duplo, A fantástica fábrica de cadáveres. A partir da análise temática, de dez músicas selecionadas, emergiram dois temas: afinal o que é saúde? e a integralidade como princípio do SUS. Através da análise das letras pode-se perceber que o conceito de saúde, na visão do rapper é um conceito ampliado. No entanto, faz-se necessário reconhecer que ainda estamos longe do modelo de saúde ideal, que assegure acesso e seja eficaz o suficiente para gerar transformações na vida das pessoas. O rap responsabiliza o Estado, os profissionais da saúde, e muitos outros atores ligados à educação, sistema judicial, mídia pelo quadro de exclusão e coloca a população como protagonista da mudança esperada, valoriza o sujeito jovem e sugere caminhos, como a busca do saber pela educação. Além da integralidade, que abrange o conceito de saúde ampliado assegurado pelo SUS, o rap vem demandar a efetivação de políticas públicas como a de humanização em saúde. Nessa perspectiva, o rap é uma ferramenta de humanização dos profissionais da saúde e dos acadêmicos, fazendo com que se aproximem da

realidade social na sua área de atuação, gerando vínculo, confiança e possibilitando a promoção da saúde e a participação social dos inúmeros usuários do SUS. Nesse sentido, o cuidado em saúde pode ser visto como um valor subjetivo, expresso quando compartilhamos saberes através do diálogo e do acolhimento. Conclui-se que a saúde é resultante de um amplo conjunto de fatores condicionantes e determinantes como educação, saneamento básico, moradia, acesso a bens de consumo e aos serviços de saúde, sendo necessário que as políticas públicas captem as necessidades dos diversos grupos sociais. Para que isso seja aconteça é imprescindível ampliar o olhar sobre as lentes da integralidade, reavaliando condutas e serviços que são prestados pelo Sistema Único de Saúde. Espera-se desassossegue trabalhadores, acadêmicos, gestores e usuários com o intuito de trilhar novas formas de promover, orientar e olhar para saúde, consolidando a idealização de rede SUS.

CARACTERIZAÇÃO SORO EPIDEMIOLÓGICA DO TOXOPLASMA GONDII EM CATADORES DE MATERIAIS RECICLÁVEIS, CAMPO GRANDE, MS

Patricia Vieira da Silva, Maria Elizabeth Cavalheiros Dorval, Vivianne Landgraf de Castro, Minoru German Higa Júnior, Lucimare dos Santos Maciel, Elenir Rose Jardim Cury Pontes, Renilda Aparecida Betone Moura

Palavras-chave: toxoplasmose, catadores, materiais recicláveis

APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS: A Toxoplasmose é uma parasitose causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*. Está amplamente distribuída pelo mundo, sendo considerado um problema de saúde pública pelo grande número de pessoas infectadas.

Sua prevalência pode variar de acordo com o local e a população estudada, onde indivíduos que possuem maior contato com as fontes de infecção têm maior risco de contaminação. Este trabalho teve como objetivo proceder à caracterização soropidemiológica da infecção por *Toxoplasma gondii* em catadores de materiais recicláveis em Campo Grande, MS. **MÉTODOS:** Estudo analítico, seccional, incluindo profissionais maiores de 18 anos que exercem atividade como catador de material reciclável, cadastrados junto às cooperativas Coopermaras, associação Atmaras, Cata MS, Coopernova e aqueles que atuam de forma independente no aterro sanitário. As amostras de sangue foram coletadas de todos os trabalhadores que aceitaram participar do estudo e analisadas pelo método de Imunoensaio Enzimático de Micropartículas (IgM e IgG). **RESULTADOS:** A população foi constituída de 173 catadores até o momento, dentre eles 88 (50,9%) homens e 85 (49,1%) mulheres, com idade entre 18 e 70 anos. O inquérito revelou 90,8% de positividade para infecção por *Toxoplasma gondii* (86,4% a 95,1% IC95%). A maioria dos trabalhadores, 74% (128) atuam de forma independente no aterro sanitário, e apenas 26% (45) estão distribuídos nas cooperativas, no entanto não houve diferença na prevalência da infecção e local de trabalho ($p=0,086$). Quanto ao tempo como catador a prevalência foi maior para indivíduos com 10 anos ou menos de trabalho ($p=0,050$). Quando questionados sobre o que é Toxoplasmose apenas 9,8% (17) relataram saber, desses 47,1% (8) disseram que a forma de transmissão para o homem é através do gato e 23,5% (4) que se dá através da ingestão de carne crua e/ou mal passada. 93,1% (161) desconhecem a forma de transmissão da infecção por *T. gondii*. Não houve relação entre a prevalência da infecção e possuir gato doméstico ($p=0,348$), presença de animais

silvestres no peridomicílio ($p= 0, 218$), ingestão de carne de animais silvestres ($p= 0, 485$) e consumo de carne crua e/ou mal passada ($p= 0, 073$), entretanto houve maior prevalência em indivíduos que relataram consumir alimentos provenientes do lixo ($p= 0, 013$). A rede de distribuição é a principal fonte de água das casas dos catadores 91,9% (159), apenas 8,1% (14) utilizam os poços artesanais. Já a rede de esgoto é encontrada em apenas 20,8% (36). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A ausência de saneamento básico, precárias condições socioeconômicas, aliadas à deficiência de conhecimento por parte da comunidade pode justificar a elevada prevalência da Toxoplasmose encontrada nesse estudo, mostrando a necessidade de medidas educativas em saúde, investimentos em infraestrutura e saneamento em prol da qualidade de vida dessa população.

COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS

Berenice de Freitas Diniz

Esse trabalho se propôs estudar a comunicação e informação para o controle social no SUS, em dois municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG. Analisamos como esse tema está presente ou ausente nos conselhos. A metodologia foi de pesquisa qualitativa. Os resultados da pesquisa confirmaram a nossa hipótese, de que há poucos investimentos em comunicação nos conselhos de saúde. - Identificar a presença ou a ausência do tema comunicação e informação nos conselhos de saúde. - Analisar atas, pautas e deliberações dos conselhos de saúde sobre o tema comunicação e informação. O presente estudo foi desenvolvido por uma abordagem metodológica qualitativa, com análise documental. Nesse estudo

os registros institucionais compostos por pautas, atas e as deliberações dos conselhos constituirão como principal fonte para análise documental. As atas, pautas e deliberações são documentos extremamente relevantes para essa pesquisa, pois elas serviram como objeto de estudo sobre o que tem sido deliberado nos conselhos no período de dezembro 2012 a dezembro de 2013. Os resultados da pesquisa realizada nos dois conselhos, confirmam a nossa hipótese, de que há poucos investimentos informacionais e comunicacionais nos conselhos de saúde e isso dificulta e compromete a participação dos conselheiros. A falta de diálogo do conselho com a sociedade acarreta o desconhecimento sobre as suas ações e isso atribui um grau de pouca importância do órgão pela população. Nos dois conselhos, as reuniões ordinárias e extraordinárias, acontecem periodicamente. A falta de tempo hábil para os conselheiros avaliarem os materiais, prejudica a análise minuciosa do assunto e compromete a deliberação sobre o tema. No que tange a comunicação e a informação nota-se que o tema é importante para o exercício do controle social, porém, constatamos que falta colocar em prática ações a fim de garantir essa ação estratégica. O conselho cumpre um papel importante na formalidade de pareceres e avaliações de documentos do SUS, mas deixa a desejar no seu aspecto político da articulação interna e externa no debate público com a sociedade sobre o SUS.

CONFERÊNCIAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO CEARÁ NO PERÍODO DE 2004 A 2011

Ercília Ferreira Lima Neta, Maria Marlene Marques Ávila

Palavras-chave: conferência, participação social, segurança alimentar

APRESENTAÇÃO: As Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional são responsáveis pela indicação das diretrizes e prioridades para construção da Política e pela avaliação do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional. As mesmas ocorrem a cada quatro anos e apresentam-se como um processo de participação social e discussão que se inicia nos municípios e vai sendo amadurecido a cada instância, culminando com as discussões em âmbito nacional. O presente estudo teve por objetivo descrever as conferências estaduais de Segurança Alimentar e Nutricional do Ceará, ocorridas no período de 2004 a 2011. **DESENVOLVIMENTO:** Caracteriza-se por um estudo descritivo, realizado por meio de uma análise dos documentos disponíveis no Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do Ceará relacionados às conferências estudadas. Buscou-se identificar quais foram os avanços e desafios destas conferências, de forma contextualizada com a construção da política nacional e estadual de segurança alimentar e nutricional. **RESULTADOS:** No período estudado ocorreram três conferências estaduais. Os objetivos e temário das mesmas guardam relação com o contexto político do período e evoluem juntamente com o desenvolvimento da discussão. Enquanto em 2004 focavam a elaboração de diretrizes e ações prioritárias para construção de uma política de SAN no país e o estímulo à criação de Conseqs municipais no estado, em 2007 deliberaram sobre a construção do SISAN Nacional e elaboraram propostas para qualificar o funcionamento dos Conseqs municipais. Em 2011, fizeram recomendações para os Planos Nacional e Estadual de SAN e buscaram sensibilizar o governo para a aprovação da LOSAN Estadual. Quanto à ampliação na diversidade de segmentos representados na Conferência, destaca-se a implementação de cotas para grupos populacionais específicos,

pela compreensão de que estes grupos estão mais vulneráveis à violação do direito humano à alimentação e a apresentarem-se em situação de insegurança alimentar e nutricional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Identificou-se avanços significativos na institucionalização da política de SAN no Estado, principalmente pela ampliação do número de Conseqs municipais, a aprovação da LOSAN Estadual e a adesão do Ceará ao SISAN Nacional com o compromisso de elaboração do Plano Estadual de SAN. As Conferências contribuíram com o amadurecimento dos debates sobre como garantir a Segurança Alimentar e Nutricional da população cearense e indicou o caminho a ser seguido para elaboração e implementação do Plano Estadual de SAN. Cabe ao Conseq Ceará, prezar para garantir a continuidade dos avanços e a transposição dos desafios ainda postos na realização das Conferências e garantia de direito humano à alimentação no estado.

CONHECENDO O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DOS USUÁRIOS DA APS (ACESSO PRIMÁRIO A SAÚDE) DE DOURADOS

C.C. Mariana Oliveira

Palavras-chave: Acesso, Medicamentos, Itinerários,

Ter o efetivo acesso aos medicamentos é imprescindível na vida da população, pois eles garantem qualidade de vida aos que se encontram enfermos e é um direito de todo cidadão brasileiro. Em grande parte dos municípios Brasileiros, principalmente os mais carentes, os usuários sofrem com baixa disponibilidade de medicamentos essenciais nas unidades de saúde. Nesta perspectiva a pesquisa possuiu como objetivos conhecer o acesso aos medicamentos dos usuários da APS de Dourados, conhecer as

percepções dos usuários sobre o acesso ao medicamento e analisar os caminhos percorridos pelo usuário em busca pelo acesso ao medicamento (itinerários). A proposta foi realizada através de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Participaram da pesquisa 12 usuários de uma APS, sendo cinco não idosos e sete idosos, ambos fazendo uso de medicamentos continuamente a mais de um ano. A coleta de dados ocorreu através da realização de entrevistas semiestruturadas contendo questões abertas e fechadas. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo que compreende três etapas: a pré-análise, a exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, culminando na interpretação. O roteiro de entrevistas dos usuários privilegiou o olhar dos usuários em relação ao acesso dos medicamentos, procurando delinear seu itinerário, facilidades e dificuldades, bem como algumas informações sobre o uso dos medicamentos. Verificou-se que na unidade de saúde não constava uma farmácia, os usuários buscavam seus medicamentos na farmácia pública mais próxima, e caso lá não encontrassem, seguiam sua busca para outra farmácia pública. Não encontrando, recorriam às farmácias privadas vinculadas ao Programa Aqui Tem Farmácia Popular, ou a uma farmácia que ofertava um desconto, através de cadastro. Em geral, os usuários recorriam tanto às farmácias públicas, como primeira opção, e depois às farmácias privadas. Tanto os usuários idosos, como os não idosos dirigiam-se pessoalmente às farmácias. Ocasionalmente recorriam a um familiar, cônjuge, filho ou neto para retirar os medicamentos. A apresentação da receita era obrigatória para a dispensação. Notou-se também que alguns medicamentos não eram disponibilizados nas farmácias públicas, como é o caso da insulina. Desse modo, os usuários precisavam retirar o medicamento em outro local distinto.

Todavia, quando cadastrados, a dispensação parecia ser tranquila, mesmo quando não apresentavam a receita. Considerações finais: O acesso dos usuários aos medicamentos mostrou-se relativamente bom, visto que apenas um usuário relatou dificuldade em acessar as medicações. O acesso se deu preferencialmente nas farmácias públicas, mas em caso de falta dos medicamentos, eles recorriam às farmácias privadas, onerando o orçamento doméstico. Observou-se também a necessidade e importância de uma orientação adequada a respeito do uso das medicações, pois usar qualquer tipo de medicamento de maneira errada pode acarretar diversos prejuízos à saúde.

CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: A INFLUÊNCIA POLÍTICA DOS ATORES NO PROCESSO DECISÓRIO

Maiara Tauana Souza Nievola, Thabata Cristy Zermiani, Janaina Naumann Nasser, Fabiano Abranches Silva Dalto, Rosane Souza Freitas

Palavras-chave: Conselhos de saúde, processo decisório, democracia participativa

Introdução: O Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco da evolução histórica das políticas públicas de saúde no Brasil. O Sistema é a conquista das lutas do Movimento Sanitário, muito atuante na década de setenta e oitenta em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira (RONCALLI, 2003; PIERANTON, 2008). Os Conselhos Municipais de Saúde são considerados como a principal instância de controle social do SUS. Essas instâncias foram constituídas com o objetivo de possibilitar a participação da sociedade na construção, operação e gestão de políticas públicas em saúde. No entanto, a institucionalização

dos conselhos, presentes em quase todos os municípios do país, não tem significado uma consolidação da participação popular no âmbito municipal. As avaliações mais recentes na literatura têm demonstrado que os conselhos municipais de saúde não estão conseguindo cumprir as tarefas para as quais foram criadas (TATAGIBA, 2002). Apesar dessas dificuldades apontadas pela literatura, os conselhos de saúde têm gerado grande interesse de acadêmicos, atores sociais e políticos. O interesse, sobretudo vem da esperança depositada nesses espaços, como uma forma renovada de exercício democrático do poder político. O presente ensaio investiga esse cenário de democracia participativa, relacionando a influência dos atores, no processo decisório. Objetivo: Analisar a influência dos diferentes atores dos conselhos de saúde, na arena decisória dessas instâncias participativas. Método: Para desenvolver essa discussão buscou-se estudos que sobre a atuação dos conselheiros, de forma a mapear a literatura relevante sobre o tema. A busca pelos trabalhos acadêmicos foi feita nas bases de dados SciELO, Lilacs, com os seguintes critérios de inclusão: Conselhos de saúde, processo decisório, democracia participativa como descritores no período de 1990 até o ano de 2015. Discussão: Questões sobre o poder estão sempre presentes no processo decisório, quando uma decisão é tomada por um grupo, que impacta em decisões futuras, sempre se tem o questionamento de Quem triunfou no processo? Quem perdeu? Que demandas foram atendidas ou ignoradas? Quem foi manipulado? (REED, 2014). Essas e outras questões podem entrar em discussão nas instâncias participativas, levando ao questionamento central de qual segmento ou ator tem o poder de influenciar no processo decisório e de inserir os temas a serem discutidos na agenda (FUKS, 2006). Os conselheiros são sujeitos à força política de liderança,

e possuem competência para influenciar as decisões políticas (RAMOS, 2012). Estando então o processo de participação diretamente ligado às relações de poder, os grupos organizados conquistam o direito de influenciar nas decisões e adquirem a capacidade de se relacionar com o poder (OLIVEIRA, 2010). Em muitos estudos, são apresentados vários fatores que dificultam o pleno exercício da participação social em conselho municipal de saúde, dentre eles a assimetria de poder entre os atores, dentro da arena de discussão. As arenas políticas se referem a espaços conflituosos, a ênfase recai sobre o papel dos atores nos espaços decisórios. Essas arenas setoriais no caso da saúde têm o governo ou atores estatais, como decisores fundamentais em torno do qual se organizam as disputas. Essa concepção é defendida por Cortes (2009), que salienta ainda que os atores estatais e os atores de mercado seriam compelidos em agir em ambientes regidos pelo poder e pelo dinheiro, enquanto o mesmo não ocorreria com atores sociais que não visam tomar o poder do estado, mais sim exercer influência por meio da participação em movimentos democráticos. Em sua pesquisa Mário Fucks, percebeu uma distribuição da influência política entre os atores, embora permaneça certa prevalência do gestor no processo decisório do conselho de saúde de Curitiba. Os usuários representaram o equilíbrio da influência, assim a sociedade civil se mostrou bastante atuante no debate e deliberações, já os prestadores de serviço praticamente invisíveis no processo, mesmo dispondo de vários recursos de poder. A correlação da atuação no conselho com os recursos que cada ator dispunha para explicar a influência política foi útil, mas incapaz de fornecer uma compreensão plena da influência, onde a mera posse de recursos não se traduz automaticamente, em participação política (FUCKS, 2005). A representatividade desigual foi encontrada,

entre os atores do conselho de saúde de Florianópolis. Grissotti (2010) atribui essa desigualdade à diversidade dos atores e os diferentes interesses envolvidos, e ainda aponta o grau técnico da linguagem entre os gestores, profissionais de saúde com os usuários, como adjuvante no processo de desigualdade. No entanto a partir do momento que se tem a prática participativa, o poder passa a ser adquirido à medida que os usuários começam a ter mais conhecimento sobre o processo democrático e das políticas públicas. Resultado semelhante foi encontrado por Morita (2006), no conselho de saúde de Botucatu- SP. Na percepção dos conselheiros representantes da sociedade civil, a uma elite de pessoas que comandam o processo decisório, o restante está no conselho apenas por mera formalidade. Já os segmentos específicos ou de categorias profissionais tem a tendência de representar, uma defesa mais focada no grupo ao qual representa, com uma postura mais corporativista (OLIVEIRA, 2010). Analisando os diálogos de um conselho de saúde Wendhausen (2002), observa uma clara influência de poder exercida pelo gestor nas decisões tomadas, em relação aos outros segmentos. Todos os gestores apresentavam terceiro grau, sendo o presidente do conselho um médico, levando a constatação da velha prática de técnicos falando para leigos, ficando evidente um claro silêncio, dos outros atores, principalmente dos usuários no processo decisório. Em outro estudo com vários conselhos gestores de política do Paraná, se observou também a tendência indicada nas bibliografias, que a proposição de temas a serem discutidos, é inserida na agenda de forma unilateral, pelos atores estatais. E no processo decisório que se segue, ocorre uma ausência de debate sobre os temas propostos, como se houvesse um consenso nas decisões, contrariando as expectativas deliberativas. Com relação à distribuição de recursos individuais, os

atores governamentais, concentram a maior parte, como maior renda e maior nível de escolaridade, com uma clara desvantagem do usuário. Essa desvantagem, porém parece estar compensada por um maior nível de engajamento político e partidário e de desenvolvimento de práticas associativas, por parte da sociedade civil (TATAGIBA, 2005). Conclusão: Os conselhos municipais de saúde constituem um importante espaço de participação da sociedade e lugar de encontro de sujeitos sociais que antes estavam excluídos do jogo político e processo de decisão. Diante dos estudos aqui apresentados, nota-se muitas vezes a dificuldade por parte dos atores estatais em partilhar o poder decisório, com os outros atores. Essa relação assimétrica do poder deve ser insistentemente combatida, para que o conselho cumpra seu papel de cada vez mais ampliar a participação popular. Portanto mesmo diante das dificuldades, a participação do cidadão na gestão de políticas públicas é um caminho a ser perseguido, sempre buscando a justiça social. Esses espaços participativos fomentam um importante aprendizado de convivência democrática, tanto para os atores da sociedade como também para os atores estatais. Diagnosticar os impactos das ações dos conselhos de saúde sobre a sociedade e o Estado é um caminho muito importante para a compreensão do processo de construção da cidadania, assim como para avaliar as possibilidades de aprofundamento da democracia participativa brasileira.

CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA REALIDADE ORGANIZATIVA E ESTRUTURAL

Aldenisia Alves Albuquerque Barbosa, Allan Pessoa de Lacerda Nunes, Matthaeus Krummenauer Vieira Pahim, Rossana Mota Costa, Jane Suely de Melo Nóbrega, Jônia

Cybele Santos Lima, Tacio Dantas de Brito Guerra, Glauber Victor Cabral de Moraes

Palavras-chave: Conselho de saúde, Políticas de Saúde, Deficiências

O Conselho de Saúde é um espaço de participação social na administração do Sistema Único de Saúde e vai atuar no controle da execução política da saúde estabelecendo estratégias de coordenação e gestão do SUS. Este trabalho justifica-se pela importância que o Conselho de Saúde possui para fortalecer a participação democrática da população na formação e implementação de políticas públicas. Trata-se de um estudo exploratório e quantitativo que tem como objetivo, identificar os aspectos organizativos e estruturais de Conselhos Municipais de Saúde dos municípios que compõem a terceira Região de Saúde do estado do Rio Grande do Norte. Os dados foram coletados na ocasião dos “Ciclos de Atualização para Conselheiros Municipais e Estaduais de Saúde” promovidos pelo Conselho Estadual de Saúde, direcionados aos conselheiros dos cento e sessenta e sete municípios nas oito regiões de saúde do estado. Como material empírico desta pesquisa, utilizou-se as leis, regimento interno, as três últimas atas das reuniões, bem como, os relatórios do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). Os resultados encontrados mostram uma realidade presente em todo o Brasil, visto que os Conselhos de Saúde em sua maioria funcionam com dificuldade, de forma precária ou incipiente, onde somente 10% funcionam bem (FIOCRUZ, 2013). Conclui-se, que, os Conselhos Municipais de Saúde são uma realidade no arcabouço institucional brasileiro, e para uma melhor aproximação e controle da população, é necessária a divulgação para o devido melhoramento deste órgão tão importante para a política da saúde pública brasileira.

CONTRIBUIÇÃO DA TECNOLOGIA SOCIAL NA FORMULAÇÃO POLÍTICAS PÚBLICAS: ANEMIA FALCIFORME

Berenice Assumpção Kikuchi, Maria Lúcia Ivo, Ana Rita Barbieri, Abilio Torres dos Santos Neto, Alexandra Maria Almeida Carvalho Pinto, Berenice Assumpção Kikuchi

Palavras-chave: Políticas Públicas, Anemia falciforme, Legislação

INTRODUÇÃO: Por tecnologia social, compreendem-se ações, métodos e técnicas, desenvolvidas por movimentos sociais, visando solucionar problemas que afetam a saúde coletiva e que tenha capacidade de ser replicada. O objetivo deste trabalho é descrever como a tecnologia social contribuiu para a formulação de políticas públicas. **METODOLOGIA:** estudo descritivo desenvolvido com pessoas que se organizaram na Associação de Anemia Falciforme do Estado de São Paulo, fundada oficialmente em 1997, visando à redução da mortalidade infantil por essa doença. **RESULTADOS:** Essa mobilização culminou na legislação municipal Lei 12.352/97(SÃO PAULO, 1997), primeira a incluir a anemia falciforme no sistema único de saúde (SUS) na cidade de São Paulo. Por meio da tecnologia social esta Legislação extrapolou o município de São Paulo, sendo sancionada em outros estados da federação. E a partir desse arcabouço legal resultou em 2001, na Portaria 822/2001, que incluiu o exame que detecta anemia falciforme no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), popularmente conhecido como teste do pezinho. Com ampliação da tecnologia social em todo o território nacional, e mesmo em países de língua portuguesa, foram efetivadas ações, como: difusão de informações, apoio as famílias e pessoas com a doença, em várias cidades e estados da Federação. No ano de 2006, em Genebra, Suíça ocorreu a 59^o Assembléia da

Organização Mundial de Saúde (OMS) cuja pauta foi à anemia falciforme, resultando na Resolução 59^o (OMS, 2006), que recomenda aos países membros da Organização das Nações Unidas e aos diretores regionais da Organização Mundial de Saúde (OMS) para que anemia falciforme seja reconhecida como um problema de saúde pública. **CONCLUSÃO:** A inclusão do exame que detecta anemia falciforme no PNTN é um exemplo emblemático de como os sujeitos sociais desenvolve a tecnologia social para gerar proposições de políticas públicas.

CONTROLE SOCIAL: PRINCÍPIOS PARA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Rogério Andrade dos Santos, Sandra Aiache Menta

Palavras-chave: Controle social, Conselho de Saúde, Princípios

No Brasil, a participação popular nas decisões é chamada Controle Social, porque ao invés de mera consulta de satisfação, o povo tem acesso às instâncias deliberativas máximas, previstas pela Constituição Federal de 1988 no artigo 198-III, além exercer participação social através do acesso livre à entidades e movimentos sociais. As Conferências e Conselhos foram instituídos pela Lei n 8.142/1990 como espaço deliberativo em saúde. As Conferências são fóruns sazonais convocados a cada quatro anos pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde nas três esferas de gestão, para construção de um debate de avaliação e proposição de políticas públicas de saúde; os Conselhos são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, com representantes da gestão, prestadores de serviço e profissionais de saúde paritariamente aos representantes de

usuários, que formulam e controlam políticas públicas a serem homologadas pelo poder executivo correspondente, e sua existência é critério para Estados e Municípios receberem recursos financeiros, o que estimula a criação dos conselhos mesmo não devendo ser esta a única ou maior motivação de sua existência. Este trabalho pretende esclarecer a partir da análise de normatizações, leis e princípios o papel dos Conselhos e dos Conselheiros de Saúde na execução do ideal de saúde como direito de cidadania, ideal este preconizado pelos militantes pró-democracia que participaram da construção do SUS nas décadas de 1980/1990. Para o controle social em saúde funcionar adequadamente o conselheiro precisa ter representatividade, sendo interlocutor da entidade ou movimento social que o indicou, colher demandas e repassar encaminhamentos, porém não se limitando aos interesses específicos da entidade ou movimento de origem em detrimento do bem comum; e ter legitimidade, sendo comprovadamente membro de entidade ou movimento social, tendo seu respaldo legal e confiança. Já o conselho deve ter autonomia administrativa, financeira e técnica; ter organicidade em seu funcionamento, através da frequência e presença regular dos conselheiros nas reuniões, registro em atas, existência e cumprimento de regimento interno; ter permeabilidade ao estar aberto à recepção das demandas sociais e presença popular em suas reuniões; ter visibilidade ao ser transparente em suas ações, prestando contas do que faz à sociedade e divulgar atividades; e ter articulação ao relacionar-se com outros conselhos de saúde, sejam municipais, estaduais e nacional, e/ou intersetoriais como Conselho da Assistência Social, da Criança e Adolescente, de Educação, de Segurança Pública, do Idoso, da Mulher, etc. Esse trabalho possibilitou

conhecer o papel dos Conselheiros e Conselhos de Saúde, instrumentalizando a análise do desempenho de suas funções; atestou o potencial norteador em políticas públicas de saúde do conselho em cada esfera de gestão se atuar de forma autônoma, orgânica, permeável, visível e articulada, com conselheiros legitimados e representativos; suscitou a necessidade de criar ou fortalecer os mecanismos de acompanhamento das atividades e da eficácia dos Conselhos e Conselheiros de Saúde; entendeu-se que o preceito constitucional Controle Social deve ser garantido pelos dirigentes, ultrapassando as leis, abrindo-se plena e efetivamente aos movimentos e entidades onde a população exerce participação social, possibilitando que esse controle seja verdadeiramente das classes sociais.

CRIANÇAS COM BAIXO PESO AO NASCER DO POSTO DE SAÚDE FAMILIAR DA COMUNIDADE SÃO JOSÉ, TIANGUA-CE. INTERVENÇÃO JUNTO A COMUNIDADE

Luis Felipe Cervantes Castro

Palavras-chave: Recém-nascido, Baixo Peso, Fatores de Risco

CRIANÇAS COM BAIXO PESO AO NASCER DO POSTO DE SAÚDE FAMILIAR DA COMUNIDADE SÃO JOSÉ, TIANGUA-CE. INTERVENÇÃO JUNTO A COMUNIDADE
Autores: Luís Felipe Cervantes Castro
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Maria Elena Guerra Chávez
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Coautora: Fátima Aparecida Ferreira Teixeira de Carvalho
Doutoranda em Saúde Coletiva Universidade Católica de Santos - UNISANTOS Santos - São Paulo
CPF: 010.205.468-16
Introdução: Recém-

nascidos de baixo peso ao nascer (RNBP) são considerados problemas de saúde pública pela associação com altas taxas de mortalidade e morbidade. Nenhum estudo prévio sobre fatores associados ao RNBP na região foi encontrado na literatura. **Objetivo:** Identificar e intervir sobre as principais variáveis que possam estar incidindo o aumento da morbidade em criança com baixo peso ao nascer no PSF da comunidade SÃO JOSÉ, município TIANGUA-CE. **Método:** Foi realizado um estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída por gestantes e recém-nascidos que tiveram baixo peso ao nascer, BPN (casos) e mães que tiveram recém-nascido com peso normal, RNPN (controle) nessa unidade de saúde no período de Janeiro a Outubro/2015. **Resultados Esperados:** Após a coleta final, os indicadores serão organizados e submetidos a tratamento estatístico com frequência absoluta e percentual. Para compreensão do leitor, serão apresentados em tabelas e, posteriormente, discutidos e analisados à luz da literatura pertinente em palestras que terá como objetivos brindar conhecimento acerca do problema e a conscientização da população e a equipe de trabalho. Os resultados demonstrarão um aumento do conhecimento pelos pacientes. **Considerações Finais:** Com a intervenção deste projeto espera-se que a comunidade obtenha conhecimento sobre os fatores de risco e as complicações associadas ao baixo peso ao nascer, para um melhor controle e diminuição da incidência e prevalência em nossa área de saúde, bem como reforçar as relações entre a equipe de saúde e pacientes gestantes, salientando que o papel do paciente deve ser ativo, tornando-se sujeito de sua própria saúde.

DIÁLOGOS ENTRE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E DISCENTES DA UNIFESP: FORMANDO CIDADÃOS CONSCIENTES

Natalia Tenore Rocha, Adriana Gleice de Assis Santos, Anna Carolina Martins Silva, Daniela Kleinert, Gabriela de Paulo Catalano

Palavras-chave: Rua, Extensão, Educação Popular, Direitos Humanos

APRESENTAÇÃO: O Projeto de Extensão Periferia dos Sonhos vem integrando graduandos, pós-graduandos, docentes da Universidade Federal de São Paulo, e profissionais das áreas da saúde e assistência social que atuam com a população em situação de rua. O projeto vem atuando desde 2009, instituído devido a uma demanda estudantil. A partir de 2012, nos vinculamos ao Programa de Extensão “Com-Unidade”, junto de mais três projetos que tem por base: Direitos Humanos, Saúde e Educação desenvolvidos na Unifesp. A extensão proporciona aos estudantes vivências práticas e reais do que se aprende na universidade, encontrando extra muros uma realidade diferente das que aprende intra muros. Através disso, refletimos sobre o nosso papel diante da iniquidade social. Os extensionistas quebram paradigmas já impostos pela estrutura social em que são inseridos ao decorrer da vida, o que permite a compreensão da importância dos seus atos e escolhas e de perceber-se como ator do seu processo de formação. A inquietação do grupo provém da reflexão atual diante de um histórico de injustiças econômicas, sociais e políticas a um grupo desprovido de direitos, construindo um ideal, permeado de sonhos. **METODOLOGIA:** O Periferia procura ter reuniões dinâmicas, estando presente junto a cada convivente do albergue Portal do Futuro. Há reuniões de estudo quinzenal no campus São Paulo da Unifesp e duas atividades em campo,

Portal albergue do Futuro. Nas reuniões na universidade falamos de Rua, direitos humanos, saúde e educação. Tentamos colocar em prática a educação popular buscando “fazer junto” com os usuários. O projeto abriga graduandos de diversos cursos e diferentes meios sociais. Sendo o seu eixo estruturante a cogestão entre os estudantes, docentes e profissionais, implicando no contínuo exercício do diálogo. As conversas e expressões artísticas, são as que mais chamam atenção dos usuários levando assim de uma forma leve a reflexão de vida e ao mesmo tempo proporciona ao graduando aprender sobre a vida, sobre si mesmo e sobre o outro. Os temas são sugeridos pelos conviventes, e em conjunto fazemos uma roda de conversa e debatemos o assunto e procuramos ter um produto final, geralmente artístico, que resume o que foi conversado durante a noite. **RESULTADOS:** Após a primeira visita já vemos a transformação de pensamento do graduando e buscamos junto conversar e entender o porquê de tanta marginalização de seres humanos que se diferenciam de nós por termos uma chave que abre a porta de uma casa. O respeito e a valorização do ser humano em si, faz com que além de nós passarmos a ver esta população, ela também passa a nos enxergar. E o diálogo começa. O Periferia muda a visão apática que o estudante tem do mundo, faz com que ele saia de sua zona de conforto, quebre os muros que o cercam dentro da universidade, e insere excluídos da sociedade ao seu círculo social. Desenvolvendo um cidadão mais aberto ao diálogo com pessoas diferentes, quebrando o preconceito que antes existia, matando o velho mito do “homem do saco”. Impregnados de sentido temos na extensão o respiro do pragmatismo.

DIREITOS HUMANOS, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E SAÚDE DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO

Ana Karenina Arraes Amorim, Maria Teresa Nobre, André Felipe Jales Coutinho, Lis Paiva, Nicole Moreno

Palavras-chave: População em situação de rua, direito humanos, direito a saúde, participação social,

APRESENTAÇÃO: Quando consideramos as condições de vida e saúde de um contingente expressivo da população nas grandes cidades, o aumento do desemprego e da pobreza, associado à fragilidade das instituições e políticas públicas no país, podemos dizer que esses aspectos têm impactado o contexto social urbano nas últimas décadas e intensificado os problemas de saúde. Nesse cenário, encontramos alguns reflexos do intenso processo de exclusão social no cotidiano das pessoas em situação de rua, população esta que tem representado, cada vez mais, uma parcela expressiva do contingente de indivíduos e grupos sanitária e socialmente vulneráveis nas cidades brasileiras. Por isso, torna-se importante a realização de pesquisas-intervenção voltadas para este público tendo como objetivos: 1) intervir conhecendo as principais violações do direito a saúde sofridas por pessoas em situação de rua e 2) fomentar a participação política e social dessas pessoas e o fortalecimento de movimentos sociais voltados para este segmento na luta pelo direito a saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Com base na perspectiva teórico-metodológica da pesquisa-intervenção, foram realizadas oficinas semanais com a população, durante um ano, sobre temas relativos aos Direitos Humanos e Políticas Públicas, focando no direito à saúde e à cidade.

Nesse sentido, utilizamos de rodas de conversas, leituras coletivas, narrativas e trajetórias de vida, como forma de fomentar a troca de experiências e fortalecimento da coletividade. **RESULTADOS:** A partir da realização das oficinas, foi possível conhecer as principais dificuldades relativas a saúde deste grupo, tais como: barreiras de acesso aos serviços de saúde; preconceitos associados a sua condição de estar na rua; descontinuidade dos tratamentos pela condição de viver na rua; falta de acesso a medicações necessárias, entre outros. Além disso, foi possível produzir o gradual fortalecimento e a visibilidade política das problemáticas relativas à população em situação de rua em Natal/RN, tanto para os próprios sujeitos nessa condição, como para gestores, profissionais do campo e a sociedade civil em geral. Como exemplo desse fortalecimento, podemos citar a formação do Fórum Potiguar de População em Situação de Rua de Natal/RN, composto por várias instituições públicas e governamentais e movimentos sociais, a realização de audiências públicas e eventos públicos voltados para o debate dos direitos desta população, marcos históricos na proposição de uma política municipal para a população de rua. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante do exposto, acreditamos que o conhecimento produzido e as ações desenvolvidas estão contribuindo para o fortalecimento e visibilidade política das problemáticas relativas à população em situação de rua, sobretudo aquelas relativas a saúde, incentivando a organização política, a participação social e o enfrentamento das violações de direitos em jogo por esse segmento vulnerável da sociedade, para uma real e concreta garantia de seus direitos fundamentais.

EDUCAÇÃO POPULAR E EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: O IMPACTO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS ENTRE A POPULAÇÃO RIBEIRINHA ORGANIZADA

Harineide Madeira Macedo, Heliana Raimunda de Macedo

Palavras-chave: população ribeirinha, Educação Popular, movimentos sociais, Programa Mais Médicos, amazônia

APRESENTAÇÃO: A região norte do Brasil, em face das condições geográficas e dificuldades de deslocamento, possui municípios com escassa oferta de atendimento em saúde. Em 2013, o governo brasileiro criou o Programa Mais Médicos, com o objetivo de minimizar a escassez de profissionais da saúde e de melhorar as condições de trabalho desses profissionais nas Unidades de Saúde. O Programa visa melhorar a formação de médicos por meio da ampliação de vagas nos cursos de medicina, a expansão da residência médica em Medicina de Família e Comunidade e a inserção imediata de médicos em todo o país. Na ausência de médicos brasileiros em quantidade suficiente para cobrir as áreas mais remotas, o governo federal assinou acordo de cooperação com o governo de Cuba e, desse modo, conta-se com cerca de 11 mil médicos cubanos atuando em todo o país. **DESENVOLVIMENTO:** A chegada dos médicos cubanos nos municípios da Amazônia causou alguma estranheza, não apenas por serem culturas diferentes, mas porque a região amazônica já possui uma diversidade de comunidades tradicionais que chama ao convívio minimamente os indígenas, os ribeirinhos e as populações da floresta (extrativistas, seringueiros). Os ribeirinhos vivem nas beiras dos rios, geralmente vivem em palafitas, sofrem com a falta de saneamento básico, com a erosão e poluição fluvial, e tem como atividade

econômica o artesanato, agricultura, complementando a alimentação com caça, pesca e algum extrativismo vegetal. Diante da precariedade das condições de saúde e de vida desse grupo populacional, o Ministério da Saúde instituiu em 2005 o Grupo da Terra, que elaborou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF) já em vigor. Se do ponto de vista estatístico, a população ribeirinha não é bem delimitada entre os indígenas e a população da floresta, do ponto de vista do atendimento médico, esse tem ocorrido de algum modo, independente dos fatores sociais, raciais, de gênero, econômicos, etc., mas não sem o envolvimento da sociedade civil organizada. **RESULTADOS E IMPACTO:** Há o esforço da gestão do Programa Mais Médicos em que a integração ensino-serviço, siga os moldes da Educação Permanente em Saúde. As populações ribeirinhas também organizam-se pelas vias da educação popular. Este estudo traz à discussão as expressões de acolhimento ou resistências das comunidades ribeirinhas diante da prestação de serviços pelos médicos cubanos. Os movimentos de acolhimento/resistência aparentemente não trazem elementos paradoxais para a análise do impacto, mas de uma verdadeira dialética dos saberes postos. Supõe-se que, além do fortalecimento do Sistema Único de Saúde, a riqueza cultural desses encontros leve à consolidação de avanços coletivos no sentido da autonomia dos sujeitos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Ainda não é conclusivo o estudo do impacto que os serviços prestados pelos profissionais do Programa Mais Médicos causarão na região amazônica, seja pela diversidade cultural ou pelo fato de o Programa ainda estar em execução. O que parece mais acertado como resultado é a compreensão cada vez maior que a população ribeirinha passa a ter pelo direito à saúde pública.

EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS TERRITORIALIZADAS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E SAÚDE: CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DE UMA MATRIZ AVALIATIVA

Andréia Faraoni Freitas Setti

Palavras-chave: avaliação de efetividade, desenvolvimento sustentável, promoção da saúde, governança, Mosaico Bocaina, comunidades tradicionais

Os impactos sociais, econômicos e ambientais do modo de produção e consumo atual vêm ameaçando a vida no planeta e destacando a importância de se incorporar o desenvolvimento sustentável como conceito-chave em distintos campos de conhecimento e ação. Para implementar territorialmente esta agenda são necessários estratégias estruturantes e mecanismos de governança, tais como a avaliação de efetividade de estratégias de promoção de territórios sustentáveis e saudáveis, com viabilidade, factibilidade e replicabilidade necessárias para retroalimentar processos políticos e de gestão voltados para a consecução de seus objetivos. Este estudo teve por objetivo desenvolver métodos, tecnologias e parâmetros de análise, monitoramento e avaliação de efetividade de promoção da saúde e desenvolvimento sustentável a partir de uma experiência concreta em andamento, o Projeto Bocaina / Observatório de Territórios Sustentáveis e Saudáveis da Bocaina (OTSS) que visa promover a justiça socioambiental, por meio da construção e implantação coletiva de agenda estratégica local integrada à agenda das comunidades tradicionais do Mosaico Bocaina, voltada para a educação diferenciada e o turismo de base comunitária. Adotaram-se as abordagens ecossistêmica, da determinação social da saúde e comunicativa do planejamento

estratégico-situacional, que pressupõem a participação social na gestão ambiental e o trabalho intersetorial como principal estímulo para o processo de mudança social. Foram realizadas: descrição do processo teórico-metodológico de avaliação e descrição do projeto, seus processos de implantação e desenvolvimento, a partir do referencial teórico adotado, com enfoque no processo de governança local. A integração de distintas abordagens que têm em comum a historização dos processos sociais, a utilização do território como categoria central e a articulação de distintas escalas, horizontalidades e verticalidades, a partir de redes de solidariedade e da ecologia de saberes possibilitou desenvolver uma ferramenta de avaliação de efetividade de políticas públicas territorializadas que visem promover a equidade, a autonomia e a sustentabilidade levando em conta a especificidade do território que se deseja avaliar. Essa ferramenta é a Matriz de Avaliação de Efetividade de Estratégias Territorializadas de Desenvolvimento Sustentável e Saúde. Considera-se que a aplicação da abordagem e das tecnologias desenvolvidas produziu sinais de efetividade de desenvolvimento sustentável no nível dos parâmetros e indicou a possibilidade de aprofundamento de análises particulares de cada uma das dimensões e parâmetros, o que inclui o desenvolvimento de índices e indicadores. Os resultados alcançados em cada um dos objetivos específicos permitiram analisar o Projeto Bocaina / OTSS sob a perspectiva de promover a justiça socioambiental, revelando pistas de efetividade de promoção da saúde e desenvolvimento sustentável considerando as dimensões: equidade, autonomia e sustentabilidade. Considera-se que a avaliação de efetividade de estratégias de promoção da saúde e desenvolvimento sustentável é um mecanismo demonstrativo da possibilidade teórico-prática do saudável

e do sustentável referida aos territórios. As abordagens utilizadas e as tecnologias desenvolvidas podem fornecer subsídios à tomada de decisão e à formulação de políticas, programas e projetos que promovam territórios sustentáveis e saudáveis.

ELES POR ELES: UMA GAMA DE DEFINIÇÕES SOBRE SER LGBT

Guilherme Ribeiro Gama, Bruno Vitiritti Ferreira Zanardo, Sonia Maria Oliveira de Andrade

Palavras-chave: LGBT, auto-identificação

Desde 1990, a homossexualidade não é considerada doença, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) retirou o então “homossexualismo” do Código Internacional de Doenças (CID). Porém, estados e nações, assim como certas culturas e crenças, ainda detêm forte influência sobre a questão da aceitação do homossexual na sociedade. O indivíduo pertencente à população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros) ainda recebe olhares de desconfiança, desconforto e, por vezes, aversão. A presente pesquisa visa analisar as opiniões desses indivíduos quanto à sua própria imagem, sobre o que é ser gay, lésbica, bissexual ou transgênero. Foram coletadas doze entrevistas, com indivíduos pertencentes à população LGBT, moradores de Campo Grande – MS. As entrevistas foram gravadas em áudio após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). O referencial teórico utilizado para a análise dos dados foi a abordagem construcionista da psicologia social. Os resultados mostraram uma variedade de definições, algumas regidas apenas pelo desejo e/ou afeto pelo mesmo

sexo, outras cursando com sentimentos de liberdade e felicidade. Alguns entrevistados apontaram para a naturalidade do ser gay, ou ainda sobre nunca terem pensado sobre o assunto. Conclui-se, assim, que os indivíduos pertencentes à população LGBT veem em si, sobretudo, figuras comuns na sociedade, cada um à sua maneira, mas todas elas convergentes para a naturalidade, com expectativas de que as demais pessoas os enxerguem da mesma maneira como eles se sentem.

EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM PARTICIPANTES DE UMA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA QUE ATUA COMO ARTICULADORA DE UM MOVIMENTO SOCIAL

Natália Maria Santana de Albuquerque, Ana Karolliny Santos Paulino da Silva, Camila Xavier de Melo, Maria Beatriz Bonifácio da Silva, Mayara Ferreira Lins dos Santos, Thamires Ranile Ferreira, Raphaela Delmondes do Nascimento

Palavras-chave: Enfermagem, Hanseníase, Saúde Pública

O curso de Enfermagem da Universidade de Pernambuco tem possibilitado à participação dos seus acadêmicos em diversos trabalhos e ações extensionistas. O Projeto de Extensão Integração Morhan: Integralizando Práticas Acadêmicas a um Movimento Social, vem realizando ações desde 2011 integrando estudantes de enfermagem às atividades do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), que possui como objeto de reflexão e ação a luta pela garantia dos direitos das pessoas acometidas pela hanseníase, sendo a favor da eliminação da mesma, como problema de saúde pública. O grupo vivencia uma dinâmica que ocorre entre professores, alunos e voluntários

do movimento. Esse relato de experiência é fruto da participação dos discentes extensionistas e objetiva caracterizar a importância da integralização das práticas acadêmicas a um movimento social que a extensão vem oportunizada, além de apresentar as atividades desenvolvidas na mesma. Atualmente o projeto em questão, conta com seis estudantes e foi contemplado com bolsa do edital PIBEXT/UPE/2015. Possui como método de trabalho a interdisciplinaridade do tripé do ensino, pesquisa e extensão. Entre as ações extensionistas desempenhadas ao decorrer de 2014/2015 temos: a organização da oficina de capacitação para profissionais de saúde e posterior oficina de monitoramento e avaliação, a elaboração de seminários, a presença em reuniões com a gestão municipal e estadual para a discussão sobre a condução da política de controle da hanseníase e com o ministério público para a articulação com o movimento. Os acadêmicos inseridos no projeto têm a oportunidade de vivenciar reflexões e ações do movimento, tomando com eixo principal a compreensão da realidade de determinados grupos populacionais, que se encontram expostos a diferentes situações de vulnerabilidade, como os usuários com hanseníase. É perceptível o impacto na formação acadêmica ao longo das ações trabalhadas, onde se percebe a formação de um profissional de enfermagem com senso crítico e reflexivo, além do embasamento que irá possuir em relação à compreensão dos fatores desencadeantes e do processo saúde-doença que envolve a hanseníase. Assim, esta experiência de inserção dos estudantes no Projeto de Extensão: Integração Morhan, resultou em um notório enriquecimento no processo ensino-aprendizagem, uma vez que promoveu a integralização dos conceitos trabalhados por meio de vivências teóricas e práticas ao decorrer do projeto.

FORMAÇÃO E PERCEPÇÃO SOBRE PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE DELEGADOS DA V CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DO CEARÁ

Márcia Andréia Barros Moura Fé, Maria Marlene Marques Ávila, Alessandra Karla Oliveira Amorim, Andressa Eslayne Caldas Sales, Letícia de Albuquerque Araujo, Lucia Conde de Oliveira, Andressa Alves de Lima, Tereza Amélia Araújo Laureano

Palavras-chave: participação social, controle social, políticas públicas

APRESENTAÇÃO: A participação ampla da sociedade na definição das políticas públicas a serem implementadas, garante seu fortalecimento, tornando-as mais adequadas às necessidades da coletividade de interesse público. No campo da segurança alimentar e nutricional (SAN), especificamente na Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN), tal participação é essencial, tem um papel relevante no que diz respeito ao exercício de democracia participativa e de representação social para a sua elaboração, implementação, avaliação, promoção e monitoramento. O objetivo do estudo foi identificar a formação e percepção sobre participação social dos delegados na V Conferência Estadual de SAN no Ceará. METODOLOGIA: O estudo se realizou no período de 25 a 27 de agosto de 2015 em Fortaleza, Ceará, por meio de abordagem qualitativa. Foram informantes 33 representantes do poder público e sociedade civil, incluindo as cotas (representantes de populações específicas, p. ex. quilombolas, povos tradicionais). Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas registradas em gravações de áudio. Para o objetivo deste estudo foram consideradas as seguintes perguntas do roteiro: Fez algum curso de

capacitação para a participação social? Se sim, quais cursos? O que você entende por participação social? RESULTADOS: Cerca de metade dos informantes afirma ter algum tipo de formação em participação social, aspecto que certamente se reflete em sua percepção sobre a participação social. Dos depoimentos emergiram mais fortemente as categorias empíricas: participação ativa, empoderamento, representação. A presença ativa de sujeitos sociais participando da elaboração e formulação das políticas públicas potencializa o fortalecimento da cidadania e guarda relação com o conceito de democracia. A categoria empírica “empoderamento” guarda estreita relação com a construção histórica do conceito de SAN no Brasil e com o engajamento de movimentos sociais na luta pela superação da fome, haja vista a mobilização dos brasileiros nos anos 1990 na “Campanha Nacional da Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida” e a organização dos comitês gestores locais instalados em número significativo de municípios brasileiros no início da primeira gestão do Governo Lula, que tiveram importante contribuição no fortalecimento da participação social. A representação da sociedade civil é garantida institucionalmente pela sua participação em conferências e conselhos de segurança alimentar e nutricional nas três esferas administrativas, e neste espaço tem predominância sobre o poder público, pois 2/3 dos conselheiros são da sociedade civil. Porém, a potencialidade de tal representação precisa ser mais bem estudada, dada a realidade de outros conselhos de políticas públicas, onde, muitas vezes, é escamoteada. Uma pista apontada por este estudo é se de fato os representantes de diferentes categorias da sociedade civil contemplam com sua participação as pessoas às quais representam nestes espaços, dada a dubiedade permitida pelo

termo “representação”. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As categorias empíricas revelam haver boa compreensão sobre a participação social. Contudo, dada a importância desta participação no fortalecimento da sociedade civil como partícipe da construção de políticas capazes de reduzir as desigualdades, é necessário estimular a sua qualificação, pois apesar dos avanços, ainda são desafiadoras as condições estruturais para o efetivo controle social.

HELPING HAND: AÇÃO SOCIAL E EDUCAÇÃO ATRAVÉS DE FERRAMENTAS TECNOLÓGICAS

Tiago Martins da Silva Goulart, Ingrid Baggio Smalti, Monique Machado Invernizzi, Luana Lazzarotto Bianchi

Palavras-chave: Helping Hand, Ação social, Educação

APRESENTAÇÃO: O projeto HelpingHand consiste na produção e desenvolvimento de ferramentas tecnológicas, mais especificamente um web site e de um aplicativo para aparelhos de telefone celular de tipo Android, que visam auxiliar indivíduos e grupos que chegam ao Brasil na condição de imigrantes e/ou refugiados. RESULTADOS: Nesse sentido, o projeto tem como resultado mais do que as mencionadas ferramentas tecnológicas, posto consistir, em última análise, numa ação social que busca dar suporte à inserção social desses estrangeiros na sociedade brasileira, mediante o acesso à informações que facilitem suas condições de vida e trabalho. Não obstante, o HelpingHand possui uma dimensão educacional intrínseca, na medida em que alia a aplicação de conhecimentos adquiridos por estudantes de um Curso Técnico em Informática para Internet com um esforço de pesquisa que resulta numa ação de extensão.

Cumpra assim o objetivo fundamental do tipo de instituição de ensino na qual é desenvolvida. Os dados disponibilizados nas ferramentas tecnológicas mencionadas indicam, de forma clara e objetiva, os endereços e principais informações acerca de instituições e entidades que fornecem apoio ou serviços aos imigrantes e refugiados, através de categorias de busca pensadas de acordo com o levantamento de algumas necessidades junto à indivíduos e grupos já estabelecidos no país, de forma a identificar as principais carências de demandas a serem atendidas. Além disso, os dados disponibilizados dizem respeito à todo território nacional e o conteúdo de ambos os sistemas encontra-se nas línguas mais faladas pelos estrangeiros nas condições de imigrantes refugiados, a saber, o árabe, o espanhol, o francês e o inglês, bem como o português. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Atualmente, o projeto está na fase de inclusão dos idiomas crioulo e wolof, falado por indivíduos oriundos do Haiti e do Senegal. Por fim, cabe ressaltar que o HelpingHand constitui numa ação social pelo fato de, além de proporcionar ferramentas de apoio à inserção de estrangeiros em condição de vulnerabilidade na sociedade brasileira, implicar num exercício de reflexão e práxis por parte de estudantes de nível médio, cumprindo assim uma função social bastante significativa.

O CONTROLE SOCIAL NA RIDE-DF: SINCRONIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE O NÍVEL DISTRITAL E REGIONAL PARA A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE

Magda Machado Saraiva, Mariana Sodario Cruz

Palavras-chave: Controle Social, RIDE

O SUS (Sistema Único de Saúde) foi concebido após o Movimento da Reforma

Sanitária e tem como princípios a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado, a equidade, descentralização político-administrativa e a participação da comunidade. Há ainda muitos entraves a respeito da conformação do sistema, mesmo assim o SUS tem avançado no que diz respeito aos seus princípios, já que está em constante luta para que o sistema privado não mine e nem impeça que a população tenha acesso integral a uma saúde pública gratuita e de qualidade. O Sistema tem por principais legislações as leis 8080/90 e 8142/90, sendo esta última o marco da instituição dos conselhos e conferências de saúde, que são peças fundamentais do exercício da participação social. De acordo com essa lei, os conselhos são órgãos colegiados permanentes e possuem caráter deliberativo, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. O objetivo do estudo é compreender a efetivação do controle social em espaços normatizados de regionalização econômica, as RIDE's (Região Integrada de Desenvolvimento Econômico). Como metodologia serão realizadas dois estudos de caso em instâncias distintas do controle social integrantes da RIDE-DF: o Conselho de Saúde do Distrito Federal e o Conselho Regional de Saúde do Núcleo Bandeirante/DF. Para tanto, o objetivo específico será caracterizá-los quanto às atuações, autonomias, debates, atores, atividades, problematizações e processo decisório, por meio da descrição e análise das pautas e das atas das reuniões mensais dos Conselhos selecionados, além da observação participante em reuniões ordinárias. Essa análise permitirá melhor compreender as peculiaridades da conformação do Controle Social no Distrito Federal. A escolha dos Conselhos de estudo foi pautada pelo critério conveniência, necessidade de aprofundamento das especificidades do controle social característico da RIDE-DF,

e de disponibilização dos dados para o estudo. Vale ressaltar que o Distrito Federal, por apresentar características agregadas de Estado e Município, possui singularidades normativas sobre o controle social que precisam ser detalhadas para melhor situá-lo no âmbito das demais RIDE's, que possuem a divisão tradicional entre Estados e Municípios. Isso não só pode influenciar o processo de tomada de decisão como também impactar na formação de parcerias e contratos entre as regiões. Os resultados esperados são a caracterização e apreciação do debate, o aprofundamento e a divulgação da efetivação do controle social em espaços da RIDE-DF, com apontamentos sobre as sinergias e divergências entre as instâncias Regional e Distrital. Como referencial de análise, serão abordados os conceitos de descentralização e desconcentração, para a caracterização da atuação das diferentes instâncias. Vislumbra-se que sejam apontadas diferenças importantes na atuação dos Conselhos escolhidos, bem como complementariedades, fatores que podem impor pactuações diferenciadas entre os atores envolvidos nessa conformação de controle social. Aponta-se que tais especificidades distritais soem como provável desafio para os gestores, trabalhadores e usuários na efetivação do Controle Social em saúde.

O DESEJO DO ANALISTA E OS DESAFIOS DO CONTROLE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MUNICIPAL DE BETIM

Rhayane Maria Medeiros Ribeiro do Carmo, Paula Angela de Figueiredo e Paula, Marisa Queiroz Nogueira, Edgar Márcio de Freitas

Palavras-chave: controle social, sus, conselho de saúde

Apresentação: A pesquisa realizada pelo "Observatório da Saúde da PUCMG em

Betim" em 2011 revelou que 90% dos trabalhadores sabiam sobre a existência, importância e função dos Conselhos Municipais de Saúde, contra 15% de usuários. Paradoxalmente 83% dos trabalhadores disseram não ter interesse em participar dos mesmos, enquanto 89% dos usuários responderam sim. Este dado desmente a crença de que as pessoas mudam sua forma de agir e pensar, através do acesso ao conhecimento. Desenvolvimento/ Metodologia: Para investigar este paradoxo usamos de duas metodologias: 1) Uma entrevista semiestruturada segundo os parâmetros da "história oral"; 2) O trabalho com grupos baseado na proposta lacaniana do "cartéis". A amostra foi composta por ex-conselheiros representantes de trabalhadores e usuários. Após transcrição do material utilizamos a análise de conteúdo, tendo como base de análise a Lei nº 8142/90 que regulamenta os Conselhos e as teorias de Lacan, Althusser e Foucault. Resultados: Nós descobrimos que há entre os trabalhadores a descrença de que sua participação seja capaz de fazer os conselhos exercerem o Controle Social, enquanto para os usuários é o contrário. Descobrimos também que as relações políticas entre as categorias no interior dos conselhos, reproduzem posições de submissão dos usuários as outras duas categorias representativas porque o saber trazido pelo usuário não tem valor. Os conselhos reproduzem as formas de atuação das câmaras legislativas, com representantes que não conseguem dialogar com suas bases, sem trabalhar em razão do interesse público. Nosso convite aos ex-conselheiros para que pudessem fazer uso de um espaço de fala livre onde fosse produzido um saber capaz de provocar mudanças subjetivas quanto à sua vitimização perante o Estado, não foi suficiente para motivá-los a participar do pequeno grupo. Considerações Finais: Isso nos mostrou que, para além dos

cursos rotineiros de capacitação, deve-se investir durante a gestão dos Conselhos neste tipo de trabalho em grupo, onde a palavra circule, apostando na subversão do poder em seu interior. Já sabemos que as capacitações investem apenas na oferta de conhecimentos técnicos e burocráticos, que são importantes, mas revelaram-se "saberes inócuos" para promover a mudança da posição subjetiva frente à submissão de uma categoria perante a outra. O conhecimento ensinado nas capacitações parece reforçar as relações de poder de uma classe sobre a outra, ou seja, não muda o micropoder exercido nessas relações, mantendo assim, as desigualdades existentes na sociedade em geral. Estamos com Foucault quando admitimos não ser possível mudar a sociedade, sem mudar o micropoder exercido nas relações entre as categorias representativas dos Conselhos.

O EFEITO DO MÉTODO PILATES NO EQUILÍBRIO ESTÁTICO E DINÂMICO DE IDOSAS

Luciane Marta Neiva de Oliveira, Michelle Vicente Torres, Felipe Aurélio Nunes de Sousa, Joseane do Nascimento Muniz

Palavras-chave: Equilíbrio, Exercício, Idoso

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que vão ocasionando perdas progressivas da força, flexibilidade, equilíbrio e das capacidades motoras dificultando a realização das atividades da vida diárias, a manutenção de um estilo de vida saudável, comprometendo a saúde e a qualidade de vida do idoso. O Pilates é um método de condicionamento físico que integra o corpo e a mente, elimina as dores musculares, amplia a capacidade de executar movimentos, aumentando o controle, a força, o equilíbrio

e a consciência corporal. Trabalha o corpo como um todo, corrige a postura e realinha a musculatura, desenvolvendo a estabilidade corporal necessária para uma vida mais saudável. O presente estudo teve como objetivo verificar o efeito do Método Pilates sobre o equilíbrio estático e dinâmico de idosas na comunidade do bairro São Pedro em Teresina-PI. Realizou-se um estudo controlado, analítico, prospectivo e de intervenção com uma abordagem quantitativa utilizando-se uma população de 40 indivíduos do sexo feminino, com idade a partir de 60 anos, sendo 30 do grupo intervenção e 30 do grupo controle. As idosas foram avaliadas utilizando-se os testes funcionais de equilíbrio de Berg Balance Scale, TimedUpAndGo Test e Estabilometria em plataforma de força. O grupo intervenção foi submetido a um protocolo de 12 exercícios do Método Pilates, realizados em solo, duas vezes por semana, com duração de 50 minutos, durante 12 semanas. Para a comparação das variáveis entre os grupos utilizou-se análise estatística não paramétrica aplicando-se o teste U Mann-Whitney com um valor de $p \leq 0,05$ para nível de significância. O estudo mostrou que ao compararmos os grupos controle e intervenção nos momentos antes e após o período de 12 semanas observou-se significância estatística nos testes de Berg (0,0002) e TimedUpandGo Test ($p=0,0005$) em favor do grupo intervenção. Não se observou diferenças estatísticas significativas em nenhuma das variáveis do equilíbrio estático através da Estabilometria. Concluiu-se que o Método Pilates promoveu efeito positivo no equilíbrio dinâmico de idosas podendo ser empregado em grupos comunitários, dentro das práticas corporais no sistema coletivo de saúde objetivando uma redução do índices de quedas bem como maior estabilidade corporal visando à promoção do envelhecimento saudável.

O PAPEL DA OUVIDORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA VISÃO DO USUÁRIO

Jaciely Garcia Caldas, Fabio Pereira Soares, Fernanda da Silva Lima, Nádia Maria Machado da Costa, Rafael Santana Costa Torres, Rafaela Moura de Araújo, Mayra Gama Leão, Daiane de Souza Fernandes

Palavras-chave: Ouvidoria, Unidade de saúde, Usuários

Apresentação: A Ouvidoria da administração pública permite um diálogo entre o governo e o cidadão caracterizando-a como um instrumento de regulação social onde o cidadão pode exercer seus direitos. Porém, esse serviço não é somente utilizado nas dependências públicas, mas também nas privadas, uma vez que o cidadão tem direito de reclamar do atendimento que lhe é prestado em qualquer entidade prestadora de serviços. Dessa forma, com esse direito garantido, suas manifestações sobre o serviço prestado ajudam no aprimoramento e correção dos atendimentos públicos e privados, para que haja uma relação mais democrática e participativa dos cidadãos. Objetivo: Descrever o conhecimento de usuários dos serviços de saúde sobre a temática Ouvidoria. Método do Estudo: Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa a fim de apontar os anseios e percepções dos usuários de uma Unidade Municipal de Saúde (UMS) de Belém do Pará. A coleta de dados foi realizada em 2014 através de um roteiro de entrevistas semiestruturado contendo perguntas abertas e fechadas. Resultados e/ou impactos: O estudo utilizou entrevistas com perguntas abertas e fechadas semiestruturadas com usuários dos serviços de saúde. Após a aquisição dos dados foi realizado um estudo criterioso por meio de análise de conteúdo da literatura e transcrição na íntegra das entrevistas e organização dos

dados. A maioria dos entrevistados relata conhecer o significado de ouvidoria, embora ainda não conheçam a figura do ouvidor, a pesquisa também mostra que mesmo a maioria sabendo o que é uma ouvidoria e também que já precisaram destes serviços, ainda não conhece como funciona de fato uma ouvidoria. Os entrevistados também reconhecem que as características virtuais como o telefone, caixa de sugestões, correspondência eletrônica e caixa postal são de suma importância, igualando-se a forma física, para garantir sua privacidade junto à população e ao Estado. Quando perguntados se lhes fosse apresentada uma ouvidoria na UMS que frequentam a maioria afirmou que iria ajudar de alguma forma a melhorar os serviços prestados e que seria de grande auxílio. Considerações finais: Embora a população tenha relatado que as UMS não tenha estrutura física adequada, é possível aperfeiçoar os serviços prestando uma assistência mais condizente com as necessidades da população local. Com isso, certamente irá haver um ganho de rendimento na produtividade que será medido melhor através da satisfação dos usuários do serviço, uma vez que eles são os medidores da qualidade do serviço prestado nas Unidades de Saúde. Destacamos a importância estratégica em se ter uma Ouvidoria nas Unidades de Saúde, onde o usuário não precisará se deslocar do local onde ocorrerá sua insatisfação facilitando a resolução desta e favorecendo sua aproximação com a figura do ouvidor que ainda é pouco difundida, vale ressaltar que não só o espaço físico interfere na qualidade do serviço prestado em uma ouvidoria, mas sim todos os aparatos que este serviço necessita formando um grande maquinário a serviço do controle social pelo cidadão.

PARTICIPAÇÃO POPULAR NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - PESQUISA DE SATISFAÇÃO REALIZADA, POR MEIO DE OUVIDORIA GERAL DO SUS, JUNTO A MULHERES QUE REALIZARAM PARTO NO SUS EM 2013

Flávia Silvério de Souza Sobrinho, Marília Greidinger Carvalho, Lorena Magalhães Guedes Ferreira, Vaneuza Nascimento Santos Andrade

Palavras-chave: Parto, Pesquisa de Satisfação, Rede Cegonha, Participação Popular, Violência

A pesquisa de Satisfação das Mulheres que tiveram partos pelo SUS buscou avaliar o programa Rede Cegonha nos estados brasileiros, com foco na atenção pré-natal, parto, puerpério e atenção integral à saúde da criança. A pesquisa foi realizada por meio de inquérito telefônico, operacionalizado pelos tele atendentes do Disque Saúde 136 do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS e o período de coleta foi entre julho e setembro de 2015. O banco de contatos foi construído a partir dos dados das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH de partos realizados pelo SUS, obtidos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS referentes às competências de 2013. A partir desse banco fez-se uma amostragem considerando os estabelecimentos que realizam no mínimo 100 partos/ano e o tipo de parto realizado. O instrumento de coleta de informação utilizado na pesquisa buscou levantar informações com relação ao atendimento geral nos serviços de saúde, bem como estimar os índices de satisfação geral, de pré-natal, de boas práticas e de violência obstétrica. A partir das entrevistas realizadas, um dos objetivos atingidos foi mapear as situações de violências vivenciadas durante o atendimento do parto e assim avaliar o impacto da implementação

da Rede Cegonha em municípios brasileiros, neste aspecto. Deste modo, no estudo foram considerados casos de violência obstétrica circunstâncias onde a mulher sofre agressão verbal, física ou não teve suas necessidades emocionais respeitadas no momento do parto. Assim, quando o profissional grita/fala mal; manda a mulher parar de gritar ou critica de alguma maneira suas emoções; amarra, belisca, empurra à parturiente e, ainda, efetua toques vaginais sucessivos ou com brutalidade, são exemplos de violência que poderão ser apontados nesta pesquisa. Por fim, foram analisadas também as questões raciais que envolvem essa temática, será que as mulheres negras/pardas sofrem mais violência no parto que as brancas? Essa é uma das perguntas respondidas pelo estudo. De posse dessas informações a Coordenação Geral da Saúde da Mulher (CGSM), do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), irá traçar ações de intervenção nos estabelecimentos onde ocorreram mais casos de violência e assim modificar uma linha de comportamento dentro desses serviços.

PERFIL CLÍNICO E SOCIODEMOGRÁFICO DE IDOSAS PARTICIPANTES DE GRUPOS DE PRÁTICAS CORPORAIS VOLTADAS PARA O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Luciane Marta Neiva de Oliveira, Michelle Vicente Torres, Felipe Aurélio Nunes de Sousa

Palavras-chave: Exercício, Envelhecimento, Perfil

O envelhecimento é caracterizado por alterações fisiológicas como redução da força, flexibilidade, agilidade e das capacidades motoras dificultando a realização das atividades da vida diárias, a manutenção de um estilo de vida saudável

comprometendo a saúde e a qualidade de vida do idoso. Grande parte dos mecanismos implicados no processo de envelhecimento são facilmente modificados pelos estilos e hábitos adotados ao longo da vida. De tal maneira que quando se cumprem as recomendações destinadas a melhorar a saúde da população, pode-se atrasar e, inclusive, evitar problemas típicos da terceira idade. Recomendações como movimentar-se e permanecer ativo são importantes, pois a imobilidade contribui para um envelhecimento mais rápido. Diante da nova realidade demográfica mundial e da corrida na busca por práticas voltadas para a prevenção da incapacidade funcional no idoso e visando o envelhecimento saudável buscou-se analisar o perfil clínico e sociodemográfico de idosas praticantes de práticas corporais voltadas para a promoção do envelhecimento saudável. Realizou-se um estudo epidemiológico de coorte, transversal, com abordagem quantitativa, utilizando-se uma população intencional de 40 idosas do sexo feminino, com idade a partir de 60 anos, composta por participantes do projeto de extensão “Rosas do Entardecer” da Faculdade Santo Agostinho na comunidade do bairro São Pedro em Teresina - PI. As idosas responderam a um questionário sócio demográfico e de saúde cujos dados obtidos foram submetidos à análise descritiva. De acordo com os resultados percebeu-se o predomínio de mulheres com idade entre 60 e 69 anos (70,0%). Pudemos observar ainda que 47,5% eram casadas, 35% eram viúvas, 25% solteiras e 10% divorciadas e a maioria possuía algum grau de instrução de modo que 32,5% possuíam apenas o ensino fundamental, 25% haviam completado o ensino médio e 27,5% concluíram o ensino superior. As idosas menos ativas são mais velhas, viúvas e possuem um menor nível de escolaridade enquanto as idosas com maior nível de escolaridade

são mais ativas, ou seja, a prevalência da inatividade física diminui com o aumento dos níveis de educação. De acordo com as características clínicas da população idosa estudada pudemos constatar que os índices mais significativos estão nas variáveis hipertensão arterial sistêmica (HAS) com um total de 80% de incidência e diabetes com um índice de 30%. O aumento da prevalência de hipertensão com a idade bem como a sua associação a outras patologias crônicas como a diabetes vem ocorrendo como reflexo da nova realidade mundial pautada no envelhecimento populacional em detrimento da redução da taxa de fecundidade. Os resultados reforçam a necessidade de implantação de políticas públicas no sentido de fortalecer a educação popular em saúde e promover modificações no estilo de vida, hábitos alimentares e incentivos à realização de práticas corporais como melhor caminho para a promoção do envelhecimento saudável.

PERFIL DOS MANIFESTANTES EM UM SERVIÇO DE OUVIDORIA HOSPITALAR DE UM HOSPITAL REFERÊNCIA MACROREGIONAL EM MINAS GERAIS, BRASIL

Liliany Mara Silva Carvalho

Palavras-chave: Participação Popular, Controle Social, Ouvidoria Hospitalar

A emergência dos movimentos sociais nos anos 70 e 80 associada à mobilização nas Universidades e nas organizações de usuários, gestores e trabalhadores da saúde, gerou, de modo pluralista e suprapartitório, as condições sociais e políticas de onde emerge, em meio à luta social, a noção da saúde como direito, assim como os princípios que viriam a servir de base para a criação do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2007). No Brasil a participação popular é um dos eixos principais no SUS e está claramente

definida dentro do marco legal dentro da Reforma do setor saúde, essa expressão tão forte da população deixou suas marcas registradas em importantes documentos: Constituição Federal, 1988 (BRASIL, 1990). Os dados foram coletados no período de agosto de 2009 a agosto de 2014, resultando neste período em 122 acessos ao serviço de ouvidoria hospitalar, num montante de 858.804 internações ocorridas no mesmo período. De onde conclui-se que menos de 3% dos pacientes internados procurou pelo serviço de ouvidoria hospitalar. Constatou-se que dos acessos realizados ao serviço de ouvidoria obtivemos 64 mulheres (52%), 30 homens (25%) e 28 dos quais não se pode afirmar o sexo, uma vez que preferiram não se identificar, totalizando (23%) dos informantes. Sobre a identificação podemos afirmar que 94 pessoas identificaram-se (77%) e 28 pessoas preferiram realizar o acesso no anonimato (23%). Logo, conclui-se que há mais pessoas que se identificam do que pessoas que preferem não revelar sua identidade. Das reclamações apontadas no serviço de ouvidoria 73 pessoas não receberam resposta (59%) e apenas 49 pessoas receberam algum retorno acerca do acesso realizado na ouvidoria. Os resultados demonstraram que apesar do avanço legislativo, que garante a participação popular, ainda é incipiente a manifestação por parte desta. Neste contexto, evidencia-se um descompasso entre os discursos promotores dessa participação e as práticas implementadas. Fica evidente que o acesso ao serviço de ouvidoria hospitalar, forma de manifestação da sociedade, deve ser estimulado. Observamos que os profissionais não direcionam a população para que se manifestem, os colaboradores precisam, por meio de processo educativo, entender que a democratização é o meio para o qual os serviços prosperem.

PERSPECTIVA SOCIAL DO ENFERMEIRO

Adrielle Cândido Maldonado, Ruthléia de Souza Silva, Franciane Valente

Palavras-chave: Enfermagem, Pesquisa, Cuidado

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade atuando na promoção, proteção, na reabilitação da saúde e na prevenção, respeitando preceitos éticos e legais. Os acadêmicos do 2º período do curso de Enfermagem da PUC Minas Betim realizaram um levantamento com 60 acadêmicos dos cursos de Direito, Engenharia, Fisioterapia e Medicina, com o objetivo de identificar a representação social do enfermeiro dos alunos do campus. A pesquisa foi proposta na disciplina de Gestão da Carreira Profissional, que propõe uma reflexão sobre a trajetória sócio-política e cultural do percurso do Enfermeiro e suas implicações no seu fazer e saber atual. Todos os alunos participaram da pesquisa entrevistando dois acadêmicos de outros cursos. Cerca de 90% dos entrevistados definiram o enfermeiro como o profissional do cuidado, que deve ser realizado de forma integral. Salientaram os aspectos psicossociais e destacam o papel relevante do enfermeiro como profissional de relevância social, por sua postura acolhedora e técnica. De acordo com os entrevistados, o enfermeiro é um profissional de formação multidisciplinar com visão sistêmica o que lhe permite coordenar toda a rede de cuidado/ assistência ao paciente. Ressaltam ainda que o enfermeiro seja conhecido por sua dedicação e é defensor e mediador dos interesses do paciente. Conclusão: O trabalho nos permitiu inferir que o enfermeiro tem valor e reconhecimento profissional pela comunidade acadêmica, alcançando uma dimensão superior à dos próprios alunos.

POLÍTICAS AFIRMATIVAS EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE 100% SUS

Estella Maris da Silveira Dutra, Carla Souza Baptista

Palavras-chave: Participação Social, Cidadania, Inclusão Social, Equidade

O Grupo Hospitalar Conceição constitui-se como uma instituição que tem, na responsabilidade social, o compromisso com a promoção da inclusão, da igualdade e do desenvolvimento sustentável. Por isso desenvolve políticas afirmativas de inclusão social por meio de comissões, programas e parcerias com outras instituições públicas e com entidades da sociedade civil. O Centro de Resultados Participação Cidadã é o setor que tem a responsabilidade de implementar e desenvolver junto às comissões temáticas as Políticas Afirmativas e de Inclusão Social, fortalecendo a cidadania dos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde realizando ações de educação, sensibilização e implementação das políticas respeitando a diversidade e promovendo a intersetorialidade, buscando a excelência e eficácia nos serviços prestados aos usuários e trabalhadores do SUS. A luta empreendida por militantes comprometidos com a temática dos Direitos Humanos e Cidadania pela existência de um Estado justo e igualitário é uma preocupação permanente dos trabalhadores e da atual gestão do GHC, que tem como marco regulatório as diretrizes do SUS na implementação de uma política de saúde que de garantia ao direito universal de uma assistência com qualidade respeitando o princípio da equidade integralidade e participação democrática com controle social ativo e permanente. É neste contexto que o GHC tornou-se uma referência no atendimento de trauma, saúde da mulher, hospital geral e saúde comunitária. O Centro de Resultado

Participação Cidadã objetiva implementar em conjunto com as comissões, Comissão Especial de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (CEPPIR), Comissão Especial de Promoção de Políticas de Acessibilidade e Mobilidade (CEPPAM), Comissão Especial de Promoção de Políticas de Gênero (CEGÊNERO), Programa Jovem Aprendiz, Coordenação de Direitos Humanos GHC, Núcleo de Assistência Espiritual, Programa Voluntários pela Vida e Conselho Gestor do Grupo Hospitalar Conceição, as diretrizes básicas do SUS garantindo a manutenção e ampliação dos direitos conquistados pela cidadania, assim como garantir através de seminários, congressos e rodas conversas a formação e promoção da saúde, conforme deliberações das conferências de saúde e da política adotada pelo Governo Federal. As comissões e programas supra citados utilizam-se de reuniões periódicas nas dependências do GHC com usuários, trabalhadores, gestores e representações de entidades da sociedade civil onde debatem, planejam e deliberam sobre a política a ser implantada, implementada e monitorada pelos membros das comissões, assim como a promoção de articulação com instituições e movimentos populares comprometidos com a questão social visando o fortalecimento das redes sociais.

POLITIZAÇÃO DOS ESPAÇOS DE CONVIVÊNCIA: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA

Carlos Roberto de Castro e Silva

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Psicologia social crítica, subjetividade

APRESENTAÇÃO: O cotidiano de trabalho em Unidades de saúde da família em territórios de alta vulnerabilidade social tem

se mostrado cada vez mais desafiador, pois a complexidade das situações do processo de saúde-doença-cuidado exige ações que extrapolam as possibilidades concretas de encaminhamento por este serviço de saúde. Em estudos de revisão sobre a implantação do Programa de Saúde da Família e deste como reorganizador do sistema, considerado desde então como estratégia, revelam que o enfrentamento dos determinantes sociais tem sido um dos principais obstáculos para uma maior efetividade das ações. A pobreza extrema e a violência muitas vezes associada ao tráfico de drogas exigem novas formas de organização das forças locais no território. Consideramos que o fortalecimento comunitário implica em ações que promovam novas formas de sociabilidade e base de reconstrução de organizações de base comunitária mais politizada. O objetivo deste trabalho é discutir e propor estratégias do ponto de vista psicossocial que contribuam com processos construção de cidadania e autonomia de pessoas e comunidades, visando o enfrentamento das consequências da desigualdade social. DESENVOLVIMENTO: A trajetória da Psicologia social comunitária expressa o esforço de sintonia entre as lutas de movimentos sociais em prol da democracia e da justiça social dos países da América Latina e a busca de práticas mais engajadas do psicólogo. Partindo do princípio que toda psicologia é social autores como Sylvia Lane, Martin Baro, entre outros, compreendem a subjetividade como uma construção sócio histórica, a qual gera diferentes significados e sentidos para a vida das pessoas. Além deste pressuposto há uma valorização do conhecimento e experiências produzidas e compartilhadas por meio da convivência social e cultural. Esta perspectiva sócio histórica e cultural nos possibilita pensarmos que muitos dos fenômenos que vivemos podem ser alterados, ou seja, não são naturais. Isto sugere que muito do sofrimento

vivenciado pelas pessoas e comunidades estão atrelados a um contexto social econômico e político perverso, marcado pela exacerbação do modo capitalista de se viver. Discutir tais pressupostos tem efetividade se trazemos para o cotidiano de vida das pessoas sejam profissionais de saúde ou da comunidade e até mesmo dos universitários que atuam nestes territórios por meio de estágios, extensão ou de outras formas, inclusive pesquisa. Resultados: A partir de estudos de Martin-Baro, psicólogo assassinado pela ditadura em El Salvador há 26 anos, propomos a conscientização como uma ferramenta importante de transformação social a partir da construção de espaços intersubjetivos de diálogo. Este autor propõe: 1- Rompimento de esquemas fatalistas e naturalizantes da realidade vivida pelas pessoas; 2- Desvelar e abandonar a mecânica reprodutora das relações de dominação e submissão; 3- Resgatar e valorizar a memória histórica e uma nova identidade social. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Consideramos que a dimensão psicossocial do fortalecimento comunitário seja um aliado importante na construção das práticas da ESF, tendo em vista que a qualidade dos vínculos sociais e afetivos é uma base importante de transformação das velhas formas do viver, as quais são marcadas por situações de humilhação, abandono e descaso das políticas públicas e sociais.

PREVALÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA NOTIFICADOS NO BRASIL

Gracimary Alves Teixeira, Pamela Cândido de Moraes, Thaís Rosental Gabriel Lopes, Larissa Mendonça Torres, Monalisa Soares Maranhão de Freitas Medeiros, Lívia Azevedo Dantas, Alessandra Vasconcelos de Sena, Jovanka Bittencourt Leite de Carvalho

Palavras-chave: Sífilis, Infecções por treponema, Enfermagem materno-infantil

Introdução: A sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Esta infecção ocorre através de contato sexual, transfusão de sangue, transplante de órgão, ou por transmissão congênita via transplacentária. A Sífilis Congênita recebe maior destaque para a saúde pública devido à alta frequência com que produz desfechos graves para a gestação e para a criança tais como distúrbios dermatológicos, neurológicos, ósseos e cardiovasculares, abortamento espontâneo, morte fetal e neonatal, prematuridade e danos à saúde do recém-nascido, com efeitos psicológicos e sociais. Assim, o Ministério da Saúde preconiza que durante a assistência pré-natal toda gestante seja submetida a pelo menos dois exames de VDRL, com solicitação do exame na primeira consulta e outro por volta da 28^a semana gestacional. Deve-se ainda realizar novo teste de VDRL no momento do parto para garantir ao recém-nascido a possibilidade de tratamento precoce, caso a gestante não tenha sido tratada ou tenha se reinfectado após o tratamento. Objetivo: identificar a prevalência de casos notificados de Sífilis Congênita nas regiões brasileiras. Metodologia: Trata-se de um estudo ecológico com dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde brasileiro, ano 2014, das regiões do Brasil. Foram coletados 9234 casos de sífilis congênita, cadastrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, e por serem dados secundários, disponibilizados de modo coletivo, não havendo identificação dos indivíduos, dispensou-se a aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos, conforme os aspectos éticos da Resolução nº 466/2012. Resultados: O Brasil, em 2014 notificou 9234 casos de

Sífilis Congênita, onde as regiões Sudeste e Nordeste apresentaram as maiores prevalências de casos de notificação compulsória com 39,57% (3654) e 35,66% (3293), respectivamente, enquanto as demais apontaram proporções menores, tendo a região Sul percentual de 10,02% (926), a Norte de 10,68% (987), e em destaque, a Centro-oeste com a menor prevalência de 4,05% (374). Conclusão: observa-se variação expressiva na prevalência de casos de sífilis congênita notificados nas regiões brasileiras de 39,57% (3654) no Sudeste para 10,68% (987) no Nordeste.

SINALIZANDO A SAÚDE: A RELEVÂNCIA DO USO DA LÍNGUA DE SINAIS NO CUIDADO DE SI

Taiz de Oliveira Teixeira, Keli Simões Xavier Silva, Ana Paula Santana Coelho Almeida

Palavras-chave: Surdez, Acesso aos Serviços de Saúde, Doenças Sexualmente Transmissíveis

APRESENTAÇÃO: Tendo em vista a perspectiva de uma sociedade inclusiva em que os diversos espaços devem estar preparados para atender a todos, sem restrição, o atendimento aos surdos no Sistema Único de Saúde (SUS), vêm se configurando como um desafio. Essa afirmação se dá em face da especificidade linguística apresentada pela comunidade surda. No entanto, ao observarmos os diversos locais que oferecem serviços de saúde, nota-se a ausência de profissionais capacitados para atender a tal público. Dessa forma, os usuários surdos, muitas vezes, não recebem o atendimento nesses serviços. Frente ao exposto, surge na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) o “PROJETO SINALIZANDO A SAÚDE”, este se configura como uma ação de extensão que oferece orientações sobre

saúde para a comunidade Surda residente no norte capixaba. Tal ação de extensão deu origem à pesquisa Sinalizando a Saúde: a relevância do uso da língua de sinais no cuidado de si. O objetivo do projeto é facilitar o acesso da comunidade surda de São Mateus e municípios adjacentes para informações sobre saúde garantindo que o conhecimento seja passado em Libras para essa comunidade. DESENVOLVIMENTO: As reuniões foram organizadas em forma de palestras (utilizando-se como material de apoio slides preparado pela equipe), cada temática escolhida eram explicadas em português e interpretadas simultaneamente para Libras. Os participantes teriam a autonomia para fazer perguntas ou narrar vivências com a temática apresentada. As dúvidas expostas eram sanadas antes de dar sequência à apresentação. É válido destacar que o diferencial destes grupos, é que embora as palestras fossem pensadas a partir do português, o grupo era composto, quase que na sua totalidade, por surdos. Esta configuração permitiu que o foco do grupo e das explicações fossem os surdos e a libras. RESULTADOS E IMPACTOS: A partir das ações empreendidas no projeto, emergiu o interesse em compreender como se dá a assimilação das informações referente à sexualidade pela comunidade surda, uma vez que na sociedade moderna o tema tem ganhado cada vez mais espaço e se tornou alvo de discussões dentro da saúde. Foi possível perceber que a comunidade surda tem acesso à informação a respeito de sexualidade, pôr essa informação é mínimo e se dá em espaço profissional ou religioso e não nos âmbitos de atendimento a saúde ou espaço escolar. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Através das reuniões realizadas com a comunidade surda foi possível passar as informações a respeito da saúde para esse público, garantindo a essa comunidade que tivesse acesso às temáticas de saúde em Libras.

TRILHAS DA INIQUIDADE: SAÚDE DE POVOS CIGANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Manoel Guedes de Almeida, Debora Regina Marques Barbosa, Jose Ivo dos Santos Pedrosa, Denise do Nascimento Pedrosa

OBJETIVO: O presente estudo aborda a saúde da população cigana e sua inserção nas políticas públicas em saúde, de modo a contribuir para a discussão sobre essa minoria étnica nas ações do Sistema Único de Saúde. Método do estudo: Trata-se de revisão integrativa através das bases Scielo e LILACS por meio dos descritores ciganos, cigana, cultura, Saúde, Identidade, promoção da Saúde, Equidade e Políticas, agrupadas ou isoladamente, com o objetivo de responder à questão “como as políticas públicas de saúde se relacionam com as necessidades impostas pelas características da população cigana”? Como critério de inclusão, foram utilizados trabalhos, publicados em periódicos brasileiros ou em livros em língua portuguesa ou espanhola. Como critério de exclusão, fora considerada, através de busca ativa, o distanciamento da questão norteadora do presente trabalho. Tendo em vista a escassez de trabalhos sobre a temática em questão, optou-se por não utilizar período de publicação como critério de inclusão/exclusão. RESULTADOS: Aspectos característicos da etnia, como o nomadismo e suas implicações, além de péssimas condições de habitação e saneamento básico, baixa escolaridade, estrutura familiar nuclear, preconceito marcante, dentre outros, corroboram para necessidades em saúde que são próprias do grupo e que exigem formas especiais de atenção e cuidado. CONSIDERAÇÕES FINAIS: No campo das Políticas de Saúde, esse entendimento tem tateado e há quase total invisibilidade da etnia no que se refere à atenção nos serviços de saúde. Em conjunto, esses fatores corroboram para

um quadro de maior risco de adoecimento e morte sobre o qual não se destina nenhuma atenção especial em saúde.

UNIVERSIDADE ABERTA A MELHOR IDADE DA UEMS: O PERFIL E O CONHECIMENTO SOBRE ENVELHECIMENTO E BEM-ESTAR DOS ALUNOS

Karine Macedo de Oliveira, Fernanda dos Santos Tobin, Bruna Beatriz Gonçalves Bruno, Tatiane Geralda André, Mayara Munin Acióle, Marcia Regina Martins Alvarenga

Palavras-chave: Universidade Aberta, Promoção da Saúde, Idoso

INTRODUÇÃO: Com a finalidade de promover a saúde, bem-estar psicológico e interação social de idosos da região de Dourados-MS, o curso de Enfermagem da UEMS, em conjunto com outros cursos da instituição criaram a Universidade Aberta a Melhor Idade (UNAMI-UEMS). A UNAMI é um projeto de extensão aberto a população e iniciou suas atividades em 2014. Não há processo seletivo. Precisa ter no mínimo 55 anos para matricular-se e a disponibilidade de horário para participar das atividades que são realizadas semanalmente, nas quartas-feiras no período vespertino. O projeto visa à promoção de saúde, a fim de melhorar as condições de saúde da pessoa idosa, aumentando a expectativa e qualidade de vida. **Objetivo:** conhecer o perfil social e descrever a percepção dos alunos da UNAMI-UEMS sobre o do processo de envelhecimento, considerando o bem-estar e saúde. **MÉTODO:** foram analisadas as fichas de inscrições. A percepção sobre o processo de envelhecimento aconteceu por meio de uma dinâmica, desenho de um dia marcante na vida de cada um. A partir dos resultados dos desenhos, os alunos foram

questionados sobre o conceito de bem-estar. Resultados: foram analisadas 32 fichas de inscrições e 71,8% são do sexo feminino e 28,2% masculino. Estado civil, 12,6% são solteiros, 53,1% casados, 9,3% divorciados e 25,0% viúvos. Escolaridade: 6,2% têm o ensino fundamental completo, 25,0% têm o ensino fundamental incompleto, 21,9% com ensino médio completo, 37,5% têm ensino superior e 9,4% não responderam. O arranjo familiar, 68,8% moram acompanhados, 18,7% sozinhos e 12,5% não responderam. Ocupação atual, 68,7% são aposentados, 28,1% trabalham e 3,2% não responderam. Com relação à participação de grupos da terceira idade, 31,3% disseram sim e 68,7% não. A principal percepção de envelhecimento demonstrado pelos idosos é a experiência do casamento, família e nascimentos dos filhos e de momentos vivenciados na infância. O bem-estar para os idosos foi conceituado como necessidades humanas básicas, sendo assim, saúde, alimentação, repouso, atividade física e lazer. Durante o desenvolvimento das atividades deste trabalho com os participantes da Universidade Aberta a Melhor Idade, foi possível visualizar a maneira com que os alunos que fizeram parte desta pesquisa lidam com o envelhecimento. Desmistificando a imagem do idoso na sociedade, mostrando os benefícios de ter mais experiência. **CONCLUSÃO:** As experiências marcantes em cada fase vida demonstram o significado do envelhecimento humano de maneira singular. A correlação entre o bem-estar como processo de envelhecimento é a equivalência da funcionalidade, representado pela autonomia e independência do indivíduo em desempenhar as atividades do cotidiano.

Relatos de Experiências

15^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: ONDE QUEREMOS CHEGAR?

Priscylla Alves Nascimento de Freitas, Israel Dias de Castro, Luciana Maria Pereira de Sousa, Geísa Dias Wanderley, José Félix de Brito Junior

Palavras-chave: Movimento Estudantil, Reforma Sanitária, Conferências de Saúde

O Controle Social é um direito constitucional conquistado através de lutas e resistência da população brasileira e movimentos sociais. Na saúde, a participação popular se dá em duas instâncias: os Conselhos nacional, estaduais e municipais e as Conferências, no qual ocorrem a cada quatro anos. Historicamente, espaços de Controle Social na saúde foram símbolos de resistência na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), contra os avanços neoliberais no país. No entanto, nos últimos anos é possível notar algumas mudanças na composição dos Conselhos e nas posições tiradas nas Conferências de Saúde. A 14^a Conferência Nacional de Saúde, com sua sintomática Carta de Brasília, mostrou que a única alternativa ao SUS é a organização popular. Assim, com a aproximação da 15^a Conferência Nacional de Saúde, surgiu a necessidade de uma constante avaliação de onde estamos, onde queremos chegar e de que forma conseguiremos alcançar o modelo de saúde defendido desde a Reforma Sanitária. Assim o texto se propõe a buscar reflexões e perspectivas dos movimentos sociais de saúde. Este trabalho é um relato de experiência, qualitativo e descritivo de um grupo de militantes do Fórum Paraibano em Defesa do SUS e Contra as Privatizações nas etapas locais da 15^a Conferência Nacional de Saúde. As etapas foram acompanhadas de perto pelo grupo desde as Conferências

Distritais da capital João Pessoa (ocorridas em maio) até a Conferência Estadual da Paraíba (ocorrida em setembro). Para além das conferências institucionais, o Fórum promoveu conferência livre no início do ano com o objetivo de mobilizar a população para ocupar os espaços das conferências. Essa experiência permitiu uma percepção de como tem se organizado o movimento de saúde na Paraíba. É notável o aumento da participação popular nos espaços de controle social em saúde. No entanto, de que forma essa participação se dá e até onde ela é efetiva é algo que precisa ser analisado e discutido por todos os movimentos sociais que se colocam em defesa de um SUS nos moldes da Reforma Sanitária, do povo e para o povo brasileiro.

A ABORDAGEM SEXUAL EM UMA ESCOLA DE ENSINO PÚBLICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isabela Medeiros dos Anjos, Danielle Gobbo Mendonça, Isabela Guimarães Volpe, Amanda Vieira Lopes, Caroline Silva de Souza

Palavras-chave: Saúde sexual, Sexualidade, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Anticoncepção, Gravidez na Adolescência, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, HIV

INTRODUÇÃO: Sabe-se que quando o conteúdo a ser abordado na escola refere-se à sexualidade, ainda que muitos preconceitos e tabus tenham sido superados, não se fala de maneira aberta e direta, principalmente na adolescência, fase de mudanças comportamentais. Logo, abordar este tema para um público com tantas diversidades, tanto no que tange a faixa etária, quanto posição econômica e crenças religiosas é, no mínimo, desafiador. Diante disso, objetiva-se neste trabalho

relatar uma experiência de educação em saúde sobre os riscos e vulnerabilidades relacionados a vida sexual de adolescentes. RELATO DE EXPERIÊNCIA: A ação foi realizada por discentes de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), em uma escola pública adepta ao modelo AJA (Avanço do Jovem na Aprendizagem) de Campo Grande – MS. Desenvolvemos a atividade para uma faixa etária entre 15 e 17 anos, divididos por sexo, escolhidos aleatoriamente pela escola. A fim de criar um momento propício para debate, estreitamos o vínculo pedindo uma apresentação breve de todos e, então, iniciamos a discussão. Percebemos o contato prévio por parte da maioria dos alunos acerca do assunto, bem como, alguns relatos sobre o início da vida sexual e gravidez precoce. Fazendo analogia a brincadeira “batata-quente”, os alunos respondiam a perguntas assim que a música que conduzia a mesma parasse. Inicialmente, manifestaram receio em responder devido ao teor sexual das mesmas, demonstrando timidez, porém, no decorrer da dinâmica houve interesse e disputa para participação. As perguntas foram escolhidas com base no jogo do corpo do PSE, que abordavam dúvidas comuns sobre DST’s e suas formas de transmissão, tratamento e métodos contraceptivos. Os alunos, em sua maioria, sabiam responder parcialmente ou não sabiam, e com ajuda do grupo forneciam respostas incompletas ou errôneas, fato que nos deu abertura para outras abordagens, as quais eram previstas. Dentre elas, dúvidas referentes ao uso da camisinha feminina que, para facilitar a explicação das respostas, utilizamos modelos pélvicos, tornando o assunto mais lúdico, com propósito de diminuir o preconceito acerca de um tema que é intrínseco a natureza humana. Outros questionamentos trazidos à discussão foram a respeito do tratamento da AIDS confundido com o do câncer, que requer uso de quimioterápicos,

e a possibilidade de engravidar através de relação anal. Finalizamos com um recurso audiovisual, relatando a vida de um jovem aparentemente saudável, de classe média, no entanto, portador de HIV, com o intuito de mostrar que a doença não tem cara. O vídeo causou impacto aos alunos, gerando diversas reações, como semblantes de estranheza aliados a comentários inconformados, já que, se viram como protagonistas da realidade apresentada. CONSIDERAÇÕES FINAIS: É notável a importância da participação da enfermagem neste cenário, utilizando-se dos instrumentos básicos, visto que, os adolescentes, mesmo bombardeados por informações, as absorvem melhor quando transmitidas de forma clara, lúdica e direta. A experiência proporcionou abertura para discussões relevantes, contribuindo na mudança de comportamento dos alunos, tornando-os seres multiplicadores. Também nos serviu de aprendizado e enriquecimento devido, principalmente, a pluralidade destes, observada durante o processo através de atitudes e conversas.

A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA INTERCULTURALIDADE DO PMMB

Maira Nunes Vinas

Palavras-chave: Comunicação, Informação, Políticas Públicas, Sistema Único de Saúde, Projeto Mais Médicos para o Brasil

APRESENTAÇÃO: Entendemos que a comunicação é o elo norteador entre a gestão pública e a população. Nesse caminhar, a comunicação e saúde andam juntas na perspectiva de desenvolver o diálogo com a população sobre diretrizes do SUS dentro do Programa Mais Médicos para o Brasil com diversos protagonistas. A falta de comunicação em muitas situações

se dá não só pela falta de informação, mas pela inadequação de recursos e linguagens ou mesmo pelo excesso de informação tecnizada, aquela que supervaloriza a tecnologia em detrimento de explicações humanas e razões objetivas em diversas localidades do país. E sob essa perspectiva, temos a possibilidade de uma prática comunicativa que contemple plenamente as necessidades de diversos públicos usuários do sistema único de saúde, seja através de rodas de discussões e/ou ações diretamente envolvendo a participação da comunidade vinculada a troca de cultura. DESENVOLVIMENTO: A informação em saúde por sua vez, é fundamental no Estado e um direito do cidadão. Dentro do Programa Mais Médicos, essa comunicação surge com ramificações essenciais no ambiente comunitário, onde as informações são utilizadas em um nível mais básico. Nem sempre a troca de informações é bem sucedida. Para que esta comunicação fique concretizada, ou melhor, entendida de forma plena e sem ruídos, faz necessário trabalharmos: o emissor, neste caso o (médico intercambista), a mensagem passada por eles, o receptor que é a comunidade; e através da mensagem decodificar em linguagem simples e coloquial, utilizando de práticas de rodas com diálogo aberto. RESULTADOS E IMPACTO: Dentro desta perspectiva o presente trabalho busca enfatizar que a comunicação em saúde é uma das estratégias que poderá ser utilizada na concretização das políticas públicas para orientar, divulgar e, sobretudo contribuir para que pessoas, comunidades possam reconhecer efetivamente a necessidade da promoção e educação em saúde em seu cotidiano dentro do Programa Mais Médicos para o Brasil. Dentro do programa, contamos com diversas culturas dentro do próprio país, diferentes dialetos, além de receber a língua cubana, proporcionando as mais diversas formas de efetivar o

diálogo para a população com as ações do programa. O objetivo da comunicação para o desenvolvimento é a mudança de comportamento da população com a adoção e/ou trocas de modelos comportamentais de estilos de vida saudáveis proposto com a vinda do Programa Mais Médicos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: É por meio da interação entre sociedade, políticas públicas e a produção acadêmica que se torna possível o desenvolvimento social. Como um dos fatores de garantia da saúde; isto é, em razão da transversalidade da saúde, as comunicações constituem um dos mecanismos necessários para o aprimoramento do bem-estar e da qualidade de vida da população, fortalecendo a saúde da comunidade.

A EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE PELA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Bárbara Ferreira dos Santos, Livia Muniz Cirino de Carvalho, Carolina Gonçalves Hübner, Dayane Souza Oliveira Vasconcelos, Juliana Alves de Jesus, Karen Tamara Alves Totou, Natália de Cássia Horta, Sabrina Alves Ramos

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Educação em Saúde, Prevenção Primária, Extensão Universitária

O presente artigo propõe relatar a experiência de discentes dos cursos de Enfermagem e Nutrição da PUC Minas – Unidade Barreiro, no projeto de extensão Retratos do Cotidiano em Saúde - A Vigilância como Elemento de Desenvolvimento Local. O objetivo do projeto é promover qualidade de vida através de ações relacionadas ao cotidiano dos indivíduos, com orientações e demonstrações para a população, possibilitando educação em saúde. Para o planejamento das práticas foram realizadas 32 reuniões ao longo do ano que buscaram

desenvolver a interdisciplinaridade e bom planejamento das intervenções. Por meio de ações educativas realizadas frente ao calendário de datas comemorativas da saúde, foram implementadas 13 práticas tendo como temas o cuidado ao meio ambiente e com a água, a alimentação saudável, a saúde dos jovens, a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, cuidados com a saúde dos idosos, saúde do coração, entre outros. Nessas ações buscou-se dialogar com a comunidade acadêmica e com a população em geral sobre o cuidado com a saúde em diferentes espaços. Além disso, foi possível compartilhar preparações saudáveis como sal de ervas para a prática do tema “Combate à Hipertensão”, maçã em calda para o “Dia Mundial de Combate à Diabetes”, água aromatizada para “Dia Mundial da Água” e bolo de laranja preparado com a utilização integral da fruta para o “Dia Mundial do Meio Ambiente”. Os resultados dessas vivências revelaram a ampliação da percepção sobre a saúde e seus determinantes pelos envolvidos, transcendendo o que a sala de aula pode contribuir. Percebeu-se o quanto a formação em saúde está centrada na lógica da doença, não reforçando as potencialidades e a importância da promoção e da educação em saúde. Além disso, a experiência proporcionou crescimento de valores relacionados à ética e ao humanismo, o respeito às particularidades dos sujeitos e o trabalho em equipe, além de possibilitar a reflexão de como estas habilidades são necessárias à formação de um profissional de saúde completo que consiga lidar com a integralidade de cada indivíduo. Foi possível ainda reconhecer os núcleos de conhecimento das diferentes profissões por meio da interdisciplinaridade mostrando o papel de cada profissional da saúde em promover melhor qualidade de vida às comunidades atendidas. Permitiu-se perceber o quanto a junção de diferentes

saberes, tanto os advindos do senso comum quanto os do conhecimento científico, devem dialogar para o cuidado em saúde preparando os discentes para a prática profissional. Além disso, o desenvolvimento de habilidades para as práticas educativas, desde os aspectos técnicos, pedagógicos, relacionais e avaliativos se inovam nas práticas e nas ações em saúde. Desse modo, foi possível perceber o quanto se aprende fazendo, em um processo de ação-reflexão-ação, dialógico e potente para a prevenção de agravos e promoção da saúde. Conclui-se que a extensão é extremamente potente para aprendizagem na educação e promoção da saúde, a partir da relação com a comunidade, permitindo aos extensionistas a construção de formas de lidar com as particularidades de cada pessoa, um fator muito importante para formação de futuros profissionais da saúde mais qualificados.

A EXPERIÊNCIA DA LIGA ACADÊMICA DE SAÚDE MENTAL NO CURSO DE ENFERMAGEM DA UFMS

Priscila Maria Marcheti Fiorin, Gabriela Piazza Pinto, Mayara Ferreira da Silva, Ariane Silva Mendonça, Viviane Alves de Almeida, Tanize de Menezes Seleski, Kaio Guilherme Campos Paulo, Cássia de Paula Pires

Palavras-chave: Saúde mental, Enfermagem psiquiátrica, Educação

INTRODUÇÃO: No Brasil, de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, as internações de pacientes psiquiatras estão entre os maiores gastos para o Sistema Único de Saúde. As leis 8080/1990, 8142/1990 e 10.216/2001 estabelecem as diretrizes da assistência à Saúde Mental e garantem os direitos das pessoas acometidas por transtornos psiquiátricos.

A Liga Acadêmica de Saúde Mental em Enfermagem (LASME) desenvolve seu trabalho introduzindo a saúde mental na graduação, pois o acadêmico com acesso a diferentes situações torna-se crítico e reflexivo, proporcionando uma assistência de qualidade. **OBJETIVO:** Incentivar o ensino em saúde mental, proporcionar aos acadêmicos vivências, desenvolvimento de pesquisa, ensino e extensão à comunidade. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** As atividades da LASME iniciaram oficialmente em 2015 com ações educativas e tutorias que ocorrem na Unidade XII da UFMS e ações assistenciais ao paciente em ambiente hospitalar (Hospital Psiquiátrico) e na Atenção Básica (Centro de Atenção Psicossocial). **RESULTADOS:** Até o momento foram realizadas três conferências abertas para o público, com 73 participantes, que subsidiaram o desenvolvimento de uma tutoria aos ligantes com o tema Depressão. Também foi realizada uma exposição audiovisual sobre a Luta Antimanicomial no Brasil, no dia 18 de maio com 74 visitantes. Além disso, a Liga auxilia na oficina terapêutica “Cuidando das Lobas” desenvolvida no CAPS II na Vila Margarida, às mulheres acima de 45 anos no período do climatério ou menopausa. Em parceria com o mesmo local, realizou uma festa junina envolvendo profissionais, pacientes e familiares. **CONCLUSÃO:** A LASME proporciona aos acadêmicos uma contribuição social, profissional, sanitária e pessoal, agregando conhecimento científico e experiências profissionais. Com essa abordagem diferenciada, os estudantes sentem motivação e percebem a importância de abordar a Saúde Mental na formação, tanto em teoria quanto em prática.

A EXPERIÊNCIA DE PROMOVER AÇÕES SOCIAIS

Nayara Cristaldo Maciel, Maria Betina Leite

de Lima, Sabrina Oliveira Cangussu, Ariane Calixto Oliveira

Palavras-chave: (Ações Sociais, Prevenção e Promoção da Saúde, População)

Introdução: As ações sociais “Humanização e Cidadania” desenvolvidas pela Câmara Municipal de Campo Grande, através da escola do legislativo, objetivaram a prestação de serviços de saúde às populações periféricas, assim, oportunizaram o acesso à assistência de saúde à populações carentes de serviços, onde acadêmicos de enfermagem foram convidados para prestar atendimento. **Descrição da Experiência:** Foram elencados locais periféricos do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, estabelecidos em cronograma de atividades. A população é convidada a participar do evento, desfrutando dos serviços ofertados. A escola do legislativo fica responsável de convidar todos os parceiros que podem prestar serviços diversos para a população. As acadêmicas de enfermagem ofertaram os seguintes serviços: aferição de Pressão Arterial, Teste Rápido de glicemia capilar e orientações e prevenção sobre essas patologias, como também orientações sobre as doenças sexualmente transmissíveis, com a distribuição de preservativos, panfletos informativos e esclarecer dúvidas que mais acometem a população. Durante as ações sociais promovidas pessoas que abandonaram o tratamento, buscaram orientações sobre a doença e foram orientados para realizar controle na unidade básica de saúde mais próxima. Com um público maior de idoso, esclarecemos dúvidas sobre medicações, como fazer o uso correto delas, métodos para não se perder em hora, entre outros. Para o acadêmico que presta esse atendimento é enriquecedor e já promove o primeiro contato com a população; aguça o desenvolvimento profissional e oportuniza um leque de opções para seguir

carreira e identificar-se com a rotina de prestação de serviços. A população muitas vezes carente de atendimento busca além dos serviços ofertados esclarecer suas dúvidas, sobre alimentação, rotina, e onde nos deparamos com uma situação difícil, pois, algumas comunidades são carentes e falta recursos para uma alimentação saudável, para realizar atividade física e ir até a unidade mais próxima. No término das atividades um relatório final com a descrição do serviço prestado, quantidade de atendimento realizado é encaminhado para a organização e para a coordenação do curso de enfermagem. Impacto: Conhecemos a realidade de comunidades mais abastadas, que geralmente não contam com um acompanhamento médico ou de saúde, onde existe uma carência de atendimento, proporcionou uma visão de que muitas vezes há falha no sistema, como também a falta de conhecimentos e disponibilidade da comunidade de estar indo buscar um atendimento ou reparar uma falha em sua rotina para acompanhar e prevenir sua saúde. Como acadêmicos essa oportunidade trouxe o conhecimento de uma realidade que muitos não tinham contato e nos permitiu ter uma visão mais detalhada de cada parte da cidade e onde podemos direcionar cada vez mais ações sociais. Considerações Finais: O contato com populações carentes nos torna mais sensível como profissional, pois assistir um paciente, mesmo que seja breve, de um modo integral, identificando cada dificuldade no processo saúde/doença, nos proporciona um crescimento individual magnífico, já que nos deparamos com uma realidade diferente da nossa.

A IMPORTÂNCIA DAS VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – VER-SUS – PARA A FORMAÇÃO ACADÊMICA, COM FOCO NO TRABALHO EM EQUIPE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vitor Pachelle Lima Abreu, Agamenon Rodrigues Sena Neto, Antonia Iracilda e Silva Viana, Francisca Jacinta Feitoza de Oliveira, Adna Nascimento Souza, Thyago Leite Ramos, Ronan Lacerda Barbosa, Rebeca Camacho Oliveira Araujo

Palavras-chave: VER-SUS, Trabalho em Equipe, Vivência

INTRODUÇÃO: É tácito que o trabalho em equipe exerce significativa influência para a prevenção e promoção da saúde, sobretudo na atenção primária. Duarte et. al (2012) afirma que para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados, as equipes multiprofissionais não devem se limitar apenas na execução de intervenções técnicas, sendo necessário que haja cooperação e comunicação efetiva entre os agentes. Nesse sentido, o projeto VER-SUS, integrante da Política de Educação Permanente em Saúde, visa potencializar a qualificação de profissionais de diversas áreas, que conjuntamente, atuem como atores e agentes políticos que possam transformar o Sistema Único de Saúde (SUS) e a sociedade. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** O VER-SUS Imperatriz ocorreu nos dias 01 a 10 de Agosto de 2015. Contou com a participação de viventes e facilitadores de diversas regiões do país e áreas do conhecimento variadas. Foi adotada uma metodologia ativa, através de estágios de vivência na realidade do SUS local, com momentos de discussões teóricas, dinâmicas e trabalhos em equipe. As visitas ocorreram em hospitais públicos e privados, Unidades Básicas de Saúde, Centro de Apoio Psicossocial e Unidade de Pronto Atendimento, além do Lixão Municipal, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, Tribo Indígena e Templo de Umbanda, uma vez que saúde não é reproduzida unicamente nos grandes centros hospitalares, mas sim em todos os setores da sociedade. Ademais, as discussões

foram guiadas por eixos relacionadas com a sociedade e os fatores que influenciam a saúde, desde seus determinantes sociais até os fatores culturais, raciais, psicológicos e espirituais. Todas as visitas e temáticas abordadas foram desenvolvidas mediante a organização dos viventes em grupos, com o intuito de compartilhar saberes e construir conhecimento a partir da óptica de acadêmicos de diversas áreas, além de permitir o trabalho em equipe para o desempenho das atividades propostas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O VER-SUS constitui-se como um instrumento relevante para a formação de profissionais comprometidos com a promoção integral da saúde ao paciente e que, acima de tudo, saibam trabalhar em equipe. Dessa forma, o agrupamento de diversas visões diante de uma mesma realidade contribui para entender o aspecto holístico que é o ser humano, além de fortalecer o diálogo e promover ações mais efetivas entre os profissionais e os clientes envolvidos nesse processo, objetivando aperfeiçoamento dos serviços ofertados à população.

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM CRISE OU A CRISE NA PARTICIPAÇÃO SOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A PARTICIPAÇÃO NAS PLENÁRIAS DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Aline Rodrigues Reser

O presente trabalho tem como proposta o relato de experiência vivenciada durante o Estágio obrigatório no Eixo de Promoção, Vigilância e Educação da Saúde do Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS, com duração de 300 horas. O estágio aconteceu no Conselho Municipal de Saúde do município de Porto Alegre/RS e dentre as atividades desenvolvidas estava à participação das plenárias dos Conselhos Locais, Distritais e Municipais e

a participação da Conferência Municipal de Saúde. Para melhor compreensão da dinâmica de participação social foi escolhido um distrito sanitário do município para acompanhamento. Através da participação nas plenárias percebe-se que há uma crise em relação à participação social no SUS. Não há dúvida que estas instâncias representam possibilidades de gestão participativa e trazem melhorias para o campo da saúde. Porém, há fragilidades que merecem destaques e estão relacionadas: a baixa representatividade, participação dos mesmos membros nos espaços e grupos organizados dominando discursos e advogando em causas próprias. Além disto, há inúmeros atores com acesso a informação, conhecimento e posições diferentes que inúmeras vezes esquecem a importância da troca e cooperação entre eles. A pouca participação dos profissionais de saúde chamou atenção e poderá estar relacionada à falta de tempo e também ao descrédito no Estado e nas possibilidades de mudanças não havendo um incentivo moral para a mobilização social. Sendo assim, é necessária a construção de uma identidade social, uma utopia como forma de mobilização e visualização de quais objetivos pretende-se alcançar de maneira coletiva.

A ROTA DO VER-SUS PERNAMBUCO NA FORMAÇÃO DE ATORES SOCIAIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Milena Kelry da Silva Gonçalves, Maria Rafaela Amorim de Araújo, Mariana Ferreira de Souza, Mariana Paula Silva Vasconcelos, Mariane Silva Tavares, Marília Samapio de Araújo

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Saúde Pública, Educação, Política de Saúde

Sabe-se que um dos maiores

questionamentos e preocupações dos estudantes da área da saúde é a sensação de despreparo e de insegurança para atuarem nos serviços de saúde brasileiros. Inúmeros são os acadêmicos que se queixam de não saber o real funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), sua gestão, suas atividades peculiares, seus objetivos e sua abrangência. Na busca de preencher essa lacuna e modificar o problema identificado, surge em 2002 o programa “Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde”, o VER-SUS. O VER-SUS/BRASIL faz parte de uma estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil da área da saúde de aproximar os estudantes universitários do setor aos desafios inerentes à consolidação do SUS em todo o território nacional. Representa, também, um compromisso do gestor do SUS com a aprendizagem dos estudantes que se preparam para este setor. Dessa forma, o estudo tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem nos últimos três anos do VER-SUS/Pernambuco. As vivências ocorreram no período de férias em diferentes locais: Paulista em 2013, Caruaru e Goiana em 2014 e Morro da Conceição em 2015. Contou com a participação de acadêmicos, provenientes de instituições de ensino público e privados, dos mais diversos cursos. O espaço com duração média de 11 dias é utilizado para trabalhar eixos temáticos diários, que apresente a saúde em seu conceito ampliado. Considerar a sociedade, entendendo na lógica de seu funcionamento capitalista, a realidade do SUS é muito importante na formação do conhecimento dos graduandos, já que na academia não possuem, no contexto sociopolítico, uma formação direcionada à atuação no mesmo. O VER-SUS, como dispositivo de ensino, desperta o contato com o novo, a sensação de incômodo e o desejo de ação de cada participante no seu processo de formação, bem como

futuramente na sua atuação profissional. O acúmulo de experiência e vivências acaba por produzir estímulos e mudanças na visão dos estudantes, tornando-os acadêmicos militantes do sistema que rege a saúde nacional.

A VISITA DOMICILIAR ORIENTADA PELA EDUCAÇÃO POPULAR COMO ESTRATÉGIA PARA CONSTRUÇÃO DE VÍNCULO COM A COMUNIDADE

Régis Jackson Morais de Medeiros, Bruna Lima Miranda, Laura Verbena Alves, Jeane Constantino Pereira

APRESENTAÇÃO: O Programa Mais Saúde na Comunidade é uma atividade de extensão popular da Universidade Federal da Paraíba que possui como estratégia teórico-metodológica a Educação Popular em Saúde (EPS). Nesse sentido, as ações do programa envolvem várias frentes, sendo uma delas as visitas domiciliares, também chamadas de tutorias. Este trabalho tem como objetivo apresentar um relato da experiência a partir das impressões e reflexões dos extensionistas que realizam visitas domiciliares a moradores da comunidade do Grotão, bairro localizado no município de João Pessoa-PB. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A partir de uma articulação com a Unidade Integrada de Saúde da Família (UISF) do Grotão, os moradores que necessitam de acompanhamento são identificados pela equipe e os estudantes através de visitas domiciliares passam a conhecer a realidade da família, bem como oferecem orientações e desenvolvem metodologias próprias da EPS, orientando-se pela amorosidade, respeito, construção do vínculo, troca de saberes e escuta qualificada. Um dos grupos realiza tutorias no domicílio de uma usuária de 79 anos, casada, aposentada e que foi diagnosticada com Alzheimer desde 2005. Hoje, devido à

evolução da doença, ela não apresenta falas concatenadas, depende de cadeira de rodas para locomoção e dos cuidados de seus familiares com sua alimentação, medicação, higiene pessoal e outras atividades diárias. Vive na residência de sua filha e de seu genro com seu marido e seu neto. Cada tutoria iniciou com um diálogo voltado para a troca de informações sobre os fatos ocorridos entre uma e outra visita, para o debate de temas que envolvem o processo saúde-doença e para a discussão de outros assuntos de interesse da família. Visando integrá-los, são realizadas dinâmicas que estimulam a prática de atividade física através da música e da dança. **RESULTADOS:** No decorrer das visitas, foi possível verificar a criação de vínculo entre os extensionistas e os membros da família, por meio da adesão às atividades propostas e da abertura e liberdade durante as conversas; a melhora no humor da usuária; o crescimento do diálogo; a tomada de consciência sobre as limitações e potencialidades de cada um. Além disso, percebe-se que esta experiência estimula a reorientação das práticas de atenção à saúde além de construir profissionais comprometidos socialmente com as reais necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As tutorias domiciliares mostram a importância do espaço domiciliar enquanto instrumento de promoção da saúde e cuidado. Por fim, a extensão universitária orientada pela educação popular aproxima os sujeitos, possibilitando ao estudante enxergar o indivíduo de forma integral e humanizada.

ANÁLISE DO PERFIL E PERCEPÇÃO DOS PARTICIPANTES DA 8ª CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Samira Gonçalves Rocha, Rhayane Maria Medeiros Ribeiro do Carmo, Jacqueline

do Carmo Reis, Maria da Consolação Magalhães Cunha

Palavras-chave: Controle Social, SUS, Conferência Estadual de Saúde

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho tem por objetivo fazer uma breve descrição do perfil e das percepções dos delegados e convidados presentes na 8ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, ocorrida em setembro de 2015. Esta pesquisa foi desenvolvida pelos membros do projeto de extensão da PUC Minas Betim “Saúde nos interessa: Observatório do Controle Social do SUS das micro regiões de saúde de Betim e Contagem”. A Conferência teve como tema “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro” e contou, pela primeira vez, com a participação dos movimentos sociais como delegados e paridade em relação ao gênero. **METODOLOGIA:** Foram realizadas 289 entrevistas, através de um questionário semiestruturado, com delegados e convidados que participavam da Conferência, escolhidos aleatoriamente dentre as categorias de gestores, trabalhadores e usuários. O questionário contava com cinco perguntas que visavam investigar o perfil e a percepção dos participantes. A primeira questão tratava da percepção dos conselheiros de saúde com relação a sua autonomia e liberdade em deliberar sobre as ações de saúde no conselho que representa. Em seguida como os entrevistados percebiam a participação dos gestores, trabalhadores e usuários nos conselhos de saúde, bem como avaliar a visão deles acerca do controle social no SUS. Por fim, estudo se implicou em examinar a opinião dos participantes sobre as Conferências de Saúde, mais especificamente se estas trazem resultados para melhoria de qualidade de saúde da população. A amostra permitirá análise

quanti-qualitativa usando a epidemiologia descritiva e estudo de correlação entre as variáveis pesquisadas. RESULTADOS: Resultados parciais permitem verificar que parte dos representantes dos usuários entrevistados, seja como delegado ou convidado, se mostrou pouco empoderada dos conceitos trazidos nas perguntas. Quanto aos gestores, percebermos pouco interesse em conceder a entrevista, mesmo o entrevistador portando credenciais da PUC Minas e apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A maioria das respostas foram breves “sim” ou “não”, e alguns demonstraram, bem como os segmentos dos usuários, desconhecimento do conteúdo trazido nas questões da entrevista. Um dos relatos do segmento dos trabalhadores de que a “Conferência deixe de servir para conferir, (...) pois ninguém está preparado para uma democracia participativa” demonstra a capacidade crítica deste segmento, encontrada diversas vezes durante as entrevistas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Não saber sobre a importância e função da 8^a Conferência de Saúde de Minas Gerais, assim como outras respostas descontextualizadas ao SUS serão avaliadas com atenção durante as análises qualitativas, considerando o predomínio de resposta dos usuários. O uso do espaço público visando a apresentação e discussão de temáticas como “controle social” e “mecanismos de monitoramento das políticas públicas de saúde” deve ser defendido sempre, pois o Sistema Único de Saúde é a maior política social da população brasileira.

APLICAÇÃO DE ESCALA DE RISCO FAMILIAR E CONSTRUÇÃO DE ECOMAPA E GENOGRAMA EM UNIDADE DE SAÚDE DE SÃO MATEUS, NORTE DO ESPÍRITO SANTO

Taiz de Oliveira Teixeira, Heletícia Scabelo Galavote, Amanda Malacarne, Bruna Scherrer Basso

Palavras-chave: visita domiciliar, estratégia saúde da família, enfermagem em saúde comunitária

APRESENTAÇÃO: Trata-se de um relato desenvolvido a partir de experiência e visita domiciliar (VD) realizado em unidade de saúde do Município de São Mateus como critério de aprovação em disciplina do curso de graduação de enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). OBJETIVOS: Aplicar a escala de risco familiar em famílias de uma unidade de saúde do município de São Mateus; Construir ecomapa e genograma das famílias visitadas com o intuito de promover o conhecimento sobre a situação de saúde das mesmas. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O genograma é um instrumento visual que permite ao profissional de saúde avaliar o processo saúde - doença da família em poucos minutos. Já o ecomapa possibilita que se observem as relações intrafamiliar e dos membros da família com a comunidade. Enquanto que a escala de risco familiar auxilia na organização das agendas de VD, avaliando a ordem de prioridade das famílias a serem atendidas. As visitas domiciliares foram realizadas em uma microárea de uma equipe de Estratégia Saúde da Família. Escolheu-se um ACS e este selecionou as residências que julgava possuir maior grau de vulnerabilidade dentro de sua microárea. Foi entrevistada uma representante de cada família, esta deveria ter mais de dezoito anos de idade, estar lúcida e deveria também estar presente na hora da visita. Foi realizada a construção de genograma e ecomapa para cada família entrevistada e aplicada a escala de risco familiar. RESULTADOS: Duas residências foram selecionadas para a realização das

entrevistas. A primeira ocupada por uma senhora de setenta e sete anos de idade que mora sozinha desde o falecimento de seu cônjuge. Esta é hipertensa e portadora da síndrome parkinsoniana. Mãe de um casal de filhos, avó de quatro mulheres e um homem e bisavó de uma menina e dois meninos. Já a segunda residência ocupada por quatro membros de uma família, incluindo mãe, pai, filha e filho. Escolheu se entrevistar a mãe, esta faz tratamento contra um Câncer de mama, relatou ter removido nódulo na mesma região há quatro anos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A construção do genograma e ecomapa possibilita uma rápida visualização geral da família, o profissional de saúde ao vê-lo consegue identificar possíveis problemas de saúde e as relações dessa família entre os membros e com a sociedade. Já a escala de risco permite que a equipe multiprofissional se organize, priorizando os grupos mais vulneráveis para a realização de VD, otimizando a rotina dos profissionais e garantindo a qualidade na assistência. Porém evidenciou-se que a classificação de risco por si só não fornece todas as informações necessárias para enquadrar a residência como prioritária.

AS BARREIRAS AO ACESSO À INFORMAÇÃO SOBRE OS SERVIÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Rafaela Soares Mendes, Patrícia Figuerêdo Nardaci, Mae Soares da Silva

Palavras-chave: Atenção Básica em Saúde, Educação em Saúde, Acesso à informação

O presente trabalho apresenta uma análise crítica do acesso à informação sobre os serviços da Atenção Básica em Saúde no Município de São Luís-MA, realizada por um trio composto de duas discentes (do 8^o. semestre) e uma docente do curso

de Psicologia da Universidade Ceuma. Os dados coletados foram provenientes do relato de 20 alunos (mesmo semestre do curso) da experiência de identificação e visita à Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência da sua comunidade. Os relatos são referentes à visita de dez UBS, situadas em seis dos sete Distritos Sanitários do Município. Para discussão e análise dos relatos, foi utilizada a Lei federal no 12.527, que garante acesso à informação; A carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde e a Política Nacional de Humanização em Saúde. Os relatos evidenciaram dois temas: o desconhecimento das ações da ABS e as barreiras ao acesso à informação sobre os serviços. Todos os alunos referiram não saber quais as competências dos serviços da ABS antes de estudar em disciplina específica na Universidade. A maioria dos alunos referiu não saber o local ou não existir uma UBS em sua comunidade até o momento da busca por uma. Após a identificação da Unidade mais próxima, a maioria já tinha visto o local, reconhecido como “postinho”, mas não sabia que se tratava de uma UBS. Todos referiram se deparar com barreiras no acesso à informação sobre os serviços ofertados na UBS, o número de profissionais e equipes e a área de cobertura do Saúde da Família. A questão norteadora para discussão foi: “Como saberíamos sobre esse campo da saúde se não fosse pela academia?”. A discussão teve como pano de fundo a cultura popular de veneração à alta complexidade e o descrédito dado às ações que envolvem tecnologias leves. A parcela da população que conhecem e usam as UBS é formada por profissionais e estudiosos da área ou moradores de regiões periféricas. As ações do campo da ABS são pouco disseminadas no Município ou objeto de pouco interesse da população. A classe social e o nível de escolaridade dos alunos podem ter influência na percepção

apresentada acerca dos serviços, uma vez que a maioria faz uso de planos de saúde particulares. Conclui-se que os serviços da ABS, apesar de serem serviços de portas abertas, o acolhimento dado ao usuário não respeita seus direitos à informação e realizam investimento deficiente na estimulação da participação popular e construção de vínculo com a comunidade. Na ABS os serviços devem se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva na atenção à saúde. Entende-se que deve haver maior investimento na educação popular quanto às ações desenvolvidas nesse campo e capacitação dos profissionais da ABS para a aplicação da Lei de Acesso à Informação como um aspecto de humanização.

CENTRO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM “JOÃO XXIII”: UMA ESCOLA PARA A VIDA

Eduardo Barros, Mary Elizabeth Santana

Palavras-chave: Movimentos Sociais, Centro Acadêmico, Enfermagem

O estudante, no decorrer de sua vida acadêmica pode optar pela participação nos espaços de formação política dentro da Universidade, sendo válido destacar que nossa conceituação por “espaço de formação política” diz respeito ao contínuo debate acerca de temas que estão intimamente relacionados com a vida universitária e acadêmica (MELO; BARRETO, 2012). Contudo, não se restringe somente a ela, pode ser por meio de discussões sobre saúde e saneamento básico, ou ainda sobre as condições de trabalho e renda da população brasileira. Portanto, é tido como um espaço para a prática de cidadania. Um desses espaços políticos que temos disponíveis é a entidade de base, conhecida como Diretório ou Centro Acadêmico (DA ou CA). Um Centro Acadêmico (CA)

é uma entidade que representa todos os estudantes de um curso. E para representar, ele deve manter com seus estudantes um canal direto e permanente de contato, realizando as discussões, debates, palestras e reuniões de forma democrática e aberta a todos que quiserem participar. O Centro Acadêmico (CA) também deve buscar formas de incentivar a participação daqueles que não participam, trazendo-os para as suas atividades e construção. Dentre as funções básicas do CA está principalmente garantir o contato dos estudantes do curso com os órgãos de representação geral (Diretório Central dos Estudantes, Executivas de curso e etc.). Discutir soluções para os problemas do curso (como falta de professores, mudanças curriculares, matérias mal planejadas), garantir que haja representação dos estudantes nos órgãos colegiados e departamentos, fazer a recepção de calouros, organizar confraternizações e fiscalizar a faculdade também são importantes funções de um Centro Acadêmico. A partir de nossa atuação no Centro Acadêmico de Enfermagem da Escola de Enfermagem “Magalhães Barata” da Universidade do Estado do Pará (UEPA), nos sentimos sensibilizados a buscar além do conteúdo específico ministrado em sala de aula, fomos instigados ao engajamento nos movimentos sociais como componente fundamental para uma formação diferenciada do modelo biomédico, hospitalocêntrico e tecnicista (PIRES; MELO, 2008). Tivemos uma intensa participação nas esferas da vida universitária, e principalmente tomamos conhecimento do papel social que a universidade pública exerce ou deveria exercer frente às mazelas sociais, o reconhecimento e cientificidade da categoria. Portanto, essa experiência nos solidificou enquanto cidadão e fortaleceu a vontade em construir e lutar por um modelo de saúde universal, integral e equitativo em sua plenitude.

CENTRO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM: PROMOVENDO NOVAS SIGNIFICAÇÕES PARA A VIDA ACADÊMICA E PROFISSIONAL

Thiago do Reis de Oliveira Costa, Fernanda da Silva Lima, Thais Regina Alencar Fonseca, Jaciely Garcia Caldas, Christopher Wallace Souza do Nascimento

Palavras-chave: Organização Comunitária, organizações não governamentais, participação social

APRESENTAÇÃO: Os centros acadêmicos (C.A.'s) constituem a base para o movimento estudantil dentro das universidades, composto por alunos, são os responsáveis pela representatividade de toda uma comunidade acadêmica, sendo engajados dentro de um cenário político-social. No curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA), a atuação do C.A., vem se dando através da promoção de espaços de empoderamento, buscando a reflexão através do diálogo, além da luta em busca de melhoria para a classe estudantil. **OBJETIVOS:** Este trabalho visa relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem na participação de um centro acadêmico. **METODOLOGIA:** Dentro do C.A., os estudantes estão dispostos em coordenações organizativas, bem como coordenação geral, secretaria, financeiro, contando também com coordenações executivas, onde enquadram-se, assistência estudantil, comunicação educação em saúde e meio ambiente, esporte e cultura, opressões e movimento estudantil, todas visando atender as diversas necessidades do universo de alunos da universidade. A entidade realiza através dessas organizações internas, espaços de formação e construção coletiva de conhecimentos. **RESULTADOS:** O C.A., como forma de resistência estudantil, tem se tornado um imenso espaço alternativo de aprendizado, pois, está promovendo discussões pouco vistas

dentro da enfermagem, com o objetivo de esclarecer aos discentes sobre temas relevantes para a sociedade, como a questão da mercantilização do corpo feminino, o parto humanizado, saúde LGBT, saúde das populações tradicionais e o racismo, além de exigir melhorias estruturais no campus. Assim, o estudante, seja ele participante do C.A., ou apenas um visitador de seus espaços, aprende a enxergar o mundo de uma perspectiva mais ampla, levando esses ensinamentos para a vida profissional, tornando-se um enfermeiro comprometido com a saúde pública de qualidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Através da vivência em uma entidade política compromissada com construções sociais, os estudantes que compõem essa instituição acabam por desenvolver desejos de mobilização, desconstrução e compartilhamento de saberes, características importantes em futuros profissionais que almejam fazer diferença no mercado de trabalho, transbordando estes anseios para a comunidade estudantil, conquistando cada dia novos membros com o objetivo comum, de construir uma sociedade, justa e igualitária.

COMITÊS REGIONAIS: AMPLIANDO A CONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Celso de Moraes Vergne, Camila Rodrigues Estrela

Palavras-chave: Gestão Participativa, Participação Popular, Equidade em Saúde

Estimular a participação social na construção e gestão de políticas de saúde no SUS tem sido a proposta de atuação Assessoria Técnica de Gestão Estratégica e Participativa, na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Hoje, buscamos

a consolidação dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, desenhando nossa atuação junto aos municípios do Estado, através da implantação de Comitês Regionais, para viabilizar a escuta da população e de seus representantes. A relação com o território se faz necessária, diminuindo distâncias físicas e de compreensão das possibilidades das políticas de participação social e promoção da equidade. Desde a implantação da política nacional, tem havido ações direcionadas para este propósito. Estas, porém se deram predominantemente a nível central (Secretaria de Estado) com dificuldades de compreensão e implantação da política nos municípios. Em especial, a proposta de “equidade em saúde” encontra a resistência constante da incompreensão. Preconceitos e medos ainda acabam por colocar entraves em políticas de atenção a públicos específicos, entendendo que a categoria de “universalidade” seria o suficiente. As tensões históricas, relativas ao preconceito ainda se fazem presentes. Além disso, há também incompreensões de que a participação social possa publicizar fragilidades da gestão. Assim, através dos Comitês centrais, na Secretaria de Estado de Saúde, com temáticas específicas, articulados aos Comitês Regionais de Participação Popular e Promoção da Equidade, incorporando todos os grupos em situação de vulnerabilidade de acordo com as características do território, desenhamos a superação dos entraves possíveis através da proximidade. Queremos com isso a ampliação dos espaços de escuta da sociedade em relação ao SUS, no sentido de articular as demandas colocadas pela população com a gestão do sistema e a formulação de políticas públicas de saúde, tendo em vista a troca de saberes que possibilitem novas construções no campo da saúde que estejam em consonância com a realidade vivenciada nos territórios.

Este processo ainda está em ação, e já temos alguns resultados que apontam para a necessidade de ligações mais próximas entre gestores locais, gestores estaduais, organizações de base popular, comunidades tradicionais, instituições de ensino, superando divisões internas à própria gestão, radicalizando a necessidade de intersectorialidade.

COMPREENDENDO A PESSOA QUE VIVE E CONVIVE COM ALGUMA PSICOPATOLOGIA: A VIVÊNCIA DA TROCA DE PAPÉIS, O PACIENTE CUIDADOR DO ACADÊMICO

Patrícia Espinosa dos Santos, Elizabeth Gonçalves Ferreira Zaleski, Thatiane Thais de Oliveira Pereira

Palavras-chave: CAPS, saúde mental, troca de experiências

Elizabeth Gonçalves Ferreira Zaleski (1); 1-Enfermeira; Professora Doutora; Universidade Católica Dom Bosco - UCDB; zaleski.msi@terra.com.br Patrícia Espinosa dos Santos (2); 2-Acadêmica de Farmácia; Universidade Católica Dom Bosco - UCDB; patysantos_94@hotmail.com Thatiane Thais de Oliveira Pereira (3); 3- Acadêmica de Farmácia; Universidade Católica Dom Bosco - UCDB; thata1960@hotmail.com. A década de 80 marca o início da reforma psiquiátrica brasileira, em nosso meio essas transformações caminham de forma tímida, ainda há a crença de profissionais da área defendendo uma postura hospitalocêntrica e médico centrada. Este fato tem refletido na postura do acadêmico, quando o mesmo demonstra receio, medo e insegurança diante dos pacientes, contemplando assim, um discurso de cuidar direcionado à psicopatologia em detrimento do cuidar da pessoa portadora de algum sofrimento mental. Essa situação intrigante gerou desconforto para os pacientes, para a

equipe multiprofissional do CAPS II (Centro de atenção psicossocial e também para a docente). Após constatar essa crença enraizada foi iniciado um processo de desconstrução com vistas a desmistificar e compreender a pessoa que vive e convive com alguma psicopatologia pela troca de papéis (pacientes e acadêmicos de enfermagem). Essa vivência de desconstrução foi realizada em abril e maio de 2014 durante a atividade prática da disciplina “Enfermagem em saúde mental”. Assim, foram realizadas cinco oficinas onde, cada grupo era composto por 10 (dez) acadêmicos para aprender a confeccionar caixas multiuso de artesanato com duas usuárias do CAPS II. Após a confecção do artesanato foi avaliada a experiência por meio da técnica do grupo focal, com as seguintes perguntas 1). Como foi sua vivência prática? 2). Qual o sentimento que preponderou? 3). Trabalharia no CAPS? 4). Qual a nota que você daria para a vivência? Emergiram sentimentos como: medo, tranquilidade, segurança, bem-estar, felicidade, conhecimento e aprendizagem, angústia no primeiro momento, e de alegria no segundo momento. O resultado da oficina foi positivo, mostrando a habilidade dos pacientes e a capacidade de trocar experiências, além de comprovar as limitações dos alunos para as atividades manuais preconizadas.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE: EXPERIÊNCIA DO OUVIR

Andréia Cezar

Palavras-chave: conferência municipal, propostas, delegados

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho descreve minha experiência em participar de uma Conferência Municipal de Saúde no município de Aquidauana - MS, sendo

que atualmente participo na gestão do cuidado e como parte da equipe da gestão, sempre pensei que, saúde no município de Aquidauana não era das melhores, mas nem das piores, acreditava que faltava melhorar, mas no processo de trabalho com o desenvolvimento da Conferência em parceria com Conselho Municipal de Saúde, descobri algo mais. OBJETIVO: Essa experiência teve como objetivo vivenciar uma Conferência Municipal, conhecer a população que é assistida pela saúde, como também praticar o ato de ouvir sem justificar. METODOLOGIA: Iniciamos no dia 01-06 com as pré-conferências dos usuários, abrangendo as 09 aldeias indígenas, distritos e as ESFs, após o término com os usuários, iniciamos com os trabalhadores de saúde, abrangendo os funcionários da saúde em hospitais, ESFs, laboratório, farmácia, motoristas e até os prestadores de serviço como: os bombeiros e a Clínica da Pestalozzi. Das pré-conferências realizadas foram extraídas 297 propostas: 249 no âmbito municipal e 48 âmbito federal e estadual. Para a Conferência Estadual essas propostas foram consolidadas em 38 propostas para ser defendidas pelos 04 delegados. RESULTADOS: Em relação às propostas percebi que 84% são de Âmbito Municipal, propostas de melhoria na infraestrutura de uma unidade até coleta de lixo nas aldeias. Mas o que despertou meu interesse, foram as muitas propostas em relação à falta de comunicação que a saúde tem com a população, essa falha faz com que a população não consiga entender que a porta de entrada é a ESF (Estratégias de Saúde da Família) que existem redes de atenção, que a Estratégia Saúde da Família trabalha com uma equipe mínima e com atenção primária e que é no nível de atenção especializada que se encontra o neurologista e psiquiátrica. O subsistema, essa divisão que se criou SAÚDE X SESAI, pois atualmente a saúde indígena é coordenada

pela SESAI (Secretaria de Saúde Indígena), todo recurso financeiro para ser empenhado na saúde indígena é gerenciada pela SESAI desde contratação de profissionais até as aquisições de materiais de consumo, prejudicando assim o processo de trabalho com falta de materiais e profissionais para o atendimento desses usuários do SUS que residem nas aldeias. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Avaliando as propostas percebi que no âmbito municipal a população não está entendendo e compreendendo as redes de atenção e o funcionamento, há uma desinformação, e a falta de comunicação está sendo o grande gargalo na saúde segundo esta Conferência.

CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE: POSSIBILIDADE DE ENCONTRO ENTRE A SAÚDE E A SEGURANÇA PÚBLICA

Pauline Schwarzbald da Silveira

APRESENTAÇÃO: Desde o início de 2015, a equipe técnica da 8^a Região Penitenciária do Estado do Rio Grande do Sul busca efetivar a Política de Atenção Integral à Saúde Prisional com ações que contemplem o cuidado integral das pessoas privadas de liberdade. Essa equipe, formada majoritariamente por assistentes sociais e psicólogos, teve um incremento de servidores que já tinham experiência na área da saúde no final de 2014, o que possibilita investir nessa área. Desse modo, tem sido possível e necessário fazer-se presente na rede de saúde dos municípios onde estão localizados os presídios e a penitenciária; ocupando espaços que por muito tempo estavam vazios e tornando o trabalho em saúde desenvolvido por servidores da segurança pública conhecido. **METODOLOGIA:** Diante dessa realidade, este ano, os técnicos penitenciários participaram das Conferências Municipais de Saúde, pautando as demandas do sistema prisional

e, mais que isso, apresentando a realidade das pessoas privadas de liberdade no que concerne ao acesso à saúde de modo a tornar notório que, mesmo estando privadas do direito de ir e vir, não deve haver privação aos demais direitos. A aproximação entre diferentes políticas públicas possibilitou o encontro de profissionais que têm suas relações mediadas, muitas vezes, pelo telefone. Além disso, percebeu-se que a existência da Política de Saúde Prisional era desconhecida para a grande maioria do público presente nas Conferências. **RESULTADOS:** Como resultados desses encontros tem-se conseguido aproximação com serviços de saúde e convites para que a segurança pública faça-se presente em outros momentos discutindo as relações entre instituições e os modos de organizar a questão da saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Certamente, há um longo caminho a ser percorrido, mas é sempre muito importante o envolvimento de todos os setores na garantia dos direitos. Houve avanço no que tange em tornar conhecida a realidade do sistema prisional e, em buscar um melhor atendimento de saúde às pessoas privadas de liberdade. A Saúde Prisional foi pautada como diretriz para a Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Com certeza um avanço.

CONHECIMENTO DAS MULHERES E ADOLESCENTES SOBRE O VÍRUS E A VACINA DO HPV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM BELÉM-PARÁ

Fabio Pereira Soares, Jaciely Garcia Caldas, Fernanda da Silva Lima, Daiane de Souza Fernandes

Palavras-chave: vacina contra hpv, vírus do hpv, educação em saúde

O Papiloma vírus humano HPV, é um vírus transmitido principalmente por via sexual

que apresenta mais de 150 genótipos diferentes, sendo 12 deles considerados oncogênicos pela Agência Internacional para Pesquisa sobre Câncer (IARC) e associados a neoplasias malignas do trato genital, como o câncer do colo do útero. O Ministério da Saúde adquiriu a vacina quadrivalente Papiloma vírus humano (recombinante) para a campanha em 2014, onde a população alvo da vacinação contra HPV foi 5,2 milhões de adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 11 a 13 anos, a meta de vacinação era de 80% da população alvo, cerca de 4,2 milhões. Em 2015, serão vacinadas as adolescentes na faixa etária de 9 a 11 anos e a partir de 2016, serão vacinadas as meninas de 9 anos de idade. **Objetivo:** Verificar o conhecimento das mulheres e adolescentes acerca do vírus e vacina HPV. **MÉTODO DO ESTUDO:** Trata-se de um estudo transversal descritivo, com abordagem qualitativa, com mulheres e adolescentes da faixa etária entre 15 a 26 anos, excluídas do calendário vacinal anti-HPV em 2014, na região Metropolitana de Belém do Pará. Os dados foram obtidos através da aplicação de 40 formulários com mulheres e adolescentes desassistidas pela vacina contra o HPV. Os formulários foram aplicados durante 4 dias considerando três perguntas: você conhece ou já ouviu falar do Papiloma vírus Humano- HPV? Como e onde ouviu falar no HPV? Você conhece a Vacina contra HPV? Você tomou a vacina? Qual sua opinião, em relação a não ser beneficiada com a Vacina contra HPV? **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** A maioria como 75% das entrevistadas afirmou que a universalidade da vacina deveria ser assegurada a mulheres fora da faixa etária preconizada. Percebeu-se que algumas jovens têm um conhecimento contrário a respeito da relação da vacina com o HPV, algumas acreditam que ao ter vida sexualmente ativa, a vacina teria mais ação. Outra parcela da população se sente vulnerável ao fato de não estar dentro

da faixa etária beneficiada com a vacina. Apenas 25% concordou com o fato de ser restrita a faixa etária de 11 a 13. Algumas mulheres/adolescentes justificaram que a vacinação deveria beneficiar às mulheres em idade fértil, e não apenas as que (teoricamente) não iniciaram a atividade sexual, posto que o câncer do colo do útero acometa centenas delas todos os anos no Brasil. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob-risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto-realização pessoal e afetiva) e sócio (comprometimento com a igualdade social) e o alcance de perspectivas mais integradas e participativas.

CONSTRUINDO O XXXVII ENCONTRO NACIONAL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM (ENEEn): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thiago do Reis de Oliveira Costa, Tiago de Nazaré das Chagas e Chagas, Jaciely Garcia Caldas, Fernanda da Silva Lima, Christopher Wallace Souza do Nascimento, Thais Regina Alencar Fonseca

Palavras-chave: ENCONTRO DE ESTUDANTES, MOVIMENTOS SOCIAIS, EDUCAÇÃO

APRESENTAÇÃO: A Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem (ENEEnf), representatividade máxima dos estudantes de enfermagem, promove todo ano, o ENEEn. O encontro vem debater a importância da formação político-social dos estudantes de enfermagem, com o intuito de ampliar as

discussões sobre as conjunturas políticas e os movimentos sociais, possibilitando um acúmulo de conhecimento sobre as áreas e instigando ao empoderamento crítico-reflexivo. Este trabalho visa relatar a experiência dos acadêmicos de enfermagem na construção de um encontro nacional. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O encontro ocorreu na Universidade Federal do Pará em julho de 2014 organizado pelo centro acadêmico da UFPA juntamente com o da UEPA. 200 estudantes de todo Brasil constituídos em centros acadêmicos, no movimento estudantil e engajados nas lutas pela saúde pública, construíram os espaços de formação política visando à união popular e enfermagem unida para romper paradigmas. A programação abordou temas atuais e relevantes que precisam ser amplamente discutidos, como “Saúde dos povos tradicionais, mulheres e LGBT”; e “A primavera mundial: a luta que vem das ruas”. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** A organização do encontro, juntamente com os diversos sítios de discussões e campos de formação, revela-se como ambientes de aprendizado inovadores para os estudantes, o que resulta em espaços enriquecedores e mudança de paradigmas. Várias implicações demonstram o potencial de transformação do evento na fomentação dos estudantes, diversas conquistas foram alcançadas, como a reorientação da formação dos estudantes que se entenderam como protagonistas das lutas pela efetivação do SUS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Através desta experiência, compreendemos a relevância do encontro na contribuição da formação dos futuros profissionais da saúde compromissados em construir o SUS como um direito social e comprometidos eticamente com a eficácia e qualidade do sistema.

CONSTRUINDO UMA GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA EM UMA EX- COLÔNIA DE HANSENÍASE

Getulio Ferreira de Moraes, Adriana Fernandes Carajá, Eni Carajá Filho, Cordovil Neves de Souza, Tiago Sávio Moreira Possas

Palavras-chave: Gestão, Hanseníase, Participação, Controle Social, Educação Permanente

Autores Getúlio Ferreira de Moraes, Tiago Sávio Moreira Possas, EniCarajá Filho, Cordovil Neves Souza, Adriana Fernandes Carajá Instituição 1 FHEMIG - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS-CASA DE SAÚDE SANTA IZABEL RUA OLAVO BILAC 113 CITROLANDIA-BETIM CEP32850-0002 MORHAN - MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS ATINGIDAS PELA HANSENÍASE, SALA 204 - PRAÇA DA BANDEIRA-RJ-CEP: 2270-133. Eixo: 4- Controle Social e Participação Popular **APRESENTAÇÃO:** Casa de Saúde Santa Izabel, localizada em Betim no Estado de Minas Gerais, com população de cerca de 35.000 habitantes abriga egressos da internação e do Isolamento compulsório da hanseníase do Brasil e órfãos por imposição do Estado, que são os filhos e que foram separados de suas famílias em função da política higienista/campanhista das décadas de 30 é administrada pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, sendo um complexo hospitalar de alto custo e baixa produção financeira, contando com o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas Pela Hanseníase-Morhan, entidades comunitárias e sindicais, que acompanham o desenvolvimento da gestão dos serviços de saúde por meio de rodas de conversa e de incentivo a participação nos Conselhos de Saúde com prazos e metas estabelecidos e ainda na promoção conjunta de quatro seminários de levantamento da situação nos demais hospitais colônias do Estado afunilando num

seminário estadual que está marcado para outubro de 2015 quando será sistematizado um projeto amplo com o desenho do modelo de saúde a ser implantado em uma próxima etapa. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Implantação da gestão colegiada e participativa como ferramenta e estratégia para definir missão, visão, público a ser acolhido e perfil assistencial. Identificando através do processo de escuta e participação de usuários e trabalhadores uma nova metodologia de trabalho visando a sustentabilidade, a integração ao SUS e a qualidade da atenção da Casa de Saúde Santa Isabel com controle social para além dos Conselhos de Saúde. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Maior aproximação entre gestores dos diferentes serviços com os trabalhadores e usuários, exemplo prático sendo fomentadas as demais Casas de saúde em minas gerais, e construção coletiva e participativa de um modelo de gestão descentralizada, sendo que no período de menos de 90 dias de trabalho, foram implantados o Colegiado Gestor ampliado, das gerências assistenciais e administrativas e das coordenações, com a presença dos gestores, trabalhadores e especialmente com a participação dos usuários, sobretudo os oriundos da internação e do isolamento compulsório. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este trabalho possibilitou a união de esforços na construção do projeto para a nova Missão da Casa de Saúde Santa Izabel. Dessa maneira foi possível garantir motivação, estimular a reflexão e aumentar a auto-estima dos profissionais e usuários, com todos sentindo-se pertencidos. Além disto, a definição por uma gestão participativa impulsionou a busca de soluções e o aumento da responsabilidade social, através da interação com troca de saberes, realização de rodas de conversa, Educação Permanente em Saúde, integração do ensino-serviço e o fortalecimento do Núcleo de Ensino e Pesquisa.

CONTRIBUIÇÕES DAS OFICINAS FORMATIVAS NA CONSTRUÇÃO DO TRABALHO EM GRUPO NA COMUNIDADE

Aksa Keila Ramalho da Silva, Larissa Danielly Araújo Martins, Anne Caroline Ferreira de Freitas, Jeane Constantino Pereira, Bruna Lima Miranda, Ruthi Hiorrana Lima dos Santos

APRESENTAÇÃO: Norteados pela Educação Popular em Saúde (EPS), o Programa Mais Saúde na Comunidade, atividade de extensão da Universidade Federal da Paraíba, atua de forma interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional e faz uso de oficinas como instrumento metodológico para a formação dos seus extensionistas. Este trabalho visa relatar as contribuições destas oficinas na construção das práticas coletivas realizadas pelo programa junto à comunidade. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** As oficinas baseiam-se na pedagogia freiriana e constituem uma metodologia de trabalho que prevê a construção coletiva do conhecimento por meio de momentos de interação entre educador e educando de forma horizontalizada e dinâmica. Elas acontecem semanalmente e possuem duração de duas horas. Os temas abordados visam instrumentalizar os extensionistas para o trabalho com práticas coletivas de caráter educativo, integrativo e lúdico. Dentre os temas já vistos estão: intervenções teatrais, Tai Chi Chuan, Permacultura e Biodança. **RESULTADOS:** O aprendizado adquirido nas oficinas é empregado como ferramenta de trabalho com grupos em ações de educação e promoção da saúde na comunidade. Além disso, a integração, amorosidade e o respeito são os principais produtos desta experiência. A interdisciplinaridade e a importância do trabalho em equipe também são estimulados nesse processo, o que contribui para uma formação mais crítica, reflexiva e participativa dos estudantes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As

oficinas promovem espaços de troca de saberes, empoderamento e protagonismo dos atores envolvidos, pois oferecem possibilidades de intervenção em diferentes contextos. A educação popular em saúde, enquanto fio condutor desta experiência favorece a formação universitária de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, afinal, ao conhecer a realidade da população, o estudante identifica-se enquanto parte do povo e passa a desenhar o seu futuro perfil profissional de uma forma mais crítica e humana.

CONTROLE SOCIAL NA PRÁTICA: PARTICIPAÇÃO DE ESTUDANTES NAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE

Cássio Henrique Alves de Oliveira, Cristina Camargo Pereira, Fernando Marcello Nunes Pereira, Maria das Graças Freitas de Carvalho

Palavras-chave: controle social, participação, saúde

Apresentação: A participação e controle social podem ser feitas de várias formas, que vão desde as institucionalizadas no âmbito da administração pública, como os conselhos e as conferências, até as organizadas de forma legítima e livre por grupos, entidades e movimentos sociais. Este estudo visa relatar a experiência vivida por um grupo de acadêmicos da área da saúde nas conferências de saúde em suas etapas municipal e estadual. Destacando a importância desses espaços para o empoderamento deste acadêmico na defesa pelo o que com muita luta historicamente foi conquistado, potencializando e despertando o seu compromisso social e com a luta pelo progresso. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência da participação de um grupo de estudantes nas conferências de saúde em suas etapas municipal e estadual

do município de Goiânia, Goiás, no ano de 2015. Resultados e discussões: As conferências de saúde reúnem todos os segmentos representativos da sociedade, avaliando a situação de saúde e propondo diretrizes nas três esferas de governo. É um momento onde se reflete e avalia os desafios e contextos que a saúde está vivendo. Nesse momento, foram observados muitos conflitos de poder e interesses nos mais variados eixos e segmentos que ali se discute, analisa e delibera. Também observado, o conflito entre o público e o privado, os processos de terceirizações/privatizações e as consequências destas. Os contextos e poderes de se estar à frente dos conselhos de saúde e por fim, o quanto o controle e participação social possui lacunas para a real efetivação de um controle representativo, participação representativa. Considerações finais: A vivência nos espaços e atividades de uma conferência contribui substancialmente para a formação social do estudante, uma vez que este representa o profissional de amanhã. Além de ser um instrumento de empoderamento e despertar do compromisso social, é um espaço para defender todo o progresso e conquistas vindas de lutas passadas, construídas ao longo da história em prol da saúde pública e também um espaço para se colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao decorrer de sua vida acadêmica.

CONTROLE SOCIAL NO SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE OFICINAS DO PROJETO OBSERVATÓRIO DO CONTROLE SOCIAL NO SUS NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DA PUC MINAS BETIM, 2014

Lucas Rodrigues Reis, Rhayane Maria Medeiros Ribeiro do Carmo, Maria da Consolação Magalhães Cunha

Palavras-chave: Controle Social, Participação Popular, Cidadania, Políticas de Saúde

APRESENTAÇÃO: A Semana de Extensão da PUC Minas tem por objetivo levar à estudantes dos cursos de graduação da unidade Betim a divulgação dos projetos que ocorrem sob suas dependências. Para difusão do Projeto de Extensão “Observatório do Controle Social do SUS” (OBCS/SUS) em 2014, alunos, professores e preceptores realizaram oficinas com a temática do controle social em todos os cursos de graduação da unidade, contextualizando-as segundo as ementas dos diversos cursos. METODOLOGIA: Utilizou-se da metodologia participativa de ensino aprendizagem denominada GV/GO (Grupo Verbalização/Grupo Observação) para avaliação de problema criado especialmente para cada atividade. O problema apresentado simulava uma reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS) composto por membros do OBCS que assumiram os papéis dos usuários, trabalhadores e gestores. O primeiro grupo (GV) avaliou o desempenho do CMS ao enfrentar o problema, discutiu o controle social segundo a possibilidade de intervenção técnica do curso e conhecimento geral. O segundo grupo (GO) se manifestava segundo o desempenho do primeiro e apresentava novas possibilidades de intervenção. O objetivo das oficinas foi o desenvolvimento de conhecimentos/habilidades (intelectuais e verbais) e atitudes referentes ao tema abordado através da troca de ideias, experiências e busca de soluções aos problemas. RESULTADOS: Foram realizadas onze oficinas no período de agosto à setembro de 2014. Os temas abordados discutiram a judicialização como forma de acesso ao SUS, facilidades e dificuldades na operacionalização dos programas de assistência da atenção primária e da saúde coletiva (humanização, integralidade). O financiamento, a prestação de contas e a importância dos sistemas de informação nas três esferas do sistema e a infraestrutura das unidades básicas. Estes temas tinham como

eixo transversal o controle social. Durante as oficinas percebeu-se a falta de informação acerca do controle social no contexto do SUS, atribuições de suas instâncias, seus mecanismos, as possibilidades de atuação e participação política. Constatou-se que os sujeitos, passam pela vivência do SUS sem contribuir para mudanças. Notou-se o interesse dos alunos em conhecer e contribuir para a melhoria do SUS, em contraponto percebeu-se a falta de entendimento sobre o funcionamento do sistema e o desconhecimento sobre o exercício do controle social. O ponto alto das discussões focou a fragilidade dos conselheiros como atores responsáveis pelo controle social. A pesquisa identificou que os conselheiros usuários não conhecem as atribuições dos conselhos, só buscam conhecimento após se depararem com algo que os impede de prosseguir com a ação. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Considerando as experiências obtidas nas oficinas e os relatos dos alunos, conclui-se que é fundamental a discussão e divulgação do controle social é insuficiente para a efetivação das práticas, considerando que a sociedade civil ainda não ocupa os espaços de participação. A graduação tem possibilidade de proporcionar o conhecimento sobre o SUS, a exemplos das oficinas e dos projetos de extensão. É necessário construir senso crítico, além do tecnicismo, é importante ampliar espaços de debate sobre o controle social do SUS.

DESCENTRALIZAÇÃO DA OUVIDORIA EM SAÚDE PARA APERFEIÇOAR O SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA DE TAUÁ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Zildene Feitosa Sousa, Luana Kelly Oliveira Souza Mendonça

Palavras-chave: Participação Social, Ouvidoria, Humanização, Cidadania

O presente estudo trata de um relato de experiência acerca do processo de descentralização da Ouvidoria da Secretaria de Saúde do município de Tauá-Ce, o processo teve início em setembro de 2013, na época a coleta de sugestões, dúvidas e críticas do usuário era realizada por telefone, contato pessoal e uma urna instalada na sede da Secretaria de Saúde. A Ouvidoria possibilita à população o exercício da cidadania, esse exercício, por sua vez, gera informações norteadoras que podem aperfeiçoar o serviço público e melhorar a satisfação dos usuários. O objetivo da descentralização da ouvidoria em saúde é mensurar o nível de satisfação dos usuários, desenvolver ações que possam contribuir para a resolutividade dos serviços, de forma que a gestão possa vir a utilizar esse instrumento com o objetivo de agregar valores à organização. Neste relato destacamos como se deu a experiência e os principais resultados obtidos. A metodologia utilizada no processo foi realização de reuniões para sensibilização dos usuários, trabalhadores e gestão, impressão de material gráfico para divulgação e implantação de urnas em 100% dos pontos de atenção a saúde do município. Os principais resultados obtidos foram: maior participação dos usuários, que hoje são ativos no processo de execução das políticas públicas de saúde e a gestão pôde analisar o impacto das estratégias adotadas para oferecer atendimento humanizado aos usuários. A experiência obtida neste processo nos permite observar que a decisão da gestão para a execução de um processo como este é de grande relevância, pois atribui credibilidade a ouvidoria que desponta como uma ferramenta fundamental na implantação das políticas públicas.

DIVERSIDADES RELIGIOSA ASSEGURANDO O DIREITO AO ATENDIMENTO ESPIRITUAL NO SUS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Vera Beatriz Soares da Cruz

Núcleo de Assistência Espiritual no Grupo Hospitalar Conceição – Inclusão das Religiões de matriz Africanas e Afro-Umbandistas no Fórum Inter-religioso. As diferentes formas de participação fazem parte das diretrizes organizacionais do Grupo Hospitalar Conceição- GHC. Este modelo de gestão é fundamental, pois possibilita aos cidadãos e cidadãs interagir de forma colaborativa exercendo um papel efetivo na construção coletiva da sociedade, de modo que se garantam os direitos fundamentais de cidadania, e neste contexto organizacional está o Centro de Resultados Participação Cidadã. O centro de resultados Participação Cidadã onde estão lotadas diversas comissões temáticas, dentre elas, o Núcleo de Assistência Espiritual- NAE cria o espaço Inter - religioso, local democrático onde aproximadamente 20 denominações religiosas (Espíritas, Filosofias de vida, Religiões de Matriz Africanas, Afro-Umbandistas, Católicas, Pentecostais, Metodistas, Luteranas, Neo Pentecostais) participam oferecendo atendimento espiritual aos trabalhadores e usuários do SUS, assegurando o direito a uma assistência integral que está para além do cuidado no adoecimento físico conforme inúmeras pesquisas comprovam. Neste contexto a inclusão das religiões de matriz africana a partir de 2008 garantiu e assegurou que o respeito que historicamente lhes foram negados, devido a todo histórico de discriminação que essas religiões enfrentaram e ainda enfrentam, seja garantido tendo em vista a laicidade do Estado brasileiro. Nos dias destinados as Religiões Afros-Umbandistas comparecem no espaço Inter-religioso um Babalorixá

ou uma Yalorixá que oferecem um “Axé” aos trabalhadores ou usuários (incluindo visita aos quartos para aqueles que não conseguem deslocar-se até o espaço), e buscam esse atendimento espiritual, também periodicamente rodas de conversa sobre a Religião de Matriz Africana acontecem neste espaço, tendo como título “Quebrando tabus”, como uma forma de desmistificar o imaginário existente em torno da religiões de Matriz Africana e recentemente exposição de imagens de orixás (em tamanho humano) neste espaço foram contempladas. A administração do espaço, bem como a operacionalização das atividades são realizadas no Centro de Resultados Participação Cidadã, através do NAE, que reúne mensalmente todas as denominações, no chamado Fórum Inter-religioso, onde os religiosos voluntários de todas as denominações que prestam o atendimento espiritual no GHC, dialogam de forma democrática e respeitosa, definindo em conjunto com o Núcleo de Assistência Espiritual- NAE, o atendimento no espaço inter-religioso numa demonstração de que é possível praticar saúde dentro de seu conceito mais ampliado incluindo o bem estar.

EDPOPSUS-PE: DOCUMENTÁRIO SOBRE A EXPERIÊNCIA DO CURSO LIVRE DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COM AGENTES COMUNITÁRIOS E DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – PERNAMBUCO 2013-2014

Paulette Cavalcanti de Albuquerque, Marcondes José Pacheco, Ana Paula Lopes de Melo, Adriano Lima

Palavras-chave: Educação Popular em Saúde, Cultura Popular, Atenção Primária

O documentário relata a experiência vivenciada por Agentes Comunitários de

Saúde e Agentes de Endemias, educadores, mediadores e equipe de coordenação do Curso de Educação Popular em Saúde, vinculado ao Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde numa parceria entre a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPJV/Fiocruz) Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), e executado e coordenado em Pernambuco pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz). O curso teve como proposta metodológica os princípios e matrizes pedagógicas da educação popular em saúde e surgiu como estratégia para fortalecer o Plano Operativo da Política Nacional de Educação Popular em Saúde, buscando contribuir com a atuação dos profissionais das equipes de Atenção Básica em Saúde, em especial, dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde, resgatando seu papel de educadores e fortalecendo as práticas educativas, de mobilização social e promoção da saúde, por meio do processo de formação. O curso desenvolvido através de momentos presenciais destinados à problematização da realidade, a construção de vínculos entre os participantes, momentos de utilização de ambiente virtual de aprendizagem, além de momentos de dispersão nos territórios de atuação dos profissionais de saúde que visavam à prática e a vivência da educação popular em saúde no cotidiano de trabalho. O documentário teve como objetivo registrar o momento de encerramento que se deu mediante a realização de mostras de trabalhos e experiências nas várias regiões do estado onde o curso foi desenvolvido. Em Pernambuco o curso foi operacionalizado em três ofertas: a primeira aconteceu entre dezembro/2013 e janeiro/2014 com 31 turmas distribuídas na região Metropolitana, Agreste e Sertão, totalizando 1.200 alunos inscritos. Para a

segunda e terceira ofertas, desenvolvidas entre março e agosto de 2014, houve 2100 inscritos distribuídos em 61 turmas que abrangeram também as regiões das Zonas da Mata Norte e Sul e o município de João Pessoa/PB. Buscando fortalecer a troca de experiência entre os alunos das três ofertas do curso, foram articuladas mostras de trabalhos nos municípios de Recife, Caruaru, Arcoverde, João Pessoa e Abreu e Lima com participação de alunos dos mais de 30 municípios participantes. Durante as mostras, foram exibidos trabalhos com diversos temas relacionados à saúde e as experiências educativas vivenciadas pelos agentes durante as oficinas do curso. Os trabalhos foram apresentados sob a forma de diversas linguagens, tais como teatro, música, poesia, dança, rodas de conversa e fantoches. O documentário demonstra que a realização do EdPopSUS-PE, nas suas várias etapas, possibilitou a maior compreensão do papel dos profissionais de saúde como educadores, valorizando a cultura popular e as práticas integrativas em saúde, seja nas ações desenvolvidas dentro das Unidades de Saúde da Família, seja na sua atuação direta nas comunidades.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ADOLESCENTES

Nayara Cristaldo Maciel, Maria Betina Leite de Lima, Sabrina Oliveira Cangussu, Josiel Elisandro Werle, Ana Beatriz Carneiro Ferrari, Kenia Caceres Souza, Ariane Calixto Oliveira

Palavras-chave: (Educação em saúde, adolescentes, prevenção e promoção à saúde)

Introdução: A adolescência é uma fase de descobrimento e mudanças no corpo e sociais. Tornando uma fase de curiosidades, de procurar e investigar o

porquê das mudanças, onde os amigos são mais interessantes que os pais, e que geralmente, os pais não buscam conversar com os seus filhos sobre essas alterações. O projeto “Ligados nas Doenças Sexualmente Transmissíveis” teve como objetivo promover educação em saúde para adolescentes e dessa forma prevenir agravos a saúde nessa fase. Descrição da Experiência: O projeto de extensão realizado por acadêmicos de Enfermagem, “Ligados nas Doenças Sexualmente Transmissíveis” teve como proposta abordar as Doenças Sexualmente Transmissíveis com adolescentes, de 11 a 16 anos de idade, de escolas públicas do Município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Sendo a adolescência um momento de descobertas sexuais e paradigmas sociais, podendo acarretar em consequências para toda vida. As atividades aconteceram com metodologia de ensino- aprendizagem de problematização, por meio de palestras expositivas- dialogadas, rodas de conversas e atividade de “feedback” imediato, proporcionando interação acadêmicos de enfermagem e alunos do ensino regular e esclarecimento de dúvidas. Para o final das atividades, 4 acadêmicos ficaram responsáveis para dramatização com colocação de preservativos, feminino e masculino, em próteses genitais. Ao informar sobre as doenças sexualmente transmissíveis listamos seus sinais e sintomas, o que é, principal via de contaminação que é a relação sexual desprotegida, onde buscar ajuda, tratamento, e demais informações que o adolescente nos relatou ter dúvida. Os jovens no início das atividades ficaram receosos, já que o assunto muitas vezes é tratado como vergonha pelos pais e adultos que rodeiam esses adolescentes, porém com os métodos utilizados fazem com que eles percebam a importância do assunto e de sanar suas dúvidas já que muitas vezes eles não podem conversar e falar desse assunto abertamente. Impactos: Esse contato

com adolescentes é fundamental para o crescimento profissional do acadêmico. Estar frente às dúvidas mais frequentes dessa fase, e ter esse contato direto nos permitiu ver a realidade das escolas públicas, da educação de pais, e principalmente poder proporcionar ao adolescente um momento de conhecer o seu próprio corpo e suas vontades. Considerações Finais: Portanto a educação em saúde auxilia para prevenção e promoção a saúde, pois dessa forma os adolescentes ficam mais seguros em tirar dúvidas, tornam-se conscientes dos métodos de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis e conseqüentemente as dúvidas desses adolescentes também foram sanadas já que muitas vezes perante a sociedade falar de prevenção torna-se um tabu.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A PREVENÇÃO DA DENGUE NOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

Elvira Caires de Lima, Edirlei Machado dos Santos, Natália Ferreira dos Santos, Adriano Maia dos Santos, Patrícia Reis dos Santos

Palavras-chave: Educação em saúde, participação comunitária, dengue

Trata-se de um relato de experiência vivenciado no projeto PET - Saúde cujo objeto de intervenção foi o desenvolvimento de práticas educativas em saúde para ações de prevenção e controle da dengue realizada nos Conselhos Locais de Saúde (CLS). As práticas educativas podem ser consideradas como importante instrumento no processo de desconstrução das práticas dos sujeitos, tendo como possibilidade mudança de posturas e conseqüentemente o reconhecimento da necessidade de adoção de medidas de prevenção e controle da doença. Definiu-se como referencial para o

presente estudo a pedagogia da autonomia de Freire que propõe a construção do processo ensino-aprendizado pautada numa relação de respeito à autonomia do ser educando. O objetivo desse estudo foi descrever a experiência das ações de educação popular em saúde nos CLS para a prevenção e controle da dengue no município de Vitória da Conquista, Bahia. As atividades foram realizadas por um grupo de cinco discentes do curso de graduação em ciências biológicas, dois preceptores profissionais da rede de serviços do SUS (uma enfermeira e uma bióloga) e um tutor, professora da UFBA. As atividades foram estabelecidas a partir da articulação ensino - serviço - comunidade, realizada nos meses de janeiro a dezembro de 2014. Foram visitados 19 CLS e envolvidos na mobilização um total de 649 pessoas entre conselheiros de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS. As atividades de educação popular em saúde foram realizadas por meio de exposições dialogadas sobre a dengue, em que se abordou as formas de prevenção e transmissão da doença, sinais e sintomas, epidemiologia da doença no município e a importância da participação popular na eliminação de possíveis criadouros da larva do mosquito. Os encontros duraram aproximadamente 30 minutos, eram conduzidos pelos discentes através de rodas de conversa, de modo a promover a fala dos participantes na tentativa de estimular a reflexão sobre as práticas sanitárias da comunidade. Observou-se com essa experiência que a educação popular em saúde é um instrumento capaz de produzir mudanças comportamentais individuais e coletivas a partir da transformação da autopercepção do sujeito e das relações que ele estabelece com seu entorno. No entanto, evidenciou-se discreta participação dos membros nas reuniões dos CLS o que apontam para a necessidade de (re) significar as representações sobre

participação popular e envolvimento comunitário, bem como fortalecer práticas de educação em saúde numa perspectiva da pedagogia libertadora. Identificou-se que a comunidade não se sentia responsável pela problemática da dengue, o que fazia com que a mesma delegasse a responsabilidade pelo controle da doença à secretaria de saúde e a outros setores. Este estudo demonstra que os CLS ainda são espaços pouco utilizados que precisam ser reconhecidos como cenário legítimo de discussões e manifestações populares. Os órgãos de controle social podem tornar-se parceiros importantes para o desenvolvimento de ações de relevante impacto social como o controle da dengue. Portanto, é imprescindível investir e insistir no planejamento e efetivação de atividades de educação em saúde numa perspectiva libertadora, que incitem mudanças no comportamento individual e o envolvimento dos sujeitos com a vigilância de suas ações.

EDUCAÇÃO POPULAR: UMA EXPERIÊNCIA COM UM GRUPO DE CRIANÇAS DA COMUNIDADE DA “RUINHA” NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE – PB

Natércia Janine Dantas Silveira, Isaac Alencar Pinto, Alessandra Aniceto Ferreira Figueirêdo

Palavras-chave: relato de experiência, educação popular, crianças

APRESENTAÇÃO: A Educação Popular é compreendida como um processo teórico-metodológico, que apresenta características, como criticidade, autonomia, saber libertador, dialógico (entre o saber popular e o dos educadores populares), vislumbrando a construção de conhecimentos e práticas, tendo como instrumentos: a escuta, o diálogo, a vivência com a comunidade, a afetividade. Tomando

por base tal perspectiva, foi desenvolvido um grupo com crianças, na comunidade de Santo Antônio, conhecida por “ruinha”, localizada na cidade de Campina Grande-PB. Nesse sentido, este texto objetiva descrever um relato de experiência com o grupo de crianças, vivenciado nessa comunidade. A “ruinha” está localizada numa região periférica da cidade de Campina Grande-PB, composta por residências construídas em terrenos irregulares, com risco de desabamentos, falta de saneamento básico, de difícil acesso, coexistindo com problemas de violência, desemprego, dentre outros. Para realização deste trabalho, foi feita observação sistemática de um grupo de crianças, que já existia no local, por um período de dois meses, sendo esse período importante por propiciar a aproximação e a construção de vínculos com a comunidade; além disso, foram feitas conversas informais, visitas nas residências e escuta das demandas dos moradores do local. Após esse período, foi desenvolvido o grupo, com aproximadamente 20 crianças, que tinham de dois a dezesseis anos de idade, a participação no grupo ocorreu de modo espontâneo. As oficinas vivenciais ocorreram, inicialmente, ao ar livre (a sombra de uma árvore), posteriormente na Associação de Moradores da própria comunidade, sendo as ações realizadas no período de um ano. Optou-se por um trabalho, respaldado na história de vida, através da construção de um livro, feito por cada criança, sendo esse recurso utilizado como uma forma de resgatar a identidade do ser criança em meio às adversidades do contexto. O livro abrangia questionamentos, como: Quem sou eu? Minha família é assim... Minha escola é assim... No meu bairro acontecem coisas como... Quando eu crescer eu quero ser... As discussões no grupo foram desencadeadas a partir dos desenhos realizados pelas crianças nos encontros. Foram utilizados: argila, tinta guache, papel

A4, lápis colorido, recortes de revistas, cola e tesoura sem ponta. As crianças apresentaram a comunidade por meio dos seus elementos, pessoas, casas, borboletas, comidas, dentre outros. Verificou-se uma concepção de família em que permeavam o conflito e a exposição à violência. A casa e a escola foram apresentadas como locais de moradia e aprendizagens. O bairro foi descrito como um lugar marcado tanto pela violência, a exemplo de episódios de furtos e brigas familiares, como também enquanto lugar de moradia, onde residem amigos e parentes. A perspectiva de futuro das crianças foi permeada pelo sonho e desejo de exercerem profissões, como médico e professor. Nesse processo, compreendemos a Educação Popular como um veículo que nos conduziu à tentativa de resgatar as identidades dessas crianças, com seus olhares, gestos e palavras, em contrapartida, o diálogo e a vivência na comunidade da “ruinha” nos conduziram a um processo de transformação não só acadêmico, mas, principalmente, enquanto pessoa.

REPENSANDO RESENDE: RELATOS DE UMA USUÁRIA DO SUS

Ana Paula de Andrade Silva, Zenilda Ferreira Estima Sellan

Palavras-chave: educação continuada, sistema único de saúde

APRESENTAÇÃO: Sou usuária do Sistema Único de Saúde, casada, dona de casa, mãe de 2 filhos, voluntária na Pastoral da Criança, Pastoral da Saúde e Conselheira municipal representando a Pastoral da Saúde na cidade onde atualmente moro que é Resende, Rio de Janeiro. Faço parte do grupo de educação permanente criado em 2014 para discutir questões ligadas à saúde. O objetivo deste trabalho é apresentar a minha experiência e participação como usuária

do SUS no grupo de educação permanente em saúde chamado EPensando Resende. **DESENVOLVIMENTO:** No mês de agosto de 2015, fui convidada por uma integrante a participar dos encontros do EPensando que é uma roda de conversa iniciada por profissionais de saúde do município, onde todos falam, opinam, contam experiências e ninguém naquele momento sabe mais que o outro. São encontros mensais (toda segunda sexta-feira) e saio de lá enriquecida de conhecimentos e de experiências, partilhamos informações e também deixo algo de mim. É muito gratificante. Os encontros se desdobram em ricas construções, o grupo desperta para temas reais da nossa vivência, como por exemplo: humanização, acolhimento, afeto, abandono, misericórdia. Como usuária dos serviços do SUS, entendo que a saúde é um direito de todos e dever do Estado garantido por políticas sociais e econômicas. Todo cidadão tem direito a tratamento humanizado e sem nenhuma discriminação. Os profissionais de saúde devem zelar pela humanização visando o bem-estar de todos os que nele se encontram; profissionais, funcionários, doentes e familiares. Às vezes o paciente só precisa de uma atenção maior para se sentir melhor. Somente quem já teve a sua dor ouvida ou experimentou ouvir a dor do outro, sabe da importância da SOLIDARIEDADE. A participação da comunidade no exercício do controle social através de organizações, Conselhos de Saúde e nos grupos de educação permanente do município são de suma importância para a melhoria dos atendimentos e dos próprios serviços de saúde. Voltando ao assunto do EPensando Resende (roda de conversa) somos um grupo formado para refletir a saúde e temos os mesmos sonhos: pensar coletivamente os nossos problemas e desafios para a qualidade do cuidado e do SUS. **RESULTADOS:** O grupo discute exatamente questões problemáticas

que se dão no mundo do cuidado e do trabalho em saúde. Por ser constituído de múltiplos olhares (do usuário, de diferentes profissionais, da gestão, dos docentes da área de saúde e de representantes de diferentes serviços de saúde) o ser humano acaba sendo visto em várias perspectivas e isso contribui para um cuidado mais afetivo/efetivo e mais próximo da composição humana. A roda de conversa gira para fazer o pensamento pensar e para promover encontros criativos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Para concluir, posso dizer que temos um sonho coletivo. Segundo Raul Seixas, "Um sonho que se sonha só, é só um sonho, mas um sonho sonhado por muitos é realidade". Como diz a cantiga de Johnson Soares e Ray Lima: De sonhação o SUS é feito: Com crença e luta O SUS se faz. Estamos na luta!

EXPERIÊNCIA DE PARTICIPAÇÃO NO GRUPO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE RESENDE

Jaqueline de Andrade Rosa, Milene Santiago Nascimento

APRESENTAÇÃO: Formada em Técnica de Enfermagem, técnica em Prótese Odontológica, Terapeuta Holística formada pela UHB (Universidade Holística do Brasil), Enfermeira formada na Universidade Estácio de Sá (UNESA) e aluna na pós Graduação em Medicina Tradicional Chinesa na (ETOSP) Escola de Terapias Orientais de São Paulo, casada, mãe dois filhos. Fui convidada para participar do grupo de educação permanente em saúde intitulado EPensando Resende. Objetivo do trabalho é descrever o encontro EPENSANDO, que acontece mensalmente (toda segunda sexta-feira do mês), local onde tem espaço para dar voz a todas as vozes, compartilhar saberes, produzir conhecimento e intervenção. Visando sempre o cuidado em saúde se traduzido

em uma atenção integral fruto de boas interações entre usuários, profissionais e instituições, que são resumidas em atitudes como acolhimento, vínculo, respeito, qualidade no atendimento, entre outros. **DESENVOLVIMENTO:** No mês de junho de 2015, foi minha primeira participação no grupo de educação permanente em saúde do município de Resende. Os encontros acontecem no conselho municipal de saúde, local de fácil acesso. Nessa primeira oportunidade estava presente: representante da gestão (economista e superintendente de controle e avaliação), a auditora do SUS, uma enfermeira da unidade de terapia intensiva e mestrandas da Universidade Federal Fluminense na linha de pesquisa Educação Permanente em Saúde e enfermeira do serviço de emergência, mestre em ensino na saúde: formação docente interdisciplinar para o SUS e a uma psicóloga e também representante do município na Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço (CIES) da região Médio Paraíba. Esta primeira participação foi no CDI do Hospital de Emergência, quando foi discutido o tema "Acolhimento". O grupo educação permanente em saúde é diferente porque busca formas diferentes para permitir a participação das pessoas, por meio da utilização de materiais complementares como filmes, música, poesia e textos, assim, dinamizando os assuntos discutidos. A oportunidade de participar desses encontros permite a utilização dos conhecimentos adquiridos e ao mesmo tempo me torna uma colaboradora. Tecendo opiniões a respeito dos diversos assuntos abordados e com isso enriquecendo o meu conhecimento. Estando presente sinto como se estivesse participando de uma terapia em grupo, aonde os resultados virão com certeza de forma espontânea. **RESULTADO:** A participação neste grupo vem ao encontro da vontade de colaborar com as tentativas de humanizar o atendimento ao usuário

do SUS. Tem como propósitos, contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Acredito que todo grupo de estudo tem o objetivo de que a cada encontro os profissionais adquiram formas desiguais de enxergarem as diferentes situações inerentes à profissão. Considerando que no atendimento no SUS participam diferentes tipos de profissionais. Acho importante a cooperação de todos os envolvidos, uma vez que, são formas diferentes de enxergar o usuário, entretanto formando um todo, isto é, tendo uma visão holística.

EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM APOIO DA COMUNIDADE NO CUIDADO DE UMA USUÁRIA

Mauricio Ramos Pereira, Celi Correia da Silva Braz

Palavras-chave: comunidade, gestão do cuidado, participação popular

APRESENTAÇÃO: A equipe Itararé da Clínica da Família Rodrigo Roig, localizada no Complexo do Alemão realiza o mapeamento e o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Dentre os usuários acompanhados pela equipe, destaca-se: CMBM, 62 anos, casada, hipertensa, diabética que embora fosse orientada quanto aos cuidados das pequenas lesões em seu pé, do uso dos medicamentos, da higiene e com a alimentação, diversas vezes compareceu a unidade com valores elevados de glicemia, passando por avaliação da enfermagem ou médica quando preciso. Com a necessidade de uma dieta balanceada, a residente nutricionista realizou orientações, mas a cadastrada relatou dificuldade para conseguir seguir, pois seu marido não a apoiava. Com o passar do tempo, lesões ulceradas surgiam

em membros inferiores, sem ser nos pés, e a possibilidade de haver um quadro de insuficiência venosa periférica crônica foi aventada. Assim, em 2015 a usuária passou por 2 episódios de amputação em menos de 3 meses. A equipe preocupada de como seria o retorno da usuária após o procedimento realizado traçou estratégias de cuidado que levassem em consideração as reais necessidades de saúde, que tivesse envolvimento da família e de vizinhos como rede de apoio desse cuidado. **OBJETIVO:** Compartilhar a experiência de cuidado de uma equipe de saúde da família com uma usuária demonstrando quanto é importante à criação de vínculos e o fortalecimento da rede de apoio. **METODOLOGIA:** Numa reunião de equipe com ACS, enfermeiro, médico e as residentes (assistente social, dentista e nutricionista) o debate foi: o que seria da usuária nesta volta pra casa? Se ela não teria condições de cuidar da sua casa, quem o faria? Se houvesse um esforço dela para cuidar dos afazeres domiciliares, como seria sua recuperação? Logo, foram pensadas estratégias de um trabalho mais multidisciplinar para qualificar o cuidado integral ofertado que levassem em consideração as condições sociais, econômicas, culturais e os conflitos familiares. Foi citado durante a reunião que 9 vizinhas se prontificaram ajudar no cuidado com a usuária. **RESULTADOS:** Entre vizinhas e membros da ESF, o grupo apresentou uma organização para cada uma cuidar de uma área específica: cuidados com a casa, lavar, passar, cozinhar, curativos, medicamentos. Por enquanto, os cuidados são realizados somente em domicílio. Suas consultas são realizadas através de Visitas Domiciliares, o um cardápio foi desenvolvido pela residente nutricionista. Periodicamente, a enfermeira realiza os curativos com melhora expressiva do aspecto da lesão. O que era uma lesão profunda, de odor fétido passou a ser algo com melhora progressiva, diminuição

da profundidade e sem odor ou saída de secreção. Seu marido foi abordado pela equipe sendo sensibilizado da importância do seu apoio nesse processo. Assim, surgiu mais um e o maior processo de integração da ESF e a comunidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Essa experiência só foi exitosa uma vez que a equipe se mobilizou para investir num cuidado personalizado para essa usuária com o apoio da comunidade no cuidado que se deu pela existência do vínculo.

EXPERIÊNCIA VIVÊNCIA VER-SUS 2015

Ana Paula Santos de Oliveira

Palavras-chave: vivência, VER-SUS

O presente trabalho vai tratar sobre o relato de experiência de vivência no VER-SUS 2015, com o objetivo de mostrar alguns pontos de vista antes e depois da vivência. A vivência no VER-SUS foi muito produtiva e esclarecedora no quesito de ver de perto como o sistema da saúde pública funciona, e também, ver na prática àquilo que nos foi ensinado sobre o SUS em sala de aula, uma vez que, ainda sou estudante. E o que pude ver com o sistema, é totalmente o contrário do que muitas vezes nós escutamos sobre o SUS. O sistema funciona sim, claro, dentro de algumas limitações, mas que aliado às pessoas que realmente queiram que ele ‘funcione’, ele funciona, e que ele pode ser tão lindo na prática quanto no papel. Confesso, que não conhecia alguns serviços oferecidos pelo SUS, como o CEO, e as palmilhas para diabéticos. E, em outros lugares também, apesar de já conhecê-los, não fazia ideia do que poderia “estar por trás” ou melhor, ver como realmente funciona, como na visita à Santa Casa, desde ver onde se lava, passa e produzem as roupas do hospital, até os quartos, consultórios e CTI’s, eles nos receberam tão bem, me senti acolhida e isso me deu uma

outra visão sobre tudo, depois dessa visita, da vivência no total, posso dizer que vou olhar com outros olhos. E durante minhas visitas também, ao longo da semana, pude constatar que o empenho do gerente, ou de quem esteja a frente de qualquer serviço oferecido pelo SUS, é o grande diferencial, ele reflete na população em geral, no atendimento. Durante a vivência também notei que há uma grande falha ou falta de informação por parte da população em saber como funciona cada local de atendimento, como por exemplo, no UPA, onde, grandes majorias chegavam para serem atendidos com dores de cabeça, porém, esse não é o público alvo do UPA, esse tipo de atendimento pode/deve ser feito em um posto de saúde. Como já mencionado, a vivência mudou minha forma de pensar, e ver o sistema público de saúde, pois, muitos “aprendem” e escutam diariamente como recriminar e repassar essa visão sobre o SUS, porém, o lado positivo, aquilo que se faz à medida do possível, ou das condições oferecidas, ninguém sabe, ou vê, por isso, considero importante o “repasso” dessas vivências, não só para um grupo limitado de pessoas, mas o máximo possível, e claro, não só “falar bem”, mas poder contribuir para tornar ainda melhor o sistema, fazer com que ele não seja só um “projeto bonito” no papel, mas sim um projeto bonito na prática também.

EXTENSÃO POPULAR NA FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA: VIVÊNCIAS NO PROGRAMA MAIS SAÚDE NA COMUNIDADE

Aksa Keila Ramalho da Silva, Ramayana Rubianne Galdino, Anne Caroline Ferreira de Freitas, Larissa Danielly Araújo Martins, Merlayne Pâmela de Oliveira N. Silva, Paloma Lopes de Araújo Furtado, Rennaly Kelly de Araújo Ferreira, Zé da Paz Oliveira Alvarenga

APRESENTAÇÃO: O Programa “Mais Saúde na Comunidade”, representa uma ação extensionista que tem como eixo teórico metodológico a Educação Popular; é uma estratégia interdisciplinar com o desenvolvimento de práticas integrais de cuidado em saúde da família, saúde do trabalhador e inclusão da pessoa com deficiência, com ações de vivências e fóruns temáticos de Educação Popular em Saúde. **OBJETIVOS:** O objetivo do presente trabalho é analisar a contribuição da Extensão Popular na formação universitária, observada a partir das ações do Programa Mais Saúde na Comunidade. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência dos extensionistas que integram o referido Programa. As ações são sistematizadas através de reuniões semanais organizativas e de planejamento e envolvem atividades de tutorias em domicílios, grupo de idosos, rádio comunitária, agroecologia e meio ambiente e Grupos de Encontro de Trabalho (GET’s), com estratégias de participação popular, permitindo a troca de saberes entre os diversos sujeitos envolvidos. Os encontros acontecem em localidades urbanas e rurais em municípios da Paraíba, em especial na Comunidade do Grotão na cidade de João Pessoa. As atividades desenvolvidas no grupo de idosos envolvem dinâmicas de integração que favorecem o vínculo entre eles, além de utilizar estratégias que proporcionam a qualidade de vida dos mesmos. A Rádio Comunitária representa um instrumento de divulgação de informações onde são apresentados diferentes temas de interesse da população os quais corroboram para a promoção do cuidado em saúde. Nas ações da agroecologia e meio ambiente os extensionistas promovem a construção de farmácias vivas em espaços coletivos, estimulando a comunidade à prática de hábitos saudáveis. Os Grupos de Encontros de Trabalhos, realizados com professores do ensino fundamental

e Agentes Comunitários de Saúde, promovem a compreensão do processo de trabalho, onde os próprios indivíduos buscam estratégias de enfrentamento das dificuldades encontradas no seu cotidiano laboral. **RESULTADOS:** Considera-se que o Programa contribui para os extensionistas, na compreensão da realidade observada na comunidade, promove a dialogicidade entre os diferentes atores envolvidos possibilitando o empoderamento dos mesmos e sua capacidade de reflexão crítica sobre as situações vivenciadas. Configura-se assim, uma formação que integra universidade e comunidade, experienciando troca de conhecimentos entre o acadêmico e o popular. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A Extensão Popular, vivenciada pelos universitários do Programa Mais Saúde na Comunidade, possibilita a troca de saberes entre estudantes e a população, valorizando suas realidades culturais, estimulando o diálogo, participação social; propiciando aos extensionistas uma compreensão da realidade vivenciada no âmbito econômico, social e político.

FAZENDO A TAREFA DE CASA: PROTAGONISMO DA COMUNIDADE NA PROMOÇÃO DE SAÚDE

Renata Magro

Palavras-chave: Ensino-aprendizagem, Arco de Maguerez, Promoção de Saúde

Apresentação: O acesso aos serviços de saneamento básico, importante determinante de saúde, ainda é no Brasil, um problema que não recebe a atenção devida, sendo a população empobrecida a mais afetada, agravando sua vulnerabilidade às enfermidades. Considerando este dado, o presente projeto tem por objetivo sensibilizar a população de um bairro quanto à adequada destinação dos resíduos sólidos, como estratégia de promoção

de saúde. Desenvolvimento do trabalho: Empregando o Arco de Maguerez, apoiado na metodologia da problematização de Paulo Freire, estudantes de Biomedicina da Universidade Federal de Goiás iniciaram um processo de diagnóstico dos principais problemas enfrentados pela população de um bairro da periferia da cidade de Goiânia, estado de Goiás, em que se destacaram a precariedade dos serviços de saneamento básico – especialmente a destinação dos resíduos sólidos - e a violência. Além disso, percebeu-se como grande potencial do bairro a existência de um número expressivo de crianças e adolescentes na região, o que inspirou a elaboração de um plano de intervenção de promoção de saúde, que prevê a realização de atividades teórico-práticas, de forma que por meio de oficinas, rodas de conversa e atividades lúdicas se buscará oferecer aos adolescentes, espaços de reflexão e orientação na perspectiva de assumirem o protagonismo como agentes de transformação de sua realidade, tornando-se multiplicadores do conhecimento e cuidadores da vida. Resultados e/ou impactos: Embora ainda esteja em fase de implantação, o projeto tem despertado em acadêmicos e comunidade, o interesse em aprofundar o conhecimento a respeito da realidade local, suas reais necessidades, potencialidades na busca de estratégias adequadas para o enfrentamento de situações problema. Considerações finais: A interação ensino-serviço-comunidade, por meio de metodologias ativas, além de promover a melhoria de qualidade de vida da população, se apresenta também como importante ferramenta para a formação dos futuros profissionais de saúde.

FORTALECENDO A INTERSETORIALIDADE: A EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE TRABALHO SOBRE CUIDADOS EM REDE

Antonio Carlos Cremasco, Andre Eduardo Mei, Reginaldo Quintana

Palavras-chave: intersectorial

APRESENTAÇÃO: este relato traz a experiência de um projeto proposto por trabalhadores de um centro de saúde para afinar o trabalho intersectorial e fortalecer o cuidado em rede, tendo como eixo principal a educação permanente e a melhora da comunicação. **Desenvolvimento:** A partir da vivência da reunião intersectorial para discussão de casos, sediada no CRAS e composta por representantes de serviços básicos e especializados de saúde, educação e assistência social, foram percebidos por trabalhadores dos centros de saúde envolvidos, desafios para a prática do cuidado compartilhados entre diferentes serviços e setores: expectativas versus realidades; desencontro de informações. Pensando em fortalecer a potência da rede e do raro espaço intersectorial para a construção de projetos de vida, os trabalhadores supracitados elaboram e iniciam a execução de um projeto intitulado “grupo de trabalho para cuidados em rede”. Entre as etapas do projeto, foi realizada a criação de um grupo virtual para troca de informações e leituras sobre intersectorialidade e ferramentas para o cuidado em rede; Em seguida, foi elaborado um roteiro norteador para levantamento de um diagnóstico da rede, a ser preenchido in loco em cada serviço que aceitar participar, contendo perguntas sobre as principais dificuldades encontradas por aquele serviço na condução do cuidado em rede, bem como intenções acerca de capacitações em ferramentas para o cuidado em rede. Atualmente, a equipe condutora do projeto encontra-se reunindo com os serviços para levantamento do diagnóstico, com vistas a propor soluções possíveis aos maiores entraves, como instrumentos de encaminhamentos em rede e capacitações em ferramentas para o cuidado em rede. **RESULTADOS:** preliminarmente, observa-se que o grupo virtual facilitou a educação permanente dos profissionais envolvidos

com o cuidado intersectorial; ainda, as reuniões em andamento com os serviços parceiros evidenciaram motivação para as capacitações acerca das ferramentas de trabalho em rede. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** considera-se o trabalho intersectorial um desafio superável, uma vez que há potência e motivação dos trabalhadores para essa superação. Destaca-se nesse processo o papel protagonista da educação permanente, hábil em criar agir comunicativo e avançar na integralidade.

FÓRUM INTERSETORIAL SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS COMO FERRAMENTA DE CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO MUNICÍPIO DE IPATINGA

Willian Pereira da Silva, Juliana Correa de Almeida Andrade

Palavras-chave: fórum intersectorial, saúde mental, álcool e outras drogas

O presente trabalho visa descrever uma ação de fórum propositivo e deliberativo intersectorial, que aborda políticas relacionadas aos usuários de álcool e outras drogas, desenvolvido na cidade de Ipatinga, no interior de Minas Gerais, bem como suas implicações e impactos. Sabe-se que a problemática do uso de álcool e outras drogas é transversal a várias áreas e setores de atuação e que atravessa diversos territórios da vida de um sujeito apontando para ações mais complexas e que se estendem em longo prazo. Neste sentido, uma política pública voltada ao tratamento e atenção ao usuário de álcool e outras drogas não deve se esgotar em um âmbito intrasetorial, mas ser construída nas possíveis interfaces com outros setores, incluindo área de saúde, de educação, judiciário, assistência social, sociedade civil, movimentos sociais, dentre outros, na elaboração de estratégias e ações. O Fórum Intersectorial de Álcool e Outras

Drogas (FIAD) têm sido realizados e se efetivado desde abril de 2012, em reuniões mensais, enfocando-se na construção e implantação de Política sobre Álcool e outras Drogas no município de Ipatinga. Nasceu de um movimento de técnicos dos serviços públicos do município, de membros de órgãos do controle social, de órgãos privados e da comunidade, prezando-se por uma participação democrática, que favorece a mobilização social e articula a rede de forma intersectorial. Diversos encaminhamentos foram possíveis a partir dos diálogos e construções estabelecidas no fórum, orientando os diversos atores e promovendo uma articulação das políticas desenvolvidas no município. Diversas problemáticas têm norteado as discussões neste fórum, tais como a implantação de serviços, a acessibilidade do usuário às políticas públicas, a legislação sobre drogas, a humanização do cuidado e integralidade na atenção, o combate a estigmatização e aos preconceitos, articulação dos setores, a relação entre os dispositivos e comunidades terapêuticas, dentre outros. Provocados, os participantes tendem a serem multiplicadores e propositores de ações no território. Em linhas finais, tal fórum intersectorial se constitui num importante elemento que sinaliza para a participação dos diversos atores na construção e elaboração de políticas públicas, confrontando-se com a questão aberta pelo uso de álcool e outras drogas, que diz respeito a todos. Para tanto se faz necessário diálogo e encontros num constante movimento. Considerando o escopo de ação em saúde coletiva, tal empreitada deve permear todo o território onde a questão se faz pertinente, não se fechando em soluções pragmáticas, imediatistas e desumanizadas. Há uma faceta mais que ética nesta questão: a faceta de uma política.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO E COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO RS: ATRAVÉS DA COMPRA INSTITUCIONAL PROMOÇÃO DE SAÚDE E INCLUSÃO SOCIAL

Vera Beratriz Soares da Cruz, Marcio Mariath Belloc

O Grupo Hospitalar Conceição - GHC que é 100% SUS, é a primeira instituição pública de saúde a aderir ao programa de aquisição de alimentos – PAA do Governo Federal, e por meio da modalidade da compra institucional, foi o primeiro a inserir na relação comercial a compra de alimentos agroecológicos das comunidades quilombolas do RS. Esta ação tem como objetivo a promoção da saúde destas comunidades, mas também autonomia econômica e social para estas pessoas que historicamente foram invisibilizadas e alijadas de seus direitos como cidadãos e cidadãs. Entendendo ser este um caminho para o desenvolvimento sócioeconômico e cultural destas comunidades rurais de agricultores familiares, que produzem seus alimentos de forma artesanal sem o uso de agrotóxico. O GHC tem capacitado através de visitas técnicas às comunidades que estão tendo esta relação comercial. A preocupação do GHC enquanto instituição pública de saúde foi repensar em como inserir estes potenciais novos fornecedores num sistema que hoje é excluyente pela maneira como é estruturado. Então após se apropriar do decreto previsto em lei lançou um edital específico contemplando então as compras das Comunidades Quilombolas. Nas visitas a estes espaços os relatos são muitos dos quilombolas que informam a satisfação de poder produzir e ter para quem vender seus produtos, dentre eles o de uma senhora idosa que disse "... os parentes ficavam até com problema de cabeça por que tinham que trabaía nas fazendas e colocavam veneno lá... agora

vamos trabalhar só pra nós e vendê, por que aqui é sem veneno..."; ouvir este depoimento reforça o caminho certo que está se percorrendo. Pensar em saúde no sentido mais amplo de seu significado que é também, o bem estar social, é acreditar que a vida destas pessoas pode ficar mais digna para se viver e que gerações poderão estar seguras que não sucumbirão ou será condenada a exclusão, à qual estão submetidas até os dias de hoje. Dentro deste sistema que elimina suas tentativas de busca pelos seus direitos. Prova disto é que mesmo a sociedade sabendo que estas comunidades sempre trabalharam e que chegaram neste país trabalhando muito. Neste caso na agricultura trazendo todos seus conhecimentos e técnicas embora não reconhecida como agricultores e potenciais fornecedores de alimentos. O GHC reconhecendo isto lhes inseriu nesta relação de compra institucional. Todos ganham com a experiência desta política afirmativa, pois os trabalhadores e usuários estarão alimentando-se com produtos agroecológicos sem o uso de agrotóxicos, as comunidades quilombolas tendo oportunidades de se auto afirmar, tendo autonomia e, principalmente que podemos juntos Estado, instituições e cidadãos construir um futuro melhor em oportunidades e justiça social para todos.

HOMENS, QUEM DISSE QUE ESTÃO ESQUECIDOS?

Gisele Reis Dias, Airiane Barbosa Monteiro, Gilza Reis Dias

Palavras-chave: Saúde do Homem, Educação em Saúde, Prevenção

APRESENTAÇÃO: Do ponto de vista saúde/doença homens e mulheres têm comportamentos diferenciados, sendo que os homens estão em desvantagem em termos de sua sobrevivência se levar

em consideração os indicadores de mortalidade. Acredita-se que esta diferença ocorra devido à cultura masculina, pois desde a infância os homens são preparados para o trabalho, para suprir as necessidades de casa, sem demonstrar fragilidade uma vez que, este representa o lado "forte" do gênero, o qual em momento algum "pode" apresentar invulnerabilidade ainda que esta exista. Assim, podemos entender o porquê de existir uma grande demanda masculina refreada diante dos serviços de saúde. A experiência teve como objetivo promover educação em saúde a população masculina do Município de Nova Olinda do Norte – AM. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A campanha Novembro Azul foi traçada da seguinte forma: Divulgação da Campanha nos meios de comunicação, triagem dos usuários para a Ultrassonografias da Próstata e Exame Antígeno Específico Prostático (PSA), uma vez que o município de Nova Olinda não dispunha do exame retal digital. Mobilização das Unidades básicas de saúde com atendimentos noturnos e com educação em saúde sobre os temas: Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem; Tabaco, Álcool, Doenças Sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, Lei do Acompanhante e Câncer de próstata com ênfase no toque retal. Os devidos temas foram trabalhados com grupos formados de homens como: Pescadores, estivadores, vigilantes, presidiários, servidores públicos e aqueles atuantes em construção civil, além daqueles que se encontravam em sala de espera nas unidades de saúde. O encerramento da campanha foi marcado por um dia e lazer destinado aos homens, o qual denominamos de domingo azul. O domingo azul, além da triagem dos participantes disponibilizou jogos de futsal, vôlei e atletismo, estratégia esta que trouxe muitos pontos positivos para a campanha. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Durante a Campanha Novembro Azul mais

de 400 homens foram em busca do exame de Ultrassonografia da Próstata. Além do exame de imagem também foi ofertado o exame de sangue PSA (Antígeno Prostático Específico), porém devido ao seu alto custo sua disponibilização tinha como prioridade homens com histórico familiar de C.A e sintomatologia confirmada. Em relação ao Domingo Azul conseguimos atrair mais de 170 homens entre diversas fixas etárias, os quais passaram por triagem e orientações. Nesse sentido acredita-se que uma das formas de contribuir para a diminuição dos números de mortalidade masculina é direcionar o indivíduo aos serviços de saúde fortalecendo a política de atenção integral à saúde do homem, o que não depende apenas dos homens, mas das ações governamentais que pouco endereçam sua atenção para a prevenção e promoção a saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Não basta apenas aconselhar os homens para a adoção de hábitos saudáveis de vida, mas promover estímulo desta categoria à adesão dos serviços de atenção à saúde buscando envolvê-los em estratégias que visem reduzir as principais causas de mortalidade entre o gênero.

IMPORTÂNCIA DO PROCESSO DE TRABALHO NA VIII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BLUMENAU/SC

Marinês Finco, João Luiz Gurgel Calvet da Silveira, Judite Hennemann Bertoncini, Silvana Januario Jorge, Juliana Antoniutti Brantes de Arruda

Palavras-chave: Processo de trabalho, Conferência de Saúde, Participação popular

O processo de trabalho em saúde como trabalho vivo, possibilita práticas criadoras com o uso de tecnologias para atender às necessidades em saúde. As conferências de saúde são um espaço privilegiado para

alcançar os direitos sociais e o direito constitucional à saúde. O objetivo deste trabalho é relatar a participação de mestrandos na VIII Conferência Municipal de Saúde de Blumenau, como atividade de campo da disciplina Processos de Trabalho nos Serviços de Saúde do Mestrado em Saúde Coletiva da FURB, com a finalidade de refletir sobre os conceitos e fundamentos relacionados a este processo de trabalho. A atividade de campo ocorreu nos dias 29 e 30 de maio de 2015, sob o tema: “Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. Os mestrandos participaram da abertura do evento e após escolheram dois eixos temáticos, onde foram discutidas as propostas. Os Eixos escolhidos foram: Eixo 6 - de Informação, Educação e política de Comunicação no SUS; e Eixo 4 - Financiamento do SUS e relação Público-Privado. Neste último Eixo também foram incluídos pela organização mais dois Eixos: Eixo 7 - Ciência, tecnologia e inovação no SUS, e Eixo 3 - Valorização do trabalho e Educação em saúde. Observou-se a participação de todos os segmentos representativos estabelecidos pela Lei 8.142/90 durante a Conferência. Percebeu-se nas discussões pouco conhecimento sobre os temas, inclusive sobre a legislação vigente e a política pública de saúde. A dinâmica da Conferência promoveu a participação de todos os presentes, garantindo o processo democrático. Em alguns momentos ocorreram desentendimentos por divergência de ideias e interesses. A dominância do segmento dos profissionais de saúde foi visível nos grupos de discussão, seguida pelo grupo dos usuários, e um posicionamento mais tímido por parte da gestão. Analisando a Conferência sob os aspectos do processo de trabalho em saúde, o objeto de trabalho foi a política pública de saúde, com finalidade de construir propostas para aprimoramento e consolidação do Sistema

Único de Saúde Público e Universal. Os agentes do processo de trabalho analisado foram os usuários, profissionais e gestores e prestadores de serviços. O produto da Conferência constituiu-se em um relatório contendo a proposta para política de saúde aprovada pela plenária final a ser debatida nas Conferências Estadual e Nacional de Saúde. Como mestrandos foi uma experiência enriquecedora a construção do aprendizado na saúde coletiva, uma vez que possibilitou a compreensão significativa dos conceitos teóricos e como profissionais de saúde a possibilidade de participar de uma Conferência de Saúde.

LOUCURA E CULTURA: REINVENTANDO A SAÚDE MENTAL

Marcelle Janine Silva

Palavras-chave: Luta Antimanicomila, Cultura, Empoderamento, Comunidade

Apresentação: O presente trabalho é um relato da experiência da construção coletiva do movimento da Luta Antimanicomial no município de Marília/SP. De formação autônoma e independente, este grupo realiza intervenções artístico-culturais com o objetivo de promover o debate sobre as práticas de cuidado em saúde mental e reinserção social. Desenvolvimento do trabalho: A partir da iniciativa de profissionais de Terapia Ocupacional de Marília, nasceu o desejo de promover discussões em favor do cuidado humanizado em saúde mental no município. Iniciou-se então um processo de mobilização dos serviços, profissionais, usuários, gestores e secretarias municipais para a construção da I Semana Cultural da Luta Antimanicomial, com um cronograma de atividades que proporcionou rodas de conversa, panfletagem, passeata, apresentações e oficinas culturais. Em 2014, a II Semana Cultural da Luta

Antimanicomial de Marília foi redesenhada a partir da criação de uma comissão autônoma e independente, que além da formação anterior incluía também líderes comunitários, comunidade acadêmica e conselhos regionais de profissões. Nesta edição foi possível ampliar as discussões sobre o tema por meio de oficinas, exibição de filmes, manifestações culturais, plenária e passeata. No ano de 2015, a terceira edição prosseguiu contando com a participação voluntária de seus integrantes e tornou-se mais aberta a contribuição dos diferentes atores e movimentos sociais de Marília. A articulação junto à iniciativas culturais possibilitou a diversificação das ações incluindo um Sarau interativo de música, arte e poesia (construído colaborativamente com a comunidade) e também uma sólida parceria com o movimento Hip Hop. Resultados: É possível observar, nesta experiência, que as relações de saber-poder ainda permeiam os espaços de formação profissional e os serviços de saúde mental, criando um obstáculo para a efetiva transformação no que diz respeito ao lugar social dado à loucura e ao diferente, perpetuando o modelo hegemônico que estigmatiza e marginaliza as pessoas em sofrimento mental. Apesar disso, ao longo desses três anos de realização da Semana Cultural da Luta Antimanicomial em Marília, verificou-se que o movimento contribuiu para a popularização do debate sobre a necessidade de superação do olhar e das práticas manicomiais. Mesmo após o encerramento das atividades, realizadas às vésperas do 18 de Maio, permanece a articulação junto à comunidade acadêmica e grupos culturais para dar continuidade às discussões em prol da garantia de direitos, cidadania e inclusão social. Considerações finais: O propósito do movimento da Luta Antimanicomial de Marília é defender o direito dos sujeitos em sofrimento mental à vida, à liberdade e ao convívio em sociedade,

com discussões/ações que mobilizem usuários, familiares, profissionais, gestores e comunidade na militância por um cuidado verdadeiramente humanizado, participativo e empoderador, que respeite as necessidades e a singularidade de cada um dos atores sociais envolvidos. A consolidação desta organização coletiva enquanto “frente” ou “fórum” permanente mostra-se importante para assegurar a representatividade popular e o reconhecimento das reivindicações desse movimento perante a gestão local.

MOVIMENTO ESTUDANTIL DE SAÚDE COLETIVA EM PERNAMBUCO: AVANÇOS FRENTE A UMA NOVA HISTÓRIA

Raphael Dantas, Amanda Rodrigues, René Duarte, Daniele Melo, Úrsula Beatriz

Palavras-chave: Movimento estudantil, Saúde Coletiva

APRESENTAÇÃO: A Graduação em Saúde Coletiva surge no primeiro semestre de 2013 na Universidade Federal de Pernambuco, a partir de uma necessidade de superar os paradigmas das práticas curativistas, centradas na assistência hospitalar e individualista, para a promoção da saúde de populações com visão intersetorial e multiprofissional. A graduação nessa área é a primeira do Estado e vem somar à iniciativas de outras Universidades Federais, no esforço de construir uma rede de cursos com este perfil. Tendo em vista o surgimento da graduação e sua necessidade para o fortalecimento da saúde como bem-estar e não mais como mercadoria, surge o Movimento Estudantil (ME) de Saúde Coletiva de PE, no mesmo ano de início do curso, se fortalecendo ao passar de cada semestre, onde por sua vez, mais atores protagonistas se (re)conheciam/conheciam na vontade de potência, somando a este movimento na busca por assegurar os

direitos estudantis no Estado. OBJETIVOS: Neste contexto, o objetivo do trabalho, parte da necessidade de expor como o ME de Saúde Coletiva de PE se dá frente às necessidades estudantis, mostrando através de sua história, seus avanços e percalços. METODOLOGIA: Avaliação participativa descritiva dos espaços que começaram a ser ocupados por estes novos atores do ME. Dentre estes, o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (FGSC – ABRASCO), sendo este de grande importância nas questões relacionadas ao debate sobre as Diretrizes Curriculares, perfil do Egresso em Saúde Coletiva e mercado de trabalho. A Coordenação Nacional dos Estudantes de Saúde Coletiva (CONESC), maior e mais representativa organização estudantil do país. Coordenação de Organização dos Encontros Regionais e Nacionais dos Estudantes de Saúde Coletiva (CoENESC). Centro Acadêmico Estudantil Paulo Santana (CAEPS), representação interna do ME na UFPE, através de diferentes coordenações ao longo dos seis semestres do curso na UFPE. RESULTADOS: O ME de Saúde Coletiva de Pernambuco assegura as necessidades de todo e qualquer estudante, garantindo seus direitos e interesses base, com forte interlocução com o movimento nacional. Constituiu-se espaço de forte militância política estudantil e de formação na atuação do Sanitarista e sua profissionalização. Durante pouco mais de dois anos de existência do ME em Pernambuco, a interiorização das ações obteve enquanto resultados mais expressivos a ocorrência do Encontro Pernambucano de Estudantes de Saúde Coletiva (EPESC 2015) e do Encontro Regional dos Estudantes de Saúde Coletiva – Nordeste (ERESC – NE 2014) em Vitória de Santo Antão – PE, constituindo importantes marcos para a interiorização da formação e discussão em Saúde Coletiva em Pernambuco, Nordeste

e Brasil. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Mesmo sendo um movimento novo no Estado, é imprescindível destacar sua relevância frente as reais necessidades dos estudantes, onde podemos também, ressaltar a importância dos espaços de formação construídos, contribuindo assim, para a continuidade da luta pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da formação em Saúde Coletiva na perspectiva do Bacharelado.

MOVIMENTO NACIONAL DA LUTA ANTIMANICOMIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA ACADÊMICA

Priscila Maria Marcheti Fiorin, Gabriela Piazza Pinto, Mayara Ferreira da Silva, Abilio Torres, Camila Nunes Ibanez, Aline dos Santos Gasparetto, Caroliny Oviedo Fernandes, Ariane Silva Mendonça

Palavras-chave: Transtornos Mentais, Saúde Mental

INTRODUÇÃO: O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial possui como principal objetivo a assistência de qualidade à saúde das pessoas com transtornos mentais, no âmbito do SUS. Este movimento iniciou-se em 1993 e teve apoio de diversos profissionais de saúde, inclusive enfermeiros. Em 2001 foi criada a Lei nº 10.216, a qual reformulou a assistência em saúde mental. Dessa forma, a Liga Acadêmica de Saúde Mental em Enfermagem (LASME) - UFMS, no dia 18 de maio 2015, realizou uma exposição de fotos e vídeos, e teve como tema “Trancar não é tratar”, comparando os hospitais psiquiátricos antes e após o Movimento. JUSTIFICATIVA: Garantir a todos respeito e defesa dos direitos humanos e sociedade mais justa, prezando pela dignidade do ser humano. OBJETIVO: Divulgar a sociedade acadêmica em geral e profissionais a importância da Luta Antimanicomial no Brasil. METODOLOGIA: No dia 18 de maio de 2015

foi realizado uma exposição audiovisual, na unidade XII da cidade universitária/UFMS. A exposição contou com fotos e vídeos os quais retratavam as más condições dos hospitais psiquiátricos, obras pintadas pelos clientes do Hospital Nosso Lar, entre outros meios utilizados pelos acadêmicos. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A exposição teve livre demanda e contou com a visita de 74 pessoas. Estes foram abordados pelos integrantes da LASME que explicavam a exposição e também a importância do movimento. Produtos científicos como folder informativo foram confeccionados e abordava a importância da luta, além de informações sobre os auxílios psicológicos que a UFMS disponibiliza para os acadêmicos e sociedade. CONCLUSÃO: Observou-se que a maioria dos visitantes não possuía o conhecimento sobre este movimento, e nem sobre a realidade vivenciada por esses clientes, no entanto, após a atividade compreenderam a importância de dar continuidade ao movimento e principalmente aos acadêmicos em se tornarem melhores profissionais.

MOVIMENTOS SOCIAIS E/NO VER-SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lucas Rodrigo Batista Leite, Manoel de Souza Costa Neto, Natalicol do Nascimento, Rosa Lúcia Rocha Ribeiro

Palavras-chave: Movimentos sociais, VER-SUS, Relato de experiência

Apresentação: O VER-SUS é um projeto do Ministério da Saúde que propõe a realização de estágios e vivências de estudantes universitários nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais,

agentes políticos, capazes de promover transformações. Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de vivência no VER-SUS Sergipe, que aconteceu entre os dias 16 e 26 de Julho de 2015, na cidade de Aracaju, e teve como base os movimentos sociais. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência descritivo de participação no VER-SUS Sergipe, que ocorreu entre os dias 16 e 26 de julho de 2015, na cidade de Aracaju/SE. O VER-SUS Sergipe teve como base os movimentos sociais, com destaque para o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), Levante Popular da Juventude (LPJ) e Movimento dos Trabalhadores Urbanos (MOTU). Todos esses movimentos tinham setores ligados à saúde. Resultados e/ou impactos: O MST Sergipe tem um setor de saúde na sua estrutura e conta com convênios internacionais para a formação de médicos (a) para trabalharem nos assentamentos. O MST Sergipe já possui pessoas assentadas formadas em Medicina no exterior e que atualmente atuam nos assentamentos e entorno. O LPJ possui um setor de saúde e é composto por jovens de diversos cursos de saúde. O MOTU é um movimento novo, que nasceu em Aracaju/SE, e encontra-se em processo de formação dos setores. O VER-SUS de Sergipe desenvolveu uma experiência diferenciada aos viventes, possibilitando a reflexão de que o SUS é fruto de luta dos movimentos sociais, e estes exercem papel fundamental na fiscalização e na garantia do direito ao acesso aos serviços de saúde. Muitos movimentos, na atualidade, compõem os conselhos de saúde e legitimam o direito do povo à saúde, garantido na Constituição brasileira. Considerações finais: Os movimentos sociais sempre exerceram e exercem papel fundamental na conquista e garantia de direitos. Os movimentos amparam aqueles que o sistema exclui e coloca em estado de vulnerabilidade.

A experiência do VER-SUS Sergipe nos demonstrou, enquanto estudantes da área de saúde, que devemos nos aproximar dos movimentos sociais populares para a luta pela saúde.

MULHERES DE ENGENHO: EXPERIÊNCIA DE UMA AÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE NA COMUNIDADE RURAL DE CACHOEIRINHA DO MUNICÍPIO VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PE

Daniele Felix de Melo Silva, Isabela Alves de Sousa, Gabriel Henrique de Lima, Arthur Felipe de Souza, Leandra Albuquerque da Silva, Maria Gabrielly da Silva Luz, Rosikelle Josefa de Moraes, Raphael Alves de Melo Dantas

Palavras-chave: Interdisciplinar, Saúde da mulher, Saúde do trabalhador rural, Empoderamento, Promoção da saúde,

APRESENTAÇÃO: A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher visa desenvolver políticas públicas de forma integrada nos diversos níveis do sistema de saúde, buscando atenção humanizada, melhoria na qualidade das condições de vida, ampliação do acesso e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Esta Política também inclui a valorização da mulher trabalhadora e a igualdade dos direitos na divisão dos trabalhos a fim de combater problemas decorrentes de práticas que viabilizam o processo sobre a participação social, política democrática e igualitária, de mulheres e homens. Que tem por objetivo relatar a experiência da vivência dos estudantes dos cursos de saúde e linguagens da Universidade Federal de Pernambuco, do Centro Acadêmico de Vitória (UFPE-CAV) que participaram de uma ação interdisciplinar em saúde na comunidade rural de Cachoeirinha no Município da Vitória de

Santo Antão - PE. DESENVOLVIMENTO: Foi realizada uma ação de promoção da saúde pelos estudantes da UFPE – CAV, dos cursos de Enfermagem, Nutrição, Saúde Coletiva, Educação Física e Ciências Biológicas, em parceria com as Secretarias de Educação e Saúde da Vitória de Santo Antão. Foram executadas ações de promoção à Saúde na comunidade, tais como: Verificação do índice de massa corpórea, rodas de conversa sobre o câncer de mama, reutilização de alimentos, dinâmicas e entretenimentos sobre autoestima, danças culturais, alongamentos e práticas alternativas de atividade física. A ação aconteceu em um único dia na comunidade. Estavam presentes nesta ação aproximadamente 40 mulheres da comunidade, que participaram ativamente das 4 horas de atividades ministradas pelos envolvidos na ação, o local utilizado foi a escola municipal de ensino fundamental situada na própria comunidade, as metodologias aplicadas foram a nível global, no qual consistia liberdade de ação e opção de escolha das participantes durante as vivências no decorrer da intervenção. RESULTADOS: Os serviços prestados pela Unidade Básica de Saúde (UBS) à comunidade de Cachoeirinha só ocorrem algumas vezes durante o mês, onde no mesmo não consta visitas de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e as consultas médicas são realizadas trimestralmente tornando assim alarmante o descaso com esta comunidade na assistência à saúde. Nesta intervenção percebeu-se que, as participantes necessitam de mais informações e aperfeiçoamento dos conhecimentos já adquiridos. Pois, estas mulheres como disseminadoras do cuidado, visam à perspectiva da educação na promoção da saúde e o fortalecimento na comunidade e na região circunvizinha. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Ao trabalharmos na perspectiva multiprofissional, notamos um maior comprometimento por parte

da equipe envolvida na busca de agregar nossos conhecimentos de maneira adequada e coesa, para assim transmitir nossas experiências respeitando sempre os saberes daquelas mulheres. Evidenciou-se que, com essa ação interdisciplinar a mulher em um contexto informacional tende a querer buscar por melhorias, mas que inúmeras vezes, por questões históricas e culturais impera o patriarcalismo, além de outros fatores, e acabam não conseguindo autonomia para lutar contra um fundamentalismo histórico de alarde opressor.

O CONTROLE SOCIAL NA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE PARANAÍBA MATO GROSSO DO SUL

Eni Batista de Souza, Angela Cristina Rocha Gimenes

Palavras-chave: Conferências de Saúde - Controle Social - Participação Popular

O percurso das Conferências Nacionais de Saúde no Brasil tem mais de sete décadas de história e estas nem sempre foram democráticas, e neste ano de 2015 a caminho da XV CNS, me fez refletir sobre minhas vivências no controle social na microrregião de Saúde de Paranaíba. Ao longo da história do controle social no Estado de Mato Grosso do Sul, me vem na memória o final da década de 80 e o início da década de 90. Fazer entender o controle social enquanto uma política no SUS foi um trabalho árduo, pois o SUS ainda era embrionário e estávamos vivenciando os primeiros passos para a descentralização e municipalização da saúde com a cedência, dos trabalhadores da saúde da SES/MS, e as estruturas físicas e equipamentos das unidades básicas de saúde para gestão dos municípios. Em Mato Grosso do Sul foram realizadas sete Conferências Estaduais de

Saúde, a primeira teve sua origem no ano de 1986, portanto foi realizada antes da era SUS, um percurso de 25 anos de histórias e conquistas com crescimento na saúde pública. O controle social na microrregião de Paranaíba tem como marca a realização do Seminário Regional de Participação Social, realizado no mês de agosto de 1990 na cidade de Paranaíba, primeiros passos para a organização do controle social nos municípios desta microrregião. Este processo é anterior a existência do Conselho Estadual de Saúde de MS, pois o mesmo foi criado através da Lei n. 1.152 de 21 de junho de 1991, possui hoje 24 anos de atuação como órgão de caráter deliberação permanente e integrado a SES/MS, com o propósito de possibilitar a participação da sociedade organizada na administração e no controle da execução das políticas de saúde pública. As primeiras conferências municipais de saúde nesta microrregião aconteceram a partir de 1992, nos municípios de Paranaíba, Cassilândia, Aparecida do Taboado, Chapadão do Sul e Costa Rica, onde foram debatidos os temas propostos pela 9^a Conferência Nacional de Saúde. Neste ano de 2015, já preparando os municípios para a VIII Conferência Estadual de Saúde de MS e a XV Conferência Nacional de Saúde foram realizadas as etapas municipais, onde atuei proferindo palestras, organização dos grupos de trabalhos e eleição dos delegados nos municípios de: Chapadão do Sul, Costa Rica, Coxim, Inocência e Paranaíba. E desta forma já preparando os municípios para a décima quinta conferência nacional de saúde. Olhando agora para trás acho que no nosso mais íntimo não tínhamos a consciência da importância deste trabalho, que na verdade estávamos participando e construindo a Política de Saúde do SUS, e este princípio fundamentado pela Constituição Federal.

O CONTROLE SOCIAL NA PRÁTICA OU A PRÁTICA DO CONTROLE SOCIAL? O PAPEL DOS CENTROS ACADÊMICOS NA FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

Maria das Graças Freitas de Carvalho, Cristina Camargo Pereira, Fernando Marcello Nunes Pereira, Cássio Henrique Alves de Oliveira

Palavras-chave: controle social, saúde, centro acadêmico

O respectivo trabalho apresenta o papel do Centro Acadêmico (CA) no controle social a partir da experiência de um (CA) do curso de Nutrição. Tem como objetivo discorrer sobre espaços de formação e controle social em que CA está inserido e que proporcionam vivência fundamental na formação crítica e humana de estudantes da área da saúde. Trata-se de um relato de experiência da atuação do CA como instrumento na formação de acadêmicos para o controle social. Um CA constitui uma entidade de representação dos estudantes de determinado curso ou área, e constrói o Movimento Estudantil, seja nos posicionamentos crítico-políticos ou na luta pela garantia de direitos. Nessa perspectiva, o CA citado participou de dois importantes espaços de controle social para o estudante da área da saúde. Um deles foi a Conferência Municipal de Saúde. Neste, o estudante pôde participar ativamente da construção de diretrizes a partir das necessidades em saúde do município. Para isto, foi demandado mais do que o conhecimento da situação de saúde geral da população, mas principalmente de uma visão crítica acerca do momento político que a sociedade brasileira se encontra. O controle social foi vivenciado e exercido de maneira objetiva e proporcionou aprendizados pessoais e profissionais aos estudantes. A segunda experiência trata-

se da Conferência Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional, importante espaço para a garantia e reafirmação do Direito Humano à Alimentação Adequada, no qual, o CA integrou as discussões em pauta contribuindo para produção do documento final, e defendendo a posição de acadêmicos da área da saúde e nutrição sobre os diversos assuntos ali apresentados. Neste contexto, a participação em espaços como os mencionados é de extrema relevância para a formação dos futuros profissionais da saúde, pautando o controle social na prática e a prática do controle social com vistas à construção de uma sociedade mais equânime e justa.

O CONTROLE SOCIAL, PARTICIPAÇÃO POPULAR E O ADMINISTRADOR COMO ATOR DA PRODUÇÃO DE MUDANÇAS NA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luan Caetano de Jesus

Palavras-chave: Administração do SUS, Serviços de saúde, Produção de pesquisas no SUS

O presente artigo consiste no relato de experiência do autor como administrador da produção de mudanças na saúde. Relata as atividades do ator na palestra e discussão no Conselho Municipal de Saúde de Bodoquena/MS no Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS, do QualiConselhos - Programa Nacional de Qualificação de Conselhos de Saúde, em parceria da Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e Conselho Nacional de Saúde (CNS). Objetivou-se, neste trabalho, ressaltar as unidades de aprendizagem estudadas para o fortalecimento das ações do controle

social no SUS. Destaca-se o compromisso do gestor na busca pela qualidade, estratégias e caminhos, recursos e propostas que estimulam esse processo importante nessa área. Cabe, neste contexto, o planejamento e avaliação, elementos essenciais para uma excelente administração. De caráter exploratório, o método adotado neste trabalho está alicerçado na descrição de ideias, reflexões, assim esse relato, contribui em comparar a teoria com a prática. Como resultados, apresentam-se algumas expectativas sobre a necessidade de encontros para discussão dos problemas locais da saúde, abordando dessa forma, as dificuldades encontradas em nossa realidade. Com relação à participação social, gestão, intersetorialidade e trabalho em rede no controle social, mostram-se, em termos gerais positivos. Complementarmente, observou-se que é preciso haver mais capacitações dos profissionais e humanização desse sistema para evitar desvios desnecessários. Verificou-se que iniciativas como esta, que fomentam a democracia e a representação são imprescindíveis para promoção de políticas eficazes que visem à redução dos problemas cotidianos. Recomenda-se a elaboração de propostas, ações, projetos e pesquisas inovadoras que incentivem a busca por um SUS que tanto almejamos.

O DESENVOLVIMENTO E FORTALECIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS MULHERES

Martha Emanuela da Silva Figueiró, Rafael Ribeiro Ribeiro Filho, Edson Severiano Fonseca

Palavras-chave: Violência, Empoderamento, Gênero, Rede de serviços

APRESENTAÇÃO: Este trabalho descreve os resultados de uma pesquisa-

intervenção realizada na cidade de Natal objetivando conhecer a rede de serviços que integra a Política de enfrentamento a violência doméstica e familiar, buscando compreender o contexto social, cultural e histórica no qual esta problemática é produzida. O reconhecimento da rede tem como propósito viabilizar a construção de intervenções que possam otimizar a efetivação da referida política no contexto pesquisado tendo como base teórica a Psicologia Social Comunitária. Para adentrarmos nesta temática, é importante destacar os avanços históricos decorrentes da Constituição Federal de 1988, em que os direitos sociais básicos são assegurados e a igualdade de direitos e deveres entre homens e mulheres está claramente posta em seu artigo 1. Nesse contexto, considera-se importante destacar o momento político e econômico vivido pelo Brasil atualmente, caracterizando pela paralisação da economia e pela implementação do ajuste neoliberal, fatores que afetam diretamente as políticas públicas. Durante a pesquisa, foi realizada uma investigação ação-participante nos serviços, sejam eles especializados ou não, que lidam com práticas de enfrentamentos à violência doméstica e familiar contra a mulher, em que boa parte desses serviços funcionam no âmbito da Secretaria Municipal de Políticas para a Mulher (SEMUL). Em outra etapa da pesquisa, foram realizadas intervenções numa comunidade escolhida por ter alto índice de violência doméstica conforme dados coletados nas DEAMS e na Coordenadoria Estadual de Enfrentamento a Violência contra a Mulher (CODIM). Os resultados indicam que diante da complexidade de atuação no campo, há uma busca para garantir a realização dos atendimentos às vítimas de violência, mesmo com as limitações dos serviços e dos Programas, que na maioria das vezes não oferecem as condições de estrutura física e de pessoal adequadas para a realização

do trabalho. Além disso, identificou-se uma desarticulação na rede de serviços, ou seja, o enfrentamento da problemática está ocorrendo de forma fragmentada, em que os serviços não interagem entre si ou não se reconhecem como constitutivos de uma mesma política, embora exista um comitê estadual de enfrentamento a violência contra a mulher que integra gestores das três esferas de governo numa tentativa de unificar as ações. Em relação ao contato com a comunidade, identificou-se que a problemática é naturalizada pelos participantes da comunidade, apesar de existirem diversas instituições que de alguma forma trabalham com a temática, dentre elas, instituições ligadas ao Terceiro Setor, igrejas, Centros de Saúde, dentre outros. Constatou-se que esse trabalho se dá de forma fragmentada e desarticulada, em que cada instituição desenvolve a partir de preceitos e métodos próprios.

O PROTAGONISMO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ORGANIZAÇÃO DA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE 2015: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO RIO GRANDE DO SUL

Mariana Portal da Costa

Palavras-chave: conferência municipal de saúde, conselhos de saúde, equipe multiprofissional

APRESENTAÇÃO: Este trabalho visa relatar a experiência de organização da Conferência Municipal de Saúde pela equipe multiprofissional de trabalhadores de saúde de um município de pequeno porte da região metropolitana do Estado do Rio Grande do Sul. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Inicialmente, a Conferência Municipal seria organizada pelo Conselho Municipal de Saúde. Sem um efetivo

entendimento de qual instância seria a responsável pela execução da mesma, o gestor municipal nomeou uma comissão composta pela equipe multiprofissional de saúde e um gestor, sem a participação dos usuários. A equipe multiprofissional foi composta dos seguintes núcleos da área da saúde: Enfermagem, Farmácia, Serviço Social, Terapia Ocupacional. A comissão ficou responsável para realização de todas as etapas pré e pós-conferência. As etapas de organização foram realizadas através de encontros na unidade de saúde, possibilitando a ampliação do vínculo entre os profissionais e o compartilhamento de responsabilidades e habilidades entre a equipe. Em relação à conferência, os participantes foram divididos em 8 grupos de forma representativa. Cada grupo teve dois mediadores, convidados pela comissão, os quais eram membros do Conselho de Saúde e/ou trabalhadores de saúde da esfera municipal. Os eixos temáticos seguiram o documento orientador do Conselho Nacional de Saúde, mas foram adaptados às necessidades do Município. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Realizada entre junho e julho de 2015, a organização da Conferência de Saúde fomentou o envolvimento da equipe multiprofissional nas instâncias de gestão. Com isso, possibilita que os trabalhadores de saúde possam contribuir também na gestão, diminuindo o distanciamento entre o planejar e o executar, agindo como protagonista das ações de tomada de decisão na área da saúde. Apesar disso, a interação multiprofissional não conseguiu envolver todos os núcleos profissionais, participando apenas 4 áreas da saúde e somente os profissionais de ensino superior. Por outro lado, os membros do Conselho de Saúde não participaram na organização da conferência, mas constataram a necessidade da contribuição dessa instância na conferência, atuando ativamente como mediadores da discussão e demonstrando

o interesse na execução da próxima conferência. Quanto aos participantes da Conferência, mesmo sendo amplamente divulgada, participaram apenas grupos específicos organizados, como o de idosos Conviver e do Hiperdia, trabalhadores de saúde e representantes de outros órgãos da gestão municipal, não sendo representativa de todos os atores envolvidos no Sistema Único de Saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Para que as Conferências Municipais de Saúde sejam efetivas e representativas há necessidade de envolver todos os atores na sua organização, mobilizando a população, os trabalhadores de saúde e os gestores a participar ativamente no processo de tomada de decisões. Nesse sentido, o envolvimento da equipe de saúde nas instâncias de controle social pode contribuir na construção de um sistema de saúde considerando as necessidades da população.

O QUE É UM JARRO SEM UMA FLOR?

Débora Regina Marques Barbosa, Manoel Guedes de Almeida, Denise do Nascimento Pedrosa

Palavras-chave: Saúde do idoso, Educação Popular

INTRODUÇÃO: A população idosa cresceu consideravelmente, ao ponto que estimasse que em 2015, 15% da população brasileira encontra-se na faixa de 60 anos ou mais, tornando-se o sexto país em número de idosos. Mesmo com aumento populacional na sociedade, os estigmas aderentes ao idoso e sua incapacidade e assexualidade permeiam seu contexto social, o que influencia a morte social desse idoso, conduzindo a relação social. Visitar o Abrigo São Lucas destinado a atenção da população idosa e desassistida por seus cuidadores com vínculo sanguíneo ou não, é capaz

de propiciar, em um primeiro momento, a ampliação da visão academicista da saúde ao oportunizar o conhecimento de uma realidade além do ambiente estritamente acadêmico. Em um segundo momento, constitui o confronto entre referencial teórico baseado na saúde como estado biopsicossocial, e o modelo biomédico hospitalocêntrico proporciona ambiente rico de discussões da práxis em saúde e suas relações epistêmicas no contexto atual, oportunizando reflexões a cerca do papel do estudante e do profissional como agentes moduladores da sua realidade local e a potencialização das ações de educação em saúde. **OBJETIVO:** Vivenciar a realidade da instituição e proporcionar a quebra de paradigmas sociais, ampliando o conhecimento e criticidade dos estudantes sobre os determinantes socioculturais do processo saúde-doença; entender/pensar/discutir as relações entre profissionais e idosos sob a ótica da Sociologia da Educação de Freire, tendo como eixo norteador a Promoção da Saúde. **MÉTODO DO ESTUDO:** Relato de experiência de caráter etnográfico realizado em visita ao Abrigo São Lucas do estado do Piauí, na cidade de Teresina, no dia 13 e 20 de junho 2013 por meio de roda de conversa entre profissionais da saúde, idosos, estudantes e professores do Instituto de Ensino Superior Múltiplo (IESM) e estudantes do VI período de Enfermagem. Tanto a síntese quanto a análise da experiência foram apresentados de maneira descritiva, de caráter qualitativo. **RESULTADO:** Os idosos possuem aspectos marginalizados diante do contexto social, que realizam uma desistoricidade desse indivíduo entre suas relações de saberes, desconsiderando sua construção social e potencialidade. Notou-se em primeiro momento certa resistência dos acadêmicos quanto a essa quebra de poderes enraizadas socialmente ao longo dos tempos, o que alerta a necessidade dessa vivência extra

muro acadêmico pobre em relações e humanizações. Ao longo da visita foram realizadas dinâmicas, peças e palestras de educação em saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A vivência pode ampliar a racionalidade científica para além da academia, rompendo o paradigma médico-assistencialista rumo a uma visão preventiva e de promoção da saúde. Com isso, pôde-se construir um indivíduo comprometido ética e politicamente com a realidade e saúde locais, percebendo-se modificador de sua realidade capaz de trabalhar em conjunto na identificação e resolução de uma problemática posta. Desse modo, faz-se necessária a inclusão do estudante desde o início nos serviços de saúde não apenas hospitalares, de modo construir vínculo entre si em trabalhos multidisciplinares e com a comunidade quanto ao entendimento de uma saúde social.

O VER-SUS COMO ESTRATÉGIA DE FORTIFICAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

Silberlan Bruno das Neves Junior, Lucas Rodrigo Batista Leite, Rogério Andrade dos Santos, Natalicol do Nascimento, Manoel de Souza Costa Neto

Palavras-chave: VER-SUS, Experiência, Controle Social, Saúde,

APRESENTAÇÃO: O VER-SUS é um projeto do Ministério da Saúde que em parceria com a Rede Unida e outras instituições, propõe a realização de estágios e vivências na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) por estudantes universitários, profissionais, usuários e movimentos sociais com a finalidade de estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais, agentes políticos, capazes de promover

transformações. O objetivo deste relato é discorrer, a partir da experiência de vivência no VERSUS Sergipe em Julho de 2015, sobre a importância do projeto VER-SUS para o fortalecimento do controle social em saúde. **Desenvolvimento do trabalho:** A vivência VERSUS aconteceu no período de 16 a 26 de julho de 2015 na cidade de Aracaju, e teve como espaço de estágio e vivência as Redes de Atenção do município, com foco, sobretudo, para a Atenção Psicossocial, para Atenção Primária e Secundária, e alguns movimentos sociais. Os Versusianos (vivos do VER-SUS), durante os 11 dias de vivência puderam conhecer a realidade das unidades de saúde da cidade – avanços, necessidades, participação da comunidade e etc. – e no final da vivência, por meio de um relatório, fazer suas ponderações sobre o SUS local. Os vivos do VER-SUS Sergipe foram divididos em grupos para facilitar a visita nas unidades de saúde distribuídas pela cidade de Aracaju. É importante ressaltar que o VER-SUS Sergipe reservou em sua programação espaços para discutir a importância dos movimentos sociais na saúde. **Resultados e/ou Impactos:** A vivência na realidade do Sistema Único de Saúde de Aracaju possibilitou aos vivos verem a realidade da saúde no município e refletirem sobre o papel de cada um na melhoria da mesma, para além de um olhar de futuros profissionais, mas, sobretudo, com o olhar de usuário e defensor do SUS. A vivência também conseguiu mostrar os desafios que o SUS tem enfrentado e a importância da população enquanto usuária do sistema se organizar para defendê-lo. **Considerações finais:** O VER-SUS é uma ferramenta de extrema importância para o fortalecimento do controle social na saúde, uma vez que ele insere na realidade dos serviços de saúde estudantes que mais tarde tornar-se-ão profissionais desse sistema; ao fazer essa inserção o VER-SUS provoca nesse estudante a necessidade de se posicionar frente ao

Sistema: defendendo-o ou abandonando-o. Conclui-se que o VER-SUS tem o poder de sensibilizar os vivos, mostrando que sim, o SUS funciona, e que ele só depende de cada um de nós para ser de fato universal, equânime, integral e de qualidade.

OFICINA EDUCATIVA COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE LEISHMANIOSE

Priscila Maria Marcheti Fiorin, Gabriela Piazza Pinto, Patricia Harumi Ueno, Nathan Aratani

Palavras-chave: Doença Crônica, Educação Continuada, Insetos

INTRODUÇÃO: A Leishmaniose é caracterizada por dois diagnósticos distintos, a Visceral e Tegumentar Americana, essas são zoonoses de manifestações clínicas variadas e estão em expansão no Brasil, tendo o estado de Mato Grosso do Sul como uma importante área endêmica. A transmissão ocorre através da picada da fêmea de insetos flebotomíneos das espécies de *Lutzomyia longipalpis* e *L. cruzi*, infectados enquanto houver o parasitismo na pele ou no sangue periférico do hospedeiro. O município de Campo Grande-MS apresenta ocorrência de casos humanos e caninos de leishmaniose visceral desde 2002 e é classificado como área com transmissão intensa. **OBJETIVO:** Relatar o processo de construção de uma oficina de capacitação para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de uma Unidade Básica de Saúde acerca das formas de transmissão, sinais e sintomas e profilaxias da doença Leishmaniose. **DESENVOLVIMENTO:** Foi elaborado um plano de intervenção baseado no método do arco de Maguerz com as seguintes etapas: Observação da realidade; Levantamento de pontos-chave; Teorização; Hipóteses de solução e Aplicação do planejamento à

realidade. Após, foi realizada uma oficina educativa para os ACS. **RESULTADOS:** Na 1^a etapa: os ACS relataram dificuldade sobre a Leishmaniose, visto que precisam orientar de maneira resolutiva os moradores. 2^a etapa: Realizadas pesquisas e diagnóstico situacional da região acompanhada durante o período de atividade prática na atenção básica. 3^a Etapa: Foi elaborada uma árvore de problemas e um plano de ação, seguindo as características e dificuldades encontradas na região. Após ocorreu o início do planejamento. 4^a Etapa: Execução do planejamento e avaliação da oficina educativa. O trabalho de execução da oficina educativa foi iniciado com uma dinâmica de “quebra gelo” com o objetivo de criar e fortalecer vínculos. Em seguida foi realizada uma “tempestade de ideias” com o tema Leishmaniose e levantadas várias palavras como: vetor; frutas podres; limpeza; folhas secas; morte; e outras. Na terceira atividade, intitulada “gincana dos cartazes”, o grupo de Agentes foi dividido em dois, um explanando sobre a forma de prevenção e o outro grupo Sinais e Sintomas da Leishmaniose. Por fim, realizou-se uma roda de conversa onde os grupos expuseram as imagens e os textos, discutindo o que sabiam para os outros participantes da ação. As dúvidas que surgiram ao longo da roda de conversa foram elucidadas pelas acadêmicas que complementaram o satisfatório conhecimento prévio dos agentes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A utilização do referencial teórico do arco na construção da oficina permitiu desenvolver o processo de educação permanente, visto que ao levantar as necessidades locais e elaborar planejamento das ações, resultou em uma oficina participativa, tendo o processo de construção tanto em equipe quanto individual de cada ACS, reforçando assim o empoderamento destes para o desenvolvimento das suas atividades em campo.

OFICINAS DE EXTENSÃO: DISCUSSÃO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO SOBRE O CONTROLE SOCIAL NO SUS

Berenice de Freitas Diniz, Maria da Consolação Magalhães Cunha, Raimundo Loyola Junior, Ronaldo de Oliveira Zenha, Jacqueline do Carmo Reis

Palavras-chave: SUS, participação, controle social, conselhos de saúde

Resumo: Realização de oficinas de extensão em sala de aula nos cursos de graduação com o objetivo de sensibilizar os alunos para o tema controle social no SUS. A proposta foi solicitada pela Coordenação de Extensão da Unidade PUC Minas Betim como estratégia de sensibilizar a unidade para o IX Seminário. Metodologia: - O grupo Observatório do Controle Social do SUS (OBCS) discutiu as formas de intervenção optando pela metodologia de problematização. Cada professor da unidade deveria oferecer uma aula e a partir da ementa desta disciplina. O grupo construiu uma dinâmica utilizando a metodologia Grupo Observação e Grupo de Vocalização. Considerou-se o tema transversal cidadania, controle social e organização do SUS e temas específicos foram escolhidos a partir da ementa da disciplina e apresentados em forma de um problema. Resultado: Para cada uma das oficinas foi possível traçar o perfil dos sujeitos a partir de sua formação, percebe-se que os alunos, futuros profissionais de saúde e de outras áreas, conhecem um pouco SUS, mas estão pouco mobilizados para a sua complexidade. Nos cursos externos à área da saúde percebeu-se o desconhecimento pelos professores e alunos das legislações vigentes. Também percebemos como os alunos desconhecem os conselhos de saúde como órgão de controle social no SUS. Análise crítica: As oficinas propiciaram um momento de encontro na graduação, os temas controle social e cidadania foram abordados a

partir do conteúdo das disciplinas. No curso de medicina, os alunos buscaram conhecimentos de clínica ampliada e planejamento para solução do problema apresentado. Nos cursos de administração, direito e sistema de informação, os alunos buscaram algum tema convergente com o problema apresentado, no direito a noção de cidadania e saúde como um direito foi tema mais presente. Conclusões: Em todas as turmas, os alunos demonstraram interesse sobre o tema. É preciso realizar sensibilização para os cursos de graduação na área da saúde para que esses se aprofundem nos temas- controle social e cidadania. Para os cursos fora da área da saúde, esse tema deve ser abordado para que os sujeitos compreendam o quão complexo é o SUS e como a participação social é fundamental para implementação dessa política.

OLHAR VERSUSIANO SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Alessandra Domingos de Souza

Palavras-chave: Vivência, Educação, humanização

De acordo com as nossas vivências concluímos que a formação em saúde ao mesmo tempo em que ocorre em conjunto é algo individual, pois depende dos atuais gestores, e com o cuidado que cada profissional em saúde dedica aos seus usuários por essa razão é de total importância a formação continuada desses profissionais, capacitações, palestras em conjunto com a comunidade para esclarecimentos do funcionamento da unidade de saúde, o porquê do tempo de espera, de serem transferidos para outros setores, o significado de limites de pacientes, respeito à opinião do usuário e suas crenças. O nosso olhar como graduandos e como população se permeava diante das expectativas, e das

informações que estávamos adquirindo no decorrer das vivências nós Somos um grupo de acadêmicos, de diversas áreas de atuação, permeando profissões da área da saúde e da área de ciências humanas. De uma forma geral, buscamos neste espaço de aprendizagem, conhecimento e possibilidades de observar melhor o Sistema Único de Saúde (SUS), seu processo de trabalho e gestão para apontar as falhas, sugerir melhorias e se ambientar com o mesmo. A fim de que no futuro, uma vez inseridos no mercado de trabalho, faça com que nos engajemos no sistema já tendo um olhar mais específico sobre ele e ajudando a aperfeiçoar o seu funcionamento. Ao decorrer da vivência, muitas imagens foram desconstruídas e outras opiniões reforçadas, todo esse processo se deu de forma muito relevante, já que as rodas de conversas eram intensas o grupo conversava e houve uma troca muito grande de experiências o que possibilitou um aprendizado enorme. Aprendemos a ouvir mais, nos expressar mais e nos comunicar melhor e desta maneira foi possível construir um relatório que contempla grande parte do conhecimento e das impressões obtidas no estágio de forma coletiva, e que pela interação e parceria do grupo também atingiu as opiniões individuais. A ideia principal do grupo sobre o SUS no início do estágio era de forma negativa com relação aos profissionais e de forma positiva quanto ao sistema, depois das vivências obtivemos como conhecimento os projetos e as qualificações que os profissionais possuem e que acabam por proporcionar benefícios aos usuários. O projeto estágio e vivência nos dá a oportunidade de conhecer como funciona o sistema de saúde no papel e na prática e vivenciar juntamente com a população a realidade. Tiramos um bom aproveitamento porque assim como futuros enfermeiros, psicólogos e pedagogos seremos mais capacitados a encontrar soluções para o problema que hoje atinge a

Saúde Pública, e assim de forma construtiva no futuro contribuir para um sistema que é tão eficaz no papel e está a cada dia mais um dos melhores da América Latina.

OLHARES DE MANGUINHOS

Maria Eunice Waughan da Silva, Eliane Gomes dos Santos, Luanda Café Santana dos Santos, Rodrigo Neves Amaral de Souza, Rui Teixeira Lima Junior

Palavras-chave: Estratégia de Saúde de Família, Participação Social, Integralidade em Saúde

INTRODUÇÃO: Este trabalho consiste na apresentação do processo de avaliação e reconhecimento do território adscrito da Unidade de Saúde de Família. Sendo realizado no período de Maio à Julho de 2015, integrando a grade de atividades propostas pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da família. O objetivo deste trabalho visa em identificar dados, acontecimentos, vivências, histórias, desejos e outras percepções que possam auxiliar na compreensão sobre os processos sócio-históricos territoriais dentro da área de abrangência da unidade de Saúde. Metodologia: A metodologia utilizada neste estudo baseou-se na observação participante¹ e na cartografia² do território. Os entrevistados foram contactados a partir de indicações de moradores e profissionais dos equipamentos da região. Grande parte das pessoas entrevistadas para o vídeo possuem articulação no território dentro de fóruns de participação popular e equipamentos sociais na região. Tendo sido realizados dez encontros para a coleta dos depoimentos e registro audiovisual, bem como três encontros para organização do material coletado. RESULTADOS: Foi possível identificar as mudanças ocorridas na região após a intervenção do Programa de Aceleração ao Crescimento (PAC), seus

avanços, os impasses entre a iniciativa pública e as demandas populacionais, bem como a ocupação do território e dos novos serviços pela comunidade. **CONSIDERAÇÕES:** Numa proposta de trabalho em saúde baseada no território e na clínica ampliada é necessário considerar os diagnósticos produzidos sobre os modos e condições de vida da população, através da percepção da mesma. Esse talvez seja nosso maior desafio: articular as avaliações comunitárias junto às dinâmicas do trabalho em saúde dos serviços - facilitando a compreensão de outros não identificados até o momento - nos espaços de produção de estratégias das ofertas de cuidado

OS ESPAÇOS DE CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR: 7^a CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NITERÓI

Jaina Larissa Bastos Costa de Oliveira, Lilian Koifman Koifman

Palavras-chave: Controle social, Conferência de Saúde, Direito à saúde

Os espaços de controle social e participação popular são fundamentais para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). A 8^a Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986 é um exemplo de como a mobilização social influenciou nas decisões políticas e sociais do país. As Conferências Municipais de Saúde (CMS) representam as discussões locais. Cada CMS gera propostas para a Conferência Estadual (CES) e assim configuram a nacional. Portanto cada etapa é importante para discussão da saúde. A Constituição de 1988, conhecida como Constituição cidadã, exemplifica o papel mobilizador que a população conquistou nas decisões políticas e sociais. O contexto da 8^a CNS foi marcado por um período pós-ditadura militar, sendo assim, essa conferência não estavam restritas

as questões da saúde, mas também por um movimento de redemocratização. Influenciando as demais conferências. Os principais grandes temas debatidos na 8^a CNS e incorporados na Constituição foram: saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. No entanto, alguns desses temas ainda representam entraves no SUS. Podendo ser exemplificado na experiência da 7^a CMS de Niterói de 2015. Destacam-se algumas observações realizadas na 7^a CMS de Niterói: A conferência contou com a participação de diferentes atores sociais tais como: usuários, gestores, trabalhadores da saúde, representantes de movimentos sociais e outros; foi uma conferência muito estruturada, espaço físico adequado; contou com falas de diferentes participantes (políticos, professores universitários, gestores, representantes do controle social e outros) nas principais mesas de discussões, possibilitando múltiplos posicionamentos políticos e ideológicos, enriquecendo a conferência. No entanto, no grupo de trabalho observado não foi possível aprofundar a discussão sobre temas que não foram consenso, como o debate sobre a privatização da saúde. Essa questão provocou reflexões que não foram esgotadas no grupo de trabalho. Também foi possível observar tensionamentos entre trabalhadores da saúde e gestores, com relação a esse tema. Esse tensionamento também foi observado na plenária final da votação. Indicando que essa discussão deve ser ampliada e aprofundada em outros espaços de grande mobilização, mas que não estejam restritos à conferência municipal de saúde. O debate sobre a escassez de recursos na saúde e as possíveis soluções para esse entrave no SUS, também esteve presente nessa conferência e mais uma vez não foi um tema esgotado. Considera-se que o debate sobre a privatização da saúde e financiamento são temas complexos, presentes em várias conferências e que ainda

hoje não tem consenso. Apontando que estas questões devem aparecer também na CNS de 2016. Indicando possivelmente que estes aspectos não são restritos à realidade do município de Niterói. Sendo assim, o controle social e a participação popular têm importante papel no fomento desse debate, pensando coletivamente alternativas para os diversos tensionamentos sem colocar em risco o direito à saúde.

OUTUBRO ROSA: ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO E FORTALECIMENTO PARA A SAÚDE DA MULHER

Gisele Reis Dias, Gilce Reis Dias, Andréia Rejane Rodrigues Ferreira, Edmara Travassos Andrade, Liliam Rafele Souza da Silva

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Prevenção, Câncer

APRESENTAÇÃO: Devido à popularidade do movimento internacionalmente conhecido como Outubro Rosa, em 2013 o município de Nova Olinda do Norte – AM aderiu à estratégia como recurso inovador para que fossem expandidas ações e estratégias de promoção e fortalecimento para o autocuidado entre mulheres, visando reduzir o número de casos de câncer de mama e colo de útero. Contudo, foi somente no ano seguinte que as ações do movimento tiveram resultados satisfatórios, por este motivo nossa experiência centralizou-se no ano de 2014. O objetivo da experiência visava mobilizar mulheres Novolindenses quanto à prevenção do Câncer de colo uterino e de Mama. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O outubro Rosa iniciou na primeira semana de Outubro com a abertura com fórum em favor a saúde da Mulher, onde foram abordadas as seguintes temáticas: 1 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher com ênfase nas ações desenvolvidas pela coordenação municipal do Programa e na prevenção do

câncer de mama e colo de útero. 2- Lei Maria da Pena: Disseminando conhecimento 3- Violências contra a Mulher: Diagnóstico situacional de Nova Olinda Posteriormente também divulgamos o movimento no espaço da rádio comunitária Nova FM, bem como por outros meios de comunicação como: Educação em saúde, convites e carro volante. A cidade foi iluminada e colorida com os tons rosa sinalizando a luta contra o câncer entre mulheres. Durante os trinta dias do mês todas as unidades básicas de saúde do território de nova Olinda disponibilizaram o exame citopatológico e de mamas de forma intensificada, a partir de metas traçadas pela coordenação municipal para as unidades localizadas em área urbana e rural. Para finalizar a campanha no último dia do mês de outubro realizamos uma caminhada rosa envolvendo vários segmentos municipais e comunitários que abraçaram o movimento. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Obtivemos um número expressivo de mulheres que realizaram o exame citopatológico e avaliação das mamas durante o Outubro Rosa. O número de exames de papanicolau totalizou um valor de 624 coletas entre zona rural e urbana. Durante a realização do fórum e caminhada rosa também foi significativa a participação de mulheres residentes em Nova Olinda o que nos motivou a melhorarmos cada vez mais a estratégia. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A realização do Outubro Rosa contribuiu para o aumento do número de exame citopatológico e de avaliação das mamas, bem como fortalecimento das parcerias institucionais no município, uma vez que participaram do movimento diversas instituições como: Secretaria Municipal de Assistência Social, Secretaria Municipal de Educação, Unidade Hospitalar presentes em nosso meio social. Por fim, considerou-se relevante a adesão a campanha, pois através dela estimulamos mulheres a conhecerem a realidade do câncer de mama, colo de útero, autocuidado e qualidade de vida.

PAIS E FILHOS SEPARADOS: O OUTRO LADO DA HANSENÍASE

Leticia Antonio Costa, Margarete Knoch Mendonça, Luciane Pereira de Lima, Francielle de Mello Pereira, Kassandhra Pereira Zolin, Rodrigo Domingos de Souza

APRESENTAÇÃO: O objetivo do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN) é a eliminação da hanseníase por meio da sensibilização da população e construção de políticas públicas. As lutas do movimento, iniciadas na década de 1980, pautaram a discriminação e a necessidade de maior efetividade nas ações de controle da doença. Neste contexto, a Lei 11.527/07 foi uma grande conquista, pois garante direitos aos filhos que foram separados do convívio de seus pais. Na década de 1940, as normas internacionais suspenderam o isolamento compulsório das pessoas atingidas pela hanseníase, no entanto, no Brasil, ainda havia legislação que obrigava o isolamento e conseqüentemente a separação dos filhos dos pais que estavam acometidos pela doença. A Liga Acadêmica de Doenças infecto-parasitárias em Enfermagem (LADIPE) da UFMS participou das atividades propostas pelo MORHAN em Campo Grande, MS no ano de 2014 e 2015. Este trabalho tem como objetivo relatar esta experiência e a sua repercussão junto aos integrantes da liga. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A experiência contemplou a participação na primeira reunião em 2014, em 2015 no “1º Encontro dos Filhos das Vítimas da Hanseníase que Foram Separados Compulsoriamente pelo Estado”, em que estavam presentes pais e filhos que foram separados, e os representantes nacionais e locais. Os relatos foram muito impactantes devido à forma e as circunstâncias como as separações ocorreram. Muitos filhos foram levados a educandários sem nem se despedirem de seus pais. Lá, muitos viveram até completar a maioridade com outras

crianças também separadas. Há também relatos de crianças que foram adotadas, sendo que algumas sofreram violências física, sexual e psicológica. Nas reuniões foi discutida a reestruturação do MORHAN em Campo Grande, MS. O outro momento foi a Audiência Pública intitulada “Hanseníase - história, avanços e perspectivas”, que motivou a debater e também ser voz na luta dos Pais e Filhos Separados. Resultados e/ou impactos: A experiência da LADIPE junto ao MORHAN teve como principal resultado a parceria nascida a partir das participações nos diferentes momentos. Enquanto fomentadora de ações relacionadas às doenças infecto-parasitárias, a LADIPE firmou um compromisso com esta luta, expressando a sua solidariedade à causa. A partir dessa experiência, a liga poderá desenvolver ações relacionadas à prevenção, detecção precoce, controle e tratamento da Hanseníase. E na perspectiva do nosso crescimento profissional, pode-se afirmar que ampliou o nosso olhar frente ao problema e certamente, como pessoas, esta experiência nos transformou. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A LADIPE reconhece que a Saúde é uma construção social e um resultado de lutas e embates políticos e ideológicos. As políticas públicas precisam contemplar as demandas dos movimentos sociais, como o MORHAN, que acreditam na causa e se empenham para colaborar não somente com uma parcela da população. Pois, os impactos dessa luta têm alcance direto e indireto a todos cidadãos, pois a Hanseníase só será eliminada por meio da existência de profissionais preparados para atender as demandas e de uma população, que sensibilizada, possa conhecer a Hanseníase e se prevenir para evitar as conseqüências e traumas relacionados.

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A CONFERÊNCIA LIVRE UNIVERSITÁRIA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LAGARTO/SE E 6ª CONFERENCIA ESTADUAL DA SAÚDE DE SERGIPE

Tássio Cunha Paes da Costa

Palavras-chave: Participação popular, Controle Social, Conferências

COSTA, T. C. P(1) Acadêmico do curso de terapia ocupacional – UFS Campus universitário de Lagarto – E-mail: tassio.cunha@hotmail.com **APRESENTAÇÃO:** Apresento um relato de experiência sobre a conferência livre universitária da Saúde do município de Lagarto/SE e a 6ª conferencia estadual da Saúde de Sergipe, tenho como objetivo principal confrontar a realidade com aquilo que esta escrita na teoria e então poder criar uma reflexão sobre mais uma das “Visões” encontradas no Brasil quando falamos em participação popular e controle social. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** As experiências foram colhidas na Conferencia Livre Universitária de Saúde que aconteceu no município de Lagarto/SE no dia 15 de setembro de 2015 no auditório do campus provisório da Universidade Federal de Sergipe e na 6ª Conferência Estadual da Saúde ocorrida no município de Aracaju/SE, no clube do Banese nos dias 23 e 24 de setembro de 2015. Ambas foram um tanto quanto decepcionantes, mas vieram ascender em mim um desejo de mudança daquelas realidades que pude vivenciar, levando em consideração que, todo o arcabouço teórico que eu trago não “encaixou” com aquilo em que estava presenciando nas conferências. Percebi que o público presente não representava todas as parcelas da população e que as comissões organizadoras de ambas utilizavam de estratégias para fazer com que somente uma mínima parte da população

“peneirada” se fizesse presente. Trago como exemplo claro a 6ª Conferência Estadual da Saúde de Sergipe, onde na divulgação inicial desta deixava claro que aconteceria a portas fechadas, somente com a presença dos delegados eleitos na etapa municipal e convidados, mas, a partir da pressão dos movimentos sociais foi então permitido à entrada de qualquer pessoa, porém, sem direito a voz e voto. Ou seja, permito que um soldado entre numa guerra, mas retiro dele todas as armas possíveis deixando-o como um mero agente passivo. Reflexão esta que vai com uma linha totalmente contrária ao que diz a participação popular e o controle social. **RESULTADOS:** Apesar de toda a desordem nas conferências em que participei, o resultado final é positivo, não por que no final do evento ocorreu tudo bem (Seria hipocrisia falar isso), mas por que gerou em muitos uma maior vontade de lutar pelo SUS, de querer se apoderar e fazer com que o povo se apodere do que teoricamente deveria ser seu; e que hoje se encontra, em mãos de pessoas que representam algumas classes sociais que são mais favorecidas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O desenvolvimento deste relato de experiência me permite fazer um comparativo e uma reflexão sobre a teoria em relação à prática, quando falamos em participação popular e controle social.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL: CONFERÊNCIA LIVRE DA PARTEIRAS EM COMUNIDADE QUILOMBOLA

Rogério Andrade dos Santos

Palavras-chave: participação social, conferência livre, parteiras quilombolas

Exercendo Participação Social, o Movimento Popular de Saúde de Sergipe (MOPS-SE) mobilizou juventudes, movimento LGBT e mulheres parteiras de comunidades quilombolas a organizar conferências livres

para, discutindo suas especificidades, fortalecer as políticas de equidade no SUS. Este trabalho pretende refletir as contribuições da Conferência Livre das Parteiras no Quilombola Serra da Guia, em Poço Redondo - SE à construção de um SUS cada vez mais equânime e à formação em saúde, tanto pela militância popular, quanto pelo espaço deliberativo das Conferências Públicas. Participaram da conferência alunos e professores de cursos de saúde da Universidade Federal de Sergipe (UFS), membros do MOPS-SE, técnicos da Secretaria Estadual de Assistência Social, moradores e parteiras do próprio e de outros quilombolas de Sergipe. Uma das parteiras, também rezadeira, iniciou a conferência com oração e aspersão de água com um ramo de planta, seguida de muita “cantoria” e danças para confraternizar com o povo quilombola e visitantes presentes. As discussões consistiram em reflexões de seus modos de vida, produção e adoecimento; uso das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), o ofício de parteira e outras formas de cuidados que os caracterizam; e a reflexão sobre mediação de conflitos nas comunidades evitando violência. O modo de vida e de produção da maioria dos quilombolas assemelha-se bastante, em moradia, práticas agrícolas, alimentação, cultura, trabalho, artesanato e relação com o SUS. As formas de adoecimento tornam-se também semelhantes entre si, portanto específicas deste povo, especificando também as formas de cuidar em saúde, partindo sempre da ancestralidade nos tratamentos com PICS, ervas medicinais, rezas, novenas, promessas, preservação do ofício de parteiras e defesa do parto normal, ilustrado por um caso presente de grávida com cesariana marcada pela posição do bebê, que procurou a parteira do Serra da Guia que, massageando sua barriga, colocou o bebê em posição de nascimento, provocando o parto normal

no dia seguinte. Tais conhecimentos a habilitaram a ministrar minicursos e oficinas pela UFS para formação de doulas e complementar formação de estudantes no cuidado a gestante e puérperas. A mediação de conflitos nos quilombolas acontecia, no passado, por duelos de “cantorias”, samba de coco e danças de rodas, que os unia como uma família, por isso apontaram fortalecer a cultura como meio de unificar as várias famílias da comunidade em uma única família pela cultura ancestral a todos, fortalecendo o poder de mediar conflito pelo valor que terá para as partes envolvidas. Como resultado, esta experiência despertou militância popular nos alunos ao discutir saberes acadêmicos e populares, evitando que o acadêmico imponha-se desemperando as comunidades de seus saberes; preparou às comunidades para o protagonismo nas conferências municipais, elegendo delegados quilombolas em dois municípios de Sergipe; propiciou entender o valor das PICS, principalmente as práticas ancestrais de cada comunidade tradicional, reafirmando a importância do parto natural e do ofício de “parteira” como exercícios da autonomia do sujeito e da comunidade sobre sua saúde; e apresentou a cultura como forma de unificar a comunidade.

PERMACULTURA: UMA EXPERIÊNCIA ENTRE A EXTENSÃO POPULAR E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DE SAÚDE

Joyce Gleyze Araujo Gomes, Jucelândia Nicolau Faustino Silva, Natasha Felipe, Dailton Alencar Lucas de Lacerda, Lorenzo Beruti, Anderson Kevin Araújo Serafim

Palavras-chave: Saúde, Permacultura, Educação Popular

APRESENTAÇÃO: O Programa Mais Saúde na Comunidade compreende uma atividade de

extensão universitária que tem como eixo teórico-metodológico a Educação Popular e Saúde. Dentre as suas ações destacam-se a promoção e o cuidado integral em saúde como a questão central envolvendo atividades de caráter interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial. Atua por meio de frentes e grupos operativos na comunidade do Grotão, região periférica do município de João Pessoa, capital Paraibana. Uma delas é a Frente Agroecológica, que busca fomentar e difundir um modelo de produção e consumo sustentável através de formas de ação social e coletiva, com propostas de desenvolvimento participativo, que incentivam a construção hegemônica de produção saudável de alimentos e consciência ambiental através da permacultura. Este modelo de produção agroecológica possibilitou a construção de uma horta comunitária na Escola Tarsilla Barbosa da Franca, localizada no bairro do Grotão. Integrando os saberes populares e tradicionais provenientes das experiências de agricultores familiares e tendo como apoio a população e diversos equipamentos sociais do bairro: Unidade Integrada de Saúde da Família Grotão I, II, III, a rádio comunitária, unidades religiosas, grupos sociais (Grupo de Idosos), conselho comunitário, dentre outros. METODOLOGIA: Buscando aprimorar e aprofundar nossa prática nesse campo, foi iniciada uma parceria com o Centro de Práticas Integrativas e Complementares (CPIC) “Equilíbrio do Ser”, unidade da rede municipal de saúde de cidade de João Pessoa. A partir de oficinas semanais de permacultura, em parceria com o Projeto Permanecer, são desenvolvidas práticas de cultivo saudável. Estas acontecem as terças e quintas-feiras, das 15:00h às 16:30h, reunindo um público constituído por professores e estudantes universitários do Programa Mais Saúde na Comunidade, trabalhadores de saúde, e usuários do centro.

Nesse sentido, o grupo da permacultura tem como finalidade, incentivar a difusão de uma cultura permanente, sustentável, baseada na cooperação entre homem e natureza, sempre buscando estratégias para um novo olhar das pessoas, uma nova maneira de pensar e organizar as atividades produtivas que os rodeiam. RESULTADOS: Como resultado a parceria entre as experiências tem produzido a qualificação das ações no cultivo da horta comunitária do Programa Mais Saúde na Comunidade pela apropriação do manejo orientado pela permacultura. Os elementos da Educação Popular que orientam as práticas desta atividade de extensão (troca de saberes, amorosidade, vínculo e profundo respeito a natureza e ao outro) são fundamentais na ressignificação das práticas do cuidado integral dos sujeitos que participam da experiência.

PLENÁRIA REGIONAL DE SAÚDE DO BAIXO AMAZONAS, SANTARÉM – PARÁ: O CONTROLE SOCIAL NA VISÃO DE DOCENTES E DISCENTES DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA ESTADUAL PARAENSE

Eduardo Padilha Barros, Sheyla Mara Silva de Oliveira

Palavras-chave: Enfermagem, Controle Social, Conselho Estadual de Saúde

APRESENTAÇÃO: Considerando o que prevê o Parágrafo 2º do Art. 1º da Lei 8.142, “o Conselho de Saúde, tem caráter permanente e deliberativo, sendo um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe

do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”. Sendo uma estratégia indispensável para o cumprimento o princípio da participação da comunidade contido no Inciso 7º do Art. 7º da Lei 8.080. Considerando ainda, o Regulamento do Conselho Estadual – CES/PA, que tem por objetivo ordenar a eleição das entidades dos movimentos sociais dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), das entidades de trabalhadores de saúde e da comunidade científica da área da saúde, das instituições de gestores e prestadores de serviços de saúde, de acordo com o estabelecido na Lei 7.264/2009, e na Resolução CNS nº 453, de 10 de maio de 2012, para o mandato 2016/2018 a ser composto por 28 (vinte e oito) representantes titulares e 28 (vinte e oito) representantes suplentes representados pelas suas Entidades, segundo a seguinte distribuição: Segmento de entidades de Usuários do SUS – 14 (quatorze) membros titulares, representando 50%; Segmento das entidades dos trabalhadores de saúde – 07 (sete) membros titulares, representando 25%; Segmento de gestores e prestadores de serviços de saúde filantrópicos, ou privados conveniados com o SUS, e de representantes da comunidade científica da área da saúde – 07 (sete) membros titulares, representando 25%. Considerando a Lei Estadual 7.264, de 24 de abril de 2009, em seu artigo 17, e publicação no Diário Oficial do Estado – DOE N. 32. 963, de 02 de setembro de 2015, que homologa a candidatura do CENTRO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM “JOÃO XXIII” (CAENF) DA ESCOLA DE ENFERMAGEM “MAGALHÃES BARATA” DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ. Objetivo: Descrever a experiência vivenciada por docentes e discentes que participaram da referida plenária representando o CAENF no segmento de usuários. Metodologia: Estudo descritivo, do tipo relato de experiência vivenciado por docentes e discentes da Universidade do Estado do Pará. Resultados: A experiência na plenária

foi bastante positiva e enriquecedora, uma vez que os futuros profissionais da saúde vivenciaram a conquista de participação na qualidade de usuário. O CAENF conseguiu 60% dos delegados em disputa, ou seja, 11 delegados, saindo vitorioso do pleito e com fortes chances de concretizar o assento no Conselho Estadual de Saúde – CES/PA. Considerações Finais: Por fim, com essa experiência possibilitamos aos presentes, discentes de universidades públicas e particulares uma vivência única quanto à prática e efetivação do controle social, da luta pelo Sistema Único de Saúde que seja universal, integral, com equidade e principalmente, que os gestores e trabalhadores em saúde respeitem o direito social de acesso à saúde.

POLÍTICAS AFIRMATIVAS DE SAÚDE E POVOS DE TERREIRO: VER-SUS PROMOVENDO ALTERIDADE

Raissa Lorena Bandeira Landim, Nataniele Silva Canuto, José Douglas Tobias Magalhães da Silva, Luciano Tiburcio Silva, Larissa Alves do Nascimento, Sandra Bonfim de Queiroz, Nadja Romeiro dos Santos, Jesianne Nataly Macedo de Araújo

Palavras-chave: VER-SUS, povos de terreiro, aproximação estudantil

APRESENTAÇÃO: Este relato tem como tema a experiência no VER-SUS, cujo objetivo é refletir sobre a contribuição da vivência dos estudantes de graduação na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS). DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Em uma edição de Pernambuco em 2014, estudantes de diversos cursos, principalmente da área da saúde, e de diferentes estados da região Nordeste, se encontraram com o intuito de conhecer melhor as práticas do SUS. Após formação para um melhor aprimoramento dos conhecimentos das políticas públicas de saúde foi realizada

uma vivência num terreiro de candomblé. Os acadêmicos conheceram o ambiente e ouviram relatos do sacerdote durante uma grande roda de conversa. O Pai de Santo expôs sua experiência como usuário do SUS. RESULTADOS e/ou Impactos: Dessa forma, a vivência tornou-se um espaço de grande importância por mostrar a realidade dos povos de terreiro e suas dificuldades diante do atendimento no âmbito do SUS. O momento foi único, com muitos aprendizados e troca de conhecimentos. A alteridade tornou-se um conceito prático e fundamental para a desconstrução de preconceitos. Sendo assim, torna-se fundamental os estágios na realidade do SUS e o conhecimento da legislação do mesmo, sendo indispensável debates e discussões sobre as políticas afirmativas do SUS e etnia, levando em conta seu impacto e importância perante a sociedade que busca o respeito às diferenças em função da necessidade de humanização. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Humanizar só é possível com a prática de alteridade. A experiência vivida só ocorreu devido ao ensino da temática Educação para as Relações Étnico-raciais e Políticas afirmativas, sendo essa perspectiva reforçada pelas práticas possibilitadas pelo VER-SUS. O olhar tornou-se mais sensível para essas questões até então pouco enfatizada na área de saúde.

PRÉ CONFERÊNCIAS DE SAÚDE: UM EXEMPLO DE DEMOCRACIA NA SAÚDE DE PORTO VELHO, RONDÔNIA

Marcuce Miranda dos Santos Antonio Miranda dos Santos, Jane Carvalho Cardoso

Palavras-chave: Controle Social, Democracia, Sistema Único de Saúde,

A 8ª Conferência Municipal de Saúde de Porto Velho se caracterizou em um dos mais efetivos eventos democráticos de controle social dos últimos tempos. Este

ano, o evento realizado com a parceira entre a Secretaria de Saúde de Porto Velho e o Conselho Municipal de Saúde de Porto Velho teve como tema central: “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro”. Sendo a conferência um momento de fortalecimento da participação e do controle social no SUS, em 2015, excepcionalmente, a conferência municipal de saúde teve uma inovação em sua estruturação. Pela primeira vez foram realizadas as Pré-Conferências de Saúde, que consistiram em encontros com a comunidade usuária do SUS municipal, com foco nas localidades dos distritos rurais, ribeirinhos e terrestres, bem como na área urbana da cidade. As pré-conferências antecederam a 8ª Conferência que de deu de 07 a 10/07/2015 e objetivou garantir a participação de representações de todos os distritos do município, de forma democrática, que aliados aos delegados da área urbana, se uniram em prol de uma discussão coordenada onde as principais propostas atenderam às demandas locais contemplando as necessidades de saúde da forma mais real possível. Como metodologia para os encontros, foram utilizadas as Metodologias Ativas, com dispositivo de Rodas de Conversa, oportunizando a participação de representantes de diversos setores da sociedade civil. O uso desta metodologia propiciou um diálogo amplo entre a equipe de coordenadores da pré-conferências e os participantes. Com este método, os delegados participantes da 8ª Conferência Municipal de Saúde, foram pela primeira vez, representantes dos mais diversos segmentos e de todas as localidades rurais da cidade de Porto Velho. Como resultados, as propostas levantadas para a etapa estadual atenderam as demandas locais da cidade além de eleger delegados com representação das comunidades quilombolas, ribeirinhas, rurais, com deficiências, afro, entre outros.

**PROGRAMA MAIS SAÚDE NA
COMUNIDADE: A EXTENSÃO POPULAR
REORIENTANDO A FORMAÇÃO
UNIVERSITÁRIA**

Jeane Constantino Pereira, Dailton Alencar Lucas de Lacerda, José da Paz Oliveira Alvarenga

Palavras-chave: Educação Popular, Formação, Extensão

O programa Mais Saúde na Comunidade é uma atividade de extensão popular da Universidade Federal da Paraíba que articula ações interdisciplinares em práticas integrais de cuidado em saúde da família, saúde do trabalhador e inclusão da pessoa com deficiência, além de estágios interdisciplinares de vivências na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e fóruns temáticos de educação popular e saúde, tais ações se dão por meio de quatro projetos: Projeto Educação Popular e Saúde do Trabalhador (PEPST), Projeto Promoção da Saúde em Comunidades com Ênfase na Estratégia Saúde da Família, Fisioterapia na Comunidade e Projeto Acesso Cidadão. Assim, o objetivo deste trabalho é relatar as ações e contribuições do Programa Mais Saúde na Comunidade para formação universitária. Trata-se de trabalho descritivo do tipo relato de experiência. Neste sentido, as ações de extensão são norteadas pela Educação Popular em Saúde (EPS), uma estratégia teórico-metodológica que se baseia na construção coletiva, através do diálogo e do protagonismo dos sujeitos atuantes. Sujeitos esses os usuários do SUS, moradores das comunidades, trabalhadores da cidade e do campo, militantes sociais, líderes e representantes comunitários, gestores, e educadores populares, grupos populacionais específicos (idosos e pessoas com deficiências). O principal cenário de práticas é o bairro do Grotão localizado no município de João Pessoa, onde através de

uma parceria com a Unidade Integrada de Saúde da Família, Escola, Rádio Comunitária e outros equipamentos sociais são realizados o grupo de idosos, práticas de educação ambiental e agroecologia, programa de rádio "Voz da Comunidade", Grupos de Encontro de Trabalho (GRT's) com quatro categorias de trabalhadores (professores, Agentes Comunitários de Saúde, Apenados e Camponeses) e as visitas domiciliares. A frente da pessoa com deficiência acontece na Praia de Cabo Branco oferecendo o acesso de pessoas com mobilidade reduzida à praia, esportes, cultura e artes. Priorizando a promoção e o cuidado integral em saúde, o programa propõe-se a potencializar dispositivos de articulação e comunicação entre as experiências das práticas interdisciplinares desenvolvidas nos diferentes territórios, por meio dos projetos de extensão integrados, de modo a cultivar o diálogo entre a diversidade de saberes destas iniciativas e sua sistematização, através do compartilhamento de experiências mediadas nos espaços de construção coletiva. Os principais frutos dessas experiências confluem com a articulação ensino-serviço-comunidade, promoção da saúde, troca de saberes, empoderamento e consequente transformação social, afinal a educação popular busca formar sujeitos mais críticos e conscientes de sua cidadania através de uma visão mais ampla do conceito de saúde. Além disso, a extensão popular possibilita uma formação humanista, crítica e reflexiva atuando na construção de trabalhadores de saúde mais sensíveis e conscientes da importância do trabalho em equipe no âmbito da Atenção Primária a Saúde para a efetividade do SUS. É extrapolando os muros da Universidade, enxergando e se enxergando enquanto povo que os futuros profissionais de saúde conseguem construir os moldes de um futuro perfil profissional humanizado e voltado para as reais necessidades de saúde da população brasileira.

**PROJETO SAÚDE NO TERRITÓRIO:
UMA EXPERIÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO
POPULAR EM DEFESA DA EQUIDADE NO
CONTROLE SOCIAL DO SUS**

Janainny Magalhães Fernandes, Leila Cardozo, Pricila Arrojo da Silva, Scheila Mai

Palavras-chave: Projeto Saúde no Território, Atenção Básica, Controle Social

Introdução: O Projeto de Saúde no Território (PST) é uma ferramenta de atuação da Atenção Básica que visa a realização de práticas coletivas e ações comunitárias territoriais que integrem equipes de saúde e profissionais dos diversos serviços, junto à população, a fim de investir na produção de saúde e na autonomia dos atores envolvidos em prol de uma causa. Neste sentido, podemos entender que o PST também é um dispositivo de participação popular em saúde. Fundamentações da experiência: Durante a Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública, os residentes perpassam por vivências na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre - RS. Nossa experiência se trata da realização de um PST na comunidade da Lomba do Pinheiro, local onde há um histórico potente de participação popular que têm se enfraquecido nos últimos anos. Em ano de Conferência Nacional de Saúde, a importância de realizar ações que incluam atores sociais para mobilização do Controle Social, justificou nossa proposta de PST. Atores e cenários envolvidos: Participaram dessa experiência residentes, profissionais da saúde da ESF, com destaque à participação dos Agentes Comunitários de Saúde, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família da região, conselheiros de saúde locais, municipais e estaduais, gerência distrital, Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência, a Rádio Comunitária, líderes religiosos locais, integrantes da Horta Comunitária e demais moradores do território. Devido ao importante número

de Pessoas com Deficiência (PcD) e restritas ao domicílio, o enfoque deste PST também foi na defesa do acesso dessas pessoas nos espaços de controle social e do exercício da cidadania. Descrição da experiência: Durante três meses as atividades foram realizadas em conjunto com os atores supracitados, das quais resultaram em ações de 1) Elaboração e distribuição de informativos sobre o Controle Social, direitos de saúde e Acessibilidade às PcD; 2) Visitas Domiciliares às pessoas com deficiência/restritas ao domicílio; 3) Rodas de conversa para estímulo de lideranças comunitárias, com temáticas de Controle Social no SUS, princípios e fundamentos, participação nas Conferências de Saúde, e exercício da cidadania; 4) Educação Permanente com profissionais da ESF e NASF, a respeito do controle social; 5) Educação em saúde nos grupos da comunidade sobre o tema; 6) Apropriação da Rádio Comunitária sobre o tema, que divulgou informações de Controle Social; e 7) por fim, culminou-se um Ato Público Local, com a participação de todos os envolvidos. Impactos e Considerações: Não encontramos na literatura nenhuma experiência de PST e consideramos esta ação inovadora, com potencial transformador de realidades locais e de empoderamento de coletivos integrados e integradores, em defesa da cidadania, do SUS e de redes vivas de existência. Acreditamos na ferramenta do PST como dispositivo de promoção de saúde que concerne com os princípios do SUS, e esperamos que novas experiências como esta possam compor o trabalho vivo em ato nos territórios de produção de vida.

QUE LUGAR É ESSE?

Gabriel Gularte da Silva, José Ricardo Venske de Freitas, Helena Pereira Frantz, Antônio Dias Echeverria, Ellora Danan Fernandes Barbosa, Luciano Oliveira Coelho Matos, Djeniffer Rodrigues Coradini

Palavras-chave: Promoção da Saúde, intersectorialidade, encontros

O presente trabalho tem como objetivo relatar o potencial de um espaço de saúde em um município ao sul do estado do Rio Grande do Sul, por meio de encontros realizados entre pessoas de diferentes percursos, áreas do conhecimento e atuações profissionais. O município de São Lourenço do Sul possui uma diversidade étnica composta principalmente por descendentes de Africanos, Alemães, Italianos, Portugueses e Pomeranos, sendo que muitos conservam suas tradições inclusive sua língua de origem. Atualmente também compõem essa pluralidade pessoas de outras cidades, estados e países, sendo muitas destas para estudar e trabalhar na Universidade Federal do Rio Grande - Campus São Lourenço do Sul (FURG-SLS), trazendo outros conhecimentos, experiências e olhares. São Lourenço do Sul está localizado em um cenário rico em paisagens naturais, com belas praias na Lagoa dos Patos e infraestrutura para o turismo urbano e rural. A rede de Atenção Psicossocial (RAPS) oferece as seguintes possibilidades de cuidado pelo Sistema Único de Saúde - SUS: Unidades de Saúde da Família com quase 100% de cobertura, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), três modalidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), leito psiquiátrico em hospital geral, equipe de Redução de Danos (ERD), entre outros importantes pontos de atenção. Na área de ensino/aprendizagem em saúde é campo de formação em residência multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, residência médica em Psiquiatria e participante dos Percursos Formativos (projeto do Ministério da Saúde). Há pouco tempo, diferentes segmentos, entre eles Composição de Redução de Danos, comunidade do Residencial Popular Colina do Sol (RPCS), acadêmicos e técnicos administrativos em educação (FURG-SLS) e profissionais de

outras áreas; provenientes de trajetórias distintas se interligaram em um espaço conhecido como Que Lugar é Esse? (QLE). Este espaço é um serviço do SUS conduzido pelos redutores de danos em formato comunitário, que disponibiliza materiais para prática de esportes, instrumentos musicais, biblioteca, discoteca de vinil, cinema e brinquedoteca, sendo todos de livre acesso e também possibilitando a ocorrência de oficinas e troca de saberes entre os jovens e adultos do RPCS e demais comunidades. A vivência e as interações entre os segmentos acima citados resultaram na identificação de potenciais produtivos para o início de uma prática de agricultura urbana com cultivo de plantas bioativas e hortaliças, auxílio na construção de pequenas hortas no QLE e em residências dos moradores do RPCS, ensino/aprendizagem de artesanato, arrecadação de brinquedos, organização e manutenção da biblioteca, rodas de conversa, entre outros. Estas ações diversas proporcionaram um trabalho intersectorial, Promoção da Saúde, problematização de cidadania, aprendizagem profissional e pessoal. Os coloridos encontros foram marcados pela aproximação de diferentes saberes e experiências de vida em relação horizontalizada pela curiosidade de conhecer-se e no intuito de responder à pergunta que nunca cala: que lugar é esse?

RÁDIO COMUNITÁRIA: ESTRATÉGIA PARA PARTICIPAÇÃO POPULAR NAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE

Rennaly Kelly de Araújo Ferreira, Paloma Lopes de Araújo Furtado, Merlayne Pâmela de Oliveira e Silva, Régis Jackson Moraes de Medeiros, José da Paz Oliveira Alvarenga

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Cuidado Integral, Participação Popular, Rádio Comunitária

INTRODUÇÃO: Promoção da saúde implica na utilização de diferentes estratégias que contribuam para qualidade de vida às pessoas, reduzindo riscos e prevenindo os agravos à saúde. Nesta perspectiva, a comunicação surge como um sistema que favorece a emissão e troca de informação entre os sujeitos. Assim sendo, a Rádio Comunitária - meio de comunicação de massa, se configura como instrumento de interlocução entre a população de um determinado território permitindo vez e voz. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é descrever a vivência de extensionistas, no desenvolvimento de ações de promoção da saúde, os quais utilizam como estratégia, a Rádio Comunitária. Estudo descritivo, tipo relato da experiência de atividades do Programa "Mais Saúde na Comunidade". O território de atuação dos extensionistas é a Comunidade do Grotão, a qual integra o Distrito Sanitário II, em João Pessoa - PB. O instrumento de veiculação das ações que orientam a população quanto à atenção e o cuidado à saúde é Rádio Comunitária Tropical do Grotão, através de seu Programa "Voz da Comunidade", que ocorre semanalmente, aos sábados, durante de 30 minutos. **METODOLOGIA:** Ao longo de sua execução o programa apresenta uma sistemática que envolve: introdução do tema a ser discutido; questionamento (o que é?), com perguntas realizadas à população visando a propagação do programa no chamado "boca a boca"; os esclarecimentos; e os momentos caracterizados como "o fala comunidade", que aborda as principais queixas sobre problemas de saúde da população e "tá rolando", momento que finaliza o programa, com as notícias mais importantes e atuais relacionadas à promoção do cuidado integral à saúde. Esta ação tem possibilitado a abordagem de temas variados, discutidos e planejados a partir de sugestões de equipes de profissionais da Estratégia Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde, bem

como, aqueles sugeridos por pessoas da Comunidade. **IMPACTOS:** Percebe-se que esta experiência favorece a democratização da comunicação e o controle social por oferecer um espaço potente de discussão e troca de saberes entre os sujeitos da comunidade. O protagonismo estudantil é estimulado neste processo, pois é fomentada a construção coletiva de estratégias para promoção da saúde de forma integral. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considera-se que a Rádio Comunitária propicia uma participação ativa da população, a qual interage na busca do conhecimento sobre o cuidado à saúde, ao mesmo tempo em que este veículo de comunicação contribui para a autonomia, o empoderamento, liberdade de expressão e exercício de cidadania.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: DISCUTINDO CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE COM CALOUROS DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO

Lucas Rodrigo Batista Leite, Natalicol do Nascimento, Rosa Lúcia Rocha Ribeiro, Laura Patricia Teixeira Nogueira, Erika Aparecida de Oliveira, Dimitria Dahmer dos Santos

Palavras-chave: Controle Social, Saúde, Universitários

Apresentação: O controle social em saúde é um meio de garantir a participação da sociedade na gestão dos serviços públicos de saúde no município, no estado e até mesmo no país. Consistem em instâncias de controle social de saúde: os conselhos de saúde, as ouvidorias do Sistema Único de Saúde (SUS), os conselhos gestores locais de saúde e as conferências de saúde que, no caso dos municípios, são as conferências municipais de saúde. O controle social garante a participação efetiva dos usuários na elaboração das

políticas públicas eficientes para a gestão da saúde. Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de realização de uma oficina sobre controle social em saúde no Curso de Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), para os estudantes do primeiro semestre do curso, ingressos no semestre 2015/1. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência. A oficina foi organizada e ministrada pelos estudantes bolsistas e voluntários do grupo PET Conexões de Saberes “Universidade, Saúde e Cidadania da UFMT”. A organização da oficina foi realizada a partir de revisão de literatura sobre o tema e, posteriormente, foi elaborada uma apresentação visual no programa power point. A apresentação foi realizada no formato de roda de conversa, durante a qual foi estimulada a fala de todos os participantes. A oficina ocorreu no dia 13 de maio de 2015, no ISC/ UFMT, para os novos estudantes ingressos no primeiro semestre do curso de graduação em Saúde Coletiva, na disciplina de Eixo Integrador I. Resultados e/ou impactos: Todos os participantes da oficina relataram suas experiências no Sistema Único de Saúde/ SUS. Alguns relataram experiências frustrantes, inclusive com manifestação de choro durante o relato. Os participantes foram orientados sobre a importância do controle social em saúde e suas estruturas de participação como a ouvidoria, conselhos, conferências, bem como receberam material instrucional. A experiência demonstrou que os novos estudantes do curso de Saúde Coletiva não conheciam os mecanismos de controle social enquanto segmento “usuário”. Considerações finais: É necessário fortalecer o controle social de todos os espaços de deliberação em saúde, de forma a unificar o segmento usuário para que este represente não um ou dois, mas todos os indivíduos que utilizam o SUS.

RETRATOS DO COTIDIANO EM SAÚDE: A EXTENSÃO A FAVOR DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Bárbara Ferreira dos Santos, Aline Pires Ribeiro Salvador, Livia Muniz Cirino de Carvalho, Carolina Gonçalves Hübner, Natália de Cássia Horta, Sabrina Alves Ramos

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Educação em Saúde, Prevenção Primária

Com a mudança no cotidiano dos brasileiros, ocasionada pela rotina conturbada vivida pela maioria deles, nota-se uma clara alteração nos hábitos e, conseqüentemente, na qualidade de vida. Dentre algumas conseqüências geradas por essas modificações está a endemia de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), alterações na homeostase corporal e falta de práticas sustentáveis com o meio ambiente. O presente artigo relata experiências vivenciadas em práticas educativas para promoção de hábitos saudáveis, do projeto de extensão Retratos do Cotidiano em Saúde - A Vigilância como Elemento de Desenvolvimento Local, que por meio de ações realizadas frente ao calendário de datas comemorativas da saúde tem buscado dialogar com a população local. O objetivo do projeto é promover qualidade de vida através de ações relacionadas ao cotidiano dos indivíduos, com orientações e demonstrações para a população, possibilitando educação em saúde. As intervenções foram realizadas com usuários do Restaurante Popular Dom Mauro Bastos e comunidade acadêmica da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, unidade Barreiro, Belo Horizonte. Com os participantes houve uma breve conversa sobre meios de prevenção e redução de agravos, bem como distribuição de preparações, por exemplo, sal de ervas para

a prática de tema “Combate à Hipertensão”, maçã em calda para o “Dia Mundial de Combate à Diabetes”, água aromatizada para “Dia Mundial da Água” e bolo de laranja feito com a casca da fruta para “Dia Mundial do Meio Ambiente”. As práticas revelaram aceitação em relação ao sabor das preparações ofertadas, demonstração de interesse do público na mudança dos hábitos alimentares e, ainda, os dilemas da vida e da rotina diária para essas mudanças. Através das informações repassadas pelas práticas verificou-se que há conhecimento geral sobre as várias complicações referentes à saúde que atingem a sociedade atualmente, porém falta principalmente a reflexão sobre a qualidade de vida, priorização e ação de cuidados para evitá-las, bem como valorização e reconhecimento do potencial de autocuidado de cada sujeito.

RIO BRILHANTE CONTRA A AIDS: EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO

Amanda Barbosa, Analia Cristina Queiroz Couto, Livia Cabelo Borges, Joana Vasconcellos Marques

Palavras-chave: AIDS, prevenção, educação em saúde

INTRODUÇÃO: No início da década de 1980 a população deparou-se com os primeiros casos de uma doença, causada por um vírus, denominada Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); no Brasil os primeiros casos surgiram na mesma década, mas o país somente conseguiu uma estruturação para controle da epidemia e assistência aos portadores de HIV na década de 1990. OBJETIVO: Elaborar um relato de experiência a respeito de um projeto realizado no município de Rio Brilhante com uma equipe de profissionais da saúde sobre prevenção, transmissão, sinais e sintomas de DST/ AIDS, em busca novos casos no município

com o objetivo de ampará-los em todos os sentidos. METODOLOGIA: O estudo realizado será um relato de experiência de uma equipe de profissionais da saúde, realizada no município de Rio Brilhante, no período de Dezembro de 2013 à Dezembro de 2014 com os procedimentos descritos: Foram utilizadas algumas estratégias, iniciou-se com incentivo a coleta de materiais (sangue) para a realização do teste rápido, em comemoração ao Dia Mundial de Combate a AIDS; para a implantação definitiva do projeto foi estabelecido um cronograma de palestras educativas nas escolas, nas ESF (Estratégia de Saúde da Família), e estendidas a 03 empresas, sempre com o incentivo da realização do teste rápido (após a assinatura do TCLE – termo de consentimento livre e esclarecido). RESULTADOS: Até Janeiro de 2015, 03 novos casos foram confirmados pelo laboratório de apoio e todas as escolas que funcionam no período noturno, cujos alunos obtêm maioria foram alvo de ações educativas e preventivas; e atualmente tornou-se rotineiro a ida de pacientes até o laboratório municipal realizar o teste rápido de forma voluntária, pois durante as ações foram esclarecida e frisada a importância de um diagnóstico precoce de HIV, proporcionando assim uma melhor qualidade de vida ao paciente soropositivo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Concluímos que a transmissão de informações, quando realizada por profissionais capacitados, aliado com uma busca ativa de casos pode ter grande êxito em descobertas de novos casos de HIV, proporcionando assim, a esses pacientes um correto tratamento, onde pode sua perspectiva de vida pode ser entendida.

RODA DE DIÁLOGO

Geysiane Santos, Ayune Bezerra, João Crispim

A Roda de Diálogo do Ambulatório de Saúde Integral para Travestise Transsexuais da Paraíba (Ambulatório TT) surgiu de uma demanda proposta pelos próprios usuários (as) do serviço. O Comitê Estadual de Saúde da População LGBT, em reunião, avaliou a demanda e reforçou a importância da ideia. A partir daí a representante do movimento social de Mulheres Tans Feministas-PB/ASTRAPA -Ayune Bezerra, o representante do Movimento de Homens Trans - PETRIS -João Crispim e a Assistente Social do Ambulatório TT - Geysiane Santos se propuseram a dar vida e mediar a Roda de Diálogo, mobilizando e estruturando a atividade realizada com os homens Trans, mulheres Transsexuais e Travestis acompanhadas pelo processo Transsexualizador no Ambulatório TT. O objetivo da Roda de Diálogos é pautar assuntos de interesse coletivo da população transsexual e travesti, levando em consideração anseios, dúvidas e assuntos pertinentes no cotidiano de cada um, contribuindo para o fortalecimento da construção de uma identidade de gênero e orientação sexual no qual se possam pensar políticas públicas inclusivas. A troca de experiências e de informações promove momentos para avaliar e revalidar o compromisso de cada um com um espaço que preze pela livre construção da identidade de gênero e orientação sexual. Os encontros acontecem uma vez por mês no auditório do Hospital Drº Clementino Fraga, com temas, horário e dias sugeridos pelos usuários (as). As temáticas abordadas são introduzidas através de dinâmicas para facilitar a descontração e interação, promovendo o ambiente confortável para que os (as) participantes fiquem a vontade e abertos à discussão do tema. A interação e entrega dos(as) participante trouxe a eles(as) o impacto de perceber colocações

e desabafos comuns a todos (as). Compartilhando situações semelhantes, vividas por cada indivíduo de uma forma diferente e única, este momento tão importante, leva em consideração a inserção do indivíduo no processo transsexualizador, fazendo com que cada homem trans, mulher transsexual e travestis se fortaleça na formação do seu “eu”, que não acaba com uma harmonização ou cirurgia de redesignação de sexo, mas se reafirma a cada dia, a cada momento, quando por exemplo a população trans sai às ruas em busca de frequentar uma sala de aula, a procura de emprego ou ao acessar os serviços de atenção básica à saúde. Em suma este momento que reúne os (as) usuários (as) do Ambulatório TT tem sido fator de mudança na vida e na construção de uma identidade de gênero e orientação sexual cotidianamente negada, no qual pessoas que não se encaixam em padrões normativos pré-estabelecidos na sociedade sofrem de forma radical e impiedosa a discriminação e negação de direitos.

SAÚDE EM MOVIMENTO: A PARTICIPAÇÃO DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE NO MOVIMENTO DOS TRABALHADORES SEM TETO (MTST)

Maria das Graças Freitas de Carvalho, Cristina Camargo Pereira, Fernando Marcello Nunes Pereira, Cássio Henrique Alves de Oliveira

Palavras-chave: movimento social, educação superior, controle social

Segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) “toda pessoa tem direito a um nível de vida adequado que lhe assegure, assim como à sua família, saúde e bem-estar, especialmente alimentação,

vestuário, habitação, assistência médica e os serviços sociais necessários”. A garantia à moradia é uma condição determinante para a garantia da saúde integral da população. Nessa perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo relatar a participação de estudantes da área da saúde no Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST). No Brasil com o processo de industrialização e urbanização iniciado na década de 30, houve a emigração populacional do campo para as cidades, como consequência têm-se a ocupação desordenada e desigual. Neste contexto surge na década de 90 no Brasil o MTST, que tem por objetivo principal a garantia do direito a moradia na cidade. A participação dos estudantes se deu por meio da participação ativa nas assembleias do movimento. Uma delas ocorreu no estado de Goiás, e foi realizada na cidade de Aparecida de Goiânia. Compareceram na reunião 451 famílias sem moradia própria. Neste encontro, foram repassados os informes acerca das conquistas e atuação do movimento, bem como o cadastro de novas famílias para o acesso a moradia. A atuação do MTST no estado de Goiás é fundamental para a garantia do Direito Humano à moradia, uma vez que não são implementadas as políticas públicas habitacionais sólidas, a fim de suprir as desigualdades sociais da população e assegurar qualidade de vida aos indivíduos. Neste contexto, a participação dos estudantes da área da saúde no movimento proporcionou vivência única e extremamente relevante pois, o reconhecimento da moradia enquanto fator determinante para a saúde de uma população, tem influência significativa na atuação do profissional, que pode, por meio do controle social, contribuir para a promoção da saúde e redução das injustiças sociais e fortalecimento da cidadania.

SER UM RONDONISTA

Nayara Cristaldo Maciel, Maria Betina Leite de Lima, Sabrina Oliveira Cangussu, Ana Beatriz Carneiro Ferrari, Kathiussy Goulart da Silva Sarmiento

Palavras-chave: (Projeto Rondon, “Integrar para não Entregar”, Rondonista, Ações Sociais, População)

Introdução: O Projeto Rondon criado em 11 de Julho de 1967, é uma iniciativa do governo brasileiro, coordenado pelo Ministério da Defesa, que conta com a colaboração da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação - MEC. O Projeto tem a participação de acadêmicos do nível superior de vários cursos, e tem como lema: “Integrar para não Entregar”. Descrição da Experiência: O Projeto Rondon 2014 foi composto por 2 Professoras graduadas em Enfermagem e uma equipe com 15 acadêmicos, com áreas de atuação distintas, como: enfermagem, agronomia, nutrição, medicina veterinária e serviço social. Nossa equipe teve como destino a cidade de Nioaque-MS, foram excelentemente acolhidos pelo 9º Grupo de Artilharia de Campanha e a Prefeitura Municipal, que também proporcionaram alojamento, transporte e alimentação durante os 17 dias de permanência. Cada componente do grupo foi convocado para uma reunião que antecedeu a viagem, e dessa forma foram passadas as devidas informações, como deveres, o papel perante a sociedade, responsabilidades, como também entregue o Kit Rondon, com um Manual do Rondonista, mochila e uniforme. O primeiro dia foi para identificar os pontos críticos que a população apontava e onde a equipe pudesse atuar e tentar sanar as problemáticas levantadas. Uma reunião com o Prefeito e secretarias que apoiaria integralmente todas as ações, foi

realizada e assim elencamos as prioridades nas atividades a serem desenvolvidas. Os Rondonistas desenvolveram atividades como: educação em saúde, visitas domiciliares, onde conversaram com a população e cada área levou uma orientação, a enfermagem proporcionou breves atendimentos como aferição de pressão arterial, orientações sobre as doenças mais acometidas naquela região, palestras nas escolas sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis. Na área rural participamos do Programa de Saúde nas Escolas - PSE e visitas às residências. Partilhamos do atendimento da saúde ofertado para a população em geral, dentre outras atividades. O lema “Integrar para não entregar” consiste justamente nessa integralidade das áreas visando desenvolver um trabalho conjunto, a fim de que a pessoa que recebe os Rondonistas seja orientada a como trabalhar melhor com o solo, como tratar de seus animais de estimação, entre outras orientações necessárias de nutrição e saúde, tendo sido notável observar essa carência de informações por parte da população. No último dia aconteceu uma feira na praça principal da cidade quando disponibilizaram nosso último dia de atividades no local. Impacto: Participar desse projeto é uma experiência magnífica, onde o contato com realidades distintas da nossa, nos faz muitas vezes ter um choque de realidade, e realmente aumenta a nossa percepção de ajuda ao próximo, cada experiência, cada dia nosso nessa cidade nos proporcionou um crescimento individual e profissional imensurável, pois nos deparamos com dificuldades, um olhar aflito, um pedido de ajuda, uma oportunidade impar em nossas vidas. Considerações Finais: O Projeto Rondon é espetacular e proporciona experiências distintas e maravilhosas para o acadêmico, desse modo contribuindo para a formação universitária e com certeza para

realização pessoal de cada componente, e contribuindo para acumular a vontade de ir novamente e participar dessa oportunidade magnífica em nossas vidas.

TENDA ORAIDA ABREU: O GRITO EM DEFESA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA

Victor Hugo Ferreira Jardim

A Tenda de Educação Popular e Saúde Oraida Abreu foi montada na 11^a edição do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva da ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), na cidade de Goiânia entre os dias 27 de julho e 01 de agosto de 2015. Com o objetivo de proporcionar um espaço aberto de diálogo, formação de vínculos e articulações políticas, a tenda acolheu aproximadamente 700 pessoas e oportunizou a discussão sobre a temática central do congresso: “Saúde, Desenvolvimento e Democracia: o Desafio do SUS Universal”. O objetivo deste relato é descrever as atividades desenvolvidas na Tenda de Educação Popular Oraida Abreu ao longo do Congresso da ABRASCO. A organização da Tenda contou com o envolvimento de lideranças populares e de comunidades tradicionais, estudantes, professores, trabalhadores da saúde, entre outros. A homenagem à Oraida Abreu deu início à programação da tenda, seguido da construção do Varal sobre violações e garantias de direitos. As plenárias tiveram como temas a 15^a Conferência Nacional de Saúde; Reforma Política e Participação Democrática e Popular; e a Privatização do SUS na Contramão da Democracia Participativa e da Valorização do Trabalho. Ainda foram realizadas Rodas de Diálogo sobre as Políticas de Práticas Integrativas, Educação Popular e Saúde e Inclusão Produtiva e sobre Ensino, Pesquisa, Extensão

Popular e Trabalho em Saúde. Caracterizada pela solidariedade, amorosidade e crítica, diversas atividades provocaram impacto no âmbito do congresso. Destaca-se a grande mobilização em defesa do SUS, construída coletivamente, que mobilizou diversos movimentos e segmentos na manifestação que culminou no funeral simbólico dos ataques que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sofrido por meio dos poderes executivo, legislativo e judiciário, mídia, entre outros. Esta atividade teve um grande impacto no evento, pois quebrou com o silêncio que tem acompanhado as entidades e instituições que há quase três décadas protagonizaram a criação do SUS. Os participantes da Tenda Oraida Abreu defenderam o SUS 100% público com gestão estatal; a ampliação da participação popular no SUS para além dos conselhos de saúde; a contratação de trabalhadores (as) da saúde por meio de concursos públicos pelo Regime Jurídico Único e a (re) criação das Comissões Locais Integradas de Saúde (CLIS). As contribuições políticas da Tenda Oraida Abreu neste 11^o Congresso da ABRASCO apontam para a valorização da participação popular e do resgate imediato dos movimentos de luta em defesa do SUS, enquanto direito e patrimônio do povo brasileiro.

TROCA DE SABERES E CUIDADO EM SAÚDE – UMA EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO POPULAR COM PLANTAS MEDICINAIS

Henrique Sater de Andrade, Ana Carolina Carvalho de Araújo Pôrto, Carine Marie Vasconcellos Sales, Laís Sandoval, Pedro Andrade Sá Corrêa, Pedro Gomes Almeida de Souza, Sarah Barbosa Segalla

Palavras-chave: Educação Popular, Extensão Popular, Fitoterapia, Movimentos Sociais, Saúde

APRESENTAÇÃO: O projeto surgiu do desejo de alguns estudantes de construir um projeto de extensão popular inserido na Liga de Saúde da Família da Universidade Federal Fluminense. A ideia das pessoas que compõem o projeto era trabalhar a questão da saúde numa perspectiva popular, com a ideia de contrapor o modelo médico-centrado e medicamentoso que a academia apresenta. Optou-se por realizar o projeto numa comunidade de periferia de São Gonçalo chamada Cano Furado, onde uma parte da população estava organizada pelo Movimento dos Trabalhadores Sem Teto, após uma ocupação construída no ano anterior. Nessa comunidade, foi identificado o amplo uso de plantas medicinais para tratar sintomas de saúde frequentes, tais como dores de cabeça, febre, insônia, cólica menstrual, entre outros, tendo em vista o acesso prejudicado aos serviços de saúde. A partir deste tema, nos vimos provocados a realizar intervenções nesse sentido, e vislumbramos a oportunidade de tencionar a formação acadêmica tradicional ao valorizar o saber popular. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Para iniciar o projeto, nos vinculamos a uma militante do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) com vasta experiência no uso de fitoterapia em assentamentos e em atendimentos na pastoral de uma igreja católica em Nova Iguaçu. Posteriormente, promovemos oficinas conduzidas pela militante do MST e uma liderança comunitária local que também tem muitos conhecimentos sobre plantas medicinais. Os objetivos da primeira oficina foram identificar no território as plantas de uso medicinal e apresentar as propriedades medicinais de cada espécie. A partir daí, iniciamos atividades de preparação de medicamentos fitoterápicos. A oficina teve também como desdobramento a visita da liderança comunitária e outros moradores do Cano Furado, acompanhados pelos estudantes, a Nova Iguaçu, a fim de

vivenciar a prática de cuidado em saúde da militante do MST. **IMPACTOS:** A partir desses encontros de saberes populares, os moradores do Cano Furado, em conjunto com os estudantes, organizaram novas oficinas. O objetivo principal era produzir novos medicamentos fitoterápicos em forma de tinturas, sabonetes, xampus, gel anti-inflamatório e pomada cicatrizante. A comunidade já identifica esta prática e os medicamentos produzidos começam a se disseminar. As lideranças comunitárias se destacam como cuidadores e estão potencializando sua capacidade de disseminar seus conhecimentos. O conhecimento adquirido, bem como os insumos produzidos, além de utilizados no Cano Furado foram fundamentais para a construção da frente popular de saúde do MTST na ocupação 06 de abril de 2010, descrita em outro relato enviado a este Congresso. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência de extensão no Cano Furado provou-se uma excelente oportunidade para contrapor a medicina universitária tradicional centrada na figura do médico e na medicalização da vida. Embora fosse em parte tensionada pela restrição do acesso a medicina socialmente legitimada, a alternativa das plantas medicinais vivenciada pelos estudantes e moradores possibilitou à construção e sistematização de um novo saber popular, cuja função não se restringe a suavização dos sintomas do corpo, mas também na produção de autonomia e de apropriação da vida.

VER-SUS IMPERATRIZ: Relatório de Experiência

Vitor Pachelle Lima Abreu, Giana Gislanne da Silva de Sousa, Priscilla Ingrid de Sousa Ferreira, Rômulo José Costa Ataiades, Antonia Iracilda e Silva Viana, Francisca Jacinta Feitoza de Oliveira, Thyago Leite Ramos, Ronan Lacerda Barbosa

Palavras-chave: VER-SUS, Vivências, Extensão Universitária

Projeto VER-SUS, 2015.2 Imperatriz, ocorreu no período de 01 a 10 de agosto de 2015 que compreende as Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde, onde muitos acadêmicos de várias regiões do território nacional conheceram o Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Imperatriz. Os participantes da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), no campus Avançado, foram os acadêmicos do Curso de Medicina, Enfermagem, além de estudantes de vários cursos de instituições privadas da região. Estiveram representados pelos estudantes de ensino de diversas localidades do País: Maranhão, Piauí, Ceará, Pará, São Paulo, Paraná, Tocantins e Minas Gerais, compondo assim uma equipe interdisciplinar e multiprofissional abrangendo vários cursos como: Enfermagem, Medicina, Terapia ocupacional, Pedagogia, Serviço Social, Farmácia, Comunicação Social, Odontologia, Humanas e Fisioterapia. O projeto tem como principal objetivo estimular a formação de profissionais para o SUS, comprometido eticamente com as diretrizes e princípios do sistema. A vivência possibilitou a desconstrução de alguns Pré-conceitos relacionados a opressões, ao “fazer” saúde dentro das comunidades específicas, entre outros, a reconstrução desses conceitos através dos debates e diálogos realizados durante a edição, fazendo com que despertasse o desejo de fazer mudança dentro do sistema e na sociedade. Ao longo da Vivência, foi possível desenvolver um trabalho interdisciplinar em volta dos eixos: Sociedade, Redes de Atenção e o Papel do Estudante dentro da Universidade. A metodologia utilizada para o desenvolvimento da vivência foi vários debates, dinâmicas, visitas, intervenções e místicas voltadas às temáticas diárias, possibilitando à receptividade a opinião do próximo, evidenciando que cada área tem

uma opinião em relação a cada situação e que os seguimentos das profissões podem favorecer um trabalho de uma equipe multidisciplinar no Sistema Único de Saúde. As atividades do Projeto, além do compartilhamento de conhecimento e saberes proporcionaram a aproximação e a quebra de pré-conceitos formados em relação ao “Fazer” saúde das comunidades específicas (Indígenas Trabalhadores Rurais, Candomblé e Umbanda). É substancial que a Universidade possua laços com a sociedade, tornando os acadêmicos atores sociais através da Extensão, havendo uma formação política voltada à formação do cidadão. Podendo assim trazer a comunidade para dentro dos muros da instituição, e o projeto VER-SUS é um importante instrumento para se fazer uma formação com vários acadêmicos independentemente da sua área, uma formação política e voltada a saúde, para que sejam promotores das práticas sociais melhorando assim os serviços do sistema. O VER-SUS vem à tona possibilitando desenvolvimento de novas ações voltadas à extensão e a formação acadêmica, abrindo novos percursos e novos olhares voltados ao Sistema Único de Saúde perpetuando a ideia de fazer a diferença em seus ambientes de trabalhos mesmo que não sejam favoráveis.

VISITA TÉCNICA A UM ASSENTAMENTO NO INTERIOR DO PIAUI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOB A ÓTICA DA PARTICIPAÇÃO POPULAR

Tiago da Rocha Oliveira, Danielle de Sousa Leal, Ana Carla Ramos Borges, Camila Sabrina de Oliveira Lima, Fábio Loiola da Silva, Nády dos Santos Moura, Eduardo Carvalho de Sousa

APRESENTAÇÃO: A população envolvida nos movimentos sociais luta por mudanças nas condições de existência, o que é fundamental

para conquistar seu espaço de luta e seus direitos. Sendo assim, a participação popular foi incorporada na Constituição de 1988 e nas leis do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo que essa população participe do processo de construção da comunidade e suas políticas públicas. O estudo tem como objetivo relatar a experiência sobre uma visita técnica realizada em um assentamento no interior do Piauí. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Trata-se de um relato de experiência a partir de uma visita realizada ao Assentamento Agrovila Ambrósio, que fica localizado nas proximidades da cidade Geminiano-PI, através do projeto VER-SUS Centro-Sul Piauiense em agosto de 2015. O mesmo descreve a realidade encontrada pelos viventes a partir da observação. A visita aconteceu na casa dos líderes da comunidade que relataram com paciência e emoção, tudo que enfrentaram para conquistar aquele pedaço de terra. A história se inicia com o surgimento das famílias em 1987, segue com confronto entre os proprietários e roceiros e finaliza com as conquistas dos moradores. **RESULTADOS:** A visita proporcionou identificar as dificuldades encontradas pelos líderes durante todo o processo de relato da história seguido da luta e participação da comunidade na busca incessante por melhorias, caracterizando, assim, uma nova visão dos viventes acerca dos movimentos sociais. Apesar das dificuldades relatadas, percebeu-se que a vontade em prosseguir era maior que qualquer obstáculo encontrado e, só assim, foi possível conquistar identidade, espaço e garantir a defesa de seus direitos; frutos de uma população ativa e unida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É necessário reafirmar a importância da ação coletiva e como sua participação ativa nos movimentos sociais se faz efetiva no êxito de suas conquistas. Nesse contexto, ressalta-se a riqueza da vivência que proporcionou identificar a participação

popular e o controle social como ferramenta indispensável na conquista de direitos e melhores condições de saúde e qualidade de vida dos envolvidos, tornando-se uma contribuição valiosíssima na formação acadêmica e pessoal.

VIVÊNCIA E PRÁTICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NAS COMUNIDADES ESPECÍFICAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vitor Pachelle Lima Abreu, Adna Nascimento Souza, Hádina Diniz Lima Moraes, Francisca Jacinta Feitoza de Oliveira, Antonia Iracilda e Silva Viana, Thyago Leite Ramos, Georgia Thamyres Leite Ramos, Rômulo Dayan Camelo Salgado

Palavras-chave: VER-SUS Imperatriz, Cultura, Saúde

O projeto de Estágios (práticas) e Vivências na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) é uma ferramenta que permite aos participantes experimentarem um novo espaço de aprendizagem dentro das instituições de saúde e dentro das comunidades, ampliando a visão do que é saúde e doença dentro da realidade de cada cultura, interdisciplinaridade, luta de classes, movimentos de gênero, minorias populacionais, reforma política e outros aspectos intrínsecos ao SUS. O VER-SUS Imperatriz ocorreu nos dias 1^o a 10 de agosto de 2015 com 60 participantes, entre viventes e facilitadores. Durante a manhã do dia 10 de agosto de 2015, a equipe do VER-SUS Imperatriz viajou para a Aldeia São José (Krikati), no município de Montes Altos – MA, onde moram cerca de 770 pessoas. A comunidade indígena possui energia elétrica, água encanada, escola e possui uma unidade de saúde com boa estrutura física, equipamentos e farmácia básica, com medicamentos principalmente

do programa de Hipertensão e Diabetes. A unidade de saúde recebe duas equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de saúde bucal e técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde, revezando-se a cada 15 dias para prestação de serviços. Característica marcante observada na relação entre o serviço de saúde prestado pelos profissionais e os cuidados de saúde oferecidos pelo pajé da tribo é da tolerância e do respeito. Os dois não se anulam, trabalham sinergicamente para fornecer bem estar às pessoas que ali vivem, logo a população passou a usar os fármacos trazidos pelo SUS, todavia não deixou de utilizar seus tratamentos medicinais naturais e orações aprendidos culturalmente. O VER-SUS Imperatriz mostrou a importância de conhecer as realidades das comunidades afastadas dos centros urbanos e fez refletir sobre o processo de saúde e como as culturas das comunidades indígenas podem exercer influência sobre ele. A sabedoria desses povos pode ser valorizada e deve trilhar ao lado do trabalho da equipe multiprofissional da unidade e vice-versa e isso foi observado nitidamente na Aldeia São José. Esse respeito mútuo é sinônimo de bem-estar, de tolerância, cuidado e, principalmente, de saúde.

Participação Popular - resumo expandido

Trabalhos de Pesquisa

(NÃO) PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS CONSELHOS DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Marlon Vinicius Gama Almeida, Marluce Maria Araujo Assis

Palavras-chave: participação social, cidadania, saúde da família

APRESENTAÇÃO: as lutas e movimentos sociais ocorridos durante os anos 80 e 90 do século XX na América Latina trouxeram para a agenda das políticas públicas brasileiras a luta por diversos direitos. No Brasil, essa luta se refletiu na elaboração da Constituição Federal de 1988, que valoriza a cidadania como responsabilidade pública, abrindo espaço para novas relações entre direitos humanos e desenvolvimento social, reafirmando a participação da sociedade como um privilégio do ser humano e a cidadania como pré-requisito para outras conquistas. O Sistema Único de Saúde (SUS), política pública de saúde brasileira, aprovada na referida Constituição e as críticas ao modelo de atenção à saúde vigente - voltado para o processo de adoecimento e cura -, ampliaram a busca por melhorias que permitissem atender eficazmente aos anseios da população, no sentido de dar resolubilidade aos problemas e demandas dos usuários nos diferentes níveis de densidades tecnológicas que compõem o sistema de saúde. No entanto, as mudanças alcançadas com a ampliação e integração das redes ainda não se refletem no acesso efetivo dos usuários aos serviços de saúde. A participação social é entendida

como um espaço de representação da sociedade, no qual se articulam diferentes sujeitos, com suas diversas representações: movimentos populares, entidades de classe, governo, prestadores de serviço, entre outros, e uma população com suas necessidades e interesses que envolvem o indivíduo, família e grupos da comunidade (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003). As formas de efetivação da participação social na organização do SUS são representadas pelos conselhos e conferências de saúde. Estas instâncias protagonizam a inserção da comunidade na gestão do sistema, como um processo de articulação entre atores sociais que têm olhares distintos sobre a realidade, nem sempre harmônicos, em que as disputas de poder, de conflitos e de negociação estão presentes. A Saúde da Família, cenário da presente pesquisa, ao aproximar das pessoas as práticas de prevenção de doenças e agravos e de promoção da saúde, penetra no interior das comunidades e famílias com uma proposta de reordenamento das práticas profissionais e serviços de saúde, ao mesmo tempo em que se propõe a deslocar o foco da doença, descentralizar o poder e incentivar a participação de todos os envolvidos e a construção da cidadania. Neste contexto, o presente estudo tem por objetivo analisar o processo de participação social nos Conselhos de Saúde e a construção da cidadania nos diferentes olhares dos dirigentes do SUS municipal, equipe de saúde e usuários da Estratégia de Saúde da Família em dois municípios da Bahia, Brasil. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: o estudo baseia-se no modelo teórico desenvolvido por Assis e Abreu-de-Jesus (2012), que analisam as dimensões políticas, econômico-sociais, técnicas, organizativas e simbólicas em relação ao acesso aos serviços e práticas de saúde. Busca-se compreender as políticas formuladas e sua execução, envolvendo a gestão com tomada de decisão e participação da sociedade,

além das práticas operadas no dia a dia dos serviços de saúde: como os serviços se organizam; como os trabalhadores atuam e as subjetividades que transversalizam essas relações, com seus componentes simbólicos e representacionais no atendimento às necessidades dos usuários do SUS. Assim, a pesquisa, de abordagem qualitativa, teve o número de entrevistados definidos por inclusão progressiva, interrompida pelo critério de saturação. Foram entrevistadas 102 pessoas em dois municípios da Bahia, Brasil: grupo I (equipe de saúde - 49); grupo II (usuários da Saúde da Família - 37) e grupo III (dirigentes do SUS municipal - 16). Técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada e observação sistemática. MÉTODO DE ANÁLISE: análise de conteúdo temática e fluxograma analisador. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: o estudo revela que, os Conselhos de Saúde ainda não se constituíram em espaço político democrático e potencializador da cidadania. Identificaram-se acomodações e desgastes por parte dos trabalhadores e desconhecimento da população sobre as formas de participação asseguradas em lei. O processo da (não) participação social, a luz das dimensões política e simbólica apontadas por Assis e Abreu-de-Jesus (2012), demarca uma série de demandas individuais, pontuais e que requerem soluções focalizadas ou quando existe alguma moeda de troca dos serviços que possam compensar a atenção dispensada, como lanches e brindes. Tais aspectos limitam-se, no entanto, primeiramente, pela incipiência dos Conselhos de Saúde e pela falta de confiabilidade em seu papel na solução dos problemas apresentados dentro do sistema público de saúde, com ênfase na Saúde da Família. Se por um lado conhece-se o espaço da participação social como eficaz na escuta e acolhimento das demandas por práticas profissionais, por outro, a sua baixa visibilidade e a falta de representação

da realidade das comunidades, diminuem o seu crédito e eficácia dos serviços. As reuniões ocorridas no Conselho Municipal de Saúde, não representam o cenário das demandas da sociedade e os setores da saúde, sendo vistas, muitas vezes, como uma obrigatoriedade. Esta obrigatoriedade pode estar associada à questão de dever de participação, que perfaz o sujeito político dentro de uma sociedade, ao tempo em que, revela o quão frágil é o reconhecimento que muitas pessoas têm sobre o que é ser cidadão e sobre o que seja cidadania, cruciais na construção do controle social. Neste contexto, a falta desta visibilidade talvez seja a razão da sociedade preferir a comunicação através de rádios quando precisa dar vazão as suas queixas, já que parece acreditar que este organismo tenha um alcance maior na resolução de seus problemas. Na construção do direito à comunicação e informação em saúde, que envolve também, o direito à cidadania, o papel dos meios informativos, sobretudo os comunitários, potencializa a participação direta do cidadão na esfera pública. Se comparados com os grandes meios de comunicação social, as difusoras de rádio locais estão mais facilmente ao alcance do povo, uma vez que se situam no ambiente em que as pessoas vivem, conhecem a sua localização e, portanto, podem se aproximar com maior simplicidade, como os estudos de Peruzzo (2004), podem corroborar. CONSIDERAÇÕES FINAIS: os usuários e famílias precisam ser resgatados como sujeitos da mudança nos serviços de saúde, assim como em fóruns de deliberação coletiva, tais como as Conferências e Conselhos de Saúde. O fortalecimento da participação cidadã pode despertar para uma nova fase na construção da Saúde da Família, que de fato, esteja voltada para as necessidades da população.

A 5^a CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DO CEARÁ: ORGANIZAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM FOCO

Helena Selma Azevedo, Anna Érika Ferreira Lima, Ercília Ferreira Lima Neta, João Paulo de Jesus, Marina Medeiros Costa

Palavras-chave: conferências, participação social, segurança alimentar e nutricional

APRESENTAÇÃO: A Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) (BRASIL, 2006) estabelece que as Conferências sejam instâncias responsáveis pela indicação aos Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEAs) Nacional, estaduais e municipais, das diretrizes e prioridades da Política Nacional de Segurança Alimentar e dos respectivos Planos, bem como, por colaborar com o processo de avaliação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN). A construção da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) implica na garantia da Soberania Alimentar (SA) e o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), que pressupõe a efetiva participação social. Este trabalho faz parte das reflexões e análises preliminares decorrentes da pesquisa “A participação dos sujeitos sociais na 5^a Conferência Estadual de SAN do Ceará” que tem como objetivo caracterizar a participação social nesta conferência. Os resultados subsidiarão estudos subsequentes referentes à participação social e as conferências de SAN no estado, bem como, orientarão o CONSEA Ceará na realização das próximas conferências. Ela ocorreu em Fortaleza, nos dias 25 a 27 de agosto de 2015, com participação de 262 delegados e 83 convidados. A 5^a Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (5^a CNSAN), será realizada em Brasília, de 3 a 6 de novembro de 2015, tendo como lema: “Comida de Verdade no

Campo e na Cidade: por soberania e segurança alimentar”. A mesma foi precedida pelas conferências estaduais, que por sua vez foram precedidas por conferências locais. Caracteriza-se, portanto, como um processo de participação e discussão que visa à consecução dos objetivos descritos na LOSAN. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A pesquisa citada é um recorte do projeto “Fortalecimento do SISAN nos estados do Ceará, Piauí e Maranhão”, financiado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Foi elaborada a partir das premissas da pesquisa ação (TRIPP, 2005). Envolveu a vivência na organização e participação da 5^a CESAN, pesquisa bibliográfica, análise documental e entrevistas. A construção da metodologia das conferências influencia e direciona o processo coletivo de avaliação da Política e do Sistema, portanto uma das análises deve partir da elaboração da metodologia de discussão e participação construída pelo CONSEA Nacional e adequada nos estados, territórios e municípios. Portanto, os documentos de referência e os relatórios finais constituem-se como materiais primordiais para análise do processo de avaliação em curso nas Conferências. Trata-se de um estudo qualitativo e quantitativo, com abordagem da pesquisa participante, opção metodológica decorrente da compreensão que o objeto de estudo “participação social” supõe um “aprender-fazendo”, ou seja, é nos espaços onde se dá essa participação que os sujeitos se formam. Ademais, a equipe de pesquisadores foi composta por vários sujeitos sociais envolvidos na organização das conferências - regionais e estadual - e na prática cotidiana dos conselhos. O processo de sistematização e análises dos dados da 5^a CESAN ainda estão em curso, portanto, os resultados e conclusões aqui apresentados são parciais. RESULTADOS: A noção e a prática

da participação social vêm crescendo no mundo todo e, no Brasil, a partir dos anos 1980, tem se construído um processo de alargamento da democracia, cujo marco formal é a Constituição de 1988. A inclusão de mecanismos de democracia direta e participativa nesse processo vem propiciando uma crescente participação da sociedade civil nas discussões e processos decisórios das políticas públicas (DAGNINO, 2004). Romão (2014) acredita que as conferências constituem parte central na arquitetura da participação social, por possuir como característica principal a interação entre sociedade civil e poder público. E que, por apresentarem os mais variados temas possíveis, faz com que haja uma grande adesão, principalmente as destinadas a grupos sociais específicos. As conferências, como instância do SISAN, estão bem consolidadas em âmbito nacional e estadual. São realizadas a cada 04 (quatro) anos, sob a coordenação do CONSEA Nacional, que estabelece a temática, a metodologia de discussão e os critérios de participação e escolha das delegações em todas as instâncias, através de documentos instrucionais. Nelas é mantido o princípio de representatividade constante na LOSAN, ou seja, a proporção de 2/3 da sociedade civil e 1/3 do poder público. Os Conseas estaduais adequam estas orientações às condições locais e coordenam as conferências municipais, territoriais/regionais e estadual. Caracteriza-se, assim, como um processo de participação e discussão que permite a sistematização e aperfeiçoamento das contribuições advindas de cada instância. Dentre as representações da sociedade civil foram reservadas vagas para grupos populacionais que têm maior risco de sofrerem de insegurança alimentar, perda de soberania alimentar e garantia do DHAA. O conjunto destes grupos é denominado cotas. São compostas, também com proporcionalidade

determinada e com categorias específicas: Indígenas, Quilombolas, Populações de Matriz Africanas (PMA), Negros e Povos e Comunidades Tradicionais (PCTs). O CONSEA Ceará determinou que os conselheiros do Consea seriam membros natos da conferência e o número de vagas para as delegações territoriais que participariam da 5^a.CESAN. Desta forma esperava-se que a Conferência tivesse uma participação de 72 conselheiros estaduais e 386 delegados eleitos nas territoriais, sendo 174 da sociedade civil geral, 85 das cotas e 127 do poder público. Contudo observou-se uma grande queda na participação, iniciada na eleição das delegações dos territórios. Foram indicados para a Conferência Estadual 319 delegados, sendo 163 da sociedade civil geral, 37 das cotas e 119 do poder público. Participaram realmente 218 delegados, sendo 118 da sociedade civil geral, 29 das cotas e 71 do poder público; e 44 conselheiros. Comparando a previsão inicial de 458 delegados e a participação de somente 262, ocorreu uma perda de aproximadamente 42,8%. A maior queda referiu-se ao poder público com 65% e em segundo lugar as cotas com 41,18%. Na avaliação realizada em plenária do Consea Ceará, a ausência da representação do poder público é explicada, em parte, porque, diferente da representação da sociedade civil, não recebeu financiamento de transporte e alimentação, e muitos dos governos municipais não financiaram suas delegações, justificando escassez de recursos decorrentes da seca prolongada e da crise econômica. O segmento das cotas já havia sofrido na eleição das delegações territoriais uma queda, que representou 56,47%, com relação às vagas destinadas a este segmento. Esta grande ausência reflete as dificuldades de participação destes grupos populacionais. Quanto à metodologia de discussão, a 5^a CESAN se organizou em três eixos: Eixo 1 - Comida de verdade: avanços e obstáculos

para a conquista da alimentação adequada e saudável e da soberania alimentar; Eixo 2 - Dinâmicas em curso, escolhas estratégicas e alcances das políticas públicas; Eixo 3 - Fortalecimento do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Todas as discussões foram baseadas na sistematização das contribuições provenientes dos relatórios das 13 (treze) conferências territoriais realizadas no estado do Ceará. Durante a Conferência foram eleitos 58 delegados que participarão da Conferência Nacional. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Todo o processo de construção das Conferências gera espaços e tempos de formação na temática de SAN, necessários para o fortalecimento da Política e do Sistema que estão em construção. Mas há necessidade de avaliar se os desenhos e metodologias das conferências propiciam realmente a avaliação da política e do sistema como estabelece a LOSAN. Outro aspecto a ser avaliado é a organização e realização das conferências municipais que se constituem a base de todo o processo de participação que se consolida no retorno das delegações presentes nas conferências – estaduais e nacional – para seus municípios e entidades.

A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: UM INSTRUMENTO PARA O ENFRENTAMENTO DO HPV

Ingrith Raphaele Rodrigues Calças, Lourdes Missio

Palavras-chave: Doenças Sexualmente Transmissíveis, Saúde da Mulher, Enfermagem, Infecções por Papillomavírus

APRESENTAÇÃO: O papiloma vírus humano (HPV) é considerada a doença sexualmente transmissível que mais infecta o trato genital inferior feminino. Acomete mulheres entre 15 e 25 anos, representando, desta forma, um problema de saúde pública devido à

sua alta prevalência e transmissibilidade. Segundo o Instituto Nacional de Câncer, o vírus já infecta cerca de 291 milhões de mulheres sexualmente ativas ao ano. Este resumo apresenta dados parciais de uma pesquisa de mestrado onde demonstrou que essas pacientes necessitam de maiores informações a respeito de seu quadro clínico, tendo em vista que a desinformação afeta a sequência do tratamento e acompanhamento. O objetivo central foi desenvolver ações de empoderamento com mulheres infectadas pelo HPV em acompanhamento no serviço especializado. Neste contexto levou-se em consideração a demanda vinda de quem vive o processo patológico, afim de nortear ações voltadas à educação em saúde para minimizar os efeitos maléficos que o vírus pode acarretar na vida das portadoras. Dessa forma, através da demanda trazida pelo público alvo de pesquisa, será construído um material educativo -cartilha informativa- contendo a elucidação dos principais questionamentos sobre os aspectos relacionados à infecção por HPV, atendendo a demanda daquelas que a vivenciam, dentro da perspectiva da educação popular em saúde. Assume-se desta forma as experiências e relatos das participantes no estudo como fonte de conhecimento e de ações transformadoras da realidade dessas. Desenvolvimento: A pesquisa terá como aporte teórico os fundamentos da filosofia freireana, permitindo que a educação ocorra em uma relação horizontal, dialógica, recíproca e verdadeiramente humana, estimulando de forma eficaz o autocuidado (FREIRE, 1988). Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, que trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Abordagens qualitativas em pesquisa são aquelas capazes de

incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. O estudo foi realizado no serviço especializado de município de Dourados/MS para atendimento as mulheres. O local de obtenção dos dados iniciais foi a atenção secundária do município, na Clínica da Mulher Enfermeira Anamaria Carneiro, anteriormente denominado de Centro de Atendimento à Mulher (CAM), caracterizado como um centro de especialidades em nível de atenção ambulatorial de média e alta complexidade. Os sujeitos foram mulheres com diagnóstico de infecção pelo HPV. A amostra foi definida por conveniência, isto ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência. O fechamento amostral será definido por saturação. A saturação é um tipo conceitual utilizado em relatórios de averiguações qualitativas em diversas áreas da saúde e educação. O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passaram a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Incluíram-se no estudo mulheres com diagnóstico de HPV e alterações pré-invasivas do colo do útero, ou seja, neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de graus II e III em acompanhamento no serviço especializado e que sejam residentes no município de Dourados. Foram excluídas mulheres com idade menor de 18 anos, mulheres indígenas, com neoplasia intraepitelial cervical (NIC) grau I e aquelas que residem em outro município que não aquele onde será realizada a pesquisa, tendo em vista que

o serviço especializado é referência para o atendimento de toda a região. O estudo teve início com o levantamento dos sujeitos através do livro de registros e consulta aos prontuários para selecionar as participantes em potencial, após foi realizado contato com essas mulheres de variadas formas por telefone, pessoalmente, entre outras. Posteriormente realizou-se entrevistas gravadas com as selecionadas para conhecer algumas de suas características sócio demográficas, fatores gineco reprodutivos e dados referentes ao conhecimento, diagnóstico e acompanhamento do HPV. O método utilizado para análise dos dados foi o da interpretação dos sentidos, o qual procura interpretar o contexto, as razões e as lógicas individuais e sociais baseando-se nas entrevistas realizadas e em princípios hermenêutico-dialéticos. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de estágios, projetos, pesquisas, extensões e trabalhos - CEPET da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados e atendeu aos preceitos Éticos de acordo com a Resolução N° 466/12. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, via Plataforma Brasil e teve aprovação sob o número do parecer 912.450. O produto final desta pesquisa será uma cartilha educativa que terá como tema central a infecção pelo HPV, abordando as principais questões trazidas pelas participantes. Esse tipo de material educativo possuem um formato semelhante a livros e são consideradas uma forma de alcance, de modo organizado, para que o público alvo se aproprie do conhecimento à que esta propõe. É um material distribuído gratuitamente, que pode atingir várias pessoas e camadas da sociedade, sendo considerada de suma importância no processo educativo. Resultados: Na proposição da construção desse material haverá a participação e o envolvimento das mulheres englobando todas as questões que

as próprias consideram como prioridade, abordando as categorias emergidas das entrevistas. Algumas delas são: conhecimentos sobre o HPV; diagnóstico do vírus; acompanhamento; enfrentamento e significados de ter a patologia. Apreende-se que uma atividade educativa eficaz envolve o segmento interessado, buscando orientá-lo dentro do espaço ofertado, para empoderá-los, garantir elucidação sobre a patologia e também promovendo o autocuidado efetivo. O intuito é que este material não fique restrito apenas a mulheres com HPV, mas, que esteja e seja acessível a todas aquelas pessoas que se interessarem pelo tema. Além das questões levantadas pelas participantes do estudo, a cartilha terá o embasamento científico em manuais do Ministério da Saúde e em estudos já realizados sobre essa temática e em outros materiais pertinentes. Sendo assim, esta se constituirá em uma proposta para difundir, em uma linguagem didática, o conhecimento sobre a infecção por HPV, atingindo um número significativo de mulheres, que em alguns casos, não tem um entendimento sobre o que é esta patologia. Considerações finais: Espera-se que após a finalização e distribuição da cartilha informativa, essa possa ser utilizada em todos os processos educacionais que envolvam a temática sobre HPV, primordialmente aqueles voltados à população em geral. Fornecerá ainda base para nortear ações e tornar as pacientes mais ativas e participativas em seu tratamento, bem como fará com que elas desenvolvam ações de empoderamento com relação à continuidade do seguimento. Os resultados poderão ser utilizados também pelos profissionais atuantes, primordialmente em Estratégia de Saúde da Família, mas, também por outros para prosseguir o acompanhamento de suas usuárias. Ajudará também a reconhecerem a importância das ações do Enfermeiro para a prevenção, tratamento e controle do HPV.

A FORÇA DOS AGENTES EDUCADORES EM DIREITOS HUMANOS: UMA NOVA TECNOLOGIA SOCIAL PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Thiago Brunelli Silva, Ana Alice Freire, Carmen Santana Albuquerque, Magali Baptista, Anderson da Silva Rosa, Luciana de Carvalho, Erika Vovchenko

Palavras-chave: Moradores de Rua, Extensão Universitária, Educação Popular

INTRODUÇÃO: O tema população em situação de rua é um propulsor de debates entre acadêmicos, trabalhadores da rede, poder público e sociedade civil. A partir de debates, reivindicações e mobilização social, por meio do Decreto 7.053/09, foi instituída a Política Nacional para a População em Situação de Rua que tem como princípios: igualdade, equidade, respeito à dignidade da pessoa humana, direito à convivência familiar e comunitária, valorização e respeito à vida e à cidadania, atendimento humanizado e universalizado e respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. Entre as diretrizes estabelecidas na Política Nacional para a População em situação de Rua esta a Implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito, e de capacitação dos trabalhadores para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional. Neste sentido, o Projeto A Cor da Rua, teve como premissa o envolvimento e participação de representantes dos diversos grupos sociais para o planejamento, estruturação e realização das ações que possibilitem efetivamente a construção de respeito, autonomia e garantia de direitos. Evidências científicas demonstram a

dificuldade de se fornecer respostas simples e imediatas às demandas levantadas por esta população. Deve-se frisar que outro obstáculo não provém da criação de novas políticas públicas à situação de rua, mas sim, a garantia de estratégias que permitam suas implementações. O Projeto de Extensão Universitária A Cor da Rua prevê a promoção de ações educativas voltadas para a população em situação de rua, não caracterizadas pela perpetuação do assistencialismo ou pela culpabilização da pessoa por sua própria realidade. Em sua essência, O A Cor da Rua preza a valorização da produção e disseminação do conhecimento em Direitos Humanos através da participação popular, tendo em vista que todos os seus participantes são atores e atrizes sociais capazes de assegurar os direitos dessa população e transformar a realidade em que estão inseridos. O projeto de extensão propõe como estratégias de implementação das políticas públicas para a população em situação de rua: a inclusão de pessoas em situação de rua nos processos formativos e na produção de conhecimento sobre atenção psicossocial à população em situação de rua; formar pessoas que estão ou estiveram em situação de rua para que atuem como Agentes Educadores em Direitos Humanos no território; produzir e disseminar conhecimento sobre a população em situação de rua; promover a educação em direitos humanos através do debate de temas pertinentes ao universo da população em situação de rua. Através desses objetivos, o projeto realiza: Seminários com temáticas pertinentes à população em situação de rua; Promove a construção coletiva de um livro com a temática: “Estratégia e práticas do cuidado integral e promoção dos Direitos Humanos na situação de rua”; Oficinas em Direitos Humanos e Autocuidado com a população em situação de rua no Viaduto do Glicério, região central de São Paulo, Brasil. As atividades desenvolvidas permitem que

todos os envolvidos participem, aprendam e ajam de modo cooperativo e democrático para atingirem objetivos comuns. O presente trabalho tem como objetivo apresentar esta nova tecnologia social: a formação do Agente Educador em Direitos Humanos (AEDH). Trata-se de um processo de formação criado para aproximar a população em situação de rua dos atores sociais responsáveis pelo seu cuidado dos responsáveis pela implementação da política e daqueles que podem contribuir com a produção de conhecimento sobre o tema. OBJETIVO: Este trabalho tem como objeto descrever o processo de formação dos Agentes Educadores em Direitos Humanos e que compõem a equipe do Projeto de Extensão Universitária, A Cor da Rua, integrante do Programa de Extensão Universitária Com-Unidade da Universidade Federal de São Paulo. METODOLOGIA: A capacitação dos Agentes Educadores em Direitos Humanos foi realizada com base na pedagogia de Paulo Freire. Esta se procede em três etapas, conforme a pedagogia freireana: a primeira etapa se inicia com a investigação dos temas relevantes a partir das realidades e experiências dos Agentes Educadores em Direitos Humanos, com o objetivo de discussão e aprofundamento; a segunda etapa refere-se à categorização dos temas pertinentes e à problematização dos temas propostos, com a participação de facilitadores membros do A Cor da Rua, tendo em vista o conhecimento compartilhado; a terceira etapa dá-se pela construção de materiais informativos em direitos humanos e pela realização de intervenções em equipamentos ligados à população em situação de rua, visando alcançar os objetivos do Projeto A Cor da Rua. Foram realizadas 12 oficinas de capacitação aos Agentes Educadores, com os temas: Saúde, Sistema Único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social, Direitos Humanos, Redes de atenção à saúde e assistência, Território

de abrangência, educação popular, entre outros. Nestes ambientes, foi produzido um mapa de abrangência das ações do projeto, folders voltados à população em situação de rua com a divulgação do projeto, informações sobre Direitos Humanos e sobre o funcionamento dos serviços de saúde e assistência social. O Projeto conta com integrantes da graduação, pós-graduação, técnicos de nível superior (enfermagem, medicina e psicologia) e a equipe de 3 Agentes Educadores de Direitos Humanos, sendo estas pessoas que estiveram e/ou estejam em situação de rua: uma representante da população LGBTQTT, uma representante das mulheres e um representante dos homens que estão em situação de rua. Todos os participantes do projeto constroem desde a concepção ao desenvolvimento das intervenções. RESULTADOS: Os Agentes Educadores de Direitos Humanos atuam nas realizações de: oficinas em Direitos Humanos e autocuidado; articulações entre as ações do projeto e o seu território; capacitações da equipe do projeto; mobilização da população em situação de rua, de forma que estas ocupem os espaços de participação social e de representatividade; participação em eventos que discutam a temática da rua; produção de conhecimento sobre a situação de rua. O projeto ainda conta com os Agentes Educadores em Direitos Humanos como seus representantes em seminários e grupos de pesquisa sobre a situação de rua. Todas as atividades são realizadas de maneira participativa, sem imposições, de forma a se construir conjuntamente o conhecimento em Direitos Humanos e Saúde, ao invés da aplicabilidade simplória de estratégias que foram concebidas para a população em situação de rua, mas sem o seu envolvimento prévio. Na avaliação dos estudantes de graduação, a extensão é a comunicação entre a Universidade e a sociedade, trazendo uma experiência de

grande significado para os graduandos, dando a oportunidade de contato com a população em situação de rua como parceira direta das ações desenvolvidas pelo projeto. Para os Agentes Educadores em Direitos Humanos e para a população em situação de rua, as ações do projeto são momentos de compartilhar conhecimento e experiências, de aprendizagem sobre Direitos Humanos, de valorização pessoal e, conseqüentemente de transformação social. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A participação ativa dos educadores agentes de direitos humanos representa uma inovação na área dos direitos humanos, assim como uma nova possibilidade em tecnologia social para inserção das pessoas em situação de rua. A figura do Agente Educador de Direitos Humanos é uma estratégia de implantação da política para pop rua. Partindo de sua experiência de vida nas ruas, o agente torna viável a construção de estratégias de promoção dos direitos humanos da população em situação de rua, tanto pela problematização e conscientização dos seus pares, como pela sua efetivação através de ações que promovem os direitos humanos.

A PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS FORTALECIDA PELAS REDES SOCIAIS DA INTERNET

Paula Chagas Bortolon, Monique Miranda, Sarah Rubia Batista, Rita de Cássia Machado da Rocha, Nilton Bahlis dos Santos

Palavras-chave: redes sociais, internet, participação popular, controle social,

APRESENTAÇÃO: Solidariedade e resgate de autonomia são algumas das palavras que podem descrever o que se vê e vive, relacionado a saúde, em redes sociais online. Nestes ambientes, cidadãos trocam experiências sobre suas questões de saúde, o que traz uma reflexão sobre

a lógica médica dominante, fortemente caracterizada por práticas autoritárias, ainda centradas na doença e não nos indivíduos e na coletividade. Considerando a necessidade de fortalecer os direitos da população no tocante à participação social no SUS e a importância de ampliar a informação e a reflexão das pessoas sobre questões de saúde a partir de seus próprios olhares sobre um problema, este trabalho busca discutir como a internet e, mais precisamente, as redes sociais na Internet, podem vir a ser espaços de empoderamento político da população para a saúde. METODOLOGIA: Para responder ao proposto, foi realizada uma revisão aleatória da literatura que tratasse dos temas: internet, web 2.0, redes sociais, controle social e participação social no SUS, políticas de saúde. Concomitantemente, foram exploradas redes sociais da internet, como blogs e grupos do Facebook, a fim de verificar experiências práticas que dialogassem com os achados teóricos, conforme apresentados a seguir. Apesar do desenvolvimento tecnológico e das tentativas de construção de modelos de participação popular para a saúde, os paradigmas da prática ainda recaem sobre estratégias que atinjam determinados objetivos, definidos por um dos polos da relação, como os gestores, os pesquisadores, os profissionais de saúde. Isto ocorre em função do tipo de abordagem adotada, fortemente marcada pela fala central especializada, autorizada por quem tem o poder de dizer e de interpelar os atores sociais e que procura ditar os modos como os cidadãos adoecem, morrem e cuidam da saúde. Assim, as políticas de saúde constantemente tornam-se verticalizadas e hospitalocêntrica e, apesar dos pensamentos e atitudes contra hegemônicos, não incorporam de fato a participação da população nas discussões sobre saúde. A saúde, para tentar superar este padrão, deveria ser

entendida como uma dimensão da vida, como um bem maior individual e coletivo, conceitualmente construído e defendido por pessoas da comunidade, considerando seus contextos, suas experiências e o seu ponto de vista. Toda esta lógica é passível de questionamento quando pensamos em gente conectada no ambiente online, através de redes sociais virtuais. RESULTADOS: Na internet, as redes sociais ganham potência e uma nova dinâmica, uma vez que a possibilidade de conexão aumenta, fazendo com que os vínculos sociais se mantenham vivos e possam ser ativados muito facilmente, independente da distância física, geográfica ou cultural entre as pessoas. Assim, as práticas tornam-se distribuídas, coletivas, colaborativas e emergentes, bem diferentes do modo como estávamos acostumados. Mas, não raramente, observa-se que as instituições da área da saúde, apesar de possuírem perfis na web e manifestarem em seu discurso a importância da horizontalidade na relação com os usuários e trabalhadores, demonstram, na prática, que ainda há uma lacuna no que tange ao aproveitamento da internet em toda a sua potencialidade, que de fato poderia trazer um novo panorama na informação e participação efetiva dos usuários no cotidiano da atenção à saúde e nos processos políticos de construção do SUS. Uma rápida análise de perfis de blogs e páginas do Facebook de unidades básicas de saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio), selecionadas aleatoriamente em meados de julho de 2015, corrobora esta afirmação: o teor dos posts, no Facebook e nos blogs, era, basicamente, sobre eventos e atividades das unidades básica e da SMS-Rio, além de algumas informações sobre saúde e questões de articulação e reivindicação de entidades de trabalhadores da saúde. Do mesmo modo, os blogs tinham poucos e antigos posts, sem nenhum comentário de pessoas da

comunidade. Isto mostra que a utilização das redes sociais da internet por instituições de saúde ainda não entendem estes espaços como locais de colaboração entre cidadãos e profissionais de saúde, não sendo pensados como estímulos a interação com a população e permitir que suas questões sejam pautadas a partir de seus próprios saberes. Por outro lado, não é difícil achar na internet redes de cidadãos, especialistas e não especialistas, engajados em causas da saúde com ações que se mostram efetivas no enfrentamento de problemas ou, ao menos, no reconhecimento de uma causa e apoio pelo compartilhamento de vivências. O que acontece é que a internet inverte e supera a lógica atualmente predominante ao ampliar a possibilidade de participação popular, impulsionando práticas colaborativas e criando mecanismos de inteligência coletiva, que é justamente a inteligência distribuída por toda parte, assim entendida, uma vez que ninguém sabe tudo mas juntos sabe-se alguma coisa. As comunidades virtuais aparecem justamente como o ambiente no qual as pessoas se unem pela afinidade de interesses, conhecimentos e projetos em um processo mútuo de cooperação e troca. Neste cenário, as realidades são construídas como processos emergentes, de cima para baixo, por meio de processos de sincronização que trazem consigo a validação social. Os processos de emergência na internet ocorrem quando componentes simples, como pessoas comuns, se unem para desenvolver um grau de inteligência superior, por meio de ações baseadas em regras simples que são capazes de gerar estruturas complexas. Um exemplo disto é o intenso ativismo que a internet propiciou a partir da formação de vários grupos online em defesa do parto natural e humanizado no Brasil. Estas redes funcionam não só como espaços de informação, ajuda e apoio, majoritariamente entre mulheres, como também são um canal de articulação entre

gestantes e profissionais de saúde, parteiras e doulas. Além, é claro, de serem um local para organização de manifestações e de controle social na formulação de políticas públicas em torno da humanização do pré-natal e do parto. As redes sociais da internet potencializam a possibilidade da população enfrentar seus problemas e questões de saúde, produzindo conhecimento coletivamente. Uma parte aprende com a outra e ambas podem ser beneficiadas com isso (população e técnicos). Por isso, estes ambientes aparecem como espaços de empoderamento político, uma vez que ali as pessoas podem questionar-se sobre o modelo biomédico da medicina, a medicalização da vida, o reconhecimento da sabedoria popular, a saúde como um ato de cuidado, a participação e o controle social e refletir sobre o complexo da saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Para as instituições de saúde, gestores e profissionais, fica a reflexão sobre a necessidade de incorporar as novas tecnologias da internet, aproveitando-se todos os seus recursos e, principalmente, incorporando sua lógica, que tudo tem a ver com integralidade, universalidade, descentralização e participação. Ademais, para aproximar a população do sistema de saúde é necessário criar novos hábitos culturais, que encurtem as distâncias de saberes e permitam a construção coletiva de conhecimento em saúde.

ABORTO NA ADOLESCÊNCIA EM CASO DE GRAVIDEZ INDESEJADA: EDUCAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO

Caren de Lima Teixeira, Daphne Cristin Lewis da Silva

Palavras-chave: Aborto, Saúde, Educação

Apresentação: Um tema como o do aborto sempre foi alvo de bastante polêmica e conflitos de ideias na sociedade brasileira.

Ele nos leva a discutir sobre reprodução, gravidez indesejada, pobreza e violência, assuntos muito questionados e debatidos quando ligados a esta temática. E essa discussão é muito relevante, visto que hoje este assunto ainda é um tabu e alvo de muitas críticas e questionamentos que ocasionam a criminalização do aborto sob qualquer circunstância, mesmo que já exista permissão específica para a sua realização. Entendendo a relevância do tema, propomos a construção do projeto de intervenção “Aborto na adolescência em caso de gravidez indesejada: educação e conscientização”, que encaixa no eixo 4 do congresso é uma tentativa de aproximação da população criminalizada pela realização do aborto, da população desinformada quanto aos riscos da sua realização ilegal e inadequada e quanto aos seus direitos; salvaguardando os critérios legais para o acesso à realização do aborto legal. Como proposta, o projeto contará com uma equipe composta de Assistentes Sociais, Pedagogos, Advogados e Psicólogos, deste modo, pretende-se contemplar as principais áreas da qual se demanda uma intervenção social para orientação, conscientização e educação em direitos humanos e acesso à saúde. O Serviço Social, trabalha na perspectiva da “defesa dos direitos humanos, ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade, com vistas à garantia dos direitos sociais e políticos das classes trabalhadoras” (CFESS, 2006). Respeitando opiniões, preocupa-se em ampliar a escuta e construir vínculos com a demanda do serviço. Desenvolvimento do trabalho O projeto dedicará atenção à população feminina de 13 a 20 anos, residentes na comunidade Rocinha no Rio de Janeiro – Brasil, economicamente desfavorecida, sob os riscos do aborto e os critérios para a autorização do mesmo em caso de gravidez indesejada. As atividades implementadas no projeto

estão pautadas na criação de um ambiente de trabalho participativo e construtivo, com foco na interdisciplinaridade e na inclusão do usuário nas políticas públicas executadas dentro do Sistema Único de Saúde, bem como em outras esferas públicas de execução de políticas e acesso a direitos. A partir das ações coletivas, (grupo) contemplar-se-á o aprofundamento de questões ligadas à condição de saúde dos usuários e a possibilidade de através de rodas de conversas, de trocar experiências entre pessoas que vivenciam a mesma realidade, desmistificar os mitos e trabalhar preconceitos. Neste sentido, as estratégias utilizadas pelo Serviço Social, reforçam ou possibilitam ações interligadas e complementares que caminham para efetivação o direito social à saúde e reconhecem o usuário atendido como sujeito de direitos. Contudo, assim como o serviço social terá uma grande responsabilidade nesse projeto, a colaboração do pedagogo também será de grande valia nas instituições de ensino. O pedagogo ocupa um amplo espaço na organização do trabalho pedagógico na escola, sendo um articulador no processo de formação cultural que se dá no interior da escola. Sua presença, é fundamental na organização das práticas pedagógicas e conseqüentemente na efetivação das propostas. É o mediador no processo ensino-aprendizagem, de forma a garantir a consistência das ações pedagógicas. Desta forma, o pedagogo como profissional capacitado e capaz de ensinar e mobilizar as diferentes áreas do conhecimento para fazer educação com qualidade e responsabilizar-se pelo pleno desenvolvimento das potencialidades do educando, estará preparado para lidar com criatividade e flexibilidade com problemas relacionados às questões decorrentes da diversidade cultural que caracterizam nossa sociedade. O quadro no qual trabalharemos é de

jovens que estão vivendo uma sexualidade sem instrução suficiente para tratar das adversidades da vida sexual, o papel do educador, neste caso, é fornecer elementos que ampliem essa bagagem. Este trabalho será para a conscientização da população para com seus direitos enquanto seres pertencentes a uma sociedade dominada por uma cultura e classes hegemônicas. Pesquisas apontam que nos últimos anos, especificamente em 2005, que mais de um milhão de mulheres induziram o aborto e dentro deste número aproximadamente 7% das mulheres eram adolescentes. Diante de tal fato, é necessário alertar a população dos riscos que um aborto ilegal pode ter e das implicações legais para com a justiça brasileira que criminaliza tal ato. Através do debate a respeito da trajetória histórica do aborto no Brasil, da política e cultura de um modo geral poderão refletir à luz da concepção de cultura como potencializadora da consciência crítica e como um forte aparelho contra-hegemônico e efetivamente trabalhar sobre essa realidade social no sentido de dar informações sobre direitos e combater violações mostrando à população os limites e possibilidades no acesso ao aborto legalizado. Resultados e/ou impactos: O projeto encontra-se em fase de construção e implementação, pois pretendemos executá-lo em coerência com as demandas reais do local de trabalho, sendo assim, não há até o momento dados conclusivos sobre os resultados obtidos. No entanto, já idealizamos o método avaliativo bem como indicadores de avaliação do projeto. Em relação à equipe técnica, tanto para o desenvolvimento da autoavaliação, quanto para a avaliação feita pelo coordenador, se constituirá critérios importantes ao conhecimento das políticas públicas e legislação, instrumentos e técnicas de intervenção, compromisso ético com o usuário atendido, capacidade propositiva, iniciativa, capacidade de

articulação teoria X realidade. Em relação à avaliação do processo de trabalho, o técnico será estimulado a avaliar se os objetivos do trabalho estão sendo atingidos ou não, o atendimento às principais demandas, quais as possibilidades e limites do processo de intervenção e como as ações se relacionam à política de saúde. No método avaliativo, usaremos a construção de diário de campo como instrumento de memória, relato e sistematização da prática profissional, lista de presença, reuniões com a equipe do projeto onde buscamos a troca de experiências do cotidiano do atendimento aos usuários, participações dos grupos, além também de instrumentos comuns de estatística (prontuários e livro de ocorrência) e formulários avaliativos. Considerações finais: Por meio deste projeto poderemos contribuir para a construção da concepção de cidadão com direitos e deveres, mas de forma mais acessível para o entendimento da população que muitas vezes sequer tem acesso ou conhecimento sobre direitos básicos garantidos constitucionalmente. Através da intervenção do projeto no sentido até de assessorar representantes comunitários, funcionários da saúde e entidades públicas ligadas ao atendimento ao público (postos de saúde, fórum, escolas, etc.) ou entidades privadas enquanto propagadores tanto de informação quanto de encaminhamentos para o acesso a políticas públicas e direitos sociais. Fortaleceremos a noção de cidadão com direito à vida, à liberdade, de votar e ser votado (sem prejuízo de sua autonomia enquanto cidadão), à saúde, trabalho justo, à educação, à previdência, à igualdade de direitos. E contribuir para a construção do cidadão “pleno em seus direitos, com a participação consciente e responsável do indivíduo na sociedade e zelando para que seus direitos não sejam violados”. (MPF, 2011).

ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROGRAMA MAIS MÉDICO (PMM)

Douglas Valletta Luz, Simione Fátima Cesar Silva

Palavras-chave: Participação social, Mais Médicos, Conselho Nacional de Saúde, Conferências Nacionais de Saúde, Sistema Único de Saúde, Médicos

APRESENTAÇÃO: O trabalho apresenta levantamento sobre a participação social na modelagem do PMM. O objetivo foi de compreender se houve e, em caso positivo, que impacto teve a participação social, por meio dos espaços institucionais previstos pelo Sistema Único de Saúde (SUS): o Conselho Nacional de Saúde, instância permanente de controle social, e as Conferências Nacionais de Saúde, que ocorrem periodicamente. Para efeito analítico, o processo de modelagem foi dividido em três estágios, baseados na classificação proposta por Rodrigues (2010, p. 46-52): i. Formação da agenda: a questão a ser enfrentada adquire status de problema público. Esse é um problema para entrar na agenda de governo? ii. Formulação: desenho de ações que sejam aceitáveis e pertinentes para lidar com determinado problema. Como lidar com o problema público que o governo irá enfrentar? iii. Chancela: apoio político e social à proposta de política pública que será implementada. O enfrentamento proposto pelo governo tem apoio? Para efeito da mensuração do impacto da possível participação, foram consideradas três gradações: i. Alto impacto: grande participação, com contribuição efetiva ao estágio em análise. ii. Médio impacto: participação parcial, com contribuição em parte ao estágio em análise. iii. Baixo impacto: pouca participação, praticamente sem contribuição ao estágio em análise. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A pesquisa foi realizada conforme tipologia

proposta por Vergara (2011), que divide os tipos de pesquisa quanto a fins e quanto a meios. Quanto aos fins, é exploratória e analítica. Quanto aos meios, trata-se de pesquisa bibliográfica, amparada em documentos disponíveis pelo Conselho e Conferências de Saúde entre janeiro/2011 e agosto/2013, demarcando o início da primeira gestão do Governo Dilma e um mês após a edição da Medida Provisória que instituiu o PMM. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Atenção Básica e Provimento de Médicos A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) estabelece que a Atenção Básica (AB) é a ordenadora da atenção à saúde, devendo ser descentralizada e capilarizada. A Estratégia Saúde da Família (ESF), concebida em 1994, reordena o modelo de atenção, com foco no território e na promoção da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) não preconiza uma densidade ideal de médico/habitante, porém o Ministério da Saúde (MS) adotou como padrão a densidade de 2,7 médicos/mil habitantes. A OMS, contudo, mantém a meta de que a proporção de médicos na AB ultrapasse 40% do total da força de trabalho médico (ALESSIO: 2015). Segundo o MS, em 2012 o Brasil tinha 1,8 médicos/mil habitantes e de 2003 a 2011, o número de postos de emprego formal criados para médicos foi de 147 mil contra 93 mil formados (déficit de 54 mil). A dificuldade de contratação e manutenção de médicos para a AB foi apresentada continuamente como demanda prioritária pelos Secretários Municipais de Saúde e Prefeitos. Entre 1994 e 2014 a cobertura populacional pela ESF passou de 5% de para 60%, porém os novos postos de trabalho para médicos, não foram preenchidos. No final de 2013, as solicitações de gestores municipais por médicos chegaram a mais de 14 mil. **3.2. Ações anteriores** O Projeto Rondon e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), anteriores ao

SUS, propuseram a interiorização da saúde. Em 1993, foi instituído o Programa de Interiorização do SUS (PISUS), interiorizando médico e equipe mínima e teve duração de 11 meses. Em 2001, foi criado o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), interiorizando médicos e enfermeiros que durou até 2004 e teve 4,7 mil médicos inscritos, mas apenas 469 foram para municípios. Em 2011, foi criado o Programa de Valorização do Profissional da AB (Provab), para o provimento de médicos, enfermeiros e dentistas no interior e periferias de grandes cidades, que entre 2012/2013, alocou mais de 4 mil médicos. **3.3. O Programa Mais Médico (PMM)** Em julho/2013, o Governo Federal lançou o PMM, com ações de curto, médio e longo prazo para melhorar o provimento de médicos nas regiões de maior dificuldade: interior, periferia e áreas remotas. Envolve o provimento imediato de médicos em equipes da ESF; reformulação do ensino médico e residências médicas; instituição do estágio prático de graduação obrigatório no SUS e de pelo menos um ano obrigatório de residência em Medicina de Família e Comunidade antes de continuidade em outras residências; bem como a expansão dos cursos de medicina e de residência para o interior e áreas até então sem cursos de medicina. **Participação Social no SUS:** A participação social na saúde foi uma das principais inovações introduzidas pela Constituição Federal/88. Essa inovação foi incrementada pela Lei 8.142/1990, que incluiu a participação dos usuários na gestão do SUS, estendendo a participação à formulação e ao controle da execução da política de saúde (SILVA: 2011), por meio de dois instrumentos: Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde nas três instâncias de gestão federativa. O Conselho Nacional de Saúde representou um dispositivo fundamental na resolução dos conflitos decorrentes da implementação do SUS,

contribuindo para as negociações de questões que extrapolam as competências de seus gestores. As Conferências de Saúde devem acontecer a cada quatro anos com a representação de vários segmentos sociais, “para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde [...], convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde” (BRASIL. Lei 8.142/1990). **ANÁLISE DOS RESULTADOS:** A análise dos resultados da pesquisa, com base nas três gradações propostas, demonstra que houve participação social na modelagem do PMM por meio dos instrumentos de participação de âmbito nacional previstos pelo SUS. **Formação da agenda:** nesse estágio, a participação social teve alto impacto, na medida em que os temas enfrentados pelo PMM foram pautados continuamente. **Formulação:** nesse estágio, a participação social havida nas instâncias nacionais de participação social teve baixo impacto, na medida em que o processo de formulação do PMM não foi aberto à discussão e deliberação. **Chancela:** nesse estágio, a participação social teve alto impacto, na medida em que houve apoio imediato ao lançamento do PMM, inclusive com publicação e Resolução pelo Conselho Nacional e recomendações para sua implementação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O trabalho permitiu verificar que houve participação na modelagem do PMM por meio da atuação da sociedade civil no Conselho Nacional de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde. Essa participação, contudo, não foi uniforme. A análise da pesquisa documental demonstrou que ela teve alto impacto para a formação da agenda e para sua chancela. Contudo, o impacto foi baixo no período de formulação propriamente dito. A análise documental demonstrou que, mesmo sem vinculação da participação social à marca do PMM, houve, sim, discussões, moções

de apoio, recomendações, resoluções e relatórios diretamente relacionados às pautas e questões primordiais que representam o arcabouço técnico e legal e que são propostas como objetivos a serem alcançados pelo Programa. Finalmente, é importante mencionar que, após o lançamento do PMM, em seu estágio de “chancela”, houve audiências públicas no Congresso Nacional e no Supremo Tribunal Federal, nas quais o Programa foi debatido pela sociedade e membros dos Poderes Legislativo e Judiciário. Em outubro/2013, houve a principal chancela ao Programa, com a sanção da Lei que instituiu o Programa, que posteriormente também teve sua constitucionalidade atestada pelo Poder Judiciário.

ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE (RE) POVOAMENTO DO ESPAÇO PÚBLICO A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA/ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL E NA ITÁLIA

Gabriel Calazans Baptista, Brigida Lilia Marta, Cristian Fabiano Guimarães, Alessandra Xavier Bueno, Frederico Viana Machado, Ardigó Martino, Maria Augusta Nicoli, Alcindo Antônio Ferla

Palavras-chave: participação social em saúde, cooperação internacional, atenção primária

A pesquisa aqui apresentada está sendo desenvolvida em cooperação com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Rede Governo Colaborativo em Saúde, a Universidade de Bologna e a Agenzia Sociale e Sanitaria da Região Emilia-Romagna. Estas são instituições que compõem o Laboratório Ítalo Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, um dispositivo criado em 2014 que agrega diferentes universidades e instituições entre

Itália e Brasil, com o objetivo de promover atividades de pesquisa, formação e troca de experiências no campo da Saúde Coletiva e da Atenção Primária em Saúde, visando a inovação e o fortalecimento dos sistemas públicos de saúde de ambos os países. Existe uma aproximação histórica entre Itália e Brasil e uma influência recíproca na estruturação de sistemas de saúde públicos e universais baseados na Atenção Primária em Saúde, nos quais a participação é uma das diretrizes fundamentais, assim como a responsabilidade de defender os princípios teóricos da equidade, universalidade, participação, nas práticas e na formação dos profissionais de saúde. Atualmente estamos vivendo no espaço da globalização e de fortes transformações das necessidades de saúde, tais como o aumento das desigualdades, da vulnerabilidade social e das condições crônicas. Estes processos revelam nitidamente os limites de uma abordagem técnica e setorializada, focada no cuidado hospitalar, e chamam para uma transformação da nossa abordagem em quanto gestores, profissionais e pesquisadores, seja do ponto de vista teórico que das metodologias e das ferramentas de trabalho. Coerentemente com esta visão, são vários os autores e as referências internacionais que apontam como fundamental a promoção de práticas que estimulem a participação social no planejamento e na formulação de novas estratégias de cuidado. Considerando o cenário e o período histórico descritos, tanto na Itália como no Brasil, é particularmente importante valorizar os espaços de participação no campo da saúde, bem como adquirir novas formas de análise e compreensão interdisciplinares em torno desta questão, por meio da estruturação de redes locais e internacionais que permitam a troca de experiências e de práticas, e a construção de novas ferramentas de ação. Tais elementos são úteis para desencadear

processos de transformação de longo prazo, que possam oportunizar a criação de novas ideias que constituam arranjos organizacionais entre serviços de saúde de ambos os países. Em ambos os países existe o desafio de promover uma abordagem baseada no levantamento de problemas de saúde junto com a comunidade, potenciando espaços de participação e de construção compartilhada com todos os setores da comunidade, valorizando os territórios, os recursos formais e informais da população e o trabalho intersetorial. Partindo de tais considerações o objetivo desta pesquisa é identificar e analisar experiências e práticas locais de participação nos serviços sociais e de saúde no Brasil e na Itália, capazes de fazer avançar o princípio da integralidade nas políticas públicas no âmbito da atenção primária em saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** descrição da experiência ou método do estudo Esta investigação é desenvolvida em articulação com os serviços de saúde de atenção primária tanto no Brasil quanto na Itália. A abordagem de referência é a das redes multilocais e multi-situadas, ou seja, o desenvolvimento de atividades que possam fortalecer a conexão entre diferentes atores institucionais ao nível local, tais como gestores, profissionais, comunidade, pesquisadores, em relação a análise de questões de interesse comum e transversal (cooperação multi-situada). E por outro lado, estruturar redes internacionais que envolvam os territórios locais dos dois países (cooperação multilocal) a fim de conectar as boas práticas e as estratégias desenvolvidas a nível local/regional e readaptá-las nos próprios contextos de referência. A metodologia utilizada é a da pesquisa-intervenção, ou seja, o desenvolvimento de atividades a partir da imersão nos serviços e das necessidades concretas dos profissionais e da comunidade, através de ações que envolvam horizontalmente os sujeitos a

partir de suas experiências, de seus recursos e das questões por eles identificadas como relevantes. A pesquisa é sempre acompanhada por atividades de formação e de intervenção para a transformação das práticas. A partir da imersão nos serviços, pretende-se, junto com os trabalhadores, produzir conhecimento e analisar os processos de participação em saúde, através da metodologia da pesquisa intervenção e de um modelo composto por várias etapas, entre as quais à análise de casos; a reflexão sobre como tais situações atravessam diferentes contextos sociais; e por fim a projeção de novos círculos de participação e intervenção. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa. O projeto encontra-se na primeira fase, sendo previstos quatro anos de pesquisa, divididos em três etapas principais: Construção de uma “gramática conceitual” e uma estratégia metodológica comum (ano 1). Neste primeiro momento, por meio das experiências dos parceiros da pesquisa e da revisão da literatura internacional e nacional de referência, esta sendo construído um quadro teórico-conceitual comum entre Brasil e Itália, propicie a articulação entre as diferentes compreensões sobre as práticas de participação. Da mesma forma, esta sendo elaborada uma metodologia que permita analisar de forma comparada o contexto italiano e o brasileiro em relação aos arranjos de participação social em saúde, com particular atenção sobre o efeito da participação nos processos de assistência, de gestão, de participação e de formação nos contextos estudados. A segunda etapa consiste na imersão nos serviços sócio-sanitários e desenvolvimento de práticas inovadoras (anos 2 e 3); e terceiro momento consiste na análise de dados e elaboração de Relatório de Pesquisa (ano 4). São objetivos específicos do projeto: - Promover aproximação entre os territórios

através da construção de quadro teórico-conceitual comum; - Promover a construção de redes entre profissionais, acadêmicos e comunidade, no Brasil e Itália; - Identificar territórios, experiências e campos de análise; - Construir uma metodologia de análise e avaliação conjunta das experiências de participação nos dois contextos; - Analisar e avaliar as experiências de participação nos territórios identificados; - Investigar práticas que contribuam para qualificar os processos de gestão participativa e a governança pública sócio-sanitária. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Busca-se entender que elementos podem facilitar a participação, tendo em vista a construção de um espaço público não-individual, que sirva como mecanismo de aproximação das políticas sócio-sanitárias e de produção da integralidade do cuidado através do acompanhamento das respostas locais dos serviços e da comunidade, contribuindo para a mudança do modelo de atenção à saúde, com foco na atenção primária em saúde.

AS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E A POLÍTICA DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL DO SUS

Danielli Pin Tonoli, Marina Eulália Vieira do Nascimento, Fabiana Turino, Francis Sodrê, Maristela Dalbello-Araújo

Palavras-chave: Controle Social, Participação Social, Organização Social

A crise fiscal do Estado teve seu início nos anos 1970 no cenário mundial, porém foi somente na década de 80 que se firmou na América Latina, principalmente no Brasil. A medida de enfrentamento proposta foi a Reforma do Estado que foi idealizada através do Plano Diretor da Reforma Administrativa do Estado (PDRE) criado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) em 1995. Com a reforma gerencial o Estado reduz sua função à execução de

serviços, passando, dessa forma, a restringir-se a um regulador de serviços. É possível afirmar que a Reforma do Estado serviu para transferir ao setor privado as suas funções sociais, destinando-as ao mercado. Com o neoliberalismo, a política social tomou o rumo da privatização, da focalização, da seletividade e da descentralização. A saúde foi aberta para o mercado, processo conhecido como o “Desmonte da Saúde Pública”. A partir da descentralização das políticas sociais, a responsabilidade de gerir foi transferida para o âmbito privado, o que expandiu ainda mais após a formulação do “Programa de Publicização”. Assim, como consequência temos a flexibilização dos contratos de trabalho, e também o desmonte da gestão única do SUS. De posse de um Estado menor, reduzido de suas responsabilidades diretas com os serviços sociais, exercendo o papel de regulador, ele passa a subsidiar as entidades sem fins lucrativos, assim como as empresas públicas não-estatais, representados pelas Organizações Sociais. Na saúde pública interessou-nos sua implantação das Organizações Sociais de Saúde por meio da Lei nº 9.637/98, e dessa forma foram criadas as entidades privadas sem fins lucrativos que tem com o Estado um contrato de gestão e passam a ser responsáveis pelas atividades não-exclusivas do Estado. A saúde pública foi um dos principais alvos desse modelo de gestão. Nesse aspecto, as Organizações Sociais de Saúde (OSS) nos chamou atenção em função de ser um tema recente no Estado do Espírito Santo, sem muitas pesquisas concluídas. As OSS chegaram tardiamente no estado, em comparação ao nível nacional, mas não perdeu sua relevância por isso. Tendo um processo de expansão intenso. Em cinco anos das OSSs, três hospitais estaduais estão sendo gerenciados por essa forma de administração privada. No primeiro momento do estudo, escolhemos estudar como as organizações sociais foram

debatidas pelo conselho estadual de saúde (CES), pelo fato dos CES serem espaços deliberativos e de fundamental importância para o SUS. Ao tentarmos fazer a busca por produções científicas que contemplassem a temática do trabalho nos deparamos com a inexistência de livros sobre este tema. E ao procurarmos por teses e dissertações no site da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações – BDTD notamos que existem poucas teses e dissertações que abordavam a referida temática. A partir de uma perspectiva qualitativa, analisamos as atas com a finalidade de encontrarmos como aconteceu a implantação das OSSs no Espírito Santo, e como foram aprovadas as formas de gestão dessas instituições no CES. Definimos que começaríamos pelo ano de 2009, pois foi o primeiro ano de implantação das OSSs no Espírito Santo. No entanto, ao procurarmos no site do CES/ES as atas de 2009 não estavam disponibilizadas. Por este motivo, o corte temporal que escolhemos para começar a análise das atas foi de 2010 a 2015, referente à gestão completa do governo liderado por Renato Casagrande (PSB) e o início do governo de Paulo Hartung (PSDB). Para direcionar o trabalho de pesquisa nas atas, utilizamos um roteiro guia para auxiliar a leitura desses documentos, esse nos norteou na leitura e na coleta de dados. A partir de então procuramos durante a leitura identificar: os nomes das OSSs qualificadas no estado, a palavra organização social de saúde (no plural, no singular e na sigla), e os nomes dos três hospitais gerenciados por OSSs. Analisamos também como as OSSs aparecem nas reuniões: como ponto de pauta, inclusão ou informe. Qual seria o contexto que aparecem: se são nas reuniões ordinárias ou extraordinárias, por qual conselheiro foi proposto, se houve votação/deliberação, se houve questionamento ou discordância, se o presidente do CES/ES fez alguma intervenção. Partindo para a análise dos

dados coletados nas atas, percebemos que de 2010 a 2012 o CES/ES se mostrou pouco combativo e questionador, além de adotar uma postura conivente com a secretaria de saúde. Diversas reuniões não tinham quórum, as atas eram pouco descritivas e não traziam muitas informações sobre as reuniões. Nota-se, também, que o fato do Presidente do CES/ES ser o secretário de saúde do estado talvez tenha inibido um enfrentamento maior por parte dos conselheiros. Em muitos momentos o presidente do CES/ES aparentou defender/representar apenas a governo do estado, inclusive com seus discursos a favor da gestão privada. Mostrou-se favorável e até mesmo defendeu o modelo de gestão por Organizações Sociais. Destacamos que os conselheiros representantes dos funcionários são os primeiros a questionarem sobre as OSSs, talvez pelo fato dos profissionais lidarem diretamente com a gestão das OSSs. Tardiamente os conselheiros representantes dos usuários também trouxeram uma série de questionamentos a respeito dos contratos de gestão das entidades, principalmente do Hospital Dr. Jayme dos Santos Neves. Acreditamos que os questionamentos não tenham surgido anteriormente, pelo fato dos usuários não conhecerem sobre o assunto. O tema OSSs nunca apareceu como ponto de pauta nas atas, por diversas vezes somente como inclusão ou informe. Os hospitais gerenciados por OSSs aparecem apenas três vezes como ponto de pauta, dentro de um período de cinco anos em que as OSSs já estavam no Estado. Em diversas reuniões os conselheiros solicitaram que fosse discutido o contrato de gestão dessas empresas, mas não foram acatados. Fizeram perguntas relevantes, mas não foram atendidos. O fato da contratação das OSSs não ter sido discutida e deliberada no CES/ES é inconstitucional, uma vez que é assegurada por lei que o controle social

tenha participação direta na política de saúde pública. No entanto, observamos que mesmo com muitos questionamentos, alguns assuntos foram aprovados, ou tinham apenas uma abstenção. Diante da leitura, as OSSs parecem ser privilegiadas pela SESA, uma vez que mesmo com vários cortes em hospitais filantrópicos elas não eram afetadas. Notamos que os conselheiros desconfiam de um possível favorecimento em relação a essas organizações pela SESA. Outro ponto que pudemos observar foi o processo de sucateamento dos hospitais públicos que parece estar ligado intimamente com o aparecimento das organizações, pois o governo deixa o hospital ser esvaído para em seguida entregá-lo a gestão das OSSs. Mas antes de entregá-lo, produz uma reforma do hospital transformando-o numa grande estrutura. Este é um fenômeno que se repete em quase todos os hospitais geridos pelas OSSs no ES. Os conselheiros não têm acesso aos hospitais gerenciados pelas OSSs, e que muitas vezes até o próprio conselho gestor da OSS é excluído de processos relevantes. Vimos que os conselheiros buscam certa autonomia e tentam efetivar e fazer com que seja reconhecida a participação no controle social dentro do SUS, como é garantido por lei. Ressaltamos que as pesquisas sobre os Conselhos Estaduais de Saúde e sobre Organizações Sociais de Saúde, ainda precisam de mais estudos e investigações que apontem como funciona o processo de trabalho na relação público-privado na gestão do Estado, entre outras temáticas quando enfrentadas para assegurar a participação social no SUS.

AS PESSOAS COM ALBINISMO E A PETIÇÃO PARA A FORMULAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA – APOSTA NA PRODUÇÃO DO CUIDADO À LUZ DE UM DISPOSITIVO NORMATIVO

Nereida Lúcia Palko dos Santos, Mirian Dias Miguel Alves, Dayane Brichi de Moraes, Tatiana Oliveira Moreira, Ana Lúcia Abrahão da Silva

Palavras-chave: albinismo, Política Pública, controle social, cuidado à saúde

A invisibilidade e o não reconhecimento público das pessoas com albinismo no Brasil afeta a produção da vida e do cuidado em saúde de diferentes formas em diferentes intensidades. Na saúde, os efeitos comumente decorrem de ausência de projetos singulares e compartilhados de cuidado, da carência de fluxos e arranjos para o cuidado desde o nascimento como ocorre com as pessoas com deficiência, ou de outro jeito, diferença. Entre os riscos físicos há o câncer de pele, comumente precoce. Intersetorialmente, a educação com as questões inerentes à visão subnormal e a inclusão social e escolar, e seus efeitos na formação e no mercado de trabalho impactam nas vidas das pessoas; ademais, há efeitos na seguridade social e nas questões de prevenção e promoção da saúde que se relacionam aos altos custos dos protetores solares, lentes filtrantes para os raios UVA e UVB, e para a aquisição de recursos óticos e não óticos. Diante do exposto, foram objetivos descrever e discutir o movimento de pessoas com albinismo do Brasil para o encaminhamento da petição pública para a Instituição da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Albinismo PROJETO DE LEI N.º 7.762-A, DE 2014 (Do Senado Federal) (7). A ideia da petição tomou corpo em setembro de 2012 no II ENCONTRO ESTADUAL DAS PESSOAS COM ALBINISMO - “Os Reflexos na Deficiência na Saúde e na Qualidade de vida das Pessoas Atingidas” - Bahia nas discussões nas plenárias e no levantamento das necessidades e demandas dos participantes. Desde então, a direção da APALBA – Associação Brasileira das

Pessoas com Albinismo da Bahia, o Grupo de Pessoas com Albinismo que se organizou no Rio de Janeiro vinculado ao Projeto de Extensão Universitária “As pessoas com albinismo e o direito à saúde: visibilidade e reconhecimento público – a enfermagem no contexto interdisciplinar da construção da carta de demandas do controle social” - UFRJ organizado em janeiro de 2013 como efeito do encontro de Salvador, e as pessoas com albinismo do Brasil e seus familiares organizaram-se presencialmente, por meio virtual a partir da comunidade “Albinos do Meu Brasil e do Mundo” na rede social e/ ou por correio eletrônico para o que culminou em agosto de 2015 na petição pública em tela. Neste movimento, há uma aposta do grupo nos dispositivos normativos como impulsionadores possíveis de produção do cuidado e do acesso e garantia de direitos, nem sempre presentes na vida de pessoas que vivem situações do entre, entre o normal e o diferente; entre a visão e a cegueira; entre a vida possível e a vida como está. Em abril de 2015, aproximadamente trinta pessoas com albinismo e seus familiares trabalharam por meio eletrônico no corpo do texto da petição. Após algumas rodadas por um mês, o texto final da petição foi formulado revelando dimensões políticas, sociais, econômicas e de direitos. Ao término deste período, a petição foi inserida na “Avaaz”, uma comunidade de mobilização “online”. Após a inserção no sistema, por aproximadamente dois meses, foram realizadas as assinaturas, e em agosto de 2015, a petição foi entregue na Bahia ao deputado relator para seu encaminhamento e tramitação do PL nº 7.762. No período descrito, foi realizada uma organização virtual dos envolvidos na elaboração da petição que levou a 1413 assinaturas até o início de agosto de 2015, assinada por pessoas com albinismo, seus familiares e simpatizantes deste movimento, relativos ou não ao grupo de pessoas com albinismo. O trabalho em tela trata de uma análise

preliminar de âmbito qualitativo documental que utiliza as informações quantitativas com procedimentos estatísticos descritivos simples, de forma a subsidiar a análise da primeira. Esse traz para o campo de análise, os registros em diários de campo e da narrativa e experiência dos pesquisadores-participantes do estudo, vinculados à pesquisa “CRIAÇÃO DE OBSERVATÓRIO MICROVETORIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE” no subprojeto “ANÁLISE MICROVETORIAL DE DISPOSITIVOS NORMATIVOS E LEGAIS RELACIONADAS AO CUIDADO À SAÚDE DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA” aprovado pelo Parecer nº 876.415 de 18/11/2014 do CEP da UNIVERSIDADE VEIGA DE ALMEIDA / UVA. Esta é uma análise preliminar na qual nos debruçamos após uma construção realizada a muitas mãos, com muitos desejos e apostas investidas. Entre essas, está envolvida uma certa perspectiva de visibilidade e reconhecimento público das pessoas com albinismo no Brasil, com a ideia de produzir impactos positivos nas suas vidas e de seus familiares, entre estas, o acesso a bens e serviços de forma ampla e irrestrita às pessoas com albinismo. Uma aposta na perspectiva que um dispositivo normativo possa contribuir à promoção do acesso, influenciando na qualificação de profissionais de saúde e dos caminhos a serem percorridos na busca da efetivação da integralidade. As assinaturas foram originadas a partir da divulgação nas redes de contatos das pessoas envolvidas, “boca a boca”, em contatos virtuais de mensagem instantânea, mensagens eletrônicas, espaços familiares e profissionais, entre outros. Além da divulgação, foram estabelecidas sistemáticas de contato, informação e divulgação por meio de dispositivos eletrônicos de trocas de mensagens instantâneas nas redes sociais com listas de checagem e codificações para até quatro tentativas. Das 1413 assinaturas em agosto de 2015, 329 (23,28%) foram

de pessoas com albinismo ou familiares destas, membros da comunidade virtual “Albinos do meu Brasil e do Mundo”, ou seja, das pessoas que sabemos com albinismo. Das 621 pessoas contatadas, 292 (20,6%), mesmo as que foram contatadas até quatro vezes, não foram signatárias. O estado com o maior quantitativo dos 329 subscreventes foi São Paulo com 105 (7,4%) assinaturas, seguido pela Bahia com 42 (3%) assinaturas e Rio de Janeiro com 41 (2,9%) assinaturas. Para além da localização, região ou população desses estados, destacamos que eles possuem atividades da APALBA na Bahia, do Grupo de Pessoas com Albinismo no Rio de Janeiro e de Atenção à saúde na Santa Casa de Misericórdia no Programa Pró-Albino, grupo esse com forte articulação virtual com pessoas de destaque midiático, por exemplo, a Família Cavalli (família com três filhos com albinismo precursores nas redes sociais de grupos de pessoas com albinismo) e Roberto Biscaro, o primeiro autor de autobiografia sobre a vida de uma pessoa com albinismo. Dos 329 participantes, 49 (15%) são pais ou mães de crianças e adolescentes com albinismo, 3,4% do total (1413) de assinaturas, uma perspectiva de apostas e possibilidades para crianças e jovens em tempos e matrizes para a produção de vida com singularidades distintas das atuais, para as gerações futuras. Nos chama a atenção a percepção da produção de narrativas cotidianas que conformam demandas e necessidades, e paradoxalmente, ao articularem-se para uma mobilização social como produtores de direitos, não dialogam com a adesão, com movimento e mobilização nesta que, entre outras dimensões, perfaz uma luta por reconhecimento público e visibilidade social deste grupo populacional. Neste sentido, elaboramos alguns pressupostos a serem investigados e analisados futuramente. Esta análise preliminar possibilita leituras acerca dos movimentos que as pessoas com

albinismo estão produzindo no Brasil, das apostas em dispositivos normativos como ferramentas à superação de diferenças e desigualdades, e nesta lógica, da produção do cuidado; e ainda, dos sentidos e matrizes que operam neste cenário na produção de suas vidas, resistência, subversão e aquiescência a regimes e matrizes discursivas que vigoram na sociedade e Estado.

CENÁRIOS DE PRODUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DOS HOMENS NO BRASIL

Ana Paula Azevedo Hemmi, Tatiana Vargas de Faria Baptista

Palavras-chave: Saúde do Homem, Política de Saúde, Participação Social

APRESENTAÇÃO: Desde os anos 2000, é possível perceber diversos países debatendo a Saúde do Homem, no que se refere à assistência ao homem, aos aspectos de morbimortalidade da população masculina, assim como políticas destinadas a esse público. No Brasil, a política destinada aos homens foi lançada, em 2009 pelo Ministério da Saúde, e encontra-se documentada no texto “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” (PNAISH). Segundo a PNAISH, sua construção contou com a participação de profissionais da saúde, gestores, sociedade civil e acadêmicos. O objetivo deste estudo é analisar a construção da Política de Saúde do Homem no Brasil tendo como questão principal como e quem participou da construção dessa política. Partimos, inicialmente, do pressuposto que política é um processo complexo e condicionado historicamente, por isso sua análise pode ser orientada por diversas opções teóricas. Partimos de duas perspectivas para chegarmos à análise proposta, uma se refere à análise de política utilizada por Ball e seus colaboradores,

como um método de se pensar políticas, que nos oferece elementos importantes para analisarmos a construção da política de saúde dos homens no Brasil. Os autores consideram que há diferentes contextos em que há produção de texto e formulação de uma política. Porém, os diferentes contextos não são estanques, mas se interpenetram uns nos outros. Aqui, assumiremos a posição de que a política acontece, simultaneamente ou não, em diversos lugares, inclusive na prática de profissionais ou mesmo por movimentos sociais. Além desses autores, e como uma segunda perspectiva para análise, consideramos alguns conceitos, tais como agentes sociais, campo e espaço social formulados por Pierre Bourdieu. Os dados preliminares da pesquisa revelam como diferentes contextos com seus respectivos participantes têm conduzido essa política no país. Foram analisados três contextos para a análise da construção da Política de Saúde dos Homens no Brasil. Um se refere ao contexto do governo brasileiro no que tange ao setor saúde no momento correspondente à formulação da política para homens no Brasil. O segundo contexto refere-se ao âmbito legislativo, com a identificação de como a política em questão foi ou está sendo abordada no Congresso Nacional. E o terceiro contexto refere-se ao debate acadêmico, com o objetivo de identificarmos como o tema e a política tem sido abordada na literatura científica. Em relação ao contexto do governo brasileiro, a política de saúde dos homens foi formulada durante o segundo mandato do Governo de Luís Inácio Lula da Silva, compreendido no período de 2007 a 2010, tendo como Ministro da Saúde José Gomes Temporão, que permaneceu neste cargo no período de março de 2007 a dezembro de 2010. É possível caracterizar o Governo Lula como atento ao desenvolvimento da economia, ao mesmo tempo em que priorizou o aspecto social e político. Outro aspecto deste Governo se

refere à ampliação dos canais e mecanismos de diálogo social, representando, dessa forma, uma valorização à dimensão democrática. Ainda que as demandas a grupos específicos tenham sido abordadas no Governo Lula, não se pode dizer que o projeto de saúde pública como um todo tenha sido prioridade nesse período. Em relação aos projetos de Lei propostos pelo Poder Legislativo, considerando o contexto legislativo, é possível identificar, em pesquisa ao site do Senado Federal, que há vinte e uma (21) propostas que possuem relação com o Tema “Saúde do Homem”. Mas, ao lermos as ementas das propostas, é possível perceber que ligado à expressão “Saúde do Homem”, conforme a definição dos Descritores em Ciências da Saúde, há somente treze (13) projetos representando 62%, aproximadamente, dos projetos apresentados. Desse total, dois (2) se relacionam à política de saúde do homem; dois (2) ao estabelecimento de um dia ou uma semana dedicados à saúde masculina; dois (2) se relacionam ao combate ao câncer de próstata; quatro (4) se referem ao planejamento familiar; os demais encontram-se relacionados a temas específicos como realização de exames mamográficos, controle de zoonoses no meio urbano e proteção a trabalhadores de biotérios. E em relação ao contexto acadêmico, foram realizadas revisões em três Bases de Dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scopus e Web of Science. Ao analisarmos como têm evoluído as publicações a respeito do tema “Saúde do Homem”, tanto em âmbito nacional quanto internacional, percebemos que houve uma estabilidade nas publicações por um período de dez anos (entre os anos 1998 e 2008). Em 2009, há um crescimento do número de publicações sobre o tema tanto em âmbito nacional quanto internacional. É possível perceber que antes de 2008, as publicações aconteceram de maneira

tímida, crescendo substancialmente neste ano até 2014. Se analisarmos os temas de publicações, podemos perceber que o início da discussão, no meio acadêmico sobre política para homens no Brasil, ocorre a partir da publicação da PNAISH em 2009, ganhando maior expressividade em 2012. Em 2013 e 2014, percebe-se que o número de publicações mantiveram-se estáveis. Podemos comparar como a publicação em torno de aspectos de morbimortalidade, relação de gênero e assistência ao homem nos serviços de saúde têm ganhado maior destaque no meio acadêmico se comparados aos aspectos ligados à políticas para homens. E se destacarmos qual o aspecto relacionado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) ou ao Programa ou Política para Homens, no caso de estudos de outros países, podemos perceber que há a seguinte relação: três (3) artigos referentes à avaliação de política; oito (8) sobre formulação; vinte (20) sobre implementação; oito (8) sobre reflexão sobre políticas para homens e quatro (4) artigos sobre proposições. A partir da análise dos três contextos, é possível ter uma visualização dos possíveis participantes na construção dessa política, pertencentes a diversos campos. Essa abordagem tem sido muito importante para compreendermos como uma política não se restringe somente a um âmbito para que se efetive. Há diferentes discursos sendo construídos em torno do tema Saúde do Homem e proferidos por diferentes agentes sociais que, por sua vez, ocupam diferentes campos. Acreditamos que a partir desses agentes, compreenderemos como ocorreu a participação dos diferentes agentes para que essa política fosse construída. A partir disso, acreditamos ter elementos para pensarmos como as políticas de saúde no nosso país estão sendo elaboradas.

CONHECIMENTO DE JOVENS-ADOLESCENTES DO ENSINO MÉDIO ACERCA DO HIV/AIDS

Jaciely Garcia Caldas, Fabio Pereira Soares, Luciana Pinto Oliveira, Catarina Martins Ferreira, Renata da Silva Corrêa, Tiago de Nazaré das Chagas e Chagas, Eliã Pinheiro Botelho, Bruno Diego Lima Ribeiro

Palavras-chave: Conhecimento de Jovens-adolescentes, Ensino Médio, HIV/AIDS

Apresentação: A Síndrome da Doença Imunologicamente Adquirida (AIDS) é provocada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que promove perda progressiva da imunidade celular e, conseqüentemente, o favorecimento de infecções oportunistas, e nesse contexto vale destacar região Norte pelo seu alto índice. (Fauci, 2003). O Estado do Pará é o quinto lugar na região em taxa de detecção do HIV e o décimo quarto em termos de unidades federativas, ocupando o terceiro lugar na taxa de mortalidade a nível nacional, sendo que Belém é a oitava capital brasileira com maior taxa de detecção do HIV em todo o país. Entretanto, o maior destaque é em decorrência da rápida elevação do número de casos: em 2003 a taxa de detecção estava em 10 casos (x100mil habitantes), mas 9 anos depois, em 2012, essa taxa é de 26 casos (x100mil habitantes) (Brasil, 2013) Objetivo: Avaliar o nível de conhecimento dos alunos do nível Médio, da Escola Estadual Dr. Justo Chermont (EEJCh) concernente à transmissão/prevenção, epidemiologia e tratamento do HIV/AIDS; Método do Estudo: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Fizeram parte do estudo alunos voluntários do ensino médio da EEJCh, localizada no município de Belém. Foi aplicado um questionário semiestruturado contendo questões fechadas dados sócio demográfico

(idade, situação civil, orientação sexual, escolaridade dos pais, números de parceiros sexuais e renda familiar) sobre comportamento de risco (uso constante de preservativos, sobre o conhecimento do uso do preservativo masculino e feminino, além da frequência de testagem para o HIV). As questões visando avaliar o conhecimento sobre o HIV foram divididas em três tópicos: 1) transmissão/prevenção, 2) epidemiologia e 3) tratamento para o HIV/AIDS. Resultados e/ou impactos: Participaram da pesquisa 123 jovens adolescentes do ensino médio, sendo 86 do sexo masculino (49.71%) e 87 do sexo feminino (50.28%), com idade entre 15 e 21 anos. 48 alunos cursavam a primeira (1^a) série do ensino médio, 31 alunos a segunda (2^a) série e 44 alunos a terceira (3^a) série do ensino médio. A análise dos dados sócio demográficos dos alunos da EEJCh mostrou que 87.05% dos alunos eram solteiros e 6.36% casados. 87.95% dos alunos disseram serem heterossexuais, 5.54% homossexual e 5.38% bissexual. Em relação ao número de parceiros sexuais no último ano não foi observado diferença significativa entre os gêneros feminino e masculino, onde as alunas tiveram em média 1.62 parceiros sexuais enquanto os alunos 1.82 parceiras. No que se refere à escolaridade das mães dos alunos, 17.97% dos alunos disseram que as mães possuíam o primeiro (1^o) grau incompleto, 12.91% o 1^o grau completo, 10.16% o segundo (2^o) grau incompleto, 10.97% o 2^o grau completo, 21.21% o terceiro (3^o) grau completo e 8.80% com pós-graduação completa. Em relação à escolaridade dos pais 25.63% dos alunos disseram que os pais possuíam o 1^o grau incompleto, 10.36% o 1^o grau completo, 7.19% o segundo grau incompleto, 12.53% o 2^o Grau Completo, 8.01% o 3^o grau incompleto, 18.12% o 3^o grau completo, 10.89% possuíam pós-graduação incompleta e 5.1% a pós-graduação completa. Na renda salarial familiar, 34.23%

dos alunos disseram ter uma renda inferior a 1 salário mínimo, 48.42% entre 1 a 3 salários mínimos, 11.87% de 3 a 5 salários mínimos e 4.72% de 5 a 10 salários mínimos. A partir da análise dos dados pode-se afirmar que o maior percentual de estudantes fazem parte da classe média baixa, sendo que seus pais apresentam 3^o grau incompleto ou completo. Em relação ao uso de preservativo foi observado que os alunos do 2^o ano são o que mais utilizam seguidos pelos do 3^o ano e 1^o ano, sendo que possuem conhecimento sobre o uso da camisinha masculina, entretanto obtiveram-se baixos índices em relação ao uso da camisinha feminina. Nossos resultados mostram que dos alunos da 1^a série 41,91% fazem o uso constante de preservativo, 58.18% dizem saber usar o preservativo masculino e 32.82% sabem usar o preservativo feminino. Já na 2^a série 40% dos alunos fazem uso constante do preservativo, 56.25% sabem usar o preservativo masculino e 15.83% sabem usar o preservativo feminino. Para a 3^a série os resultados não foram diferentes, onde 47.5% dos alunos fazem uso constante do preservativo, 61.25% dizem saber usar o preservativo masculino e 28.33% sabem usar o preservativo feminino. Quanto ao teste para o HIV, somente 4% dos alunos da 1^a série já realizaram o teste para o HIV, sendo o percentual não muito diferente para a 2^a e 3^a série, 6,25% e 4,16%, respectivamente. Quando analisado o questionário de conhecimento do HIV, no tópico de Transmissão/Prevenção não foi observada nenhuma diferença estatística significativa para a média de porcentagem de acertos para os alunos da 1^a e da 2^a série entre os gêneros masculino e feminino, respectivamente: 1^a série: 38.81% versus (vs) 42.56%, p=0.52; 2^a série: 53.85% vs. 56.82%, p=0.69. Todavia, na 3^a série os alunos tiveram uma porcentagem média de acertos superior à obtida pelas alunas: 62.73% vs. 51.52%, p=0.02. Os alunos

também apresentaram uma evolução de conhecimento de prevenção/transmissão do HIV maior que o das alunas, onde os alunos na 1^a série apresentaram uma média de acerto de 38.81% os do 3^o ano de 62.72%, enquanto as alunas do 1^o ano apresentaram uma média de porcentagem de acertos de 42.56% de acertos e de 51.51% no 3^o. Os alunos do primeiro ano possuíam um conhecimento menor do que o das alunas (epidemiologia: 19.23% vs 40.22% $p=0.02$; Tratamento: 40.38% vs 56.81% $p=0.15$), sem nenhuma diferença entre os gêneros para o 2^a e 3^a séries. Todavia, o nível de conhecimento epidemiológico manteve-se constante entre os níveis escolares, enquanto o nível de conhecimento para o tratamento do HIV mostra uma evolução crescente. Considerações Finais: Pode-se afirmar que os alunos possuem uma falha no conhecimento ao que tange epidemiologia, algo que deve ser reforçado pela comunidade escolar, e pelos profissionais de saúde, além de dificuldades com relação à transmissão e prevenção que é o principal responsável pelo aumento dos índices da doença no grupo de adolescente, e é importante meio para combater a doença na sociedade. Diante disso conclui-se que se necessita de educação em saúde com alunos, principalmente ao que tange transmissão e prevenção, utilizando-se de tecnologias educativas para o repasse de informação para atrair a atenção dos estudantes e tornar o repasse de informação mais dinâmico e que resulte em alteração da atual realidade. Contudo, o profissional de saúde deve inserir-se nessa perspectiva e nesse ambiente para promover promoção em saúde para a população em questão, aliando-se com os professores e outros que fazem parte do ambiente escolar.

CONSELHOS DE SAÚDE E APONTAMENTOS PARA AÇÕES EFETIVAS

Bruna Ceruti Quintanilha, Sara Gonçalves Luiz, Maristela Dalbello-Araujo

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como a instituição da Participação Social neste país, possui mais de duas décadas. O processo de construção da participação ainda se depara com muitos desafios, sobretudo no âmbito dos Conselhos de Saúde. São obstáculos que colocam em evidência a legitimidade do funcionamento desses espaços e sinalizam para a necessidade de discussão e análise do cotidiano das práticas dos atores. A política de saúde brasileira vem passando por um peculiar dilema: tem avanços admiráveis em algumas áreas e apresenta limitações importantes em outras. Uma das facetas desse dilema pode ser percebida nos mecanismos instituídos de participação social, que ora se mostram efetivos e ora se apresentam ineficazes. Pudemos perceber, a partir de revisão da literatura, que a maior parte das pesquisas dão enfoque às dificuldades e problemas na gestão e funcionamento dos conselhos de saúde. Neste sentido, destacam-se os boicotes das formas autoritárias e tradicionais de gestão; os desafios do modelo de gerencial da saúde; as dificuldades do desenho institucional e organizacional desses colegiados; a falta de legitimidade da representação; a insipiência da transparência e publicização das ações empreendidas nesses locais; a desinformação dos atores sociais envolvidos no processo e, por fim, a assimetria das relações de força e poder. Percebemos esses reveses como obstáculos que sinalizam para questões macro e micropolíticas, sociais, econômicas e culturais, que atravessam a participação continuamente no âmbito da política de saúde brasileira. Entraves típicos do processo sócio-histórico-econômico

brasileiro. Contudo, notamos também, que existem ações de cunho propositivo advindas dos conselhos de saúde. Desse modo, apesar de todas as dificuldades elencadas em diversos estudos, notamos que, ainda assim, os conselheiros conseguem atuar dentro da proposta da participação social. Nesse aspecto, vale ressaltar que há pouco material científico sobre os avanços e conquistas obtidas pelos conselhos, por isso, julgamos essencial citar o Prêmio Sergio Arouca de Gestão Participativa em Saúde, instituído em 2005, pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONSASEMS). Pois a revisão dos resultados desse prêmio pode contribuir nessa discussão. Visto que a iniciativa, conseguiu evidenciar, premiar e estimular diversas experiências exitosas de gestão participativa em todo Brasil. Dentre as iniciativas premiadas, que exemplificam trabalhos efetivados em conselhos de saúde, citamos o avanço no campo educação permanente, que representa uma possibilidade de ampliação da vocalização dos conselheiros em relação às necessidades e desejos da população em relação à política de saúde, avançando rumo a deliberações mais conscientes por parte desses atores. Nota-se, também, um significativo aumento da fiscalização sobre as decisões tomadas nas plenárias, na tentativa de avaliar se essas deliberações estão sendo ou não encaminhadas pelo Executivo e pelas Conferências de Saúde. Outro aspecto ressaltado é a crescente diversidade de movimentos sociais organizados ligados a usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviços; que vem se fazendo representar nos conselhos e contribuindo para que as deliberações dessas instâncias reflitam cada vez mais as necessidades de saúde dos distintos atores e grupos sociais organizados. Destacamos,

por fim, a multiplicação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e sua importância. Visto que são instâncias responsáveis por exercer a participação com maior proximidade da comunidade. Vale ressaltar que o processo de mobilização popular também vem se desenvolvendo por meio de outros caminhos de comunicação entre o cidadão e o governo, tais como: educação popular, capacitação de lideranças, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares articulados, entre outros. Todos esses convergem em espaços de diálogo, capazes de ampliar a participação e a interlocução entre trabalhadores, gestores e movimentos populares. Nesse sentido, muitos conselhos têm operado positivamente, como espaço de conflitos, de resistência e de tensões. Desta maneira, esses espaços coletivos podem transformar-se em instrumentos privilegiados na busca da efetivação dos direitos e no rompimento das tradicionais formas de gestão, possibilitando ampliação dos espaços de decisões, além de impulsionar a legitimidade de esferas públicas democráticas. Ademais, os conselhos podem tornar-se capacitadores dos sujeitos sociais, qualificando os processos participativos de interlocução ético-política com o Estado. A partir dessa ideia, reafirma-se a importância de desempenhar a função de conselheiro de saúde, compreendendo que as potências empreendidas por estes sujeitos podem direcionar de modo positivo os rumos do SUS. Ao nos depararmos com as dificuldades enfrentadas pelos conselhos, mas também como as possibilidades de ações destes, passamos a nos questionar: Como está a atuação propositiva dos conselheiros frente aos desafios da participação social nos conselhos de saúde? Que mecanismos, dispositivos ou potencialidades estão sendo produzidos nesses espaços? A partir disso, nos propusemos analisar a atuação propositiva dos conselheiros de saúde frente aos desafios da participação social

no âmbito dos conselhos municipal e locais de saúde do município de Vitória – ES. A pesquisa se fundamenta na abordagem qualitativa. Para alcançar o objetivo proposto, observamos de modo sistemático a atuação dos conselheiros de saúde no cotidiano de suas práticas, para tanto, participamos como ‘ouvintes’ das plenárias dos conselhos selecionados para o estudo. Temos, então, como cenário deste estudo o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e os Conselhos Locais de Saúde (CLS) do município de Vitória/ES. Este município é dividido em seis Regiões de saúde, assim, elegemos, via sorteio, um CLS de cada região para realizar a observação. Realizamos também análise das atas dos conselhos, com intuito de saber como cada ponto da ata tem sido encaminhado. As observações foram registradas em diário de campo. Destacamos, aqui, a atuação dos conselheiros nos CLS do município estudado. Notamos que nestes espaços há maior protagonismo por parte dos representantes dos usuários, garantindo, assim, maior legitimidade deste segmento. Estes atores têm levado para as reuniões dos CLS as demandas da comunidade, fiscalizado e opinando em relação às melhorias necessárias na organização dos serviços. Alguns se autorreferem como ‘multiplicadores’, ‘informantes-chave’ das ações, decisões e desafios vivenciados pela Unidade de Saúde para a comunidade e vice-versa. Podemos afirmar que no município de Vitória-ES, os Conselhos Locais têm representado grande potência no que concerne à efetivação da participação social. Isto porque, os cidadãos tomaram estes locais como espaços para a construção do SUS. Contudo, ainda é necessário avançar na organização e operacionalização destes, visto que a assiduidade dos conselheiros eleitos nessas instâncias ainda é incipiente. Isto ocorre em virtude do horário das reuniões desses colegiados, que muitas

vezes coincidirem com o horário de trabalho dos conselheiros. Outro ponto que merece destaque é a falta de ações de educação permanente, que foram apontadas pelos conselheiros como um aspecto importante para a ocorrência de maior interlocução entre as ações dos CLS e do CMS, bem como, para que as deliberações das plenárias sejam homologadas pelos gestores.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTROLE SOCIAL NO SUS: ANÁLISE A PARTIR DO OLHAR COMUNITÁRIO DE UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

Leonardo Sales Lima, Naira Ane Albuquerque Viana, Naiane Patricia Carvalho

Palavras-chave: Controle Social, Conselho Local de Saúde, Comunidade,

Esta pesquisa trata da visão da comunidade diante da atuação de um Conselho Local de Saúde (CLS). Os CLS são órgãos permanentes, deliberativos e normativos do SUS que têm por competência possibilitar à população o exercício da autonomia e da responsabilidade sobre a política de saúde, e estão presentes nas instituições de saúde pública do nosso país. Assim, os objetivos dessa pesquisa foram investigar o conhecimento da população acerca do CLS de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Teresina/PI, possibilitando descrever como a população percebe o Conselho Local de Saúde adstrito ao seu território social; conhecer o que a população entende por Participação Social e compreender quais as dificuldades do acesso aos serviços de saúde por parte da população. Foi realizado um estudo de campo de natureza exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida com moradores de um bairro da cidade de Teresina-PI residentes na área adstrita à UBS onde se formou um CLS.

Foram coletadas as opiniões dos moradores a partir da aplicação de um instrumento elaborado específica e unicamente para este fim, o qual abordou o perfil do participante, seus conceitos sobre controle social e suas impressões acerca da atuação do Conselho Local de Saúde. Utilizou-se da entrevista semi-estruturada aberta. É importante frisar que os Conselhos de Saúde são as instâncias por meio da qual se exerce o controle social em saúde. É um órgão colegiado, composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Tem caráter permanente e deliberativo e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (art. 1o, §2o, da Lei no 8.142/90). Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) são vinculados ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) e estão presentes nos locais em que há Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos municípios brasileiros. Nessa linha de pensamento, infere-se a necessidade de criação de CLS como órgãos de controle social, nas áreas adstritas às Unidades Básicas de Saúde. O CLS deve ser composto de 50% por representantes da comunidade (usuários), 25% por representantes dos trabalhadores de saúde e 25% por representantes da administração e prestadores de serviço/ terceirizados das respectivas UBS. As atribuições do CLS incluem garantir, dentre outras questões, o funcionamento adequado das UBS, elaboração de propostas e programas que atendam às necessidades da população no setor da saúde, convocação de assembleias e promoção de debates em torno de problemas que afetam a comunidade, encaminhamento de reivindicações ao CMS, acompanhamento das aplicações dos

recursos orçamentários constantes no Plano Municipal de Saúde destinado a consolidação dos sistemas locais de saúde e, finalmente, a desenvolver junto às comunidades as noções básicas de Saúde. O CLS possibilita a participação organizada da população na administração dos serviços prestados pelo SUS em âmbito local, de forma igualitária e com ações e serviços necessários à promoção, preservação e recuperação de sua saúde e vida da população. Como resultados obtidos na pesquisa pode-se afirmar que poucos sujeitos souberam falar sobre a existência do Conselho Local de Saúde de seu bairro e sua função, além de reclamações sobre as dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Esse foi o tópico em que os entrevistados se sentiram mais a vontade, pois tinham propriedade do que falavam. A grande maioria das respostas aponta a marcação de consultas como a principal dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Alguns entrevistados apontaram como possíveis soluções para minimizar essa dificuldade, a contratação de mais funcionários e o aumento na quantidade de fichas para as consultas. O que se percebe é que essa população sofre com o acesso a rede de saúde devido a poucas vagas oferecidas, e principalmente disponíveis, pois há uma grande demanda de pessoas que precisam de atendimento e pouca oferta. Outra questão observada na pesquisa trata-se da participação social, onde se percebeu que a participação social ainda está em construção, pois muitos não sabiam do que se tratava. A dificuldade no acesso à saúde está fortemente associada à marcação de consultas médicas. Supõe-se que o desequilíbrio entre a grande demanda de usuários do SUS e a pequena equipe da UBS pode provocar atrasos nas marcações de consultas, como foi percebido através da análise. Esta dificuldade, como pode ser observada, é a única reclamação da população por ser um grande problema

de acesso na atenção básica, se tornando dessa forma um desafio de melhoria para o SUS. Diante do estudo pode-se observar que há falta de informação por parte da população quanto à existência de um conselho local de saúde em seu bairro, bem como o direito a participação popular. Enfatiza-se que poucas pessoas entrevistadas tem conhecimento do CLS, porém desconhece sua função, havendo, portanto a necessidade de orientar a população sobre a existência deles e esclarecer o papel do conselho, devendo ainda sugerir que participassem das reuniões, pois este espaço é destinado para dar voz à população na tomada de decisões sobre as ações de saúde do seu bairro. Cabe afirmar que é importante não apenas alertar sobre o CLS, mas também criar possibilidades efetivas para que a população participe da construção do Controle Social no SUS, interferindo na gestão pública e buscando mudanças na melhoria do acesso aos serviços de saúde. Uma ação voltada ao controle social que poderia ser aderida trata-se de convidar a população a participar das reuniões com o conselho, com divulgação das datas das reuniões, e até mesmo aproveitar os encontros proporcionados pela UBS para incentivar os moradores a dar opiniões/sugestões/reclamações para que sejam mais participativos, proporcionando um espaço de reflexão da participação social na saúde. Temos claro que este estudo pesquisou o Controle Social no SUS sob a visão da comunidade diante de um Conselho Local de Saúde e pode concluir que há um desconhecimento por parte da população sobre as atividades e funcionamento do Conselho, tendo como consequência a dificuldade no acesso ao Conselho por não conhecer os conselheiros, e ainda, a fraca participação dos usuários do serviço junto ao CLS do seu bairro, por outro lado, acreditamos que algumas ações podem ser colocadas em prática para o fortalecimento

do controle social na atenção básica. Porém, é necessário ainda frisar que este estudo é inicial e aponta alguns caminhos e percebe-se a necessidade de ampliar as pesquisas e provocar ações concretas de educação permanente em saúde para o Controle Social no SUS.

CONTROLE SOCIAL E O MOVIMENTO ESTUDANTIL DE MEDICINA

Roberta Silva de Paola, Mayara Secco Torres da Silva, Monique França da Silva, Allan Brum de Oliveira, Vinicius de Jesus Rodrigues Neves

APRESENTAÇÃO: O conceito do controle social foi concebido com a ideia de participação da sociedade desde as formulações de políticas até acompanhamento de suas execuções, e desde então, cresce a importância da participação social no campo da saúde. Sua origem está intimamente ligada ao Movimento de Reforma Sanitária iniciado na década de 70 e, de forma mais concreta, à 8a. Conferência Nacional de Saúde, em cujo relatório final a participação da população na gestão do SUS e o controle social foram inseridos com destaque dentro de uma concepção global do modelo de atenção à saúde. Entretanto a resistência a essa proposta já foi manifestada oficialmente a partir do veto por parte do então presidente da república, a todos os dispositivos originalmente previstos na chamada lei orgânica do SUS que diziam respeito a essa possibilidade. Surgiu daí a necessidade de uma ampla mobilização de setores sociais e políticos que tiveram como produto a elaboração de uma nova lei, essa sim aprovada e sancionada, surge então à lei 8.142/90 que se refere diretamente à participação da comunidade no SUS. É importante salientar que poucas leis tenham alicerces tão sólidos e legítimos em

um movimento social construído há mais de uma década, tal qual o Movimento de Reforma Sanitária, constituído por pessoas e grupos organizados voltados para a crítica do modelo dominante de atenção à saúde tradicionalmente autoritário e excludente. O próprio movimento é a primeira expressão real da importância dessa participação social na construção do SUS e pactuava que o “controle social” e a descentralização política e administrativa seriam elementos importantes para garantir o direito universal, equânime e igualitário à saúde. A discussão da saúde sempre foi um campo privilegiado para problematização da estrutura da sociedade entre os estudantes de Medicina e assim, criada em 1986, a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) teve importante protagonismo no processo de formulação e construção do SUS, junto ao Movimento de Reforma Sanitária e assim traz estatutariamente a defesa do Sistema Único de Saúde e utiliza-se do mecanismo de controle social para garantir essa luta. Apesar de representar avanço significativo no que tange a conquista de direitos sociais no Brasil, o SUS enfrenta, desde sua origem, considerável dificuldade em ser concretizado. A defesa do SUS, de seus princípios e a disputa contra a mercantilização da saúde continuou mobilizando o movimento estudantil da medicina e se mantendo enquanto bandeira da DENEM. Enquanto executiva, a DENEM entende que o grande diferencial que poderia alterar essa correlação de forças e estabelecer novos paradigmas que permitiriam ao SUS uma implantação de acordo com os seus princípios, seria uma participação da comunidade qualificada, politizada e organizada. **OBJETIVOS:** A atuação frente ao controle social, entendendo suas atuais limitações, vem para escancarar e pautar que a saúde no Brasil está a cada dia mais distante do projeto original da reforma sanitária, sendo para o movimento

estudantil de medicina (MEM) importante articular nesse processo. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Dentre os elementos estruturantes do SUS, o controle social é um dos mais desafiantes e a DENEM, busca construir a atuação estudantil em diversas instâncias de participação social. Isso é materializado através da construção da Frente Nacional Contra Privatização da Saúde, da ocupação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como da discussão de políticas de saúde em encontros estudantis. Dessa forma, possibilita-se a produção de documentos para divulgação e, sobretudo, instrumentaliza a atuação das Coordenações Regionais da DENEM, que empodera estudantes de medicina para a luta pela construção do SUS e pela garantia da saúde enquanto direito fundamental de todo cidadão. **RESULTADOS:** As Conferências e Conselhos de Saúde são, hoje, espaços para o exercício do controle social e são vítimas de um forte processo de perda de autonomia e de independência, cujo retrato mais recente foi à última Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu no início de dezembro de 2011 e que foi comprometida pela impossibilidade de um debate mais qualificado sobre os temas e teve o seu final manchado pela autoritária e equivocada proposta governamental. Observa-se ainda o Conselho Nacional de Saúde funcionando como peça decorativa no cenário político do SUS no país. O desrespeito às suas decisões e a impunidade dentro do controle social é algo latente, tal qual aconteceu com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, que foi rejeitada pela última Conferência de Saúde, mas continua hoje em todos os hospitais universitários. Além disso, vemos a cooptação destes espaços e isso faz com que participação da comunidade no SUS enfrente um dos seus mais difíceis momentos, havendo necessidade de uma grande articulação nacional. Assim, a DENEM assume papel central na

organização do MEM enquanto atuante no controle social do SUS, envolvendo Centros e Diretórios Acadêmicos de todo o país. Esse processo acontece em convergência com outros movimentos sociais, considerando a necessidade de união de pautas na perspectiva de superação das atuais limitações do controle social. **CONCLUSÃO OU HIPÓTESES:** A DENEM traz como defesa um SUS como um sistema universal e equânime, que promova e garanta a saúde em todos os seus aspectos e edificado sobre a determinação social do processo saúde-doença e a partir de uma atenção primária marcada pela importância da atuação multiprofissional e com um financiamento que deve ser adequado às suas necessidades. As defesas supracitadas são ambiciosas e no Brasil hoje representam grandes desafios. É urgente se colocar a defesa desse sistema e contra qualquer forma de privatização e ou mercantilização da saúde. Sem dúvidas, o controle social é grande diferencial para alterar e estabelecer mudanças em nosso sistema de saúde cada dia mais espoliado. Assim, entendendo a limitação do controle social, materializado através dos Conselhos e Conferências de saúde, e também a importância de se colocar diante deles, a DENEM busca somar na luta em defesa de um SUS público, gratuito, estatal e de qualidade, entendendo que essa defesa não se pauta apenas na luta institucional, mas principalmente na luta diária.

CONTROLE SOCIAL E SAÚDE MENTAL: REFLEXÕES SOBRE A PARTICIPAÇÃO POLÍTICA EM SOCIEDADES INDÍGENAS

Breno Pedercini de Castro

Palavras-chave: Saúde de Populações Indígenas, Controle Social, Saúde mental

O presente trabalho discute a saúde mental e o controle social nas sociedades

indígenas, a partir da premente necessidade de participação política dos povos indígenas na organização e funcionamento de seu Subsistema de Atenção/SUS. Especificamente na atenção aos processos de alcoolização, episódios de suicídios, transtornos psiquiátricos, violências e/ou homicídios, os quais são referenciados na literatura e em documentos do Ministério da Saúde (Brasil 2002, 2007) como fenômenos de saúde mental. O controle social é um modo democrático de participação na saúde, que possibilitaria o protagonismo indígena nessas situações. Reivindicando a atenção diferenciada que prevê o reconhecimento e respeito à diferença étnica e diversidade cultural dos povos indígenas após a Constituição de 1988. A criação do Subsistema, em 1999, está inserida no âmbito da promulgação da Carta Magna que estabelece um novo tipo de relação entre o Estado e os povos indígenas, interrompendo o regime de tutela estabelecido até o séc. XX. Nesse cenário, a atenção à saúde mental, amparada no direito diferenciado pressupõe o envolvimento dos indígenas, desde a reflexão sobre a concepção de saúde mental até a elaboração de estratégias e itinerários terapêuticos para lidar com a questão. Souza Lima (2014) aponta, todavia, que a lógica do regime tutelar ainda se faz presente na forma como as políticas indigenistas e de saúde são reconstruídas e operadas mesmo após 1988. Direcionando a atuação dos diferentes atores que lidam com os povos indígenas, como os profissionais da saúde, e reforçando uma conjuntura de minimização de participação dos indígenas nas políticas diferenciadas. Esse fato aponta para desafios na formação e atuação em saúde nas sociedades indígenas, além de impedimentos no exercício do controle social pelos povos. Questionável, portanto, de que forma o controle social poderia ser de fato praticado no cenário da saúde

mental e como os profissionais de saúde e antropólogos poderiam contribuir nesse cenário. Essa problematização emergiu de vivências de grande efeito pessoal/profissional junto aos indígenas, como a Assembleia AtyGuasu dos Povos Indígenas (realizada em 2014 na Universidade Federal de Minas Gerais), na qual a reivindicação pelo direito diferenciado à saúde; a percepção do protagonismo indígena durante o evento e o grande número de relatos de casos de saúde mental entre os povos despertaram diversos questionamentos em torno da noção de atenção à saúde mental indígena e sua relação com o controle social. A participação recente na edição 2015/2 do Projeto VER-SUS (Vivências e Estágios Realizados no SUS) no estado do Amazonas também foi outra oportunidade de grande importância, pelo conhecimento de alguns serviços que compõe o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, como o Pólo-Base e visita à comunidade indígena, além do contato com os povos indígenas e profissionais de saúde atuantes. As inquietações provocadas por esses encontros conduziram à literatura para o entendimento da noção de atenção diferenciada na saúde mental e sua relação com o controle social, efetuando, para tanto, levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual em Saúde e Scielo para o aprofundamento teórico nessas questões. A partir da Grande Assembleia AtyGuasu e do Projeto VER-SUS Amazonas, experiências de profícuo contato com os indígenas, percebe-se a crescente implicação no estudo da saúde mental indígena e o controle social, explorando os vários intercâmbios possíveis nesse tema de investigação que está presente em diferentes disciplinas como a antropologia, sociologia, saúde pública/saúde coletiva, psicologia, história, entre outras áreas das ciências da saúde, sociais e humanas, fato que aponta para a interdisciplinaridade desse campo. Por sua vez as leituras dos materiais levantados, em

periódicos das ciências da saúde, sociais e humanas, além de documentos ministeriais, lançam luz sobre essas vivências. Luciano (2006), antropólogo indígena, fala sobre a indissociabilidade de fatores socioantropológicos nas concepções de saúde e doença indígenas, os quais apontam para uma perspectiva global, embasada na dinâmica das relações sociais e com a natureza, na cosmologia, organização social e no exercício de poder nas sociedades indígenas. A doença não poderia, portanto, ser analisada a partir de uma perspectiva individual e biomédica restrita, mas referenciada a esse conjunto amplo de elementos. A atenção diferenciada, prevista no artigo 19-F da Lei 9.836 (Brasil, 1999), vai ao encontro de vários elementos apontados pelo antropólogo como intervenientes no processo de saúde e doença, ao prever que o Subsistema deve considerar suas especificidades culturais, mas também elementos como a demarcação de terras, habitação e nutrição para a atenção à saúde. Assim como a atenção diferenciada se traduziria em um componente sensível à diversidade cultural na atenção à saúde mental, o controle social também seria um recurso promissor de participação dos povos indígenas no processo de construção dessa atenção. Profissionais de saúde e antropólogos podem atuar conjuntamente na compreensão dos casos de saúde mental como fenômenos socioculturais específicos, operando o diálogo interdisciplinar tão necessário nesse campo (OLIVEIRA, 2004b). Esses atores podem também se articular aos indígenas no processo de construção de modelos de atenção para lidar com essas situações, embasados nos recursos existentes na própria comunidade. O Agente Indígena de Saúde (AIS) é outro ator que pode contribuir para essa construção coletiva, uma vez que estabelece o intercâmbio entre os membros da comunidade, seus saberes tradicionais e a equipe de saúde (PONTES,

STAUFFER, GARNELO, 2012). Por fim, outras figuras tradicionais precisam ser convocadas na implementação das políticas de saúde, no sentido que Oliveira (2004a) afirma, em relação à importância de integrantes como as lideranças tradicionais, os xamãs, rezadores, as parteiras, além de outros atores que ocupam funções de controle social. Souza Lima (2014), todavia, aponta a permanência da lógica do regime tutelar na condução das políticas públicas diferenciadas, indicativo que orienta nosso olhar de forma aprofundada para o cenário atual da gestão e das práticas no Subsistema. Os atores que lá atuam podem – recorrentemente – não se darem conta de quão impregnadas ainda estão suas ações. Pela lógica da tutela que se supunha superada após 1988, prejudicando o exercício do controle social e a prática da atenção diferenciada. Nesse sentido, Teixeira (2013) aponta também que, mesmo que a implantação do Subsistema estivesse pautada na atenção diferenciada, não existe de fato um modelo de controle social diferenciado na saúde indígena. A relação estabelecida entre o Estado e os povos indígenas teria caráter distinto daquela firmada com a sociedade envolvente, notadamente pela ressonância do processo histórico e político do regime tutelar, de modo que suas representações não ocorrem da mesma forma. Acreditando na pertinência e relevância social de pesquisas na saúde coletiva sobre o tema, dado a conjuntura política, sanitária e socioeconômica das sociedades indígenas, além do extenso número de referências que afirmam a necessidade de reflexão e elaboração de estratégias de atuação pelos indígenas, profissionais de saúde e antropólogos nos processos de saúde mental. Em tempos de Conferência Nacional de Saúde, estudos nesse campo tornam-se emergentes, uma vez que a 15^a edição em 2015 põe em foco justamente o processo de inclusão dos excluídos no sistema de saúde, com a indicação

dos povos indígenas como uma dessas populações. Este trabalho pretende trazer contribuições iniciais e apontar horizontes de estudo sobre a necessária participação política dos indígenas nas situações de saúde mental. Os profissionais de saúde e os antropólogos são atores fundamentais nesse cenário, contribuindo para a prática do controle social e a construção da atenção diferenciada junto aos povos.

CONTROLE SOCIAL: PERSPECTIVA DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Tamina de Lima Alves, Sheila de Andrade Souza, Daniela Sousa Oliveira, Magno Conceição das Mercês, Jaine Karenny da Silva

Palavras-chave: Controle Social, Usuários, SUS

APRESENTAÇÃO: A reforma no Sistema de Saúde Brasileiro ocorreu devido a participação em massa da população, na busca dos seus direitos durante a VIII Conferência Nacional de Saúde. O direito a saúde foi inserido na Constituição Federal de 1998, no artigo 196 por meio do qual ficou instituído que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Elenca-se ainda a lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece a participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo, tornou-se uma ferramenta poderosa do controle social. Sabe-se que a participação popular é primordial, para avaliar e auxiliar na implementação de políticas que visem a melhoria das questões de saúde no país. Tal prática pode ser exercida por meio dos conselhos e conferências de saúde que, por sua vez, são ferramentas que avaliam as propostas governamentais, o seu desempenho e trata-se de um mecanismo de controle social. Diante disso, o objetivo do estudo foi investigar de que forma os usuários do serviço, visualizam o SUS e se

exercem a participação popular e o controle social. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo seccional, exploratório de cunho quantitativo, realizado em uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Guanambi-BA localizado no interior do sudoeste baiano. A UBS foi escolhida por meio de sorteio e obteve-se o número amostral de 256 usuários através do programa BIOESTAT, considerando a população de usuários cadastrados na unidade. Critérios de elegibilidade: homens e mulheres com idade superior ou igual há 18 anos, que fossem cadastrados na unidade e que se mostraram dispostos a responder ao questionário, após esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário, construído pelas autoras, com 13 questões estruturadas, composto por dois blocos, sendo que o primeiro apresenta uma abordagem sociodemográfica e o segundo possui questões sobre o SUS. A coleta iniciou-se no dia 16 de dezembro de 2014 e estendeu-se até o dia 05 de fevereiro de 2015. Nesse período, foram realizadas visitas na UBS, onde os usuários do serviço eram abordados, após a explicação da finalidade da pesquisa e assinatura do TCLE, os participantes responderam ao questionário sem interferência da pesquisadora. Após o período de coleta, foi realizada a análise quantitativa e tabulação dos dados por meio do programa Epi Info versão 7.1.5 de 2014. Esta pesquisa atende às determinações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 2012, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, sob o número de parecer: 810.143 e CAAE 32805714.5.0000.0057. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Ao se caracterizar a população estudada, observou-se um elevado número de mulheres 76,2% (n=195) que buscam o serviço de saúde, o que evidencia uma relação de gênero. Isto demonstra que as

mulheres são as principais usuárias da UBS. A maioria dos indivíduos recebe até 1 (um) salário mínimo 32,4% (n=83) e parte declarou não possuir renda 5,8% (n=15). Tais dados trazem um retrato da população atendida pela unidade, que em sua parcela é carente. Em contrapartida, uma grande fração dos avaliados possuem ensino médio completo e incompleto 40,6% (n=104), o que permite descrever que mesmo em situação de vulnerabilidade social, os mesmos possuem acesso à educação. Quando questionados quanto ao significado da sigla SUS cerca de 52,7% (n=135) acertaram o significado, enquanto que 47,3% (121) não souberam defini-la. Na tentativa de traçar um perfil sobre o uso dos serviços, observou-se que 89,1% (n=228) são usuários exclusivos dos serviços públicos. Quanto a satisfação em relação ao serviço de saúde, obteve-se a maioria de percepções negativas, sendo que 44,9% (n=115) escolheram a opção regular e 11,7% (n=30) classificaram como péssimo. Isso pode refletir o descontentamento do usuário com a prestação de alguns serviços. Foi questionado onde os participantes faziam suas reclamações sobre as problemáticas vividas na atenção à saúde e evidenciou-se que apenas 2,7% (n=07) relatam os problemas na ouvidoria do município em estudo. Este fato evidencia o desconhecimento da população sobre o local adequado poder usufruir seu direito de reclamar por melhoria na qualidade dos serviços. No tocante a participação popular evidenciou-se que 27,3% (n=70) acreditam que esta ocorre quando eles assistem palestras na UBS; 42,6% (n=109) disseram que ela acontece quando as pessoas conhecem os problemas e se envolvem com as questões da saúde e 30,1% (n=77) não sabem o que é a participação social. Observa-se que há uma carência de informações precisas sobre a temática. Foi abordado se o cidadão tem o direito de questionar os serviços. Quanto a resolução dos problemas visualizou-se que 78,9% (n=202) acreditam

no poder de questionamento do cidadão e 21,2% (n=54) afirmam que não possuem esse direito. Evidencia-se que alguns indivíduos não desconhecem seu papel social e os seus direitos, o que pode favorecer a resolução de alguns entraves no SUS. Quando questionados sobre quem deve exercer a fiscalização dos serviços através do Controle social, obteve-se o seguinte resultado: 45,3% (n=116) afirmaram que é papel do governo; 41,8% (n=107) disseram ser papel da população e 12,9% (n=33) não souberam responder. Isso reflete a necessidade de esclarecer ao cidadão os mecanismos que ele dispõe para contribuir na formação de políticas públicas de saúde. No que se refere ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) 4,7% (n=12) disseram que participam deste, enquanto 79,7% (n=204) não participam e 15,6% (40) não souberam afirmar. O CMS é a ferramenta ideal para fomentar a construção de políticas municipais de saúde que favoreçam a melhoria da saúde das pessoas e para tanto deve haver a participação popular em massa ou por meio de seus representantes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Com base nos dados obtidos é possível inferir que o conhecimento do controle social e da participação popular no SUS, pela população estudada ainda é reduzido, apesar da divulgação das reuniões do CMS da cidade em estudo, através dos meios de comunicação. Tal fato acaba por corroborar na carência de informações que a população recebe, e esta, reflete diretamente no desconhecimento que a grande maioria apresenta sobre onde ir buscar resoluções para os problemas que enfrentam no âmbito da saúde. Sugere-se que seja instituído um conselho local de saúde, e que sejam traçadas estratégias para que os usuários tenham participação ativa nesse processo. Há de se considerar, que esta pesquisa também possui algumas limitações que são inerentes ao estudo transversal e escassez de estudos desta natureza.

DIALOGICIDADE PARA ELABORAÇÃO DE UM GUIA PRÁTICO DE CUIDADO PARA FAMILIARES DE PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL: ORIENTAÇÕES E ESCLARECIMENTOS

Simara de Sousa Elias, Ednéia Albino Cerchiari, João Baptista de Almeida

Palavras-chave: educação popular, famílias, transtorno mental

Apresentação: Em conformidade com o cenário da Reforma Psiquiátrica que impulsionou um processo de mudança da reformulação do modelo assistencial com a participação de profissionais, comunidade e familiares no cuidado em Saúde Mental, surge a necessidade de ações interventivas para uma melhor eficácia do papel da família no contexto do cuidado/tratamento, que agora também é realizado no domicílio, em consonância com os serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico como os Centros de Atenção Psicossocial, Ambulatórios de Saúde Mental, Unidades Básicas de Saúde e leitos em Hospital Geral. Para tanto é preciso que profissionais de saúde escutem e dialoguem com a família do paciente com Transtorno Mental no que diz respeito às dificuldades enfrentadas por estas famílias no acolhimento do paciente pós-alta hospitalar, momento em que a família possa relatar como se sente diante da responsabilidade de zelar pelo corpo sensível do outro e, ainda, expor suas expectativas em relação ao cuidado em saúde mental. A Educação em Saúde proporciona tal aproximação por meio da promoção do diálogo para a construção da autonomia e emancipação das pessoas envolvidas. Ao trazeremos essa estratégia como metodologia de relacionamento e de abordagem interpessoal para o cotidiano do cuidado, entendemos que contribuimos para a construção do Sistema Único de Saúde e para o êxito da Reforma Psiquiátrica. Nessa

perspectiva, elaboramos um Guia Prático de Cuidados, que está sendo apresentado como resultado desse estudo, oriundo do significado da voz de membro da família e que serve de “modelo” para outras famílias que vivenciam a mesma experiência do cuidado diário em domicílio. Os objetivos propostos no estudo foram de conhecer a perspectiva da família em relação ao Transtorno Mental do ente familiar com internação no Hospital Universitário do interior do Mato Grosso do Sul, que subsidiou a elaboração de um Guia Prático de Cuidado para familiares de pacientes com transtorno mental: orientações e esclarecimentos; pensar a família como protagonista do cuidado em saúde mental; compreender a percepção da família em relação ao cuidado do paciente com Transtorno Mental e incentivar serviços de Saúde Mental a adotarem modelos e práticas que favoreçam a inclusão da família durante todas as fases do tratamento. **Método do estudo:** seguimos os três passos metodológicos do processo de Educação Popular: Investigação temática; Tematização e Problematização, no diálogo com as famílias dos pacientes portadores de Transtorno Mental. A investigação temática foi realizada por meio do diálogo, onde descobrimos em cada familiar o que já sabia em relação ao diagnóstico, tratamento e cuidado, partindo do que sabia, para conhecer melhor o que sabia e conhecer mais do que sabia. Na etapa da Tematização analisamos o diálogo, buscamos o significado das palavras e temas gerados, o qual nos mostrou que o homem só apreende o que é significativo para ele e na Problematização assumindo os problemas assinalados pelo grupo familiar, elaboramos o Guia Prático de Cuidados que de significado à voz de cada familiar e que sirva de “modelo” para outras famílias que vivenciam a mesmas experiências no cotidiano do cuidado, portanto, admitindo-se, metodologicamente, na perspectiva da Educação Popular freireana, a visão

solidária e libertadora do conhecimento. Foram definidos, como sujeitos da pesquisa, as famílias que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter familiar internado na enfermaria de psiquiatria do Hospital Universitário com diagnóstico de Transtorno Mental no período de agosto a outubro de 2014; residirem no município que a pesquisa foi realizada; ter idade igual ou maior que 18 anos e já terem vivenciado o processo de internação de seus entes. O cenário de estudo foi a enfermaria de psiquiatria do Hospital Universitário. Uma questão disparou o diálogo, sendo ela: Qual(s) a(s) dificuldade(s) enfrentada(s) pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar? Após a transcrição e análise das entrevistas, adotamos nove categorias com enfoque em aspectos do cotidiano familiar e do cuidado, que contribuíram para a elaboração do Guia Prático, sendo elas: uso e administração da medicação; inserção do paciente na dinâmica da família; inserção da família na dinâmica do paciente; identificação do cuidador; entretenimento; repouso; espiritualidade; nutrição e afetividade. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e pela Comissão de Ética em Pesquisa, Ensino e Extensão do Hospital Universitário. **Resultados:** Os relatos apresentados neste estudo apontam desafios vivenciados, principalmente, pelas pessoas responsáveis pelo cuidado do paciente com transtorno mental no espaço doméstico, no que diz respeito à compreensão do significado de Transtorno Mental; entendimento de Esquizofrenia e Transtorno Afetivo Bipolar (definição, origem, sintomatologia e tratamento); aspectos procedimentais (uso da medicação, convívio familiar, entretenimento, autocuidado, como agir frente a conflitos e tensões na família, acolhimento do paciente no domicílio do cuidado, inserção da família na vida do ente

adoecido, definição de cuidador e substituto, insônia, religiosidade, excesso ou falta de apetite, aquisição de Benefício Assistencial); falta de conhecimento sobre o tratamento (Centro de Atenção Psicossocial e sua relevância, situações em que a internação deve ocorrer, como internar, realização de visita pela família em ambiente hospitalar e Rede de Atenção Psicossocial em Dourados/MS). Considerações finais: Este estudo possibilitou conhecermos a perspectiva da família em relação ao Transtorno Mental do ente familiar hospitalizado. Pela fragilidade do entendimento sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico também evidenciados, vimos a necessidade dos serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico cumprirem efetivamente seu papel, mediante a inclusão da família nesses espaços de cuidado oriundos da Reforma Psiquiátrica, dirigindo-lhes a atenção para escuta das suas dificuldades e dúvidas em relação ao acolhimento em domicílio do paciente com transtorno mental após o período de internação. Para esse fim, sugerimos a adoção da metodologia inspirada no paradigma da Educação Popular no campo dos cuidados em saúde como possibilidade de propiciar uma relação de troca de saberes entre os grupos familiares, na esfera popular, e os agentes de saúde, da comunidade científica, fato que ocorreu no presente estudo, subsidiando a elaboração do Guia Prático de Cuidado para familiares de pacientes com Transtorno Mental: orientações e esclarecimentos. Quando o transtorno mental é compreendido pela família e, conseqüentemente, a expectativa em relação ao paciente é reduzida, torna-se mais fácil, para os familiares, terem experiências exitosas em relação ao cuidado. Porém, não há como negar o impacto gerado na família em razão do adoecimento psíquico de um de seus membros; o estresse e o cansaço são perceptíveis. A partir do que foi discutido, acredita-se que, com a prática

de Educação em Saúde, a família se sente preparada para receber seu familiar em casa e segura quanto à disponibilidade do serviço em oferecer escuta e auxílio na resolução de problemas que venham a ocorrer.

ESTUDO DO CONSELHO DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE ECONÔMICO INTEGRANTE DA RIDE-DF

Thayna Karoline Sousa Silva, Danylo Santos Silva Vilaça, Mariana Sodário Cruz

Palavras-chave: Políticas de Controle Social, Sistema Único de Saúde, Sistemas de Informação em Saúde

APRESENTAÇÃO E OBJETIVO: O papel da comunidade no controle social da saúde vem sendo fortalecido no decorrer dos anos e é concretizado através dos Conselhos de Saúde. Esta instância trata da democratização dos processos decisórios com vistas à construção da cidadania. Segundo a Resolução nº 453/2012, os conselhos são instâncias colegiadas, deliberativas e permanentes do Sistema Único de Saúde, que podem ser avaliados através de um sistema de informação. O SIACS – Sistema de Acompanhamento de Conselhos de Saúde foi desenvolvido com o propósito de acompanhar os conselhos de todo o Brasil. O objetivo do presente estudo foi buscar descrever a estrutura, composição e funcionamento dos conselhos de saúde integrantes da RIDE-DF (Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno), compará-los quanto às suas especificidades e realizar um estudo de caso em um município de médio porte que compõe esta região, a fim de melhor compreender os desafios e avanços da efetivação do Controle Social. **MÉTODO:** Estudo descritivo, de caráter transversal e qualiquantitativo. O universo do estudo foi composto por 19 Conselhos Municipais

Saúde componentes da RIDE-DF e o Conselho Distrital do Distrito Federal. A análise qualitativa deu-se através de observação participante, e através do estudo das atas do ano de 2013 e 2014 do Conselho Municipal de uma cidade de Médio Porte integrante da RIDE-DF. A observação consiste na atenta aplicação de sentidos a um objeto para dele adquirir sucinto conhecimento. O Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS tem como uns dos objetivos dar visibilidade e transparência aos Conselhos de Saúde, existentes quase que em sua totalidade de municípios brasileiros, facilitar a comunicação e, conseqüentemente, gerar a troca de informações entre estes. O estudo consistiu no levantamento, sistematização e análise de dados secundários, disponíveis no SIACS, referentes aos seguintes aspectos: instalações físicas, composição dos conselhos, presença de regimento, instrumento de criação, frequência das reuniões, segmento, sexo e faixa etária dos presidentes, capacitação de conselheiros, adequação à Resolução nº 333/CNS (até o momento da efetivação do SIACS, a Resolução nº 453/CNS, hoje vigente, ainda não havia sido promulgada). O município de pequeno porte localizado no estado de Goiás possuiu uma população estimada de 182.526 em 2014. O município tem uma história recente: começou a crescer às margens de um lixão devido à exploração 2010. Os lotes eram baixo valor o que facilitava sua aquisição por parte da população. A cidade constituiu-se de forma desordenada, desta forma, a população cresceu descontroladamente. O local está a 285 quilômetros da capital do estado e é considerado entorno do Distrito Federal. O projeto foi apresentado ao Conselho de Saúde do município e devidamente aprovado pelos membros. Os dados foram analisados através de estatística descritiva (médias, porcentagens e medianas) para os dados quantitativos, com a utilização do

software EPI INFO, versão 3.5. Para a análise de dados qualitativos, utilizou-se a análise de conteúdo. O estudo não foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, pois não utiliza como métodos a realização de entrevistas ou procedimentos diretos com seres humanos. **RESULTADOS:** O SIACS permitiu a visualização do panorama estrutural dos Conselhos de Saúde da RIDE-DF. Observou-se que os ocupantes dos cargos de presidente e secretário, em sua maioria (63,2%) são do sexo masculino. Construiu-se macro categorias para delinear quais são as entidades de usuários que compuseram os Conselhos de Saúde da RIDE-DF, sendo as mais encontradas: sindicatos, associação de trabalhadores e entidades patronais, associação de moradores e entidades religiosas. No estudo de caso, observou-se que o presidente do Conselho foi do segmento usuário e apresentou em sua atuação um caráter propositivo. Quanto aos outros conselheiros, possuíam majoritariamente uma postura de concordância. A proposição é uma maneira de participação do cidadão no seu mundo. Soma-se à ação pessoal o caráter propositivo de sua intervenção na sociedade e nos governos. Participar com ideias, avalia-las e apropriar-se delas, bem como buscar saídas individuais e coletivas. Quanto às observações participantes: a primeira durou em torno de 2 horas. As discussões eram subjetivas, algumas não eram discutidas em profundidade. Os pontos de pauta eram descritos de forma objetiva. Os assuntos deliberativos tais como a parceria público-privada não foram muito questionados, apenas descritos e aprovados. Houve divergência na entrega das atas. Os presentes, em poucos momentos questionavam os assuntos expostos pelo presidente, raras exceções exerciam o papel de representantes questionadores. Na segunda observação participante discutiu-se um ponto de pauta relacionado à reclamação de um usuário

sobre o atendimento que não o foi ofertado, logo alguns membros questionaram afirmando que conheciam o médico e sabiam que ele não faria isto, tomamos como base essa discussão para analisarmos premissas relativas à impessoalidade e escuta qualificada. Na análise das atas, constatou-se que apresentaram, em média, 4.5 parágrafos. As discussões abordavam aprovações de projetos, questões orçamentárias, normativas e processos de trabalho, além de denúncias feitas por usuários. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O Sistema de acompanhamento dos Conselhos de Saúde é um avanço para o Controle Social no Brasil. Esta ferramenta é extremamente importante para a análise de dados que podem ser instrumentos de avaliação do funcionamento dos Conselhos de Saúde, tanto dos municipais quanto dos estaduais e do distrital. É válido ressaltar que o SIACS é um mecanismo inovador que surgiu para fortalecer o Controle Social no Brasil, desta forma, deve ser constantemente avaliado e reestruturado. Alguns dados a serem preenchidos como, por exemplo, os eixos discutidos em reuniões dos Conselhos são generalizados, pode haver um viés na hora do preenchimento destes elementos ali expostos. Este estudo possibilitou a ampliação da compreensão sobre a construção do Controle Social e como ele é distinto em cada esfera populacional. Há muito que questionar na atuação do Controle Social dentro das regiões de Saúde, tomando como base a representatividade eleita para compor a mesa diretora destes órgãos. É preciso repensar no modelo de atuação do Conselho de Saúde do município de médio porte estudado, e buscar mecanismos que possam contribuir para uma abertura maior ao usuário, afim de que efetue seu papel de forma mais crítica dentro dessas instâncias de deliberação, principalmente quanto ao acesso aos dados públicos. Faz-se preponderante

também, analisar os perfis de atuação de usuários e trabalhadores, bem como suas especificidades, para superação do modelo de concordância encontrado.

EXPERIÊNCIA DO ESTÁGIO PRÁTICO SAÚDE DA COMUNIDADE I E O PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA: PRÁTICAS CORPORAIS, ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, ACUIDADE VISUAL E SITUAÇÃO VACINAL

Bruna Costa Santos, Elton Hiroyuki Ytamura Moriya, Joaquim Dias da Mota Longo, Ana Rita Barbieri, Rafael Garanhani, Lucas de Castro Castelluccio

Palavras-chave: programa saúde na escola, atividade física, alimentação saudável, teste de snellen

APRESENTAÇÃO: O estágio de Saúde da Comunidade I tem como um dos seus objetivos aproximar o acadêmico da prática clínica e da população. Tendo em vista isso, um dos exercícios para esse fim é a melhora de um indicador de saúde, da Unidade Básica de Saúde, onde o acadêmico passa o vigente estágio. Dos indicadores a serem melhorados foi escolhido o indicador do Programa Saúde na Escola (PSE), uma vez que, a escola como um espaço de relações é ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, à medida que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde. O Programa Saúde na Escola (PSE) vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde, educação e em outras redes sociais para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento

de crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre Saúde e Educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Esse ano a campanha do PSE teve como tema: As práticas corporais, a atividade física e a alimentação saudável e adequada. Seguindo esse tema solicitamos permissão ao pais para realizar atividades na Escola Estadual Blanche dos Santos Pereira. Foram realizados medidas antropométricas, questionamentos sobre práticas corporais e hábitos alimentares, verificação do estado vacinal pelo sistema eletrônico da Secretaria de Saúde de Campo Grande e teste de acuidade visual (teste de Snellen) dos alunos de 2º e 3º ano do ensino médio. O total de alunos trabalhados foi de 212. RESULTADOS: Avaliação antropométrica: A maioria dos adolescentes avaliados (122) estava com o IMC dentro da faixa de normalidade (18,5 < IMC < 25), representando 57.54% da amostra. 18.86% dos jovens possuíam IMC > 25 e < 30, faixa essa considerada como sobrepeso. 10.84% foram considerados subnutridos (17 < IMC < 18,5). 4.71% foram considerados obesos grau I (30 < IMC < 35). 3.30% estavam na faixa de magreza moderada. 2.83% estavam da faixa de magreza grave. 1.41% possuíam IMC entre 35 e 40, exclusivamente, sendo considerados obesos grau II. Por fim, 0.47% da amostra foi considerada obesa grau III. IMC Número absoluto Percentual < 16 (magreza grave) 6 2.83% 16 a < 17 (magreza moderada) 7 3.30% 17 a < 18,5 (subnutrição) 23 10.84% 18,5 a < 25 (saudável) 122 57.54% 25 a < 30 (sobrepeso) 40 18.86% 30 a < 35 (obesidade grau I) 10 4.71% 35 a < 40 (obesidade grau II) 3 1.41% > 40 (obesidade grau III) 1 0.47% Tabela 1. Atividade Física: Dos 212 alunos, 84 responderam que praticam atividade

física regularmente e 125 responderam que são sedentários ou não praticam atividade física de modo regular. Em porcentagem, isso representa que apenas 39,62% dos alunos são ativos e 58,96% são sedentários. Se analisarmos esse dado juntamente com o IMC, o grupo que percentualmente tem mais indivíduos ativos fisicamente foi o de obesidade grau III, com 100%. Em seguida vem os com IMC mostrando obesidade grau I, com 60%. Os alunos com sobrepeso estão em terceiro lugar, com 57.5% de alunos ativos. Já o grupo que percentualmente menos pratica atividade física de modo regular é o com magreza moderada, com 14,28%, seguido dos com magreza grave, com 16,66% e por fim os com IMC na faixa considerada saudável, com 35,24%. Dentre os subnutridos, 47,82% praticam atividade física regular e dentre os obesos grau II, 33,33%. IMC Número absoluto Ativos fisicamente Sedentários Percentual de ativos < 16 (magreza grave) 6 1 5 16,66% 16 a < 17 (magreza moderada) 7 1 6 14,28% 17 a < 18,5 (subnutrição) 23 11 12 47,82% 18,5 a < 25 (saudável) 122 43 79 35,24% 25 a < 30 (sobrepeso) 40 23 17 57,50% 30 a < 35 (obesidade grau I) 10 6 4 60,00% 35 a < 40 (obesidade grau II) 3 1 2 33,33% > 40 (obesidade grau III) 1 1 0 100,00% Total: 212 87 125 39,62% Tabela 2. Acuidade Visual: Dos 212 alunos, 39 tiveram o teste de Snellen alterado. Destes, 31 foram encaminhados à consulta com oftalmologista. Os 8 restantes não foram encaminhados pois já tinham consulta oftalmológica agendada ou estavam aguardando a confecção de um novo óculos. Foram considerados com teste de Snellen normal 173 alunos. Teste de Snellen Número Encaminhados Alterado 39 31 Normal 173 0 Total: 212 31 Tabela 3. Verificação da Situação Vacinal: Apenas 29,71% dos alunos avaliados estavam com as vacinas em dia. 38,20% possuíam vacinas atrasadas e 32,07% dos alunos não tinham

registro de sua situação vacinal no sistema eletrônico da Secretaria de Saúde de Campo Grande. Hábitos Alimentares: Foi constatado que a maioria dos alunos não possui uma preferência alimentar em específico. Os demais, citaram principalmente carnes vermelhas e doces como os alimentos preferidos. Já entre os alimentos odiados, foram citados principalmente alimentos de origem vegetal (jiló, saladas e verduras em geral). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O presente estudo não mostrou associação entre obesidade e estilo de vida sedentário. Essa é uma limitação dos estudos transversais, o que levanta a possibilidade da metodologia empregada para detectar as categorias de sobrepeso, medidas pelo IMC, ter apresentado um viés de aferição. O estudo indica participação dos fatores biológicos, comportamentais e culturais na determinação do sedentarismo. Ocorre a interferência dos meios de comunicação, principalmente os visuais, no dia a dia do adolescente, que não contribuem com a adesão a um comportamento físico ativo. O número de alunos com teste de acuidade visual alterado e estado vacinal irregular foi além do esperado pelos pesquisadores. Isso demonstra falha no acompanhamento desses alunos por parte da escola, pais e/ou responsáveis e da própria rede de atenção básica. Sendo necessário maior atenção por parte dos educadores, das equipes de saúde da família e dos gestores. O presente estudo pode ser facilmente aplicável em outros locais, devido ao seu baixo custo e metodologia simples. Assim, outros estudos podem fornecer dados sobre os adolescentes brasileiros de todo o País.

INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ÓTICA DO USUÁRIO

Carmem Tiéle Vale Garcia, Elisangela da Silva Almeida, Daiane de Aquino Silva,

Roberta de Vargas Zanini, Lana Carneiro Almeida

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Avaliação em Saúde, PCATool

A Atenção Primária à Saúde é considerada a mais eficaz estratégia para melhorar a situação de saúde populacional. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família, criada em 1994, tem como objetivo a reorganização do modelo assistencial de saúde, passando a ser prioridade na reestruturação da Atenção Básica no país por sua capacidade de oferecer atenção integral individual e coletiva através de ações que promovam, mantenham e protejam a saúde da população. A Atenção Primária à Saúde vem sendo determinada operacionalmente por quatro indicadores essenciais: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, além de outros três indicadores denominados derivados: orientação familiar, comunitária e competência cultural, que elevam seu poder de interação com a comunidade e com o indivíduo. O indicador integralidade é composto por outros dois componentes: serviços disponíveis e serviços prestados. Nas últimas duas décadas, a preocupação com a qualidade dos serviços vem determinando as discussões sobre o aperfeiçoamento dos sistemas de saúde por se tratar de uma questão decisiva para gestores e por ser um processo gradual que abrange diversos aspectos. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade do serviço de saúde prestado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), quanto ao indicador integralidade, em um município da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, Brasil, na percepção dos usuários. Esta pesquisa faz parte de um estudo transversal maior intitulado “Estratégia Saúde da Família: qualidade do serviço e perfil nutricional do usuário”. Foram incluídos indivíduos de 20 anos de idade ou mais, cadastrados nas

ESF do município, que utilizaram o serviço nos doze meses anteriores à entrevista, residentes na zona urbana. Indivíduos que apresentaram incapacidades que os impossibilitassem de responder ao questionário foram excluídos da pesquisa. Foi utilizado um questionário que incluiu questões sobre identificação, características sociodemográficas e de saúde dos usuários; o PCATool-Brasil Adulto versão reduzida; e questões do Critério de Classificação Econômica Brasil. A qualidade do serviço de saúde foi avaliada por meio de respostas em escala tipo Likert, a partir das quais foram construídos escores de APS com intervalos de 1-4. Para definição de significância estatística, utilizou-se o valor de $p < 0,05$. Como ponto de corte foi utilizado o valor de 6,66, que é o valor mínimo adotado no PCATool indicativo de qualidade. O estudo principal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPAMPA, Parecer n.º 954.173. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente à entrevista, ao final da qual, todos os participantes receberam um retorno com os 10 Passos para uma Alimentação Saudável. Em todas as etapas do estudo foi garantido o cumprimento das exigências que constam na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos. Entre os 370 participantes da primeira etapa do estudo, prevaleceram indivíduos do sexo feminino (80,0%), da faixa etária de 40 a 59 anos (41,8%) e, com escolaridade de 0 a 4 anos de estudo (40,2%). A maior parte dos entrevistados (50,8%) pertencia à classe C de classificação econômica e 67,0% referiram não ser beneficiários do Programa Bolsa-Família. Os resultados observados no perfil da amostra são semelhantes aos encontrados em outros estudos que analisaram o serviço de saúde 3-4, confirmando o fato de as mulheres utilizarem mais os serviços de saúde do

que os homens, e também ratifica a maior utilização pela faixa etária adulta, sugerindo que pessoas do sexo feminino e aqueles que ainda não chegaram à senilidade podem ter um maior zelo com relação à saúde. O percentual elevado de usuários com baixo índice de escolaridade e menor classificação econômica foi também evidenciado em outros estudos 5, 6, 7 que observaram a predominância desta população na utilização do serviço público de saúde. Nenhuma das variáveis independentes apresentou associação estatisticamente significativa com o desfecho, indicando que, na amostra estudada, a qualidade dos quesitos que compõem o atributo integralidade independem de sexo, idade, escolaridade, classe econômica e ser beneficiário ou não do Programa Bolsa-Família. No entanto, observou-se que nenhum dos escores resultantes das respostas dos participantes, nas categorias das variáveis independentes, alcançou o ponto de corte de 6,66. Ao apresentar valores médios de escore inferiores aquele considerando indicativo de qualidade, em todas as variáveis analisadas, fica evidente que o serviço apresenta falhas na disponibilidade e prestação de serviços, através de orientações e aconselhamentos preventivos e promotores da saúde, além de apontar para uma prática assistencial individualizada e não direcionada à família como um todo ou mesmo à comunidade que atende. Estudos conduzidos no Brasil utilizando o PCATool 8,9, também revelam esta tendência centrada na cura e reabilitação e não no caráter biopsicossocial que a ESF deve ter enquanto orientada à Atenção Primária à Saúde. Deste modo, o serviço pode ser considerado ineficaz como provedor de atenção integradora de cuidados na atenção à saúde dos usuários, visto que a reorientação da atenção primária deve requerer o reconhecimento da pessoa como um todo, seu modo de vida, situação social, econômica e familiar, considerando assim todos os fatores que levam ao adoecimento

da população e não só o fator biológico. Os resultados desta pesquisa evidenciam que o serviço atualmente prestado está ainda fortemente orientado ao processo curativo e não à prevenção dos agravos e manutenção da saúde, como preconiza a atual Política Nacional de Atenção Básica. Uma melhor organização e aperfeiçoamento são necessários para resolver as principais falhas observadas no serviço, através de ferramentas que possibilitem uma maior participação popular tanto no controle, quanto na gestão para que se alcance a tão almejada qualidade.

INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA COMO PRÁTICA DE SAÚDE: APROXIMAÇÕES CONCEITUAIS E METODOLÓGICAS

Márcia Cavalcante Vinhas Lucas, Elizabeth Cristina Fagundes de Souza

Palavras-chave: intervenção comunitária, participação, inclusão

INTRODUÇÃO: O Projeto Fortalecimento de Redes de Ação Comunitária para Prevenção em DST/Aids: conhecer e intervir, desenvolvido no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, articula extensão, pesquisa e inovação social, e se constituiu em uma intervenção comunitária (IC) cujo objetivo é desenvolver metodologias para reduzir vulnerabilidades às DST/HIV/Aids em grupos sociais na comunidade de Mãe Luiza, Natal/RN. Em seu componente de pesquisa, desenvolveu o estudo Produção de práticas e saberes em uma intervenção comunitária para prevenção de DST/Aids entre adolescentes e jovens em uma comunidade popular. Este resumo refere-se a uma revisão bibliográfica sobre IC, que compôs parte do estudo visando responder à pergunta “O que é intervenção comunitária?”. Para melhor compreender seus sentidos,

definições, conceitos e aplicações a partir do levantamento da produção divulgada para delinear certo estado da arte sobre IC. **MATERIAIS E MÉTODO:** Trata-se de revisão bibliográfica realizada entre os meses de maio e julho de 2012, como parte do desenvolvimento do protocolo de pesquisa Cartografia de uma intervenção comunitária para prevenção das DST/HIV/Aids. A pesquisa bibliográfica envolveu a busca por documentos produzidos entre 1990 e 2012, a partir da expressão: “intervenção comunitária”: no portal da Biblioteca Virtual em saúde (BVS); no sistema de pesquisa do Google Acadêmico; nos sites virtuais de revistas científicas ou universidades; e no banco de dados de publicações periódicas da “Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES”. Foram incluídas também algumas referências selecionadas anteriormente à pesquisa bibliográfica. Ao final da revisão 34 trabalhos foram selecionados. **RESULTADOS E DISCUSSÃO I – Aproximações conceituais, princípios e perspectivas da IC** Gonzales (3) conceitua IC como interferência que pode afetar os interesses de outros, para o bem e para o mal, apontando que a intervenção é técnica e política, realiza-se em um contexto histórico e particular, tomando contornos de forças sociais específicas. De acordo com alguns autores (4-7), intervenções são iniciativas deliberadas para introduzir modificações em realidades sociais, o que significa alguma forma de legitimação concedida ao agente de intervenção. Segundo a perspectiva ecológica (3, 8, 9), a mudança em um dos componentes do ecossistema levaria a mudanças em outros componentes, em uma interação dinâmica e ao longo do tempo. Na perspectiva sistêmica (10-13), a IC permite que membros da comunidade desenvolvam seus próprios mecanismos de apoio, tornando dispensável a intervenção e determinando sua continuidade ou não. Em uma perspectiva

abrangente (14), a coordenação entre profissionais e comunidade aparece como solução viável para mudança social positiva, embora os contextos de intervenção não sejam uniformes, logo, os resultados podem ser diversificados, com efeitos desejados ou indesejados (15). O cuidado pode ser tomado como fundamento da IC (11), com reconhecimento e acolhimento do outro, respeito pelas suas fragilidades e valorização das suas potencialidades. Nessa perspectiva são princípios da IC a centralidade nos coletivos, na participação, nas relações igualitárias, no desenvolvimento humano, no trabalho desde a base, na integralidade, multidisciplinaridade e na promoção da integração social, com vistas a sua emancipação numa perspectiva construtivista (16-18). IC responde ainda aos princípios da Animação Cultural e Desenvolvimento Comunitário, promovendo pessoas no âmbito global do território, na perspectiva do multiculturalismo, entendido como acolhimento da diversidade de grupos culturais e superação de uma concepção elitista da cultura como consumo (19–21). II - Abordagens metodológicas de intervenção comunitária Para Correia (22), a IC é uma filosofia metodológica para implementação de “uma diversidade de metodologias interativas, experienciais, dinâmicas e que permite compartilhar para então aprender” (22 p. 4). No entanto, para González (3) a diversidade de concepções é um dos perigos que envolvem a eficácia da IC. Amâncio (23) aponta duas formas de intervenção: a convencional: tutorial, passiva onde a unidade de intervenção é a comunidade não diferenciada; e a participativa: educacional, ativa e através da identificação de grupos com interesses comuns, tal como o Modelo de Preparação Comunitária, que permite prever a efetividade e o êxito das intervenções tendo como foco o contexto comunitário, mapeando a organização de grupos, liderança e clima comunitário

(14, 24). Sanchez (6) e Peres e Freitas (16) apresentam propostas metodológicas para IC composta de fases integradas que vão desde diagnóstico participativo, avaliação das características e necessidades da comunidade; desenho e planejamento da intervenção; avaliação inicial e final; execução e implementação; e disseminação dos resultados; numa perspectiva integral, dinâmica e inter-relacionada. Essas metodologias são bastante semelhantes à da Animação Comunitária (22), que usa o território como espaço educativo. A comunicação é destacada (25) como ferramenta importante para apoiar os processos de mudança social através da educação e formação de comunidade. Em uma experiência chilena com homens homossexuais (26), a mobilização comunitária teve como norte a promoção e o exercício dos direitos dos cidadãos, visando a autonomia para gerenciar e reduzir o risco individual ao HIV. Matos (4) apresenta alguns tipos de IC: o científico-técnico-funcionalista que privilegia a competência técnica dos agentes e soluções universalmente aplicáveis; o assistencial-prestacionista, onde instituições tornam público o seu envolvimento com a causa social, reforçando sua imprescindibilidade social e seu poder; e a intervenção cidadã, que articula ação e reflexão, respostas de ordem prática, política, ética e cultural, onde sujeitos são portadores de direitos (4). III - Experiências no campo da saúde: Grande parte dos trabalhos são da área da Psicologia e toma como base os marcos da Psicologia Comunitária (3, 6, 7, 15, 28), com objetivo de tornar os serviços ou organizações mais eficazes e menos produtores de estigmas, destacando tipo de abordagem realizada pelos profissionais, suas expectativas, vivência do tempo e que linguagem utilizadas influem na dinâmica e nos resultados da intervenção (11). Alguns trabalhos tomam a Atenção Primária

em Saúde como locus privilegiado para realização de IC (29 e 30), e há um estudo de caso de intervenção junto à juventude (31) que demonstra como uma IC em pequena escala sobre determinantes sociais compartilhados funciona na prática. Alguns dos trabalhos utilizados nesta revisão (18, 26, 32, 33, 34, 35 e 36) foram desenvolvidos tendo como tema central as DST/HIV/Aids e abordam prevenção, redução de vulnerabilidades e garantia de direitos, envolvendo populações de risco acrescido como profissionais do sexo e usuários de drogas. Um dos estudos (33) aponta o fato que, embora as vulnerabilidades permaneçam, a prevenção pode tornar-se parte da cultura local. A sobrecarga dos profissionais de saúde é apresentada como limite importante para sustentabilidade da IC (35). Conclusões e perspectivas: A leitura e análise dos artigos selecionados mostraram uma diversidade de abordagens e modelos de intervenção comunitária. Consideramos importante a necessidade de estabelecer um diálogo aberto e produtivo entre as diferentes perspectivas metodológicas, a fim de delimitar as potencialidades e limitações de cada proposta de intervenção diante de distintos contextos - territoriais, culturais, políticos e econômicos - em cada comunidade. Espera-se que essa revisão possa contribuir na compreensão da IC como prática teórica, que utiliza ações e estratégias de produção do cuidado em saúde que envolvem os sujeitos integrantes da comunidade e externos a ela, estabelecendo-se como uma ferramenta potencial nos modos de produção de saúde.

O CONTROLE SOCIAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE: CONTROLE DA SOCIEDADE OU PELA SOCIEDADE?

Michele Rocha A.Kadri

Palavras-chave: Políticas públicas de saúde, Aids, Participação comunitária, Organizações não-governamentais

Apresentação: A Sociologia utiliza o conceito de Controle Social no sentido coercitivo para descrever uma forma de poder do empresariado ou do Estado sobre as massas. Em significado precisamente oposto, a Constituição Brasileira de 1988 utiliza o mesmo termo com sentido democrático de assegurar a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais. Tal entendimento estendeu-se também no campo da saúde, instituindo-se o Controle Social como um dos pilares do SUS (Brasil, 1990). O exercício dessa participação se dá na formulação, fiscalização e também na implementação de recursos da saúde (financeiro, humano, equipamentos) de forma que eles atendam aos interesses da coletividade. O estudo pretendeu analisar esses três componentes do controle social na política de saúde do Amazonas. Para isso, tomamos como unidade de análise a Política de controle de HIV/Aids ao longo da história da epidemia no Estado, desde o primeiro caso em 1986 até 2012, momento de importante mudança nas diretrizes nacionais do Programa. Analisando os dados epidemiológicos da doença no Amazonas, verificou-se que diferentemente do que ocorre no nível nacional, a epidemia no estado não está controlada/ estabilizada. Para citar apenas alguns dados no momento da pesquisa, o Amazonas apresentava a 3^a maior incidência (30,9% por 100.000 hab) do país – levantando a suspeita de falha na prevenção; era ainda o 4^o estado em coeficiente de mortalidade (8,0% por 100.000 hab) – podendo ser indício de falha na cobertura do tratamento e; ocupava a 3^a posição no ranking nacional com taxa de 8,1% (por 100.000 hab) de incidência em menores de cinco 5 anos – resultado

de falha na prevenção vertical (Brasil, 2012a). Essa situação parece indicar que as estratégias que vem sendo adotadas pelas autoridades de saúde locais não estão respondendo eficientemente no controle da epidemia. Neste sentido a mobilização social encabeçada por grupos populacionais mais vulneráveis à epidemia (LGBT, trabalhadores do sexo, HSH, usuários drogas injetáveis, PVHA, etc.) seriam importantes atores operando na cobrança do poder público para uma resposta mais assertiva do problema, como aconteceu em outros lugares do país, principalmente no início da epidemia. Método: Considerando que o Conselho de Saúde é a instância máxima de deliberação das decisões de saúde no estado e espaço assegurado para exercício pleno da democracia, utilizamos a análise documental das atas da reunião do CES entre 1993 e 2012, com objetivo de analisar a qualidade da discussão sobre o tema e, portanto, nível de atenção com que a epidemia vinha sendo tratada no estado. Outra estratégia foi realização de entrevistas com ativistas das Organizações da Sociedade Civil – OSC – lideranças sociais de movimentos contra Aids para compreender como eles percebiam o controle social de suas instituições na construção do Programa Estadual DST/Aids. A análise deteve-se exclusivamente na reflexão de que as lideranças das OSC fazem de suas contribuições institucionais e coletivas ao longo da história da epidemia no Estado, sem utilização de qualquer outro método de mensuração e avaliação de processo ou impacto de resultados. Resultados: A partir da análise das atas de reunião do CES constatou-se que: 1) A Aids raramente foi colocada como um problema relevante, mesmo apresentando uma incidência crescente a questão não era apresentada/discutida consistentemente neste fórum; 2) Fraca participação das OSC neste colegiado, diferentemente de outras organizações

que sempre traziam suas demandas para discussão, conseguindo ganhos importantes na melhoria da resposta governamental (ex. movimento dos hansenianos, doentes renais, deficientes físicos...); 3) Falta de priorização política sobre o tema, como já apontado por Benzaken et al. (1998). A partir das entrevistas com os líderes das OSC identificou-se 3 momentos da mobilização social: 1986 a 2002 – organização dos primeiros grupos, marcado por dificuldades financeiras e forte preconceito social, embora entendido também como intensa mobilização coletiva para garantir acesso ao tratamento; 2003 a 2005 – início do financiamento de projetos das OSC pelo poder público, com estabelecimento da Política de Incentivo, na qual as coordenações estaduais e municipais receberiam recursos Fundo a Fundo mas também deveriam assegurar uma contrapartida. Para isso deveriam elaborar seus Planos Anuais de Ações e Metas – PAM com a participação da sociedade civil e aprovação nos respectivos Conselhos de Saúde (Brasil, 2012b). Em um primeiro momento, a possibilidade de financiamento contribuiu para fortalecimento organizacional dessas instituições que passaram tanto a intensificar a luta pelos seus direitos (fiscalização) quanto a realizar ações principalmente de prevenção junto do seu público alvo (implementação). Momento de parceria. 2006 em diante – com a possibilidade de financiamento, houve um aumento de OSC legalizadas, o que acabou gerando disputas internas entre as lideranças, que passaram a concorrer pelos mesmos fundos. Algumas delas acabaram por abandonar suas missões institucionais para responder a editais do governo. Essa condição de “PAM-dependência” funcionou como “cala a boca”, nas palavras das próprias lideranças, para a sociedade civil, enfraquecendo o controle social. Desde então, a mobilização social foi marcada pela despolitização do

discurso, fragmentação das ações e perda de identidade do movimento social de luta contra Aids no Amazonas (Kadri & Schweickardt, 2015). A respeito do controle social, embora as OSC tenham um discurso afiado sobre o tema, não lhes parece sensível os mecanismos políticos para seu exercício. O Programa de Aids no Amazonas pareceu girar em torno da Coordenação Estadual, sendo que grande parte das ações inclusive do movimento social eram ditadas pelas orientações de editais de financiamento. Considerações: A experiência do Programa de Aids no Amazonas, demonstra claramente como uma política de saúde pode ser um potente instrumento indutor da resposta social. Por um lado, pode contribuir para estruturação organizacional dos movimentos sociais, que são importantes mediadores entre as ações de saúde e o público-alvo dessas ações, estabelecendo uma parceria com poder público (controle pela sociedade). No entanto ao definir as diretrizes dos editais, o poder público orientou para onde as iniciativas sociais deveriam seguir, de acordo com agenda do governo, não necessariamente convergente com agenda dos grupos vulneráveis, o que acirra disputas internas e fragiliza politicamente o movimento social (controle da sociedade). A partir de 2013, em parte como resultado do reconhecimento dessas distorções, o Departamento DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde sinalizou mudanças na forma de financiamento/ parceria com as OSC. No nível local, as Organizações mostraram-se apreensivas com tal possibilidade, confirmando que a continuidade de suas ações (e até de existência) eram orientadas pela possibilidade ou não de financiamento público. A pesquisa apresenta dois desdobramentos possíveis: prosseguir acompanhando os resultados dessa mudança na história das OSC e; mensurar com instrumentos próprios para monitoria

de ações e avaliação de efetividade do trabalho que vem sendo realizado tanto pelo governo quanto pelas Organizações da Sociedade Civil no enfrentamento da AIDS no Amazonas. Ações públicas são potentes catalisadores para impulsionar o controle social nas políticas de saúde, todavia é necessário considerar possível viés dessas ações, especialmente se essa indução for feita a partir de incentivos financeiros.

PANORAMA DO CONTROLE SOCIAL NA RIDE-DF: O CASO DA CEILÂNDIA

Danylo Santos Silva Vilaça, Mariana Sodário Cruz, Thayna Karoline Sousa Silva

Palavras-chave: Controle Social, Participação Social, Região de Saúde,

APRESENTAÇÃO E OBJETIVO: Controle Social em Saúde é tido como uma ferramenta de gestão do SUS que institucionaliza a participação social em saúde, regulamentado pela Lei nº 8.142/1990. Nesse contexto, é compreendida como a sociedade intervindo nas ações do Estado. Atualmente, as Conferências e os Conselhos de Saúde configuram-se como a maneira de legitimar o Controle Social, sendo que a este último cabe o caráter deliberativo e permanente. O Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde – SIACS aponta que Conselhos de Saúde existem quase que na totalidade de Municípios Brasileiros. A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno RIDE-DF possui ao todo 23 Municípios e, por conseguinte, 23 Conselhos de Saúde. O objetivo do estudo foi descrever a composição e funcionamento dos Conselhos de Saúde integrantes da RIDE-DF e realizar o estudo de caso do Conselho de Saúde da Região Administrativa mais populosa do DF, a saber: Ceilândia. **MÉTODO DO ESTUDO:** Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, de caráter

qualiquantitativo. O estudo ramificou-se em duas etapas, sendo que a primeira consistiu-se no levantamento, sistematização e análise de dados secundários, disponíveis no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS. Os dados quantitativos foram analisados através da estatística descritiva. A segunda etapa, deu-se através da análise qualitativa que apoiou-se na observação participante e das análises das atas do ano de 2014 do Conselho Regional de Saúde de Ceilândia – CRSC a partir da análise de conteúdo, especificamente a análise temática. A coleta dos dados qualiquantitativos deu-se no período entre novembro de 2014 a abril de 2015. O estudo dispensou aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, visto que não utilizou seres humanos, somente dados consolidados do SIACS e de documentos do CRSC. **RESULTADOS:** Observou-se que: as reuniões ordinárias dos Conselhos da RIDE-DF ocorrem 94,7% mensalmente, os outros 5,3% correspondem aos encontros quinzenais. No que se refere à estrutura física, o estudo aponta que 57,9% dos conselhos possuem sede própria e o dado repete-se quando se refere à capacitação de conselheiros. Embora no SIACS houvesse o questionamento de adequação frente à Resolução nº 333/CNS, tinha-se como referência para este estudo, a normativa mais atualizada, a saber: Resolução nº 453/CNS. O SIACS ramifica o cadastro em sua plataforma em cinco grandes blocos e dentre eles, o bloco “Presidente e Secretário”. Nesse sentido, tem-se que, 31,8% dos Conselhos de Saúde possuem presidentes do sexo masculino, enquanto que o sexo feminino corresponde a 15,8% e 52,6% não informaram. Outro dado relevante é o de que apenas 5,3% dos usuários ocupam o cargo de presidente. Observou-se que 100% dos Conselhos da RIDE-DF atendem a paridade representativa elencada na Resolução 453/2012 do CNS. A

análise quantitativa revelou ainda que o segmento usuário ocupou apenas 5,3% do cargo de presidente dos conselhos, enquanto que o segmento gestor e trabalhador ocuparam 21,1% e 52,6% não responderam. A partir das definições elencadas na referida resolução e também elaboração própria do grupo de pesquisa, criou-se 13 categorias para a descrição da representatividade de usuários, a saber: Entidades Congregadas de Sindicatos, Associação de Trabalhadores e Entidades Patronais (23%), Associação de Moradores (18%), Entidades Religiosas (15,6%), Movimentos Sociais e Populares Organizados (11,5%), Associação de Portadores de Necessidades Especiais e de Patologias (7,4%), Entidades Comerciais (5,7%), Organizações de Assistência Social e de Defesa dos Direitos Sociais (4,1%), Entidades de Aposentados, Idosos e Pensionistas (3,3%), Entidades de Defesa do Consumidor (3,3%), Organizações Não Governamentais – ONG (2,5%), Associação Recreativa e de Lazer (2,5%), Meios de Comunicação (1,6%), Comunidade Científica e Instituições Educacionais (1,6%). No que se refere ao estudo de caso, analisou-se sete atas com média de cinco páginas do CRSC do ano de 2014. Estabeleceu-se cinco núcleos temáticos formados a partir dos assuntos mais debatidos nesse período, em ordem de registro, constituindo: Ampliação e Qualidade de Serviços de Saúde, Mobilização Social, Fortalecimento do Controle Social, Absenteísmo, Elaboração Documental. No que tange aos perfis de participação, ao analisar os documentos que registram as reuniões ordinárias e extraordinárias, utilizou-se dos termos verbais descritos em ata para caracterizar os perfis de participação dos conselheiros de saúde do referido conselho, sendo eles: explicou, para formar o perfil explicativo; concordou, para representar o perfil de concordância e sugeriu para simular o perfil sugestivo.

Utilizando-se de estatística descritiva, resulta-se que o segmento usuário, que representa 50% da composição do CRSC, teve porcentagem de participação de 71,43% nas reuniões aqui analisadas, enquanto que no segmento dos trabalhadores da saúde e dos gestores estiveram presentes 67,83% e 78,57%, respectivamente. No total, a média de participação nas reuniões dos três segmentos foi de 73,21%, demonstrando o caráter permanente dessa instância e fazendo valer o preconizado nas normativas que o regem. Após a análise das atas, registra-se ainda que, dentre as duas reuniões que não ocorreram por falta de quórum, o segmento trabalhador quando não esteve com participação zerada, matinha o menor número de membros presentes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considera-se que é preciso instrumentalizar a representação dos usuários, objetivando efetivar a sua capacidade de liderança nestas instâncias e prepara-los para o debate que deve ocorrer de maneira horizontal com os demais segmentos do conselho. Analisou-se 19 dos 23 municípios da RIDE-DF. A RIDE-DF é uma região para efeitos de articulação entre os Estados de Minas Gerais, Goiás mais o Distrito Federal, destaca-se que os municípios do Estado de Minas Gerais integrante desta (Buritis e Unaí) até o momento da coleta e análise não possuíam cadastro efetivado no SIACS. Ressalta-se que, o Conselho Nacional de Saúde, em ano de Conferência Nacional de Saúde, propõe através de resolução normativa que a atualização dos dados junto ao SIACS seja feita por cada Conselho Municipal/Regional de Saúde, até o mês de abril. Objetivando contar com o máximo de dados possíveis para análise, até o referido mês do ano de 2015, o grupo de pesquisa atentou-se a essa orientação do Conselho Nacional de Saúde e manteve banco de dados em aberto até que esse prazo fosse

cumprido, contudo, alguns Conselhos de Saúde permaneceram sem cadastro efetivados e dentre eles, os dois únicos Conselhos de Saúde de municípios do Estado de Minas Gerais. Este estudo demonstra que o segmento trabalhador da saúde da RIDE-DF que mais ocupa assento nos Conselhos de Saúde são os Agentes Comunitários da Saúde. Dos 19 municípios analisados, 15 possuem médio-elevado porte econômico, fazendo-se desconstruir o imaginário de que os municípios que entornam o Distrito Federal são dependentes economicamente deste. O SIACS demonstrou-se aliado importante para a primeira etapa do estudo, fornecendo dados concretos para análise. Contudo, existem algumas considerações a serem pontuadas sobre esse sistema de informação na tentativa de aprimorá-lo, a saber: O SIACS ainda questiona a adequação à Resolução nº 333/CNS visto que existe uma resolução atualizada, sendo ela, a Resolução nº 453/CNS, sugere-se que o sistema acompanhe essa atualização normativa. No que se refere ao CRSC, observa-se uma frequente necessidade de democratizar a participação dos usuários do SUS nas reuniões ordinárias, como também nos demais espaços de Controle Social em Saúde da região, fazendo surgir, através da análise de conteúdo, duas categorias proximais, sendo elas a Mobilização Social e o Fortalecimento do Controle Social. Nota-se, ainda, uma preocupação ainda mais emergente no que se refere à oferta e acesso a serviços de saúde da região, demandas trazidas por ambos segmentos representativos do CRSC.

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE E CONTROLE SOCIAL: UMA ANÁLISE DOS EIXOS DA 12^o, 13^o, 14^o CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, DOCUMENTO ORIENTADOR E DIÁRIO OFICIAL DA 15^o

Daniela Lacerda Santos, Clarice Soares Soares, Eliane da Cruz, Isabel Prado, Jaina B Bastos

Palavras-chave: Controlesocial, Conferências de Saúde, Participação da Comunidade

APRESENTAÇÃO: A Constituição Federal de 1988 ao estabelecer o Sistema Único de Saúde com suas diretrizes e princípios, definiu a Participação da Comunidade como um destes princípios, fundamentando assim o processo de democratização vivido pelo país e também visando uma maior participação e controle social no regimento do acesso aos serviços de saúde. Em 1990, as Leis nº 8.080 e nº 8.142 definiram as Conferências e Conselhos de Saúde como espaços deliberativos e cenários institucionalizados, onde a participação e o controle social pudessem ser exercidos em sua totalidade. **METODOLOGIA:** As conferências são realizadas a cada quatro anos, com representações de vários componentes da sociedade que avaliam a situação de saúde e recomendam políticas específicas. Este trabalho propôs, através de uma análise documental, pesquisar o eixo temático da Participação da Comunidade e Controle Social nos relatórios das três últimas Conferências Nacionais de Saúde (12^o, 13^o, 14^o CNS) e o Diário Oficial (DO) da 15^o. A análise realizada atentou em observar as principais questões acerca da participação e controle social, como elas perpassaram pelas três conferências, se dialogaram entre si, e quais políticas ou estratégias em saúde que poderiam ser cotejadas, nos períodos contemporâneos às conferências, com os propósitos estabelecidos nestes relatórios. **RESULTADOS:** No primeiro relatório analisado, da 12^o CNS o tema sobre participação aparece no eixo VI, sob o título de Controle Social e Gestão Participativa e possui alguns tópicos relevantes como: o fortalecimento dos conselhos de saúde;

a educação popular em saúde com capacitação de lideranças locais com relação aos direitos de cidadania, como orientação sexual, raça e etnia; o estabelecimento de que as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite não assumam as competências deliberativas dos Conselhos de Saúde, enfraquecendo o controle social; a proposta da criação de uma Secretaria Nacional do Índio, sendo que em 2010 foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESI/2010); a definição e implementação de uma Política Nacional de Ouvidorias do SUS, que posteriormente foi corroborada com Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (Participa SUS/ 2007) e a ampliação do debate interinstitucional sobre o SUS, munido em 2006 com o Pacto pela Saúde. Já no relatório da 13^o CNS, a participação apresenta-se no eixo temático III, com o título de Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano, com os principais tópicos abordados como: a divulgação da Carta de Direito dos Usuários da Saúde, do Estatuto da Criança e Adolescente, Estatuto do Idoso, Lei Maria da Penha; o apoio e incentivo a participação social no movimento de reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial; o estabelecimento de mecanismos de supervisão e controle de agrotóxicos pelos Conselhos de Saúde, Meio Ambiente, Segurança Alimentar e Nutricional. A investigação do relatório da 13^o permitiu observar e antecipar a análise de que o eixo temático referente à participação da comunidade e controle social não dialogou com os demais eixos dos relatórios da 12^o e 14^o CNS, assim como os tópicos constituintes do DO da 15^o CNS. O relatório da última conferência analisada, a 14^o CNS, nomeia os eixos temáticos de diretrizes e o tema estudado neste trabalho, está expresso na Diretriz 2, com o título de Gestão Participativa e Controle Social sobre o Estado: Ampliar e Consolidar o Modelo Democrático e de Governo no

SUS, trazendo como itens consideráveis: a implementação de Conselhos Regionais e o fortalecimento Conselhos Estaduais de Saúde, legitimando os Conselhos de Saúde como espaços estratégicos de gestão participativa, reforçando a necessidade de fortalecer o seu papel como espaço de controle social; o fortalecimento da gestão participativa nas três esferas de governo, retomando a proposta da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa/Participa SUS, que havia sido enfatizada no relatório da 12^o CNS; a implementação da saúde, tanto com a capacitação dos líderes de movimentos sociais como dos conselheiros de saúde, proposta que também dialoga com o relatório da 12^o CNS; o reforço e ampliação das Ouvidorias do SUS também perpassam entre os relatórios da 12^o e 14^o CNS. Esta conferência, que foi realizada no mesmo ano que o Decreto nº 7508/11 foi promulgado - com o objetivo de regulamentar a Lei 8.080/90 - versa em seu relatório a importância do cumprimento das recomendações do decreto referentes à atuação dos Conselhos Estaduais de Saúde e entes federados na organização da rede de saúde. E também quanto à organização da rede de saúde, este relatório aborda a necessidade de que as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite garantam o cumprimento das propostas nas conferências municipais, estaduais e nacional e que estas comissões não substituam os papéis que devem ser desempenhados pelas conferências, tal como esclarecido no relatório da 12^o CNS. Por fim, a análise do DO da 15^o CNS descortina itens que ainda repercutem a necessidade de fortalecer estes espaços como cenários de participação deliberativa e democrática, ampliando a representação, organização e formato das deliberações para aprovar prioridades para os próximos quatro anos; relata a ocorrência do total de 5.597 conferências previamente realizadas,

o que representa um resgate destes espaços de gestão; aponta desafios como o ambiente político-social, sendo risco aos pilares do Estado de Direito e risco para os avanços políticos e sociais já conquistados, retoma o debate do fortalecimento de políticas específicas de minorias, já abordados no relatório da 12^o CNS e solicita propostas para garantir a efetividade das resoluções das conferências; aumentar o respeito ao seu caráter deliberativo e aumentar suas representações; sendo que estas lacunas ainda persistem e dificultam a moção de maior controle social e participação da comunidade na consolidação do SUS.

PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL: UM ESTUDO DA COMISSÃO VER-SUS LAGARTO-SE

Tássio Cunha Paes da Costa, Maíra Barreto dos Reis, Sabrina Weiny da Silva, Damares de Jesus Almeida, Kalil Luno Cardoso Silva, Rogério Andrade dos Santos

Palavras-chave: Participação popular, Controle Social, Ver-SUS

Tássio Cunha Paes da Costa(1); Maíra Barreto dos Reis(2); Sabrina Weiny da Silva(3); Damares de Jesus Almeida(4); Kalil Luno Cardoso Silva(5); Rogério Andrade dos Santos(6) 1Acadêmico do curso de terapia ocupacional – Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto – E-mail: tassio.cunha@hotmail.com; 2 Acadêmica do curso de enfermagem – Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto – E-mail: may-b@hotmail.com; 3 Acadêmica do curso de Medicina – Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto – E-mail: sweiny@yahoo.com.br; 4 Acadêmica do Curso de Nutrição – Universidade Federal de Sergipe, Campus São Cristóvão – E-mail: Damaresalmeida94@hotmail.com; 5 Acadêmico do Curso de Nutrição – Universidade Federal de Sergipe,

Campus Lagarto – E-mail: kalil_musical@hotmail.com; 6 Acadêmico do Curso de Terapia Ocupacional – Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto – E-mail: Agape900@hotmail.com APRESENTAÇÃO: O objetivo deste projeto de pesquisa é confrontarmos a teoria e a prática no que se diz a participação popular e o controle social, para isso, utilizamos como base de pesquisa inicial o caderno de textos do Ver-SUS (1^a Edição, 2013). Desenvolvimento do trabalho: Este projeto de pesquisa tem uma iniciativa de ex: “versusianos” que se reuniram inicialmente em uma roda de conversa para compartilhar suas respectivas vivências e as experiências obtidas no Encontro Regional da Rede Unida, Nordeste II, a partir de então surge o desejo comum de construção de um Ver-SUS. Para prosseguir o andamento da construção ficou decidido que em cada reunião ia-se ler, estudar e compartilhar as ideias advindas do caderno de textos do Ver-SUS (1^a Edição, 2013). Durante a construção, vislumbramos a possibilidade de “colocar no papel” aquilo que lá era debatido e compartilhamos com todas as ideias que surgiam. Começo-se então a elaborar o projeto de pesquisa, dividimos em forma de tripé os pontos-chaves a serem estudados, que foram: Gestão, Participação Popular e Controle Social e Ensino em Saúde. Aqui então será apresentado a participação popular e o controle social como ponto principal a ser discutido. Ambos são termos que não conseguem ser bem entendidos na teoria e que em sua prática é gerado um “desencontro” prejudicial à sociedade. Essa dificuldade muitas das vezes é o reflexo de um processo que foi iniciado em um curto período de tempo (Comparando com outros países), ao falar nisso, remetemos ao ano em que foi criada uma nova constituição no Brasil (1990) e com ela, veio a regulamentação e consolidação das Leis orgânicas da saúde de nº 8080/90 e nº 8.142/90 que estabelecem diretrizes (universalidade, integralidade,

equidade, descentralização e participação popular) e normas que conduzem ao novo sistema de saúde direcionando a sua organicidade e critérios de repasse para os estados e municípios, disciplinando o controle social. A participação popular tem grande atuação e o poder no processo de formulação das políticas de saúde e o controle de sua execução em todos os níveis de governo, ela vem a ocorrer através das conferências de saúde, dos conselhos de saúde e dos conselhos de gestores das unidades. Vale frisar que, no período “pré-criação” do SUS, o país passava por um longo regime ditatorial em que todo poder e tudo que fosse feito emanava de um único centro. Sendo assim, tínhamos uma população “submissa” ao estado e com o real enfraquecimento de tal regime e o fortalecimento do povo foram necessárias então mudanças e melhorias, que foram colocadas pela própria população. No contexto da saúde vemos que as leis que regem o sistema é fruto de luta do povo a partir de debates, reuniões e de espaços de diálogo, onde, tomamos como referência a V Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em cinco de agosto de 1975 em Brasília. Com a regulamentação de tais leis o Brasil muda completamente o seu “jeito” de fazer e falar sobre saúde, agora com o SUS temos um conceito de coletividade, sendo necessário um novo olhar sobre as ações, serviços e práticas e essa nova forma de observar a saúde passa diretamente e fundamentalmente pela participação social. Porém, ao longo de décadas, os governos submeteram os objetivos de sua ação aos interesses particulares de alguns grupos dominantes, sem qualquer compromisso com o interesse da coletividade. Culminando então numa confusão teórico-prática do que é a participação popular e o controle social. Para “combater” tais atitudes foi criado o Pacto pela Saúde, que representa mudanças significativas para a execução do SUS. Tem

como objetivos a tentativa de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, assim como a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde e a qualificação da gestão, além de todo reconhecimento da autonomia dos entes federados. Assim como os objetivos, o pacto tem desafios, estes que são: Promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade da resposta do sistema às necessidades da população. Além dos desafios se tem princípios; respeito às diferenças locais; a diversidade como constitutiva do processo de pactuação e não exceção para modelos pré-definidos; reforço da organização das regiões de saúde; qualificação do acesso da população à atenção integral à saúde; redefinição dos instrumentos de regulação, programação e avaliação; instituição de mecanismos de gestão e planejamento regional, com base nas necessidades de saúde da população; fortalecimento dos espaços e mecanismos de controle social; valorização da macrofunção de cooperação técnica entre os gestores; proposição de um financiamento tripartite; com estimulação de critérios de equidade nas transferências fundo a fundo. O pacto possui 3 dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão. O Pacto em defesa do SUS funciona com o intuito de discutir nos conselhos municipal e estadual as estratégias para implantação das ações respectivas no estado, além de qualificar e assegurar o SUS como política pública, também com garantia de financiamento de acordo com as necessidades do sistema, além da aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, priorizar espaços com a sociedade civil para realizar as ações previstas, repolitização da Saúde como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, promoção da Cidadania como

estratégia de mobilização social, divulgação da Carta de Direitos dos Usuários do SUS. RESULTADO: É perceptível que diariamente o SUS recebe investidas que buscam ao máximo derrubar tal sistema, sabendo disto utilizam-se do povo, que é a razão deste existir para tentar acabar com o tal e promover um modelo privatizado. A partir do momento que eu retiro a sociedade tanto da construção quando da regulamentação são geradas brechas em que os que são contrários ao SUS se infiltram buscando um enfraquecimento e póstuma derrubada do sistema. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O desenvolvimento deste projeto de pesquisa permite fazer um comparativo e uma reflexão sobre a teoria em relação a prática, quando falamos em participação popular e controle social e as forças pró-SUS e anti-SUS, podendo então buscar soluções de fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL: OS AVANÇOS NA POLÍTICA PÚBLICA DA SAÚDE

Binô Maurá Zwetsch

Palavras-chave: população em situação de rua, instituições participativas, políticas públicas, participação social, controle social, saúde da população em situação de rua

Este trabalho apresenta a sistematização dos resultados de levantamentos realizados entre 2013 e 2014 com representantes de comitês municipais e estaduais de acompanhamento e monitoramento das políticas para população em situação de rua no Brasil. Os levantamentos foram desenvolvidos por meio da aplicação de questionários junto a um representante do poder público e um da sociedade civil de cada comitê, a partir de trabalho realizado pelos autores junto à Secretaria de Direitos

Humanos da Presidência da República. Com base na análise desse material, apresentamos uma reflexão sobre as dinâmicas de funcionamento, dificuldades e conquistas registradas pelos referidos comitês, abordagem que se insere no âmbito da discussão teórico-metodológica acerca da efetividade de instituições participativas, de modo amplo, e no controle social das políticas públicas como da política pública da saúde, em específico. Com a assinatura do Decreto Presidencial nº 7.053/09, foi criada a Política Nacional para a População em Situação de Rua e instituído seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento (CIAMP-Rua). Essa iniciativa impulsionou a criação de comitês locais, chamados Comitês Pop Pua, que vêm se consolidando em municípios e estados e que incorporam a participação da sociedade civil. Até dezembro de 2014, havia 24 comitês legalmente criados, mas nem todos efetivamente implantados. O levantamento apontou que o desenho institucional, o estágio das discussões e as dinâmicas de participação são muito diversos. No tocante à avaliação da efetividade dos comitês, discutimos sobre as potencialidades, problemas e limitações intrínsecos às dinâmicas internas do processo participativo (fatores endógenos) e sobre aspectos relacionados à estrutura da administração pública e às convicções políticas dos gestores (fatores exógenos). Como ponto forte das discussões do CIAMP-Rua destacamos as demandas relacionadas à política pública da saúde que resultaram no fortalecimento do Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua (Portaria MS/GM nº 3305, de 24 de dezembro de 2004), na elaboração de seu Plano Operativo, na implantação dos Consultórios na Rua (Portaria MS/GM nº 122, de 25 de janeiro de 2011), na conquista de eleger como conselheira no Conselho Nacional de Saúde Maria Lucia

Santos Pereira do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) e na Campanha do Ministério da Saúde de agosto de 2015 com o foco na saúde da referida população intitulada “Cuidar da Saúde de Todos. Faz bem para a população em situação de rua. Faz bem para o Brasil”. Nesses seis anos da Política Nacional para a População em Situação de Rua o governo federal fortaleceu a participação social como método para gestão de políticas públicas, inclusive na indução dos outros entes federados, e dentre as políticas públicas, a saúde obteve avanços importantes diante da análise dos levantamentos de 2013 e 2014 realizados pela autora e pelo autor.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL: UM PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO COMO PLANO DE MELHORIA NO CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Malena Gadelha Cavalcante, Elizabeth de Francesco Daher, Ana Cláudia de Brito Passos

Palavras-chave: PARTICIPAÇÃO SOCIAL, AIDS, PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

A não adesão dos soropositivos envolve fatores psicossociais, socioeconômicos, regime terapêutico, relações profissional-paciente, paciente-profissional-família-meio social, estigma da doença, negação ou renúncia da enfermidade, falha virológica, risco potencial de evolução para a AIDS acrescida de complicações e redução da sobrevivência do paciente. Considerando a necessidade de conhecer melhor esta problemática e os sujeitos que a envolvem, buscando suprimir particularidades individuais e características comuns coletivas relacionadas aos cuidados farmacêuticos facultados a pessoas vivendo com HIV/AIDS foi proposto a todos os participantes implicados neste processo

uma construção de um Plano Operativo (PO) como atividade pedagógica e didática, realizando uma análise situacional dos problemas a fim de criar ações e mudanças de condutas para suavizar ou solucionar as dificuldades existentes. O cuidado farmacêutico envolve educação e promoção à saúde, educação continuada, promoção do uso racional de medicamentos, atividades assistenciais e clínicas tanto individuais quanto coletivas. O objetivo dessa pesquisa foi relatar a experiência da construção do PO como estratégia de melhoria para o cuidado farmacêutico ofertado às pessoas vivendo com HIV/AIDS em um serviço especializado. O presente trabalho é resultante de uma pesquisa do curso de Especialização de Gestão de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, com intuito de melhorar os serviços farmacêuticos. É um estudo de caso com metodologia quantitativa e qualitativa, de abordagem avaliativa e observacional. A produção dos dados foram desenvolvidos por meio de reunião, oficina, observação participante e diário de campo para construção de um PO que teve como foco principal avaliar os cuidados farmacêuticos aos pacientes vivendo com HIV/AIDS em um Serviço de Assistência Especializada. O Plano Operativo é fundamentado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus (1993), utilizado para delinear uma análise situacional, averiguando criticamente as dificuldades, viabilizando estratégias e ações para minimizar ou sanar os problemas encontrados, além do monitoramento das mesmas, suscitada por diferentes atores como estratégia de valorização do indivíduo e suas experiências. Matus propõe quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. O momento explicativo marca o início do plano o qual deve ser analisado a situação atual, o hiato existente e o futuro desejado. Distintos

sujeitos avaliam a realidade presente da sua prática identificam e selecionam os problemas existentes explicando suas causas e consequências. O momento normativo desenha o que deve ser, defini e direciona operações e ações que conduzam a situação atual (problemática) para uma ideal findando em resultados desejados. O momento estratégico avalia a questão de viabilidade das operações e ações propostas e identifica quem são os seus atores executantes. O tático-operacional é o momento em que as ações tornam-se concretas, há o monitoramento destas com proposições de possíveis mudanças ou ajustes ao longo do processo. O processo de construção do PO delongou-se por 08 meses (agosto/2014 a abril/2015). O desenvolvimento do plano operativo foi facilitado e desencadeado como um dos temas estratégicos no grupo de adesão. A reunião ocorreu no espaço do Centro de Referência Especializado de Assistência Social no período matutino com início às oito horas e término ao meio dia na data de 27 de agosto de 2014. 25 pessoas participaram do primeiro momento (explicativo), dentre estes 18 eram usuários/PVHA, três trabalhadores de saúde do SAE (farmacêutica, enfermeira e assistente social), um gestor da área técnica de DST/AIDS (Secretaria Municipal de Saúde), dois familiares (mães) e um representante de ONG/AIDS (Conselheiro Estadual de Saúde). Nesta reunião houve a identificação dos problemas relacionados aos cuidados farmacêuticos aos soropositivos. A priorização do problema ocorreu por processo de quantificação numérica ao utilizarmos uma escala de zero a quatro, pontuação que variava do menos ao mais relevante, estimada pelos critérios: magnitude (tamanho), transcendência (interesse), vulnerabilidade (fragilidade), urgência (prazo de resolução) e factibilidade (recursos). Após a atribuição das notas o

problema que obtivesse maior somatório classificava-se como o de maior prioridade. Em seguida identificamos os descritores, as causas e as consequências convergentes relacionados ao problema priorizado, o que findou por compor uma rede explicativa na forma de espinha de peixe. Os momentos normativo, estratégico e tático-operacional foram desenvolvidos pelo pesquisador do trabalho em outra ocasião a partir das observações do estudo. No momento explicativo os 25 participantes presentes na oficina, fomentaram os diálogos de forma horizontalizada no processo de argumentação para identificação dos problemas relacionados ao foco. Os problemas foram elencados com suas respectivas pontuações de priorizações: 1-Conhecimento insatisfatório dos pacientes a terapia antirretroviral obteve 19 pontos; 2-Pauperização dos pacientes ficou em segundo lugar com 18 pontos; 3-Estigma da doença alcançou 15 pontos. O Momento Normativo foi estabelecido às operações que serão executadas no SAE: acompanhar a adesão do paciente ao tratamento; estimular a participação do paciente no Grupo de Adesão; e ações que serão desenvolvidas para enfrentar o problema: verificar exames laboratoriais e clínicos; acompanhar mensalmente os pacientes; identificar as principais queixas; estimular o vínculo entre a equipe; estimular autonomia do paciente; estimular o compartilhamento de decisões; realizar educação permanente. O Momento estratégico foi construído mecanismos para viabilizar ações e operações essenciais para que o PO torne-se exequível. Para o problema foco foi realizada a análise estratégica e observou-se que para todas as operações e ações propostas haveria viabilidade de decidir, executar e manter, além de factibilidade de auxílio humano, o que cessaria o déficit existente. Para finalizar o Plano, foi necessário o estabelecimento de indicadores

de monitoramento e avaliação para o acompanhamento de sua execução à medida que for sendo colocado em prática. Os indicadores elaborados para o plano operativo foram: percentual de pacientes que retiraram os medicamentos/mês: 88,88%; percentual de pacientes ativos no grupo de adesão: 17,64%; percentual de pacientes que comparecem as consultas clínicas: 90,90%; percentual de evolução do atendimento interdisciplinar e/ou farmacêutico: 81,81%. Neste momento foram inseridas outras competências cuja equipe interdisciplinar encarregou-se de executar e acompanhar as ações propostas, tornando-se o ator principal. Facilitar a compreensão da doença ou da terapia medicamentosa, com modelo participativo, é um processo iterativo com base em estratégias de comunicação que ajuda a pessoa/paciente a refletir e obter tomadas de decisões. Essa pesquisa adotou práticas libertadoras de Paulo Freire, na qual ambos os sujeitos envolvidos, profissional de saúde, usuário, familiar, gestor e conselheiro de saúde, tentaram não somente desvelar a realidade vivida, mas criticamente conhecê-la e recriá-la. Ambos tornaram-se sujeitos do processo crescendo juntos não havendo mais argumentos de autoridades. Fomentou-se uma educação que possibilitou o usuário a uma discussão corajosa de sua problemática e realidade. Jamais conseguiríamos fora do diálogo permanente. O compartilhamento de conhecimento é considerado um elemento inseparável da participação social trazendo como sustentabilidade aos cidadãos o direito de participar ativamente em todas as instâncias da sociedade em que estão inseridos. O monitoramento e avaliação das ações executadas nesta pesquisa revelaram-nos excelentes resultados, revelando um bom percentual na retirada de medicamentos e no comparecimento das consultas clínicas demonstrou uma boa adesão dos pacientes.

O atendimento e o cuidado interdisciplinar foram desenvolvidos com êxito pela equipe. Considerações finais O plano operativo não foi meramente uma ferramenta técnica, mas promoveu uma mudança operativa e social a todos os participantes envolvidos no processo avaliativo, construtivo e de implementação de ações. A experiência provocou uma satisfação para os usuários e para a equipe de saúde que permeou na história, nas expectativas, na solução dos problemas e nos novos desempenhos e atividades implantadas no serviço especializado e seus respectivos monitoramentos.

PERCEPÇÃO DOS PAIS FRENTE A INCLUSÃO DA CRIANÇA AUTISTA NO ENSINO REGULAR: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Maria Isabel Ozuna dos Santos, Patrick Schneider, Pollyana Bortholazzi Gouvea, Mayara Ana da Cunha, Dagoberto Mior de Paula, Gladys Brodersen

Palavras-chave: transtorno autístico, inclusão educacional, relação familiar

APRESENTAÇÃO: Apresentaremos neste congresso uma revisão bibliográfica sobre o Transtorno do Espectro do Autismo. Este transtorno acomete crianças em sua primeira infância, sendo de difícil diagnóstico e prolongando sofrimentos a criança e seus familiares até a adaptação de todos os envolvidos, tendo como uma das principais queixas dos pais, a inclusão desta criança na Rede Básica de Ensino Regular. Antes de existir uma lei que garantisse a inclusão aos autistas, eles iam apenas para as APAE's e associações que dessem suportes para enfrentarem as dificuldades. A associação mais conhecida, a APAE, nasceu em dezembro de 1954, no Rio de Janeiro, trazida por Beatrice Bemis, que tinha uma filha portadora de Síndrome

de Down. Ela se admirava por não existir ainda no Brasil nenhuma instituição para pais e amigos, pois nos Estados Unidos, onde ela morava, ela já havia participado e fundado diversas associações. Então, em 1955 foi fundada a primeira associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE do Brasil, com o objetivo de promover a atenção integral à pessoa com deficiência, prioritariamente aquela com deficiência intelectual e múltipla. **OBJETIVOS:** O Objetivo foi realizar levantamento bibliográfico, nas bases de dados nacionais, sobre inclusão da criança autista na rede de ensino regular. **METODOLOGIA:** O método utilizado foi revisão integrativa do termo abordado. Realizado busca de artigos científicos e pesquisas publicadas nas bases de dados nacionais cujos materiais estivessem disponíveis online, na íntegra e em português. Foram relacionados 23 artigos a partir dos escritores: “transtorno autístico”, “inclusão educacional” e “relação familiar”. Foram considerados apenas os trabalhos publicados na íntegra, com foco na inclusão escolar da criança autista e a inclusão escolar da criança autista sob a ótica dos pais. No total, foram analisadas, de forma detalhada, 8 artigos. **RESULTADOS:** Observou-se que na perspectiva dos pais, há um anseio em incluir os filhos no ensino regular para que os paradigmas sejam modificados, porém, vê-se que na perspectiva da escola, alunos e professores não estão preparados para recebê-los, apesar de haver um esforço concentrado das escolas e da rede como um todo, em atender esses alunos autistas. Percebe-se que há uma contratação muito maior de agentes de educação, que são profissionais qualificados com cursos na área de educação especial e inclusiva para o auxílio dos professores na educação dessas crianças. A sociedade exclui, trata diferente aqueles a quem deveriam tratar iguais. Verifica-se que pela sociedade, os autistas ainda são vistos

como pessoas diferentes e por isso, são por vezes excluídos e tratados como doentes mentais. Ela ainda não tem uma definição do que vem a ser um autista. Apesar do TEA ser classificado como uma deficiência mental, muitas a vêem como uma doença, causando mais estigmas e vitimizando ainda mais os acometidos pelo transtorno. Diante disso, a sociedade que desconhece a forma de como tratar uma criança autista, acaba excluindo, nesse contexto é que os pais encontram respaldo na Lei de inclusão a oportunidade da mudança dos novos olhares e conseqüentemente a quebra dos paradigmas. Atualmente existem diversas instituições que visam habilitar a criança autista ao convívio social e familiar, a exemplo, a AMA que tem como missão de proporcionar à pessoa com autismo uma vida digna com trabalho, saúde, lazer e integração à sociedade; oferecer à família da pessoa com autismo instrumentos para a convivência no lar e em sociedade e promover e incentivar pesquisas sobre o autismo, difundindo o conhecimento acumulado; e o CER. A reabilitação intelectual do CER II Univali é voltado ao Transtorno do Espectro do Autismo, tornando-se referência para o atendimento com pacientes diagnosticados com esta patologia, neste primeiro ano o CER II Univali, já consta com mais de 200 crianças diagnosticadas e em tratamento do Transtorno do Espectro do Autismo. **Considerações:** Percebe-se a evidente necessidade de maiores investigações acerca do tema, visto que a inclusão de crianças autistas é uma realidade no nosso país. A adequada adaptação vai refletir em todo contexto familiar e social em que a criança está inserida. A inclusão é lei e devemos respeitá-la como tal, mas acima de tudo, é um direito da criança estar inserida num ambiente em que não tenha apenas pessoas com deficiência. Lutar por igualdade, faz parte da vida destes pais desde o diagnóstico da criança, pois são

segregados socialmente, nos mais diversos níveis da sociedade. A inclusão muito bem descrita nas leis, as vezes, torna-se um empecilho na vida real, pois quando não há um segundo professor em sala, ou um auxiliar, é muito desgastante ao profissional educador a inserção deste aluno nas demais atividades escolares de cada idade. Essa inclusão é realizada socialmente desde então, como lido nas leis e portarias que regem, vemos a uma necessidade de aprofundar qualitativamente no assunto e ver-se o que é pra ser realizado é efetivamente realizado. Acrescenta-se de que espaços como o CER e a AMA corroboram para que tanto os pais quanto as próprias crianças possam interagir da melhor forma possível, tornando viável a aproximação de todos os envolvidos e permitindo que a criança participe integralmente do núcleo familiar e assim, dando suporte e segurança para que o enfrentamento das situações, neste caso a inclusão escolar, seja o menos traumático possível. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É necessário que os profissionais envolvidos estejam preparados para atuar efetivamente com ações que permitam o desenvolvimento da criança, da família e até mesmo dos próprios profissionais da área escolar que lidarão com o processo de inclusão efetivamente. Trabalharemos questões diretas relacionadas a inclusão nas salas de aulas, por intermédio da visão de seus pais, ao qual lidam com estas dificuldades diariamente e o que fazem para superá-las. Neste resumo, destacamos a dificuldade de se escrever sobre o tema inclusão e suas propriedades, já que a realidade da inclusão no dia-a-dia, como a inserção deste aluno em sala de aula, devendo tornar-se um motivo de preocupação real no movimento das pesquisas com este tema, evidenciado-se assim, pouca quantidade de escritos sobre o tema. Eixo: Eixo 4 - Controle Social e Participação Popular.

PERSPECTIVAS SOBRE O CONTROLE SOCIAL NA VISÃO DE CONSELHEIROS LOCAIS DE SAÚDE NA CAPITAL DO PIAUÍ

Leonardo Sales Lima, Naira Ane Viana, Naiane Patricia Carvalho

Palavras-chave: Controle Social, Conselho Local de Saúde, Comunidade,

Em nosso país, a saúde vem passando por um significativo processo de reforma social e política, cuja ação é fundamental à continuidade e ao avanço do movimento da Reforma Sanitária, bem como à construção efetiva do SUS. Por isso, vários de seus segmentos devem cumprir um papel condutor de mudanças no campo tanto das práticas de saúde, como da formação profissional. Neste sentido, o Conselho de Saúde tem um papel fundamental neste processo. A Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990 é um marco legal que dispõe sobre a criação dos Conselhos de Saúde, que se desenvolveram muito no Brasil a partir de 1991, nos quais os segmentos sociais podem se fazer representar de forma paritária obedecendo à seguinte distribuição: 50% para os usuários, 25% para trabalhadores de serviços de saúde, 25% para gestores e prestadores de serviços, conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº. 333/ 2003. Um dos espaços para o desenvolvimento do controle social no SUS são os Conselhos Locais De Saúde (CLS). Podemos citar algumas das atribuições do CLS, tais como: discutir o funcionamento dos serviços e definir propostas para melhorar o “acolhimento” dos usuários e superar os problemas detectados, apoiando, em algumas situações, a superação de conflitos entre trabalhadores de saúde e usuários. Não é difícil constatar, na prática cotidiana dos conselhos, a existência de grande número de variáveis que impedem ou dificultam o exercício dos princípios constitucionais a eles designados. Dentre essas variáveis, destacam-se as peculiaridades de cada local

e a existência de uma arena de interesses políticos divergentes, com diversas disputas que influenciam na mobilização social, tornando o processo de sensibilização dos atores ainda mais complexo. Desde 2012, a UESPI faz parte do PROSAUDE (Programa de Reorientação da formação em saúde), contemplada com grupos do Pet- Saúde (Programa de Educação Tutorial). Um dos PETS AUDE atua com o controle social, que tem como finalidade formar Conselhos Locais de Saúde em determinadas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Teresina/PI. Com isso, projetos de extensão e pesquisa são importantes na formação acadêmica do estudante. A inserção do estudante em atividades práticas que propicia um campo potencial e necessário, condizente com a realidade vivenciada pela grande massa populacional brasileira, possibilitando ao estudante uma clínica ampliada dos saberes, a aplicação efetiva de ações preventivas e promotoras da saúde coletiva e a vivência do acolhimento à demanda, com avaliação da vulnerabilidade das pessoas e comunidades. Diante da experiência dos colaboradores como participantes do Pet-Saúde controle social, os mesmos perceberam, que os conselheiros nem sempre seguem o seu real papel, de acordo com as diretrizes do SUS, no CLS. Dessa forma, surgiu à necessidade de uma pesquisa que buscasse investigar a visão dos conselheiros sobre o Conselho Local de Saúde para poder compreender melhor seu funcionamento na prática e elaborar, posteriormente, soluções para os possíveis problemas, com o intuito de fortalecê-lo, tendo como base os princípios do SUS, visando um melhor atendimento nas UBS, avigorando o controle social e melhorando os serviços de saúde na rede pública. O presente estudo faz parte da Pesquisa de Iniciação Científica financiada pela Universidade Estadual do Piauí e teve como objetivo geral analisar a atuação de um Conselho Local de Saúde no Município

de Teresina-PI. Como objetivos específicos, foi possível descrever as concepções dos Conselheiros sobre o controle social de saúde; apontar as dificuldades e facilidades para a atuação/ formação dos CLS; listar as ações realizadas pelos CLS; apresentar soluções para o desenvolvimento pleno e efetivo dos CLS. A pesquisa desenvolveu-se com o método qualitativa descritivo, com o objetivo de analisar a visão dos conselheiros sobre o conselho local de saúde (CLS) de Teresina/PI, tendo como base os princípios e diretrizes do SUS. A pesquisa qualitativa visa compreender e explicar a dinâmica das relações sociais, relações que são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Essa modalidade de pesquisa trabalha com a vivência, experiência, cotidianidade e também com a compreensão das estruturas e instituições, como resultantes das ações humanas objetivadas. Enquanto a pesquisa descritiva objetiva conhecer e interpretar a realidade sem nela interferir para modificá-la. No presente estudo, observou-se que uma minoria dos conselheiros souberam relatar o significado de controle social, porém outros não conseguiram descrever. Com isso, nota-se a falta de informação dos mesmos, diante as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, sobre o controle social. Outro ponto é a Concepção sobre a importância do CLS. Ficou evidente a importância do conselho nos aspectos da resolutividade e as contribuições que os CLS trazem para a comunidade na perspectiva dos conselheiros; os conselheiros relatam da importância que possui o CLS, trazem como algo crucial para o bem-estar da comunidade local, pois os mesmos discutem o funcionamento dos serviços e definem propostas para melhorar o “acolhimento” dos usuários e superam os problemas detectados, apoiando, em algumas situações, a superação de conflitos entre trabalhadores de saúde e usuários. Além disso, faz necessário mencionar as funções e formações do CLS que estão

condizentes com as normas dirigidas aos conselheiros. Neste caso, apenas um dos entrevistados relatou não saber das funções destinadas a ele. Outro ponto de ênfase é a formação do conselho, sendo realizada por votação para composição do conselho, pois são considerados meios legais para aprovação do CLS. Entretanto, a pesquisa também mostrou que os conselheiros estão desinformados quanto às diretrizes do SUS e a Lei que regem o controle social 8.142/90, acarretando uma deficiência na participação do conselheiro, na reorientação da participação social, no seu aprendizado político da sociedade, com isso faz-se necessário, maiores esclarecimentos e aprimoramento para sua atuação nos aspectos de ações sociais, no desenvolver das atividades da UBS e na realização de mais reuniões, bem como, fica evidente que os conselheiros sabem da importância do CLS, para o bem-estar da comunidade local, além disso, exercem o papel na discussão do funcionamento dos serviços e definem propostas para melhorar o “acolhimento” dos usuários. Diante disso, os conselheiros devem promover lugares em que as pessoas sintam-se acolhidas, e ter no Conselho um local para escuta de suas necessidades, reivindicações e de interferência na condução da gestão pública. Portanto, segundo a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social da saúde, é de suma importância para a formação social, na participação do controle social, a necessidade de maior desenvolvimento da população local. O presente estudo torna-se extremamente importante para os profissionais de saúde, conselhos de saúde, estudantes de universidade e comunidade geral no intuito de realizar reflexões e discussões sobre os papéis dos conselheiros nas UBS da cidade de Teresina, como meio de melhorar esse atendimento ao usuário, e conseguir resgatar a participação popular, para a tomada de decisão sobre a saúde local.

PLANO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE SAÚDE NO TERRITÓRIO COM IDOSOS

Maria Fabiana de Sena Neri

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Participação Social, Promoção da Saúde, Ação Intersetorial, Saúde do Idoso

O crescimento de idosos resultante da transição demográfica e epidemiológica vem ocorrendo no mundo. O presente estudo tem como objetivo implementar o Projeto Saúde no Território (PST) a partir dos problemas na saúde dos idosos, em uma unidade de Atenção Primária em Saúde em Fortaleza/CE. Trata-se de um estudo de intervenção, o referencial metodológico será o PST, que integra os seguintes princípios: territorialização, participação social, intersectorialidade, criação de espaços coletivos de discussão, e fortalecimento da integralidade do cuidado a partir de ações vinculadas à clínica, à vigilância em saúde e à promoção da saúde. Para que a proposta seja desenvolvida, utilizarão de reuniões, discussões dialogadas, observações diretas e entrevistas semiestruturadas, a serem realizadas em outubro a novembro de 2015. Os atores envolvidos no processo serão os idosos, as equipes de saúde e diversos atores da comunidade. Esta estratégia será submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa na Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde de Fortaleza-CE. Os dados da entrevista serão analisados, dentro da abordagem qualitativa. Os resultados esperados na população idosa focam os pilares do PST. Conclui-se que a estratégia permite mobilizar os atores sociais e/ou instituições para mapeamento do território e busca conjunta de soluções para possíveis problemas enfrentados pelos idosos.

PRIORIDADES PARA O SUS: PROGRAMAS LANÇADOS PELO EXECUTIVO E AS PAUTAS DO CNS E DA CIT

Simione de Fátima Cesar da Silva, Maria Cristina Ferreira de Abreu, Douglas Valletta Luz

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Programas Prioritários, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intergestores Tripartite

APRESENTAÇÃO: O trabalho apresenta análise da presença dos Programas lançados pelo Poder Executivo Nacional entre 2011-2014 nas Pautas das reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do mesmo período. O objetivo foi estabelecer paralelo entre os Programas e o conteúdo das Pautas. Para tanto, os mesmos foram listados e conceituados e as Pautas das reuniões foram analisadas, para verificar o impacto no documento que encaminha as discussões nos dois colegiados. **DESENVOLVIMENTO:** A metodologia do estudo foi a Pesquisa Documental, com utilização de material público, disponível em sites oficiais do Governo Federal. Inicialmente foram pesquisados todos os seis Programas lançados pela Presidenta Dilma na gestão 2011-2014. Após, foram analisados as pautas das 55 reuniões do CNS entre janeiro/2011 e dezembro/2014 e as 39 reuniões da CIT acontecidas no mesmo período. Por fim, foi verificada a presença dos temas como enunciados nas Pautas de ambos os colegiados. Programas entre 2011-2014 foram lançados seis Programas prioritários para a garantia de acesso e qualidade da atenção. Em fevereiro/2011 foi anunciada a gratuidade de medicamentos para hipertensão e diabetes na rede Aqui tem Farmácia Popular, no âmbito da estratégia Saúde Não tem Preço (SNTP), com meta de universalizar o acesso. Em março/2011 foram lançados dois Programas: Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama, com os objetivos de garantir acesso, qualificar a rede, difundir informações e fortalecer o controle

social; e o programa de promoção da saúde de mulheres grávidas, recém-nascidos e crianças, denominado Rede Cegonha, com o objetivo de assegurar um parto seguro e humanizado. Em outubro/2011, foram lançados em conjunto: o Serviço de Atenção Domiciliar 'Melhor em Casa', e o Programa SOS Emergência, para apoiar a hospitais com serviços de emergências, ambos complementares e integrantes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Por fim, em julho/2013 foi lançado o Programa Mais Médicos, com ações de curto, médio e longo prazo para melhorar o provimento de médicos no interior, periferia e áreas remotas, reforçar a formação médica e qualificar a rede de assistência. Conselho Nacional de Saúde (CNS) A participação social nas políticas públicas foi introduzida pela Constituição Federal/1988 e, no Sistema Único de Saúde (SUS), a participação foi regulamentada pela Lei 8.142/1990 por meio de dois instrumentos: Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. O Conselho Nacional de Saúde (CNS), criado em 1937, passou por grandes reformulações e, a partir de 1990 com a garantia legal da paridade na participação da sociedade civil, estabeleceu-se como dispositivo fundamental na gestão do SUS. Atualmente, o CNS funciona com estrutura própria, contando com 48 conselheiros titulares, e o mesmo número de primeiro suplentes e segundo suplentes. A entrada dos temas na pauta das reuniões ordinárias, realizadas mensalmente, se dá com a análise e definição de prioridades pela Mesa Diretora e são apresentadas em formato de Itens. Comissão Intergestores Tripartite (CIT) Em 1991, com o objetivo de facilitar os processos de adesão às formas de gestão descentralizadas, foram instituídas as Comissões Intergestores no âmbito das gestões estaduais e federal. O regimento interno aprovado em 2009 definiu o colegiado com instância de articulação, negociação e pactuação entre os gestores das três esferas. Em junho/2011

o Decreto Nº 7.508 institucionalizou as Comissões Intergestores como instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras de gestão compartilhada do SUS. A pauta de suas reuniões é composta dos seguintes itens: homologações e certificações; discussões e pactuações; apresentações e discussões; e informes, sendo que os mesmos devem ser justificados pela Câmara Técnica. Apesar de seu rol de competências apontarem a necessidade de observar o papel do CNS, seu funcionamento não se vincula ao funcionamento do Conselho, sendo que a média de reuniões anuais entre 2011/2014 foi menor que 10. Relação CNS x CIT O fluxo decisório das políticas de saúde, embora seja normatizado, na prática pode ocorrer de três formas: a) por normatização, inicia pelas negociações e pactuações na CIT e, após, há discussões e deliberações pelo CNS. b) também, as questões podem ser deliberadas no âmbito do CNS e, após, encaminhadas à CIT para as devidas pactuações. c) finalmente, há situações em que não estão relacionadas de forma comum as agendas dos dois órgãos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Pautas do CNS e da CIT Ao longo dos quatro anos cobertos pelo estudo foram realizadas 55 reuniões do CNS e 39 reuniões da CIT, com a seguinte situação de pautas para os Programas em análise, conforme o ano: CNS ü 2011 = 12 reuniões - uma referência à Urgência e Emergência e uma à Saúde da Mulher. ü 2012 = 15 reuniões - uma referência ao SNTP. ü 2013 = 14 reuniões - duas referências ao Mais Médicos. ü 2014 = 14 reuniões - uma referência à Saúde da Mulher e uma à Atenção Oncológica. CIT ü 2011 = 12 reuniões - duas referências às ações de câncer; quatro referências à Rede Cegonha; duas referências à atenção domiciliar; três referências à Rede de Emergência e uma referências a alocação de médicos. ü 2012 = 9 reuniões com três referências as ações de câncer; uma referência à Rede Cegonha

e uma a alocação de médicos. ü 2013 = 10 reuniões - três referências as ações de câncer; uma referências à Rede Cegonha e sete referências ao Mais Médicos. ü 2014 = 8 reuniões - uma referências à Rede Cegonha e sete referências ao Mais Médicos. ANÁLISE DOS RESULTADOS: O trabalho permitiu verificar a presença nas pautas das reuniões do CNS e da CIT, dos Programas Federais lançados pelo Executivo entre 2011/2014. Os resultados encontrados na análise demonstraram pouca ou nenhuma presença de itens específicos sobre os Programas nas reuniões do CNS, e presença mais frequente, especialmente para os temas da Rede Cegonha e Mais Médicos, nas reuniões da CIT. Com relação ao fluxo decisório de políticas de saúde, verificou-se pouca convergência de agenda nessas instâncias para os Programas em questão. Tomando como base o Mais Médicos, verificou-se que a CIT iniciou discussão prévia ao lançamento que se manteve ao longo de todo o ano de 2013. Já o CNS discutiu o tema no seu pleno apenas duas vezes, em datas posteriores ao lançamento. O lançamento de Programas Federais estabelece prioridade para as ações e recursos anunciados e, dessa forma, infere-se ser resultado de construção coletiva dos atores do SUS. Por força de lei, cabe ao CNS atuar na formulação e controle da execução do SUS, incluindo aspectos financeiros, o que o estabelece como ator imprescindível no processo de elaboração de Programas que atendam às demandas do setor. Por outro lado, cabe a CIT pactuar as normas a serem cumpridas pelos gestores para que os Programas prioritários sejam implementados e atendam às demandas da população. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados encontrados não necessariamente refletem inexistência de discussão e deliberação prévias e/ou posterior dos temas pelos colegiados, assim como não define o tipo de discussão que foi realizado. A constatação, contudo, exige aprofundamento em outros documentos,

como atas, bem como análise de suas estruturas internas, como Comissões e Grupos de Trabalhos, onde são discutidas e por vezes deliberadas questões relevantes sobre ações e programas para o SUS.

PRODUÇÃO DE SENTIDOS PARA A COMUNICAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE: A TENSÃO DA PARTICIPAÇÃO PELO OLHAR DAS PERSPECTIVAS DA COMUNICAÇÃO

Nathália Silva Fontana Rosa

Palavras-chave: Comunicação e saúde, participação, perspectiva relacional, produção de sentidos

APRESENTAÇÃO: A presente proposta traz como elemento central a tensão da participação que se estabelece no campo da saúde a partir de um olhar sobre os processos comunicativos. Toma-se como referencial a relação de uma comunicação construída a partir de uma perspectiva relacional da comunicação – que tem como elemento constitutivo a produção de sentidos nos mais diferentes contextos que atuam os sujeitos -, com perspectivas mais clássica da comunicação - que compreendem o processo comunicativo como uma transmissão unidirecional de informações desde um emissor detentor de conhecimento para um receptor que pouco ou nada conhece sobre sua saúde. Esta proposta situa-se no âmbito da investigação de doutorado realizada pela autora na Universidade Autônoma de Barcelona, cujo tema é o campo da Comunicação e Saúde no Brasil. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A pesquisa está orientada a analisar o campo da comunicação e saúde a partir do debate dos diferentes usos das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC) na saúde e seus efeitos nos processos participativos em dois dispositivos localizados no âmbito do SUS, o programa Telessaúde Brasil Redes

e a Rádio Maluco Beleza (programa de rádio protagonizado pelos usuários do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, município de Campinas – SP), desde uma perspectiva relacional da comunicação, definida por um processo de produção de sentidos no marco de um contexto social e cultural. Na pesquisa, optei por realizar um estudo de caso a partir destes dois espaços, na medida em que possibilitou uma aproximação à realidade dos processos comunicativos no campo da saúde e sua diversidade, considerando que não existem práticas homogêneas de cuidado. Tomados como casos múltiplos de análises, representam uma imersão no campo orientada a descobrir, captar e compreender as dinâmicas presentes nos contextos singulares escolhidos. Dessa maneira, me permitiu aprofundar no debate dos distintos usos que podem existir das TIC no campo da saúde e a tensão que estabelece na participação das pessoas a partir das diferentes perspectivas que atravessam o pensar e o fazer comunicativo. RESULTADOS: Destaca-se que a experiência brasileira no campo da saúde tem características interessantes como traço constitutivo da própria construção no campo das políticas públicas, e que vão influenciar as distintas formas de participação e as suas diferentes experiências comunicativas. Dentro do mesmo território, a Atenção Básica, onde se localiza o Telessaúde Brasil Redes, e a Saúde Mental, onde encontramos a Rádio Maluco Beleza enunciam práticas de cuidado distintas e constroem, em consequência, relações aparentemente opostas de seus processos comunicativos e participativos. O território da AB prevê desenhos mais clássicos e formais para a participação, estabelecida em lugares determinados como o controle social, o que provoca efeitos nas suas ofertas comunicativas, como o Telessaúde Brasil Redes, que na sua lógica de comunicação tem por objeto da recepção uma intervenção técnica e

unidirecional. A preocupação que orienta este modelo é alcançar o máximo de rendimento na transmissão de mensagens para determinados públicos, limitando as possibilidades de interação e negociação dos sentidos. Por outro lado, o campo da saúde mental tem a influência de uma luta marcada por apostas distintas de ver o sofrimento das pessoas e pelo rompimento com componentes clássicos da intervenção médica, como os manicômios ou a psiquiatria medicalizante. Desta maneira, abre espaços para que outras perspectivas sejam incorporadas aos processos comunicativos, como é o caso da Rádio Maluco Beleza, que trabalha desde uma visão de produção e circulação de outros sentidos para os discursos sobre a loucura e a doença, como também aposta em outro fazer comunicativo, onde todo o processo é levado a cabo por usuários, comunicadores e trabalhadores da saúde. Destaca-se que a possibilidade de uma comunicação feita pelos usuários, desde uma perspectiva relacional, que contempla instâncias de produção, circulação e reconhecimento, tem grande potencial de ampliar e aprofundar as possibilidades de expressão e promover a participação das pessoas, fazendo emergir outros sentidos e reconhecendo que todos são produtores de conhecimento sobre a saúde. Em lugar do tradicional esquema de emissor-mensagem-receptor, a perspectiva relacional não só coloca os usuários como produtores ativos dos processos comunicativos, como promove outras redes de existência e pertencimento, contribuindo na melhora do cuidado em saúde. DISCUSSÃO: A partir das reflexões propostas, pensarem a participação nas estratégias comunicativas no campo da saúde, a partir do debate dos usos das TIC, pressupõe, em primeiro lugar, afirmar que nas distintas perspectivas da comunicação existe uma forma de participar. Em segundo lugar, e como consequência, interessa pensar,

por um lado, o que significa participar sob influência de uma perspectiva informacional, a qual pressupõe uma participação que está localizada na recepção de informações, que busca um processo livre de ruídos e que tem por objetivo ativar uma mudança de comportamento das pessoas em relação aos hábitos de saúde. Por outro lado, quais relações emergem quando os contextos, os atores constituídos como sujeitos ativos, as necessidades, sejam elementos em destaque e onde são negociados os distintos sentidos que pode adquirir a saúde e vida. A interpretação dos usuários sobre os fatos do cotidiano, inclusive sua doença, é uma produção de saberes não contemplada nos espaços hegemônicos. A comunicação dentro desta lógica, em lugar de valorizar os discursos tradicionalmente autorizados, fomenta a participação e reconhece a existência de uma polifonia social, com a capacidade de acolher e amplificar as muitas vozes que comportam uma multiplicidade de significados para a saúde e a vida. Considerando o campo da saúde de uma maneira relacional, caracterizado por um processo agenciado pelos sujeitos e que traz em si os atributos da liberdade, da criação e da inventividade (Merhy, 2006), a comunicação deve contemplar essa multiplicidade e fazer legítima outras vozes no campo da saúde. A participação, dessa maneira, está relacionada a essa possibilidade de circulação e negociação da multiplicidade de sentidos existentes, reconhecendo práticas e saberes dos diferentes atores da saúde – trabalhadores e usuários – e a relação que se estabelece no encontro entre eles. Refere-se a um espaço em que uma pessoa possa tomar uma posição para falar sobre seus conhecimentos, seja sobre sua saúde, seu corpo, como também outros temas de interesse. Esse posicionamento extrapola os discursos oficiais, científicos, etc., e pode caracterizar processos participativos mais equitativos e democráticos.

PROJETO A COR DA RUA: ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO NA INTERFACE DA SAÚDE E DIREITOS HUMANOS

Ana Alice Freire, Thiago Brunelli Silva, Carmen Santana de Albuquerque, Magali Baptista, Anderson da Silva Rosa, Luciana de Carvalho, Erika Vovchenko, Fernanda Campello, Erina Izumi

Palavras-chave: Extensão Universitária, Educação Popular, Moradores de Rua

INTRODUÇÃO: Pessoas vivendo nas ruas, não apenas sem-teto e sem pátria, mas sem horizontes, é uma situação para qual não há uma resposta efetiva. Problemas sociais complexos exigem trabalho intersetorial com ações dialogadas e participação ativa das pessoas envolvidas. A formação na área da saúde não contempla as especificidades para o cuidado a esta população, trabalhadores adoecem e as pessoas atendidas muitas vezes sofrem ainda mais pela violência nos equipamentos públicos. O trabalho intersetorial carece de experiências e estudos quanto à sua implantação no âmbito da organização de serviços: é preciso enfocar a lacuna existente entre as políticas públicas, o conhecimento e a sua aplicação na prática. Faltam espaços de formação envolvendo vários setores da sociedade no desenvolvimento de técnicas com bases científicas para melhorar a aplicação dos recursos disponíveis. **OBJETIVOS:** O Projeto de Extensão A Cor da Rua, integra o Programa Com-Unidade da Universidade Federal de São Paulo. Tem como objetivos: Desenvolver atividades de educação popular, visando potencializar a habilidade dos graduandos e demais participantes para desenvolver ações, atitudes e práticas coletivas que promovam os direitos humanos, sobretudo em relação às pessoas em situação de rua, imigrantes e refugiados; Estimular o estudante a analisar criticamente o atual cenário das políticas

públicas voltadas às pessoas em situação de vulnerabilidade social, sobretudo perante o seu papel social e suas responsabilidades como cidadão brasileiro e futuro profissional da área da saúde; Contribuir com a formação de graduandos e pós-graduandos da Unifesp integrando teoria e prática, por meio da vivência extensionista; Desenvolver estratégias que garantam o acesso da população em situação de vulnerabilidade social à rede pública de Saúde; Qualificar o cuidado e integrar a rede de saúde e assistência social para a população em situação de vulnerabilidade social. **METODOLOGIA:** O projeto A Cor da Rua é estruturado na formação de profissionais da rede pública, na participação da comunidade usuária dos serviços e na produção de conhecimento, promovendo o diálogo entre a universidade e a comunidade. Com ações de aprendizagem participativa que integram saúde, assistência social e participação popular, o projeto promove encontros e convivências para desenvolver novas formas de cuidado para pessoas em situação de vulnerabilidade social. Considerando vulnerabilidade como uma “noção multidimensional, na medida em que afeta indivíduos, grupos e comunidades em planos distintos de seu bem-estar, de diferentes formas e intensidade” (SEADE, 2001) Inspirado na pedagogia de Paulo Freire, o projeto utiliza a metodologia participativa da pesquisa-ação (método psicossocial) para conduzir suas ações. Inicialmente trabalha com o diagnóstico participativo da situação – problema, a partir do qual todos os participantes desenvolvem estratégias para melhorar as práticas sociais e humanas, conforme a necessidade do contexto onde a ação será implementada. O projeto conta com a colaboração da comunidade envolvida, graduandos, pós-graduandos e profissionais de diferentes áreas, relacionadas à assistência social, saúde e ciências humanas e suas atividades permitem que todos

os envolvidos participem, aprendam e ajam de modo cooperativo e democrático para atingir objetivos comuns. As ações acontecem em equipamentos sociais no centro de São Paulo, onde está situado um grande número de sujeitos em situação de vulnerabilidade social: moradores de cortiço, ocupações, pessoas em situação de rua. Ações específicas para imigrantes e refugiados acontecem no Centro de Referência para Refugiados (Convênio da Caritas Arquidiocesana de São Paulo com Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados- ACNUR). **RESULTADOS:** Desde o ano de 2010, o projeto A Cor da Rua proporciona espaços de formação intersetorial para promover diálogo e participação ativa das pessoas envolvidas no cuidado às pessoas em situação de rua. No transcorrer desse período realizou-se: 1) Análise do cenário das necessidades da população em situação de rua no centro da cidade de São Paulo; 2) Oficina para construção da rede de apoio à população em situação de rua; 3) Ação de Capacitação em Saúde Mental para trabalhadores da assistência social; 4) Curso de Extensão de Arteterapia Comunitária, que foi o piloto do atual modelo de formação/integração das redes saúde/ assistência social proposto pelo projeto; 5) Grupo educativo sobre saúde de travestis em situação de rua; 6) Seminários para promoção de direitos humanos das pessoas em situação de rua; 7) Mapeamento dos equipamentos públicos responsáveis pelo atendimento desta população na região central de São Paulo, com a finalidade de promover um primeiro contato e aproximação dos graduandos participantes do projeto à temática. Todas as atividades extensionistas são realizadas de maneira participativa. Muitas das ações são concretizadas por meio de práticas culturais, como: atividades artísticas e expressivas, ateliês terapêuticos, oficinas e exposições de trabalhos produzidos. Na avaliação dos estudantes de graduação, as vivências no

projeto A Cor da Rua têm permitido ações de grande significado pessoal, contribuindo para uma formação humanizada, dando a oportunidade de contato com grupos vulneráveis. Além disso, a prática da pesquisa-ação permite retribuir à sociedade durante o processo de graduação e pós-graduação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A escolha da metodologia de trabalho da pesquisa-ação em nosso programa de extensão permite a grupos vulneráveis participar do processo de produção do conhecimento e das ações de promoção e cuidado à saúde. Para os estudantes permite que a transformação da realidade aconteça à medida que o próprio graduando esteja se formando. As desigualdades sociais e a complexidade das interações entre os diversos setores (formais e informais) constituem desafios para a formulação e, principalmente, para a implementação de políticas públicas de atenção à população em situação de vulnerabilidade social no centro de São Paulo. O poder público tem desenvolvido diversos programas para inclusão das pessoas em situação de vulnerabilidade social. Reconhecemos o enorme valor destes programas, entretanto, a maior dificuldade não é criar a política, mas viabilizar sua implementação. O cenário atual é composto de trabalhos pouco articulados entre si, gerando sofrimento aos seus trabalhadores, duplicidade de funções e pouca resolutividade de ações. Estudos demonstram que o sucesso desses programas depende de ações intersetoriais e interinstitucionais, institucionalizadas e duradouras. Assim, para os serviços de saúde e os de assistência social esses grupos populacionais trazem a necessidade de formular novas abordagens capazes de superar os limites tecnológicos atuais. O Projeto A Cor da Rua tem como principal motivação desenvolver e ampliar a compreensão destas práticas intersetoriais. Desta forma pretende promover ações

inovadoras para promoção dos direitos humanos da população em situação de vulnerabilidade social, especialmente população em situação de rua, imigrantes e refugiados que convivem no centro de São Paulo.

PROJETO VIDAS PARALELAS CAMPO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL: RELAÇÕES ENTRE A SAÚDE, A IMAGEM, A ESTÉTICA E A POLÍTICA

Maria da Graça A Hoefel

O Projeto Vidas Paralelas Campo busca revelar o cotidiano de vida, cultura e trabalho a partir do olhar dos povos do campo e da floresta, por meio da apropriação da cultura digital e compartilhamento das expressões culturais em uma rede social que favoreça a reflexão, a participação social e a construção de políticas públicas. Trata-se de uma pesquisa documental, quanti-qualitativa, cujo objetivo é mapear e identificar em que medida as questões de saúde refletem-se nas produções audiovisuais das comunidades envolvidas no projeto. As fontes de dados foram constituídas por vídeos produzidos em 13 territórios rurais do Brasil e análise feita com a Matriz de Análise (HOEFEL et al., 2011). Os vídeos abordam a saúde ambiental, sobretudo os impactos socioambientais dos processos produtivos. Todavia, parte expressiva do audiovisual também apresenta narrativas e produções imagéticas que revelam inúmeras alternativas proíficas de produção e modos de viver construídos pelos camponeses cotidianamente. As produções imagéticas traduzem as potencialidades e capacidades da imagem enquanto expressão poética, estética e política capaz de promover a participação social e transformações na sociedade.

RELAÇÃO PROFISSIONAL-USUÁRIO DO SUS E PARTICIPAÇÃO POPULAR

Kellinson Campos Catunda, Ana Luisa Batista Santos, Marcos Augusto Araujo Silveira, Joel de Almeida Siqueira Júnior

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde, saúde da família, participação popular

APRESENTAÇÃO: Vários são os benefícios alcançados a partir das práticas corporais. A melhora da capacidade respiratória, o desenvolvimento da força, do equilíbrio e da flexibilidade são ganhos que permeiam a vida diária dos participantes e atuam preservando a auto-estima. Esses ganhos, entretanto, devem ser obrigatoriamente monitorados pelos profissionais de Educação Física (PEF), de maneira especial em participantes com patologias, cabendo aos primeiros à missão de fazer com que os segundos compreendam melhor sua doença e, assim, perceba, de maneira mais clara, suas possibilidades e limitações (CONFEEF, 2010). É com esse pensamento que hoje o Profissional de Educação Física tem sua intervenção garantida na Estratégia de Saúde da Família (ESF), através dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). É através dos núcleos que são implantados nas unidades básicas de saúde que o profissional de educação física realiza atividades físicas orientadas com o intuito de levar a população práticas saudáveis que visem à prevenção de doenças e promoção da saúde, ou seja, a profissional busca melhorar a qualidade de vida para os usuários. O Profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS) abrange desde práticas corporais e atividades físicas até a Educação Popular a qual requer a participação da comunidade nesse processo de construção do saber e das ações de saúde. Sabendo da importância da Participação Popular, faz-se necessária a investigação de elementos que contribuam

com o envolvimento dos usuários dos SUS e fortalecimento do vínculo com a comunidade. Na saúde, a Educação Popular configura-se a partir das práticas populares e das experiências de profissionais que atuam junto às comunidades e aos movimentos populares e sociais, dinamizando sua atuação a partir dessa integração. Visa participar do esforço das classes subalternizadas para a organização do trabalho político, a fim de abrir caminho para a conquista da liberdade e de seus direitos (BRANDÃO, 1982). Esse texto tem o objetivo de apresentar a importância do vínculo entre o profissional de saúde e da comunidade no desenvolvimento da Participação Popular. Metodologia: Trata-se de um relato de pesquisa sobre grupos de atividades físicas/ práticas corporais facilitados por profissional de Educação Física (PEF) na cidade de Sobral-CE durante o mês de fevereiro de 2015. A técnica utilizada foi à observação participante assistemática, em que o pesquisador participou de alguns espaços de atuação do Profissional de Educação Física e as informações empíricas foram registradas em um instrumento em que denominamos diário de campo. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. (Schwartz & Schwartz, 1993, apud Minayo, 2013, p. 27). Durante o processo de construção das informações empíricas foram observados ênfases em temas como história profissional pessoal no SUS, dificuldades e facilidades do trabalho e relacionamento com a comunidade. A pesquisa seguiu todos os princípios éticos conforme a resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, tendo parecer favorável para sua execução pela Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral-CE. **RESULTADOS OU IMPACTOS:** O profissional relatou que sua trajetória na Atenção Primária a Saúde teve início no Programa

de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, sendo as práticas corporais e atividade física as expertises as quais os profissionais de Educação Física dão apoio à estratégia de saúde da família, estas foram solicitadas por um grupo de senhoras da associação comunitária que requisitou um momento com o PEF, no qual pactuaram a formação de um grupo de práticas corporais. A comunidade ajudou a providenciar o local, por meio de uma parceria com uma escola pública, pois a unidade de saúde não dispunha de espaço suficiente. Enquanto coletivo atuante também se organizou para adquirir materiais necessários para a realização da atividade, a exemplo da caixa de som e microfone, montaram uma equipe de limpeza do local, outra para divulgar o grupo, (entrevistas na rádio local e confecção de camisetas), além da influência significativa na contratação do profissional residente pelo NASF através de um abaixo assinado, apresentado nas reuniões do conselho local de saúde, coordenação do NASF e secretaria de saúde do município. O fortalecimento do movimento de gestão participativa na saúde contribui para o enriquecimento de saberes dos indivíduos, fomenta o controle social, aprimorando o senso crítico e formando espaços verdadeiramente democráticos. Ademais o estreitamento dos laços com a comunidade através da participação em eventos como novenas bingos e comemorações no bairro, segundo o PEF, constituiu um elemento imprescindível à formação profissional para o SUS. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Portanto, o vínculo construído entre o profissional de saúde e a comunidade durante a residência e perdurado como profissional do NASF proporcionou o aumento da Participação Popular e comprovou que esse processo pode tensionar uma formação profissional mais holística, crítica, propositiva encharcada de criatividade libertadora. Além de colaborar com a melhoria dos serviços prestados pelo

Sistema Único de Saúde, pois provoca à população ir ao encontro dos seus desejos perpassando disputas e interesses políticos a fim de garantir a integralidade da saúde, o que lhes é de direito. Neste contexto, cabe ampliar a valorização profissional, na perspectiva de garantir estratégias para que profissionais que passaram por um processo de formação pelo e para o SUS, a exemplo dos residentes sejam absorvidos pelo Sistema como profissionais efetivos no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A criação do NASF se deu com o objetivo de complementar e qualificar o trabalho das equipes de saúde da família, buscando, portanto a integralidade de forma completa da saúde, ou seja, do estado saudável do corpo e da mente. Os princípios do NASF são pautados na promoção da saúde e na prevenção de agravos e doenças que proporcionam o elo unidade de saúde-usuário. Pois, acredita-se que a criação do vínculo com a comunidade possa propiciar um ambiente favorável para troca de saberes que corroborem na edificação da saúde bio-psico-social. (BRASIL, 2008). Todavia acredita-se na potencialidade transformadora da participação popular nos serviços de saúde. Ressalta a necessidade de expandir a experiência para outros setores de saúde do município para que os aspectos positivos sejam compartilhados e dialogados a fim de construir uma saúde equânime para todos.

RENOVAÇÃO CARISMÁTICA CATÓLICA: UMA ANÁLISE DA PRÁTICA DE CURA

Fernanda Ferrari

Palavras-chave: Renovação Carismática Católica, Retórica, Cura

Apresentação: Este estudo faz parte da minha pesquisa de mestrado que está sendo realizada com um grupo da

Renovação Carismática Católica – RCC na cidade de Dourados-MS. O local escolhido para o desenvolvimento do estudo é a “Casa de Retiros Nossa Senhora das Graças”, especificamente com um de seus módulos de serviço denominado: “Ministério de Oração por Cura e Libertação” (MOCL). A RCC é um seguimento da igreja católica que possui sua raiz no pentecostalismo, movimento que estimula fortes moções e tem como princípio fundamental a crença na intervenção do “Espírito Santo” durante seus rituais. Conforme estudos realizados, a busca pelo sagrado e a fé religiosa são recursos importantes nos momentos de desordem, seja de ordem física ou psíquica. Esta pesquisa lança um olhar para a retórica utilizada nos rituais ou processos de tratamento vivenciados entre os servos e os fiéis que buscam esse recurso como forma de aliviar o sintoma ou até mesmo curá-lo. Dentro desta perspectiva, pretendo investigar os caminhos psíquicos percorridos, através da narrativa, para a obtenção da “cura interior”, considerando a crença na cura e os mitos que a sustentam como partes constituintes deste processo; bem como, o ritual, a performance e a eficácia na comunicação como reintegradores da saúde. Portanto, este estudo objetiva conhecer esta forma, embora religiosa, terapêutica de atendimento/tratamento que busca promover a resignificação e conseqüentemente, o desenlace num nível emocional e até mesmo fisiológico, de conteúdos antes desordenados internamente. O interesse em estudar este tema, surgiu das minhas percepções e questionamentos como psicóloga, em relação ao movimento do ser humano diante do sofrimento, a busca por algo que atenda com eficácia sua necessidade intrínseca, seja esse sofrimento de ordem física ou psíquica, considerando que o ser humano constitui-se da inter-relação entre esses elementos. Desenvolvimento do trabalho:

Em se tratando de um trabalho na área da antropologia da saúde e da religião, a pesquisa de campo se respalda no “método etnográfico”, que se baseia precisamente na “observação participante”, a qual se resume em “estar lá” com a população estudada e recolher dela o máximo possível de informações e impressões, para assim, interpretar e, posteriormente escrevê-la, fundamentada pelo referencial teórico que se dá inicialmente através do conhecimento do “estado da arte”, ou seja, dos estudos já realizados sobre a temática, seus fundamentos e resultados; contando com a participação de interlocutores: pessoas que se dispõem a interagir com o pesquisador e a pesquisa, facilitando sua acessibilidade ao campo e compreensão das categorias êmicas. Considerando a variedade e interdependência dos elementos presentes no seio de um grupo da RCC, proponho-me a investigar as estruturas de significado que o compõem, a rede simbólica ao qual está inserido, ressaltando que se trata aqui de uma “ciência interpretativa à procura de significados”, considerando o caráter semiótico da cultura. O grupo de oração (GO) estudado realiza reuniões semanais de aproximadamente, duas horas. Nele acontece o ritual já organizado antecipadamente pelos coordenadores do movimento, que antecipadamente, recebem a “moção”, revelada em oração, que guiará o GO. A pessoa designada como servo, com “dom” e capacitação para servir ao Ministério de Oração por Cura e Libertação, dirige a oração, utilizando uma retórica baseada no percurso do sofrimento desde sua possível origem, caminhando pelas memórias passadas, induzindo a visualizações que favorecem a revelação de fatos e possibilidade de reparações, favorecendo a “cura interior” (referindo aos traumas inconscientes); ou conduzindo sua oratória através das histórias de gerações anteriores, narrando suas

possíveis dores e “pecados”, conduzindo assim, à cura da “árvore genealógica” (ou cura ancestral). A dimensão religiosa é vivenciada através de louvor e súplicas fervorosas, onde acontecem os fenômenos da glossolalia e repouso no espírito. Através da característica do ministério estudado, percebe-se a similaridade com algumas abordagens terapêuticas, Abordagem Familiar Sistêmica, Psicanálise, Hipnoterapia Ericksoniana, ressaltando que, a RCC também “trabalha” com atendimento, diagnóstico, ritual e procedimentos práticos para tratar cada problemática específica. O sentido terapêutico que é dado a esses rituais, tendo como referência a palavra “cura”, não se refere apenas às técnicas e procedimentos utilizados, mas ao sentido dado à experiência. Portanto, este estudo faz um diálogo também com a biomedicina no que se refere à estreita relação saúde/cultura, analisando uma proposta de modelo alternativo de intervenção, condizente ao referencial simbólico-cultural da pessoa que sofre, entendendo a doença como caminho e como experiência. A investigação de uma força mística que atua nos rituais aponta que esta é presente desde os sacrifícios religiosos: preces, invocações, evocações, tabus e jejuns; aos ritos mágicos, com suas diferentes denominações e peculiaridades no uso e significado, provocando mudanças individuais e coletivas. Resultados e/ou impactos: Na perspectiva religiosa da RCC, é evidente que o sofrimento é visto como um instrumento e uma possibilidade de transformação pessoal, assim a pessoa que recebe a oração e também se disponibiliza internamente a atuar nesse processo, vive sob uma nova orientação, assumindo uma nova identidade, ou um “self sagrado”, uma condição peculiar de estar no mundo. A eficácia da oração depende da crença na oração, num ritual seguido com seriedade e ordem; crença esta, por parte do que sofre

com a enfermidade, do que se propõe a curá-la e do grupo como testemunha e condição fundamental para a continuidade da prática ao qual o doente está inserido. Esses três elementos são indissociáveis e formam uma espécie de “campo de gravitação” em meio ao qual acontece o ritual. Atentando para o fato de que o ritual tem sempre um “caráter intencional”, objetivando influenciar na conduta dos participantes. Percebe-se assim, que a escolha pela intervenção espiritual para a obtenção do alívio do sofrimento, representa um coletivo que traz uma possibilidade que não exclui, mas se soma aos diversos recursos promotores da saúde humana. Considerações finais: Entre ritos, símbolos, crença, religião e cultura encontra-se o ser humano e sua busca incessante pela ordem, minimamente pelo alívio das infinitas dores que o acometem. Trata-se aqui, de um “fato social total”, não só de forças espirituais, pois revela os diferentes tipos de situações e relações que acontecem no interior do grupo: religiosas, culturais, políticas, psicológicas, sociais. Portanto, faz-se importante considerar que em toda sociedade, em todo tempo, o ser humano buscou formas místicas de acessar ao mundo imaterial e assim obter respostas para suas inquietações. Neste trabalho, em se tratando de saúde de forma integral, acredito que os rituais de cura a que esta pesquisa se debruça, têm a contribuir com o processo de autoconhecimento e desenlace de desordens que necessitam de integração num nível psíquico e, conseqüentemente, fisiológico. Ressalto que tais técnicas utilizadas precisam ser melhor exploradas, conhecidas e fundamentadas com referencial teórico que possa integrar as respostas do corpo, do psiquismo e os efeitos espirituais que se conquista, através desta abordagem ritualística, com sua narrativa, performance e repetição, ou hábitus.

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM O SERVIÇO PRESTADO PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Elisangela da Silva Almeida, Carmem Tiéle Vale Garcia, Daiane de Aquino Silva, Roberta de Vargas Zanini, Lana Carneiro Almeida

Palavras-chave: Atenção primária, Avaliação em saúde, Sistema Único de Saúde (SUS)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem por objetivo viabilizar o acesso de pessoas com complexas necessidades sociais às ações e serviços de saúde, porém revela uma porta de entrada estreita, o que merece um olhar mais distinto, para que a organização dos serviços tenha como base as necessidades dos indivíduos¹. Tendo em vista que a ESF é o modelo atual de organização do serviço de saúde no Brasil, e com o objetivo de avaliar a satisfação dos usuários com o serviço prestado na Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul, foi realizado um estudo transversal em um município dessa região. Foram incluídos no estudo indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, cadastrados na ESF, residentes na zona urbana e que utilizaram qualquer serviço prestado pela ESF ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família nos 12 meses anteriores à entrevista. A coleta de dados foi realizada de março a agosto de 2015 de maneira simultânea nas unidades de ESF do município. Foi utilizado um questionário composto por questões de identificação, características sociodemográficas e de saúde dos usuários; satisfação do usuário com o serviço e questões do Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP). A satisfação do usuário com o serviço prestado pela ESF foi avaliada através de 17 perguntas que apresentavam possibilidade de respostas “Excelente”, “Bom”, “Regular”, “Ruim”, “Péssimo”, “Não se aplica” e “Não sabe”. A variável satisfação foi categorizada em:

Satisfeito = Excelente + bom, e Insatisfeito = Regular + Ruim + Péssimo. Considerou-se como ponto de corte para satisfação o valor de 60%. Foram entrevistados 369 usuários das ESF, contabilizando-se quatro recusas. A maior parte dos entrevistados era do sexo feminino (79,9%), encontrava-se na faixa etária dos 40 a 59 anos (41,2%) e apresentou cor da pele observada não branca (60,4%). Em relação à escolaridade, 40,1% dos participantes tinha até quatro anos de estudos. A maioria (65,9%) referiu morar com companheiro(a). Quanto à situação de trabalho, 35,8% referiram estar trabalhando no momento da entrevista e 27,6% referiram estar aposentados. De acordo com a classificação da ABEP, observa-se que mais da metade (52,0%) da amostra pertencia à Classe Econômica C, seguida de 37,1% na classe D-E. Quase 67% da amostra referiu não ser beneficiário do Programa Bolsa Família. Com relação à última assistência recebida da ESF, “consulta” foi referida pela maioria (69,6%), ficando em segundo lugar (14,0%) a realização de exames. Os resultados da avaliação da satisfação dos usuários com o último atendimento recebido na ESF revelam que nenhum dos itens investigados obteve classificação “Excelente” por 50% ou mais dos entrevistados. Os itens que tiveram maiores percentuais na avaliação “Bom” pelos usuários foram: Tempo gasto com o deslocamento (66,4%); Falar em privacidade com o profissional (65,9%) e Intimidade respeitada durante exame físico (63,9%). O item Liberdade em escolher o profissional foi classificado como “Bom” por 48,4% dos usuários, enquanto 10,8% classificaram como “Ruim”; de maneira semelhante, o item Tempo de espera até ser atendido foi classificado como “Bom” por 43,8% dos participantes e como “Ruim” por 13,4%. O item que os usuários referiram maior insatisfação foi Disponibilidade de medicamentos, que recebeu 33,9% de avaliação “Regular”, 16,9% “Ruim” e

11,3% “Péssimo”. A maior satisfação dos usuários com o item “Tempo gasto com deslocamento” foi um resultado já esperado em virtude da propositada proximidade das unidades de ESF às famílias cadastradas, para facilitar o acesso, estratégia fruto da descentralização, que obedece a critérios de territorialização para a implantação das unidades^{3, 4}. Assim como foi observado em estudo realizado em quatro municípios do Ceará⁵, a maioria dos participantes deste estudo referiu “consulta” como a última assistência recebida na ESF, evidenciando que o modelo biomédico ainda persiste, com a maior parte de suas ações voltadas para a cura e não necessariamente para a prevenção de doenças. Depois da acessibilidade, os itens com maiores percentuais de satisfação são aqueles relacionados diretamente com o atendimento do profissional de saúde: Intimidade respeitada durante exame físico, Sigilo das informações e Falar em privacidade com o profissional. De acordo com a literatura, os usuários tendem a mostrar mais satisfação com a qualidade do serviço recebido por parte do profissional que o atende nas unidades, o que é um resultado relevante para o serviço de saúde local, visto que um dos pilares da ESF é a boa relação profissional-usuário^{6, 7}. Já os menores percentuais de satisfação do presente estudo foram observados nos itens Tempo de espera até ser atendido e Disponibilidade de medicamentos, resultado semelhante ao encontrado em outros estudos^{6, 8}, o que leva a questionar se os serviços estão realmente adequados às necessidades dos usuários. Segundo Mendes et al.⁹, a Política Nacional de Medicamentos, em vigor desde 1998, institui como dever do município, assegurar o suprimento adequado de medicamentos básicos para a população; por outro lado, deve-se observar se a prescrição médica mantém coerência com a padronização de medicamentos, que leva em consideração o contexto epidemiológico

local. Os resultados obtidos neste estudo reafirmam a importância de se avaliar o sistema de saúde dos municípios, pois mesmo com um alto percentual de usuários satisfeitos em relação a alguns aspectos, a evidência de insatisfação em relação a outras características do serviço mostra que o cenário objetivado pelos preceitos da ESF deve ser uma busca constante. Portanto, estes dados são capazes de embasar o direcionamento de ações futuras, tanto por parte dos gestores quanto por parte dos usuários, que podem fortalecer o controle social através da sua inclusão nos processos de planejamento, estreitando assim a relação entre os usuários e o Sistema Público, para juntos encontrarem formas de melhorar o sistema local.

SUJEITOS POLÍTICOS COLETIVOS E REFORMA SANITÁRIA NA PARAÍBA

Maria Joseli de Souza Silva, Gerciane da Rocha Souza Andrade, Thaisa Simplicio Carneiro Matias, Flávia Jaiane Mendes Justino, Alessandra Ximenes da Silva

Palavras-chave: reforma sanitária brasileira, sujeitos políticos coletivos, frente nacional contra a privatização da saúde, fórum em defesa do SUS de Campina Grande

Esta pesquisa analisou as lutas sociais e contradições dos Sujeitos Políticos Coletivos do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande/PB criado em 2012. O Fórum é integrante da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde que tem como objetivo defender o SUS universal, público, estatal, sob a administração direta do Estado, lutar contra a privatização da saúde e pela Reforma Sanitária formulada nos anos 1980. Para tanto, buscou também analisar os interesses dos Sujeitos Políticos Coletivos no projeto da Reforma Sanitária Brasileira na contemporaneidade; apreender as

inflexões dos Sujeitos Políticos Coletivos; e identificar as resistências e consensos dos Sujeitos Políticos Coletivos frente à Reforma Sanitária Brasileira enquanto projeto político emancipatório. Este estudo de natureza qualitativa privilegiou a pesquisa bibliográfica, documental e a observação no período de 2010 a 2013. Os sujeitos da pesquisa foram os Sujeitos Políticos Coletivos integrantes do Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande/PB, correspondente às 09 entidades mais atuantes. O estudo tem revelado que o Fórum tem direcionado suas lutas em consonância com a Frente, tendo como principal bandeira na contemporaneidade a luta contra a implantação dos novos modelos de gestão expressos nas Organizações Sociais e na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares nos Hospitais Universitários de Campina Grande. O projeto de RSB na década de 1980 foi formulado com os princípios da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, com ênfase nas seguintes diretrizes: “descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade” (BRASIL, 2011, p.07). Os Sujeitos Políticos Coletivos do projeto da RSB tiveram seu protagonismo iniciado a partir da década de 70. Inicialmente, se destaca a participação de intelectuais de São Paulo e do Rio de Janeiro vinculados à academia, dos médicos residentes e dos movimentos populares, principalmente da Zona Leste de São Paulo. Para o entendimento desse processo é fundamental a compreensão do conceito de Sujeitos Políticos Coletivos (Gramsci, 2000) na perspectiva gramsciana que implica na construção de projetos e ações para garantir uma determinada hegemonia, ou seja, a luta pela manutenção

ou para a transformação. Os Sujeitos Políticos Coletivos constituem-se frequentemente como resposta à necessidade de defender interesses superiores aos interesses puramente singulares e se referem à ação coletiva para a consecução de determinados interesses. Na década de 1990, houve um refluxo por parte dos Sujeitos Políticos Coletivos no que se refere ao projeto e processo da RSB. No século XXI, esses Sujeitos Políticos Coletivos apresentam um novo arranjo na correlação de forças, através da criação do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (2005) e da criação da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (2010). O processo da RSB gerou diferentes projetos entre os Sujeitos Políticos Coletivos defensores da RSB nos quais se identifica na contemporaneidade uma perspectiva que adere às proposições da terceira via fundamentado na ideologia da pós-modernidade. Entende-se por terceira via um projeto político concebido em meados dos anos 1990, em função dos efeitos negativos do neoliberalismo e da socialdemocracia europeia, também chamada de social-liberalismo, mantém as premissas básicas do neoliberalismo em associação aos elementos centrais do reformismo socialdemocrata (Neves, 2010) e; a outra que defende a RSB enquanto radicalização da democracia com vistas a construir uma vontade coletiva para a sua efetivação. O Fórum em Defesa do SUS do município de Campina Grande/PB foi criado em 01 de outubro de 2012. O seu surgimento está vinculado à Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, que luta contra a privatização da gestão e prestação de serviços de saúde no Brasil. Para tanto, sua bandeira de luta é garantir a saúde como direitos de todos e dever do Estado e ele está ligado a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Como forma de articulação são utilizadas as ações políticas, os mais diversos meios de comunicação

(páginas em redes sociais, programas de rádios e televisão, notas em diários oficiais) e manifestação de ato público. Os integrantes desse movimento são as entidades sindicais, os movimentos sociais, alguns partidos políticos, etc. As bandeiras de luta são na perspectiva de sistematizar a unificação da luta pelo avanço e não desmonte tanto das políticas de saúde quanto dos direitos sociais por parte dos governos. Nesta perspectiva o Fórum realiza atividades produzidas pelos Sujeitos Políticos Coletivos, as quais são abertas ao público, ou seja, suas reuniões e atividades são abertas à comunidade em geral, sobretudo aos trabalhadores e usuários do SUS, para que haja a mobilização e organização desses sujeitos. Evidencia-se que o Fórum tem direcionado as suas ações na perspectiva de lutar contra a ameaça da implantação dos novos modelos de gestão em Campina Grande, seja através das Organizações Sociais como da EBSERH. A partir da sua criação em 2012 tem havido reuniões com regularidade na perspectiva de mobilizar e organizar as lutas políticas contra a privatização da saúde no município. Aponta-se para a necessidade de articular alguns Sujeitos Políticos Coletivos que são importantes para fortalecer o processo já identificado nesse relatório. Destaca-se a importância da autonomia do Fórum, uma vez que, seu financiamento depende das entidades e instituições integrantes, representativas do movimento sindical, populares, núcleos de pesquisas etc. Apresenta-se a necessidade de uma maior mobilização para esclarecer a sociedade sobre seus objetivos e agregar forças para o enfrentamento contra a privatização da saúde em Campina Grande/PB. Algumas ações foram identificadas, tais como: entrevistas à mídia televisiva e escrita; lançamento da página do Fórum, elaboração de panfletos e jornais informativos que explicitam o que é o Fórum e outros boletins que foram elaborados com as bandeiras de

luta. Dentre os Sujeitos Políticos Coletivos mais atuantes encontram-se o movimento sindical e estudantil, os partidos políticos, núcleos de pesquisas da UFCG e UEPB, bem como o CENTRAC. Os intelectuais que compõem o Fórum tem sido fundamental para corroborar com a direção política do movimento. O Fórum se configura como Sujeito Político Coletivo, uma vez que vem construindo ações e projetos na perspectiva de fortalecimento para a transformação da hegemonia predominante. O Fórum integra a sociedade civil que é formada precisamente pelo conjunto das organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão de ideologias. A sociedade civil é um momento da superestrutura político-ideológica, condicionada pela base material. A mesma não é homogênea, mas espaço de lutas de interesses contraditórios. As lutas não são da sociedade civil contra o Estado, mas de Sujeitos Políticos Coletivos que representam os interesses do capital e do trabalho ou de desdobramentos dessa contradição, como na política de saúde, aqui analisada. [1] Entidades que fazem parte do Fórum em Defesa do SUS são: a Associação dos Docentes da Universidade Federal de Campina Grande (ADUFCG); o Centro Acadêmico de Ciências Sociais/ UFCG; o Centro Acadêmico de Psicologia/ UFCG; o Centro Acadêmico de Enfermagem /UFCG, o Centro de Ação Cultural (CENTRAC); o Conselho Regional de Serviço Social/ Delegacia Seccional 3^a região (CRESS); a Corrente Proletária Estudantil/ PRO; o Diretório Central dos Estudantes (DCE/UFCG); o Fórum Popular de Saúde/ CG; o Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais (NUPEPS/UEPB); o Sindicatos dos Trabalhadores em Ensino Superior da Paraíba (SINTES/PB); o Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Urbanas da Paraíba (STIUP).

Relatos de Experiências

A CONSTRUÇÃO DE UMA HORTA COMUNITÁRIA COMO PROCESSO DE EDUCAÇÃO POPULAR PARA PROMOÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS PROCESSOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

Maria José Pereira Tavares, Jéssica de Lima Spinellis de Carvalho, Ana Paula Maia Espíndola Rodrigues, Reginaldo Ferreira de Lima Júnior, Islany Costa Alencar, Pedro José Santos Carneiro Cruz

Palavras-chave: participação, autonomia, saúde

O Programa de Extensão Universitária “Práticas Integradas da Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (PINAB)”, vinculado ao Departamento de Nutrição e ao Departamento de Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), atua desde 2007 com as comunidades Boa Esperança, Pedra Branca e Jardim Itabaiana no bairro do Cristo Redentor em João Pessoa – PB, desenvolvendo ações orientadas pela metodologia da Educação Popular com foco na Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e na Promoção da Saúde. O Programa está configurado em diferentes frentes de atuações, que buscam a promoção de processos emancipatórios e da autonomia dos sujeitos por meio da problematização da realidade local em espaços de construção compartilhada do saber e de trabalhos sociais. Dentre os diversos grupos, estão: HiperDia, Puericultura, Saúde mental, Espaço de diálogo (Conselho Local de Saúde) e a Horta Comunitária, a qual se localiza na nascente do Rio Jaguaribe. A construção da Horta se apresenta como espaço fundamental na promoção do Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável, ocorrendo através de

atividades educativas e de momentos de cultivo, cuidado e manutenção da Horta e seus produtos (ervas, plantas medicinais, frutas, legumes e hortaliças), a partir de abordagens que incentivam o diálogo e a construção compartilhada. O planejamento das ações e organização das ações de apoio do Programa à Horta ocorre através de reuniões semanais tanto na UFPB, como na Comunidade, onde se envolve a participação de estudantes e professores da extensão, profissionais de saúde das equipes de saúde da Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Saúde (principalmente agentes comunitários de saúde), moradores e educadoras populares comunitárias, as quais compõem a coordenação comunitária do PINAB. As ações semanais na Horta Popular Boa Esperança (um nome escolhido pela própria comunidade) se caracterizam como atividades de cuidado com a terra, sementeira, colheita, formação de canteiros com garrafas pet e limpeza do terreno, realizados pelos estudantes da extensão, moradores da comunidade (principalmente crianças e idosos) e um educador ambiental popular (membro do Movimento Popular de Saúde da Paraíba), com o objetivo de estimular o trabalho coletivo e a mobilização social. Dentre outras formas de mobilização presentes no espaço da Horta, destacamos a realização de mutirões para retirada do excesso de lixo nas proximidades da nascente do Rio Jaguaribe, que rodeia o espaço da Horta, onde também são acondicionados materiais dos catadores de reciclagem. Nesse sentido, foram feitas rodas de conversa com a população, com os catadores e com órgãos públicos que lidam com a questão do lixo e meio ambiente, como forma de problematizar a realidade local, propiciando a inclusão de indivíduos em assuntos comunitários e a buscando por melhorias no ambiente em que vivem. Também se desenvolvem, no contexto da Horta, estratégias divulgação

desse espaço, de maneira contínua, pois a comunidade necessita de estímulo à participação e de maior divulgação sobre a proposta da Horta e seu potencial na construção da saúde e da qualidade de vida, demonstrando os potenciais e benefícios da horta. Como atividades educativas, foram realizadas oficinas de produção de chás e de lambedor, em que os diferentes sujeitos compartilharam saberes sobre os benefícios das diversas ervas e plantas medicinais cultivadas na própria horta, estimulando as mesmas a se preocuparem com a saúde, atraindo a participação de crianças. Tais momentos se configuraram como um ponto positivo, mostrando a importância de uma alimentação adequada, com alimentos de qualidade, formando assim cidadãos comprometidos com uma melhor alimentação. Outra oficina desenvolvida foi a de produção de sabão ecológico, em que, além da sua elaboração, foram problematizadas as questões ambientais causadas pelo descarte de óleo na natureza. Durante a atividade foram pensadas estratégias para o cuidado do meio ambiente. Além dessas atividades, ocorriam dinâmicas de integração e rodas de conversa, incentivando a valorização dos saberes dos sujeitos e a construção do vínculo afetivo, como pressuposto fundante do diálogo para a construção participativa do trabalho social. Um dos desafios que encontramos ainda nas nossas ações foi a tímida e inconstante participação da comunidade, devido à inúmeras questões como as fragilidades socioculturais, os problemas de segurança, além dos preconceitos vivenciados pelos próprios moradores, além da descrença nas alternativas e possibilidades de mudança social, sendo necessário tempo para que as pessoas quebrem as barreiras, acreditem nas propostas do Programa e se empoderem do papel social e dos benefícios presente nessas ações. Após as reflexões dessas ações, podemos perceber a importância

da mobilização popular e do protagonismo da população na construção de esforços e trabalhos sociais comprometidos com o enfrentamento da fome e da pobreza, incentivando a participação em espaços para exercícios emancipatórios na comunidade. Aprendemos, no caminho, que a participação comunitária precisa ser construída gradativamente, com cautela e entendimento dos desafios e situações-limite vivenciados pelos próprios moradores, como também os expostos pelo próprio ambiente. Como uma das estratégias para melhorar a participação, temos buscado intensificar o diálogo com a equipe de saúde da família, integrando, no contexto da Horta, os esforços dos trabalhadores da atenção primária em saúde. A Horta é de fácil acesso e sua manutenção de baixo custo. Contribui na valorização da cultura e do saber local, com o cultivo de ervas medicinais, reduzindo o uso abusivo de medicamentos alopáticos, e intensificando cada vez mais a participação da população local. Dentre outros resultados, podemos destacar a apropriação e o sentimento de pertencimento por parte da equipe de saúde do território, no qual destacamos os residentes de saúde da família, os médicos e os agentes comunitários de saúde, que contribuem diariamente no processo de divulgação do espaço, incentivando os usuários a terem hábitos de vidas saudáveis através do próprio plantio do alimento. Com essa experiência é possível perceber que é fundamental a existência de um espaço coletivo de aprendizado e de integração, em que todos os atores possuam voz e possam contribuir, opinar, e construir em conjunto um ambiente participativo e dialógico na busca por uma melhor qualidade de vida, além de ser um espaço estratégico de promoção da saúde, uma vez que são cultivadas ervas medicinais utilizadas como fitoterápicos e diversos tipos de frutas e vegetais sem uso de agrotóxico e fertilizantes, contribuindo

no desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis e sustentáveis. Frente ao exposto, as ações na Horta Comunitária foi o espaço que mais contribuiu para viabilizar o aumento qualificado dos participantes da própria comunidade, em vista que este espaço foi construído com eles e para eles. Podendo, dessa forma, estimular com os mesmos um pensamento crítico e otimista sobre o modo de vida que levam, contribuindo diretamente para fortalecer o papel protagônico da comunidade, sensibilizando seus participantes para a importância da responsabilidade e do compromisso social. Para os estudantes da extensão, além de uma formação humanizada, como futuros profissionais, tendo em vista a experiência adquirida através da realidade vivenciada nas camadas populares da população, o significado pedagógico e pessoal desta experiência contribuiu para desenvolver o senso crítico, compreensivo, participativo e democrático, enquanto cidadãos.

A EXPERIÊNCIA DA REALIZAÇÃO DE OFICINAS DE INCLUSÃO DIGITAL PARA O CONTROLE SOCIAL NO SUS, PROJETO DE EXTENSÃO DA PUC MINAS BETIM, SAÚDE NOS INTERESSA: OBSERVATÓRIO DO CONTROLE SOCIAL DAS MICRORREGIÕES DE BETIM E CONTAGEM

Raimundo Loyola Júnior, Ronaldo de Oliveira Zenha, Karen Danielle da Silva, Daiane Flávia da Silva, Vivian Mara Barbosa, Ruan Victor Teles Gregório, Antônio Carlos de Amorim Júnior, Rafael Domingues de Moraes

Palavras-chave: Controle Social, Educação Popular em Saúde

APRESENTAÇÃO: O Projeto de Extensão Saúde nos Interessa: Observatório do Controle Social do SUS das Microrregiões de Betim e Contagem, da PUC Minas Betim é

a continuidade do Observatório do Controle Social do SUS Betim que surgiu, em 2009, e que teve sequência com o Programa de Educação pelo Trabalho – PET Saúde Observatório do Controle Social do SUS Betim, no período de 2012 a 2014. De cunho multidisciplinar, o projeto visa promover a articulação entre os discentes e docentes de todos os cursos da PUC Minas em Betim, em especial Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Ciências Biológicas, Medicina Veterinária, Biomedicina e Medicina, bem como entre os demais atores sociais envolvidos com a questão do controle social, a fim de desenvolver espaços de práxis sobre as políticas de saúde e controle social, ampliando dessa forma suas possibilidades de educação e intervenção sócio-política em saúde. O Projeto tem como objetivo geral fortalecer o Sistema Único de Saúde nas Microrregiões de Betim e Contagem qualificando os mecanismos de controle social do SUS dentre os vários objetivos específicos destacamos, no contexto desse relato de experiência, os quatro principais: 1- Promover articulação da comunidade acadêmica com os conselhos e as conferências de saúde a fim de contribuir para a consolidação da democracia no SUS das microrregiões de saúde de Betim e Contagem. 2 - Contribuir para a consolidação das organizações locais dos movimentos sociais como instância de participação crítica, cumprindo seu papel de representação dos interesses da comunidade. 3 - Avaliar e promover a qualificação da informação em saúde para o controle social do SUS nos municípios das microrregiões de saúde de Betim e Contagem. 4 - Elaborar novas estratégias de educação popular para o controle social no setor saúde. OBJETIVOS: Esse estudo tem como objetivo relatar a experiência do grupo de educação em saúde do Projeto de Extensão Saúde nos Interessa: Observatório do Controle Social do SUS das Microrregiões de Betim e Contagem

no processo de elaboração, mobilização e realização das oficinas de inclusão digital para o controle social do SUS, através da percepção dos (as) estagiários (as) e dos preceptores do grupo. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Em momentos anteriores do Projeto, entre 2009 e 2014, foram realizadas várias oficinas de formação para o controle social do SUS com conselheiros de saúde do município de Betim. Durante a realização dessas oficinas surgiu à demanda, por parte dos conselheiros de saúde, de formação básica em informática para que o mesmo pudesse acessar dados e informações disponíveis sobre a saúde do município de Betim. Naquele momento foram realizadas algumas oficinas com o objetivo de proporcionar noções básicas de informática aos conselheiros participantes, o que teve uma avaliação positiva por parte dos mesmos. Avaliando como positiva a experiência de formação para inclusão digital foi definida como uma das metas do projeto oferecer programa permanente de inclusão digital para os conselheiros dos 16 municípios que compõem as microrregiões de saúde de Betim e Contagem. O grupo de educação em saúde fez a opção por trabalhar com uma metodologia que tivesse como suporte pedagógico a educação popular em saúde, partindo da premissa que o campo da educação popular em saúde se volta para o desafio de como trabalhar com atores sociais visando o desenvolvimento de práticas solidárias e políticas que ultrapassem a simples tradução das necessidades em demandas que possam ter respostas institucionais. Em reunião com os participantes do grupo, preceptores, estagiários (as) e professor de referência definiu-se que seriam formadas duas turmas com quinze participantes e seriam oferecidas quatro oficinas com carga horária de duas horas cada, perfazendo um total de oito horas por turma. O público alvo seriam os conselheiros de saúde dos municípios que compõem as duas microrregiões de

saúde do projeto e pessoas ligadas aos movimentos sociais desses municípios. A PUC Minas Betim disponibilizou uma sala do Laboratório de Informática da Unidade com toda a infraestrutura necessária: computadores com acesso a internet e equipamento de multimídia. As oficinas foram divididas em duas unidades: Unidade I - Inclusão Digital Hardware 1.1 Periféricos 1.2 Unidade de armazenamento Windows 2.1 Inicializando o Windows 2.2 Navegação na área de trabalho (Desktop) 2.3 Conceito de pastas e arquivos Internet 3.1 Como efetuar pesquisa de conteúdo (Utilização do Google) 3.2 E-mail Unidade II - Sistemas de informação DATASUS Abordagem sobre Sistema de Informação do SUS 1.1 Apresentação dos Sistemas de Informação do SUS 1.2 Apresentação mais detalhada sobre os Cadastros Nacionais: Cadernos de Saúde, Cartão Nacional do SUS, CNES 1.3 SIOPS 1.4 TABNET - Indicadores epidemiológicos, indicadores demográficos, indicadores de cobertura. 1.5 Fundo Nacional de Saúde - Transferências financeiras. A primeira unidade aborda conceitos de informática e uso do computador e a segunda unidade são abordados os sistemas de informação em saúde disponíveis no DATASUS/Ministério da Saúde. Para facilitar o aprendizado foi elaborada uma apostila. Os (as) estagiários (as) ficaram incumbidos de realizar os contatos para captar participantes. **RESULTADOS:** As oficinas foram realizadas nos meses de junho e agosto de 2015 com a participação total de 16 conselheiros de saúde. Inscreveram-se para participar das oficinas trinta e uma pessoas, porém apenas pouco mais de 50% desse total compareceu efetivamente. Na etapa de mobilização os (as) estagiários (as) tiveram muitas dificuldades para conseguir os contatos dos conselhos de saúde dos dezesseis municípios e, conseqüentemente dos conselheiros. Durante as oficinas nos momentos de discussão, os conselheiros

associavam suas vivências e participação nos conselhos de saúde com o tema proposto. Desta forma, pôde-se analisar o crescimento progressivo do pensamento crítico em relação à prática de conselheiro. Houve relatos de participantes que o conteúdo das oficinas proporcionou a eles a possibilidade de discutirem com maior propriedade uma pauta da reunião do conselho municipal de saúde. Outros relataram que agora tinham possibilidade de compreenderem melhor os relatórios de prestação de contas quadrimestral e anual da secretaria municipal de saúde. Todo esse processo possibilitou uma forte interação dos (as) estagiários (as), preceptores e do grupo com os participantes das oficinas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As oficinas foram muito bem avaliadas pelos participantes que apontaram também à necessidade de se aumentar a carga horária para aprofundamento de alguns sistemas de informação, como SIOPS, por exemplo. Outra demanda que surgiu foi reproduzir as oficinas para todos os (as) estagiários (as) que participam do projeto. Alguns desafios estão postos para o projeto: A manutenção do Observatório enquanto prática extensionista, ou seja, estabelecer um caráter permanente e não apenas de projeto que tenha prazo para se realizar; Empoderar os conselheiros de saúde e os movimentos sociais para inseri-los de forma concreta na participação popular e, Fortalecer a relação do meio acadêmico com a sociedade.

A EXTENSÃO POPULAR COMO PRÁTICA TRANSFORMADORA DA FORMAÇÃO EM SAÚDE, ONDE APRENDIZADOS SIGNIFICATIVOS ULTRAPASSAM A SALA DE AULA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Paula Maia Espândola Rodrigues, Pedro José Santos Carneiro Cruz

Palavras-chave: Participação Social, Relações Comunidade-Instituição, Promoção da Saúde

As ações de Extensão pela Educação Popular têm agregado potentes sentidos como práticas transformadoras da formação em saúde em todo o país. Nesse trabalho, apresentaremos alguns aprendizados significativos nesse campo a partir de um relato de experiência construído em primeira pessoa, e protagonizado pela autora principal, sob orientação do coautor. Pensando sobre a minha trajetória acadêmica, percebo que, muito antes de escolher em que iria me formar, sabia que queria fazer algo diferente. Enxergava que a realidade do mundo não me agradava e que parte da responsabilidade era minha. Para conseguir mudar o mundo, precisava primeiro mudar a mim. No entanto, a inércia me fez encaixar nas minhas inquietações e no desejo de mudança. Quando ingressei na universidade para cursar Nutrição, conheci, através de uma professora do Departamento de Nutrição, a proposta do Programa "Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica" - PINAB. Vi então a oportunidade que esperava há tempos. Percebi que me inserir em uma comunidade era a oportunidade de conhecer pessoas que vivem em circunstâncias diferentes da minha, ultrapassar os muros que me cercavam e compreender a vida para além da minha realidade social. Através dessa vivência e das experiências que venho adquirindo, muitas coisas mudaram em mim, inclusive minha forma de pensar e ver o mundo. Mudei, também, a minha forma de me relacionar com as pessoas, me despidendo de preconceitos e compreendendo o sentido de princípios como a amorosidade. Meu primeiro ano no Programa não foi fácil, ao longo do trabalho que desenvolvia junto ao grupo que atuava em uma Escola Municipal, abordando o tema da participação popular

com crianças. Utilizávamos dinâmicas que contribuíam na discussão sobre as responsabilidades que possuem frente a seus direitos e deveres. No entanto, nossa pouca experiência e dificuldade em trabalhar tais temas com crianças, assim como os problemas de horários na escola que impediam nossas atividades, foram nos desmotivando. Além disso, após algumas reflexões, pude perceber que o que fazíamos era preponderantemente transmissão de conhecimento de forma lúdica e não um processo pedagógico com abordagens facilitadoras da visão crítica, do protagonismo dos sujeitos e da transformação social. Com isso, era recorrente a vontade de desistir e jogar tudo para cima. Parecia não haver amor ou sentido no que eu fazia; até que, no último dia de atividade do ano, em uma gincana sobre o tema, algumas crianças me surpreenderam e me fizeram ficar apaixonada por aqueles rostinhos sorridentes e espertos que lembravam tudo o que tínhamos conversado o ano inteiro. Durante todo aquele ano, não entendi bem porque eu continuei no Programa, mas depois de ver aqueles sorrisos, soube que minha vontade era não largar mais aquela comunidade. Após dois anos de vivências, pude participar da construção da Horta Comunitária na Boa Esperança (comunidade de atuação do PINAB). Foi nesse espaço que o processo dialógico e o compartilhar de saberes se tornou mais evidente para mim. Aprendemos todos juntos (estudantes, docentes, moradores da comunidade, trabalhadores de saúde locais) todo o processo prático de construção da horta, as diferentes formas de se utilizar cada planta medicinal, buscando também proteger e preservar a nascente do Rio às margens do qual a Horta foi construída, compreendendo também o porquê da quantidade de lixo próximo àquele espaço. Percebemos que, mais do que uma simples placa de “Não jogue lixo aqui”,

era necessário buscar de forma coletiva os meios para que a coleta fosse apropriada, e que melhor do que “fazermos o certo” era “fazermos juntos”. Um dos momentos ímpares vivenciados na Horta Popular Boa Esperança (assim nomeada por todos) foi uma oficina de produção de “lambedor”, um medicamento popular e fitoterápico, em que uma moradora da comunidade ensinou a adultos, crianças, extensionistas, médico, agentes comunitários de saúde e residentes da Unidade de Saúde da Família que abrange o território, como fabricar um xarope caseiro com as plantas medicinais cultivadas no próprio espaço da Horta. O diálogo entre o médico e a moradora sobre os benefícios das plantas medicinais consistiu na concretização do compartilhamento de saberes e experiências, onde o científico e o popular se encontraram e percebem que são distintos na linguagem, mas têm ambos o mesmo potencial e importância na construção de processos de melhoria da vida das pessoas. No decorrer de nossas idas e vindas, das dificuldades e desafios que encontramos ao longo do processo de trabalho de sensibilização e mobilização da população na construção da Horta, uma questão que sempre provocou nossa reflexão foi a inconstante participação popular em algumas das frentes de ação que buscamos impulsionar junto a comunidade. Dentro do que conseguimos constatar, percebemos que muitas questões são mais problemáticas globais que especificamente locais. Algumas delas relativas ao tímido sentimento de pertencimento ao território em que se vive. Para muitos comunitários, é ainda tímido o sentimento de que se pode fazer mais e de que se pode modificar a realidade ao nosso redor. É notável, quanto a isso, que nas comunidades em que se atua os reflexos dos muitos anos de promessas não cumpridas por alguns mandatários públicos e políticos forjaram corações calejados e endurecidos pelas mentiras

e trapaças eleitoreiras, dificultando a mobilização que tentamos executar. É comum escutar de algumas pessoas do território perguntas como: “O que vocês estão ganhando com isso?”. Ao parar para refletir sobre tal questionamento, penso que a questão deveria ser “o que nos motiva a fazer isto?”. E se me pergunto isso, sem dúvidas posso responder utilizando uma fala de São Paulo, em sua Carta aos Romanos: “Não vos conformeis com este mundo, mas transformai-vos”. Da mesma forma, reitera Paulo Freire que nós, seres humanos, não estamos no mundo para a ele nos adaptar, mas para transformá-lo. Para tanto, é preciso “fugir” da nossa zona de conforto e buscar meios de modificar o que nos incomoda, o que acreditamos não estar coerente do ponto de vista humanístico. Portanto, em minha visão, não é preciso ganhar nada em troca para isso, apenas o sentimento de contribuir para a construção de um mundo melhor. Isso não se faz apenas sentado em uma cadeira, dentro de casa ou em uma sala de aula embora seja importante também, mas se faz, necessariamente, com uma inserção radical no mundo. Por um mergulho crítico, pró-ativo e participativo na realidade social, compreendendo as relações ali construídas e buscando estratégias para a problematização e a sua transformação. Foi devido ao sentimento de que podemos fazer mais que me inscrevi no PINAB nas primeiras semanas de meu ingresso na Universidade. Continuo ainda hoje na Extensão Popular, estando mais presente e ativa nesse espaço do que propriamente no curso de Nutrição, em seus espaços tradicionais. Hoje tenho a plena certeza de que os melhores e maiores aprendizados adquiridos não foram dentro da sala de aula, mas principalmente se deram fora dela. Percebi que nossa formação não começa quando entramos na Academia e não se encerra quando saímos. Muito pelo contrário, nossa formação começa quando ultrapassamos os muros que nos

prendem e, assim, nos deparamos com a realidade, e nessa nos inserimos de maneira compromissada, permanente, regular e crítica, onde não apenas podemos observar e ver processos e pessoas, mas conhecer, interagir e protagonizar, em conjunto, uma construção compartilhada de saberes, lutas e trabalhos sociais.

A IMPLICAÇÃO DO ESTÁGIO E VIVÊNCIA NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO MARANHÃO PARA A FORMAÇÃO DE FUTUROS PROFISSIONAIS HUMANIZADOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Romullo Jose Costa Ataides, Ronan Lacerda Barbosa, Thyago Leite Ramos, Agamenon Rodrigues Sena Neto, Francisco Eduardo Ramos da Silva, Tiago Leite Ramos, Vitor Pachelle Lima Abreu

Palavras-chave: Humanização, SUS, VER-SUS,

APRESENTAÇÃO: O Sistema Único de Saúde (SUS) possui importantes espaços potenciais de apoio à formação como cenário de aprendizagem com o objetivo de produzir novas práticas pedagógicas e de cuidado em saúde. Segundo Benevides e Passos (2005), “sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste processo”. Com esse intuito, é possível edificar conexões entre os profissionais de saúde e com usuários para produzir autonomia e corresponsabilidade, sendo necessário conhecer bem a realidade envolvida. Nesse contexto, o VER-SUS (Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) tem como o objetivo compreender o contexto no qual os usuários do SUS estão inseridos, quebrando preconceitos e mostrando as necessidades deles, que são, em alguns

casos, desrespeitados. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O VER-SUS IMPERATRIZ aconteceu nos primeiros dez dias do mês de agosto, sendo composto por 60 estudantes de todo o Brasil -80% dos participantes vivenciando esse projeto pela primeira vez e o restante, já experientes, facilitando as discussões e debates-, expondo as realidades do SUS de várias regiões do país. No entanto, o intuito era conhecer a realidade local e a aplicabilidade de ações. Esse projeto foi realizado com metodologia ativa de imersão total, ou seja, convivência coletiva de aproximadamente 200 horas com intensos debates e com vivências em diversos locais como o lixão local, tribo indígena, templo de umbanda, assentamento rural, além dos diversos níveis de atenção à saúde. Durante essas visitas, rodas de conversar com os usuários nesses contextos foram organizadas para que os viventes pudessem conhecê-los, compreendê-los e auxiliá-los nessas diferentes situações sociais. Além deles, conversas com profissionais e gestores municipais dos mais diversos setores de saúde onde acontece a prestação de serviços do SUS também foram realizadas. Ademais, havia debates temáticos sobre os locais vivenciados, histórico da saúde no Brasil com determinantes sociais, as dificuldades de acesso e preconceito/opressão enfrentado por alguns grupos de usuários como homossexuais, negros, índios, deficientes, psiquiátricos entre outros. RESULTADO: No início, o Sistema Único de Saúde foi apresentado a todos os viventes e facilitadores por meio de funcionários da gestão municipal que compartilharam todas as dificuldades e qualidades do sistema local. Após isso, os integrantes conheceram o histórico do SUS, tendo ênfase na participação social para criação e consolidação desse modelo de saúde. Não obstante, muitos temas foram abordados para que os viventes pudessem desenvolver a empatia que, em

muitos, não existia ou era praticamente inexistente. Isso contribuiu para que, quando fossem iniciadas as vivências, o indivíduo buscasse uma nova perspectiva, não apenas a da acadêmica ou a de gestão. Ademais, nos primeiros dois dias, pôde-se garantir maior integração dos participantes por meio de dinâmicas e apresentações, treinando o ouvir e o escutar dos mesmos. Como resultado desse olhar de conhecer o diferente, os integrantes puderam assimilar a importância de compreender, entender e respeitar o usuário, cliente e funcionários com uma avaliação do ambiente no qual estão inseridos. Ainda assim, essas atitudes ajudam a repensar conceitos, preconceitos e paradigmas. Como primeiro campo de estágio, o lixão municipal foi o escolhido. Embora determinado em lei para o fim desses espaços, foi perceptível o descaso das autoridades, já que há mistura de resíduos sólidos de todos os gêneros, inclusive hospitalar. Muitos dos catadores não possuem escolaridade e sofrem preconceito por desempenharem tal atividade, distanciando-os até de procurarem assistência à saúde. Ainda com a mesma problemática, os umbandistas – segundo campo de estágio- fazem parte de um grupo que é segregado por suas crenças, distorcidas pela sociedade. O movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra foi apresentado para desmistificar os interesses desse grupo, além de deixar evidente a desigualdade existente no país. Assentamentos em locais distantes com condições precárias de acesso à saúde e educação. Ainda nesse período, hospitais públicos e particulares foram visitados comprovando a discrepância existente entre o público e o privado, mas que, serviços públicos, no privado, funcionam de forma ideal, sugerindo problema de gestão da máquina pública. Voltando-se para a atenção primária e de prevenção, várias unidades básicas de Imperatriz foram visitadas, sendo

selecionadas pela área de abrangência, referência de atendimento e a que melhor desempenha suas atividades. Essa vivência evidenciou o quão a saúde não é igual e equânime dentro do município. Unidades que tinham uma boa gestão, planejamento e estrutura, embora não conseguisse abranger toda a área de cobertura em contraponto com outra que tinham apenas um médico, uma enfermeira e um agente comunitário de saúde para o desempenho das funções, sendo justificado tal escalonamento devido à falta de verba para o custeio. Outra realidade apresentada foi a dos pacientes com transtornos psicossociais - grupo que é discriminado até pelos profissionais de saúde, marginalizados pela sociedade e, até mesmo, por seus familiares-. Então, CAPS III, CAPS AD, casa de apoio a esses usuários foram visitadas, podendo-se perceber que algumas questões de gestão ocorrem, no entanto, há empenho de todos os profissionais para contornar os obstáculos. Como último local de vivência, foi escolhida a aldeia indígena em que os índios ainda mantêm boa parte de suas tradições, sendo educados em português e no idioma local; possuem uma unidade básica de saúde, ambulância e transporte para o município. Isso permitiu refletir o conceito de saúde e aprimorar o respeito pelas crenças locais, já que, embora tenham assistência, algumas formas de tratamento são recusadas. Considerações finais: Se entendermos humanização como a “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (HUMANIZASUS, 2009), o VER-SUS, projeto do Ministério da Saúde com a Rede Unida, traz uma proposta efetiva para contribuir com a formação de futuros profissionais do SUS comprometidos eticamente/politicamente com as necessidades da população por meio de vivências e estágios que possibilitam ao estudante experimentar um espaço de aprendizagem, permitindo a humanização

do atendimento já que valoriza os sujeitos de produção de saúde e reflete as nossas práticas sobre o diferente. Outrossim, para mudar a realidade do sistema e construir vínculos com os usuários, é necessário que haja conhecimento dessa realidade, sendo difícil garantir a singularidade e especificidade na criação de estratégias para romper com o modelo biomédico focado na doença se não feito dessa forma.

A ONDA É TER SAÚDE-PROMOÇÃO DE SAÚDE NA RÁDIO

Jéssica Miguel Medeiros da Silva, Sarah Maciel Barbosa Rocha, Lílian Kelen de Aguiar, Hernane Guimarães dos Santos Junior, Erica Patrícia Azevedo Souza

Palavras-chave: Comunitária, promoção de saúde, interdisciplinaridade

APRESENTAÇÃO: Dentre as formas de comunicação oral, o rádio acelera a disseminação das informações em curto espaço de tempo. E muito disso deve-se, também, pelo simples motivo de o rádio ser livre de fios e tomada e, por isso pode ser levado a qualquer lugar, além de sua capacidade de falar para milhões de pessoas, capacidade de falar para cada indivíduo, velocidade, caráter transfronteiriço, simplicidade, baixo custo, entre outros. Estas características, se bem aplicadas, poderão facilitar a mediação entre produção e recepção, locutor e ouvinte. Fazer a mediação entre o conhecimento científico e popular não é tarefa fácil, mas necessária para a promoção da saúde e para a inclusão de novos atores neste campo, fortalecendo a organização popular, permitindo também que as equipes de saúde ampliem suas práticas, dialogando com outros saberes. “A onda é ter saúde- Promoção de Saúde na Rádio” é um projeto de extensão realizado por meio da Universidade do Estado

do Amazonas, em parceria com a Rádio Comunitária “A voz das comunidades” que contempla um dos aspectos que caracterizam uma rádio comunitária, que é o compromisso com a educação para a cidadania no conjunto da programação e não apenas em algum programa específico. Incentivando a comunidade na luta por seus direitos, oferecendo espaços para a população e associações divulgarem suas atividades, estimulando, especialmente através da música, o lazer, o convívio social dentro da cultura Amazônica, prestação de serviços de utilidades públicas, para que sejam atendidas as necessidades da população. O projeto tem por objetivo viabilizar o contato de docentes e discentes com a comunidade e dessa forma implementar propostas de educação em saúde, promoção e prevenção através da rádio comunitária. **DESENVOLVIMENTO:** A Universidade do Estado do Amazonas, através do projeto “A onda é ter saúde- Promoção de Saúde na Rádio” promove com as comunidades das zonas norte, leste de Manaus/AM e arredores, repassando informações sobre saúde, meio ambiente e bem-estar. Para esta finalidade, foi implantado o Programa na rádio comunitária, considerado um meio de comunicação oral importante e eficaz devido ao seu maior nível de compreensão, podendo-se adequar à linguagem do público-alvo. O sábado foi o dia escolhido para a transmissão do programa, no horário das 09h às 10h, tendo como apresentadoras as acadêmicas de Odontologia desta Universidade Jéssica Miguel e Sarah Rocha. Inicialmente, as alunas envolvidas dedicaram seu tempo dividindo-o em alguns momentos: procuraram uma rádio comunitária disponível ao projeto e então chegaram à comunidade ao redor a fim de observar e diagnosticar necessidades para posterior decisão do cronograma de temas abordados em consonância com as demandas percebidas. Leituras, estudos,

produção de laudas e material bibliográfico foram feitos sobre o campo da saúde, meio ambiente e áreas. As acadêmicas da Universidade do Estado do Amazonas, apresentavam o programa “A Onda é Ter Saúde” e o faziam através de sistema de rodízio de temáticas, sob a orientação da coordenadora e dos co-orientadores do projeto. Em reunião da equipe, decidiam-se quais os temas que seriam abordados e quais seriam os profissionais convidados. Os temas eram escolhidos conforme critérios estabelecidos pelo grupo como, datas comemorativas, campanhas devido a surtos da doença, prevalência da doença em determinadas estações do ano ou relevância daquele tema para determinada época de veiculação do programa. Para a elaboração de cada programa, as alunas reuniam-se semanalmente para pesquisa e preparação do tema do programa. Cada programa segue um roteiro construído pelas acadêmicas, contando com uma variedade no formato ou na estrutura do programa: entrevista com convidados ao vivo ou gravada, bate-papo (roda de conversa) entre as apresentadoras, momento para responder dúvidas dos ouvintes, dicas de saúde, momentos culturais e musicais. O programa conta com várias parcerias, como a participação de usuários, conselheiros de saúde, pessoas que desenvolvem práticas populares em saúde, estudantes universitários, especialistas e profissionais de saúde, promovendo desta forma, a interdisciplinaridade na promoção e prevenção de saúde. **RESULTADOS:** O programa A Onda é Ter Saúde, encontra-se em andamento e está consolidado dentro da programação da rádio comunitária “A voz das comunidades”. Até o momento foram apresentados 18 programas (agosto/2014-agosto/2015), alcançando as zonas norte e leste da cidade de Manaus, que totaliza aproximadamente 890 mil habitantes. Foram apresentados para ouvintes os seguintes temas: doenças

crônicas; saúde da mulher; bem estar; meio ambiente e sustentabilidade; controle social; cidadania; saúde mental; saúde bucal; adesão a tratamento; neonatologia; campanhas do Ministério da Saúde. O projeto “A Onda é Ter Saúde” é de caráter promotor/educativo em saúde. A utilização dos recursos da comunicação para a veiculação de informações deve alcançar o entendimento de que a comunicação é, também, um processo social e educativo, além de informativo. Sensibilizando a população sobre a manutenção da sua saúde que depende do recebimento e da utilização da informação. O Projeto de extensão proporcionou às acadêmicas a construção de espaços para reflexão sobre a realidade durante todo o processo de realização/produção dos programas semanais, estimulando a pesquisa sobre os temas presentes nos mesmos. As acadêmicas são unânimes ao afirmar como o programa as auxiliou na vida acadêmica e como acreditam que trará benefícios no exercício profissional, pois o projeto mostrou a importância da interdisciplinaridade, da aproximação com a realidade, do relacionamento com os atores envolvidos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Destaca-se a educação em saúde, como estratégia de promoção à saúde neste processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do Sistema Único de Saúde. A partir deste enfoque, eleger estratégias didáticas, como a rádio, que conduzam a uma transformação dos envolvidos, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável, mostra-se imprescindível. Esta prática como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar

mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social. Estas ações necessitam uma divulgação e ampliação, estabelecendo também, uma relação multidisciplinar. Deste modo, a educomunicação em saúde mostra-se significativamente importante no processo ensino-aprendizagem das acadêmicas, possibilitando, uma maior aproximação e ampliação do diálogo tão essencial no processo de promoção da saúde e prevenção de doenças. A integração que foi possível entre as Universidades, mais os profissionais de diversas áreas com as comunidades das zonas norte e leste, através do Projeto de Extensão é uma novidade que merece ser fortalecida e analisada à luz das teorizações do campo da Educação e da Comunicação Popular em Saúde.

A SAGA PELA SAÚDE PÚBLICA: MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA PARA A XV CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

Vanessa Calixto Veras Sanca, Pedro Alves de Araújo Filho, Maria José Melo Ramos Lima, Larissa Alves Alexandre Moliterno, Lucimar Bóh Barbosa, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Lucia Conde de Oliveira, Luciana Mickaelli King

Palavras-chave: Participação Social, Controle Social, Redes Comunitárias

INTRODUÇÃO: A edificação do Sistema Único de Saúde (SUS) reconfigurou a política de saúde no país e trouxe mudanças significativas na estruturação dos serviços, além de instaurar uma proposta de democracia participativa como fundamento para a gestão, a partir da criação de mecanismos de participação e controle social, instituídos na Constituição Federal de

1988 e regulamentados na Lei 8142/90. As conquistas acumuladas são acompanhadas de grandes desafios com vistas a efetivar a integralidade da atenção. As conferências temáticas se inserem nesse contexto como possibilidade de problematização da consolidação dessa proposta de saúde pública. O objetivo do presente trabalho consiste em relatar uma parceria ensino-comunidade para a mobilização e debate em torno da XV Conferência Nacional de Saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A experiência foi estruturada a partir do processo de articulação, mobilização e parceria do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e uma rede de movimentos sociais (Rede DLIS) situada na periferia do município de Fortaleza-CE, no denominado Grande Bom Jardim. O Grande Bom Jardim está situado na área administrativa da Regional V, no sudoeste do Município, composto por 5 bairros, com uma população de 204.281 mil habitantes (Censo 2010 IBGE). Os bairros que integram a região estão entre os mais pobres e com a mais baixa renda per capita da capital, o IDH é baixo não passando de 0,5 considerando todos os bairros. A cobertura e o acesso aos serviços e políticas públicas são insuficientes e difíceis que, somados ao perfil epidemiológico, elevado grau de vulnerabilidades e preocupantes determinantes sociais, tornam mais complexa a situação de saúde local. Produzir vida e saúde, em sua concepção ampliada, nesse lugar significa atravessar à luta por direitos de cidadania e condições dignas de viver. A Rede de Desenvolvimento Sustentável do Grande Bom Jardim – Rede DLIS é uma instância de articulações de lutas, que congrega organizações da sociedade civil, envolve 61 entidades e movimentos, que demandam questões específicas de cada bairro e consensuam atuações no que diz respeito ao território e

à cidade. Essa atuação comunitária em rede teve início em 2003 e vem atuando até hoje no processo de diagnóstico, planejamento e monitoramento de políticas públicas de efetivação de direitos humanos nos cinco bairros do Grande Bom Jardim. Como parte dessa rede, em 2013 deu-se início a ações de monitoramento dos serviços de saúde, com a posterior constituição de uma comissão de saúde composta por moradores, conselheiros e profissionais de saúde que integram a Rede DLIS. Esta atua no monitoramento dos postos de saúde instalados, de equipamentos de saúde em construção, do funcionamento dos conselhos locais e acolhendo demandas no campo da saúde na região. **METODOLOGIA:** A oficina foi realizada em abril de 2015 na sede da Rede e contou com a participação de moradores e conselheiros locais de saúde da região do Grande Bom Jardim. A atividade consistiu em quatro momentos: 1. Teve início com a acolhida através da dinâmica dos cumprimentos para uma apresentação coletiva dos participantes. 2. O momento posterior foi destinado aos informes e repasses da agenda de luta pelo direito à saúde, desenvolvida pela Rede DLIS; 3. A terceira etapa destinou-se a uma roda de conversa sobre a XV Conferência Nacional de Saúde, cujo tema será: Saúde Pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: “Direito do povo brasileiro”. Assim como, os informes sobre as Pré-Conferências Regionais de Saúde como preparatórias para a 7^a Conferência Municipal de Saúde de Fortaleza; finalizando essa etapa com a elaboração de um plano de ações; 4. Ao final, foi realizada avaliação da oficina. **RESULTADOS:** Em relação aos eixos temáticos propostos para a conferência, o tema de maior interesse foi “participação e controle social”. As problemáticas citadas que envolveram esse tema foram agrupadas em três situações-problema: 1. desarticulação dos conselhos locais e regional de saúde; 2.

gestores que não respeitam as deliberações dos conselhos; e 3. desmotivação para a participação social. Apontaram o descomprometimento de alguns conselheiros e a falta de formação como possíveis causas para essa desmotivação. A partir disso, foi construído um plano de ações para o enfrentamento das situações-problema elencadas. Para a primeira foi apontado como ações: revitalização dos Conselhos Locais; capacitação dos conselheiros; tensionamento do Conselho Regional sobre o funcionamento dos Conselhos Locais, oficializado através de uma carta de reivindicação. No que se refere a segunda situação-problema, foi proposto: mobilização da comunidade e manifestação sobre os problemas de saúde, um ato público para dar visibilidade aos problemas; participação do encontro das Comissões de Direitos Humanos e da Saúde da Câmara Municipal de Vereadores com representantes da comunidade. Para a resolução da terceira e última situação: momentos formativos sobre o papel dos conselhos de saúde e o ser conselheiro nas unidades de saúde e espaços comunitários, como forma de empoderamento da comunidade e profissionais de saúde sobre a importância do controle social; realização de salas de espera nas unidades de saúde sobre a temática participação e controle social para mobilização da comunidade; propor a realização de reuniões dos conselhos locais de saúde em horários e locais que garantam e facilitem a participação da comunidade; e realização da articulação com outras redes comunitárias, conselhos inter-regional e ou movimentos sociais que defendam o direito à saúde. Para finalização da oficina, foi realizada avaliação do processo vivenciado e como essa atividade os afetou. Foram distribuídas tarjetas de papel para que cada um escrevesse uma palavra ou frase que consideraram relevantes para encerrar o momento. Posteriormente, o

material foi organizado em painéis para melhor visualização. O produto dessa experiência foi sistematizado em um relatório entregue a comissão organizadora da Conferência Municipal de Saúde de Fortaleza e foi apresentado no formato de cordel na disciplina Seminário Temático I – Saúde Coletiva e SUS do PPSAC da UECE. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi possível inferir que apesar das dificuldades instauradas há ânimo para continuar a luta pelo direito à saúde pública, os participantes acreditam na importância de revitalizar os conselhos locais de saúde e a articulação com outros movimentos sociais mostrou-se necessária para esse processo. Para a defesa do SUS não basta à formalidade administrativa da participação. Mas, foi ressaltado que os conselhos exercem ainda tensionamento que contribuem para a melhoria das ações e serviços de saúde. A referida experiência oportunizou o encontro entre atores sociais e estabeleceu diálogos importantes para o fomento à participação nas conferências de saúde e instâncias deliberativas do setor. Além disso, representaram a possibilidade de se estimular a criação de espaços coletivos de debate, capazes de propiciar análise do contexto de saúde local e dos serviços ofertados, para efetivar e qualificar o exercício do controle social.

ASSEMBLEIA DE CAPS: QUE LUGAR É ESSE?

Carlos Galberto Franca Alves, Joana Rita Monteiro Gama, Tais Fernandina Queiroz, Mariza Lima Almeida, Kelley Karolliny Soares dos Reis Santos, Mirna Murraya Cavalcante Brito

APRESENTAÇÃO: Este trabalho trata do relato de experiência do Projeto: “Assembleia de CAPS: Que lugar é esse?”, aprovado pela I Chamada para Seleção de Projetos de Fortalecimento do

Protagonismo de Usuários e Familiares da Rede de Atenção Psicossocial do Ministério da Saúde, sendo desenvolvido no CAPS III David Capistrano Filho/Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Aracaju. Tendo como objetivo fomentar junto aos usuários, familiares, trabalhadores, demais participantes da comunidade e de outras Redes de assistência à criticidade, através da discussão, avaliação e proposições para o funcionamento do serviço. Com o advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira abrem-se um novo olhar sobre a assistência as pessoas que vivem com transtorno mental. Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS tem sido estratégicos enquanto dispositivos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico no cuidado em saúde mental. Gradativamente ocorre a ampliação dos serviços que prestam assistência nesta perspectiva ampliando as Redes de Atenção Psicossocial em vários municípios do Brasil. Assevere-se que o modelo de cuidado em saúde mental implementado pelo município de Aracaju tem se estruturado a partir do trabalho coletivo dos seguintes setores: os Centros de Atenção Psicossocial, os Centros de Referência Ambulatoriais, as Unidades Básicas de Saúde, a Rede de Urgência/Emergência Psiquiátrica e o SAMU. METODOLOGIA: A Rede de Atenção Psicossocial - REAPS do município de Aracaju é composta pelos seguintes serviços: 01 Urgência de Saúde Mental no Hospital São José; 03 CAPS do Tipo III; 01 CAPS ad III; 01 CAPS infanto-juvenil ad; 01 CAPS infanto-juvenil de transtorno mental; 09 ambulatórios de referência em saúde mental; 04 serviços residenciais terapêuticos; Projeto de Redução de Danos; 01 clínica privada conveniada ao SUS; 01 Unidade de Internação Psiquiátrica no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe, que possui 08 leitos para adultos; Serviço Hospitalar de Referência de álcool, crack e outras drogas: sendo

uma Enfermaria Masculina com 16 leitos no Hospital de Cirurgia e uma Enfermaria Feminina com 14 leitos no Hospital São José. Nos CAPS são desenvolvidas atividades de grupos, individuais, direcionadas às famílias e outras à comunidade. Entre as atividades estão as Assembleias e reuniões de organização do serviço. No espaço da assembleia existe o propósito de estabelecer um momento onde cada um é escutado na medida do seu desejo de colocar-se, mesmo que sua fala não tenha convergência com a opinião da maioria dos participantes, buscase um consenso através de argumentações. Esta atividade tem sido desenvolvida no CAPS III David Capistrano desde sua inauguração em setembro de 2002, funcionando regularmente de forma semanal. É realizada por técnicos e usuários do serviço sendo um espaço aberto à participação de familiares, estudantes e a comunidade. A participação dos usuários é voluntária tendo uma média de 45 participantes e sua realização nos serviços de saúde mental encontra-se em consonância com o que tem sido preconizado no processo de Reforma Psiquiátrica, sendo um momento salutar de cogestão do cotidiano institucional. Nessas reuniões são discutidos os mais variados temas, tais como: acolhimento, alimentação, estrutura física, formas de cuidado, atividades internas e externas, relação entre usuários e equipe, datas comemorativas e passeios, acolhimento noturno (pernoite), carteira de passe livre, situações de violências, informações diversas e etc. RESULTADOS: Ao longo dos anos, já foram deflagrados nas assembleias, importantes momentos para os usuários e familiares, tanto do ponto de vista do seu tratamento, quanto de luta por melhores condições sociais, como a quebra de estigma e do preconceito (Manifestações populares, passeatas, abaixo-assinado e reuniões no Ministério Público). Também ocorre a participação de outras instituições: Unidades Básicas fazendo educação em

saúde; Secretaria de Saúde e demais secretarias divulgam campanhas educativas e informativas; Grupos de teatro e danças populares; INSS discutindo sobre os benefícios assistenciais e aposentadoria; Ministério Público fazendo debate sobre os direitos e deveres dos portadores de transtornos mentais; AUSMES – Associação de Usuários de Saúde Mental do Estado de Sergipe, que vem estimulando a participação dos usuários e familiares nas reuniões da mesma, bem como na defesa de melhores condições de tratamento em saúde e garantia de direitos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O desenvolvimento desta atividade suscita a discussão sobre a clínica em saúde mental, repleta de incertezas e de complexos caminhos que atravessamos no processo de Reforma Psiquiátrica e que se encontra repleto de possibilidades. O surgimento de alternativas para a construção de novos paradigmas com os movimentos políticos e sociais na década de 1980; no contexto das lutas pelo fim da ditadura e pelas diversas formas possíveis da redemocratização, trouxe em seu bojo, posições políticas a favor do fortalecimento da autonomia, como forma básica para o desenho de uma nova democracia, baseada no poder local e na cidadania participativa. Não resta dúvida de que a ideia de humanizar o cuidado socialmente ofertado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas acompanha a evolução dos direitos humanos e se coaduna com os direitos e garantias fundamentais declarados em nossa Constituição Federal, nas diretrizes do Sistema Único de Saúde e na Lei 10.216/2001. A aproximação das áreas estimula a co-responsabilidade da equipe de saúde mental com os profissionais da unidade básica de saúde possibilitando a condução dos problemas de saúde mental que, até então, eram repassados aos demais níveis de referência, gerando sobrecarga e

uma baixa qualidade no atendimento. Além disso, têm-se a oportunidade de realizar ações que enfocam a intersectorialidade e a integração de saberes e práticas, condições necessárias para o alcance da integralidade do cuidado em saúde. Vale destacar que o espaço da assembleia tem sido fundamental para construção de espaços democráticos nos serviços de saúde, especialmente os que atendem pessoas com transtorno mental, tendo em vista que historicamente estas tiveram o seu direito a liberdade e a expressão negadas. Nesta atividade tem sido estimulado o protagonismo dos usuários tanto para a participação quanto na organização das assembleias, o que tem sido potencializador para participação dos usuários em outros espaços de controle social. A assembleia do CAPS tem como proposta tornar-se um espaço ainda mais democrático com a participação de outros setores da nossa comunidade. Assim, torna-se fundamental o fortalecimento da proposta das assembleias nos CAPS a fim de ampliar esta proposta de co-gestão e a temática da saúde mental para outros espaços (serviços e instituições do território), através de rodas de conversa, oficinas e seminários.

ASSENTAMENTO AMBRÓSIO: UM INSTRUMENTO DE TRANSFORMAÇÃO SOCIAL - RELATO DE EXPERIÊNCIA DO VER-SUS CENTRO SUL PIAUIENSE

Edirlane Soares do Nascimento, Leydiane Gleici Oliveira Medeiros

Palavras-chave: Assentamento, Participação Popular, SUS

APRESENTAÇÃO: O VER-SUS - Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde - surgiu da necessidade de estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com seus princípios e diretrizes, e que se entendam

como agentes sociais e políticos capazes de promover transformações na sociedade. O referido projeto é uma proposta do Ministério da Saúde, em parceria com a Rede Unida, a Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a União Nacional dos Estudantes (UNE), o Conselho de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), e o apoio da Organização Panamericana da Saúde (OPAS). O projeto objetiva realizar estágios de vivência para que estudantes universitários tenham a oportunidade de vivenciar a realidade do SUS e, qualificar-se para a atuação no sistema de saúde. Diante disso, os estágios de vivências constituem, portanto, importantes dispositivos que permitem aos estudantes desenvolver o senso crítico através de debates a cerca da realidade do SUS e experimentar um novo espaço de aprendizagem que é o cotidiano de trabalho das organizações de saúde, entendido enquanto princípio educativo e espaço de desenvolvimento de processos de luta dos setores do campo da saúde, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ética e politicamente com as necessidades de saúde da população. Sendo assim, o objetivo desse trabalho foi relatar a relevância de vivenciar na prática a participação social e cultural de um assentamento durante a imersão no VER-SUS Centro Sul Piauiense, versão 2015.2.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, e caráter descritivo. Sendo assim, o projeto VER-SUS Centro-Sul Piauiense teve uma duração de 12 dias, compreendidos entre 03 e 14 de agosto de 2015, na cidade de Picos-PI, constituído também de visitas técnicas nos dispositivos de saúde das cidades de Oeiras e Ipiranga do Piauí, contando com a participação de 16 viventes, 04 facilitadores, 04 acadêmicos e 01 professor que compunham a comissão organizadora, totalizando 25 participantes

da área da saúde e outras áreas afins, de instituições de ensino superiores públicas e privadas. Durante a imersão participávamos de seminários, oficinas, devolutivas e vivências em que eram compartilhados conhecimentos sobre gestão dos sistemas, estratégias de atenção, exercício de controle social e processos de educação na saúde. Assim, a vivência deu-se no assentamento Ambrósio no dia 05 de agosto de 2015, localizado na localidade de Geminiano, distante pouco mais de 10 km da cidade de Picos. Durante a experiência, fomos recepcionados pela dona Gorete e seu esposo Francisco Canindé que são considerados militantes responsáveis por forte participação popular juntamente com a comunidade tratando de interesses que vão desde a saúde, questões agrárias e entre outras políticas públicas na microrregião. Escutamos dos mesmos como se deu o processo de formação e construção do presente assentamento, quem foram as primeiras famílias a habitarem e se alocarem nessas instâncias, os principais desafios e conquistas da população em todo o processo de fazer saúde. **RESULTADOS:** O assentamento Ambrósio começou a ser construído aproximadamente nos anos de 1987, com a montagem de “piques” realizados por posseiros que chegavam à área para poderem se instalar ali. Através dos relatos dos moradores, o referido assentamento, possui atualmente uma faixa de 220 famílias e logo após a instalação dos posseiros e suas respectivas famílias, o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) passa então a tomar frente das regulamentações e delimitação dessas terras, o que acabou conferindo um processo de aceleração de construção das casas. Um aspecto muito importante e que chamou bastante atenção foi de que a população da localidade são pessoas simples, com pouco grau de instrução, mas que possuem e utilizam de conhecimentos empíricos para a busca da promoção e

manutenção de sua saúde, através do conhecimento/saber popular buscando sempre coletividade na comunidade. Diante disso, pudemos perceber que, apesar das conquistas, existem dificuldades inerentes, principalmente no tocante à saúde da comunidade, um exemplo, é o Posto de Saúde Agrovila Ambrósio, construído pela própria população do assentamento Ambrósio, e que, não dispõe de uma boa estrutura física, falta recursos (físicos e humanos) e serviços de qualidade para a comunidade. No presente posto o atendimento é realizado até o momento da vivência apenas 2 vezes por mês, em que este é composto por uma equipe de 01 médico (realiza atendimento uma vez por mês), 01 técnica em enfermagem, 01 enfermeiro e 01 agente comunitário de saúde, observando ainda que os usuários dos serviços de saúde e a própria equipe de saúde necessitam e reivindicam por um profissional de Educação Física para realizarem práticas corporais planejadas e supervisionadas pelo mesmo, o que resulta no ato da enfermeira realizar algumas práticas com a população em virtude da ausência do profissional capacitado. A própria equipe do posto de saúde relatou que necessitam de um médico gastroenterólogo e um obstetra, uma vez que a demanda para esse tipo de serviço segundo eles, é muito grande. Observamos ainda que o serviço primário quando o mesmo não consegue suprir a necessidade da comunidade, esses são assistidos por outra unidade de saúde, que fica localizada em Cacimbinha, que é um ponto de continuidade do assentamento, o que nos faz refletir sobre ainda ter o que melhorar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Torna-se relevante salientar que para os viventes se aproximem do cenário de lutas, das conquistas e desafios inerentes ao SUS, a vivência deverá proporcionar e/ou criar essa oportunidade aos participantes, para que estes possam enraizar as discussões sobre o trabalho em equipe, gestão, atenção à saúde, educação

e controle social, o qual demonstra claramente os objetivos operantes do VERSUS, em que o leque de atividades oferecidas deve ser amplo e diversificado. Possibilitando refletir as características dos territórios vivenciados/visitados, com suas demandas singulares. Diante disso, podemos considerar que a potência de aprendizagem que habita no cotidiano da saúde, bem como nos dispositivos sociais de geração de saúde como as associações, conselhos participativos, grupos e a cultura local são imprescindíveis para uma maior aproximação e reflexão a cerca do SUS. Isso reforça a ideia de que a presença dos movimentos sociais e assentamentos no projeto VERSUS contribui significativamente para a reflexão crítica dos participantes, viventes, acadêmicos por meio de uma ótica diferenciada, o que nos faz reconhecer o assentamento como um forte candidato e instrumento de transformação social, ou seja, um importante dispositivo de articulação comunitária para e no fazer saúde, contribuindo para uma efetivação mais consistente do nosso SUS.

AULA ESPETÁCULO COMO METODOLOGIA DA 12^o CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE OLINDA: CAMINHOS PARA MOBILIZAÇÃO DA DEFESA DO DIREITO À SAÚDE

Plínia Manuella de Santana Maciel, Augusto Fernando Santos de Lima, Itamar Lages, Elan José de Lima, Pscila Rossany de Lima Guimarães Portella, Juliana de Santos Lima, Lais de Souza Monteiro, Wellington Bruno Araújo Duarte, Gisane Kelly Silvia de Miranda

O SUS está instituído no nosso país, mas enfrenta ameaças concretas, dentre os quais, o direito estatal a saúde; o fortalecimento e a qualificação da Atenção Primária; as dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde; a fragmentação das políticas e programas de saúde; a

organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde; o reconhecimento da autonomia dos entes federados; a qualificação da gestão e do controle social entre outros. Nas últimas décadas, as políticas de saúde que estruturaram o SUS configuraram-se como um espaço de grande tensionamento e alvo de grande ofensiva dos ajustes neoliberais do Estado. Tais desafios conjunturais podem ser superados através do exercício ativo e reflexivo nos movimentos sociais. Neste sentido, as Conferências Municipais atuam como um espaço potencializador para manifestar respostas confrontadoras a supercapitalização e lucratividade capitalista no SUS. A partir da 8^a Conferência Nacional de Saúde, implementaram-se elementos cruciais na criação de um sistema de saúde universal, são eles a descentralização política das ações em saúde e o controle social. A concretização formal do controle social se dá pela Lei nº 8.142/1990, que permite a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), esta participação através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, por isso a importância do investimento do empoderamento da sociedade em busca de politizar ações e pensamentos sobre o direito à saúde. O exercício efetivo do controle social como uma das importantes estratégias de empoderamento da sociedade e as representações da população no campo da saúde, tanto em organização política, dispositivos de suporte social de usuários, construção das políticas públicas, acompanhamento e avaliação da execução das políticas públicas, definição da organização dos recursos. Enfim, o controle social representa uma conquista jurídico-constitucional da participação social, mesmo que as participações sociais ativas, informadas e democráticas, ainda se configurem como processos inacabados. Considera-se que a participação popular,

ainda como um processo tímido e incipiente no seu potencial de transformar a discussão do setor saúde, nas Conferências de Saúde tem sido uma conquista e um significativo avanço para esse setor. Ademais é preciso romper com o modelo de discussão atual e avançar o nível para atingir as reais necessidades em saúde dos segmentos populacionais que ali estão representados. As conferências municipais de saúde são espaços públicos em que representantes da sociedade civil e do governo municipal encontram-se em situação de deliberação para validar seus discursos e estabelecer ações comunicativas (forma de ação social em que os participantes se envolvem em igualdade de condições para expressar ou para produzir opiniões pessoais, sem qualquer coerção, e decidir, pelo princípio do melhor argumento, ações que visam a determinar a sua vida social. Desta forma, buscou-se fomentar a elevação da consciência e da atitude coletiva pelo direito à saúde através de um diálogo problematizador e mobilizador da defesa do direito à saúde utilizando os seguintes procedimentos: Texto construído a partir de experiências cotidianas, reflexões filosóficas e teóricas favoráveis à cobertura universal, e à defesa do SUS, personagens que dialogam com o público. Em cena: 22 pessoas de arte, e o público presente. 20 pessoas + Público: Kathasis. 2 pessoas: diálogos. Pessoas do público dialogando com os sentidos e de defesa do SUS. Apoio instrumental. O grande diferencial desta intervenção pode ser justificado pelo caráter problematizador no processo de discussão dos conceitos de direito universal e acesso universal. Os participantes se distanciaram de uma discussão moldada na aprendizagem bancária e colocaram-se na discussão a partir de suas experiências. Sem dúvidas, configurou-se como uma metodologia alinhada à valorização do saber popular e com o protagonismo dos envolvidos.

COMUNICAÇÃO SOBRE O SUS: OS DESAFIOS COLOCADOS POR UMA EXPOSIÇÃO

Vanessa Nolasco Ferreira, Carlos Henrique Assunção Paiva, Fernando Antônio Pires-Alves, Luiz Antônio Teixeira, Carlos Fidelis Ponte

Palavras-chave: Participação Social, Comunicação em Saúde,

Apresentação: A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), confeccionou uma exposição sobre o Sistema Único de Saúde intitulada “Nos Caminhos do SUS”. Seu processo de criação oferece um cenário rico de discussões e disputas acerca do papel da participação social em nosso sistema de saúde e de aspectos essenciais a seu funcionamento. A ideia de uma exposição que fosse capaz de apresentar questões complexas sobre o SUS nasceu por volta de março de 2013. Nesse momento, a FIOCRUZ, por intermédio da Vice-Presidência de Ensino, Informação e Comunicação (VPEIC) e da Casa de Oswaldo Cruz (COC) sentavam-se com representantes do Ministério da Saúde para discutir ferramentas e estratégias de comunicação, em formato de uma exposição que fosse capaz de, em perspectiva histórica, discutir o papel da MS na trajetória da saúde pública nacional. Logo vieram os acontecimentos de junho de 2013, a população nas ruas provocou mudanças na agenda do governo, assim como o próprio Ministério, que foi imediatamente chamado a responder às questões colocadas pelos movimentos das ruas. A ideia de se produzir informações que dialogassem com as pessoas, que incorporassem o contraditório, as tensões, as críticas se radicalizava por vez. O documento preliminar aprovado no CNS deixava claro que tratava-se de uma exposição que deveria tomar como

interlocutor o cidadão comum. Não deveríamos criar, portanto, um instrumento de comunicação para os já iniciados ou convencidos acerca da importância do SUS. Interessava-se nos apresentar o SUS para uma população carente de informações, que o vê, eventualmente, com desconfiança ou com pouco valor. Interessava também discutir esse mesmo sistema de saúde sob uma perspectiva de balanço: incorporar, de maneira crítica, o ponto de vista estabelecido pelo senso comum, segundo o qual, por exemplo, o sistema de saúde reduz-se à assistência à saúde ou de que seria impossível termos serviços públicos eficientes. Enfim, nos comprometemos a fazer uma exposição que incorporasse, eventualmente, o ponto de vista negativo de quem a vê. E, aos poucos, desconstruir suas perspectivas. Por fim, outro ponto de partida firmado no instrumento preliminar dizia respeito às nossas estratégias de contextualização do SUS como parte da trajetória da saúde pública brasileira. Com isso, queremos dizer que muitas de suas propostas e iniciativas situam-se em um contexto bastante amplo de experiências, de marchas e contramarchas que, na altura do final dos anos 70, configuraram-se na forma de um movimento pela Reforma Sanitária. Desenvolvimento do Trabalho: Lançava-se o desafio de produzir marcos contextuais que fossem capazes de dar conta tanto da potência, quanto das contradições do atual sistema de saúde. O uso da história, como estratégia de produção de uma narrativa, deveria ser feito “na medida”, isto é, com certa dose de economia. Não poderíamos cair na cilada de mobilizar informações que, ainda que contribuam para erudição, pouco explicariam sobre a problemática contemporânea, mas também não poderíamos tratar os desafios colocados para o SUS desapegados de um determinado contexto histórico. Foi com base nessa matriz inicial de ideias que iniciamos a

primeira fase de construção da exposição. Sobre ela podemos dizer que já entre nós pesquisadores da Casa de Oswaldo Cruz, acostumados aos debates sobre o SUS e a Reforma Sanitária, a formulação de um texto base para a exposição constitui-se de um espaço de disputa e incessantes debates. Impactos e Reflexões Acerca da Construção de uma Exposição: Optamos por organizar a exposição em quatro eixos: Organização do SUS, Participação Social, Financiamento e Recursos Humanos. Já na primeira reunião para discussão do texto um sinal de alerta pairou sobre nossas cabeças: o academicismo de nossos textos. Quanto a essa questão foi possível refletir como o mundo acadêmico não está acostumado à interface com o “mundo real” onde o SUS realmente acontece. Outro imbróglio foi como abordar o Financiamento da Saúde sem mostrar uma infinidade de siglas que representam impostos e um cálculo que não consiste em um consenso para a própria área. Como dizer para o cidadão que sua participação através dos Conselhos de Saúde é fundamental, pois nesse espaço são arbitrados os gastos com saúde? A solução que encontramos foi mostrar que um Sistema Universal de Saúde precisa de muito dinheiro para funcionar e alternativa demonstração foi a perspectiva comparada. O financiamento e a complexidade do Sistema nos levam a abordagem da Organização do SUS na qual optamos por demonstrar a complexidade e abrangência do sistema que vai desde a prevenção com campanhas de imunização, proposição de políticas públicas sobre saneamento e segurança, por exemplo, até a realização e regulação de procedimentos cirúrgicos de alta complexidade como transplantes. Tudo isso passando pela produção de Ciência e Tecnologia. O Eixo RH também contou com discussões acaloradas sobre o que deveria ser levado em conta, pois a tendência é sempre voltar às questões para

a regulação do trabalho médico, mas por mais que não se faça um Sistema de Saúde sem médicos, existe toda uma discussão que envolve a multidisciplinaridade e a necessidade de reconhecimento e conscientização da população de que muitos outros profissionais desempenham papéis igualmente importantes e funções primordiais no Sistema. Desse modo, a opção foi mostrar que a distribuição de profissionais é um ponto nodal para um país com dimensões continentais e com uma vertiginosa concentração de riquezas no Eixo Sudeste-Sul. Optamos por dar à Exposição um caráter urbano que remeta às manifestações que tomam conta das ruas e ambientes como praças, fazendo uso de grafite e estêncil, e sonorizada pelas manifestações que historicamente vêm tomando as ruas do Brasil, mas já vemos na escolha desse conceito uma questão crucial: ele não representa como um todo o país ao passo que apesar de sermos mais urbanos do que rurais, a maioria de nossos municípios é de pequeno porte e assemelha-se a uma atmosfera rural, embora a globalização faça com que quase todos os seres humanos saibam o que é e o que ocorre nas metrópoles. Principal resultado: Exposição “Nos caminhos do SUS”. Sala de exposições temporárias, Museu da Vida (COC/FIOCRUZ), Av. Brasil, 4365, Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ. Considerações Finais: Quais reflexões poderiam ser sintetizadas sobre o processo de comunicação sobre o SUS para as massas? Em primeiro lugar, nos perguntamos: qual seria nosso objetivo? Isto é, ao final da exposição, o que deveria ser retido como mais relevante pelo nosso espectador? Queremos contribuir para a construção de um ponto de vista de que o SUS não seja encarado apenas como uma política de governo, mas um empreendimento que remete às relações entre pessoas, estado e mercado. Nessa linha, situa-se em um

debate sobre direito social e cidadania no Brasil. Em função disso, sua potência necessariamente envolve apoio e exercício da política por parte dos cidadãos e das instâncias representativas.

CONTROLE SOCIAL, EXPERIENCIA NA CONFERENCIA MUNICIPAL DE SAUDE DO MUNICIPIO DE OLINDA

Plinia Manuella de Santana Maciel, Priscila Rossany de Lira Guimaraes Portella, Augusto Fernando Santos de Lima, Lais de Souza Monteiro, Elan Jose de Lima, Juliana Santos de Lima, Wellington Bruno Araujo Duarte, Itamar Lages

APRESENTAÇÃO: O SUS está instituído no nosso país, mas enfrenta ameaças concretas, dentre os quais, o direito estatal à saúde, o fortalecimento e a qualificação da Atenção Primária, as dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, o reconhecimento da autonomia dos entes federados, a qualificação da gestão e do controle social entre outros. Nas últimas décadas, as políticas de saúde que estruturam o SUS configuraram-se como um espaço de grande tensionamento e alvo de grande ofensiva dos ajustes neoliberais do Estado. Tais desafios conjunturais podem ser superados através do exercício ativo e reflexivo nos movimentos sociais. Neste sentido, as Conferências Municipais atuam como um espaço potencializador para manifestar respostas confrontadoras à supercapitalização e lucratividade capitalista no SUS (SOUZA, 2010). A partir da 8^a Conferência Nacional de Saúde, implementou-se elementos cruciais na criação de um sistema de saúde universal, são eles a descentralização política das ações em saúde e o controle social. A

concretização formal do controle social se dá pela Lei nº 8.142/1990, que permite a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), esta participação através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, por isso a importância do investimento do empoderamento da sociedade em busca de politizar ações e pensamentos sobre o direito à saúde (ARRAES, 2012). O exercício efetivo do controle social como uma das importantes estratégias de empoderamento da sociedade e as representações da população no campo da saúde, tanto em organização política, dispositivos de suporte social de usuários, construção das políticas públicas, acompanhamento e avaliação da execução das políticas públicas, definição da organização dos recursos, enfim o controle social representa uma conquista jurídico-constitucional da participação social, mesmo que as participações sociais ativas, informadas e democráticas, ainda se configurem como processos inacabados (ASSIS, 2003; ARRAES, 2012). Considera-se que a participação popular, ainda como um processo tímido e incipiente no seu potencial de transformar a discussão do setor saúde, nas Conferências de Saúde tem sido uma conquista e um significativo avanço para esse setor. Ademais é preciso romper com o modelo de discussão atual e avançar o nível para atingir as reais necessidades sem saúde dos segmentos populacionais que ali estão representados (CHAVES, 2012). As conferências municipais de saúde são espaços público sem que representantes da sociedade civil e do governo municipal encontram-se em situação de deliberação para validar seus discursos e estabelecer ações comunicativas (forma de ação social em que os participantes envolvem-se em igualdade de condições para expressar ou para produzir opiniões pessoais, sem qualquer coerção, e decidir, pelo princípio do melhor argumento, ações que visam a

determinar a sua vida social (NETO, 2014).
 Objetivo Geral: Contribuir com a elevação da consciência e da atitude coletiva pelo direito à saúde através de um diálogo problematizador sobre de acesso universal e direito universal. DESENVOLVIMENTO – METODOLOGIA: Diálogo problematizador e mobilizador da defesa do direito à saúde. Procedimentos: Texto construído a partir de experiências cotidianas, reflexões filosóficas e teóricas favoráveis à cobertura universal, e à defesa do SUS. Personagens que dialogam com o público. Em cena: 22 pessoas de arte, e o público presente. 20 pessoas + Público: Kathasis. 2 pessoas: diálogos. Pessoas do público dialogando com os sentidos e de defesa do SUS. APOIO INSTRUMENTAL - RESULTADOS - IMPACTOS: O grande diferencial desta intervenção pode ser justificado pelo caráter problematizador sobre o entendimento da cobertura universal e seus impactos modelo de atenção e na consolidação da discussão dos conceitos de direito universal e acesso universal. Os partícipes se distanciaram de uma discussão moldada na aprendizagem bancária e colocaram-se na discussão a partir de suas experiências. Sem dúvidas, configurou-se como uma metodologia alinhada à valoração do saber popular e com o protagonismo dos envolvidos. Considerações finais: Compreende-se as conferências de enquanto um dos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. No contexto municipal, este espaço traz a potencialidade de discutir questões mais operacionais e próximas dos sujeitos presentes o que facilita a articulação da realidade com a reflexão com base nos princípios e diretrizes do SUS. Neste sentido, afirma-se como mecanismo essencialmente democrático onde a sociedade se organiza para a proteção da saúde como direito de todos e dever do

Estado. Para a efetividade na atuação nesse importante espaço de diálogo é necessário o empoderamento de todos os envolvidos, em especial, os usuários e trabalhadores do SUS. Pode-se afirmar que esta experiência facilitou o processo de discussão e ampliou as possibilidades dos presentes em refletir suas posturas e práticas em saúde. Além disso, a proposta trouxe o protagonismo do controle social para o centro do debate e o desafio de se construir coletivamente um SUS para todos e todas no município de Olinda.

CRIANDO O PODER POPULAR E A EMANCIPAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE – A EXPERIÊNCIA DA FRENTE DE SAÚDE POPULAR NUMA OCUPAÇÃO URBANA ORGANIZADA PELO MOVIMENTO DOS TRABALHADORES SEM TETO

Sarah Barbosa Segalla, Henrique Sater de Andrade, Carine Marie Vasconcellos Sales, Pedro Andrade Sá Corrêa, Pedro Gomes Almeida de Souza, Ana Carolina Carvalho de Araújo Pôrto, Gabriela Pires da Rosa, Fabiana Batista de Siqueira Xavier

Palavras-chave: Educação Popular, Extensão Popular, Fitoterapia, Movimentos Sociais, Saúde

APRESENTAÇÃO: A Frente de Saúde Popular da ocupação 6 de abril de 2010 foi construída a partir de um projeto de extensão vinculado à Liga de Saúde da Família da Universidade Federal Fluminense, que já atuava numa comunidade periférica do município de São Gonçalo, em experiência descrita em outro trabalho também submetido para este Congresso. A ideia das pessoas que compõem o projeto era trabalhar a questão da saúde a partir de uma perspectiva popular, com a intenção de contrapor o modelo médico-centrado e medicamentoso que hegemoniza as práticas de saúde na

sociedade. O Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST), por sua vez, levou até o grupo a necessidade de criar uma experiência de cuidado em saúde para atender as necessidades que já surgiam em outras ocupações e que convergem com as demandas pelo direito à cidade. A união dessas intenções culminou na criação de uma frente popular, um espaço de cuidado em saúde construído a partir de demandas e necessidades de saúde da população que integrou a ocupação. O trabalho baseou-se em criação de referências comunitárias, cuidados preventivos e promotores de saúde e assistência básica centrada no autocuidado e no uso de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Inicialmente organizamos uma farmácia com plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos e alopáticos e alguns materiais básicos para situações circunstanciais que poderiam surgir no dia-a-dia da ocupação. A partir dos primeiros dias de vivência na ocupação, observamos a necessidade de intervenção preventiva nos casos de insolação e desidratação e começamos a distribuir água e protetores solares para as pessoas que construíam seus barracos e estavam expostas ao sol durante as atividades. Posteriormente, criamos um espaço para repouso, escuta e atendimentos gerais, como curativos, aferição de pressão, avaliação e exame físico. O convívio diário com a população nos permitiu expandir o cuidado a partir da escuta, potencializando o diagnóstico das necessidades e a criação de vínculo, além de possibilitar a partilha das tarefas de distribuição de água, protetores solares e repelentes e confecção dos chás medicinais, e a captação de referências comunitárias para construir a frente de saúde. Ao fim da ocupação, a partir da experiência que tivemos e de questionários familiares aplicados pelo próprio movimento com as

famílias cadastradas, construímos eixos de intervenção para prosseguir o trabalho nos núcleos organizados pelo MTST com a população que aguarda a construção das casas em decorrência da luta vitoriosa. Os eixos principais são: 1) Fitoterapia: neste eixo, reconhecemos o conhecimento prévio dos indivíduos nucleados sobre plantas medicinais e, a partir da troca de saberes, produzimos oficinas de confecção de medicamentos tópicos e sistêmicos para o uso na própria comunidade, promovendo e estimulando o saber popular, o autocuidado e a emancipação das pessoas em relação aos serviços de saúde, tradicionalmente médico centrados e desautonomizantes. 2) Mulheres: a partir deste eixo promovemos reuniões temáticas de mulheres, a fim de questionar a posição inferiorizada das mulheres na sociedade patriarcal, a partir de atividades sobre estética, autoestima, violência de gênero, gestação e violência nos serviços de saúde. 3) Meio ambiente: no qual promovemos atividades sobre água, produção de alimentos e saneamento, com o objetivo de prevenir a aquisição de doenças, promover hábitos saudáveis e potencializar a capacidade de luta por direito a condições dignas e saudáveis de vida na cidade. O trabalho segue em construção. Impactos: A frente de saúde popular foi à primeira experiência longitudinal de saúde numa ocupação organizada pelo MTST e demonstrou ter muita potência na construção de autonomia, através da geração de autocuidado e do estímulo ao uso de práticas populares, como o uso de plantas medicinais. A vivência numa ocupação organizada por um movimento social permite ir além dos objetivos tradicionais de projetos de extensão comunitária, pois nos possibilitou a geração de atividades com o verdadeiro compromisso de transformação social que a educação popular propõe. Somente a partir da experiência real, pudemos nortear os trabalhos posteriores

nas comunidades nucleadas e, sem o envolvimento durante a ocupação, teríamos muita dificuldade para nos inserir nas comunidades e alcançar legitimidade entre a população. A experiência consistiu também numa estratégia de criação de vínculo entre as pessoas da comunidade em formação e os estudantes e profissionais de saúde que a compunham. A riqueza da troca de saberes provocou mudanças nas posturas de todas as pessoas envolvidas, gerando autonomia naqueles que sempre foram “pacientes”, silenciados e submissos, e ampliando a capacidade de escuta e respeito dos profissionais e futuros trabalhadores das práticas de saúde. Além disso, todos e todas agregamos conhecimentos ao repertório terapêutico que conhecemos, para muito além do que a academia nos ensina e impõe. Também fomos provocados diversas vezes pelo caráter terapêutico da própria luta, que pudemos presenciar em vários personagens que cruzaram nosso caminho, a princípio adoecidos e impotentes, e hoje lideranças comunitárias e protagonistas das próprias vidas. São essas pessoas que nos ajudam a prosseguir os trabalhos e manter a convicção de que somente a luta muda a vida. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A extensão popular se mostra como um caminho muito mais potente de transformação da academia, através da relação com a comunidade real, do que da relação com indústrias e empresas, que normalmente são os parceiros das universidades na extensão. Para além da academia, promove a construção de um conhecimento sistemático e palpável na vida das pessoas, através da troca de saberes e da construção de protagonismo. A construção de frentes populares de saúde é uma prática que pode ser aplicada em comunidades organizadas ou não, e que tem a potência de ampliar a autonomia das pessoas sobre seus corpos e suas vidas, através do cuidado consigo mesmas e com os outros indivíduos de

sua comunidade. Também é uma prática que promove a solidariedade, a auto-organização e a disseminação de uma cultura não violenta e afetuosa entre indivíduos. A sistematização da experiência que tivemos possibilita revisitar nossas práticas e pensar próximas atividades do projeto de extensão que estamos construindo. Além disso, temos a chance de compartilhar a experiência com outros coletivos que desejam pôr em prática ações de educação popular em saúde em comunidades Brasil a fora.

CULTUR(AÇÃO) EM SAÚDE

Érica Rosalba Mallmann Duarte, Ana Paula Gossmann Bortoletti, Fabiano Barnart, Renan de Mattos, Sabrina Lacerda da Silva, Pamela Hoffmeister

Palavras-chave: Cultura, Educação, Saúde

APRESENTAÇÃO: O projeto Culturação em Saúde emergiu em 2014, com objetivo de participar do Edital Mais Cultura nas Universidades dos Ministérios da Cultura e Educação coordenado pelo Departamento de Difusão Cultural da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (BRASIL, 2014). Trata-se um momento inédito, para o grupo, uma vez que foi a primeira oportunidade que tivemos de participar neste espaço. A UFRGS participou com 15 subprojetos, de sete unidades diversas promovendo uma integração entre áreas e conhecimentos diversos e que estarão trabalhando de forma integrada, na inclusão da cultura no cotidiano da própria universidade assim como da comunidade que será contemplada pelas ações realizadas. A universidade concorreu com mais de 98 universidades de todo o Brasil, e no momento aguarda o repasse de verbas para início das atividades. O grupo do projeto Culturação em Saúde surgiu a partir da percepção de alunos e professores do curso de Bacharelado em

Enfermagem e Saúde Coletiva da saúde que realizavam práticas nas comunidades e que estavam diretamente ligadas a questões culturais, que passa desde a reflexão de hábitos/comportamentos/costumes até o uso da sua cultura para modificar seu ambiente. Essa situação ocorrida em seus próprios território provoca interferência direta na saúde daquela comunidade e foi essa percepção que fez o grupo se unir. A promoção de saúde de forma efetiva para uma determinada comunidade, precisa de iniciativas individuais ou em grupo, que seja espontânea ou sensibilizada e que possa ter continuidade, que seja ações reflexivas nas quais a comunidade consiga se enxergar e tomar para si a possibilidade de mudança. As universidades devem ter o papel fundamental de desenvolver conhecimento e fazer a troca constante para contribuir com a sociedade (que envolve professores, alunos e parceiros de formação que é a comunidade que contribui com essa formação). Na elaboração da proposta o grupo que já vinha trabalhando com a comunidade e principalmente dentro do Programa Saúde na Escola (PSE) resolveu investir seus objetivos nesta comunidade onde o foco principal seria a crianças, O PSE é uma política intersectorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, que tem como expectativa a atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no ambiente escolar, no sentido de qualificar a educação básica bem como integrar às ações da atenção básica no contexto escolar. Esta proposta se justifica e tem força na medida que busca fortalecer os laços entre as instituições/atores parceiros (universidade, secretaria municipal de saúde/ unidades de saúde e de educação/escolas, as crianças/pais/comunidade) no desafio de desenvolver a autonomia e as competências dos sujeitos para o exercício da cidadania plena.

OBJETIVO: O projeto tem como objetivo a promoção de atividades de educação e promoção em saúde como dispositivo pedagógico/dialógico para reflexão dos temas e linhas de ação integrantes do PSE, por meio de um programa artístico-cultural desenvolvido com a comunidade acadêmica. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O projeto está programado para ser realizado em 2 anos. As atividades serão desenvolvidas através da parceria entre pessoas da comunidade, oficinheiros e diversas formações, geografia, enfermagem, saúde coletiva, dentro outros e tem como público alvo: estudantes (crianças, jovens e adultos), familiares e professores da rede pública de ensino; grupos comunitários, organizações da sociedade civil e movimentos sociais e populares; profissionais da saúde e comunidade acadêmica. Serão desenvolvidas atividades culturais em escolas públicas do município de Porto Alegre, para ativar a reflexão sobre o PSE com os educadores, educandos, comunidade e profissionais de saúde do território adstrito, a fim de apresentar e fomentar práticas artísticas que abordem a temática de prevenção do uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas, cuidado com o meio ambiente incluindo prevenção de acidentes e incêndios e a promoção da cultura de paz e dos direitos humanos, utilizando-se também de ferramentas de difusão cultural aos grupos (escolas e comunidade). Buscar-se-á a reflexão sobre a saúde a partir dos traços culturais das comunidades em situação de vulnerabilidade social, considerando as individualidades e ambientes, o contexto e utilizando destes fatores para potencializar o cuidado, a promoção e a prevenção a saúde, bem como proporcionar aos educandos a possibilidade de visitar equipamentos sociais e culturais do município de Porto Alegre para estimular o pensamento crítico através das temáticas propostas do PSE. A

proposta será desenvolvida através de 4 linhas de ação: Linha 1 - Saúde e prevenção nas escolas: educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS, através de oficina de Bonecos Sexuados e rodas de conversas sobre sexualidade, educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva, prevenção das DST. As oficinas serão realizadas com os professores, estudantes e familiares, educadores e funcionários das instituições de ensino da rede pública, subsidiando a qualificação das discussões de educação para saúde sexual, saúde reprodutiva, prevenção às violências e diversidade de gênero e sexualidade, sendo transversal a linha de ação/temática de promoção da cultura de paz e direitos humanos. Linha 2 - Proposta de Oficinas de criação e produção de Rádio Comunitária e Comunicação em Mídias Digitais que busca estimular a formação de uma rede de Comunicação Popular, Participativa e Comunitária nos bairros da cidade de Porto Alegre, a proposta trabalha em duas frentes de ação que devem ocorrer concomitantemente: registro, escrito e audiovisual, realizado pela equipe proponente da proposta e registro pelos próprios participantes das atividades. Linha de ação 3: Saúde e Prevenção nas Escolas: Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas - transversal a promoção da cultura de paz e direitos humanos: por meio de oficinas de Grafite nas escolas de ensino fundamental pactuadas para ações do PSE na GCC e, a partir da cultura hip hop, propor um amplo debate na educação sobre drogas, participação social e direitos humanos, na construção de uma cultura de paz baseada no protagonismo social das camadas populares, na livre expressão e na educação transformadora. Proposta de Rodas de Conversa e Oficinas sobre impactos sociais coletivos e individuais das drogas e tráfico dentro dos contextos locais das regiões. Linha de ação 4: Saúde Ambiental:

Oficinas de eco design e sustentabilidade por meio de material (re) coletado no território. Oficinas de cuidados com o pátio e de plantas medicinais. Os resultados do projeto de extensão serão avaliados através número de participantes por oficina, que será o instrumento utilizado para a avaliação das atividades desenvolvidas pelo grupo. Avaliação do Projeto: Cada ação tem objetivos e metas com prazos determinados. A avaliação será realizada semestral e anualmente a partir dos objetivos e metas, por meio de reuniões mensais com o intuito de avaliar periodicamente a situação das ações do projeto, o que assegura uma gestão contínua e integrada de todas as ações desenvolvidas, garantindo resultados de prazos, custos, qualidade, entre outros. Impacto esperado: Espera-se que ao executar este projeto os atores nele envolvidos sejam retroalimentados, se apoderando e empoderando dos símbolos culturais, que sejam provocadas transformações na qualidade de vida e de saúde nas comunidades e que nelas se auto formem agentes de continuidade.

DOCUMENTO NORTEADOR QUE DISPÕE SOBRE “A INCORPORAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE, CIF/OMS, NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE”

Maria Cristina Pedro Biz

Palavras-chave: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde/OMS, Sistema de informação, indicadores

Apresentação: O presente trabalho é fruto de oficina realizada no 11^o Congresso de Saúde Coletiva da ABRASCO, tendo como base a Resolução 452/12 do Conselho Nacional de Saúde, resultando na produção de documento norteador que aponta

sugestões de incorporação da CIF/OMS no sistema de informação em saúde. Objetivo: Apresentar as diretrizes dispostas no documento que apresenta deliberações sobre a incorporação da CIF/OMS no sistema de informação em saúde Desenvolvimento do trabalho: Foi utilizado como método de trabalho para produção do documento norteador oficina de trabalho com a presença de convidados representando setores e segmentos da saúde, assistência e previdência social, instituições de ensino e pesquisa, movimentos sociais, entidades de classe, conselhos de saúde e de secretários de saúde, durante o 11^o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Para o trabalho na composição do documento foi realizada a divisão em três grupos estabelecidos por eixos: formação e educação permanente; modelo de atenção e cuidado e desenvolvimento, aplicação de formulários (coleta dos dados) e adequação do sistema de informação: Resultados: O produto das discussões de cada grupo foi apresentado pelos respectivos relatores em plenária final constituindo um documento norteador para introdução da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF/OMS, no sistema de informação em saúde, tendo o grupo de convidados definido as seguintes considerações e diretrizes para a incorporação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF/OMS no sistema de informação em saúde. Eixo 1 - Formação e educação permanente Considerando a divergência conceitual dos documentos oficiais decorrentes da tradução de línguas estrangeiras para o português, considerando a “Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência” (com status de ementa constitucional), a lei brasileira de inclusão (Lei nº 13146/2015) e considerando o World Report of Disability (publicado pela OMS em 2011 e traduzido para o português em 2012) e considerando a Classificação Internacional

de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF/OMS), sugerimos a adoção dos seguintes termos adequados a cada área de intervenção: - Funcionalidade (functioning); - Alteração da função e estrutura do corpo (impairment); - Incapacidade/ Deficiência/ Limitações de atividades e Restrição da participação (disability); Recomenda-se a todos os profissionais de saúde, entidades representativas, instituições de ensino, órgãos governamentais dos diversos setores colaborativos, que aprendam, incorporem os princípios e ensinem (desde que devidamente capacitados) sobre a funcionalidade humana em consonância com os princípios da CIF, desde o ensino básico (formação cidadã), ensino médio, graduação (desde o primeiro período por meio da CIF como instrumento), cursos de extensão e aperfeiçoamentos profissionais, e na pós-graduação (residências, *latu e stricto sensu*). Sendo que cada profissão deve realizar durante a sua formação (com referência as suas bases epistemológicas) a relação entre o seu objeto de estudo e de trabalho, a funcionalidade humana e a CIF. Inicialmente é necessário um levantamento do que já existe para o ensino da CIF, para que a partir disso, seja realizado um mapeamento e levantamento das necessidades existentes. Por exemplo, algumas iniciativas como na graduação, pós-graduação, educação permanente no formato de educação a distância (EAD). Para difundir e uniformizar esse conhecimento é necessário elaborar um material didático com diferentes níveis de complexidade de acordo com o contexto pedagógico e o público a que se destina, seja ele presencialmente ou por meio de EAD, sendo importante que sejam realizadas de forma contínua e permanente as discussões a cerca da funcionalidade humana, vislumbrando as diferentes realidades culturais, demográficas e epidemiológicas. É necessário criar mecanismos legais que

contemplem a população como um todo, nos moldes do adotado para as “pessoas com deficiência”, permitindo a geração de indicadores de saúde e funcionalidade para criar e gerenciar as políticas públicas de forma mais eficiente, criar comitês e grupos de trabalho multi e intersetoriais em todas as entidades e instituições já citadas neste documento. Eixo 2. Modelo de atenção e cuidado O modelo atual de saúde é focado no diagnóstico das doenças, centrado no modelo biomédico, através do desenvolvimento de programas e ações, em contraposição às discussões e a ampliação da saúde no contexto atual. Existe uma relação direta entre a alteração da função e estrutura do corpo com fatores, tais como: sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos, espirituais, entre outros, determinando a condição de saúde. A efetividade da assistência à saúde e o acolhimento estão correlacionados aos fatores contextuais para além da condição individual os quais devem ser considerados na prática assistencial e no modelo de cuidado. Para tal, os profissionais devem estar envolvidos, trabalhando de forma colaborativa e interdependente, elaborando projeto terapêutico compartilhado centrado no indivíduo e nas coletividades. A CIF e seus princípios devem ser incorporados na vigilância em saúde, nas Redes de Atenção em Saúde, linhas de cuidado e níveis de atenção, gerando indicadores, políticas, estratégias e ações em saúde. Essa classificação transforma a visão focada na deficiência numa visão ampliada do estado de saúde, utilizada como ferramenta clínica para avaliar necessidades, compatibilizar a assistência terapêutica com as condições específicas, ampliando a linha de cuidado. A regulamentação da CIF legitima sua adoção pelos gestores nas três esferas de governo além de estabelecer a necessidade de elaboração de diretrizes de formação de profissionais em saúde, fomentar a

discussão, capacitar os atores envolvidos, implementar, acompanhar o processo e avaliar os resultados objetivando uma melhoria contínua na aplicabilidade da CIF. Eixo 3. Desenvolvimento, aplicação de formulários e adequação dos sistemas de informação. Considerando a carência de dados e indicadores em saúde sobre funcionalidade nos diversos sistemas de informação em saúde, tais como, PMAQ, SISPACTO, SIVISA, SINAM, SISCOM, RAAS, SIAB, SINAUDSUS, entre outros, este documento recomenda: - a criação de um grupo de trabalho pelo Ministério da Saúde, envolvendo suas diversas áreas técnicas, academia e sociedades científicas, CNS, CONASS, CONASEMS, para implementação da CIF nos sistemas de informação em saúde; - conhecer, avaliar e compartilhar experiências em operacionalização da CIF para avaliar as possibilidades de uso no sistema de informação em saúde; - instituir um GT interministerial para tratar da incorporação dos princípios da CIF na constituição de sistemas de informação integrados que subsidiem políticas setoriais e intersetoriais. Considerações Finais: O presente trabalho tem por finalidade apresentar o documento que trata da incorporação da Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade, CIF/OMS, no sistema de informação em saúde. A CIF tem se apresentado como uma ferramenta que possibilita ir além de indicadores de morbidade e mortalidade, por gerar informações sobre o estado de funcionalidade e incapacidade de indivíduos e populações. Esta é uma importante mudança de paradigmas que surge com a CIF e provoca a transição para um modelo de atenção e cuidado em saúde mais equitativo. Tendo como base de discussão a Resolução 452/12 do CNS que dispõe sobre o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde no SUS, incluindo a Saúde Suplementar, e que

trata da importância da utilização da CIF e sua contribuição no sistema de informação em saúde, e entendendo a CIF como uma classificação que possibilita coletar dados vitais de um modo consistente e comparável internacionalmente, podendo ser usada em muitos setores, incluindo saúde, educação, previdência social, trabalho e emprego, estatísticas, políticas públicas, em toda rede de atenção e níveis de complexidade, é o que o grupo de convidados que constituiu essa oficina definiu considerações e diretrizes sobre a incorporação da CIF/OMS no sistema de informação.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE AMBIENTAL PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM COMUNIDADES ESPECIAIS DO MUNICÍPIO DE TACURU, MATO GROSSO DO SUL

Mirella Ferreira da Cunha Santos, Ermínio Guedes dos Santos, Suzana Mari Ferreira da Cunha Santos, Sebastião Lucas dos Santos, Sirlene Aparecida Custódio Dias, Taisa Lourencetti Giroto, Mayara Gil Cardinal Gil Cardinal

Palavras-chave: participação social, saúde indígena, assentamentos rurais

APRESENTAÇÃO: O Município de Tacuru tem 10.442 habitantes, da qual 63,12% ou 6.590 habitantes residem no meio rural e 3.767 no urbano. Predomina a agricultura familiar, com 1.777 famílias rurais, das quais 523 famílias são assentadas da reforma agrária, dos assentamentos Água Viva, Santa Renata e Vitória da Fronteira, 78 famílias de agricultores familiares tradicionais e 1.176 famílias indígena, das terras Jaguapiré e Sassoró. O Município é pobre e tem renda mal distribuída – índice de Gini de 0,60 - com terceira pior qualidade de vida estadual - IDHM de 0,593 (Longevidade: 0.782, Renda: 0.6150

e Educação: 0.4340), possui baixa renda, com 34,36% da população pobre e 23,07% extremamente pobres. Nessas condições predomina vulnerabilidade e risco social, insalubridade ambiental e insegurança alimentar. Por conta dessa situação, atualmente mais de 2.300 famílias estão cadastradas no CadÚnico e são concedidos benefícios a mais de 1.200 famílias, sendo mais de 50% do meio rural, com políticas compensatórias de renda da bolsa família entre outras. A situação de pobreza rural associa consequências ambientais terríveis porque pobreza e degradação ambiental caminham juntas. Quanto maior a pobreza, maior a degradação ambiental. Este problema está presente nos assentamentos rurais e nas terras indígenas. Assim é muito importante a estratégia de enfrentamento desse problema pela via da educação ambiental, por ser esta a ferramenta mais eficaz para mudar a forma das pessoas pensarem e assumirem novas atitudes de relacionamento com o meio ambiente, no sentido de transformá-lo em ativo, fonte sustentável de recursos da agricultura familiar e mais saúde para população. Essa prática de convivência proativa e manejo correto dos resíduos ambientais, hoje já é, a prática encaixada em arranjos produtivos da agricultura, principalmente na produção agroecológica, para alimentos saudáveis, utilizando resíduos sólidos. Da mesma forma a produção de artesanatos para geração de oportunidades de trabalho e renda às famílias rurais. O município de Tacuru deve caminhar nesse sentido, na orientação do Projeto de Educação Ambiental, num processo pedagógico orientador e integrador de esforços associados por resultados, como fruto da cooperação e da solidariedade, servindo de referência na construção do desenvolvimento local sustentável. Diante do exposto, objetiva-se relatar a experiência de desenvolvimento de um projeto baseado em ações planejadas no âmbito

do relacionamento participativo com as pessoas, por meio de atividades pragmáticas ensino-aprendizagem levando-as à construção coletiva de conceitos, processos e dinâmicas tecnológicas que resultem em produtos socialmente apropriados e politicamente corretos, no contexto de saúde ambiental. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Através do Edital – Pregão Presencial Nº 046/2015, referente ao Processo Administrativo Licitatório Nº 038/2015 EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO N.º 01/2013/DESAM/FUNASA/MS que teve por objeto a seleção de projetos de entidades governamentais (municípios, estados e Distrito Federal). Voltados às ações de educação em saúde ambiental para a promoção da saúde e contribuição com a melhoria da qualidade de vida da população. O município de Tacuru, MS firmou contrato com uma empresa especializada em assistência técnica e extensão rural e em educação ambiental, para a realização do Projeto ‘Educação em saúde ambiental em Tacuru’. Esse edital é parte do programa Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde – SUS através da Ação: 20T6 – Fortalecimento da Saúde Ambiental para redução dos riscos à Saúde Humana em municípios com menos de 50.000 habitantes. Um dos eixos de fomento é a Educação em Saúde Ambiental para a promoção da saúde em comunidades especiais (remanescentes de quilombos, reservas extrativistas, assentamentos da reforma agrária e ribeirinha) e de populações residentes em municípios beneficiados com programas e projetos da FUNASA, critérios elegíveis para o município de Tacuru/MS. A proposta consta da realização de 30 (trinta) eventos técnicos integrados de educação em saúde ambiental, compreendendo planejamento participativo da política e realização de ações de Educação em Saúde Ambiental, na lógica da sustentabilidade socioambiental e sanitária das comunidades beneficiárias. O plano de ações é voltado à

promoção da saúde nos assentamentos rurais: Água Viva, São José, Santa Renata e nas terras indígenas, Jaguapiré e Sessoró, em Tacuru, MS, como estratégias de inclusão e proteção da saúde das comunidades. Para tanto se prioriza a mobilização social e uso de metodologias participativas que garantam controle, respeito à cultura, saber e práticas locais, utilizando princípios da descentralização, integralidade, equidade, participação e controle social na atenção integral a saúde e de saneamento ambiental, nos níveis de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), utilizando equipe técnica com experiência no objeto e materiais pedagógicos necessários. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Durante as primeiras etapas do processo de imersão comunitária, foram realizados seminários de (1) mobilização social, sensibilização e participação de gestores públicos, técnicos, sociedade organizada e comunidades beneficiárias, na educação em saúde ambiental e, (2) planejamento participativo da política municipal de educação e saúde ambiental, ambos voltados ao saneamento ambiental e atenção integral à saúde. Na sequência iniciou-se a realização das oficinas com a comunidade e com os profissionais dos serviços de saúde e da rede municipal de ensino, para capacitação e levantamento das principais problemáticas enfrentadas pela população. O produto dessas primeiras oficinas culminou no Planejamento Participativo de ‘Ações ambientais prioritárias nas escolas’ das comunidades beneficiadas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O processo de ensino-aprendizagem que vem sendo desenvolvido inclui educação cidadã e formação profissionalizante do sujeito, em nova dimensão de diálogo, reflexão, respeito à cultura, compartilhamento de saberes, inclusão social e decisão local em novos referenciais de comprometimento social no controle de riscos sociais e nas questões relacionadas ao desenvolvimento local sustentável. O cenário de necessidades,

expectativas, vocações, potencialidades e oportunidades, devem compatibilizar aspirações profissionais da sociedade em oportunidades, para geração de qualidade de vida à população. Assim, as comunidades devem exercer o direito de ouvir, analisar, dialogar, opinar e decidir sobre problemas e soluções, no horizonte dos seus sonhos, pela universalização dos objetivos planejados e alcance dos resultados e dos produtos esperados. A troca, difusão de conhecimentos, orientação e facilitação de redes de conhecimentos, de acordo com as realidades socioeconômicas e ambientais locais, tem o sentido de ampliar o protagonismo social, no paradigma do empreendedorismo familiar, na economia rural local e assumindo a responsabilidade de promover saúde, devendo para isso considerar a Saúde Ambiental como um dos determinantes/condicionantes do processo saúde-doença da população.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE DE MÃOS DADAS COM A SAÚDE MATERNA – RELATO DE EXPERIÊNCIA COM GESTANTES DO BAIRRO FELIPE CAMARÃO, NATAL

Thaymara Pontes Félix, Vyna Leite

Palavras-chave: saúde materna, promoção da saúde, educação popular em saúde

Trata-se da experiência vivida durante a intervenção com as gestantes do bairro Felipe Camarão (km seis), natal, Rio Grande do Norte no período de fevereiro a junho de 2015. A intervenção faz parte da disciplina PIC (Programa Interdisciplinar Comunitário) onde os alunos que encorpam os cursos da área da saúde da Universidade Potiguar a encontram em sua grade curricular. O objetivo é apresentar o resultado da intervenção e a realidade das mulheres grávidas da comunidade, suas implicações e possibilidades. Para isto, realizamos visitas

domiciliares, fizemos o cadastramento da ficha do e-sus e nos apropriamos do universo estudado ao se integrar da realidade a qual essas mulheres pertencem, portanto, diante de tudo que presenciamos começamos a discutir o nosso projeto de intervenção. Identificamos a importância e a contribuição que cada área da saúde poderia oferecer as mães e aos bebês. Conquanto, seguindo a lógica de funcionamento do sus decidimos montar um trabalho interdisciplinar, construímos uma apresentação onde pudéssemos abordar as questões que de modo geral permeiam o período gestacional. Então, nos organizamos em uma roda de conversa, onde a temática abordada baliza em: (1) Quais são os direitos da mãe; (2) Os direitos dos bebês; (3) A documentação necessária para levar à maternidade no dia do parto; (4) O que deve conter na sacola da mãe e na sacola do bebê, (5) A alimentação adequada para ambos; (6) A escovação correta; (7) Higiene de modo geral; (8) A ansiedade gerada pela vinda do bebê. Concluímos que existe necessidade de mais orientações sobre a saúde materna, direitos da gestante e maior planejamento familiar. Todavia, constatamos também, uma aceitação relevante da gravidez, desejo de aprender mais ao que diz respeito ao “cuidar” e muita ansiedade e medo, sobretudo, das mulheres que estão em sua primeira gestação. “Destas presenciamos alguns relatos, por exemplo, “Estou muito ansiosa, tenho medo do parto, de não saber segurar o bebê e não ser uma boa mãe”; “ Nunca pensei que ficaria tão agoniada com a barriga”; “ Na minha primeira gravidez minha filha nasceu com problemas porque passou da hora de nascer e estou com medo disso acontecer de novo”. Percebemos também, que a equipe de estudantes teve excelente receptividade na comunidade, conseguimos atingir a intenção a qual o projeto se propunha e os momentos foram enriquecedores para todos os envolvidos.

EQUIDADE, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E OUVIDORIA ATIVA: UMA TENTATIVA DE REDUZIR AS DESIGUALDADES SOCIAIS

Patricia Melo Bezerra

Palavras-chave: Equidade, participação, ouvidoria

A tímida participação social em saúde reflete a desigualdade social de populações vulneráveis das muitas áreas de ocupação desordenada. O analfabetismo e suas tipificações (por exemplo: absoluto, funcional, iletrismo); interesses individuais; desconhecimento dos mecanismos de participação; medo, descredito e desconfiança; e, assim como, desinteresse e apatia social são alguns dos fatores individuais e coletivos relacionados com a dificuldade participativa dentro de comunidades cercadas de desvantagens socioeconômicas. Assim nestes espaços existe um ciclo de escasso controle social que gera desigualdade social e desigualdades gerando escasso controle social. A boa parte da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Madalena do município de São Paulo é uma ocupação desordenada com desvantagens socioeconômicas apontadas pelos Sistemas de Informações em Saúde e discutidas, experienciadas pelos Conselheiros Gestores de Saúde Local da UBS em reuniões mensais ordinárias e no seu cotidiano. Ademais apenas os Conselheiros do segmento da população compareciam as reuniões, mesmo estas sendo abertas à comunidade; poucos candidatos ao Conselho Gestor da UBS para o biênio 2013 - 2015; desconhecimento das atribuições e da representatividade local deste Conselho; somente trinta ouvidorias por Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) ou por telefone durante o segundo semestre de 2013 e o primeiro semestre de 2014 que pode ser ocasionado por dificuldades com a linguagem escrita e a falta

de acesso ao contato telefônico. Pesquisas apontam que as estratégias tradicionais de participação social não foram efetivas. Cerca de 98% dos brasileiros não reclamam nem sugerem nada de forma espontânea e o modelo tradicional de ouvidoria não leva isto em consideração. Tal panorama suscitou uma postura dinâmica e mais ativa dos Conselheiros da UBS. Partiram para um diálogo com a comunidade, para proporcionar uma participação social efetiva, reconhecendo a participação como direito do cidadão e que, perante o contexto rico em vulnerabilidades, se fazia necessário a ampliação dos mecanismos de controle social. A Política Nacional de Participação Social (PNPS) brasileira publicada em 2013 tem a finalidade de fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil. Além disso, procura estimular o desenvolvimento de mecanismos de participação social acessíveis aos grupos sociais historicamente excluídos e aos vulneráveis com uso de linguagem simples e objetiva. Dessa maneira a PNPS propõe a criação de mecanismos inovadores e contextualizados que garantam equidade à participação social e que minimizem as desigualdades sociais. Partimos do pressuposto que a ação da ouvidoria pode provocar mudanças coletivas ou individuais e, por vezes, pode reorganizar os processos de trabalho desde que as pessoas se reconheçam no processo de mudança. A Ouvidoria Ativa na saúde é um mecanismo inovador da promoção de espaços ativos e vão ao encontro do cidadão para acolher sua demanda dando resposta as questões individuais e coletivas em saúde. Ela deve ser capaz de promover estratégias eficazes para escuta do cidadão, procurando as informações, atuando de forma itinerante visando obter dados de forma sincrônica aos fatos para subsidiar a gestão, o controle

social e a resposta positiva em tempo hábil. O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência exitosa, elaborada em reunião de Conselho Gestor de Saúde Local e executada pelos Conselheiros da UBS Santa Madalena, assim como, os resultados, as dificuldades e os limites do mecanismo, ouvidoria ativa, para estimular a participação social local em saúde. Em reunião de Conselho Gestor de Saúde Local foi votado e aprovado a proposta de realizar encontros com as famílias cadastradas no Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) para escutá-las, conseguir dados para a formulação do Planejamento Estratégico em Saúde (PES) para 2015 e estimular a participação social em saúde. Para tanto foi utilizado o mecanismo, ouvidoria ativa, por garantir a equidade no controle social perante o contexto de desvantagens sociais existentes. Inicialmente foi realizado um sorteio de noventa famílias cadastradas no SIAB (5% do total) e em duas semanas de outubro de 2014 duplas de Conselheiros realizaram nos domicílios as seguintes perguntas às famílias: "O que você acha que precisa melhorar na UBS Santa Madalena?" e "O que você mais gosta na UBS?". As respostas das perguntas foram registradas em papel, digitadas em planilha de Excel, tipificadas e tratadas e constituíram informações para nortear o PES 2015. Na ocasião os Conselheiros discutiram com as famílias as atribuições do Conselho Gestor, a importância da participação nas reuniões e, por fim, entregaram um calendário com as datas das reuniões na UBS. Um total de setenta e nove famílias encontradas e cinco referiram que não poderiam conversar com os Conselheiros. As respostas à primeira questão geraram as seguintes categorias de melhorias verbalizadas: a) Intersetoriais, por exemplo: infraestrutura insatisfatória; b) Setoriais gerais, por exemplo: orientações confusas e desconhecidas para os usuários; c) Setoriais singulares,

por exemplo: dificuldades com os agendamentos de consultas. Foram elaboradas estratégias que constituíram o PES para responder as categorias citadas anteriormente: 1. Solicitar a ampliação e reforma da UBS; 2. Acordado ações de comunicação interna e fluxo acolhimento; 3. Gestão de agenda e ampliação de espaços nesta para atendimento da demanda espontânea. Estas ações estão sendo desenvolvidas no ano de 2015 e serão avaliadas em dezembro deste ano. Já as respostas à segunda questão produziram elogios ao atendimento dos profissionais de saúde e da equipe administrativa da UBS provocando satisfação deles com o trabalho desenvolvido. Entretanto nas reuniões do Conselho Gestor e para a candidatura do biênio de 2015 - 2017 o número de pessoas participando foi pequena, apenas de uma ou duas pessoas da comunidade, além dos Conselheiros, ainda longe do almejado controle social. Ainda não é possível dizer que a participação social nesta experiência dos Conselheiros da UBS Santa Madalena minimizou a desigualdade social, porém é uma questão que precisa ser trabalhada em políticas públicas de saúde e em PES locais. Contudo com uma postura dinâmica, proativa e inovadora dos Conselheiros Gestores da UBS, eles respondem as questões de pesquisas quanto ao papel dos Conselheiros e quanto a sua capacidade de recolher e expressar os interesses da sociedade que representam. Então eles são capazes de usar a ouvidoria ativa para se aproximar e organizar as demandas das famílias cadastradas, subsidiando o PES, gerando um aumento insipiente da participação social e representado os cidadãos nos espaços de controle social. Assim promovendo a participação social foi possível garantir a equidade à uma comunidade vulnerável, além de mudanças coletivas e reorganização dos processos de trabalho na UBS.

FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA: O SIGNIFICADO DO ESPAÇO DOMICILIAR NA REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Ramayana Rubianne Galdino, Adrine Louise Lima, Aline Maria Monteiro da Silva, Dailton Alencar Lucas de Lacerda

APRESENTAÇÃO: A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com a rede de atenção em saúde. Orienta-se pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e equidade; além de considerar a acessibilidade, a gestão do cuidado, o vínculo, a responsabilização, a humanização e a participação social. Considera o sujeito em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural. Busca a promoção e prevenção da saúde e tratamento de doenças, além da redução de danos ou de sofrimentos, que possam comprometer a qualidade de vida. O projeto Fisioterapia na Comunidade atividade de extensão universitária da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em João Pessoa/PB. Tem como base os pressupostos teórico-metodológicos da Educação Popular em Saúde (EPS), que é compreendida como processo de prática educativa e trabalho social emancipatórios. Contribui para o protagonismo social, direcionada de forma proposital à promoção da autonomia das pessoas. Busca a formação da consciência crítica e à superação das desigualdades sociais. Tem um arranjo interdisciplinar,

intersetorial e interinstitucional. Está vinculado ao Programa Mais Saúde na Comunidade da UFPB. Desenvolve parceria fundamental com a Unidade Integrada de Saúde da Família (UISF) do Grotão I, II e III. Intervém em ações conjuntas com as equipes de saúde da família (ESF) no território de sua área de abrangência. As intervenções domiciliares destacam-se como uma das principais e mais efetivas ações do projeto são consideradas estratégicas na reorientação da atuação da fisioterapia neste nível de atenção. Este trabalho tem por objetivo refletir o significado do papel da fisioterapia na atenção básica de saúde, tendo como objeto central a intervenção domiciliar e suas repercussões para reorientação da formação em saúde. Trata-se de um relato de experiência dos estudantes de fisioterapia a cerca de suas atividades dentro da extensão universitária em conjunto com acadêmicos de outros cursos e instituições. As intervenções domiciliares da fisioterapia na atenção básica de saúde fazem parte das atividades de extensão do Programa Mais Saúde na Comunidade. São realizadas semanalmente em dia e horário pactuados com as equipes, e previamente agendadas com os usuários adscritos na UISF. Os usuários são selecionados de acordo com sua condição de saúde e necessidade de atendimento fisioterapêutico, a partir de indicações da ESF. A intervenção é feita interdisciplinarmente por estudantes de fisioterapia e de outras áreas da saúde, participantes do Programa, em ações articuladas e planejadas. As intervenções feitas baseiam-se nos fatores determinantes do processo saúde - doença, considerando também aspectos psicossociais, econômicos e culturais do usuário permitindo uma abordagem integral da situação. **DESENVOLVIMENTO:** da experiência a atenção domiciliar é uma das estratégias do Sistema Único de Saúde para garantir de forma complementar ou

substitutiva mais uma opção de cuidado em saúde e caracterizam-se por ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, visando à continuidade da assistência articulada às Redes de Atenção à Saúde. As intervenções domiciliares realizadas pelo Programa Mais Saúde na Comunidade, estão de acordo com esses princípios, permitindo, através da extensão universitária, uma experiência em que estudantes e professores ressignificam valores como humanização, vínculo, troca de afetos e saberes no espaço do cuidado. Adentrar no cotidiano do usuário proporciona reflexões sobre o sentido do cuidar do outro. O exercício da escuta permite compreender as angústias do sujeito, tornando possível acolher as necessidades do outro. Facilita a construção de vínculos através da confiança entre cuidador e usuário. A experiência criada no espaço domiciliar modifica o olhar do estudante, marcado por uma formação em saúde hegemonicamente biologicista, clínica e tecnicista. A prática do cuidado, orientada pelos elementos da educação popular onde, o olhar integral, a amorosidade, o vínculo, o afeto, as trocas de saberes permeiam as relações entre os sujeitos, reorientam e ressignificam a formação em saúde. **RESULTADOS/IMPACTOS:** Partindo das competências gerais das diretrizes curriculares de fisioterapia em que diz que o profissional deve ter atenção à saúde sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos e, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo de forma humanizada, percebe-se que nosso trabalho como futuros cuidadores em saúde têm uma dimensão mais ampla e resolutiva. As intervenções

domiciliares reorientam práticas de atenção à saúde, expandindo nossa visão para além dos muros da universidade e nos colocando em contato com a realidade, onde podemos observar as dificuldades enfrentadas pelos usuários, como: falta de acessibilidade e infraestrutura, atendimento precário, entre outras. Ajudando a construir uma formação mais comprometida com uma sociedade mais justa e igualitária. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A intervenção domiciliar faz com que haja mais entrosamento tanto entre os sujeitos envolvidos no processo (cuidador e usuário), assim como, entre usuários e a equipe da UISF. Principalmente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e com as entidades comunitárias, ampliando nosso campo de atuação e potencializando nossas ações. O estudante tem suas fronteiras de intervenção ampliadas, tendo a oportunidade de avaliar a realidade do ambiente onde o paciente reside e obter várias informações a respeito da realização das atividades de vida diária e suas limitações, que o auxiliam nas orientações, intervenções terapêuticas e adaptações ambientais. Também fornece espaço para troca de saberes entre os estudantes, uma vez que estes pertencem a diferentes períodos e áreas, e, portanto, diferentes olhares. Além de tudo isso para nós futuros profissionais de saúde, vivemos a cada intervenção domiciliar possibilidades de reorientar nossa formação, desprendendo-nos de nossos preconceitos, analisando criticamente nossas concepções, valores e atitudes para a compreensão do outro, sendo essencial, respeitar o ritmo de cada família, sua diversidade cultural e prioridades surgidas em seu cotidiano, ou seja, estamos construindo outro jeito de cuidar do outro.

FORMAÇÃO MÉDICA: CONTEMPLANDO E UTILIZANDO OS CAMPOS DO SUS

Carolina Klaesener, Vanderleia Laodete Pulga, Amanda Tamara Souza, Patricia Aline Vivian

Palavras-chave: medicina, comunidade, SUS

A partir de 2013, no Rio Grande do Sul, após passar em um vestibular concorrido de medicina nos vimos dentro de uma proposta inovadora, que nos incentiva a estudar e trabalhar dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Já na primeira semana de aula fomos desafiados a conhecer a estrutura e o funcionamento de uma equipe multidisciplinar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do interior. Após todo um semestre de estudos interligando sala de aula e UBS, fomos instigados a formular projetos intervencionistas que colaborassem com a melhora do serviço de saúde naquela comunidade. Após um semestre de convivência semanal com a equipe da UBS e com a comunidade local, através de conversas, acompanhamento de reuniões, ida até os mais diversos locais de trabalho e troca de ideias, identificamos dois campos com dificuldades em realizar o seu trabalho: as agentes comunitárias de saúde e o Conselho Municipal de Saúde. A partir disso, com a ajuda dos professores da disciplina de Saúde Coletiva iniciamos um longo estudo sobre a função dessas duas áreas de fundamental importância para o bom andar da saúde local. O primeiro trabalho foi desenvolvido com as agentes comunitárias em saúde. Através de vários encontros com elas, percebemos um sentimento amplo de desvalorização, de falta de ânimo para desenvolver o trabalho adequadamente e também falta de capacitações mais frequentes sobre como abordar temas atuais como as doenças sexualmente transmissíveis e a homossexualidade, principalmente por

se tratar de uma comunidade localizada no interior do Rio Grande do Sul, onde o preconceito e o receio a certos temas ainda são muito prevalentes. Com isso, preparamos dois encontros basicamente motivacionais e esclarecedores. No primeiro, com uma roda de conversa, fomos abrindo espaço para que elas desabafassem nos contassem seus medos, seus receios, suas dificuldades diárias e com isso ampliamos muito nosso grau de relacionamento. No segundo, baseado em cartilhas do Ministério da Saúde, realizamos uma pequena apresentação informal de como abordar as famílias, como agir em situações delicadas e também pactuamos com a enfermeira responsável pelo trabalho das agentes a realização de um diário de campo onde elas relatam o que as famílias contaram e a sua percepção individual. Esse diário deve ser lido e assinado pela enfermeira responsável para garantir que o trabalho da agente foi realizado e comunicado à equipe. O segundo trabalho foi desenvolvido com o conselho municipal de saúde. Desde o primeiro semestre sempre acompanhamos as reuniões realizadas pelo conselho, e em sala de aula fomos aos poucos aprendendo a sua função e tudo que um conselho bem organizado e participativo pode levar em benefícios para a comunidade. A partir da união conteúdo visto em aula com as reuniões, percebemos que algo estava errado, pois boa parte dos membros do conselho não sabia a sua função e estava presente apenas para representar a sua entidade e não apresentava preocupação alguma com o desenvolvimento da comunidade. Com isso, desenvolvemos dois métodos para abordar o conselho e esclarecer a importância do órgão. Primeiramente procuramos os mais diversos programas de saúde estabelecidos pelo Brasil e pelo Rio Grande do Sul, como política de saúde dos idosos, da criança, da mulher e sintetizamos tudo que poderia ser

adequado à realidade de uma população interiorana. Após essa busca, coletamos dados locais com as agentes comunitárias e com a equipe da UBS sobre o número de idosos, crianças e de mulheres, assim como a porcentagem de procura pelo serviço em saúde desses grupos para compará-los com as metas estabelecidas pelo estado. Então, juntamos os dados locais sobre a população com os dados obtidos em buscas no IBGE e DATASUS sobre a população gaúcha em geral e realizamos uma apresentação para o conselho com o objetivo de impactá-los sobre a realidade local e dar ideias sobre a ampla gama de programas que o estado oferece para o desenvolvimento da saúde. Em um segundo momento nos concentramos em estudar a função dos membros do conselho de saúde e esclarecê-la de maneira simples e objetiva. Montamos uma apresentação explicando o porquê de cada entidade estar ali representada, esclarecendo a importância deles na pactuação da saúde local com o estado, também explicamos a importância da vistoria do conselho perante os gastos da UBS, falamos sobre as capacitações disponíveis para conselheiros e abrimos espaço para dúvidas e relatos individuais. Ao final de um ano de trabalhos na UBS foi extremamente gratificante perceber os pequenos, mas significativos resultados obtidos. As agentes de saúde estavam mais confiantes e sentindo-se parte da equipe, pois estavam sendo ouvidas e com o diário de campo estavam sendo amparadas pela enfermeira chefe, a qual nos relatou grande melhora do serviço e uma melhora significativa nos relatos descritos no diário. Após o trabalho motivacional, as próprias agentes nos procuraram interessadas em participar de cursos de atualizações para melhorar o desempenho do trabalho. Com o conselho municipal de saúde não foi diferente, foi notável a maior participação nas reuniões, o impacto provocado pela comparação da

realidade local e as metas estabelecidas pelo estado gerou uma preocupação geral nos membros, a apresentação sobre os programas desenvolvidos pelo estado gerou diversas ideias para implantação local e também notou-se a vontade pela busca em capacitação. Conviver durante o primeiro ano da faculdade de medicina com uma equipe multidisciplinar em uma UBS do interior do estado nos abriu a mente e desmitificou o padrão médico estabelecido pela sociedade brasileira. Sem dúvidas, uma formação médica baseada no tripé de sustentação do SUS (equidade, integralidade e universalidade), é uma das saídas para a melhora da saúde da população. A quebra do médico sentado e trancado dentro de um consultório longe de toda a equipe é necessária, pois a medicina vai muito além de prescrever receita, ela pode com atitudes simples de promoção em saúde mudar completamente toda a realidade e o futuro de uma comunidade. Portanto, com essa experiência os melhores e maiores resultados não foram produzidos na comunidade local e sim em nós estudantes que podemos entender na prática que o ser humano é muito mais que um processo saúde-doença.

FORTALECENDO O CONTROLE SOCIAL: A EXPERIÊNCIA DE UMA ATIVIDADE DE FORMAÇÃO

Adilson Ribeiro dos Santos, Tilson Nunes Mota, Rose Manuela Marta Santos, Tatiana Almeida Couto, Nathalie Oliveira Gonçalves, Edmilson Alves Santos, Alba Benemerita Alves Vilela

Palavras-chave: Participação Comunitária, Educação Continuada, Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO: Uma das premissas da sociedade brasileira desenhada pela

Constituição Federal de 1988, a participação popular no controle social é uma das diretrizes para o sucesso, execução e implementação das Políticas Públicas em todos os segmentos da sociedade. Marca de sua construção, a participação social no Sistema Único de Saúde - SUS se deu através da atuação das associações civis, perfazendo sua história até os dias atuais. O papel dos movimentos sociais, bem como a organização e mobilização popular realizada na década de 80, do século XX, em prol de um Estado democrático e garantidor do acesso universal aos direitos a saúde, coloca em evidência a possibilidade de inversão do controle social. Como fruto desse importante momento, impulsionado pelas desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a gênese do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – MRSB deu corpo às lutas por um modelo de atenção à saúde que corroborou com o SUS através das Leis nº 8.080 e 8.142 de 1990. Como resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde a Lei nº 8.142/90, representou e representa uma vitória significativa. A partir deste marco legal, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social no SUS. Os Conselhos Municipais de Saúde – CMS buscam materializar a participação popular e o controle social no SUS. Um dos desafios constantes na promoção da qualidade do papel do CMS é a formação dos conselheiros no tocante ao funcionamento das políticas de saúde no município. Uma vez que, sendo pessoas das diferentes camadas sociais e com diferentes graus de formação, muitas vezes não possuem o entendimento necessário dos programas, políticas e projetos que moldam o funcionamento do SUS. Diante da complexidade do funcionamento do SUS, bem como pela necessidade de qualificação dos conselheiros, este estudo apresenta a experiência de uma atividade educativa realizada com os conselheiros municipais

de um município baiano. MÉTODO: Esta atividade surge com o início de uma nova eleição para a composição do CMS. Foi observado que a maioria dos conselheiros não possuía o conhecimento necessário para atuar no controle social de maneira eficaz. A relevância de um relato de experiência está em sua ligação com outras realidades e na importância dos problemas que nele se expressam, assim como, seu possível nível de generalização na aplicação dos procedimentos ou de resultados da intervenção em outras situações similares, ou seja, uma colaboração às práticas metodológicas da área a qual pertence. O relato de experiência nos possibilita partilhar das mais diversas realidades nos mais diferentes contextos de produção do cuidado no âmbito do SUS, colaborando para o fortalecimento de novas práticas no enfrentamento das problemáticas que se apresentam nos locais de atenção à saúde. Na busca de proporcionar uma quantidade ótima de conhecimentos para a atuação no controle social foram planejados quatro encontros com a seguinte apresentação: Contextualização da Saúde Pública Brasileira e os Modelos de Atenção à Saúde no Brasil; Instrumentos de Gestão do SUS e sua aplicação no controle social; Financiamento do SUS e Controle Social e o papel dos Conselheiros Municipais de Saúde. APRESENTANDO A CAMINHADA: Os processos de formação voltados para adultos apresentam o desafio de adesão dos participantes. Este fato apresenta-se como um desafio da busca de metodologias que promovam o diálogo e a troca constante entre os participantes. Os fundamentos da nova educação adotada a premissa na construção dos encontros de que a educação não se define mais em relação a um conteúdo determinado que se trate de assimilar, mas concebe-se, na verdade, como um processo de ser que, através da diversidade de suas experiências, aprende a exprimir-se, a comunicar, a interrogar

o mundo e a tornar-se sempre mais ele próprio. No primeiro momento, de maneira participativa trabalhamos a Contextualização da Saúde Pública Brasileira e os Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. Esse momento se mostrou de suma importância uma vez que muitos dos conselheiros não conheciam a história da saúde pública e a importância social do SUS. Destacou-se também a importância de discutir o papel da Atenção Básica através da Estratégia Saúde da Família, uma vez que muitos conselheiros ainda depositavam maior importância ao modelo hospitalocêntrico, enfatizando a importância da manutenção do hospital em detrimento da Atenção Básica. Desse modo, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica a Estratégia Saúde da Família assume papel central na expansão e consolidação da atenção básica. Este fato reforça a necessidade de ampliarmos os olhares para a ESF, em especial os conselheiros municipais de saúde que são responsáveis pelo acompanhamento da execução das políticas de saúde. Instrumentos de Gestão do SUS e sua aplicação no controle social foi o tema do segundo momento. Com um conteúdo que se mostrou estranho a muitos dos conselheiros, tivemos a participação de uma professora universitária com vasta experiência na gestão pública, fato que facilitou a visualização da aplicação dos instrumentos de gestão. Como um avanço na gestão do SUS, O Ministério da Saúde - MS em atendimento às bases legais, tais como a Lei nº 8080/1990, a Lei nº 8142/1990, a Portaria nº399/2006 e a Portaria nº699/2006 do SUS, instituiu o Sistema de Planejamento do SUS – Planeja SUS, definindo-o como o processo contínuo, integrado e articulado das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2006). Para tanto, estabelece diretrizes e pressupostos que orientarão a elaboração e utilização dos instrumentos de planejamento do SUS, a saber: Plano Anual de Saúde - PAS; Relatório de Anual de Gestão - RAG e Programação

Anual de Saúde. No terceiro momento apresentamos o Financiamento do SUS e as estratégias para sua aplicação. Como ainda entendido por muitos conselheiros, a prestação de contas faz-se uma atividade muito valorizada nos CMS. Tivemos a participação efetiva de todos os membros e contamos com a mediação de uma gestora municipal com grande experiência na gestão financeira do SUS. O quarto momento, diante de algumas mudanças na gestão, ainda não conseguiu ser executado. A importância da participação popular e do controle social se apresenta também através da Resolução nº453 de 2012 que traz que a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O CMS como um espaço de participação social, se faz um local de promoção de saberes uma vez que muitos dos conselheiros não possuem conhecimentos sobre o funcionamento das políticas públicas de saúde. Diante da importância do controle social, é mister espaços não apenas de formação nos CMS, mas de vocalização política dos conselheiros de saúde para o fortalecimento e consolidação do SUS. Esta experiência revela a importância da qualificação dos conselheiros e a importância de ações educativas não apenas de maneira pontual, mas de tomarmos a Educação Permanente em Saúde como um dispositivo capaz de promover o empoderamento dos conselheiros para uma atuação que busque a valorização do SUS e sua reafirmação como política pública e patrimônio do povo brasileiro.

GRUPO ANTIMANICOMIAL DE ATENÇÃO INTEGRAL: REFLEXÃO DA ATUAÇÃO QUE ENTRELAÇA SAÚDE MENTAL E DIREITO

Marcela Endres Balbão, Daniele Fraga Dalmaso

Palavras-chave: saúde mental, direito, reforma psiquiátrica, direitos humanos

Este resumo tem a proposta de compartilhar as experiências e a atuação prática de um grupo multidisciplinar de estudantes e profissionais, que apostam na potência da interface entre o conhecimento jurídico e a garantia de um cuidado em saúde mental conforme preconizado na RAPS. O GAMAI (Grupo Antimanicomial de Atenção Integral) é um dos grupos que compõe o SAJU (Serviço de Assessoria Jurídica Universitária) vinculado à UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul). O SAJU é um projeto de extensão que propõe aos estudantes, de direito principalmente, uma oportunidade de construção dos conhecimentos adquiridos em sala de aula alinhado às necessidades reais da população que tem seus direitos negligenciados por diversos motivos. Os grupos pertencentes ao SAJU atuam entre temáticas diversas, tendo, como fim, um mesmo objetivo: garantir o acesso à justiça ordenado pela defesa dos Direitos Humanos. Diante disso, o presente trabalho busca relatos de uma experiência “sajuana” compartilhada por integrantes do GAMAI no decorrer de três anos de trabalho. A tentativa é de trazer as disposições da Reforma Psiquiátrica sustentada pela lei estadual 9.716 de 1992 e nacional 10.216 de 2001 e, de discutir algo tão inexplorado no curso de direito, desconstruindo ideias presentes nos serviços Judiciários, assim como nos ambientes institucionalizados. Os avanços que tivemos enquanto sociedade brasileira na oferta de cuidados em saúde mental se fragiliza com o desconhecimento

do Judiciário que não apresenta alternativas possíveis -e em liberdade- a pessoas com sofrimentos mentais graves, uso abusivo e prejudicial de álcool e outras drogas ilícitas, culminando para um mesmo fim: a internação. Em situações criminais de delitos cometidos por pessoas com algum transtorno diagnosticado aplica-se a Medida de Segurança- MS que insere o usuário em Institutos Psiquiátricos ou chamados também Hospitais de Custódia e Tratamento. Observa-se, historicamente, que essas internações em manicômios judiciais perduram, podendo ser comparadas a prisões perpétuas visto que a MS, por teoricamente se considerar um tratamento, não tem limite de tempo para ser cumprida. Assim, é com esse campo de estudo, pesquisa e atuação do GAMAI que se pretende apresentar um pouco dessa realidade já vivenciada. O grupo conta com profissionais do direito e da pedagogia e estudantes do direito, psicologia, saúde coletiva e letras. Desde 2012, ocorrem encontros e reuniões semanais em dia e horário fixo, sempre nas dependências da Faculdade de Direito. Busca-se, com dois processos seletivos ao ano, possibilitar as novas pessoas contato com esse tema pouco abordado nas instituições de ensino, aumentando nossa rede de atuação, troca de experiências e conhecimentos, refletindo a possibilidade de outro lugar para a diferença: a rua. Visto a extrema fragilidade que é encontrada no currículo do curso de direito e o próprio desconhecimento quanto à temática no âmbito do judiciário, acreditamos ser fundamental trazer esta discussão, que coloca em jogo a loucura ocupando espaços da cidade, para dentro da faculdade direito. Percebe-se a extrema necessidade de se discutir e construir, junto ao judiciário e ao meio estudantil, alternativas de cuidado às pessoas que usam drogas ilícitas, que apresentam dificuldades de autonomia acometidas ou não por um

transtorno mental grave, entre outras características que transbordam os padrões sociais, evitando-se a institucionalização. A discussão do que é normal, do que é loucura e do por que todos têm o direito de ocupar um lugar na rua faz parte do debate que o grupo busca trazer. As ações do GAMAI são orientadas pela proposta da atenção integral, acreditando que o recorte sobre a situação jurídica de uma pessoa não basta para um adequado direcionamento à situação. Apostamos numa atuação ética-política que busque uma mudança efetiva do paradigma hospitalocêntrico, afirmando a ética dos Direitos Humanos. As atividades do grupo foram até o momento junto a sujeitos e instituições, em conformidade com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Por meio de pesquisas, estudos de legislação e revisão bibliográfica, buscamos aplicar e compartilhar o que aprendemos com a atuação. A prática multidisciplinar do grupo é fundamental para construirmos novos parceiros e evitarmos que os pensamentos e reflexões fiquem restritos a um único campo de estudo que deterá a verdade sobre a Saúde Mental. Devido à grande interação entre o presente trabalho e o que é realizado junto ao GAMAI. Como resultados e impactos expõe-se aquilo que foi experienciado pelo grupo. No desdobramento de cada ação, percebemos o quanto necessária é a discussão desta temática no ambiente jurídico. A saúde mental ainda é vista de modo extremamente institucionalizado pela cultura que emana do judiciário e do curso de direito. Ao longo dos três anos de trabalho, encontramos inúmeros casos em total desacordo com a Reforma Psiquiátrica, mantendo pessoas em condições de insalubridade e abandono, submetidas, inclusive, a situações de violência física, moral e tortura. Mesmo com dificuldades, o trabalho acontece. Pessoas institucionalizadas em casas privadas ou em instituições públicas buscam

auxílio na esperança de uma vida fora dos muros institucionais. Assim, o presente trabalho baseia-se em resultados parciais das condições, impressões e dificuldades encontradas no decorrer dos três anos de existência do grupo. Neste período, tivemos oportunidade de perceber os grandes obstáculos que envolvem essa questão e o quanto complexa esta pode se tornar. Vivenciamos que sustentar esse debate dentro da faculdade de direito aponta diferença, como um maior interesse em participar das discussões transversalizadas pelo tema, maior presença do assunto nos seminários relacionados a temas jurídicos, entre outras pequenas ações cotidianas no universo do SAJU como um todo. A discussão dessa temática com estudantes da área é a aposta de termos, no futuro, muitos profissionais qualificados e apropriados no que refere à causa. Como projetos futuros do GAMAI, há o anseio por uma maior efetivação da desinstitucionalização de indivíduos abandonados no Instituto Psiquiátrico Forense de Porto Alegre paralelo a construir desconstruções das verdades dos Serviços Judiciários. Romper a lógica manicomial de exclusão impregnada no senso comum, atuando para o reposicionamento da loucura na sociedade, considerando o usuário um sujeito não fragmentado pelas especialidades de saber, fortalecendo a rede e constituindo, assim, uma assessoria jurídica que efetiva a atenção integral a pessoas em situação de sofrimento psíquico capturadas pela cultura da segregação e confinamento da diferença do outro é o que nos movimenta e faz seguir. Mesmo conscientes que os serviços da rede de cuidado em saúde estão fragilizados segue-se na tessitura de alternativas que acolham e cuidem ao invés do confinamento que produz mais sofrimento e anula possibilidades de subjetividades.

HORTA POPULAR BOA ESPERANÇA: UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DO DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

Ana Paula Maia Espândola Rodrigues, Ana Cláudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos

Palavras-chave: Direito Humano à Alimentação Adequada, Segurança Alimentar e Nutricional, Educação Popular

Nas últimas décadas, além das transformações sociais que resultaram em mudanças socioeconômicas, políticas e tecnológicas no país, houve modificações significativas no padrão de saúde e consumo alimentar da população brasileira. Essa realidade contribuiu para a diminuição da pobreza e da exclusão e conseqüentemente da fome e da desnutrição, porém ainda é expressivo o número de famílias em situação de insegurança alimentar, vulnerabilidade e risco social, além de que, paralelo a isso ocorreu um aumento do excesso de peso em todas as camadas da população apontando para um cenário em que coexistem a obesidade, as doenças crônicas não transmissíveis, a desnutrição e as doenças oriundas de carências nutricionais em um mesmo espaço. Por isso, é fundamental a realização de propostas sustentáveis e autônomas que abordem a questão alimentar para além do modelo prescritivo e biologicista, através de processos horizontais e dialógicos que promovam a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Considerando os aspectos socioculturais da alimentação, a horta comunitária consiste em uma potente estratégia de Educação Alimentar e Nutricional. Assim, à medida que aproxima os sujeitos da terra e do alimento consumido, favorece a legitimidade dos saberes e práticas populares, além de proporcionar o acesso a alimentos livres de agrotóxicos e ainda

auxiliar na integração entre membros de uma mesma comunidade e destes com a natureza, estimulando a preservação dos recursos naturais, o cuidado ambiental e a sustentabilidade. Nesse contexto, o Programa de Extensão Universitária “Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica – PINAB” vinculado aos Departamentos de Promoção da Saúde e de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba atua em comunidades no Bairro do Cristo Redentor em João Pessoa-PB desenvolvendo ações de Promoção da Saúde e da SAN, norteado pelo referencial teórico-metodológico da Educação Popular em Saúde, que tem como base o respeito pelas experiências anteriores dos sujeitos, a promoção da autonomia, a troca e a construção de novos saberes com vistas à emancipação humana. Participam do PINAB graduandos de diversas áreas da UFPB e outras instituições de ensino superior, docentes, profissionais de uma Unidade de Saúde da Família (USF) e lideranças comunitárias, que juntos atuam em diversas frentes e/ou Grupos Operativos, tais como: Puericultura, HiperDia, Saúde Mental, Horta Comunitária, Espaço de Diálogo, Escola e Idosos, assim como participam das reuniões de planejamento do Programa e buscam o envolvimento em atividades pedagógicas desenvolvidas no território, como forma de construir, planejar e fortalecer de forma participativa as ações desenvolvidas nas comunidades. Dentre os diversos grupos do Programa, o da Horta Comunitária se destaca na promoção da SAN e do DHAA, visto que mediante as iniciativas em torno da construção e manutenção da Horta Popular Boa Esperança (localizada próxima à nascente do Rio Jaguaribe na comunidade Boa Esperança) aborda, por meio de atividades educativas e lúdicas, o sistema alimentar em sua integralidade, a sustentabilidade, a valorização do alimento e

a promoção da autonomia e do autocuidado. Além disso, valoriza os processos ativos e permanentes de educação que incentivam a troca de saberes, o diálogo e a construção compartilhada, como forma de propiciar a inclusão de indivíduos em temáticas de interesse da comunidade, procurando estimular a mobilização social e a busca por melhorias no território. A partir de metodologias participativas com ênfase na problematização da realidade local, o PINAB promove atividades semanais que vão desde o ato de adubar, semear, regar e colher até ações de retirada do lixo, preservação do meio ambiente, atividades educativas envolvendo temáticas como o lixo local e o tempo de degradação dos objetos encontrados próximo à nascente do Rio Jaguaribe, assim como discussões sobre a importância do espaço para os participantes, atividade integrativas como forma de conhecer melhor o outro e oficinas de lãbedor, chá e fabricação de sabão. Dentre as dificuldades observadas, ressalta-se a tímida e inconstante participação da comunidade no espaço, devido a algumas questões como: fragilidades socioeconômicas das famílias do território, problemas quanto à segurança pública local e certa descrença, por parte de alguns moradores, quanto às alternativas e possibilidades de transformação social. Além disso, a poluição e o descarte inadequado do lixo permanecem em áreas circunvizinhas à Horta, uma vez que a coleta urbana não é satisfatória, contribuindo para o depósito de resíduos em terrenos ociosos próximo à nascente do Rio Jaguaribe, o qual se encontra quase que totalmente no perímetro urbano e, por isso, sofre com o descarte de lixo e redes de esgotos clandestinos, sendo mais um foco de poluição na comunidade. Como resultado desse trabalho, evidencia-se a motivação de crianças e jovens no sentido de contribuir

com a horta, auxiliando na limpeza e manutenção do ambiente e a participação de mulheres que enriquecem o espaço com novas mudas e ensinamentos populares. Por outro lado, percebe-se o envolvimento dos profissionais da USF do território, que divulgam e incentivam a comunidade a participar e buscar alternativas terapêuticas a partir dos produtos cultivados na Horta, além da utilização de plantas medicinais na produção de chás servidos durante as reuniões e atividades educativas realizadas pelas equipes de saúde. Ressalta-se a participação ativa e o envolvimento cada vez mais efetivo de estudantes de diversos cursos de graduação em assuntos relacionados a SAN, que anteriormente estava muito vinculada aos alunos de Nutrição do Programa. Nessa perspectiva, tem-se valorizado a dimensão interdisciplinar, buscando uma formação mais abrangente, crítica e comprometida com as classes populares. Além disso, o referencial da Educação Popular em Saúde, que orienta as ações do PINAB, contribui efetivamente para a formação de estudantes mais sensíveis e sintonizados com as adversidades e complexidades próprias não apenas das práticas alimentares, mas principalmente da realidade local. Essa abordagem favorece o enfrentamento dos desafios encontrados, uma vez que desconstrói conceitos pré-formados e, de forma crítica, possibilita o diálogo entre os sujeitos e a problematização das situações que incomodam e oprimem. Nessa direção, no contexto da Horta Popular, o Programa vem contribuindo com a construção de estratégias participativas de enfrentamento de condições de desigualdade, fomentando a mobilização para a transformação social, de forma a promover a SAN e o DHAA.

IMPACTO DA AMPLIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE OUVIDORIA DO SUS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA

Luana dos Santos Pimentel, Evelyn Silvano da Silva, Márcia Lopes Silva

Palavras-chave: Ouvidoria, Participação, Cidadão, Saúde

APRESENTAÇÃO: A ouvidoria é um espaço para acolhimento das sugestões, denúncias, reclamações e elogios, estabelecendo um canal prático e de fácil acesso aos usuários do serviço público e sociedade em geral. Dessa forma, a ouvidoria pública fomenta a efetivação dos preceitos constitucionais que norteiam a administração pública, objetivando de que os preceitos de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência se tornem, na prática, eixos norteadores da prestação de serviços públicos. Propõe também a reparação do dano e a promoção da democracia. Importante ressaltar, que os serviços de ouvidoria do Sistema Único de Saúde atuam na representação do indivíduo. Acredita-se que através do indivíduo possa se iniciar a resolução ou correção de um processo que afeta uma coletividade. Nesse sentido, o estímulo à implantação de serviços de Ouvidoria do SUS no Estado do Rio de Janeiro, advém do reconhecimento da necessidade do aumento de acesso a esse importante canal de escuta junto aos usuários dos serviços de saúde. O fortalecimento do Sistema Nacional de Ouvidorias (SNO) no Estado busca operacionalizar a meta inscrita no Plano Estadual de Saúde com vigência de 2012-2015 de “Apoiar 100% das Ouvidorias em Saúde implantadas / implementadas nos municípios”. A importância de trabalhar esse dado surge da necessidade de acompanhar o indicador 65 (Proporção

de municípios com ouvidoria implantada), indicador este pertencente ao rol de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores que serão utilizados nos instrumentos de planejamento integrado do Sistema Único de Saúde. Segundo levantamento realizado pelo Departamento Geral de Ouvidorias do SUS (DOGES) no ano de 2012, no estado do Rio de Janeiro havia 29 (vinte e nove) Ouvidorias implantadas. Ressalta-se que tal pesquisa foi realizada por meio de contato telefônico com as Secretarias Municipais de Saúde, podendo não representar um dado fidedigno da realidade apresentada. Os objetivos do trabalho visavam: Fortalecer o Sistema Nacional de Ouvidorias no Estado do Rio de Janeiro; Apoiar a implantação de serviços de Ouvidoria nas Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro; Ampliar o percentual regional de ouvidorias em saúde em funcionamento. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** No intuito de um maior êxito na implantação de Ouvidorias no Estado foram feitas escolhas de algumas estratégias de atuação com os 92 municípios. A primeira delas foi a realização de fóruns regionais de Ouvidorias do SUS periódicos realizados nas nove regiões de saúde (Baía de Ilha Grande, Baixada Litorânea, Centro Sul, Médio Paraíba, Metropolitana I, Metropolitana II, Norte, Noroeste e Serrana), o objetivo dessa ação é que através desses encontros aconteçam trocas de experiências, discussões sobre os processos de trabalho, construção de um espaço destinado a argumentação de temas que envolvam a escuta qualificada do cidadão, de qualificação e também em acordo com o princípio da regionalização. No primeiro ciclo do Fórum foi apresentada a metodologia desses encontros e a temática central foi à proposta de utilização de ferramentas de planejamento no intuito de fomentar a implantação dos serviços de Ouvidoria. Uma das atividades propostas foi a elaboração de Projetos de Implantação,

com o fornecimento de um modelo para auxiliar os técnicos na formulação do de tal instrumento. Foram recebidos e devidamente analisados quarenta e oito Projetos de Implantação de Ouvidorias das Secretarias Municipais de Saúde. Até o presente momento realizamos junto às nove Regiões de Saúde, nove ciclos de Fóruns. Outra ação realizada foi a de visita técnica aos noventa e dois municípios do Estado do Rio de Janeiro, com o intuito de realização de um monitoramento sistemático partindo da observação contínua, que possibilitasse a construção de um dado fidedigno à realidade do Estado sobre o quantitativo de Ouvidorias implantadas. Para tal atividade foi elaborado e utilizado o instrumento denominado “Lista de Verificação” que contém 40 (quarenta) itens relativos às evidências de implantação do serviço e processo de trabalho. Objetivando qualificar os Ouvidores, são desenvolvidas Capacitações contínuas e Oficinas Temáticas atendendo a frequente demanda de espaços que propiciem a troca de experiências e a construção de saberes. O Estado do Rio de Janeiro foi pioneiro na disponibilização de recurso financeiro, por meio do Programa de Apoio aos Hospitais do Interior (PAHI), destinado à implantação de Ouvidorias em saúde. O referido recurso foi inicialmente, no ano de 2010, destinado aos hospitais municipais e filantrópicos, contratualizados ao SUS. Posteriormente, no ano de 2013, foi inserido um novo incentivo, destinado especificamente para que as Secretarias Municipais de Saúde implantassem seus serviços de ouvidoria. Ressalta-se que havia a prerrogativa estabelecida pelo programa - corte populacional de municípios com até 115.000 habitantes. Resultados Diante das atividades expostas e do monitoramento sistemático dos municípios, notamos aumento significativo no índice de Ouvidorias implantadas. No ano de 2012, havia 29 Ouvidorias implantadas. Até o presente

momento o Estado do Rio de Janeiro conta com 63 serviços em funcionamento. Dessa forma, observa-se um aumento de 37% na cobertura de Ouvidorias nas Secretarias Municipais de Saúde. A experiência vivenciada evidenciou a necessidade de mecanismos de respaldo à implantação de Ouvidorias o Estado. Com base no instrutivo de construção dos indicadores do SISPACTO, foi construída e discutida nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), a minuta para definição dos critérios de implantação de Ouvidorias. Posteriormente tal proposta foi aprovada na Comissão Intergestora Bipartite e resultou na Deliberação CIB nº 2630 publicada no D.O em 12/12/2013. Outra necessidade verificada fazia referência à qualificação das respostas fornecidas ao cidadão pelos setores envolvidos em uma dada manifestação. Tal inquietação resultou na proposta de construção de uma minuta para definição dos critérios das respostas a serem apresentadas ao cidadão. O documento foi aprovado em Comissão Intergestora Bipartite e resultou na Deliberação CIB nº 3413 publicada no D.O em 14/05/2015. Considerações finais A partir da experiência aqui descrita, percebe-se que a aproximação com os municípios foi fulcral para obter êxito na meta de “apoiar 100% das Ouvidorias implantadas/implementadas”. Observa-se que a implantação de Ouvidorias nas Secretarias Municipais de Saúde, possibilitou um aumento da participação do cidadão se consolidando como um canal de comunicação e um dos espaços promotores de cidadania. Além disso, o aumento de municípios que possuem ouvidorias em saúde em funcionamento proporciona uma significativa melhora no indicador regional de metas pactuadas no SUS (Sispacto), fortalecendo assim o princípio de Regionalização. Percebe-se também o fortalecimento das diretrizes do SUS com a divulgação de informações

quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo cidadão. Portanto, as atividades desenvolvidas pela Ouvidoria Geral da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro foram organizadas e sistematizadas com o intuito de mapear e ampliar os serviços de Ouvidoria em Saúde no respectivo Estado.

INSERÇÃO DA AROMATERAPIA E DAS PRÁTICAS CORPORAIS NA INTEGRAÇÃO ENSINO/SERVIÇO JUNTO ÀS PRÁTICAS INTEGRATIVAS

Milene Dinah Faht, Karla Ferreira Rodrigues

Palavras-chave: Práticas integrativas, Aromaterapia, Práticas corporais

Este relato permite apresentar a minha inserção na Liga de Saúde Coletiva da FURB. O mesmo aconteceu através de um convite para participar em uma Roda de Conversa sobre Fitoterapia que aconteceu em meados de junho de 2014. Após esse contato, comecei a participar das reuniões semanais da Liga, agregando minhas experiências, principalmente a Aromaterapia, às propostas apresentadas pelo grupo. As atividades realizadas junto ao programa Liga de Saúde Coletiva foram as oficinas de Aromaterapia e Práticas Corporais, Rodas de Conversa em Aromaterapia e a constituição do Grupo de respiração, relaxamento e meditação, os quais passo a descrever. As Oficinas de Aromaterapia e Práticas Corporais envolvem 20 participantes em cada e têm duração de 90 a 120 minutos. Estas permitem aos participantes momentos em que possam aguçar sua percepção corporal e olfativa, prestar atenção nos seus movimentos, perceber sua respiração e se abrir para novas experiências sensoriais, cinestésicas e olfativas. A finalidade desta prática é promover momentos de centramento, prazer e relaxamento, os quais podem ser

um grande encontro consigo. Busca-se nas oficinas fazer uma cisão entre o frenesi da vida cotidiana geralmente submetida a inúmeras pressões e demasiado estresse, e o silêncio necessário e salutar para que uma vida possa ser vivida com um mínimo de equilíbrio. São convites para parar, sentir, perceber-se e experimentar situações prazerosas e atividades relaxantes. Durante a prática é discorrido sobre um óleo essencial, expostas suas características e propriedades, e posteriormente este óleo é apresentado aos participantes no momento do relaxamento corporal. As Rodas de Conversa sobre Aromaterapia, também são abertas a 20 participantes e têm duração de 90 minutos. Aqui são apresentados alguns dos principais óleos essenciais, suas características, finalidades e possibilidades de aplicação no cotidiano. Também é realizado um treino de percepção olfativa. Os óleos essenciais são apresentados e têm sua identificação encoberta, para que o participante possa identificá-los através do seu aroma e anotar as sensações evocadas por estes aromas. O Grupo de Respiração, Relaxamento e Meditação acontece semanalmente às sextas-feiras, no Ambulatório Geral Haroldo Bachmann, das 19 às 21h, oferecido aos usuários e servidores deste local. O objetivo comum entre estes trabalhos é inserir e consolidar a Aromaterapia e as Práticas Corporais (apresentadas separadamente ou em conjunto) como possibilidades terapêuticas junto às Práticas Integrativas e Interdisciplinares do Programa Liga de Saúde Coletiva da Universidade Regional de Blumenau. As atividades desenvolvidas foram: Oficinas do 1^o Therashop - Foi realizada no período matutino uma Roda de Conversa sobre Aromaterapia onde foram falados sobre 10 principais óleos essenciais, suas características e aplicações no dia a dia. A atividade contou com 10 participantes. No período da tarde, foi realizada uma Vivência

em Aromaterapia, com o óleo essencial de Olíbano. Iniciamos a fala com informações sobre Aromaterapia e depois focadas no óleo essencial de Olíbano, suas características, aplicações e a importância da respiração consciente. Depois o grupo foi convidado a fazer uma série de movimentos corporais de uma forma lenta e consciente, sentados, em pé, caminhando e por fim foram convidados a deitar para fazer um relaxamento. Nesta hora foi colocada na palma das mãos uma gota do óleo essencial de Olíbano para que pudessem experimentá-lo durante o relaxamento. Esta atividade contou com 12 participantes; Oficina do PIBID – Através da Liga de Saúde Coletiva fomos convidados a participar de um evento do PIBID (Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência), o qual foi realizado em um sábado de manhã. Os participantes foram convidados a sentar em um círculo formado com colchonetes e almofadas. No centro deste círculo, foram colocados os quatro elementos para simbolizar nossa conexão com a natureza. Falamos a respeito da respiração, da importância de tomarmos consciência da mesma, como também do nosso movimento, da forma que nos movimentamos pelo mundo, de nossos pensamentos e sentimentos. Como multiplicadores de informação, falamos da importância de propiciar as crianças momentos de integração consigo, de contato com o seu interior e com a natureza. Neste dia foi apresentado o óleo essencial de Lavanda, suas características, aplicação e depois da prática corporal, os integrantes foram convidados a deitar e conduzidos em um relaxamento. O óleo essencial de Lavanda foi colocado em um filtro de papel cortado para que pudesse ser colocado sobre a face e aspirado. Depois desta atividade os participantes tiveram uma conversa sobre Fitoterapia e depois sobre Magnetoterapia. A atividade contou com 20 participantes; Oficinas do 2^o Therashop – Foram realizadas

duas Oficinas de Aromaterapia e Práticas Corporais, uma no período matutino e outra no período vespertino. As oficinas tiveram a mesma sequência e abordagem das apresentadas anteriormente. Pela manhã foram apresentados os óleos essenciais de Lavanda e de Laranja e a atividade contou com 7 participantes. No período da tarde, os óleos essenciais apresentados foram de Lavanda e Olíbano e 13 foram os participantes; Grupo de Respiração, Relaxamento e Meditação – esse grupo iniciou no mês de agosto de 2015, acontece no Ambulatório Geral Haroldo Bachmann, tem frequência semanal e duração máxima de duas horas. Nos encontros são desenvolvidos temas como: importância da respiração consciente, a respiração dos quatro elementos, como estabelecer limites nas relações, a importância da higiene mental e emocional, dentre outros. Depois da explanação e do debate, é conduzido um relaxamento, realizados exercícios respiratórios e exercícios de imaginação ativa. A intenção do grupo é que através da experimentação, os participantes comecem a treinar e praticar a respiração consciente no seu cotidiano, que consigam organizar no seu dia momentos de contato consigo, de relaxamento, de respiração consciente e de meditação. Um pouco mais de 60 pessoas participaram das cinco atividades propostas através da Liga de Saúde Coletiva de setembro de 2014 até agosto de 2015. Os participantes foram estimulados a compartilharem ao final de cada atividade sua experiência e expressaram sensações de bem-estar, leveza e de se sentirem tocados na necessidade de prestar mais atenção em si e de consolidar seu autocuidado. O Grupo de Respiração, Relaxamento e Meditação continua acontecendo semanalmente e conta com uma média de 6 participantes por encontro. Através de práticas simples, com pouco recurso material, conseguimos sensibilizar as pessoas que estiveram

conosco nestas atividades, com a intenção de despertar alguma mudança no padrão comportamental. Percebemos a importância de abrir novas frentes de trabalho, novas oficinas, novos encontros para que cada vez mais pessoas possam ser tocadas, acolhidas e aderirem à lógica do autocuidado. À medida que as pessoas apropriam-se da responsabilidade sobre a manutenção do seu bem-estar, espera-se que busquem recursos internos para conectar consigo e também com aquilo que transcende o aqui agora, para que possam a cada tempo estar mais conectados e mais sintonizados com suas próprias verdades.

INSPIRANDO A TRANSFORMAÇÃO: O COLETIVO INSPIRASUS E A CONSTRUÇÃO DE UM VER-SUS INTERIOR DO PARANÁ

Lina Gonçalves Lopes, Cristiane Mehl, Thais Rodrigues dos Santos, Angela Haiduk

Palavras-chave: VER-SUS, Coletivo InspiraSUS, Saberes Populares, Participação Social

Este trabalho tem como objetivo contar a história do VER-SUS Interior do Paraná, que se originou como uma ação do Coletivo InspiraSUS. O Coletivo surgiu no ano de 2013 com o intuito de fomentar discussões sobre a saúde de forma ampliada no município de Irati - PR. Uma de suas metas era trazer o VER-SUS para o estado, aliando o Movimento Estudantil aos Movimentos Sociais da região. Alguns integrantes que formaram o Coletivo já haviam participado de outras vivências e nossa principal dificuldade era olhar para vivências já concretizadas e não conseguir encaixar o interior em formatos já conhecidos foi então no Congresso da Rede Unida 2014 que conseguimos entender que o VER-SUS era amplo e que, como o SUS, deveria acontecer e se efetivar levando em conta territórios e possibilidades. A partir

disso, iniciamos nossa luta por um VER-SUS que representasse, de fato, nossa realidade, incluindo desde sua formulação os Movimentos Sociais, para que pudéssemos pensar juntos em formas de abranger os diversos modos de fazer saúde e suas várias concepções. Começamos do zero, e essa é a importância de ser um Coletivo. Corremos atrás de gestores, apoiadores e profissionais para que pudéssemos explicar a importância desta vivência. Para as duas experiências de VER-SUS que aqui relatamos docentes e instituições dos movimentos sociais, como por exemplo, o Instituto Equipe de Educadores Populares no VER-SUS Inverno 2014 e a Escola Latino Americana de Agroecologia juntamente com o Assentamento Constestado no Verão de 2015, foram primordiais para sua concretização. Eles acreditavam na nossa luta e abriram espaço não só para uma vivência de observação, abriram espaço para uma vivência de formação que com certeza dá a identidade para o nosso VER-SUS. As dificuldades de traçar um VER-SUS na realidade do interior vinha ao encontro do que presenciávamos na vivência, como por exemplo, a extensão do território, as dificuldades de acesso, dificuldades com alimentação e notas em lugares longínquos, etc. Precisávamos sempre recorrer a Rede Unida para pensar junto em estratégias para que as burocracias não travassem nossa construção, muitas vezes, recorrer até para não ferir os ideais de nossa vivência, como por exemplo, a realização de um evento no faxinal onde a alimentação foi em totalidade agroecológica e as notas emitidas, em suas possibilidades, pelos próprios produtores. Uma de nossas conquistas, fundamentais para concretizar o VER-SUS que idealizávamos, foi conseguir abrir vagas para viventes que não necessariamente estivessem vinculados à academia, mas que representassem algum Movimento Social. Além disso,

em ambas as vivências que realizamos, no inverno de 2014 e no verão de 2015, priorizaram nossa estadia em alojamentos e planejamos o nosso cronograma de forma a abranger os Movimentos Sociais mais fortes da região, sendo incluídos: faxinalenses, agroecologistas, benzedeiros e curandeiros, quilombolas e o MST. Portanto, do dia 25/07/2014 ao dia 03/08/2014, realizamos nossa primeira vivência. Logo após a formação, que foi realizada com a participação de nossos apoiadores, nos dividimos em três grupos que puderam conhecer diversos dispositivos de saúde das cidades de Castro- PR, Prudentópolis-PR e Irati- PR, contando com a presença de três pessoas de Movimentos Sociais que nos mostraram a importância de flexibilizar o conhecimento acadêmico de modo a contemplar a participação deles. Os viventes além de conhecer o sistema de saúde de Castro conheceram a história dos quilombos e sua resistência, em Prudentópolis aproximaram-se das comunidades faxinalenses e em Irati das comunidades agroecológicas. Ao final, terminamos nossa vivência no faxinal do Marcondes, com a realização do I Tecendo Redes - Encontro Paranaense de Povos Tradicionais, com rodas de conversa sobre saberes e práticas, trocas de experiência, e feira agroecológica para enfatizar a importância do cuidado com a terra e com as sementes crioulas na garantia da qualidade de saúde daqueles povos. Do dia 30/01/2015 ao dia 08/02/2015, realizamos nosso VER-SUS verão na cidade da Lapa, na qual ficamos alojados no Assentamento do Contestado e aprendemos com eles sobre coletividade, responsabilidade pelo espaço e o cuidado com o outro. A vivência na cidade da Lapa, contou com um cronograma de visitas e discussões no território das comunidades com benzedeiros, faxinalenses e quilombolas. Em todas as nossas ações aproximamos as práticas dos

saberes populares aos serviços de saúde da comunidade, como por exemplo, a realização de uma roda de conversa com benzedeiros que aconteceu dentro de uma unidade de saúde do território. Além das visitas e discussões, pudemos contar neste VER-SUS com uma formação voltada para as práticas de saúde, e para os movimentos sociais e estudantis. Destacamos a presença da discussão sobre saúde no assentamento, práticas no MST, saúde da população negra, conjunturas políticas do SUS, privatização da saúde e militâncias no contexto da saúde. Para estas falas contamos com nossos apoiadores que eram militantes da saúde, docentes, profissionais de saúde do Estado do Paraná e da gestora da Lapa que foi imprescindível para a contextualização do SUS no Brasil. Durante a visita aos espaços de saúde, questionávamos sempre sobre os saberes populares, a participação social e a presença de várias comunidades tradicionais no interior do município. Apesar das dificuldades, nosso VER-SUS sempre entendeu o quadrilátero da formação como algo que nos sustenta, por este motivo atentávamos para a importância de ter ensino, gestão, atenção e controle social na construção de nossa vivência. O movimento social representava acima de tudo o controle social, afinal o fazer saúde nas cidades interioranas precisa em primeiro lugar respeitar as peculiaridades e os modos de vida. Na nossa construção percebemos que era preciso ampliar ainda mais a nossa formação, era preciso olhar para a realidade da forma que ela estava se expondo, era abrir os olhos e escutar as vozes que muitas vezes falam e não são ouvidas. Aprendemos o sentido de saúde, aprendemos que saúde é sim, serviços, profissionais, equipamentos, medicamentos, mas aprendemos que a tecnologia mais importante, ou seja, a tecnologia leve está no agir do profissional junto com os benzedeiros, o pajé, o curandeiro, o sujeito que tem suas ervas

medicinais no quintal de casa e entende com riqueza o seu território. Pudemos presenciar o fazer saúde no assentamento, onde a unidade de saúde era compartilhada pela equipe de saúde da família e pela equipe de saúde local que oferecia o benzimento, a auriculoterapia e a bioenergia. Com a construção deste VER-SUS entende-se que trabalhar em coletivo não é fácil, mas se aprende principalmente com o movimento social que nossa luta por um SUS universal, equitativo e integral não pode se esgotar porque precisamos garantir esses direitos também fora do papel. Entendemos o nosso VER-SUS, hoje em dia, muito mais rico do que quando sonhávamos com uma vivência que estava distante das nossas possibilidades. O Coletivo hoje é mais que apenas estudantes que sonham por uma formação melhor, o Coletivo hoje é composto por estudantes, movimentos sociais, docentes e tem como parceiros gestores e profissionais que militam que se sensibilizam com as variadas formas de se fazer saúde. O VER-SUS Interior Paraná nos mostrou que a vivência não serve apenas para formação, mas serve principalmente para aberturas de olhares e transformações, serve para mostrar a nossa possibilidade de cuidar. Cuidar da saúde, do saber, da terra, da cultura, do humano.

INSTRUMENTALIZANDO CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE DA REGIÃO OESTE CATARINENSE PARA O EXERCÍCIO DO PROTAGONISMO SOCIAL

Angela Maria Gomes, Liane Colliselli, Maraisa Manorov, Valéria Silvana Faganello Madureira, Larissa Hermes Thomas Tombini

Palavras-chave: Conselhos de saúde, Poder Local, Educação permanente

APRESENTAÇÃO: Vivenciamos uma conjuntura governamental dentro dos processos decisórios onde, legalmente,

se preconiza a participação dos sujeitos e organizações junto à construção e gestão das políticas públicas na área da saúde. Surgem assim, os conselhos de saúde como espaços participativos de aproximação entre as instâncias governamentais e não governamentais promovendo a corresponsabilização entre elas, o diálogo, a contestação e a negociação a favor da democracia e da cidadania. Estes Conselhos de Saúde são instituídos na perspectiva de atuar na descentralização das ações do Sistema Único de Saúde, no controle do cumprimento de seus princípios e na promoção da participação da população na sua gestão. Contudo, compreendemos que, além dos atores reconhecerem o seu papel como conselheiros, é preciso que tenham conhecimento de como o fazer e de como participar do processo de construção dos instrumentos de gestão na área da saúde. Esse cenário justifica a importância de promover iniciativas de educação, com vistas a contribuir com a qualificação dos processos decisórios e fortalecer a capacidade dos atores e organizações para uma participação mais efetiva nestes espaços. Assim, o relato aborda os resultados da atividade de extensão do projeto “Educação permanente para conselheiros municipais de saúde macrorregião Oeste II” vinculado à Universidade Federal da Fronteira Sul que tem como parceiros: Comissão Integração Ensino Serviço da Região Oeste, Gerência Regional de Saúde de Chapecó e Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina. A proposta teve como objetivo fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde da região Oeste de Santa Catarina através do desenvolvimento de um processo crítico-reflexivo.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O projeto abrange aproximadamente 120 conselheiros municipais de saúde pertencentes a 27 municípios da região

Oeste Catarinense. Os encontros foram organizados em três módulos presenciais, na perspectiva da participação ativa, incluindo atividades de dispersão. As temáticas contemplaram: legislação (Lei 8080/90, Lei 8142/90, Resolução 453/2012 e Portaria 2.488/2011), políticas na área da saúde, instrumentos de gestão, comunicação e a importância da articulação intersetorial. Na perspectiva de promover o alcance dos objetivos do processo crítico-reflexivo aos conselheiros municipais de saúde para o exercício do controle social no Sistema Único de Saúde, foram utilizadas metodologias que promovessem a construção coletiva de conhecimentos, baseadas nas experiências do grupo, levando em consideração o conhecimento como prática concreta e real dos sujeitos a partir de suas vivências e histórias. Ou seja, utilizamos dinâmicas que propiciaram um ambiente de troca de experiências e de reflexões pertinentes à atuação dos Conselheiros de Saúde. Resultados: durante o desenvolvimento do módulo I identificou-se que existe considerável desconhecimento da legislação do SUS, especialmente em relação ao que define o funcionamento dos conselhos de saúde e a representação. Cabe destacar que a maioria dos conselheiros referiu não discutir, antes ou após as reuniões, temáticas pautadas nas reuniões do Conselho com os seus representados, o que leva a questionar sobre a legitimidade das deliberações desta instância colegiada. Em relação às políticas públicas e aos instrumentos de gestão abordados no módulo II, evidenciou-se diferenças significativas em relação ao conhecimento e participação dos conselheiros. No que tange às políticas públicas evidenciou-se maior conhecimento do segmento dos prestadores e profissionais. Em relação aos instrumentos de gestão (plano municipal de saúde e relatório de gestão) identificou-se limitação significativa na elaboração, acompanhamento e

compreensão destes. Observou-se que o segmento dos prestadores, em especial do governo, apresentavam maior domínio em relação à temática, fator que pode ser atribuído a sua proximidade com os instrumentos como integrantes da equipe técnica da saúde. Quando abordado as temáticas intersetorialidade e comunicação no módulo III buscou-se identificar, a partir do regimento do CMS e regimentos de outros conselhos (Idoso, Criança e Adolescente, Assistência Social entre outros), atribuições/competências que remetessem à intersetorialidade. Nesse momento, os conselheiros perceberam a importância e a necessidade da articulação dentro do próprio conselho considerando a abrangência a partir do conceito ampliado de saúde. Em relação ao processo de comunicação entre os conselheiros e destes com conselheiros de outros conselhos, bem como com a comunidade, também se evidenciou uma lacuna entre o ideal e o real. Com a finalização da etapa de capacitação, percebemos que existem muitos desafios a superar frente à efetiva participação social e à legitimidade destes órgãos deliberativos na construção de políticas públicas. É preciso ter clareza de que o fato dos conselhos estarem funcionando não significa sua real validação como espaço de exercício da cidadania, pois, acima disso, é necessário que estes estejam ativamente participando das decisões. Porém o que se percebeu, que existe uma mera frequência dos conselheiros no conselho municipal de saúde, deixando de lado atribuições muito importantes como o ato discutir propostas e votar conscientemente. Ainda, a utilização de metodologias ativas de aprendizagem e de estratégias que privilegiaram a sistematização do conteúdo, possibilitou a reflexão sobre os referenciais teóricos e participação a partir da correlação dos temas com as experiências dos participantes, ampliando o processo de empoderamento

dos conselheiros. Conclusões: constatou-se que a capacitação de conselheiros municipais de saúde para o exercício da sua função é necessária e urgente, em especial no que tange à legislação, o que implica diretamente na sua responsabilidade na condição de conselheiro municipal de saúde. Identificamos que, no início das capacitações, a maioria dos participantes não tinha clareza sobre seu papel e funções como conselheiro de saúde, assim como tinham pouco domínio sobre as ferramentas no processo decisório de gestão pública. As avaliações dos participantes ao final do terceiro módulo indicaram a efetividade desse processo de reflexão, relatando que o acesso à informação possibilitou-lhes retornar a seus municípios mais fortalecidos e conscientes. Percebemos que os conselheiros ampliaram a compreensão de que o Conselho é um locus de manifestação de interesses plurais. Acreditamos estar contribuindo para a formação de uma consciência sanitária que considere a compreensão ampliada de saúde e contemple sua articulação intersetorial com outras áreas das políticas públicas, alinhando as políticas públicas e de saúde com os princípios e diretrizes do nosso sistema de saúde. Por fim, temos percebido que esse processo de construção de conhecimento aparece como uma possibilidade de superação das dificuldades de implementação das conquistas legais, tornando os atores articuladores na participação da sociedade no processo de implementação do SUS.

MALOCA DO CONTO

Elves de Sá Guedes

Palavras-chave: contar, escuta, acolher

Título: MALOCA DO CONTO Objeto da Experiência: Aproximar trabalhadores e

comunidade com a arte de contar histórias. Objetivos: A “Maloca do Conto” se constitui como uma dinâmica de encontros, onde o processo de aprendizagem ocorre a partir das trocas e saberes e de experiências. Esse trabalho em equipe oferece para os profissionais de saúde a oportunidade otimizar o acolhimentos e de estabelecer vínculos com a comunidade. Metodologia: Utilizamos objetos antigos que lembrem história e evoquem o passado. No centro social comunitário é montada a maloca, com folhas, palhas, bambus e uma rede. Ao centro uma canoa dá lugar à cadeira onde os usuários irão entrar, sentar e, com seus objetos contar suas histórias. São coordenados por um membro. São abordados temas como: saúde do homem, da mulher, do idoso, hiperdia, grávidas, crianças/adolescente, tabagismo, etilismo, prevenção de quedas, brincadeiras populares e educação. RESULTADOS: Os participantes contam suas histórias, falam sobre suas vidas, famílias e sentimentos que circundam essa fase da vida, nos dando ferramentas para promover a saúde em suas comunidades. É a arte de contar histórias com enfoque na troca de experiências. Os comunitários relatam ser um espaço de valorização de suas experiências e vivências, onde a troca de experiências, o desabafo são os remédios para seus problemas, tratados em um ambiente lúdico e acolhedor; Crescente número de participantes. Análise Crítica: A vivência da Maloca é válida no sentido de conhecimento recíproco, momento em que os profissionais e a comunidade trocam valores, experiências, saberes e idéias através de nossas próprias histórias. A Maloca do Conto foi eleita como ferramenta de trabalho para estreitar os vínculos entre a Comunidade Nossa Senhora do Livramento e os Profissionais de Saúde. Conclusões/ Recomendações: A Maloca do conto tem aproximado trabalhadores e comunidade

com arte de contar histórias, em espaços de diálogo fraterno onde escutar e acolher são as palavras-chave. Um espaço de promoção de saúde, pois a rede do pescador é lançada, centrada na valorização dos comunitários, em sua cultura, valores e saberes.

MÚLTIPLAS FACETAS DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO SUS: DOS CONSELHOS MUNICIPAIS À COPRODUÇÃO DE SERVIÇOS

Lucas Abraão Mosna, Patrícia Vicente Silva

Palavras-chave: participação popular, controle social,

APRESENTAÇÃO: Usuários protagonistas em saúde compreendem que a participação nos processos de gestão de serviços é fundamental para superar desafios e impulsionar novas realidades. Considerando que os usuários possuem um olhar mais amplo no que diz respeito aos determinantes e condicionantes da saúde, pois vivenciam estes fatores que impactam no processo saúde-doença dia a dia, é notável que as intervenções destes indivíduos no sistema adquirem grande relevância e deixam marcas inesquecíveis e efetivas. Tendo em vista esta atuação, o objetivo deste trabalho é relatar experiências de participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS) em diferentes esferas, vivenciadas durante o VER-SUS 2015/1 nas cidades de Guarulhos-SP e São Paulo-SP. Descrição da experiência de eleição presidencial do Conselho Municipal de Saúde – Guarulhos (SP) A eleição presidencial do Conselho Municipal de Saúde de Guarulhos transcorreu de forma democrática. Primeiramente, candidatos são indicados por membros conselheiros. A justificativa de eleição de cada candidato é defendida também pelos membros conselheiros, devendo haver o mesmo número de defesas para cada concorrente.

Após esta etapa, cada pretendente tem um tempo para fazer considerações sobre a sua candidatura. É de responsabilidade dos membros titulares do conselho indicar e defender candidaturas. Na ausência do membro titular, cabe ao membro suplente realizar esta função. Ademais, um membro pode ceder direito de voz, a alguém que não é conselheiro, e nem atua como suplente. Na eleição de Guarulhos, foi notada esta ação quando um conselheiro cedeu voz a uma pessoa que desejava defender uma determinada candidatura. O conselho municipal é formado por 50% de representantes de usuários do SUS e 50% de representantes de atividades promotoras à saúde, sendo destes, 25% gestores e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos; e 25% representantes de entidades de profissionais de saúde. São no total, 40 membros titulares e 40 membros suplentes que representam diferentes segmentos sociais. Em paridade quantitativa, os membros defendem os interesses de uma determinada categoria. Em Guarulhos, atualmente, há uma forte tendência de liderança presidencial dentro da categoria dos usuários. Houve na eleição de 2015, reeleição presidencial de uma mulher, representante desta categoria. Ela foi eleita quase com o dobro de votos da concorrente representante da categoria de atividades promotoras à saúde (24 votos contra 14). Como a presidência foi representada pela categoria de usuários, obrigatoriamente a vice-presidência deve ser desempenhada pelos representantes de atividades promotoras à saúde. Descrição do Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) – Vila Progresso – Distrito da Brasilândia/Freguesia do Ó (SP) O equipamento, que surgiu para facilitar a integração das pessoas com deficiências mentais e transtornos psiquiátricos à sociedade, hoje oferece práticas para todos os públicos da região,

bastando os usuários se cadastrarem no serviço para poderem acessá-lo. Do ponto de vista da participação popular, vemos que o diferencial da instituição reside no fato das atividades serem desenvolvidas em comum acordo entre profissionais e usuários, tornando as dinâmicas mais atrativas ao público, empoderando-o e dando-o uma sensação de pertencimento e ao mesmo tempo de posse sobre o serviço. Dentre as ações desenvolvidas estão oficinas de artesanato, de música e de organização de eventos. Como há uma grande carência financeira na instituição, há também a colaboração de serviços privados para sua manutenção. Como exemplo é possível citar instituições que oferecem transporte quando as atividades exigem, além de espaços da própria comunidade que são alugados de maneira gratuita (quadras, salões etc.). Por fim, convém destacar que o sucesso do espaço está intrinsecamente ligado ao protagonismo dos seus usuários, que formam um pilar sólido e que alicerçam um serviço com alto risco de sucateamento por falta de investimento. Assim, abre-se possibilidade para uma reflexão sobre a participação popular não só em nível de fiscalização, mas também sobre as práticas profissionais diretas que incidem sobre seu bem estar. IMPACTOS: Evidenciou-se em Guarulhos grande interesse em que o segmento de usuários seja ativo e à frente de questões do controle social no Sistema Único de Saúde, tendo em vista que, tanto membros da categoria de usuários quanto membros não usuários, defenderam veementemente a importância de ter um usuário como presidente do conselho, ainda mais, relataram, em um ano de Conferência Municipal de Saúde, no qual se pressupõe análises sobre a produção atual de saúde e novos repensares de melhorias no sistema. Já no Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), o que pôde ser percebido foi à fidelidade dos usuários para com o serviço,

evidenciada tanto pela assiduidade de indivíduos que já fazem parte da instituição quanto pelo volume de novas adesões às atividades. Isso corrobora nossa percepção de que espaços onde a mecânica de funcionamento é baseada em ações pactuadas entre os diversos atores que os compõem se tornam mais atrativos ao seu público e se tornam mecanismos poderosos de promoção de saúde e de bem estar. Por fim, temos evidenciado também que a participação da sociedade pode estar inserida dentro das próprias práticas profissionais empregadas pelos trabalhadores da saúde na promoção do cuidado. O perfil técnico da assistência, massivamente protagonizada na relação médico/paciente ou terapeuta/paciente, pode ser ressignificada a partir de estratégias que visem dar maior autonomia ao usuário, colocando-o em primeiro plano. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O controle social, garantido através da lei 8.142/90, é um dos maiores trunfos do Sistema Único de Saúde e deve ser amplamente incentivado entre profissionais e gestores, além de difundido por toda sociedade. Quando realizada, a participação social contribui para exigir melhores serviços, fiscalizar o que é ofertado pela rede do município e também para ressignificar espaços onde há relação direta entre profissional de saúde/usuário do serviço. O presente trabalho, levando em conta tais preceitos, apresentou dois diferentes aspectos que contornam o que deve ser entendido como controle social. O primeiro deles aborda um eixo mais explanado dentro dos cursos de graduação que formam para o SUS, discorrendo sobre o poder deliberativo de “conselheiros usuários” e os impactos que estes podem causar na oferta dos serviços. O segundo, igualmente importante, porém pouco pensado e discutido nos bancos acadêmicos, versa sobre o protagonismo dos sujeitos na produção do próprio cuidado. Assim, acreditamos na importância de

nossa proposta de exposição como forma de ampliar a discussão sobre o verdadeiro conceito de participação popular e quais são suas possibilidades dentro do sistema.

ODONTOLOGIA EXTENSIONISTA – UM INSTRUMENTO DE INTEGRAÇÃO SOCIAL ENTRE “DOIS MUNDOS”

Fernanda Ramos de Faria, Ana Carolina Organista Cörner, Luiz Sérgio Pacheco Santos, Marnene Soares de Souza, Antônio Carlos Pires Ferreira, Juliana Matos, Angela Scarparo

Palavras-chave: educação em saúde, extensão, odontologia, cidadania

APRESENTAÇÃO: Este trabalho tem por objetivo reportar a experiência de uma proposta de extensão “odontológica” junto à ONG Amazonas Visão, durante uma expedição à Comunidade São Domingos (GO). Considerando a premissa de que educação em saúde é prática fundamental do trabalho em saúde, e que, em se tratando da Odontologia o tecnicismo mecânico (curativismo e/ou assistencialismo) se faz presente na grande maioria das ações, a extensão, por sua vez, tem proporcionado uma vivência integral e humanística ao acadêmico. Por essa razão, o PET Odontologia tem buscado parcerias com outras Instituições e Entidades, no intuito de promover o encontro destes “dois mundos”. Em setembro de 2015, uma comunidade (São Domingos - GO), dois projetos (PET Odontologia FOUFF/NF e ONG Amazonas Visão), três objetivos (melhorar a qualidade de vida, contribuir com a saúde preventiva e terapêutica, promover educação em saúde), e um “viés” (vivência para a vida toda). Considerando que a descrição da experiência está baseada no acesso à saúde, faz-se relevante contextualizar a região assistida. Desta forma, o projeto foi

desenvolvido em uma comunidade a 60 km da cidade de Cavalcante (GO). A estrada que liga o povoado à cidade é de terra e possui algumas passagens através de rios, o que dificulta o acesso por carros comuns. Não há transporte público disponível para a população, apenas o particular e o informal, este último denominado pau-de-arara. A taxa cobrada pelo transporte informal é alta, disponível um dia da semana com apenas um horário, tornando seu uso inviável e pouco acessível. Neste povoado, existem aproximadamente cem casas, em torno de setecentas pessoas; além disso, dois espaços de convivência comum, a escola e a igreja. A maior parte das construções é de adobe. A população não possui energia elétrica, água tratada e coleta de lixo. A agricultura é de subsistência, e a alimentação é predominantemente de arroz, feijão, frango e legumes. Por vezes, pode-se observar o consumo de sucos industrializados, na ausência da fruta; e, o frequente consumo de chá. Durante os dias de ação, pode-se constatar a ausência de unidade básica de saúde, sendo todos os atendimentos realizados na escola. Foram realizados tratamentos atraumáticos (TRA), exodontias simples, raspagens, orientações de higiene bucal, aplicações tópicas de flúor. A promoção da saúde foi alcançada através de palestras, rodas de conversa, teatro com fantoches, tendo como premissa abordar os seguintes eixos temáticos: doença cárie, doença periodontal, alimentação e higiene bucal, importância da pasta com flúor. Como resultado, pode-se constatar que a população está desassistida, carente de acesso e informação, vulnerável ao transporte informal para só então ter acesso à saúde em um “grande centro”. Sabendo-se da ausência de tratamento da água de abastecimento, bem como da dificuldade de acesso aos centros urbanos, teve-se a certeza do pouco ou nenhum acesso ao flúor, principal agente preventivo

à doença cárie. Em virtude do pouco tempo disponível não foi possível conhecer mais sobre os núcleos familiares e suas relações com a saúde bucal., o que se pode constatar foi a utilização em grande quantidade de açúcares, porém baixa ingestão de carboidratos fermentáveis. Observou-se também, com grande frequência, que a inflamação gengival é notória; isso se deve à ausência do entendimento de promoção da saúde, isto é, conhecimento sobre a importância da escovação para manutenção de gengiva e dentes saudáveis. Infelizmente sabe-se que a cronificação deste quadro levará a população à perda precoce dos dentes. Em função das instalações, isto é, ausência de equipamentos de esterilização, energia elétrica, pouco pode ser realizado considerando-se os procedimentos odontológicos existentes de média e alta complexidade (esterilização de materiais, utilização de caneta de alta rotação, etc.). Mas, muito foi observado, anotado, e vivenciado. Em 5 dias, teve-se a certeza de que algo precisa ser feito, com uma frequência “razoável” para que a saúde seja incutida nesta comunidade. A odontologia precisa de cuidados diários, frequentes, incessantes, pois o processo de instalação da doença é lento e contínuo; quando não diagnosticado e tratado em tempo, muito se perde, por vezes, de forma mutiladora. Promover saúde precisa ser frequente, principalmente para aqueles que não tem esse significado tão esclarecido e pungente em suas vidas. Após nossa chegada, pode-se perceber a carência da população por profissionais da saúde; além de nós, havia um médico pediatra, que também realizou atendimentos clínicos. A população demonstrou-se receptiva, pronta a receber orientações e já saudosa por saber que partiríamos em alguns dias, sem a certeza exata de quando voltaríamos. Esta incerteza, por sua vez, dizia respeito à Odontologia, pois nestas parcerias nem sempre se

consegue verba suficiente, rotina que desejamos mudar. A medicina pediátrica tem “chegado”, mensalmente, por prazer do médico e sua esposa, e também pela obstinação da ONG Amazonas Visão que acolheu a comunidade de Cavalcante e seu entorno. Fomos designadas a esse desafio: viajar para o desconhecido com a proposta de levarmos a nossa “bagagem” de conhecimento, contribuir com as necessidades odontológicas e promover educação em saúde, para que os moradores do povoado compreendessem a responsabilidade e a necessidade de terem autonomia em relação aos cuidados de saúde. A experiência nos propiciou ganhos tanto profissionais quanto pessoais. Retornamos com a “bagagem” mais sólida, humana e valiosa, e com certeza mais “pesada” comparada a que levamos. Exercer a odontologia de “primeiro mundo” dentro desta realidade é viver verdadeiramente a extensão universitária, é compreender a prática em saúde em um país com tamanha diversidade sociocultural, é finalmente compreender que profissional preciso ser, e que profissional esperam de mim. É preciso que mais e mais pessoas se engajem nesta busca por aproximar os “dois mundos”, mesmo que por momentos (mensais que sejam), mas momentos de troca, de aprendizagem bilateral, de integração verdadeiramente sociocultural, de ouvir e ser ouvido. O importante é que não seja pontual, único, unidirecional, distante, momentâneo e assistencial. Populações como esta precisam de mais que isso. Tivemos a certeza de que eles precisam do nosso olhar atento e cuidado fraterno. E por fim, apesar de não ser comum, mas um movimento importante diante de tudo que estamos vivendo, convidamos todos a assistirem a este vídeo que retrata parte da nossa vivência: <https://www.facebook.com/jumatosmelo/videos/998491613546311/>.

OS ATIVISTAS DO DIABETES: UM CASO DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL ONLINE QUE MARCA PRESENÇA

Paula Chagas Bortolon, Sarah Rubia Batista, Monique Miranda, Rita de Cássia Machado da Rocha, Nilton Bahlis dos Santos

Palavras-chave: redes sociais, internet, midialivrisimo, participação popular, controle social, diabetes

As redes sociais se fortalecem e modificam com o advento da internet, e mais precisamente, com o surgimento da web. Nas comunidades virtuais há possibilidade de igualdade na participação de todos que ali se manifestam. Isto permite um novo modo de se comunicar, que reflete no campo da saúde como um movimento solidário na busca, se não da solução, da redução das consequências de problemas e de construção de conhecimentos de modo coletivo. Desde a criação do SUS, ampliar a informação dos usuários sobre questões de saúde é um esforço contínuo que traz consigo também novas formas de comunicação. Mas, apesar de todo o desenvolvimento tecnológico e dos modelos comunicacionais, os paradigmas da comunicação - e também da informação - ainda buscam modelos que atinjam determinados objetivos, definidos apenas por um dos pólos da relação comunicacional, como, em geral, o gestor, o governo, as instituições públicas e privadas. A internet modifica esta lógica e traz não apenas a ampliação da participação, mas uma avalanche de diversidade e representatividade da sociedade na discussão do campo da saúde, conduzindo a uma legitimidade que não pode ser entendida como exclusiva e inquestionável apenas quando se pensa nas instâncias oficiais e formais de participação social (Conferências e Conselhos de Saúde). Nesse contexto, as redes sociais virtuais potencializam a

possibilidade da população, enfrentar seus problemas e questões de saúde, produzindo conhecimento coletivamente. Uma parte aprende com a outra e ambas podem ser beneficiadas com isso (população e técnicos trocam conhecimentos e, assim, produzem um novo conhecimento). Entendendo que é preciso fortalecer os direitos da população para a participação social no SUS, este estudo busca mostrar a experiência de blogueiros e ativistas do diabetes, que por meio das redes sociais virtuais. Tornam-se politicamente empoderados na busca pela resolução de seus problemas de saúde. O grupo dos ativistas de diabetes é composto por 35 pessoas, entre blogueiros e colaboradores e possui uma fanpage e um grupo fechado no Facebook, além de um perfil no Twitter. Estes espaços são utilizados para debaterem e organizarem suas ações. Como se espera em redes sociais da internet, toda a dinâmica é online e cada membro do grupo coloca à disposição seu conhecimento profissional: advogados, jornalistas, matemáticos, designers ou simplesmente aqueles que dispõem de tempo para construir informação e conhecimento sobre o assunto. Conhecendo as dificuldades sobre o diabetes, sempre que têm oportunidades, essas pessoas se articulam pela web participam de consultas públicas, audiências e fazem suas próprias reivindicações. É o que ocorreu no caso da campanha pelo teste de glicemia como procedimento obrigatório nos atendimentos de urgências e emergências, o qual será aqui relatado. Este movimento começou em abril de 2013, em virtude da morte de uma criança de um ano e oito meses em Minas Gerais, que foi diagnosticada com dengue sendo, na realidade, portadora de diabetes. Outra criança de oito anos morreu em Teresina-Piauí, por receber soro glicosado ao apresentar quadro de desidratação. A criança era diabética e veio a óbito após o procedimento. Ao longo desta campanha,

novos relatos foram enviados ao blog e ao perfil do Facebook. A mobilização resultou no Projeto de Lei 6769/13 - ainda em trâmite no Congresso - que requer a obrigatoriedade do teste glicêmico, reforçada pela estimativa da Sociedade Brasileira de Diabetes, que afirma que cerca de 12 milhões de brasileiros sejam portadores de diabetes, sendo que metade delas não sabe disso! Também em 2013, na época das atividades em torno do Dia Mundial do Diabetes, comemorado em 14 de novembro, estes blogueiros perceberam que a data não seria lembrada pelo Ministério da Saúde, pois não haviam ações programadas em torno disto. Então, eles resolveram chamar a atenção por meio de um "twitaço", que convidava a Presidente Dilma e o ministro da saúde, Alexandre Padilha, a realizarem, neste dia, o teste de glicemia, representando apoio a todos os portadores de diabetes e alertando sobre a importância deste procedimento em cidadãos não diabéticos. Alexandre Padilha atendeu ao pedido e na manhã de 14 de novembro publicou em seu Twitter fotos de seu teste de glicemia. Com as imagens, os blogueiros fizeram uma grande campanha nas redes sociais, chamando a atenção sobre o assunto e alertando sobre a importância do teste glicêmico ser realizado anualmente, principalmente devido aos portadores de diabetes tipo 2, que muitas vezes só descobrem a doença quando já apresentam sequelas. A experiência mostra que a participação popular é rica para os debates sobre saúde e podem trazer impactos positivos para toda a população. Em redes sociais da internet, ações vivas e interativas promovem a solidariedade entre as pessoas, disponibilizando as experiências da população no enfrentamento de problemas que podem servir de base para articulações e conquistas políticas, como nos exemplos mostrados aqui. Assim, estes ambientes podem ser um instrumento eficaz não só por sua efetividade ao criar uma rede

passível de ser acionada rapidamente, mas também porque podem servir como um importante espaço de empoderamento da população e produção de conhecimento coletivo em saúde, além de serem espaços de definição de práticas para as ações e políticas de saúde. O movimento realizado pelos blogueiros e ativistas exemplifica bem isto, ao conseguiu levar ao Congresso Nacional uma proposta de lei que pauta o diabetes, e quando mobilizou pelo Twitter o Ministro da Saúde para a causa, o que, certamente, trouxe grandes repercussões para esta causa ganhe mais visibilidade e ainda mais importância em nosso país. Para incorporar as novas tecnologias da Internet e aproximar a população do sistema de saúde é necessário criar novos hábitos culturais, como os que dizem respeito à utilização de comunidades de usuários desse sistema, onde eles troquem informações, experiências e discutam suas questões de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (integralidade, universalidade, participação, descentralização), como nos exemplos mostrados ao longo deste estudo. Ao invés de mantermos sites, blogs autoritários, devíamos utilizar toda a potencialidade da web 2.0, que é muito mais próxima dos hábitos dos usuários que estão crescendo acostumados com as complexas interações que esta ferramenta possibilita. A internet propicia o acesso do cidadão leigo a conhecimentos que antes eram pouco compartilhados fora do circuito médico. Desta forma a participação e o controle social enquanto diretriz e princípio do SUS estará como nunca mais perto de ser alcançada, para além dos canais tradicionais de participação popular no sistema de saúde. Comunidades vivas e interativas devem buscar promover a solidariedade entre usuários, disponibilizando-se recursos e saberes do sistema de saúde (direitos, contatos, serviços, etc.) e onde se informe e discuta as experiências - novidades e

alternativas - dos usuários no enfrentamento de problemas. Assim, as comunidades virtuais podem ser um instrumento eficaz não só por sua efetividade ao criar uma rede passível de ser acionada rapidamente, mas também porque podem servir como um importante espaço de pesquisas qualitativas e produção de conhecimento em saúde. Além de serem espaços de definição de práticas para as políticas públicas de saúde.

PESQUISA-INTERVENÇÃO COM MORADORES DO MUNICÍPIO DE SANTIAGO/RS: CARTOGRAFANDO PERCEPÇÕES SOBRE O SUS E A CORRESPONSABILIZAÇÃO DO CUIDADO

Vanessa Rauter de Oliveira, Vanessa do Nascimento Silveira, Crischima Lunardi Vacht

Palavras-chave: VERSUS, Pesquisa-Intervenção, Cartografia

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho busca refletir sobre a percepção de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Santiago/RS. **OBJETIVOS:** Dar visibilidade ao ato público realizado no município de Santiago/RS durante o estágio de vivências do VER-SUS/Brasil, edição inverno de 2015. **METODOLOGIA:** Esta intervenção estava contemplada do cronograma do VER-SUS Santiago, como uma das atividades de fechamento do estágio de vivências. As explanações, vídeos e visitas ao longo da semana deram-nos subsídio para planejamento e elaboração do ato público. Com a proximidade da atividade, ficamos um pouco apreensivos, pois a realização da atividade seria de responsabilidade dos viventes. Eis a hora que colocar em prática o que fora aprendido. Mas como colocar do papel tantos sentimentos e emoções? Para realização do ato público, nos dividimos em dois grupos. Nosso

grupo ficou responsável por questionar as pessoas sobre funcionamento do SUS e a corresponsabilização do cuidado. Ocupamos a praça do centro da cidade com cartazes que traziam questionamentos e mensagens: "Que nota você dá para SUS?", "O que você prefere: SUS ou Plano Particular?", "Você costuma se auto-medicar?", "Você sabe o que é Conferência Municipal de Saúde?", "Quando você procura o médico?", "Você tem medo de ficar doente?", "Por que o SUS não funciona?", "Eu cuido de mim? Eu cuido da minha saúde? Quem é responsável pelo meu cuidado?", "O médico do SUS é ruim?", "Você confia no SUS? Faz uso dele?", "Somente o atendimento médico dá resolutividade ao seu problema?" Ou outro profissional contribui?", "O que você percebe da saúde?" etc. Fixamos cartazes em um dos acessos da praça, colamos cartazes no chão, nos bancos, e dispusemos alguns como placas. Sentamos ao lado das pessoas na praça, nos colocamos nas rodas de conversa e abordávamos as pessoas que passavam. Para além desses cartazes, reservamos um espaço para que as pessoas pudessem deixar registrado (àquelas que se sentissem à vontade), dispomos de cartazes e um envelope que convidava as pessoas a deixarem um recado para o SUS, para os médicos, agentes comunitários de saúde e estagiários. Algumas pessoas deixaram recados tais como: "Falta humanização as pessoas nos atendem com muita arrogância, tanto médicos, como técnico no Pronto Socorro Municipal" (SIC), outro refere "O atendimento básico do SUS funciona, apenas faltam especialidades. O SUS como programa de saúde é ótimo, apenas falta ser executado como tal. Falta incentivo financeiro e humanidade por alguns profissionais" (SIC), "Eu quero que o SUS melhore mais" (SIC), relatos de usuários do serviço de saúde do município de Santiago/RS. **Metodologia:** Durante o planejamento da atividade, não dispúnhamos de referencial

teórico em mãos, mas tínhamos subsídios de oito dias de vivência e questionamentos e inquietudes que não caberiam dos cartazes. Diante da multiplicidade de saberes, cabeças pensantes e corações pulsantes, sem saber estávamos construindo uma cartografia. Questiono-me se fomos ao encontro da metodologia cartográfica, ou ela que teriam nos encontrado? Segundo Lourau (2004) citado por Barros (2013), a cartografia, consiste inicialmente, em acompanhar os processos e devires que compõem um campo social, que é a realidade, em contínuo arranjo e desarranjo. Não se trata de interpretar ou construir um discurso explicativo, mas evidenciar elementos que compõem um conjunto. No caso das ciências humanas acrescenta-se a isso a ideia de interpretação como operação de deciframento. A análise transforma-se em hermenêutica, como ciência da interpretação do que está oculto. Analisar é, assim, um procedimento de multiplicação de sentidos e inaugurador de novos problemas. Assim, o modo como a pesquisa se organiza altera o sentido da análise. A análise se faz por problematização e tem dimensão participativa. Realizar uma cartografia significa mapear, obter um panorama sobre todos os aspectos que compõem a dinâmica de um território (que vai além do território-solo), ou seja, uma análise situacional sobre aspectos culturais, econômicos, sociais, sanitários e epidemiológicos, que interferem no processo saúde-doença de uma comunidade. Fonte: Fundação Estatal Saúde da Família – FESF SUS. RESULTADOS: Despídos de formalidades e preconceitos, fomos a praça e fixamos nossos cartazes. Começava ali nossa intervenção, sem antes mesmo de fixar todos os cartazes, as pessoas já estavam lendo nossos questionamentos, víamos olhares questionadores, desaprovadores, após a leitura dos cartazes, muitos mudavam de assunto e nossos questionamentos viravam pauta, até mesmo

naqueles rostos que não víamos expressão, sabíamos que de uma forma ou de outra estaríamos intervindo; muitos deles não pararam para conversar conosco, mas só o fato de levantar tais questionamentos já faz com que as pessoas tornem-se pessoas mais críticas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Tal operação de análise implica a desestabilização das formas instituídas e acessa o plano de forças a partir do qual a realidade se constitui, devolvendo-a ao plano de sua produção, que é o plano coletivo, heterogêneo e heterogênico, que experimenta, incessantemente, diferenciação. E é aí que se efetiva a análise como experiência clínica, ou seja, como experimentação no plano coletivo das forças, que não se restringe ao domínio das pessoalidades (BARROS, 2013). O estágio do VER-SUS é mais que um período de vivência, e sim uma imersão no sistema de saúde. Ao final no estágio, considerávamos detentores máximos do saber, convictos de que somente nossas verdades tinham valia. Mas o VER-SUS é uma constante construção, desconstrução e reconstrução de conceitos, significados e emoções. Entrevistamos “os anciãos da cidade” um grupo de senhores que estava na praça, professores, agente de saúde, etc. Independente da profissão/formação todos eram leigos, assim como nós, antes que ingressarmos no VER-SUS. Quando falávamos sobre as “filas do SUS”, um dos senhores disse que tinha medo de ter que depender do SUS, porque as pessoas morriam nas filas. Questionamos se ele conheceu alguém que havia “morrido da fila do SUS” e ele respondeu “Mas aparece nos jornais, na TV!” e me questionou ao final “Tu não acredita em repórter?”. Uma agente de saúde nos relatou que tem plano de saúde e teme ter que usar o SUS. Segundo Deleuze (2004), toda instituição impõe ao nosso corpo mesmo em suas estruturas involuntárias, uma série de modelos, e concebe à nossa inteligência um saber, uma possibilidade de

previsão como projeto. À luz da análise da intervenção, percebemos o quão limitado é nosso entendimento sobre o SUS/Saúde e sobre a corresponsabilização do cuidado em saúde. É preciso que a população tome conhecimento do funcionamento do SUS e sintam-se incluída, fazendo uso de todos os seus serviços e não somente de vacinas (como a grande maioria), bem como participando dos espaços de controle social. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: BARROS, Leticia Maria Renault de and BARROS, Maria Elizabeth Barros de. O problema da análise em pesquisa cartográfica. *Fractal, Rev. Psicol.* [online]. 2013, vol.25, n.2, pp. 373-390. ISSN 1984-0292. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-0292201300020001>>. Acesso em 22 de set. de 2013. DELEUZE, Gilles. *L'île déserte. Textes et entretiens. 1953-1974.* Paris: Les Éditions de Minuit, 2004. Fundação Estatal Saúde da Família – FESF SUS. Mas o que seria isso... CAR-TO-GRA-FAR em saúde? Disponível em: <http://sistemas.fesfsus.ba.gov.br/guiatrabalhador/TrabESF/Produto2-1.html>

PROTAGONISMO ESTUDANTIL E PARTICIPAÇÃO POPULAR: CONSTRUÇÃO DA FRENTE ESTUDANTIL PELA SAÚDE EM SALVADOR

Ismael Oliveira de Araújo, Aline de Souza Santana, Angelo Mendes Ferreira

Palavras-chave: Protagonismo estudantil, movimento estudantil, saúde, Frente Estudantil pela Saúde

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho tem como objetivo trazer o relato da construção da Frente Estudantil Pela Saúde (FES) em Salvador e os frutos de sua atividade, dentre eles o Primeiro Encontro de Estudantes de Saúde de Salvador, ambos objetivando o protagonismo dos sujeitos, especialmente

dos estudantes de saúde, que são oriundos de escolas com formações que não pautam a prática social e moldam os mesmos ao mercado capitalista; o protagonismo é uma construção coletiva que leva os sujeitos da inercial política-social a um sujeito ativamente político e criticista ao sistema político-econômico, social e cultural vigente. Saúde e doença são um único processo oriundo das interações humanas em relação com fatores ambientais, bióticos e abióticos, que correm em meios sociais e psicológicos com aspectos históricos de construção. A universidade forma pessoas políticas direcionadas a moldes do mercado e sistema capitalista, no entanto a saúde é mais ampla que os aspectos mercadológicos e econômicos e necessita de profissionais diferenciados; o Sistema Único de Saúde (SUS) foi conquistado com luta em cima de um problema concreto (a ausência de acesso à saúde de qualidade a maioria da população brasileira). Essa conquista não foi meramente política, mas sim popular, que alavancou atores de todas as classes da sociedade, pautando universalidade, equidade e integralidade na assistência saúde; porém a universidade não traz a prática política na sua formação acadêmica, não contemplando assim a saúde coletiva que trata a saúde como processo social. A participação e controle social no SUS possuem grande importância social e política, pois a população se insere nos processos de formulação e tomada de decisões das políticas públicas de saúde. Considerando a estrutura da saúde no Brasil e as dificuldades de implantação e implementação do SUS, faz-se necessário que os estudantes dessa área, futuros profissionais do sistema, estejam engajados nas discussões e que a sua formação aconteça em consonância com os princípios que regem o SUS, atendendo assim às necessidades do sistema. METODOLOGIA: A FES surgiu em 2013, quando discentes

de saúde, interessados em participar da XII Conferência Municipal de Saúde de Salvador, se organizaram e interviram naquele espaço, pautando à defesa da saúde pública, que foram deliberadas naquele contexto. Desde então, esse coletivo vem se reunindo e propondo ações e discussões junto à população de Salvador, Bahia. A FES é uma organização de estudantes da área de saúde composta por discentes de instituições de ensino superior e também da participação de movimentos sociais (em sua maioria do Levante Popular da Juventude) e diretórios e centros acadêmicos, além de coletivos do movimento estudantil (como Quilombo e Enegrecer) que, juntos à FES, buscam a reorientação da formação em saúde, pautando os aspectos socioculturais, políticos e econômicos da saúde no Brasil, no Estado (Bahia) e no município (Salvador), por meio das discussões em torno da participação popular com diversos atores sociais (líderes comunitários, profissionais de saúde, usuários, movimentos sociais e sindicatos), versando sobre o papel dos estudantes como atores no processo de transformação social no SUS, em contrapartida ao modelo hegemônico de saúde (biomédico centrado, tecnicista e hospitalocêntrico) que forma “profissionais de doença”. A organização em questão possui seus momentos de reuniões organizativas e formativas que pautam integração dos estudantes, reforma sanitária, controle social, reforma política, princípios e diretrizes do SUS, análise da conjuntura do país, da saúde, economia e política assim como fatores que agem direta ou indiretamente na saúde, reformas curriculares, educação popular, etc.; também organiza espaços de lutas, atos políticos, passeatas e manifestações populares com outros movimentos, pois acredita que o tripé da organização social é composto de organização, formação e luta. No ano de 2015, entre os dias 14 e 18 de maio, foi realizado o primeiro Encontro de

Estudantes de Saúde de Salvador com a temática “Em Defesa do SUS – por um projeto popular em saúde”, desenvolvido pela FES com apoio da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), do Fórum Acadêmico de Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA), do Conselho Municipal de Saúde de Salvador, de Centros Acadêmicos Unificados de Saúde (CAUS) da UNEB e de sindicatos representativos de profissionais de saúde. O Encontro teve o objetivo de organizar os estudantes de saúde de Salvador em defesa da saúde de qualidade para a população e incitando o protagonismo estudantil e participação popular. O Encontro teve 186 participantes de inúmeras instituições de ensino públicas e privadas da Bahia, e de outros estados do nordeste e 32 palestrantes, dentre eles docentes da UFBA; discentes da UNEB, UFBA e Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública; representantes de movimentos sociais como Levante Popular da Juventude, Consulta Popular, Quilombo e Enegrecer; sindicalistas; conselheiros de saúde do estado e município e pessoas de representatividade nas comunidades, como parteiras, líderes comunitários, presidentes de associações, etc. A organização do encontro foi dividida em comissões de estrutura, comissão político-pedagógico, mística e cultural, mobilização, alimentação e financeiro entre os membros da FES. Sobre a metodologia do evento, os espaços tinham palestrantes, mediadores e facilitadores, atentando-se a representatividade de gênero e de estudantes que organizavam os espaços: mesas redondas em que ocorreram os espaços coletivos para exposição de temas centrais a todos os presentes; grupos de trabalho em que grupos menores subdivididos previamente no credenciamento discutiam os temas centrais e compartilhavam questionamentos e experiências; e oficinas que versavam sobre práticas lúdicas, culturais, educacionais e políticas sobre temáticas

específicas. Dentre as temáticas abordadas nas mesas redondas pode-se citar: Análise de Conjuntura político-econômica do Brasil; Formação em saúde; Protagonismo estudantil; Reforma psiquiátrica; Reforma do sistema político; Constituinte exclusiva e soberana do sistema político; Opressões; Análise situacional da saúde na Bahia; Saúde nas populações negra, LGBTQI+ e de mulheres; Privatizações e terceirizações; Educação Popular; Movimentos Sociais, dentre outras, além das oficinas de Soberania Alimentar, Massoterapia, Mundo do Trabalho, Saúde mental, Estágios de vivências no SUS, Turbante e dreads, Batucada, rap e outras. RESULTADOS: Após o encontro de estudantes o resultado foi o desenvolvimento da criticidade em relação a formação acadêmica em saúde, dos modelos em disputa na saúde, um do lado do povo e outro do capital, e o papel que estudante deve ter no processo de transformação social; a Frente Estudantil conseguiu expandir o número de membros e apoiadores na luta em defesa do SUS em Salvador, fazendo-os entender a importância da organização dos estudantes em quaisquer grupos ou coletivos do movimento estudantil para somar-se a luta. CONSIDERAÇÕES FINAIS Atualmente a conjuntura atual do país está levando ao retrocesso de inúmeras conquistas sociais, que levam ao risco da desformulação do modelo de saúde pensado pelos movimentos que emergiram na década de 70 pela Reforma Sanitária Brasileira, apenas a organização da população em unidade na pauta de lutas e com forte formação política são instrumentos massivos de defesa e ataque às afrontas que são direcionadas do capitalismo e dos representantes políticos, a FES tenta organizar uma massa de estudantes que nessa geração perderam o entendimento dos seus papéis sociais e da sua força política, a FES busca o reavivamento do protagonismo estudantil

na defesa de uma saúde universal, equitativa, integradora e de qualidade para a população, respeitando e analisando os seus condicionantes e determinantes do processo saúde-doença.

RELATO DE EXPERIÊNCIA COM O GRUPO DE APOIO A PORTADORES DE HANSENÍASE – GAPHAN DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA

Clélia Cristina Neves Pinto, Edilene Machado, Elizane Nascimento, Roseli de Jesus Michalowski, Rosiléa Clara Werner

Palavras-chave: Hanseníase, Saúde Pública, Educação em Saúde

O Projeto de Extensão: “Saúde e Cidadania: Recriando a Realidade Social”, é desenvolvido por professoras e acadêmicas de Serviço Social, e tem entre seus objetivos; desenvolver atividade de educação em saúde que gere a autonomia do usuário do SUS, abordando temas como o que é SUS, direitos constitucionais na saúde, conceito de saúde, acesso aos serviços de saúde, para além do cuidado da doença. O relato aqui apresentado será das atividades desenvolvidas com o Grupo de Apoio aos Portadores de Hanseníase (GAPHAN), no período de 2014 e 2015. Em Ponta Grossa, o atendimento aos portadores de hanseníase é realizado no Serviço de Atenção Especializada (SAE). De acordo com o serviço, entre 2008 e 2014 foram registrados 250 casos de hanseníase na cidade. O SAE tem equipe multidisciplinar composta por médico, equipe de enfermagem, fisioterapeutas, psicóloga e assistente social. As reuniões do GAPHAN acontecem na última segunda-feira do mês no SAE, são acompanhadas pela equipe de profissionais e desde agosto de 2014 pelo projeto de extensão. OBJETIVOS: Os objetivos do Projeto de Extensão Saúde e

Cidadania: Recriando a Realidade Social com o Grupo de Apoio aos Portadores de Hanseníase (GAPHAN), foram: contribuir para a melhoria do tratamento rompendo com estigmas sociais; viabilizar metodologias diferenciadas para facilitar as discussões sobre auto cuidado; e também apoiar os portadores de hanseníase e seus familiares no cotidiano do tratamento, além de instigar esse público à participação social como atores da produção de mudanças na saúde. DESENVOLVIMENTO: Um dos primeiros temas trabalhados com GAPHAN foi à descrição da hanseníase, características e informações sobre a doença. A partir de alguns encontros de observação pode se perceber que os integrantes do grupo possuíam conceitos diferenciados sobre a doença e desconheciam sua forma de transmissão e tratamento. Através de uma roda de conversa o médico fisioterapeuta passou informações importantes sobre a doença como, por exemplo: a hanseníase é uma doença transmitida principalmente pelas vias respiratórias, essa transmissão só se dá a partir de um período longo de contato com uma pessoa que não está em tratamento e seus sintomas podem levar anos para ser identificados. Outro tema abordado foi o projeto de vida, foram produzidos cartazes com o projeto de futuro dos participantes, utilizando recortes de revistas, construção de cartazes, e roda de conversa. Por ser uma das primeiras atividades, o grupo se mostrou um pouco tímido, mas ao longo da atividade começaram a interagir. Notou-se se grande parte do grupo, ou não tinha um projeto de vida, ou desejava coisas inviáveis para o momento, muitos colocaram como projeto de vida a aposentadoria, no entanto nunca contribuíram com a previdência social. Após essa atividade optou-se por marcar um encontro para orientar os integrantes do grupo sobre os seus direitos previdenciários, para isso foi convidada uma assistente social do INSS. Esse foi um

dos encontros com a maior participação do grupo. Foi realizada ainda uma visita guiada ao shopping que fica ao lado do SAE, no sentido de inserir o grupo nos diversos espaços sociais. No decorrer dos encontros e das atividades percebeu-se que o grupo apresentava uma carência cultural, muitos nunca havia entrado em um shopping. A hanseníase é uma doença que tem cura, no entanto pode deixar sequelas, uma delas é a falta de sensibilidade, por esse motivo foi realizada uma atividade no grupo sobre autocuidado, onde foi realizada a montagem de um boneco, utilizando a roda de conversa para orientar sobre os cuidados que se deve ter com as mãos, pés, olhos, nariz, orelhas e as outras partes do corpo. Em um dos encontros foi feita a dinâmica do espelho, a partir da qual foi trabalhada com o grupo a visão que cada um tem de si, da sua história, das suas dificuldades, como aceitar essas condições, se reconhecer como importante, foi trabalhado ainda as possibilidades a partir dos limites de cada um, e por fim a importância de estar no grupo, GAPHAN. Em outro encontro foram discutidas as formas de participação social, através dos conselhos, ouvidoria e conferências e a importância da mobilização social. É fácil confundir mobilização social como uma reunião de pessoas em lugares públicos, mobilizações, mas, esses movimentos mencionados não são necessariamente uma mobilização social. É possível perceber que a mobilização social é um processo do nosso dia a dia, cabe a nós escolhermos participar ou não. A construção da mobilização esta relacionada com a utilização de recursos de comunicação. É por meio deste mecanismo, que surge uma ligação com outras pessoas, sendo assim possível uma transformação da realidade. No decorrer das discussões sobre participação, mobilização, um dos integrantes sugeriu que fosse feito uma carta para o poder público, a partir daí surgiu a ideia de construir com o grupo uma

moção, que deveria ser colocada em votação na Conferência Municipal de Saúde que foi realizada no mesmo mês do encontro com o grupo, no entanto ela não foi aprovada. Foi incentivado aos integrantes a não desistirem e participarem da Conferência do Sistema Único de Assistência Social, participando primeiramente das pré conferências realizadas no CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) de abrangência, para participarem na Conferência como delegados, podendo assim ter direito a voz e voto. Nessa conferência a moção foi aprovada. Ocorreu a participação de alguns integrantes do grupo. RESULTADOS: As atividades realizadas no SAE proporcionaram a troca de experiências entre os participantes, assim como o fortalecimento dos participantes para enfrentarem as adversidades cotidianas e o aprendizado de como melhorar a qualidade de vida, mesmo com as sequelas da hanseníase. Na medida em que os encontros foram acontecendo ocorreu o aumento de participantes e participação com perguntas, relatos e sugestões, enriquecendo ainda mais as atividades desenvolvidas. Possibilitou as acadêmicas conhecerem novos espaços de atuação do Serviço Social e serem multiplicadoras de informações sobre a hanseníase. Além de adquirir experiência e perceber a importância do trabalho de equipe multidisciplinar. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As mudanças que ocorrem no corpo, à exclusão da família e da sociedade bem como a perda do padrão de vida, fazem com que muitos usuários cheguem para realizar o tratamento, desanimados, sem perspectiva positiva de seu futuro. Por meio disto, percebe-se a importância do resgate dos vínculos familiares e comunitários, a recuperação da autoestima, a troca de experiências, e o compartilhamento de sentimentos para que o paciente sintasse acolhido e pertencente à sociedade.

O ambiente provocado pelas atividades extensionistas, proporcionaram a troca de experiências entre os participantes, assim como também o fortalecimento dos participantes para enfrentarem as adversidades cotidianas. Durante as atividades com o grupo foi possível concluir que a hanseníase deixa marcas profundas e difíceis de serem apagadas e que deformidades no corpo são apenas a expressão aparente da doença e as cicatrizes mais dolorosas são o estigma social e o impacto psicológico.

RELATO DE EXPERIÊNCIA CONCURSO DE CULINÁRIA DA VELHA – SABORES TRADICIONAIS E CULTURAI

Mariana Campos Martins Machado, Renata Szpak Rodrigues, Letícia Pereira Zancanaro, Aline Luisa Mafra, Maristela Rodrigues Zancanaro, Maria Urânia Alves, Alessandro Guedes, Karla Ferreira Rodrigues

Palavras-chave: Educação popular em saúde, Participação social, Educação alimentar e nutricional, Identidade alimentar, Concurso de culinária

Apresentação: O incentivo à alimentação adequada e saudável é parte integrante das principais políticas de saúde no Brasil, como o “Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022” (BRASIL, 2011) e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 2012a). A Educação Alimentar e Nutricional, através da educação popular em saúde, deve buscar o resgate, valorização e incentivo aos saberes culinários tradicionais da população brasileira (BRASIL, 2012b). No dia 15 de agosto de 2015 ocorreu o Segundo Saúde na Praça na Praça Cirilo Theiss, ao lado do Ambulatório Geral (AG) Haroldo Bachmann, evento realizado pela equipe do próprio AG,

em parceria com o Programa de Extensão Liga da Saúde Coletiva, da Fundação Universidade Regional de Blumenau. O objetivo do evento foi fortalecer e valorizar a diversidade cultural do bairro da Velha, em Blumenau (SC). Entre as atividades desenvolvidas no Saúde na Praça esteve o Concurso de Culinária da Velha – Sabores Tradicionais e Culturais, que foi organizado com o objetivo de resgatar, fortalecer, valorizar e incentivar as práticas culinárias tradicionais das diversas identidades culturais presentes na comunidade envolvida. Desenvolvimento do trabalho: O Concurso foi lançado em atividade desenvolvida pelo Projeto de extensão “Desatando os Nós da Velha Grande” na Unidade Básica de Saúde Arão Rebelo, onde ocorrem encontros mensais com o grupo de puericultura - composto por mães e cuidadoras de lactentes. Em roda de conversa sobre as preparações culinárias, realizada no mês de junho de 2015, foi feita a proposta de realização do Concurso de Culinária no bairro, no dia do Saúde na Praça. Posteriormente, houve roda de conversa sobre alimentação saudável com grupo de mulheres da Velha, onde a comunidade foi novamente convidada e incentivada a participar do Concurso. É importante destacar que este grupo de mulheres é extremamente envolvido nas ações desenvolvidas na comunidade, participando ativamente das construções coletivas em saúde. O concurso contou com três juradas voluntárias. A primeira, representante da comunidade, foi uma senhora envolvida no grupo de mulheres da comunidade e em diversos movimentos da sociedade civil organizada do município. A segunda, chefe de cozinha e professora do único curso de graduação em gastronomia do município. E a terceira, dona de um restaurante tradicional do município. Somente foram aceitas inscrições de preparações que representassem a culinária

tradicional e as diversas manifestações culturais da população. Não foram permitidos os alimentos industrializados, como: leite condensado, creme de leite, chocolate, margarina, alimentos com corantes e conservantes, gelatina, temperos e molhos prontos industrializados, carnes processadas industrializadas e preparações que não fossem da cultura alimentar da comunidade local. Resultados e Impactos As rodas de conversa realizadas antes do Concurso possibilitaram espaço para o processo de escuta e reflexão sobre o conhecimento prévio das pessoas sobre a alimentação. Através de problematização e reflexão sobre as práticas alimentares da comunidade, ocorreram atividades educativas horizontais, valorizando a partilha de saberes populares, e a sua interface com os saberes dos profissionais de saúde (BRASIL, 2014). Participaram do concurso quatro concorrentes, e as preparações apresentadas foram: coxinha de frango com massa de aipim, panqueca de brócolis com carne moída e molho de tomate, bolinho integral, bolinho de alface. A participante que levou a preparação coxinha de frango com massa de aipim trouxe a receita de Rondônia, o que representa a diversidade cultural do Bairro da Velha, que acolhe migrantes de diversas regiões do País, e imigrantes de outros países. A representante que levou a preparação bolinho de alface relatou ser uma tradicional receita de família, e que sua mãe preparava este alimento em situações de restrição alimentar, em períodos de dificuldades econômicas. Esta preparação demonstra a criatividade da população brasileira diante de escassez alimentar, que assolou o país por tantos séculos. A participante que levou a panqueca de brócolis com carne moída e molho de tomate também relatou este preparo em circunstâncias de insegurança alimentar e nutricional devido à falta de acesso aos alimentos. A

participante que levou o bolinho integral relatou preocupação com a qualidade de vida, e a busca de alimentação saudável e alternativa aos alimentos industrializados presentes no mercado, ricos em sódio, conservantes, aromatizantes e realçadores de sabor. Quando se trata de alimentação, as percepções são impregnadas de significados emocionais, sociais e culturais que precisaram ser conhecidos e respeitados. Durante a realização do Concurso, pôde-se perceber claramente estas significações para as participantes e a comunidade envolvida. Assim, percebe-se que o Concurso ofereceu a possibilidade de reflexão e diálogo sobre as práticas alimentares da comunidade, e estimulou a interação entre os envolvidos. A alimentação humana vai além do biológico, é um fenômeno social e cultural, e assim existem diversos sistemas alimentares, constituídos a partir de fatores ecológicos, históricos, culturais, sociais e econômicos. Neste contexto, destaca-se a construção de identidades socioculturais, em que a comida assume-se como um elemento cultural, que pode se transformar em um marcador identitário, utilizado pelo grupo como “símbolos de uma identidade reivindicada” (MACIEL, 2005, p.52). Considerações finais: O Concurso de Culinária caracterizou-se em excelente espaço para diálogo entre os saberes populares e o serviço de saúde. Houve envolvimento, participação e motivação da comunidade, aproximando o saber científico do saber prático, considerando que o início de todo trabalho educativo é conhecer onde o outro está.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA INTERVENÇÃO NO HIPERDIA

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

Palavras-chave: Saúde, Prevenção, Intervenção

Este trabalho faz parte do projeto de extensão: Acompanhamento e apoio técnico ao Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB) que está sendo realizado pelos alunos do último ano do curso de psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), no estágio Supervisionado em Psicologia Social e Comunitária. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças que acometem grande parte da população brasileira e se não forem tratadas precocemente podem gerar agravos e invalidez (Ministério da Saúde, 2002). Diante disso, este trabalho tem como proposta analisar e intervir no HiperDia: programa do Ministério da Saúde que tem por objetivo acompanhar e monitorar os usuários com HAS e DM na Atenção Básica. A intervenção começou no período de março de 2015, inicialmente com observações a respeito do funcionamento do programa e a partir disso, desenvolveram-se estratégias com o intuito de melhorar a assistência. A Atenção Básica tem como uma de suas responsabilidades a prevenção de agravos, sendo HAS e DM pré-condições para doenças mais graves, como por exemplo: Acidente Vascular Cerebral e Insuficiência Renal, dentre outras (SOUZA e GOMES, 2015). O programa HiperDia tem por intuito promover a prevenção e orientar os cuidados que os pacientes devem tomar a fim de evitar agravos das doenças e para garantir uma melhor qualidade de vida. Devida a essa demanda, esse trabalho foi realizado com uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um bairro da periferia de Dourados (MS), na qual o programa acontece em duas igrejas próximas a Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro, atendendo toda a população que mora nos arredores, por volta de 7 bairros que são

divididos em micro áreas. Semanalmente é realizado o HiperDia abrangendo uma região e cada Agente Comunitária de Saúde (ACS) é responsável por uma microárea e por fazer o convite às famílias que possuem hipertensos e diabéticos. O programa acontece nas quintas-feiras no período matutino. Nos encontros observados, foi notado que os pacientes chegam bem cedo e pegam uma senha, para que a triagem seja feita por ordem de chegada. Também notou-se que a adesão da população é positiva e sempre participam por volta de 30 ou mais pessoas. Diante disso esta pesquisa faz-se necessária para analisar o que tem sido feito nesses encontros e observar se eles têm apresentado resultados eficazes, como por exemplo: diminuição dos índices de hipertensão, diabetes e seus agravos. Este relato caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, na qual o ambiente é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave (GIL, 2006), nesse caso foi realizada a observação do cotidiano do HiperDia, das atividades realizadas que possuíam resultados positivos e também observar os desafios encontrados pela equipe. A partir disso, foi traçada uma estratégia de colaboração com o programa, realizando atividades que possam trazer melhorias para a saúde da população. Após esse período de observação, notou-se que o programa, apesar de ter boa adesão da população não possuía nenhuma atividade que envolvessem os pacientes. Em alguns programas eram realizadas palestras com temas de prevenção, saúde bucal e realização de exercícios físicos, mas nem sempre surtiam resultados, pois mesmo assim, os pacientes apresentavam índices elevados de HAS e DM. Durante a realização do programa, foi notada a necessidade de um espaço para que fossem ouvidas as queixas trazidas pelos pacientes, investigar a história de vida deles, saber a quanto tempo é hipertenso ou diabético, o que faz para melhorar ou controlar a enfermidade.

Para isso, a estratégia pensada foi então de promover uma roda de conversa com os participantes em parceria com a equipe da ESF, com o objetivo de escutar a população e promover uma troca de informações, valorizando o saber popular. No programa eram realizadas apenas a triagem pelo enfermeiro com o auxílio das ACS's, realizando os processos de: aferição de pressão arterial, controle de glicemia, medida de circunferência abdominal, peso e altura, algumas consultas médicas e troca de receitas. Então com a sugestão das rodas de conversas exposta para o enfermeiro chefe e a equipe, foram observadas algumas mudanças. No mês de agosto de 2015 iniciaram-se as rodas de conversa, sendo realizadas pelas estagiárias com o apoio da equipe da EFS, e foi possível perceber que nessas rodas os pacientes expõem suas angústias, trocam informações sobre medicamentos, fornecem dicas para melhorar a saúde e esse momento proporciona o diálogo da comunidade que muitas vezes só assistia passivamente o programa. As rodas de conversa acontecem após a triagem, antes de passarem pela consulta médica, é um momento de espera que passou a ter utilidade, pois muitas vezes as pessoas se queixavam da demora pela consulta. Então, a roda de conversa está preenchendo esse momento de maneira produtiva promovendo oportunidades para as pessoas conhecerem-se, ouvirem os outros usuários e a comunidade. Nesses momentos é perguntado aos pacientes há quanto tempo residem no bairro e se conhecem todos que frequentam o programa, alguns começam a contar as experiências que fizeram e os auxiliaram a melhorar a qualidade de vida. São passadas informações sobre grupos de caminhada que um paciente conhece então pode compartilhar com os demais, dentre outras informações. É possível também durante a roda de conversa promover a vinculação do paciente com a equipe, pois torna-se

um momento em que o paciente sente-se valorizado, pois são levados em consideração as suas opiniões e o conhecimento que ele possui e pode passar adiante, em alguns casos as pessoas começam a contar as suas dificuldades diárias e aqueles que compartilham de situações semelhantes podem ajudar uns aos outros. Além de continuar o procedimento padrão de controle das HAS e DM, consulta médica, troca de receitas, o programa possui um diferencial que proporciona um encontro de promoção de saúde entre a população que leva em consideração o saber popular e o aumento do conhecimento dos serviços da rede. Com o intuito de contribuir com o HiperDia, esta pesquisa faz-se necessária para mostrar que algumas técnicas de intervenção podem contribuir para promover uma melhor qualidade de vida. Essas pessoas podem conviver com essas doenças por muito tempo sem possuírem agravamentos em relação às pessoas que não procuram esse tipo de cuidado. Por fim, espero que essa pesquisa intervenção sirva para contribuir com os trabalhadores de saúde que procuram estratégias para melhorar a qualidade de programas do SUS.

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE APRENDIZADO VIVENCIADO NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TRANSPLANTES

Marlyara Vanessa Sampaio Marinho

Palavras-chave: Doação de órgãos, Transplantes, Família

APRESENTAÇÃO: O transplante de órgãos ainda é a única alternativa da sobrevivência para diversas patologias. Doar aumenta a oportunidade de salvar tantas pessoas que esperam por um órgão com a esperança do recomeço. No primeiro semestre de 2015, pela primeira vez em oito anos, segundo

pesquisas do RBT (Registro Brasileiro de Transplantes), foi observada uma diminuição na taxa de potenciais doadores e doadores efetivos para o número de transplantados de rim, fígado e de pâncreas em relação a 2014. O maior obstáculo para o aumento no número de doações ainda é a recusa familiar. A motivação que impulsionou este relato foi à convivência com várias pessoas que esperavam por um órgão, muitas delas estavam em estado elevado da doença, uma delas inclusive era um familiar, que precisava de um fígado e que, mesmo com a queda de doador não vivo do órgão, conseguiu a tão almejada cura. Este relato tem como objetivo incentivar as pessoas a efetivação na captação de órgãos, bem como, mostrá-las a experiência de uma família que se recusava a doar. Incentivando assim, outras famílias para a importância de um gesto solidário, de amor e coragem. **DESCRIÇÃO DE EXPERIÊNCIA:** Todos os dias alguém morre. A morte pode ser em qualquer lugar do mundo, que talvez a maioria da população mundial nem saiba o nome. Todos os dias alguém precisa de um órgão. A intempérie para o processo do tipo vida por vida é que nem todo falecido é doador e nem toda família aceita a doação. A mudança de mentalidade da família sobre a doação de órgãos só é modificada quando o médico diz: "A única forma de cura para o paciente é um fígado novo, através do transplante." A partir disso a maneira de pensar em relação ao assunto muda. Há uma cultura por parte dos familiares mais idosos que doar órgãos não é bom para o corpo. Sendo assim a família absorve esta ideia e passa para os demais membros. Embora isto possa mudar e o que antes dizia não aceitar doar órgãos por motivos religiosos, psicológicos, espirituais e culturais, passa a ver o processo de forma diferente. Muitas vezes o genitor da família é o paciente em questão e seria preciso que alguém morresse e doasse o fígado para que ele

continuasse vivo. É alarmante devastador emocionalmente se deparar com tantos casos doentes no hospital de transplantes, são inúmeras pessoas ansiosas por um ato de solidariedade. É impactante para os acompanhantes e para o paciente hepático ver o quanto à fila é e era grande e nela havia um número considerável de pessoas doentes em busca da sobrevivência e da esperança na cura. Muitas são as histórias, como por exemplo, quando o idoso da família estava internado com altíssimo grau de encefalopatia e uma das visitas falou que o paciente do leito da frente havia chegado de outra cidade vomitando sangue; que ele havia sido contemplado com um fígado, mas que depois a família do doador desistiu. Pode-se acompanhar pelo acesso ao jornal que as famílias desistem da doação causando um mal maior para quem aguarda por uma doação. A equipe multiprofissional daquele hospital foi de grande importância para a evolução do tratamento. O idoso da família com crises intensas de encefalopatia, barriga d'água e depressão era muito bem atendido por todos do setor responsável pelo transplante. O respeito pelo paciente, pelo medo, pela angústia, pela pressa, pelo sofrimento da extensão do paciente - a família - foram muito bem assistidos. Era uma cultura de diferentes profissionais ligados à redução do dano e atentando-se também ao desejo, a emoção, ao interesse pela vida do paciente, alicerçados a todos os saberes técnicos e humanitários. No início de julho de 2015 fui com o integrante da família a uma consulta hospitalar. O setor estava participando de uma matéria para os meios televisivos, o motivo para as entrevistas eram: o número de doações estar fraco. Falavam que havia um número exacerbado de pessoas na fila, muitas estavam mal, algumas internadas e outras em casa enquanto o nódulo crescia. É muito comum o futuro transplantado ficar imaginando como seria o doador, do que seria a morte,

se iria ter doador, se ele aguentaria a espera, se ele morreria logo. Uma transcendência de pensamentos e indagações, como se talvez o braço do doador fosse grande e a estatura alta, careca e gostasse de feijão com arroz, enquanto o "doente" tivesse braços finos, estatura mediana, um aglomerado capilar na cabeça e comesse somente frango; que talvez o fígado fosse de mulher, ou de um jovem ou de alguém que se suicidou. Apesar de todas as diferenças nesse processo de devaneio, em tudo não há desigualdades quando o que se leva em consideração vai além da perspectiva apenas de sobrevivência, mas também a da intensidade da vida com honestidade e a possibilidade de renovação do futuro de pessoas que nunca se viram, um precisando receber uma doação e a outra doando. O transplante ocorreu no início de agosto de 2015. O doador tinha 41 anos, talvez fosse muito diferente do transplantado, ou até mesmo parecido em fenótipo. Todas as dúvidas e indagações se transformaram em respeito ao doador e sua família. O transplantado de 71 anos tem um fígado de 41 anos e a sua família assim como tantas outras aprenderam que a manipulação de corpos para a retirada de órgãos não interfere nas crenças religiosas e espirituais e que esse ato pode dar à continuidade a vida de várias outras pessoas que aguardam muito pela chance de continuar a viver. IMPACTOS: Hoje, minha família é de doadores efetivos e potenciais doadores. O impacto com a precisão de transplante para o patriarca da família fez-nos atentar-se de que o corpo pode salvar muitas pessoas. Aprendemos que doar é salvar o outro e não saber que está se salvando. Aprendemos que não importa a cor, a etnia, classe social, todo ser humano tem os mesmos órgãos específicos, diferenciando-os em algumas peculiaridades. Aprende-se que enquanto a terra decompõe órgãos há pessoas precisando deles para continuar

vivendo. Aprende a valorizar a vida e incentivar outras pessoas a entender o quanto isso é importante. Aprende que se não tiver doação não terá transplante e milhares de pessoas poderão morrer. Aprende que dar a continuação da vida para outras pessoas vai além de um órgão de um momento. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Ainda é imprescindível a doação de órgãos. Recebê-los para pacientes que tanto almejam a vida é a esperança na reconquista e na renovação. Há muito que se fazer para ultrapassar as fronteiras da recusa familiar e da dificuldade na realização dos testes para diagnósticos de morte encefálica, por exemplo. O que se presencia nesse longo período além de muito sofrimento foi a grande falta de doações. Enquanto a doença avança e não há expectativas para muitos doadores, a família sofre com a acelerada progressão do caso clínico, psicológico e deformador. Um ato de solidariedade, de coragem, de amor pode salvar até 25 vidas, que esperam viver mais, sorrir mais, ser feliz, mais.

REUNIÃO COM A COMUNIDADE: UMA FERRAMENTA DE TERRITORIALIZAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Mylene Caroso Melhem, Aline Gomes Fernandes Santos, Camila Ramos Reis, Ábia Lima de França, Marta Teixeira Rocha, Joseane Conceição Anunciação Paim

Palavras-chave: Educação Popular, Mobilização Social, Controle Social, Territorialização

O trabalho a seguir é um relato de experiência sobre a realização de Reunião com a Comunidade na Estratégia de Saúde da Família como ferramenta de territorialização e mobilização social. Ocorreu no cenário de uma Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família, no município de Camaçari, interior da Bahia, parte da região

metropolitana de Salvador. O programa de residência instituído pela Fundação Estatal Saúde da Família, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, no seu processo de implantação, em março de 2015, alocou as equipes de residentes conforme seu desenho pedagógico, como os próprios profissionais da equipe mínima e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Nas Unidades de Saúde da Família (USF) em que os residentes entraram os profissionais médicos, enfermeiros e odontólogos que lá estavam foram deslocados para outras unidades de Camaçari. Além de residentes professores de Educação Física, nutricionistas e fisioterapeutas dando apoio técnico-pedagógico e assistencial as equipes saúde da família. Há presença também, de preceptores de cada categoria profissional que contribuem para o processo de formação e os tutores que dão apoio pedagógico. As equipes novas com diversos profissionais começaram a fazer reflexão sobre o cotidiano e atividades de planejamento, tendo como uma das ações primordiais a territorialização e a reunião com a comunidade. A equipe iniciou a operacionalização através de uma visita à escolavizinhada Unidade de Saúde da Família, com o objetivo de identificar parcerias, uma vez que a escola é um equipamento social potente, e já solicitar espaço para a reunião. Identificou-se coordenação pedagógica bastante implicada com os estudantes e disposta a trabalhar conjuntamente. A resposta foi positiva quanto ao espaço para a reunião. Nos momentos de planejamento e sistematização da reunião com a comunidade, alguns profissionais como Agentes Comunitários de Saúde (ACS), técnicas de enfermagem e gerente da USF demonstravam receio com o momento. Pois, esses alegavam que a equipe sofreria por receber todas as reclamações dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e não ter governabilidade para dar respostas.

Relatavam que, antes da implantação da residência, havia ocorrido um episódio de tensão: ao saber previamente de uma visita do secretário de saúde à USF, os moradores se organizaram para estarem na unidade neste dia e exigiram melhorias no serviço de modo hostil. Os profissionais temiam que o episódio se repetisse. Com a presença de uma tutora de campo da residência na reunião de equipe, foi trabalhado o objetivo dessa reunião, pois era aparente que havia muita discrepância desse entendimento. Havia profissionais que tinham a expectativa de sair da reunião com a criação de grupos. Também, havia quem achasse que deveria chamar um dirigente para dar respostas. E por fim, profissionais que achavam que o objetivo não era dar respostas às demandas dos usuários do SUS. Sendo assim, foi discutido na tutoria o método da Educação Popular, sistematizado por Paulo Freire, se constitui como norteador da relação entre intelectuais e classes populares, onde muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, engajam-se neste processo. (VASCONCELOS, 1997), tendo a equipe chegado à conclusão de que, apesar das muitas expectativas, era preciso estar aberto para as possibilidades de desenvolvimento da reunião pelos próprios moradores do bairro presentes. Nessa perspectiva, foi pactuado que a equipe iria iniciar com dinâmicas e falas que deixassem claro o objetivo principal do convite: criar vínculo e parceria, construir juntos. Assim, poderemos visualizar de que forma a equipe pode trabalhar a educação em saúde nos serviços e como contribuir para a construção da melhoria da qualidade de vida, da consciência crítica e participativa da população usuária do SUS (ALBUQUERQUE, 2003). Foram definidas comissões para a produção deste momento: a de logística, metodologia e construção das falas.

Entretanto, as tarefas e os responsáveis por tais não funcionaram. Um possível empecilho foi que as equipes receberam, de última hora, uma solicitação da gestão municipal de que todos os (as) médicos (as) e enfermeiros (as) participassem da capacitação de DST de segunda à quinta, exatamente na semana da reunião com a comunidade, a ocorrer na sexta. Desse modo, as discussões foram feitas informalmente, por celular, em horários de almoço, e por uma pequena parte da equipe. Uma parte da equipe que ficou na unidade durante essa semana, construiu um planejamento para a reunião e enviou para todos os profissionais de saúde. Havia a necessidade de que as pessoas se colocassem como responsáveis para cada momento, especialmente para facilitar a reunião. Durante essa semana de preparação para a reunião, alguns outros profissionais, do NASF e preceptores, participaram de atividades do Encontro Regional da Rede Unida, onde surgiram outras ideias, como a de usar o Cordel do SUS para finalizar a reunião. Na sexta-feira, com a volta dos profissionais da capacitação de DST, no turno da manhã estes ficaram envolvidos com atividades assistenciais. Os profissionais do NASF conseguiram praticar o Cordel do SUS para incluir na programação. No almoço e no início da tarde quem foi chegando foi preparando o ambiente da sala de aula da escola para a reunião, cada um ao seu modo: spray com aromático, música de recepção, entre outros. As tarefas da equipe de logística não tinham sido realizadas, mas foi sendo providenciadas tarjetas, piloto. Os sujeitos sociais da comunidade foram chegando, cerca de 70 pessoas, enquanto eram esperados apenas 30 a 40 pessoas. Diante da intenção de tornar o momento mais um encontro do que uma reunião formal, dos poucos momentos que a equipe teve para elaborar o planejamento da reunião e do número de

indivíduos maior que o esperado, algumas outras mudanças foram feitas. A dinâmica de apresentação que tinha sido preparada for uma Agente Comunitária de Saúde teve que ser cancelada diante do número de participantes. Os profissionais do NASF sugeriram receber cada um que chegava com uma música de boas-vindas, criando um clima de descontração de disposição. Foi feita a fala de início pela médica residente que a havia escrito, finalizando com o questionamento: “o que é saúde para você e como esta a saúde no seu bairro?”. Uma fisioterapeuta residente do NASF se propôs a ser facilitadora da reunião com a comunidade, enquanto uma nutricionista residente foi relatora. E uma professora de Educação Física residente ficou organizando tarjetas para sintetizar e expor as colocações. As preceptoras ficaram acompanhando as tarjetas e a facilitação, principalmente. Houve registros fotográficos, inscrição de fala, e a reunião estava funcionando bem, rapidamente muitas pessoas se inscreveram para falar. Diante das falas, as tarjetas foram sendo organizadas em “pontos positivos”, “pontos negativos” e “sugestões”. As falas começaram com algumas queixas sobre o sistema de saúde no município. Dificuldade em acessar exames e especialistas era uma das principais queixas. A falta de entendimento da Estratégia de Saúde da Família esteve presente em muitas falas. A histórica baixa credibilidade da USF era evidente, porém algumas colocações demonstraram que essa visão estava começando a mudar: alguns moradores que vinham frequentando a USF desde ampliação da residência relataram boas experiências. Uma das falas que mais representou o objetivo cumprido neste encontro foi a de uma moradora: “Vocês foram a primeira equipe que procuraram saber o que a gente quer!”.

SAÚDE E BEM ESTAR DAS CUIDADORAS NOS CENTROS DE EDUCAÇÃO INFANTIL DE DOURADOS-MS

Leticia Aragao Alencastro Candido, Margareth Soares Dalla Giacomassa

Palavras-chave: Saúde, Educação Infantil, Prevenção, Promoção

CANDIDO, Letícia A. A.¹ email: leticia_alencastro1@hotmail.com Bolsista PIBEX. GIACOMASSA, Margareth S.D.² e-mail: margasdg@uems.br ¹Acadêmica do curso de Enfermagem (UEMS). ²Docente do curso de Enfermagem (UEMS) E-mail:margasdg@uems.br **Resumo** Introdução: O presente artigo é um subprojeto e integra o projeto de extensão Práticas diárias em cuidados e educação nos Centros de Educação Infantil (CEI) de Dourados/MS. Deseja compreender os fazeres diários dos funcionários e atuar de forma preventiva nas questões de saúde. A equipe que desenvolve atividades nos CEI executa um numero significativo de funções que pode causar uma sobrecarga física e mental pela indissociabilidade do cuidar e educar com crianças no CEI. O tema proposto para o desenvolvimento deste projeto é importante tanto a nível social como de saúde pública, levando em consideração a demanda de funcionárias que solicitam afastamento do trabalho por ano em decorrência de LER (lesões de esforço repetitivo) e DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) além de agravos em saúde mental tais como estresse, depressão e outros. **Objetivos:** Propiciar conscientização das educadoras sobre a importância do autocuidado, fornecendo conhecimento necessário para evitar e aliviar situações estressoras dos componentes físico e mental. A promoção de oficinas com interação entre as participantes que atuam no CEI é a principal ferramenta nesse projeto.

Métodos: A metodologia empregada será qualitativa com metodologia de análise de dados pelo DSC- discurso do sujeito coletivo, com TCLE (termo de consentimento livre e esclarecido) bem como apreciação do comitê de ética. Os dados serão obtidos por entrevistas e após análise final será proposto reuniões ou rodas de conversas entre equipe de funcionários, equipe de saúde, através das quais será enfatizando o autocuidado, importância dos cuidados com a postura correta durante as atividades de trabalho que demandam esforço físico, do alongamento antes e após a jornada de trabalho e das boas práticas diárias que contribuem para a prevenção de lombalgias, artralguas e outras patologias recorrentes de LER e DORT. Válido salientar que durante o processo todos serão convidados e estimulados a participação ativamente das atividades propostas de modo a promover a descontração pela socialização e aplicação diária dos aprendizados na promoção de saúde e prevenção de agravos. Os materiais utilizados para este fim serão utilizados multi meios, palestrantes convidados e atividades fora do ambiente de trabalho, adequando às solicitações e atividades propostas. **Resultados:** Com base na metodologia empregada, apesar de ainda ser um projeto em andamento que possibilitará mudanças e melhora na qualidade de vida das funcionárias para uma melhor assistência às crianças, pode-se notar interesse por parte dos envolvidos. Perguntas com curiosidade e questionamentos pertinentes quanto às manobras puderam ser exploradas a fim de dar mais confiança e clareza para as funcionárias no CEI. **Considerações finais:** As contribuições desse projeto são em médio e longo prazo como a redução de danos e agravos na saúde, redução do número de atestados médicos seja por lesões físicas ou problemas de saúde mental e contribuir na qualidade do trabalho realizado com as crianças sob a responsabilidade desses

profissionais. Além de que esse seja um projeto com caráter de continuidade pela sua importância e significado na educação infantil de Dourados/MS.

SE EU FALAR, VOCÊ ME OUVI?

Silvia Regina Costa dos Santos, Vania Lopes Silva

Palavras-chave: Atenção Básica, Crianças, Linguagem, Social

APRESENTAÇÃO: A comunicação é observada em todos os seres humanos, apesar de haver diferentes padrões mais ou menos desenvolvidos, se um ato comunicativo for tomado como modelo. É importante destacar que, os atos não verbais são informes de grande significação, portanto, a comunicação não se forma apenas com o falar, ouvir, escrever e ler. O conjunto dessas habilidades, verbais e não verbais, é determinante no desenvolvimento da comunicação. Seguindo a vertente sociointeracionista, o ser humano nasce com atos reflexos e disposições comunicativas, mas necessita do meio, da comunidade, para que sejam atribuídos valores comunicativos a cada ato, seja esse motor ou sonoro e, assim, é construída a linguagem e o pensamento, com características peculiares ao ambiente em que o indivíduo está inserido. Segundo Vygotsky, 1989, o pensamento verbal não é uma forma de comportamento natural e inato, mas, determinado por um processo histórico cultural com propriedades e leis específicas. A criança começa a desenvolver a sua fala a partir da fala do adulto e da comunidade. No contato com “o outro”, portanto, a linguagem assume o seu papel de função comunicativa e de reguladora do pensamento. Torna-se, assim, indispensável à vida, as relações sociais e linguísticas na constituição do indivíduo. Objetivo O grupo

de crianças na Atenção Básica surgiu a partir da necessidade de atender a demandas específicas para a fonoaudiologia. O espaço inicialmente estudado, pelas organizadoras do projeto, foi a Comunidade Vila São Jorge, que está localizada no bairro de Irajá, na Zona Norte do Rio de Janeiro, é dividida em quatro sub-bairros (Vila Emanuel, Rapidinho, Estrada da Pedreira e Horta) e conhecida pelos moradores como Para Pedro. Possui, aproximadamente, vinte mil habitantes, os quais são acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Apesar de existir grupos e projetos locais que oferecem atividades esportivas e culturais para a população, nem sempre o ambiente lhes permite tal integração, seja pela violência do território ou pelo número reduzido de ofertas. A carência de estímulos cognitivos muitas vezes, leva a um atraso no desenvolvimento global ou específico de linguagem, em algumas crianças; fator também motivador para a criação desse espaço. Através de encaminhamentos e rastreio inicial, com avaliação observacional e específica da linguagem, foi possível verificar que, em alguns momentos, é real a necessidade de um acompanhamento específico por um profissional da rede secundária; em outros momentos, o “problema”, inicialmente, relatado pelos pais e/ou escola, pode ser entendido como uma carência de estímulos, falta de diálogo, e até por um excesso de cuidado, provocando um atraso no início da comunicação oral. Além disso, há crianças com um convívio social restrito, devido ao medo dos responsáveis, com relação à insegurança na comunidade onde moram, afetando o desenvolvimento social e cognitivo destas. A partir dessas observações e constatações, verificou-se a necessidade da construção de um espaço coletivo para convívio e estímulos cognitivo linguísticos, objetivando a interação social, a construção coletiva das funções mentais superiores (atenção, concentração e

memória) e a produção e compreensão da linguagem. Desenvolvimento do trabalho O projeto foi iniciado em maio de 2015, com a formação de um grupo mensal, para crianças de 04 a 10 anos, tendo a duração de 2 horas, em um espaço fornecido pelo CIEP, ao lado da Unidade de Saúde, devido a carência de espaço físico na Unidade. Todas as crianças do território seriam acolhidas pelo grupo, desde que tivessem chegado à equipe NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), através de uma demanda da Estratégia Básica de Saúde. Entretanto, não havia a necessidade de ser confirmada uma patologia de cunho anátomo-fisiológico ou sociocultural. Uma vez por mês, para as crianças que fossem diagnosticadas com necessidade de acompanhamento específico, seria feito um encontro individual com o profissional do NASF em questão, a fim de serem avaliados os ganhos, com a participação no grupo, e orientados estímulos específicos a cada caso. As atividades realizadas eram planejadas de acordo com demandas observadas através do comportamento singular, mas trabalhadas em grupo. Assim, através de atividades lúdicas almejava-se estimular a fala propriamente dita, a diferenciação de sons, a compreensão de textos, a construção de situações dialógicas, a construção do contexto familiar e a vida em comunidade, entre outras. No terceiro mês de funcionamento, percebeu-se boa aceitação do projeto pela comunidade e, com isso, o aumento do número de participantes no grupo. Foi necessário, então, modificar a formulação inicial, dividindo-o em 2, sendo 1, com crianças de 3 a 5 anos e o outro, com crianças de 6 a 10 anos. Percebeu-se também a necessidade de um desdobramento desse grupo, através da construção de um grupo mensal com os responsáveis, para debater expectativas e ganhos nas relações interpessoal e comunicativa. Caracterizando o grupo, tem-se 100% das crianças (23) foram encaminhadas por problemas de

fala e /ou aprendizagem e todas que se mantém no grupo, tem de fato alguma desordem; entretanto somente 47,8% (11), apresentavam Distúrbio Específico de Linguagem (DEL).26% das crianças (6) mostram problemas comportamentais não neurológicos ou psiquiátricos, mas de cunho social.21,7% das crianças (5) estão em processo de investigação neurológica e/ou psiquiátrica.4,3% das crianças (1) apresenta dificuldade no desenvolvimento cognitivo linguístico, agravada pela sua realidade social. Resultados / impactos De acordo com o desenvolvimento e reformulações do grupo, percebe-se uma maior participação das crianças no seu ambiente social, no contato com o outro e no desenvolvimento da linguagem, não somente como articulação da palavra. Um dado interessante foi o surgimento das correções das crianças por elas mesmas, enquanto ouvintes da palavra falada e atores do contexto imediato. O grupo, dessa forma, nos possibilita observar o quanto essas crianças são ouvintes, e como ouvintes, o quanto lhes é dado o poder da fala e o quanto essa fala lhes é significativa. Junto com a fala, surgiram demandas sociais através das crianças, fatores que eram perturbadores para seus desenvolvimentos linguístico, cognitivo e/ou emocional e que, até então, ficavam ocultos. A partir da revelação desses dados, foi possível trabalhar aspectos da realidade social e incentivar as crianças a serem mobilizadoras e capazes de produzir mudanças e conhecimentos. Foram observados, portanto, ganhos na aquisição da linguagem, na reconfiguração da linguagem, na socialização, na compreensão da linguagem e de mundo. Considerações finais Levando em consideração o trabalho em equipe multidisciplinar, o acolhimento de forma integrada da demanda em saúde e os estímulos ampliados abordando aspectos sócio culturais, linguísticos e cognitivos, é possível destacar o grupo de crianças como tendo um ganho ponderal na estratégia

de saúde da família e na sociedade como um todo, já que é possível intervir na constituição e desenvolvimento do ser, desde a infância.

TRAJETÓRIA DAS CONFERÊNCIAS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MS

Kássia Cristina Soares da Silva

Palavras-chave: conferência, saúde, relatoria, plano municipal

Este trabalho relata a trajetória do grupo de relatoria municipal nas Conferências Locais, Distrital e Municipal no Município de Campo Grande/MS no ano de 2015, abordando também a filtragem das propostas que serão encaminhadas para a conferência estadual e nacional. O trabalho final da relatoria cria o Plano Municipal de Saúde do município de Campo Grande/MS de 2017-2019 que norteará as ações de saúde nesse período, explicitando as intenções e os resultados a serem alcançados, bem como o monitoramento das propostas elencadas alinhando com o Plano Plurianual- PPA. No município de Campo Grande foram realizadas 66 Conferências Locais, 04 Conferências Distritais e 06 Conferências Livres, totalizando 1114 propostas, que após filtragem foram encaminhadas para Conferência Municipal, perfazendo um total de 398 propostas. O trabalho da relatoria permitiu a análise das políticas instituídas e pode ser observado que muitas propostas não foram efetivadas e que novamente foram solicitadas pelos delegados durante as conferências. A experiência da relatoria aponta para a construção de um instrumento/ferramenta de análise para fortalecer e facilitar o monitoramento da execução das políticas e do Plano Municipal de Saúde a fim de efetivar as propostas aprovadas nas conferências

UM OLHAR SOBRE A COMUNIDADE DO DOM ANTONIO BARBOSA II

Maria Betina Leite de Lima, Nayara Cristaldo Maciel, Sabrina Oliveira Cangussu, Kenia Caceres Souza, Ariane Calixto Oliveira

Palavras-chave: (educação ambiental, saneamento básico, realidade)

Introdução: A disciplina Enfermagem Saúde Ambiental propôs a realização de um trabalho aos acadêmicos do quinto semestre do curso de enfermagem com o intuito de proporcionar uma experiência oportuna de conhecer as condições ambientais de determinada região, agregar conhecimentos referente à saúde ambiental e reforçar o conteúdo trabalhado em sala de aula. Para desenvolver a atividade proposta foi organizada uma visita ao Bairro Dom Antonio Barbosa II que localiza-se na região urbana Anhanduzinho, Parque Lageado, no município de Campo Grande, no Estado de Mato Grosso do Sul, é um loteamento social lançado pela prefeitura no ano de 1994, com o objetivo de extinguir as favelas existentes daquela época, como sanar o déficit habitacional. Contudo o trabalho de promover habitação não teve continuidade nos anos posteriores, dessa forma as famílias que não possuíam condições financeiras para morarem em outras regiões da cidade numa habitação adequada acabaram se mudando para esse território, o que acarretou expansão irregular do lugar, que hoje é reconhecido como Dom Antonio Barbosa II, onde habita uma comunidade que vive de forma precária, sem nenhum tipo de assistência, pois o local não possui endereço, já que é ilegal. Descrição da Experiência: A disciplina Enfermagem Saúde Ambiental propôs na sua ementa a realização de uma atividade que visava proporcionar uma compreensão maior do seu conteúdo, além de demonstrar a importância de seus preceitos e conscientizar os acadêmicos

sobre a relevância de promover educação em saúde ambiental não só no decorrer da graduação, mas também após o término do curso. A docente que ministra a matéria propôs a realização de uma visita ao bairro Dom Antonio Barbosa II, por ser um território habitado irregularmente que não possui nenhuma infraestrutura, como rede elétrica, coleta de esgoto e água tratada. Prévio ao dia combinado para realizar a visita foi explanado orientações sobre a importância de sempre andar em grupo ao abordar as pessoas, levar água e o mínimo de objetos possíveis e exposto um roteiro que deveria ser seguido, nesse material constava questionamentos que os acadêmicos deviam fazer no decorrer da sua busca ativa e para finalizar a tarefa era necessário escrever um relatório final. Na data estipulada para a visita, que foi o dia 18 de maio de 2015 os graduandos se encontraram na universidade, o ônibus foi utilizado como meio de transporte para levar os acadêmicos até local. Após chegar ao bairro e percorrer o lugar observou-se que as moradias são construídas de lona, madeiras, papelão e cobertas com telha amianto; algumas habitações possuem energia através de ligações irregulares da rede elétrica do Bairro Dom Antonio Barbosa; entre as moradas se nota a presença de muito lixo e animais domésticos; os habitantes da comunidade utilizam a fossa seca como banheiro e consomem água que é retirada de um poço existente naquelas proximidades. No princípio os moradores foram hostis com a presença dos acadêmicos, o que tornava a primeira abordagem difícil, mas aos poucos acostumaram-se. Durante as entrevistas quando os habitantes foram questionados sobre o porquê vivem nessa situação responderam que não tem condições para sair daquele lugar e que seu sustento depende do lixo, sendo predominantemente catadores do lixo que também se encontra na região. Todos que

residem no Dom Antonio Barbosa II não tem acesso a serviços de saúde, pois para serem atendidos precisam ser cadastrados no Sistema Único de Saúde, mas sem endereço isso não é possível, só são atendidos em unidades de pronto atendimento em casos de emergência. A comunidade é formada principalmente por mulheres e crianças. Desse modo o acesso à educação é totalmente dificultado, e poucas crianças têm a oportunidade de estudar, como também não possuem acesso nenhum a lazer. Depois da visita o grupo de acadêmicos escreveu um relatório final que apresentava todas as exigências do roteiro e após essa etapa ocorreu uma discussão sobre o diagnóstico situacional da comunidade, quais são suas necessidades, as condições ambientais da região, como o meio do local em que se habita interfere significativamente no modo de vida. Impactos: Estar em contato com essa realidade de uma comunidade que não possui acesso a serviços de saúde, educação, habitação, saneamento básico, cultura, transporte e lazer em pleno século XXI, apesar de esses direitos serem assegurados pela constituição brasileira para todos os cidadãos. A impressão que passa é como se esses indivíduos que compõem a comunidade não existissem. E devido ao ambiente aonde vivem favorece a exposição dessa população a agravos de saúde complicando a situação, pois se esses adoecer não será atendido nas unidades de saúde, salvo em casos de emergência

Considerações Finais: A visita ao Bairro Dom Antonio Barbosa II foi uma oportunidade maravilhosa para conhecer as condições ambientais de uma comunidade que reside numa região sem a mínima infraestrutura, totalmente exposta a agravos, pois a falta de condições ambientais adequadas interfere de maneira significativa na saúde dos indivíduos que habitam aquele local. Observou - se a importância de promover saúde ambiental, pois essa é considerada

essencial a existência, já que assegura qualidade de vida visto que a sua ausência pode gerar problemas decorrentes de efeitos físicos, químicos, sociais ou biológicos, que tem o poder irreversível de afetar a saúde dessa e das próximas gerações. Assim através da visita foi possível agregar competências e conhecimentos referentes à saúde ambiental, de forma a cumprir o objetivo proposto, que era promover o contato dos acadêmicos com a realidade, a fim de que o convívio reforçasse o conteúdo apresentado em aula. Além disso, é de suma importância que todos os acadêmicos ou cidadãos tivessem acesso a comunidade Dom Antonio II, para vivenciar e retratar suas rotinas, dessa forma contribuir para formação de sua consciência como cidadão, assim ter conhecimento de que essa realidade ainda existe em nosso país, é o primeiro passo para começar agir com o intuito de promover medidas que visem mudar essa situação atual, de forma a fazer a diferença em relação ao ambiente e na vida não só dos habitantes da comunidade Dom Antonio Barbosa II, mas de todos os indivíduos que passam pela mesma situação.

UMA EXPERIÊNCIA DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA COLABORATIVA E ABERTA

Alessandra dos Santos, Nilton Bahlis dos Santos, Beatriz Cintra Martins

Palavras-chave: Inovação, Novas Formas de Produção de Conhecimento, Interatividade, Colaboração

APRESENTAÇÃO: A produção e o acesso ao conhecimento científico, mesmo com o avanço do modelo open access em nível nacional, ainda estão baseados em modelos fechados e privados. O processo clássico de publicação em ciência é lento, seguindo um padrão sequencial fechado e centralizado.

Quando o artigo enfim é publicado, a pesquisa muitas vezes já perdeu sua relevância. O advento de dispositivos que viabilizam a colaboração na Internet, como redes sociais, wikis e blogs, dinamizou a comunicação entre pesquisadores e o público em geral, fazendo surgir modos de produção de conhecimento inovadores, associados a diferentes formas de compartilhamento e validação. Verificamos que isso cria um ambiente eficiente para o progresso da pesquisa científica, pois facilita a interação, a sincronização, a colaboração e a partilha de dados, favorecendo seu avanço e difusão de forma rápida e distribuída. Esse trabalho apresenta uma reflexão sobre as primeiras fases da experiência de produção e edição colaborativa de textos e de uma publicação usando ferramentas interativas da Internet dentro do Curso "Oito Temas para se pensar a Ciência, a Sociedade e as Redes na Era da Complexidade" de caráter misto, presencial e em rede, oferecido no primeiro semestre de 2015, pelo Núcleo de Experimentação de Tecnologias Interativas (Next) da Fiocruz, no Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Informação em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (PPGICS/FIOCRUZ).

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Descrição da experiência: As aulas do Curso Oito Temas foram oferecidas de uma forma mista, tanto presencialmente quanto via web. Os alunos podiam assistir ao curso através da filmagem online da sala de aula que era transmitida via Youtube, gravada e replicada em um Post dentro do grupo do Curso no Facebook, que era aberto para todo e qualquer interessado. No final do semestre, todos os alunos presenciais e em rede foram chamados a fazer seus trabalhos de conclusão de Curso. Os critérios adotados foram os seguintes: o trabalho deveria ser colaborativo utilizando o aplicativo Google Docs e com a participação de no mínimo duas pessoas; eles deveriam abordar algum tema do curso;

era permitido qualquer tipo de conteúdo: resenha; apresentação de slide; vídeo; e até "remixes" de conteúdos encontrados na rede, elaborando um texto coerente e dando os devidos créditos. Deveria ter até 14 páginas e eram obrigatórios para todo aluno regularmente inscrito na disciplina oferecida pelo Programa, ou para os participantes virtuais que desejavam certificação. A essa metodologia demos o nome de Processo de Produção e Edição Colaborativa do Ebook do Curso. Em um primeiro momento, na fase de produção colaborativa dos textos, um documento do Google.Docs foi criado para os alunos inserirem os títulos dos trabalhos com os nomes dos autores e os links de acesso. Eles eram compartilhados de forma aberta para que outros alunos pudessem visualizar e comentar. Foram escritos 10 textos com no mínimo dois autores cada, no período estipulado de um pouco mais de um mês. Em um segundo momento, fase atual, de avaliação, revisão e melhoria dos textos, tendo como prazo três semanas, pareceristas foram convocados no grupo do Facebook para desempenharem as seguintes funções: ler no mínimo dois textos apresentados, sugerindo, em comentários, mudanças ou melhoras em seu conteúdo. Treze pessoas, dentre autores e alunos virtuais do curso, se juntaram à equipe de edição como pareceristas. Para cada texto avaliado, o parecerista deveria enviar um Formulário onde respondia a 6 questões: (1) o artigo possui condições mínimas de publicação; (2) o texto tem um propósito claro, apresenta ou induz a uma reflexão? (3) Possui menos que a quantidade mínima ou mais que a quantidade máxima de páginas? (4) Está explícita a relação do texto com o curso? (5) Necessita de melhoria gramatical ou adaptação às regras de citação e referências? Em todos os casos, o parecerista era também estimulado a fazer observações na forma de comentários nos textos avaliados. Devemos observar que em

todas as fases, para chamar a atenção dos alunos para o processo colaborativo, um Post com uma plaqueta (imagem com título da ação e a indicação “E-book do Curso”) era publicado no grupo do Facebook do Curso indicando a fase do Processo de Produção do E-book. Atualmente estamos na última semana de avaliação e os autores foram chamados para entrarem no processo de revisão e modificação dos textos, de acordo com os comentários dos pareceristas. Nessa fase, cabe aos autores além de lerem todas as sugestões, a tarefa de escolher as alterações mais pertinentes e modificá-las ou não. Nossa expectativa ao longo dessas duas fases da produção e edição era de que além dos textos serem criados coletivamente, fossem inseridas práticas de revisão que incorporassem formas de avaliação social através de comentários por parte dos “pares”, gerando sinergia entre os participantes. Pudemos perceber que nem sempre é fácil iniciar uma produção colaborativa usando recursos da web 2.0 entre pessoas que nunca, ou muito raramente usam tais ferramentas. O pré-requisito para que os links dos trabalhos fossem compartilhados desde o início para que todos pudessem ver, não foi de imediato acatado por todos. Alguns preferiram escrever o texto no Word, da forma tradicional, e só no fim disponibilizar o texto completo. O que causa inevitavelmente uma multiplicidade de cópias e dificulta a colaboração. Em nosso caso esta dificuldade foi reduzida devido ao fato de o curso ter tido como um dos temas a reflexão sobre novas formas de produção de conhecimento. Através dessa experiência foi possível vivenciar e refletir sobre as diferentes fases da produção do conhecimento científico, dando um caráter inovador para a função do parecerista que no fim ganhou mais ares de parceiro de escrita do que de um mero avaliador de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A experiência

ainda não está de todo acabada, mas ela permitiu a incorporação de uma nova forma de comunicação científica baseada na prática da ciência aberta e colaborativa, fundamentando os primeiros aspectos que podem ser utilizados no amadurecimento de formas inovadoras de construção do conhecimento.

VER-SUS: UMA ANÁLISE SOBRE A VIVÊNCIA NO MUNICÍPIO DE JARDIM DO SERIDÓ/RN

Leonardo Diego da Silva Silveira

Palavras-chave: VER-SUS, Sistema Único de Saúde, Vivência

APRESENTAÇÃO: O VER-SUS (Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde) é um projeto do Ministério da Saúde em parceria com algumas entidades (dentre elas a Rede Unida e a União Nacional dos Estudantes - UNE) que visa à realização de vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando aos participantes desse projeto a oportunidade de acompanhar o processo de trabalho dos profissionais nos diferentes equipamentos sociais de uma cidade (que é definida pela comissão organizadora do projeto em seus respectivos estados) com o intuito de debater acerca do SUS e formar profissionais comprometidos para atuar nesse sistema.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Durante o período de 12 a 21 de janeiro do ano de 2015 foi realizado o projeto VER-SUS na cidade de Jardim do Seridó, município localizado próximo à cidade de Caicó no estado do Rio Grande do Norte. Tal cidade recebeu a equipe de estudantes composta pelos cursos de enfermagem, fisioterapia, farmácia, serviço social, fonoaudiologia, odontologia e biomedicina com o objetivo de vivenciar a realidade do SUS no município e propor, através de um olhar

crítico, possíveis melhorias e sugestões caso necessite-se. Durante os 10 (dez) dias de atividades realizada na cidade foi visitado: A secretária de saúde, as Unidades Básicas de Saúde (5 ao todo), o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o Centro Clínico de Saúde, o Hospital, Os equipamentos sociais de Assistência (CRAS e CREAS), áreas de concentração de grupos (praças, bares, feira livre), áreas de risco (Matadouro e Aterro Sanitário). Ainda foram efetuadas visitas a zona rural e ao setor de endemias da cidade. Ao final foi produzido um documento com os resultados observados pela equipe na cidade e apresentado ao público da cidade (gestores, profissionais e comunidade).

IMPACTOS: O município possui 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS's) que trabalham com o Programa Saúde Família (PSF) onde visam a prevenção da saúde em cima das famílias distribuídas nos diferentes territórios da cidade. Dessas UBS's, três ganharam reforma, sendo que duas dessas ainda não começaram a serem reformadas e uma já foi reformada e é tida como unidade modelo no município. As outras duas funcionam na zona rural e cidade. Numa visão geral desses equipamentos de atenção básica foi notado que existe a preocupação por parte dos profissionais em proporcionar um atendimento de qualidade, entretanto, existe problemas em relação a estrutura (menos na unidade modelo, que é o PSF I) e falta de materiais disponíveis em todas as unidades, impedindo a continuidade e qualidade do serviço prestado a população. Ainda fiquei bastante preocupado com o PSF III (Zona rural), pois a mesma só abre uma vez na semana e nos outros dias tal população fica desassistida de atendimento, tendo de ir a cidade caso ocorra algo urgente. A gestão de saúde do município trabalha de forma positiva e ativa visando materializar o SUS que desejamos, entretanto várias vezes se esbarra com burocracias a cima dela que faz com que se impeça todo o

desenrolar dos procedimentos. Mesmo com essa burocracia (que no meu ver existe em todo território nacional) a equipe de profissionais que atuam na gestão trabalha de forma a promover uma saúde que atinja a todos, sem distinção de cor ou raça, de acordo como preconiza a universalidade do sistema. No que diz respeito à relação gestão/instituições/profissionais pude ver que existe uma relação de harmonia entre esses, flexibilizando assim o processo de trabalho onde no final o resultado é uma maior facilidade no desenvolver das ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde. Mesmo com todas essas divergências, os profissionais efetuam seu trabalho de forma humanizada para com a população, exceto no PSF II, onde há uma enorme queixa em relação a uma médica do programa Mais médicos. No que se refere à atenção secundária e terciária a cidade possui um centro clínico e um hospital filantrópico onde os casos que não se resolvem nessas unidades são transferidos a cidades polos próximas como Caicó e a capital Natal. A respeito da participação da população no exercício do controle social foi visto que os mesmos só procuram os órgãos competentes quando algo grave os acontece. Em relação aos equipamentos de assistência, foi visitado o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) com prédio próprio e alugado, respectivamente. Entendo que a política de assistência atua em consonância com a de saúde (Não pelo fato de fazerem parte do tripé da seguridade social, mas sim num papel de educação social e melhor dissipação de direitos e deveres quanto à políticas sociais, pois em várias vezes esquecemos que também temos deveres, além dos direitos) e é de extrema importância que se firme laços entre essas políticas para estarem melhor objetivando os direitos das pessoas. Para tal, notei que

existe essa parceria saúde/assistência e que os mesmos efetuam campanhas de cunho socioeducativo que para mim foi um ponto muito positivo. Mas quanto a ponto negativo, notei novamente a falta de estrutura para com os atendimentos nas duas unidades e que os profissionais com essas deficiências não se lamentam e exercem suas atividades com amor para assim melhor proporcionar o acesso dos cidadãos a seus direitos. Além de visitar equipamentos de saúde e assistência, foi visitado também locais que considero de total influência no processo saúde-doença. Visitou-se o matadouro, equipamentos de lazer, aterro sanitário e setor de endemias, onde fomos entender a realidade de como funcionava tais locais. O matadouro e o setor de endemias me surpreenderam muito, tanta pela segurança por parte dos trabalhadores ao realizar o trabalho, como da organização no processo de trabalho, e que mais uma vez o ponto de maior relevância é a falta de estrutura para uma melhor realização do trabalho e a má valorização do trabalho, respectivamente. Os equipamentos de lazer da cidade são escassos e teve morador que chegou a reclamar de tal. Notei que a cidade possui muitas praças, mais são praças precarizadas que tendem a serem mal frequentadas por isso. Durante toda a vivência e as visitas realizadas notou-se que a cidade possui um alto índice de pessoas com sífilis e Câncer. Mas a maior preocupação que observei foi em relação a pessoas com algum tipo de doença mental. Numa visão geral, em minha opinião, os casos que merecem uma maior atenção por parte dos profissionais são esses, sendo necessária a criação de um Centro de Apoio Psicossocial (CAPSI) na cidade para trabalhar nessa questão do alto índice de doenças mentais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por tanto, durante tudo que vivenciei, vi que o SUS em Jardim do Seridó não está ruim. Precisa melhorar? Sim. Mais comparando a alguns outros municípios do estado a saúde

da cidade está regular, pois possui diversos serviços que funcionam como o Programa Saúde na Escola, o NASF, entre outros. Os medicamentos que fazem parte do RENAMI são distribuídos sem falta à população. Enfim, mesmo sendo um município considerado de pequeno porte, pois possui cerca de 12.800 habitantes, e com todas as dificuldades que lhe são impostas, o mesmo se organiza e se empenha para estar repassando e promovendo uma saúde de qualidade a todos, preconizando o que está posto no SUS.

VIVÊNCIA DE ESTUDANTES DE MEDICINA NOS ESPAÇOS DE CONTROLE SOCIAL NO SUS MUNICIPAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jussiana Barros Oliveira, Julio Souza Barros, Jamilly Gusmão, Jamine Barros Oliveira

Palavras-chave: formação, controle social, medicina

APRESENTAÇÃO: Trata-se da vivência de estudantes de medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, no que se refere ao processo adotado pela gestão na organização e execução das conferências citadas, apontando a metodologia utilizada, bem como os resultados alcançados, apresentando ainda as discussões e considerações sobre prática neste cenário de participação da comunidade no âmbito municipal na formação médica. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O internato de Saúde Coletiva, do curso de Medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, campus de Vitória da Conquista, é desenvolvido no 5^o e 6^o ano, um dos objetivos é desenvolver aprendizagem em serviço de Atenção Primária em Saúde, e gestão do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal. No 5^o ano do internato de saúde coletiva, o enfoque é dado ao trabalho desenvolvido nas Unidades de Saúde da

Família, sendo acompanhada a rotina dos atendimentos e atividades desenvolvidas pelos profissionais de saúde. No 6^o ano o internato de saúde coletiva é dividido em três módulos: saúde mental, do trabalhador e de gestão. No módulo de gestão da saúde são acompanhadas as atividades desenvolvidas nos espaços da gestão do município, compreendendo ações de planejamento, avaliação de políticas e programas, monitoramento de indicadores de saúde, educação permanente, participação popular e controle social no SUS. Estas ações são desenvolvidas na gestão da atenção primária, vigilância da saúde, atenção especializada, auditoria e assessoria de controle social. Particularmente em relação ao controle social, são desenvolvidas ações juntamente com a gestão municipal como: educação permanente de conselheiros locais e municipais de saúde; planejamento de conferências da saúde e temáticas (idoso, trabalhador, entre outros); pesquisas operativas de avaliação; participação nas atividades das comissões do conselho municipal de saúde e demandas apontadas pela coordenação dos serviços. Durante o internato de saúde coletiva do 6^o ano no módulo de gestão que aconteceu no período de 11 de maio de 2015 até 05 de julho de 2015, o grupo teve a oportunidade de participar de diversas atividades. Dentre as atividades destacamos a organização da IV Conferência Territorial dos Direitos da Pessoa Idosa que teve como tema: “Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa: por um Brasil de todas as idades”. A Conferência reuniu representantes de 24 municípios do Território de Vitória da Conquista. Nessa Conferência foram debatidos temas relevantes para o campo do envelhecimento, assim como os desafios da Política Nacional do Idoso. A Conferência teve como objetivo sensibilizar a sociedade para o contexto de envelhecimento da população brasileira e mobilizar especialmente a

pessoa idosa para a conquista do direito ao envelhecimento com dignidade. Também no período do internato de gestão, os estudantes de medicina participaram da comissão de organização e relatoria da VIII Conferência Municipal que teve como tema: “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas. Direito do povo brasileiro”. O evento aconteceu durante dois dias, em espaço público, reunindo usuários, estudantes, profissionais da saúde e gestores. O momento foi marcado pela discussão da saúde pública no município, na Bahia e no Brasil. Nessa conferência foram debatidas propostas para a formulação do SUS a partir dos eixos temáticos apresentados, pelo Conselho Nacional de Saúde, na resolução para o desenvolvimento das etapas municipais e estaduais em todo o território nacional, sendo assim organizados: Eixo I – Direito à saúde, garantia de acesso e atenção de qualidade; Eixo II – Participação social e reformas democráticas e populares do estado; Eixo III – Valorização do trabalho e da educação em saúde; Eixo IV - Financiamento do SUS/Relação Público Privado; Eixo V - Gestão do SUS e Modelos de Atenção à Saúde; Eixo VI - Informação, educação, e política de comunicação do SUS; Eixo VII - Ciência, tecnologia, e inovação no SUS. A realização de ambas as conferências foi precedida por reuniões de planejamento com técnicos da gestão municipal, que seguindo as orientações do nível Estadual e Nacional organizaram comissões de trabalho, dentre elas a de relatoria. A comissão de relatoria tinha como uma das funções, organizarem as propostas das etapas anteriores à municipal ou territorial, disponibilizar textos para subsidiar os debates, apoiar os grupos temáticos de trabalho, organizar moções e relatório final para votação em plenária na conferência. Durante todo o processo os estudantes de medicina e técnicos da gestão municipal trabalharam de maneira conjunta, dividindo

responsabilidades e participando das discussões com usuários e trabalhadores de saúde. No caso, da Conferência Municipal de Saúde, houve também participação na elaboração dos roteiros para os facilitadores na realização das pré-conferências. As pré-conferências de saúde foram importantes espaços de diálogo e formulação de propostas, bem como, eleição de delegados representantes de usuários, gestores, prestadores e trabalhadores do SUS. Resultados e/ou impactos: A vivência do internato de medicina da UESB, diferentemente dos processos de formação que envolve breves estágios em centros de saúde-escola, requer envolvimento dos estudantes com e na comunidade. Tal fato possibilita reflexões que fundamentam a consolidação da aprendizagem baseada no contexto sócio-político, alinhado aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde. Com base nestas premissas, seria promovido no estudante o engajamento para compreender a dinâmica social e a utilização deste conhecimento como instrumento de formação profissional, tendo como cenário a Atenção Primária em Saúde, particularmente neste relato, os espaços de participação popular e controle social do SUS. Durante as atividades do internato desenvolvidas nas atividades referentes a Conferência: Direito da pessoa Idosa e Municipal de saúde, foi fundamental a experiência dos profissionais envolvidos no processo de organização. Essa experiência possibilitou uma troca interessante nas reuniões de planejamento, relacionando a teoria com a prática vivenciada. O envolvimento e participação ativa dos idosos, trabalhadores e gestores demonstrou o papel pedagógico desses encontros na formação do graduando em medicina. Vale ressaltar, o compromisso da gestão municipal na garantia de infraestrutura e do amplo debate, mobilizando toda a sociedade em torno da discussão de direitos sociais

como assistência social e de saúde ao idoso e a toda população. No caso da Conferência Municipal de Saúde, foram realizadas 76 pré-conferências, contemplando todas as áreas das unidades básicas da zona urbana e rural, com envolvimento dos conselhos locais e municipal de saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conclui-se então, fundamentado no relato exposto, que é de suma importância a inclusão do estudante de medicina nos espaços de controle social no âmbito municipal, que neste artigo constituiu-se na participação nas conferências: Direito da Pessoa Idosa e da Saúde. E que a vivência na gestão municipal, num momento próximo à conclusão do curso, propicia ao estudante um olhar mais amplo sobre a realidade do SUS. A experiência relatada neste artigo demonstra ainda seu papel pedagógico na discussão de políticas públicas a respeito do SUS nos três níveis de gestão, contribuindo na formação de um profissional ético e politicamente envolvido em interesses coletivos, corroborando com seu protagonismo na consolidação da política pública de saúde em nosso município, estado e país. Sendo assim, esperamos que o trabalho realizado possa subsidiar a reorganização de práticas de ensino nos internatos dos cursos de medicina em outras instituições formadoras, ratificando o potencial da gestão municipal, em especial dos espaços de participação e controle social no SUS.

Eixo Educação - resumo simples

Trabalhos de Pesquisa

(COM)PARTILHA SUS AÇÕES EDUCATIVAS DE SAÚDE NAS ESCOLAS DA REDE PÚBLICA

Lucas Santos Flores, Daniel Canavese

Palavras-chave: educação, sus, educação ensino fundamental,

INTRODUÇÃO: A intenção é abordar a diversidade de assuntos relativos à saúde a partir do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta visa produzir um jogo educativo que possa ser utilizado pela comunidade escolar, organizando momentos lúdicos de aprendizagem com os/as educandos/as jovens e adolescentes. **DESENVOLVIMENTO:** O projeto foi dividido em atividades e momentos, para organizar os processos de desenvolvimento. Foi analisado em salas de aula do Colégio Marechal Rondon, do município de Canoas, os aspectos de aprendizagem e do interesse dos alunos sobre as matérias de ensino. Para definir a faixa etária que será instituída no projeto. Após foi formulada o tema: SUS. Criado a didática para ser utilizada nos colégios públicos, tendo o aproveitamento e o acolhimento dos alunos, será construído o jogo educativo. Primeiramente no Colégio Marechal Rondon, em Canoas e após em algum colégio a ser definido, localizado em Porto Alegre, será implantada a didática em quatro encontros, sendo que dois em uma turma da quarta série e mais dois em outra, com alunos de nove a dez anos de idade sendo desenvolvida de forma lúdica. Serão utilizados fantoches para o auxílio na compreensão do tema, proporcionando uma dinâmica em grupo com os alunos.

RESULTADO: Até o momento, através da análise no colégio Marechal Rondon, obtivemos alguns interesses dos alunos em aprender e a forma pedagógica de alguns professores mesmo com a subjetividade de cada aluno. Foi optado para utilizarmos de faixas etárias de 8 a 14 anos, referentes à 3^a e 7^a séries. Pois apresentavam um envolvimento com as matérias e interesse em aprender e a questionar dúvidas, observando, também algumas regalias, como, conversas paralelas e utilização de celulares em sala de aula. Após a conclusão da análise dos alunos, definimos o assunto principal, SUS, elaboramos a primeira parte da didática e colocamos em prática. Foi realizada o primeiro encontro com cerca de trinta alunos, sendo apresentado a didática em formato de powerpoint, cerca de vinte minutos, incluindo vídeo educativo e conversação entre os mesmos, concluímos, que utilizando imagens das instituições de saúde da cidade local, usando a linguagem voltada para a idade respectiva para o projeto, dialogando com os mesmos, obteve se eficácia. Nos dez minutos restantes pedimos que fizessem um desenho de como seria o personagem/herói do SUS, conseqüentemente, tivemos muitos desenhos com diversos aspectos e imaginação, Porém temos alguns aspectos a serem desenvolvidos, mas até o momento o assunto abordado e a forma como foi apresentado, mostrou se eficiente. Após será desenvolvida a segunda parte, que elaboraremos o assunto sobre os tipos de atendimentos para cada unidade de saúde do SUS. O projeto está em andamento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A proposta é trazer ao ensino fundamental o ensino sobre o Sistema Único de Saúde. O jogo e a didática trarão resultados que possam impactar na compreensão de como é o sistema de saúde com os alunos entendendo e questionando como funciona. Visando que os mesmos possam tornar se os próximos defensores do SUS.

A AIDS NA SALA DE AULA: ENTRE ANTIGAS LIÇÕES E NOVOS APRENDIZADOS

Tiago Duque

Palavras-chave: Educação em saúde, aids, estigma

As temáticas em torno da AIDS, especificamente aquelas relacionadas às práticas de prevenção, têm sido o foco da formação dos/as profissionais de saúde há tempos. Estas práticas, muitas vezes, planejadas e avaliadas pelo diálogo constante entre especialistas, ativistas, gestores, políticos, profissionais da saúde e pessoas vivendo com HIV são parte dos desafios históricos da educação em saúde. Este artigo pretende abordar e discutir estes desafios, fundamentalmente àqueles que envolvem o persistente estigma em torno da doença. Desde o slogan “A AIDS vai te pegar” até o atual “Fique Sabendo”, passando pelo “Use sempre camisinha”, muitas coisas mudaram, tanto em relação ao tratamento, como à prevenção. Estas mudanças são de ordem cultural, política e tecnológica, e, têm impacto significativo nas práticas preventivas, logo, também no significado da epidemia. Através de uma perspectiva teórica das Ciências Sociais (envolvendo especialmente os estudos pós-coloniais, culturais, feministas), se discutirá aqui a AIDS na sala de aula a partir de experiências em diferentes espaços de formação (médio, superior, do movimento social, dos espaços de sociabilidade de pessoas tidas como “mais vulneráveis”). A metodologia diz respeito a diferentes incursões etnográficas em ambiente off-line e on-line, além de consulta às anotações e também à memória pessoal do autor enquanto professor e ativista. Temas como mídias digitais, sociedade farmacopornográfica, práticas consentidas de não uso do preservativo (como as bareback), estigma, erotização da camisinha, políticas identitárias e

educação serão parte do foco das análises. As questões a serem problematizadas são: do ponto de vista dos aprendizados, quais seriam as antigas lições que não podemos esquecer? Quais os novos conhecimentos que temos que construir e fortalecer? E as implicações práticas e de significado que eles trazem para o campo da formação para a prevenção a AIDS? Parte do que se conclui é que: mesmo que existam novos regimes de visibilidade em curso, especialmente no que se refere à visibilidade de identidades que no início da epidemia eram menos reconhecidas no campo político e de direitos, e apesar dos avanços tecnológicos na prevenção, ainda há um forte estigma em torno da doença (das pessoas vivendo com HIV AIDS). Portanto, é fundamental discutir a educação em saúde considerando esse novo momento desta temática, para que a sala de aula siga sendo um espaço criativo para a revisão de conteúdo, oportuno para a problematização das abordagens e inspirador de novas práticas de prevenção em saúde.

A COMUNICAÇÃO COMO COMPETÊNCIA PROFISSIONAL: ANÁLISE COMPARATIVA DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA CURSOS DE MEDICINA 2001-2014

Adriana Cavalcanti de Aguiar, Wilson Couto Borges, Elaine Franco dos Santos Araujo, Denise Espiúca Monteiro, Guilherme Canedo Borges, Irene Kalil

Palavras-chave: Comunicação, Formação Médica, Competência Profissional

APRESENTAÇÃO: A ampliação do conceito e democratização das práticas de comunicação (além do papel instrumental de informar tratamentos/ mudança de comportamentos) demanda mudanças reconhecendo a mediação exercida por profissionais de saúde. No Brasil, a

implantação do novo modelo assistencial estabelecido pelo Sistema Único de Saúde implica inovar na formação profissional, com valorização da cultura, linguagem, e relações de poder nos serviços de saúde. Universidades têm inovado no ensino da comunicação em Medicina a partir da homologação de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (Ministério da Educação 2001). O presente trabalho objetivou analisar essas diretrizes oficiais revistas em 2014, incorporando referenciais teóricos do campo da Comunicação mediante Análise de Conteúdo desse corpus de documentos. METODOLOGIA: Situamos o tema do currículo médico no campo da educação e dos estudos do currículo que problematizam a seleção de conteúdos e métodos que informam o ensino. A análise do material documental baseou-se no referencial metodológico da análise de conteúdo e como técnica adotou-se a análise temática. A análise de conteúdo desse documento incluiu elementos de contexto (teórico, social e institucional) incluindo elementos de contexto (social e institucional) que iluminam suas condições de sua produção, identificando continuidades e rupturas com consequências para as políticas de saúde. RESULTADOS: Nossa análise das DCN de 2014 está informada por variações do contexto político-institucional nacional e internacional intervenientes entre a homologação das duas versões das normativas que devem pautar o ensino da medicina. Alguns elementos considerados incluem: conceito de competência, desenvolvimento das políticas de saúde, concepção de desenvolvimento profissional (Educação Continuada e Educação Permanente), Multiprofissionalidade, Método de Produção das DCN, Modelo de Atenção à Saúde, Modelo de Comunicação. Os resultados apontam para a maior importância da Comunicação na formação médica, preconizada nas DCN 2014 para os três âmbitos da prática: Atenção à saúde,

Educação na saúde e Gestão em saúde. Foi dada maior atenção à importância dos contextos (social e institucional) como balizadores das ações e emerge a questão da cultura como elemento de mediação entre médicos, membros da equipe de saúde e usuários. CONSIDERAÇÕES FINAIS: É sabido que algumas instituições de ensino têm inovado no ensino da comunicação para estudantes da saúde, mas, por outro lado, ainda é necessário ampliar a sistematização e análise crítica dessas iniciativas mediante adoção de métodos de pesquisa que atendam às peculiaridades do estudo das interações que ocorrem ao longo do processo formativo. Concluímos que as novas DCN para Medicina avançaram ao explicitar o conceito de competência que adotam e ao valorizar a importância da interpretação do contexto para o exercício da Comunicação, o que coloca desafios para a superação da visão de Comunicação como habilidade ou mera aplicação de técnicas.

A CONCEPÇÃO DO CENÁRIO DE ENSINO: DIFICULDADES E PREDISPOSIÇÕES PARA A EFETIVAÇÃO DA INTEGRALIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Deborah Varjabedian, Camila Sotello Raymundo, Maria Elisabete Guazzelli, Marco Akerman

Palavras-chave: Integralidade, Cenário de Ensino, Fisioterapia

RESUMO - INTRODUÇÃO: A atuação do fisioterapeuta ainda é voltada para o tratamento dos distúrbios cinéticos funcionais em órgãos e sistemas do corpo humano, privilegiando a atenção secundária e terciária à saúde. Deseja-se, no entanto, alcançar no processo de formação, o perfil manifesto no ideário que norteia os princípios da integralidade, que enfatiza a importância da atenção primária. Apesar das mudanças curriculares experimentadas

na formação superior em Fisioterapia, organizadas de forma integrada e apoiadas na interdisciplinaridade, percebe-se que o conceito de integralidade não é reproduzido e incorporado de forma efetiva, desde o início da graduação até o momento do estágio prático na clínica/escola da Universidade. OBJETIVOS: Este estudo verificou se as propostas presentes na concepção do cenário de ensino foram efetivadas de acordo com as premissas de integralidade de atenção à saúde. MÉTODOS: Na tentativa de buscar respostas para tais questionamentos, foram analisados os documentos diretos da instituição de ensino (PDI-Projeto de Desenvolvimento Institucional, PPI -Projeto Pedagógico Institucional e o documento CIS- Centro Integrado de Saúde), para podermos verificar se tais documentos permitem a proposição de estratégias agregadoras da integralidade na atenção à saúde. RESULTADOS E CONCLUSÃO: Tais documentos demonstraram uma sinergia com os princípios humanos fundamentais, para com o ser, para com o aluno e para com a sociedade como um todo, agindo assim, em consonância com os preceitos da integralidade. Não significando, no entanto, que a integralidade fora utilizada como um dos pilares norteadores destes documentos. Palavras Chave: Integralidade, Cenário de Ensino, Fisioterapia.

A DIMENSÃO DO CUIDADO SOB A PERSPECTIVA PROFESSOR X ALUNO

Janaína Molon Mansan, Gisele Iopp Massafera, Gabriela Gaedke, Rosália Borges, Mariana Marques

Palavras-chave: ensino, aprendizado, cuidado

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que busca discutir a humanização como base, para a formação de docentes e

discentes, em especial da enfermagem. A formação profissional do enfermeiro exige ampliação, tendo em vista que o ser não é apenas o processo saúde-doença, sendo necessário conceber e cuidar do homem de modo ampliado não se limitando a um discurso teórico, desarticulado das práticas de cuidado. Pensando neste problema, estabeleceu-se a criação de um currículo mínimo para a formação do enfermeiro, acarretando mudança do enfoque dado anteriormente à aquisição de habilidades manuais, na tentativa de substituí-lo por uma atuação mais voltada ao humano e ao atendimento das necessidades do paciente. Para isso, faz-se necessária a modificação das práticas pedagógicas, deixando de lado o modelo tradicional de verticalidade, do professor como repassador do conhecimento e tornando o aluno mais ativo no seu processo de aprendizagem. Esse artigo tem como objetivo abordar as principais dificuldades na relação docente x discente no cuidado e apresenta como questões norteadoras de pesquisa: que enfoque tem orientado as abordagens de ensino do processo de enfermagem nos cursos de graduação? Que estratégias de ensino do processo de enfermagem podem ser identificadas nas publicações? A busca por artigos foi a partir de publicações indexadas nas bases de dados: CINAHL, MEDLINE e LILACS, com as palavras-chave ensino, aprendizado e cuidado, no período de 2010 a 2015. Foram encontrados 253 artigos na base de dados CINAHL, 604 artigos no MEDLINE e no LILACS 550 artigos. Foram utilizados descritores em português e em inglês. Após o atendimento aos critérios de inclusão e exclusão, amostra constitui-se de 8 artigos. Os resultados dos estudos apontaram críticas em relação aos currículos essencialmente científicos e com poucas atividades humanísticas. O docente tem um papel fundamental na construção e desconstrução de conceitos e definições

pelos discentes, sensibilizando-os para uma prática humanizada, por meio de sua própria postura e ação pedagógica como prática social, bem como a importância de o professor acolher os alunos em seus medos e insegurança. É necessário ampliar a discussão sobre o cuidado para desconstruir a ideia de que só a doença e a racionalidade interessam ao ensino e que ensinar via sensibilidade e via subjetividade não interessa porque não produz ciência precisa, exata e mensurável. Sentir o que o outro sente é fundamental para quem está em aprendizado, pois reforça o entendimento de que o corpo é o território mínimo e único que o homem verdadeiramente possui. Nele e com ele vive-se experiências intransferíveis de prazer, dor, conforto ou desconforto; emoção, política, subjetividade e história. Cuidar na enfermagem não significa olhar apenas para o paciente, mas um conjunto de ações desenvolvidas em situações de cuidado e dirigidas à pessoa sadia ou adoecida, às demais pessoas a ela ligadas, às comunidades e aos grupos populacionais, visando promover e manter conforto, bem-estar e segurança, no máximo limite de possibilidades profissionais e institucionais.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A ASSISTÊNCIA SISTEMATIZADA À TUBERCULOSE EM PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: PESQUISA-AÇÃO

Brígida Gimenez Carvalho, Vanessa Cristina Neves Fabrini

Palavras-chave: Educação permanente em saúde, Tuberculose, Prisioneiros

APRESENTAÇÃO: A tuberculose é um dos principais agravos a ser enfrentado no mundo e a incidência na população privada de liberdade é 23 vezes superior à da população em geral. Falhas na assistência prestada

aos detentos contribuem para o problema e suscitaram a necessidade de se realizar uma intervenção. DESENVOLVIMENTO: O objetivo desse estudo foi analisar o processo de educação permanente em saúde (EPS) desenvolvida pela equipe de enfermagem para a implantação de assistência sistematizada à pessoa com tuberculose (TB) na PEL. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou a metodologia da pesquisa-ação como estratégia de pesquisa. O estudo foi realizado na Penitenciária Estadual de Londrina e a coleta de dados ocorreu no período entre outubro de 2014 a fevereiro de 2015. Durante este período foram realizadas sete oficinas de EPS através de metodologias ativas de aprendizado. Em três foram tematizadas o trabalho em equipe, acolhimento e corresponsabilidade. Em outras duas se discutiu aspectos atuais da doença, a prática assistencial desenvolvida e uma nova proposta de atenção sistematizada foram construídas pela equipe. As duas últimas monitoraram a proposta implantada e corrigiram falhas. As oficinas foram filmadas, transcritas e analisadas. Também foi alvo de análise, registros em prontuários e formulários institucionais. RESULTADOS: A análise dos dados revelou, no início do processo, um grupo de trabalhadores conformados com o modelo de assistência, responsabilizando o preso pelo seu próprio processo de cura. Porém, à medida que as oficinas avançaram, a corresponsabilização foi internalizada pelos sujeitos, e a transformação prevista pela pesquisa-ação e pela EPS ocorreu e culminou na implantação efetiva da assistência de TB ao detento da PEL e ao desejo de um programa de EPS institucional. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A pesquisa-ação articulada à EPS mostrou-se apropriada no desenvolvimento da intervenção, pois gerou mudança de práticas e transformou a realidade.

A EFETIVAÇÃO DO DIREITO À SAÚDE: UMA ANÁLISE SOBRE A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADA NO SUS

Kelli Luiza Daron

Palavras-chave: Constituição federal, Direito à saúde, Efetivação, Relação público-privada

APRESENTAÇÃO: Este trabalho apresenta análise de cunho bibliográfico sobre a efetivação do direito à saúde. Em passados mais de vinte anos da promulgação da Constituição, a qual elevou a saúde ao patamar de direito fundamental, faz-se necessária a reflexão sobre a efetivação do direito à saúde que, apesar de se encontrar assegurado no rol dos direitos fundamentais, na prática encontra dificuldades na sua efetivação. Uma das questões que perpassa esse processo está na relação público-privado. Desenvolvimento: A saúde 'passou a ser um direito a partir da Constituição Federal de 1988. Antes disso, o enfoque da prevenção de epidemias e de doenças contagiosas e saneamento eram a base da compreensão da saúde pública.. A assistência à saúde era um privilégio daqueles que podiam pagar, ficando os demais à mercê de instituições de caridade. Com o tempo teve a gradativa inclusão dos trabalhadores assalariados, seus dependentes. Mas foi por meio de diversas mobilizações e lutas do movimento sanitário, que a saúde se tornou um direito fundamental, em 1988. Em que pese a obtenção dessa conquista, não houve a ruptura com o sistema privado. Na própria Constituição Federal ficou estabelecida a participação do privado. Assim, nesse contexto dual, a saúde no Brasil se consolidou numa mistura de público com privado. Coloca-se o desafio da saúde como direito fundamental considerando a relação público-privada existente no SUS. RESULTADOS: Na Constituição Federal está preconizada a saúde como um direito de todos e dever do Estado, mas permite a participação do privado, de forma

complementar. Esse processo, complexo e contraditório, fruto da luta de classes e dos interesses econômicos que operam em escala mundial vem, no Brasil, através da força da mobilização popular e a ação governamental produzindo avanços no SUS enquanto política pública de Estado e garantindo acesso à saúde à milhões de pessoas que, se não tivesse esse direito constitucional assegurado, estariam sem nenhum tipo de atenção à sua saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A saúde como direito é resultado da conquista popular que precisa seguir avançando em sua efetivação pública, universal, integral e equânime para a superação das contradições, dentre as quais estão as produzidas pela relação público-privado. Nessa perspectiva, deve avançar para a compreensão e incorporação das várias modelagens tecno-assistenciais no cuidado à saúde com base na integralidade e valorização das várias formas de cuidado, das equipes multiprofissionais e do conjunto da rede de atendimento, voltadas a atender às necessidades de saúde da população e de forma participativa, que possibilitem repensar os processos de trabalho na saúde para que o conjunto de trabalhadores se sintam sujeitos e se reconheça naquilo que fazem, construindo relações mais humanas. Diante disso, pode-se afirmar que a efetivação da universalidade do direito à saúde não pode depender da atuação do privado, embora a legislação em vigor permita a participação do privado na assistência à saúde, o público deve ser a prioridade dos governantes e a participação e o controle da sociedade no processo de decisão e implementação das políticas e ações em saúde é fundamental para sua efetivação.

A ELABORAÇÃO DE MARCADORES PEDAGÓGICOS QUE SUBSIDIEM A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO PEDAGÓGICO DE CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Paulo Roberto Mix, Simone Edi Chaves

Palavras-chave: projeto pedagógico, enfermagem, educação, quadrilátero

APRESENTAÇÃO: O advento das Diretrizes Curriculares Nacionais para o ensino de graduação em saúde inaugurou um movimento de mudança, entretanto observa-se, no campo da graduação em enfermagem, uma proposta de formação tecnicista e hospitalocêntrica. Cabe ao setor acadêmico compreender o avanço das políticas públicas do campo da saúde e traduzi-las em processos pedagógicos que permitam práticas inovadoras, com uma proposta de ensino da graduação disposta ao ineditismo. As instituições formadoras devem apostar levando-se em consideração as necessidades regionais, apostar em cursos de graduação em enfermagem que gerem significados e práticas com orientação social, com participação dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes. Existe necessidade de fortalecer a integração ensino-serviço-gestão e controle social. Espera-se qualificar a formação dos trabalhadores para as reais necessidades do setor da saúde com vigor político para um processo de mudança da realidade. Esta articulação se expressa no conceito do Quadrilátero da Formação, onde se articulam ensino, onde estariam docentes e estudantes; gestão, os gestores do SUS; atenção, os trabalhadores e serviços de saúde; e controle social, os usuários, os movimentos sociais e a sociedade. O objetivo deste estudo é propor marcadores pedagógicos que subsidiem a elaboração de um Projeto Pedagógico para um curso (PPC) de graduação em Enfermagem no município de Santa Rosa na Fundação Educacional Machado de Assis (FEMA). METODOLOGIA: Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa com utilização de grupo focal, onde serão convidados participantes das quatro faces

do quadrilátero para que juntos possam debater as necessidades de saúde da região, com vistas à proposição de um PPC de enfermagem. Para análise dos dados será utilizada técnica de análise de conteúdo. O dispositivo utilizado para composição dos participantes do estudo será baseado no Quadrilátero da Formação: ensino - serviço - gestão - controle social. Definida por critérios de escolha intencional do pesquisador. Deste modo os participantes do estudo serão atores com interface com a instituição em estudo e que atuam em uma das 4 faces do quadrilátero. Serão escolhidos pelo menos dois participantes de cada uma das faces do quadrilátero. Assim os participantes do estudo serão: 2 enfermeiros docentes, 2 enfermeiros assistenciais, 2 gestores dos locais de campo de prática (hospital e atenção básica) e 2 representantes dos usuários. Como critério de inclusão na pesquisa os participantes devem ser: docentes, enfermeiros que supervisionam atividades práticas, gestores da instituição de ensino ou dos serviços de saúde onde a instituição de ensino desenvolve atividades práticas e serem usuários dos serviços de saúde onde a instituição de ensino desenvolve suas atividades práticas. Serão realizados 3 encontros de grupo focal, gravados em áudio e com presença de anotador assistente. A pesquisa respeita as questões éticas e está aprovada pelo CEP da UNISINOS sob o número 15/102. RESULTADOS: A pesquisa está em fase de coleta de dados e no congresso poderemos apresentar seus resultados.

A EXPERIÊNCIA DO CIRHUS NA PERSPECTIVA DE BOAS PRÁTICAS DE COOPERAÇÃO TÉCNICA INTERNACIONAL

Cintya Larissa Leite Dantas, Soraia Costa da Silva, Janete Lima de Castro

Palavras-chave: CIRHUS, Cooperação Técnica, OPAS

APRESENTAÇÃO: Esta pesquisa consiste em apresentar a experiência do Curso Internacional de Especialização em Gestão de Políticas de Recursos Humanos em Saúde (CIRHUS) enquanto “boa prática” de Cooperação Técnica Internacional. O CIRHUS tem como propósitos o fortalecimento solidário do campo de Recursos Humanos em Saúde e a criação de redes colaborativas na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. O Curso Internacional em Gestão de Políticas de Recursos Humanos em Saúde é fruto de um projeto da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), realizado através do Termo de Cooperação Internacional n. 41 (TC-41) firmado entre a OPAS e o Ministério da Saúde do Brasil. O CIRHUS é um projeto de cooperação técnica horizontal que resultou em uma experiência exitosa desenvolvida entre o Brasil e os países da região Andina, com a finalidade de fortalecer os serviços de saúde dos países participantes, oportunizar novas propostas de qualificação dos trabalhadores de saúde, viabilizando a criação de cursos similares em nível nacional. **OBJETIVOS:** Elencar alguns parâmetros adotados pela OPAS/OMS como boas práticas da cooperação internacional e identificar os resultados obtidos pelo projeto. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa de base documental. Para isso, foi feita uma revisão bibliográfica, investigando os relatórios e documentos oficiais do projeto. Foi realizada a leitura de livros que versam sobre a temática em evidência, artigos científicos, sites e bases eletrônicas para maiores informações. **RESULTADOS:** Dentre os parâmetros elencados pela OPAS/OMS como boas práticas da cooperação internacional, citaremos: transferir tecnologias e difundir conhecimentos úteis e adaptados às realidades locais; buscar apoio de outras fontes internacionais para levantar novos recursos para a saúde; prover capacitação

de recursos humanos em áreas estratégicas; apoiar a divulgação de experiências exitosas de seus países-membros para todo o mundo; garantir enfoques multissetoriais e integrais em intervenções da saúde e atuar como um espaço neutro de negociações e articulações intergovernamentais. Os resultados obtidos mostram que o curso possibilitou a exibição de vivências dos alunos, oportunizando o aprendizado; favoreceu melhor desempenho das funções; permitiu refletir sobre o desempenho institucional e compará-lo com a realidade de outros países, possibilitando mudanças nas práticas de assistência do serviço de saúde; aprimorou a competência de posicionamento do gestor de recursos humanos em saúde, propiciando mudanças no planejamento e execução da gestão e permitiu a formação da atenção integral com enfoque familiar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esta pesquisa relatou a experiência de boas práticas de cooperação técnica por meio do Curso Internacional em Gestão de Políticas de Recursos Humanos em Saúde, possibilitando o desenvolvimento da carreira sanitária, o intercâmbio de experiências entre os países, intensificando as políticas de dotação de recursos humanos, permitindo a formação qualificada dos trabalhadores de saúde, resultando na obtenção de conhecimentos, no olhar ampliado para área de gestão e, conseqüentemente, propiciou a criação de novas estratégias para a educação em saúde.

A EXPERIÊNCIA DOS ALUNOS DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR) NA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE

Thabata Cristy Zermiani, Gisele de Bortolli Rauli, Sibebe Pereira de Oliveira, Marilene da Cruz Magalhães Buffon, Rafael Gomes Ditterich

Palavras-chave: Atenção Secundária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Saúde Bucal

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se em uma importante estratégia de reorganização do Sistema de Atenção à Saúde, em serviços integrados, vinculados entre si com o objetivo comum de responder de forma integral, equânime, eficaz e efetiva às necessidades em saúde da população brasileira. A fim de propiciar um maior contato dos acadêmicos do curso de Odontologia da Universidade Federal do Paraná (UFPR) com a Rede de Atenção à Saúde Bucal, é ofertado aos alunos bolsistas e voluntários do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) Redes de Atenção UFPR/SMS Curitiba-PR um estágio voluntário no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Prof. Sylvio Gevaerd em Curitiba-PR. Este estágio é realizado em três turnos na semana de 5 horas durante duas semanas, totalizando 30 horas de atividades. Desde 2013, a cada semestre, são ofertadas dez a doze vagas aos alunos do nono período, sendo que 24 acadêmicos já participaram do estágio, no qual acompanharam e realizaram atividades clínicas sob a supervisão das duas preceptoras do PET Saúde Redes de Atenção UFPR/SMS Curitiba-PR; e discutiram o encaminhamento e o fluxo de atendimento (referência e contra referência) dos pacientes do CEO do município. Neste sentido, o objetivo do presente trabalho consistiu em descrever e analisar a experiência dos alunos que participaram deste estágio. A percepção dos alunos foi analisada a partir de suas respostas a um questionário, o qual continha perguntas relativas à receptividade e disponibilidade das preceptoras, à qualidade do local e aos benefícios da realização do estágio para a sua formação profissional. Os dados das questões objetivas foram tabulados no Microsoft Excel, ao passo que para as

questões abertas foi realizada análise de conteúdo e análise da frequência de palavras. Todos os alunos participantes avaliaram esta experiência como excelente ou muito boa, considerando as preceptoras receptivas e disponíveis e o local de estágio adequado. Além disso, relataram que o estágio foi muito importante à medida que agregou conhecimento e experiência, possibilitando aprimoramento profissional; e permitiu conhecer a atuação do cirurgião-dentista na atenção secundária, a organização do CEO e do Sistema Único de Saúde. Em virtude da compreensão unânime dos alunos acerca da importância desta experiência na atenção secundária, 92% dos alunos apontaram a necessidade de este estágio se tornar uma atividade obrigatória dentro da matriz curricular do curso de odontologia da UFPR, além disso, vários alunos apontaram a necessidade de ampliar a sua carga horária. Percebeu-se, portanto, que o estágio está atingindo seu objetivo de complementar a formação acadêmica em conformidade com as diretrizes curriculares nacionais, na medida em que os alunos estão tendo a oportunidade de vivenciar a prática de atenção à saúde bucal no Sistema Único de Saúde, não apenas na Atenção Primária, mas também na Secundária, compreendendo assim os fluxos de atendimento e os pontos de atenção na Rede de Atenção à Saúde Bucal.

A EXPERIÊNCIA DOS ALUNOS NO PROJETO PET- TUBERCULOSE-UFRGS

Fabiano Brufatto, Bruna Gentil, Camila Spido, Vinícius Maximiliano, Laura Henz, Ariane Dahmer, Mariana Fleck

Palavras-chave: UFRGS, PET, Ministério da Saúde,

O projeto PET Avaliação da Descentralização da Assistência da Tuberculose em Serviços de

Atenção Básica à Saúde em uma Gerência de Saúde do município de Porto Alegre, iniciou suas atividades em maio de 2013 e terminou em maio de 2015. O projeto avaliou o processo de descentralização da assistência da Tuberculose em Porto Alegre na atenção primária, monitorando indicadores de estrutura, de assistência, de vigilância epidemiológica e de resultados. Através do projeto os estudantes de diferentes cursos da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tiveram a oportunidade de vivenciar os processos de trabalhos no SUS. Os estudantes no primeiro momento passaram por capacitações sobre cuidado à tuberculose com profissionais do município devidamente habilitados, a fim de obter melhor análise dos dados a serem coletados. Foram apresentados os instrumentos que são usados pelo Ministério da Saúde para o tratamento da tuberculose na atenção básica. No segundo momento os bolsistas foram divididos em duplas e cada dupla ficou responsável por acompanhar a utilização dos instrumentos pelos trabalhadores nas unidades de saúde designadas. As visitas às unidades de saúde para avaliar o processo de descentralização da TB pelos bolsistas possibilitaram um melhor entendimento das fichas ILTB e do sistema de informação utilizado, além de da aproximação aos trabalhadores de saúde que atuam com a tuberculose os quais ainda apresentam muitas dúvidas e carência de capacitação nesta área. Concomitante ao processo de avaliação da descentralização da tuberculose, os bolsistas, juntamente com a preceptora do projeto, desenvolveram um sistema de informação e uma nova ficha de Infecção Latente por Tuberculose a partir das orientações do Ministério da Saúde, sendo, então, implementada pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre em todas as unidades de saúde da cidade. O sistema de informação, criado para possibilitar a avaliação das fichas de pacientes em

Tratamento da Infecção Latente por Tuberculose (ILTb) foi desenvolvido por meio do programa de código aberto Epi Info 7.1.4, fornecido pela empresa CDC. O sistema de informação criado possibilitou que as fichas que antes eram de papel passassem para o formato digital assim ter um melhor controle do fluxo das informações e assim obter melhores resultados epidemiológicos quando analisados. Durante o projeto do PET o sistema de informações foi alimentado e sua análise virou uma pesquisa que está sendo realizada entre a UFRGS e a Secretária Municipal de Saúde de Porto Alegre.

A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E A FORMAÇÃO EM SAÚDE; UM ESTUDO DE REVISÃO

Vanessa Fernandes Porto, Josineide Francisco Sampaio, Cristiana Carina Bittencourt, Jairo Calado Cavalcante

Palavras-chave: Formação, Educação em Saúde, Extensão Universitária

Apresentação: O perfil dos egressos da formação superior na área da saúde passa por ampla discussão dentro do cenário brasileiro. Considerando-se também, as mudanças de concepções sobre o processo saúde-doença, ressalta-se a necessidade da reflexão permanente acerca da formação em saúde. Uma vez que esta contempla além das habilidades técnicas, as quais são importantes para a prática profissional em saúde, deve também destacar preceitos éticos, sociais, políticos e culturais na formação. Nesse sentido, conforme o Plano Nacional de Extensão Universitária, elaborado no Fórum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras. A extensão universitária é a atividade acadêmica capaz de imprimir um novo rumo à universidade brasileira e de contribuir significativamente para a

mudança da sociedade. A partir de tais elementos, objetivou-se, nesta revisão sistemática, fazer um estado da arte da publicação científica sobre a extensão universitária e sua contribuição na formação acadêmica dos profissionais de saúde no Brasil. Desenvolvimento do trabalho: Realizou-se uma revisão sistemática de literatura, com busca na Biblioteca Virtual em Saúde, baseada nos estudos publicados nos últimos onze anos, a partir dos descritores Extensão Comunitária, Educação em Saúde e Extensão Universitária. Para a sistematização e análise dos textos, foi estruturado um quadro com a indicação da referência e a descrição da publicação, a saber: código/ano/tipo de estudo, área de formação, tipo de atividade de extensão e resultados/ conclusões. Posteriormente, foram analisados por ano de publicação, tipos de estudo, tipos de atividade de extensão e áreas de formação. A partir da análise dos resultados e conclusões, foram categorizadas as principais contribuições concernentes às atividades de extensão para a formação acadêmica dos profissionais em saúde. Resultados e/ou impactos: Resultou em 21 publicações relacionadas ao tema e nas contribuições das atividades de extensão categorizadas. Quanto à distribuição anual de publicações, observou-se maior número de publicações nos anos de 2009 (19,05%) e 2013 (14,29%). Desse modo, verifica-se que houve aumento de publicações com o passar dos anos, indicando o reconhecimento da relevância da temática. No que se refere aos aspectos metodológicos, sobressaiu-se a abordagem quantitativa, com maior presença dos tipos de estudo como relatos de experiência 9 (42,86%). Embora estes estudos descrevam situações e casos relevantes da extensão, não foram utilizados instrumentos validados, e sim, questionários elaborados para obterem dados relacionados às suas demandas específicas. A identificação da

diversidade de áreas de formação envolvidas nas atividades de extensão, que possuem caráter interdisciplinar e multiprofissional indica que a extensão universitária possibilita a convivência e o desenvolvimento de uma formação articulada com o contexto social e profissional, de acordo com o que preconiza as Diretrizes Curriculares Nacionais para formação em saúde. Considerações finais: A extensão universitária contribui na formação acadêmica dos profissionais de saúde, integra professores-acadêmicos-comunidade, desenvolve habilidades e competências para trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. No entanto, apresenta seu status fragilizado no meio científico, visto que verificou-se carência de desenvolvimento da dimensão pesquisa na prática da extensão, a qual serviria como avaliação desta, garantindo assim, maior consistência para apresentação dos seus resultados.

A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E O ENSINO EM SAÚDE NA UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI: UMA ANÁLISE DOS PROJETOS DE EXTENSÃO

Thamar Kalil Campos Alves, Juliana Rodrigues Bonifácio

Palavras-chave: Ensino, Saúde, Extensão Universitária

Pensarmos em Ensino em Saúde implica igualmente refletirmos, identificarmos e analisarmos a relação entre as práticas de formação dos profissionais da saúde e as vivências possibilitadas nesta formação em decorrência da tríade ensino, pesquisa e extensão. Sendo assim, o texto tem o intuito de apresentar algumas reflexões acerca da temática na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), situada no município de Diamantino-MG,

por meio de um estudo sobre os projetos de extensão dos cursos de graduação da área da saúde. Tal iniciativa justifica-se pela percepção das autoras da extensão como meio de integração entre a formação técnica e a formação cidadã destes profissionais. Para o desenvolvimento desta pesquisa levantamos as seguintes problemáticas: como as ações extensionistas desenvolvidas por meio de projetos na área temática saúde tem permitido a ligação entre universidade e sociedade? Como os princípios norteadores do SUS são contemplados nestes projetos? Qual o papel da UFVJM para a melhoria da implementação e acompanhamento das políticas públicas de saúde locais/regionais? Como o futuro profissional da saúde reconhece em seu lócus de atuação as questões sociais que de alguma forma o caracteriza? Neste sentido, temos como objetivo analisar como os projetos de extensão favorecem, ou não, a formação dos profissionais da área da saúde na UFVJM e como estes projetos estabelecem, ou não, práticas dialógicas com a realidade, limites e problemas sociais locais/regionais. Para a construção deste projeto utilizamos no nosso referencial autores que tratam da temática, dentre eles: Boaventura de Souza Santos, Paulo Freire, bem como marcos legais/oficiais, a exemplo, a Política Nacional de Extensão Universitária, com os quais dialogaremos no desenvolvimento da nossa pesquisa. Inicialmente faremos análise bibliográfica para que em seguida possamos dar início à análise documental de todos os projetos de extensão, bem como de extensão em interface com a pesquisa em desenvolvimento e registrados na Pró-reitoria de Extensão da UFVJM, no período de 2012 a 2015. Este recorte temporal justifica-se pela implementação da Política Nacional de Extensão Universitária em maio de 2012. A pesquisa encontra-se em desenvolvimento junto ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde

e neste presente momento não é possível aferir resultados ou dar apontamentos concretos sobre como se efetiva as ações extensionistas desenvolvidas por meio de projetos de extensão na área temática saúde no campo da pesquisa que possibilitem a confirmação ou negação das problemáticas iniciais. Pretende-se como resultado desta investigação, desenvolver um instrumento de análise que se encontra em processo de estruturação.

A FIGURA DO PRECEPTOR NAS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS NO SUS: OLHAR A PARTIR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Gabriela Grechi Carrard, Márcia Rosa da Costa, Cleidilene Ramos Magalhães

Palavras-chave: Desenvolvimento de pessoal, Ensino, Preceptor, Atenção Primária à Saúde, Educação Continuada

INTRODUÇÃO: O debate atual acerca da reorientação da formação em saúde tem respaldado e fomentado a discussão nas instâncias e instituições de formação e suscitado cada vez mais o reconhecimento de formar profissionais de saúde em consonância com a realidade de vida da população e as suas legítimas necessidades. Neste contexto, o profissional de saúde, preceptor dos estudantes nos cenários de prática, tem sido destacado como elemento chave, uma vez que desempenha potencial contribuição na formação dos futuros egressos, num contínuo processo de aprendizagem. **OBJETIVO:** Conhecer como se configuram as práticas pedagógicas dos profissionais de saúde como preceptores na Rede de Atenção Primária à Saúde, em um município da Serra Gaúcha. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de metodologia mista, composta por questionário online e entrevistas individuais. A população do estudo compreende profissionais da saúde,

das áreas de nutrição, assistência social, enfermagem e medicina, os quais têm experiência em atividades de preceptor nos cenários de prática do SUS. **RESULTADOS:** A pesquisa está em andamento. A primeira fase, de caracterização da população do estudo, contou com o recrutamento de aproximadamente de cinquenta preceptores, que responderam um questionário online, com questões do perfil profissional e da atuação na atividade de preceptor. Evidencia-se a área da enfermagem com maior representatividade nas ações relacionadas à preceptor. **CONCLUSÃO:** Dados preliminares sugerem que a relação de ensino existente entre o preceptor e o aluno é permeada pelas práticas pedagógicas, cuja função é entender o processo de aprendizagem dos estudantes, considerando-os como sujeitos do seu próprio aprendizado. A partir dos resultados da pesquisa, prospecta-se fomentar o apoio às atividades de preceptor do município, bem como a perspectiva de implantar uma política de institucionalização dessa prática.

A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS RESIDENTES NA ÁREA DA SAÚDE COLETIVA EM INTERFACE COM A SAÚDE DO CAMPO

Camille Correia Santos, Idê Gomes Dantas Gurgel

Palavras-chave: saúde do campo, educação permanente, residência

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCF) tem como objetivo melhorar o nível de saúde das populações do campo por meio de ações e iniciativas que promovam o acesso aos serviços de saúde, redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho e melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de

vida. Nesta perspectiva de desenvolver essas ações, é que o plano operativo da política propõe repensar a formação dos profissionais de saúde por meio da educação permanente e educação popular em saúde com ênfase nas populações do campo, da floresta e das águas. Uma das estratégias de formação que está em expansão no país é o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde que é voltado para a educação em serviço e destinada as categorias profissionais que integram a área da saúde. Pernambuco é um estados do Nordeste que mais tem investido nesta modalidade de formação, contando com mais de 60 programas de residências na área da saúde, possuindo 10 programas no campo da saúde coletiva. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é analisar o conteúdo de saúde no campo desenvolvido nos programas de formação profissional no campo da saúde coletiva em Pernambuco. Trata-se de um trabalho qualitativo realizado a partir de análise documental. Analisou-se as propostas de formação profissional na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e na PNSIPCF por meio de documentos: portarias, plano operativo, seminários e oficinas. Para identificar as experiências de formação profissional nas residências no campo da saúde coletiva em Pernambuco que considere a saúde do campo foi realizado análise dos currículos pedagógicos, ementas de disciplinas dos programas de residências em saúde coletiva do Estado de Pernambuco, bem como seminários e oficinas realizadas pelos programas de residência. Dentro do universo de análise a temática de saúde no campo não é contemplada nos projetos pedagógicos das residências no campo da saúde coletiva; Os programas de residência no campo da saúde coletiva ainda são frágeis para atender a complexidade da (re) orientação profissional voltada para o olhar ampliado da saúde; Dentre o universo de

expansão das residências no estado, apenas 10 residências são no campo da saúde coletiva, sendo 5 de saúde coletiva e 5 de saúde da família, sendo que apenas 3 são interiorizadas e apenas 1 aborda a saúde do campo; Atualmente no estado tem-se construído algumas experiências pontuais como a formação de um coletivo de saúde no campo; o programa de residência em saúde da família com ênfase na saúde do campo e o programa do Versus com ênfase na saúde do campo. Diante desse cenário de formação profissional em saúde, fica evidente a necessidade de repensar a formação de saúde nos programas de residências no campo da saúde coletiva para um olhar ampliado, contextualizado com a saúde e a vida da população do campo.

A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NO ACOLHIMENTO E CUIDADO AOS MORADORES DE RUA: UMA REVISÃO NA LITERATURA

Cristiane Alves Montenegro, Maria Luiza de Barba, Lisiane Possa

Palavras-chave: Morador de Rua, Educação Permanente em Saúde, Formação dos profissionais

O cuidado e acolhimento aos moradores de rua sempre foi um nó crítico nas políticas públicas, a formação de profissionais para atuar com essa população tornou-se um grande desafio. Trazer para realidade cotidiana dos profissionais, usuários e gestores, a formação dos trabalhadores e o acolhimento a essa população, tornou-se fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado e ofertados ao morador de rua. A mudança na formação acadêmica de estudantes e professores do campo da saúde também tem se mostrado necessária. Realizou-

se uma revisão narrativa, pretendendo realizar uma breve recuperação histórica e literária dos marcos das propostas de educação e políticas públicas na saúde para profissionais do Sistema Único de Saúde, em especial no que tange aos moradores de rua, e as experiências relatadas. Dessa forma, apontamos a necessidade de aproximar a formação dos profissionais de saúde das reais necessidades e culturas dessa população. Isso acaba impactando em mudanças institucionais, profissionais e pessoais difíceis e complexas como conceitos, cultura e estigmas conflituosos do ser humano. O significado da formação, humanização e a qualificação do cuidado devem estar presentes nos processos educativos para os profissionais de saúde. Para construir práticas de trabalho considerando a perspectiva popular é necessário o diálogo entre os sujeitos, a escuta, o coletivo e acima de tudo que reconheçam, respeitem e valorizem as diversidades humanas.

A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA NO BRASIL E A EXPERIÊNCIA DOS BACHARELADOS INTERDISCIPLINARES NA UFBA

Monica Lima, Denise Coutinho

Palavras-chave: Formação em Psicologia, Bacharelados Interdisciplinares, Universidade

Nesta comunicação, toma-se partido da sociologia reflexiva de Pierre Bourdieu, particularmente as noções de habitus, espaço dos possíveis e ilusão em diálogo com os conceitos de inter e transdisciplinaridade com o objetivo de refletir sobre a dupla filiação da psicologia, que advoga sua inserção como ciência da saúde e como humanidades. Enfrentar o desafio de formar profissionais para a atuação no campo da saúde, sem abdicar da formação necessária

em ciências humanas e sociais, é tarefa à qual os agentes formadores do campo da psicologia não podem furtar-se. A Psicologia é uma profissão que possibilita grande diversidade de âmbitos de atuação, não se restringindo ao campo da saúde, apesar de cada vez mais aumentar a presença de tais profissionais no SUS. Historicamente qualificado como campo de dispersão de conhecimentos, a psicologia parece ser palco de efeitos complexos decorrentes do vínculo a uma área em detrimento da outra. Este trabalho teve como ponto de partida a experiência de implantação dos Bacharelados Interdisciplinares (BI) na Universidade Federal da Bahia. Neste caso, interessa-nos o percurso do estudante que conclui um dos quatro BIs (Humanidades, Ciência e Tecnologia, Saúde e Artes) e decide ingressar no curso profissional de Psicologia. Na transição, o estudante pode ou não ter realizado, durante o BI, a área de concentração denominada Estudos da subjetividade e do comportamento humano. Em estudo anterior, realizamos acompanhamento de egressos da primeira e segunda turmas do BI, tendo apontado êxito na formação interdisciplinar, significativa para superar a especialização precoce e, de modo contundente, favorecer uma escolha profissional mais madura em relação àqueles jovens que ingressaram diretamente para o curso de psicologia, sem formação universitária e cidadã prévia. O curso de psicologia pode ser acessado por estudantes dos quatro BIs. Até o momento, a maioria que fez a escolha de seguir para o curso de psicologia veio do BI de Humanidades. Tal vinculação pode ser explicada pelo fato da formação em psicologia estar vinculada, na UFBA, à área de Ciências Humanas, apesar de ser uma das 14 profissões da área de saúde no Brasil. A experiência de implantação dos BIs e o trânsito para o curso de Psicologia fazem emergir interrogações sobre vantagens

e desvantagens de vincular-se de modo exclusivo a Saúde ou a Humanidades. Este processo também produziu vigorosa revisão de normas há muito tempo naturalizadas e reflexões sobre a concepção tradicional da formação universitária no Brasil. Experiências de mobilidade, flexibilidade e interdisciplinaridade possibilitadas pelo BI parecem levar inevitavelmente à construção de autonomia por parte do estudante. Por outro lado, a formação linear, de cunho profissionalizante e disciplinar favorece passividade, acomodação e compreensão fragmentada da realidade. Por exemplo, o curso de psicologia, na UFBA, entendida como curso em Humanidades, não aceitava estudantes egressos do BI de Saúde. Após tensionamentos provocados pelo encontro entre sujeitos e dispositivos produzidos por modelos tão antagônicos, parte da normatização institucional teve que ser atualizada. Consideramos imprescindível problematizar a suposta necessidade de estabelecer, previamente e de modo burocratizado, o vínculo de um curso de graduação a uma área exclusivamente.

A FORMAÇÃO EM SAÚDE: DIÁLOGOS INTERPROFISSIONAIS NO ÂMBITO DO PRO-SAÚDE E PET-SAÚDE

Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Geovannia Mendonça dos Santos, Thamires da Silva Souto, Nildo Alves Batista

Palavras-chave: formação, políticas públicas, saúde

Este trabalho tem por objetivo discutir as repercussões do PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE na perspectiva de uma formação interprofissional, investindo em saberes e valores partilhados, capacidade crítica e leitura da realidade, possibilidade inventiva do aprender e do intervir. As revisões de literatura empreendidas sobre formação

em saúde sinalizam a necessidade de criação e consolidação de novos espaços de aprendizagem, ampliando os locais de discussão, análise partilhada e inserção concreta nos locais de prática a partir das demandas sociais em articulação com a rede de conhecimentos. Os desafios presentes na tessitura do campo da saúde demandam novos modos de ensinar e aprender, imbricando políticas públicas, teorias e compromisso ético-político. Neste sentido, os movimentos provocados pelas políticas indutoras de reorientação na formação em saúde têm sido potentes e ecoam na formação: o reconhecimento da universidade como espaço produtor de saberes e práticas, permite situar as políticas indutoras PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE como facilitadoras de diálogo e ações junto à rede de serviços de saúde, bem como da aproximação ao campo das práticas, das demandas sociais, de projetos pessoais. Esse processo de formação in loco possibilita, ainda, que profissionais de saúde inseridos nos serviços possam aprender e ressignificar suas práticas a partir do contato com alunos e docentes. A interprofissionalidade assumida como um eixo estruturante investe na troca entre diferentes áreas profissionais, superando os “guetos” de afazeres estéreis e desvinculados da realidade, bem como fortalecendo os debates nacionais a favor da produção de cuidado fundamentado na integralidade, na humanização e coadunado com os princípios do SUS.

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DOS POSSÍVEIS MOTIVOS DE RESISTÊNCIA DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS (POSTE MORTEM)

Brisa Miller Sobrinho Santos

Palavras-chave: educação em saúde, doação de órgãos, resistência, família

APRESENTAÇÃO: O transplante de órgãos é um método terapêutico para diversas doenças crônicas e incapacitantes. No Brasil só é permitida a doação de órgãos de cadáveres se houver morte encefálica determinada. Mesmo sendo uma prática segura e coberta por uma rigorosa legislação, ainda há muitas barreiras que fazem as filas de transplantes aumentarem a cada dia. O objetivo deste trabalho é analisar e discutir os motivos que levam a não doação de órgãos e tecidos no Brasil e mostrar a importância da educação em saúde no enfrentamento dessa resistência. Pois como veremos, educação em saúde é um conjunto de atividades que tem por finalidade mudar hábitos e comportamentos em prol da melhoria da qualidade de vida e da saúde do indivíduo. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com revisão de literatura. O referencial teórico utiliza 10 artigos adquiridos na base de dados Scielo, Medline e site do Ministério da Saúde. Os impeditivos discutidos neste estudo são: falta de conhecimento sobre morte encefálica; não autorização familiar; medo de comercialização de órgãos; e questões religiosas. As medidas sugeridas para diminuir a resistência na autorização de doação de órgãos relacionam-se a incentivos educacionais para a população e equipes de saúde, pois grande parte da resistência ocorre devido à falta de informação sobre o assunto e despreparo da equipe de saúde, as quais não dão a assistência necessária para que os familiares sintam-se seguros e confortáveis para doar os órgãos dos seus entes queridos. Deve-se então investir na educação em saúde como ferramenta impulsionadora na campanha em prol de doação de órgãos, para desta forma diminuir a fila de espera, salvando mais vidas e diminuindo o sofrimento dos que nela esperam.

A IMPORTÂNCIA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO DE INFECÇÕES

Pedro Pedro Henrique Pedro Henrique Alves Gomes, Viviane de Carvalho Guimarães

Palavras-chave: Campanha, Higienização, Lavagem

O presente trabalho trata-se de um estudo e reflexão realizados a partir da indicação da OMS – Organização Mundial de Saúde, em se desenvolver ações que reforcem a higienização das mãos como medida principal na prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde. A campanha de higienização das mãos ocorreu em 19 Unidades de Atenção Básica à Saúde (UBS) e 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), localizadas no Rio de Janeiro. O objetivo do estudo é: apontar a importância da conscientização da lavagem correta das mãos, através de campanhas e treinamentos; verificar a aceitação e engajamento dos profissionais de saúde; avaliar o conhecimento desses profissionais quanto a técnica simples de higienização das mãos, principais riscos e consequência da ausência da prática; identificar a eficiência da lavagem após a divulgação da técnica; observar o impacto causado pela campanha para com os funcionários e a necessidade de melhorias estruturais para oferecer ferramentas adequadas nesse processo. O material de apoio para a campanha consistiu no desenvolvimento de cartazes e banner's, com o passo a passo sobre a técnica de higienização das mãos preconizada pela ANVISA – Agência de Vigilância Sanitária, bem como a criação de uma espécie de “caixa mágica”, elaborada com uma simples caixa de papelão e lâmpada de luz negra. Antes de inserir as mãos dentro da caixa, todos os participantes aplicaram em suas mãos álcool gel misturado a uma pequena ponta

de caneta marca texto, onde ao colocar as mãos dentro da caixa, a luz negra permitia o realce das sujidades. Após a identificação do estado das mãos dos funcionários, eram ensinadas as técnicas de lavagem das mãos e orientava-se que os mesmos realizassem a lavagem e retornassem à caixa para análise da eficácia da ação de higienização adequada. Após a experiência, verificou-se diversos fatores importantes para conclusão da avaliação da campanha. Grande parte dos participantes desconhecia a técnica simples de higienização das mãos, além dos riscos e consequências quando da ausência da prática de lavagem nos momentos indicados pela ANVISA e outras normas de segurança. Outro ponto verificado foi a grande quantidade de dúvidas quanto o melhor material a ser utilizado para se lavar as mãos e sua eficácia. Percebeu-se também a dificuldade dos profissionais em realizar constantemente a lavagem das mãos durante o exercício de trabalho. Por fim, identificamos o impacto e dúvida dos participantes, quanto a permanência das sujidades, mesmo após a lavagem utilizando-se a técnica ensinada. Portanto, a experiência realizada foi extremamente eficaz no levantamento da necessidade de criação de novos métodos de conscientização, melhorias contínuas dos processos e medidas de prevenção, bem como melhorias estruturais, para se oferecer um ambiente que proporcione cada vez mais a prática da lavagem das mãos.

A METODOLOGIA PBL (ABP) NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Sabrina Weiny da Silva, Ruth Daniele Pereira Mota, Ingrid Jaqueline Leopoldino

Palavras-chave: metodologia ativa, PBL, educação em saúde

A metodologia de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) é uma metodologia ativa, em que há foco no discente, a qual vem sendo adotada, principalmente, pelos países da América e outros vêm implementando em atividades curriculares. São diversas as vantagens do método para os estudantes e sociedade. Fora levantado neste resumo diferenças e semelhanças entre as metodologias de problematização e PBL e como essa última têm surtido efeitos na educação em saúde na Universidade Federal de Sergipe/ Campus Lagarto. A metodologia de problematização é baseada no Arco de Charles de Maguerez, com etapas de observação do real, pontos-chave, teorização, propostas de solução e aplicação à realidade. É indicada para todos os assuntos relacionados à vida em sociedade, prestação de serviços à comunidade, porém em alguns casos, não é o melhor método, como em situações mais teóricas, que não envolvem ações de intervenções. Em suma, os alunos observam a situação de determinado local, observam os problemas e os pontuam, teorizam e propõe ações, a fim da resolubilidade desses impasses, levando em conta as determinantes sociais. As variáveis que determinam as problemáticas são estudadas a fundo, propondo um estudo bem mais completo, criterioso, crítico e complexo. Na teorização, há a busca de informações, em artigos, congressos, aulas, pesquisas em diversas fontes, com um enorme enriquecimento científico, e a elaboração das hipóteses traz à tona a criticidade dos alunos, observando os problemas por diversos ângulos para a melhor aplicação à realidade e sua execução. Este método leva à cadeia dialética sobre a ação-reflexão-ação, tendo como partida e chegada, o ensino e aprendizagem, a realidade social. É um estudo tecno-sistematizado, voltado ao aluno/ ser - humano, para melhorar o seu redor. São diferentes trilhas, pois o PBL é a elaboração da grade curricular de

certo curso, adequando-a em problemas bem elaborados que abranjam toda a gama de conhecimentos que o aluno deve adquirir, para discussão em um grupo tutorial. O aluno é preparado a lidar com problemas hipotéticos e casos clínicos, leem o problema, discutem em tutorial, norteando objetivos a serem estudados, esclarecem termos, propõe hipótese críticas, estudam via pesquisa profunda individual também e solucionam em outro tutorial. São diversas avaliações: módulo, conhecimento progressivo, habilidades e avaliações informais das atitudes discentes. Existem Comissões de Currículo, Avaliação, Diretoras e de Proposição de Problemas. A problematização é uma forma de ensino mais voltada à disciplina, envolvendo a escolha do docente, enquanto o PBL a um curso completo, abrangendo uma estrutura um corpo docente, técnico-administrativo e discente. O PBL exige alteração e adequação da estrutura e espaço institucional, enquanto a de problematização não. Os problemas são comuns nas duas propostas, mas a análise deles são feitas diferentemente. A PBL é bem organizada, sequenciada, restringindo os aspectos subjetivos, a fim de manter o foco do estudo e há controle total sobre a aprendizagem. Corroborando toda a discussão levada acima, o PBL inserido na UFS/ Lagarto traz aos alunos experiências singulares e um aprendizado inovador, com retorno imediato à sociedade.

A OBSERVAÇÃO A REALIDADE SOBRE O OLHAR DA METODOLOGIA DE PESQUISA DE CHARLES MAGUEREZ: O CONHECIMENTO DA PUÉPERA EM RELAÇÃO A TRIAGEM NEONATAL

Edilaine Rucaglia Rizzo, Carine Santos Assunção, Fabiana de Melo Tupan, Juliana Anastásia L. Silva, Jessica Bianca C. Carvalho, Maiara Dias Basílio, Juliana Ferreira Mafilzo, Cláudia Maria Messias

Palavras-chave: Puerpera, Triagem Neonatal e Enfermagem

APRESENTAÇÃO: Triagem Neonatal é o exame que se define na análise de algumas gotas de sangue do calcanhar de um recém-nascido com o objetivo de detectar a vulnerabilidade de oito doenças entre metabólicas, congênicas e infecciosas. **Objetivo** Analisar o conhecimento da puérpera sobre a triagem neonatal. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa de campo, com coleta de dados através de questionário onde as depoentes foram 12 puérperas que participavam da consulta de puericultura. Foi utilizado como estrutura para o estudo o Arco de Charles Maguerez que têm em sua metodologia 5 etapas (observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade). Para aplicação da última etapa do método o grupo utilizou as Teorias de Madeleine Lenninger e a Teoria de Robert Gagné, as quais contribuíram para melhor compreensão do indivíduo pesquisado. A pesquisa ocorreu através da aprovação do comitê de ética e pesquisa nº0019/14. **RESULTADOS:** Após a análise dos dados evidenciou-se que a desinformação entre as puérperas sobre a triagem neonatal ainda é grande, havendo a necessidade da educação em saúde ser realizada em grupo. As trocas de experiências das puérperas favoreceram para o entendimento das informações e esclarecimentos das dúvidas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O encontro com as puérperas possibilitou identificar a importância de se conhecer o perfil da clientela antes da implantação de qualquer ação de educação em saúde. A equipe da unidade após o estudo exposto evidenciou a necessidade da elaboração do grupo de gestantes ao qual proporcionou maior aproximação do enfermeiro e da equipe com as puérperas.

A ÓTICA DA COMUNIDADE SOBRE AS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA

Greice Cristine Schneider, Shayane Luiza Rebelatto, Lucimare Ferraz

Palavras-chave: População, Conhecimento, Saúde da família

APRESENTAÇÃO: A autoavaliação das condições da saúde tem sido utilizada em inquéritos populacionais por sua fácil aplicação e alta validade e confiabilidade¹. É um recurso importante para obtenção de medidas objetivas da condição de saúde, ao refletir uma apreensão integrada do indivíduo nas dimensões biológica, psicológica e social². Assim, um dos meios de conhecer a situação de saúde e doença de uma população é a realização de pesquisas sobre autoavaliação em saúde, que têm apresentado indicadores válidos e relevantes³. Além de evidenciar a interpretação que as pessoas constroem acerca do seu estado de saúde, contribui para a identificação dos diversos fatores, direta ou indiretamente, relacionados com o processo de saúde e adoecimento, que é multidimensional⁴. Leva-se em consideração que “a autoavaliação do estado de saúde é um importante indicador do construto multidimensional da saúde e consiste na percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde”⁵. A presente pesquisa tem por objetivo conhecer os problemas de saúde auto-referidos pelas famílias assistidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **METODOLOGIA:** Este estudo se caracteriza por ser descritivo-transversal, realizado num município pólo econômico e de referência na área da saúde no Oeste do Estado de Santa Catarina. Foram entrevistadas 1023 famílias assistidas por um NASF no Município de Chapecó-SC, que foram selecionadas de forma sistemática, e os dados foram coletados por 108 acadêmicos por meio de um questionário estruturado.

Os dados tiveram análise por técnica descritiva. RESULTADOS: Nesse estudo a percepção em saúde foi determinada pelo seguinte questionamento: como você avalia as condições de saúde da sua família, segundo a classificação: ótima, boa, regular, ruim e péssima? Entre os entrevistados, 8% (n=82) classificaram como sendo ótimas as condições de saúde da família, 62% (n=634) como boas, 24% (n=245) como regulares, 2% (n=21) como ruins e 4% (n= 41) como péssimas. Quando questionados se havia alguém na família com problema de saúde, verificou-se que 56,5% (n =578) das famílias têm algum familiar nessa condição, como a dor na coluna (47,6%), hipertensão (42,9%), artrite e reumatismo (28,6%). Além disso, vale destacar também problemas de saúde como LER/DORT com uma prevalência de 21,6% e a depressão que acomete cerca de 21,1% das famílias dos entrevistados, agravos recorrentes de uma mudança da estrutura do trabalho moderno, em que as capacitações do trabalhador nem sempre acompanham os avanços tecnológicos. Na mesma direção, salienta-se a frequência com que foram informados agravos cujo desenvolvimento e ou tratamento estão diretamente relacionados à alimentação, como úlcera ou problema de estômago (20,1%), doença cardiovascular (15,9%) e diabetes (11,8%). No último ano, 25% (n= 255) das famílias tiveram, pelo menos, um familiar que precisou faltar ao trabalho por problemas de saúde. Dentre as famílias entrevistadas 4,3% (n=44) têm um familiar que depende de cuidado, necessitando de auxílio para comer, andar e vestir-se. CONSIDERAÇÕES FINAIS: o estudo mostra que as principais doenças que acometem as famílias são crônicas e não transmissíveis e que na auto-avaliação, as famílias, mesmo tendo algum de seus membros em estado mórbido, classifica a saúde familiar como boa.

A PERCEPÇÃO DE SERVIDORES ESTADUAIS SOBRE UM CURSO DE ATUALIZAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Lucília Nunes de Assis, Marilene Barros de Melo, Cleinir Souza Gomes, Luciana Souza D'ávila, Michely Lima Ferreira Vargas, Ana Flávia Quintão, Juliana Lúcia Costa Santos, Anísia Valéria Chaves Silva

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Vigilância em Saúde, Integralidade da Saúde

Políticas de saúde recentes apresentam diretrizes para a reorientação das ações e serviços da Vigilância em Saúde (VS) e da Atenção Primária à Saúde (APS) em prol da integralidade da atenção. O maior desafio à construção dessa integralidade perpassa pela experimentação de novos modelos assistenciais, reorganizações de serviços e inovações no processo de gestão. Tais avanços encontram apoio na interação entre sujeitos atuantes na Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância Sanitária (VISA), Vigilância Ambiental (VA), Vigilância da Situação de Saúde do Trabalhador (Visat), Promoção da Saúde e APS, conforme propósitos do Projeto de Fortalecimento da VS no estado de Minas Gerais (MG). Nessa perspectiva, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é referencial teórico para a otimização das ações da VS ao ter por premissa o diálogo entre ensino, gestão e serviço. Objetivou-se analisar a percepção de servidores estaduais de MG quanto ao desenvolvimento e aplicação de um Curso de Atualização em VS (2012-2014). Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com atores-chave, representantes da Escola de Saúde Pública de MG (uma coordenadora do curso e três pedagogas) e com atores da Secretaria Estadual de Saúde (SES), como um coordenador do curso e um

conteudista programático responsável pela elaboração de cada um dos oito Cadernos Temáticos desenvolvidos: Políticas de Saúde, Planejamento em Saúde, Temas transversais (APS e VS, Informação em Saúde e V. da Situação de Saúde, Análise Espacial e Risco na VS), VE, VISA, VA, Visat e Promoção da Saúde. Esses conteudistas também atuaram como facilitadores e apoiadores da ação educativa. Os conteúdos das entrevistas foram categorizados segundo objetos de referência comuns aos diversos atores, constituindo unidades temáticas: papéis desempenhados pelas instituições; práticas de planejamento, monitoramento e avaliação; aspectos da interação entre sujeitos da instituição de ensino e da gestão; processos de elaboração do conteúdo teórico-prático; aplicabilidade do processo ensino-aprendizagem na gestão e no serviço. Os resultados apontaram que a ESP-MG atuou cedendo espaço próprio e infraestrutura para o desenvolvimento das atividades e assumiu a maior parte dos processos administrativos. As práticas de planejamento não incluíram a definição de suficiência e de qualificação de Recursos Humanos frente às atividades inerentes ao desenvolvimento do Curso. As propostas de aperfeiçoamento apontadas nas avaliações dos participantes foram incorporadas parcialmente. As pedagogas da ESP-MG contribuíram para a adequação da abordagem pedagógica utilizada nos Cadernos Temáticos e na percepção destas houve dificuldade da equipe de técnicos da SES-MG em diferenciar material didático de documentos técnicos. A definição do conteúdo teórico-prático dos Cadernos envolveu a maioria das equipes técnicas das áreas da VS. Na percepção da maioria o Curso favoreceu a compreensão geral dos processos de trabalho relacionados às áreas da VS. A abordagem do Curso quanto à articulação entre processos de trabalho da VS e APS não foi efetiva. As dificuldades

de articulação dos processos de trabalho encontrados no âmbito da gestão estadual da VS limitam a condução da reorientação dos serviços em prol da integralidade da atenção em VS. O Curso serviu como dinamizador da reorientação pontual de processos de trabalho no âmbito da gestão estadual.

A PRÁTICA PEDAGÓGICA DO ENFERMEIRO DA EMERGÊNCIA DA POLICLÍNICA REGIONAL DA ENGENHOCA: BARREIRAS, CONQUISTAS E DESAFIOS

Jairo Moraes Romani, Lúcia Cardoso Mourão, Ana Clementina Vieira de Almeida

Palavras-chave: Educação em enfermagem, Ensino de enfermagem nos serviços de urgência, Análise Institucional, Socioclínica Institucional

APRESENTAÇÃO: A prática educativa é essencial para o exercício profissional da enfermagem e pode ser realizada tanto para os profissionais que atuam nos serviços de saúde, para os usuários desses serviços, quanto na formação de futuros profissionais. Neste estudo vislumbro aprofundar as reflexões sobre as nuances da formação que os enfermeiros realizam para construção do perfil profissional dos alunos de graduação, especialmente no cotidiano de um serviço de urgência onde atuo. OBJETIVOS: Analisar coletivamente como a prática pedagógica dos enfermeiros contribui para a formação desses futuros profissionais no Sistema Único de Saúde. METODOLOGIA: Estudo descritivo baseado no referencial teórico-metodológico da Análise Socioclínica Institucional, na sua vertente de análise de práticas realizaremos encontros com os profissionais de enfermagem da Policlínica Regional da Engenhooca – Niterói/RJ, onde serão feitas entrevistas com informantes selecionados e elaboração de um diário de

pesquisa. RESULTADOS: Espera-se elaborar diretrizes para a institucionalização da preceptoria de enfermagem na formação em saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O processo educativo em diferentes dimensões, sejam do enfermeiro com a população ou do enfermeiro com outros enfermeiros, e deste com os estudantes, dividindo o mesmo cenário de trabalho, de educação e de aprendizado, exige do profissional um amplo conhecimento das práticas educativas, de maneira a tentar uma aproximação das necessidades de cada um, fazendo do ato educativo um momento de diálogo em que todos os envolvidos possam sair modificados nesta interação. É nesse sentido, que a reflexão sobre a natureza da formação realizada pelos profissionais de enfermagem na Policlínica Regional da Engenhoca, é relevante, por se tratar de uma temática atual que visa contribuir com a institucionalização da preceptoria de enfermagem na formação em saúde no SUS, em patamares que considere os direitos dos cidadãos.

A PRECEPTORIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Francijane Diniz de Oliveira, Uememson da Silva Soares, Ligiana Nascimento de Lucena, Mary Ane de Sousa Alves França, Ricardo Henrique Vieira de Melo, Nayara Santos Martins Neiva Melo, Antônio Medeiros Junior, Denise Lopes Timoteo Burger, Marise Soares de Almeida

Palavras-chave: Ensino Superior, Preceptoria, Desenvolvimento de Pessoal

Na cidade de Recife-PE, a rede de assistência é conhecida como rede escola, pois disponibiliza para as Instituições de Ensino Superior todos os seus equipamentos de saúde e, em especial, os profissionais que

lá trabalham para a prática de preceptoria, transformando essa atividade em um componente importante da rede de serviços. O presente estudo teve como objetivo analisar a experiência da preceptoria junto as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no olhar dos profissionais de saúde. Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, cujos participantes são médicos, odontólogos, enfermeiros que exerceram a preceptoria por no mínimo dois anos nas Residências Multiprofissionais em Saúde da Família vinculadas a duas Instituições de Ensino Superior. Como instrumento de pesquisa, foi utilizada uma entrevista semiestruturada e os dados foram processados mediante o auxílio do software Alceste 4.9. Os resultados apontaram quatro classes semânticas que emergiram do material textual, as quais foram divididas em dois eixos distintos: O Eixo 1, composto pela classe 4, e a Eixo 2, composto pelas classes 3, 2 e 1. A categorização levou em consideração a relação das classes entre si. Observou-se que a classe 4 apresenta a sobrecarga de trabalho como dilema da participação profissional na preceptoria, a perceber pelo jogo de palavras: conseguir, tempo, paciente, dar e complicado. Todavia, observa-se, também, que a preceptoria realiza ações de ensino-aprendizagem positivas, reforçadas através das palavras dizer, explicar e discutir. A classe 2 mostra a preceptoria como troca de experiência - momento positivo que propicia atualização teórica ao preceptor - associando às práticas profissionais executadas pelo binômio preceptor-estudante em serviços de saúde e comunidades. Nessa perspectiva, todos são beneficiados, porque a preceptoria é estruturada em torno dos aspectos dinâmicos do conhecimento, vivenciados em cenários permeados pelas necessidades de saúde das pessoas. Na classe 3, aparecem as potencialidades desta experiência; ela destaca o compromisso pessoal como o

principal motivo da atuação enquanto preceptor nesta rede de formação/atenção, fundamentando-se nas palavras motivo, formação, gostar e profissionais. Por fim, porém não menos importante, há a classe 1, que sugere a importância da preceptoria como uma das estratégias para efetivar a Política Nacional de Humanização, a partir da integração ensino-serviço-comunidade, a observar pelas palavras: chega, universidade, fundamental, maneira, parceria, serviço e aluno, além de apontar as perspectivas e os desafios para a melhoria do exercício da preceptoria nos serviços de saúde. A integração ensino-serviço-comunidade pode potencializar as propostas de mudanças relativas ao modelo de atenção praticado nos serviços, mas essa relação ainda é superficial.

A PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE NO ENSINO DE JOVENS E ADULTOS: CONTRIBUIÇÕES DE ESTRATÉGIAS INTERATIVAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Lucia Maria Pereira de Oliveira, Anna Cristina Calçada Carvalho, Tânia Cremonini Araújo-Jorge

Palavras-chave: Educação em saúde, tuberculose, Programa de Educação de Jovens e Adultos

APRESENTAÇÃO: Este trabalho relata uma experiência educacional sobre a tuberculose (TB) vinculada às aulas de Ciências para alunos do Programa de Educação de Jovens e Adultos da cidade do Rio de Janeiro. O objetivo foi o de estimular o interesse dos alunos sobre TB e favorecer a aquisição e produção de conhecimentos sobre a doença, aumentando assim as possibilidades de diagnóstico precoce, tratamento apropriado e a prevenção. A TB é uma doença infectocontagiosa causada

pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Segundo as estimativas da Organização Mundial da Saúde, em 2013 ocorreram 9 milhões de casos novos de TB, levando à morte 1,5 milhão de pessoas em todo o mundo. No Brasil registrou-se cerca de 71 mil casos novos de TB em 2013. A cidade do Rio de Janeiro está entre aquelas com mais alta incidência da doença (79,2 casos por 100.000 habitantes) e ocupa o primeiro lugar em relação à taxa de mortalidade (5,5 mortes por 100.000 habitantes). A relevância da TB como problema de saúde pública no Rio de Janeiro motivou o desenvolvimento de um projeto intitulado "Tuberculose: o que é isso?" com os alunos do PEJA. Como metodologia optou-se pela abordagem qualitativa baseada em questionários. Como referenciais teóricos, adotou-se a metodologia de Paulo Freire pela sua característica problematizadora e dialogal e o arco de Charlez Maguerez que favorece um percurso metodológico propício às práticas de ação-reflexão-ação estimuladoras de mudanças na realidade estudada. O estudo dos questionários deu-se a partir de uma análise interpretativa dos dados que indicou um conhecimento limitado e, na maioria das vezes, equivocado sobre a TB, demonstrando a necessidade de desenvolvimento de ações de intervenção. As estratégias didáticas utilizadas foram: rodas de conversa, produção textual e consultas à internet que aconteceram em quatro aulas consecutivas. As atividades interativas desenvolvidas desencadearam um progressivo interesse por parte dos alunos, com o avanço de seus conhecimentos sobre os principais aspectos clínicos e preventivos da TB. Os alunos participaram intensamente das atividades, discutindo a doença e refletindo sobre situações e hábitos de saúde anteriormente assumidos. O estudo culminou com a apresentação de uma peça teatral e a distribuição de folhetos sobre TB preparados pelos alunos. Revelou

a importância de se desenvolver atividades interativas e dinâmicas para promover uma maior participação dos alunos no processo de ensino-aprendizagem, levando a uma maior compreensão das doenças de importância epidemiológica na área onde residem, contribuindo assim para uma melhor prevenção da TB e a promoção da saúde entre jovens e adultos.

A REDE DE SERVIÇOS EM SAÚDE: A ARTICULAÇÃO ENTRE O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA E A ATENÇÃO BÁSICA

Sophia Patricio, Simone Edi Chaves

Palavras-chave: Articulação de Rede, Rede de Serviços em Saúde, Unidade Básica de Saúde, SAMU

A relação entre os trabalhadores em saúde muitas vezes é vista como um desafio quando se fala em articulação de rede em saúde entre os serviços de assistência dos municípios. Geralmente, encontramos dificuldades no uso dos mais variados saberes e práticas, o que reflete diretamente na qualidade da assistência prestada. O objetivo deste estudo foi investigar se existe uma articulação de rede em saúde, particularmente, entre os profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Os locais escolhidos para as entrevistas foram uma Unidade Básica de Saúde e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do município de São Leopoldo, localizado no estado do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo foram trabalhadores envolvidos nesses dois serviços, que prestam assistência direta aos usuários, tendo como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada.

Concluiu-se que a articulação de rede é deficiente e em muitos casos conflituosas, que não existe de fato protocolo a ser seguido referente ao trabalho de rede em saúde. A falta de comunicação a ausência de espaços para trocas de experiências e saberes dificulta essa implementação. A Educação Permanente em Saúde (EPS) aparece como um desafio para que haja uma maior integração e responsabilização entre eles, além de estabelecimento de vínculo com a comunidade. Observa-se que os serviços, independente da sua especificidade, precisam reconhecer que sua atuação extrapola o atendimento imediato e pontual e para que o trabalho em rede funcione é preciso ativar e reconhecer as linhas de cuidado. Os resultados mostram que há uma real necessidade de mudança na forma de organização e funcionamento desses serviços, buscando uma ampliação das discussões, refletindo assim no atendimento à população e uma mudança significativa no modelo assistencial presente.

A SAÚDE PÚBLICA E SEUS ASPECTOS COMUNICACIONAIS NAS CONSTITUIÇÕES BRASILEIRAS: UM RETROSPECTO HISTÓRICO

Simone Alves de Carvalho

Palavras-chave: saúde pública, comunicação pública, Constituição do Brasil

Este artigo analisa como a saúde pública foi apresentada nas oito Constituições do Brasil, desde 1824 até 1988. Paralelamente, verifica quais são as atividades comunicacionais governamentais efetivadas para a área da saúde, ou seja, quais foram as principais campanhas e seus resultados durante esse período. O objetivo é traçar um panorama histórico da saúde e da comunicação pública sobre essa área. O método utilizado é a pesquisa bibliográfica documental e o

acesso às constituições é pelo meio digital, no site do Planalto. Para traçar o paralelo com a comunicação pública realizada na época de vigência de cada uma dessas cartas magnas, as bases pesquisadas são as obras de Aguiar (2011), Galvão (2009), Rocha, Cesar e Ribeiro (2013). Esse levantamento com base nas Constituições do país objetiva a compreensão das posições governamentais oficiais tomadas em relação a questão da saúde pública e da comunicação pública realizada sobre esse objeto, sem deixar de lado as dificuldades inerentes ao próprio processo evolutivo das tecnologias de informação e comunicação e o progresso no campo da medicina, tanto diagnóstica, como preventiva e profilática. Ao verificar que a comunicação pública não faz parte do texto constitucional, pelo menos não quando pesquisamos o tema saúde pública em específico, nem mesmo quando a saúde pública é tratada como um direito fundamental percebe-se que a pouca comunicação oficial do governo somada aos alarmantes índices de analfabetismo funcional tem como resultado uma população carente de informações. Não é o presente objeto de análise a discussão sobre as dificuldades de obtenção de capital financeiro, humano e material na área da saúde pública, mas sim debater se melhores políticas de comunicação pública nesse setor não seria uma maneira de colaborar para a melhoria do serviço. A presente hipótese, de que a comunicação pública, aliada com assuntos educacionais, deveria ser um fator preponderante, pois, historicamente, ainda enfrentam-se situações de doenças que poderiam ser evitadas com a conscientização da população de atos simples como lavarem as mãos, beber água filtrada e outros. A pesquisa de doutorado em andamento desta autora buscará apresentar possíveis respostas a essas situações.

AÇÃO DE SAÚDE: SEXUALIDADE E ADOLESCÊNCIA EM UMA ESCOLA PÚBLICA

Marcela Silvestre

A sexualidade é uma característica intrínseca vigente em todas as etapas da vida, além das práticas corporais, é uma forma de expressão que demonstra o contexto sociocultural onde estamos inseridos. A abordagem sobre saúde sexual na adolescência consiste em desenvolver a promoção e a prevenção da saúde de adolescentes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), desse modo, a escola é um espaço potencializador para auxiliar na construção do desenvolvimento integral dos estudantes com ações que venham contribuir com o caráter pedagógico e os momentos de aprendizagem. Alguns fatores próprios dessa faixa etária podem contribuir para exposição dos adolescentes, como o desejo de pertencer ao grupo e a sensação de sentirem inatingíveis, isso pode torná-los mais vulneráveis, ocasionando conflitos pessoais e emocionais indesejados. No decorrer do ano de 2014 o PET Cenários de Prática e de Estágios Curriculares Noturno UFRGS, através da integração entre universidade e sociedade, obteve demandas da escola Otávio de Souza sobre o tema sexualidade na adolescência e propôs uma oficina com o objetivo de contribuir com a orientação sobre a saúde sexual dos adolescentes, destacando a sexualidade com um componente fundamental da saúde que excede para além dos aspectos biológicos. Que se revela também através das influências do contexto social, altamente influenciado pelos valores, crenças, atitudes, hábitos e comportamentos. Além disso, ressaltando cuidados básicos de higienização corporal; informação sobre os principais sintomas, formas de contágio e características em geral das principais Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e apresentação dos principais métodos contraceptivos ofertados pelo SUS. Trata-se de uma oficina sobre

sexualidade na adolescência, foi realizada na Escola Estadual Professor Otávio de Souza, na cidade de Porto Alegre, o planejamento foi com a coordenação pedagógica da instituição de ensino. A oficina aconteceu com estudantes do 6º ano, foi construída em três momentos, sendo o primeiro uma conversa sobre o tema “Sexualidade” e aplicação do vídeo “Como não explicar sexo pros filhos” do canal Parafernália. No segundo momento aplicação do o Jogo da Sexualidade, Verdadeiro (V) ou Falso (F) e no terceiro avaliação realizada pelos participantes. Compreende-se como resultados a ampliação do conhecimento entre estudantes e diferentes espaços da sociedade; realização de troca de saberes entre acadêmicos e a escola. Através da ação em saúde, os adolescentes da rede pública de ensino sentiram-se empoderados para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento escolar. Conclui-se que a realização dessa atividade de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar, contribuiu para a atuação profissional pautada pela cidadania e pela função social da educação superior, introduzindo novas práticas pedagógicas na graduação. Consideramos que através dessa oficina foi possível resgatar o papel social que a universidade tem como função, conciliando o que se aprende e produz na academia e aplicar no desenvolvimento de uma comunidade. Por fim, é importante enfatizar que a escola é um importante espaço na sociedade para a percepção dos direitos à saúde, sendo assim, é fundamental essas ações integradas de laços intersetoriais que respondam as especificidades de saúde da população adolescente.

ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Alaine Nicácio Rosa, Rodrigo Santos da Silva,

Maria Teresa Brito Mariotti de Santana, Célia Maria Sales Vieira

Palavras-chave: acolhimento, classificação de risco e política de humanização no SUS

No contexto das práticas de atenção à saúde, independente do nível de complexidade no qual o cuidado acontece a escuta sensível é uma ferramenta fundamental para um atendimento eficaz e humanizado. O respeito ao próximo e o reconhecimento da diversidade humana entendendo que cada pessoa possui características e formas diferentes de encarar o processo saúde doença e cuidado, possibilita uma maior abertura do profissional na escuta favorecendo uma melhor relação com o usuário. Busca-se nessa revisão analisar o efeito da escuta sensível e qualificada nas relações entre profissionais de saúde e usuários, e os efeitos por ela produzidos no atendimento de urgência em unidades de pronto atendimento, a partir das considerações encontradas na tecnologia do acolhimento com avaliação e classificação de risco (AACR), conforme estabelece a Política Nacional de Humanização do SUS. A coleta de dados ocorreu em consulta a artigos publicados em periódicos nacionais indexados na base eletrônica de dados LILACS. A busca foi realizada através do descritor “Acolhimento”. Foi feita avaliação crítica dos 30 artigos pré-selecionados, conforme os critérios de inclusão estabelecidos obtendo a mostra do estudo conforme sejam: publicação como artigo original abrangendo os anos de 2004 á 2011; escrito em língua portuguesa; disponibilidade online com acesso gratuito do texto na íntegra, publicados na América do Sul. Foram excluídos artigos reflexão, revisão de literatura, relatos de experiência, editorial, teses, dissertações sem publicação do artigo, livros, capítulo de livros, resumos expandidos publicados em anais de congresso, artigos repetidos ou que

não retratavam, especificamente do tema em estudo. Após leitura foram excluídos 28 sendo que 02 artigos foram incluídos, servindo como base para esse trabalho. Os temas que emergiram da análise de conteúdo temática: Acolhimento aos familiares dos pacientes, avaliação acolhimento com classificação de risco realizada pelos profissionais de enfermagem. A escassez de publicações referentes ao efeito da escuta sensível e qualificada na Unidade de Pronto Atendimento de Urgência (UPA) é o primeiro indicativo de que o tema tem sido pouco discutido no meio científico. Um ponto observado na literatura, e também nos campos de prática do cuidado em saúde é que a estratégia de avaliação e acolhimento com e classificação de risco é erroneamente equiparado á triagem. Deve-se ressaltar a necessidade da promoção e realização de cursos de capacitação para a aplicação adequada da estratégia de AACR e com ela a escuta sensível, baseado e fundamentado na PNH/SUS aperfeiçoando a capacitação dos profissionais. Recomendo a inserção da discussão da política nos órgãos formadores (escolas de medicina, enfermagem e demais áreas de saúde) para que haja a formação de profissionais capazes e voltados para as necessidades e demandas do SUS.

ADOLESCENTE, APARELHOS ELETRÔNICOS E INTERNET: UM INDICATIVO DE PROBLEMAS COMPORTAMENTAIS?

Rafaela Almeida Silva, Paloma Maranhão Ferreira Silva, Jéssica Ferreira de Moura Pereira, Diana Carla Dias dos Santos, Jakelline Cipriano dos Santos Raposo, Betânia da Mata Ribeiro Gomes

Palavras-chave: adolescente, internet, saúde mental

APRESENTAÇÃO: Com o advento da Internet

e o desenvolvimento de novas tecnologias, é possível observar mudanças nas relações sociais vivenciadas pelos usuários desses dispositivos. A adolescência sofre forte influências culturais, sendo uma fase em que se nota uma interferência direta dessas tecnologias, que ao mesmo tempo que aproxima, também separa, pois é possível perceber como o advento e o acesso, cada vez maior as novas tecnologias, têm motivado modificações na maneira como os indivíduos se comunicam, se relacionam, aprendem, e inclusive, se comportam. Tendo em vista o que foi exposto, o objetivo desta pesquisa é verificar o tempo de uso de aparelhos eletrônicos pelos adolescentes e quais os mais utilizados por eles, com seus possíveis sinais de alerta para problemas comportamentais. Desenvolvimento do trabalho: Foi adotado o delineamento de um estudo epidemiológico transversal. A amostra não probabilística foi constituída por estudantes de ambos os sexos, matriculados em uma escola da rede pública estadual, da região metropolitana do Recife. Os dados foram coletados através de um questionário orientado, por questões construídas com base no modelo proposto por Hughes-Hassell e Agosto (2007). Resultados: A maior parte dos entrevistados é do sexo feminino (52,6%) e cursando o segundo ano do ensino médio (42,9%). As análises demonstraram que a maioria tem acesso à internet (99,6%), utilizando-a diariamente (88,7%) e por mais de 10 horas por dia (59,4%). Houve um predomínio do uso de dois ou mais aparelhos (70,3%), sendo que o mais utilizado foi o smartphone (65,4%). Foi observado que há um sentimento negativo (ansiedade, irritação, apreensão, tédio e falta de concentração) quando os adolescentes são proibidos de usar (66,8%) ou ficam longe do aparelho por algum tempo (66,8%). Os adolescentes também relataram sentir-se dependente (62,9%) dessas tecnologias. Considerações finais:

Os estudantes estão utilizando a internet de forma excessiva, podendo relacionar problemas comportamentais associado a padrões alarmantes do uso, assim como de suas consequências quando proibidos ou distanciados do objeto tecnológico. É necessário refletir sobre como o setor saúde está preparado e/ou capacitado para lidar com esse quadro cada vez mais frequente, visto que essa realidade, no Brasil, ainda é recente e as pesquisas são incipientes.

ADOLESCER NO CENÁRIO DE VULNERABILIDADE: O ESPAÇO DA ESCOLA NA PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS

Emanueli Paludo, Edna Linhares Garcia, Mauriceia Eloisa Moraes, Julia Souza de Moraes, Vitória Merten Fernandes

Palavras-chave: Adolescência, Drogas, Escola

Este trabalho apresenta uma discussão sobre drogas, adolescência e educação. No ano de 2010 a pesquisa “A Realidade do Crack em Santa Cruz do Sul” iniciou um levantamento de dados sobre usuários de crack e familiares para auxiliar na definição de estratégias para o enfrentamento dos problemas advindos do uso de crack e outras drogas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade de Santa Cruz do Sul (nº 2527/10) e todos participantes assinaram um Termo de Consentimento. Numa primeira etapa foram entrevistados 100 usuários de crack e 100 familiares de usuários, contatados por meio de serviços de saúde e associações comunitárias. Os dados apontaram que o uso de drogas tem início em idade precoce entre 10 a 15 anos, seguido de 16 a 21 anos (GARCIA et al., 2012). Uma segunda etapa propôs a análise das entrevistas realizadas com familiares a partir de metodologia

qualitativa, especificamente da análise dos sentidos produzidos no cotidiano (SPINK, 2000). A terceira etapa da pesquisa designou incluir as escolas do município – localizadas em territórios onde o tráfico de drogas se presentifica com muita intensidade – como espaço para escuta das narrativas de adolescentes sobre as drogas, buscando compreender a dimensão que esta temática ocupa nos processos de subjetividade do sujeito adolescente. Objetivou-se evidenciar e analisar estratégias de fortalecimento e espaços de proteção dentre outros fatores que ajudam a não construir ou sustentar demandas de drogas frente a uma permanente e cotidiana oferta. Para operacionalização da proposta, realizou-se rodas de conversa em três escolas diferentes, ao longo de quatro encontros por escola, com a participação de 30 adolescentes de 10 a 17 anos. Constatou-se que os adolescentes participantes procuram a escola buscando participar de projetos, atividades esportivas, de lazer, encontrar amigos e, finalmente, frequentar aulas, sobre as quais não demonstram desejo entusiástico de participação. Percebeu-se que a escola representa um lugar de proteção do cotidiano violento das ruas do bairro em que moram e que, embora gostem muito do seu local de nascimento, expressam direta e indiretamente desejo de não estarem mais no local, apresentando angústia frente o desejo por mudança de endereço. Desta forma é possível observar que a droga se faz presente pelo contexto da violência produzida pelo tráfico e pelo envolvimento deste no cotidiano dos adolescentes. Conclui-se que quando o assunto é droga, há uma dificuldade na abordagem do tema por parte dos professores e dos adolescentes, em contrapartida, observa-se que após iniciada as atividades, os estudantes demonstram interesse na discussão, expressando uma necessidade de que se constituam espaços para debaterem esta problemática sem

juízos morais, uma vez que finda por se tratar de um assunto de extrema intimidade para eles, especialmente pelo envolvimento que suas narrativas revelam ao longo da pesquisa.

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: UM TRABALHO DE INTERVENÇÃO NA UBS CARLOS MAZALLA EM VILHENA/RO

Sorgalim Benavides Garcia, Ana Cecília Demarqui Machado, Ulises Estrada Chacón

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

O leite materno é o melhor alimento para a criança nos primeiros meses de vida (0-6 meses). No entanto, observa-se que essa prática não é comum em grande parte dos municípios brasileiros. Na Estratégia da Saúde da Família (ESF) Anjo Ariel, no Setor 19, município de Vilhena/RO, existem poucas informações quanto à adesão das mães no ato de amamentar. Observou-se que nas consultas de Puericultura e Pré-Natal as mães e gestantes mostraram nenhum ou pouco interesse em amamentar os seus bebês. A equipe de trabalho observou como prática mais frequente uma amamentação de forma mista. Sabendo que toda unidade básica de saúde pode se tornar uma Unidade Básica Amiga da Amamentação, a referida unidade resolveu formar e criar grupos de apoio à amamentação com gestantes e mães de crianças de até um ano de idade. O projeto de intervenção contou com a participação dos profissionais da ESF Anjo Ariel (médica, enfermeira, odontóloga, técnicos de enfermagem e agentes de saúde) com quem foram realizados dois encontros num intervalo de três dias, no mês de novembro, para a aplicação do instrumento de coleta da informação sem definição inicial do número máximo de participantes. Nesses encontros, ocorreram rodas de

conversa e depoimentos. Realizamos oito encontros, entre os meses de novembro a março. De acordo com os depoimentos pode-se concluir que houve interesse geral quanto à importância da amamentação, assim como o uso de técnicas corretas para essa prática. Estes momentos serviram de incentivo na criação de um grupo de apoio na nossa Unidade, como instrumento de divulgação para a população, destacando os benefícios para mãe-filho.

ALEITAMENTO MATERNO: CONHECIMENTO E PRÁTICAS DAS GESTANTES QUE REALIZAM PRÉ NATAL DE ALTO RISCO NA UNIDADE DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA (URES), SANTARÉM, PARÁ

Gisele Ferreira de Sousa, Ana Paula Lemos de Araújo, Antonia Irisley da Silva Blandes, Cristiano Gonçalves Moraes, Géssica Rodrigues de Oliveira, Victor Hugo Barroso Coelho, Simone Aguiar da Silva Figueira

Palavras-chave: Aleitamento materno, educação em saúde, Gestantes

APRESENTAÇÃO: O leite materno é o principal alimento destinado à alimentação dos recém-nascidos, pois apresenta grandes efeitos benéficos ligados a sua rica composição de vitaminas, proteínas e anticorpos. É de fácil acessibilidade e baixo custo, e traz benefícios tanto a mãe quanto ao filho¹. No entanto, apesar das suas qualidades e eficácia comprovada tem havido frequente desmame precoce dos lactantes. Dos aspectos elencados a essa situação, a prática errônea do aleitamento, o nível de informação da mãe e a influência sociocultural como: hábitos, crenças e tradições são os que mais se destacam. Mediante a isso o pré-natal e as práticas educacionais empregadas na atenção primária são de suma importância

como agentes desmistificadores de saberes errôneos enraizados em meio à população². Esta pesquisa teve por objetivo avaliar o conhecimento e práticas das gestantes que realizam pré-natal na URES. **DESENVOLVIMENTO:** Pesquisa de campo, quantitativa, realizada pelos acadêmicos do 3º ano de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, na Unidade de Referência Especializada em pré-natal de Alto risco. A amostra pesquisada foram 14 gestantes atendidas no pré-natal referente ao mês de Junho de 2015, onde foi aplicado questionário semiestruturado junto às gestantes, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados obtidos foram tabulados e analisados no software Excel[®] 2010. **RESULTADOS:** Das pesquisadas 42,86% eram múltiparas, 28,57% primigestas, 21,43% secundigestas e 7,14% tercigestas, cerca de 64,29% afirmaram já terem amamentado, 66,67% o fizeram em tempo superior a 6 meses. Dos benefícios elencados ao aleitamento materno para o bebê 50% referenciou proteção e 50% nutrição, quanto à orientação do tempo de amamentação exclusiva 78,57% afirmaram que o tempo ideal seria de 6 meses. Quanto a doenças que impossibilitariam a amamentação destacaram-se HIV com 35,71% e Câncer de mama com 32,14%. Em relação ao medo de amamentar 50% afirmou possuí-lo, 64,29% afirmaram não ter medo dos seios caírem, 78,57% afirmaram não existir leite fraco. 78,57% enunciaram poder exercer atividade remunerada mesmo estando em período de amamentação, desde que se faça ordenha. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A prática de orientações em saúde é um meio profilático que auxilia na diminuição de doenças e agravos à saúde. No que se associa ao aleitamento materno é tido como um dos principais meios de controle e/ou intervenções junto à genitora e ao conceito, a fim de evitar baixo peso,

infecções gastrointestinais e até mesmo morte neonatal. Por isso se faz necessário o papel ativo dos profissionais de saúde em meio à comunidade objetivando a sensibilização quanto à importância do Aleitamento Materno.

AMAMENTAÇÃO COMO UM PROCESSO FAMILIAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Odaleia de Oliveira Farias, Herta de Oliveira Andrade, Ivana Cristina Vieira de Lima, Suellen Viana Lucena

Palavras-chave: Amamentação, Processo familiar, aleitamento materno

APRESENTAÇÃO: A Organização Mundial da Saúde (2014) recomenda aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida e, posteriormente, aleitamento materno adicionado de dietas complementares até os 24 meses. Além de oferecer proteção e nutrição para as crianças, a amamentação possibilita a melhoria da saúde familiar, tanto física como psicológica. No entanto, as taxas de aleitamento materno ainda são insatisfatórias (Dennis et al., 2014), e o descrédito da amamentação decorre de vários fatores, a exemplo do próprio nível educacional dos pais. O objetivo deste estudo foi identificar as evidências da literatura sobre a relação entre o apoio ao aleitamento materno e a melhoria dos índices de amamentação. **METODOLOGIA:** Revisão integrativa realizada em novembro de 2014, ao final da disciplina Desenvolvimento Familiar, durante intercâmbio na Universidade de Trent, em Peterborough, Canadá. A revisão fundamentou-se em estudos disponíveis na base de dados da Universidade de Trent, publicados em nos anos de 2012 a 2014. As evidências identificadas foram divididas em três categorias: 1. Vantagens da amamentação exclusiva durante os

seis primeiros meses de vida; 2. Descrição dos fatores que contribuem para redução nos índices de aleitamento materno; e, 3. O apoio familiar na amamentação. **RESULTADOS:** Como vantagens do aleitamento materno foi destacada a sua repercussão positiva na saúde mental das crianças e das mães, adequação nutricional às crianças, e o baixo custo. Um dos principais problemas relacionados à manutenção da amamentação é a dificuldade da mãe conciliá-la com o trabalho. A adesão à amamentação se relaciona positivamente com a idade e grau de instrução materna, e negativamente com o número de filhos e a inserção em programas de nutrição complementar. Sobre o apoio familiar durante o aleitamento materno, identificou-se que as mães que recebem apoio familiar amamentam mais. Além disso, o papel dos pais neste processo é importante para proteção e nutrição da mãe e da criança, promovendo o cuidado integral do binômio mãe e filho, proteção e nutrição. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Além de todas as vantagens para a saúde física, a amamentação esta relacionada com resultados cognitivos positivos e com a melhora nos relacionamentos familiares. Os obstáculos encontrados para a amamentação apontam para a necessidade de ajustes sociais que possibilitem essa prática. A amamentação é melhor implementada quando a família está envolvida, sendo assim parte essencial no processo de paternidade e maternidade.

ANALISE DAS NARRATIVAS SOBRE O USO DE MEDICAMENTOS DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Agne Oliveira do Prado Moraes, Rogério Dias Renovato

Palavras-chave: Educação em Enfermagem, Narrativas pessoais, Farmacologia

A narrativa é um meio de expor as experiências de acontecimentos passados, relatando-se as experiências boas e ruins, para que possamos refletir no que foi feito, no que poderia ser feito, e no que pode melhorar. As narrativas são relatos de experiências dos estudantes, a partir de sua vivência e experiências com o uso de medicamentos, e funcionam como disparadores de discussões. Nessa perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo analisar as narrativas sobre uso de medicamentos dos estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, no município de Dourados, em que a disciplina de Farmacologia é ministrada na segunda série. Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, cuja análise foi dada através da Interpretação de Sentidos, utilizando como referencial teórico o conceito de práticas de medicação proposto por Conrad e representações culturais desenvolvido por Stuart Hall. Foram incluídos os acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS), que estivessem matriculados nas disciplinas de Farmacologia aplicada à Enfermagem I, e que consentiram em participar da pesquisa através de um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). No início da disciplina de Farmacologia aplicada à Enfermagem I, o estudante é convidado a narrar suas experiências de medicação, relatando seus nomes, possíveis efeitos colaterais, posologia, questões sensoriais, dentre outros. O estudante também foi incentivado a buscar em suas memórias os relatos de seus familiares, buscando indícios de suas experiências já vivenciadas. Essas narrativas são relatadas por escrito e estão incorporadas ao processo educativo da disciplina, bem como incorporam o portfólio do estudante. Foram analisadas 11 narrativas. As narrativas trouxeram

as experiências pessoais com o uso de medicamentos, destacando a narração sobre uso frequente de medicamentos desde a infância dos acadêmicos e de suas famílias, porém poucas narrativas trouxeram a reflexão crítica sobre o uso. Dessa forma, os resultados serviram para uma melhor percepção do conhecimento e compreensão das experiências de medicações dos estudantes de enfermagem presentes nas narrativas, que podem refletir no processo de cuidado dos futuros enfermeiros em relação à medicação.

ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE E ARTE: A PRÁTICA DA MÍSTICA COMO FERRAMENTA PARA A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

Cristina Camargo Pereira, Fernando Marcello Nunes Pereira, Maria das Graças Freitas de Carvalho, Cássio Henrique Alves de Oliveira

Palavras-chave: Formação Profissional, Sistema Único de Saúde, Mística

Apresentação: O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) é um movimento social camponês com foco nas questões de trabalhadores(as) e rurais do campo e na defesa da Reforma Agrária. No Brasil, o MST tem sido alvo de estudo nos mais diversos campos do saber, em especial na área da saúde, evidenciando, assim, suas contribuições e magnitude de ações na sociedade. Durante sua trajetória de luta e organização, entre inúmeras atividades e ações, o movimento desenvolveu uma prática de educação popular denominada mística. Neste contexto, este trabalho visa problematizar a sistematização da prática da mística para a educação em saúde como um recurso na formação de profissionais da área da saúde. Desenvolvimento do trabalho: No

desenvolvimento deste trabalho realizou-se uma pesquisa de revisão integrativa com análise de um conjunto diversificado de fontes, que incluiu materiais impressos publicados pelo MST, imagens, vídeos e artigos científicos. Além disso, realizou-se também uma vivência em campo, no qual, por meio do Estágio Interdisciplinar de Vivência (EIV), fez-se uma imersão, com duração de vinte dias, em assentamentos de reforma agrária do MST. Resultados e/ou impactos: A mística é desenvolvida em diferentes espaços e circunstâncias e pode ser compreendida como uma prática cultural e política, no qual, incluiu músicas, poesias e símbolos. Os grupos criam coletivamente representações que visam agir na realidade, e durante sua realização é possível se comunicar de maneira eficaz com os sujeitos, à medida que se reivindica e discutem-se temas como: saúde, educação, emprego e moradia. Considerações finais: O uso da mística direcionada para a formação profissional na área da saúde se faz um importante instrumento de educação popular em saúde, uma vez que é possível sensibilizar e humanizar profissionais e estudantes em formação, para que estes se identifiquem como atores sociais no processo de transformação da sociedade, que contemple a luta em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a mística enquanto uma estratégia pedagógica com foco na formação para a saúde possibilita promover o rompimento com o modelo de atenção à saúde tradicional, pois direciona-se à implementação de uma abordagem inovadora, capaz de expressar sentimentos, lutas, sonhos e o imaginário por meio das representações culturais, integrando educação, arte e saúde.

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E MEDICINA FAMILIAR EM CUBA: CONVIVÊNCIAS E AFETAÇÕES

Adriana Roese, Rosane Machado Rollo, Cristianne Famer Rocha

Palavras-chave: Sistemas Nacionais de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Brasil, Cuba, Sanitarista

APRESENTAÇÃO: Várias tendências sociodemográficas estão acionando a promoção de mudanças nos sistemas de saúde. A carência global de profissionais de saúde, a maior complexidade das necessidades de saúde e a importância da garantia ao acesso e à cobertura universal, exigem estratégias inovadoras de organização de trabalho na atenção à saúde. Neste sentido, conhecer e vivenciar os modos de organização dos mais diversos sistemas de saúde, a fim de identificar as melhores práticas de organização, para a melhoria e ampliação da atenção à saúde, é um movimento importante na formação dos profissionais da saúde. Neste contexto, a participação no Curso em Atenção Primária em Saúde e Medicina Familiar em Cuba, organizado e promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSAP) de Cuba, de 19 a 30 de janeiro de 2015, foi desafiador e instigante. O presente relato tem como objetivo descrever as experiências vividas durante o Curso e, a partir daí, analisar a potencialidade desta atividade na formação profissional do sanitarista. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A vivência aconteceu por meio de atividades em sala de aula, visitas aos serviços de saúde e outros espaços/equipamentos de promoção, educação e participação social, e teve como processo avaliativo um seminário de análise comparativa dos Sistemas Nacionais de Saúde de Cuba e do Brasil. Neste Seminário, os participantes foram divididos em três grupos e, a

partir de temáticas (cobertura e direito universal, políticas públicas e programas de saúde), previamente indicadas pela Coordenação, compartilharam suas observações e conhecimentos com os demais. A experiência, construída através de espaços de práticas dentro do modelo de atenção primária cubano, e o debate fomentado pelo Seminário, trouxe reflexão crítica e propiciou o desenvolvimento de aprendizagens significativas. RESULTADOS: Como resultados, podemos afirmar que, o curso ampliou o conceito de saúde e habilidades profissionais, uma vez que abordou temas, experiências e práticas inovadoras e críticas. Da mesma forma, a interação com usuários, trabalhadores e comunidade, no seu cotidiano, fortaleceu práticas interdisciplinares em saúde e a construção coletiva de conhecimentos. Com o curso, conhecemos mais a respeito do direito universal à saúde e das políticas públicas voltadas aos cidadãos, expressões máximas do Sistema Nacional de Saúde cubano. Sabe-se que Cursos focados na prática são importantes ferramentas na formação profissional, tendo em vista a imersão nos serviços e a observação crítica que proporcionam. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A diversidade de informações troca de experiência e integração, é indiscutível. Entretanto, uma das fragilidades do Curso foi às visitas acontecerem em espaços previamente escolhidos pela ENSAP, o que restringiu a possibilidade de verificarmos realidades diferentes ou indesejadas pelos organizadores. A reflexão intensa sobre a experiência vivida, e o contato com o mundo do trabalho demonstrou que o Curso em Atenção Primária em Saúde e Medicina Familiar em Cuba produziu conhecimentos significativos, e, tem grande potencialidade na formação profissional do sanitarista, para a problematização da realidade sanitária local e para um cuidado diferenciado em saúde.

ATUAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ESCOLA NA ORIENTAÇÃO SEXUAL: UMA PERSPECTIVA DE INTERSETORIALIDADE

Aldrin de Sousa Pinheiro, Lucia Rejane Gomes da Silva, Maria Berenice Alho da Costa Tourinho

Palavras-chave: Orientação Sexual, Políticas Públicas, Intersetorialidade

Apresentação: esta investigação abordou a temática sexualidade e orientação sexual de adolescentes e jovens pautada no exercício da sexualidade de forma cidadã. A pesquisa objetivou analisar como o trabalho de orientação sexual de adolescentes e jovens é desenvolvido na perspectiva da intersectorialidade entre saúde e educação. Desenvolvimento: foram levantadas as características pedagógicas e metodológicas utilizadas por professores e por profissionais das equipes de saúde da família de um município da Amazônia Ocidental e as perspectivas de intersecção entre a escola e os serviços de saúde para o trabalho de orientação sexual. Após a aplicação de questionários, foi utilizada a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009) para a análise das respostas do questionário e levantamento das categorias temáticas. Resultados: foi possível observar que o trabalho de orientação sexual é caracterizado por atividades pontuais, fora da programação e motivada pela demanda dos adolescentes e jovens. A família foi considerada a principal responsável pela orientação sexual, além de exercer um papel restritivo para o desenvolvimento do trabalho nos dois setores devido aos aspectos morais e religiosos por ela abordados. O despreparo profissional emergiu como um dos fatores determinantes para a não realização do trabalho de orientação sexual na escola, devido à falta de apoio institucional para a educação permanente e recursos

didáticos. As perspectivas para o trabalho intersectorial pontuadas pelos participantes ficaram limitadas às ações já existentes na prática, como as palestras, projetos, dentre outros. Apenas um professor sugeriu uma proposta concreta de ação, inserindo o orientador educacional como agente ativador. Foram sugeridas com base no referencial teórico pautado em Paulo Freire, algumas estratégias a serem utilizadas pelos dois setores. Considerações finais: a intersectorialidade entre saúde e educação como alternativa para o desenvolvimento do trabalho de orientação sexual parece ainda flutuar no campo das ideias e amarrada apenas nos discursos e, apesar de algumas iniciativas governamentais como o SPE e PSE estimularem a intersectorialidade, estes não têm dado conta da complexidade que envolve a sua legitimação nas escolas e nos serviços de saúde. É necessário que ações de educação permanente e de desenvolvimento de estratégias para o trabalho da orientação sexual sejam estimuladas.

ATUAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CONTEXTO AMAZÔNICO: PRINCIPAIS ENTRAVES VIVENCIADOS NA PRÁTICA COTIDIANA

Cláudia Ribeiro de Souza, Jonata Ribeiro de Souza, Júlia Freire Souza Leal, Alessandro Santos Bonfim de Almeida, Maria Tatiane Gonçalves Sá, Mônica Karla Vojta Miranda, Leilane Ribeiro de Souza

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Região Amazônica

Apresentação: O Agente Comunitário de Saúde (ACS) representa o elo entre a população e a Atenção Básica à Saúde no Brasil e deve responder positivamente ao amplo espectro de demandas da

população. Na Amazônia, a dimensão territorial e geográfica, somado aos entraves sociais e políticos existentes, muitas vezes impossibilitam a oferta de serviços de qualidade, por isso, objetivou-se conhecer as principais dificuldades laborais vivenciadas por ACSs, dentro do contexto Amazônico. Desenvolvimento do trabalho: trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, de caráter transversal, em que foi aplicado um questionário estruturado, à 35 ACSs, contendo perguntas acerca dos desafios laborais presentes no cotidiano dos mesmos. O estudo é fruto de um projeto de extensão universitária (Campus Avançado), da Universidade do Estado do Pará, efetuado em um município da região oeste do Pará, no ano de 2014. Resultados: Os dados permitiram identificar que a amostra era composta, em sua maioria, por integrantes do gênero feminino (60%), com ensino médio completo (57,1%), renda de até 1 salário mínimo (91,4%) e média de 4,5 anos de tempo de atuação profissional. Sobre as dificuldades, 100% relataram fragilidade quanto a competência técnica, na abordagem as mais diversas situações de saúde; O enfermeiro despontou como a principal fonte de informação frente as problemáticas diárias de trabalho (57,1%) e suporte de treinamento (80%); o motivo de maior preocupação no agir cuidador do ACS, foi não saber atuar em situações inesperadas (42,8%); 28,5% apontaram a falta de recursos (infraestrutura e recursos humanos) e pouco conhecimento teórico-prático inerente a sua profissão, como os entraves que mais interferem na prestação de uma assistência humanizada e de qualidade. Considerações finais: A partir dos resultados, pode-se inferir que é de extrema urgência garantir capacitações e condições que otimizem o trabalho dos ACSs junto à comunidade, uma vez que estes são atores principais na Atenção Primária à Saúde, trabalhando primordialmente em prol da

valorização da vida da população, e que sua área de atuação (Amazônia) necessita ser vista com um olhar diferenciado, considerando as peculiaridades da mesma.

AUTOMEDICAÇÃO EM ATENDENTES DE FARMÁCIA E DROGARIAS DE CAMPO GRANDE – MS

Patricia Espinosa dos Santos, Maria de Lourdes Oshiro

Palavras-chave: automedicação, medicamentos, uso de medicamentos

A automedicação é uma prática definida como o uso de medicamentos sem prescrição médica, sendo o próprio paciente quem decide qual o medicamento será utilizado. O ato de automedicar-se muitas vezes é influenciado por amigos, familiares e balconistas de farmácia. O uso indiscriminado dos medicamentos é fator de risco para o desencadeamento de resultados insatisfatórios após o seu consumo, mesmo os medicamentos isentos de prescrição devem ser utilizados sob orientação e indicação farmacêutica. O objetivo do presente trabalho foi verificar o uso de medicamentos por automedicação em atendentes de drogarias de Campo Grande - MS. Em relação ao método, foi realizado um estudo descritivo transversal com 55 atendentes durante o período de dezembro de 2014 a janeiro de 2015. Dos entrevistados 65,5% eram do sexo masculino e 34,5% eram do sexo feminino, com idades entre 17 e 57 anos e com diferentes graus de escolaridade. De acordo com os dados 93,1% consumiram medicamentos sem prescrição médica, os analgésicos e antitérmicos foram os mais consumidos, sendo a dipirona sódica a mais relatada, a segunda classe terapêutica mais utilizada foram os anti-inflamatórios 12,8%, dentre eles o ibuprofeno, seguida pelos

contraceptivos 9,1%, 44,82% baseiam-SE na orientação de médicos e 75,87% procuram ter os medicamentos disponíveis em casa. Os resultados da pesquisa revelaram que a automedicação é praticada por muitos dos atendentes de drogarias, evidenciando a necessidade de ações de educação em saúde, com a participação de profissionais da área da saúde, em especial os farmacêuticos para promover o uso racional de medicamentos.

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DE ADULTOS ATENDIDOS EM AÇÃO SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marcela Costa Mendes Costa, Bruna Gabriella da Silva Batista, Vânia Paula Stolte Rodrigues, Bruna Alves de Jesus

INTRODUÇÃO: A obesidade é um importante problema de saúde pública mundial e mantém estreita relação com outras doenças, como da diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias. Associadas, essas doenças são responsáveis por importante taxa de mortalidade na população mundial, fazendo com que sejam prioridades a Organização Mundial da Saúde (OMS). Sendo um importante problema de saúde pública, a obesidade é uma doença de alta prevalência que traz implicações sociais, psicológicas e médicas. **OBJETIVO:** relatar o perfil antropométrico de população atendida por acadêmicos do curso de enfermagem durante uma ação social comunitária. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** um relato de experiência de uma ação realizada na comunidade por acadêmicos do curso de Enfermagem da Faculdade UNIGRAN Capital, onde foram realizadas avaliação antropométrica (peso, altura, IMC e circunferência da cintura) e orientações voltadas para prevenção de doenças cardiovasculares. As informações

foram apresentadas por meio de frequência percentual. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Ao todo foram atendidos 162 indivíduos de ambos os gêneros durante a ação, prevalecendo 57% a população masculina e 43% feminina. Houve variação de faixa etária entre homens e mulheres, onde a população masculina variou de 10 a 75 anos e a feminina entre de 15 a 72 anos. Entre os homens, 40% foram avaliados como eutróficos e as mulheres, 45%. No total, 45% das pessoas encontravam-se dentro da normalidade nutricional. O sobrepeso foi observado em 42% dos homens e 35% das mulheres. O IMC maior que 30, indicativo de obesidade grau I, foi identificado em um total de 25% das pessoas. A circunferência abdominal aumentada (maior que 102cm para homens e maior que 88cm para mulheres) esteve presente em 41,97% da população atendida. Observou-se que a ocorrência de obesidade esteve aumentada para a idade superior a 24 anos. De maneira geral, observou-se um aumento de circunferência abdominal elevado independente do IMC adequado. Pessoas que estão na faixa da normalidade de IMC mas que apresentam acúmulo de excesso de gordura abdominal, devem preocupar-se tanto quanto aquelas que estão com excesso de peso, pois estão igualmente vulneráveis a riscos cardiovasculares. Foram realizadas orientações sobre alimentação saudável e prática de atividade física como importantes instrumentos para a promoção à saúde e redução de riscos cardiovasculares. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar das ações para prevenção e orientações sobre a obesidade e suas implicações na saúde pública, ela continua apresentando-se como um importante e crescente problema. O profissional de saúde precisa investir em estratégias para atuar de maneira mais efetiva na promoção, proteção e recuperação da saúde desses indivíduos.

AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES COGNITIVAS REQUERIDAS PELOS ESTUDANTES DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL, DURANTE OS MÓDULOS: CONCEPÇÃO E FORMAÇÃO DO SER HUMANO (CFSH) E ABRANGÊNCIAS DAS AÇÕES EM SAÚDE (AAS)

Mirella Ferreira da Cunha Santos, Rafaela Palhano Medeiros Penrabel, Ana Paula Machado, Anna Ariel Polegato Martins, Rosilene Canavarros Monteiro, Samira Dias dos Passos

Palavras-chave: Aprendizagem baseada em problemas, Metodologias Ativas, Objetivos de aprendizagem

APRESENTAÇÃO: A Taxonomia de Bloom (1956) é um instrumento que proporciona a classificação hierárquica de objetivos de aprendizagem e pode ser utilizada para planejar módulos instrucionais. Segundo a Taxonomia de Bloom Revisada (2001) os objetivos são classificados segundo seis níveis cognitivos: Lembrar, Entender, Aplicar, Analisar, Sintetizar e Criar, proporcionando ao discente a capacidade de aplicar e transferir o conhecimento adquirido. Considerando que o curso de Medicina da UEMS possui currículo integrado, baseado principalmente no método da Aprendizagem Baseada em Problemas. O objetivo do trabalho foi correlacionar e avaliar as habilidades cognitivas requeridas dos acadêmicos de Medicina da UEMS, por meio dos verbos selecionados para os objetivos de aprendizagem, nos módulos: Concepção e Formação do Ser Humano e Abrangências das Ações em Saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Foi utilizada uma análise documental das fichas de objetivos de aprendizagem, construídas pelos estudantes em cada um dos 18 problemas, sendo nove do módulo AAS e 11 do módulo CFSH. **RESULTADOS:** No total, foram analisadas 108 fichas de objetivos de

aprendizagem, pertencentes a seis grupos tutoriais, totalizando os 18 problemas resolvidos. Foram utilizados 303 verbos na construção dos objetivos do módulo de CFSH, sendo que os mais utilizados pertencem aos primeiros níveis cognitivos da taxonomia (lembrar e entender), já no módulo de AAS foram utilizados 206 verbos, sendo prevalentes os aplicáveis ao primeiro nível cognitivo da classificação o do conhecimento. Embora, em ambos os módulos, tenha sido observada uma variabilidade de verbos, determinantes nos objetivos educacionais, houve pouca discordância quanto ao nível cognitivo dos mesmos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os módulos temáticos analisados propõem um aprofundamento nos conhecimentos trazidos pelos discentes, desta forma, era esperado que os verbos utilizados na formulação dos objetivos de aprendizagem se enquadrassem aos dois primeiros níveis cognitivos da taxonomia, entretanto, este resultado demonstra a dificuldade que os discentes enfrentam na realização das tarefas propostas, visto que os mesmos não possuem uma compreensão adequada do objetivo escolhido, da profundidade e importância do conteúdo abordado, bem como das técnicas instrucionais utilizadas.

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS DISCENTES DO CURSO TÉCNICO EM AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, UM ESTUDO MULTICENTRICO

Andre Phylippe Dantas Barros, Aline Blaya Martins, Márcia Fernanda de Mélo Mendes, Maurício Fernando Nunes Teixeira, Renata Pekelman, Rosangela Pavlack Cardoso, Vania Roseli Correa de Mello, Isabel Carolina Coelho Flores Cechin

Palavras-chave: educação permanente, agentes comunitários de saúde, avaliação do ensino

APRESENTAÇÃO: Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) constituem o quadro multiprofissional das Equipes de Saúde da Família (ESF), atuando como articuladores entre a população atendida e a Equipe de Saúde (1). O investimento na formação e qualificação destes profissionais torna-se imprescindível para a melhoria da execução de suas atividades. O Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde é uma proposta do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Rio Grande do Sul (IFRS), sediado no Campus Alvorada, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município, a Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a Unidade Integrada Vale do Taquari de Ensino Superior (UNIVATES) e o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) com o objetivo de qualificar a formação profissional dos ACS por meio da estratégia de educação permanente. O objetivo deste trabalho é apresentar a avaliação da apreensão dos conhecimentos trabalhados na execução do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde. **DESENVOLVIMENTO:** Por meio da aplicação de questionários de avaliação de conhecimentos construídos por meio de questões objetivas de múltipla escolha a partir dos conteúdos trabalhados semestralmente, sendo aplicados no início e ao final de cada semestre. Os dados são tabulados e submetidos a análises no SPSS 17.0, organizados em tabelas e gráficos de distribuição e frequências percentuais e absolutas. A comparação entre o desempenho prévio e pós-atividades didáticas poderão ser estabelecidas de forma a conduzir a avaliação, e com isso, a adequação do curso tanto no que tange a real necessidade de abordagem dos conteúdos escolhidos como para embasar a formação dos ACS. **RESULTADOS:** Foi possível observar, através da análise dos dados obtidos da primeira pré-avaliação,

que os discentes se saíram bem (acertos >70%) em apenas 16,6% de todo o questionário, em contraposição a outros 50% do questionário onde a maior parte dos discentes (entre 62,8 a 88,4%) erraram as respostas. A partir destas informações e do pressuposto de que estes profissionais já realizam atividades no seu trabalho diário, onde estes conteúdos questionados são postos em prática, consideramos que pode haver a dificuldade de relacionar e identificar termos referentes a estas práticas, bem como, a falta de apropriação de conceitos por estes profissionais. A presente pesquisa encontra-se em andamento onde a próxima etapa consiste em obter os dados da pós-avaliação destes discentes e analisá-los, tornando possível a avaliação do desempenho e a apreensão dos conteúdos pelos discentes. Os resultados deste estudo podem ainda servir de subsídio para a reformulação do curso em questão por meio da análise da validade dos conteúdos propostos pelo curso no que se refere a sua capacidade de auxiliar o aluno a aprendê-los.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS EM PACIENTES HOSPITALIZADOS CONFORME A MORSE FALL SCALE

Talita dos Santos Arruda, Jeniffer da Motta Tognon, Leonardo dos Santos Rodrigues, Dayane Farias Leguisamon, Rafaela Bezerra Olimpio

Palavras-chave: quedas, morse, escala,

APRESENTAÇÃO: Trata-se de um estudo realizado no setor de Ortopedia no Núcleo do Hospital Universitário - NHU, localizado na cidade de Campo Grande – MS, setor da Clínica Cirúrgica II, para analisarmos através da escala de avaliação para o risco de Quedas de Morse (Morse FallScale) o risco de queda dos pacientes temporariamente

internados neste serviço. Os pacientes foram orientados quanto à realização da entrevista, foram informados sobre o sigilo e foi colhido o seu consentimento. As entrevistas foram realizadas apenas com pacientes orientados e os dados foram colhidos no período de 2 dias. **Objetivo:** estabelecer os escores de predição do risco para quedas conforme a Morse FallScale Traduzida e adaptada transculturalmente para a língua portuguesa e comparar com os estabelecidos pela escala original e associar o risco de queda, com a ocorrência de queda de indivíduos hospitalizados. **Método:** trata-se de um estudo com amostra de 15 pacientes adultos hospitalizados, avaliados conforme a MFS, traduzida e adaptada para a língua portuguesa, sendo identificado também às características demográficas e os problemas musculoesqueléticos. Os dados foram analisados pela estatística descritiva e analítica. **Resultados:** o risco elevado, conforme a MFS, foi o mais prevalente (62,5%), seguido pelo risco moderado (25%) e sem risco considerável (12,5%) sendo encontrada associação do primeiro com a presença de distúrbios musculoesqueléticos. **Conclusões:** A utilização da MFS na detecção precoce do risco para quedas contribui para a implementação de medidas preventivas a esse evento, e conseqüentemente, reduzindo as taxas de quedas e possíveis complicações em pacientes hospitalizados.

AVALIAÇÃO DOS DIABÉTICOS DE UMA UBSF EM CAMPO GRANDE - MS SEGUNDO SEU MANEJO E PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES: PÉ DIABÉTICO, RETINOPATIA E LESÃO RENAL

Lucas Ferreira Marcondes Lemos, Henrique Oliveira e Silva, Joaquim Dias da Mota Longo, Ana Rita Barbieri, Mônica Miranda Vasconcelos

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO: Diabetes mellitus é um grande problema de saúde pública. No Brasil alcança uma prevalência de 6,32% na população. Diante do grande número de casos e complicações, a doença cursa com grande impacto de morbimortalidade nos doentes e sistema de saúde. Há dificuldade do controle destes pacientes na atenção básica sendo necessário conhecer a realidade das UBSF nessa situação. **OBJETIVOS:** O objeto do levantamento foi avaliar a realidade local de uma UBSF em Campo Grande – MS em relação aos seus portadores de diabetes mellitus e o manejo de suas principais complicações: retinopatia, pé diabético e lesão renal. **METODOLOGIA:** Para se conhecer a realidade local foi selecionada uma ESF de uma UBSF. Com os números de DM segundo as fichas do SIAB chegou-se a 138 diabéticos acompanhados, deste número se estabeleceu que 30% (35 pacientes) seriam entrevistados e examinados. A entrevista e o exame se pautaram na utilização da ficha de exame do pé diabético já existente na unidade e que avalia o grau de sensibilidade, presença ou não de deformidades/ceratoses e úlceras. Quanto à retinopatia se perguntou sobre a fundoscopia anual realizada pelo oftalmologista e para lesão renal se havia realizado microalbuminúrica. Além disso, foi realizada glicemia capilar de jejum dos mesmos para avaliar o controle glicêmico. **RESULTADOS:** Dos pacientes estudados 54% eram mulheres e 60% tinham 60 anos ou mais. 28% dos entrevistados tinham IMC maior que 35; 36% entre 30-34,9; 28% entre 25-29,9; e apenas 8% na faixa de normalidade 20-24,9. Do total, 25% são insulino dependentes, e 85% fazem uso de hipoglicemiantes orais. A glicemia capilar de jejum mostrou que 52% estavam fora do alvo (80-140 mg/dL). Apesar da recomendação da fundoscopia anual apenas 43% dos pacientes avaliados haviam

realizado. E em 97% destes também não foi realizado o exame da mircoalbuminúria. Por fim, 37% já se mostravam com alteração da sensibilidade ao exame do pé diabético, sendo que apenas 51% já haviam realizado o exame. **CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES:** Percebe-se que muito do que pode ser feito aos pacientes diabéticos na atenção básica ainda não é feito. **Simples condutas:** solicitar a mircoalbuminúria, fundoscopia com oftalmologista e exame do pé diabético poderia reduzir a morbimortalidade destes doentes. Importante também atentar para a necessidade de promoção de melhoras no estilo de vida, o que refletiria tanto no IMC quanto na glicemia destes pacientes, que deve ser mais bem controlada.

AVALIAÇÃO DOS VERBOS UTILIZADOS EM OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM PELOS ESTUDANTES DE MEDICINA DA UEMS NO MÓDULO TEMÁTICO ABRANGÊNCIA DAS AÇÕES EM SAÚDE

Rafaela Palhano Medeiros Penrabel, Rosilene Canavarros Monteiro, Samira Dias dos Passos, Mirella Ferreira da Cunha Santos, Ana Paula Machado

Palavras-chave: Ensino, objetivos educacionais, verbos

INTRODUÇÃO: A Taxonomia de Bloom (1956) é um instrumento de classificação de objetivos de aprendizagem de forma hierárquica, e pode ser utilizado para estruturar, organizar e planejar módulos instrucionais. Segundo a Taxonomia de Bloom Revisada (2001), os objetivos são classificados em uma hierarquia de seis níveis cognitivos: Conhecimento, Compreensão, Aplicação, Análise, Síntese e Avaliação. O desenvolvimento cognitivo deve seguir uma estrutura hierárquica para que os discentes sejam capazes de aplicar e transferir, de forma multidisciplinar, um conhecimento

adquirido. **OBJETIVOS:** Identificar e avaliar a tendência das habilidades cognitivas requeridas dos acadêmicos de Medicina da UEMS, por meio dos verbos selecionados, no módulo AAS. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** Foi analisado um total de 42 fichas de objetivos de aprendizagem, dos seis grupos tutoriais, em cada um dos 7 problemas. **RESULTADOS:** Foram utilizados 206 verbos na construção dos objetivos ao longo do módulo. Os verbos mais utilizados foram Conhecer (22 vezes), Compreender (22 vezes) e Conceituar (21 vezes) pertencentes ao primeiro nível cognitivo: Conhecimento. Em todos os problemas foi observada uma variabilidade de verbos, mas poucas vezes foi observada discordância quanto ao nível cognitivo desses. Desta forma, perceberam-se certa dificuldade quanto ao aprofundamento do conhecimento refletido na pouca utilização de verbos que pertencessem a níveis cognitivos maiores, visto que se trata de acadêmicos do primeiro ano e que o processo de aprendizagem é cumulativo. **CONCLUSÃO:** O módulo temático analisado propõe um aprofundamento nos conhecimentos trazidos pelos discentes de sua formação secundária, assim, era esperado que a maioria dos verbos utilizados nos objetivos fosse dos dois primeiros níveis cognitivos. Entretanto, este resultado também pode indicar uma reação às dificuldades que os discentes enfrentam na realização das tarefas propostas, pois não percebem ou não possuem uma compreensão adequada do objetivo pretendido, da importância do conteúdo abordado e das técnicas instrucionais utilizadas, além da concordância desses itens com os critérios de avaliação e de recuperação do aprendizado.

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 0 A 24 MESES DE IDADE USUÁRIAS DE FÓRMULAS INFANTIS NO MUNICÍPIO DE DOURADOS/MS, BRASIL

Isabela Rezende Ferreira, Stephanie Ramirez Iahnn, Adolfo Henrique Costa Santos, Kátia Gianlupi, Lorraine Aparecida Pinto, Fábio Juliano Negrão, Macksuelle Regina Angst Guedes, Fabíola Lacerda Pires Soares

Palavras-chave: fórmula infantil, estado nutricional, crianças

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a amamentação exclusiva com leite materno até os 6 meses de idade e a partir desta idade até os 2 anos manter a amamentação, introduzindo outros alimentos gradativamente. Estas recomendações constituem formas preventivas a curto e longo prazo para prevenção da obesidade e morbidades associadas. Estudos mostram que crianças que não receberam leite materno no período estabelecido pela OMS estão mais propensas a desenvolver a obesidade, e é muito provável que isto ocorra pela diversidade na composição do aleitamento artificial. Além do uso de fórmulas infantis, outro fator preocupante na alimentação da criança é a introdução de alimentos de forma precoce e inadequada durante essa fase de transição alimentar. O presente trabalho tem por objetivo a avaliação nutricional de crianças de 0 a 24 meses de idade em uso de fórmulas infantis. Foi um estudo transversal, que avaliou crianças atendidas na puericultura de Unidades Básicas de Saúde no município de Dourados/MS através do programa PET Saúde / PRÓ Saúde, desenvolvido na Universidade Federal da Grande Dourados. Foram coletados os dados sociodemográficos, antropométricos e alimentares, além de investigação sobre o modo de preparo das fórmulas infantis e o motivo do não aleitamento materno. Foram

avaliadas 46 crianças, com média de idade de 7,3±5,7 meses. A maioria das crianças apresentou o percentil de normalidade para peso/idade (84,8%) e estatura/idade (78,3%; p=0,002). Entre as crianças <6 meses, 80% (n=16; p<0,000) ficaram em aleitamento exclusivo por menos de um mês. Já em crianças ≥6 meses, este marcador foi de 24% (n=6; p>0,016). O principal motivo relatado para a interrupção do aleitamento foi a ausência de leite (ou insuficiência na produção). Observou-se que as mães estavam preparando as fórmulas de forma inadequada (84,8%; p<0,000), e que a ingestão de nutrientes não estava em acordo com as recomendações. A maioria das crianças estava eutrófica e não foi realizado o aleitamento materno exclusivo de forma satisfatória na maior parte avaliada. Tanto a introdução de alimentação complementar quanto o uso das fórmulas foram realizadas de forma inadequada, o que refletiu no consumo de nutrientes fora das recomendações. Tal fato poderá comprometer futuramente a saúde dessas crianças.

CAPACITAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO INFANTIL VOLTADA PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA DE MACAÉ

Jane de Carlos Santana Capelli, Caroline Duarte Tavares, Luziene de Souza Melo, Hugo Demésio Maia Torquato Paredes, Isadora de Freitas Lyrio, Camilla Medeiros Macedo da Rocha, Maria Fernanda Larcher de Almeida, Juliana da Silva Pontes

Palavras-chave: alimentação infantil, lactente, educação permanente

O primeiro ano de vida do lactente é essencial para iniciar uma alimentação saudável e adequada, prevenindo morte infantil e doenças nesta fase da vida, bem como na vida adulta. Objetivou-se analisar

os conhecimentos adquiridos por agentes comunitários em saúde (ACS) da cidade de Macaé em capacitação sobre alimentação do lactente. Realizou-se estudo descritivo, quantitativo de base primária com dados de um curso de capacitação sobre aleitamento materno e alimentação complementar voltado aos ACS, em parceria com a Gerência de Atenção Básica de Macaé. A capacitação aconteceu em um turno da semana, no mês de fevereiro de 2015, contendo a programação a seguir: abertura, aplicação de um pré-teste para observar os conhecimentos prévios sobre o tema; Palestras: “Aspectos fisiológicos do lactente”, com “Aleitamento Materno” e “Alimentação complementar oportuna e segura”. Ao final, realizaram-se um QUIZ e um pós-teste, para avaliação dos conhecimentos adquiridos. Foram capacitados 51 ACS, destes 96,1% (n=49) responderam o questionário no pré-teste e, 100% no pós-teste. No pré-teste, 71,4% dos ACS apresentaram um percentual de respostas corretas acima de 50%; e, os acertos foram, principalmente, sobre aleitamento materno. Dos que acertaram menos da metade das questões (28,6%), detectou-se a alimentação complementar com menor proporção de acertos. Após a capacitação, no pós-teste, detectou-se que a maioria dos ACS melhorou a proporção de acertos: 92,2% acertaram mais da metade das perguntas e, apenas 7,8% acertaram menos da metade das questões do formulário. Conclui-se que a capacitação ampliou os conhecimentos sobre alimentação infantil, principalmente, a alimentação complementar. Nesta perspectiva, visando o incremento do conhecimento sobre essa temática, recomenda-se aumentar o número de capacitações bem como a realização de mais ações de educação em saúde em alimentação complementar, por parte da Gerência de Atenção Básica, na expectativa de melhorar e consolidar os conhecimentos desta temática pelos profissionais.

CAPACITAÇÃO EM SAÚDE AUDITIVA: RESULTADOS DE AÇÕES EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MACAÉ/RJ

Jane de Carlos Santana Capelli, Thaís Abijaúde Souza Rego Abijaúde Souza Rego, Angelica Nakamura, Inês Leoneza de Souza Leoneza de Souza, Camilla Medeiros Macedo da Rocha, Raquel Miguel Rodrigues, Vivian de Oliveira Sousa Corrêa, Maria Fernanda Larcher de Almeida

Palavras-chave: saúde auditiva, educação em saúde, educação permanente

No Brasil há cerca de 6 milhões de deficientes auditivos, sendo importante a realização de atividades em educação em saúde para prevenção e promoção da saúde auditiva bem como para a melhoria da qualidade de vida dessa população. Objetivou-se apresentar as atividades e os resultados das capacitações em saúde auditiva realizadas com os agentes comunitários de saúde de Macaé. Foram definidas em prévia reunião com a Gerência de Atenção Básica de Saúde de Macaé seis capacitações entre dezembro de 2014 e maio de 2015, voltadas para todos os agentes comunitários de saúde. As capacitações tiveram a seguinte programação: Abertura; Dinâmica de grupo: “Os 5 sentidos”; Palestra: “Anatomia e Fisiologia da Audição”, com um QUIZ ao final; coffee break; Palestra: “Organização da Rede de Atenção à Saúde Auditiva de Macaé”; QUIZ: para avaliação dos conhecimentos. Como palestrantes participaram os bolsistas, preceptores e professores da equipe do PET Saúde/Redes de Atenção à Saúde Auditiva. Foram capacitados 240 agentes comunitários de saúde em um total de 4 capacitações. As atividades propostas na programação das capacitações foram bem recebidas pelos ACS, observando-se que 100% dos ACS acertaram as afirmativas propostas no QUIZ da palestra de Anatomia e Fisiologia da

Audição e 90% acertaram o QUIZ final para avaliação dos conhecimentos adquiridos. A maioria dos agentes comunitários de saúde apresentou bom desempenho na avaliação dos conhecimentos, havendo troca de experiências e interesse da parte dos profissionais sobre o tema abordado. Novas capacitações estão sendo planejadas para a continuidade das ações em educação em saúde voltadas aos profissionais de saúde do município de Macaé.

CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA- UNASUS/MATO GROSSO DO SUL

Daniela Margotti, Vera Lucia Kodjaoglanian, Mara Lisiane Moraes dos Santos

Palavras-chave: atenção primária a saúde, saúde da família, qualificação profissional

O trabalho descreve os resultados referentes à análise do perfil dos profissionais egressos de um curso de formação em atenção básica e saúde da família, inseridos na estratégia de saúde da família no estado de Mato Grosso do Sul. Os profissionais foram identificados por meio do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), e os que concluíram o curso e permanecem em atividade foram identificados pela UNA-SUS e colegiado gestor do curso. Identificou-se 11.645 profissionais de saúde de nível superior atuantes em Mato Grosso do Sul registrados no cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES). Deste total de profissionais, 1.640 atuam em Estratégia de Saúde da Família, sendo que 1.068 profissionais iniciaram o curso de especialização em Atenção Básica e Saúde da Família nas turmas 1, 2 e 3 do curso. A maior parte dos profissionais de saúde de nível superior cadastrados no CNES em Mato Grosso do Sul são médicos

(38%), mas somente (4,7%) atuam na ESF. Diferentemente dos 2.112 profissionais enfermeiros cadastrados no CNES, dos quais 24,8% atuam na ESF. De todos os profissionais matriculados, 748 concluíram o curso. Foi observado que dos 14% dos profissionais que atuam em ESF no estado, 65% fizeram o curso. Outro dado interessante foi que 70% dos profissionais que fizeram o curso, concluíram e que, 47% dos profissionais que concluíram o curso permanecem atuando em ESF. Os resultados apontam que é muito baixo o número de profissionais que atuam em ESF no estado, comparado ao número total de profissionais, o que demonstra uma baixa cobertura da estratégia de saúde da família no estado. A intenção de qualificação profissional também é bastante visível, entretanto a permanência na ESF após esta qualificação é muito baixa. Estes dados apontam sobre as questões referentes à organização do trabalho e permanência do profissional nas equipes após qualificação como obstáculos reais para um desenvolvimento mais adequado dessa estratégia, segundo seus princípios norteadores, que tem o vínculo entre equipe e comunidade como um dos focos de atenção.

CARIOLOGIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS E O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

Isabela Mascaro Martins

Palavras-chave: Educação em Odontologia, Odontologia Baseada em Evidências, Cárie Dentária, Odontologia Preventiva

APRESENTAÇÃO: Considerando o conceito de Odontologia Baseada em Evidências, discute-se o embasamento de acadêmicos e profissionais neste paradigma, como alicerce de sua prática clínica, e alguns pontos críticos do processo ensino-aprendizagem em Odontologia. OBJETIVOS: Verificar a

opinião de acadêmicos e profissionais sobre as atuais evidências científicas acerca de tópicos relevantes inerentes à cariologia e sua percepção sobre o processo ensino-aprendizagem. **MÉTODOS:** Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aplicou-se um questionário elaborado em Escala Likert aos acadêmicos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Faodo - UFMS) e aos especialistas em Dentística e Odontopediatria do município de Campo Grande (MS) com até 15 anos de formados em nível de graduação. Os dados obtidos foram tabulados e submetidos à análise estatística analítica. **RESULTADOS:** Em cinco das sete afirmativas sobre cariologia, a maior porcentagem dos estudantes expressou opinião condizente com as atuais evidências em cariologia, e os profissionais mostraram conhecimento em todas elas. A maioria concordou em que o método de avaliação desestimula os acadêmicos a realizar procedimentos preventivos e que nem sempre o processo ensino-aprendizagem considerou a tomada de decisão clínica alicerçada em evidências científicas. **CONCLUSÃO:** A prática clínica dos respondentes, de modo geral, condiz com as atuais evidências, contemplando o paradigma da mínima intervenção, mas o processo ensino-aprendizagem na Faodo - UFMS poderia ser discutido e reavaliado.

CARTOGRAFIA DA REDE DE SAÚDE AUDITIVA DE MACAÉ A PARTIR DO USUÁRIO-GUIA DEFICIENTE AUDITIVO

Jane de Carlos Santana Capelli, Katerine de Souza Martins de Souza Martins, Michel Barcelos de Sousa, Inês Leoneza de Souza, Angelica Nakamura, Maria Fernanda Larcher de Almeida, Nereida Lúcia Palko dos Santos, Raquel Miguel Rodrigues

Palavras-chave: usuário guia, saúde auditiva, PET Saúde

O usuário-guia é uma ferramenta que nos permite percorrer a rede de saúde, experienciando a ideia de Rede Viva, buscando outros espaços para além dos serviços de saúde, obtendo alternativas não apenas nos protocolos, mas também a partir de conexões, encontros e produções não pertencentes a nenhum lugar específico da rede de serviços. Proporcionando maior visibilidade dos caminhos que o usuário percorre. Objetivou-se apresentar a cartografia da rede de atenção à saúde auditiva de Macaé. Para realizar a cartografia, utilizou-se como ferramenta a proposta do usuário(a)-guia, por Merhy. Para a definição do usuário guia a equipe do PET Redes Saúdi (professores, preceptores e bolsistas) se reuniu em 5 encontros entre agosto/2014 e maio/2015, iniciando com a discussão teórica sobre o tema. Foi definido que o usuário deveria ter percorrido o máximo de dispositivos disponíveis no município de Macaé e fora dele. Após discussões, preceptores da Associação Macaense do Deficiente Auditivo (Amada) indicaram uma criança deficiente auditiva assistida na instituição por chamar grande atenção do serviço, selecionando R. como o usuário-guia. Foram realizadas entrevistas com os familiares de R., recolhidas informações em prontuários, exames e relatos de profissionais da rede. Os dados foram discutidos entre a equipe e apresentados na forma de um fluxograma de peregrinação de R. na rede de saúde. Como resultado, N., mãe de R. (masculino, 6 anos), nos concedeu uma entrevista e assinou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em 17 de setembro de 2014. Dos primeiros exames para definir o diagnóstico até a protetização e colocar o Implante Coclear, R. apresentou o seguinte fluxograma de peregrinação: Centro Municipal de Reabilitação (Macaé), Centro de Especialidades Moacyr Santos

(Macaé), Regulação Municipal (Macaé), Núcleo de Saúde Mental (Macaé), Centro Municipal de Reabilitação, Amada (Macaé), Hospital Universitário da UFRJ (Rio de Janeiro), Hospital das Clínicas de São Paulo (HC de SP) e Hospital de São José do Rio Preto (São Paulo), Amada, HC de SP, Amada. Concluímos que, apesar da existência de uma rede estabelecida de saúde auditiva em Macaé, esta ainda não é suficiente para a produção plena do cuidado. Ao abordar a realidade desta rede em Macaé, destacamos: o importante papel da atenção básica no cuidado; a (des)continuidade do cuidado na rede; amarras dos fluxos e protocolos da regulação municipal, tornando longo o processo entre o diagnóstico e a reabilitação de R.

COMPETÊNCIA DA CLÍNICA AMPLIADA: SOB O PRISMA DOS PILARES DA EDUCAÇÃO PROPOSTOS POR DELORS EM RELAÇÃO AO “APRENDER A VIVER JUNTOS” E “APRENDER A SER”

Socorro Andrade de Lima Pompilio, Maria Celina Piazza Recena

Palavras-chave: Competência Clínica, Humanização da assistência, Relações Médico-Paciente,

A Política Nacional de Humanização posta pelo Ministério da Saúde tem como instrumento de efetivação para práticas mais resolutivas em saúde, a Clínica Ampliada. Ampliar a clínica é necessário, tanto pela urgência da humanização do cuidado em saúde, como pela reorientação do objeto de trabalho, gratificando o profissional de saúde no seu ofício de cuidar. Ampliar a clínica tradicional, representada pela ainda hegemônica biomedicina, é um desafio tanto para os profissionais médicos, quanto para os usuários. O objetivo deste trabalho foi indicar competências para a

prática da clínica ampliada conforme os quatro pilares da educação propostos por Delors. O primeiro “aprender a conhecer” enfoca a incorporação de conhecimento. O segundo pilar, “aprender a fazer”, está associado à questão profissional, aplicação dos fundamentos teóricos. O terceiro pilar, “aprender a conviver juntos”, trata da convivência salutar uns com os outros. O quarto, “aprender a ser”, considera o conhecimento sobre si mesmo, investimento pessoal e o reconhecimento de suas potencialidades. Neste trabalho apresenta-se uma categorização referente aos pilares “aprender a conviver juntos” e “aprender a ser” a partir de documentos balizadores visando oferecer parâmetros para as práticas nesse contexto. Foram eleitos três documentos: i) o capítulo “O Sistema Único de Saúde brasileiro e a Clínica Ampliada”, do livro “Psicologia e Saúde Coletiva”, ii) documento “Lembretes e sugestões para orientar a prática da Clínica Ampliada e Compartilhada”, iii) documento oficial do Ministério da Saúde: “Clínica Ampliada e Compartilhada”, que respaldaram o aprofundamento do tema. Analisaram-se os textos, pela técnica de análise do conteúdo, por meio da Análise Textual Discursiva, para compor um quadro de referência de competência que pode ser uma base teórica para avaliação e direcionamento da prática da Clínica Ampliada. Foi possível produzir uma matriz de competências para a prática da clínica ampliada. Ao focar nos dois pilares da educação aprender a conviver e aprender a ser não houve a pretensão de desmerecer os demais pilares, mas buscar um olhar mais prático e objetivo sobre esses aspectos. Para “aprender a conviver e aprender a ser” foram revelados os seguintes aspectos: Valorização do protagonismo e controle social; Visão holística do ser humano; Reconhecimento mútuo entre os sujeitos (profissionais e usuários); Coprodução de projetos terapêuticos em conjunto. Trabalho em equipe e em rede; Fortalecimento

do vínculo; Responsabilização; Corresponsabilização do cuidado; promoção da autonomia; Desenvolver a flexibilidade da equipe; Ampliar a capacidade do sujeito de superar a crise. Assim, espera-se contribuir no delineamento do desenvolvimento da clínica ampliada, inclusive influenciando nos currículos e fomentando atividades de colaborem para a incorporação e tais competências. A explicitação de parâmetros para avaliação da competência clínica para humanização da assistência pode ser a base para ações que qualifiquem a relação médico-paciente numa perspectiva do modelo que amplie a visão biomédica em prol de uma prática que considere a perspectiva biopsicossocial da clínica ampliada.

COMPREENSÃO DA PESSOA IDOSA LONGEVA SOBRE RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE

Luana Araújo dos Reis, Tânia Maria de Oliva Menezes, Adriana Valéria da Silva Freitas, Nadirlene Pereira Gomes, Luciana Araújo dos Reis, Aline Cristiane de Souza Azevedo Aguiar

Palavras-chave: Pessoa idosa, Religiosidade, Espiritualidade

A religiosidade e a espiritualidade vêm se mostrando como uma importante estratégia no existir da pessoa idosa longeva, contribuindo para o bem estar através do significado positivo que é dado à vida. Nesse sentido, este estudo objetivou desvelar a compreensão da pessoa idosa longeva sobre religiosidade e espiritualidade. Trata-se de uma pesquisa de abordagem fenomenológica, fundamentada no pensamento de Martin Heidegger, realizada com 14 pessoas idosas longevas cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família no município de Jequié, Bahia, Brasil. A coleta

dos depoimentos ocorreu no período de Novembro de 2014 a Março de 2015, através da entrevista em profundidade, gravada. A análise compreensiva foi ancorada em conceitos heideggerianos. Os colaboradores deste estudo foram 12 mulheres e dois homens, com idade compreendida entre 80 e 104 anos, com escolaridade que variou do não alfabetizado ao ensino médio completo, rendimento entre um e três salários mínimos. Quanto ao estado civil, 11 viúvos, dois divorciados e um casado. Todos eram aposentados ou pensionistas. Após a descrição do fenômeno vivenciado pelos colaboradores sobre religiosidade e espiritualidade, emergiram as unidades de significação: 1. O não entendimento e/ou a não compreensão para formulação de uma definição a respeito de religiosidade e espiritualidade; 2. A religiosidade como sinônimo de religião; 3. A associação da espiritualidade com o espiritismo e macumba. Dessa forma foi possível adentrar o cotidiano das pessoas idosas longevas e a compreensão do ser possibilitou o desvelar da dificuldade que a pessoa idosa longeva tem para elaboração de uma definição sobre religiosidade e espiritualidade, tendo em vista a complexidade dos termos e a pluralidade teórica que emana da sua múltipla dimensionalidade. Tal fato justifica o entendimento da religiosidade como sendo sinônimo de religião, bem como a associação da espiritualidade com espiritismo e macumba, reforçando os preconceitos existentes e remetendo a experiência de vida desses indivíduos, ao passo que, culturalmente, para alcançar a salvação deve-se servir a um Ser Superior, que só pode ser encontrado por meio da religião Católica ou Evangélica. Embora alguns colaboradores deste estudo não tenham definido a religiosidade e espiritualidade, o seu vivido se desvelou nas falas e a vivência religiosa expressa por eles está relacionada à busca pelo sagrado,

por meio de práticas religiosas, como uma forma de alcançar a proteção divina para a família e para aqueles que necessitam de amparo no âmbito biológico, através da manutenção/recuperação da saúde e em outros setores da vida. Neste contexto, conclui-se que, mesmo com dificuldades para elaboração de um construto sobre religiosidade e espiritualidade, a pessoa idosa longeva, através da fé e práticas religiosas, as compreende como importante estratégia, seja no alcance da paz interior, ou, no bem-estar demonstrado.

CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA ENTRE ESTUDANTES PARTICIPANTES DA ORIENTAÇÃO ACADÊMICA E PROFISSIONAL DE UM CURSO SUPERIOR DE SAÚDE

Adailton Conceição de Souza, Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Palavras-chave: Formação em Saúde, Orientação Acadêmica e profissional, Afiliação

Introdução: De tempos em tempos, a Universidade tem sido questionada sobre a sua função e relevância social. Nos últimos anos, as transformações políticas, sociais, culturais e econômicas lhe têm impactado, modificando, assim, sua estrutura, seu *modus operandi* e suas concepções pedagógicas e curriculares. A Universidade ainda é o espaço de formação para muitos profissionais do campo da saúde. Sendo assim, as concepções dos cursos repercutirão, de alguma forma, nas práticas daqueles que estarão nos serviços de saúde. No modelo de formação interdisciplinar, proposto pelo Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, argumenta-se a necessidade de novas maneiras de se pensar os processos de saúde/doença, bem como de construir dispositivos institucionais, a exemplo da orientação acadêmica e profissional, além

de disciplinas curriculares, que possibilitem afiliação intelectual e institucional. Objetivo: Analisar, através do espaço de orientação acadêmica e profissional, as concepções estudantis acerca dos processos de saúde-doença. Metodologia: Este estudo trata-se de um recorte de uma pesquisa qualitativa, a partir das contribuições da etnopsicanálise e da escuta participante, realizada no grupo de orientação acadêmica e profissional. Para efetivação da mesma, utilizou-se também entrevista semiestruturada com alunos do BI em Saúde participantes do grupo. Resultados e discussão: Dentre as temáticas surgidas no grupo de orientação acadêmica e profissional, algumas tem relação com as mudanças nas percepções sobre as concepções de saúde e doença, que vão na contramão dos saberes construídos nos processos de socialização via senso comum. Alguns alunos relataram a ampliação do entendimento de como os processos de saúde-doença ultrapassam a lógica estritamente biologizante. Relatou-se como disciplinas do campo das artes e de humanidades têm contribuído para a mudança de olhar em relação à futura atuação profissional. Estágios, a exemplo do “Vivência SUS”, proposto pela Escola Estadual de Saúde Pública, são vistos como essenciais na construção da identidade laboral do futuro Bacharel em Saúde, principalmente no que tange aos diálogos com as profissões tradicionais do campo da saúde e seus profissionais, que pouco conhecem essa nova formação. Conclusão: O novo modelo de formação tem contribuído para a construção de um novo perfil profissional atento às novas demandas sociais. Dessa forma, confirmou-se a necessidade de continuação das mudanças que têm possibilitado uma nova formação capaz de impactar as relações que serão tecidas no cotidiano de trabalho com os usuários dos serviços de saúde, em especial aqueles que se utilizam da rede pública.

CONHECENDO NOSSO ESPAÇO: A PERSPECTIVA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM REFERENTE À ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM UM CENTRO DE SAÚDE. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vania Celina Dezoti Micheletti, Simone Edi Chaves, Nicholas Costa Rosa, Carina Oliveira

Palavras-chave: acadêmico, enfermagem, estágio

O presente relato discorre a experiência de acadêmicos de Enfermagem em um centro de saúde na cidade de Porto Alegre, durante estágio curricular. No decorrer do estágio foi observada a atuação do Enfermeiro em diversas áreas, buscando compreender, descrever e participar das atividades executadas, revelando nossas expectativas, contribuições e entendimento diante da profissão. Este estudo teve como objetivos compreender e descrever a atuação do Enfermeiro nas diversas áreas de um centro de saúde, visando buscar o entendimento das suas responsabilidades e representações. Trata-se de um estudo descritivo, em que os autores descrevem os aspectos vivenciados no Centro de Saúde IAPI, entre os meses de outubro e novembro de 2014 na cidade de Porto Alegre. Durante estágio curricular da atividade acadêmica Saúde Coletiva: Estratégias Assistenciais, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Para elaboração deste relato de experiência foram utilizadas as participações nas atividades do Centro de Saúde e a técnica de observação estruturada. As vivências durante o estágio curricular permitiram aos acadêmicos conhecer, compreender e dimensionar o espaço que o profissional Enfermeiro ocupa e suas competências dentro de um Centro de Saúde. A coabitação entre acadêmicos e Enfermeiros permite o amadurecimento dos graduandos, a partir da mútua e constante troca de saberes,

diminuindo a distância entre profissionais formados e em formação. A interação entre os acadêmicos e os diversos cenários de atuação do Enfermeiro, dentro do centro de saúde, torna visível a amplitude dos campos de atuação em que esse profissional está inserido. Conclui-se que os graduandos de Enfermagem e o profissional Enfermeiro fazem do campo de estágio, um espaço de construção, onde é possível reconhecer a importância do enfermeiro e sua autonomia no decorrer do processo saúde e doença, assim como as diferentes atuações do mesmo nas diferentes áreas do estágio.

CONHECENDO O PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DAS GESTANTES DE ALTO RISCO ATENDIDAS NOS ANOS DE 2010 A 2013 NAS UNIDADES DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PARÁ

Ana Beatriz da Silva Pedroso, Simone Aguiar da Silva Figueira, Nayara Linco Simões, Edileuza Félix de Sousa, Fernanda Jacqueline Teixeira Cardoso, Yamilles Ribeiro Nascimento, Itaine Silva Reis, Julianne da Costa Melo

Palavras-chave: saúde materna, gestantes, enfermagem

APRESENTAÇÃO: Os indicadores de saúde materna são considerados muito sensíveis às desigualdades sociais, refletindo condições diferenciadas de vida e de acesso a recursos sociais como: saúde, educação, renda, trabalho, segurança, participação entre diversos grupos da população, e as formas como classe social, gênero e raça/etnia se entrelaçam e operam como determinantes sociais da saúde. OBJETIVO: Descrever o perfil sócio demográfico das gestantes de alto risco. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva e retrospectiva. Utilizou-se 3.560, porém totalizando uma amostragem de 742

prontuários. RESULTADOS: Observou-se que 127 (17,12%) mulheres tinham idade entre 10 e 19 anos, 467 (62,94%) entre 20 e 34 anos, 142 (19,14%) a cima de 35 anos e em 6 (0,81%) prontuários não havia registro. Em relação a ocupação percebeu-se que 303 (40,84%) eram do lar e em 200 prontuários (26,95%) não havia registro. Quanto a procedência verificou-se que 55 (7,41%) eram do bairro do Santarenzinho, 20 (2,70%) de outros municípios, 51 (6,87%) de comunidades ribeirinhas e 31 (4,18%) de comunidades do planalto. No que se refere a escolaridade notou-se que 2 (0,27%) eram analfabetas, 33 (4,45%) possuíam ensino fundamental incompleto, 45 (6,06%) ensino fundamental completo, 21 (2,83%) ensino médio incompleto, 99 (13,34%) ensino médio completo, 5 (0,67%) ensino superior incompleto, 33 (4,45%) ensino superior completo e 504 (67,92%) dos prontuários não continham registros. No que diz respeito a situação familiar constatou-se que 367 (49,46%) viviam em união estável, 146 (19,68%) eram solteiras, 186 (25,07%) eram casadas, 3 (0,40%) divorciadas e em 40 prontuários não havia registros. CONSIDERAÇÕES FINAIS: É de extrema importância avaliar de maneira holística cada gestante para oferecer-lhe um atendimento individual e que dentro do possível adequar-se as suas necessidades pessoais, pois esse conhecimento subsidia a consulta de enfermagem tornando-a eficaz e de qualidade as gestantes. É necessário também o preenchimento correto e completo dos formulários, pois são esses dados que subsidiam produções e pesquisas.

CONHECIMENTO DO PROTOCOLO DE PRÉ-NATAL: AVALIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Emanoel Avelar Muniz, Ana Karina de Sousa Gadelha, Giovana Grécia Anselmo Viana, Cilene Maria Freitas, Geilson Mendes de

Paiva, Francisca Lopes de Souza, Maria Socorro de Araújo Dias, Josiane Alves Dorneles

Palavras-chave: Cuidado pré-natal, Atenção Primária à Saúde, Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde

APRESENTAÇÃO: O Grupo de Trabalho (GT) de Educação Permanente em Saúde da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) juntamente com a Coordenação de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral realizou quatro momentos teórico-conceituais nos meses de junho e julho de 2015 com os enfermeiros da atenção primária de Sobral. Estes tiveram como objetivo avaliar e aprimorar o conhecimento destes profissionais sobre a assistência pré-natal. Os encontros foram subdivididos em dois momentos, primeiro realizou-se uma avaliação diagnóstica e em seguida um estudo em grupo de quatro casos reais valorizando a troca de experiências, construção do conhecimento e valorização do trabalho em equipe. Posteriormente ocorreu apresentação em plenária dos casos, discussão coletiva e recomendação de condutas pela facilitadora ginecologista/obstetra. MÉTODO: Inicialmente foi sugerido aos enfermeiros que realizassem uma leitura prévia individual sobre o Protocolo de Pré-natal de Sobral (2015) com o intuito de facilitar o desenvolvimento das atividades. A avaliação foi constituída de dez questões objetivas utilizando-se dois modelos de prova com quinze questões intercaladas. Ao total participaram oitenta e oito enfermeiros de um total de cento e vinte e quatro correspondendo a 71,0%. Utilizou-se das técnicas da abordagem quantitativa para delinear o processo analítico. Assim, as avaliações foram transcritas e tabuladas no software Epi Info 7TM, organizadas através da extração em frequências, médias e

modas, e analisadas por meio de estatísticas simples utilizando gráficos e tabelas numa planilha de Excel[®]. RESULTADOS: As notas das avaliações variaram de 3,0 a 10,0; a média geral da nota dos enfermeiros foi de 7,2 e a moda 8,0. No percentual total de enfermeiros que realizaram a prova 68,30% atingiram a média 7,0. Conseqüentemente, 31,70% obtiveram notas abaixo da média. Das quinze questões, quatro foram acertadas por mais de 80% dos enfermeiros, três por mais de 70%, sete questões por menos de 70% e uma questão nula. Observou-se que os assuntos com maiores índices de acerto foram: Diagnóstico da gravidez e rotina da 1^a consulta de pré-natal (97,9%); manejo da gestante com fator Rh negativo (93,7%); condutas diante do diagnóstico de gravidez (91,2%) e interpretação de exames laboratoriais e condutas (83,3%). Os assuntos com maiores índices de erro foram: Rastreamento do diabetes gestacional (70,7%); classificação de risco da gestante (50%); complicações do polidrâmio (34%) e rotina de solicitação de exames complementares no 1^o trimestre (32,4%). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante do exposto, verifica-se que o nível de conhecimento dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde do município de Sobral sobre a assistência pré-natal encontra-se razoável, embora existam bastantes variações entre os profissionais, requerendo uma maior padronização de suas condutas. Portanto, faz-se necessário a continuidade de ações de educação permanente voltadas para a assistência pré-natal como estratégia de qualificação profissional. Destaca-se como limitação o método avaliativo utilizado, objetivo e quantitativo, requerendo a incorporação também da vertente qualitativa no processo com foco no desenvolvimento de habilidades e atitudes.

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ACADÊMICOS SOBRE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO BÁSICA EM URGÊNCIA

Fernanda Barreto Negreiros, Mariana Morena Souza Araujo, Alaíne Nicácio Rosa, Daniela Machado Pereira, Célia Maria Sales Vieira, Maria Tereza Brito Mariotti Santana

Palavras-chave: Acolhimento, Risco, Urgência, Humanização, Enfermagem

O acolhimento e avaliação com classificação de risco (AACR) é uma tecnologia proposta pela Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (PNH/SUS) para garantir a saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado. Tem como objetivo identificar as características sociodemográficas dos participantes do ciclo de palestras. Trata-se de um estudo de corte transversal. Ocorreu no período de março a junho de 2013, tendo como público alvo os estudantes e trabalhadores de saúde. Realizados 03 ciclos com um público de 140 pessoas. Constituiu a amostra por conveniência, os que preencheram o cadastro em assinaram o termo de consentimento livre esclarecido. A característica sociodemográficas da amostra de 104 pessoas possui a idade média de 29 anos, o sexo mais prevalente 93 (89,4) foi feminino. Predominou a frequência de estudante 22 (21,4%), seguido de enfermeiros com 18 (17,4%), técnico em enfermagem 18 (17,7%). A maioria da amostra sabe ler e escrever de 89 (85,6%) e 15 (14,4%) não responderam. O programa de extensão universitária possibilitou a difusão da PNH/SUS/AACR para além dos muros da academia e dos serviços de saúde. Destacou o conceito de humanização do SUS e o entendimento deste como um sistema constitucional, para garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado. A maior procura

pelo conhecimento da tecnologia foram os estudantes. Recomenda-se a inserção dessa temática nos currículos de graduação e que seja oferecida pelos serviços de saúde de urgência, uma educação permanente para os profissionais de enfermagem.

CONHECIMENTOS DE ADOLESCENTES SOBRE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: UM INSTRUMENTO PARA PREVENÇÃO

Thais Ferreira Barreto, Marcilene Batista Costa, Gabriele Pedroso Vasconcelos, Melina de Figueiredo Miranda, Veridiana Barreto do Nascimento

Palavras-chave: Adolescência, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Prevenção

APRESENTAÇÃO: As Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST e AIDS estão entre os maiores problemas de saúde pública no Brasil, trazendo sérias conseqüências para o indivíduo e a sociedade. Apesar de avanços na prevenção entre muitos grupos, os adolescentes continuam sendo mais vulneráveis a essas patologias. O número de jovens infectados continua a crescer, especialmente entre os com o poder aquisitivo mais baixo. Muitos jovens não têm o devido conhecimento do risco de contaminação que estão suscetíveis quando ocorrem à relação sexual sem a devida proteção. As DST é a designação pela qual é conhecida uma categoria de patologias antigamente conhecidas como doenças venéreas. São doenças infecciosas que se transmitem essencialmente pelo contato sexual. O uso de preservativo é considerado a medida mais eficiente para prevenção. OBJETIVO: Identificar o conhecimento dos adolescentes referente às DST/AIDS. DESENVOLVIMENTO: Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa realizado com adolescentes na faixa etária de 10 a 15 anos,

estudantes da Escola Municipal de Ensino Fundamental Francisco Artur Calazans na Cidade de Mojuí dos Campos, no Oeste do Pará. Para alcance do objetivo proposto no estudo foi aplicado um questionário com questões fechadas. Efetuou-se após a aplicação do instrumento de pesquisa uma atividade de educação em saúde sobre o tema. RESULTADOS: O universo amostral da pesquisa foi composto por 33 adolescentes. No referente ao conhecimento sobre a prevenção adequada para as DST/aids os resultados demonstraram que 52% dos alunos do sexo masculino e 48% do sexo feminino não possuem conhecimento suficiente para a prevenção, o que pode ser prejudicial a estes adolescentes. No contexto de aquisição do meio de prevenção adequado (preservativo masculino e feminino), 100% dos pesquisados sabem onde adquiri-lo. Constatou-se também que a maioria dos adolescentes já receberam algum tipo de informação sobre DST/aids, apontando 36% do sexo masculino e 64% do sexo feminino. Essas informações foram repassadas por outros adolescentes, pelos professores e equipe de acadêmicos de universidades. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Para o Ministério da Saúde a prevenção das DST/HIV/AIDS é uma estratégia básica para o controle da transmissão das DST e do HIV, esta se dará por meio da constante informação para a população geral e das atividades educativas que priorizem: a percepção de risco, as mudanças no comportamento sexual e a promoção e adoção de medidas preventivas com ênfase na utilização adequada do preservativo. A orientação sexual dos adolescentes no que diz respeito a prevenção das DST/aids é fundamental para que se tornem menos vulneráveis a contrair estas patologias no decorrer desse período da sua vida. Os adolescentes fazem parte de uma população susceptível à contaminação por DSTs pela transição da idade, por falta de compromisso com sua

própria saúde e insuficiência de informações sobre a temática. A enfermagem tem papel fundamental no controle e prevenção das DSTs, onde o enfermeiro deve trabalhar rotineiramente fazendo ações educativas nos ambientes onde os adolescentes estão inseridos.

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGENS COMPARTILHADAS

Maira Gabriela Perego, Nildo Alves Batista

Palavras-chave: Educação em Saúde, Avaliação Educacional, Aprendizagem, Educação de Pós-Graduação

Introdução: A educação interprofissional (EIP) ocorre quando dois ou mais profissionais de saúde aprendem sobre, com e entre si, de forma a permitir a colaboração entre os membros da equipe e proporcionar melhores resultados em saúde. Experiência de EIP, embora ainda pouco usuais no nosso meio, ocorre em alguns projetos pedagógicos de graduação em saúde, em projetos como pró e Pet Saúde e nas Residências Multiprofissionais em Saúde. No Brasil, não dispomos de instrumentos, construídos e validados, para avaliar estes contextos de aprendizagens compartilhadas. Objetivo: Apresentar a construção e validação de um instrumento de avaliação atitudinal de aprendizagens compartilhadas e o desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS). Metodologia: Para atingir o objetivo foi construída, aplicada e posteriormente validada por metodologia estatística, uma escala atitudinal, tipo Likert, com quatro opções de respostas que variavam de concordo totalmente a discordo totalmente. O processo de construção e

validação incluiu a validação quanto ao conteúdo, pelo cálculo do coeficiente de correlação linear (r) e a confiabilidade do instrumento por meio da fórmula de Spearman-Brown. A escala foi aplicada aos egressos do PRMAS dos anos de 2010, 2011 e 2012, assim como aos preceptores e tutores do programa, totalizando 62 participantes. A concordância plena foi pontuada em 4 pontos e discordância plena em 1 ponto, refletindo a percepção e compreensão dos respondentes nas asserções propostas. Resultados: Os resultados apontam uma escala atitudinal com 95,24% de asserções validadas (apenas uma perda), sendo que o aceitável para critério de validação seria uma não validação de 30% a 40% das mesmas. O teste de confiabilidade foi de 93%, mostrando que o instrumento de pesquisa foi bem concebido e com densidade estatística. A escala atitudinal tipo Likert, foi composta de 3 dimensões, com 21 asserções, sendo que as dimensões investigadas foram: Aprendizagens Compartilhadas na Residência Multiprofissional, Formação para o Trabalho em Equipe e Desenvolvimento de competências para Práticas Colaborativas. Ressalta-se nos dados apresentados pelo processo de validação da escala atitudinal proposta, a qualidade da validação de conteúdo, com asserções construídas de forma clara e objetiva, proporcionando uma percepção bastante consistente entre os respondentes, bem como a confiabilidade do instrumento com resultados bastante satisfatórios. Considerações Finais. A construção e validação de escalas atitudinais é um processo complexo, demandando, muitas vezes, pesquisas complementares para aperfeiçoar os instrumentos propostos. Esperamos que a escala atitudinal validada estatisticamente possa representar um avanço diante da escassez de instrumentos de avaliação da educação interprofissional, aprendizagens compartilhadas e práticas colaborativas disponíveis nacionalmente.

Por outro lado, contribui, por meio da avaliação, para subsidiar a melhora contínua dos processos formativos na Residência Multiprofissional e outros contextos que tenham como princípios a educação interprofissional.

CONSTRUINDO COMPETÊNCIAS A PARTIR DA PRÁTICA DA PRECEPTORIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Fabiana Silva Marins, Geilsa Soraia Cavalcanti Valente, Ludimila Cuzatis Gonçalves, Louise Anne Reis da Paixão, Erivelto Soares de Medeiros

Palavras-chave: Preceptoría, Formação, Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO: Este trabalho é um recorte da dissertação do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde da Escola de Enfermagem da UFF. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva com abordagem qualitativa e análise segundo perspectiva dialética. O presente traz à discussão as competências necessárias para o exercício efetivo da preceptoría no SUS. Atenção Básica a Saúde (ABS) é considerada como reorganizadora das práticas individuais e coletivas, e reorientadora do Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo a garantia da integralidade em suas dimensões de abrangência e coordenação. Estas reformulações trouxeram às instituições de ensino em saúde novos desafios, pois a formação de profissionais de saúde com as competências para prestação de cuidados básicos deve se iniciar na graduação, considerando a ABS não apenas um campo de práticas, mas também um corpo de conhecimentos que exige abordagens interdisciplinar e pedagógica inteiramente novas. Ao assumir as múltiplas tarefas relacionadas aos seus princípios do SUS, caberá ao profissional formado sob

tais expectativas a assistência de forma personalizada e continuada a indivíduos e famílias em seu contexto comunitário e territorial. OBJETIVOS: Descrever as atividades do enfermeiro preceptor, da atenção básica, na formação de graduandos de Enfermagem; identificar as competências que o enfermeiro necessita desenvolver para atuar na formação de graduandos; analisar possíveis estratégias para o desenvolvimento das competências identificadas e elaborar uma tecnologia educacional sobre competências e estratégias didático-pedagógicas. MÉTODO: Apresentar o estudo de campo realizado através de entrevista semi-estruturada com onze enfermeiros preceptores em unidades de Atenção Básica no município do Rio de Janeiro. As bases conceituais do Estudo foram as competências para o educador elencadas por Perrenoud e a Reflexão na ação discutida por Schön. Os dados foram analisados norteados pelo ciclo da reflexividade proposto por Valente (2009). RESULTADOS: Emergiram duas unidades temáticas: O papel do Enfermeiro Preceptor na formação do graduando: evidenciando seu papel e O desafio da Preceptoría na Atenção Básica: competências e estratégias demandadas dessa prática. CONCLUSÃO: Os achados apontaram para a necessidade do desenvolvimento de competências pelo preceptor relacionadas à falta de proatividade sobre sua própria formação e para deficiência no planejamento do processo ensino-aprendizagem advinda da falta de capacitação específica para o exercício da preceptoría, com evidências de que quanto mais capacitado o preceptor é mais sensível se mostra ao importante papel a ser desenvolvido na formação para o SUS. Para que o profissional, que exerce preceptoría, desenvolva ou aprimore competências e possa contribuir para formação de profissionais com esta capacidade, se faz necessário um esforço

conjunto de todos os atores envolvidos neste processo no sentido de construir espaços e/ou instrumentos de discussão permanente desta prática. Acreditamos que este estudo tem potencial para estimular discussões sobre os vários aspectos que envolvem a preceptoria e, por conseguinte, outras pesquisas sobre os diferentes prismas desta temática, deixando uma contribuição para a renovação/transformação da mesma.

CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE CEGONHA

Fernanda Lima e Silva, Cleusa Alves Martins, Karine Anusca Martins, Alessandra Nogueira de Sousa Santos, Camila Isabel Nascimento Corrêa, Jéssica de Oliveira Gomes Silva

Palavras-chave: educação permanente, rede cegonha, valorização profissional

INTRODUÇÃO: O conceito de Educação Permanente adotado no Brasil é o mesmo idealizado pela OPAS, de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Assim, a educação permanente estaria centrada na resolução de problemas, e busca envolver a equipe multiprofissional. Por outro lado, tem-se a Rede Cegonha, que está incluída na gama de políticas públicas de saúde que visam a assistência à mulher no período gravídico puerperal de forma integral e humanizada, contemplando a atenção à mulher desde o pré-natal, passando pelo parto, puerpério, até os dois anos de idade da criança. Desse modo, o estudo se justifica pela necessidade de se conhecer a percepção dos enfermeiros acerca da educação permanente no contexto da

Rede Cegonha, de modo a tornar realidade esta prática nas instituições. **OBJETIVOS:** Descrever a contribuição da educação permanente para a implementação da Rede Cegonha. **MÉTODOS:** Pesquisa exploratório-descritiva, com metodologia qualitativa, tendo como cenário do estudo duas maternidades públicas de Goiânia-Goiás que trabalham na perspectiva da IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que tem como premissa a implementação da Rede Cegonha. Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros que atuam nestas unidades. **RESULTADOS:** Trata-se de resultados parciais da pesquisa Obteve-se a categoria: o fortalecimento do papel do enfermeiro na assistência ao parto humanizado – contribuição da educação permanente. Percebeu-se que, quando questionados acerca da importância da educação permanente no contexto da Rede Cegonha, ficou evidente que a educação permanente possibilita a construção contínua do profissional enquanto pessoa, dos seus conhecimentos e aptidões, do seu discernimento e senso crítico em sua atuação; de modo que contribui para o autoconhecimento do profissional e do seu papel social enquanto agente de saúde. Além disso, percebeu-se que a educação permanente promove a valorização do profissional, assim como a autonomia em realizar intervenções de diversas naturezas de sua competência. Os resultados aqui apresentados, já sugerem a educação permanente confirmando a importância do papel do enfermeiro na assistência ao parto humanizado, ponto relevante preconizado pela Rede Cegonha. **CONCLUSÕES:** Assim, infere-se que a percepção dos enfermeiros entrevistados condiz com os achados na literatura, de modo que os profissionais têm conhecimento da importância fundamental da Educação Permanente para o sucesso do programa Rede Cegonha.

CRIAÇÃO DE MECANISMOS DE AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Bruna Nubile Maynart Lemos, Rosilda Mendes, Luiza Maria Escardovelli de Alcântara, Janaína Traversim Gomes de Lima, Mayara Lima

Palavras-chave: ensino, saúde coletiva, avaliação, trabalho em saúde

APRESENTAÇÃO: Este trabalho apresenta os resultados de um Projeto de Ensino que buscou criar mecanismos de avaliação do processo de formação dos alunos do Eixo Trabalho em Saúde de seis cursos de graduação do Campus Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo. A estrutura curricular desses cursos está organizada em quatro eixos. O eixo Prática Específica em Saúde é direcionado aos estudantes de cada área profissional. Os demais eixos - O Ser Humano e sua dimensão Biológica, o Ser Humano em sua Inserção Social e Trabalho em Saúde incorporam alunos dos vários cursos em uma perspectiva interdisciplinar. O Eixo do Trabalho em Saúde (TS), comum a todos os cursos, tem como diretriz geral possibilitar uma visão abrangente do processo saúde/doença/cuidado e uma formação voltada à atenção integral. **METODOLOGIA:** A fim de contribuir para o aprimoramento do Eixo TS, foi proposto um desenho metodológico avaliativo participativo de modo a captar todos os aspectos da iniciativa de formação e, sobretudo contribuir para o fortalecimento dos envolvidos com a política formativa. Esse desenho privilegiou o registro das percepções e de experiências visando dar potência aos seus aspectos positivos e solucionar problemas não previstos no planejamento procurando contribuir para que o caminho a ser percorrido qualificasse o processo de formação e pudesse envolver de

forma orgânica os interessados na avaliação. De 2011 a 2013 foram desenvolvidas várias atividades, dentre elas a constituição de um Grupo de Trabalho de Avaliação que contou com a participação de docentes e monitores do Eixo. Os mecanismos de avaliação propostos foram aplicados na análise de desenvolvimento de dois Módulos do Eixo sendo que os resultados apontaram vários aspectos de melhoria da prática futura e reposicionamentos em relação ao processo avaliativo. **RESULTADOS:** Os resultados foram discutidos em diversos espaços de planejamento com os docentes do Eixo TS. Considera-se que a avaliação participativa no ensino é uma grande oportunidade para provocar as mudanças necessárias, indicando uma gama de temas que beneficiam as iniciativas de formação. A atuação em função dos resultados e da reflexão deve dar suporte ao planejamento em curso, à execução, e às modificações na tentativa de alcançar uma melhoria das ações educativas empreendidas. O momento da reflexão conjunta criou um espaço integrador e apresentou ao grupo o desafio e a oportunidade de repensar o que fazer para gerar capacidades, conhecimentos e reorientar a iniciativa educativa.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PREVENÇÃO DE ACIDENTES EM CENTROS DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Larissa Cauz Rinaldi, Sidlainy Nascimento Silva, Hellen Sampaio Martins, Margareth Soares Dalla Giacomassa

INTRODUÇÃO: A Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul-UEMS, tem suas bases no ensino, pesquisa e extensão. Esse resumo é um recorte do projeto de extensão: Práticas diárias em cuidados e educação nos centros de educação infantil de Dourados/MS. Que está em andamento com caráter

de continuidade para abranger os centros de educação infantil (CEIs) do município. O curso de Enfermagem na formação do aluno preconiza a educação em saúde em diversas áreas, e a criança faz parte desse universo de atuação. Os CEIs atuam na atenção integral com crianças observando a indissociabilidade entre cuidar e educar. No período em que a criança está frequentando o CEI ela necessita de apoio pedagógico e cuidados que possibilita o processo de independência, desenvolvendo habilidades e competências no auto cuidado em saúde, ampliando junto aos educadores mudanças comportamentais relativas a saúde das crianças e seu cuidado pessoal. Na faixa etária atendida nos CEIs, de até cinco anos ocorre à exploração e curiosidade em relação ao ambiente isso acontece à medida que a criança adquire habilidades locomotoras. Em alguns casos essas curiosidades em excesso podem colocá-las em situações de risco como: queda, engasgos, asfixia, bronco aspiração de alimentos sólidos, afogamento e queimadura. Justificativa: Essa temática de oficina teórico-prática justifica-se em ações de educação em saúde ressaltando a prevenção de acidentes e promoção da saúde. Pretende-se demonstrar e inserir a prática em atendimento de urgência e emergência com os profissionais atuantes na educação e instigá-los a garantir a segurança das crianças dentro dos CEIs. Objetivo: Orientar a equipe multiprofissional sobre atendimento de primeiros socorros em situações de risco nos CEIs. Ensinar as manobra de Heimlich adulto, criança e com bebês, Chin Lift e JawThrust. METODOLOGIA: Esse projeto de extensão esta em andamento é desenvolvido sob a forma de oficinas integrativas teóricas práticas nas questões pertinentes de educação em saúde com educadores e equipe multiprofissional dos CEIs. As temáticas são direcionadas em cuidados específicos, citando a importância e necessidade da prevenção dos possíveis

acidentes infantis. A capacitação em atendimento pré-hospitalar nas urgências e emergências que podem acontecer nos CEIs. Entretanto, são atendidas outras temáticas desenvolvidas e também por meio da solicitação e necessidade apresentada pelos educadores, equipe e coordenação dos CEIs e secretaria de educação municipal podem ser acrescentados novas temáticas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Esse projeto deverá ser ampliado até abranger a totalidade dos CEIs do município. Destaca-se a integração entre participantes e acadêmicos, desenvolvendo laços de confiança, credibilidade e afetividade em parceria na resolução dos problemas apresentados, proporcionando aos acadêmicos, conhecimento, experiência em educação em saúde, desenvolvendo habilidades, competências, contribuindo para formação em quanto profissionais da saúde. Esperamos mudanças no fazer diário com as crianças dos CEIs, com isso mudar a qualidade de atendimento as crianças.

CURSO TÉCNICO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DO CURSO E DO PERFIL DE ESTUDANTES

Márcia Fernanda de Mélo Mendes, Ademilde Irene Petzold Prado, Rosângela Pavlack Cardoso, André Phylippe Dantas Barros, Aline Blaya Martins, Maurício Fernando Nunes Teixeira, Renata Pekelman, Vânia Roseli Correa de Mello

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde, Educação Permanente, Formação Técnica em Saúde

Este trabalho tem por objetivo analisar o Curso Técnico de Agentes Comunitários de Saúde (CTACS) oferecidos pelo Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia (IFRS) – campus Alvorada e Escola do Grupo

Hospitalar Conceição (Escola GHC) em pareceria com os municípios de Alvorada e Novo Hamburgo. O Curso é destinado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dos dois municípios que tenham nível médio completo. O curso é proposto no horário de trabalho dos ACS e de forma que relacione a prática desta categoria aos conteúdos teóricos, seguindo os pressupostos da educação permanente em saúde. Para análise do curso, utilizamos três aspectos: a avaliação do perfil dos alunos, a avaliação dos conteúdos e avaliação de processo do curso a partir dos alunos e profissionais envolvidos na formação dos ACS. Como resultados verificamos que menos de 50% dos ACS se candidataram ao CTACS tanto em Alvorada quanto em Novo Hamburgo. Dos alunos que ingressaram no CTACS verificamos quem 93% dos estudantes são mulheres, 74% estão na faixa etária de 31 - 50 anos, 86% solicitaram auxílio estudantil, destes 4% possuem nível superior, 14% possuem formação técnica. Em relação a moradia, a maior parte mora em casa própria, sendo 18% em casa cedida, 4% em área verde. Também foi verificado que 9% tem algum membro da família que receba algum benefício de Programa Social e 71% é egresso de escola pública, destes 24% são foram alunos de educação de jovens e adultos (EJA). Em relação a avaliação do conteúdo foi realizada através da realização de pré-teste, um questionário aplicado no início do conteúdo, sendo uma questão por conteúdo a ser trabalhado. No final do semestre se reaplica as questões para comparar os resultados. O primeiro pré-teste foi composto de 12 questões e como resultado tivemos que em 2 questões mais de 85% dos estudantes acertaram, quatro questões tiveram mais de 70% de erros e as restantes tiveram entre 42% e 62% de erros. Estes dados são preliminares, no entanto, já apontam a importância da formação técnica dos ACS e acompanhamento avaliativo do curso.

DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLO CLÍNICO PARA ATENDIMENTO À INFERTILIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Andreza Alves Dias, Escolástica Rejane Ferreira Moura, Llidiane Nogueira Rebouças

Palavras-chave: Infertilidade, protocolos clínicos, atenção primária à saúde

APRESENTAÇÃO: Infertilidade é definida como incapacidade do casal em alcançar concepção após um ano de relações sexuais (pelo menos duas vezes por semana) sem o uso de métodos anticoncepcionais. Na Atenção Básica à Saúde (ABS), constata-se demanda de pessoas com queixas de infertilidade, porém os profissionais de saúde que atuam nesse nível da atenção, em geral, apresentam baixo conhecimento para realizarem o manejo dessa clientela. Sabendo-se que protocolos são ferramentas que padronizam o cuidado e favorecem a qualidade das ações, objetivou-se desenvolver um protocolo clínico para a assistência de Enfermagem à infertilidade na ABS e avaliar a qualidade deste. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Pesquisa de desenvolvimento ou tecnológica, desenvolvida de janeiro de 2013 a março de 2015, em 10 etapas. A definição do conteúdo foi obtida através da técnica de brainstorming, da qual participaram enfermeiros assistenciais, docentes e usuários de serviços de planejamento familiar. Para fundamentar o conteúdo, foram realizadas revisões integrativas e a classificação das evidências científicas seguiu o Oxford Centre for Based Medicine. A criação de ilustrações e diagramação do material foi realizada por designer. A avaliação da qualidade do protocolo foi realizada por sete juízes, utilizando-se do instrumento Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE II). Este apresenta 23 itens distribuídos

em seis domínios, incluindo, ainda, uma avaliação global. As pontuações atribuídas pelos juízes foram calculadas e analisadas à luz do AGREE II e apresentadas em tabelas e gráficos. Calculou-se o Coeficiente de Variação de Pearson (CVP) por domínios e a média por itens do AGREE II. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme parecer nº 544.069/2014. RESULTADOS: Os juízes apresentaram tempo médio de formação de 15 e 14 anos, tendo todos os juízes experiências na área de planejamento familiar (anticoncepção) e cinco referiram experiência também na área de planejamento familiar voltada à concepção. Quanto à avaliação da qualidade do protocolo, o domínio 6 (independência editorial) recebeu maior pontuação dos juízes (98,8%), mantendo-se também maior ou igual a 90,0% os domínios 1 (escopo e finalidade) e 4 (clareza da apresentação). O domínio 3 (rigor do desenvolvimento) atingiu percentual de qualidade de 89,3%, e o 2 (envolvimento das partes interessadas), 83,3%. O menor percentual recaiu no domínio 5 (aplicabilidade) com 79,2%, devido, principalmente, ao item 21, que avalia a existência de critérios para o monitoramento e/ou auditoria do protocolo. A análise do CVP demonstrou maior grau de dispersão dos percentuais de avaliação no domínio 5 (16,5%), devido à maior variação das pontuações atribuídas. Na avaliação global, seis juízes atribuíram pontuação 7 “qualidade mais alta possível” e, apenas um, pontuação 6, atingindo 97,6%. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Nenhum juiz fez oposição a recomendar o uso do protocolo. Sugere-se que pesquisas futuras possam realizar o monitoramento e/ou auditoria da implementação deste protocolo clínico.

DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DE PREMATUROS

Elisa Beatriz Braga Dell’Orto Van Eyken, Cristiane Souza Nascimento Baez Garcia, Beatriz Cantanhede Carrapatoso Souza, Poliana Loureiro Navarro de Andrade, Stephanie Mesquita Berto, Tayomara Silva de Menezes, Thais Villar Figueira da Silva, Tuilla de Oliveira Rodrigues

Palavras-chave: prematuro, família, desenvolvimento infantil

Esse trabalho diz respeito às experiências relativas aos encontros com crianças pré-termo e suas famílias, durante o projeto de iniciação científica denominado desenvolvimento neuropsicomotor de prematuros, no período de outubro de 2014 a setembro de 2015. Esse projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa, parecer nº 782.809/2014. Os objetivos foram aproximar estudantes de fisioterapia de bebês prematuros e suas famílias, conhecer os anseios familiares sobre desenvolvimento motor, avaliar o desenvolvimento motor dos bebês, conhecer as oportunidades oferecidas pelo domicílio para esse desenvolvimento, estimular a aquisição motora e orientar estímulos lúdicos domiciliares. Foram realizados encontros semanais ou quinzenais com famílias de oito bebês com até 18 meses. Os convites foram entregues nas unidades de saúde da comunidade pelos profissionais do serviço. As oportunidades do domicílio foram determinadas pelo *Affordance in the Home Environment for Motor Development – InfantScale*. O desenvolvimento motor foi avaliado pelo Teste da Performance Motora (TIMP) e pela Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS). Todos os bebês apresentavam desenvolvimento motor suspeito, de acordo com os instrumentos de avaliação, foram

estimulados de acordo com as necessidades apresentadas. Os domicílios variaram entre alta, média e baixa oportunidade para o desenvolvimento motor e orientações foram fornecidas às famílias. Os encontros permitiram nos aproximar das mães e conhecer as dificuldades e os anseios delas, as oportunidades para o desenvolvimento presentes nos domicílios e desenvolvimento motor dos bebês. No entanto, a participação apenas de mães, sem a presença dos pais, pode diminuir a possibilidade de oferta de estímulos no domicílio. Entretanto, o vínculo com o grupo se mostrou forte, pois as orientações personalizadas foram seguidas e se mostraram benéficas para o desenvolvimento dos bebês. Apenas uma criança abandonou os encontros. Esse projeto continua acontecendo e cada criança será estimulada até os dois anos de idade corrigida. Após esse período, criança e família serão acompanhadas semestralmente até o final do sexto ano de vida. Dessa forma, qualquer mudança no desenvolvimento neuropsicomotor de susteio para atípico será prontamente detectada. Espera-se que essa ação possa prevenir ou minimizar as alterações de coordenação motora e equilíbrio comuns nos prematuros na idade pré-escolar.

DESIGUALDADE DE GÊNERO E VIOLÊNCIA CONJUGAL: AÇÃO EDUCATIVA PARA REFLEXÃO

Josinete Gonçalves dos Santos Lírio, Nadirlene Pereira Gomes, Moniky Araújo da Cruz, Luciano Pimentel Bressy, Jordana Brock Carneiro, Thaysy Andrade Silva Bispo, Nildete Pereira Gomes, Luana Moura Campos

Palavras-chave: Violência de gênero, Violência baseada em gênero, Profissionais da saúde, Enfermagem

INTRODUÇÃO: A violência conjugal, que traz danos para vida e saúde de todos que a vivenciam, está enraizada na desigualdade de gênero. Esta é socialmente construída e compartilhada, de modo que homens e mulheres naturalizam o poder masculino e a subserviência feminina. OBJETIVO: Divulgar uma ação educativa sobre a desigualdade de gênero e violência conjugal. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Trata-se de uma ação de intervenção vinculada ao projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), intitulado “Reeducação de homens e mulheres envolvidos em processo criminal: estratégia de enfrentamento da violência conjugal”. A intervenção foi realizada com mulheres que se encontram em processo junto à 1^a Vara de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher de Salvador, Bahia, Brasil. RESULTADOS: A ação educativa permitiu às mulheres pontuarem atividades do cotidiano pautadas nas desigualdades de gênero, como por exemplo, os afazeres domésticos e a submissão tidos como inerentes ao feminino e o trabalho remunerado e a coragem, ao masculino. Para as mulheres, a experiência promoveu espaço para desconstrução dos papéis de mulheres e homens e possibilitou discussões sobre a relação desses com a vivência de violência conjugal. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A reflexão a partir da categoria gênero favoreceu o entendimento de que as características e atributos associado a cada gênero são socialmente ensinadas podendo, portanto, serem desconstruídos em direção a simetria na relação entre homens e mulheres. Os profissionais de saúde estão em posição de destaque para viabilizarem espaços reflexivos, com a ótica de gênero, para prevenção e enfrentamento da violência conjugal.

DIAGNÓSTICO ACERCA DO USO DE DROGAS LICITAS E ILÍCITAS ENTRE ALUNOS DO ENSINO MÉDIO DE ESCOLAS ESTADUAIS EM UMA REGIÃO DE FRONTEIRA NO ESTADO DE MATO GROSSO

Mayra Aparecida Cortes, Fabiana Aparecida da Silva, Ewerton Mantesso Coimbra, Naiade de Paiva Soares, Klenisson Brenner de Souza Jardim, Katiele Dalla Vécchia Pereira

Palavras-chave: Medicina, Drogas, Escola, Questionário

INTRODUÇÃO: O ambiente escolar é um espaço propício para a promoção da saúde reduzindo a vulnerabilidade entre escolares. A inserção dos acadêmicos do curso de medicina junto à comunidade externa é relevante na formação médica humanística. **OBJETIVO:** Realizar um diagnóstico acerca do uso de drogas entre alunos de ensino médio para direcionar as intervenções extensionistas. **METODOLOGIA:** Acadêmicos de medicina integrantes do projeto de extensão “Desmistificando meu corpo: nas interfaces da educação em Saúde”, realizaram uma pesquisa sobre o uso de drogas em cinco escolas estaduais da periferia da cidade de Cáceres - MT, durante o primeiro semestre de 2015 com 240 alunos, idade média de 17 anos. Após explanação da pesquisa para os escolares e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme parecer do CEP nº 1.082.083, a equipe retornou às salas de aula para a aplicação do questionário ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). **RESULTADOS:** A adesão à pesquisa foi de 33,3% do número total de alunos, uma vez que os demais alunos não retornaram com o TCLE assinado pelos pais ou responsáveis. Destes 33,3% que aceitaram participar da pesquisa, apenas 46,25% responderam adequadamente o questionário. Trata-

se de um tema de difícil abordagem, principalmente pelo fato de envolver adolescentes residentes em uma região de fronteira (Brasil – Bolívia). Percebeu-se a tendência de não exposição ou omissão de informações sobre os hábitos pesquisados, por medo ou receio de investigações policiais além da desconfiança sobre o preenchimento do questionário, vendo-o como uma forma de denúncia. **CONCLUSÃO:** Novas metodologias e formas de abordagem para averiguação de exposição a fatores de riscos devem ser repensadas para que se obtenha o êxito nesse processo de investigação, o qual permeia ações intervencionistas voltadas para a prevenção e recuperação desses adolescentes em um contexto escolar e familiar.

DIAGNÓSTICO DE VULVOVAGINITES PELA BACTERIOSCOPIA DE SECREÇÃO VAGINAL E COLORAÇÃO DE GRAM, EM GESTANTES QUE REALIZAM PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Joaquim Dias da Mota Longo, Cristina Barbosa dos Santos de Freitas, Elenir Rose Jardim Cury, Sandra Lucia Arantes, Marcelo Lourenço Mortari Alves, Yoshiaki Marques Moriyama

Palavras-chave: Bacterioscopia, Vulvovaginites, Pré-natal

INTRODUÇÃO: Em Mato Grosso do Sul, não é preconizado o exame de bacterioscopia (coloração de Gram) de secreção vaginal no atendimento à mulher, nas Unidades Básicas de Saúde. Os profissionais da saúde tratam as vulvovaginites mediante resultado do exame preventivo. Pesquisa realizada na cidade de Campo Grande/MS mostrou a efetividade da bacterioscopia na detecção de vulvovaginites em relação ao Papanicolau (95% para 50% respectivamente) (FREITAS, 2004). **OBJETIVOS:** Utilizar o método de

Gram em gestantes que realizam o pré-natal; associar a sintomatologia referida com achados laboratoriais; acompanhar pós-resultados da bacterioscopia e, tratamento, se inseridos, a fim de fornecer subsídios para uma futura inserção deste procedimento no serviço. **METODOLOGIA:** Estudo epidemiológico longitudinal, prospectivo e intervencional com 22 gestantes, atendidas em UBSFs de Campo Grande-MS. Os profissionais que atenderam essas gestantes foram treinados e houve a inclusão da bacterioscopia na rotina do preventivo e da análise clínica laboratorial. As variáveis de estudo foram colhidas a partir da anamnese, aspectos clínicos, exame físico (queixas, sintomas, diagnósticos e tratamentos), resultados do exame Papanicolau e da bacterioscopia e foram analisadas utilizando epidemiologia descritiva. Possíveis associações entre as variáveis foram verificadas com os testes Qui-quadrado, Qui-quadrado de tendência e teste exato de Fisher, ao nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** Do total de 22 gestantes, 45,5% estavam no primeiro trimestre da gestação com vida sexual ativa e 9,1% sem uso de preservativo. Idade média de 24 anos (± 6 anos). Achados: Colo alterado com ectopia e mácula rubra (59,1%), corrimento amarelado (45,5%). 31,8% foram submetidas a tratamento sintomático, com Metronidazol 2 g e Miconazol 2%, via vaginal. Após tratamento: ausência de leveduras ou *Trichomonas vaginalis*. Tempo entre coleta e resultado laboratorial: 19 dias. 13,6% receberam tratamento após a bacterioscopia, que identificou a presença de *Gardnerella vaginalis*, ainda que sem queixas ou alterações ao exame na consulta inicial. **CONCLUSÕES/CONSIDERAÇÕES:** O estudo concluiu que a inclusão do exame de bacterioscopia (coloração de Gram) alterou muito pouco a rotina clínica e laboratorial e trouxe inúmeros benefícios adicionais no diagnóstico precoce das vulvovaginites em

gestantes em comparação à prática somente da citologia oncológica. Também, propõe a inclusão do procedimento no Protocolo de Normatização de Assistência de Enfermagem nos Ciclos de Vida, da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande (MS), pois qualifica a assistência prestada ao pré-natal e propicia segurança e confiabilidade no tratamento prestado às gestantes.

DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO DE UMA COMUNIDADE EM RECIFE, PERNAMBUCO

Natália Maria Santana de Albuquerque, Izabella Karlla Lopes de Andrade, Jessika Lima Martins dos Santos Lima, Larissa Maria Barros da Rocha, Marina Alves da Silva, Priscila Renata do Nascimento Gomes Brito, Raphaela Delmondes do Nascimento

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Diagnóstico da Situação de Saúde, Enfermagem

Este estudo foi oriundo da imersão de acadêmicos de enfermagem da Universidade de Pernambuco nas atividades práticas de descrição da situação de saúde de um território vinculado a Estratégia Saúde da Família. Esta situação remete a compreensão da realidade e da dinâmica existente entre o território, suas famílias e indivíduos, sujeitos as influências de suas interações. Teve como objetivo realizar o diagnóstico da situação de saúde, analisar o território e sua organização social, identificar o tipo de morbidade predominante e promover ações educativas com o intuito de prevenir o adoecimento da população. O método utilizado na pesquisa é de caráter qualitativo e quantitativo, caracterizando um estudo transversal, o local de estudo foi na comunidade Córrego do José Grande no bairro do Alto José Bonifácio, localizado na zona norte da cidade do Recife, Pernambuco,

no período de março a junho de 2014. A coleta de dados se deu por meio das visitas domiciliares e entrevistas, utilizando-se a ficha A do SIAB, a elaboração do mapeamento da área, e posterior organização dos dados obtidos por meio de tabelas e gráficos no programa Microsoft Excel. Obteve-se as características de acesso, de seus equipamentos sociais, condições sanitárias e de moradia do local e após análise houve o reconhecimento da situação de saúde da população, assim como de suas respectivas morbidades predominantes (diabetes e hipertensão), além de ter sido promovida uma ação educativa para população voltada para a leptospirose e a dengue. Havendo a compreensão que a saúde dos moradores de um determinado território é produto de suas práticas sociais, sendo necessário realizar o diagnóstico da situação de saúde, através do qual se mostra como essas práticas interferem no processo saúde-doença, para que dessa forma, melhor se articule ações de promoção, prevenção e tratamento, construindo uma atenção primária que análise e intervenha nos problemas da população. Diante do processo vivenciado fica evidente a importância da Estratégia de Saúde da Família dentro de um território, contribuindo para a busca de uma saúde digna para os moradores. Na comunidade, os discentes tiveram seu primeiro contato com o processo de trabalho de uma Equipe de Saúde, sendo esta uma atividade enriquecedora, na qual aprendemos uns com os outros e com os profissionais da saúde envolvidos.

DISCUTINDO O INTERNATO NA ATENÇÃO BÁSICA PARA A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Vanessa Silva Farias, Heluana Cavalcante Rodrigues, Clarissa Maria Tomas Farias, Aristotenis Silva Farias

Palavras-chave: Formação do Enfermeiro, Internato, Atenção Básica

Esse é um estudo do tipo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, realizado em duas escolas de enfermagem no município de Sobral-CE. Teve por objetivo identificar as fragilidades do internato da Atenção Básica - AB na formação do profissional enfermeiro, a partir do levantamento das dificuldades apontadas pelos autores envolvidos nesse processo: enfermeiros atuantes na AB, docentes, preceptores e alunos. Os dados foram obtidos a partir da aplicação de uma entrevista semi-estruturada. Diante da análise dos dados, observamos que os sujeitos da pesquisa compreendem a importância dos preceptores da Instituição de Ensino Superior - IES na articulação entre a teoria e prática, ensino e serviço, direcionando o aluno para o desenvolvimento das competências de enfermagem, assim como também, enfatizam a importância dos mesmos durante o internato, colaborando na inserção dos alunos com a equipe da Estratégia de Saúde da Família - ESF e no apoio pedagógico para acompanhar o desenvolvimento do interno. Os internos demonstram insegurança quanto ao acompanhamento farmacológico dos tratamentos, requerendo maior aprofundamento teórico do tema na formação acadêmica. Os enfermeiros compreendem seu papel e potencial na formação dos alunos, no entanto se sentem desmotivados nesse processo, ressaltam a falta de capacitações e certificados de acompanhamento dos internos. A necessidade de encontros sistemáticos foi sugerida, para a promoção da comunicação mais efetiva entre todos que fazem o internato, ressaltam-se que estes encontros são vetores necessários para repensar o processo e discutir as necessidades de ensino-aprendizagem, considerando as

potencialidades e fragilidades que impactam na formação do aluno. O conjunto de dificuldades sugere que a prática pedagógica, nos serviços do SUS, pressupõe o encontro de diferentes atores (gestores, profissionais, população, docentes, discentes) para que a proposta seja construída coletivamente, a fim de atender diferentes necessidades e demandas da academia e serviço. Quando a interação entre os envolvidos acontece, ela é positiva para o aprimoramento do processo do internato de enfermagem, constituindo-se com relações dialógicas, enriquecidas pelas experiências e opiniões dos internos, docentes, preceptores do serviço e das IES. O planejamento e avaliação do internato de enfermagem na AB são momentos potenciais para a concretização dessa interação. Os encontros de planejamento e avaliação entre as IES e a Secretaria Municipal de Saúde - SMS têm como objetivo contribuir para o fortalecimento da Integração Ensino-Serviço. Com o envolvimento de representantes das IES, da SMS e da comunidade os debates fornecem subsídios para operacionalização das mudanças necessárias, contribuindo para transformar a organização dos serviços e os processos formativos. Nesse contexto, entendemos que a dedicação do enfermeiro para o resultado da formação em serviço é importante, pois o desenvolvimento do internato de enfermagem na AB pode interferir positivamente ou negativamente a depender de como ele ocorreu, o que implicará na escolha da área a qual o aluno decidirá exercer a sua profissão, dessa forma investir na formação dos docentes e preceptores para a sua preparação e emancipação profissional o tornará mais crítico e reflexivo, contemplando um estilo de ensino pautado na aprendizagem significativa.

DOCE ALEGRIA NA COMUNIDADE NA ÁREA HOSPITALAR

Greice Heck, Lucas Assini, Silvana Scheidemantel Schroeder, Cláudia Regina Lima Duarte Silva

Palavras-chave: Educação em saúde, Hábitos alimentares, Adolescente

Trata-se de um projeto de extensão que desenvolve atividades de educação em saúde à crianças e adolescentes internados, com ênfase na condição crônica do diabetes e obesidade, porém como a prevalência de internações com estas doenças é mínima, o projeto amplia para as demais condições de saúde. O cenário de prática deste projeto está localizado no Hospital Santo Antônio, no município de Blumenau (SC) na ala de pediatria. Ocorrem encontros semanais com duração média de 1h e 30m. São desenvolvidas por dois acadêmicos de enfermagem, sob orientação de uma professora enfermeira. As crianças são selecionadas de acordo com dois critérios: o quadro clínico (se há condições físicas de participar da atividade) e a sua idade (a partir da idade escolar), observando se estão aptas a participarem das atividades. Os acompanhantes das crianças e adolescentes são juntamente convidados a participar. As atividades ocorrem na brinquedoteca do setor. Inicialmente os jovens e os pais são orientados à respeito da alimentação saudável, sendo usada a pirâmide alimentar para fundamentar a explicação. Para complementar a orientação, as crianças e adolescentes realizam atividades lúdicas direcionadas referentes ao conteúdo abordado, sendo estas, com massinha de modelar, desenhos para colorir ou colagens. As atividades são fotografadas. Como método de avaliação utilizou-se uma folha com " Emoticons", onde a criança deve assinalar a qual se identifica com relação a atividade. Após, os

responsáveis legais assinam um termo de consentimento livre e esclarecido para o uso de imagem e demais dados. Considerando que o projeto continua em andamento, este trabalho apresenta apenas um resultado parcial. O início das atividades foi em abril de 2015. Até o momento já houve 14 reuniões nas quais foram atendidas 29 crianças e adolescentes com idade entre 3 e 14 anos. Percebeu-se que a interação com as crianças e adolescentes estimula a discussão sobre hábitos alimentares saudáveis; que existe uma diversidade de crenças e desconhecimento a respeito da alimentação; destaca-se ainda a importância da discussão sobre as diferentes dietas e o interesse das crianças e adolescentes em participar de atividades, mesmo estando em situação de fragilidade de saúde e em hospitalar.

DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NO BRASIL

Kênia Lara Silva, Roseni Rosângela de Sena, Fernanda Lopes de Araújo, Fernanda Batista Oliveira Santos, Izabela Thais Magalhães Neto

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Educação Baseada em Competências, Enfermagem

Apresentação: Este estudo aborda domínios de competências para a promoção da saúde definidos em consensos internacionais: comunicação; liderança; catalisação de mudanças; parceria; advocacia em saúde e planejamento, avaliação e pesquisa. Acredita-se que esses devem ser norteadores do ensino em promoção da saúde. O objetivo do estudo é analisar domínios de competências em promoção da saúde

desenvolvidos em cursos de graduação em enfermagem no Brasil e identificar os momentos do curso em que esses domínios são desenvolvidos. Desenvolvimento: Trata-se de resultados parciais de um estudo de abrangência nacional. Os dados foram obtidos a partir de um questionário on line enviado a 531 cursos de enfermagem registrados na base de dados do e-MEC. Destes, 190 responderam, a maior parte do Sudeste (91) e Nordeste (32). Os Estados com maior número de respostas foram Minas Gerais (42) e São Paulo (33). Resultados: Entre os domínios de competências para a promoção da saúde nos cursos de graduação, 99,5% das Escolas afirmam desenvolver a Comunicação e a Liderança; seguido de Catalisação de mudanças e Parceria em 97,3%. As competências Planejamento, avaliação e pesquisa são desenvolvidas em 93,6% e Advocacia em saúde em 92%. Os domínios de competência são desenvolvidos principalmente ao longo do curso em 86,3% das escolas respondentes. Considerações finais: Os cursos de enfermagem do país afirmam trabalhar os domínios de competências para a promoção da saúde ao longo do curso, o que sugere uma formação profissional abrangente e condizente com as necessidades de mudança no modelo de atenção à saúde.

EDUCAÇÃO CONTINUADA E FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL: IMPORTANTE PASSO NA CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA EM SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS DO SUS

Jacyane Ramos de Sousa

Palavras-chave: Saúde, Educação, Qualificação

APRESENTAÇÃO. A reforma psiquiátrica teve início no Brasil nos anos 70 tendo por

objetivo a defesa dos direitos do portador de sofrimento psíquico. Assim, as mudanças no modelo de gestão ocorrem em prol da defesa de uma saúde coletiva. Para que essas práticas ocorram é necessária a mudança da mentalidade hospitalocêntrica dos profissionais envolvidos no tratamento do sofrimento psíquico e abuso de substâncias químicas, e voltar-se ao indivíduo como sujeito, dar o suporte ao indivíduo no seu sofrimento. Neste contexto, a educação e formação dos profissionais que trabalham na área de saúde mental é um importante passo na mudança desses paradigmas. Destacar os pontos importantes a serem mudados na mentalidade desses profissionais e ressaltar os benefícios da educação permanente em saúde mental para implantação de novos saberes que carreguem um olhar mais humanístico à área. DESENVOLVIMENTO: Este trabalho é fruto de observação participativa decorrente do trabalho como Apoio Estadual no projeto “Caminhos do Cuidado, formação em saúde mental, crack e outras drogas” em parceria com a Escola técnicas do SUS do Maranhão (ETSUS/MA), que tem por objetivo a qualificação de agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem e discussão sobre educação em saúde mental. RESULTADOS: Nota-se a deficiência destes profissionais no conhecimento e literatura em saúde mental, álcool, crack e outras drogas e a importância dos cursos ministrados na formação de novos conhecimentos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Concluímos que além da quebra de paradigmas a respeito da política antimanicomial e tratamento de usuários de substâncias químicas, o presente trabalho transformou a vida destes profissionais uma vez que os mesmos são considerados os pilares do sistema único de saúde.

EDUCAÇÃO CONTINUADA PELA ENFERMEIRA A PACIENTES RENAI CRÔNICOS SUBMETIDOS A HEMODIÁLISE

Fernanda Moraes Santos, Bruna Lula Panelli

Palavras-chave: Enfermagem, educação continuada, insuficiência renal crônica

A Doença Renal Crônica (DRC) é responsável pela perda progressiva e irreversível da função renal e requer, frequentemente, a instituição de medidas terapêuticas que culminam na indicação de hemodiálise para filtração e depuração sanguínea de substâncias como a creatinina e a ureia diante da incapacidade do mecanismo de filtração natural dos rins. Sabe-se que a terapia de hemodiálise causa um profundo impacto na rotina dos pacientes portadores de IRC por alterar o status biopsicossocial dos sujeitos envolvidos nesse processo, além dos mesmos se depararem com uma realidade diferente da que existia no seu dia a dia. Nessa perspectiva, a equipe de enfermagem ocupa um papel privilegiado por estabelecer diagnósticos e planos de cuidados que valorizam o indivíduo, a família e a comunidade, através de práticas de educação em saúde, fazendo com que esse indivíduo entenda e ajude no seu próprio tratamento, sensibilizando a família e trazendo um aspecto educativo para a própria equipe que lida com estes clientes, minimizando os desgastes do tratamento e a procura pelos serviços de saúde. Sendo assim, eleger-se como objetivo descrever a atuação da equipe de enfermagem para a melhoria da qualidade de vida de pacientes renais crônicos dialíticos focando na educação continuada. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa. Utilizou-se a análise temática de Bardin para a interpretação dos dados

qualitativos sobre a atuação da equipe de enfermagem na melhoria da qualidade de vida de pacientes renais crônicos dialíticos. Espera-se que o estudo contribua para uma melhor compreensão acerca da qualidade de vida no tratamento dialítico ao mesmo tempo em que descreve a atuação da equipe de enfermagem com vistas a essa melhoria, implementando através da educação permanente um cuidado objetivo e centrado nestes pacientes.

EDUCAÇÃO E TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DIANTE DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Nilton Bahlis dos Santos, Silvia M. M. Costa

Palavras-chave: Educação, trabalho, saúde, envelhecimento

APRESENTAÇÃO: Para que a vocação da Atenção Primária à Saúde se efetive, por meio da ação das equipes de Saúde da Família, é preciso conhecimento sobre a população e o território onde se articula sua atividade, considerando diversidade, heterogeneidade, informações epidemiológica e socioeconômica, situação de saúde dessa localidade e, sobretudo, as características da época em que vive. O acelerado aumento da população de mais de 60 anos e a rápida e contínua queda da fecundidade - combinados com a redução da mortalidade em todas as idades -, indicam a presença crescente de pessoas idosas, inclusive como usuárias dos serviços sociais e de saúde. Dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que, em 2010, havia 19,6 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. Estimativas publicadas pelo IBGE nesse ano indicam um incremento médio de mais de 1 milhão de idosos anualmente, nos próximos 10 anos, chegando, em 2030, a uma população de

maiores de 60 anos de 41,5 milhões. Esse panorama demográfico ainda precisa ser levado em consideração pelos profissionais de saúde em suas iniciativas de promoção/prevenção, assistência, tratamento e reabilitação. No Sistema Único de Saúde (SUS), um profissional abre caminho para toda uma equipe da Estratégia de Saúde da Família: o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Em seu papel multidimensional, que abraça os setores de saúde, social, econômico e todas as dimensões da vida humana - psicológica, física, participativa, entre outras-, o ACS deve estar atento às transformações geradas pelas transições demográfica e epidemiológica, assim como às alterações típicas do envelhecimento. Em sua nas Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde indica como conhecimentos a “saber” as “Características e necessidades físicas, psicológicas e sociais do idoso; cuidados preventivos em relação a acidentes e doenças prevalentes; uso de medicamentos; situações e sinais de risco; redes de apoio familiar e social”. O Referencial Curricular foi instituído em 2004 por dois ministérios: da Saúde e da Educação, alinhando-se à reorganização da atenção básica do SUS. **METODOLOGIA:** Este trabalho teve como objetivo apontar a necessidade de alinhamento da qualificação dos ACS ao envelhecimento populacional e à saúde das pessoas idosas, por meio de análise documental do curso da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV)/Fiocruz; de investigação da prática dos ACS no que se refere às pessoas idosas em comunidades do entorno da Fundação Oswaldo Cruz; da escuta dos principais interessados - as pessoas idosas - sobre as relações com as equipes de Saúde da Família e as unidades de saúde de suas localidades; e da experimentação com tecnologias interativas na internet como estratégia de pesquisa e mobilização das pessoas

envolvidas. **RESULTADOS:** Como resultados, são apresentadas as demandas das pessoas idosas das localidades pesquisadas; subsídios e fundamentos para os processos de qualificação da EPSJV para a inclusão das especificidades do envelhecimento na formação e na prática dos ACS; e um ambiente interativo na internet para educação permanente e uso de objetos virtuais de aprendizagem.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE AO PACIENTE NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS TORÁCICAS E ABDOMINAIS ALTA

Víctor Pereira Lima, Julianna Oliveira e Silva, Marcela Rangel de Almeida, Priscilla Ingrid de Sousa Ferreira, Giana Gislanne da Silva de Sousa, Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos, Lívia Maia Pascoal, Pedro Martins Lima Neto

Palavras-chave: Enfermagem, Educação em Saúde, Pós-Operatório

APRESENTAÇÃO: O pós-operatório é o período compreende a realização do procedimento cirúrgico e o tempo de recuperação da ferida cirúrgica após a alta hospitalar. As cirurgias torácicas e abdominais altas tratam-se de procedimentos invasivos que podem alterar diversas funções do organismo, contribuindo para o desenvolvimento de complicações no período de pós-operatório. Os procedimentos cirúrgicos toracoabdominais geralmente geram dúvidas e medo aos pacientes. Dessa forma, a educação em saúde colabora com informações sobre os aspectos cirúrgicos, cuidados que devem ser realizados, práticas de autocuidado que diminuem os riscos de complicações pós-operatórias, uma vez que, as complicações estão associadas ao desconhecimento do paciente a cerca do autocuidado. Portanto, a comunicação entre o paciente e a equipe de saúde nesta fase é importante para recuperação e promoção da saúde. O

presente estudo tem como objetivo avaliar se os pacientes estão recebendo orientações no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais alta. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, que ocorreu no Hospital Municipal de Imperatriz – HMI, no ano de 2014. A amostra foi constituída de 297 pacientes de ambos os sexos, com faixa etária de 18 à 80 anos que se encontravam até o primeiro dia de pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais altas. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado que avaliava as orientações feitas pela equipe médica e/ou de enfermagem. Os dados pertencem ao Projeto de Educação de Exercícios Respiratórios-PEER, vinculado a Pró-Reitoria de Extensão – PROEX/UFMA sob o parecer de ética 629.315 CEP-UFMA. **RESULTADOS:** A partir da análise de dados, evidenciou-se que 89 (29,96%) pacientes que faziam parte da amostra receberam orientações no pós-operatório, seja da equipe médica ou de enfermagem, relacionadas à alimentação e jejum, a ingesta hídrica, ao procedimento cirúrgico entre outras temáticas de acordo com a necessidade do paciente. A maior parte da amostra, constituída por 207 (69,69%) pacientes, não recebeu nenhuma orientação no pós-operatório segundo as informações colhidas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante do exposto, é perceptível que as orientações são de grande importância durante o perioperatório, mas são pouco realizadas, visto a maioria não ter recebido nenhum tipo de orientação revelando déficit no cuidado integral ao paciente.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE EMANCIPATÓRIA AOS RESPONSÁVEIS PELO GERENCIAMENTO DE RESTAURANTES COMERCIAIS

Camila de Sousa Almeida, Elke Stedefeldt, Ana Maria de Souza Pinto

Palavras-chave: Manipulação de Alimentos, Boas Práticas de Fabricação, Educação em Saúde, Cursos de Capacitação, Gestão da Qualidade

A educação em saúde constitui-se no exercício de recuperar as práticas existentes e construir conhecimentos coletivamente, para a prevenção e controle das doenças, ao desenvolver a autonomia dos indivíduos submetidos aos processos educativos, bem como ensinar a aprender, contribuindo para a formação de cidadãos mais conscientes e com melhor qualidade de vida. Nesta perspectiva, realizamos uma pesquisa com características quantitativa e qualitativa, com o objetivo de desenvolver uma educação sanitária participativa, priorizando o aspecto emancipatório, dialogado pela interação dos saberes populares e científicos. Além de identificar as principais dificuldades de interpretação da legislação pertinente dos responsáveis pelo gerenciamento de restaurantes comerciais e, distinguir quais práticas desenvolvidas geradoras de riscos sanitários foi alterado na rotina do estabelecimento gerenciado pelo participante, após sua participação em um processo de educação em saúde emancipatório. Buscando respostas aos objetivos propostos, foram analisadas as solicitações de licença de funcionamento para o CNAE 5611-2/01: Restaurantes e similares protocoladas em um município da região metropolitana de São Paulo (n = 42), sendo verificados os critérios de inclusão (protocolo da solicitação no primeiro semestre de 2015 e ser restaurante em funcionamento) e não inclusão (ter sido inspecionado anteriormente e não entregar o termo de consentimento livre e esclarecido) determinando a amostra dos estabelecimentos aptos a participarem do estudo (n=17). O estudo conta com 05 etapas, destas 03 etapas encontram-se finalizadas propiciando resultados parciais relevantes ao contexto. Etapa 01: autoavaliação

realizada pelo participante. Etapa 02: inspeção inicial desenvolvida pelos fiscais sanitários. É importante mencionar que nas etapas 01 e 02 o mesmo instrumento, roteiro de inspeção, foi utilizado com o objetivo de realizar a avaliação diagnóstica das práticas e conhecimentos dos participantes e do seu estabelecimento. Etapa 03: curso com enfoque no gerenciamento das boas práticas, no qual participou 41% dos restaurantes convidados (n=07) encaminharam seus participantes. Ressalta-se que a participação do curso era voluntária, com isso houve uma divisão da amostra em 41% dos estabelecimentos (n=07) com participantes no curso e 59% dos estabelecimentos que não encaminharam participantes do curso (n=10), sendo esta definida sem a interferência da pesquisadora. Etapa 04: inspeção de retorno e a etapa 05: entrevista com os participantes, ainda se encontram em andamento. Participaram do estudo, como sujeitos da pesquisa até dois participantes (n=24) responsáveis pelo gerenciamento em Boas Práticas de Manipulação de Alimentos dos restaurantes comerciais: gerente, administrador, proprietário, responsável legal, etc. Pessoas de grande influência no desenvolvimento de atitudes corretas para a obtenção de um alimento seguro. No estudo foram utilizados diferentes instrumentos para atingir os objetivos propostos, por meio de método quantitativo (formulários de identificação, roteiro de inspeção, questionários) e qualitativo (roda de conversa), os quais forneceram valiosas informações, sobre os conhecimentos, atitudes e práticas dos responsáveis pelo gerenciamento. O perfil dos sujeitos da pesquisa demonstra que o responsável do gerenciamento possui idade média de 36 anos, 58% sexo feminino (n=14), 54% com experiência na área inferior a 1 ano (n=13), 54% escolaridade de nível superior (n=13) e, que apesar de 75% possuírem 100% (n=18) e 25% possuírem de 75% a 50% (n=06) de

influência na aplicação das boas práticas em seu estabelecimento, 67% destes não possuem curso de capacitação nesta temática (n=16) orientando as práticas a serem desenvolvidas através de sua vivência e pouca experiência na área. Quando realizamos um comparativo dos itens de conformidade (n=55) do roteiro de inspeção aplicados ao grupo estudado (n=17) referente às autoavaliações e inspeções iniciais podemos observar, em média, que os participantes acreditam que 70% (n=38) dos itens estariam em conformidade à legislação, 8% (n=04) necessitariam de adequações e 12% (n=06) não seriam aplicados em seu estabelecimento porém a análise fiscal demonstra divergências a estes dados apresentando respectivamente 54% (n=30), 34% (n=19) e 10% (n=06) dos mesmos itens avaliados. Tal diferença pode ser justificada quando verificamos o quantitativo de itens referenciados como em branco ou assinalados como 'não sei', presentes apenas na autoavaliação que totaliza 12% (n=07). A falta de informação foi um fator determinante apontado durante o curso, em especial, na roda de conversa como justificativa da diferença do olhar do responsável pelo gerenciamento e do fiscal sanitário, sendo que as práticas desenvolvidas eram realizadas de acordo com a vivência do participante. Quando questionados sobre a perspectiva de mudanças após a participação no estudo, durante o curso todos informaram a pretensão de alterações de práticas que até então não modificariam, mesmo após a inspeção fiscal. Este estudo constata que a aplicação de processos críticos-reflexivos no agir, no ensinar e no aprender potencializa a interação social no sentido do respeito ao outro sendo eficiente na mudança de significados que poderiam gerar a diminuição do risco sanitário e, por consequência a transmissão das doenças de origem alimentar.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO DIABETES MELLITUS: DESAFIOS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida, Eliana Campêlo Lago, Maria Eliete Batista Moura, Maria do Carmo de Carvalho e Martins, Gerardo Vasconcelos Mesquita, Fabrício Ibiapina Tapety, Carmen Viana Ramos, José Nazareno Pearce de Oliveira Brito

Palavras-chave: Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Diabetes Mellitus

Apresentação: A formação dos profissionais de saúde é entendida como um aprendizado nas instituições de ensino, saúde e comunidade. Considerando a promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família, associa-se ao enfermeiro o papel de cuidador e educador, buscando criar a co-responsabilização com o outro, facilitando a autonomia da pessoa com diabetes sobre sua saúde. Objetivo: analisar a formação do enfermeiro na educação em saúde para o diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família. Descrição Metodológica: Pesquisa descritiva, qualitativa, realizada com 28 enfermeiros da Regional de Saúde Leste-Sudeste na Estratégia Saúde da Família, em Teresina-PI. Os dados obtidos por entrevistas foram analisados pelo Discurso do Sujeito Coletivo, com organização e tabulação dos dados qualitativos, obtidos por depoimentos. O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Resultados: A análise do Discurso do Sujeito Coletivo resultou em um leque semântico de palavras frequentes nos depoimentos: palestras, orientações em grupos, formação continuada, ações educativas, prevenção. Dessa forma, encontrou-se que o enfermeiro tem crucial importância em promover medidas educativas no diabetes,

exercendo o papel de educador para ampliar o autocuidado em saúde. Há necessidade de formação continuada para a melhoria da assistência do enfermeiro na educação em saúde em diabetes. Conclusão/Impactos Esperados: Torna-se essencial o incentivo à política de educação permanente, na implantação e fortalecimento da saúde, desenvolvimento de novas competências, conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuirão para uma melhor assistência dos enfermeiros na educação em saúde para o diabetes mellitus. Os resultados desse estudo poderão contribuir para promover uma reflexão sobre a formação do enfermeiro, encorajando-os a adotar uma prática de educação em saúde em busca da qualidade do cuidado preventivo no diabetes na atenção básica.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: SÍNDROME DO PENSAMENTO ACELERADO - SPA, COMO IDENTIFICAR E LIDAR COM O MAL DO SÉCULO EM AMBIENTES ESCOLARES

Adriano Fontoura Garcia, Simone Chaves

Palavras-chave: educação em saúde, síndrome, enfermagem

Introdução: A Síndrome do pensamento acelerado (SPA), esta relacionado ao grande acúmulo de informação recebida diariamente, por meio de vários veículos de comunicação tais como internet, celular, tablets, tvs a cabo entre outros. A cada inovação e atrativos tecnológicos uma surpresa, causando interesse, criatividade, apreciação sobre o moderno. Por outro lado estamos cada vez, mais dependentes da tecnologia e suas inovações. Isso pode trazer em longo prazo vários problemas de saúde. Cury (2014) alerta de que no campo da saúde muito se tem feito em relação ao tratamento de agravos relacionados ao rema da hiperatividade ou transtorno de

déficit de atenção. O autor vem chamando a atenção de que determinados sintomas podem estar relacionados à SPA. Síndrome pode ser considerada o mal do século, junto, com a depressão e a ansiedade. Objetivo: O estudo trata-se de um Projeto de Pesquisa apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. O projeto visa elaborar uma cartilha educativa contextualizando sobre o tema da SPA e os desafios do uso das tecnologias na vida das crianças em idade escolar alunos entre cinco (05) a dez (10) anos de idade. Tal projeto pretende apoiar educadores e famílias em relação aos estímulos diários que as crianças e adolescente tem e a relação disto no contexto escolar. Metodologia: A pesquisa será um estudo transversal, que utiliza uma abordagem exploratória, descritiva e quantitativa. Resultados: A pesquisa esta em fase inicial, sendo assim, ainda não apresenta resultados finais. Considerações Finais: Esta pesquisa trará o benefício de gerar ações de conhecimento sobre a SPA, as quais poderão ser utilizadas como ferramentas para a utilização de medidas educativas essenciais para obter uma melhor qualidade de vida, produzido assim, desta forma, um esclarecimento sobre riscos futuros na vida dos mesmos.

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Luciane Ines Ely, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Palavras-chave: ensina na saúde, currículo, educação interprofissional

O presente trabalho visa apresentar reflexões sobre a proposta de educação interprofissional (EIP) na formação em saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), compondo pesquisa vinculada ao mestrado do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde (PPGENSAU) da Faculdade de Medicina/UFRGS. Proposta pela Coordenadoria de Saúde (CoorSaúde), a atividade de ensino 'Práticas Integradas em Saúde I' iniciou no primeiro semestre de 2012, sendo oferecida aos 14 cursos da área da saúde em caráter eletivo de quatro créditos (60 horas). Tem como premissa as vivências integradas, interdisciplinares e multiprofissionais em cenários de prática no Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente em Unidades de Saúde da Família/Atenção Primária do Distrito Docente Assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. São oferecidas quatro vagas por curso, sendo as turmas divididas em oito estudantes de diferentes cursos da saúde, com apoio de dois professores tutores (grupo de tutoria). Além das atividades de imersão no território, com o acompanhamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a atividade contempla momentos de concentração entre todos os envolvidos, integrando docentes, estudantes e profissionais dos serviços de saúde. Como a vivência entre diferentes profissões impacta sobre a prática de cada curso? Como os docentes se constituem interprofissionalmente? Como transformar iniciativas multiprofissionais em práticas colaborativas de EIP? O que muda na formação desses estudantes? Essas são algumas das questões formuladas para esta dissertação de Mestrado, a qual pretende analisar a atividade de ensino 'Práticas Integradas em Saúde I', por meio de uma abordagem qualitativa de pesquisa (estudo de caso). A coleta de dados incluirá a realização de entrevistas individuais e coletivas (grupo focal) com estudantes matriculados na atividade no período de

2012 a 2015, docentes e gestores envolvidos, além da análise documental e observação. Iniciada em 2015/1, a pesquisa em andamento tem identificado a relevância da EIP nos modelos de formação na graduação em saúde. A revisão de literatura sobre a EIP mostra que tais práticas são importantes para a formação de profissionais de saúde melhor preparados para o trabalho em equipe e o trabalho colaborativo. O movimento da pesquisa tem apontado que existem poucas iniciativas da EIP no Brasil, e apenas o curso de graduação em Medicina prevê essa proposta em suas Diretrizes Curriculares Nacionais. A educação e o trabalho interprofissional constituem-se uma valiosa ferramenta para a formação de profissionais preparados para atender as complexas necessidades de saúde da população. Nesse sentido, a 'Práticas Integradas em Saúde I' apresenta-se como uma atividade de ensino com potencial para a inovação do ensino na saúde. Os resultados encontrados com esta pesquisa devem permitir a compreensão de como está se desenvolvendo a proposta de EIP na UFRGS, analisando seus limites e potencialidades, bem como as possibilidades pedagógicas que poderiam ser empreendidas para potencializar a EIP e o trabalho colaborativo em saúde.

EDUCAÇÃO PERMANENTE A DISTÂNCIA PARA GESTORES DA ATENÇÃO BÁSICA NA BAHIA: UMA ANÁLISE DA ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA DA PROBLEMATIZAÇÃO NA MEDIAÇÃO DA APRENDIZAGEM DE TUTORES

Giovanna Santana Queiroz, Maria Ligia Rangel Santos

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Educação a Distância, Problematização, Processo de trabalho em saúde, Gestão em saúde, Atenção Básica,

APRESENTAÇÃO: A educação, como prática social, é um processo complexo, com intencionalidade definida, portanto, não é neutra. O processo de ensino-aprendizado que tem a problematização como base, como é o caso da Educação Permanente em Saúde (EPS), requer a efetivação de ações que estimulem estudantes e professores a reflexão crítica e à ação transformadora da realidade. Neste sentido o presente estudo tem como objetivo geral analisar a estratégia pedagógica da problematização na mediação da aprendizagem dos tutores para induzir mudanças no modelo de atenção à saúde, fortalecendo o trabalho na Atenção Básica, a partir da EPS. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de um estudo de caso de natureza quantitativa e qualitativa, retrospectivo, que abordou uma ação educativa, o Curso de Gestão da Atenção Básica com ênfase na implantação das Linhas de Cuidado, desenvolvido pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e direcionado aos gestores da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família. Utilizou-se a análise documental do projeto político pedagógico do Curso, o perfil dos tutores e os registros realizados pelos mesmos nas atividades à distância, realizadas nos fóruns exclusivos para gestores nos módulos obrigatórios. No que concerne à análise dos dados, foi adotada a técnica de análise do conteúdo, utilizando as categorias dos seguintes temas: perfil, problematização e processo de trabalho do gestor. **RESULTADOS:** Os resultados demonstraram que a leitura do objetivo geral do Curso, por não explicitar as mudanças que se desejava realizar, sugere que os problemas a serem trabalhados emergiriam da realidade e seriam trazidos para discussão pelos gestores. Os objetivos específicos são incoerentes/inconsistentes com relação ao geral, pois não apontam para alcançá-lo, os tutores apresentam uma expressiva qualificação em Saúde Coletiva/Atenção Básica, conhecimento prévio do grupo de estudantes e da realidade a ser

problematizada. Entretanto, possuíam frágil formação na área pedagógica, o estímulo à problematização não foi efetivado. Contudo, os achados demonstraram que a mediação da aprendizagem estimulou essencialmente o levantamento de problemas e/ou proposição de soluções; a “ação/atividade” do processo de trabalho do gestor foi o elemento preferencialmente trabalhado nos fóruns, evidenciando o caráter operacional do Curso; e, por fim, a análise das atividades práticas e da bibliografia reforçou o caráter operacional e normativo do mesmo, ao utilizarem essencialmente os materiais produzidos pelo Ministério da Saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conclui-se que, para efetivação da EPS, torna-se urgente a formação pedagógica dos tutores na metodologia da problematização como prática pedagógica capaz de estimular a transformação da realidade, bem como, ampliar a concepção sobre a natureza da prática dos gestores, para além das determinações do Ministério da Saúde, a fim de estimular a formação de sujeitos críticos e reflexivos capazes de efetivar a reorientação do modelo assistencial a partir do fortalecimento da Atenção Básica.

EDUCAÇÃO PERMANENTE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: ORGANIZAÇÃO E PLANEJAMENTO NA VISITA DOMICILIAR

Mayara Athanázio Diogo, Marcelo Paraíso Alves

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Educação Permanente, Planejamento

O estudo faz parte de uma dissertação de mestrado que teve como objetivo analisar os principais problemas que entravam a atividade profissional do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família, no município de Angra dos Reis. A intenção foi de implementar uma proposta de educação permanente

para ACS elaborada a partir do diagnóstico dos principais problemas enfrentados no município de Angra dos Reis. A pesquisa em questão foi realizada nos anos de 2012 a 2013 e como escopo metodológico, optou-se pela abordagem qualitativa, utilizando os seguintes instrumentos investigativos: caderno de campo, entrevista semiestruturada aplicada por intermédio de grupo focal direcionado aos enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família (ESF) do II distrito do município de Angra dos Reis, e, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do I e II distrito sanitário da cidade mencionada. No decorrer da investigação perceberam-se os seguintes aspectos: primeiro, que o agente é o profissional que consegue estabelecer um vínculo com a família, facilitando a ação da equipe da estratégia, tornando-se o elo da equipe com a comunidade; segundo, identificou-se a sobrecarga de tarefas realizadas pelos agentes, devido sua dificuldade em gerenciar o tempo, planejar e organizar suas atividades; terceiro, percebeu-se a dificuldade dos agentes na realização das visitas domiciliares em decorrência da falta de planejamento e organização. Nesse sentido, o produto criado destinado à superação de tal problema foi a proposta de Educação Permanente para os agentes comunitários, baseado na perspectiva freireana. Com a validação do produto verificou-se uma significativa melhora no desenvolvimento do trabalho dos agentes, pois foi possível perceber neles a autonomia para o planejamento de suas atividades e o gerenciamento do tempo e efetividade das visitas domiciliares.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE EGRESSOS DE UM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Mariana Véio Nery de Jesus, Alisson Araújo, Liliane Consolação Campos Ribeiro

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Saúde da família, Educação permanente, Formação de recursos humanos, Educação à distância

Desde a 8^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, são constantes as preocupações com a necessidade de formação e capacitação dos profissionais de saúde. É necessária a modificação do processo de trabalho desses profissionais a fim de transpor o paradigma hegemônico (hospitalocêntrico/biomédico) para o paradigma social (ampliação do conceito de saúde). Logo, surge o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS) que reconhece que é no cotidiano do trabalho que o profissional tem o potencial de se colocar em reflexão quanto à sua prática, além de colaborar para a organização do processo de trabalho da equipe. O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais traz essa modalidade educativa como eixo condutor do processo ensino-aprendizado dos alunos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da atenção primária à saúde, valorizando a aprendizagem significativa e a problematização como concepções pedagógicas. O objetivo desse estudo foi conhecer as experiências de educação permanente em saúde, bem como as facilidades e dificuldades, para a organização do processo de trabalho cotidiano na perspectiva dos egressos desse curso. A metodologia proposta foi um estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de entrevistas, em um roteiro semiestruturado, aos egressos desse curso e que atuam na Estratégia de Saúde da Família das microrregiões de Viçosa/MG e Ponte Nova/MG. Essas entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas pelo conteúdo na modalidade temática proposto por Bardin. O resultado despontou um movimento de ações que estão sendo realizadas a fim de trabalharem a EPS como: capacitações para a equipe,

reuniões para a organização do processo de trabalho e as ações de educação em saúde. Entre as facilidades observadas foi notória a colaboração do curso de especialização como potencial na provocação de mudanças no cotidiano do processo de trabalho destes sujeitos de pesquisa. Além disso, as parcerias realizadas, citando como exemplo a instituição formadora, a Universidade Federal de Viçosa; o trabalho em equipe e a vinculação dos profissionais com o município e comunidade. Quanto às dificuldades, foram destacadas: a sobrecarga dos profissionais da enfermagem; a desorganização do processo de trabalho da equipe; a falta de motivação de alguns profissionais; a falta de integração da equipe de saúde bucal com os outros integrantes da equipe; e a manutenção das concepções do antigo modelo. Vale ressaltar que ainda são incipientes as ações para o controle social incorporado ao processo de educação permanente em saúde. Esperamos que esse estudo possa contribuir para a consolidação do processo da EPS, além de trazer contribuições ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e demais processos educativos similares vigentes no Brasil e no mundo. Assim, favorecendo essa reflexão permite o (re) conhecimento da EPS como política que orienta a formação e a qualificação destes trabalhadores, apoiando os processos de mudança e a implantação da Reforma Sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde, para um melhor atendimento às necessidades de saúde dos cidadãos.

EDUCAÇÃO POPULAR: UMA CONEXÃO COLETIVA COM O SUJEITO SINGULAR

Ildernandes Vieira Alves, Jéssica Rodrigues Brito, Tuanne Vieira Alves, Elaine Carvalho de Oliveira Medeiros, Aurylene Cordeiro Lôbo, Kerma Márcia de Freitas

Palavras-chave: Educação Popular, Saúde Coletiva, Educação em Saúde

Discute-se bastante o cuidar holístico, mas até que ponto esse tratar integral acontece? Cada indivíduo traz consigo diversas singularidades que merecem atenção diferenciada. Seus anseios, sua subjetividade, suas vivências anteriores, medos, costumes e ainda a cultura do meio em que está inserido são contribuintes no processo de saúde-doença. Dessa forma, é fundamental que dentro de práticas coletivas, tenha-se em mente que o que pode ser bom para um determinado grupo de indivíduos, para outros pode ir contra seus ideais e costumes. Mediante a essa contextualização inicial, surgiu a seguinte inquietação: como realizar uma abordagem coletiva, sem interferir na singularidade individual? Buscando respostas para tal inquietação objetivou-se realizar um levantamento bibliográfico acerca da temática em questão, buscando compreender os fatores relacionados a tal situação. Os dados foram explorados nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no período de maio a julho de 2015, cruzando os descritores educação popular, saúde coletiva e educação em saúde e utilizando os seguintes filtros: texto completo estudos publicados nos últimos cinco anos e idioma português. Dentre as implicações encontradas na literatura destacou-se que a educação popular constitui-se em uma base pedagógica voltada para ações na comunidade levando em consideração a cultura e os saberes adquiridos anteriormente pelos sujeitos envolvidos em tais práticas. Neste aspecto somos levados a perceber que o saber não é absoluto, ele está em construção contínua e não existem verdades prontas, tudo está em movimento. Ao mesmo tempo a educação popular tem um caráter reflexivo na qual se baseando nos pensamentos de

Paulo Freire percebe-se que a educação não é simplesmente a transmissão de conhecimentos, mas sim a construção dele. Na literatura foi encontrado que os profissionais devem estar aptos a driblar as imposições, as questões devem ser debatidas de forma natural e participativa, onde todos possam se expressar e compartilhar suas experiências. As práticas de educação popular são métodos preconizados pelo Ministério da Saúde, porém encontram grande resistência tendo em vista o contexto histórico na qual se moldou o Sistema Único de Saúde (SUS), focado no modelo curativo e tecnicista. Desta maneira conclui-se que As práticas coletivas devem ser realizadas de maneira cautelosa, respeitando a singularidade de cada ser. A educação popular é feita de possibilidades e foge da especificidade que o modelo biomédico traz e isto não é confortável para aquelas profissionais que se adaptaram a alta resolutividade que protocolos, por vezes estabelecidos proporcionam. Não que seja recomendado deixar totalmente o sistema biológico em segundo plano, mas é necessário que haja um paralelo entre as práticas, proporcionando de forma real uma conexão coletiva com o sujeito singular.

EDUCAÇÃO SANITÁRIA – UM OLHAR BASEADO NO RISCO

Ana Carolina Damas Padilha Zonato

Palavras-chave: vigilância sanitária, risco

O trabalho tem como objetivo refletir sobre dificuldades encontradas na comunicação da vigilância sanitária com a população, trabalhando educação sanitária com olhar voltado para o risco, visto que historicamente a vigilância sanitária tem priorizado ações de inspeção sanitária em detrimento de outras práticas. Na pesquisa bibliográfica realizada utilizou fontes de

dados disponíveis, bem como, projetos realizados com a população que foram exitosos. Observou-se que, ainda hoje, as práticas educativas nos serviços de saúde obedecem à metodologias tradicionais e pontuais, não privilegiando a criação de vínculo entre trabalhadores e população. Para que a educação em saúde destinada à população possa consolidar-se como uma prática educativa, deve ser incorporada no cotidiano do trabalho em saúde. Nesse sentido, trabalhando com o ensino básico e fundamental de saúde, permitindo o desenvolvimento de ações coletivas promotoras da saúde e desencadeando um processo de reflexão crítica nos alunos envolvidos e consolidando o ensino-aprendizagem e em consequência disso acarretando uma melhor qualidade de vida, pois estes serão multiplicadores em seus grupos sociais. O grande desconhecimento da população na atuação da VISA traz muitos problemas para a melhoria da qualidade dos serviços e desgaste tanto para os profissionais que atuam na área, quanto para a população que, desorientada e ignorante em seu saber, não usufruem conscientemente do conhecimento que seria adquirido, tornando-se vulneráveis há várias questões que se não observados os riscos, tornam-se prejudiciais à saúde. Dessa forma, o trabalho aqui apresentado busca a qualificação dos profissionais e estudantes para a visualização das questões sanitárias baseadas no foco do risco. A atividade educativa também abre espaços de reflexão entre profissionais de saúde, professores e alunos, de modo a promover um novo olhar sobre suas vivências para a transformação da realidade social, através da concretização de ações locais sob o tema da vigilância sanitária, e para que assim possam efetivamente intervir na prevenção de agravos à saúde coletiva e individual. O trabalho aqui apresentado advém de estudo em cima de teses, temas e mais dissertações

envolvendo uma série de fatores que a primeira vista, transparece ser um tanto inconstante para se aplicar, no entanto, através da análise realizada e de exemplos vistos nota-se que é um trabalho muito importante para o movimento sanitário dentro da sociedade.

ENSINO DA ANATOMIA: AVALIAÇÕES APLICADAS EM ALUNOS DO ENSINO MÉDIO DO COLÉGIO SILVIO ROMERO

Tatiana dos Santos Moreira, Carla Nunes Ferreira, Francielli Peixoto de Carvalho Andrade, Gabrielle Santos Maroto, Leiza Sand Pereira Santos, Luiz Felipe dos Santos, Marcela Ralin de Carvalho Deda Costa

Palavras-chave: Anatomia, Ferramentas, Avaliações

Apresentação do trabalho: O projeto “compreendendo o corpo humano ensino da anatomia humana como forma de integração entre a escola e universidade” é realizado no Colégio Estadual Silvio Romero, no município de Lagarto/SE. São utilizadas metodologias e estratégias ativas para o ensino da anatomia, sendo os alunos do ensino médio agentes responsáveis pela aprendizagem e os discentes da UFS agentes facilitadores, buscando aproximar as realidades da escola e universidade. O trabalho tem como objetivo analisar a eficácia das metodologias usadas nas aulas de anatomia do módulo dois (anatomia cabeça e pescoço/sistema digestivo) por meio de duas ferramentas, a avaliação somativa e formativa. Desenvolvimento do trabalho: Os alunos têm aulas uma vez por semana do módulo composto por cinco aulas de anatomia cabeça e pescoço/sistema digestivo. Inscreveram-se para o módulo dois 37 pessoas e foram distribuídos em duas turmas (manhã e tarde), mas só 18 concluíram, os alunos são avaliados através

de duas ferramentas: avaliação somativa, que são quatro questões referentes ao tema do módulo, respondidas antes da primeira aula para avaliar o conhecimento prévio dos alunos e aplicada novamente ao final da última aula para avaliar o conhecimento adquirido, sendo as mesmas questões em ambas as aplicações. Outra ferramenta utilizada é a avaliação formativa a qual o discente, agente facilitador avalia o aluno da escola de acordo alguns itens atribuindo notas de 0 – 2 a cada item, que são: relação com os membros do grupo; relação com o orientador da atividade; expressar-se de forma clara, objetiva e organizada; utilizar conhecimentos prévios; interesse e habilidade na atividade proposta, todos estes pontos são avaliados no primeiro dia de aula e novamente no último. Resultados e/ou impactos: Podemos observar o aumento do percentual de acertos nas questões da avaliação somativa: para a questão 1 na primeira aplicação 33,3% e na segunda 72,25%; questão 2 na primeira aplicação 22,2% e na segunda 61,1%; questão 3 na primeira aplicação 27,8% e na segunda 66,7%; questão 4 na primeira aplicação 11,1% e na segunda 55,6%, obtendo no geral um percentual de acerto na primeira aplicação de 23,7% e na segunda 63,9%. Na avaliação formativa foram obtidas as seguintes médias: na primeira avaliação 7,2 e na segunda avaliação 8,7. Considerações finais: Conclui-se que o objetivo foi alcançado, pois através dos resultados obtidos pelas ferramentas de avaliação somativa e objetiva nota-se a evolução na aprendizagem em ambas, com o uso das metodologias ativas, comprovando a sua eficácia no ensino da anatomia.

ENSINO DA BIOÉTICA NA FORMAÇÃO DE ENGENHEIROS CLÍNICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Deisy Vital dos Santos

Palavras-chave: Ensino, Bioética, Engenharia Clínica

APRESENTAÇÃO: O ensino da bioética em cursos de pós-graduação na área da saúde é uma realidade no Brasil, todavia sua inserção nos novos formatos de especialização, que envolvem outras grandes áreas das ciências, torna-se um desafio instigante, porém adequado a característica elementar da Bioética-a interdisciplinaridade. A Engenharia Clínica (EC) é uma subárea da engenharia biomédica, atua nos estabelecimentos assistenciais de saúde, suas atividades são baseadas nos conhecimentos de engenharia e de gerenciamento, sendo aplicadas às tecnologias de saúde. Trata-se de um relato de experiência sobre a ministração da disciplina Bioética em um curso de pós-graduação em EC. A carga horária total da disciplina foi de 17 horas, em uma turma com 36 alunos, de diferentes formações, a saber: engenheiros, tecnólogos, arquitetos, enfermeiros, físico médico, analista de sistema/sistema de informação, biomédicos e administradores. Utilizou-se metodologias ativas, com prioridade para a reflexão e aplicação do referencial Bioético ao cotidiano do engenheiro clínico. Os conteúdos abordados foram: fundamentos da conduta profissional (ética, moral, valores, deontologia); bioética (gênese, conceituação e enfoques); ética em pesquisa; priorização e o racionamento de cuidados de saúde; integridade científica; interface entre a bioética e os códigos de ética profissional. Foi possível observar a riqueza da discussão interdisciplinar na pós-graduação. Ratificou-se a natureza interdisciplinar da bioética, visto que é possível adequá-la a qualquer contexto que envolva a vida humana, direta ou indiretamente. Obteve-se uma avaliação positiva dos alunos, na perspectiva da aplicabilidade do conteúdo apresentado ao seu labor, porém parte deles não tiveram contato com a bioética

durante a graduação. O desafio de adequar a discussão bioética, ao contexto das diferentes formações da turma de especialistas em engenharia clínica, foi exitoso, comprovando que a formação interdisciplinar enriquece o repertório de discentes e docentes, resultando em profissionais mais aptos a complexidade do setor saúde brasileiro.

ENSINO E NARRATIVA, BUSCANDO ESPAÇO DE APRENDIZAGEM

Ana Lúcia Abrahão, Ândrea Cardoso Souza

Palavras-chave: Ensino em Saúde, Cuidado, Experiência, Narrativa

A formação na área da saúde nos convida a um duplo desafio. Um primeiro de despertar no aluno o interesse pelo conhecimento e um segundo de articular a este interesse as reais necessidades de saúde dos pacientes. Nesta direção, arranjos pedagógicos são construídos com o objetivo de organizar e conjugar o conteúdo necessário para a formação de médicos e enfermeiros. Estes arranjos são estabelecidos de forma a incorporar elementos da vida e do cuidado em saúde. Na Universidade Federal Fluminense, passamos a empregar as narrativas, histórias de vida e relatos orais, de pacientes e dos próprios estudantes, como elemento pedagógico durante a formação e aprendizado em saúde. Uma produção que passa a ser constituída a partir do encontro entre paciente e estudante, em que a essência do cuidado e do aprendizado, são destacadas. Justamente neste ponto, no ato, é trazido e agrupado as cenas da vida, os determinantes sociais da doença e o processo de aprendizado. Um conjunto, que é trabalhado em grupo com a presença do professor, do aluno e do profissional do serviço. Momento em que podemos perceber as possibilidades

terapêuticas e educacionais que podem ser proporcionadas a partir da narrativa. Neste sentido a formação pode ser reconhecida a partir de outro lugar, sob outra perspectiva que convida o aluno a experimentar, a criticar, a participar da experiência de ensinar e aprender. “A experiência como aquilo que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece” (Bondía, 2002: 22). Há aqui uma diferença entre aquilo que vivenciamos e se torna uma experiência em nós, e o que vivenciamos e não nos afeta de modo a exigir novas significações.

ENSINO EM SAÚDE: UM ESTUDO DA COMISSÃO VER-SUS LAGARTO-SE

Kalil Luno Cardoso Silva, Damares de Jesus Almeida, Rogério Andrade, Sabrina Weiny da Silva, Maira Barreto dos Reis, Tássio Cunha Paes da Costa

Palavras-chave: Educação Permanente, VER-SUS, Formação,

A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde - ensino, gestão, atenção e controle social - propõe construir uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade. Este trabalho é fruto de um grupo de estudos formado pela Comissão Organizadora do ainda projeto VER-SUS Lagarto/SE e teve como objetivo, estudar e refletir sobre as propostas de educação em saúde como ferramenta na formação de futuros profissionais da saúde. O presente estudo foi fundamentado em pesquisa na literatura e estudo da Cartilha de Textos do VER-SUS/Brasil, realizada durante os encontros quinzenais. A comissão foi subdividida em eixos: ensino, gestão,

atenção e controle social, sendo este responsável por apresentar a reflexão da Educação em Saúde. A educação se compõe por uma estrutura didática e pedagógica (currículos, progressão escolar, avaliação das aquisições lógicas), mas ela se compõe também pelas relações de aprendizagem (processos cognitivos, afetivos e sociais). O ambiente de trabalho em saúde é campo de construção cognitiva (aprendizagem formal) e afetiva (desenvolvimento), onde se vivem experiências éticas (estar junto) e estéticas (grupo que compõem as atualizações da experiência cotidiana) pela repetição de atos vividos e pela invenção do tempo através da evocação de novas percepções e experiências intensivas. A formação dos profissionais de saúde que atuam nesse sistema teve no decorrer dos anos várias estratégias de operacionalização – Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAs) e Norma Operacional Básica (NOBs) até chegar ao Pacto de Gestão. Algumas estratégias foram implantadas e visam principalmente contribuir para a reorientação do modelo educacional, investindo na integralidade da atenção à saúde, em conformidade com os princípios e as diretrizes do SUS que são importantes para a reorganização e a humanização do sistema. Apesar de algumas conquistas, as especializações do cuidado à saúde têm se configurado como uma grande tensão na construção do modelo de saúde sonhado, chegando, algumas vezes, a diminuir o acesso dos usuários ao sistema ou sua exclusão. A mudança na formação acadêmica de estudantes e professores do campo da saúde se tem mostrado necessária, de modo que a educação permanente em saúde tem o papel de trazer o campo do real, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores e mostra-se fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos sujeitos. O primeiro passo

para provocar mudanças nos processos de formação é entender que as propostas não podem mais serem construídas isoladamente, ou seja, decididas pelos níveis centrais sem levar em conta as realidades locais. As propostas devem fazer parte de uma grande estratégia, precisam estar articuladas entre si e construídas a partir da problematização das necessidades locais e dos seus diversos segmentos. É necessário e indispensável que as várias instâncias articulem caminhos para a formação de novos profissionais de saúde, possibilitando o desenvolvimento e atualização da equipe que compõe o SUS e legitimem propostas direcionadas a um desempenho profissional qualificado e em quantidade suficiente em todo o país.

EPS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: FATORES QUE INFLUENCIAM A PARTICIPAÇÃO DAS IES NA CIES

Mônica Villela Gouvêa, Eluana Borges Leitão Figueiredo, Caroline Montez Lima Santos

Palavras-chave: educação permanente, integração ensino serviço, ensino superior

Apresentação: As CIES são instâncias de caráter intersetorial e interinstitucional com a função de formular, conduzir e desenvolver a Política Nacional de Educação Permanente a partir das necessidades levantadas nos diferentes municípios. As Instituições de Ensino têm representação nas CIES e contribuem na articulação local e regional com os serviços de saúde e seus trabalhadores no sentido da formação e da EPS. O objetivo do presente estudo foi identificar fatores que influenciam a qualidade da participação das IES nas CIES regionais do estado do Rio de Janeiro. Desenvolvimento do Trabalho: Pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, cuja coleta de dados foi

feita a partir de um roteiro de entrevista semiestruturado. Os sujeitos da pesquisa foram representantes de IES que atuam na CIES regionais, constituindo uma amostra intencional por convite. As entrevistas foram realizadas nos meses de julho e agosto de 2015. Resultados: Os entrevistados identificaram fatores facilitadores e barreiras à participação das IES nas CIES. Dentre os fatores que facilitam a participação foram citados: a garantia de convite para reuniões periódicas e o incentivo à participação pelas CIES; a qualidade das relações pessoais; o fato de que a participação resgata o compromisso das IES com a qualidade da formação em saúde. Os representantes identificaram como barreiras à qualidade de sua participação, a instabilidade política favorecida por trocas na gestão e composição da CIES; e problemas como precarização do trabalho, dificuldades na garantia de transportes e rotatividade de profissionais. Estas barreiras levam a descontinuidade dos processos e dificuldade de compreensão do conceito de EPS pelos gestores e representantes. A predominância de atividades e educação continuada e a imposição de ações pelo Estado, desconsiderando a discussão no âmbito regional, foram relatados como fatores importantes para um esvaziamento da participação das IES na CIES. Excesso de burocracia, lentidão na liberação e na execução de recursos financeiros que seriam destinados aos projetos, devido a um processo licitatório engessado que retém o recurso no município polo, promovem desmotivação de representantes das IES e reduzem ações propositivas de EPS. Da mesma forma, entre representantes de IES públicas, foram identificadas barreiras específicas: excesso de burocracia, lentidão na operacionalização das ações de EPS e incompreensão do papel da universidade na CIES. Considerações finais: Embora percebam alguns entraves nessa relação,

as IES identificam a CIES como espaço importante de integração e inserção no SUS, seja como parceira no planejamento e execução de ações educacionais para trabalhadores da saúde, seja como demandante de cenários de aprendizagem para alunos de cursos de graduação. Conclui-se que os entrevistados compreendem como fundamental a participação das IES na CIES e nas mudanças de EPS nos serviços, reconhecendo na Comissão mais um espaço de aproximação com o SUS e a perspectiva de resgate de seu papel educador.

ESTRATÉGIAS DE RESILIÊNCIA UTILIZADAS PELA PESSOA IDOSA LONGEVA EM SEU COTIDIANO: LEITURA DA BÍBLIA, REZA DO TERÇO E ORAÇÃO

Luana Araújo dos Reis, Tânia Maria de Oliva Menezes

Palavras-chave: Pessoa idosa, Longevidade, Resiliência

A resiliência é compreendida como a capacidade humana de enfrentar as adversidades, proporcionando ao indivíduo ser transformado por esses fatores, potencialmente estressores, adaptando-se ou superando tais experiências traumáticas e/ou estressantes. Nesse sentido, este estudo objetivou desvelar as estratégias de resiliência utilizadas pela pessoa idosa longa em seu cotidiano. Trata-se de uma pesquisa de abordagem fenomenológica, fundamentada no pensamento de Martin Heidegger, realizada com 14 pessoas idosas longevas cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família no município de Jequié, Bahia, Brasil. A coleta dos depoimentos ocorreu no período de novembro de 2014 a março de 2015, através da entrevista em profundidade, gravada. A análise compreensiva foi ancorada em conceitos heideggerianos. Os colaboradores deste

estudo foram 12 mulheres e dois homens, com idade compreendida entre 80 e 104 anos, com escolaridade que variou do não alfabetizado ao ensino médio completo, rendimento entre um e três salários mínimos. Quanto ao estado civil, 11 viúvos, dois divorciados e um casado. Todos eram aposentados ou pensionistas. Após a descrição do fenômeno desvelado pelos participantes do estudo se compreendeu que a religiosidade é um indicador de resiliência na superação das adversidades, emergindo nos depoimentos a capacidade de encontrar significado na vida a partir da fé. Através da fé, expressa pela leitura da bíblia e oração é possível vivenciar a tranquilidade no cotidiano, bem como sarar das enfermidades advindas do processo de envelhecimento, ou, de contextos sociais desfavoráveis. A manifestação do poder da fé em Deus se apresenta como a força primordial para o equilíbrio físico e mental e a leitura da Bíblia e a oração são recursos que possibilitam a comunicação com Deus e, conseqüentemente, o alcance das graças. Sentir a presença de um Ser superior traz para a pessoa idosa a certeza de que não está desamparada, mesmo na ausência de seus familiares. Dessa forma, a fé aqui manifestada através da oração, preenche o vazio existencial e dá um novo significado à vida. Para os idosos, a leitura da bíblia ajuda na proteção dos filhos e restaura a saúde. Essa fé contribui para o enfrentamento dos problemas existenciais e de saúde, possibilitando o vivido do envelhecimento de maneira satisfatória, o alcance da longevidade e o viver despreocupado. Conclui-se que a leitura da bíblia, a reza do terço e a oração são estratégias de resiliência utilizadas para o enfrentamento de situações desfavoráveis, a recuperação e/ou manutenção da saúde, a proteção pessoal e familiar e, sobretudo, a vivência de um envelhecimento satisfatório.

ESTRESSE NO AMBIENTE DE TRABALHO: AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO A FATORES ESTRESSORES VIVENCIADA PELA EQUIPE DE PROFISSIONAIS SOCORRISTAS DO CORPO DE BOMBEIROS DA CIDADE DE SANTARÉM PARÁ

Gabriela de Cássia Oliveira dos Santos, Greice Nara Viana dos Santos, Jefferson Castilho Moraes, Laiane Jorge Campos, Paulo Roberto Castro Campos, Samila de Sousa Sales, Aragonês da Silva Franco, Andréa Leite de Alencar

Palavras-chave: Estresse no trabalho, Fatores estressores, Corpo de bombeiros,

INTRODUÇÃO: O estudo trata sobre o estresse no ambiente de trabalho no 4^o Grupamento do corpo de Bombeiro Militar da Cidade de Santarém, Pará, composto de 110 bombeiros. O estresse é considerado como uma resposta não específica do corpo a qualquer exigência feita a ele, causando desgaste geral do organismo devido alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo é forçado a enfrentar situações que o irrite, excite e amedronte¹. Levando em consideração a importância da temática na atenção à saúde do trabalhador, o objetivo desta pesquisa é avaliar o estresse presente no ambiente de trabalho de profissionais socorristas do corpo de Bombeiro. METODOLOGIA: Pesquisa quantitativa², exploratória³, pois se constitui em estudo inicial sobre o assunto, com base na combinação de levantamento estatístico. O alvo da pesquisa foram apenas 15 dos 110 soldados bombeiros que atuam exclusivamente como socorristas. Resultados: Das variáveis encontradas, destacou-se a falta de equipamento (33%) como situação de maior estresse vivenciado pelos profissionais que atuam no serviço de resgate, seguido da carga horária de trabalho (13%). Igualmente relevante também é o fato de que (33%) dos

militares envolvidos na pesquisa relataram ter menos de 6 horas de sono, o que gera apreensão. CONCLUSÕES: Várias categorias profissionais, principalmente aquelas que prestam serviços de “cuidadores”, dentre os quais se enquadram os bombeiros, apresentam sinais de desgaste pelo trabalho desencadeando dessa forma o chamado estresse fazendo com que o trabalho seja uma fonte responsável para o desencadeamento de agravantes à saúde, principalmente dos socorristas cuja função é lidar cotidianamente com seres humanos nas mais variadas situações problemáticas. É preciso primeiramente a estabilização de sua saúde para assim poder atender à sociedade.

EXECUÇÃO DO PROJETO SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS EM CAMPO GRANDE - MATO GROSSO DO SUL

Isabele Liliane Larsen Lubas Rodrigues

Palavras-chave: SPE, Projeto, Experiência

INTRODUÇÃO: O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) têm a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção de doenças, promoção e atenção à saúde. Para o desenvolvimento pleno do projeto se faz necessário ajuda de colaboradores, entre os quais está a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). OBJETIVO: Descrever as ações do SPE realizadas nas escolas públicas de Campo Grande/MS durante o 1^o semestre de 2015. METODOLOGIA: Análise dos relatos de experiência elaborados pelos acadêmicos dos cursos de farmácia, fisioterapia e extensão da UFMS, que estão disponíveis no fórum destinado ao SPE no ambiente virtual de Educação à Distância da UFMS. RESULTADOS: Em Campo Grande, as ações do projeto SPE foram realizadas em

15 escolas municipais e 4 escolas estaduais. Os temas a serem desenvolvidos por escola foram escolhidos em reunião, onde deveria estar presentes as três vertentes responsáveis: acadêmicos, representante da escola e representante da saúde. Ao todo foram realizadas 12 oficinas sobre sexualidade e saúde reprodutiva, 14 sobre prevenção das DST, HIV e Aids, 12 sobre gêneros, 04 sobre adolescência, juventude e participação, 03 sobre raças e etnias, 01 sobre diversidades sexuais e 11 sobre álcool e outras drogas. Abordando assim todos os temas propostos pelo projeto. O público dominante foram alunos do 7º ao 9º ano do ensino fundamental e duas escolas trabalharam com turma da Educação de Jovens e Adultos (EJA). Observou-se que apenas 9 escolas contaram com o auxílio do profissional da saúde durante suas ações. Em contrapartida, em todas as escolas os profissionais da educação auxiliaram de alguma forma. Somente em 03 escolas houve realização de uma ação coletiva, onde os alunos participantes do projeto demonstraram aos demais alunos da escola o que aprenderam durante o SPE. **CONCLUSÃO:** Pode-se observar que para os acadêmicos o projeto SPE foi um desafio devido algumas dificuldades encontradas, mas serviu para o desenvolvimento, aprimoramento e consolidação de experiências práticas profissionais em cuidado em saúde. O SPE foi desenvolvido conforme as necessidades da escola, e possibilitou a participação efetiva dos adolescentes nas iniciativas referentes à prevenção.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL: SUA IMPORTÂNCIA NO EXERCÍCIO DA DOCÊNCIA EM ENFERMAGEM

Lucimare Ferraz, Alcione Pozzebon, Carine Vendruscolo, Denise Zocche, Daiana Kloh

Palavras-chave: Experiência profissional, Enfermagem, Docência

Este trabalho aborda o processo de ensino-aprendizagem na Enfermagem, tendo por objetivo identificar fatores que influenciam na prática acadêmica do professor enfermeiro. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa enfermeiros que atuam em cursos de graduação de instituições públicas, no município de Chapecó, Santa Catarina. Para a realização deste trabalho foram realizadas entrevistas seguindo um roteiro de questões semiestruturadas com todos os participantes, a saber: quatro professores da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e seis professores da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo. Como resultados, evidenciou-se que os entrevistados consideram a experiência profissional como um fator que influencia fortemente o exercício da docência. Os participantes ressaltam que iniciam a carreira docente muito jovem, logo após sua formação na graduação de enfermagem, e que por isso não têm contato suficiente com a atividade de ser enfermeiro, no sentido assistencial, sendo esse um desafio para realizar o papel de docente. Uma maneira de auxiliar o professor quanto à fragilidade da falta de experiência, citadas por alguns entrevistados, são os estágios de docência no processo de qualificação profissional. Como considerações finais, pontua-se que além da formação pedagógica para o exercício da profissão docente, faz-se necessário que o enfermeiro-professor tenha intimidade (conhecimento) com os serviços de saúde e comunidade, espaços esses de ensino-aprendizagem. Cumpre destacar a relevância desses achados

para a reflexão sobre a importância de processos educativos orientados por uma pedagogia crítica e libertadora, no âmbito da enfermagem.

EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE PRECEPTORES EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA BRASILEIROS: FATORES DE MOTIVAÇÃO E NECESSIDADES DE APOIO

Elaine Franco dos Santos Araujo, Adriana Cavalcanti de Aguiar, Wilson Couto Borges, Denise Espiúca Monteiro, Eliane Beriniqué Braga, Guilherme Canedo Borges

Palavras-chave: Preceptoria, Programas de Residência, Processo de Trabalho

APRESENTAÇÃO: O Estado brasileiro tem avançado no exercício do preceito constitucional da “ordenação da formação” para o Sistema Único de Saúde (SUS) e diversas políticas públicas têm sido formuladas para aproximar os setores Saúde e Educação. Nos últimos anos, o Ministério de Saúde e o Ministério da Educação criaram, em conjunto, programas para promover mudanças no ensino e nas práticas de saúde, como Pró-Saúde, Pet-Saúde, Pró-Residência, PROVAB, para fortalecer a formação de profissionais para atender às necessidades da população brasileira. No entanto, ainda existem alguns nós críticos na implementação de tais políticas e programas, cabendo fortalecer o trabalho de preceptores em programas de residência médica e multiprofissional. Este estudo objetivou contribuir para preencher uma lacuna na literatura brasileira sobre a formação profissional em saúde, investigando programas de residência, com ênfase nas atividades desempenhadas pelos preceptores. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de uma pesquisa com metodologia de investigação quantitativa mediante preenchimento de questionário eletrônico

enviado aos preceptores por email. Participaram 361 preceptores de 62 programas em cinco áreas do conhecimento: Medicina de Família e Comunidade, Médica em Ginecologia e Obstetrícia, Multiprofissional de Saúde da Família, Multiprofissional de Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. **RESULTADOS:** Foram obtidos dados de preceptores nas cinco regiões do país, os dados coletados caracterizam vínculo empregatício, fatores de motivação, mecanismos de apoio à preceptoria e necessidades percebidas pelos preceptores. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo está em fase de consolidação e análise dos dados e permite avançar na discussão das experiências e percepções dos preceptores de programas de residência face às características do processo de trabalho. É grande a responsabilidade das residências como fator de ordenação da formação e a formação especializada adequada agrega qualidade e resolutividade às ações do SUS, por isso, o conhecimento da realidade e das experiências dos preceptores dos programas de residência pode subsidiar a qualificação dos mesmos e potencializar políticas de apoio à atividade de preceptoria.

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR EM SAÚDE: DESAFIOS E OPORTUNIDADES

Maria da Consolação Magalhães Cunha, Natália de Cássia Horta, Tatiana Dias Paulucci, Kênia Lara Silva, Daniel Peixoto de Albuquerque, Barbara B Barcelos, Gabriela C Coutinho

Palavras-chave: Atenção Domiciliar, financiamento, saúde

O Brasil encontra-se em um processo de transição demográfica e epidemiológica, modificando o perfil de saúde da população. O cenário atual exige estratégias mais

complexas de gestão, que promovam um cuidado inovador e uso racional dos recursos de saúde. Historicamente, a Atenção Domiciliar (AD) no Brasil ganha força a partir de 1990, acompanhando uma tendência mundial e é visto como forte aliado no processo de inversão do modelo de saúde vigente. Os serviços de AD surgem como possibilidades de otimização de leitos hospitalares, gestão de pessoas com grande complexidade de condição de saúde, diminuição das intercorrências clínicas, por meio do cuidado continuado no domicílio e redução das infecções hospitalares. Para tanto, é necessário direcionamento de recursos financeiros adequados para a implementação e operação da AD. Esforços do Governo Federal, principalmente nos últimos cinco anos, podem ser identificados neste sentido, sendo ainda pouco conhecidos seus efeitos. A AD é objeto de estudo do projeto intitulado “Atenção domiciliar em saúde: efeitos e movimentos na oferta e demanda no SUS no Estado de Minas Gerais”, pesquisa multicêntrica desenvolvida em parceria com seis universidades do Estado. Trata-se de estudo descritivo-exploratório de abordagem quanti-qualitativa ancorada no referencial teórico-metodológico da dialética. Em particular, este trabalho procurou responder ao objetivo de analisar o financiamento na Atenção Domiciliar em municípios do Estado de Minas Gerais, pela ótica dos coordenadores de programas. Foram incluídos na análise os serviços de Atenção Domiciliar (SAD) implantados ou ampliados a partir do Programa Melhor em Casa do governo federal. Os participantes do estudo foram 19 coordenadores vinculados a 16 SAD. Os dados foram obtidos de entrevistas e submetidos à análise de conteúdo temática. Os resultados permitem a discussão sobre o financiamento do programa, caracterizando os arranjos de custos e recursos envolvidos na AD, incluindo as despesas da família e os itens financiados

pelos programas. Os achados indicam que o financiamento federal constituiu-se como indutor para a AD permitindo sua expansão no Estado. Os recursos do programa viabilizam os serviços, contudo há muitos desafios tais como a necessidade de criar mecanismos de monitoramento e avaliação da AD, incluindo a proposição de indicadores, de controle de materiais e insumos com impacto nos custos e despesas, processo ainda muito frágil. De modo geral, identificou-se que o financiamento é tratado no conjunto da gestão municipal em saúde, sem especificidades para a AD, o que resulta no desconhecimento dos coordenadores sobre os mecanismos de gestão financeira. Um dos aspectos que carece de discussão no campo do financiamento da AD é a transferência de custos para as famílias e cuidadores, tema prioritário para o avanço de oferta com qualidade.

FORMAÇÃO DOCENTE PARA A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO NA ÁREA DA SAÚDE/ ENFERMAGEM: AS LICENCIATURAS EM ENFERMAGEM

Adriana Katia Corrêa, Mara Regina Lemes de Sordi

Palavras-chave: docência, educação profissional, Sistema Único de Saúde

A formação de trabalhadores técnicos de nível médio na área da saúde e, especificamente, na enfermagem, é dimensão prioritária, tendo relação estreita com a intenção de consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir dos preceitos da Reforma Sanitária. Em relação ao contingente profissional que atua na área da saúde, os técnicos de nível médio representam a maioria, com destaque para os trabalhadores da enfermagem. Apesar da relevância quantitativa e qualitativa

que tem a prática desses trabalhadores no SUS, a sua formação, no âmbito das escolas técnicas, é marcada por problemáticas significativas. Uma delas refere-se ao predomínio da atuação de professores na educação profissional em saúde e enfermagem em atividades pontuais, com vínculo empregatício precário, sendo ainda desprovida de formação específica para a docência nessa modalidade de ensino. Essa situação torna-se mais relevante levando-se em conta o incremento de matrículas em cursos de formação técnica em enfermagem na rede privada. Nesse contexto, a área da enfermagem é uma das que oferece cursos de licenciatura em enfermagem para a formação de enfermeiro professor para a educação profissional técnica de nível médio (EPTNM), existindo desde o final da década de 60. O objetivo deste estudo é analisar a conformação dos cursos de licenciatura em enfermagem no Brasil, bem como discutir algumas tensões em relação às intencionalidades, compreensões e modos de organização dessas licenciaturas. Foram analisados projetos político-pedagógicos de 11 cursos de licenciatura em enfermagem oferecidos por universidades públicas, envolvendo todas as regiões do Brasil, exceto norte. Esse número representa 68,75% das licenciaturas em enfermagem da rede pública. Foram feitas algumas aproximações às concepções relacionadas ao campo educacional que sustentam os projetos de formação, bem como à composição curricular no que se refere especificamente às disciplinas específicas do campo de saber da educação, as disciplinas que fazem interface entre o conhecimento específico (composto pelas ciências biológicas e humanas que compõem a formação da área de saúde/enfermagem) e o conhecimento da educação, os estágios curriculares voltados aos cenários da educação, as práticas como componentes curriculares e trabalhos de conclusão de curso. De modo

geral, os cursos têm avanços e limites nessas configurações, tendo em vista os atuais dispositivos político-legais para a formação de professores no Brasil. A partir da conformação geral dos cursos, foram discutidas algumas tensões que envolvem desafios e perspectivas para as licenciaturas em enfermagem, considerando: formação docente “geral” e formação de professor para a “especificidade”, incluindo a tensão bacharelado -licenciatura; atuação profissional: educação profissional - educação básica - outros espaços educativos; formação técnica-formação humana emancipadora. O que está em pauta é a docência na educação profissional em enfermagem e, em última instância, é o SUS que almejamos construir. *Este estudo é parte de pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Doutorado na Faculdade de Educação - UNICAMP, em 2015, com fomento do CNPq. Está ainda inserido no Projeto Pró-Ensino na Saúde - CAPES 2037/2010, desenvolvido na EERP-USP.

FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ (1993-1997)

Taís Bleicher, José Jackson Coelho Sampaio

Palavras-chave: Educação em Saúde, Quixadá, Sistema Único de Saúde

Este trabalho tem como objetivo apresentar as políticas e experiências relacionadas à formação dos profissionais da Saúde do município de Quixadá, no período de 1993 a 1997. Trata-se de um recorte da tese intitulada: “A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica de sistema local de saúde”, realizada na perspectiva da História Oral. Quixadá é um município do Sertão Central cearense, com aproximadamente oitenta mil habitantes, localizado a cento

e cinquenta quilômetros da capital. Para este trabalho, utilizou-se dos seguintes documentos-fonte: entrevista com o ex-prefeito do período mencionado, ex-secretário de Saúde, trabalhadores e usuários do CAPS Geral, livro de atas do CAPS Geral e folders das Jornadas Quixadaenses de Saúde Mental e Cidadania, além dos currículos lattes de trabalhadores e gestores. Este período coincide com a tentativa de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS - no município, a partir da adoção do modelo de gestão semiplena. Para compor o quadro técnico do município, foram convidados profissionais de Saúde de vários estados do Brasil, que tinham sido do movimento estudantil, com forte atuação no processo de reforma sanitária brasileira. A mudança da oferta de serviços em Saúde significava a necessidade de realização de pesquisa epidemiológica, o que não era comum no município. Era preciso formar os pesquisadores para atuar no SUS. O primeiro secretário de Saúde desta gestão, Odorico Monteiro, incentivou os profissionais a se capacitarem, articulando pesquisa e intervenção. O município criou seu próprio programa de residência de Medicina Geral e Comunitária, através da Secretaria Municipal de Saúde. O Centro de Atenção Psicossocial, terceiro do estado do Ceará, já havia sido criado e se tornou um dos campos de estágio. O programa de residência chegou a receber médicos exteriores à rede. O município ofereceu, nos anos de 1995 e 1996, a especialização em Educação Popular em Saúde. Para o nível médio, concomitante à criação do PSF foi oferecido o curso de Auxiliar de Enfermagem, promovido pela Escola de Saúde Pública, que teve como professores os próprios médicos da rede. A capacitação dos trabalhadores se deu de forma intensa nesse período, inclusive com cursos introdutórios. O município recebeu estudantes do Programa Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária - CRUTAC. Além dos

programas de formação oferecidos pelo próprio município, os profissionais foram apoiados quando desejaram realizar pós-graduações em outros programas. Esta política favoreceu uma efetiva modificação na atuação em Saúde do município durante esta gestão. No entanto, a não continuidade das ações nas gestões municipais seguintes e a dispersão dos profissionais do quadro técnico fragilizaram os serviços de Saúde do município, posteriormente.

FORMAÇÃO EM GESTÃO E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ESTUDO SOBRE A OFERTA DE CURSOS NO BRASIL

Maria Luiza Silva Cunha, Virginia Alonso Hortale, Giselle de Oliveira Figueiredo

Palavras-chave: formação profissional, gestão em saúde, Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO: A gestão em saúde tem sido considerada um desafio para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país. Com a descentralização, a adoção de responsabilidades e atribuições referentes à condução da política e gestão do sistema de saúde pelos gestores do SUS envolveu necessidades vinculadas à formação. O objetivo do trabalho é discutir as características da oferta de cursos na área da gestão em saúde no Brasil. **Desenvolvimento:** Foi realizado um mapeamento dos cursos técnicos, de graduação, especialização, mestrado e doutorado em gestão em saúde no Brasil. Sua identificação foi realizada através de pesquisa na internet, utilizando diferentes sites. Os cursos de graduação e especialização foram identificados a partir do Sistema de Regulação do Ensino Superior do Ministério da Educação: <http://emec.mec.gov.br>, no dia 05 de março de 2015. Os cursos de mestrado e doutorado foram identificados a partir do Portal da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível

Superior (CAPES), com acesso no dia 05 de outubro de 2015. Os cursos técnicos foram pesquisados nos sites do MEC e da RET-SUS. **RESULTADOS:** Foram encontrados 180 cursos de graduação em atividade. Neste nível de formação predominam os cursos de Gestão e Administração Hospitalar, que representam 94% do total. São, na maioria, Tecnológicos, na modalidade Presencial (94%) e oferecidos por instituições privadas (98%). Identificou-se 297 cursos de especialização. Em sua grande maioria, estes cursos são oferecidos na modalidade presencial (84%). Dos 47 cursos oferecidos na modalidade à distância, 54% se vinculam à instituições privadas. Em relação ao total de cursos, observou-se o predomínio da oferta na Região Sudeste (40%). Existem 10 cursos de mestrado em gestão em saúde. Destes, 09 são mestrados profissionais. A grande maioria dos cursos de mestrado estão na área da Saúde Coletiva, com 06 cursos. Predomina a oferta em instituições públicas (70%). Dos 10 cursos, 06 são oferecidos em São Paulo. O único curso de doutorado identificado é denominado 'gestão e informática em saúde'. É oferecido por uma instituição pública federal, situada em São Paulo. A formação técnica se caracteriza pela baixa oferta de cursos. Tal fato pode ter relação, entre outros fatores determinantes, com a não inclusão da gestão em saúde entre as áreas técnicas consideradas prioritárias e inseridas no Programa de Profissionalização dos Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde (Profaps), de 2009. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os cursos de gestão em saúde possuem diferentes denominações e se caracterizam pela diversidade. Houve um considerável crescimento desta formação nos últimos anos, especialmente a partir dos anos 2000, demonstrando que a busca de enfrentamento do desafio da gestão do SUS guarda uma relação com iniciativas de formação de seus gestores. Cabe refletir, entretanto, se o atual perfil da oferta de

cursos, principalmente de graduação e especialização, pelo predomínio de cursos na área hospitalar, oferecidos por instituições privadas, impactam na mudança do modelo de atenção pretendida pelo SUS.

FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE. RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA

Sheila Araújo Costa, Paulo Francisco de Castro, Ana Levefre, Ana Cristina Lo Prete, Andreia Ramos do Val, Lidia Ruiz Moreno, Alcira Rivarosa

Palavras-chave: Interdisciplinar, Graduação, Ensino em Saúde, Formação

APRESENTAÇÃO: O Brasil vem passando por diversas transformações econômicas, sociais e ambientais. Essa realidade esta associada ao processo de transição demográfico, epidemiológico e nutricional. O envelhecimento da população, a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, a crescente morbidade da população (PAIM et al 2011). Essa realidade indica necessidade do trabalho em equipe, principalmente quando se envolve a atuação de diferentes profissionais, com diferentes formações acadêmicas, no sentido de complementação e integração, por meio de troca de saberes e práticas, criando-se uma rede de ações técnicas e de atendimento. Batista (2012) afirma que a "Educação Interprofissional" permite uma estreita relação dentro do processo ensino aprendizagem, onde professor e aluno atuam em situações interativas de ensino e aprendizagem. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de uma atividade prática de ensino interdisciplinar na área de saúde. **DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:** A disciplina foi denominada Atividades Acadêmicas Integradas, os alunos envolvidos no projeto de ensino interdisciplinar são do sétimo semestre dos cursos de bacharelado em

Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Psicologia. Organizou-se o agendamento da disciplina no mesmo dia e horário para todas as turmas. As três primeiras aulas aconteciam com todos os alunos e professores para discussão de conceitos como interdisciplinaridade e a articulação das diferentes profissões com saúde integral. Após essa etapa, os alunos foram divididos em novas turmas, com a presença de representantes de todos os cursos em cada uma delas, formando-se assim, novas classes diferentes das originais divididas por seus cursos de origem. Nessas turmas novas houve rodízio entre os professores e todos os discentes assistem às aulas com os professores das diferentes áreas. Como atividade de ensino e de avaliação da disciplina, essas novas turmas foram divididas em grupos e desenvolveram casos clínicos, discutindo as diferentes intervenções na área de saúde com vistas às ações interdisciplinares. RESULTADO: É possível verificar maior interação, maior amadurecimento profissional e técnico entre os alunos dos diferentes cursos, gradativamente cada aluno se apropria do conhecimento geral de cada curso envolvido, sem perder a especificidade da ação técnica de seu curso de origem, dos diferentes saberes com vistas ao atendimento, melhoria da qualidade de vida e acolhimento dos indivíduos que necessitam de atenção diante do sofrimento físico e psicológico dos quadros clínicos apresentados. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Essa disciplina tem se mostrado uma experiência enriquecedora, possibilitando situações interativas entre professores e alunos. Fato que pode ser verificado na qualidade e profundidade dos trabalhos, bem como nos relatos diretos dos alunos que vivenciam tal experiência.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL INTEGRADA AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PERFIL DE CIRURGIÕES-DENTISTAS GRADUADOS PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Juliana Maciel de Souza, Fernando Valentim Bitencourt, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

Palavras-chave: estudantes de odontologia, educação superior em odontologia, educação em odontologia, Sistema Único de Saúde

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) reestruturou seu currículo em 2005, pautando-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e nas políticas de saúde do Brasil, prevendo um ensino mais integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Diante da importância que tem a definição do perfil profissional de egressos para a avaliação dos processos de mudanças curriculares na saúde, esta pesquisa propôs-se a analisar o perfil do estudante do último semestre do curso diurno de Odontologia da UFRGS, no período de 2010 a 2014. Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, cuja coleta de dados foi realizada pela aplicação de questionário semiestruturado incluindo aspectos voltados para: perfil sociodemográfico do estudante; ingresso/percurso/avaliação do curso de Odontologia; pretensão de atuação profissional e realização de pós-graduação após o término do curso. Participaram do estudo 325 estudantes (taxa de resposta de 88,1%). Em sua maioria, esses estudantes são jovens (76,3% entre 21 e 25 anos), mulheres (60,3%), solteiros (96,3%), sem filhos (96,3%), naturais do Rio Grande do Sul (92,3%) e com renda familiar acima de 6 salários mínimos (73%). Não passaram no primeiro vestibular para Odontologia (64,6%) e não iniciaram outro

curso de graduação (82,2%). Não possuem dentista na família (66,2%). Seus pais estão trabalhando (pais: 64,7 e mães: 60,3%) e possuem ensino superior completo (pais: 51,7% e mães: 57,9%). Os principais motivos da opção pela Odontologia foram a realização pessoal/profissional, seguida da segurança e tranquilidade no futuro/posição social e conforto financeiro. Ao término do curso, os estudantes estavam satisfeitos com a escolha profissional (95,1%), nunca realizaram trancamento de matrícula (88%) e não reprovaram (87,1%), demonstrando, assim, um baixo percentual de retenção. O curso foi avaliado como bom ou ótimo (93,8%) e seu tempo de duração de 10 semestres foi considerado adequado (82,7%). Os estudantes pretendem trabalhar aliando setor público e privado (50,5%). Quando perguntados se atuariam em uma equipe da Estratégia Saúde da Família, 52,3% responderam que sim, observando-se um aumento dessa resposta por turma no período avaliado. Pretendem continuar se atualizando após a graduação (96%), realizando especialização (52,6%), mestrado e doutorado (20%) no prazo de até 1 ano após a formatura (58,8%). Os resultados encontrados permitiram analisar o perfil do profissional que está sendo formado em Odontologia pela UFRGS, destacando que mais da metade dos estudantes considerou a Estratégia Saúde da Família como possível espaço de atuação profissional, o que pode refletir as transformações ocorridas no ensino superior a partir das DCN e a expansão do mercado de trabalho para a saúde bucal no serviço público. Recomenda-se a continuidade do acompanhamento do perfil dos estudantes em Odontologia, avaliando a inserção das políticas públicas e dos princípios do SUS no currículo da graduação.

FREQUÊNCIA DA ATIVIDADE SEXUAL ANTES E APÓS O DIAGNÓSTICO POSITIVO DO HIV

Thaisa Negreiros de Melo T, Daniella Pontes Matos, Yann Victor Oliveira Marques, Ingrid Geovanna Bezerra Pinheiro, Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos, Claudia Regina de Andrade Arrais Rosa, Kayro Hairy Arrais Silva, Antonia Iracilda Silva Viana

Palavras-chave: Sexualidade, HIV, Atividade sexual

A sexualidade de indivíduos vivendo com o HIV é uma questão que só recentemente foi considerada relevante para um cuidado holístico e inserida como aspecto essencial no eixo qualidade de vida. Estudos têm apontado que a vivência da sexualidade de pessoas após a confirmação diagnóstica da infecção pelo HIV pode provocar ansiedade nestas, em decorrência da preocupação em serem protagonistas de novas infecções ou com a consternação consequente da possível rejeição e discriminação. Pouco se discute sobre os benefícios da sexualidade, da sua extensão amorosa, dos desejos, da intimidade. A literatura sobre prevenção costuma abordar o risco que “positivos” significam para “negativos” e é pequena a literatura sobre sexualidade. Nesse quadro, mostra-se necessário conhecer a vivência da sexualidade das pessoas com sorologia positiva para o HIV a fim de possibilitar à criação de estratégias que visem minimizar os prejuízos à vida sexual. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi identificar a frequência sexual antes e após o diagnóstico positivo para o HIV. Estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado pelo projeto de extensão da Universidade Federal do Maranhão, intitulado: Sexualidade dos pacientes infectados pelo HIV/AIDS, no Centro de Atenção Especializada em HIV/AIDS do Município de Imperatriz-MA. A

amostra compreendeu 69 pacientes, sendo 36 mulheres e 33 homens. A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário com perguntas fechadas e semiabertas no período de janeiro a maio de 2015. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes de responder o questionário. Este buscou caracterizar a amostra concernente a aspectos sociodemográficos, econômico, e sobre a vivência da sexualidade. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Tocantins com parecer de número 105/2014. Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel®, versão 2010, e calculado a frequência e porcentagem. Dos participantes, 79,71% apresentaram idade de 15 a 46 anos, 31,9% constituíam pessoas com ensino fundamental, 33,3% com ensino médio, 42,02% eram solteiras e 20,30% casadas, 57,97% possuíam renda de um salário mínimo. Quanto à frequência sexual antes da descoberta do diagnóstico positivo para o HIV, 50,72% dos entrevistados tinham relações sexuais de 1 a 3 vezes por semana, 21,73% a cada 15 dias, 20,30% 1 vez por mês, 1,45% mais de 1 vez por mês e 5,80% mais de 3 vezes por mês. Após a confirmação da sorologia positiva para o HIV 33,33% relataram ter relações de 1 a 3 vezes por semana, 20,30% de 15 em 15 dias, 30,43% 1 vez por mês, 2,90% mais de 1 vez por mês, 1,44% mais de 3 vezes por mês e 11,60% informaram abstinência sexual. Portanto, é possível perceber que após o conhecimento da infecção pelo HIV, a vivência da sexualidade pode sofrer alterações como mostram os dados, e o que outros estudos também já revelaram, fortalecendo dessa maneira a nítida necessidade da realização de educação em saúde sobre essa temática, e ainda a elaboração de políticas que englobem essa questão com o objetivo de levar os pacientes a viverem plenamente a sua sexualidade.

GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE SOB A ÓTICA ESTUDANTIL: FORMAÇÃO PARA O SUS

Douglas Marcos Pereira de Paula, Adriane Vieira, Cristianne Maria Famer Rocha

Palavras-chave: Formação em Saúde, Saúde Coletiva, Educação em Saúde

APRESENTAÇÃO: A história da formação superior em saúde no Brasil data da chegada da Família Real Portuguesa em 1808 e, desde esta época, houve diversas mudanças nas graduações em saúde. O Relatório Flexner, publicado no início do século XX, nos Estados Unidos da América, ditou regras sobre a formação em saúde e o hospital passou a ser o centro da atenção ideal para o ensino em muitos países, inclusive no Brasil. Com as lutas da Reforma Sanitária Brasileira, no final do século passado, a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado, consolidando-se na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No início dos anos 2000, foram criados novos cursos de graduação em saúde, que objetivam a formação de sanitaristas para atuação no SUS. Utilizando dessa premissa e na oportunidade de realizar o Trabalho de Conclusão de Curso, pretende-se com este estudo, analisar sob a ótica do estudante, a formação para o SUS do Curso de Gestão de Serviços de Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). **METODOLOGIA:** Para responder o objetivo deste estudo, foi utilizada a abordagem qualitativa ancorada pelo Estudo de Caso como método. Como instrumento de coleta de dados, a técnica de grupo focal. Dessa forma, foi prevista a realização de três grupos focais com estudantes a partir do segundo período do Curso, que debaterão acerca de suas perspectivas sobre sua formação de acordo com um roteiro de questões abertas. Para disparar as discussões dos grupos, está sendo utilizado o jogo de tabuleiro IN.DICA.

SUS, que aborda questões relacionadas à gestão do sistema nacional de saúde brasileiro, tanto para o ensino-aprendizagem como para avaliação do conhecimento. Para a análise dos dados coletados, está sendo utilizada a técnica de Análise de Conteúdo. **RESULTADOS:** Para desenhar este estudo, foi feita uma revisão da literatura acerca da formação em saúde alinhada às novas graduações em saúde e uma análise documental do curso de Gestão de Serviços de Saúde. O Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso em estudo descreve, em vários momentos, explícitos ou implícitos, uma formação para o SUS. Contudo, ao discriminar as disciplinas que compõem a Matriz Curricular e o ementário, não há menção dos propósitos do Movimento Sanitário e Educação Permanente em Saúde, importantes para corroborar com a mudança de paradigmas acerca do ensino em saúde. Chamou atenção também a ausência do estudante como centro dessa formação, onde é considerado as experiências comunitárias, metodologias ativas de aprendizagem, a educação popular em saúde encontradas, por exemplo em outros PPP's das novas graduações em saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Espera-se que esta pesquisa fomente o debate sobre a formação em saúde no Curso analisado e que sirva de aporte científico para (re) avaliar tanto o Projeto Político Pedagógico desse Curso, quanto os seus componentes curriculares, de acordo com as novas Diretrizes Nacionais dos Cursos da área da Saúde Coletiva, se conveniente for, considerando o estudante protagonista na sua formação.

HUMANIZAÇÃO E FORMAÇÃO EM SAÚDE: SABERES E PRÁTICAS DE PARTICIPANTES DO PET-SAÚDE NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Margarida Maria Benevides Medeiros

Palavras-chave: Educação Superior, Humanização, Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde, Integração Docente-Assistencial, Saúde

Este estudo objetiva analisar como ocorre a inserção da humanização na formação dos alunos participantes do PET – Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), na perspectiva da articulação ensino-serviço-comunidade. É um estudo de caso com abordagem qualitativa, desenvolvido junto aos participantes do PET-Saúde Fortalecendo a Rede de Assistência à Saúde da Gestante e da Criança em Maracanaú, perfazendo um total de 13 sujeitos. Os instrumentos de coleta de dados a entrevista semiestruturada e o grupo focal. Os dados foram examinados com base na Análise de Conteúdo, numa perspectiva crítico-reflexiva. Os resultados evidenciaram a pluralidade de percepções sobre a humanização, o que denota a polissemia deste termo. Os entrevistados entendem a humanização como integrante das relações intersubjetivas no âmbito do trabalho em saúde mediante uma relação profissional-usuário sinalizando interface com a integralidade. Embora problematizem a humanização em saúde, por a entenderem como intrínseca à natureza do humano. No âmbito específico da formação em saúde, apontam que a inserção da humanização na graduação se dá modo heterogêneo nos distintos cursos, em que na Medicina e na Enfermagem há aparentemente maior inclusão na matriz curricular, sendo que Biologia e Medicina Veterinária, por exemplo, ainda não incluíram a humanização na matriz curricular. No âmbito das práticas formativas desenvolvidas, apontam o desenvolvimento de grupos de discussão sobre a humanização e a mudança nos serviços de saúde por meio da implementação de princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização. Por outro lado, ocorreu fragilidade na integração ensino-serviços, expressa na baixa inserção

dos monitores nas unidades de saúde, limitando a formação pelo trabalho, bem como a possibilidade de mudanças do modelo de atenção fomentada pelas contribuições da Universidade. Contudo, o PET-Saúde se mostrou como espaço de formação sobre humanização, com potência para a reorientação da formação em saúde, por meio da inclusão da temática em questão. Por fim, entende-se que para consolidar o PET-Saúde e reafirmá-lo como campo fértil para a entrada dos estudos sobre humanidades em saúde, recomenda-se: uma ação político-administrativa das instâncias governamentais competentes e das instituições formadoras no sentido de consolidar o PET-Saúde como estratégia para efetivar a reorientação da formação em saúde, principalmente fortalecendo a integração ensino-serviço; a inserção da humanização no projeto político pedagógico de todos os cursos da saúde da Universidade Estadual do Ceará, de forma abrangente; a inserção de conteúdos referentes à humanização e sua política no projeto pedagógico do PET-Saúde como contribuição para a formação humanística dos monitores e, concomitantemente, promover ações humanizadas nos serviços; formação pedagógica e educação permanente para preceptores, incluindo a humanização em saúde, com vistas à qualificação das práticas de saúde em seus locais de trabalho.

IANDE GUATÁ: REFLEXÕES SOBRE OS DIÁLOGOS DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Willian Fernandes Luna, Aline Barreto de Almeida

Palavras-chave: saúde de populações indígenas, extensão comunitária, educação médica

APRESENTAÇÃO: Esta pesquisa teve como objetivo avaliar os aprendizados construídos

pelos participantes do Projeto de Extensão landéGuatá, desenvolvido durante dois anos em uma faculdade de medicina da Paraíba. Este Projeto busca permitir o contato entre indígenas e estudantes, propiciando que sejam realizadas vivências dialógicas a partir de princípios da educação popular em saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A pesquisa foi realizada durante o ano de 2015 e buscou identificar quais foram os aprendizados desenvolvidos na construção do Projeto de Extensão, bem como competências dos estudantes de medicina desenvolvidas na extensão, além das dificuldades enfrentadas e estratégias de superação. Para a compreensão do campo-tema optou-se por desenvolver uma pesquisa com abordagem qualitativa, com utilização da técnica de Roda de Conversa como procedimento metodológico. Foi realizada uma Roda de Conversa com os 13 participantes, sendo as falas gravadas em áudio e depois transcritas. Foi realizada análise de conteúdo dos materiais, buscando se inicialmente avaliar quanto à sua qualidade e suficiência. **RESULTADOS:** Com esta avaliação, compreendemos que os aprendizados foram desenvolvidos na construção e desenvolvimento deste Projeto, possibilitando que os estudantes pudessem exercer a autonomia e capacidade de liderança, bem como a habilidade do diálogo. No contato com os indígenas, puderam exercitar as competências culturais para lidar com uma comunidade com costumes e tradições diferentes das que estão inseridos no cotidiano, favorecendo o respeito ao diferente, bem como a quebra de preconceitos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A extensão universitária pode ser um espaço interessante para o desenvolvimento de competências e habilidades pelo estudante, possibilitando repensar as estratégias utilizadas para a formação mais qualificada e responsável do futuro médico, discutindo-se os limites e as possibilidades da atuação com comunidades indígenas.

IMERSÃO DE ACS: ORIENTAÇÃO E FACILITAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

Vanessa Rocha Sbizzaro, Alessandra Carvalho, Iere Silva Rodrigues, Dayana Silva Oliveira, Adriana Machado Marega, Thaís Pola

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que residem na área onde atuam e são o elo entre a população e a Unidade Básica de Saúde (UBS). Atualmente, o Brasil conta com 263.541 ACS. A imersão de ACS é uma estratégia de Educação Permanente Saúde (EPS), que trata das cenas (vivências), dos cenários (territórios) e das práticas (processos) dos agentes comunitários de saúde no mundo do trabalho. O objetivo deste trabalho é apresentar a experiência de ação educativa realizada com os ACS pela educação permanente da APS Santa Marcelina, bem como avaliar as ações realizadas durante os meses de agosto, setembro e outubro de 2015. Esta estratégia iniciou em Janeiro de 2014 e foi realizada mensalmente mediante contratação dos ACS em até um mês. A imersão desenvolvida no período deste trabalho foi realizada em 8 horas, abordando temas pertinentes ao processo de trabalho, como: história e papel do ACS na Atenção Primária à Saúde (APS), território e redes de apoio, abordagem em visita domiciliar, postura e ética profissional, humanização e habilidade técnica acerca dos instrumentos de trabalho. Foi desenvolvida a partir de metodologia problematizadora através de dinâmicas, vídeos, roda de conversa e discussão de casos. Para avaliação do processo, foi aplicado pré e pós teste quantitativo para avaliar o conhecimento adquirido e uma avaliação quanti-qualitativa relacionada a metodologia e satisfação. Quanto aos testes quantitativos aplicados, verificou-se no pré-teste 37,5% de acertos

e no pós-teste 59,16%, constatando maior aquisição de conhecimento após a capacitação. De acordo com as avaliações aplicadas, verificamos que a metodologia problematizadora e voltada à realidade dos ACS contribui para o aprendizado e para o fortalecimento das ações no cotidiano do trabalho. Percebemos uma boa aceitação, participação e interação dos ACS na imersão e os profissionais se mostraram a vontade para sanar suas dúvidas com relação ao processo de trabalho. Até o momento, a metodologia desta estratégia tem se mostrado satisfatória para este público. Diante das avaliações, concluímos que é uma ação educativa que se faz necessária, visto que o ACS não apresenta uma formação técnica e nem existe um curso que o capacite para inserção no processo de trabalho.

IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL EM PRIMEIROS SOCORROS SOBRE O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS E ACADÊMICOS DE SAÚDE EM RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR-RCP

Rodrigo Santos da Silva, Maria Teresa Brito Mariotti de Santana

Palavras-chave: medicina de urgência, Ressuscitação Cardiopulmonar

Os agravos de saúde por doenças crônicas, os traumas por causa externa em decorrência da violência urbana (agressão, assassinato e suicídio) e os acidentes, são eventos da vida cotidiana que não esperam hora e lugar para acontecer e podem ocasionar uma parada cardiorrespiratória (PCR). Os consensos das associações nacionais e internacionais de emergência e urgência são unânimes em alertar sobre a necessidade de treinamentos, para que pessoas leigas consigam realizar as manobras de

ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com o uso do Desfibrilador Externo automático (DEA), com segurança para si mesmo e para à vítima, até a chegada de ajuda profissional qualificada. Nesse sentido foi implantado o curso de extensão universitária de Educação em Primeiros Socorros com Suporte Básico de Vida, oferecido trimestralmente, pela Escola de Enfermagem e os certificados emitidos pela Pró-reitoria de Extensão da UFBA. O presente estudo busca verificar o impacto do curso de Primeiro Socorros com Suporte Básico de Vida – SBV no nível grupal pré-treinamento e pós-treinamento em ressuscitação cardiopulmonar (RCP) através da aplicação de questionário estruturado com seis questões de múltipla escolha com apenas uma das alternativas correta aplicado imediatamente antes e após de ministrada a aula. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório. A coleta foi realizada no banco de dados organizado para a verificação de aprendizagem dos participantes matriculados no curso realizado no período de 07/2013 – 08/2014. O processamento foi conduzido pelo software SPSS 17.0. Análises dos dados são apresentadas a partir das frequências de acertos com valores absolutos e relativos seguidas com suas respectivas medidas de dispersões do número de acertos. Realizaram o teste 139 participantes. Registra-se as características sócias demográficas com predomínio das mulheres 105 (75,5%), idade média de 28 anos, cor predominante autodeclarada da raça parda 73 (53,3%) e negra 38 (27,7%), com níveis de escolaridade de 2^o grau completo (52,5%), quanto ao sítio ocupacional à maioria é de estudantes (63,4%). Os participantes melhoraram o nível de conhecimento sobre as manobras de ressuscitação cardiopulmonar, considerando a média da frequência de acertos, entre os momentos antes e depois do curso: nos pré-testes obteve-se 33,1%, enquanto que nos pós-testes foi

de 50,13% do número de acertos, tivemos uma média 3,39 questões acertadas no pré-teste (considerando seis como número total de questões), com mediana e moda de 3 questões com desvio padrão de 1,629 e variância 2,654, enquanto que nos pós-testes obtivemos uma média e mediana de 5 acertos do número total de questões, com 6 questões em moda, obtivemos um desvio padrão de 1,267 e variância de 1,606 sobre o número de acertos. Como observações principais: ampliação de ações educativas continuadas como essas podem contribuir no futuro para melhorar as condutas e manejo da PCR/RCP entre pessoas leigas, profissionais e estudante; diante dos resultados elementares desse estudo empírico, fundamentado na experiência da ação educacional recomenda-se a formulação de pesquisas com base na dedução lógica.

IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA MÉDICOS DE FAMÍLIA SOB A PERSPECTIVA DA GESTÃO: DESAFIOS E LIÇÕES APRENDIDAS

Lucília Nunes de Assis, Marilene Barros de Melo, Luciana Souza D'ávila, Fernanda Jorge Maciel, Thais Lacerda e Silva

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Educação Médica, Estratégia de Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde, como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, impõe novos desafios à formação dos profissionais de saúde. Neste contexto, um estado da região Sudeste desenvolveu o Programa de Educação Permanente (PEP) para médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF). Tinha como objetivo inicial aprimorar as habilidades clínicas e

contribuir para a redução da rotatividade de médicos que atuam na ESF, por meio de atividades embasadas na Aprendizagem de Adultos e no ensino problematizador. Este trabalho analisou a implementação do PEP identificando suas possibilidades, estratégias e desafios sob o ponto de vista dos coordenadores do Programa nas instituições de ensino, dos gestores municipais e regionais. Este estudo de caráter qualitativo realizou 34 entrevistas semi-estruturadas com os coordenadores das regiões ampliadas de saúde, os gestores responsáveis pelo PEP em Superintendências ou Gerências Regionais de Saúde e coordenadores municipais da Atenção Primária em Saúde. Paralelamente, realizou-se a análise do relatório de gestão do PEP, referente ao período de 2013-2014. A partir da Análise de Conteúdo apreenderam-se as seguintes categorias: Implementação do PEP nos Municípios, Práticas Pedagógicas no PEP e a Adesão dos Médicos ao PEP. A implementação do PEP pela gestão estadual se constituiu com base na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, na perspectiva da integração ensino-serviço. O programa era executado por escolas de medicina, com apoio das unidades regionais de saúde e da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Coube à Secretaria de Saúde do Estado (SES) o financiamento do programa. Enquanto que, os municípios eram responsáveis pela liberação dos médicos e a disponibilização de espaço físico para os encontros do grupo. As práticas pedagógicas do PEP dos GAP, integrados por 8 a 12 médicos da ESF, realizados em municípios sede, com quatro estratégias educacionais: Plano de Desenvolvimento Profissional, Módulos de Capacitação, Treinamento de Habilidades Clínicas e Ciclo de Aperfeiçoamento de Prática Profissional. Além de reuniões periódicas de monitoramento entre as instituições de ensino e referências das unidades

regionais de saúde. A Adesão dos Médicos estava relacionada às questões como: infraestrutura, acesso às atividades do programa, alimentação, exigência de produtividade, múltiplas jornadas de trabalho, resistência à metodologia do PEP, remuneração, apoio da equipe de saúde, relação dos temas abordados à realidade laboral, rotatividade dos médicos caracterizados como recém-formados ou em fase de aposentadoria. Conclui-se que é necessário repensar o PEP em sua dimensão técnico-ético-política, adotando o referencial teórico da Educação Permanente em Saúde em sua completude. E, nesta perspectiva, consiga articular os diversos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença-cuidado e cumprir seus pressupostos de qualificar os profissionais de saúde visando ações e serviços de saúde mais fidedignos à realidade local.

INTEGRAÇÃO DA GENÉTICA MÉDICA COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA MULTIFACETADA DE SUPORTE (PROJETO ALÔ GENÉTICA)

Franciele dos Santos Maciel, Taiane Alves Vieira, Roberto Giugliani

APRESENTAÇÃO: A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser objeto de estratégias e ações que busquem fortalecer a rede de saúde, especialmente na prevenção de agravos e a realização de encaminhamentos adequados. Assim, torna-se um campo essencial para a assistência às pessoas com doenças genéticas ou famílias em risco genético. Objetivo: implementar o Projeto Alô Genética, aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o número 12-0244, como uma estratégia de suporte continuado aos profissionais da APS em relação à Genética Médica. Métodos: o Projeto foi amplamente divulgado nos municípios do Rio Grande do Sul (RS) por via eletrônica e também por material impresso

encaminhado às Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Porto Alegre. Foi disponibilizada uma linha 0800 e e-mail como via de contato entre os profissionais da APS e geneticistas. Quando recebida uma demanda, esta foi devidamente registrada através de uma ficha de atendimento, sendo avaliada e direcionada ao geneticista especialista da área afim e retornando o relatório de atendimento ao demandante. Resultados: foram realizados 17 atendimentos. As especialidades demandantes foram, na maioria, medicina (78%), mas também enfermagem, psicologia e fonoaudiologia. O tempo de resposta de 7 dias úteis foi respeitado na grande maioria dos casos (85%). As principais demandas foram relacionadas à discussão de casos clínicos, tais como Síndrome de Klinefelter (SK), Síndrome do X-Frágil (SXF), Síndrome de Rubinstein Taybi, doença de Chacot-Marie-Tooth (CMT), Neuroblastoma, Doença de Machado-Joseph, além de informações sobre outras condições genéticas. A origem das demandas foi predominantemente de Porto Alegre (85%), mas também do interior do Rio Grande do Sul e de outro Estado. Conclusão: o Projeto Alô Genética possibilitou uma aproximação da APS com a Genética Médica. Porém, ainda é necessário o alcance da rede de atendimento à saúde, onde a APS esteja ciente do fluxo de funcionamento do Projeto, e o tenha como uma referência para auxílio das demandas relacionadas às condições geneticamente determinadas que acometem as comunidades adstritas às UBS.

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA ESCOLA TÉCNICA DO SUS/ RN: UM ESTUDO DE CASO

Flávia Andréa Belarmino de Medeiros, Marise Nogueira Ramos

Palavras-chave: educação profissional, integração ensino-serviço, educação permanente

Este trabalho é objeto de pesquisa do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, realizado na Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio-FIOCRUZ. Tem como objetivo compreender quais as possibilidades e os limites de o estágio curricular se constituir como uma estratégia para a articulação entre escola, serviço e gestão de saúde na perspectiva da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A integração ensino-serviço é uma estratégia que se dá a partir de um trabalho coletivo entre os atores envolvidos no processo de formação, visando tanto à qualidade da formação profissional, como à melhoria da atenção a saúde desenvolvida no interior dos postos de trabalho. A Escola Técnica do SUS- Rio Grande do Norte está oferecendo cinco turmas do Curso Técnico em Análises Clínicas. Para análise do objeto, o estudo se dará mediante recursos analíticos através da pesquisa qualitativa, integrando-os ao instrumental da quantificação. Serão utilizados como sujeitos da pesquisa os integrantes dos três segmentos: ensino, serviços de saúde e gestão, que estão envolvidos na organização político-pedagógica para o estágio curricular dos alunos do Curso técnico em Análises Clínicas. Serão utilizadas três técnicas de coletas de dados: levantamento quantitativo do número de turmas e alunos formandos; análise documental e a realização de entrevistas. Com isto, ao final da pesquisa, os achados podem contribuir para uma melhor compreensão de como o estágio curricular pode se constituir como uma estratégia para a articulação entre escola, serviço e gestão de saúde na perspectiva da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para formação dos nossos profissionais da saúde de nível médio.

INTERDISCIPLINARIDADE COMO FERRAMENTA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Marisa Aparecida da Silva, Elenice Salette Farsen, Gislaine Vieira Damiani

Palavras-chave: Saúde, interdisciplinaridade, educação

O trabalho Interdisciplinaridade como ferramenta para promoção de saúde visa apresentar algumas considerações no que tange à aplicação de atividades específicas – visando uma perspectiva de educação humanizadora e transformadora – que tiveram como objetivo eliminar preconceitos e contribuir na formação integral dos discentes. Ademais, comprometidas com a construção de valores e atitudes, práticas que ampliaram conhecimentos sobre sexualidade, ambiente e saúde, objetivando criar condições para que o adolescente pudesse fazer suas escolhas de maneira consciente e responsável. Com esse intuito, uma professora da área de Ciências da Saúde e a pedagoga do Instituto Federal do Paraná (IFPR), e uma enfermeira da Secretaria de Saúde do município de Jaguariaíva – PR criaram parcerias para desenvolver estratégias diversificadas de educação que contemplassem tais questões. Para tanto, foi desenvolvido um cronograma com atividades transdisciplinares, abrangendo conteúdos de diferentes áreas do conhecimento com a intenção de promover educação em saúde, ambiental e social. Detectadas as necessidades de orientações sobre os seguintes temas: gravidez na adolescência, drogadição, valorização da pessoa idoso e ainda, impacto dos indicadores sociais na saúde da população. Foram promovidas discussões orientadas, em formato de “rodas de conversa”, com profissionais de diferentes áreas e coordenadas pela professora e pedagoga do IFPR, nas quais pode-se considerar, dentre tantas outras questões pertinentes, que

a interdisciplinaridade é uma ferramenta poderosa para ampliar a visão do aluno em relação a sua saúde e da comunidade escolar. * Pedagoga; Especialização em Matemática; Unimar; Rodovia PR 151 km 23, Jaguariaíva - PR; marisa.silva@ifpr.edu.br ** Enfermeira; Secretaria de Saúde *** Docente; PhD em Ciências da Saúde.

INTERFACES ENTRE O ENSINO DE GRADUAÇÃO E A FORMAÇÃO NO/PARA O SUS: EXPERIÊNCIAS DE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Deíse Moura de Oliveira, Milleny Tosatti Aleixo, Ariana Colombari de Godoi Floresta, Érika Andrade e Silva, Erica Toledo de Mendonça

Palavras-chave: Educação em Enfermagem, Sistema Único de Saúde, Pesquisa qualitativa

INTRODUÇÃO: o processo de formação do enfermeiro tem passado por sucessivas modificações ao longo dos anos, buscando acompanhar as mudanças referentes à consolidação de um novo sistema de saúde, pautado nos princípios da equidade, universalidade e integralidade. Nesta perspectiva, para responder às necessidades postas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) o ensino em saúde, incluindo o da Enfermagem, precisa assentar-se no Modelo de Produção social da Saúde, em caráter substitutivo ao Modelo Flexneriano. Isso denota a importância de investigações que se debrucem sobre o processo de formação do enfermeiro e a relação deste com a possibilidade de formar profissionais de saúde capazes de responder às necessidades do SUS. Nesta perspectiva, o presente estudo teve como objetivo identificar a formação no/para o SUS a partir da experiência de estudantes de graduação em Enfermagem. MÉTODO: Pesquisa qualitativa realizada com 11 estudantes

do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu através de entrevista, com questões abertas, nos meses de março a maio de 2015. Os dados foram analisados à luz de Bardin, sendo interpretados e discutidos em consonância com a literatura pertinente à temática. Cabe ressaltar que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, inscrito sob o Parecer nº. 909.697. RESULTADOS: os estudantes conseguem perceber através de disciplinas curriculares que a formação para o contexto do SUS perpassa a graduação em Enfermagem. Além das aulas teóricas e práticas, pontuam o estágio como campos enriquecedores para a aprendizagem do/no SUS. No tocante às experiências que traduziram para os participantes como espaços formativos para/no sistema de saúde, pontuaram expressivamente as visitas domiciliares e as atividades de educação em saúde, em especial grupos educativos, por meio dos quais conseguem estabelecer uma aproximação com as necessidades da comunidade, atuando sobre os determinantes sociais da saúde inscritos no contexto sócio-histórico-ambiental em que esta vive. Além do componente curricular há que se destacar as atividades extracurriculares, como projetos de ensino, extensão e pesquisa, considerados elementos essenciais para a articulação da instituição formadora com o serviço público de saúde. Os participantes do presente estudo se julgam preparados para atuar com competência no contexto do SUS, uma vez que a experiência da graduação oportunizou a imersão dos mesmos em diversos contextos assistenciais inscritos no sistema de saúde brasileiro. CONSIDERAÇÕES FINAIS: os achados apontam que a graduação em enfermagem no cenário estudado tem avançado na direção de

formar sujeitos para atuar no SUS. Isso reafirma uma necessidade contínua de se redesenhar as matrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde, de modo que atendam concomitantemente às necessidades do SUS e as do processo de formação em saúde.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR TRANSTORNOS AFETIVOS EM SALVADOR: UMA ANÁLISE DO PERÍODO DE 2010 A 2015

Maiana Taís Oliveira Vitória, Célia Maria Sales

Palavras-chave: Internação hospitalar, transtornos afetivos

APRESENTAÇÃO: Há no processo do adoecimento mental, uma superposição e persistência de sintomas cuja ocorrência é considerada alta não somente no Brasil, mas no mundo inteiro, com importante predominância para os transtornos afetivos e comportamentais, que levam a frequente agravamento do quadro e consequentes internações hospitalares por aspectos relacionais diversificados. Avanços na área da saúde mental têm sido considerados insuficientes para o equilíbrio e a ressocialização inerentes ao ser humano com transtornos mentais ainda intitulado pela sociedade como “louco”. O presente estudo objetiva analisar as internações por transtornos afetivos em Salvador no período de 2010 a 2015, verificar se existe predominância de algum tipo específico de transtorno afetivo em internações hospitalares e se existe associação entre transtornos afetivos e internação hospitalar. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e analítico, de série temporal, utilizando-se dados secundários e primários, através da literatura científica e do Departamento de Informática do

Sistema Único de Saúde (DATASUS), destacando o Sistema de Informações sobre Autorizações de Internações Hospitalares (SIH-SUS). A coleta de dados ocorreu nos meses de março a junho de 2015, por consulta a artigos publicados em periódicos nacionais e indexados na base eletrônica de dados LILACS, que compõe parte do acervo da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os descritores utilizados na busca eletrônica foram “internação hospitalar e transtornos afetivos”. Foram encontrados inicialmente 5.446 artigos dos últimos 05 anos, sendo avaliados e pré-selecionados, conforme os critérios de inclusão estabelecidos, obtendo-se a mostra do estudo. Verificou-se predominância de artigos nos idiomas inglês e alemão, sendo incluídos aqueles publicados pós-lei 10.216/01 - a qual trata dos direitos dos portadores de transtornos mentais, inclusive questões relacionadas a internações hospitalares. RESULTADOS: A escassez de temas específicos sobre o assunto é o primeiro indicativo de que essa questão tem sido pouco discutida não só através da literatura científica, mas pouco destacada em banco de dados conhecidos. Conclui-se que, ainda predominam nas internações hospitalares por transtornos mentais e comportamentais de diversas ordens, frequentes internações por aspectos relacionais principalmente ligados a perspectivas efêmeras para autonomia do sujeito, tornando dificultosa a sua reintegração à família, comunidade e sociedade devido a um estigma histórico de exclusão social que o acompanha. Dessa forma, destaca-se a necessidade de uma atenção integral e uma rede articulada capaz de assegurar a efetiva promoção da saúde garantindo assim a visível possibilidade de melhora ao sofrimento psíquico. Nessa perspectiva vislumbra-se que modelos preconizados através das políticas públicas de saúde devam buscar o horizonte para além dos muros dos internamentos,

não somente dos serviços intitulados substitutivos, mas além da predominância apenas mental, mas sobretudo sócio-econômico-cultural, ressaltando-se a necessidade de realização de cursos de capacitação para profissionais de saúde e ainda a explanação de informações gerais à população, visando a aplicação adequada de estratégias que possam buscar respostas mais apuradas para melhor atenção ao problema da “loucura”.

INTERNACIONALIZAÇÃO DO ENSINO SUPERIOR E AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO PRIVADO NO BRASIL

Maria Elizabeth Guazelli, Camila Sotelo Raimundo, Deborah Varjabedian, Marco Akerman

Nos últimos vinte anos o ensino superior vem passando por enormes transformações; as premissas teóricas que guiam essas modificações apóiam-se na necessidade de desenvolver competências e habilidades, de viabilizar ao estudante universitário o protagonismo do processo da aprendizagem, valorizando as metodologias ativas, e dirige o processo de aprendizagem para capacitar a solução de problemas, priorizando a profissionalização. Para buscar alcançar esse novo conjunto de diretrizes faz-se necessário conceber uma nova concepção curricular e estratégica dos diferentes cursos superiores, particularmente na área de saúde, uma vez que esses cursos precisam atender às demandas do Sistema Único de Saúde. A implementação de novas grades curriculares dos cursos de saúde, em especial nas universidades privadas, é uma tarefa complexa. Ocupando espaço importante na formação profissional do ponto de vista qualitativo, as concepções pedagógicas nestas instituições obedecem à economia do conhecimento, sendo fortemente influenciadas pela internacionalização da

educação e pelos desígnios do mercado. Essa lógica, crescente entre as instituições de ensino superior no Brasil, influencia não só os princípios de concepção e de implementação de modelos curriculares, mas também as estratégias e instrumentais pedagógicos e as relações docente-discente-instituição de ensino-população. Esse artigo pretende discutir alguns dos aspectos históricos e contemporâneos envolvidos na concepção da Universidade no Brasil e alguns dos impactos determinados pela internacionalização da educação superior. Observamos que, no processo de internacionalização da educação superior, a universidade privada brasileira experimenta uma relação assimétrica com os países centrais, ocupando uma posição subalterna, submetendo-se às decisões das corporações transnacionais.

INTERVENÇÃO NUTRICIONAL NO AMBIENTE ESCOLAR NO CENTRO-SUL PIAUIENSE

Mariane Alves de Sousa, Antônio Carlos Gonçalves de Carvalho, Márcia Nogueira Lino, Lindalva de Moura Rocha, Carlos Eduardo Nunes, Jairton de Moura Alencar, Danielle de Sousa Leal, Eduardo Carvalho de Souza

APRESENTAÇÃO: A escola caracteriza-se como um ambiente indicado para o desenvolvimento do aprendizado, além de ser um importante e influente local de formação e criação de hábitos alimentares saudáveis. Nesse ambiente, o acesso aos alimentos pode ocorrer por meio de fontes diversas, tais como as cantinas escolares, as quais devem ser a porta principal para o planejamento de ações e estratégias de educação nutricional para a promoção da alimentação saudável, uma vez que é nesse local que a prática alimentar é

efetuada rotineiramente. Objetivou-se com o presente estudo verificar o estado nutricional e a intervenção nutricional no ambiente escolar para a promoção da alimentação saudável. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa que foi realizada na Unidade Escolar Elpídio Monteiro Gonçalves, tendo como público escolares de 6 a 14 anos. O estudo foi realizado no período de setembro a novembro de 2013. Foram realizadas quatro atividades. A primeira e a segunda atividades ocorreram por meio de palestras com utilização de equipamento multimídia, de caráter essencialmente informativo, enquanto que, a terceira e a quarta ocorreram por meio de atividades lúdicas (jogos e brincadeiras), avaliando o conhecimento dos escolares, referentes às atividades anteriormente desenvolvidas. Os participantes foram avaliados quanto ao estado nutricional por meio do Índice de Massa Corporal para sexo e idade, de acordo com o percentil orientado pela Organização Mundial de Saúde. **RESULTADOS:** Verificou-se o incremento do conhecimento dos escolares diante do alto percentual de respostas positivas, a partir das atividades lúdicas desenvolvidas, dos 44 alunos avaliados, 71,6% eram do sexo masculino e 29,4% do sexo feminino. Observou-se ainda que 36,4% dos estudantes encontravam-se abaixo do peso ideal, 4,6% apresentavam sobrepeso e 59% estavam dentro da faixa de normalidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O presente trabalho evidenciou o importante papel da intervenção nutricional no espaço escolar. Visto que, os resultados reforçam a necessidade de realização de intervenções com maior frequência, e por períodos prolongados, o que possibilitaria uma maior promoção de hábitos alimentares saudáveis dos estudantes.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOVIDAS PELO PROJETO EDUCARE PARA PACIENTES NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

Priscilla Ingrid de Sousa Ferreira, Giana Gislanne da Silva de Sousa, Janaina Nunes do Nascimento, Alana Gomes de Araujo Almeida, Marcela Rangel de Almeida, Lívia Maia Pascoal, Pedro Martins Lima Neto, Francisco Ditre Rodrigo Pereira Santos

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Cirurgias toracoabdominal, Orientações de Enfermagem

APRESENTAÇÃO: A implementação de intervenções de enfermagem no período pós-operatório contribui para diminuir as chances do paciente apresentar complicações cirúrgicas. Contudo, é importante destacar que, como o plano de cuidado é específico para cada paciente e visa atender sua necessidade individual, nem sempre uma determinada intervenção será realizada em todos os pacientes embora os mesmos apresentem quadro clínico semelhante. **OBJETIVO:** O objetivo desse estudo foi determinar a prevalência das intervenções de enfermagem realizadas com pacientes no pós-operatório de cirurgia torácica e abdominal alta. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado com 129 pacientes com idade entre 18 a 80 anos e que estavam no 1º dia de pós-operatório por cirurgias torácicas e abdominais altas no Hospital Municipal de Imperatriz, Maranhão. Estes dados fazem parte de um projeto de pesquisa aprovado pelo CEP-UFMA com parecer 629.315. **RESULTADOS:** Os resultados obtidos mostraram que, em relação a realização dos exercícios respiratórios, o mais prevalente foi a inspiração máxima sustentada (50,04%). Quanto às orientações de enfermagem, aquelas que mais se destacaram foram: Estímulo a deambulação (76,6%), proteger

a incisão durante a tosse (73,3%), estímulo a tosse (62,6%), cuidados com a incisão (62%), mudança de decúbito (54,1%) e manter a cabeceira elevada (50%). A partir das atividades propostas pelo projeto foi possível determinar quais intervenções foram aplicadas com maior frequência na população alvo das ações de extensão. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A utilização da intervenção de enfermagem como estratégia para direcionar o cuidado visa fornecer cientificidade para as ações que antigamente eram desenvolvidas de forma empírica, ou seja, para dar fundamentação teórica ao cuidado prestado. Assim, acredita-se que as orientações e intervenções implementadas visam permitir que o paciente se empodere sobre sua saúde e seja capaz de realizar sozinhas ações que favoreceram a sua recuperação e diminuíam o risco de complicações, principalmente aquelas relacionadas ao sistema respiratório. E ainda, que possa fazer o seu autocuidado tanto no hospital quanto no seu domicílio.

INVESTIGAÇÃO DO PERFIL DISCENTE DE UMA ESPECIALIZAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA MODALIDADE EAD ATRAVÉS DE UMA PARCERIA ENTRE UFRGS E UNA-SUS/UFCSA

Andre Phyllippe Dantas Barros, Aline Blaya Martins, Maurício Fernando Nunes Teixeira, Fernando Neves Hugo

Palavras-chave: Educação a distância, Educação permanente, Avaliação de sistemas de saúde

APRESENTAÇÃO: A Educação a Distância (EAD) pode ser um recurso para atender a demanda de trabalhadores que buscam a qualificação profissional uma vez que a exigência de assiduidade dos cursos presenciais pode impossibilitar esta

qualificação. Um exemplo disso ocorre na formação de avaliadores de serviços de saúde para o Sistema Único de Saúde que habitualmente vão a campo sem a adequada formação. Desta forma, foi ofertado aos avaliadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (1), de seis estados do Brasil, o Curso de Especialização em Avaliação de Serviços de Saúde na modalidade EAD promovido pela Rede Governo Colaborativo em Saúde - UFRGS, e ofertado pela Universidade Aberta do SUS da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UNA-SUS/UFCSPA). Desta forma, a proposta deste estudo foi investigar o perfil dos ingressantes e dos concluintes do curso de forma a criar subsídios para a reestruturação e avaliação do projeto pedagógico. DESENVOLVIMENTO: Tratou-se de um estudo transversal elaborado a partir de dados secundários de 347 alunos-avaliadores que foram obtidos a partir das fichas de cadastro do curso disponibilizadas pela gestão do curso. Tais fichas compreendiam 68 itens objetivos e dissertativos, as informações sobre os concluintes foram coletadas a partir dos dados gerados após a aprovação nos trabalhos de conclusão de curso. Todos os dados foram tabulados e submetidos a análises no SPSS Statistics 17.0, onde as frequências e a distribuição das variáveis na amostra foram avaliadas e as diferenças entre as médias foram obtidas pelo teste de Qui-quadrado de Pearson onde foram consideradas significativas as diferenças menores que 5%. RESULTADOS: A amostra foi constituída predominantemente por: mulheres (84,7%), com faixa etária entre 19 a 30 anos (60,8%), graduados em Enfermagem (56,1%), há no máximo quatro anos (55,2%), com pós-graduação Lato Sensu (62,2%). Grande parte da amostra referiu ter acesso a materiais de atualização na área da Atenção Primária à Saúde

(88,8%) e Avaliação de Serviços de Saúde (79,5%), tendo como fonte principal a internet (89,3%) e utilizando do seu tempo livre para tal atividade (55,0%). Alguns dos alunos referiram já ter participado previamente de estratégias de educação permanente (18,4%) como PET-Saúde, VERSUS e PRÓ-Saúde e grande parte referiu experiência prévia na área da saúde (70,3%). Praticamente todos os alunos acreditavam que essa especialização proporcionaria oportunidades de trabalho (95,9%) e possuíam expectativa positiva em relação ao curso (99,4%), no entanto, um número expressivo de alunos não concluiu o curso (70,9%). Houve diferenças significativas quando comparadas à procedência dos alunos em relação aos estados e o número de concluintes ($p=0,001$), bem como, entre o tempo de formado e número de concluintes ($p=0,004$). CONSIDERAÇÕES: Foi possível traçar o perfil dos alunos ingressantes, apontar características que não foram contempladas inicialmente no Projeto Político-Pedagógico, bem como, observar as características dos alunos que concluíram o curso. Acredita-se que tais informações possam servir como subsídio para a elaboração de estratégias voltadas ao aumento da adesão e valorização dos discentes que têm maiores possibilidades de concluir o curso.

LIMITES E POTENCIALIDADES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PARA A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Manoel Vieira de Miranda Neto, Maria Amélia de Campos Oliveira

Palavras-chave: Residência, Educação Interprofissional, Formação em Saúde, Colaboração

Apresentação: Este estudo tem como

objeto a formação interprofissional em programas de residência multiprofissional em saúde (PRMS) por meio da educação interprofissional (EIP). Seus objetivos foram: compreender os limites e as potencialidades das residências multiprofissionais em saúde para a EIP; descrever os PRMS do estado de São Paulo; identificar um programa de PRMS com um cenário altamente favorável para a EIP e analisar a percepção dos residentes a respeito dos limites e das potencialidades desse PRMS para a EIP. Método: Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa. Realizou-se a análise documental de seis projetos político-pedagógicos (PPP) dos sete PRMS oferecidos no estado de São Paulo para identificar o mais favorável à EIP. Em seguida, realizou-se um grupo focal com os residentes do programa selecionado. O material empírico resultante da transcrição do grupo focal foi submetido à técnica da análise de discurso. Resultados: A análise documental revelou aproximações e distanciamentos da EIP em todos os PPP analisados, assim como elementos relacionados à colaboração como finalidade do processo ensino e aprendizagem, objetivos da formação, organização didático-pedagógica, matrizes pedagógicas, proposta curricular, adoção do modelo de competências e formatos de avaliação institucional e do ensino. A análise documental revelou o compromisso social de todos os programas com a formação e sua possibilidade de promover melhorias na qualidade do cuidado com foco na integralidade e nas necessidades de saúde. O programa mais favorável à educação interprofissional foi a Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista. O material empírico proveniente da transcrição do grupo focal com os residentes evidenciou temas que foram inseridos nas categorias empíricas definidas a priori para a construção do

roteiro do grupo focal: “Vivenciando a residência multiprofissional”, “Limites da residência multiprofissional para a EIP”, “Potencialidades da residência multiprofissional para a EIP” e “Impactos das práticas profissionais como residente para a melhoria da qualidade assistencial”. Foram identificados limites relacionados a relações pessoais e interprofissionais, necessidade de apoio institucional e fragilidades na integração ensino-serviço. Em relação às potencialidades, destacaram-se a transformação provocada pelo apoio institucional, a reorganização do programa e dos cenários de prática profissional e a integralidade como foco das práticas profissionais. Considerações Finais: A EIP mostrou-se uma abordagem adequada ao contexto da RMS, reorientando a formação em saúde e contribuindo para fortalecer a identidade profissional, desconstruir estereótipos e preconceitos profissionais, além de permitir aos residentes reconhecer competências comuns e complementares específicas e perceberem-se produzindo práticas interprofissionais colaborativas, com impactos positivos na qualidade da assistência, o que lhes causou satisfação profissional. Entretanto, o processo educacional causou intenso sofrimento aos participantes. Em síntese, considera-se que a efetivação da EIP no contexto da residência multiprofissional estudada requer medidas de ajuste relacionadas a sua implantação, condução e avaliação, de forma articulada entre os níveis individual, organizacional e político.

LINHA DE CUIDADO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL/RS

Vania Celina Celina Dezoti Micheletti, Leticia Hamester

Palavras-chave: prevenção, câncer, colo do útero

No Brasil, o câncer é incontestavelmente um problema de saúde pública, cujo controle e prevenção devem ser priorizados em todas as regiões do país, durante o ano de 2010 o câncer de colo do útero foi a terceira causa de óbitos entre as mulheres. O emprego do exame citopatológico no rastreamento do câncer de colo do útero permite sua prevenção, a atenção primária em saúde é a principal estratégia para a aplicação deste método, pois o conhecimento sobre a situação epidemiológica dessa doença permite estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada para a modificação positiva desse cenário na população brasileira. O objetivo foi avaliar a linha de cuidado do câncer de colo de útero de uma estratégia de saúde da família no município de Sapucaia do Sul/RS. Trata-se de um Estudo descritivo transversal realizado na ESF Vila Vargas no município de Sapucaia do Sul, Rio Grande do Sul. A amostra foi constituída por mulheres de 18 a 85 anos cadastradas na unidade, a fonte de dados foi secundária através do cadastro no sistema e-SUS e livro de registro de exames citopatológicos. O estudo foi submetido a apreciação ética da plataforma Brasil com aprovação. Os dados foram analisados no banco de dados do programa Excel[®] 2010. Foram analisadas 1031 mulheres adstritas na ESF com idade média de 43,17 anos. Destas, 64,5% não havia registro de realização do exame preventivo do câncer de colo do útero entre os anos 2012 e 2015, totalizando os três anos de intervalo preconizados para a realização do exame. A cobertura do exame citopatológico está muito aquém do preconizado para o rastreamento do câncer cérvico uterino. É evidente a necessidade de aprimoramento das ações de rastreamento de câncer uterino.

MANUAL MULTIDISCIPLINAR DE ORIENTAÇÕES PARA IDOSOS LONGEVOS: DA CONCEPÇÃO À SOCIALIZAÇÃO

Marcia Regina da Silva, Lilian Marin, Gessiani Fatima Larentes, Bruna Bertollo, Diane Trebien Slaviero, Vanessa Brandeleiro Kreutz

Palavras-chave: manual, saúde do idoso, relações interprofissionais

APRESENTAÇÃO: A complexidade no cuidado de idosos com 80 anos ou mais torna necessário o conhecimento sobre questões de saúde que acometem esse público e, ao mesmo tempo instiga pensar instrumentos que facilitem o cuidado diário possibilitando melhores condições de vida para esses indivíduos. O objetivo deste trabalho é descrever o processo de construção e socialização do manual multidisciplinar de orientações para idosos longevos. **MÉTODO:** O trabalho foi desenvolvido junto ao Pet-Saúde – Redes de Atenção à Saúde: atenção domiciliar à saúde de idosos em situação de vulnerabilidade e deficiência (física e cognitiva), no ano de 2015, como resultado de uma pesquisa realizada com idosos e cuidadores em três CSFs do município. Após a análise dos resultados iniciou-se a fase de organização da devolutiva para os sujeitos e serviços envolvidos. Foram divididos grupos de trabalho entre preceptores e estudantes, articulados pelo tutor e coordenador. Após o esboço inicial, o manual foi socializado no encontro presencial do PET e, discutida a forma mais ativa para a sua apresentação. No mês de abril de 2015, foi aplicado um projeto piloto com o grupo Pet-Saúde – Redes de Atenção à Saúde Indígena em forma de estações temáticas e o retorno foi positivo. Assim, foram realizados ajustes e a confecção impressa do manual. No mês de junho, ocorreu a devolutiva para o grupo da pesquisa e a apresentação do manual foi realizada nos cenários de prática utilizando

a mesma metodologia do piloto com os ajustes. Prepararam-se seis estações com as temáticas: aspectos psicológicos e sociais no processo de envelhecimento; dicas de alimentação saudável; incontinência urinária e infecção urinária em pacientes idosos; organização e orientações quanto à medicação; saúde bucal e orientação e uso correto de dispositivos auxiliares para deambulação. **RESULTADOS:** A metodologia utilizada para a socialização promoveu uma inter-relação entre os atores envolvidos (profissionais, professores, estudantes, agentes comunitários de saúde e usuários) e apropriação do conteúdo do manual de forma ativa, o que faz com que haja maior vínculo e troca de experiências. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A construção de material didático, bem como a forma que ele pode ser utilizado, é um desafio, pois exigem escrita de fácil entendimento sobre temáticas complexas no campo da saúde, entretanto, deve ser estimulado como ferramenta a ser utilizada pelos profissionais da atenção básica e também pelos cuidadores. Além disso, a metodologia utilizada, juntamente com o material, pode se tornar um multiplicador do conhecimento para questões cotidianas de saúde do idoso longo.

MELHORIA DA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS DA USF DE SÃO BENTO, AMÉLIA RODRIGUES/BA

Juliana Invenção Gomes, Denise Silva da Silveira

Palavras-chave: Adesão à Medicação, Doença Crônica, Hipertensão, Diabetes Mellitus

APRESENTAÇÃO: A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o elemento-chave no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e

Diabetes mellitus (DM). Neste contexto, dentre os problemas enfrentados na USF de São Bento, localizada na zona rural do município de Amélia Rodrigues/BA, destaca-se a baixa adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao tratamento medicamentoso. Objetivou-se melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao tratamento medicamentoso. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** trata-se de uma pesquisa-ação, realizada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) em Amélia Rodrigues, Bahia, onde hipertensos e/ou diabéticos foram avaliados quanto à adesão a partir do Teste Brief Medication Questionnaire (BMQ) antes e depois de serem expostos a ações para o aumento dessa adesão, principalmente educativas. O estudo incluiu o cadastramento dos pacientes no programa Hiperdia, o acompanhamento de indicadores, a formação de grupo de educação em saúde, a realização de atividades educativas para a adesão ao tratamento medicamentoso e capacitações da equipe multidisciplinar da USF. **RESULTADOS:** participaram da pesquisa 217 hipertensos e/ou diabéticos e a maioria profissionais que integravam a equipe de saúde da USF. Ao final da intervenção, entre os respondentes ao BMQ, 55,8% foram cadastrados no Hiperdia, 77,1% tiveram seus registros de medicamentos atualizados, 98,2% utilizavam medicamentos da farmácia popular/Hiperdia e 46,5% receberam orientação em atividade de grupo sobre o uso correto de medicamentos. A baixa adesão ao tratamento medicamentoso foi de 7,8% e verificou-se mudança de categoria para aderente entre cinco dos sete respondentes ao teste. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Constatou-se que os objetivos inicialmente propostos foram cumpridos, proporcionando desde a organização do programa, a capacitação da equipe, a realização de encontros de educação em saúde, até a melhoria da adesão ao tratamento medicamento de alguns pacientes.

METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO: POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NA CONCEPÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Silvio Almeida Ferreira, Érika Marcilla Sousa de Couto, Marcilla Sousa de Couto, Sheyla Mara Silva de Oliveira, Mara Silva de Oliveira, Oliveira

Palavras-chave: Metodologia da Problematização, Educação em Enfermagem, Ensino de Enfermagem

A Enfermagem, como ciência dinâmica e integrada, requer profissionais com múltiplas habilidades, capazes de desempenhar sua função com competência e espírito de liderança, através de práticas bem elaboradas e preparo para o enfrentamento de situações adversas. A Metodologia da Problematização é uma estratégia educacional que traz consigo grande inovação e possibilita o desenvolvimento de habilidades intelectuais e a aquisição de conhecimentos. Este trabalho teve como objetivos identificar potencialidades e fragilidades da Metodologia da Problematização na concepção de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Pará, em sua formação acadêmica e futura atuação profissional. Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo transversal, com abordagem qualitativa. A coleta de dados deu-se através da aplicação de uma entrevista semiestruturada com 16 voluntários participantes, realizadas na segunda quinzena do mês de junho de 2015. Os dados foram analisados qualitativamente através da Análise de Conteúdo de Bardin (2011), direcionada às temáticas e aos resultados apresentados no Trabalho de Conclusão de Curso. Foram apontadas pelos acadêmicos várias influências da Metodologia da Problematização através da utilização do Arco de Maguerez, dentre

outras, estão a construção do pensamento crítico; a aproximação do binômio teoria e prática dando possibilidade da construção de uma práxis; o desejo pela pesquisa, pela busca do conhecimento científico; a percepção dos acadêmicos como sujeitos do processo de ensino-pesquisa e aprendizagem que auxilia na construção de uma história de protagonismo; a possibilita do estabelecimento de vínculos mais próximos e mais significativos entre docentes e discentes; e cria possibilidade de rompimento como o modelo tradicional de ensino visto como ultrapassado e que não supre a real necessidade dos acadêmicos. Dentre as principais fragilidades na concepção dos acadêmicos, que impedem a real dimensão do potencial e a consolidação desta proposta pedagógica estão a necessidade de capacitação docente; indícios práticas do ensino tradicional; a necessidade de planejamento pedagógico; e a desarticulação da Metodologia da Problematização com os conteúdos que são ministrados nas aulas. Os acadêmicos consideram esta Metodologia inovadora, necessária, que causa influências positivas na aquisição de conhecimentos e na formação profissional que deve ser incentivada o que pode justificar e fortalecer a prática desta Metodologia de ensino e de estudo e também ajudar na reflexão para que as lacunas apontadas possam ser futuramente preenchidas e a sua aplicação atenda cada vez mais as expectativas da comunidade acadêmica que envolve uma realidade multifacetada, com o dinamismo que sempre acarreta as temáticas da educação.

METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: aprendendo sobre os cálculos de medicações

Simone Chaves

Palavras-chave: metodologias ativas, enfermagem, cálculo de medicamentos

Sabe-se que a administração de medicamentos em serviços de média e alta complexidade é um importante nó crítico no processo de trabalho da equipe de enfermagem. Neste sentido, buscase alternativas pedagógicas que possam superar os métodos tradicionais de ensino, inclusive da matemática. Trata-se de um estudo qualitativo realizado com alunos de um curso de enfermagem quando da disciplina de Fundamentos de Enfermagem. Durante um semestre foram utilizadas metodologias ativas para o ensino do cálculo de administrações de medicações como jogos, dinâmicas, estudos de caso, vivências técnicas e atividades de simulação realística. As propostas pedagógicas promoveram o pensamento reflexivo para o cálculo e administração de medicamentos. Deste modo, o objetivo foi identificar se o uso de metodologias ativas facilita o aprendizado de determinados temas afetos à administração de medicamentos bem como a matemática, especialmente o cálculo de medicações. O estudo foi realizado durante um semestre e os resultados foram comparados com as demais turmas que usaram metodologias tradicionais. Como Resultado observouse que os alunos que vivenciaram a proposta de ensino com metodologias ativas desenvolveram com maior criatividade o pensamento crítico-reflexivo. Demandando, deste modo, maior agilidade na resolução de determinados problemas que exigiram o cálculo preciso de determinados medicamentos, o que implicou diretamente no processo de cuidado e de segurança do paciente.

MÍDIAS SOCIAIS E EDUCAÇÃO

Arquimedes Pessoni, Marco Akerman

INTRODUÇÃO: O uso das redes sociais digitais vem sendo um importante aliado nas atividades de ensino e aprendizagem. **OBJETIVO:** A pesquisa avaliou a percepção dos alunos e professores sobre o uso dessas novas ferramentas em ambiente educacional. **MÉTODOS:** Foram distribuídos dois tipos de questionários online a alunos e professores de cursos de Saúde de duas instituições de ensino superior do ABC Paulista, respondidos por 55 alunos e 19 professores. Com base nesses dados, identificamos afirmações qualitativas para avaliar percepções dos dois grupos sobre o uso de redes sociais digitais em ambiente educacional. **RESULTADOS:** Observouse que os alunos estão mais familiarizados com as ferramentas digitais e que parte dos docentes as conhece, mas não as utilizam. O Youtube e o Facebook foram às mídias mais referenciadas e usadas por ambos os públicos. Os alunos apontaram formas de utilização extraclasse para as ferramentas digitais. **CONCLUSÕES:** mídias sociais podem ser utilizadas como ferramentas educativas, mas professores precisam ser sensibilizados e capacitados para o uso; alunos podem encontrar opções de compartilhamento e produção de conhecimento coletivo no ambiente virtual de educação em saúde.

MONITORIA ACADÊMICA NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Mary Ann Menezes Freire, Carine Mathias Monteiro, Carolina Chaves Zacharski, Gustavo Goldoni Quina de Almeida, Milena Rafael Duarte

Palavras-chave: Educação Superior, Estudantes, Estudantes de Ciências da Saúde

APRESENTAÇÃO E OBJETIVO: A monitoria é entendida como instrumento para

a melhoria do ensino, através do estabelecimento de novas práticas e experiências pedagógicas que visem fortalecer a articulação entre teoria e prática e a integração curricular em seus diferentes aspectos. Definiu-se como objetivos, para este estudo, identificar as características das publicações da área da saúde que abordem a monitoria acadêmica e analisar a literatura científica relacionada às práticas de monitoria na área da saúde, no contexto brasileiro. MÉTODO: Revisão integrativa, realizada em junho de 2015, nas Bases MEDLINE, BDEnf e LILACS, mediante a questão de busca “Como a prática de monitoria acadêmica desenvolvida nos cursos de graduação na área da saúde está descrita na produção científica brasileira?” Os descritores utilizados foram “Monitoria”; “Saúde”; “Graduação”. Foi utilizado como critério de inclusão publicações em formato de artigo científico, disponíveis na íntegra e referir-se a realidade brasileira. Como critérios de exclusão não estar relacionado ao tema do estudo (avaliado através do resumo do artigo), revisões integrativas, não se referir a realidade brasileira e o artigo não estar disponível na íntegra. Utilizou-se na análise a matriz de coleta de dados e de conteúdo temático-categorial. RESULTADOS E DISCUSSÕES: A aplicação da matriz de análise permitiu definir as características para o mapeamento da produção científica nacional relacionada à prática de monitoria. Pode-se observar que os estudos foram publicados de 2006 a 2014, 2 estudos foram oriundos de universidades privadas e os outros 3 de públicas. O cenário dos trabalhos é a própria universidade, na qual os sujeitos abordados nas pesquisas foram todos discentes monitores. Dos estudos, quatro foram publicados em Revistas de Enfermagem e o outro em uma Revista de Psicologia. Quanto a metodologia dois trabalhos apresentaram estudo descritivo com abordagem quantitativa e os outros foram:

descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, abordagem qualitativa e relato de experiência. O foco dos estudos em sua maioria foi verificar a importância das atividades de monitoria tanto para o aluno quanto para o professor, conhecer os motivos da procura pelas atividades de monitoria, investigar a importância dessas atividades para a formação do aluno e descrever a experiência dos acadêmicos ao realizarem essas atividades. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A monitoria é um elemento de suma importância no processo ensino-aprendizagem, por acrescentar conhecimentos e troca de saberes entre monitor-orientador e monitores-discentes. O fato de ser uma atividade comum no ambiente acadêmico pode justificar a escassa produção científica referente ao tema, em especial a monitoria acadêmica nos cursos de graduação na área da saúde. Sendo essa um amplo campo de ensino-pesquisa, que tem como objetivo formar profissionais capacitados e que estejam preparados para atuar em diversos ambientes de trabalho, investir em produções científicas sobre as mais distintas formas de ensino-aprendizagem, assim como a descrição de seus resultados, sua eficácia e as diferentes experiências obtidas com as mesmas, pode significar transparência, interesse pela modalidade e qualidade na formação dos graduandos.

MULHERES CAMPONESAS PLANTANDO SAÚDE E TECENDO REDES DE CUIDADO, EDUCAÇÃO E VIDA

Vanderléia Laodete Pulga

Palavras-chave: saúde mulheres camponesas, formação de profissionais da saúde, educação permanente em saúde

Os participantes do estudo foram os acadêmicos de Enfermagem desta universidade. Elencaram-se como critérios

de inclusão: ser acadêmico de graduação de enfermagem desta universidade e estar cursando o oitavo semestre do curso de Enfermagem. No momento, a coleta de dados foi finalizada e dados estão sendo analisados por meio da Análise Temática de Minayo. Foram respeitados os preceitos éticos contidos na Resolução do CNS Nº 466/12 que trata da ética de pesquisas científicas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética, sob o número do CAAE: 40676015.9.0000.5346. RESULTADOS: como resultados preliminares deste estudo podemos salientar o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) como dispositivo da integração ensino serviço que pode subsidiar o planejamento e desenvolvimento de ações de integração ensino-serviço. Além disso, também foi sinalizado pelos participantes a importância do fortalecimento do diálogo entre os representantes dos setores da gestão e da assistência juntamente com a docência, promovendo assim a integração docente assistencial. Estudos com profissionais de saúde sobre a compreensão destes acerca da integração ensino serviço já foram realizados e servem de subsídios para a discussão da temática (Gonçalves CNS, Corrêa AB, Simon G et al, 2014). Em virtude disso, acreditamos que possibilitar outros estudos nesta temática com público diferente e ampliar a questão da integração ensino serviço e formação com a integração do serviço com a pesquisa e a formação constitui-se um diferencial nas produções já realizadas que poderá contribuir para uma reflexão sobre o cenário da produção de saúde não apenas como um cenário de práticas formativas, mas e também, um cenário para pesquisa acadêmica advinda das necessidades reais dos profissionais de saúde. Esta pesquisa destaca a contribuição do aluno para a equipe em serviço, através de uma retroalimentação de atualização profissional e da pesquisa. Estudos também corroboram apontando que os estudantes

podem potencializar nos profissionais já atuantes nos serviços o desejo de pesquisar e mudar seu trabalho baseado em evidências científicas (Gonçalves CNS, Corrêa AB, Simon G et al, 2014). Corroboramos que a integração ensino-serviço é fundamental para a formação de profissionais críticos, reflexivos e que a favorece ao processo de educação permanente, para os profissionais e docentes. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Esperamos que esse estudo venham contribuir com a identificação dos fatores articuladores e facilitadores para a integração ensino e serviço, por meio do espaço possibilitado pela academia, a pesquisa e os serviços de saúde. Além disso, espera-se analisar como acontecem as relações entre os envolvidos nesse cenário, de forma a apontar possíveis limitações no desenvolvimento de ações que possam agregar qualidade e efetividade ao SUS.

NARRATIVA DE UMA ENFERMEIRA: IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE SEPSE GRAVE

Miriane Melo Silveira Moretti, Simone Edi Chaves

Palavras-chave: Educação Permanente, Protocolos, Equipes de Saúde, narrativa

Este artigo parte dos caminhos e encontros utilizados para a implantação de um Protocolo de Sepsis Grave em um Hospital Universitário. O estudo é de abordagem qualitativa usando o método narrativa autorreferente. Utilizou-se os pressupostos da Educação Permanente em Saúde (EPS) como método de ativação de rede, onde os envolvidos são os atores da equipe assistencial do serviço em estudo, os mesmos foram convidados a pensar na elaboração coletiva de um Protocolo de Sepsis Grave. Esta narrativa revela este percurso de uma enfermeira para a construção em rede (rodas

em redes) de um Protocolo de Sepsis Grave. Apontam-nos as possibilidades e entraves, dificuldades e conquistas que cresceram a partir deste esforço. As construções coletivas que surgiram no percurso com objetivo de subsidiar os serviços de saúde para a construção de coletivos para a produção de saúde. Os resultados do estudo indicam para muitos aprendizados, destacando-se a construção de redes no interior dos serviços de saúde e a importância de atuarmos na perspectiva da linha de cuidado. Além disso, o estudo revela a fragilidade da comunicação entre os diferentes atores envolvidos nesse processo. Como também, a necessidade de disseminação de uma gestão colegiada no sentido de proporcionar espaço para escuta e conversa para que os profissionais da saúde se sintam parte integrante do processo do cuidado.

NEGRAS E INDÍGENAS : SUAS FORTES CONTRIBUIÇÕES NA MEDICINA CASEIRA DO BRASIL

Valentina de Lima Camargo, Raquel Margarete Franzen de Avila, Sirlei Bortolini, Juliano Paines Martins

Palavras-chave: Planta medicinal, indígenas, alimentação, culinária

A prática médica no Brasil é o resultado de trocas e apropriações de experiências entre europeus, índios e africanos. Esse amálgama de saberes enriquece, desde os tempos da Colônia, o receituário de mezinhas populares que constituiu prática bastante comum no Brasil no século XIX, tanto na zona rural como nas cidades. Muitas foram as contribuições desses povos para a medicina, porém como esses saberes não foram totalmente descritos muito dessa cultura se perdeu com a extinção de algumas tribos, dos pajés e dos negros mais idosos que eram detentores desses saberes. O conhecimento dos indígenas

sobre as propriedades medicinais da flora foi mantido graças à tradição oral, alguns registros e da credence popular que davam alusões ao tratamento de diferentes doenças e males como ferimentos e dermatoses. Os saberes eram passados de mãe para filha, através de receitas culinárias e chás caseiros que resolviam quase todos os males. Curandeiras, benzedeiras, parteiras e raizeiras também possuíam muitos conhecimentos sobre o uso das ervas e de como as mesmas poderiam ajudar seu povo nas enfermidades que os assolavam. Com o advento dos fármacos industrializados muitas referências foram perdidas deixando uma lacuna entre os saberes populares e os saberes científicos. A Organização Mundial da Saúde - OMS recomenda incrementar e ampliar a prática de eficácia comprovada, divulgar experiências bem-sucedidas, realizar eventos de integração e intercâmbio; incrementar qualitativa e quantitativamente a inserção das Práticas Integrativas Complementares - PICs, divulgando o uso racional de plantas medicinais. A importância destas plantas na prevenção e cura de doenças foi reconhecida pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, que as inseriu como opção terapêutica no sistema público de saúde. Não só na medicina os conhecimentos nativos foram importantes, muitos hábitos alimentares trazidos pelos negros africanos, misturados com o conhecimento do indígena local enriqueceram a culinária brasileira com sabores, aromas e temperos. Este trabalho tem por objetivo realizar estudos aprofundados sobre a fitoquímica destas plantas, proporcionar o resgate destes aprendizados e difundir os conhecimentos tradicionais das mulheres negras e indígenas no uso da "medicina caseira". Não deixar morrer os saberes medicinais já vivenciados pelos afroindígenas. Para este estudo será necessário levantamentos de dados utilizando-se da metodologia

exploratória, onde primeiramente buscar-se-á uma revisão bibliográfica sobre o tema e após visitas nas aldeias indígenas localizadas na cidade de Farroupilha-RS e nas aldeias quilombolas localizadas na região central do Rio Grande do Sul. Os resultados prévios apontam que o uso de ervas medicinais e aromáticas apresentava-se bem difundido entre os moradores dos locais estudados e mantendo-se a tradição devido ao baixo custo desses espécimes e a fácil acessibilidade para a comunidade, não descartando o uso esporádico de fármacos sintéticos. Vislumbra-se com o estudo, a catalogação dos espécimes mais utilizados e a construção de manuais que possam servir como orientadores de práticas complementares ao cuidado da saúde, podendo este ser consultado a quem tenha interesse.

O ACESSO AO PRÉ-NATAL EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM MANAUS, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

Regismere Viana Lima, Joaquim Kamawati, Celsa Souza, Erika Camargo, Maria Regina Torloni

Palavras-chave: Acesso ao serviço de saúde, gestante, perfil socioeconômico

APRESENTAÇÃO: O atendimento ao pré-natal é garantido a todas as gestantes no Brasil, entretanto, a cobertura do programa não é universal e vários fatores influenciam o acesso aos serviços de saúde. Procurou-se, portanto descrever a adesão das gestantes ao pré-natal segundo características dos estratos socioeconômicos. METODOLOGIA: A pesquisa foi realizada baseada em entrevistas com 184 gestantes presentes em pelo menos uma consulta do programa de pré-natal em unidades básicas de saúde, que não trabalham com a estratégia saúde da família, pertencentes aos quatro distritos

de saúde da cidade de Manaus. Os critérios de inclusão foram: todas as gestantes que estivessem entre a 16^ª e a 20^ª semana de gestação e realizassem o pré-natal na unidade cadastrada. Os critérios de exclusão eram mulheres diagnosticadas com hipotireoidismo e cirurgia bariátrica, ou ainda, não assinarem o Termo de consentimento livre esclarecido. O perfil socioeconômico foi classificado segundo critérios da Associação Brasileira de Pesquisa Econômica-ABEP. RESULTADOS: A média de idade das gestantes era de 24 anos evidenciando que nesse grupo estudado a gestação ocorre em mulheres bastante jovens. 42% delas eram primíparas e apenas 27 gestantes estavam na quarta ou mais gestação o que vai ao encontro dos dados de fecundidade do Brasil de 2000 a 2015 que é de 1,7 por mulher em idade gestacional. A maioria das participantes (75%) pertencia às classes C e D, destaca-se também que a quantidade de gestantes nas classes distais A e E era pequena, mas similares. Um destacado número de mulheres pertencentes à classe B (20%) estava fazendo pré-natal nas unidades. Na região Norte 42,1% dos domicílios pertencem às classes D e E conforme dados recentes da ABEP, no entanto em nossa pesquisa apenas 19,3% das gestantes procediam desses grupos, o que pode demonstrar a diferença econômica da cidade de Manaus frente as outras capitais da região. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A maioria das gestantes que estavam presentes nas consultas do programa de pré-natal eram mulheres jovens, no máximo na terceira gestação e pertencentes às classes socioeconômicas C e D, entretanto chama à atenção a participação da classe B na atenção básica de saúde. Partindo desses dados é possível buscar ainda outras informações como proximidade e efetividade dos serviços prestados na unidade como determinante do acesso objetivando melhor direcionar as ações e planos do pré-natal.

O AGENCIAMENTO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: “MEDIDAS DISCIPLINARES” APLICADAS A USUÁRIOS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE NUM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM SALVADOR/BA

Luciana Santos Rodrigues, Cecília de Santana Mota, Lorena Cardoso Mangabeira Campos

Palavras-chave: Saúde Mental, Agenciamento do cuidado, Medidas disciplinares, CAPSad

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde foi criado com o intuito de promover formação qualificada a profissionais de saúde através do ensino em serviço. Assim, essa especialização se baseia nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas Políticas Nacionais de Saúde, o que nos proporciona, enquanto residentes, uma visão sistematizada, sob o viés integral das instituições, que não se restringe ao processo saúde-doença, convergindo para uma atuação ética, integral, multiprofissional e interdisciplinar. Diante disso, o presente trabalho relata uma das nossas experiências num Centro de Atenção Psicossocial de Salvador-Ba, voltado para assistência às pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso problemático de álcool, crack e outras drogas. Local onde vivenciamos momentos de trocas de experiências e conhecimentos, leituras, emoções e desafios que nos fazem refletir sobre a prática que desempenhamos no cotidiano do serviço. Neste sentido, presenciamos e pudemos participar, ativamente, de uma das mais importantes e necessárias discussões do serviço, cujo tema central era a retirada / suspensão do serviço, a qual é denominada “medida disciplinar”, aplicada por profissionais do CAPSad, aos usuários, como recurso terapêutico, no

manejo de situações de conflito. A partir dos questionamentos e inquietações sobre essa prática disciplinar, que partiram, principalmente, de residentes, emergiu a necessidade de se fazer um levantamento e sistematização de dados acerca das medidas disciplinares no CAPSad, com análise documental (prontuários, registros de atas de reunião, livro de ocorrências de plantão) do período de janeiro a julho de 2015, visando conhecer a resolutividade e os motivos de tais medidas. Para tanto, foi construído um instrumento de coleta de dados cruzando os tipos de medidas disciplinares (suspensão do serviço, suspensão da refeição / do banho e retiradas do serviço) com os motivos alegados para aplicação de tais medidas (agressão verbal e/ou física a um membro da equipe ou a outro usuário, dano ao patrimônio, uso de substâncias psicoativas no serviço, dentre outros). Vale ressaltar que muitos registros estavam incompletos e que algumas suspensões não haviam sido registradas. É sabido que outros serviços de saúde mental também utilizam métodos semelhantes, mas, de acordo com pesquisa bibliográfica, não há sustentação, na literatura da saúde, para uso de medidas disciplinares, o que nos permite supor que essas são utilizadas como um dispositivo de poder e não como um recurso terapêutico. Segundo Foucault (1999) no modelo asilar havia uma clara divisão entre o grupo que controla (técnicos especializados) e o controlado (internos) causando submissão dos segundos aos primeiros, o que não raro extrapolaria as medidas ditas terapêuticas consideradas necessárias pelos especialistas, gerando privações extras aos internos. Talvez ainda reproduzimos o que Pelbart (1991) chamou de nossos “manicômios mentais”. Nesse sentido, percebemos o quanto a lógica manicomial que se sustenta no tratamento moral, instituído pela obediência, hierarquização e autoritarismo

continua moldando e modulando certas práticas manicomiais dentro dos serviços substitutivos de saúde, reproduzindo velhos modos de cuidado à saúde.

O AGIR EM COMPETÊNCIA PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO NA SAÚDE BUCAL

Camilla Ferreira do Nascimento, Cristine Maria Warmling, Júlio Baldisserotto

Palavras-chave: saúde bucal, educação baseada em competências, educação odontológica

INTRODUÇÃO: As ofertas de serviços públicos na área da saúde bucal se restringiram historicamente ao nível primário da atenção. A Política Nacional de Saúde Bucal tem investido na ampliação e qualificação de serviços especializados em saúde bucal. As instituições de ensino responsáveis pela formação na área da saúde devem incorporar vivências no nível da atenção especializada na saúde bucal para contribuir nas reconfigurações das redes de atenção em saúde bucal que compõem o Sistema Único de Saúde. Nos cursos de odontologia os estágios curriculares se inserem como importantes ferramentas para os redirecionamentos necessários das redes de atenção e ensino na saúde. **OBJETIVO:** O estudo possui o objetivo principal de compreender o “agir em competência” na gestão e no cuidado especializado da atenção à saúde bucal desenvolvido durante o estágio curricular supervisionado obrigatório do ensino da odontologia. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso do tipo único e integrado com abordagens metodológicas qualitativas e quantitativas. Um questionário online com 32 questões organizadas em cinco conjuntos organizados de categorias temáticas foi respondido de forma anônima

por estagiários do último semestre de um curso de odontologia, entre os anos de 2013 e 2015. Componentes analisadores foram sistematizados: protocolos, campos de estágio, atividades de educação à distância e dinâmicas pedagógicas. Os dados quantitativos foram analisados pela frequência das respostas fechadas. Os dados qualitativos foram analisados com base nos fundamentos da análise do discurso. Além disso, buscou-se compreender o que elas revelam em relação ao referencial teórico utilizado sobre o conceito de agir em competências de Schwartz. **RESULTADOS PARCIAIS:** Os resultados quantitativos demonstram que em relação ao agir em competência a opinião da maior parte dos alunos é de que obtiveram conhecimento dos protocolos de atenção especializada (49,9% - bom e regular; 49,4% ótimo e muito bom); relataram estar inseridos na realidade dos campos de estágio (56,2% - ótimo e muito bom) e com capacidade de aplicar os protocolos preconizados da atenção especializada em saúde bucal na realidade em que eles conheceram (49,9% bom e regular; 46,5% ótimo e regular). Além disso, a maior parte deles relatou conseguir desenvolver um trabalho com a equipe durante sua atuação no estágio (52,2% bom e regular; 36,2% ótimo e muito bom) e se mostraram motivados para o trabalho na atenção especializada em saúde bucal no SUS (58,4% ótimo e muito bom; 38% bom e regular). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados parciais mostram que a experiência de integração ensino-serviço analisada está proporcionando aprendizagens significativas sobre os funcionamentos das redes de atenção especializadas em saúde bucal e o desenvolvimento de competências para a resolução de problemas.

O APOIO MATRICIAL COMO PERSPECTIVA PARA A QUALIFICAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Luis Fernando de Souza Benicio, Mariana Tavares Cavalcanti Liberato

Palavras-chave: Apoio Matricial, Saúde Mental, Atenção Básica

O processo de reforma psiquiátrica brasileira preconiza a criação e o fortalecimento de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), constituída por pontos de atenção à saúde de caráter territorial que atuem na promoção da dignidade humana e no cuidado integral das pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de drogas no Sistema Único de Saúde (SUS), conforme portaria 3088/2011 do Ministério da Saúde. A atenção básica como ponto de atenção da RAPS tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção, prevenção e o cuidado dos transtornos mentais, sendo esta ordenadora do cuidado. Assim, nesta perspectiva, cada gestor se organiza para o acontecimento e desenvolvimento desse conjunto de ações no seu território contribuindo para a mobilização de vários processos de trabalho implicados com os princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade). Estes escritos têm por objetivo descrever o processo de implementação do apoio matricial em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de Fortaleza, trazendo reflexões pertinentes dos desafios superados da realidade construída. Utilizou-se como metodologia a pesquisa-intervenção, cuja proposta é a investigação/produção a partir da implicação do pesquisador com os fenômenos estudados, resultando em ações críticas e implicativas. Tentando dar continuidade a proposta da construção da linha guia, utilizou-se das tecnologias do

apoio matricial como ferramenta de diálogo para o primeiro contato com a equipe da UBS, a fim de criar espaços de sensibilização para o fortalecimento da RAPS através das tecnologias do apoio matricial. Entende-se apoio matricial em saúde mental como um conjunto de ações que promovem para as equipes da atenção básica um suporte técnico a fim de qualificar ações no território. No caso do diálogo entre atenção básica e atenção psicossocial, esse encontro aconteceu por meio do compartilhamento de casos e no processo de corresponsabilização, desencadeando estratégias de intervenção junto ao território dado pela potencialidade da educação permanente. Destarte, através da metodologia de oficinas pedagógicas, buscou construir encontros com os profissionais envolvidos no processo de aplicação dos instrumentos de estratificação. Dentre os principais resultados estão: o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial dado pela qualificação dos processos de trabalho a partir da educação permanente; o entendimento e a implicação profissional com os processos de reforma sanitária e reforma psiquiátrica; e, por fim, a construção de vínculo entre as equipes. Considera-se extremamente relevante o apoio matricial na atenção básica, dado por sua influência na gestão do cuidado em saúde mental, criando outras possibilidades por meio da construção de Projetos Terapêuticos Singulares e linhas de cuidado no diálogo permanente com a comunidade.

O COTIDIANO DO SUS ENQUANTO PRINCÍPIO EDUCATIVO – COTIDIANO SUS E A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: O BINÔMIO COMO FERRAMENTA PARA A AÇÃO

Anne Caroline Santos, Laís Silva Almeida, Laíse Rezende de Andrade, Décio Plácido dos Santos Neto

Palavras-chave: Ensino-Serviço, Reorientação da formação, CotidianoSUS, SUS,

APRESENTAÇÃO: Com o intuito de proporcionar vivências na realidade da gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, a Secretaria da Saúde da Bahia – Sesab, através do Programa de Estágios Não Obrigatórios O Cotidiano SUS Enquanto Princípio Educativo - Cotidiano SUS, tem como objetivo a reorientação da formação em saúde. Para além de aliar teoria e prática, a abertura de espaços dentro dos serviços de saúde para estudantes de diversas graduações, permite a reflexão sobre as necessidades do SUS e, por conseguinte, da própria formação profissional. A complexidade da gestão em saúde requer a interação com outras áreas do saber, a exemplo das ciências humanas e exatas, tais como jornalismo, direito, administração, engenharias, arquivologia, biblioteconomia, etc., onde as atividades são desenvolvidas na gestão de hospitais e centros de referência da rede Sesab. Portanto, a necessária integração destas áreas de saberes através do programa de estágios Cotidiano SUS, configura-se como campo privilegiado para conhecimento e reflexão de estudantes que não experienciam o SUS de forma interdisciplinar na sua formação. OBJETIVOS: Descrever as contribuições do Cotidiano SUS, na trajetória acadêmica dos estudantes, entendendo este programa como espaço de aprendizagem sobre a gestão do SUS. METODOLOGIA: Estudo de caráter descritivo, que visa apresentar a reverberação do Cotidiano SUS nos serviços de saúde e na formação dos estudantes. RESULTADOS: O programa Cotidiano SUS, surgiu através da Escola Estadual de Saúde Pública (EESP), no ano de 2008, com objetivo de favorecer maior integração ensino-serviço entre as instituições de ensino e a Rede Sesab, estimulando a reorientação da formação em saúde, fomentando a

interdisciplinaridade e a vivência dos desafios para operacionalização a gestão do SUS. Atualmente o programa Cotidiano SUS acontece em sete municípios da Bahia, e tem por finalidade precípua aproximar os estudantes das diversas áreas do conhecimento à realidade da gestão do SUS, tendo em vista que o programa fomenta a compreensão da Política Nacional de Saúde, bem como a preparação para a inserção no ambiente de trabalho na gestão da Sistema Único de Saúde. Considera ainda o trabalho enquanto princípio educativo em suas dimensões político-técnica e pedagógica, no que tange ao desenvolvimento de suas ações. Entendendo a importância deste programa, o presente artigo traz um panorama do programa de estágio Cotidiano SUS como articulador do binômio ensino-serviço entre os estudantes de graduações da saúde e de graduações estratégicas para o SUS Bahia no ano de 2015. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A proposta inovadora do programa Cotidiano SUS estimula aos estudantes um despertar para uma área de atuação no SUS pouco explorada nas universidades, mas fundamental para o desenvolvimento do próprio Sistema. Destarte, a área de gestão tem um potencial de empregabilidade expressivo para futuros profissionais da saúde e áreas afins. Assim, qualificar estes estudantes por tanto é uma ação estruturante para a qualificação do próprio do SUS.

O CUIDADO À GESTAÇÃO DE RISCO NO MUNICÍPIO DE SANTOS

Bruna Nubile Maynard Lemos, Macarena Urrestarazu Devincenz, Sabrina de Oliveira Silva Savazoni, Pamela Bueno, Maria Graciela Graciela Gonzalez Perez de Morell

Palavras-chave: gestação de risco, pré natal, rede de cuidado

APRESENTAÇÃO: O PET Saúde – Construção de Rede de Cuidado em Saúde da Mulher e da Criança, parceria entre a UNIFESP Campus Baixada Santista e a Secretaria municipal de Saúde, foi desenvolvido nos anos de 2012 a 2014 no município de Santos e teve como um dos cenários de atuação a Casa da Gestante, um equipamento de saúde que oferece assistência em nível secundário à gestação de risco. As gestantes de risco chegam ao serviço secundário, após já terem iniciado o pré-natal na unidade básica de saúde de referência. Ao ser detectado algum risco para o desenvolvimento da gestação, por profissionais da atenção primária, a gestante recebe encaminhamento para o serviço, aonde será realizada nova avaliação e diagnóstico se permanecerá na atenção secundária, voltará para atenção primária ou será encaminhada para o nível terciário. O presente estudo buscou abordar o histórico desse equipamento, sua importância para o município e o perfil das gestantes acompanhadas. **METODOLOGIA:** A metodologia utilizada no estudo foi quantitativa e de revisão bibliográfica. Percorremos um caminho de estudos e revisão literária sobre a gestação de alto risco; as iniciativas estatais para melhorar a qualidade do pré-natal; trajetória do município de Santos/SP no cuidado à saúde da gestante e sobre o histórico da Casa da Gestante. Por meio de levantamento de dados a partir dos registros do serviço, buscamos quantificar o número de pacientes atendidas no período de um ano (SET/ 2013 – SET/2014), quais os motivos de encaminhamento, território de referência, idade materna, paridade, idade gestacional e avaliação da contra referência. No período em questão, 471 gestantes realizaram a primeira consulta do pré-natal de risco no equipamento. Chegaram ao serviço gestantes com 57 diagnósticos diferentes. **RESULTADOS:** Constatou-se que os diagnósticos mais frequentes foram a

Diabetes, seguido por Hipertensão. Em 96% dos casos encaminhados a Casa da Gestante, o diagnóstico realizado pela Unidade Básica é confirmado e em torno de 43% das gestantes são encaminhadas com menos de 20 semanas de gestação. O estudo pretende contribuir para problematização e revisão das ações voltadas para a gestante de alto risco, desenvolvidas pelo município. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os principais desafios encontrados foram a necessidade de informatizar os registros; manter a vigilância dos casos a partir da atenção básica; melhorar o fluxo de referência e contra referência com as Maternidades e adequar a ambiência e infraestrutura do serviço secundário.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UMA EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Denis Fernandes da Silva Ribeiro, Diana Ruth Farias Araujo Gaspar, Giovane Oliveira Vieira, Rogério da Silva Ferreira

Palavras-chave: Violência contra a Mulher, Assistência de Enfermagem, Atenção Primária à Saúde

Apresentação: Nos últimos anos podem ser observados avanços nas ações do estado voltadas para ao enfrentamento às diferentes tipologias de violência contra as mulheres no Brasil, no entanto se nota que inúmeros casos não são relatados pelas vítimas e ainda há o agravante da subnotificação nos serviços de saúde, seja por desconhecimento dos instrumentos legais ou por insegurança. Este relato tem o objetivo de descrever a experiência obtida no atendimento de acadêmicos de Enfermagem à mulheres vítimas de violência doméstica. **Desenvolvimento do trabalho:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória e

do tipo relato de experiência. Os dados que subsidiaram o estudo foram coletados e agrupados através da leitura de prontuários de usuárias de uma unidade de Atenção Primária à Saúde da Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro. A pesquisa foi desenvolvida durante o estágio curricular de acadêmicos do curso de Enfermagem. Após a busca nos prontuários estabeleceu-se que nos casos encontrados haveria a aplicação da SAE pelos acadêmicos e sugerido a participação num grupo de escuta e apoio na unidade de saúde. **Resultados e impactos:** Após a identificação do caso relacionado à pesquisa, que aconteceu por meio da análise dos prontuários, os acadêmicos de enfermagem identificaram o caso de uma paciente que estava sendo vítima de violência doméstica por parceiro íntimo. No atendimento a esta mulher, se percebeu que a paciente apenas relatou o caso de violência física, sexual e psicológica quando o profissional responsável pelo atendimento demonstrou empatia e favoreceu o vínculo, vencendo a barreira do medo e constrangimento que envolve grande parte desses casos. Dessa maneira, se percebe que esse grave problema de saúde pública é mais evidente e insidioso nas regiões onde o poder público é ineficiente e a informação quanto aos direitos de cidadania são escassos, onde o serviço de saúde e os profissionais de saúde configuram-se como o único espaço de acolhimento para vítima e, não obstante, também um espaço de escuta para o agressor. No entanto, os profissionais ainda carecem de maior treinamento, pois esses mostram-se inaptos para a prevenção, identificação, notificação e intervenção precoce, uma vez que esta temática permanece sendo um desafio para as equipes multidisciplinares em saúde e para a sociedade. **Considerações finais:** Oferecer uma assistência à saúde integral, humanizada, com princípios éticos e legais é uma das premissas do Sistema Único de

Saúde. A capacitação dos profissionais desde a graduação é fundamental para o enfrentamento das violências contra a mulher e o empoderamento das vítimas. Nesta pesquisa observou-se que os grupos de apoio são estratégias muito eficazes para minimizar os danos causados, e configuram uma importante ferramenta para acadêmicos e profissionais da Atenção Primária à Saúde.

O DIABETES MELLITUS NA PERSPECTIVA DE PORTADORES USUÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Carlos Gama, Denise Guimarães, Cláudia Oliveira, Joseane Silva

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Diabete Mellitus, Educação em Saúde

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) configura-se como um dos principais problemas de Saúde Pública no Brasil e no mundo. No Brasil, é a primeira causa, junto com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), de mortalidade e hospitalizações. Está entre os cinco principais problemas de saúde manejados na Atenção Primária à Saúde (APS). A adesão ao tratamento pelo usuário portador de DM depende de fatores diversos, destacando-se aqueles relacionados ao próprio indivíduo e à sua realidade social, à doença e ao serviço de saúde. Entretanto, a visão reducionista da saúde, representada pelo modelo biomédico, ainda imprime-se fortemente no contexto de saúde atual. Esse modelo não abre espaço para uma maior interação entre profissionais de saúde e usuários, por considerar estes últimos desprovidos de conhecimento. Os indivíduos são vistos pelo rótulo da doença que possuem, fato que limita a potência da intervenção. **Objetivo:** Analisar quais são as concepções dos usuários da APS portadores de DM a respeito da qualidade do cuidado

oferecido pelo serviço de saúde e o impacto da doença em suas vidas. Método: Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório. Foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas com portadores de DM que utilizavam a APS de um município de médio porte do centro-oeste de Minas Gerais, Brasil. Utilizou-se um roteiro com temas ligados à compreensão do problema na perspectiva dos usuários: significado do DM, organização dos serviços, qualidade do cuidado e como estas questões interferiam na adesão ao tratamento. Realizou-se a análise de conteúdo para tratamento dos dados. Resultados: Identificaram-se três grandes eixos ou categorias: O impacto do diagnóstico de DM e suas repercussões, Tratamento: limites e possibilidades e Relação com profissionais de saúde e serviços de saúde de referência: qualidade da interação profissional-usuário. Destacam-se nos relatos, a dificuldade da autopercepção e desinformação dos sujeitos quanto a seu processo saúde-doença, determinando um diagnóstico tardio do DM, acompanhado de complicações que poderiam ser evitadas. As dificuldades de adesão ao tratamento a partir da ótica do usuário parecem estar relacionadas a questões individuais, as deficiências no acesso aos serviços de saúde; ao baixo vínculo entre profissionais de saúde e usuários da APS e as dificuldades de comunicação e insuficiência de atividades de educação em saúde. Considerações finais: É urgente a ampliação da Estratégia Saúde da Família e integração da rede assistencial. Há necessidade de transformação do modelo biomédico de atenção ainda predominante visando à aproximação entre profissionais e usuários, possibilitando a construção de vínculo e corresponsabilização. No atual contexto, não se observa o acompanhamento adequado dos usuários portadores de DM, nem a longitudinalidade da assistência prestada, o que dificulta a integralidade do cuidado. É

preciso desenvolver estratégias de Educação Permanente que propicie discussão das dificuldades de compreensão dos usuários facilitando a adesão ao tratamento.

O EMPREGO DE PORTFÓLIOS ELETRÔNICOS NO ENSINO DA FARMACOLOGIA APLICADA À ENFERMAGEM

C.C.Mariana Oliveira

Palavras-chave: Tecnologia, Educação, Desenvolvimento,

O aprendizado é um processo de construção diário do conhecimento que pode ser auxiliado por várias ferramentas, dentre elas o Portfólio Eletrônico. O portfólio eletrônico é definido como uma coleção sistematizada e organizada de trabalhos que um aluno tenha realizado e utilizado para refletir, analisando assim os conhecimentos que foram adquiridos e as mudanças que ocorreram ao longo do tempo. Esse método de aprendizado permite que o acadêmico torne-se mais responsável pela construção do seu próprio saber e esteja em constante autoavaliação. Nota-se que os Portfólios Eletrônicos só têm a contribuir para a evolução da educação e formação dos acadêmicos, para que sejam seres reflexivos e que possuam necessidade de buscar cada vez mais o conhecimento que é muito importante para a formação do indivíduo. Nesta perspectiva a pesquisa possuiu como objetivos desenvolver e implementar portfólio eletrônico para a disciplina de Farmacologia aplicada à Enfermagem e analisar as percepções dos acadêmicos quanto ao uso do Portfólio Eletrônico, identificar os benefícios que o uso de Portfólios eletrônicos pode proporcionar no processo de aprendizado da farmacologia estimular os acadêmicos a tornarem-se reflexivos, através de

atividades desenvolvidas no Portfólio e verificar a aceitação dos acadêmicos quanto à implantação desse método de ensino. Essa proposta apresentou dois delineamentos, o primeiro foi à pesquisa de desenvolvimento tecnológico e o segundo tratou-se de pesquisa qualitativa para avaliar o portfólio eletrônico. Os participantes da pesquisa foram estudantes do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS), que estavam cursando a matéria de farmacologia e que aceitaram participar. A coleta de dados ocorreu em três etapas - desenvolvimento, implementação e avaliação. Observou-se que o instrumento de estudo pode ser eficaz desde que utilizado adequadamente. Grande parte dos alunos veem o portfólio como um instrumento de estudo do aluno e instrumento de avaliação da matéria, a importância do portfólio também foi bastante ressaltada, principalmente pela parte da autoavaliação, pois os permitia refletir sobre os pontos em que apresentaram fragilidades de conteúdo. Evidenciou-se também que os acadêmicos possuem dificuldade em lidar com o portfólio devido à autonomia que lhes foi dada para a realização das atividades. CONCLUSÕES: O portfólio eletrônico é um instrumento auxiliar do acadêmico e que o possibilita diversas interpretações quanto ao seu processo de aprendizado, permitindo-o que realize mudanças adequadas para tornar a construção de seus conhecimentos eficaz. Como o uso desse instrumento é muito recente na área da saúde supõe-se que os problemas de aceitação dos discentes podem ser advindos da não familiarização com esse método facilitador do aprendizado, gerando dificuldades na realização das atividades propostas.

O ENSINO DA TÉCNICA DE HOCHSTETTER PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRAMUSCULAR ATRAVÉS DE DIVERSAS METODOLOGIAS DE ENSINO

Cristiano Oliveira de Souza, Geraldo Cunha Cury

Palavras-chave: Técnica de Hochstetter, Administração De Medicação Intramuscular, Educação Continuada em Saúde

APRESENTAÇÃO: A administração de medicamentos por via intramuscular (IM) é uma das atividades realizadas com maior frequência no cotidiano da equipe de enfermagem. Para administração de medicamentos IM há quatro regiões conhecidas. A região do Deltóide, que apesar de ser um músculo de proporções pequenas, é amplamente utilizado, provavelmente, devido sua fácil localização. A região do Dorso glúteo, também, é bastante utilizada, apesar de sua proximidade com o nervo ciático, que se lesionado poderá causar paralisia nos membros inferiores e invalidez. Já a região da Face anterolateral da coxa não é corriqueira na prática da enfermagem, mesmo sendo pouco contra indicada. E a região ventroglútea, também conhecida como técnica de Hochstetter, apesar de ser a única isenta de contra indicações, é raramente introduzida na prática da enfermagem brasileira (GIOVANI, 2012; POTTER & PERRY, 2005). A região ventroglútea possui inúmeras peculiaridades que a tornam o melhor local para administração de medicamentos intramuscular. Dentre essas características pode-se destacar: músculo espesso e grande, com aproximadamente 4 cm em sua zona central; carência de nervos e vasos importantes; disposição ajustada dos feixes musculares e epiderme com presença menor de patógenos (CASTELLANOS, 1977). Embora seja a mais indicada, a Região

Ventroglútea é pouco utilizada. Percebendo esse paradigma o presente trabalho irá investigar a influência das metodologias de ensino, presencial ou à distância (EAD), no processo de ensino aprendizagem da equipe de enfermagem com relação ao uso da técnica de Hochstetter para administração de medicamentos em um hospital situado no Vale do Jequitinhonha. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A presente investigação está sendo desenvolvida através da metodologia pesquisa - ação com abordagem qualitativa e quantitativa. A população será composta por membros da equipe de enfermagem que administrem medicamentos por via intramuscular em um hospital público situado na cidade de Salinas, Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. A população será dividida em dois grupos que receberão formação acerca da administração de medicamentos por via intramuscular. Em um grupo será utilizada a metodologia de ensino aula expositiva dialogada e no outro curso aberto em plataforma MOOC. Aplicaremos como instrumentos de avaliação, questionários pré e pós-formação com o objetivo de analisar o aprendizado adquirido e as diferenças dos resultados entre as duas metodologias de ensino aplicadas. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Com a efetivação do presente trabalho, pretende-se identificar a influência das metodologias utilizadas no processo de ensino aprendizagem do profissional de enfermagem referente à utilização da técnica de Hochstetter para administração de medicamentos por via intramuscular. Desse modo irá propiciar o aumento da qualidade dos treinamentos e produzir embasamento teórico para os serviços de educação continuada em saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Além dos benefícios já citados anteriormente, a investigação irá proporcionar aos profissionais da enfermagem, mais conhecimentos em relação ao uso da

técnica de Hochstetter para a administração de medicamentos intramuscular, trazendo benefícios aos usuários do serviço de saúde, promovendo e elevando o padrão da assistência de enfermagem.

O ENVELHECIMENTO E A ATIVIDADE FÍSICA E SUAS INFLUÊNCIAS NA MEMÓRIA E QUALIDADE DE VIDA

Thays Antonia da Silva Moura, Mychel Jakcson Araújo Gomes, Paula Vanessa Araújo Silva

Palavras-chave: Envelhecimento, Qualidade de vida, Memória, Atividade física

INTRODUÇÃO: A expectativa de vida da população mundial ao longo do tempo tem aumentado de forma significativa, o que nos leva a entender que se deve ter mais atenção com essas pessoas já que com o envelhecimento surgem também diversas alterações no organismo. Com o passar da idade se torna muito comum queixas em relação à qualidade de vida e memória direcionada a ausência de atividades físicas. **OBJETIVO:** comparar os perfis de memória e qualidade de vida entre idosos ativos frequentadores de centros de convivência e idosos permanentes em abrigos de longa permanência. **METODOLOGIA:** Trata-se de estudo transversal, descritivo, analítico de caráter quantitativo. Constitui-se de uma amostra intencional com a participação de 90 idosos subdivididos em dois grupos de 45. O primeiro grupo, com instituição de longa permanência para idosos e o outro com idosos frequentadores de um Centro de Convivência da Terceira Idade. **Resultados:** Na análise dos resultados foi observado que os idosos frequentadores de um centro de convivência têm uma melhor qualidade de vida e melhor memória. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O fato de o idoso ser institucionalizado influenciou na

avaliação da qualidade de vida e memória dos participantes sendo benéfica a adoção de estratégias para o trabalho em grupo, capacitação de gestores, funcionários e adaptações dessas instituições para receber os idosos mantendo seu nível de funcionalidade, memória e qualidade de vida.

O HUMANISMO NO CURSO DE MEDICINA: CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁXIS PEDAGÓGICA

Lígia Marques Vilas Bôas, Marta Silva Menezes

Palavras-chave: Currículo, Educação Médica, Humanismo

A concepção científica centrada no modelo tecnicista que embasa a formação médica tem sido questionada como uma limitação para a inclusão das práticas humanísticas nos cursos de medicina. No Brasil, o surgimento de novos paradigmas no campo da educação médica ganha força a partir das orientações para a mudança curricular publicadas nas DCNs, em 2001, e de sua reedição em 2014. Esses documentos orientam a realização de uma educação médica humanista, crítica, reflexiva e integrada ao SUS, que deve extrapolar a visão técnico-científica centrada na abordagem puramente biomédica. Este trabalho traz um recorte da dissertação de mestrado intitulada: Expressões do Humanismo no Currículo de Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, apresentando um dos seus objetivos, que consiste em analisar a percepção do docente sobre a formação humanística proposta no currículo do curso de medicina. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido com 28 docentes, que atuam do primeiro ao sexto ano do curso. Nesse trabalho será apresentada

a análise dos dados obtidos a partir das respostas a duas questões dissertativas de um questionário, nas quais os docentes realizaram comentários sobre a abordagem humanista no curso de medicina e sugeriram estratégias para o desenvolvimento de habilidades humanísticas no curso. A análise de conteúdo temática dos depoimentos gerou três categorias: como o humanismo é (des) envolvido no curso de medicina; como o tema pode ser (des) envolvido no curso de medicina; limitações para o (des) envolvimento da proposta humanista no curso de medicina. Os depoimentos revelaram consenso sobre a importância da abordagem do tema no currículo, embora tenham demonstrado distintas compreensões conceituais e práticas. Alguns apontam para a crença no caráter intuitivo da educação humanística, como se esta não demandasse uma sustentação teórica; há, também, a ideia de que a formação humanística seja uma atribuição das ciências humanas ou de componentes curriculares específicos, a exemplo de Saúde Coletiva. A inclusão sistematizada do tema na estrutura curricular do curso de forma interdisciplinar e transversal, a adoção de metodologias ativas como elemento facilitador, a realização de pesquisas nesse campo, além da formação humanística foram indicados como caminhos para o (des) envolvimento do humanismo no curso. A crença na dificuldade de associar os aspectos subjetivos à prática médica e a ideia de que a humanização e a educação “vêm de berço” e que, na academia, podem ser apenas melhoradas revelaram-se como elemento limitador para o (des) envolvimento do humanismo no curso de medicina. As diferentes visões acerca do desenvolvimento do humanismo no currículo de medicina evidenciam-se como necessidade de promoção de debate e produção de conhecimento coletivo acerca do tema. A construção de uma práxis pedagógica baseia-se no pressuposto de

que não há mudança curricular sem o processo de ação-reflexão-ação docente. Assim, a construção de uma práxis deve ser entendida como um conjunto de ações intencionalmente articuladas, com base conceitual, capaz de produzir transformações físicas, subjetivas e sociopolíticas, que extrapolam o campo de conhecimento das ciências biológicas.

O OUTRO LADO DA PORTA GIRATÓRIA: APOIO COMUNITÁRIO NA PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS INTERNADOS EM UMA UNIDADE PSIQUIÁTRICA

Luisa Horn de Castro Silveira, Cristianne Famer Rocha

Apresentação: A temática desse estudo emerge da prática cotidiana do trabalho em uma unidade psiquiátrica, durante o primeiro ano da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A Reforma Psiquiátrica tem como princípio fundamental o cuidado em liberdade e prevê a internação breve em hospital geral quando esgotados os recursos extra-hospitalares. Tendo isso em vista, as frequentes reinternações em unidades psiquiátricas merecem um olhar atento dos profissionais de saúde para a melhor compreensão desse fenômeno e suas causas. Falar de apoio comunitário na percepção de portadores de sofrimento psíquico reforça uma ideia ampliada de saúde mental – preconizada pelas políticas públicas atuais –, analisando elementos do meio social e do modo de vida dos sujeitos e investigando se isso relaciona-se de alguma forma com o agravamento dos sintomas, ou se existem fatores que afetam positivamente a saúde mental das pessoas entrevistadas. O objetivo desse estudo foi analisar a percepção sobre apoio comunitário em usuários com alto número de internações e comparar com a de usuários de primeira internação,

na unidade psiquiátrica de um hospital geral de Porto Alegre. Método: Foi realizada uma entrevista semiestruturada com usuários com mais de cinco internações durante a vida e com usuários que estão em sua primeira internação psiquiátrica, abordando aspectos da sua vida em comunidade: relação com a vizinhança, identificação com o bairro, estrutura urbana, vínculo com os serviços territoriais de saúde, entre outros. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa. Os dados foram analisados a partir do proposto por Bardin (2004) em sua análise de conteúdo. Resultados: A comunidade é uma fonte de relações de apoio e ajuda em situações de crise. É possível perceber sentimentos de identificação e pertença em relação ao bairro na fala de ambos os grupos, porém, fica evidente que os usuários com maior número de internações vivem as relações comunitárias com certo afastamento e vínculos mais superficiais. A família, nesses casos, acaba por assumir o lugar dessas relações mais amplas, tornando-se fonte única de suporte para essas pessoas, o que aumenta a sobrecarga desses cuidadores. Esse desgaste pode ser uma das razões pela alta procura pelo internamento dos usuários recidivistas, que acabam estabelecendo um vínculo forte com o hospital, que ganha um status muitas vezes idealizado na vida desses sujeitos. Há um distanciamento maior dos usuários com múltiplas internações dos serviços de atenção básica, indicando que o cuidado em saúde mental é entendido pelos usuários como papel dos serviços especializados. Considerações finais: Os usuários com múltiplas internações psiquiátricas têm maior tendência ao isolamento, restringindo-se ao universo familiar e buscando menos apoio na rede comunitária. Além disso, os serviços territoriais ainda parecem pouco procurados em situações em que há sofrimento psíquico. Existe, portanto, uma

necessidade de fomentar e potencializar as fontes de apoio formais e informais do território dos usuários, resgatando vínculos e retomando hábitos da vida em comunidade, aumentando a sensação de pertença a uma estrutura mais ampla.

O PAPEL DO PRECEPTOR NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SERVIÇO DE SAÚDE

Andrea Clemente Palmier, Cléris Blanco de Souza, Renata de Castro Martins, Marcos Azeredo Furquim Werneck, João Henrique Lara do Amaral, Ana Maria Chagas Sette Câmara

Palavras-chave: Preceptor, Sistema Único de Saúde, Atenção à Saúde, Recursos Humanos em Odontologia

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a formação do profissional de saúde deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares em unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma articulada sob supervisão docente e de profissional do serviço que recebe o aluno. O objetivo deste estudo foi avaliar o papel do preceptor na formação profissional do estudante de Odontologia no serviço de saúde bucal, na disciplina “Estágio Supervisionado em Odontologia” da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG). Estudantes, professores e profissionais de saúde bucal que atuam como preceptores em seis campos de estágio localizados na regional Norte de Belo Horizonte participaram deste estudo. Os dados foram coletados por meio de questionários abordando as experiências e impressões dos preceptores, estudantes e professores sobre os aspectos relevantes do papel do preceptor na formação do profissional em saúde em Odontologia. Uma análise descritiva dos dados foi realizada com auxílio

do programa estatístico SPSS v.18.0. Um total de 25 pessoas participou deste estudo (11 estudantes, 10 preceptores e 4 professores). Todos os alunos e professores e 50% dos preceptores consideraram que a preceptoría faz parte das atribuições do profissional de saúde. A maioria dos atores afirmou que o profissional de saúde sente-se motivado e preparado para atuar como preceptor. Os aspectos mais importantes das atividades de preceptoría elencados pelos estudantes foram o trabalho em equipe (81%) e a relação com a comunidade (54%); para os professores foram a organização do serviço e a relação com a gestão (75%), e para os preceptores foram os aspectos assistenciais e a organização do serviço (70%). Todos os atores consideraram importante a participação do estudante em estágios em serviços de saúde durante a sua formação profissional e afirmaram que o preceptor tem conhecimento sobre os objetivos da disciplina. Todos os professores e a maioria dos preceptores (90%) e estudantes (72,72%) relataram que o planejamento foi feito de forma participativa. As atividades planejadas foram consideradas adequadas às necessidades da unidade de saúde e de saúde da população, e as relações interpessoais estabelecidas foram avaliadas como boas por todos os participantes. O ambiente de trabalho foi considerado adequado para o desenvolvimento do estágio pela maioria dos participantes. Todos os estudantes e professores e 60% dos preceptores consideraram a infraestrutura para realizar as atividades de estágio adequadas. Apenas 20% dos preceptores afirmaram que já participaram de curso de capacitação de preceptoría e 80% manifestaram interesse em participar. De uma forma geral, a percepção dos participantes sobre o papel do preceptor na formação do profissional de saúde foi positiva. Entretanto, foi detectado que alguns preceptores não têm consciência

de que a preceptoria faz parte de sua atribuição como profissional da saúde e muitos manifestaram o desejo de serem capacitados para este papel. Intervenções que busquem capacitar e conscientizar os preceptores do seu papel na formação dos futuros profissionais de saúde fazem-se necessárias.

O PBL E A RELAÇÃO ESTUDANTES E COMUNIDADE

Ruth Daniele Pereira Mota, Sabrina Weiny da Silva, Ingrid Jaqueline Fonseca Leopoldino

Palavras-chave: pbl, educação, comunidade

A formação médica no Brasil deve se estruturar de modo que o profissional da saúde se adapte às mudanças frequentes e com uma formação humanística, de modo que a relação médico-paciente seja valorizada. Todavia, a formação profissional tem se estruturado nos cenários hospitalares, sendo que uma formação de saúde ampliada não é seriamente estimulada. Desse modo, o cenário ensino-aprendizagem é uma necessidade para que a construção de novos currículos seja incentivada. A metodologia de ensino de aprendizagem baseado em problemas (PBL) insere o estudante na prática com a comunidade desde o início do curso, fazendo com que sua formação seja mais condizente com a realidade enfrentada pela população, contribuindo, dessa forma, para que o próprio estudante amplie seus conhecimentos e que ações preventivas e promotoras da saúde sejam aplicadas na sociedade. Ademais, esse método evidencia uma formação baseada na educação permanente em saúde, incorporando um desenvolvimento institucional e individual, além de um maior foco à saúde coletiva. Para que isso ocorra é necessário também que haja um encadeamento concreto entre

o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus vários eixos na gestão e com as instituições orientadoras. Outro diferencial para o PBL é que, o conhecimento generalista básico, não é perdido durante o curso, pois ao invés de promover um conteúdo especializado, ele faz com que os conteúdos interdisciplinares e a relação subjetiva entre a relação profissional saúde-paciente não sejam perdidas durante a formação profissional. Percebendo os diversos efeitos que um sistema de ensino possui quando se baseia na metodologia de ensino e aprendizagem baseado em problemas, é notório que as relações interdisciplinares, devido à maior interatividade entre os diversos cursos da saúde; além da interatividade entre os estudantes, com os profissionais de saúde e os usuários do sistema, é maior devido ao contato contínuo expresso pelo método abordado. Assim, o objetivo da metodologia é que o estudante aprenda com a realidade em que se insere. Mediante o exposto, é expressivo que a prática do PBL forma profissionais críticos, que se destacam pelo papel transformador que exercem.

O PRECEPTOR CIRURGIÃO-DENTISTA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA FORMAÇÃO EM ODONTOLOGIA: COMPREENSÃO DO PAPEL E ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS PARA A PRECEPTORIA

Patri Cia Flores Rocha, Ramona Ceriotti Toassi

Palavras-chave: Preceptoria, Educação em odontologia, Atenção Primária à Saúde

A partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde, incluindo a Odontologia, as experiências curriculares passaram a contemplar o Sistema Único de Saúde (SUS). Com a formação direcionada para a integração ensino-serviço-comunidade, os

serviços de saúde passaram a ser espaços de ensino-aprendizagem, criando-se, assim, uma demanda aos profissionais dos serviços que, além de suas atividades de rotina, orientam o aprendizado dos estudantes de graduação, atuando como preceptores. Diante do referido contexto, o objetivo dessa pesquisa – tema de dissertação de Mestrado do PPG Ensino na Saúde/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – foi compreender o papel do preceptor na formação em Odontologia, analisando as características para a preceptoria. O método de investigação foi o estudo de caso em uma abordagem qualitativa. A pesquisa aconteceu em Porto Alegre/RS e envolveu o curso Odontologia da UFRGS e os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). A coleta de dados aconteceu em três momentos: preenchimento de questionário on-line sobre o perfil dos preceptores, entrevista semiestruturada e observação participante. Estudantes e cirurgiões-dentistas compreendem que o papel do preceptor é o de orientar, auxiliar e ouvir o estudante em seu período de estágio, inserindo-o e estimulando-o para o trabalho interdisciplinar e multiprofissional. A postura do preceptor e o modo como ele se relaciona com a equipe e com os pacientes, possibilita o vínculo do estudante à equipe e o conhecimento do processo de trabalho dos diferentes profissionais que atuam na APS. As características para a preceptoria que emergiram da fala dos sujeitos de pesquisa contemplaram a receptividade e o acolhimento do preceptor na chegada do estudante ao serviço de saúde, o querer ser preceptor, a comunicação com o estudante e com a equipe, a flexibilidade do preceptor na conduta com o estudante e no planejamento das atividades do estágio curricular e o bom relacionamento interpessoal com estudante e equipe; também sua característica didático-pedagógica para o ensino na saúde e a atuação clínica qualificada, além

de postura profissional, perfil e formação para atuação no SUS e para a preceptoria. A análise dos resultados possibilitou a compreensão do papel do preceptor, bem como das características esperadas para a preceptoria.

O SENSO COMUM DA TRADICIONAL MEDICINA AMAZÔNICA

Maria Isabel de Araújo, Naysa Lima de Souza Neta, Silas Garcia Aquino de Sousa

Palavras-chave: Etnobotânicas, Plantas Medicinais, Educação Ambiental

O conhecimento tradicional sobre o uso das plantas na cura ou alívio de doenças preencherem uma lacuna desde a aurora de nossa vida até o ocaso de nossa existência humana, é vasto seu conhecimento e, em muitos casos, é o único recurso disponível que uma parcela da população tem ao seu alcance. As plantas usadas como remédio quase sempre têm posição significativa nos resultados das investigações etnobotânicas, neste contexto a biodiversidade amazônica em sua magnitude não é conhecida com precisão, estima-se a existência de milhões de espécies distintas de plantas e o uso destas são tradicionalmente preservado e disseminado como significativa herança cultural pela população amazônica, com a finalidade de aproximar o ser humano à natureza divulgando a importância da flora para nossas vidas, auxiliando na prevenção e no tratamento de várias doenças e de proteção espiritual, enfocando as tradições e forma de tratamento que nos transmitem como valiosos legados para a saúde. Objetiva o presente identificar o processo que envolve os saberes tradicionais relacionados às plantas medicinais na disseminação da informação sobre o uso racional destas e a cura de doenças nos trabalhos em educação ambiental.

A metodologia adotada no presente caracteriza-se como pesquisa-ação, pessoa-ambiente, através do método qualitativo, foi entrevistada 100 pessoas com aplicação de questionário nas 40 feiras e em 8 mercados da cidade de Manaus no período de junho/julho de 2015. Como resultado prático identificou-se que 80% dos entrevistados afirmaram fazer uso das plantas medicinais pelos costumes transmitidos de geração para geração e por não fazer mal a saúde, 15% utilizam por ser mais barato e 5% por outros motivos não relatados. Percebe-se que a grande parte dos consumidores que faz uso de plantas medicinais para o tratamento de doenças é de origem humilde e esta prática é feita de forma empírica e cultural, sendo a única economicamente acessível, que, por se tratarem de plantas naturais, as mesmas não causam malefícios à saúde, dispensando a visita ao médico. A sensibilização, conscientização e a informação são essenciais e fundamentais para que o uso das plantas medicinais seja realmente proveitoso, conhecer cada propriedade da planta, e compreender como ela age no organismo e a forma mais correta e fundamental no preparo e armazenagem para que possamos obter resultados satisfatórios. Diante deste contexto recomendamos a importância das pesquisas de conhecimento científico e de trabalhos em educação ambiental que envolva os saberes relacionados às plantas medicinais, estabelecendo uma relação racional entre o uso das plantas e a cura de determinadas doenças junto à população e vendedores destas nos mercados e feiras da cidade de Manaus. Torna-se necessário a unificação da ciência com o conhecimento popular, bem como a aplicabilidade deste recurso natural, para que a população possa utilizá-las compreendendo seus princípios ativos. Recomendam-se palestras de Educação Ambiental junto aos vendedores de ervas medicinais nos mercados de Manaus como eficiente ferramenta para a

sensibilização da preservação das plantas medicinais, bem como do conhecimento das tradições populares.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Fabiane Elizabetha de Moraes Ribeiro, Aline Correa de Souza

Palavras-chave: Estudantes de Enfermagem, Educação em Enfermagem, Instituições Acadêmicas

APRESENTAÇÃO: A formação em saúde vem se mostrando um desafio constante quando falamos na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Formar recursos humanos para o SUS é previsto em lei e para que a teoria seja alcançada acredita-se que são necessárias modificações nos cenários onde ocorrem os processos de ensino-aprendizagem. A atualidade/contemporaneidade do assunto evidencia-se através dos diversos dispositivos existentes, criados ao longo dos anos, para qualificar o futuro profissional ou já profissional para atuação no sistema de saúde brasileiro. Programas e projetos como o PET-Saúde e o VER-SUS são voltados para profissionais em formação (graduandos) e Programas de Residência em Saúde, voltados à profissionais que já concluíram a graduação, por exemplo. Esta pesquisa teve como objetivo compreender as concepções sobre o SUS de acadêmicos de enfermagem, comparando as diferentes etapas da trajetória acadêmica. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O cenário estudado foi uma Universidade Federal especializada na área da saúde, no município de Porto Alegre. É um estudo de abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram 41 acadêmicos do primeiro e terceiro ano de um curso de bacharelado em enfermagem e a coleta de dados ocorreu no mês de agosto de 2014, através de um questionário semi-

estruturado auto-aplicado. Os dados foram trabalhados por meio de análise temática. **RESULTADOS:** Ambas as turmas trazem a ideia de um sistema de saúde público, que é direito de todos, sendo que os do primeiro ano citam as palavras “público” e “direito” com mais frequência. Evidencia-se uma evolução na concepção que permeia a atuação do enfermeiro quando comparamos primeiro e terceiro ano, partindo de um conceito restrito de ajudar as pessoas até uma formulação mais madura e completa, em que é acrescida a noção de participação ativa para melhorar o sistema e a saúde como um todo. **CONCLUSÃO:** Pode-se evidenciar pontos divergentes quando comparamos as concepções de acadêmicos do primeiro e terceiro ano, porém o diagnóstico situacional culmina a uma raiz em comum: a formação em saúde. Pensar saúde, pensar na formação em saúde exige um olhar diferenciado, principalmente diante da conjuntura que vivemos atualmente. Acredita-se neste estudo como o propulsor de um movimento inicial para modificação de práticas, ações e planejamentos acadêmicos, bem como para estimular o pensamento reflexivo e crítico acerca do papel de cada sujeito envolvido no processo. As ideias aqui expressas podem ser utilizadas por docentes e discentes, no sentido de repensar os conteúdos que são abordados em sala de aula, assim como a metodologia utilizada para tal, entendendo que articular saberes de forma horizontal e interdisciplinar é fundamental para uma construção coletiva e ampliada de conhecimento em saúde.

O TEATRO ENQUANTO ESTRATÉGIA METODOLÓGICA PARA PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE

Vivian Costa da Silva, Alcindo Antonio Ferla

Palavras-chave: teatro, pesquisa, saúde coletiva

APRESENTAÇÃO E OBJETIVO: O teatro é uma potente estratégia metodológica para pesquisas qualitativas em saúde, pois promove maior aproximação do pesquisador e sujeitos de pesquisa e emerge como prática social capaz de produzir movimentos de mudanças sociais. A pesquisa qualitativa realizada através do teatro busca a integralidade da participação dos sujeitos da pesquisa, valorizando as histórias e experiências de vida, a análise e reflexão coletiva para a ação transformadora de uma realidade. **Desenvolvimento do Trabalho:** Ao traduzir o nosso cotidiano, o teatro torna-se uma potência e estratégia que permite as pessoas reconhecerem e identificarem as suas ações e práticas, e ensaiar movimentos de transformação social. Ao apresentar cenas e jogos teatrais para os sujeitos da pesquisa, o teatro ainda permite a adoção da estratégia de convidar esses sujeitos para saírem da condição passiva de espectadores, e por meio da dramatização, entrar na cena proposta e experimentar outras formas de ações possíveis. Essas cenas podem ser construídas e atravessadas pelas histórias de vida do coletivo de sujeitos participantes e são ricos e potentes dispositivos disparadores de reflexão e problematização. Quando o ator-sujeito de pesquisa entra na cena proposta mobiliza os recursos teatrais disponíveis, os sentimentos, conhecimentos, pensamentos, estratégias e inquietações. Assim, o momento de dramatização torna-se um momento pedagógico que permite ao ator explorar, criar, improvisar, reinventar as práticas e construir alternativas possíveis de mudanças, ensaiando e experimentando ações para uma possível transformação na vida real. **RESULTADOS:** O teatro permite problematizar as situações cotidianas vivenciadas pelos trabalhadores e usuários de serviços de saúde, e deste modo colocam em cena o trabalho, o cuidado, a saúde. Ao propor uma ação diferente na cena corriqueira e cotidiana dos processos

de trabalho, o teatro desmecaniza as práticas e ações de saúde e devolve ao mundo do trabalho o desafio de refletir e problematizar a partir do cotidiano do trabalho, reinventando as práticas profissionais. A dinâmica promovida permite aos sujeitos perceber, integrar, interpretar elementos, reforçar a compreensão de mundo e ressignificar a realidade de outra forma. E deste modo, intensifica emoções, cria movimentos, produz aprendizagens e amplia conhecimentos coletivos sobre o tema da pesquisa. O teatro como estratégia metodológica possibilita a transformação do sujeito de pesquisa em ator social, permitindo ao sujeito tomar si como foco de experiência, produzir dobras com os acontecimentos e conhecimentos, e protagonizar as mudanças que desejam. A dinâmica teatral permite articular conhecimento e ação para um saber-fazer produtor das ações transformadoras e mudanças que desejamos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Na etimologia latina, o conhecimento – cum nascere – significa nascer junto. Nesta compreensão, a produção de conhecimentos através de pesquisas científicas não precisa ser uma prática solitária do pesquisador. O teatro permite o compartilhamento e construção do conhecimento em uma dimensão coletiva, integrando as motivações, percepções, criatividade, análises e proposições dos sujeitos de pesquisa. O teatro enquanto estratégia metodológica permite a construção de conhecimento compartilhado pois permite que os sujeitos de pesquisa participem de todas as etapas da pesquisa, desde o levantamento dos dados, passando pela análise e formulações de ações e propostas para enfrentar o problema tema da pesquisa.

O TÉCNICO EM ANÁLISES CLÍNICAS: UM RESGATE HISTÓRICO E SOCIAL DE SUA TRAJETÓRIA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Rossana Mota Costa, Flavia Andrea Belarmino de Medeiros, Ana Larissa Fernandes de Holanda

Palavras-chave: educação profissional, SUS, integração ensino- serviço

APRESENTAÇÃO: Este trabalho tem o objetivo de apresentar a historicidade da qualificação do trabalhador da saúde, mais especificamente, do técnico em análises clínicas, com intuito de compreender a conformação destes a partir da qualificação profissional com foco na perspectiva da formação e sua relação com o mundo do trabalho. Inicialmente, discutiu-se o conceito de qualificação em uma perspectiva histórica e sua relação com o conceito de competência, pois é a partir desta concepção que o currículo de análises clínicas da ETSUS - CEFOP/RN cenário aqui trabalhado, orienta suas práticas. Discorreu-se sobre a constituição histórica e social do técnico em análises clínicas, o perfil desse trabalhador incorporado ao Sistema Único de Saúde - SUS, bem como sua trajetória no processo de qualificação, a partir de uma reflexão que perpassará desde sua constituição histórica bem como a legitimação ou não do exercício e a formação desse profissional. Os alunos do Curso Técnico em Análises Clínicas são profissionais da área de saúde, servidores públicos efetivos que atuam nos serviços nas diversas funções, como por exemplo: auxiliares de laboratório, auxiliares de patologia, auxiliares em biodiagnósticos, dentre outras e estarão aptos legalmente, após conclusão do curso, a exercer suas atividades técnicas, entretanto, ao retornarem aos seus postos de trabalho, permanecem dentro do sistema, ainda como

“auxiliares”. Desta forma, o desencanto pela escola assola nas subjetividades dos alunos e com isso, a escola perde seu papel fundamental que é o de “encantar” aqueles que tiveram oportunidade de reconstruir seus conhecimentos através do acesso à informação que, para muitos, estão excluídos desses espaços há bastante tempo. As escolas técnicas do SUS realizam papel formador, porém, necessita-se abrir caminhos capazes de gerar espaços coletivos de discussões sobre os fazeres cotidianos dos seus egressos. Orienta-se projetos educativos na direção de uma concepção de educação profissional que seja capaz de formar trabalhadores cidadãos numa perspectiva emancipatória, preocupada com a subjetividade dos seus alunos para que os mesmos sejam capazes de modificar suas práticas ao ponto de transformar a realidade que os cercam.

O USO DE ÁLCOOL POR ALUNOS DO ENSINO MÉDIO EM UMA REGIÃO DE FRONTEIRA BRASIL/BOLÍVIA: UM ESTUDO PILOTO DESENVOLVIDO POR ACADÊMICOS DE MEDICINA

Mayra Aparecida Cortes, Fabiana Aparecida da Silva, Ricardo Sirotheau Gonzaga Jacob, Roberto Guimarães de Paula, Karine Ferreira Soares Menezes Neves, Katiele Dalla Vécchia Pereira

Palavras-chave: Alcool, Adolescente, Questionários, Medicina do Adolescente

INTRODUÇÃO: O consumo de álcool por adolescentes é relevante e preocupante por se tratar de um grupo vulnerável. A inserção do acadêmico de medicina na comunidade promovendo a educação em saúde contribui para uma formação médica cidadã, responsável socialmente. **OBJETIVOS:** Realizar um levantamento

acerca do consumo de álcool entre alunos do ensino médio para que se possam planejar ações voltadas à educação para o álcool. **METODOLOGIA:** A pesquisa foi realizada nos meses de maio e junho de 2015 por acadêmicos de medicina integrantes do projeto de extensão “Desmistificando meu corpo: nas interfaces da educação em Saúde”. Trata-se de um estudo piloto, realizado com 120 estudantes com idade média de 17 anos, do ensino médio de escolas públicas localizadas na periferia da cidade de Cáceres – MT. Como instrumento de pesquisa, utilizou-se o questionário AUDIT (ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST). A aplicação do AUDIT foi feita em sala de aula, após a entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com assinatura dos pais ou responsáveis pelos alunos conforme parecer do CEP/UNEMAT nº 1.082.083. **RESULTADOS:** Dos alunos pesquisados, 83,3% enquadraram-se na categoria “consumo de baixo risco” pelo AUDIT enquanto 15,84% enquadraram-se na categoria “uso de risco” e nenhum aluno na categoria “risco nocivo”. Já 0,83% enquadra-se na categoria referente a uma “provável dependência de álcool”. **CONCLUSÃO:** Apesar de se tratar de um estudo com pouca abrangência populacional e a maior porcentagem corresponder a uma categoria considerada como um consumo de baixo risco, medidas intervencionistas destinadas à prevenção do uso de álcool, tanto para os escolares como para seus familiares são imprescindíveis principalmente por se tratar de uma região de fronteira com a Bolívia, onde o consumo de álcool é facilitado. Portanto há necessidade de ampliação e continuação da pesquisa a fim de se obter uma promoção de saúde impactante e duradoura.

O USO DE RELATOS DE VIVÊNCIAS SOBRE A ADMINISTRAÇÃO E USO DE MEDICAMENTOS EM AULAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA NO ENSINO DE FARMACOLOGIA

Rita de Souza Claudino, Agne Oliveira do Prado Moraes, Rogério Dias Renovato

INTRODUÇÃO: A estratégia de ensino “relato de vivências de aulas práticas de enfermagem” resulta em uma reflexiva aprendizagem como decorrente das experiências vividas pelos estudantes, em que se dá o confronto do conhecimento teórico com a realidade, e assim mediando o processo de aprendizagem do aluno. A aprendizagem através da experiência fortalece o entrelaçamento da teoria com a prática, bem como na produção de atos formativos mais potentes e criativos. Nos relatos de vivências, os acadêmicos podem expressar seus sentimentos durante essas aulas, enfocando suas expectativas e ansiedades, antes ou após essas práticas. O objetivo da pesquisa foi analisar os relatos de vivências sobre administração e uso de medicamentos em aulas práticas de enfermagem como estratégia educativa no ensino de farmacologia. **MÉTODO:** Pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa, envolvendo estudantes do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS), matriculados na disciplina de Farmacologia da segunda série. Todos os acadêmicos deviam estar em aula prática da enfermagem e consentirem participar da pesquisa através de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). As vivências relatadas pelos acadêmicos eram provenientes das aulas práticas realizadas em Enfermagem Saúde da Mulher I, Enfermagem em Saúde Coletiva, Enfermagem em Saúde Mental, Enfermagem em Saúde da Criança I, Semiotécnica e Sistematização da Assistência

de Enfermagem. Foram analisadas 23 vivências. Os relatos trazem as experiências pessoais destacando a participação ou seu ponto de vista em relação à administração do medicamento. Através das aulas práticas os relatos se aproximam dos pressupostos da aprendizagem significativa. Além de induzir o processo de aprendizagem e suas habilidades também ficou perceptível, a descrição de reflexões, que não se limitaram apenas ao conteúdo técnico, mas avançaram em outras margens, dentre elas, a reciprocidade dialógica com o ser humano, foco do cuidado em enfermagem.

O USO DO CINEMA COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA NO ENSINO DE FARMACOLOGIA EM ENFERMAGEM

Tatiane Geralda André, Bruna Beatriz Gonçalves Bruno, Priscila Rosa de Assumpção Costa, Karine Macedo de Oliveira, Rogério Dias Renovato

A farmacologia tem um papel relevante na formação do enfermeiro, visto que possibilita o conhecimento dos efeitos dos medicamentos, contribui para a administração correta, pelo controle da resposta do cliente e pelo auxílio na autoadministração. Dessa forma percebe-se que há muitas dificuldades enfrentadas pelos discentes de enfermagem em relação ao aprendizado na farmacologia, tornando-se um momento de ansiedade, visto a grande relevância, mas também dotada de considerável complexidade, pois envolve vários conhecimentos provenientes da fisiologia, bioquímica, histologia, biologia celular, microbiologia, patologia, imunologia e parasitologia. Nesse contexto, os docentes têm adotado a estratégia de recursos audiovisuais como filmes para promover o processo de ensino-aprendizagem em todas as instâncias. O uso do cinema na educação tem dado grandes resultados

na melhoria do aprendizado e, portanto, utilizamos o cinema como estratégia didática e pedagógica, a fim de contribuir com processo educativo dos acadêmicos de enfermagem. O objetivo geral desse estudo foi analisar o uso do cinema como estratégia educativa no ensino de farmacologia aplicado à Enfermagem, tendo como objetivos específicos: Conhecer as percepções dos estudantes de enfermagem da disciplina de Farmacologia em relação ao uso do cinema como estratégia educativa e desenvolver modelo de plano de ensino sobre o uso do cinema como estratégia educativa. Tratou-se de pesquisa descritiva, exploratória e qualitativa, tendo como participantes, estudantes de enfermagem regularmente matriculados nas disciplinas de Farmacologia, da segunda série do curso de Enfermagem da UEMS – Unidade de Dourados. Participaram da pesquisa 25 acadêmicos. Utilizamos 7 filmes sendo eles: O Óleo de Lorenzo, Uma Chance para Viver, Decisões Extremas, Tá Faltando Alguma Coisa? Clube de Compras Dallas, Amor e Outras Drogas e Tempo de Despertar. Previamente ao uso do filme, foi realizado um plano de ensino, abordando sua temática principal e secundária, as possibilidades de leituras reflexivas, perguntas disparadoras e conexão com o ensino de farmacologia. A coleta de dados compreendeu entre março a julho de 2015. A cada 15 dias, um filme era apresentado, e na semana subsequente as discussões em rodas de conversa eram realizadas. Também foi enviado um roteiro para auxiliar nas discussões e fomentar o raciocínio clínico e reflexivo, e instigá-los a relacionar o filme com os saberes da farmacologia. A coleta de dados foi através dos relatos das percepções dos estudantes em depoimentos escritos e roda de conversa. Nessa roda de conversa os acadêmicos se expressaram, mostrando as potencialidades e as fragilidades da estratégia em si. Os

resultados encontrados foram satisfatórios, pois, foi possível perceber através dos relatos escritos e das discussões que o uso do cinema contribuiu para o ensino da Farmacologia aplicado à Enfermagem. Os acadêmicos conseguiram relacionar os filmes, com os saberes da farmacologia e as práticas diárias de enfermagem. Considerações finais: Nesse contexto o uso do cinema pode confrontar os alunos com as situações críticas, e assim, sensibilizar para as questões de ética, cuidado, humanização e respeito. O ensino de disciplinas no âmbito do Ensino Superior em Saúde deve considerar outras possibilidades educativas, em prol da formação de um profissional multidimensional.

ORGANIZANDO UM GUIA PARA A FAMÍLIA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

Emily Dourado Rastelli, Clara Victória Miranda da Silva, Maria Angélica Marchetti

Palavras-chave: Assistência hospitalar, Saúde da Família, Enfermagem Familiar

Introdução: A hospitalização da criança configura-se como uma experiência traumática, pois afasta-a do seu cotidiano, expondo a criança e a família em um mundo desconhecido, repleto de rotinas, equipamentos, pessoas diferentes, limitações de movimento, e procedimentos dolorosos. Logo, manter a ligação afetiva entre a criança e a família torna-se imprescindível. A abordagem do Cuidado Centrado na Família é uma filosofia de cuidados planejados em conjunto com a família, sendo ela tida como unidade de cuidado. Enquanto acadêmicas, durante as atividades de Estágio Supervisionado na enfermaria pediátrica de um hospital escola de Campo Grande/MS, verificamos que a família não era contemplada nos cuidados, recebia informações aleatórias sobre a sua

permanência com a criança o que gerava dificuldades no manejo de situações e na interação com a equipe profissional. **Objetivo:** relatar a experiência da elaboração de um guia educativo em relação às condutas e combinados para tornar a experiência de hospitalização da família e da criança menos traumática. **Descrição da experiência:** Realizado levantamento bibliográfico sobre a criança hospitalizada e a abordagem do Cuidado Centrado na Família, sobre o material existente na unidade e verificado com a equipe as situações reais de estrutura e rotinas. A família também foi consultada a respeito de suas necessidades. Após leituras e organização do material foi elaborado um novo guia em formato de livreto, substituindo a perspectiva do foco na doença, das proibições e das regras taxativas para orientações centradas em amenizar o sofrimento, as necessidades e a permanência da família durante a hospitalização da criança. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** o guia contou com orientações sobre horário de visita, troca de acompanhante, informações sobre como manter o ambiente agradável, seguro e organizado, telefones úteis, dicas sobre o cuidado da criança e a participação da família, e dicas para uma vida saudável entre outras. O guia foi entregue à família e apresentado à equipe. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** a utilização do guia educativo disponibilizou informações possibilitando aos familiares e acompanhantes melhor conhecimento e participação nos cuidados e segurança da criança.

OS CENÁRIOS DE PRÁTICA NO CONTEXTO DAS MUDANÇAS NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA: PERCEPÇÕES DOS ATORES INSTITUCIONAIS DE ESCOLAS MÉDICAS BRASILEIRAS

Fabiana Aparecida Silva, Larissa Arbues

Carneiro, Nilce Maria da Silva Campos Costa, Jadete Barbosa Lampert

Palavras-chave: Educação Médica, Integração ensino serviço, Currículo

Em busca de profissionais que atendam as necessidades dos serviços de saúde, diversas mudanças durante a formação médica vêm acontecendo, dentre elas a inserção do aluno nos cenários de prática desde o ingresso nas escolas médicas, na tentativa de integrar o ensino-serviço e concomitantemente vivenciar diversos contextos de aprendizagem. O objetivo do presente estudo é apresentar as percepções dos atores institucionais das escolas médicas brasileiras acerca do cenário de prática. Para coleta de dados foi utilizado o Método da Roda de Lampert (2009), sendo aqui apresentados resultados relativos ao Eixo “Cenário de Prática” de 41 escolas médicas que aderiram ao projeto “Avaliação e acompanhamento das mudanças nos cursos de graduação da área da saúde” da Comissão de Avaliação das Escolas da Área da Saúde/ABEM (CEP/UFMS/CONEP/MS nº 0150.0.243.000-07). Foi realizada a análise qualitativa identificando os núcleos de sentido presentes nas justificativas e evidências apresentadas em consenso pelos seguintes atores institucionais: docentes, técnicos administrativos e alunos. Emergiram cinco categorias (C) relacionadas ao cenário de prática: C1: “Cenários de prática nos documentos Oficiais”; C2: “Relação ensino-serviço”; C3: “Integração de conteúdos e disciplinas”; C4: “O papel do docente e do preceptor”; C5: “Limitações no cenário de prática”. Na C1 os atores assumem o discurso das escolas médicas contidos em seus Projetos Pedagógicos do curso (PPC) e em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). Afirmam que no curso há prioridade em atividades práticas e integração com a

teoria, com uso de metodologias mais ativas e abordagem em diferentes níveis de atenção em saúde. Os participantes relatam na C2 que há a parceria entre ensino-serviço em diferentes níveis de complexidade da rede. Contudo, evidenciaram-se nesse cenário algumas fragilidades na integração dentro da própria rede de saúde, na relação com o gestor local e no reconhecimento dos papéis do preceptor e do docente no contexto da integração ensino-serviço. Em C3 há um discurso que direciona para as mudanças no processo de integração entre conteúdos e disciplinas, embora ainda seja um processo que encontra limitações, mesmo em instituições em que houve reformulação do PPC. Já na C4 observou-se que na maioria das escolas estudadas os docentes fazem supervisão exclusiva dos alunos nos cenários de prática, em alguns casos há colaboração do preceptor nesse papel de supervisão. Destaca-se que há uma tendência de mudanças nos cenários de prática das escolas médicas estudadas, uma vez que as mesmas utilizam diferentes espaços da rede de saúde. Embora haja mecanismos de regulação e estímulo à articulação do ensino-serviço para diversificação dos cenários de prática, tais como convênios e programas de incentivo, as escolas médicas ainda deparam-se com entraves relacionados à organização da própria rede de saúde e nas relações entre academia e serviços, principalmente em virtude dos papéis exercidos pelos docentes supervisores e os preceptores.

PANORAMA DA ASSISTÊNCIA NO PERÍODO GRAVIDICO E PUERPERAL NO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)

Ingrit Medeiros Seehaber, Luciana Barcellos Teixeira, Alcindo Antonio Ferla

Palavras-chave: PMAQ, Pós parto, Pré natal

APRESENTAÇÃO: Na lógica da atenção integral, o pré-natal exige uma assistência diferenciada, que inclui, entre outras ações, o acolhimento. A avaliação de programas tem sido o foco do Ministério da Saúde. O atendimento às mulheres no pós parto é uma importante ação da Atenção Básica (AB), que deve ocorrer na unidade de saúde ou em atendimento domiciliar, em um período de 7 a 10 dias. Esta ação visa qualificar o atendimento à mãe e ao bebê, através da identificação de problemas e orientação quanto a cuidados e amamentação. O trabalho tem o intuito de descrever a assistência no período do pré-natal e do pós parto, desenvolvida pelas equipes de saúde do país, a partir de questões do primeiro ciclo de avaliações do PMAQ conduzido em 2012. E um estudo epidemiológico e observacional que foi conduzido em todos os estabelecimentos de saúde que realizavam atenção primária em saúde no país. **DESENVOLVIMENTO:** A adesão ao PMAQ por parte dos estabelecimentos de saúde era voluntária neste primeiro ciclo. Para o bloco de questões, a amostra foi constituída por mulheres que já haviam tido filhos com até dois anos de idade. Posteriormente os dados foram organizados com o programa Excell e transpostos para o programa SPSS para análise. **RESULTADOS:** Os resultados são expressos por estatística descritiva. Das 8.762 mulheres entrevistadas, 21% não realizaram o pré-natal na sua unidade de referência, sendo os principais motivos, (1) o fechamento da unidade de saúde (30,2%), (2) o despreparo para atendimentos de urgência (26,9%). Nesta amostra, 35,6% tiveram algum problema que consideraram que precisava de atendimento de urgência/emergência durante a gestação; dentre estas, 49,2% procuraram atendimento em serviços de atenção primária em saúde; e quando questionadas sobre a possibilidade

de atendimento imediato na unidade, 92% responderam que havia acolhimento adequado e que conseguiam atendimento na mesma hora nas unidades de saúde, sem precisar de consulta marcada. No atendimento puerperal, 5.009 mulheres (58%) realizaram a consulta de revisão pós parto, sendo que a maioria foi realizada na AB (66,8%), com mediana de 13 dias (variação de 0 a 42 dias). Nesta amostra, 1.851 mulheres (21,1%) receberam visita domiciliar do agente comunitário de saúde na primeira semana após o parto. Considerando a totalidade de atendimentos no puerpério, em 2.811 mulheres (39%) foi realizado exame das mamas, em 2.752 (38,3%) foi feito exame ginecológico e para 6.285 (87%) mulheres foram fornecidas orientações sobre a amamentação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi observado um expressivo percentual de mulheres que não realizou acompanhamento pré-natal na unidade de referência. Existe uma dificuldade na cobertura da assistência pós-parto no país e o tempo para ocorrência deste atendimento extrapola o período preconizado pelo Ministério da Saúde. O acompanhamento no pós-parto precisa ser incentivado desde o início da gestação, bem como a conscientização das equipes para a relevância desta ação, tendo em vista a potencialidade de identificação de problemas de saúde associados ao puerpério precocemente.

PARTILHANDO APRENDIZAGEM À LUZ DA METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO

Eliezel Alves Alves dos Anjos

Palavras-chave: profissionalização, problematização, pesquisa

As Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) cumprem papel fundamental na formação

dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde, dentro da perspectiva da Educação Permanente no Estado. A política da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), fundamentada nos princípios das políticas para a formação do técnico em saúde, dentro do escopo para a educação profissional, articula as estratégias e prioridades do SUS com as concepções e referências das políticas nacionais de educação. O propósito é buscar alternativas para a construção de programas de ensino que apresentem sintonia com os modelos de organização da atenção à saúde ao mesmo tempo em que privilegia o desenvolvimento da capacidade de intervenção crítica e criativa da Escola na Rede de Serviços do SUS e desta no processo ensino-aprendizagem. Assim, suscita-se a inquietude que norteará o objeto do projeto: como se comportarão os educandos dos cursos técnico-profissionalizantes da Etsal/Uncisal, a partir do estímulo do processo de ensino-aprendizagem na trajetória de sua formação, quando do ensejo para compartilhamento de suas experiências com base na concepção da metodologia da problematização, aplicando o Arco de Charles Maguerez como caminho metodológico de pesquisa? Como resposta provável e provisória que se traduz em hipótese, no sentido de buscar a certeza de ser cientificamente válida, propõe-se que: se os educandos receberem estímulo do processo de ensino-aprendizagem na trajetória de sua formação, quando do ensejo para compartilhamento de suas experiências com base na concepção da metodologia da problematização, aplicando o Arco de Charles Maguerez como caminho metodológico de pesquisa, então haverá demonstração do protagonismo

de seu processo de aprendizagem sob diversos matizes de expressão como caminho metodológico e das condições que representam fatores formadores dos saberes didático-pedagógicos da instituição formadora. Objetivo Geral: Promover o compartilhamento dos educandos com suas experiências de ensino-aprendizagem com base na concepção da metodologia da problematização, aplicando o Arco de Charles Maguerez, como caminho metodológico de pesquisa.

PERCEPÇÃO DE ALUNOS E PROFESSORES SOBRE A EDUCAÇÃO SEXUAL

Lídia Andrade Lourinho, Ana Maria Fontenelle Catrib, Aline Veras Morais Brilhante

Palavras-chave: Sexualidade, Adolescência, Educação sexual

Este ensaio analisa as percepções de professores e alunos sobre a educação sexual, explorando os processos sociais e as relações de poder que circunscrevem os discursos, de modo a contribuir com outro olhar sobre educação sexual de escolares, que considere os adolescentes inseridos em uma realidade complexa e subjetiva. Trata-se de um estudo qualitativo realizado com adolescentes entre 14 e 18 anos de idade de escolas públicas de Fortaleza, Ceará, Brasil. Os dados foram obtidos usando entrevistas semiestruturadas e analisados segundo os princípios da análise do discurso. Apesar do nítido interesse do Estado pela sexualidade dos adolescentes escolares, evidente a partir da proposta dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), as experiências de educação sexual empregadas nas escolas oscilaram entre medidas transversais e biologizantes e a mera ausência da temática.

PERCEPÇÃO DO PROFESSOR-TUTOR DO PROCESSO ENSINO APRENDIZADO NO CURRÍCULO INTEGRADO

Renan Pontes Petinelli, Sávio Aparecido Melo da Silva, Maria José Sparça Salles

Palavras-chave: Aprendizagem Baseada em Problemas, Apoio Pedagógico

APRESENTAÇÃO: As discussões sobre a formação médica, além de se voltarem para a revisão dos conteúdos curriculares, também vêm repensando as metodologias de ensino no sentido de torná-las mais adequadas ao perfil do profissional que se quer formar. A concepção da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) vem se destacando como proposta metodológica que pode responder aos anseios de mudança curricular dos cursos de Medicina no País e no cenário mundial. O debate em torno da ABP vem sendo implementada, avaliada, criticada e defendida a mais de 18 anos no Brasil. Este trabalho teve como objetivo identificar os aspectos que favorecem e que dificultam o processo ensino-aprendizado no currículo integrado, na percepção do professor-tutor. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Aspectos quali-quantitativos foram avaliados por meio de um questionário semiestruturado, que foi aplicado aleatoriamente aos professores-tutores (número de 40) da 1^a à 4^a série. O estudo baseou-se nos aspectos que favorecem e que dificultam o processo ensino-aprendizado ao longo dos oito passos da metodologia ABP e situações vivenciadas neste contexto. Para análise dos dados, foram utilizados: distribuição de frequência relativa e análise de conteúdo. **RESULTADOS:** Quanto aos questionamentos sobre os aspectos favoráveis, obteve-se como respostas predominantes: estimular a busca proativa de conhecimento (41,66%); possibilidade de estudar um assunto de forma interdisciplinar (12,50%); estimular o

raciocínio (8,33%). Em relação aos aspectos desfavoráveis, as respostas prevalentes foram: especialistas inseridos em áreas onde não atuam (17,39%); falta de tempo e dedicação dos tutores (13,04%); pouco tempo com os alunos não gera vínculo (8,69%); o estudante não se aprofunda o suficiente no assunto das áreas básicas (8,42%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS Os resultados apresentaram vantagens da ABP, indicando que o aluno é estimulado a buscar o conhecimento de forma proativa e correlacioná-lo de maneira interdisciplinar com outras abordagens, além de estimular o raciocínio já desde o primeiro ano do curso. Entretanto, são apontados fatores que poderiam ser melhorados por meio de uma reestruturação sistemática. Pode-se citar, especificamente, a redistribuição dos professores-tutores em módulos que contemplem suas áreas de atuação; maior disponibilidade de tempo e abordagem mais enfática nas áreas básicas. Dessa forma, os pontos favoráveis ao processo ensino aprendizagem listados seriam beneficiados. A concepção da ABP se destaca como proposta metodológica que pode responder aos anseios de mudança curricular dos cursos de Medicina no País.

PERCEPÇÃO DOS DELEGADOS DA V CONFERÊNCIA ESTADUAL DE SAN SOBRE SUA CONTRIBUIÇÃO NA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NO CEARÁ

Márcia Andréia Barros Moura Fé, Maria Marlene Marques Ávila, Alessandra Karla Oliveira Amorim, Andressa Eslayne Caldas Sales, Andressa Alves de Lima, Leticia de Albuquerque Araujo, Roberto Sérgio Barbosa dos Santos

Palavras-chave: Segurança Alimentar e Nutricional, multiplicação de conhecimentos, políticas públicas

APRESENTAÇÃO: O Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN, instituído pela Lei orgânica de segurança alimentar e nutricional – LOSAN, Lei 11.346/2006, deve promover em todo o território nacional o direito humano a alimentação adequada (DHAA), através de uma gestão intersetorial e participativa e da articulação entre os entes federados para a implementação das políticas promotoras de segurança alimentar e nutricional. A participação social é um elemento essencial na construção da política de SAN, pois tem um papel relevante no que diz respeito ao exercício de democracia participativa e de representação social na elaboração, implementação, avaliação, promoção e monitoramento das políticas públicas de SAN. Nosso objetivo foi identificar a percepção dos delegados na V Conferência Estadual de SAN (CESAN) sobre sua contribuição na promoção da segurança alimentar e nutricional do Ceará.

DESENVOLVIMENTO: Por meio da abordagem qualitativa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 33 informantes, representantes do poder público e sociedade civil, incluindo as cotas (representantes de segmentos específicos contemplados pela política de SAN), a partir de uma amostra aleatória representativa dos participantes da V CESAN. A coleta de dados ocorreu durante a V CESAN no período de 25 a 27 de agosto de 2015 em Fortaleza, Ceará e o registro dos dados se deu por meio de gravações de áudio e anotações no formulário semiestruturado. A pergunta utilizada foi: “Como você acha que contribui para as medidas/ações de segurança alimentar e nutricional?”. Resultados: As categorias empíricas que mais apareceram no discurso dos sujeitos foram: promoção da alimentação saudável, multiplicação de conhecimentos e contribuição para a proposição de políticas públicas. Essas categorias empíricas apontam para um processo de formação e de disseminação

do conhecimento sobre as políticas que compõem o arcabouço das impressões dos diversos atores que são protagonistas nos processos decisórios de construção da política de SAN no Ceará. Muitos informantes se percebem como peças-chaves da ponte entre a política de SAN e a população de seus municípios, se veem como aprendizes que “colhem” os conhecimentos ofertados na CESAN e levam às suas realidades e também como contribuintes nas discussões e debates, trazendo suas realidades e propostas para a CESAN e, conseqüentemente, para a política de SAN. Os conhecimentos citados foram referidos como em relação à alimentação saudável, a produção de alimentos seguros e melhora dos programas de SAN. A agricultura familiar foi destaque entre as proposições voltadas para políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A contribuição dos delegados para a promoção da segurança alimentar e nutricional no Ceará foi direcionada a um número restrito de aspectos, sendo importante estimular a capacitação e analisar a representatividade dos delegados para ampliação da participação. Mesmo sendo poucos, os aspectos levantados mostram o quanto a participação de membros da sociedade civil e poder público enriquece os debates e contribui para a promoção das políticas públicas de SAN no Ceará.

PERCEPÇÃO DOS RESIDENTES: PRINCÍPIOS E CONCEPÇÕES DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Isis Alexandrina Casanova, Lídia Ruiz Moreno, Nildo Alves Batista

Palavras-chave: residência não médica, educação interprofissional, formação de recursos humanos em saúde

Uma das prioridades, na atualidade, das Instituições de Ensino Superior (IES) é formar profissionais de saúde capazes de trabalhar em equipe e na integralidade do cuidado do ser humano, em consonância com as diretrizes emanadas dos Ministérios da Educação e Saúde. Assegura-se assim um profissional de saúde que não abre mão da especificidade de uma área do conhecimento e do trabalho cooperativo e nesse contexto se insere a Educação Interprofissional (EIP). Objetivo: analisar a percepção dos residentes quanto aos princípios e concepções da EIP presentes nos Programas da Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS). Casuística e método: foram incluídos PRMS que abrangessem três profissões de diferentes áreas da saúde em funcionamento no Estado de São Paulo. De quatorze IES convidadas, duas aceitaram colaborar, totalizando 23 PRMS e, destes, somente 13 se propuseram a participar. Este estudo apresentou uma abordagem quali-quantitativa, de caráter exploratório descritivo com residentes do último ano (R2) dos PRMS. Utilizou-se de instrumento em escala atitudinal do tipo Likert com 20 assertivas compondo três dimensões: D1: aprendizagem compartilhada, D2: formação para o trabalho em equipe e D3: desenvolvimento de competências para prática colaborativa, e três questões abertas, sendo para este estudo, analisada a questão relacionada à formação para o trabalho em equipe. As assertivas da escala Likert foram validadas e, para cada uma, quatro possibilidades de resposta (concordo, concordo totalmente, discordo e discordo totalmente), análise na escala Likert está baseada em três intervalos de pontuação: 1 a 1,99 zona de perigo; 2,00 a 2,99 zona de alerta e 3,00 a 4,00 zona de conforto. Para a análise da questão aberta foi utilizado a técnica da análise de conteúdo, denominada análise temática. A pesquisa foi aprovada sob o CEP da Unifesp sob o registro

429.129/2013. Resultados: A população total correspondeu a 121 (R2), com 21 e 24 meses de curso. Destes, 76 responderam ao instrumento Likert entre dezembro de 2014 a março de 2015. As médias das dimensões analisadas situaram-se na zona de conforto: aprendizagem compartilhada: 3,20; formação para o trabalho em equipe: 3,23 e desenvolvimento de competências para prática colaborativa: 3,31. A análise temática das respostas sobre a formação para o trabalho em equipe permitiu identificar as categorias: atendimento conjunto; tomada de decisão compartilhada no tratamento; integralidade do cuidado com centralidade no paciente; reconhecimento dos limites e especificidades de cada profissão e integração entre as mesmas. As fragilidades descritas foram: dificuldades e desafios para manter o trabalho conjunto na equipe; crítica ao modelo hospitalar centrado no médico, falta de integração de algumas equipes com pouco envolvimento dos profissionais na discussão e dificuldade na construção da identidade profissional. Conclusão: Há uma forte tendência dos profissionais pesquisados de perceberem positivamente a importância e a valorização da formação para o trabalho em equipe vivenciada na aprendizagem compartilhada e na prática colaborativa, que surgem na RMS, orientada pelas necessidades dos usuários e, pelo trabalho em equipe. Existem ainda, desafios e fragilidades que precisam ser superados, apesar do grande potencial dos PRMS.

PERCURSOS FORMATIVOS DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO MULTICÊNTRICO

Ana Silvia Pavani Lemos, Magda Duarte dos Anjos Scherer, Daniela Lemos Carcereri, Erica Lima Costa de Menezes, Sônia Cristina Lima Chaves

Palavras-chave: Educação Continuada, Qualificação Profissional em Saúde, Desenvolvimento de Pessoal, Atenção Básica

APRESENTAÇÃO: O presente estudo, parte integrante do projeto “Estratégia Saúde da Família: Inovação Tecnológica para Ampliação do Acesso, da Qualidade e Promoção de Saúde Bucal na Atenção Básica: Estudo Multicêntrico” tem como objetivo analisar os percursos formativos e a aprendizagem no e pelo trabalho de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), de três regiões brasileiras: Sul (SC), Centro-Oeste (DF) e Nordeste (BA). **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de um estudo qualitativo multicêntrico, realizado com 51 profissionais da saúde de 07 equipes que atuam na Estratégia de Saúde da Família. Os dados foram coletados entre agosto de 2013 a fevereiro de 2015 e obtidos através da estratégia de triangulação incluindo: estudo documental, entrevista semiestruturada e observação participante. As entrevistas foram analisadas e categorizadas, sendo utilizada a técnica de Análise de Conteúdo. **RESULTADOS:** Os profissionais da saúde relataram participação em várias atividades formativas, dentre elas cursos introdutórios para o trabalho na ESF oficinas, cursos de capacitação e aprendizagens no próprio ambiente de trabalho, através da educação permanente, busca de informações na internet e em publicações do Ministério da Saúde. Em relação às atividades ofertadas pela gestão, observa-se que as ofertas abordam com maior frequência temáticas referentes aos programas de saúde, sendo estas mais direcionadas para a equipe de enfermagem, médicos e agentes comunitários de saúde. Para os profissionais das equipes de saúde bucal, as ofertas ocorrem com menor frequência e pouco

integradas com os demais profissionais da equipe, e são direcionadas em grande parte para questões clínicas sobre saúde bucal. Algumas dificuldades quanto às atividades formativas relatadas incluíram a falta de períodos na agenda para dedicação aos cursos e atividades de educação permanente, e pouca diversificação de ofertas pela gestão. Como potencialidades, alguns participantes relatam que as ofertas formativas auxiliam nas ações de promoção da saúde com a comunidade nos territórios, pois qualificam a prestação do cuidado e transmissão de informações corretas e atualizadas à população. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As atividades formativas formais, não formais e informais, quando realizadas de forma integrada com as necessidades do trabalhador, usuário e do território, auxiliam na qualificação do cuidado em saúde prestado à população.

PERFIL DA FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS FISIOTERAPEUTAS DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIOS DO NORTE DO PARANÁ

Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Félix, Fábio Henrique de Oliveira

Palavras-chave: ensino superior, fisioterapia, núcleo de apoio à saúde da família

O cuidado em saúde voltado às necessidades do indivíduo e que atenda aos princípios do Sistema Único de Saúde depende de muitos fatores, um deles é o perfil da formação do profissional que realiza este cuidado. Conhecer como se dão os processos de viver e adoecer na sociedade faz com que os profissionais de saúde busquem aprofundar sua formação em saúde coletiva, para além da que já recebe durante a graduação. Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e a formação profissional dos fisioterapeutas do Núcleo

de Apoio à Saúde da Família (NASF) em três municípios do norte do Paraná (Ibiporã, Londrina e Rolândia). A pesquisa teve abordagem quantitativa, descritiva, transversal. Amostra foi composta por 28 profissionais fisioterapeutas que responderam a um questionário estruturado, variáveis foram posteriormente analisadas e apresentados de forma descritiva. Foi verificado predomínio do sexo feminino entre os profissionais. A idade mínima foi de 25 anos e a máxima de 54 anos, sendo a média de 33,04 anos e com desvio padrão de $\pm 6,96$, com os participantes concentrados na faixa etária dos 25 aos 35 anos, sendo 82,1% do total. O tempo médio de atuação no NASF superior a três anos. Percebeu-se que 7 (25%) dos profissionais foram graduados em período anterior a publicação de dois documentos fundamentais para a inclusão de conteúdos da saúde coletiva já na graduação, que são as Diretrizes Curriculares Nacionais da Fisioterapia publicadas em 2002 e a Portaria n. 154 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Estes podem ter tido menor contato com a saúde coletiva e/ou saúde da família enquanto política pública na universidade. Todos os fisioterapeutas possuíam especializações, sendo que 67,9% na área específica da saúde coletiva e/ou saúde da família, apenas 10,7% concluíram residência, 3,6% concluíram mestrado e 0% no doutorado na área da saúde coletiva e/ou saúde da família, demonstrando que são menos procurados pelos profissionais fisioterapeutas do NASF em municípios do Norte do Paraná. A satisfação pessoal e o aumento salarial podem ser motivadores para esta busca, porém a qualificação dos serviços que prestam na Atenção Básica será o maior benefício.

PERFIL DE GESTANTES DIAGNOSTICADAS COM DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ DO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PA

Antonia Irisley da Silva Blandes, Cristiano Gonçalves Morais, Géssica Rodrigues de Oliveira, Gisele Ferreira de Sousa, Victor Hugo Barroso Coelho, Simone Aguiar da Silva Figueira, Maria Naceme Araújo de Freitas, Yara Macambira Santana Lima

Palavras-chave: Gestantes, Enfermagem, Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

INTRODUÇÃO: A doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG) é considerada a principal causa de mortalidade materna e fetal no Brasil (1). Dentre as manifestações clínicas mais comuns dessa patologia a hipertensão arterial está entre as mais relevantes, acompanhada de proteinúria e/ou edema. Associa-se a ocorrência de DHEG fatores intrínsecos e extrínsecos a gestante. O diagnóstico desta patologia é possível na 24^a semana de gestação, seja no diagnóstico ou no tratamento é importante o acompanhamento feito pelo profissional de saúde, sendo o enfermeiro um desses profissionais que acompanha a gestante em todo o ciclo gravídico puerperal, além de estar envolvido direta ou indiretamente na evolução do quadro clínico das gestantes internadas realizando cuidados, orientações e intervenções (2). **OBJETIVO:** Traçar o perfil de gestantes diagnosticadas DHEG's do Hospital Municipal de Santarém-PA. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Pesquisa de abordagem quantitativa, descritiva, com dados coletados de gestantes com diagnóstico de DHEG internadas na Clínica Obstétrica do Hospital Municipal de Santarém. A coleta de dados ocorreu do dia 01 de Abril a 23 de Maio de 2015; nesse período houve 17 gestantes com diagnóstico de DHEG das quais 14 participaram desse estudo, não foi possível a inclusão de 03

gestantes, pois houve incompatibilidade de horários para coleta de dados. Para coleta de dados foi realizada a análise dos prontuários, entrevista com as gestantes para obtenção da anamnese e posteriormente o exame físico. Houve a aplicação de formulário junto às gestantes com o intuito de obter parâmetros relacionados à saúde da grávida mediante ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido A análise dos dados se deu em uma abordagem quantitativa, com a tabulação dos dados no software Excel® 2010. **RESULTADOS:** A média de idade das gestantes foi de 28,5 anos, 57,14% informou estar em união estável, 57,14% apresentam renda mensal igual ou inferior a um salário mínimo e 78,57% disseram ser do lar não exercendo nenhuma outra atividade laboral, quanto ao grau de instrução 42,86% das gestantes informaram possuir o ensino médio completo, 64,7% das participantes informaram ter histórico familiar relacionado à hipertensão. Com relação à paridade notou-se que 35,7% das participantes eram primigestas, sobre o histórico de DHEG nas gestações anteriores 14,29% relataram ter tido pré-eclâmpsia. Do momento da admissão ao exame físico pode-se notar a diminuição dos valores pressóricos superiores a 110 mmHg que no primeiro momento totalizavam-se em cerca 35,71%, em contrapartida no exame físico perfaziam 28,57%. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Houve a presença dos fatores de risco como: casos de DHEG em gestações anteriores e maior índice com primigestas, em relação à pressão arterial houve estabilização e controle dos níveis pressóricos após a internação. Por tratar-se de uma doença grave notou-se a necessidade do maior acompanhamento dessas gestantes, melhorando a assistência dispensada no pré-natal para a identificação dos fatores de risco e diagnóstico precoce minimizando as complicações.

PERFIL DO ENSINO DE FARMACOLOGIA EM CURSOS DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM

Sidlainy Nascimento Silva, Rogério Dias Renovato

INTRODUÇÃO: A farmacologia é uma disciplina que tem como objetivo proporcionar um maior conhecimento em relação ao uso de medicamentos, conhecendo todos os fatores e influências que envolvem os fármacos. Com relação a cursos de enfermagem, a disciplina de farmacologia é de grande importância, pois a administração de medicamentos é de responsabilidade do enfermeiro. **OBJETIVO:** caracterizar o perfil do ensino de farmacologia em cursos de graduação de enfermagem no Brasil, em relação à ementa, carga-horária, período do curso em que é ministrada, conteúdo programático, referências bibliográficas, estratégias de ensino-aprendizagem, estratégias de avaliação. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo e exploratório, realizado com 50 cursos de Enfermagem das 5 regiões brasileiras, sendo selecionados 10 cursos por região, 5 de instituições públicas e 5 de instituições privadas. **RESULTADOS:** Em 18 instituições a disciplina de farmacologia é pré-requisito para outras. As ementas de Farmacologia estão disponíveis em 72% dos cursos analisados, sendo que em apenas 58% das ementas constam também as referências bibliográficas. Os livros estão presentes em 100% das referências verificadas. Quanto à carga horária de Farmacologia variou de 30 a 120 horas. Já a inserção da disciplina no currículo dos cursos, deu-se entre o 3^o e 5^o semestre nos cursos semestrais e no 2^o e 3^o ano, nos cursos seriados. Verificou-se o predomínio de cursos de bacharelado, em detrimento dos cursos de licenciatura de enfermagem. O ensino da disciplina de farmacologia dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil é principalmente

caracterizado por ser uma disciplina que pode ser integrada em praticamente todas as disciplinas do curso de enfermagem como saúde do adulto, saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, dentre outras. As instituições que possuíam em sua página informações com relação à ementa do curso de enfermagem nem sempre apresentaram as referências bibliográficas. A disciplina de farmacologia em determinadas instituições encontrava-se com referências anteriores a 1999, denotando possível desatualização. Também se verificou o predomínio do uso de livros, como referências, em detrimento do uso de artigos ou protocolos. Na amostra selecionada, as instituições públicas dispunham em seu sites informações mais completas da estrutura curricular e da disciplina de farmacologia em relação às instituições privadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O perfil do ensino de farmacologia na Enfermagem demonstrou certa preocupação com carga horária insuficiente, referências bibliográficas muitas vezes desatualizadas, inexistência de relatos sobre o processo educativo (ensinar-aprender-avaliar) e ementas incompletas e pouco aplicadas à prática profissional do enfermeiro.

PERFIL DOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER RELATADA POR UMA MÍDIA NO ESTADO DO PARANÁ

Juliana Cristina Alves Goetzinger, Gisele Antoniaconi

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Violência física, Feticídios

A violência contra a mulher é uma questão histórica e cultural que vem aumentando a cada dia. Tornando-se um problema de saúde pública, devido aos impactos que pode causar na saúde da mulher. Além disso, mais da metade das mortes

de mulheres correspondem a feminicídios que na maioria dos casos são cometidos por companheiros ou ex-companheiros. Assim o presente estudo teve como objetivo analisar as notícias sobre violência contra a mulher publicada por um meio de comunicação de grande circulação do Estado do Paraná. Foram pesquisadas reportagens referentes à violência contra a mulher publicada entre os anos de 2006 e 2015, de uma mídia impressa do Estado do Paraná. A coleta de dados ocorreu entre os dias 14 e 19 de setembro de 2015. Os dados coletados foram tabulados e analisados com auxílio do software Microsoft Excel 2010 e do software estatístico Epiinfo versão 3.5.4 para calcular as frequências. Foram encontradas 64 mulheres vítimas de violência, das quais 43,8% apresentaram idade entre 16 e 30 anos, e 38 mulheres vieram a óbito devido às agressões. Das 64 mulheres que sofreram algum tipo de violência, 81,3% sofreram algum tipo de agressão física, sendo que 29,7% tiveram agressões causadas por arma de fogo. Em relação aos responsáveis pelas agressões 31,7% foram os próprios companheiros ou ex-companheiros. Dessa forma, conclui-se com o estudo que os feminicídios fazem parte da realidade da mulher brasileira, e que mesmo com algumas mudanças nos valores relativos em relação homem versus mulher, e conquistas como o caso da Lei Maria da Penha, infelizmente esses crimes e agressões ainda acontecem.

PERFIL E DEMANDA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Gabriela Oliveira Parentes da Costa, Antonia Almeida Araujo

Palavras-chave: Urgência, SAMU, Enfermagem

INTRODUÇÃO: Atualmente os casos de violência desenfreados, o aumento da criminalidade, dos acidentes de trânsito, além da morbidade, comprovam a importância do atendimento móvel emergencial no cenário mundial. É necessário traçar os perfis epidemiológicos de atendimentos para elaboração de políticas que melhorem essa assistência pré-hospitalar. Infelizmente, não há um banco de dados eletrônico para o armazenamento dessas informações. **OBJETIVOS:** Identificar as publicações envolvendo atendimentos prestados pelo SAMU e descrever seu perfil e demanda. **METODOLOGIA:** Revisão integrativa da literatura. A questão norteadora proposta foi: Qual o perfil e a demanda das ocorrências atendidas pelo SAMU no período de 2000 a 2014? A coleta de dados se deu na LILACS, MEDLINE, SCIELO e PUB MED. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão restaram 10 artigos. **RESULTADOS:** Dos atendimentos prestados, 49,32% foram decorrentes de agravos clínicos, 39,28% classificados como eventos traumáticos, 5,82% como transportes simples, 2,98% psiquiátricos, 2,56% obstétricos. Dentre os agravos clínicos mais frequentes encontraram-se os neurológicos com 20,04% dos atendimentos, seguidos dos cardiológicos com 17,42% e respiratórios com 12,97%. Os acidentes de trânsito são considerados como problema de grande magnitude e vêm acarretando altos custos para a saúde; em 2010 o número de óbitos foi de 22,54/100.000 habitantes e os motociclistas formaram a categoria com maiores vítimas. **Considerações finais:** A criação de políticas de saúde voltadas à saúde da mulher, do idoso, da criança e do homem e a prevenção de acidentes num cenário atual torna-se bastante relevante para redução da morbimortalidade desse público, uma vez que emergências traumáticas decorrentes de acidentes de trânsito e dos acidentes domésticos são potencialmente evitáveis.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO DISTRITO SANITÁRIO DO SUBÚRBIO FERROVIÁRIO EM SALVADOR NO PERÍODO DE 2008 A 2012 - ANÁLISE DO PROGRAMA EDUCAÇÃO PELO TRABALHO VIGILÂNCIA EM SAÚDE/PETVS

Mayara Santana de Freitas, Laís Dantas Fernandes Leite, Marcelle de Souza Fontes Valença, Maria do Socorro Farias Chaves

Palavras-chave: Vigilância, PET/VS, Sífilis

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO: A vigilância/eliminação da sífilis congênita no Subúrbio Ferroviário é uma das metas do PETVS, que propõe também a interação entre ensino-serviço-comunidade e a qualificação da formação acadêmica e profissional. A sífilis é uma doença transmitida sexualmente, de fácil diagnóstico e tratamento. Em gestantes, se não tratada adequadamente, ocorre a transmissão vertical e outras complicações. **Objetivos:** Descrever o perfil epidemiológico da sífilis congênita no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF) de Salvador no período de 2008 a 2012, através da análise de dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Metodologia:** A coleta dos dados sobre a sífilis congênita no SINAN foi realizada por meio da ferramenta TabNet Salvador. Posteriormente, realizou-se o cálculo e análise da incidência da sífilis congênita com base na Rede Intergerencial de Informações para Saúde (RIPSA). O recorte temporal estabelecido para coleta e análise dos dados compreendeu os anos de 2008 a 2012. Utilizou-se o programa Microsoft Office Excel para armazenamento dos dados e elaboração de tabelas e gráficos. **RESULTADOS:** A incidência de sífilis congênita no DSSF apresentou crescimento gradativo nos anos analisados, aumento de 11 casos em 2008 para 42 em 2012, por 1000 nascidos vivos. Este

crescimento pode representar o aumento no número de notificações dos casos. Na análise da incidência de sífilis congênita por raça/cor da mãe não há registros de notificações entre as raças branca, amarela e indígena, baixa incidência na raça Preta e alta na raça parda. É relevante destacar a predominância das notificações na categoria “Ignorado”, revelando falha no preenchimento das fichas SINAN. Referente à escolaridade da mãe, os dados encontram-se na categoria “não se aplica”, que revela outra falha no preenchimento das notificações. **Conclusões/Considerações:** A sífilis congênita é um indicador da qualidade da assistência do pré-natal e por ser de fácil prevenção e tratamento, sua alta incidência provavelmente reflete as falhas na assistência prestada às gestantes. Assim, conhecer o perfil epidemiológico deste agravo é essencial para subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliar políticas e ações de saúde direcionadas à assistência, diagnóstico e tratamentos dos novos casos identificados.

PERFIL GINECOLÓGICO DAS MULHERES ATENDIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DA MULHER NO INTERIOR DA AMAZÔNIA COM ÊNFASE NO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO

Gisele Ferreira de Sousa, Antonia Irisley da Silva Blandes, Cristiano Gonçalves Moraes, Danyelle Sarmiento Costa, Ana Paula Lemos de Araújo, Marilyn Neves Nogueira, Géssica Rodrigues de Oliveira

Palavras-chave: Mulheres, Educação em saúde

APRESENTAÇÃO: O câncer é a multiplicação desordenada de células anormais que agredem determinado órgão do corpo, conforme evolui acarreta danos ao corpo da pessoa podendo levar ao óbito. Dentre

os vários tipos de câncer existentes o de colo de útero se destaca pela alta incidência entre as mulheres, dos fatores relacionados ao surgimento da doença estão: início da atividade sexual precoce, múltiplos parceiros sexuais e história de doenças sexualmente transmissíveis. É observável, através de estudos, que a média de idade dos casos de câncer de colo do útero está se tornando mais frequente entre as mulheres jovens, mesmo estando disponíveis meios acessíveis para evitar esse mal, objetivando descrever o perfil ginecológico das mulheres que fazem uso de serviços de saúde no Centro de Referência em Saúde da Mulher. **DESENVOLVIMENTO:** Este estudo descritivo de abordagem quantitativa, resultado das atividades integradas em saúde, desenvolvidas por alunos e professores do curso de Enfermagem, consistiu em trabalho de campo, na Casa de Saúde da Mulher, localizado no município de Santarém- PA. Teve início em Novembro, com o planejamento e execução de palestra educativa realizada neste mês e término em Dezembro de 2014 com a análise dos dados adquiridos. A palestra educativa abordou temas referentes à saúde da mulher dando ênfase no câncer cérvico uterinos, foi aplicado questionário antes da ação, com o intuito de descrever informações pertinentes ao câncer de colo de útero e à saúde da mulher, participaram da pesquisa 13 mulheres. Os dados adquiridos foram devidamente agrupados e classificados no software Excel[®] 2010, deve ser enfatizado que foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **RESULTADOS:** Dentre as participantes, a faixa etária demonstrou estar entre 14 a 59 anos, em relação à primeira relação sexual, a idade mínima citada foi de 14 anos e a máxima de 20 anos, 23,08%, iniciou a atividade sexual aos 15 anos de idade, ainda relacionando os resultados da primeira relação sexual houve o predomínio de cerca de 61,54% variando

entre 14 a 17 anos de idade. Percebeu-se que 53% das mulheres não fazem uso de contraceptivos, fazendo referência a terceira variável, evidenciou-se que entre 69% das mulheres com idade entre 16 a 22 anos entrevistadas haviam feito o Preventivo do Colo Uterino (PCCU) estando dentro do que se é recomendado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Dos fatores relacionados na ocorrência de câncer de colo se destacaram quesitos como: início da vida sexual precoce e dentre os agentes influenciadores, referentes às outras variáveis, observou-se a realização do PCCU pelas mulheres e o não uso de anticoncepcionais que ajudam a evitar a incidência de câncer de colo do útero e no diagnóstico precoce, para que ocorra diminuição de casos faz-se necessário a intervenção em meio à população nesse contexto práticas de educação em saúde exercem papel fundamental.

PERFIL GINECOLOGICO DE MULHERES ATENDIDAS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DA MULHER NO INTERIOR DA AMAZÔNIA COM ÊNFASE NO CÂNCER DE MAMA

Géssica Rodrigues de Oliveira, Ana Paula Lemos de Araújo, Antonia Irisley da Silva Blandes, Cristiano Gonçalves Moraes, Danyelle Sarmento Costa, Franciane Paula Fernandes, Gisele Ferreira de Sousa, Francileno Sousa Rêgo

Palavras-chave: Educação em saúde, câncer de mama, mulher

APRESENTAÇÃO: Das doenças crônicas, o câncer, no Brasil, é o que mais afeta mulheres sendo que os fatores integrados a sua incidência podem ser divididos em fatores internos que abrangem desde o histórico familiar à fisiologia do indivíduo, e nos aspectos externos no qual são englobados hábitos e parâmetros socioculturais¹. Diante disso, vê-se a importância da educação em

saúde que busca métodos que possibilitem a sensibilização das mulheres em relação aos meios profiláticos como o autoexame das mamas, a mamografia, que atuam como meios para a obtenção do diagnóstico de câncer precocemente². Objetivando descrever o perfil ginecológico relacionado à saúde das mulheres que usam de serviços de saúde da Casa de Saúde da Mulher em Santarém/PA. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvida por discentes e docentes do curso de enfermagem no Centro de Referência de Saúde da mulher, decorrente de Atividade Integrada de Saúde com foco em câncer de mama com utilização de questionário prévio à ação realizada com as mulheres. A pesquisa ocorreu, em princípio, através de palestra socioeducativa, sendo realizada no dia 20 de novembro de 2014, no Centro de Referência à Saúde da Mulher abordando o tema referente ao Câncer de mama com aplicação de questionário antes da ação. Participaram da atividade 13 mulheres, e os resultados obtidos foram tabulados no software Excel, ressalta-se que durante o processo de análise das respostas dadas, pelas pesquisadas, ao questionário algumas questões foram invalidadas devido à presença de conflitos em suas respostas, foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **RESULTADOS:** A faixa etária das mulheres entrevistadas foi de 14-24 anos, 23,08% das participantes possuem o segundo grau incompleto e 76,92% declararam ter a renda de um salário mínimo. Com relação à religião 76,92% das mulheres afirmaram ser católica, quando questionadas a respeito do estado civil, 69,23% das participantes disseram ser casadas. A palpação das mamas tem papel importante para o diagnóstico, sendo que quando indagadas a respeito de ter apresentado nódulo nas mamas, 76,69% responderam não ter apresentado. Neste estudo, 53,85% afirmaram não saber

fazer o autoexame e 76,92% das mulheres disseram que não permitiram a realização do procedimento pelo profissional de saúde. Verificou-se ainda que 69,3% das participantes não realizaram o exame de mamografia. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi perceptível o baixo nível de conhecimento condizente às medidas de autocuidado e ao exame de mama, além disso, foi observado que as mulheres não permitiam o contato direto do profissional de saúde durante o exame clínico, que é de fundamental importância na profilaxia do câncer de mama. Notou-se, ainda, a não realização da mamografia, situação preocupante e de relevância. Neste cenário, orientações pertinentes à saúde podem ser realizadas através de palestras feitas por profissionais de saúde, como a que foi realizada neste trabalho, a fim de instruir as mulheres na tentativa de modificar o cenário de saúde da mulher relacionado, principalmente, ao câncer de mama.

PET-SAÚDE DO IDOSO: QUEDAS E INTERDISCIPLINARIDADE

Eduardo Rodrigues Simal Santos, Fabiana Cristina de Freitas, Brisa Janine Alves e Silva

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Quedas, Interdisciplinaridade

APRESENTAÇÃO: O PET Saúde do Idoso, intervenção interdisciplinar ao idoso frágil com 80 anos ou mais da área de abrangência de um Centro de Saúde de Belo Horizonte foi realizado entre 2012 e 2014. A partir dos resultados e ações realizadas nesse período, o presente trabalho aborda o cenário das quedas, que foram identificadas ao longo da pesquisa e propõe uma análise dos resultados com uma reflexão acerca da importância da interdisciplinaridade para a intervenção em quedas e a formação profissional. **DESENVOLVIMENTO DO**

TRABALHO: Na primeira etapa da pesquisa foram realizadas as visitas domiciliares. Os acadêmicos do PET, seus preceptores e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) oportunizaram a aplicação do questionário sobre a saúde do idoso. Ao final da coleta de dados, foi possível analisar os dados e planejar ações referentes aos diferentes aspectos encontrados e inclusive a questão das quedas. Na segunda fase o objetivo da pesquisa foi promover ações de prevenção de quedas. Para isso, os casos foram estudados pela equipe multidisciplinar do PET. Os resultados de frequência e motivos de quedas foram analisados a partir das diferentes perspectivas dos saberes envolvidos. Posteriormente, foram realizados três encontros informativos para os cuidadores dos idosos restritos ao leito e ao domicílio e aos idosos independentes. Entre setembro e novembro de 2014, foram realizadas visitas domiciliares das acadêmicas de fisioterapia e fonoaudiologia, preceptoras e as ACS's com orientações aos idosos e/ou cuidador além da entrega de folder contendo medidas preventivas das quedas e disfagia. **RESULTADOS:** O PET Saúde do Idoso ofereceu ao fim da coleta e análise de dados a visualização do contexto das quedas na população pesquisada. Os resultados revelaram a multiplicidade de fatores de risco referentes às causas das quedas. Esses dados corroboram com o que é apresentado na literatura e justifica a importância das ações de prevenção, que foi o foco do PET em sua etapa final. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante da diversidade de fatores que se mostram envolvidos com as causas de quedas, e que são relevantes para o trabalho de prevenção, a interdisciplinaridade pode ser considerada um fator importante para a construção de uma percepção e de um trabalho sensível à complexidade da realidade em que está o idoso. Isso pode ser afirmado a partir da experiência de um trabalho interdisciplinar

como o PET Saúde, que se mostrou uma ferramenta capaz de fomentar reflexões e vivências pertinentes para a formação do profissional, capaz de ser sensível à diversidade da vida humana e do cuidar na saúde.

PLANEJAMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE MOOC PARA O APRIMORAMENTO DA COMPETÊNCIA EM INFORMÁTICA DE ENFERMEIROS BRASILEIROS

Juliana Invenção Gomes, Felipe Mancini, Izabel Patricia Meister, Valéria Sperduti Lima, Edvane Birelo Lopes de Domenico

Palavras-chave: Informática em Enfermagem, Educação Continuada, Educação a Distância

APRESENTAÇÃO: A Informática em Saúde proporciona benefícios para a organização e desenvolvimento da prática profissional dos enfermeiros. Logo, deter competências em informática torna-se essencial para a promoção da segurança e qualidade da sua prática. Dentre as iniciativas relacionadas ao desenvolvimento de tais competências, destaca-se a Technology Informatics Guiding Education Reform (TIGER), que propõe a inclusão de competências em informática na formação e capacitação de enfermeiros. Os métodos de Educação à Distância (EAD) tem contribuído neste aspecto, apresentando impacto no desenvolvimento de suas competências profissionais. Os Massive Open Online Courses (MOOC) são cursos abertos, ofertados por instituições de ensino e disponibilizados mediante plataformas virtuais para um grande número de participantes e configuram-se como elemento facilitador para a capacitação de enfermeiros que buscam melhorar seu aprimoramento profissional através da EAD. Esta pesquisa propõe descrever o

planejamento, implementação e avaliação de um MOOC para o aprimoramento da competência em informática de enfermeiros. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, baseada em estudo de caso, com abordagem quantitativa e qualitativa. Para o alcance de tal objetivo, serão determinadas as competências em informática recomendadas pela iniciativa TIGER requeridas na prática da Enfermagem no Brasil, por meio da técnica Delphi; desenvolvimento da arquitetura pedagógica do MOOC; implementação e disponibilização do MOOC em parceria com o Departamento de Tecnologia da Informação/UNIFESP e Universidade Aberta do Brasil/UNIFESP; e avaliação da satisfação dos participantes do MOOC. **RESULTADOS ESPERADOS:** Espera-se que, cumprindo o objetivo proposto, o MOOC auxilie os enfermeiros no aprimoramento da sua competência em informática, para que possam promover práticas de cuidado à saúde com segurança e qualidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** No Brasil, mesmo com o aumento de publicações relacionadas à informática em enfermagem nos últimos anos, ainda há necessidade do estudo dessa temática, sendo fundamental que o desenvolvimento da competência em informática seja incluído na capacitação de enfermeiros, utilizando as estratégias de ensino disponíveis.

POR QUE OS HOMENS NÃO PROCURAM TANTO QUANTO DEVERIAM O SERVIÇO DE SAÚDE?

Camila Lopes Valadares

Palavras-chave: homens, atendimento, serviço de saúde

TEMA: Por que os homens não procuram tanto quanto deveriam o serviço de saúde? **APRESENTAÇÃO:** O estudo incidiu sobre homens entre as idades de 20 e 59 anos

e objetivou compreender o impacto das barreiras sócio-culturais para a busca de atendimento em saúde na população masculina de uma região periférica no Distrito Federal. **Desenvolvimento:** Foram feitas entrevistas semi-estruturadas com 17 homens, que responderam a várias perguntas relacionadas à saúde. Essas respostas foram convertidas em porcentagens para melhor visualização do quadro. **RESULTADOS:** Quando questionados sobre a procura pelo atendimento médico, as respostas foram as seguintes: apenas 11% procura tratamento médico com frequência; entretanto, quase 95% havia procurado atendimento a cerca de 3 meses ou menos; e 64% faz auto medicação. Quando questionados sobre a satisfação com o serviço de saúde, eles responderam: 41% se mostraram satisfeitos em pelo menos algum aspecto, mas houve muita insatisfação com a forma como funciona o serviço; 29% acreditam que o serviço de saúde pode melhorar para os homens, porém, para eles, isso depende de vários fatores e da vontade do governo. Quando questionados sobre seus estados de saúde, foram obtidas as seguintes respostas: 64% dos homens apresentam algum problema de saúde, todos relacionados a doenças crônicas, sendo que apenas 23% lidam com esses problemas como deveria, mas nem todos seguindo todas as orientações; e 70% dos homens apontaram a esposa como quem mais lhe dá apoio para lidar com seus problemas de saúde. Dos homens entrevistados, 84% têm histórico familiar de problemas de saúde, todos com problemas de saúde também crônicos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Não há informação sobre eventual política de saúde que ofereça ações preventivas que acolham a população masculina, queixa que é muito frequente entre os entrevistados. Além disso, os homens muitas vezes desistem de procurar o atendimento de saúde porque precisam ficar esperando várias

horas na fila e perdem o único tempo que têm para resolver problemas ou em que poderiam estar trabalhando. Essas horas são descontadas em seus salários e não são repostas. Os homens pedem por mais médicos (principalmente fora do horário comercial), por melhora no atendimento, por mais incentivo do governo e por um atendimento mais especializado.

PRÁTICA RELIGIOSA/RELIGIOSIDADE DA PESSOA IDOSA LONGEVA COM DECLÍNIO DA CAPACIDADE FUNCIONAL

Luana Araújo dos Reis, Tânia Maria de Oliva Menezes

Palavras-chave: Pessoa idosa, Religiosidade, Funcionalidade

A prática religiosa/religiosidade se desvela para a pessoa idosa como estratégia de socialização, manutenção da saúde mental e ocupação do tempo livre. Nesse sentido, este estudo objetivou compreender a prática religiosa/religiosidade da pessoa idosa longeva com declínio da capacidade funcional. Trata-se de uma pesquisa de abordagem fenomenológica, fundamentada no pensamento de Martin Heidegger, realizada com 14 pessoas idosas longevas, cadastradas em uma Unidade de Saúde da Família no município de Jequié, Bahia, Brasil. A coleta dos depoimentos ocorreu no período de Novembro de 2014 a Março de 2015, através da entrevista em profundidade, gravada. A análise compreensiva foi ancorada em conceitos heideggerianos. Os colaboradores deste estudo foram 12 mulheres e dois homens, com idade compreendida entre 80 e 104 anos, com escolaridade que variou do não alfabetizado ao ensino médio completo, rendimento entre um e três salários mínimos. Quanto ao estado civil, 11 viúvos, dois divorciados e um casado.

Todos eram aposentados ou pensionistas. Após a compreensão do fenômeno vivenciado pelos participantes sobre a prática religiosa/religiosidade, observou-se que o declínio da capacidade funcional limita a sua prática relacionada ao hábito de frequentar a igreja. No entanto, mesmo frente à limitação do caminhar resultante do declínio da capacidade funcional, a prática religiosa/religiosidade se faz presente por meio da oração no ambiente domiciliar e do acompanhamento da missa na televisão. Embora tenham manifestado a manutenção da prática religiosa, os participantes desvelaram o quão difícil é conviver com as morbidades e limitações impostas pelo processo de envelhecimento. Notou-se, também, o pesar nos discursos quando se referiram ao aprendizado adquirido ao longo da vida e a impossibilidade de colocá-lo em prática em função das dores que se fazem presentes em seu cotidiano. Concluiu-se que o declínio da capacidade funcional compromete a mobilidade da pessoa idosa longeva, restringindo suas ações e limitando a sua prática religiosa no meio social. No entanto, a manutenção da religiosidade por meio das práticas religiosas permanece, sendo realizadas no domicílio, possibilitando um novo significado à vida.

PRÁTICAS DE SAÚDE COLETIVA SÃO PERMEADAS PELA INTEGRALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL DO SUS?

Gilsimary Santana Santos, João Luiz de Miranda, Joanito Niquini Rosa Júnior, Letícia Rocha Dutra, Érica Carvalho Fúrforo

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Integralidade, Odontologia, SUS

A odontologia de mercado sempre foi hegemônica no Brasil em um cenário em que dentistas são pouco comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com

dificuldade para exercer a integralidade (NARVAI, 2006). Isso se deve à ênfase dos paradigmas de Flexner e Gies que embasam o currículo odontológico (MATTOS, 2008). Porém, a formação em odontologia tem mudado para o parâmetro da integralidade devido a vários fatores, e as crises econômicas do setor privado têm feito com que dentistas migrem para o setor público (MATTOS, 2008). Assim, eles precisam atuar em outras áreas diferentes da clínica tradicional sendo necessária uma atuação no campo da Saúde Coletiva (SC) (BADAN et al., 2010). A integralidade é um dos marcos conceituais fundamentais da SC (CARVALHO; CECCIM, 2006) e representa mais do que assistência, envolvendo prevenção e atendimento humanizado, representado características desejáveis do SUS (MATTOS, 2004). Um profissional em concordância com a Saúde Coletiva estaria apto a exercer práticas integrais no cotidiano dos serviços. Considerando a importância da integralidade e a SC como um espaço de discussão e reflexão para a primeira, pergunta-se: As práticas de Saúde Coletiva são permeadas pela integralidade nos serviços de saúde bucal do SUS? Na tentativa de dar maior enfoque à integralidade, o presente trabalho objetivou analisar se as práticas de Saúde Coletiva são permeadas pela integralidade nos serviços de saúde bucal do SUS em um município do Vale do Jequitinhonha, MG. Trata-se de um estudo qualitativo cuja coleta de dados foi entrevista aberta com os dez dentistas do SUS do referido município. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temático, da qual emergiram seis categorias: percepção sobre Saúde Coletiva; formação em Saúde Coletiva; percepção sobre integralidade; práticas baseadas na integralidade; contribuição do conhecimento sobre Saúde Coletiva na prática do princípio da integralidade; exercício da integralidade na prática. Concluiu-se que as práticas de Saúde Coletiva são permeadas pela

integralidade nos serviços de saúde bucal do SUS. Todavia, nem sempre a integralidade é alcançada porque outras questões como condições inadequadas de trabalho, baixo investimento na saúde bucal e inexistência de contra referência podem se constituir como entraves para o exercício da mesma.

PRÁTICAS EDUCATIVAS PARA OS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Heleticia Scabelo Galavote, Renata Cristina da Silva de Oliveira, Eliane de Fátima Almeida Lima, Paula de Souza Silva Freitas, Rita de Cássia Duarte Lima, Rafael Rocha dos Santos, Maria Angélica Carvalho Andrade

Palavras-chave: Educação Continuada, Programa Saúde da Família

Apresentação: a presente investigação é uma revisão integrativa que teve como objetivo identificar as evidências disponíveis na literatura científica nacional sobre as práticas educativas que estão sendo desenvolvidas para os trabalhadores no contexto da Estratégia Saúde da Família. A educação permanente em saúde representa a inovação da capacitação de trabalhadores de saúde quanto às práticas e sua concepção, de modo a incorporar o ensino e o aprendizado às práticas sociais e laborais, e a vida cotidiana, havendo interação das equipes e grupos na problematização do próprio fazer. Assim há construção de receptores e ampliação dos espaços educativos visando a renúncia à fragmentação disciplinar. Desenvolvimento do trabalho: teve como questão norteadora: Quais as práticas educativas para os trabalhadores estão sendo desenvolvidas no contexto da Estratégia Saúde da Família? Para seleção dos artigos utilizou-se a base de dados LILACS. A amostra final desta revisão constitui-se de 10 artigos, com o uso

dos descritores “Educação Continuada e “Programa Saúde da Família”. Resultados e/ou impactos: a maioria dos artigos introduz sua discussão ressaltando a importância de instituir a educação permanente em saúde como um modelo de modificação/ transformação das práticas educativas da gestão, formação, formulação de políticas, atenção, participação popular e controle social em saúde. Há a confluência dos termos educação permanente e educação continuada o que possivelmente interfere no desenvolvimento das ações de educação permanente por parte dos trabalhadores de saúde. Ainda há incompreensão sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde por parte dos gestores quanto às mudanças do modelo de assistência e na formação dos trabalhadores de saúde. Outro fator que interfere na conceituação desses métodos é que mesmo com a inovação do sistema de saúde ainda existam instituições formadoras que não investem e não inserem na sua grade curricular a educação permanente. Consequentemente há formação de profissionais mecanicistas, preocupados apenas em depositar e infundir saberes, desprezando os saberes populares e legítimos da coletividade e do próprio ambiente em que vive, impossibilitando a troca de conhecimentos. A educação a distância é referida em alguns artigos como estratégia aos profissionais de saúde para a efetivação da educação permanente de forma a facilitar o acesso à informação, compartilhamento de saberes e esclarecimento das dúvidas. A busca por esses novos métodos de ensino se justifica pelas mudanças de práticas e ao desenvolvimento global que interferem diretamente na saúde e na formação dos trabalhadores de saúde, assim como o uso de tecnologias cada vez mais sofisticadas, os custos econômicos e o predomínio da formação hospitalar, que exigem altos investimentos de transformação da formação

de trabalhadores. Considerações finais: na presente revisão integrativa, na busca dos melhores resultados disponíveis, em relação às práticas educativas desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família, foi possível reconhecer que muitas são essas ações direcionadas à educação permanente. Visto que tais práticas educativas possibilitam a reconfiguração das práticas em saúde por parte dos profissionais de forma reflexiva e problematizadora.

PREVENÇÃO DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM UM ESTABELECIMENTO PENAL FEMININO NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS

Loisa do Nascimento Lopez, Marcela Mendes Costa, Bruna Gabriella da Silva Batista, Bruna Alves de Jesus, Vânia Paula Stolte Rodrigues

INTRODUÇÃO: Processo de integração ensino-serviço deve contemplar todos os currículos de formação do profissional de saúde, pois estimula o conhecimento por meio da iniciação às práticas profissionais. **OBJETIVO:** Realizar educação em saúde sobre os cuidados da saúde da mulher, o debate para prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e o encaminhamento aos serviços disponíveis na rede de saúde. **MÉTODO DE ESTUDO:** O presente trabalho trata de um relato de experiência de atividades de práticas clínicas de Enfermagem em um estabelecimento penal feminino em Campo Grande – MS. O planejamento da ação fez parte dos requisitos para conclusão das práticas realizadas em Unidade Básica de Saúde (UBS), tendo como apoio a Equipe de saúde do Sistema Prisional e a Equipe de saúde da UBS onde estavam sendo realizadas as práticas clínicas. **RESULTADOS:** Foi realizada inicialmente uma ação educativa, onde foram explicadas sobre as diferentes

doenças sexualmente transmissíveis, seus sintomas, maneiras de contágio e algumas curiosidades. O tema “métodos contraceptivos” foi discutido por meio de roda de conversa, abrindo um tempo para as mulheres interagirem com relatos de casos e conhecimento empírico sobre o assunto e, sobretudo, possibilitou o esclarecimento de dúvidas. Ao todo foram atendidas 100 internas, realizados 40 preventivos e 30 encaminhamentos para especialistas. Para os acadêmicos envolvidos na atividade, foi um grande desafio adaptar as informações sobre prevenção de DST, considerando que, devido a normas de segurança do local, elas não tinham fácil acesso ao uso de preservativo, seja feminino ou masculino. **CONCLUSÃO:** os acadêmicos tiveram uma experiência que proporcionou a prática da assistência voltada a uma realidade diferente dos padrões que normalmente são relatados na literatura vista em sala de aula e aplicada em Unidade Básica de Saúde, possibilitando o acesso a críticas e sugestões ao serviço de assistencialismo na área ao qual irão ingressar sobretudo, voltados à assistência em unidade penal.

PRODUÇÃO E CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MÍDIA ESCRITA(REVISTA) EM RELAÇÃO AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Camila Luzia Mallmann, Márcia Fernanda de Mélo Mendes, Cristianne Maria Famer Rocha

Palavras-chave: práticas integrativas e complementares, educação em saúde, análise de mídia

Este trabalho apresenta os resultados preliminares de uma pesquisa realizada no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio

Grande do Sul e tem como objetivo analisar o que é encontrado na mídia escrita (revistas) sobre as Práticas Integrativas e Complementares (PICs). As PICs compreendem uma abordagem não convencional de cuidado em saúde e são pensadas em conjunto com as chamadas tradicionais, na perspectiva do mundo ocidental. De acordo com Organização Mundial da Saúde, as PICs incluem habilidades, conhecimento e práticas baseadas em teorias, crenças e vivências de diferentes culturas, que podem ser explicadas ou não, voltadas para a manutenção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, tratamento ou melhoria de doenças físicas e mentais. Na construção desta pesquisa, é importante considerar a construção social em torno do tema, muitas vezes atrelada a discursos elitizados, pouco acessíveis e de não conhecimento por parte da população. Sendo assim, analisar se as revistas abordam o tema das PICs é uma forma de verificar se tal tema está presente nos discursos (re) produzidos por estas revistas e como. A metodologia se deu a partir do levantamento de edições online das revistas IstoÉ, Época e Superinteressante, sem limite temporal. Na ferramenta de busca, foram colocadas as palavras, entre aspas: Medicina Alternativa, Práticas integrativas e Complementares e Terapia(s) Complementar(es). Na Revista Superinteressante, foram encontrados 23 resultados; na revista IstoÉ, foram encontrados 20 resultados e na Revista Época, não foram encontrados. Tanto os números quanto a forma como o tema é abordado por estas revistas demonstram que as PICs ainda são pouco ou nada consideradas por estas revistas e, quando aparecem, não são apresentadas como um todo ou até como parte de uma política pública de saúde.

PROFESSOR-TUTOR: OS DESAFIOS NAS SESSÕES TUTORIAIS

Sávio Aparecido Melo da Silva, Renan Pontes Petinelli, Maria José Sparça Salles

Palavras-chave: Aprendizado Baseado em Problemas, Metodologia Ativa, Formação Docente

APRESENTAÇÃO No modelo pedagógico Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), pretende-se, fornecer ao estudante condições de desenvolver habilidades técnicas, cognitivas e atitudinais aplicáveis tanto para o cuidado dos pacientes, quanto para a manutenção da postura de estudar para aprender. Nesta proposta o foco é motivar o estudante para construir sua aprendizagem, articulando seus conhecimentos prévios com os de outros estudantes do grupo, para a resolução de problemas selecionados para o estudo, visando ao desenvolvimento do raciocínio crítico, de habilidades de comunicação e do entendimento da necessidade de aprender ao longo da vida. Neste contexto o professor-tutor tem a função de ser o facilitador do processo ensino aprendizagem. O objetivo deste trabalho foi identificar as principais dificuldades percebidas pelos professores-tutores e as estratégias utilizadas para superá-las, durante as sessões tutoriais.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Foi quali-quantitativa e utilizou-se um questionário semi-estruturado, que se aplicou aleatoriamente aos professores-tutores (40) da 1^ª a 4^ª série. O estudo baseou-se nos aspectos que dificultam a atuação do professor-tutor ao longo dos oito passos do ABP e situações vivenciadas neste contexto. Para análise dos dados foram utilizados: distribuição de frequência relativa e análise de conteúdo.

RESULTADOS: Foi questionado, primeiramente, qual o passo dentre os oito em que os professores-

tutores têm mais dificuldade; as respostas mais prevalentes foram: avaliação atitudinal e formativa (47,8%), levantamento de hipóteses (17,4%), discussão do problema (17,3%), elaboração de questões (8,7%), formação dos objetivos (4,4%) e sem dificuldades (4,3%). Também perguntou-se qual dos passos eles observavam mais dificuldades da parte dos estudantes, as respostas predominantes foram: a discussão do problema (26,9%), formulação de hipóteses (19,2%), avaliação interpares (11,5%), as menos frequentes foram distribuídas em: elaboração das questões, atingir objetivos, estudo individual e sintetizar as discussões. Foi indagado, ainda, como é feito o direcionamento dos alunos na formulação de hipóteses sem que estes sejam poupados do esforço de chegar aos objetivos, as respostas mais prevalentes foram: por meio de questionamentos (59,1%), retornando à leitura do problema (9,2%), dando informações-chave para a discussão e instigando conhecimentos prévios (9,0%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados indicaram que as categorias mais referidas foram: avaliação atitudinal e formativa. Os estudantes apresentam maior dificuldade em resumir as discussões. O direcionamento dos estudantes na formulação de hipóteses é mediado por questionamentos. O professor-tutor deve encorajar a participação ativa dos estudantes, zelar para o desenvolvimento satisfatório do processo de ensino aprendizagem e ter domínio da metodologia. Os cursos que utilizam o ABP devem promover um programa de aperfeiçoamento do profissional docente.

PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS: ABORDAGEM SOBRE CONTROLE SOCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NAS DISCIPLINAS DA ÁREA DE CONHECIMENTO EM SAÚDE COLETIVA/SÁUDE PÚBLICA

Maria da Consolação Magalhães Cunha, Berenice de Freitas Diniz, Gilberto Antonio dos Reis, Jaqueline dos Reis

Palavras-chave: controle social, formação acadêmica, cidadania

O Projeto de Extensão “Saúde nos Interessa: Instituído um Observatório do Controle Social no SUS/Betim” acontece na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Campus Betim (PUC Minas Betim). No período de 2010 a 2014 manteve parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com o Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Betim. Seu objetivo geral é o de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população de Betim, através da qualificação dos mecanismos de controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). A partir do segundo semestre de 2013, aprovado como projeto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), assumiu o compromisso de estimular mudanças curriculares nos cursos da área da saúde oferecidos pela Universidade, no sentido de incluir neles o tema do Controle Social do SUS. Este resumo visa apresentar o resultado parcial da pesquisa “Professores universitários: abordagem sobre Controle Social do SUS nas disciplinas da área de conhecimento em Saúde Coletiva/Saúde Pública” que buscou verificar a oferta desse conteúdo nas disciplinas dos cursos oferecidos na PUC Minas Betim, bem como explorou as possibilidades de inclusão desse tema dentre os conteúdos disciplinares.

Adotou-se para identificação dessas disciplinas a classificação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) do Ministério da Educação. Trata-se de estudo descritivo-exploratório de abordagem quanti-qualitativa a partir de entrevistas com 35 professores, da leitura dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) e dos Planos de Ensino (PE) de 51 disciplinas ligadas à saúde coletiva e da discussão das grades curriculares dos cursos oferecidos na Unidade Betim da PUC Minas em 2014. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da PUC Minas. Os dados analisados nos PE mostraram que 92% das disciplinas apresentem o tema, em 39% delas o controle social estava presente na ementa, unidade de ensino, objetivos e referências bibliográficas, em 53% das disciplinas o tema foi apresentado em pelo menos um dos itens do PE, 8% não o registraram. As palavras chaves predominantes nestes PE foram saúde coletiva e políticas públicas, controle e participação social, organização dos serviços de saúde no SUS, cidadania, gestão em serviços de saúde, democracia participativa e atenção à saúde. As análises finais completarão o perfil perseguido no objetivo do projeto e permitirão a busca das estratégias ditadas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, dentre elas “estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade; promover a extensão, aberta à participação da população”. Após desenvolver diversos trabalhos sobre o perfil e as atividades dos conselheiros e as experiências na capacitação destes é necessário que o Observatório do Controle Social no SUS volte seu olhar para a missão da Universidade em formar cidadãos.

PROJETO DOCE ALEGRIA NA COMUNIDADE NA ÁREA HOSPITALAR*Greice Heck*

Palavras-chave: Educação em saúde, Hábitos alimentares, Adolescente

Trata-se de um projeto de extensão da Universidade de Blumenau – FURB, Santa Catarina, que desenvolve atividades de educação em saúde às crianças e adolescentes internados em ambiente hospitalar em parceria com o Programa de Reorientação para o Trabalho na Saúde – PROPET Saúde. Está vinculado à linha de pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da FURB que realiza estudos sobre crianças e adolescentes em condição crônica, com ênfase em diabetes e obesidade. Além dessas condições, o projeto ampliou a sua atuação para as demais situações de saúde que desencadearam a necessidade de internação. O cenário de prática deste projeto está localizado no Hospital Santo Antônio, no município de Blumenau na ala de pediatria. Ocorrem encontros semanais com duração média de 1h e 30m. São desenvolvidas por dois acadêmicos de enfermagem com a orientação de uma professora enfermeira. As crianças são selecionadas de acordo com dois critérios: o quadro clínico no qual é verificado se há condições físicas de participar da atividade e é considerada a idade escolar, observando se estão aptas a se integrarem às atividades. Os acompanhantes das crianças e adolescentes também são convidados a participar das dinâmicas. As atividades ocorrem na brinquedoteca do setor. Inicialmente os jovens e os pais são orientados a respeito da alimentação saudável, sendo usada a pirâmide alimentar para fundamentar a explicação. Para complementar a orientação, as crianças e adolescentes realizam práticas lúdicas direcionadas referentes ao conteúdo

abordado. São utilizados materiais diversos como massinha de modelar, desenhos para colorir ou colagens. As atividades são fotografadas. Como forma de avaliação é utilizada uma folha com “Emoticons”, onde a criança deve assinalar a qual se identifica em relação à atividade desenvolvida. Os responsáveis legais assinam um termo de consentimento livre e esclarecido para o uso de imagem e demais dados. Considerando que o projeto continua em andamento, este trabalho apresenta apenas um resultado parcial. O início das atividades foi em abril de 2015. Até o momento já houve 14 reuniões nas quais foram atendidas 29 crianças e adolescentes com idade entre 3 e 14 anos. Percebeu-se que a interação com as crianças e adolescentes estimula a discussão sobre hábitos alimentares saudáveis; que existe uma diversidade de crenças e desconhecimento a respeito da alimentação; destaca-se ainda a importância da discussão sobre as diferentes dietas e o interesse das crianças e adolescentes em participar de atividades, mesmo estando em situação de fragilidade de saúde e em hospitalar.

PROJETO PIÁ – MONITORANDO A SAÚDE DA CRIANÇA ATÉ UM ANO DE VIDA EM UMA USF DO SUL DO BRASIL

Jorge Luiz de Andrade Trindade, Gabriela Carolini . Sartori, Luísa Timmen Müller, Juliana Daniela . Schneider, Nicole Artigas Aguilera, Zelly Beatriz Dória Lucas de Oliveira, Neiva Adriana . Willers

Palavras-chave: saúde da Criança, Saúde da Família, Educação Superior, Fisioterapia

APRESENTAÇÃO: Este projeto foi desenvolvido por estagiários de um curso de Fisioterapia juntamente com uma Equipe de Saúde da Família (ESF) e tem como objetivo monitorar o desenvolvimento da

criança no primeiro ano de vida. Com o foco sobre a atenção longitudinal, pretende-se criar uma atenção referenciada no acompanhamento da criança no primeiro ano de vida. Considerando uma atenção orientada para a pessoa e o contexto de vida que envolve seu ambiente de desenvolvimento, tanto na relação familiar com o bebe como o ambiente comunitário em que está inserido. METODOLOGIA: O projeto faz parte das ações propostas por acadêmicos do curso de Fisioterapia da Universidade Feevale, Novo Hamburgo – RS. Durante o 2º semestre de 2015 os estagiários identificaram as características demográficas e epidemiológicas, da população adstrita e propuseram a equipe a realização do monitoramento da Saúde das Crianças de até um ano de idade, através de registro específico das consultas pediátricas e visitas domiciliares (VD) de avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) das crianças. Impactos: Foram identificadas 36 crianças com até 12 meses de idade na área de aproximadamente 4.000 habitantes. A rotina do projeto envolve registro de características das crianças, intercorrências na consulta com a pediatra e visitas domiciliares feitas pelos alunos sob supervisão de um professor fisioterapeuta em suas microáreas correspondentes. Durante as visitas domiciliares propõe-se avaliar a condição cinético funcional através de um instrumento desenvolvido que inclui além das características físicas, aspectos individuais e familiares, rotina de vida diária e aspectos do ambiente. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O acompanhamento da criança tem possibilitado identificar e acompanhar casos que indiquem risco do desenvolvimento de recém-nascidos, como síndromes, atrasos no DNPM, bem como quaisquer outras intercorrências que possam auxiliar a família em um cuidado adequado do bebê.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: DESAFIOS E PERSPECTIVAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE MENTAL*Letícia da Mota Neri, Flávia Liberman*

Palavras-chave: saúde mental, serviços de saúde mental, educação permanente em saúde

O Projeto Terapêutico considerado um importante dispositivo de gestão e reformulador das estratégias de organização de equipes, surgido e disseminado para outras áreas da saúde durante a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É um dos objetos desta pesquisa cujo objetivo geral é conhecer a relação da equipe de funcionários do Núcleo de Apoio Psicossocial I (NAPS I) Zona Noroeste/Santos/SP com o processo de construção do Projeto Terapêutico Singular, buscando detectar os limites e potencialidades para sua realização, além de contribuir para a criação de espaços de troca e aprendizagem na equipe. Para esse fim, o estudo de caso foi privilegiado considerando a dinâmica da equipe de Saúde Mental do NAPS I com foco na temática relacionada ao Projeto Terapêutico Singular como unidade de análise. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com quinze funcionários elegíveis para a pesquisa, sendo tratados por meio de análise de conteúdo. A desarticulação entre as equipes de enfermagem e equipe técnica, as falhas na comunicação e as práticas fragmentadas aparecem como obstáculos para a construção de Projetos Terapêuticos. Eixos norteadores importantes como centralidade nas necessidades dos usuários, ferramentas como escuta, vínculo e interesse estão presentes nas ações terapêuticas citadas nas entrevistas. Foi possível identificar uma complexa rede de tensões e potencialidades motivadoras para iniciar um importante processo de reflexão na equipe.

QUALIDADE DE VIDA DOS DISCENTES DO INSTITUTO LATINO AMERICANO DE ARTES, CULTURA E HISTORIA (ILAACH) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)

Derlis Albino Cabrera Collar, Gladys Amelia Velez Benito, Alessandra Cristiane Sibim

Segundo o WhoqolGroup, 1994 a qualidade de vida pode ser definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. O objetivo principal desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida dos alunos do Instituto Latino Americano de Artes, Cultura e História (ILAACH) especificamente matriculados no período 2013. Conhecendo a população de estudo calculamos o tamanho amostral para estimadores de proporção, considerando 95% de confiança. Sorteou-se aleatoriamente os alunos vinculados ao ILAACH e aplicou-se um questionário readequado do Whoqol-bref de 1994 para coletar os dados, o mesmo ainda permitiu traçar um perfil socioeconômico e demográfico dos alunos. Com relação aos aspectos éticos todas as diretrizes e normas da Resolução nº 466/12 foram contempladas assegurando a confidencialidade de todas as informações. Todos os entrevistados assinaram TCLE concordando com sua participação. Os dados foram analisados utilizando o programa Epi-info7. Concluímos que os colombianos apontaram ter a maior média de qualidade de vida seguido dos chilenos e argentinos. Avaliamos que os bolivianos são os mais insatisfeitos com a sua saúde já os mais satisfeitos são os colombianos seguidos dos chilenos. Colombianos, uruguaios e bolivianos sentem que a dor física os impede fazer algum tipo de atividade, consequência disso manifestaram ter dificuldade de locomoção, esses mesmos grupos estão

insatisfeitos com o sono apontando não ter energia suficiente para realizar atividades no dia a dia. Colombianos, paraguaios, peruanos e equatorianos aceitam de forma positiva sua aparência física estando satisfeitos consigo mesmo, mas eles têm com frequência sentimentos negativos (mal humor, desespero e ansiedade). Bolivianos, brasileiros, argentinos e paraguaios estão satisfeitos com suas relações pessoais, mas insatisfeitos com suas vidas sexuais. Equatorianos e uruguaios estão satisfeitos com o apoio de suas amizades. Peruanos, paraguaios, bolivianos, equatorianos e venezuelanos dizem sentir-se seguros em relação a suas vidas diárias e satisfeitos com as informações que recebem/precisam no dia a dia, mas estão insatisfeitos com suas condições econômicas, atividades de recreação e acesso a saúde. Brasileiros, colombianos, argentinos e uruguaios dizem estar satisfeitos com o ambiente do entorno deles, igualmente manifestaram estar satisfeitos com o lugar onde moram. Com esta pesquisa pode-se concluir que existe uma necessidade de se estudar em maior profundidade cada uma das concepções do que defina a qualidade de vida para os estudantes, abrindo-se temas de debate que serão fundamentais para toda comunidades acadêmica, contribuindo para o planejamento de ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos discentes, apontando as limitações físicas, psicológicas, o nível de independência, as relações sociais, o meio ambiente e a espiritualidade.

QUALIDADE DE VIDA E ESTADO DE SAÚDE: ANÁLISE E CAPACITAÇÃO DA COMUNIDADE PARA A CONSTRUÇÃO DE VIDA E AMBIENTE ESCOLAR MAIS SAUDÁVEL

Márcio Luiz Mello, Suze Santana, Teresa Vasquez, Claudia Moraes

Palavras-chave: qualidade de vida, promoção da saúde, ambiente escolar

APRESENTAÇÃO: Nestas últimas décadas, a preocupação com a promoção da saúde e qualidade de vida tem sido crescente. Deste modo, é importante que as instituições de ensino em saúde invistam em pesquisas e práticas que auxiliem a melhoria das condições de vida e saúde da população. Nessa comunidade escolar, iniciamos um estudo com o objetivo de analisar as condições de saúde e qualidade de vida percebida por funcionários e alunos para planejar, implantar e desenvolver projetos multidisciplinares com a finalidade de capacitar a comunidade da Escola Técnica Estadual de Saúde Herbert José de Souza (ETESHJS) - RJ na melhoria das condições de vida e saúde. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de uma pesquisa intervenção que realizada na ETEHSHJS. Suas etapas foram: 1^a. Etapa: Estudo transversal com uso de questionário autoaplicado sobre qualidade de vida e estado de Saúde + aferição de medidas antropométricas (peso e altura) e pressão arterial. 2^a. Etapa: Estudo qualitativo pelo método de histórias de vida, com uso da técnica de entrevista. 3^a. Etapa: Estudo qualitativo com formação de grupos dialógicos para conhecer as temáticas significativas da comunidade escolar para melhoria da qualidade de vida e construção de ambiente escolar mais saudável 4^a. Etapa: Planejamento e execução de propostas multidisciplinares sobre gestão da qualidade de vida, saúde e ambiente escolar mais saudável. Resultados:-Implantação de um Programa escolar multidisciplinar sobre gestão da qualidade de vida, saúde e ambiente escolar mais saudável. -Participação dos alunos em eventos científicos e publicação de artigos científicos. Considerações Finais:O presente estudo teve como ponto de partida a reflexão-ação de um grupo de professores pesquisadores que vivencia o cotidiano da

gestão, do trabalho e da formação em saúde de uma instituição de educação profissional em saúde do estado do Rio de Janeiro e que desejam a transformação e a construção de um novo modelo educativo que incorpore em suas bases curriculares novos discursos ideológicos pautados na concepção ampliada de saúde, na promoção da saúde e qualidade de vida e bem estar da população cuja práxis propõe a superação dos vazios do modelo biomédico em prol da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e do coletivo.

REDE INTEGRADA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: SERVIÇOS DE SAÚDE – ADOLESCENTES E COMUNIDADES EM AÇÃO COMPARTILHADA – RAP DA SAÚDE/SMS/RJ

Cristina Alvim Castello Branco, Maria Cristina Boretto, Patricia Mondarto, Marcio Baptista, Marcus Vinicius

Palavras-chave: jovens e adolescentes

APRESENTAÇÃO: O projeto Rede de Adolescente e Jovens Promotores da Saúde – RAP da Saúde - iniciou em 2007, em 3 áreas da cidade do Rio de Janeiro. Hoje o RAP da Saúde é um Curso de Formação de Jovens Promotores da Saúde, instituído na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. É uma estratégia prioritária da promoção da saúde da rede de atenção primária. Tem como objetivo promover a saúde dos jovens potencializando o protagonismo juvenil, em articulação com a atenção primária e com dispositivos intersetoriais. São 190 jovens, entre 14 e 24 anos, capacitados para veicular informação sobre cuidado em saúde e atuam nas 10 Áreas de Planejamento de Saúde. METODOLOGIA: O curso se baseia nos conceitos de protagonismo juvenil e educação entre pares. A metodologia participativa utilizada, valoriza

potencialidades, resgata a autoestima e facilita o empoderamento e o exercício da cidadania. Implica horizontalidade na comunicação e igualdade nas oportunidades de expressão. As ações são planejadas e realizadas com os profissionais em diversos locais: unidades de saúde, escolas, associações, espaços públicos. Os jovens são capacitados com informações sobre saúde e habilidades em comunicação. RESULTADOS: Ao final do curso o jovem estará habilitado a atuar como promotor da saúde. Ações realizadas: produção de vídeos, rodas de conversa, composição de paródias, esquetes teatrais, sarau de poesias, grafiteagem, participação em espaços de controle social etc. Verificamos um aumento do número de jovens nas unidades de saúde, maior adesão nas ações de promoção, maior participação nos espaços de controle social fomentando discussões acerca da garantia de direito e às demais políticas públicas, jovens habilitados para o autocuidado da saúde e comprometidos na construção de soluções inovadoras de problemas comunitários. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O RAP da Saúde é uma estratégia inovadora de cuidado dos jovens. A complexidade do trabalho com jovens nos força a nos reinventar e construir novas estratégias de acesso e vinculação as unidades. O projeto ratificou que só é possível construir uma rede de cuidados para os adolescentes com um trabalho de parcerias e articulações no território por onde eles circulam, e envolvendo seus pares. O jovem torna-se parceiro da unidade, desenvolve potencialidades para o enfrentamento de vulnerabilidades, minimiza comportamentos de riscos e possibilita a participação nas ações de educação e promoção da saúde, que se expande para além do período do projeto.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM DESAFIO AO MUNICÍPIO DE FARROUPILHA

Janaína Molon Mansan, Simone Edi Chaves

Estamos vivendo uma transição na saúde brasileira, com o declínio das doenças agudas e aumento das condições crônicas, e por isto torna-se necessário uma nova configuração do sistema de saúde a fim de prestar um melhor atendimento à essa nova realidade. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para que se garanta uma integralidade do cuidado, compreendendo um conjunto de serviços, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, vinculados entre si por uma missão única, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, coordenadas pela atenção básica, buscam garantir uma atenção contínua e integral à determinada população. Para tanto, a articulação entre os níveis de atenção torna-se essencial e para isso existe o sistema de referência e contrarreferência onde as informações trafegam entre as instituições de saúde, porém existem problemas para a efetiva funcionalidade desse mecanismo, visto que as instituições tendem a trabalhar de forma muito individualizada e fragmentada. É necessário que as instituições, mas principalmente os profissionais de saúde conscientizem-se de que o usuário deve ser atendido em sua integralidade e para isso há a necessidade de um engajamento entre todos, o que pode ser desenvolvido através de programas de educação permanente para esses profissionais onde a realidade diária é discutida entre os envolvidos buscando um aperfeiçoamento das ações. O presente projeto de pesquisa tem como proposta analisar a rede de saúde do

município de Farroupilha, localizado na região nordeste do Rio Grande do Sul. Este estudo, de abordagem qualitativa, tem como base o Quadrilátero da Formação proposto por Ceccim e Feuerwerker e a coleta de dados será com as faces que compõem o Quadrilátero. Serão realizadas entrevistas com os usuários do SUS na atenção primária e hospitalar para que sejam apontadas deficiências na rede para que posteriormente sejam discutidas em um grupo focal que incluirá profissionais da saúde da atenção primária e especializada e gestores municipais a fim de que sejam implantadas melhorias no processo. O eixo formação não será abordado tendo em vista que não há instituição formadora no município. Após a análise dos resultados tem-se como objetivo a elaboração de um Programa de Educação Permanente para os profissionais da rede.

REFLEXÕES CRÍTICAS SOBRE A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS NO CONTEXTO DO SUS

Alessandra Aniceto Ferreira Figueirêdo, Liliádia da Silva Oliveira Barreto, Rafael Barbosa da Silva Bica, Cleydson Assis Coelho, Eliane da Cruz Moraes

Palavras-chave: formação médica, currículo, SUS

Esse trabalho tem por objetivo analisar as diretrizes curriculares nacionais-DCN de 2001 e 2014 propostas para os cursos de medicina no Brasil e seus possíveis efeitos nas práticas médicas. Foi feito um resgate histórico, a partir da década de 1930, que demarca no Brasil reflexões sobre o modelo de intervenção biomédico no ensino, seguido das primeiras conferências latino-americanas de ensino médico e a criação dos departamentos de medicina preventiva nas escolas médicas no país, até

as propostas de inserção de um modelo por competência e educação permanente, observadas na primeira década do século XXI com as DCN para os cursos de medicina em 2001 e sua revisão em 2014. Partindo de tal contextualização, foi realizada a análise das DCN de 2001 e 2014 para os cursos de medicina, tendo como respaldo teórico a leitura de Madel Luz no que diz respeito à constituição das instituições médicas e seu papel de estruturação simbólica para sociedade, suas fissuras e contradições, bem como a relação entre a retórica institucional e a prática institucional na construção da medicina enquanto ciência. Observou-se como dados significativos para as DCN 2001: formação em saúde de referência sanitária; modelo integrado às necessidades do SUS em contraposição ao modelo biomédico; formação preferencial para o SUS, devendo ser enfatizado o caráter generalista e humanista; educação permanente; realização do estágio em cenários do SUS; avaliação baseada em competências, habilidades e conteúdos curriculares; uso de metodologias ativas e critérios para acompanhamento do processo ensino-aprendizagem organizado pelo próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular da Instituição de Ensino Superior a qual pertence. Nas DCN 2014: segue o texto de 2001 quanto à referência e modelo assistencial; formação obrigatória no SUS, em diferentes níveis de atuação, especialmente na Atenção Básica; integração das ideias do programa "Mais Médicos", considerando novos contornos e demandas da saúde no país; quanto à avaliação, inclui uma avaliação nacional obrigatória das instituições de medicina a cada dois anos pelo INEP. Consideram-se significativas as mudanças que se registraram em 2014: com ênfase no SUS como cenário de aprendizagem - inserção de redes de serviços de saúde como espaço de aprendizagem;

interação ativa do aluno com usuários e profissionais desde o início da formação; indissociabilidade de ensino, pesquisa e extensão; promoção de integração e interdisciplinaridade - integrando as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais; inclusão no processo de graduação das Ciências Humanas e Sociais, como eixo transversal na formação; integração do PPC com articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviço. Todavia, é importante refletir que efeitos essas mudanças poderão suscitar nas práticas médicas cotidianas, sendo observada a conjuntura econômica, política e sociocultural em que as diretrizes adentrarão nas instituições médicas, visto que pode haver entre discurso e prática institucional a mesma distância que entre palavra e gesto.

RELAÇÃO PACIENTE PROFISSIONAL EM UM CONTEXTO INTERCULTURAL: DIFICULDADES E DESAFIOS DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA

Ludelça Dorneles dos Santos Ledesma

Palavras-chave: Saúde, cultura, desafios, guarani, kaiowá

A vivência do profissional de saúde indígena requer atenção e cuidados especiais e pode ter significados diversos, tanto para a clientela atendida como para os profissionais. O presente trabalho objetivou apresentar os desafios e dificuldades vivenciados pelos profissionais que atuam na Saúde Indígena do Polo Base de Tacuru/MS, em relação ao atendimento realizado com

populações indígenas das etnias Guarani e Kaiowá, no que se refere ao processo Saúde, doença e identificar os aspectos que permeiam a interação entre os profissionais, observando as peculiaridades dessa relação durante a coleta das entrevistas e em todas as falas dos profissionais. Buscou também sugerir subsídios de aperfeiçoamento aos profissionais que trabalham na saúde indígena e elaborar material teórico, que poderá contribuir para a melhoria dos aspectos encontrados na atuação multiprofissional e a construção de diálogos que estabeleçam interação e vínculos nesse encontro de visões tão distintas. Utilizando a metodologia qualitativa, a pesquisa foi coletada de forma oral, realizadas com os profissionais, que tiveram ampla liberdade para falar sobre vários aspectos de sua vivência no dia a dia de trabalho com populações indígenas, constituindo material de análise deste estudo. Após a transcrição, na íntegra, do conteúdo das entrevistas, foram realizadas leituras cuidadosas dos depoimentos, procurando-se identificar os aspectos significativos sobre a temática. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2015, através de entrevistas abertas, não estruturadas, sendo analisados em seguida pela Técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo, que é uma técnica de organização do material resultante do trabalho de campo, geralmente de falas resultantes de entrevistas, questionários, papers, materiais gráficos etc. Sendo possível desse modo compreender o fenômeno investigado através das seguintes ideias centrais encontradas: dificuldade de adesão ao tratamento, ausência da participação dos setores públicos, dificuldade na compreensão da língua falada, barreiras culturais e crenças religiosas. PALAVRAS-CHAVE: Saúde; cultura; desafios; guarani; kaiowá.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: FORMAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE COMO MULTIPLICADORES NA PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E DE DST/AIDS

Nathane Tayná Dias Machado, Cássia Marina de Oliveira Santana, Amora Terra de Sousa Tibúrcio, Alécia Júnia Aparecida Santos, Karin Prata, Cândida Amélia Marinho de Oliveira, Carlos Alberto Pegolo da Gama, Denise Alves Guimarães

Palavras-chave: sexualidade, adolescência, formação de multiplicadores, agentes comunitários de saúde

APRESENTAÇÃO: O projeto consistiu em capacitar agentes comunitários de saúde (ACS) como multiplicadores para trabalhar com a prevenção de gravidez na adolescência e de DST/Aids nas escolas de nível médio dos bairros periféricos da comunidade de Divinópolis. Os trabalhos se iniciaram no 1º semestre de 2014 e se encerraram no 2º semestre de 2014. O público alvo consistiu-se em 4 ACS, 1 enfermeiro e 14 alunos de 1 escola de ensino médio da região de abrangência dos PSF. Desenvolvimento do trabalho Inicialmente foram realizados seminários de nivelamento teórico-prático e revisão bibliográfica sobre os temas a serem trabalhados visando à formação da equipe do projeto. Posteriormente, foi realizada a capacitação dos ACS através da realização de rodas de conversa, com momentos reflexivos e explanações técnicas para sistematização de conhecimentos. Os ACS, então formados como multiplicadores, iriam organizar Rodas de Conversa com os alunos de uma escola periférica de Divinópolis com o tema Sexualidade e Prevenção da gravidez na adolescência. Resultados e/ou impactos Houve a promoção da integração entre a comunidade acadêmica e os ACS na busca de informação e elaboração dos conteúdos trabalhados (artigos, cartilhas

e livros). Identificou-se alguns elementos dificultadores ligados a infraestrutura precária da Atenção Primária, falta de tempo para organização e realização das atividades, visão preconceituosa e conservadora em relação à sexualidade dos jovens envolvidos por parte da maioria dos ACS e insegurança com relação à condução do processo junto aos adolescentes utilizando a roda de conversa. A precariedade da Atenção Primária à Saúde no Município dificultou o projeto pela falta de capacitação dos ACS e desorganização das equipes e da rotina de trabalho. Produziu-se conhecimento sobre a necessidade de implantação de políticas públicas em Divinópolis na área de sexualidade, prevenção de gravidez na adolescência e DST. Os ACS empoderaram-se do processo de aprendizagem para capacitar os estudantes e vislumbraram a estruturação de intervenções utilizando a metodologia proposta. Considerações finais As rodas de conversa suscitaram relatos e posições conflitantes entre os participantes; também se percebeu considerável falta de informações sobre DST e gravidez na adolescência. A discussão permitiu aprofundamento no tema e distinção pelos ACS entre o universo de crenças pessoais e seu papel de profissional de saúde. Dessa forma, nota-se que as metodologias construtivistas como a roda de conversa são eficazes para a percepção do ACS como agente de promoção de saúde, sobretudo quando há a perspectiva do mesmo como agente multiplicador.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: INTEGRAÇÃO ENTRE ESCOLA E O SERVIÇO DURANTE CAMPANHA DE IMUNIZAÇÃO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Sheila Araújo Costa, André Rinaldi Fukushima, Elisabeth Egashira, Lidia Ruiz Morenos

Palavras-chave: Formação em saúde, Processo ensino aprendizagem

APRESENTAÇÃO: O Brasil atravessa diversas transformações econômicas, sociais e ambientais. Essa realidade está associada ao processo de transição demográfico, epidemiológico e nutricional, realidade que deve estar inserida nos cursos de formação em saúde, contemplando a interdisciplinaridade e constituindo um grande desafio. Com o objetivo de aproximar alunos à rotina dos serviços, facilitando o processo ensino-aprendizagem, tornando a formação mais significativa, mimetizando uma prática de ensino baseado em problemas. Descrição da experiência: Durante a campanha de imunização da gripe, realizada em maio de 2015 para idosos, crianças menores de cinco anos e portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O setor de nutrição de um ambulatório de especialidades no município de São Paulo realizou ações de avaliação do estado nutricional e orientação da alimentação saudável para maiores de 60 anos. Foram avaliados e orientados 85 idosos. Esta ação contou com a participação de profissionais da unidade de saúde, alunos dos cursos de nutrição e farmácia e professores de uma instituição de ensino superior privada. **RESULTADOS:** Foi uma experiência muito significativa para os envolvidos na atividade. Para os profissionais, representou um momento de troca de experiências e reconhecimento profissional, para os alunos a oportunidade de aproximação do conteúdo teórico desenvolvido em sala de aula com a prática e o desenvolvimento de atividades educativas junto à comunidade. Segundo o aluno M. R. 25 anos: “Desenvolver atividades com a participação de pacientes, é muito importante porque traz a teoria para prática, ouvir esse paciente e entender um pouco sobre a sua vida, foi uma experiência inesquecível,

tanto para as pessoas, quanto para os futuros profissionais”. Para os professores proporcionou vivências enriquecedoras para discussão e reflexão constantes no processo ensino-aprendizagem durante as atividades desenvolvidas em sala de aula. E para os usuários uma experiência inovadora, possibilitando uma aproximação maior com os profissionais e conteúdo de saúde, como o relato de um usuário: “É interessante, atitude bacana, trazer campanhas diferentes, não sabia como estava o meu peso, agora comprovou que tenho que emagrecer e fazer exercícios.” (J.A.S. 66 anos). Interessante destacar que muitos dos usuários entrevistados, frequentavam esses equipamentos de saúde, apenas em dias de vacinação. O ambulatório de especialidades pertence a uma região com poder aquisitivo mais elevado e afastado da região periférica, o que pode estar associado à procura da unidade apenas em campanhas específicas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A realização dessa atividade confirma a importância de situações vivenciadas durante o processo ensino-aprendizagem dos alunos, principalmente os da área da saúde. Desenvolver atividades que integram a escola e o serviço possibilita maior discussão dos determinantes sociais de saúde e uma formação com visão mais crítica do processo saúde e doença.

REPERCUSSÕES DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA SAÚDE NO CUIDADO EM ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Larissa Arbues Carneiro, Nilce Maria da Silva Campos Costa

Palavras-chave: Educação Superior, Desenvolvimento de Pessoal, Saúde Mental, Cuidado, Transtornos relacionados ao uso de substâncias

O governo brasileiro tem investido em ações para a reorientação da formação dos profissionais de saúde conforme as necessidades da população e do Sistema Único de Saúde, entre elas, encontra-se a de formação de pessoal com perfil adequado para o cuidado em álcool e outras drogas. O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde/Saúde Mental (PET-Saúde Mental) foi instituído nesse contexto. O objetivo deste estudo foi analisar o desenvolvimento do PET-Saúde Mental da parceria Universidade Federal de Goiás e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, ocorrido entre 2011 e 2012. Participaram do programa professores e estudantes de oito cursos de graduação da UFG e servidores de quatro serviços da rede de atenção psicossocial da SMS. Os dados foram coletados por três fontes: documental, questionários e entrevistas semiestruturadas. Os documentos subsidiaram a caracterização do PET-Saúde Mental, os questionários levantaram o perfil do grupo, sendo respondido por 33 participantes do programa e foram realizadas 21 entrevistas individuais. A análise dos dados se deu pelo Método de Interpretação de Sentidos, tendo como substrato de leitura dos resultados o modelo de Matriz Analítica que delimita três dimensões nucleadoras de categorias: macro, micro e molecular. Emergiram oito categorias: orientação político-pedagógica, processos de trabalho, gestão, redes, mobilização/visibilidade, cuidado, crenças/preconceitos/estigmas e produção de afetos. As fragilidades do processo relacionaram-se aos modos de organização institucional. O programa foi uma experiência mediada pelo cuidado, produção de afetos positivos e resignificação do imaginário negativo sobre as drogas pelos estudantes e docentes, principalmente. Provocou, ainda, mudanças no cotidiano do ensino e dos serviços, fortaleceu a pauta da atenção psicossocial na universidade e a da educação nos serviços, articulou a interprofissionalidade com a formação

ético-política-afetiva e contribuiu para a rede de saúde mental local. Considera-se que a sustentabilidade das ações de reorientação do modelo de atenção e de formação está vinculada aos movimentos que se dão macro e micropoliticamente. Levanta-se a necessidade de estratégias de apoio e análise institucional e a ampliação das formas de participação na articulação ensino-serviço, de modo a estimular o protagonismo dos atores locais e o retorno do cuidado como categoria constitutiva do setor saúde.

RESGATE HISTÓRICO DO ENSINO NA SAÚDE: FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

Fernanda Lima e Silva, Cleusa Alves Martins, Alessandra Nogueira de Sousa Santos

Palavras-chave: formação, saúde, educação permanente

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho é oriundo da pesquisa de doutorado que buscou identificar e refletir sobre as contribuições político-pedagógicas dos movimentos sociais populares nas experiências e práticas de cuidado e de educação popular em saúde, especialmente do Movimento de Mulheres Camponesas para compor a caixa de ferramentas pedagógicas dos processos de formação de profissionais/trabalhadores (as) da saúde para atuação no Sistema Único de Saúde. **DESENVOLVIMENTO:** A pesquisa foi realizada junto ao MMC Brasil, através de análise de observações, registros, documentos, histórias de vida, oficinas e círculos de culturas feitas com mulheres, que participam dessa organização como também as redes de interação com a educação popular e a educação permanente em saúde. Articula essas experiências e seus saberes no contexto de produção de vida, saúde e adoecimento dessas populações

em seus territórios e os desafios para o cuidado integral e a educação em saúde. Traz a ação das mulheres camponesas na produção de cuidado da vida e da saúde articulados às relações de gênero, etnia, classe e orientação sexual, ao feminismo e ao projeto de agricultura camponesa. Resultados: As políticas públicas de saúde no Brasil, especialmente nos territórios de atuação dessas mulheres camponesas, são recentes e frágeis na garantia do acesso e na atenção integral à saúde. O MMC surge como espaço de luta e valorização das mulheres camponesas na conquista de direitos e a saúde emerge como uma de suas lutas relevantes. Nele as mulheres se ressignificam, tem o cuidado com vida e a saúde como base central do seu agir e fazem experiências de libertação e emancipação, enquanto sentido profundo de sua práxis portadora de uma dinâmica educativa-terapêutica e uma mística libertadora. Trazem contribuições político-pedagógicas para educação em/na saúde com essas populações camponesas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Das experiências do MMC e suas interações emergem as contribuições político-pedagógicas que contribuem para repensar o modo de cuidar a vida e a saúde, bem como as políticas de educação na saúde, para o meio acadêmico e para os processos de trabalho e educação na saúde junto ao Sistema Único de Saúde, principalmente para a atuação no campo, nas florestas e nas águas. A preocupação com a formação para o trabalho na área da saúde no Brasil não é recente e se fortaleceu com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo visa o resgate histórico quanto à formação profissional em saúde no país. A metodologia utilizada é a de revisão de literatura. O SUS foi criado na Constituição Federal de 1988 e o artigo 200, declara que compete a este ordenar a formação dos recursos humanos na área da saúde. Esta atribuição do SUS também é citada nas leis orgânicas 8.080/90

e a Lei 8.142/90. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde foram elaboradas e aprovadas em sua maioria entre 2001 e 2002. Nelas buscou-se direcionar a formação profissional em saúde de forma a contemplar o sistema de saúde vigente no país. A preocupação com os recursos humanos no setor saúde surgiu desde a 1^o Conferência Nacional de Saúde (CNS), entretanto pode-se dizer que a 10^o CNS realizada em 1996 teve maior êxito neste sentido, Um dos eixos temáticos desta Conferência abordou a problemática da formação dos trabalhadores da saúde, levando em conta as diversas questões que permeiam a área, ficando claro mais uma vez a necessidade de interlocução entre as instituições de ensino, na busca de garantir a formação, qualificação e capacitação permanente dos trabalhadores. Na 11^a CNS surge a necessidade de trazer os problemas de atuação para o processo de aprendizagem. A 12^a teve dez eixos, sendo um deles: o trabalho na saúde. Em 2004, foi criada a Portaria nº 198 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Cabe ressaltar que essa portaria é fruto das lutas e debates realizados nas conferências quanto às necessidades de formação dos trabalhadores. Em 2007 foi criada a Portaria nº 1.996 que define novas diretrizes e estratégias para a implementação da PNEPS. O Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Educação tem desenvolvido ao longo do tempo, várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde, entretanto estamos longe das condições ideais no que diz respeito a estes aspectos. É necessário continuar lutando e fazendo parte da Construção do SUS.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: CAMPO DE APRENDIZAGENS COMPARTILHADAS COM VISTAS À UMA PRÁTICA COLABORATIVA

Maira Gabriela Perego, Nildo Alves Batista

Palavras-chave: Educação em Saúde, Educação de Pós-Graduação, Equipe de Assistência ao Paciente, Aprendizagem, Prática Profissional

Introdução: A Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (RMAS) surgiu no contexto de ampliar e melhorar a formação dos profissionais de saúde, fundamentada por um trabalho que tenha a interdisciplinaridade, a integralidade do cuidado e a clínica ampliada como norteadores de sua prática. Estes são os princípios da educação interprofissional, a qual ocorre quando diferentes áreas profissionais aprendem juntas sobre as outras profissões, com as outras e entre si, de forma que na atuação possa resultar em melhorias para a saúde. Objetivos: Investigar a percepção dos residentes, preceptores e tutores da RMAS/ Campus Baixada Santista sobre as aprendizagens compartilhadas na formação para o trabalho em equipe na perspectiva da integralidade do cuidado. Metodologia: Pesquisa exploratória, de caráter descritivo-analítico, do tipo corte transversal, com abordagem quantitativa, realizada no contexto da RMAS/ Campus Baixada Santista, considerando residentes egressos, preceptores e tutores do programa, sendo que 88,6% destes, participaram da pesquisa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unifesp e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para atingir o objetivo, foi construída, aplicada e posteriormente validada por metodologia estatística, uma escala atitudinal tipo

Likert, composta de 3 dimensões, com 21 asserções. As dimensões investigadas foram: Aprendizagens Compartilhadas na Residência Multiprofissional, Formação para o Trabalho em Equipe e Desenvolvimento de competências para Práticas Colaborativas. A escala apresentou 95,24% de asserções validadas e um coeficiente de confiabilidade de 93%. Para análise dos dados foi atribuído um valor a cada uma das opções de respostas às asserções que variavam de 1 a 4 pontos. A concordância plena foi pontuada em 4 pontos e discordância plena em 1 ponto, refletindo a percepção dos respondentes às asserções propostas. Resultados: As 3 dimensões investigadas apresentaram-se em zona de conforto, com médias de 3,20, 3,21 e 3,25 respectivamente, onde foram encontrados aspectos de maior e menor concordância entre os respondentes. Os resultados destacam que a Residência Multiprofissional em Saúde estimula a interdependência profissional e contribui para a construção da interprofissionalidade, a partir das aprendizagens compartilhadas. A integração interprofissional emerge como um dos eixos estruturantes da Residência Multiprofissional, embora ainda se perceba paradigmas biologicistas que interferem neste processo. A atuação prática dos residentes no âmbito da aprendizagem compartilhada configura-se em si um importante objeto do processo de ensino/aprendizagem. Encontra-se como necessário para desenvolvimento de competências colaborativas: apoio institucional, clima e cultura de trabalho. Considerações finais: A RMAS é um espaço de aprendizagens compartilhadas que desenvolve nos profissionais de saúde habilidades para trabalharem em equipe, a partir da educação interprofissional. Pode também ser considerada uma alternativa para preparar melhor os profissionais de saúde para atuarem no SUS, avançando no sentido da clínica ampliada, como uma ferramenta

importante de articulação e inclusão das diferentes disciplinas e categorias profissionais. A prática interprofissional exercida na RMAS tem a perspectiva de contribuir para a superação da fragmentação do cuidado e dos esquemas tradicionais de ensino superiores.

REVELAÇÃO A ANTIGOS PARCEIROS DA SOROPOSITIVIDADE PARA O HIV

Thaisa Negreiros de Melo, Claudia Regina de Andrade Arrais Rosa, Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos, Antonia Iracilda Silva Viana, Yann Victor Oliveira Marques, Daniella Pontes Matos, Ingrid Geovanna Bezerra Pinheiro, Kayro Hairry Arrais Silva

Palavras-chave: Revelação, HIV, Parceiros Sexuais

INTRODUÇÃO: No Brasil a revelação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais não tem sido valorizada e nem ganhado destaque na área da saúde, diferentemente do que acontece em países como os Estados Unidos. Apesar de não ter destaque, não significa que a preocupação com essa questão esteja inerte, uma vez que profissionais da saúde lidam rotineiramente com situações em que os pacientes se omitem a revelar a antigos ou atuais parceiros, e os profissionais de saúde precisam utilizar estratégias para conscientizá-los da problemática. Diante disto, o presente estudo teve por objetivo identificar se pacientes HIV+ procuraram depois que tiveram conhecimento do diagnóstico os antigos parceiros para revelar. **MÉTODO:** Estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado pelo projeto de extensão da Universidade Federal do Maranhão, intitulado: Sexualidade dos pacientes infectados pelo HIV/AIDS. A amostra foi composta por 69 pacientes com o diagnóstico de HIV, da demanda espontânea atendidos no Serviço de Atenção

Especializada em HIV/AIDS e Hepatites virais do Município de Imperatriz-MA. Todos os pacientes que participaram do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A coleta de dados ocorreu através de um roteiro contendo perguntas fechadas, no período de janeiro a maio de 2015. O questionário buscou identificar características sociodemográficas, econômicas e de proteção à saúde coletiva. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Tocantins com parecer de número 105/2014. Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel®, versão 2010, e calculado a frequência e porcentagem. **RESULTADOS:** Dos participantes do estudo, 52,17% eram do sexo feminino. Em relação à renda 57,97% apresentavam um salário mínimo. Concernente à idade 79,71% tinham idade entre 15 e 46 anos. Quanto ao uso da HAART, 97,10% estavam em tratamento. Condizente a procura de antigos parceiros para revelar o diagnóstico positivo para o HIV, 40,58% revelaram a sorologia positiva e 59,42% não buscaram informar tal realidade. **CONCLUSÃO:** Logo, foi perceptível uma quantidade significativa de pacientes que tiveram o cuidado de procurar antigos parceiros para participar tal realidade, por outro lado é nítida uma quantidade bem mais expressiva que não tiveram a mesma atitude, mostrando dessa forma a necessidade da elaboração de formas criativas e estratégicas quem expandam o diálogo entre profissionais e pacientes, de maneira que os profissionais remedeiem os conflitos pessoais dos pacientes objetivando contribuir com o interesse de saúde coletiva.

SAÚDE DA PESSOA IDOSA: A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA

Bruna Aniele Cota

Palavras-chave: Saúde da Pessoa idosa, Profissionais de Saúde, Formação Profissional, Atenção Básica

O envelhecimento populacional acontece de forma acelerada o que exige do setor público de saúde uma resposta imediata, principalmente relacionada à formação dos profissionais de saúde, em especial aqueles que atuam na Atenção Básica, responsáveis diretos pela promoção, prevenção e cuidado à saúde da pessoa idosa. Este estudo buscou compreender o processo de formação dos profissionais de saúde de nível superior, sobre a saúde da pessoa idosa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, realizada com enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas, que atuam na Atenção Básica em um município do Centro-Oeste brasileiro. O instrumento de pesquisa utilizado foi a entrevista semi estruturada. A análise dos dados foi feita utilizando-se a Análise de Conteúdo Temático, proposta por Bardin (1979) e revisitada por Minayo (2014). Foram entrevistados 31 profissionais (14 enfermeiros, 09 cirurgiões dentistas e 08 médicos). Da análise das falas foram identificadas quatro categorias: Formação sobre saúde da Pessoa Idosa: teoria superficial sem prática específica; A pessoa idosa: quem é ela e o que ela desperta nos profissionais de saúde; Aspectos da integralidade: da concepção ampliada à prática fragmentada; Distanciamento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa das práticas na Atenção Básica. Tais categorias foram compostas conjuntamente com seus núcleos de sentido e ideias centrais. Verificamos que na graduação há pouca e/ou ausência de conteúdos de saúde da pessoa idosa, além de pouca procura e oferta por especializações em saúde da pessoa idosa, a aproximação da saúde da pessoa idosa ocorre por meio de outras experiências, já no mercado de trabalho. A educação continuada e permanente em

saúde são ausentes do cotidiano do serviço. Sentimentos e percepções evidenciados no processo de cuidar das pessoas influenciam em situações vivenciadas em relação à pessoa idosa. Há uma concepção ampliada de saúde, porém há dificuldades de serem implementadas, devido a organização do serviço que ainda é centrado no atendimento e não na atenção, além disso, existe um desconhecimento sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Concluímos que a formação dos profissionais de saúde em relação à pessoa idosa é limitada, devido ao processo de formação que durante a graduação é superficial e o serviço oferece poucas oportunidades de qualificação. Diante desses pontos há necessidade de se investir em educação continuada e incentivar ações de educação permanente, visando melhorar a atenção à pessoa idosa.

SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: CONTRIBUIÇÕES PARA A QUALIFICAÇÃO DE PRÁTICAS EM SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Paula Vieira

Palavras-chave: Saúde, Necessidades de Saúde, Desigualdades em Saúde

INTRODUÇÃO: O objeto deste estudo é o projeto de educação permanente “Questão Étnico-Racial e Direito à Saúde: Qualificando Práticas”. Diversos estudos apontam a presença e persistência das desigualdades raciais na sociedade brasileira ao longo de décadas. Na saúde o racismo também opera e atua diretamente sobre o processo saúde e doença e sobre as formas de adoecer e de morrer, o que é explicitado pelos piores indicadores de saúde na população negra quando comparados a população branca, como precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência e agravamento de doenças

crônicas e infecciosas. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é uma política pública do Ministério da Saúde, que em sua essência reconhece que as condições de vida da população negra são resultantes de injustos processos sociais, culturais e econômicos que reiteradamente impõe à essa população a presença nos extratos sociais mais pobres e de condições mais precárias. Publicada em 2009, ainda encontra diversos entraves para a sua implementação. OBJETIVOS: descrever e analisar o projeto de educação permanente “Questão Étnico-Racial e Direito à Saúde: Qualificando Práticas” desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo em 2011. Metodologia: estudo qualitativo descritivo analítico, com coleta de dados a partir de documentos diversos relativos ao projeto, incluindo a elaboração de planos de ação desenvolvidos pelo total de 218 trabalhadores concluintes e qualificados pelo projeto. Os dados serão sistematizados, analisados e categorizados à luz das categorias trabalho em saúde e necessidades de saúde. RESULTADOS PARCIAIS: Estudo em andamento, em fase de coleta e análise de dados. Até a elaboração deste resumo, identificou-se a elaboração de 52 trabalhos regionais contendo diagnóstico local e plano de ação, estando distribuídos em torno dos temas: educação permanente (16), estudos específicos (13), questão cor (10), racismo institucional (9) e doenças falciformes (4). Os diagnósticos apresentados foram precisos, possibilitaram identificar situações de racismo e definir ações de intervenção eficientes frente às necessidades locais, atendendo aos eixos da PNSIPN. O volume de temas e questões propostas pelos participantes para investigação revela a complexidade do Quesito Cor/Raça diante de uma realidade demográfica, ambiental e socioeconômica multideterminada. Houve apenas 1,7% de desistências e 2,7% de reprovações no curso. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O racismo institucional é uma

realidade na saúde que requer investimento para o seu enfrentamento e superação das iniquidades em saúde. As desigualdades sociais impactam a saúde e o racismo é uma das formas mais perversas que caracteriza as relações institucionais. Diante destes fatos, faz-se necessário estabelecer nas diversas áreas de SMS uma discussão permanente sobre o racismo e seu impacto sobre a saúde, evidenciando assim que preconceito e a discriminação impedem a equidade em saúde. Só é possível desenvolver um novo olhar sobre as necessidades de saúde se houver respeito às diferenças e superação das desigualdades.

SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA: AÇÕES E EDUCAÇÃO PERMANENTE

Andressa Silva, Lucimare Ferraz, Rodrigo Momoli, Sinval Adalberto Rodrigues Junior

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Educação Continuada, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde

Apresentação: a saúde do trabalhador enquanto política pública de saúde configura um desafio permanente para o desenvolvimento técnico-operacional das práticas de saúde. Esse desafio pode ser observado em todos os níveis de atenção, na assistência, na vigilância em saúde, no tratamento das informações, bem como na gestão dos serviços, na condução de políticas locais e programáticas, e até mesmo na formação e na educação permanente dos profissionais da saúde (VASCONCELLOS; MACHADO, 2011). A educação permanente nos serviços de saúde pode ser um potente instrumento para reduzir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS (DIAS et al., 2011). O objetivo deste estudo foi conhecer as ações de saúde do trabalhador desenvolvidas na Atenção Básica e verificar

se os processos de educação permanente da Atenção Básica contemplam a temática saúde do trabalhador em um município da região oeste de SC. Desenvolvimento do trabalho: trata-se de um estudo descritivo com enfoque qualitativo, que teve como cenário cinco centros de saúde da Atenção Básica do município de Chapecó/SC, que contemplaram os territórios de saúde definidos pelo município. Participaram da pesquisa os coordenadores e os profissionais da recepção dos centros de saúde, totalizando 10 sujeitos. A coleta de dados foi feita por meio entrevista semiestruturada e utilizou como técnica de análise a Análise de Conteúdo. Resultados: os relatos dos entrevistados revelaram que, dentre as diversas ações em saúde do trabalhador preconizadas pelo Ministério da Saúde, apenas as notificações de agravos relacionados ao trabalho (acidentes de trabalho e doenças ocupacionais) estão sendo desenvolvidas. A notificação de agravos relacionados ao trabalho foi o assunto mais discutido nos serviços de saúde da Atenção Básica, segundo depoimentos. Quanto às rotinas de trabalho na Atenção Básica, estas apresentam-se centradas em atendimentos ao usuário, mediante agendamento, e as ações desenvolvidas nos centros de saúde contemplam os programas de saúde básicos. Os depoimentos dos entrevistados referenciaram, ainda, a existência de atividades educativas em suas rotinas de trabalho, entretanto, estas não as caracterizam como ações de educação permanente em saúde. Com base nos depoimentos, os vários aspectos relacionados às ações de promoção, prevenção e assistência ao usuário “trabalhador” são parcialmente contemplados nas pautas de debate da Atenção Básica. Ainda, as possíveis dificuldades enfrentadas para a realização de ações em saúde do trabalhador são atribuídas pelos entrevistados ao pouco conhecimento a respeito do tema, situação esta que se

converte em um forte argumento para justificar a deficiência no desenvolvimento dessas ações. Considerações finais: torna-se imprescindível que as equipes de saúde da Atenção Básica estejam sensibilizadas e capacitadas permanentemente para desenvolver ações em saúde do trabalhador e assumir tais atividades em suas práticas cotidianas de trabalho.

SAÚDE MENTAL NA AMAZÔNIA: INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS NA CIDADE DE BELÉM DO PARÁ

Herbert Tadeu Pereira de Matos, Cristina Bastos Alves Lins, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Palavras-chave: Reforma psiquiátrica, Política de Saúde Mental, Hospital Psiquiátrico

O trabalho propõe produção de conhecimento sobre o processo de construção da Política de saúde mental no Estado do Pará. Atua através de análise sobre o contexto histórico de construção e trabalho no mais antigo hospital psiquiátrico da cidade de Belém, Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira. Desta maneira, responde ao intuito de compreensão crítica sobre a cultura asilar-manicomial da época, de onde, em oposição a este modelo de cuidado, emergiram as bases para o tratamento em saúde mental realizado a partir de 1988 no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Inicia-se o debate com a caracterização do conceito Psiquiatria e Saúde Mental em diferentes épocas e locais do mundo, para em seguida, abordar o tema de surgimento das políticas públicas no Brasil e de construção do primeiro local para tratamento psiquiátricos na cidade de Belém, Pará, Amazônia (Hospital do Marco da Légua, mais tarde Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira). A pesquisa foi realizada a partir de base documental e bibliográfica

em publicações da Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna - FPEHCGV e de autores que se dedicaram ao tema estudado. Os resultados são discutidos a partir de categorias de análise com referencial teórico construcionista de pesquisa em Psicologia Social. Aborda o processo de institucionalização dessas subjetividades marcadas pelo isolamento social, justificado dentro do modelo de "cuidado em saúde" desenvolvido nesse local e momento histórico do Brasil. Assim, o presente trabalho trata das políticas públicas de isolamento social do portador de transtorno mental na cidade de Belém, e neste sentido, as ações concretas de construção de edifícios, bem como, das rotinas de trabalho dos profissionais nessas instituições. A análise está organizada em dois eixos: Algumas Reflexões sobre a Psiquiatria no Brasil; Instituições Psiquiátricas na cidade de Belém - PA. Neste processo é esperado construção de conhecimento em políticas públicas de saúde mental e saúde coletiva, no que concerne a história da psiquiatria paraense em período anterior ao SUS, bem como, as mudanças ocorridas nesses estabelecimentos psiquiátricos a partir da Reforma Psiquiátrica no Estado do Pará - Brasil.

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: O PERFIL DOS USUÁRIOS EM SOFRIMENTO MENTAL DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Lilian Cristina Bittencourt de Souza, Ana Paula Loewe de Carvalho, Bibiana de Oliveira Pavim, Luciana Barcellos Teixeira, Vanessa Sofiatti

Palavras-chave: Saúde Mental, Atenção Básica, Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO: Na Atenção Básica é crescente o número de usuários

que necessitam de acompanhamento psicológico, o que tem exigido reorganização dos serviços, qualificação e empenho dos profissionais, além de articulação com os demais serviços disponíveis na rede. Para dar conta dessa demanda as equipes contam com o apoio dos residentes em Saúde Coletiva do EducaSaúde – UFRGS e da equipe de matriciamento em Saúde Mental da Gerência Distrital Glória, Cruzeiro e Cristal. Procurando conhecer esses sujeitos e suas histórias de vida, este trabalho tem por objetivo descrever o perfil dos usuários adultos em sofrimento mental que procuram tratamento em uma Unidade de Saúde da Família. METODOLOGIA: Foram analisadas 10 fichas dos usuários adultos que foram escutados no período de abril a agosto de 2015. As fichas são de pacientes que compõem o apoio matricial da Gerência Glória, Cruzeiro e Cristal de Porto Alegre. Para uma análise mais precisa selecionamos as fichas cujas informações estavam completas. As categorias analisadas foram: sexo, idade, escolaridade, profissão, histórico familiar, histórico clínico e provável diagnóstico. RESULTADOS: Após avaliação das fichas não encontramos diferenças significativas entre os sexos. 80% dos usuários apresentam baixo nível de escolaridade. A maioria dos usuários cerca de 60 % sofrem de depressão em seus diferentes graus. 40% dos usuários procuraram tratamento na USF devido a ideias e tentativas de suicídio. 20% sofreram abuso sexual na infância e os outros 20% são dependentes de álcool. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Percebemos através das análises que os usuários na sua grande maioria sofrem de depressão, possuem baixo nível de escolaridade e exercem atividades pouco valorizadas pela sociedade. O que tende a aumentar o sofrimento, já que além da sobrevivência os sujeitos buscam através do trabalho criar uma identidade. Alguns usuários relatam ter sofrido abuso sexual na infância e/ou

sofreram violência familiar, o que justifica os conflitos em seus relacionamentos íntimos e as dificuldades de conviver em sociedade. Identificamos dois casos de usuários com ideiação suicida que tem histórico de suicídio na família. O que não significa um padrão mas pode ser um sinal de alerta motivando novas pesquisas. Através dos Residentes em Saúde Coletiva a demanda referente a saúde mental na USF passou a ter visibilidade. Os residentes passaram a realizar as escutas de saúde mental, prestando apoio a equipe, que por diversos motivos não conseguia assumir a demanda, as informações sobre os usuários em sofrimento mental na unidade não estavam organizadas e nem completas. Os residentes auxiliaram a equipe nessa organização, o que justifica o número pequeno de fichas analisadas neste trabalho.

SAÚDE PÚBLICA NOS ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA: NOVOS PROGRAMAS, NOVAS PERSPECTIVAS?

Arthur Antunes de Souza Pinho, Cláudio Claudino da Silva Filho, Christian B. Albano, L. Arneson, Michael Cottonaro li, Robert S. Burlage, Sued Sheila Sarmento, Susanne Pinheiro Costa e Silva

Palavras-chave: Formação Profissional, Currículo, Educação em Saúde

O Council on Education for Public Health (CEPH) nos Estados Unidos da América é uma agência independente responsável pela acreditação de escolas e programas de saúde pública. A missão do CEPH é garantir a qualidade da educação em saúde e assegurar uma formação a fim de alcançar a excelência na prática, pesquisa e serviço. O objetivo desta investigação foi buscar programas em saúde pública credenciadas pela CEPH nos Estados Unidos com a finalidade de mensurar e avaliar o número de programas

deste campo de estudo. De acordo com a pesquisa realizada entre os meses de Maio e Agosto de 2015 pela Escola de Farmácia de Concordia University Wisconsin, esta agência apresentou 2308 programas credenciados relacionados com esta área. Desse total, 74 representaram o número de bacharelados e 2234 representaram o número de outras modalidades como mestrado, doutorado, MBA, etc. A maioria dos programas credenciados pelo CEPH são mestrados. O total de bacharelados incluíram modalidades como Bacharel em Ciências (BS), Bacharel em Artes (BA) e Bacharel em Ciências da Saúde (BHS). A porcentagem de programas de bacharelados foi de 3.18% se comparado com o total. Os estados de Wisconsin, Illinois, Iowa, Michigan, Minnesota, e Indiana, apresentaram 2 programas de graduação credenciados pela CEPH. Wisconsin tem um bacharelado em saúde pública (BS), na Universidade de Wisconsin - La Crosse. Este programa oferta duas áreas de concentração: Educação e Saúde Comunitária e Educação de Saúde Escolar. A Universidade do Estado de Illinois, em Chicago oferta um bacharelado em Saúde Pública (BA). Outras universidades como a Universidade de Iowa, e o Medical College of Wisconsin oferecem um grau de BS-MPH conjugado a um programa de pós-graduação em saúde pública. Este inquérito mostra a importância de implementações de novas graduações nesta área. Linda Rosenstock, decano emérito e professora da Universidade da Califórnia – Los Angeles (UCLA), afirma que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, o número de profissionais e as demandas da população são caracterizados por um grande defasamento. Ela ainda alerta a discrepância relacionada com a qualidade do treinamento, competências, práticas e diversidade suficientes para atender a todos os indivíduos e comunidades. Dessa forma pode-se visualizar um processo de evolução

e ampliação da oferta de programas em saúde pública na América. Novas e antigas escolas estão repensando e criando novos currículos para permitir projetos e programas que visem à prevenção de agravos ou doenças e assim colaborar com a qualidade de vida.

SECA, EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE E O SOFRIMENTO PSÍQUICO NO SEMIÁRIDO NORDESTINO

Pedro Marinho dos Santos Junior

Palavras-chave: seca, educação popular, sofrimento psíquico

APRESENTAÇÃO: No Brasil a região Nordeste enfrenta períodos de estiagem desde sua configuração geográfica enquanto território nacional. A relação entre saúde mental da população rural nordestina e o fenômeno climático da seca é uma complexa teia que envolve questões sociais, políticas, educacionais e econômicas para a manutenção e exploração da situação de crise para o beneficiamento de grupos dominantes. No SUS a Educação em Saúde é prática inerente de suas ações (BRASIL, 2007). A temática surge das observações como Residente em Saúde Mental Coletiva, na Residência Integrada em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará através da proposta da interiorização do SUS em territórios de vulnerabilidade socioambiental. O presente artigo de natureza bibliográfica trata da importância da Educação Popular em Saúde como elemento de cuidado ao sofrimento psíquico decorrente da seca no sertão nordestino. **METODOLOGIA:** Quais as contribuições da Educação Popular em Saúde para os cuidados com o sofrimento psíquico das populações rurais nordestinas? Persistentes tentativas de naturalizar o fenômeno das secas esconde causas multidimensionais

onde pobreza, fome e condições precárias de educação, configuram um contexto psicossocial adoecedor. A reivindicação de um olhar diferenciado sobre a região, as exigências constantes em maiores recursos financeiros para resolver problemas emergenciais, possui uma longa jornada de práticas clientelistas onde o fenômeno das irregularidades pluviométricas e as questões hidrogeológicas seriam as principais causadoras de catástrofes ambientais com impactos sociais impossíveis de serem solucionados, portanto, com o remanejamento constante de financiamento público (AB'SABER, 1999). As situações diárias de luta pela sobrevivência nos sertões nordestinos descortina um modo de vida oprimido com geração de um sofrimento psíquico do oprimido descrito por Góis (2012), revelado no alcoolismo, tentativas de suicídio, transtorno de ansiedade, depressão e desesperança. As implicações psicossociais também repercutem no comportamento fatalista onde a impossibilidade para mudanças nessas estruturas deixa o conformismo como alternativa única para lidar com a situação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A Educação Popular em Saúde surge como elemento onde a leitura do mundo, questionamento das estruturas sociais e a percepção da saúde como um bem estar comunitário. Conforme Vasconcelos (2004), ao se perceber o adjetivo “popular” inserido no conceito de Educação Popular, falamos de uma concepção política dessa prática educativa para considerar o saber anterior do educando em uma prática horizontalizada das aprendizagens. Mas também, na organização comunitária para exigir melhores condições de saúde, na mobilização social para ampliar a acessibilidade e organização de estruturas em saneamento básico, alimentação saudável e a utilização da água como elemento primordial para a saúde. A ação no mundo

necessita da reflexão com alguém para que não se perca em si mesma. Práticas surgidas no Ceará como a Terapia Comunitária e a Abordagem Sistêmica Comunitária, foram influenciadas pela perspectiva freiriana e trabalham sob o prisma do fortalecimento das redes comunitárias para o acolhimento, escuta e potencialização do ser humano. Os temas geradores podem sensibilizar para a convivência como importante esquema de fortalecimento comunitário aprendido nos círculos de cultura e rodas de conversa.

SIMULAÇÃO DE ALTA FIDELIDADE NO CONTEXTO DO ENSINO DE TÓPICOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Raphael Raniere de Oliveira Costa, Soraya Maria de Medeiros, Marília Souto de Araújo, Marcelly Santos Cossi, Wanda Barbosa de Assis Vieira, Marcella Alessandra Gabriel dos Santos, Maria Betania Maciel da Silva

Palavras-chave: Enfermagem, Formação em Saúde, Simulação Clínica

APRESENTAÇÃO: A simulação realística é uma técnica de ensino que vem sendo bastante difundida e utilizada no processo de formação em saúde e Enfermagem. A partir da estruturação de casos é possível criar, em ambiente simulado, situações que podem oportunizar o desenvolvimento de competências e habilidades indispensáveis para o trabalho em saúde. Nesse sentido, o estudo tem por objetivo analisar a metodologia da simulação realística como instrumento facilitador do processo de ensino-aprendizagem em enfermagem. Justifica-se pela possibilidade em propor condições que vislumbrem melhorias no processo de formação na perspectiva de mensurar os impactos atribuídos a novas estratégias de ensino e aprendizagem nos espaços formativos de saúde e enfermagem. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Estudo descritivo com abordagem quanti-

qualitativa, do tipo pesquisa-ação, tendo foco no ensino a partir da simulação realística no ensino de tópicos de Atenção Primária a Saúde (APS), na graduação em Enfermagem, em uma Instituição de Ensino Superior Pública brasileira. A pesquisa foi desenvolvida na disciplina de Atenção Integral a Saúde II, esta é ofertada no terceiro ano do curso com a finalidade de preparar o acadêmico de enfermagem para atuar na APS. A população do estudo constituiu-se por 40 sujeitos: 37 discentes e 3 docentes da referida disciplina. A coleta de dados aconteceu no período de fevereiro a maio de 2014, deu-se por meio de questionários e entrevistas semiestruturadas. Para tanto, seguiu-se a seguinte sequência: identificação do uso da simulação na disciplina alvo da intervenção; consulta as docentes sobre a possibilidade de execução da pesquisa; averiguação da ementa da disciplina, objetivos, competência e habilidades; elaboração do esquema de execução da intervenção; elaboração do checklist para treinamento de habilidades; construção e execução dos cenários de simulação e avaliação dos cenários. Os dados quantitativos foram analisados a partir da estatística descritiva simples, percentual, e os qualitativos através do Discurso do Sujeito Coletivo. A simulação de alta fidelidade foi inserida no componente curricular da disciplina objeto da pesquisa, a partir do uso de paciente-padrão. Foram criados e executados 3 casos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Na visão discente, a simulação contribuiu para a síntese dos conteúdos trabalhados durante a disciplina de atenção integral a saúde II (100%), atribuindo notas entre 8 e 10 (100%) aos cenários executados. Além disso, a simulação gerou um percentual considerável de grandes expectativas para as atividades da disciplina (70,27%) e também se mostrou como uma estratégia geradora de satisfação discente (97,30%). Consoante, a simulação é percebida

por 23,91% como metodologia que proporciona uma vivência prévia da prática. O nervosismo foi uma das fragilidades mais citadas (50,0%). Já a aproximação com a realidade da APS foi à potencialidade mais representativa (63,89%). Além disso, os docentes da disciplina foram capacitados na metodologia da simulação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo ressaltou a contribuição da simulação realística no contexto do ensino e aprendizagem em Enfermagem e evidenciou esta estratégia como mecanismo gerador de expectativa e satisfação entre discente da graduação em Enfermagem.

SITUAÇÃO DE SAÚDE, ASSENTAMENTO NORMANDIA, CARUARU – PE

Milena Kelry da Silva Gonçalves, Maria Rafaela Amorim de Araújo, Mariana Ferreira de Souza, Mariana Paula Silva Vasconcelos, Mariane Silva Tavares, Marília Samapio de Araújo, Andréa Bandeira Silva de Farias, Vânia Fialho de Paiva e Souza

Palavras-chave: Mulheres, População Rural, Enfermagem, Serviços de Saúde

O Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) surgiu de muitos movimentos populares do campo, seguindo até atualmente com os objetivos originários: lutar pela terra, pela Reforma Agrária, por uma melhor qualidade de vida no campo e pela construção de uma sociedade mais justa, sem explorados nem exploradores. O movimento se caracteriza por possuir uma forma de organização que, em sua maioria, não permite habitação fixa, como é o caso dos acampamentos; conta também com os assentamentos, que são estruturas fixas, porém ainda assim são distantes dos centros urbanos. Diante do exposto, este estudo objetivou conhecer a situação de saúde do assentamento Normandia, localizado na cidade de Caruaru – PE, que apresenta uma

área total de 546 ha, sendo distribuídos 14 ha para o centro de formação, 100 ha para reserva e 16 ha para área social². No momento, cerca de 40 famílias encontram-se assentadas. A área geográfica onde o Assentamento está localizado é também caracterizada pelo acesso limitado ao serviço de saúde, há também as barreiras da condição econômica e a discriminação enfrentada pelos trabalhadores do MST nas zonas urbanas³. Através de roteiros de observação e entrevista, torna-se notória a insatisfação da população do Assentamento de Normandia quanto à assistência prestada, onde 42% afirmam que os serviços de saúde no campo são péssimos, como descreve uma das entrevistadas: “Chegar ao posto é difícil por que é longe, e lá é pior ainda. É difícil de marcar consulta e o resultado não chega. É ruim mesmo” (V.P.S, 34 anos). A população rural possui um dos maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, caracterizando uma situação de pobreza decorrente das restrições ao acesso aos bens e serviços indispensáveis à vida⁴. Essa precariedade dos serviços está intimamente atrelada a questões financeiras e governamentais, ao ponto que em pleno século XXI ainda se institucionalizam políticas pobres para os pobres⁵. A ausência dos Agentes Comunitários de Saúde no assentamento foi identificada na fala de 42% das entrevistadas; somado a não integralidade da assistência, levando a 37% da população feminina não frequentar a USF. Das mulheres que frequentam (67%), 31% avaliam como ruim, pois o serviço não atende as necessidades delas e não se obtém resolutividade. “Lá no PSF do Rafael é bom, as mulheres conseguem fazer os exames direitinho, agora a demora é grande e nem sempre recebemos o resultado. Mas é bom eu gosto” (R.Y.C.A, 18 anos). É importante ressaltar que hábitos diferenciados, rotinas e processos de trabalhos característicos

do campo necessitam de uma atenção especial da saúde, que quando preconizada universalmente, deve respeitar os diferentes modos de vida ofertando práticas de saúde integrais, que não estejam somente vinculadas aos seres humanos, mas também com a terra.

SUGESTÃO INOVADORA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Ida Oliveira Almeida

Palavras-chave: Educação - Saúde - SUS

Esta revisão apresenta uma discussão a respeito dos novos cenários da formação do profissional da saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS). A finalidade dessa revisão foi apresentar recomendações para a adoção de inovações educacionais e institucionais voltadas para a formação de uma nova geração de profissionais mais bem equipados para lidar com os desafios presentes e futuros da área, numa perspectiva global de promoção da saúde. A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem trazido muitas novidades para a sociedade brasileira. Como uma importante reforma de Estado, construída com base na mobilização de amplos setores sociais, o sistema de saúde está baseado em princípios e valores inovadores: conceito ampliado de saúde, ação intersetorial, integralidade da atenção. Segmentos importantes das instituições de educação superior têm participado da construção do SUS desde o seu início, oferecendo importante contribuição às formulações e proposições que organizam a saúde em nosso País. Identifica-se há longo tempo a necessidade de promover mudanças na formação profissional de modo a aproximá-los de conceitos e princípios que possibilitarão atenção integral e humanizada

à população brasileira. Essa revisão resultou na percepção de que, apesar de políticas e programas governamentais criados no Brasil desde 2001, e de iniciativas institucionais pontuais, a formação dos profissionais da área da saúde ainda é fortemente orientada por uma concepção pedagógica hospitalocêntrica que categoriza os adocimentos por critérios biologicistas e que dissocia clínica e política, o que não é adequado para contribuir para o fortalecimento do SUS.

TELESSAÚDE BRASIL REDES: FORTALECENDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MATO GROSSO DO SUL

Michele Batiston Borsoi

Palavras-chave: Telessaúde, atenção primária à saúde, saúde da família

O Telessaúde Brasil Redes é um programa do Ministério da Saúde que utiliza tecnologias de informação e comunicação aplicadas à saúde com oferta de serviços de teleassistência e tele-educação. Visando o fortalecimento da atenção primária em saúde e aumento da resolutividade das equipes de saúde da família foi implantado no Brasil em 2007 e em Mato Grosso do Sul em 2010. O objetivo do trabalho foi conhecer o uso do programa Telessaúde Brasil Redes pelas equipes de saúde da família de Mato Grosso do Sul. Trata-se de um estudo observacional de caráter retrospectivo, que analisou os dados dos Relatórios de Gestão de 2010 à 2014 e do sistema de registro de teleconsultorias. Identificou a evolução de profissionais cadastrados no sistema do Telessaúde, as teleconsultorias realizadas de 2012 à 2014 por especialidade e as atividades de tele-educação. No período do estudo foi observado o aumento de profissionais cadastrados no sistema de teleconsultorias

em 2012 (1528), em 2013 (2331) e em 2014 (2619). Todas as categorias profissionais tiveram aumento nos anos estudados e são usuários potenciais de todos os recursos do programa. No período do estudo foram realizadas 730 teleconsultorias distribuídas em 2012 (337), 2013 (214) e em 2014 (179). Os especialistas que mais responderam foram as seguintes áreas: enfermagem, obstetrícia, odontologia e ginecologia. Os conteúdos conforme as áreas foram concentrados nas clínicas básicas. As atividades de tele-educação ofertadas foram em temas do cotidiano das equipes de saúde da Família. Foram 45 atividades de tele-educação do tipo web conferência com duração média de 120 minutos cada (5400 minutos de atividades produzidas gravadas na galeria de vídeos do programa). Os resultados mostram uma tendência crescente ao cadastro de profissionais no sistema de teleconsultoria, mas com uma necessidade emergente de estímulo ao uso e ampla divulgação dos serviços ofertados pelo programa para que além do aumento do quantitativo de profissionais cadastrados haja aporte na demanda de teleconsultorias para aumento da resolutividade local e evitar potenciais encaminhamentos para as especialidades ofertadas pelo programa. A web conferência se mostrou uma importante ferramenta de educação permanente em saúde ao atualizar profissionais em seus locais de trabalho.

TIRINHAS EDUCATIVAS: UMA ALTERNATIVA LÚDICA PARA PROMOVER SAÚDE BUCAL NA DOENÇA FALCIFORME

Marcia Pereira Alves dos Santos, Ana Regina Dias, Kátia Regina H C Dias

Palavras-chave: Saúde Bucal, Anemia Falciforme, Material Educativo impresso

APRESENTAÇÃO: A Doença Falciforme (DF) é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, causada por hemoglobinopatia monogênica crônica. Afeta majoritariamente a população negra, sendo influenciada pela saturação de oxigênio sanguíneo, uma vez que as hemácias alteradas, polimerizam-se em condições de hipóxia, como o estresse, o que pode desencadear crises vasclusivas, e outros agravos à saúde. Na Universidade Federal do Rio de Janeiro, há uma pesquisa que avalia a saturação de oxigênio na DF durante o tratamento odontológico. **OBJETIVOS:** No sentido de contribuir na divulgação da informação de forma lúdica, divertida, com conteúdo adequado e original para a educação em saúde bucal na DF, pensou-se em elaborar um material impresso (MI) a partir de um texto autoral sobre o viver/adoecer com DF. **METODOLOGIA:** As tirinhas educativas foram desenvolvidas para viabilizar o MI com informações específicas para a abordagem da temática, considerando suas especificidades e a abordagem odontológica. **RESULTADOS:** As tirinhas educativas (HQ) foi a forma escolhida de apresentação do MI. Criaram-se personagens cujas identidades possuem significado ao contexto da DF e reportavam situações cotidianas vivenciadas na temática em questão; Assim, três HQ descrevendo situações como: a necessidade de fazer uso de antibióticos e o medo de dentista (A); os sinais e sintomas da doença (B) e estar em condições de saúde para a consulta odontológica (C). O humor e descontração utilizados nas ilustrações resultaram em uma forma mais lúdica de se falar sobre a DF. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Elaborou-se um MI original e inovador para promover a Saúde bucal na Doença Falciforme com grande potencial de ampliar o acesso à informação e disseminação de conhecimento de forma divertida, lúdica e relevante, retratando a realidade vivenciada pelas pessoas com DF.

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DE DOCENTES DE CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E SEUS REFLEXOS PARA A FORMAÇÃO SOBRE A SAÚDE COLETIVA

Maria Luci E. Santiago, José Ivo dos Santos Pedrosa, Alex Soares Marreiros Ferraz

Palavras-chave: Formação, Sistema Único de Saúde, Educação Física, Saúde Coletiva

Desenvolvimento do trabalho: Buscou-se descrever a trajetória profissional dos docentes que ministram aulas nas disciplinas relacionadas à saúde, a partir do recorte de dissertação que pesquisou sobre o ensino da saúde no Curso de EF (CEF) na Universidade Federal do Piauí (UFPI) através de pesquisa documental. Analisou-se o currículo lattes dos docentes, que ministraram aulas nas disciplinas relacionadas à saúde. **Resultados/discussão:** Identificou-se que os docentes dessas disciplinas, demonstram bom potencial formador, considerando que têm uma vasta experiência docente, decorrente de um Tempo de Formação Acadêmica médio de 20,5 anos e Tempo de Trabalho na UFPI médio de 15,5 anos, além de uma Formação Acadêmica/Titulação sólida, sendo a maioria doutores, possuindo ainda, quase em sua totalidade, um regime de trabalho com dedicação exclusiva à IES e com alguns possuindo Inserção em Grupos de Pesquisa. Contudo, causa preocupação o fato de que, ao analisarmos sua atuação ligadas às atividades de pesquisa e extensão, esses docentes trabalham com uma esmagadora predominância em atividades com enfoque das ciências naturais e biológicas em detrimento às ciências humanas e sociais relacionados à EF e/ou à saúde. Essa realidade científica, segundo Vellozo (2010), está atrelada ao fato de uma relação de hegemonia de subáreas da EF, fundamentadas pelas ciências naturais, em relação às subáreas referendadas pelas ciências humanas, devido estarem ligadas à tradição do modelo biomédico como

parâmetro para a intervenção na área. Observou-se ainda pouco envolvimento em projetos de extensão e em grupos de pesquisa sobre saúde coletiva da IES, como Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP, fato que poderia contribuir com uma atuação docente capaz de superar ações pautadas exclusivamente nos aspectos biológicos da saúde. Para Lorenzini et al. (2009), a extensão tem sido relegada a planos menos importantes dentro das universidades. No entanto, a atualidade exige o fortalecimento da articulação do tripé ensino-pesquisa e extensão, especialmente pela função social, legal e epistemológica da universidade. Sem comentar a importância da extensão, de sua possibilidade de permanente contato com as comunidades, escolas, coletivos, militâncias políticas, instituições ou movimentos sociais como fonte de questionamentos, de diagnósticos e de respostas para os problemas abordados (SÁNCHEZ GAMBOA, 2010). Em relação ao NESP, destaca-se que este foi criado em 1990 com objetivo de desenvolver de projetos em saúde, especialmente em saúde coletiva e para o fortalecimento do SUS no Estado do Piauí. Todavia não se percebe articulação entre os professores do Curso de EF que ministram disciplinas relacionadas à saúde/temas afins. Tal aproximação seria importante para potencializar as competências e habilidades relacionadas à saúde dos futuros profissionais de EF. **Considerações finais:** Torna-se imprescindível investir numa formação acadêmica que equilibre a pesquisa sobre os aspectos biológicos e sociais dos sujeitos, bem como, em experiências de extensão que aproximem a academia à vida comunitária e a integração dos docentes a coletivos de pesquisa pautados na Saúde Coletiva para que se qualifique o ensino da saúde, com vista a favorecer um processo de ensino-aprendizagem pautados na integralidade da atenção à saúde e de um conceito ampliado de saúde.

UNINDO AS PONTAS DO SUS: COLABORAÇÃO ENTRE PESQUISAS PARA PRODUÇÃO DA SAÚDE NAS RELAÇÕES COM A SOCIEDADE

Nilton Bahlis dos Santos, Marcio Luiz Mello, Maria das Mercês Navarro, Maria Paula Bonatto

APRESENTAÇÃO: O projeto de pesquisa “Unindo as Pontas do SUS: Colaboração entre pesquisas para produção da saúde nas relações com a sociedade”, se propõe a estudar: compromissos éticos-políticos, princípios, pressupostos, conceitos, metodologias, tecnologias, políticas e estratégias, que contribuam para a articulação entre pesquisas realizadas no âmbito de trabalho da Fiocruz e da saúde, com o objetivo de ampliar o seu impacto positivo no enfrentamento de desafios existentes na ponta do Serviços Públicos especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS). O principal fundamento teórico metodológico desta pesquisa é que, para enfrentar os desafios existentes na ponta dos serviços de saúde, é necessário fortalecer a vertente do Movimento da Reforma Sanitária que apostou na efetiva participação e atuação política do usuário, como prioritárias para a produção da saúde coletiva. O problema discutido na pesquisa é: no atual contexto da ponta dos serviços públicos, especialmente do SUS, quais são os limites, tensões e possibilidades para que a colaboração entre pesquisas, realizadas no âmbito de trabalho da Fiocruz e da área da Saúde, contribuam para a implantação de políticas públicas intersetoriais e fortaleçam processos de promoção e produção social, cultural e política da saúde? Fazem parte dos procedimentos metodológicos da pesquisa: promover ações de cooperação entre pesquisadores, profissionais de diferentes setores dos serviços públicos e usuários do SUS, em espaços de interação e reflexão que serão

construídos coletivamente. Assim buscamos identificar metodologias que possam subsidiar e facilitar a produção coletiva de conhecimentos. Buscamos em particular as iniciativas que contribuem para fortalecer a colaboração entre trabalhadores - do SUS, da Educação e da Assistência Social - com os cidadãos - especialmente aqueles que têm a sua qualidade de vida mais comprometida pelos processos de determinação social da saúde. A ideia é que esta colaboração amplie a divulgação destas pesquisas, estabeleça formas concretas de solidariedade e coordenação de iniciativas, crie espaços e ambientes que favoreçam o surgimento de sinergias entre elas, aumentando seu peso específico e sua capacidade de influenciar o conjunto das atividades do SUS. Essa proposta se justifica principalmente pela necessidade de construção de conhecimentos que contribuam para enfrentar as dificuldades para que pesquisas dessa natureza ganhem expressão nos processos de elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas intersetoriais para que sejam mais efetivas na produção da saúde coletiva, considerando um conceito ampliado de saúde.

USO DE APARELHOS ELETRÔNICOS E INDICATIVOS DE AGRAVOS À SAÚDE FÍSICA DOS ADOLESCENTES

Jéssica Ferreira de Moura Pereira, Diana Carla Dias dos Santos, Paloma Maranhão Ferreira Silva, Rafaela Almeida Silva, Jakelline Cipriano dos Santos Raposo, Betânia da Mata Ribeiro Gomes

Palavras-chave: adolescente, internet, saúde

APRESENTAÇÃO: A expansão mundial da internet está ocasionando uma maior interação virtual entre as pessoas, principalmente por meio de redes sociais,

cada vez mais populares. Com a disseminação deste costume, é cada vez mais comum, que ainda muito cedo, as crianças comecem a desenvolver esse hábito, fazendo-se cada vez mais presente na sua vida no decorrer do tempo, com aumento da prevalência de uso na adolescência. Desta forma esse mundo virtual atrai cada vez mais crianças e adolescentes, e esse último grupo pode estar usando repetitivamente seus aparelhos celulares, tablets e computadores, podendo fazer dessa interação uma dependência, que pode contribuir para os agravos a saúde física. Diante do exposto, esta pesquisa se propôs a identificar os principais indicativos de agravos à saúde física, que podem estar associados ao uso de tecnologias. Desenvolvimento do trabalho: Foi adotado um delineamento de estudo epidemiológico transversal. A amostra não probabilística foi constituída por adolescentes de ambos os sexos com idade entre 10 e 19 anos, matriculados em uma escola pública estadual da região metropolitana do Recife, Pernambuco. Os dados foram coletados através de um questionário orientado, por questões construídas com base no modelo proposto por Hughes-Hassell e Agosto (2007). A tabulação se efetuou com o programa Epidata 3.1, de domínio público. Os cálculos estatísticos foram realizados pelo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. Resultados: Os principais indicativos de agravos a saúde física relacionados ao uso excessivo de tecnologias foram de ordem postural, pois a maioria adotava posições não ergonômicas, como: deitado (a) (40,2%), curvado (a) (13,5%) ou 2 ou mais posições (20,3%). Também foi observado que 74,9% sentem os sintomas, como dor de cabeça, dor nas costas, vista cansada, tensão nos ombros e 2 ou mais sintomas, e associam essas queixas ao uso desses aparelhos, enquanto 25,2% relatam não sentirem nenhum sintoma. Em relação

a frequência desses sintomas, a maior parte dos adolescentes refere senti-los sempre ou na maioria das vezes (72,7%). Considerações finais: O uso de aparelhos eletrônicos pode estar interferindo no desenvolvimento saudável de adolescentes. É necessário incluir essa nova realidade nos currículos e na prática do profissional de saúde, assim como a realização de mais estudos, principalmente longitudinais, para melhor compreender o quanto essas tecnologias, tão necessárias e úteis, estão afetando a saúde, para poder estabelecermos uma relação consciente, saudável e produtiva, utilizando-a como aliada e não somente como vilã.

UTILIZAÇÃO DE METODOLOGIAS ATIVAS PARA REFLEXÃO DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM NO VERSUS

Eduardo Carvalho de Souza, Nádyá dos Santos Moura, Edine Dias Pimentel Gomes, Camila Sabrina de Oliveira Lima, Danielle de Sousa Leal, Ana Carla Ramos Borges, Tiago da Rocha Oliveira, José Ximenes Guimarães

APRESENTAÇÃO: Formar profissionais para atuar no sistema de saúde sempre foi um desafio. Trazer o campo da realidade, da prática do dia a dia de profissionais, usuários e gestores mostra-se fundamental para a resolução dos problemas encontrados na assistência à saúde e para a qualificação do cuidado prestado aos sujeitos. A mudança na formação acadêmica tem se mostrado cada vez mais necessária para que haja aquisição de outras habilidades e competências, dessa forma as metodologias ativas propõem a estimulação dos processos de ensino – aprendizagem de uma maneira crítica e reflexiva onde o educando participa e se compromete com seu aprendizado. Entre elas destaca-se a Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez. Tal arco parte da realidade social e após análise,

levantamento de hipóteses e possíveis soluções, retorna à realidade. Resultando em novas ações, com mais informações capazes de provocar intencionalmente algum tipo de transformação nessa mesma realidade. O presente estudo tem como objetivo demonstrar os benefícios da Metodologia Ativa por meio da utilização do Arco de Charles Maguerez como forma de obter um feedback positivo entre ensino-serviço-comunidade. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo bibliográfico, realizado em Outubro de 2015 mediante leitura de publicações contidas na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para tanto, usou-se os descritores padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “Aprendizagens ativas,” “Ensino” e “Metodologias”, incluindo artigos, teses e dissertação. Considerou-se para a pesquisa os critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, publicados de 2011 a 2015, no idioma português. Dentre os 35 artigos encontrados, 12 atenderam aos critérios de inclusão. Entretanto, quatro deles se repetiam, sendo contabilizados apenas na primeira vez que apareceram. A amostra final contemplou 12 artigos. **Resultados:** Ao analisar os artigos, observou-se que a integração entre ensino, serviço e comunidade por meio da problematização firma-se como uma experiência enriquecedora para os envolvidos, pois, além de possibilitar o aprendizado mediante teorizações e discussões, fomenta o desenvolvimento de diversas habilidades, como também procura engajar a comunidade na intervenção do processo saúde-doença. Ressaltando que é fundamental que essa interação entre a teoria e a prática vivenciada respalde a atuação do estudante e promova um espaço de construção, produção e troca de conhecimento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

O presente estudo mostra que a aplicação do Arco caracteriza-se em uma experiência estimuladora e cheia de curiosidade, que tem como sua principal consequência a manutenção do interesse dos alunos para alcançar os objetivos do processo de ensino-aprendizagem. Conduzindo-os ao aprender, a repensar e reconstruir a educação fundada na prática cotidiana do trabalho com futuras repercussões na qualificação e valorização profissional formando assim, cidadãos que sejam capazes de conviver em sociedade e cooperar constantemente para a sua melhoria.

VER-SUS COMO UMA IMPOTANTE ESTRATÉGIA COMPLEMENTAR À FORMAÇÃO DE FUTUROS PROFISSIONAIS DA SAÚDE – UMA VISÃO DO VER-SUS LITORAL PIAUIENSE

Jessica Cristina Moraes de Araujo, Rômulo de Sousa Noronha, Tiago da Rocha Oliveira, Danielle de Sousa Leal, Fábio Loiola da Silva, Cassandra Mirtes de Andrade Rêgo Barros

Palavras-chave: Vivência, Formação em saúde, Educação permanente

APRESENTAÇÃO O Programa de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde/VER-SUS oportuniza aos acadêmicos momentos de vivências no Sistema Único de Saúde, onde os estudantes conseguem sentir na prática os principais desafios e potencialidades de nosso sistema de saúde promovendo uma reflexão sobre os embates da realidade do sistema. Assim queremos mostrar a experiência vivida no VER-SUS Litoral Piauiense que proporcionou a estudantes de diversas áreas da saúde a vivência de movimentos sociais, dispositivos do SUS e a aproximação da gestão dos serviços de saúde com o olhar voltado para a gestão

do cuidado e discutir as contribuições desse tipo de estratégia na formação dos futuros profissionais da saúde. **DESENVOLVIMENTO:** A vivência deu-se em março de 2015 no litoral piauiense onde se realizou visitas aos dispositivos de saúde, movimentos sociais, palestras. A coleta de dados foi feita a partir das visitas técnicas aos dispositivos, debates sobre as atividades, relatórios diários, celulares, e conversas com acadêmicos, população e profissionais dos serviços que permitiram aos viventes e futuros profissionais um novo olhar sobre o sistema através dessa experiência. **RESULTADOS:** Com essa experiência foi possível observar que a formação dos acadêmicos não é pautada na compreensão do SUS, onde estes sabem pouco sobre as redes e dispositivos de saúde e suas particularidades. A vivência abriu novos horizontes proporcionou uma ampliação da visão sobre o sistema contribuindo para a mudança da percepção dos acadêmicos sobre a atuação dos profissionais da saúde, os seus enfrentamentos e potencialidades. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O VER-SUS se torna assim uma importante ferramenta para a formação de futuros profissionais e se faz necessário que mais pessoas tenham acesso ao VER-SUS, pois o mesmo possibilita conhecer a realidade e promove a sensibilização para a gestão do cuidado integral, sendo este uma excelente estratégia de transformação, contribuindo para um resultado satisfatório na formação e capacitação de futuros profissionais, estimulando-os para a mudança e aperfeiçoamento de estratégias de gestão, promovendo a formação de multiplicadores dos saberes e soldados na luta pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

VERSUS: A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR E MULTIPROFISSIONAL E A INTEGRAÇÃO ENTRE ENSINO E SERVIÇO

Rosane Machado Rollo, Alcindo Antonio Ferla

Palavras-chave: VER-SUS, Vivências e estágios no SUS, Educação permanente em saúde,

APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS: Quando contemplamos a formação acadêmica na saúde, é perceptível que o contexto da fragmentação entre o ensino e serviço distancia o estudante da prática profissional multiprofissional e interdisciplinar. Este cenário, não é provocador, uma vez que, os desafios e problemas da saúde são realizados sem contemplar os diversos olhares na construção dos saberes. Neste sentido o estágio de vivência na realidade do Sistema Único de Saúde-VER-SUS é um importante dispositivo de educação permanente, pois busca a integralidade das ações relacionadas ao ensino e prestação dos serviços, inserindo os estudantes de diferentes localidades geográficas, universidades e cursos de graduação na realidade de saúde pública. O presente relato visa analisar a potencialidade desta atividade na formação profissional do sanitarista, a partir das experiências vividas durante o VER-SUS/Brasil, no município de Belo Horizonte/MG. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O VER-SUS propiciou o desenvolvimento do aprendizado e da participação através de espaços de práticas dentro do modelo de atenção de saúde de Belo Horizonte. A experiência busca fortalecer habilidades profissionais, práticas interdisciplinares e multiprofissionais, promovendo reflexão crítica sobre o mundo do trabalho e da articulação ensino-pesquisa-serviço-gestão. A análise toma a vivência e os registros realizados durante o período em que ela se

deu no caderno de campo como material empírico. RESULTADOS: O estágio é um dispositivo que visa à integralidade das ações relacionadas ao ensino e a prestação de serviços. A busca constante de maneiras mais eficientes de questionar as formações acadêmicas e organização do trabalho é fundamental na formação profissional e integração dos saberes da saúde. A reflexão intensa sobre a experiência vivida e o contato com o mundo do trabalho permite produzir conhecimentos significativos, em consonância com a prática pedagógica da educação permanente em saúde. Promover pensamento crítico e reflexivo acerca do papel do trabalhador e da saúde no Brasil é importante ferramenta na formação profissional, pois fortalece o protagonismo e a aprendizagem significativa dos participantes, e esse, provavelmente, é um dos principais marcadores para analisar o efeito do VER-SUS no percurso formativo dos estudantes. A mudança de paradigma e construção de novas percepções sobre o SUS, bem como a troca de experiências e integração, é indiscutível, entretanto, uma das fragilidades do VERSUS é a incompreensão da importância do projeto por parte de todos os atores envolvidos no processo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O Projeto VER-SUS/Brasil, em Belo Horizonte/MG demonstrou ser um espaço de grande potencialidade na formação profissional do sanitário, para a problematização da realidade sanitária local e para um cuidado diferenciado em saúde. Além disso, essa vivência foi uma experimentação da educação permanente em saúde, pois trouxe um olhar mais comprometido com os desafios e entraves do trabalho no cotidiano do sistema de saúde brasileiro.

VIOLÊNCIA E SAÚDE: O CONTEXTO DE DESAFIOS E PRÁTICAS NO AMBIENTE ESCOLAR DO LITORAL DO PARANÁ

Alisson Machado, Clóvis Wanzinack, Marcos Signorelli

Palavras-chave: saúde, violência, escola

APRESENTAÇÃO: A violência é uma expressão da sociedade onde ocorre, exprime seu modo de organizar a vida social, revela seus valores, anuncia a concepção de mundo de seus cidadãos e, por isso, não pode assumir um conceito universal e sim uma significação subjetiva. Atualmente se apresenta com alta prevalência, sendo um dos maiores problemas da saúde pública, e emergindo de forma cada vez mais frequente no ambiente escolar. Tendo em vista a origem multicausal e os diversos impactos na saúde dos escolares buscou-se investigar os episódios de violência em escolas públicas do litoral paranaense do ensino fundamental. METODOLOGIA: Para isso foi realizado um estudo exploratório e transversal, com abordagem quantitativa. Utilizou-se como técnica de coleta de dados a aplicação de um questionário abordando questões sobre o cotidiano escolar, a violência no ambiente e seus desdobramentos, tendo como participantes 1.000 escolares. A coleta ocorreu no segundo semestre de 2013. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva e discutidos com base no referencial teórico. RESULTADOS: A partir da análise dos resultados emergiram as problemáticas envolvidas no cotidiano e observou-se a alta prevalência de episódios de violências nas escolas (n=524). Em sua maioria os sujeitos envolvidos tinham entre 13 e 15 anos (n=563) e leve predominância do sexo masculino (n=503). Ao questionar os alunos acerca de suas concepções, constatou-se a assimetria de poder, sendo a maioria vítimas. Entre as causas

de agressões estão questões associadas ao racismo (n=140), nível socioeconômico (n=130), religiosidade (n=112) e gênero (n=48). Estes atos alavancam consequências à saúde dos escolares, que além de lidarem com mudanças emocionais, atitudinais e fisiológicas, buscam serem aceitos pelas suas singulares em meio à discriminação. Apenas uma pequena parcela dos casos foram reportados (n=28), apesar da identificação dos episódios pelos profissionais das escolas, nem sempre a escola interviu nestas situações. Essa postura contribui para o agravamento do sentimento de insegurança. Tendo em vista estes aspectos, pode-se observar que a violência na escola admite em sua significação uma pluralidade de manifestações de comportamentos violentos que, em muitas vezes, pode ter um efeito cumulativo de pequenos atos. Ao abordar as razões para a existência e permanência destes atos em seu interior a escola entra, muitas vezes, como vítima da situação social e em muitas outras, como vilã produtora de violência. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Portanto, torna-se necessário ampliar discussões sobre o fenômeno com todos os sujeitos inseridos na realidade local. A partir desta investigação foi definida como estratégia a viabilização de um módulo abordando esta temática em um curso de aperfeiçoamento para docentes da rede pública do litoral paranaense com a finalidade de instrumentalizá-los para a reflexão, prevenção e manejo da violência no ambiente escolar.

VISÃO DOS DOCENTES SOBRE O PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM NOS CENÁRIOS DE PRÁTICA

Patrícia Cavalcante de Sá Florêncio, Lenilda Austrilino, Mércia Lamenha

Palavras-chave: ensino aprendizagem, formação docente, cenários de prática

APRESENTAÇÃO: Estudo desenvolvido no Mestrado Profissional de Ensino na Saúde, motivado pela inquietação enquanto docente em cenários de prática. Compreendendo que o processo ensino aprendizagem deve se pautar em uma educação crítica-reflexiva e, a integração ensino, serviços de saúde e comunidade deve ser abordada durante o processo de formação profissional, inserindo-os nesses cenários desde o início e não somente ao final do curso. Tem como objetivo compreender como os docentes concebem o processo ensino aprendizagem nos cenários de prática na graduação em Enfermagem e conhecer como se desenvolvem as atividades. MÉTODO: Pesquisa de abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso, realizada no curso de graduação em Enfermagem de uma instituição Federal de Educação Básica, Técnica e Tecnológica, do agreste Pernambucano. Foram entrevistados dez docentes, dois por módulo, e dois docentes gestores, utilizando como instrumento um roteiro de entrevista semiestruturada. A análise e interpretação dos dados incidiram na perspectiva da análise de conteúdo. RESULTADOS: A investigação evidenciou as estratégias metodológicas de ensino aprendizagem utilizadas pelos docentes nos cenários de prática, as facilidades e dificuldades encontradas, apontando as relações com as competências gerais das Diretrizes Curriculares Nacionais da Enfermagem, com o projeto político pedagógico do curso e referenciando as condições integrantes deste processo. Os docentes percebem os cenários de prática como locais de contextualização dos conteúdos, levando o discente desde o início do curso a problematizar a realidade encontrada nestes cenários. O docente se percebe como aprendiz e coordenador do processo ensino aprendizagem atuando em diversos níveis de atenção à saúde. Identificam como dificuldades um acolhimento deficiente

dos profissionais nos serviços e carência de espaços. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os docentes sugerem formação permanente para atuação na prática, planejamento conjunto das ações com os serviços de saúde, sensibilizando-os a integrarem o processo ensino aprendizagem, buscando formar profissionais crítico-reflexivos comprometidos com o social.

VISITA DOMICILIAR: PLANEJAR PRIORIZANDO AS NECESSIDADES DA FAMÍLIA

Nadja Carvalho Moreira de Oliveira, Giovane Oliveira Vieira

Palavras-chave: visita domiciliar, saúde da família, educação

INTRODUÇÃO: Este trabalho emergiu da experiência como docente, supervisionando estágio do curso de enfermagem em unidade de saúde da família contemplada pelo PRO SAÚDE. Durante o período de estadia na unidade foi observado que não havia critérios estabelecidos para realizar as visitas domiciliares, mesmo em se tratando de um território em evidente vulnerabilidade onde os determinantes e condicionantes sociais de saúde estão afetados. A população local reside em barracos de madeira ou material reciclado, as atividades laborais de subsistência são provenientes do aterro sanitário, as enchentes são frequentes nas épocas de chuva e na seca as casas são invadidas pela poeira, a violência intra e extradomiciliar também é frequente já que parte da população não tem trabalho regular e o uso e abuso de álcool e outras drogas compõe o cenário das iniquidades sociais e de saúde. Neste contexto, a presença da equipe de saúde nos domicílios utilizando a visita domiciliar (VD) como tecnologia de interação do cuidado a torna-se imprescindível para garantia da integralidade

e da humanização em saúde. Segundo o Manual de Enfermagem do Ministério da Saúde (2001) a visita domiciliar é um instrumento que deve ser utilizado de maneira sistemática e operacional para se obter bons resultados e mais, deve ser um instrumento eficiente na operacionalização na lógica da determinação social do processo saúde doença. Considerando todos os fatores envolvidos na comunidade relatada, propôs-se a realização da visita domiciliar utilizando também a Escala de Coelho, que é uma escala que mede o risco familiar a partir das informações da Ficha A do SIAB que tornam-se sentinelas de avaliação de risco dos quais as famílias estão expostas no cotidiano. Seguindo a Escala de Coelho a classificação das famílias segue do R1 – risco mínimo ao R3 – risco máximo. Desta maneira, a equipe da estratégia saúde da família e em especial o enfermeiro, se aproxima das necessidades relatadas pela família, favorecendo o empoderamento, resolutividade e influenciando de forma positiva na qualidade de vida. **OBJETIVOS:** Avaliar se utilização da escala de Coelho para classificação de risco familiar foi resolutiva para estabelecer a VD na lógica da ESF; Relatar o processo de produção de aprendizagem colaborativo entre discentes e equipe da ESF. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Tratou-se de um estudo descritivo, retrospectivo, constituído por amostras de Fichas A das famílias cadastradas em uma unidade de saúde da família na Baixada Fluminense RJ. **Resultados:** Foram avaliadas 166 Fichas A do SIAB com a aplicação da Escala de Coelho. Identificou-se que 13 famílias apresentaram Risco 3; 38 Risco 2; 20 Risco 1 e somente 27 famílias não apresentam escore de risco. **CONCLUSÃO:** A Escala de Coelho é de fácil aplicação, porém seu escore é pautado na doença que diverge da ESF que visa à necessidade de saúde. Percebeu-se que a participação dos discentes na rotina da unidade foi um

elemento facilitador para compreensão quanto à importância da sistematização das VDs enquanto instrumento de cuidado e promoção da saúde.

VIVENCIANDO O SUS NA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE ANGRA DOS REIS

Gevana Luiza Souza Pinto, Suelen de Aguiar da Silva, Alice Martins, Ana Carolina Vitorino Vieira, Igor Fernandes dos Santos

Palavras-chave: VER-SUS, vivência, SUS

APRESENTAÇÃO E O OBJETIVO: Este trabalho consiste em relato de experiência de 5 jovens, graduandos de múltiplos cursos, que vivenciaram o funcionamento do Sistema Único de Saúde do município de Angra dos Reis durante 10 dias, através do Programa VER-SUS. Este programa apresentou como objetivo, contribuir para a formação de profissionais comprometidos com o SUS, para o amadurecimento da prática multiprofissional e interdisciplinar, assim como permitir discussão e reflexão sobre os processos de transformação do setor da saúde. **Desenvolvimento.** As visitas e vivências às unidades de saúde foram divididas durante os 10 dias, pelos níveis de Atenção à Saúde, possibilitando conhecer desde a Atenção Básica à Atenção Terciária, do SUS em Angra dos Reis. **Resultado:** Verificou-se que um dos maiores problemas do município de Angra dos Reis é a falta de espaço decorrente de um crescimento desorganizado tanto da cidade, como de suas áreas de influência, crescimento este que não foi proporcionalmente acompanhado pelo desenvolvimento do sistema de saúde da região. A falta de concorrência de algumas empresas prestadoras de serviço e a carência de profissionais agrava ainda mais a situação. Contudo, apesar dos problemas estruturais aparentes e não aparentes pode-se observar que o município

busca por melhorias a fim de melhorar o atendimento à população. Este fato ficou claro, ao conhecer a realidade de programas em fase de desenvolvimento como: Centro de atendimento psicossocial (CAPS), Consultório na Rua, Núcleo de apoio à saúde da família (NASF), Serviço de Atendimento móvel de Urgência (SAMU), Vigilância Ambiental, Melhor em Casa, Conselho Gestores, entre outros. **Considerações finais:** Enfim, pode-se observar que apesar de algumas dificuldades encontradas ao decorrer da vivência, os objetivos do Programa foram atingidos. A participação e conhecimento da rotina nas unidades de saúde possibilitaram maior clareza sobre a realidade do SUS no município, complementando a teoria já vista em graduação. Além de ter contribuído bastante para o crescimento e amadurecimento profissional e pessoal.

VIVÊNCIAS DE ESTÁGIO NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE- UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Daniel Dittrich Dittrich Borda, Gladys Brodersen Brodersen

Palavras-chave: Estágios, Sistema Único de Saúde, Educação continuada

APRESENTAÇÃO: O VER-SUS/Brasil busca facilitar a compreensão da lógica de funcionamento do SUS; seus princípios e diretrizes. São eixos estruturantes a aprendizagem significativa, pedagogias problematizadoras, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Tem como perspectiva teórico-prática oferecer cenários de ensino-aprendizagem e propostas pedagógicas afinadas com os princípios e diretrizes do SUS, concepção de saúde ampliada, mudança dos modelos de gestão e atenção, rede enquanto espaço de aprendizagem linhas de cuidado,

educação permanente, integração ensino-serviço e participação popular. Descrição da experiência. Sua forma de funcionamento está dividida em três modalidades: comissão organizadora, viventes e facilitadores. A comissão organizadora é composta por acadêmicos e professores apoiadores. Esta comissão é responsável pela seleção e formação dos alunos inscritos assim como a escolha dos facilitadores. Na modalidade de viventes a inscrição se dá através de edital, onde os alunos matriculados nas universidades se inscrevem dispostos a participar do projeto. E na modalidade facilitador, o acadêmico selecionado tem a tarefa de mediar seus grupos a fim de desenvolver um senso crítico sobre SUS e todo seu funcionamento. No ano de 2013 o Estado de Santa Catarina foi contemplado com a primeira edição do VER-SUS na cidade de Florianópolis, e no ano de 2014 com duas novas edições, uma na cidade de Blumenau - Vale do Itajaí e outra na cidade de Chapecó - Extremo Oeste. Em julho de 2014, um grupo de x alunos da UNIVALI participaram da edição Vale com representantes nas três modalidades descritas. Impacto: Após o término do VERSUS/Vale os 29 acadêmicos da UNIVALI que participaram do projeto retornaram com sede de compartilhar todo o conhecimento que foi adquirido durante o VERSUS. Como produto inicial, toda semana os acadêmicos estão se reunindo para discutir e criar propostas de disseminação deste conhecimento para os demais alunos da universidade. Também participaram de um debate da UCE - União Catarinense dos Estudantes a fim de retirar propostas para a 15^a Conferência Nacional de Saúde. Estão promovendo rodas de conversas semanais em diferentes locais dentro da universidade com temas da atualidade e organizando a fundação da Liga Acadêmica de Saúde Coletiva de caráter interdisciplinar. A próxima edição do VERSUS na região da Foz do Rio Itajaí terá como sede a UNIVALI e para essa concretização existe a

organização do seminário. Considerações finais: Entendemos que a participação dos universitários no VERSUS-Vale: promoveu mobilização dos alunos, fortaleceu uma formação em saúde, formou militantes para o SUS e despertou encantamentos. Pretendemos com ações que estamos desenvolvendo estimular e contribuirá a formação de profissionais para o SUS, comprometidos eticamente com seus princípios e diretrizes, e que se entendam como atores sociais e agentes políticos capazes de promover transformações na sociedade. Concluímos que os estágios são importantes dispositivos que permitem experimentar um novo espaço de aprendizagem, possibilitando a formação de profissionais comprometidos com o modelo da integralidade proposto pelo SUS.

VULNERABILIDADE AO USO DE ÁLCOOL ENTRE ACADÊMICOS, DE CURSOS DAS ÁREAS DE CIÊNCIAS HUMANAS, EXATAS E BIOLÓGICA, DE UMA UNIVERSIDADE DO SUL

Greice Cristine Schneider, Shayane Luiza Rebelatto, Lucimare Ferraz

Palavras-chave: Bebidas alcoólicas, Universidades, Prevalência

APRESENTAÇÃO: O álcool é uma das drogas lícitas, que tem exibido um aumento de consumo nas últimas décadas e se apresenta como fator de risco para várias doenças. Nesse contexto os estudantes universitários representam um grupo vulnerável para o consumo dessa e de outras substâncias psicoativas pois o estilo de vida, e o meio em que estão inseridos se tornam fatores de grande influência e estímulo para o consumo. A presente pesquisa tem por objetivo analisar a dinâmica do uso de álcool entre os acadêmicos, de cursos das áreas de ciências humanas, exatas e biológica, de uma universidade do Sul. METODOLOGIA:

Estudo descritivo transversal, realizado com os acadêmicos do curso de medicina, direito e engenharia civil, de uma Instituição de Ensino Superior (IES) da região sul do Brasil. A pesquisa foi realizada por meio de um questionário estruturado aplicado a todos os acadêmicos que não se enquadravam nos critérios de exclusão. Os dados tiveram análise por técnica descritiva. RESULTADOS: No presente estudo observou-se que a prevalência do uso de álcool na vida dos universitários foi de 95 % entre os estudantes entrevistados. Em relação ao sexo dos indivíduos entrevistados não houve diferença significativa em relação ao consumo de álcool, sendo que 95,4% dos homens e 94,8% das mulheres já experimentaram álcool alguma vez na vida. Quanto ao curso, a frequência do consumo de álcool se apresenta de maneira geral mais prevalente no curso de Medicina. Aproximadamente 34,5% dos acadêmicos de Direito e de Engenharia consomem álcool diariamente, enquanto que essa prevalência sobe para 46,5% entre os acadêmicos de Medicina. Além disso, apenas 6,1% dos alunos de medicina nunca experimentaram álcool, já 21,5% e 17,9% dos estudantes de Direito e Engenharia respectivamente nunca ingeriram álcool. Quando questionados quanto a frequência com que fazem uso de bebidas alcoólicas os universitários entrevistados relataram uma prevalência de 38,5% de consumo semanal de álcool, enquanto que 21,9 % consomem álcool mensalmente e 2,5% diariamente ou quase todos os dias. Tanto os homens como as mulheres apresentam maior prevalência de consumo semanalmente, porém apenas uma entrevistada (0,6%) relata que ingere álcool diariamente ou quase todos os dias, enquanto que nos homens essa prevalência aumenta para 4,7% (n = 6). Contudo, houve um maior número de estudantes 36,2% que declararam ter consumido álcool duas a quatro vezes por mês e 22,4% se declararam abstinentes nos últimos 12 meses, o que

indica uma prevalência de baixo risco entre os estudantes avaliados. Entretanto, 17,1 % se enquadraram no grupo de risco, e 0,6% apresentaram provável dependência. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O presente estudo mostra que a prevalência do uso de álcool entre os universitários é alta, o que evidencia a necessidade de estratégias que visem conscientizar esses acadêmicos para as consequências bem como os respectivos riscos do uso de bebidas alcoólicas.

Relatos de Experiências

“CAFÉ NA VIZINHA”

Beth de Oliveira Fonseca

Palavras-chave: Saúde da Família, vínculo com comunidade, Café na vizinha

A Visita Domiciliar é um dos meios disponíveis às Estratégias de Saúde da Família que facilita o atendimento adequado à comunidade a partir de um diagnóstico situacional. Sua aplicabilidade favorece o momento oportuno para que a Estratégia de Saúde da Família desenvolva ações de promoção da Saúde e de reconhecimento precoce das possíveis alterações que necessitem de intervenção. Após reorganização da Atenção Básica, na zona rural de Corumbá, Estado de Mato Grosso do Sul, posterior à adesão ao Programa Mais Médico para o Brasil, o Distrito de Albuquerque recebeu uma nova equipe de Estratégia de Saúde da Família para garantir atendimento diário, que anteriormente era semanal. Esse projeto proporcionou vínculo entre a equipe recém-chegada e comunidade local. A metodologia aplicada é a realização de visitas domiciliares nas quais a equipe oferece e compartilha com os membros da família o momento do “Café na vizinha”, oportunidade em que se ampliam os conhecimentos das

especificidades locais, e se confirma a validade do fortalecimento da cultura de realização sistemática no atendimento preventivo à saúde. Durante o “Café”, oferta-se todos os serviços disponíveis na rede de saúde, em especial, ações de promoção e prevenção de saúde. O Projeto utiliza as rodas de conversas temáticas, com os adolescentes da residência, avaliação médica para todos os componentes da família, bem como monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, classificação de risco em saúde bucal, cadastro e acompanhamento do sistema de vigilância alimentar e nutricional, solicitação de mamografia de rastreamento, exames preventivos, entre outros serviços da Atenção Básica. Nesse processo, novos problemas/dificuldades das famílias que aparecem, são analisados e enfrentados de forma conjunta, a fim de construir a prática da corresponsabilização do cuidado. Os resultados demonstram a geração de vínculos de confiabilidade por parte desses usuários do SUS para com a equipe de saúde, que podem ser percebidos, de forma expressiva, na liberdade com que a família compartilha questões que antes seriam resolvidas a “portas fechadas”. Outros resultados são observados, como, maior adesão terapêutica pelos portadores de doença crônica; aumento de 50% de cadastro das crianças em idade escolar atendidas durante o “Café na vizinha”, que antes não possuíam prontuário na unidade. Além disso, foi necessário providenciar cartão do SUS para 40% dos pacientes, e 19% do total dos que tiveram acesso ao “Café na vizinha” haviam tido consulta médica de rotina entre dois a seis anos atrás. Pontua-se ainda o fato, percebido pela equipe, de que no ambiente familiar o adolescente mostra-se mais acessível, o que favorece a geração de vínculos de confiança. Do total de participantes do nosso encontro familiar, 35% eram adolescentes, dentre os

quais, alguns, soubemos estarem iniciando envolvimento com as drogas. Concluímos que se a ESF primar pelo vínculo com as famílias de seu território, a ponto de alterar sua rotina, no intuito e oferecer ações que correspondam às reais necessidades dessa população, poderá obter mais êxito em sua proposta de melhoria do acesso e da qualidade no cuidado.

“COLÓQUIOS DE SAÚDE: BUSCANDO O SABER POR MEIO DE RELATOS DE EXPERIÊNCIAS”

Patricia Moita Garcia Kawakame, Fernanda Persi Milanin, Abilio Torres dos Santos Neto, Helena Comparini, Kassandhra Pereira Zolin, Leandro Hisao Modesto Ikeda, Leticia Antônio Costa, Sebastião da Silva Nantes Filho

Palavras-chave: aprendizagem colaborativa, troca de experiências, saúde

APRESENTAÇÃO: No decorrer das nossas atividades acadêmicas, percebemos que muitos estudantes possuíam experiências valiosas e que se compartilhadas, poderiam contribuir a favor do conhecimento e auxílio de seus pares, em sua maioria, estudantes que participaram do programa “Ciências sem Fronteiras” ou de projetos de extensão. Nesta perspectiva foi criado no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, o projeto de extensão “Colóquios de Saúde: buscando o saber por meio de relatos de experiências”, tendo como referencial teórico a aprendizagem colaborativa. Segundo Alcântara (2005), a aprendizagem colaborativa parte da idéia de construção coletiva, na busca de novos conhecimentos, que por sua vez, resultam da interação entre os indivíduos, uma vez que consideram que o conhecimento se dá pela experiência, pela interação e pelo compartilhar de idéias.

Sendo assim, este projeto visa promover o enriquecimento acadêmico, por meio de trocas de experiências realizadas em encontros informais, proporcionando um espaço de conversação despojado das formalidades de outros eventos, permitindo criar vínculo e comprometimento entre os participantes, culminando em diálogos mais democráticos, onde todos podem expor opiniões e experiências sem as amarras hierárquicas das mesas de discussões tradicionais. DESENVOLVIMENTO: Trata-se de um relato de experiência da comissão organizadora do projeto “Colóquios de Saúde: buscando o saber por meio de relatos de experiências”, que é constituída por professores, acadêmicos e técnico administrativo. O projeto de extensão em tela possui como população – alvo estudantes de graduação e pós-graduação, bem como professores e técnicos - administrativos da área da saúde. As reuniões são realizadas mensalmente, toda última quinta-feira do mês com duração de aproximadamente uma hora e meia. A divulgação é realizada por meio de cartazes, mídia social (facebook) e e-mail. As apresentações dos palestrantes devem conter experiências significativas vivenciadas em um programa ou projeto, podendo conter imagens, fotos e animações, levando em consideração os princípios e objetivos dos Colóquios de Saúde. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: O público alvo tem se mostrado bastante interativo e participativo nos encontros bem como os palestrantes têm sido receptivos ao sanar as dúvidas dos ouvintes e também estarem abertos à interação com a audiência. É notória a preocupação dos palestrantes em realizar uma apresentação interativa e que estimule a participação dos ouvintes na discussão. Notou-se que as apresentações despertaram maior interesse dos acadêmicos em participar de projetos e a curiosidade em sanar dúvidas relacionadas aos programas de intercâmbio,

além de enriquecer conhecimentos gerais e específicos referentes à temática saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante deste panorama, acreditamos que este projeto que tem como finalidade a troca de experiências, tem contribuído de forma significativa para o enriquecimento do conhecimento dos acadêmicos, proporcionando informações interessantes e pertinentes. Quanto a nós que fazemos parte da comissão organizadora, percebemos por meio desta atividade as dificuldades e a satisfação em organizar um evento para o meio acadêmico, o que certamente fornecerá subsídios para a nossa futura trajetória profissional.

“EU ME AMO, EU ME CUIDO: PREVENINDO O CÂNCER DE MAMA E COLO DE ÚTERO”: A UNIVERSIDADE EM PARCERIA COM A COMUNIDADE

Cíntia Honorato de Santana, Giuliana Travassos Pires Santiago, Tatiana Filizola Dantas Carneiro, Mônica Raquel de Souza Aquino, Juliana Mendonça Freire, Maryane Brasilino, Flávia Christiane de Azevedo Machado, Grasiela Piuvezam, Antonio Junior, Denny Glenn Barros Rodrigues

Palavras-chave: saúde da mulher, câncer de mama, câncer de colo uterino, epidemiologia, interior, rio grande do norte,

APRESENTAÇÃO: “EU ME AMO, EU ME CUIDO: prevenindo o câncer de mama e colo de útero”: A Universidade em parceria com a Comunidade O presente trabalho é um relato de experiência da ação “Eu me amo, eu me cuido”, realizada no município de Pedra Grande, no Rio Grande do Norte (RN), por um grupo de acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). O projeto teve início a partir de um trabalho apresentado na disciplina de Epidemiologia I, na UFRN, no semestre 2015.1 e está vinculado

ao Laboratório de Estudos Epidemiológicos (LEEp/DSC/NESC). Objetivo do projeto: realizar uma ação de promoção de saúde, sensibilizando e orientando as mulheres sobre a prevenção dos cânceres de colo do útero e mama. Desenvolvimento: Os dados sobre os indicadores de morbidade e mortalidade dos cânceres de mama e colo do útero no RN foram coletados no site do DATASUS. Os resultados da análise mostraram que no ano de 2013, as principais causas de óbitos femininos por neoplasias foram o câncer de mama, em primeiro lugar com 30%, e de colo de útero em terceiro lugar com 11%. A partir desses resultados, da experiência do manejo dos indicadores em sala de aula e, sabendo da dificuldade de acesso da população do interior à exames e serviços de saúde, o grupo iniciou a ação de extensão. A equipe entrou em contato com a Secretaria de Saúde de Pedra Grande (RN) para que a ação fosse plenamente integrada incluindo os trabalhadores do SUS, em especial da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As ações desenvolvidas pelo “Eu me amo eu me cuido” incluíram oficinas de educação em saúde, focando no desenvolvimento de atitudes de autocuidado: autoexame de mama e oficinas relacionadas aos fatores de risco associados aos cânceres de mama e colo uterino. Foram ofertadas 80 mamografias através da contribuição da Organização Não Governamental Amigos do Peito, aferição de pressão arterial, medição de glicose, teste rápido de HIV, vacinação de HPV e exame de citologia oncológica. O grupo também exibiu vídeo educativo que ficará de suporte para futuras atividades das equipes do ESF. Impactos: As mamografias realizadas, além de dar conta da demanda reprimida no município, incluiu outras mulheres, triadas pelas ESF. As oficinas foram uma oportunidade ímpar de compartilhamento de saberes sobre concepções de adoecimento, prevenção e

cuidado. Aprendemos a ser profissionais que não apenas repassam informação, mas que escutam quem nos procura. Considerações finais : Esperamos que essa prática fortaleça a importância de ir além do discurso teórico da sala de aula para a prática nas comunidades; que a ação tenha sensibilizado as mulheres do município sobre a importância de buscar preventivamente os serviços de saúde; e que tenha contribuído para motivar ainda mais as equipes da ESF, mostrando que ações desse porte podem oferecer resultados interessantes em cidades com poucos recursos.

“PSORÍASE: PARA ALÉM DAS LESÕES NA PELE” - PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA DA UFPB

Valéria Leite Soares, Débora da Silva Firino, Ana Paula Lucena de Farias, Islaine Pereira da Silva, Marina Gomes Fagundes, Ana Gabriela Ribeiro

Palavras-chave: Extensão Universitária, Psoríase, Cuidado em Saúde

A psoríase é uma doença crônica inflamatória da pele com comorbidades, a saber: hipertensão; diabetes; síndromes metabólicas; doenças cardiovasculares; doenças gastrointestinais; depressão; artrite psoriásica; outras. Ela afeta o indivíduo em diferentes áreas da ocupação, levando-o a situações de exclusão e estigma social. Segundo informações da Sociedade Brasileira de Dermatologia, a 67^a Assembleia Mundial da Saúde realizada no mês de maio de 2014 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a psoríase como uma enfermidade crônica, grave, não transmissível, onde os seus Estados membros aprovaram Resolução sobre a doença, reconhecendo-a como “crônica incapacitante, não transmissível, dolorosa, desfigurante e para a qual ainda não existe

cura.” A resolução aumenta a consciência sobre a carga psicossocial da doença que os portadores de psoríase sofrem com a falta de conscientização e acesso ao tratamento. É uma doença complexa, grave e incapacitante, necessita de atenção integral e multiprofissional. Observa-se que ainda são incipientes outros profissionais, com exceção do médico, enfermeiro e psicólogo atuarem na assistência as pessoas com psoríase. Diante desta complexidade à atenção integral na psoríase se faz necessária. A assistência multiprofissional envolvendo diferentes especialidades médicas e demais áreas profissionais da saúde busca uma melhor compreensão para intervir na doença e em suas repercussões, com objetivo de prevenção de agravos e minimização do quadro em busca do controle e remissão. Os acometidos precisam conhecer sobre sua doença e saber como tratá-la adequadamente. Esta população necessita realizar práticas de autocuidados individualmente e em grupo, além de reestruturar seu cotidiano em função de seus papéis ocupacionais e lidar com as questões de preconceito, estigma e exclusão social. Precisam se apropriar sobre os possíveis acometimentos de comorbidade; identificar e fazer uso da rede de saúde pública em relação aos encaminhamentos para as diferentes clínicas e áreas profissionais, exames laboratoriais e obtenção da medicação. O projeto é desenvolvido no Centro de Referência em Psoríase do Estado da Paraíba, que funciona no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba em João Pessoa. Conta com alunos da Terapia Ocupacional, Fisioterapia e com a equipe do serviço – médica, enfermeira, técnica de enfermagem, terapeuta ocupacional e com residentes médicos em dermatologia. Algumas ações multiprofissionais desenvolvidas no projeto são: café da manhã com prosa – espaço

de diálogo e acolhimento para troca de experiência e conhecimento em relação à psoríase; visitas domiciliares; orientação quanto ao tratamento e utilização da rede de assistência; aplicação de protocolos quanto à qualidade de vida e artrite psoriásica; e ações educativas como campanha de sensibilização e esclarecimento a população. Procuramos desenvolver práticas assistenciais de grupo e ou individual promovendo a melhora do quadro clínico e dos aspectos psicossociais; prevenindo incapacidades/deformidades; estimulando o autocuidado e inserção social focados nas necessidades dos usuários do serviço, sendo estas fontes de discussões e reflexões na perspectiva SUS. Articulamos também ações com: outras áreas da saúde, educação e redes sociais para assistência; com outros projetos de extensão universitária. Assim buscamos a promoção da saúde e melhora de qualidade de vida da população alvo.

(RE) SIGNIFICAR O SUS: UM RELATO SOBRE O VER-SUS 2015 INVERNO NO RIO DE JANEIRO

Raphael Moraes da Rosa, Magno Nunes Farias, Nalbert Alessandro Queiroz Pimentel, Raphaela Ferreira Nunes de Amorim

Palavras-chave: Ver-SUS, Sistema único de Saúde, multidisciplinaridade

INTRODUÇÃO: O programa Vivências, Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (Ver-SUS) é proposto pelo Ministério da Saúde em parceria com diversas entidades entre elas a Rede Unida. O programa acontece uma vez por ano com a duração de 12 dias no Rio de Janeiro (RJ) desde 2011. Sendo assim, o objetivo desse trabalho é relatar a experiência vivida no Ver-SUS Inverno 2015 na cap 3.2 no município do Rio de Janeiro. DESENVOLVIMENTO: O Ver-SUS Inverno 2015 teve como tema “Cidadão

Participativo: Orgulho de ser SUS. O Ver-SUS como um programa que tem como um dos seus objetivos e valorizar e potencializar o compromisso ético-político dos participantes no processo de implantação do SUS. Nosso grupo foi composto por 10 sujeitos graduandos, de diversas Universidades do Brasil, e de diversos cursos (terapia ocupacional, psicologia, serviço social, farmácia, direito, saúde coletiva e gestão pública), e ficamos com a Área Programática de saúde 3.2, que fica responsável por 23 bairros do RJ (Engenho de Dentro, Jacarezinho, Méier, entre outros). Dentro dessa região realizamos diversas vivências, palestras, visitas, intervenções coletivas, com o intuito de nos envolver dentro do SUS do RJ, conhecer seus desafios e êxitos, possibilitando uma interação interna com as realidades, olhando todo processo de trabalho de perto, e podendo interagir com os sujeitos que integram esse sistema (profissionais, usuários, gerentes, coordenadores). Além da possibilidade de conviver com os colegas do grupo, que são de diversas áreas de conhecimento, integrando assim uma rede de saberes para vivenciar o SUS. Ao final do dia participávamos de debates com outros grupos e escrevíamos relatórios no portfólio sobre a vivência. RESULTADOS E IMPACTOS: A multidisciplinaridade é a diferença no programa, pois são viventes vindos de diversos cursos e realidades, e isso possibilita maior debate sobre as situações vividas, conhecendo diferentes visões e aprendendo com elas respeitá-las. Além disso, o trabalho multidisciplinar ainda na graduação ajuda aos futuros trabalhadores do SUS uma visão de saúde integrada. A metodologia do Ver-SUS faz com que os viventes discutam os alicerces do SUS de manhã até a hora de dormir e algumas vezes sonhem com o programa também. Isso torna o debate mais rico, e o Ver-SUS traz mais aprendizado como o de viver em grupo e respeitar

peças que pensam diferentemente e vivem em outras realidades, mas que agora moram juntas por duas semanas em prol de um mesmo objetivo. Visitamos a rede primária a quaternária da saúde na AP e também pudemos conhecer alguns museus, o que tornou a visão de saúde intersetorial mais forte. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Tal proposta foi de extrema importância para a percepção de que como o conhecimento e a vivência de determinada realidade pode mudar o conceito que se carrega por bastante tempo, ou seja, podemos (re) significar muitas percepções sobre o SUS, e fortalecer forças para atuarmos como atores sociais potencializadores de mudanças conquistando “mentes e corações” em prol da saúde pública.

1º VER-SUS PARA RESIDENTES E COM ÊNFASE EM SAÚDE DO CAMPO: RELATO DE VIVÊNCIA

Kesia Valentim do Nascimento

Palavras-chave: VER-SUS, Campo, Saúde

O projeto VER-SUS é uma proposta do Ministério da Saúde com parcerias, o qual realiza estágios de vivência para debater acerca dos mais diversos contextos em que o SUS está inserido. Este relatório tem por finalidade descrever a experiência do primeiro VER-SUS para residentes e com ênfase na saúde do campo. Foram 10 dias de vivências no período de 03 a 12 de Agosto de 2015, no Centro de Formação Paulo Freire localizado em Normandia-Caruaru PE (assentamento dos trabalhadores sem-terra), nos quais 40 residentes de diferentes áreas de concentração, e das cinco regiões do Brasil, auxiliados por sete facilitadores discutiram sobre oito eixos temáticos: Estado, Sociedade e Saúde; Atenção Primária; Território e Promoção à Saúde; Redes de Atenção em Saúde e

Integralidade; Trabalho e Saúde; Educação Permanente; Questão Agrária e Papel Social do Residente. Tivemos a participação de convidados que contribuíram ainda mais em todo processo metodológico, assim como foram às vivências externas no território experimentando os serviços de saúde, entre eles: Unidades de Saúde da Família, Hospitais Regionais, Casa de Apoio a Gestante e Maternidade, Equipamentos sociais e também o assentamento Normandia. Percebeu-se durante as vivências que apesar dos grandes avanços, a invisibilidade do campo ainda persiste. Os trabalhadores e trabalhadoras rurais veem sofrendo um processo de substituição da cultura agrícola pela fabricação têxtil, sendo o pólo de Caruaru e Toritama reconhecidos nacionalmente como um dos maiores fabricantes de jeans, este processo que na região é denominado “Fabrico” nada mais é do que o modelo Fordista de produção onde em uma casa se corta o jeans, em outra se costura os bolsos, em outra se faz os acabamentos. Esta alienação do trabalho, em que não se sabe o quanto realmente se ganha por cada peça produzida e o quanto a jornada do trabalho (até 15 horas quase que ininterruptas) afetam na qualidade de vida das pessoas e influenciam no processo saúde-doença. A falta de saneamento básico e de abastecimento de água ainda são as maiores preocupações no tocante à saúde do campo, presente nos altos índices de tratamento por doenças infecto-parasitárias, no entanto assim como na zona urbana o aumento de acidentes de trânsito é alarmante. Ressalto o quanto a convivência com militantes dos trabalhadores Sem Terra, conhecendo a verdadeira história desse movimento foi fundamental para a desmistificação dos preconceitos formados pela exposição sempre criminalizadora da mídia. As vivências nos proporcionaram mais do que indignação, mas uma oportunidade de enxergarmos mudança, de reflexão

sobre nosso próprio processo de trabalho e de nossas atitudes diante do outro. De pensar saúde da população do campo de uma forma que respeite a singularidade do campesinato, mas com a construção de uma visão crítica acerca da história do país na desigualdade da distribuição de terras, a herança escravocrata, dos latifúndios, do patriarcado, refletindo-se hoje em desigualdades e iniquidades. De fato a vivência reforçou minha convicção de que somente, através do engajamento diário pela defesa do SUS ocupando todos os espaços de discussões é que poderemos impedir os ataques para a desarticulação das políticas públicas sociais.

A “SEMANA INTEGRADORA” COMO MECANISMO DE METODOLOGIA ATIVA: A INTEGRAÇÃO DISCIPLINAR EM AMBIENTE ACADÊMICO

André de Castro Rocha, Samuel de Sousa Custódio, Luis Eduardo dos Reis Silva Rosa, Alline Karolyne Cândida da Silva, André Bubna Hirayama

Palavras-chave: metodologia ativa

APRESENTAÇÃO: Promoção e prevenção em saúde são norteadoras na saúde, exigindo adequação na formação dos profissionais de saúde; assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) da Graduação em Medicina passaram a pautar-se em uma formação generalista, humanista e reflexiva, em que o estudante tem autonomia no processo de ensino-aprendizagem. A Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG) implantou, em 2014, um Projeto Pedagógico de Curso com visão biopsicossocial, interdisciplinaridade e metodologias ativas. A “Semana Integradora” foi proposta para estimular pesquisa, discussão, reflexão acerca de problemas sociais e integração de dez das

quatorze disciplinas do terceiro período, na intenção de facilitar sua assimilação e de trazer, para a realidade, o conteúdo teórico. O objetivo deste trabalho é descrever a realização da “Semana Integradora”, analisar aspectos positivos e negativos da atividade e verificar o cumprimento dos objetivos. DESENVOLVIMENTO: A Semana Integradora foi uma atividade em TBL (“Team Based Learning”) e metodologia ativa. Inicialmente foi entregue aos alunos um caso clínico que abordava uma história clínica de um caso de sífilis. A turma foi dividida em 10 grupos, sendo que cada grupo representou uma disciplina da grade curricular, e teve o respectivo professor como um orientador durante a semana. A partir do caso clínico foram criados objetivos de aprendizagem específicos relacionados com a disciplina representada pelo grupo, e objetivos de aprendizagem gerais, mais simples, que foram elaborados pelos professores participantes da atividade; dessa forma, cada grupo teve que elaborar 1 objetivo específico, e 10 objetivos gerais; o objetivo específico deveria ser apresentado sob a forma oral em um seminário ao final da semana, e os objetivos gerais deveriam ser entregues sob a forma de documento escrito, também ao final da semana. No fechamento da atividade, houve 10 minutos para apresentação e 5 minutos para discussão dos seminários. Quanto a avaliação, foi-se avaliado a participação e o envolvimento do aluno durante a semana, pelo professor orientador, a apresentação oral, e o documento escrito, utilizando-se como método a média ponderada. RESULTADOS: Utilizou-se o Arco de Maguerez para problematização, aplicando-se suas cinco etapas; Os pontos-chaves foram os objetivos gerais e específicos e as discussões nas apresentações. A criação de hipóteses de solução durante elaboração dos relatórios e apresentações auxiliaram na fixação do conhecimento. A integração disciplinar e o

trabalho em grupo foram pontos positivos, dentro da nova proposta das novas DCNs. Os principais problemas estão na falta de organização e na falta de uniformidade dos objetivos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A Semana Integradora, no curso de medicina da UFG, funcionou como um método de ensino-aprendizagem inovador, o que demonstra a preocupação dos docentes em acompanhar as mudanças curriculares para a melhoria da formação do profissional da área da saúde, como prevê as novas DCNs. Mesmo com seus problemas técnicos, a experiência foi bastante enriquecedora para discentes e docentes.

A ASSISTÊNCIA AO SURDO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL: PROPOSTA DE OFICINAS DE DEBATES E PLANEJAMENTOS ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA CLÍNICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Isabela Cardoso Nascimento

Palavras-chave: Assistência à Saúde, Surdos, LIBRAS

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho busca apresentar uma proposta de intervenção que tem como objetivo levantar debates e propiciar planejamentos através das oficinas entre os profissionais de saúde sobre do tema da assistência ao surdo na unidade de saúde. A Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS é a principal língua utilizada pelo surdo, e é por através desta língua que sua maioria se comunica, lembrando que esta é a segunda língua oficial do Brasil decretada por lei, mas esta lei não possui capacidade para possibilitar a permanência de intérpretes nas unidades de saúde, o que pode tornar inviável e desestimulador para o surdo a busca à atenção de sua saúde. O cuidado com a saúde vai além da medicalização do corpo e do cuidado

fisiológico, é preciso que se estimule e se amplie o acesso à saúde do surdo, e para isto talvez seja preciso o estímulo principalmente do profissional de saúde, despertando nele o interesse e criando debates que propiciem sua participação com ideias e opiniões que possam auxiliar na melhoria do trabalho intersetorial e mais acessível da respectiva unidade de saúde. Aquilo que é incomunicável é intransferível, logo a informação que o surdo muitas vezes pode revelar apenas em LIBRAS se torna algo que ele guardará para si, sendo possível que ele tente se comunicar de outras formas com o profissional de saúde, no entanto, não seria o desejável, salientando que é colocado no Decreto 3.298 (1999) que os órgãos responsáveis devem viabilizar “a garantia de acesso da pessoa portadora de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados e de seu adequado tratamento sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados”. METODOLOGIA: A realização de jogos e brincadeiras de adivinhações, até mesmo em LIBRAS acerca das políticas para deficientes auditivos e dos termos específicos sobre os assuntos (CODA, LIBRAS, etc.), seriam métodos para um possível despertar da curiosidade dos profissionais em relação à LIBRAS e etc. Os profissionais alvo seriam todos aqueles das equipes de saúde da família da unidade, incluindo o gestor da unidade. A partir das brincadeiras e reflexões, ao final da oficina seria realizado o debate, esperando que por fim os profissionais de saúde estejam de certa forma sensibilizados quanto ao assunto e possam reconhecer a importância da capacitação em LIBRAS e que com isto possibilitarão maior acesso e alcance de parte da população à um serviço que é seu por direito. CONSIDERAÇÕES FINAIS: É grande a importância do profissional de saúde para o Sistema Único de Saúde no Brasil, ainda mais importante é que ele tenha estímulos e saiba de seu valor, pois

será de benefício mútuo para o surdo em especial e para o profissional, tendo enfim um passo adiante no estreitamento na relação profissional e usuário do serviço.

A ATIVIDADE FÍSICA COMO FORMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO NA SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tatiane Motta da Costa e Silva, Raquel Cristina Braun da Silva, Jaqueline Copetti, Susane Graup

Palavras-chave: Atividade Física, Saúde Mental, Usuários

APRESENTAÇÃO: A atividade física, quando bem orientada, pode contribuir de maneira significativa no processo de prevenção e tratamento de usuários em sofrimento psíquico, visto que sua prática regular proporciona benefícios físicos e mentais que auxiliam no tratamento e prevenção de agravos decorrentes de comportamentos sedentários e maus hábitos alimentares frequentemente observados entre os usuários. Diante disso, o estudo teve como objetivo relatar as atividades desenvolvidas com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) de Uruguaiana/RS. O estudo caracteriza-se por ser de natureza descritiva relatando uma experiência vivenciada por residentes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiana. As atividades foram realizadas entre os meses de maio e setembro de 2015, envolvendo práticas variadas como jogos, brincadeiras, visitas à pontos turísticos do município, palestras sobre o cuidado em saúde, além, de atividades de coordenação, expressão corporal, equilíbrio e estimulação cognitiva. As praticas ocorrem nas dependências do CAPS II e em espaços públicos como praças e parques do município. Com o decorrer das

ações foi possível perceber que os usuários apresentaram uma melhora considerável, como o aumento da flexibilidade, da força muscular e da mobilidade, além da melhora na coordenação motora fina e global e nos aspectos cognitivos, colaborando diretamente com a autonomia destes usuários. As atividades funcionaram também como um recurso inclusivo e cooperativo, desenvolvendo o trabalho em equipe, a socialização, o respeito e a confiança entre eles, o que refletiu diretamente no convívio diário com demais usuários e com os funcionários do serviço. A partir dos resultados alcançados com as intervenções acredita-se que foi possível proporcionar aos usuários do CAPS II uma prática prazerosa que age de forma direta e significativa em seu tratamento e na prevenção de futuras doenças, tanto em aspectos biológicos quanto em aspectos psicológico. Além disso, destaca-se que o profissional de Educação Física e o Fisioterapeuta possuem uma importante função na saúde mental, apesar, de nem sempre serem reconhecidos, pois é através da atuação destes profissionais que ocorre um olhar, por parte dos usuários, mais atento para a prevenção e o cuidado diário com a saúde. Por fim, constatamos que as ações realizadas por esses profissionais na saúde mental contribuem com a integração dos sujeitos com o meio, valorizando uma visão integral de ser humano e possibilitando o exercício de seus direitos de cidadãos, refletindo diretamente na qualidade de vida destes usuários.

A ATUAÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS NA CORRESPONSABILIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Catheline Rubim Brandolt, Márcia Yane Girolometto Ribeiro, Tanise Martins dos Santos

Palavras-chave: atenção básica, prática de saúde pública, cuidado

O trabalho aqui descrito relata a experiência do cuidado multiprofissional através da corresponsabilização em saúde por meio da Política Nacional de Humanização (PNH), o qual ocorre em duas Estratégias Saúde da Família (ESF) de uma cidade no interior gaúcho, as quais têm inserido a Residência Multiprofissional (RM). A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários numa perspectiva coletiva e compartilhada em busca da produção de novos modos de cuidado e organização do trabalho. Em face disto, no cotidiano dos serviços de saúde deve-se priorizar a tecnologia leve por meio do acolhimento utilizando de ferramentas como: o vínculo, a corresponsabilidade e a escuta ativa entre profissional e usuário dos serviços de saúde. Isto porque a integralidade e a humanização estão presentes no encontro e atitude do profissional que busca reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no concernente à sua saúde. O objetivo do relato é descrever como se percebe a corresponsabilização do cuidado em saúde nos campos em que estão inseridos a RM. A PNH foi implantada nestas duas ESF por meio da inserção da RM que percebeu no cuidado multiprofissional demandas para além do processo saúde-doença, sendo possível um olhar mais integral, convidando os sujeitos a reconhecerem-se como protagonistas pela sua saúde. Dessa forma, a corresponsabilização do cuidado ocorre diariamente no cotidiano das práticas realizadas nestas unidades de saúde. As residentes responsáveis por este relato procuram através da comunicação nos grupos de saúde, rodas de conversa, no acolhimento, visitas domiciliares, orientações e consultas compartilhar com os usuários a questão sobre autonomia e corresponsabilidade no cuidado. Por meio

deresultados ainda parciais, é possível perceber que se destacam: à construção de vínculo e afeto oferecendo um espaço de escuta aos usuários dos serviços em busca de um SUS humanizado reconhecendo cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valorizando e incentivando sua atuação na produção de saúde. Tendo assim, uma aproximação maior entre os profissionais e os usuários, estabelecendo uma relação de confiança no cuidado, além permitir maior acesso e qualidade da atenção em saúde em busca da satisfação de ambas as partes. Concluímos que seja importante permanentemente incluir aos trabalhadores que sejam transmissores não apenas de orientações clínicas aos usuários, mas que se proponham a serem agentes ativos das mudanças no serviço de saúde, sendo destacado a RM como ferramenta para essa mudança e reflexão sobre processo de trabalho e cuidado, nas unidades onde são realizados os trabalhos. Desse modo, a inclusão dos usuários nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si.

A AUTONOMIA DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM EM ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO

Adriana Remião Luzardo, Ana Cláudia Banazeski, Rafaela Bedin, Vanessa Gasparin, Tiago Labres

Palavras-chave: Autonomia, Estágio Curricular de Enfermagem, Conflito

Trata-se de um Relato de Experiência sobre a autonomia do acadêmico de enfermagem no âmbito da disciplina Estágio Curricular Supervisionado (ECS), do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). A vivência ocorreu no contexto de um serviço de Atenção Primária

à Saúde (APS), no oeste catarinense, de março a outubro de 2015. Na prática preconizada pelo curso de enfermagem, o ECS tem se pautado por diretrizes de ensino-aprendizado potencializadoras da autonomia do acadêmico, intensificando esse processo nos últimos 2 semestres da graduação, momento de aproximação do formando com o mercado de trabalho. Na relação do ECS com o ambiente de prática, utilizou-se do Planejamento Estratégico (PE) como estratégia de efetivação de um Projeto de Intervenções a serem realizadas, por meio de metas e objetivos pactuados no serviço e que estivessem inseridos e em conformidade com as necessidades locais e epidemiológicas da área abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na aproximação com a equipe da ESF e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), buscou-se a inserção e integração das intervenções dos acadêmicos às atividades cotidianas. Contudo, no decorrer do processo de integração do ensino-serviço pelo protagonismo do acadêmico de enfermagem, sentiu-se a necessidade intensificar a aceitação dos graduandos pelos profissionais do serviço. Para tanto, foi necessário inserir de forma mais contundente as tecnologias de conhecimento oferecidas pelo formando, utilizando a criatividade para dar visibilidade e valorizar as competências e habilidades já adquiridas pelo aluno, sem perder de vista a continuidade de aprendizado do mesmo. Apesar da resistência de alguns profissionais em aceitar a autonomia do acadêmico no serviço, tal reação não foi demonstrada nas relações de cuidado com os usuários, percebendo-se a aceitação das ações em saúde conduzidas pelos graduandos. Diante disso, acredita-se que a autonomia do graduando em uma prática integrada e qualificada na APS lhe traz condições de atuar profissionalmente de acordo com as habilidades e competências

profissionais preconizadas. Entende-se também que a absorção de novos membros a uma equipe de trabalho demanda dedicação, paciência e aceitação. Assim, faz-se relevante que as Instituições de Ensino Superior (IES) fortaleçam as parcerias interinstitucionais com serviços de saúde de forma a celebrarem convênios que contemplem maior participação de funcionários, potencializando o encontro do acadêmico com o serviço para uma prática de saúde qualificada e segura. Esse processo vivencial foi altamente enriquecedor, pois oportunizou ao graduando exercer maior maturidade para a tomada de decisões, como um futuro enfermeiro crítico-reflexivo e ético em suas ações. Ao final, as atividades propostas para o ECS em questão foram concluídas com êxito, sendo avaliadas quanti-qualitativamente pelos atores envolvidos, na forma de relatório, lançando proposições para o avanço das relações de intersubjetividade mais respeitadas em ensino-serviço.

A CONSTRUÇÃO DO DEVER FORMADOR DO CURSO DE FORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE “EPS EM MOVIMENTO”

Vania Priamo

O presente relato busca apresentar a vivência enquanto FORMADORA no curso EPS em movimento, desenvolvido em parceria entre Ministério da Saúde e Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Está construída a partir da análise dos relatos registrados no Diário Cartográfico, ferramenta ofertada na plataforma como um convite ao relato de afecções produzidas durante a problematização sobre EPS. Foram esses relatos que produziram em mim a análise para a construção desse dever. Importante mencionar que o formador é uma figura central que presta apoio ao

desenvolvimento dos tutores junto aos educandos em formação, e está também em formação, com possibilidade de apresentação de Trabalho de Conclusão de Curso e certificação enquanto especialista. Além disso, o Formador tem um apoiador, que o acompanha no desenvolvimento de suas atividades junto aos tutores. Posto isto, há diversas possibilidades que podem ativar o processo de construção desse papel e a intenção é apresentar esse processo disparado a partir das percepções cotidianas, que fazem parte das afecções acima relatadas. De acordo com o que mencionam Deleuze e Guattari (1995), “a construção cartográfica pode ser compreendida como uma possibilidade de produção de visibilidades e dizibilidades (novas possibilidades de ver e dizer) para os acontecimentos e afecções que se estabelecem na produção da vida, dos afetos e das práticas” e assim, foi produzido esse relato.

A CONTRIBUIÇÃO DA DISCIPLINA DE METODOLOGIA DO ENSINO EM SAÚDE PARA O RESIDENTE EM SAÚDE COLETIVA

Wellington Bruno Araujo Duarte, Plínia Manuella de Santana Maciel, Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella, Laís de Souza Monteiro, Rodrigo do Nascimento Dias de Oliveira, Gisane Kelly Silva de Miranda, Augusto Fernando Santos de Lima, Elan José de Lima

Palavras-chave: saúde coletiva, ensino em saúde, saúde pública

Introdução: Dentre as atividades complementares dos especialistas em saúde coletiva (Sanitaristas), formados vem sendo cada vez mais cobradas ações mais efetivas/construtivas e não só informativas nas atividades de promoção à saúde. A disciplina de “Metodologia de ensino em

saúde”, presentes na matriz curricular do curso de Residência em saúde coletiva da Universidade de Pernambuco, vem responder a duas necessidades. Por um lado, preparar os residentes para efetivamente participar da formação de outros profissionais de saúde, formando profissionais estratégicos para as mudanças do modelo assistencial, dependente das concepções e ações das equipes envolvidas em todos os níveis dos serviços de saúde. Por outro, resgatar a sua competência, como membro da equipe de saúde, com vistas a desenvolver uma atitude compartilhada, estruturante e sustentável, junto à população, voltada para a promoção em saúde. Assim, assume-se que a responsabilidade frente à realidade sanitária cada vez mais requer a competência para o uso da tecnologia da metodologia de ensino como estratégia para as ações que influenciam diretamente nos processos saúde/doença e na qualidade de vida da população. A disciplina baseia-se também nas diretrizes e estratégias da Política Nacional de Educação Popular em Saúde do SUS, regulamentada em 2013 (BRASIL, 2013). Objetivo: O objetivo deste estudo é relatar a experiência do residente de saúde coletiva cursando a disciplina de Metodologia do ensino em saúde. Metodologia: Utilizou-se dos registros de falas e anotações em diário sobre as aulas, leituras e demais construções oferecidas pela disciplina. A disciplina teve como proposta metodológica uma abordagem crítica da realidade objetiva, utilizando a problematização e as metodologias ativas como opções adotadas para trilhar com os alunos residentes, um novo caminho de aprendizagem e teve a duração de 40 horas, durante as quartas-feiras dos meses de junho e julho de 2015, envolvendo 12 residentes e duas professoras. RESULTADOS: Durante a disciplina o residente adquiriu conhecimentos sobre a Política nacional de educação popular em saúde, aproximou-

se dos modelos de ensino-aprendizagem, sobre as teorias pedagógicas e metodologias que tem como objetivo a problematização e aprendeu a construir uma proposta pedagógica. A disciplina ainda contribuiu para a inserção dos residentes na docência do ensino superior, em disciplinas de diversos cursos de graduação na mesma universidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: É importante que o residente de saúde coletiva se aproxime das metodologias de ensino em saúde, pois o SUS exige cada vez mais profissionais sanitários com perfil crítico e reflexivo frente às realidades sanitárias, podendo utilizar seu conhecimento para as práticas de promoção em saúde efetivas. Além disso, é uma aproximação também necessária para a contribuição com a formação de novos profissionais presentes na própria universidade.

A CONTRIBUIÇÃO DA RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA BUSCA ATIVA DE PORTADORAS DO VÍRUS HPV EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE – MS

Natalia Sales Sidrins, Stephany Anastacia Serpa Alarcon, Cristiana Ferreira de Souza Rondon, Aline Amorim da Silveira, Luciana Virginia de Paula e Silva Santana, Thays Luana da Cruz

Palavras-chave: HPV, PAPANICOLAU, ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

INTRODUÇÃO: O Papiloma Vírus Humano (HPV) é um vírus transmitido principalmente por contato direto, sendo mais frequente pela via sexual. A infecção pelo HPV é altamente incidente e prevalente, sendo ele o principal fator de risco para o desenvolvimento de câncer de colo de útero. Sua detecção precoce é realizada por meio do exame de Papanicolau que é preconizado a toda mulher iniciou a vida sexual. Como forma de

prevenção primária é recomendada utilizar o preservativo em todas as relações sexuais e adesão para o uso da vacina contra o HPV que é profilática contra infecção persistente de alguns sorotipos de HPV. Este estudo teve como objetivo relatar a experiência de residentes de enfermagem obstétrica frente à educação em saúde coletiva na busca de portadores do HPV. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, do tipo relato de experiência. As experiências obtidas ocorreram na UBSF Cohab - Dr. Olímpio Cavalheiro, em julho de 2014, durante as atividades práticas do programa de pós-graduação de Residência em Enfermagem Obstétrica da UFMS, onde se realizou o acolhimento dos usuários, que se encontravam na sala de espera, com a realização de uma palestra sobre o HPV que abordava a forma de transmissão, prevenção e tratamento da doença, e também houve a busca ativa dos pacientes. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** Com a realização da palestra, três pessoas procuraram as residentes. Uma delas disse estarem apresentando verrugas vaginas, as outras expressaram interesse em realizar o exame do Papanicolau. As medidas adotadas foram: o registro das pacientes em formulários próprios da unidade e o agendamento de consulta de enfermagem e coleta do material. **CONCLUSÃO:** A palestra despertou interesse na comunidade, uma vez que, gerou vários questionamentos sobre o tema abordado, sendo esclarecidos em seguida. Além disso, houve interesse em materiais didáticos impressos, que foram distribuídos ao final para dinamizar o conhecimento a parentes e amigos, ocorreu também entrega de preservativos.

A DOCÊNCIA NA FORMAÇÃO SUPERIOR EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA EM MÉTODOS ATIVOS A DISTÂNCIA

Ana Maria P Brasilio de Araújo, Maria Beatriz Villas Boas de Moraes, Jose Carlos

Lima de Campos, Maria Manuella Villanova Cardoso, Thiago Bretz

Palavras-chave: Educação continuada, Aprendizagem baseada em problemas, Educação a distancia

APRESENTAÇÃO: Este trabalho apresenta uma avaliação do curso de extensão “Docência na Formação Superior em Saúde”, estruturado em metodologias ativas de ensino e de aprendizagem, na modalidade de ensino a distância, com vistas à formação continuada de tutores dos cursos de currículo integrado do campo da saúde. O processo de mudança curricular disparado pelo Pró-Saúde trouxe ao UNIFESO o desafio de sustentar as mudanças curriculares empreendidas há uma década, a partir da formação docente permanente. Neste curso a formação em métodos ativos, permitiu ao docente experimentar a vivência no próprio método, apostando num território que, em permanente construção, forma-se enquanto se é também formado. O objetivo é analisar como a proposta metodológica do curso impactou na formação docente, a partir da avaliação que os professores participantes do curso, fizeram sobre: a efetividade do curso, a atuação dos tutores e a sua autoavaliação. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A opção metodológica desta formação fundamentou-se na aprendizagem baseada em problemas e na problematização. Foi vital a utilização de situações-problema que dispararam nos docentes a reflexão e resignificação teórico - prática acerca da formação no campo da saúde, do uso de metodologias ativas, da avaliação formativa e da interlocução entre o mundo do trabalho e a universidade. O curso foi desenvolvido no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), por meio de atividades síncronas e assíncronas, como vídeo - conferências, fóruns, portfólio, biblioteca virtual e vídeo - aulas. Concebeu-

se um momento presencial de abertura. Com as avaliações realizadas tivemos indícios do impacto da efetividade do curso: onde foram expressos os avanços conquistados nas atividades presenciais e a distancia; na discussão das situações-problema considerando o momento da abertura; o levantamento de dúvidas; as questões de aprendizagem e ativação das buscas de qualidade; e, na estrutura de ensino a distância ofertada. Outro viés foi à avaliação da atuação do tutor no desenvolvimento do processo de ensino e de aprendizagem, discutindo: mediação pedagógica, realização de feedback contínuo, sustentação dos pactos e da busca de conhecimento, além da presença no AVA. No contexto da autoavaliação, analisamos como os participantes se perceberam em relação ao pacto de trabalho, à participação nas atividades presenciais, à qualidade das intervenções - participações nos espaços à distância (fóruns e chats), desenvolvimento do portfólio como atividade pedagógica e a atividade avaliativa final do curso. **IMPACTOS:** A análise das avaliações realizadas permitiu concluir que esta formação reativou nos docentes o desenvolvimento de capacidades que objetivam o movimento de (re) construção de identidades profissionais a partir de olhares, saberes e significados. O AVA concebido para o curso favoreceu a socialização, a valorização e a explicitação dos saberes prévios, além da identificação das necessidades de aprendizagem. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esse curso se constituiu como uma estratégia de sustentação das mudanças curriculares, onde a vivência em métodos ativos de ensino e de aprendizagem fortaleceu a formação do docente. A aposta em uma qualificação que tinha grande parte de seu conteúdo desenvolvido à distância foi favorecido pelo desenho metodológico do curso e pela atuação dos tutores.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE FORTALECENDO VINCULO PROFISSIONAL

Rita de Cassia Astolfi, Debora Dupas Nascimento

Palavras-chave: Educação Permanente, fortalecimento de vinculo, redes intersetoriais, gestão

Este trabalho refere-se a um Relato de Experiência vivenciado por mim, coordenadora da Educação Permanente no município de Ponta Porã no Estado de Mato Grosso do Sul. Com a EPS em Ponta Porã houve um fortalecimento aproximando a Atenção Básica de outras redes intersetoriais e compartilhando vinculo entre os profissionais e a gestão. Tem como seu principal objetivo a importância da Educação Permanente no fortalecimento de vinculo entre os profissionais. O processo de trabalho dos profissionais de saúde de Ponta Porã era um processo solitário, e com a construção da Educação Permanente no município em 2013 teve uma grande mudança neste processo de trabalho, pois todos começaram a participar desta construção envolvendo gestão e parcerias intersetoriais. Com a Educação Permanente ativa no município, conseguimos realizar vários debates e reuniões importantes com a participação de todos, e com isso o vinculo de aproximação dos profissionais foram se solidificando, melhorando assim a qualidade dos serviços para os usuários. A prática da Educação Permanente apontou para o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos profissionais no cuidado com a saúde, porém não mais pela obrigação de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Essa prática trouxe uma forma reflexiva critica e objetiva de transformar as relações no processo de trabalho com iniciativa dos profissionais de decidir mudar e incorporar novos elementos

em seu cotidiano. Dialogar foi fundamental neste processo de novos subsídios a ser trabalhado com os profissionais. E a gestão sempre teve como marco o diálogo aberto, sendo uma peça chave para contribuir com o fortalecimento do vínculo entre os profissionais e indispensável para o desenvolvimento das práticas e vivências da Educação Permanente.

A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE NO FORTALECIMENTO DA EQUIDADE EM FAMÍLIAS URBANAS

Vanderléia Laodete Pulga, Kelli Luiza Daron, Lury Daron, Iago Daron, José Clademir Daron

APRESENTAÇÃO: Apresenta a reflexão sobre a experiência educação popular em saúde; no fortalecimento da equidade desenvolvida em Passo Fundo/RS pela Associação Instituto Cultural e Educacional Paulo Freire (ICEPAF) em conjunto com movimentos sociais populares urbanos, de mulheres e de camponeses (as) e da Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS); a fim de promover a saúde e a equidade de famílias urbanas em situação de vulnerabilidade social, articulando a saúde com a alimentação e o direito à cidade. **DESENVOLVIMENTO:** A experiência se desenvolveu em 22 bairros da periferia urbana de Passo Fundo/RS Brasil com mais de 200 famílias urbanas (catadoras, sem teto, trabalhadoras urbanas, negras, em vilas, becós, enfrentando as dificuldades de acesso ao direito à cidade aos pobres, à miséria, fome, desnutrição, violência, o tráfico de drogas, dentre outros. As cidades (dentre elas Passo Fundo/RS) foram crescendo de forma desordenada, produzindo duas realidades: uma cidade com toda infraestrutura para alguns e a outra com moradias inadequadas, sem infraestrutura urbana onde se concentra a grande maioria da população nas periferias das cidades.

Os impactos deste desenvolvimento são visíveis na saúde da população que adoecia a cada dia, aumentando as fileiras do SUS. O trabalho de promoção da saúde e da equidade realizou-se com as famílias através de oficinas, encontros, rodas de formação e atividades de formação sobre saúde, alimentação saudável, produção de hortas urbanas, saúde e violência, dentre outras. **RESULTADOS:** A atenção integral à saúde dessas populações tem grandes desafios. A articulação do trabalho de promoção à saúde com os grupos organizados dessas comunidades e com as políticas públicas de saúde, de produção de alimentos, de educação e de assistência social foi determinante para que essas famílias buscassem o protagonismo e alternativas de promoção da saúde, da vida e da cidadania. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esse processo possibilitou a criação de hortas urbanas junto às famílias que deixaram de comer a comida do lixo para produzir seu próprio alimento. Além disso, a organização de alternativas de geração de trabalho e renda com artesanato, iniciativas comuns de trabalho, cuidado com a saúde das crianças e da família, participação nas conferências e instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e das políticas públicas intersetoriais.

A EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE PARTINDO DOS PRINCÍPIOS FREIRIANOS COMO ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE – DIÁLOGOS COM A POPULAÇÃO QUILOMBOLA – TAQUARANA/AL

Maria Silva, Maria Marcelino

Palavras-chave: Educação popular em saúde, promoção em saúde, empoderamento

O presente trabalho apresenta o relato da oficina de educação popular em saúde do Projeto Afro-atitude da FAMED/

UFAL, realizada em uma comunidade remanescente quilombola, na cidade de Taquarana/AL. A Educação Popular em Saúde é compreendida como meio para fazer uma ruptura com o modelo tradicional, centrado na doença e no biologismo, baseada em princípios como, construção compartilhada do saber e resgate do saber popular, ancorada em princípios éticos potencializadores das relações humanas forjadas no ato de educar, mediadas pela solidariedade e pelo comprometimento com as classes populares. Trata-se de um diálogo entre o saber técnico-científico e o saber popular. Os objetivos elencados para serem alcançados com a realização da oficina foram: Refletir sobre a realidade e a importância da Educação popular em saúde nos seus processos de transformação e produção de cuidados em saúde, desenvolver nos participantes o senso crítico quanto a sua responsabilidade com o outro e com a comunidade; compartilhar conhecimento, na perspectiva do empoderamento e fortalecimento da autonomia dos sujeitos implicados no processo de educação em saúde. A oficina foi desenvolvida usando recursos pedagógicos como roda de conversa, tempestade de ideias, leitura de textos, trabalhos em grupos, exposição dialogada, exibição de documentários e dinâmicas de integração. Foram dois dias de intensos trabalhos com muitos debates e reflexões acerca da realidade de vida das comunidades. **Comentários finais:** Segundo as falas dos participantes no processo avaliativo foi observado que o principal objetivo da oficina, o de compartilhar conhecimento, na perspectiva do empoderamento e fortalecimento da autonomia dos sujeitos implicados no processo, foi alcançado. Destacou-se durante toda oficina que o saber deve ser compartilhado, construído coletivamente, envolvendo o saber científico juntamente com o saber popular; assim, o educador/

educando, o profissional de saúde, o usuário, o líder comunitário, estão em patamares iguais: nenhum é maior que o outro, porém todos são importantes e sabem algo a ser partilhado.

A EDUCAÇÃO VISTA POR OUTRO OLHAR: A INFLUÊNCIA DO MOVIMENTO ESTUDANTIL NO COMPREENDER E NO FAZER SAÚDE

Sarah Anne Silveira Sampaio

Palavras-chave: educação, saúde, formação

APRESENTAÇÃO: A educação é um processo presente em todas as fases da vida. No entanto, ela é repassada com objetividade, em um sistema vertical de aprendizagem professor-aluno, sem muitas possibilidades de abordagem ou contestação. Até que algo provoca um novo pensar e questionamentos surgem, trazendo consigo as primeiras inquietações. O objetivo deste relato é apontar o movimento estudantil na construção do pensar crítico do estudante da saúde. **DESENVOLVIMENTO:** A rotina dos estudantes consiste geralmente em assistir as aulas, voltar para casa, ler o que lhes foi ensinado e acreditar que o conteúdo é então aprendido. Dessa forma, o aluno recebe o conteúdo passivamente, não se comportando como protagonista no seu próprio processo de educação. Diversas entidades representativas e grupos de defesa por algum ideal compõem o movimento estudantil. Dentre eles, se destacam para este relato o centro acadêmico, o fórum acadêmico de saúde e o projeto VER-SUS Brasil. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** O impacto que esses movimentos causou foi à reconstrução de um pensar baseado em informações recebidas via lavagem cerebral, se fazendo, dessa vez, crítico. Foi possível a desconstrução do entendimento de saúde como simples ausência de

doença, centrado meramente no modelo biomédico. Percebeu-se a importância também do saber popular, pois nenhum saber é maior que outro, mas que existem saberes diferentes e esses se somam. Foi possível entender que a mulher, o negro, e a comunidade LGBTT estão à margem da sociedade e precisam ter voz perante a ela. A pessoa com deficiência não deve ser chamada de “portadora” de deficiência, pois é algo que ela não tem como deixar de portar. Precisamos tratar diferentemente os diferentes para que tenham os mesmos direitos. A saúde é direito, não deve ser mercantilizada, diminuindo, dessa forma, a preocupação com sua eficiência. Devemos levar o conhecimento adquirido na universidade à comunidade e trazer a comunidade para usufruir do espaço da universidade. E por fim, que, ao pensar na comunidade, não pensemos em algo distante, mas em nós mesmos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O movimento estudantil acredita que a sala de aula não é o único local de aprendizado dentro da universidade e que a universidade não é o único local de aprendizado da juventude. Os estudantes precisam de mais oportunidades para aperfeiçoar o seu pensar crítico, pois não muito adianta possuir-se domínio sobre os conhecimentos da academia, ausentar-se da responsabilidade social com as pessoas. As pessoas precisam de profissionais que, mais do que saber sobre o cuidado, saibam como cuidar. Juventude com atitude pra defender a saúde.

A EFETIVIDADE DO TRABALHO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA SALA DE ESPERA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cintia Nascimento de Jesus, Daniele Ribeiro de Souza, Dennifer da Rocha da Silva, Elaine Basílio dos Santos, Maiane Lima de Souza, Tainara de Souza Santos

Palavras-chave: educação, educação em saúde, sala de espera

As ações de educação em saúde configuram-se como articuladoras entre a visão da realidade no âmbito de saúde e a busca de perspectivas e atitudes geradoras de reflexões nos indivíduos e posteriores mudanças de hábitos de vida que surgem em decorrência do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transfiguração nas condições de saúde da população. A sala de espera propõe debater alguns assuntos com os usuários e criar uma conexão entre a comunidade e o serviço de saúde. Posto isso, esse relato objetiva analisar a efetividade da metodologia assistencial sala de espera, refletindo assim sobre a educação conscientizadora como prática da liberdade. O presente estudo trata-se de um relato de experiência vivenciada por acadêmicas do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), durante o estágio da disciplina “Enfermagem na Saúde do Adulto em Atenção Básica”, no decorrer do mês de novembro de 2013. Nesse âmbito foi possível testar a eficácia do trabalho de educação em saúde realizado e indagar-se sobre a semente de uma repercussão no sujeito através da estratégia integradora de saberes coletivos, desenvolvendo sua autonomia e emancipação. As ações de educação em saúde foram realizadas na sala de espera de uma Unidade Básica de Saúde de Salvador utilizando como ferramenta um banner auto explicativo sobre hipertensão e diabetes, fomentando o conhecimento dos usuários sobre suas patologias e a conscientização sobre a relevância do auto cuidado. Durante a exposição do trabalho, observamos que os usuários encontravam-se dispersos e não manifestavam interesse sobre os temas em discussão. À partir do que foi observado entendemos que a nossa ação não obteve o sucesso esperado, levando-nos à pressupor que a resistência encontrada

tenha sido devido à falta de entusiasmo diante da metodologia utilizada como arcabouço e aos ruídos que atrapalhavam a escuta em virtude da superlotação. Notou-se também a importância do respeito e valorização da história de vida de cada usuário, contemplando assim, as condições de existência de cada ser e sua singularidade, para que o desígnio da educação em saúde seja verdadeiramente atingido. Essa prática caracterizou-se como um momento de grande valia para nossa formação enquanto estudantes e futuros profissionais de saúde, mesmo que a nossa ação tenha impactado somente uma pequena quantidade de indivíduos, o trabalho ainda assim foi produtivo, pois foi capaz de captar a mudança nestes sujeitos e torná-los atores responsáveis pelos seus processos de cuidado, potencializando o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços, a inclusão social e a promoção da autonomia da população na participação em saúde.

A ENFERMAGEM E A SAÚDE NA ESCOLA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM UMA UNIDADE DE EDUCAÇÃO INFANTIL DA AMAZÔNIA

Géssica Rodrigues de Oliveira, Antonia Irisley da Silva Blandes, Cristiano Gonçalves Moraes, Gisele Ferreira de Sousa, Simone Aguiar da Silva Figueira, Andréa Leite de Alencar, Veridiana Barreto do Nascimento, Maria da Conceição Cavalcante Farias

Palavras-chave: Educação em saúde, enfermagem, crianças

APRESENTAÇÃO: A higiene corporal e bucal são meios profiláticos através dos quais o indivíduo pode intervir ativamente no equilíbrio do corpo de maneira simples e eficaz, possibilitando a manutenção da

saúde e até mesmo auxiliando as defesas naturais do organismo impedindo a ocorrência de fenômenos. Estes hábitos relacionados ao autocuidado são de extrema importância por intervirem diretamente nos fatores determinantes do processo saúde/doença¹. A infância por tratar-se de um período de construção e adesão de hábitos e comportamentos, torna-se um período ideal para a prática de intervenções socioeducativas desta natureza. Sendo assim entende-se como de extrema importância o papel do profissional da enfermagem junto às instituições de educação atuando de forma interdisciplinar, considerando as características socioculturais locais. Este trabalho objetivou orientar sobre hábitos básicos de higiene corporal e bucal entre crianças da educação infantil, dando ênfase na sua importância na saúde do indivíduo.

DESENVOLVIMENTO: Configura-se em uma pesquisa descritiva, do tipo relato de experiência, realizada como parte da atividade avaliativa dos discentes do 5º semestre do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará campus XII, localizada no município de Santarém. Foi realizada atividade socioeducativa no dia 24 de Junho de 2015, em uma Unidade Municipal de Educação Infantil (UMEI) localizada na área urbana de Santarém, no período da manhã com público alvo 37 crianças de 3 a 4 anos de idade. Devido à faixa etária, optou-se por abordar o tema de modo dinâmico e lúdico com o intuito de promover a interação das crianças com os acadêmicos. Como meios empregados nas dinâmicas utilizou-se placas de “verdadeiro” ou “falso” distribuídas entre os menores, além disso, foi realizado um jogo educativo com painel de imagens que possibilitou às crianças estabelecer relações entre o assunto abordado e o próprio cotidiano através do uso de imagens sobre higiene: shampoo, sabonete, cortador de unhas estimulando as crianças a relacionar com o quadro que possuía categorias de

higiene corporal: couro cabeludo, orelhas, corpo e boca, colando no painel as imagens correspondentes a cada categoria. Ao término da explicação e das atividades foi feito sorteio de kit's de higiene contendo: creme dental, escova de dente e sabonete. RESULTADOS: Foi obtido êxito de acertos através da participação ativa crianças nos jogos educativos com feedback positivo advindo dos mesmos em relação ao assunto abordado, esses resultados foram alcançados através do apoio da escola e dos professores que ofereceram suporte estrutural, além de informações acerca dos alunos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Espera-se a adesão e manutenção dos hábitos de higiene bucal e corporal orientados aos alunos em seus respectivos cotidianos, bem como a propagação destas orientações e hábitos vinculadas através dos mesmos para seus familiares. Salientamos também a importância da manutenção destes hábitos no âmbito escolar, como parte integrante da rotina diária da UMEI e das práticas pedagógicas de seus professores, para a efetiva adesão aos mesmos pelas crianças.

A EXPERIÊNCIA DA DOCÊNCIA EM ENSINO SUPERIOR DURANTE A RESIDÊNCIA EM SAÚDE COLETIVA

Wellington Bruno Araujo Duarte, Plínia Manuella de Santana Maciel, Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella, Laís de Souza Monteiro, Rodrigo do Nascimento Dias de Oliveira, Elan José de Lima, Juliana dos Santos Lima, Fabricya Cavalcante dos Santos

Palavras-chave: saúde coletiva, ensino em saúde, atenção primária à saúde

Introdução: A Residência de Saúde Coletiva da Universidade de Pernambuco é vinculada à Faculdade de Ciências Médicas e recebe o apoio pedagógico de professores

que integram seu corpo docente, tendo inclusive em sua matriz curricular a prática da docência em ensino superior como forma de inserir o residente nas práticas pedagógicas ainda durante a especialização, pois, um dos grandes intuitos do curso é formar gestores para atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) tendo capacidade de exercer a docência nos campos de prática da saúde, conforme a lei orgânica da saúde orienta (BRASIL, 1990). Uma das práticas de docência ocorre no módulo "Atenção Primária à saúde 1", oferecido no primeiro período do curso de graduação em medicina dessa Universidade, que fazendo parte de um eixo prático-construtivista, tem entre os objetivos que o estudante de medicina possa compreender a determinação social da saúde enfocando o ambiente, as condições de vida, os processos produtivos, de trabalho e padrões de consumo; a complexidade da causalidade em saúde e as condições de trabalho das equipes da atenção primária à saúde; e refletir a importância da Atenção Primária à Saúde em atendimento aos princípios e diretrizes do SUS. O módulo reúne aulas na Universidade e práticas em territórios estratégicos, como o das Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Recife, PE, ao longo de um semestre. Objetivo: O objetivo deste relato é descrever a experiência do residente de saúde coletiva nas práticas de docência do ensino superior no módulo de Atenção Primária à Saúde (APS1). Metodologia A metodologia utilizada foi de relato de experiência a partir dos registros de falas em reuniões, aulas, anotações em diários de campo e registros fotográficos. Resultados: O residente aproximou-se dos conteúdos sobre docência em ensino superior e educação popular em saúde através da disciplina "metodologia do ensino em saúde", presente em sua matriz curricular. Após isto, inseriu-se no módulo participando das reuniões com o

corpo docente para contribuição com o projeto político pedagógico do módulo e capacitação dos preceptores dos campos de prática. Participou do processo de ensino-aprendizagem sob a denominação de tutor, junto aos alunos e os preceptores nos territórios de práticas, além de participar das aulas teóricas na Universidade, observando e contribuindo com os assuntos tratados. Considerações Finais: É importante a participação do residente de saúde coletiva na docência, e, neste caso, em Atenção Primária à saúde, pois este é um profissional em formação para a gestão do SUS e precisa estar habilitado também para o processo de ensino-aprendizagem nos diversos campos de trabalho. Além disso, tem a oportunidade trocar conhecimentos com os preceptores (profissionais da ESF, do Programa de Saúde Ambiental etc), e aproxima-se do território das equipes de saúde, garantindo aprendizado sobre a gestão do modelo de saúde vigente, fazendo análises críticas da situação encontrada, contribuindo para o aprendizado e uma visão abrangente do estudante de medicina acerca dos processos de saúde-doença e dos serviços de saúde que servirão para sua futura inserção neles.

A EXPERIÊNCIA DA INSERÇÃO DE ACADÊMICOS DE MEDICINA NA CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE CAXIAS DO SUL SOBRE SÍFILIS CONGÊNITA MEDIANTE A ESTRATÉGIA DE INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Suzete Marchetto Claus, Leonardo Guimarães de Almeida, Felipe Albani, Katiele Mariani Cassol, Lucas Friedrich Fontoura, Nixon Antunes Rocha, Rafaely Guinzelli, Dino Roberto Soares de Lorenzi

APRESENTAÇÃO: Sífilis (SF) é uma doença sexualmente transmissível também passível de transmissão transplacentária durante

a gravidez, relacionando-se a elevadas taxas de mortalidade perinatal de até 40% ou sequelas para o neonato. Apesar de seu tratamento ser conhecido, tem sido observado um aumento da notificação de casos de SF congênita nos últimos anos, desafiando os gestores e técnicos em saúde e toda a sociedade, fato este em parte atribuído à prática do sexo desprotegido e ao aumento da drogadição. Na gravidez se destaca a pouca adesão ao tratamento, em particular dos parceiros sexuais. Nesse município, ocorrem cerca de 6000 nascimentos/ano com taxas de SF congênita de 7 casos/1000 nascidos vivos. Espera-se reduzir as taxas de SF congênita em Caxias do Sul, RS por meio de uma capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS), qualificando sua intervenção junto às famílias que visitam; aumentando a sua informação sobre a doença; prevenção; importância da assistência pré-natal; formas de transmissão; diagnóstico e tratamento; enfatizando a sua adesão pelas gestantes e de seu parceiro em tempo hábil para evitar a infecção fetal. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O projeto de capacitação foi desenvolvido através de uma palestra dada aos ACS por médico do Setor de Atenção à Saúde da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caxias do Sul, seguida da distribuição dos ACS em grupos de até 10 integrantes e que duraram aproximadamente duas horas. Os grupos foram conduzidos por acadêmicos de Medicina previamente treinados e que atuaram como facilitadores. Através do trabalho de grupo, os ACS puderam esclarecer dúvidas e trazer suas experiências com casos de sífilis na gravidez já vivenciados. Como material orientativo, foi utilizado um folder informativo sobre SF desenvolvido pela SMS. Toda a atividade dos grupos foi monitorada por professores da Universidade de Caxias do Sul e profissionais da SMS. Foram realizados dois encontros, visto que o número de ACS demandou a

sua distribuição em duas turmas. Os ACS no final da atividade preencheram um instrumento de avaliação previamente construído e testado. RESULTADOS: Foram capacitados 194 ACS, destes 166 (81,7%) devolveram o instrumento de avaliação da capacitação. Atuaram como facilitadores dos grupos 10 acadêmicos de Medicina. Os ACS aprovaram a capacitação, 98,2% classificaram os aspectos gerais da campanha como “Bom ou Ótimo”. A obtenção de conhecimento sobre SF foi um dos aspectos destacados pelos ACS (53%), bem como a instrumentação para poder orientar melhor as famílias visitadas (59%). OS ACS destacaram ainda que a capacitação irá contribuir para que atuem na prevenção da SF congênita (70,46%) pelas informações obtidas. Dentre as principais sugestões deixadas pelos ACS, está a continuidade de capacitações (19,87%). CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir das avaliações dos ACS, pode-se inferir que a capacitação atingiu seus objetivos, sensibilizando e qualificando os ACS. O número de ACS capacitados se refletirá em 28 mil famílias de Caxias do Sul ou cerca de 100 mil pessoas – devido à aplicação do aprendizado dos agentes. Assim, fica evidente a importância das atividades relacionadas à interação ensino-serviço na qualificação das políticas públicas de saúde.

A EXPERIÊNCIA DE CURSAR RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO NORTE DO PAÍS

Sidney Braga

Palavras-chave: Residência Multiprofissional, Saúde da Família, UEPA, Região Norte

APRESENTAÇÃO: Os profissionais de Saúde da Família devem ter uma formação essencialmente voltada para a realidade de saúde da população, o que implica em

relacionar-se com toda a complexidade da malha social, econômica e cultural, rompendo o paradigma do antigo modelo profissional de saúde, melhorando assim a atenção integral à saúde. Com isso, a UEPA lançou o único Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Estado. OBJETIVO: descrever o projeto do único Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), pertencente à Universidade do Estado do Pará (UEPA) e a importância de sua participação no Estado. Descrição da experiência: O PRMSF da UEPA é sediado no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, localizado na Capital. A atuação ensino-serviço se dá em três municípios: Belém, Ananindeua e Benevides. Por ser uma instituição interiorizada, a UEPA oferece como campo de atuação outros municípios, através de projetos de extensão, com a finalidade de fortalecer a Estratégia Saúde da Família nas localidades e diversificar os saberes e práticas dos residentes, frente às peculiaridades regionais. Os profissionais do PRMSF são enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional. O programa divide-se em três eixos temáticos: Comum a todas as categorias, Transversal em Saúde da Família e Específico por categoria profissional. Além das atividades nas UBS, ESF, NASF e SMS, os residentes, participam de aulas teóricas, discussão de casos, fazem rodízio nos ambulatórios de especialidades. RESULTADOS: a partir da implantação da Residência em Saúde da Família pela UEPA, a mesma conseguiu parceria intersetorial e interinstitucional, a exemplo da Universidade Federal do Pará e as Secretarias municipais de Saúde, dentre outros, o que possibilitou o aumento do campo de atuação dos residentes e o fortalecimento da Rede. Além do mais, os residentes egressos estão sendo absorvidos nos seus Cenários de práticas como trabalhadores bem qualificados e diferenciados em virtude de sua formação

como especialista. Já está em discussão a implantação do projeto para a inclusão de outras categorias profissionais no PRMSF. A multiprofissional com enfoque em saúde da família possibilita a ação-reflexão-ação à aquisição de uma consciência sanitária crítica, individual e coletiva promove maior articulação entre ensino, serviço e comunidade; formando profissionais com qualidade sócio-política, ético-humanística e de relações interpessoais com habilidades para gerar impactos positivo no contexto loco-regional de construção do SUS e sensibilizar a gestão sobre a importância da valorização de profissionais qualificados e da necessidade da ampliação de centros de APS. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A UEPA cria um novo paradigma de formação, onde a aprendizagem ocorra na própria rede de serviços e, cria experiências novas, viabilizando a relação entre atitudes críticas e reflexivas com práticas multiprofissionais e interdisciplinares contribuindo para o surgimento de experiências alternativas de formação, com a incorporação de novos conhecimentos, habilidades e práticas.

A EXPERIÊNCIA DE ENTENDER O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO ESPAÇO ESCOLAR

Ingrit Medeiros Seehaber, Tatiana Reidel, Bianca Oliveira Gomes, Jaqueline Jaques Camboim, Priscine Silva dos Santos

Palavras-chave: educação, sus, direitos

A educação em saúde é apresentada como produção potente de promoção de saúde inserida nos diversos cenários sociais, oportunizando o cuidado e o conhecimento em saúde, trabalhando a aprendizagem dinâmica e reflexiva através da articulação entre a teórica e a prática. Nesta linha de pensamento, enunciamos o debate da formação reflexiva e vivencial a partir da

experiência do Programa de Educação Tutorial (PET) Cenários de Práticas e de Estágios Curriculares Noturnos de cursos de graduação da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A atividade aqui apresentada relata a vivência deste PET junto à escola Otávio de Souza de Porto Alegre/RS. A partir de levantamento realizado com os estudantes, identificou-se temas considerados relevantes e que demandaram atividades por meio de uma interlocução universidade e a sociedade. Evidenciou-se de forma expressiva questões sobre o atendimento da saúde. Há muitos equívocos no que se refere ao atendimento do SUS e as dificuldades no que tangem seu acesso. Para grande parte da população perpassa o imaginário de o que o SUS não funciona que é de má qualidade ou não tem o atendimento correto para as necessidades da população. No entanto compreende-se que com a democratização das informações é possível contribuir para que os usuários ultrapassem alguns empecilhos e acessem a rede de saúde, usufruindo seus direitos. Esse grupo PET propôs como atividade uma roda de conversa sobre o SUS na escola, com o objetivo de trabalhar com os estudantes sobre o que é o sistema, como usufruir deste serviço e quais suas portas de entrada com vistas a democratização da informação, disseminar o conhecimento sobre o sistema com vistas a evidenciar como o sistema trabalha, assim como os direitos que o cidadão possui ao usá-lo, informações sobre a rede de atendimento e quais são os seus acessos. Foram várias interlocuções com a escola o que resultou em planejamento o com coordenação pedagógica. A construção da oficina aconteceu com a abordagem por meio de roda de conversa com alunos do 2º e 3º anos do ensino médio, esclarecendo dúvidas e discutindo os assuntos propostos; elaborando e distribuindo folder explicativo sobre o SUS, aplicando uma dinâmica educativa e vivencial sobre as

portas de entrada do SUS. RESULTADOS: Empoderamento de estudantes sobre o SUS, a fim de ajudá-los a entender como funciona e como utilizá-lo. Gerando aproximação e interlocução de saberes entre a universidade e a sociedade, democratizando as informações de saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com a realização deste trabalho fica compreensível a necessidade da educação em saúde no espaço escolar. É preciso que se abram espaços de diálogo sobre os direitos à cidadania, assunto este no qual o SUS entra com sua importância na vida dos indivíduos da sociedade. Estar empoderado de conhecimento sobre como funciona o sistema, trará ao cidadão, um melhor uso dos recursos da saúde no país, os estudantes ao conhecer o sistema, entenderão mais sobre seus direitos e deveres perante à sociedade.

A EXPERIÊNCIA DE IMERSÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: O VER-SUS PROMOVENDO A INTERDISCIPLINARIDADE

Édria Aparecida Ferreira, Caroline Mota de Jesus, Marlon Deleon Dias de Oliveira, Marcia Izabel Gentil Diniz

Palavras-chave: Formação profissional, VER-SUS, Interdisciplinaridade

APRESENTAÇÃO: O VER-SUS constitui-se em um projeto colaborativo entre a Rede Unida e o Ministério da Saúde que promove estágios e vivências permitindo ao aluno a imersão na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Este dispositivo pretende estimular a formação de profissionais comprometidos ético e politicamente com as necessidades de saúde da população como também possibilitar o debate acerca das necessidades do SUS. Dessa forma, objetiva-se com este trabalho, descrever a experiência como vivente do VER-SUS e a importância desse acontecimento para formação acadêmica do aluno.

DESENVOLVIMENTO: A experiência aqui descrita foi ambientada no Município de Niterói na edição de inverno do VER-SUS em julho de 2014. A programação da vivência incluiu duas semanas de visitas as unidades de saúde da região guiados pelos próprios profissionais do SUS. As atividades incluíram também visitas culturais, discussão e debate sobre as experiências, elaboração de relatórios e apresentação de um seminário final aos profissionais da rede e demais envolvidos. RESULTADOS: O primeiro ponto a ser destacado é a multiplicidade de participantes do projeto, que abre espaço para troca entre estudantes dos mais diversos cursos de graduação. Dessa forma, na edição do Município de Niterói, alunos de tecnologia da informação, gestão pública, medicina, enfermagem, psicologia, direito, segurança pública, dentre outros, enriqueceram as discussões realizadas durante e após as visitas as unidades de saúde o que promoveu um trabalho interdisciplinar. Cada qual, sob a ótica de suas futuras profissões demonstravam que toda a área de conhecimento pode e deve contribuir para a melhoria do nosso Sistema de Saúde. Acrescido a imersão na realidade do SUS e a experiência de troca com os próprios profissionais, formulamos em conjunto, ainda que muito timidamente, as nossas considerações e propostas de mudanças. O segundo ponto a ser destacado e não menos importante, versa sobre a atuação do profissional e as condições do sistema de saúde na região. Nesse contexto, existe um emaranhado de experiências boas e ruins. Observou-se que as iniciativas de sucesso, incluíam uma gestão adequada dos recursos financeiros e pessoais, atentando para uma valorização da equipe de saúde. Somado a estas ações, a participação nas instâncias que deliberam sobre o funcionamento da rede e também a realização de uma educação em saúde e fomento da participação popular são essenciais. Vale ressaltar, que

as dificuldades encontradas relacionam-se, justamente, com essa escassez de recursos, desvalorização do profissional, sobrecarga dos setores e com a pouca participação popular e educação dos usuários. Dessa forma, a proposta do VER-SUS suscita no aluno uma análise crítica e reflexiva sobre a complexidade do sistema único brasileiro e possibilita uma formação voltada para a prática e não somente a discussão de teorias que não são viáveis de aplicação. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A vivência do VER-SUS promoveu uma troca de experiências entre estudantes dos mais diversos cursos de graduação e enriqueceram o processo de nossa formação, além de capacitar futuros profissionais a pensar problemas reais da prática.

A EXPERIÊNCIA DO BIOMÉDICO NA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Maira Silmara de Moraes, Patrícia Flores Rocha, Luciana Teixeira Barcellos

Palavras-chave: Residência, Atenção Básica, Biomédico

A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva de uma Universidade Federal corresponde à formação pós-graduada lato sensu, realizada em serviço e sob o acompanhamento docente assistencial, na área profissional da Saúde Coletiva, com abordagem multiprofissional e interdisciplinar destinada à carreiras provenientes das áreas de conhecimento em Ciências da Saúde, durante o período de 24 meses. Neste programa, o cenário de práticas no primeiro ano onde o residente está inserido, é uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este trabalho descreve ações nas perspectivas de núcleo profissional e campo da saúde coletiva, em uma ESF, em consonância com a Reforma Sanitária Brasileira, buscando dar visibilidade para

esta formação e atuação profissional e demonstrar a capacidade de potencializar ações de saúde voltadas aos indivíduos e coletividades. Esta Residência é composta por sete núcleos profissionais, dentre eles, o biomédico. Nas ESF, esses profissionais planejam e desenvolvem atividades relacionadas à promoção e prevenção em conjunto com a equipe da Unidade de Saúde, conforme as demandas do território e da comunidade e sob supervisão de um preceptor. Além disso, a formação conta com um suporte pedagógico, que consiste em aulas ministradas por professores da universidade referentes a diversos temas inerentes à formação em saúde coletiva. Dentre as ações de campo desenvolvidas pelo residente biomédico, em uma ESF incluem-se: participação no acolhimento, vigente na Política de Humanização do SUS; ações intersetoriais no Programa de Saúde na Escola; a participação nas reuniões de coordenadores de equipe, em que o residente tem a oportunidade de experienciar a interlocução com a gestão; a participação nas atividades burocráticas da unidade, que auxiliam na compreensão de políticas e fluxos do SUS; a participação no Grupo de Cessação do Tabagismo, Programa do Ministério da Saúde destinado a ajudar os participantes a deixarem de fumar, fornecendo-lhes informações e estratégias necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido e na realização de Testes Rápidos (TR), para a ampliação do acesso ao diagnóstico de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Atualmente são realizados TR para HIV, Sífilis e Hepatites B e C5. Os residentes também integram os grupos de monitoramento de agravos e contribuem para as discussões do enfrentamento dos agravos e/ou problemas de saúde de grande magnitude nos territórios onde estão inseridos. A experiência de formação e atuação na residência possibilita a construção de um novo trabalhador de saúde no SUS, atento e sensível aos diversos

aspectos das necessidades individuais e coletivas, de acordo com as especificidades locorregionais. A diversidade de atuação permite o desenvolvimento de ações de núcleo profissional e campo da saúde coletiva, com competências para atuação no eixo de planejamento, gestão e avaliação e no eixo da promoção, vigilância e educação da saúde, incorporando saberes que possibilitam a atuação do biomédico sobre o processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida.

A EXPERIÊNCIA DO VER-SUS SERGIPE COMO FERRAMENTA NA FORMAÇÃO POLÍTICO-PEDAGÓGICA DIFERENCIADA DE PROFISSIONAIS PARA O SUS

Janaina Amarante Gonçalves Bispo, Larissa Oliveira da Graça

Palavras-chave: VER-SUS, formação, Educação Popular

Os cursos no âmbito da saúde são conhecidos historicamente por seguir um modelo engessado de ensino, onde são priorizados aspectos biológicos em detrimento dos sociais. O ensino arcaico somado a estigmas e preconceitos sobre a não resolutividade da assistência e precarização do sistema resulta em interesse reduzido pelo setor público – especificamente pelo Sistema Único de Saúde – na maioria das universidades. Isso se dá devido à distância ainda recorrente entre o ensino-aprendizagem proposto pela academia e o entendimento sobre a importância da atuação diante das reais necessidades da população, onde estão contidos elementos sociais, políticos e econômicos, de gênero, culturais, entre tantos outros aspectos. Ou seja, é fundamental dispormos de ferramentas que levem o profissional de saúde ao encontro com a realidade da população a fim de abordar o que a compõe, criando um sentido

ampliado de saúde. Com o objetivo de apontar a possibilidade de novas abordagens teórico-práticas, demonstraremos como o VER-SUS Sergipe contribuiu para a formação político-pedagógica diferenciada. Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) é um projeto da Rede Unida e estratégia do Ministério da Saúde, que proporciona através da imersão no sistema e contato com a comunidade, a aproximação dos estudantes e profissionais de saúde com o cotidiano do SUS. O presente relato traz a experiência da construção metodológica do projeto VER-SUS Sergipe, além de salientar as mudanças observadas e elencadas pelos viventes após a vivência. A vivência em Sergipe se deu entre os dias 16 e 27 de Junho de 2015 na Escola de Formação “Canudos”, Assentamento Moacir Wanderley, no Povoado Quissamã. Para o VER-SUS Sergipe, a Educação Popular representou o alicerce metodológico, pois é entendido que sob o aspecto do protagonismo dos diversos sujeitos é possível a construção do conhecimento de forma coletiva e fundamentada no processo dialético, direcionando da mesma maneira a associação entre o conhecimento da realidade, experiências, e conhecimentos do processo de formação, contribuindo assim para uma metodologia ativa. Ao todo participaram 50 viventes de diversos cursos e regiões do Brasil, disseminando nos espaços a contribuição multiprofissional e interdisciplinar – itens essenciais no planejamento das ações e políticas do SUS. A articulação com os atores sociais se deu através de espaços expositivos em plenária onde foram discutidos temas como: Reforma Sanitária Brasileira, Como Funciona a Sociedade, Opressões, Movimentos Sociais e Análise da Conjuntura Brasileira, além da vivência em unidades de saúde, assentamentos do MST e ocupações do MOTU. Foi observado que tais discussões despertaram os ideais dos viventes para

a militância em defesa do direito à saúde, potencializando a mobilização social. O que pôde ser observado em suas atuações em mobilizações pós-VER-SUS, tais como Conferências de Saúde, Centros Acadêmicos e Diretórios Estudantis. Assim, o VER-SUS Sergipe teve grande contribuição para a saúde pública e para a Educação em Saúde, visto que foi o primeiro momento de engajamento e defesa das políticas do SUS para a maioria dos viventes, e os estudantes que buscam esse conhecimento são os profissionais integrais e humanizados do SUS que almejamos.

A FORMAÇÃO DE ATORES SOCIAIS NO FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO: EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Vanderléia Laodete Pulga, Carolina Klaesener, Amanda Tamara de Souza, Raoli Scheidemantel Wagner, Carina Andressa Dick

Palavras-chave: educação popular em saúde, formação, participação

APRESENTAÇÃO: A educação em saúde é uma ferramenta importante para qualificar a ação dos diferentes atores sociais que interagem na busca da integralidade da atenção à saúde e da universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde. Este trabalho busca apresentar o Projeto de Extensão “Formação de atores sociais a partir da educação popular em saúde” que vem sendo desenvolvido na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) Campus Passo Fundo com estudantes, docentes e técnicos vinculados ao curso de Medicina em parceria com entidades, movimentos sociais populares, gestores e instituições formadoras. **DESENVOLVIMENTO:** Com o objetivo de qualificar atores sociais para a participação efetiva nos processos de

formação em saúde, de gestão participativa e de controle social do SUS para a compreensão e defesa das políticas públicas setoriais e intersetoriais, o referido projeto teve parceria com a Rede Unida, a Fiocruz, o Ministério da Saúde, a Secretaria de Saúde estadual, as secretarias de saúde dos municípios da região e outras entidades. Dentre as principais ações desenvolvidas cabe destacar o Curso Formação de Atores Sociais através da Formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Marau/RS, Carazinho, Passo Fundo, Ernestina, Água Santa, Sertão e Pontão. Outra atividade formativa foi com o Movimento de Mulheres Camponesas. Além disso, a plenária regional de saúde realizada em fevereiro de 2015 sobre o “Contexto da saúde e os desafios atuais do SUS e do Controle Social” foi fundamental para a preparação à XV Conferência Nacional de Saúde. Também foram realizados Círculos de Cultura com mulheres camponesas, trabalhadoras urbanas, com assentados da Reforma Agrária, Comunidade Quilombola de Mormaça e com da Comunidade Indígena do Carreteiro. Além disso, o acompanhamento às reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Passo Fundo e do Fórum da Saúde, o Seminário sobre o Programa de Avaliação da Atenção Básica e o Seminário sobre Saúde, arte e cultura também foram atividades relacionadas ao projeto. A metodologia adotada foi da educação popular em saúde que prima pela construção compartilhada de saberes e práticas, pela problematização, reflexão e aprofundamento das temáticas, pelo compromisso ético-político com a saúde e cidadania das pessoas, pelo vínculo, afeto e amorosidade nas relações, por metodologias participativas e pela transformação da realidade do educando nos serviços de saúde e no controle social. **RESULTADOS:** Este projeto possibilitou a formação de mais de 700 pessoas dos diferentes segmentos sociais envolvidos na implantação do SUS e vem transformando

a forma de atuarem junto as suas equipes conforme relatos feitos durante o curso e os encontros. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esse processo também qualificou os atores sociais para a participação nas conferências de saúde e evidenciou a importância da articulação dos diversos atores da educação popular em saúde.

A FORMAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE: UMA PROPOSTA INOVADORA

Marluce Mineiro, Tamis dos Santos de Oliveira Araújo, Jussara Nunes Barbosa

Palavras-chave: Serviço Social, Formação Profissional, Amazônia

APRESENTAÇÃO: O Serviço Social é uma área de atuação profissional instituída e legitimada pela sua eficácia política e social. Surge no contexto industrial a partir da necessidade de ofertar assistência aos grupos socioeconomicamente desfavorecidos e atua na intervenção das “questões sociais”. A questão social reflete um conjunto de expressões de desigualdades sociais do sistema capitalista, tendo como gênese exploração, expropriação e mais-valia do trabalhador. Deste modo, faz-se necessária a composição do Assistente Social nas equipes multiprofissionais e interdisciplinares, a fim de trabalhar a dimensão social do indivíduo, assistindo e garantindo direitos constitucionais dentre eles a saúde. **Objetivo:** Trata-se de um diálogo cujo objetivo é apresentar uma reflexão acerca da formação do Assistente Social para atuar na área da saúde, de forma a assistir os usuários, garantido a universalidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde. **Desenvolvimento:** Buscou-se através de uma Roda de Conversa entre professor e alunos da graduação do curso de Serviço Social da Universidade

Federal do Amazonas (UFAM), refletir sobre a práxis profissional a partir de uma proposta pedagógica transformadora da formação do Assistente Social, enquanto profissional que compõe a equipe de saúde. Foi apresentada a ementa atual da disciplina Serviço Social na área da saúde, onde a partir de questões reflexivas, os alunos puderam contribuir acerca do conteúdo, metodologia e práticas consideradas inovadoras para a formação em saúde. **RESULTADOS:** Apontou-se a necessidade de articular melhor a teoria à prática, levando-se em consideração o que é vivenciado no cotidiano dos assistentes sociais que atuam na saúde. Para tanto, foi proposto discussão de casos atendidos em unidades de saúde local, bem como visitas às unidades de saúde para apreensão da prática e uso do instrumental técnico e ainda, relato de experiências de profissionais da saúde. Foi apontada a necessidade de imersão do aluno no interior do Estado, para compreender a dinâmica de vida dos povos indígenas, ribeirinhos entre outros, bem como apreender o contexto em que mesmos estão inseridos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A diversidade socioeconômica e cultural existente no contexto amazônico requer pensar em novas formas de construção do saber, a fim de refletir na práxis do profissional, respostas efetivas na atenção à saúde do usuário e compreender “as vozes que vem da rua”, garantido a universalidade e a equidade no acesso aos serviços de saúde.

A FORMAÇÃO MÉDICA DESDE UMA REFERÊNCIA TERRITORIAL: APROXIMAÇÕES COM O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Felipe Silveira da Costa

Palavras-chave: Formação Médica, Saúde Coletiva, Território

A formação médica no Brasil situa-se em um momento de formulação de práticas voltadas às necessidades sociais da população. Isto tem tensionado a mudanças curriculares, considerando o território vivo com seus processos sociais, ambientais e biológicos. Nessa perspectiva foi proposto o curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul enquanto possibilidade de proposição de um modelo de formação integrado à realidade do território em que está inserido. Um dos componentes curriculares que expressam essa característica foi o da Saúde Coletiva que possibilitou a partir das reflexões desenvolvidas no contexto do encontro entre as diferentes disciplinas que compõem esse campo, a produção de um espaço de ensino-aprendizagem que têm possibilitado a ampliação da formação médica tendo como base o território em sua multiplicidade. O presente trabalho almeja refletir sobre o curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul em suas aproximações com o território enquanto campo de prática e produção de saberes mediados por vínculos significativos com comunidades locais e os sistemas municipais de saúde. Para tal, foram reunidos relatos e documentos produzidos a partir da prática de professores e estudantes em municípios do entorno da universidade que incluíam comunidades quilombolas, rurais, indígenas, de assentados rurais e urbanas. Durante o processo de construção do currículo no componente de Saúde Coletiva, foi proposto um percurso pedagógico que aproximasse os estudantes do território em que a Universidade estava inserida. Foram propostos momentos de imersão no território vinculados ao componente curricular de Saúde Coletiva de forma processual e longitudinal ao longo de oito semestres, desde o início do curso. Tais atividades propuseram como cenário de prática comunidades representativas da região: assentados rurais, periferia urbana, quilombolas e indígenas. Realizando

o processo de construção de vínculos significativos entre estudantes, professores, comunidades e profissionais de saúde locais criou-se um processo de ensino-aprendizagem fortalecendo assim o desenvolvimento local comunitário a partir da interação e diálogo de saberes. Foram desenvolvidas nas imersões atividades que possibilitaram a vinculação da academia com o território enquanto um território vivo, ampliando a percepção dos saberes a serem incorporados na formação médica e contribuindo concretamente com os desafios vivenciados pelas populações de municípios no entorno da universidade. Esse cenário tem levado a uma instigante produção de sentidos no âmbito do componente curricular que se coloca não simplesmente em uma posição de reflexão teórica e destacada da realidade, mas enquanto possibilidade de reflexão e ação sobre o vivido. Isto têm levado a composição de um ambiente de aprendizagem mais significativo e, ao mesmo tempo, salientado tensionamentos decorrentes do processo de transição paradigmática presente na saúde e também no lugar do médico enquanto ator importante. Assim, desde os mais diversos espaços, estudantes, professores, pessoal técnico-administrativo, gestores municipais, trabalhadores da saúde e comunidade têm expressado seu contentamento e desconforto com as mudanças propostas, fatos que têm sido aproveitados enquanto substrato pedagógico, aliando à multiplicidade do cenário dos territórios visitados à também multiplicidade realidade do contexto político-institucional em questão.

A GÊNESE DO ESTÁGIO DE VIVÊNCIAS NO SUS – BAHIA E A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Debora Moura dos Santos, Luciana de Oliveira Alves, Laíse Rezende de Andrade, Suiane da Costa Ferreira, Izabelle Pinto Camara, Décio Plácido dos Santos Neto

Palavras-chave: Formação em Saúde, Integração educação e trabalho

APRESENTAÇÃO: O Sistema Único de Saúde - SUS evidencia antigos problemas e coloca novos desafios para a formação de pessoal, que é reconhecidamente área crítica do setor saúde. Uma das estratégias na construção de maiores compromissos na formação de profissionais com o SUS, em contexto nacional, tem sido a realização dos Estágios de Vivências que constituem importantes dispositivos que permitem ao estudante experimentar o cotidiano de trabalho da gestão e dos serviços de saúde como espaço de aprendizagem, configurando-se enquanto um princípio educativo e possibilitando a formação de profissionais comprometidos ético e politicamente com as necessidades de saúde da população. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB, através da Escola Estadual de Saúde Pública - EESP, com a parceria de trabalhadores, usuários, instituições formadoras e Ministério da Saúde, desenvolve o Estágio de Vivências no SUS Bahia - EVSUS-BA/VERSUS Brasil, que surgiu da articulação com estudantes. É um processo educativo teórico-prático que contempla os seguintes eixos temáticos: Políticas de Saúde, Modelos de Atenção, Formação em Saúde e Participação Social. Para participar, os estudantes selecionados como mediadores, que realizaram a vivência em edição anterior, passam pelo Curso de Formação de Mediadores de Aprendizagem, no qual são capacitados para acompanhar o grupo com 12 estagiários que estarão participando pela primeira vez do programa. É oportunizado aos estudantes a imersão nos sistemas locais de saúde dos municípios da Bahia, no período de 8 dias, onde conhecem de forma crítica e propositiva os espaços de gestão, atenção à saúde, conselhos de saúde e movimentos sociais. Resultados: O

EVSUS – BA contabilizou, ao longo de sete edições, a inscrição de 20.025 estudantes e a participação de 2.113, entre mediadores de aprendizagem e estagiários dos 17 cursos de saúde, distribuídos em 55 municípios. Com isto, a vivência também assume o desafio de fortalecer o compromisso ético e político dos estudantes com a Reforma Sanitária, estimulando a construção de novas relações de compromisso entre as instituições de ensino e o SUS, tendo o processo de trabalho em saúde e a aproximação dos estudantes com este, como fio condutor para os processos de mudança na formação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A busca pela participação no EVSUS-BA representa a necessidade de parcerias entre a saúde e a educação, no que tange o ordenamento da formação em saúde, qualificando futuros profissionais com capacidade de avaliar, propor e implementar políticas públicas de saúde nos sistemas locais de saúde da Bahia.

A GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA A PARTIR DAS PLURALIDADES SOCIAIS E DE SAÚDE: DA FORMAÇÃO À INSERÇÃO DO SANITARISTA

Virginia de Menezes Portes, Ana Paula Cappellari, Fernanda Cardoso da Silva Feijó, Ivan Ricalde, Vanderlei Dutra, Vivian Costa da Silva, Cristianne Famer Rocha

Palavras-chave: educação, sanitaria, formação

Apresentação e objetivo: Este projeto de extensão surge da iniciativa e protagonismo de discentes com o objetivo de desenvolver e potencializar ações na divulgação das habilidades e competências deste profissional, para sua inserção em diferentes campos de atuação. O projeto visa apresentar o Bacharel em Saúde Coletiva a gestores e trabalhadores da

área da saúde, a fim de articular espaços de atuação deste profissional de forma interdisciplinar e integrada, com foco na equidade e integralidade em saúde. A inserção do Sanitarista busca responder às necessidades de bens e serviços em saúde da sociedade, respeitando e considerando suas pluralidades e especificidades. A equipe de trabalho conta com 15 participantes e é composta por docente, discentes e egressos do Curso de Graduação em Saúde Coletiva, que realizam reuniões semanais de acompanhamento do projeto e planejamento estratégico das demandas identificadas. Além de realizar estas atividades, o grupo realiza um movimento reflexivo e crítico de temas atuais e relevantes à formação do sanitaria. **Desenvolvimento do Trabalho:** O grupo elaborou e planejou, de forma protagonista, as diferentes estratégias de divulgação, apresentando o Sanitarista a partir de articulações com gestores e trabalhadores da área da saúde, no sentido de potencializar a inserção desse novo profissional. Na divulgação realizada em diferentes cenários, destacamos a capacidade do profissional em analisar problemas em Saúde Coletiva, apresentar proposições e desenvolver ações de promoção, educação, vigilância e gestão em saúde. O Bacharel em Saúde Coletiva está apto a planejar, implementar e avaliar estratégias de acompanhamento e coordenação no âmbito das ações, serviços, sistemas e redes de saúde, organizando, dirigindo e executando processos institucionais. A análise da situação de saúde, utilizada como ferramenta principal para a tomada de decisão, permite ao Sanitarista a ampla avaliação do processo organizacional, resultando assim na gestão efetiva de insumos, tecnologias e organização de processos de trabalho. **Resultados:** A equipe de trabalho realizou ações estratégicas e obteve resultados satisfatórios, até o presente momento. Foram realizadas

visitas, contatos, articulações, produção de materiais, que resultaram na possibilidade de incorporação do Sanitarista em hospitais públicos e no setor suplementar de saúde. Como resultado, obteve-se também a oportunidade de inserção do Sanitarista na docência em cursos técnicos da área da saúde. Ao final do projeto, será realizado um Seminário Integrador para avaliação do êxito da iniciativa. **Considerações Finais:** A inserção do Bacharel em Saúde Coletiva torna-se crucial na articulação dos múltiplos fatores que determinam socialmente a saúde da população. A práxis diária, embasada no compromisso profissional, acadêmico e social, busca assegurar a atenção integral, universal e equânime a todos aqueles que utilizam o Sistema Único de Saúde. Os participantes deste projeto, comprometidos com a qualidade da atenção à saúde no Brasil, demonstram protagonismo na apresentação de suas habilidades profissionais e diretrizes de formação, as quais são embasadas nos princípios do SUS.

A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANEJAMENTO ESTRATEGICO DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM UMA UNIDADE SAUDE DA FAMILIA DO MUNICIPIO DO RIO DE JANEIRO

Louise Anne Reis da Paixão, Ludimila Cuzatis Gonçalves, Fabiana Silva Marins Nazareno Cosme, Raquel Bernardo da Silva

Palavras-chave: saúde da família, educação, equipe multiprofissional

A atenção básica em saúde é um campo que utiliza tecnologias para a produção do cuidado com intuito de intervir nas demandas e necessidades de saúde do usuário adscrito, observando critérios de risco e vulnerabilidade. Ela busca cuidar do sujeito em sua singularidade e em

sua coletividade, de forma integral (MS, 2012). Desse modo, o presente trabalho tem como objeto de estudo relatar as contribuições do diagnóstico situacional através da discussão de casos em reuniões periódicas com a equipe multiprofissional de saúde da família em uma unidade no município do Rio de Janeiro. Assim, através de um gerenciamento com os indicadores de saúde da unidade obtidos pelo prontuário eletrônico. Periodicamente, a direção elege aleatoriamente prontuários nas linhas de cuidado mais frágeis e entrega em reuniões periódicas para que as equipes multiprofissionais possam refletir qualificar sua conduta e discutir os protocolos em saúde vigentes. Nesse cenário temos o apoio dos profissionais do NASF (Núcleo de Apoio em Saúde da Família) como fisioterapeuta, psicóloga, psiquiatra, fonoaudióloga entre outros que auxiliam no matriciamento dos casos e qualificam a promoção da educação continuada. Além disso, contamos com a presença das sete equipes de saúde da família representadas por pelo menos três profissionais incluindo os profissionais da equipe técnica (médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem). No que tange, a discussão de casos baseadas no planejamento estratégico do diagnóstico situacional percebeu-se uma melhora no registro do prontuário eletrônico e no acompanhamento das linhas de cuidado em saúde que são mais vulneráveis. Percebeu-se também que o diálogo entre as equipes multiprofissionais se aproximou visto que muitas vezes eles mesmos esclarecem dúvidas de outras equipes de saúde da família baseada em sua vivência. Acrescentamos que esta ferramenta deverá ser implementada constantemente entre as equipes saúde da família.

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA MULTIPROFISSIONAL NO GRUPO DE GESTANTES ABRACE O PARTO NO MUNICÍPIO DE PONTA PORÁ – MS

Tatianne dos Santos Perez, Rita de Cassia Astolfi, Cleide Oliveira Sousa, Etelvina Telch Sachini, Juliana Zanett Albertini, Ariane Di Lauro Oliveira, Angela Rios, Angelica Dalla Vechia Biolchi, Carla Gouveia Santiago

Palavras-chave: Gestante, Parto Humanizado, Assistência Multiprofissional

APRESENTAÇÃO: O Ministério da Saúde recomenda a implantação de grupos de apoio para o atendimento das gestantes interessadas objetivando prestar assistência mais humanizada à mulher e ainda oferecer suporte para a vivência plena desse momento gestacional, estimulando o autocuidado e a preparação para o parto. Como uma das estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, o Ministério da Saúde também apoia e autoriza a presença de doulas em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade durante todo o período de internação na maternidade. Doula é uma ocupação oficialmente reconhecida pelo Ministério do Trabalho, nº 3221-35, em Janeiro de 2013. São mulheres que apoiam outras mulheres desde a gravidez até o nascimento, com informações baseadas em evidências científicas e apoio físico e emocional para que a mulher sintase segura e protagonista em suas decisões. **OBJETIVOS:** Este trabalho tem como objetivo principal, promover a abertura de um espaço de encontros entre doulas, profissionais da saúde, gestantes e puérperas para a escuta e a troca de experiências sobre gestação e partos, de forma democrática e participativa, a fim de aproximar mulheres que já passaram ou estão passando pela gestação e amamentação e que procuram

apoio e informação sobre esta nova fase de suas vidas. **METODOLOGIA:** A experiência de cada uma delas junto com as informações passadas por multiprofissionais ajuda no processo de escolha. Entre as atribuições deste grupo está a de desenvolver ações que aumentem o potencial individual e social de eger formas de vida mais saudável, assim como, realização e/ou condução de grupos participativos nas ações de promoção da saúde em conjunto com a Associação de Senhoras Rotarianos de Ponta Porã e PJC – Fronteira. Os encontros do grupo de voluntários e gestantes são realizados quinzenalmente, aos sábados, no período matutino com duração de duas horas, no espaço da Casa da Amizade Fronteira no município de Ponta Porã – MS. Esses encontros são em rodas de conversa abordando temas diferenciados sobre o momento que elas estão vivenciando, levando informações sobre o período gestacional e puerperal. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Sendo assim, conclui-se que essas atividades em grupo, incentiva a mulher em ser protagonista do nascimento do seu filho, sendo que através da escuta ativa e do diálogo procura esclarecer desejos, expectativas e medos da mulher grávida. Neste contexto, a mulher informada e consciente das etapas do seu trabalho de parto, poderá opinar e decidir quanto a sua mobilidade, sua posição favorável para o parto, deambulação se assim desejar, ingestão de líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto e a presença ou não de acompanhante, promovendo um planejamento do momento do parto.

A IMPORTÂNCIA DA CAPACITAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Paula Beatriz de Souza, Dase Luyza de Sousa, Érika Rayanne Costa da Silva, Ana Safira Trajano da Silva, Rita de Cassia Soares

da Silva, Helena Priscila Pereira, Edivania de Almeida Silva, Lucelia Fernandes de Almeida

Palavras-chave: Sistematização da assistência, Educação em saúde, Promoção à saúde

APRESENTAÇÃO: A Sistematização da Assistência de Enfermagem SAE, é um programa que tem por intuito padronizar o processo de assistência prestada pela enfermagem, sendo de inteira responsabilidade do enfermeiro, determinado pelo COFEN nº 272/02. No entanto, durante a graduação, o discente não é devidamente capacitado para utilizar-se desse instrumento, desconhecendo sua importância. Devido a essa deficiência durante a graduação, o futuro profissional, ao se deparar com a obrigatoriedade da utilização da SAE, seja em uma instituição de saúde pública ou privada, encontrará dificuldades na utilização do mesmo, comprometendo, a prestação do atendimento. **OBJETIVO:** Destacar a importância de uma melhor capacitação dos programas de sistematização da assistência durante a formação dos acadêmicos de graduação em enfermagem. **METODOLOGIA:** Esta pesquisa consistiu em um relato de experiência, de forma descritiva, desenvolvida por acadêmicos de enfermagem, regularmente matriculada no 8º período do referido curso, elaborada no segundo semestre no ano de 2015, mediante análise observacional de como a SAE está sendo abordada na atual grade curricular. **RESULTADOS:** Percebemos que durante a graduação pouco é ensinado sobre a importância da SAE. Capacitar esse futuro profissional durante a formação é fundamental, tendo em vista que após a graduação essa ferramenta será um dos nossos instrumentos de trabalho e devemos está capacitados para utiliza-lo de forma adequada para uma melhor qualidade na prestação da assistência nos diferentes

âmbitos de atuação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Concluímos ao final deste trabalho que a capacitação da SAE durante a graduação é de extrema importância para melhor fundamentação da prática de enfermagem, ao propiciar uma padronização e favorecer um atendimento mais eficiente e eficaz. Entretanto, na prática, observou-se que a forma como este aprendizado está sendo repassado para os discentes, não propicia aos mesmos, segurança técnica e teórica para utilizarem-se desse instrumento tão essencial nas práticas do cuidado em Enfermagem.

A IMPORTÂNCIA DA DANÇA PARA UM GRUPO DE IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Évany Maria Umbelina Amorim Smith, Ana Caroline Batista da Silva, Ingrid Raiane René Cordeiro

Palavras-chave: Idosos, Enfermagem, Dança para Idosos

APRESENTAÇÃO: A dança, além de ser uma excelente atividade física, melhora a respiração e o equilíbrio, tornando-se uma aliada para a promoção à saúde do idoso. Robatto (1994), por exemplo, enumera seis funções pertinentes à dança, a saber: comunicação, autoexpressão, diversão, identificação cultural, prazer e espiritualidade, tendo como ênfase o caráter sociabilizador da qual motiva os idosos. Entretanto, o processo de envelhecimento causa uma variedade de limitações físicas e psicológicas, essas que tornam difíceis desempenhar algumas atividades e, além disso, a vida social dos idosos se torna limitada, influenciando negativamente a qualidade de vida. Por esse motivo, o grupo “Idoso Saudável” proporcionou uma atividade que possibilitou aos seus participantes expressarem através de movimentos corporais suas emoções,

além de desenvolverem habilidades motoras e cognitivas. Objetivamos relatar a importância da dança em uma festa cultural, desenvolvido com um grupo de idosos. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Estudo descritivo exploratório do tipo de relato de experiência, resultante do projeto de extensão “Idoso Saudável” desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde do Guamá. Em junho de 2015, o projeto de extensão proporcionou aos seus participantes uma festa cultural denominada de Arraial Saudável. Nessa festa os idosos foram motivados a interagirem através de momentos de alongamento e dinâmicas. Após esse momento, um convidado responsável por organizar e conduzir a quadrilha formou duplas compostas por um acadêmico e um idoso e, então, demos início ao arraial. No arraial, houve a dança da quadrilha, com passos característicos da festa; o casamento na roça; desfile da miss simpatia e um lanche com comidas típicas. **RESULTADOS:** esse momento proporcionou aos idosos interação, diversão e atividade física de forma prazerosa. Notamos que os idosos concluíram essa atividade com um semblante mais alegre, mais disposto e comunicativo. A dança é tão influenciadora que mesmo aqueles que não tinham afinidade para dançar se renderam aos encantos dessa arte. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Certamente os idosos se sentem mais ativos perante uma atividade em que podem expressar seus sentimentos através de movimentos corporais. A dança realmente é um fator determinando quando se fala de experiência corporal, e conseqüentemente possibilitar a sociabilização em grupo dos idosos.

A IMPORTÂNCIA DA DISCIPLINA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA FORMAÇÃO EM ENSINO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camila Panzetti Alonso, Rogério Renovato

Palavras-chave: Ensino em Saúde, Educação em Saúde, Ensino-aprendizagem

A disciplina Educação em Saúde é uma disciplina obrigatória do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, cuja ementa se propõe a discutir a historiografia da educação em saúde no Brasil, as teorias e perspectivas da educação em saúde, educação em saúde e o Sistema Único de Saúde e a promoção em saúde. Como trabalho final da disciplina foi proposta uma narrativa reflexiva abordando os artigos discutidos nas aulas, sendo que a narrativa permite, segundo Galvão (2005), a significação que é a interpretação que o ouvinte/leitor obtém a partir do inter-relacionamento da história (fatos e acontecimentos) com o discurso (forma como a história foi contada). O objetivo deste trabalho foi descrever a importância da disciplina na formação de uma aluna do Mestrado Ensino em Saúde. A contextualização histórica possibilitou a reflexão nos avanços (e retrocessos) de saúde e educação no Brasil, e também permitiu o entendimento da situação atual, influenciada diretamente por estas práticas históricas. Nas discussões realizadas em rodas de conversa nas aulas da disciplina, constatou-se a visão positivista da Educação em Saúde brasileira, reforçada não somente pelo Relatório Flexner, mas também pelo ideário da Escola Nova da década de 1920, que tinha como objetivo moldar as crianças, acreditando que seriam “realmente educáveis” (FERRIANI; GOMES, 1997). Outro elemento apontado foi a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública na década de 1930, que formalizou o vínculo entre educação e saúde (VENTURINI, 2013) e a Constituição de 1934 que estabeleceu um Plano Nacional de Educação, em um discurso que previa uma educação comum a todos os cidadãos. O percurso histórico

desvelado na disciplina do mestrado trouxe à tona o investimento das práticas educativas em saúde sobre os sujeitos, preparando-os para a industrialização e a necessidade de corpos saudáveis (FERRIANI; GOMES, 1997). Nessa tessitura de leituras, diálogos e debates, adentramos na década de 1940, apontando para o modus operandi do Serviço Especial de Saúde Pública (SES). Sua proposta inicialmente voltada à educação das crianças, com o papel das educadoras sanitárias e dos Clubes de Saúde nas escolas primárias desloca-se para a educação de adultos envolvendo a comunidade e os interesses políticos locais (RENOVATO; BAGNATO, 2010). Já no período de ditadura até os dias atuais, verificou-se um sistema de atenção à saúde dual (público e privado), pautado em dicotomias, e cada vez mais refém da falta de financiamento. Além do perfil histórico, a disciplina proporcionou discussões envolvendo os aportes teóricos de Paulo Freire e Maria Helena Salgado Bagnato. A disciplina possibilitou o desenvolvimento de reflexão sobre os modelos de saúde atuais, fortemente influenciados pelo modelo biomédico e permitiram a apreensão de conceitos e discussões que não havia vivenciado, contribuindo para visão crítica, ainda pouco evidenciada antes da disciplina.

A IMPORTÂNCIA DA INTEGRALIDADE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Ana Rita de Oliveira Tucan, Suni Liu, Elisana Lima Rodrigues, Osvaldinete Lopes de Oliveira Silva

Palavras-chave: Integralidade, Pet-Saúde, SUS

APRESENTAÇÃO: Uma das tarefas dos SUS é ordenar a formação de profissionais de saúde tendo a integralidade como um dos eixos norteadores, uma vez que, essa é uma das diretrizes requeridas pela Constituição

Federal para as ações e serviços de saúde pública. Como uma política indutora dessa formação, o Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde) visa promover a iniciação às práticas profissionais no âmbito do SUS, de forma interdisciplinar e, preferencialmente nos diversos níveis de complexidade das ações de saúde. Esse resumo visa relatar a experiência de estudantes de Nutrição na vivência do SUS proporcionada pelo Pet-Saúde em dois níveis de complexidade. **DESENVOLVIMENTO:** O Pet-Saúde da UFMS buscou promover uma vivência pedagógica da integralidade em saúde, através da formação de grupos tutoriais multiprofissionais atuando nos diversos níveis de complexidade da Rede Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. Foi possível conhecer a atuação profissional na Atenção Básica (ESF e NASF), nas Especialidades e, alguns grupos, no Hospital Dia vinculado ao Hospital Universitário. Dentre as vivências no nível de promoção da saúde estavam as atividades coletivas como o Emagresus, QualiHans, Servidor Saudável, Grupo de atendimento à Saúde Mental, Grupos para crianças com excesso de peso, Dia mundial da amamentação e as ações do Hiperdia. Na especialidade foram acompanhadas as ações de tratamento e reabilitação com as consultas individualizadas e em grupo com nutricionistas, psicólogas e fonoaudiólogas. Atuando nos níveis de complexidade, foi possível observar, ainda que com suas limitações, a efetivação da referência e contrarreferência, quando o profissional da UBSF encaminha para a Especialidade e este retorna à Atenção Básica para continuar sendo acompanhado pela equipe de saúde de sua área adscrita. **RESULTADOS E IMPACTOS:** O PET-Saúde propiciou aos acadêmicos uma visão mais ampla e crítica em relação aos diferentes cenários de práticas, vivenciando as experiências dos diversos profissionais, observando, no cotidiano do

serviço a interdisciplinaridade e um pouco da integralidade que aprendemos na sala de aula, onde os profissionais colaboram entre si em forma de rede, tornando essa prática viável e fundamental para o sucesso de suas ações na busca pela solução dos problemas de saúde dos usuários. Os participantes também contribuíram com os serviços de saúde realizando ações de educação em saúde e aplicando uma pesquisa de cunho científico para conhecer aspectos ligados à saúde do grupo materno infantil daquela comunidade, visando contribuir com a gestão pública dos determinantes sociais da saúde, no âmbito local. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O conhecimento adquirido pela experiência real vivida no cotidiano das equipes de saúde oportunizada pelo Pet-saúde é algo que o ensino tradicional na área da saúde, jamais pode alcançar, ainda mais quando este permite ao estudante transitar nos diversos níveis de complexidade da rede de saúde. Profissionais formados com essa visão, certamente estarão aptos a fazer o SUS que queremos, atuando com ética e competência, contribuindo como multiplicador na sua esfera de influência, para um sistema capaz de prestar assistência integral visando promover, proteger e recuperar sua saúde dos indivíduos e da coletividade.

A IMPORTÂNCIA DA TECNOLOGIA EDUCATIVA COMO INSTRUMENTO DE POTENCIALIZAÇÃO NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM: FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS

Ingrid Raiane Renê Cordeiro, Ana Caroline Batista da Silva, Évany Maria Umbelina Amorim Smith, Francisca Wrisselia Augusto Noronha, Marcos da Silva Trindade, Tiago de Nazaré das Chagas e Chagas, Sandra Helea Isse Polaro, Geysse Aline Rodrigues Dias

Palavras-chave: Tecnologia educativa, Enfermagem, Ensino

APRESENTAÇÃO: De um modo geral, tecnologia refere-se a uma técnica, artefato ou alternativa desenvolvida pelo homem para facilitar a realização de um trabalho ou criação. Tanto na educação quanto na saúde, os educadores devem compreender as tecnologias como meios facilitadores dos processos de construção do conhecimento, numa perspectiva criativa, transformadora e crítica. Os conhecimentos e competências vão se transformando rapidamente no atual contexto social, no qual os meios de comunicação estão potencializados pelo avanço das novas tecnologias e pela percepção do mundo como uma rede de relações dinâmicas e em constante permuta. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O estudo é de caráter descritivo, com abordagem qualitativa do tipo relato de caso. O intuito da aula foi desenvolver um quiz de perguntas e respostas sobre o tema “As atribuições do enfermeiro na Atenção Básica”, o jogo intitulou-se: “Será Que Eu Sei?”. Tudo ocorreria como um programa de televisão ao vivo, com um apresentador, uma plateia e comerciais. Os temas abordados nas questões foram entregues com antecedência para que os discentes pudessem estudar e tirar eventuais dúvidas. A turma teve autonomia de se dividir em três grupos em números de integrantes proporcionais e orientados pelo docente em nomear as equipes, escolher um representante, ensaiar previamente um grito de guerra e se preparar para apresentar um comercial que teria um limite máximo de tempo de dois minutos que contemplasse benefícios ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os discentes optaram por nomear as equipes com os respectivos nomes: “Pororoca”; “SUScesso” e “VIPVOP”. Cada equipe ficou em média com 12 discentes e escolheram um representante para cada equipe durante

as três rodadas de perguntas e respostas, a cada rodada haveria um tempo de 2 minutos para que encenassem um comercial que eles optaram por abordar: A campanha de vacinação contra o Papiloma Vírus Humano (HPV); o pré-natal e a ouvidoria do SUS. As perguntas tinham caráter eliminatório e podendo cada representante ter ajuda de sua equipe, exceto na rodada de desempate, que os mesmos teriam que responder as perguntas sem o auxílio dos demais integrantes da equipe. **RESULTADOS:** Tudo aconteceu como um momento de descontração, diferente das aulas tradicionais, que tem apenas um educador tentando transmitir a mensagem e os educandos tentando assimilar o conteúdo. Houveram esforços de ambas as partes para se realizar uma aula diferente do habitual, possibilitando uma nova experiência didática. No entanto, deixaram claro que esse momento se constituiu como um espaço importante para melhor apreensão do conhecimento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As vertiginosas transformações das sociedades contemporâneas têm colocado em questão, de modo cada vez mais incisivo, os aspectos relativos à formação profissional. Este debate ganha contornos próprios no trabalho em saúde. A tecnologia educativa vem a somar e fomentar práticas na docência superior em saúde, a fim de construir um ensino-aprendizagem voltado a uma formação que propicie um perfil de profissional autônomo e criativo, sendo válido ressaltar a pró-atividade do professor em propor tal metodologia e o comprometimento do aluno a construir de forma mútua tal atividade.

A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A FORMAÇÃO DE ENFERMAGEM

Ana Maria de Souza Matozo, Andriely Gomes dos Santos, Ana Karoline da Silva, Nathan Aratani

Palavras-chave: estudantes de enfermagem, educação em enfermagem, prática, cuidados de enfermagem

Apresentação: Indubitavelmente, as práticas laboratoriais e a teoria acadêmica são necessárias para inserção do estudante na prática dentro do serviço proporcionando uma formação em saúde centrada no usuário e incorpora a integralidade no processo de ensino-aprendizagem, sendo o ambiente de prática ideal para superação de insegurança e tensões dos graduandos de enfermagem. Além disso, a relação ensino-serviço é de potencial importância para o desenvolvimento de habilidades e competências dos estudantes. Isto é, o conhecimento não se concretiza somente por meio de estudos acadêmicos, mas também estrutura-o através do seu dia a dia no trabalho, a partir da realidade, na qual transformar o saber teórico em prática assistencial é a construção do novo conhecimento, ajudando o discente a refletir sobre sua ação e realidade onde está inserido – buscando problematizar o seu cotidiano e direcionando na tomada de decisões (ASSAD; VIANA, 2005). Desenvolvimento do trabalho: Para o processo de formação a atividade de ensino contou com aulas teóricas expositivas além de práticas em laboratório durante dois meses. No laboratório todas as técnicas básicas de cuidado de enfermagem foram ensinadas e praticadas com manequins, onde havia ainda apoio de um monitor acadêmico de enfermagem para auxílio e treinamento das habilidades. Após adquirir as habilidades básicas, fomos direcionados aos campos práticos dentro dos serviços de saúde, como ambiente hospitalar, atenção básica, central de materiais e unidades de pronto atendimento. No ambiente hospitalar a prática ocorreu nas clínicas cirúrgicas e os cenários vivenciados mostraram a dificuldade de realizar os cuidados com os pacientes. A realidade nesses ambientes

é antagônica à vivência em laboratório, já que a falta de lugar adequado para colocar a bandeja com os materiais, falta do glicosímetro ou da fita reagente, paciente agitado, troca de leito do paciente diferente da técnica aprendida, tempo exíguo durante a assistência e a presença do familiar, são fatores que influenciam num atendimento de qualidade e na postura do profissional frente ao indivíduo. Logo, as práticas específicas no laboratório fazem com que os alunos de enfermagem formem uma ideia do modelo de ambiente hospitalar em que será inserido, entretanto ao se deparar com a realidade há um embate, na qual existe resistência dos profissionais da saúde local com os discentes e outro fator é a dificuldade de encontrar materiais, a falta deles ou o uso é restrito – contribuindo para ansiedade do estudante e cuidado ineficaz do paciente. Impactos: Com essa experiência foi possível desenvolvermos as aptidões e habilidades de criatividade, trabalhar a ansiedade, capacidade de questionar, investigar, divergir, argumentar, analisar, avaliar e, ter empatia e responsabilidade para um bom trabalho em equipe. Visto que o ensino-serviço contribui para uma vasta experiência relacionando-a com segurança do acadêmico. Considerações finais: A vivência prática dentro dos serviços de saúde possibilita ao estudante de enfermagem desenvolver habilidades e aptidões crítico-reflexivas para enfrentar as situações em processo de mudança e tomar decisões adequadas para uma assistência de enfermagem de qualidade.

A IMPORTÂNCIA DAS VIVÊNCIAS EXTRAMUROS NA FORMAÇÃO PARA O SUS

Ana Carolina Oliveira Peres, Maria Eduarda Pereira Caminha, Daniela Cristina Pereira, Ana Isabel de Godoy Ferreira, Daniela Lemos Carcereri

Palavras-chave: Residência Multiprofissional, Ensino, Sistema Único de Saúde

As residências multiprofissionais em saúde (RMS) têm como proposta pedagógica a qualificação de profissionais da saúde, alinhando-os aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, priorizando a atenção integral e a construção do trabalho coletivo em saúde. Fundamentam-se em um projeto político, pedagógico e ético que considera o indivíduo, a família e a comunidade. Para desenvolver tais habilidades, o residente participa efetivamente de diversas atividades do serviço em que está inserido, de momentos teóricos e teórico-práticos. Porém, em um país de discrepâncias claras de condições de vida, de oferta de serviços e de acesso à saúde, conhecer diferentes realidades, torna-se fundamental para a formação integral do residente. Objetivou-se descrever e divulgar a proposta de estágio curricular de vivência extramuro realizado por um coletivo de residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC/SMS) na Residência Multiprofissional da Escola de Saúde da Família Visconde de Sabóia, em Sobral (CE). As atividades extramuros promovem a convivência e interação das RMS com as comunidades, familiarizam e capacitam os residentes a trabalhar na realidade que enfrentarão ao adentrar no mercado de trabalho. A REMULTISF possui em sua grade a carga horária de 240h para tal estágio, sendo que os residentes escolhem o local e planejam o roteiro de trabalho a ser realizado coletivamente ou em seu núcleo de formação. Participaram do estágio: 2 enfermeiras, 1 assistente social e 1 dentista. Durante o mês de junho/2013, o grupo se inseriu no processo de formação dos residentes sobralenses, com participação

em atividades pedagógicas (aulas, tutorias, encontros de categoria), atividades de serviço (visitas domiciliares, atendimento coletivo, acolhimento aos usuários, atividades com escolares), de conhecimento da rede municipal de saúde, com foco nos serviços de referência à saúde mental e saúde da mulher. Durante o processo alguns conceitos foram evidenciados, como o da educação popular em saúde, concretizado em experiências como a da caravana de educação popular e o Ver-SUS, assim como a utilização de metodologias ativas de ensino durante as aulas teóricas e a aplicação das mesmas junto aos usuários. Ou seja, o processo vivo do trabalho em saúde, foi ressignificado para o grupo da REMULTISF, incorporando novos saberes, novos olhares e novos fazeres. A partir da experiência foi possível compreender a atuação daquela equipe multidisciplinar que, mesmo em meio às adversidades como a precarização das relações de trabalho e falta de estrutura física em alguns territórios, praticava o acolhimento, atendimentos individuais, vínculo, esforços coletivos em busca da integralidade, com predomínio de práticas humanizadas multi e interdisciplinares. Tais diferenciais foram revelados aos residentes da REMULTISF, destacando-se a maneira como tutores e preceptores estavam inseridos direta e ativamente no campo de atuação dos residentes sobralenses. A experiência mostra-se enriquecedora tanto para o grupo que parte para a vivência, quanto para o grupo que os recebe. Sugere-se que essa integração entre as diversas RMS existentes no país deva ser expandida, melhor explorada e formalizada, a fim de facilitar o processo das trocas e fortalecer a formação, tornando-a, de fato, integral.

A IMPORTÂNCIA DO PET-SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DE UM OLHAR DIFERENCIADO DOS FUTUROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Ronize Fernandes Silva, Eddie William de Pinho Santana, Glaucia Posso Lima, Ana Kelly Adriano Viana

Palavras-chave: PET Saúde, Formação profissional, profissionais da saúde, UECE

Ao pensar em novas e diferentes práticas em saúde, torna-se imprescindível que tais mudanças, só serão possíveis com a formação de novos profissionais envolvidos com o contexto histórico-social, atuando na perspectiva de atenção à saúde de forma intersetorial. Na tentativa de repensar a formação do profissional de saúde, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), em parceria, lançaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Para complementar a atuação do Pró-Saúde, o MS criou, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). O PET-Saúde caracteriza-se como uma estratégia do Pró-Saúde para fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas prioritárias para o SUS, inserindo os estudantes das graduações em saúde nos espaços dos serviços. O presente trabalho objetiva apresentar, com base nas vivências dos acadêmicos da Universidade Estadual do Ceará (UECE) na Rede de Atenção em Saúde Materno Infantil de Pacatuba/CE, nos últimos dois anos, a importância do Pró-Saúde/PET-Saúde na formação profissional dos acadêmicos. As ações desenvolvidas inseriram os acadêmicos na realidade da Rede de Saúde de Pacatuba, composta por dezenove equipes de atenção básica, dois núcleos de apoio à saúde da família, treze equipes de saúde bucal, um hospital municipal e a secretaria de saúde, os quais seis receberam o Pró-Saúde/PET-Saúde.

Foram desenvolvidas as seguintes atividades no programa: Levantamento bibliográfico; Leitura, discussão e fichamento de artigos; Capacitação em pesquisa qualitativa e quantitativa; Pesquisa de campo: pré-teste e coleta dos dados; Participação na de análise dos dados, redação dos resultados e elaboração dos relatórios; Levantamento de dados demográficos e epidemiológicos de gestantes, puérperas e crianças até dois anos de idade; Inserção no território; Acompanhamento do fluxo de atendimento nos níveis de atenção; Para interagir com a comunidade, adotamos oficinas como estratégia de ação e nelas combinamos atividades em grupo, rodas de conversa, apresentação dialogada, vídeos, dinâmicas para articular ensino, pesquisa e extensão e estimularem a reflexão da formação dos monitores. As interações estimularam a troca de conhecimentos, a interdisciplinaridade, a postura crítica e reflexiva de todos os envolvidos nesse processo. Muitas dificuldades perpassam essa trajetória: questões físicas, estruturais, perfil do usuário, às vezes analfabeto, não concomitância de horários entre monitor, preceptor e serviço de saúde, gestão local. Contudo, percebemos o sucesso das ações do Pró-Saúde/PET-Saúde. A interdisciplinaridade, a pesquisa e a integração ensino, serviço e comunidade, proporcionadas às atividades realizadas por esse programa incentivam a constante aproximação do perfil do profissional às necessidades e às políticas públicas de saúde do país. Considera-se que o Pró-Saúde/PET-Saúde da UECE, é uma estratégia que permite a formação dos futuros profissionais de saúde por favorecer momentos de proximidade com a realidade da população e dos serviços de saúde, gerando novos olhares para as necessidades do sujeito, desenvolvendo potencialidades para enfrentar as limitações, criando possibilidades e soluções cabíveis para

a melhoria na qualidade dos serviços de saúde. Contribui assim para a formação de um novo perfil de profissionais de saúde mais qualificados, preocupados com suas responsabilidades sociais e seu enfrentamento.

A IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA INTERDISCIPLINAR COMUNITÁRIO DURANTE A GRADUAÇÃO

Paula Beatriz de Souza, Dase Luyza de Sousa, Érika Rayanne Costa da Silva, Ana Safira Trajano da Silva, Rita de Kassia Soares da Silva, Carla Karoline da Silva Simião, Edivania de Almeida Silva, Lucelia Fernandes de Almeida

Palavras-chave: Educação em saúde, Equipe interdisciplinar, Promoção à saúde

INTRODUÇÃO: A composição de uma equipe multidisciplinar é feita por profissionais de diversas áreas, que devem avaliar o paciente como um todo, na busca de uma relação mais humanizada. O programa interdisciplinar comunitário PIC, é o novo método de educação utilizado para o trabalho em equipe. Essa prática é desenvolvida por um grupo de acadêmicos do mesmo período na graduação e de cursos distintos da área da saúde, que terão a missão de desenvolver um trabalho multiprofissional no âmbito da atenção básica, visto que a fragmentação no processo do cuidar é comumente encontrada nos campos de atuação. OBJETIVO: Destacar a importância do trabalho da multidisciplinaridade durante a graduação. METODOLOGIA: Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido por acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade Potiguar UNP no segundo semestre letivo do ano de 2015, durante aulas teóricas, práticas e vivenciais desenvolvidas no programa interdisciplinar comunitário, mediante diagnóstico e

sistematização das necessidades de saúde na comunidade. Foi realizado o planejamento e o desenvolvimento de metodologias de intervenção na atenção básica. Esse processo foi dividido em momentos tais como: Territorialização de atuação, divisão da área e micro área de abrangência e visita domiciliar. RESULTADOS: Após a construção do conhecimento da realidade social na qual seria inserido o programa, realizamos um projeto terapêutico singular PTS, onde ocorre às reuniões em equipe que contemplam as discussões dos casos e decisões conjuntas, momento em que cada acadêmico também tem a oportunidade de apontar as dificuldades encontradas por ele. Após esse levantamento de dados, a equipe realiza a solução para cada problema encontrado durante a coleta de dados e finalizamos o programa com uma ação de aplicação das propostas apontadas. CONCLUSÃO: Podemos concluir ao final do PIC, que a interdisciplinaridade e a troca de conhecimento são ferramentas essenciais para a promoção da saúde. Portanto, se faz necessário compreendemos que saúde não é construída apenas com um agente ou categoria profissional, mas sim, com sujeitos de áreas do conhecimento distintas, porém, que buscam um denominador comum, que é uma forma mais eficiente de realizar prevenção e promoção da saúde.

A INFLUÊNCIA DA MÍDIA NO CONSUMO ALIMENTAR DE ADOLESCENTES ENTRE 13 A 15 ANOS MATRICULADOS EM UMA ESCOLA PRIVADA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, RJ

Alessandra Racca Gonçalves

Palavras-chave: mídia, consumo alimentar, adolescentes, rio de janeiro, alimentação, prática educativa

APRESENTAÇÃO: Atualmente, o perfil

alimentar dos adolescentes envolve o consumo excessivo de refrigerantes, açúcares e fastfoods e, em contrapartida, a reduzida ingestão de frutas, verduras e hortaliças. Nesse contexto, qualquer erro na construção alimentar, levará à formação de hábitos inadequados, como desvios nutricionais, o que culmina para o surgimento de inúmeras doenças. Diversos fatores são responsáveis por influenciar na alimentação dos indivíduos. Porém, vivendo-se em um mundo onde a mídia possui papel totalmente controlador sobre as pessoas, os meios de comunicação acabam contribuindo para um consumo inadequado de alimentos (REES, 1992). A Prática Educativa teve como objetivo geral conhecer os hábitos alimentares dos adolescentes. E, como objetivos específicos, promover o interesse dos mesmos em modificar seus hábitos alimentares com base numa alimentação saudável, além de orientar sobre os malefícios ocasionados pelo consumo de alimentos industrializados. **DESENVOLVIMENTO:** A Prática Educativa foi realizada em duas etapas. Em um primeiro momento, foi realizada a avaliação nutricional e a aplicação de um questionário contendo questões fechadas, o qual teve por objetivo avaliar o hábito dos adolescentes. Todos eles estavam regularmente matriculados e foram autorizados por seus responsáveis a participar, após a assinatura do termo de consentimento. Em um segundo momento, foi realizada uma introdução do que é alimentação saudável, baseada na explicação da Pirâmide Alimentar Brasileira. Além disso, foram exibidos, através do DataShow, alguns comerciais de alimentos, a fim de discutirmos os mitos envolvidos, o apelo sensorial e o conseqüente poder da mídia. A partir deste cenário, foi realizada uma reflexão, ressaltando os danos que os produtos podem oferecer ao organismo humano, se consumidos em longo prazo. **RESULTADOS/IMPACTOS:** De acordo com

os questionários aplicados, 54,2% dos adolescentes afirmaram que a mídia influencia na sua alimentação, uma vez que muitos compram alguns alimentos somente porque aparecem na televisão. Quando perguntados sobre hábitos alimentares, 95,8% disseram que consomem alimentos industrializados mais de três vezes por semana. Uma das grandes influências no comportamento dos adolescentes são os aparelhos eletrônicos, os quais têm sido um dos principais motivos da ausência de atividade física na vida deles. Outro fator perceptível foi o fato de alguns adolescentes sentirem vergonha de comer de forma saudável. Diante disso, foi realizada uma reflexão com inúmeros questionamentos sobre comer comida de verdade, e eles entenderam que comer bem não é sinônimo de vergonha. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Através da prática educativa, pode-se perceber a importância do nutricionista na vida da população, uma vez que a prática motivou muitos adolescentes a mudarem seus hábitos alimentares. A promoção da saúde é algo essencial, uma vez que a informação promove modificações no modo de pensar e de agir de muitas pessoas. As atividades que promovem saúde precisam ser colocadas em práticas por todos os profissionais da área de saúde, a fim de que todos tenham acesso à informação e possam, assim, escolher o caminho pelo qual irão percorrer.

A INSERÇÃO DA EDUCAÇÃO POPULAR NO COTIDIANO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MARACANAÚ-CE

Rita Maria de Oliveira Forte, Sheila Cyrino Câmara, Inês Dolores Teles de Figueiredo, Geanne Maria Costa Torres, Gerlane Holanda de Freitas, José Auricélio Bernardo Cândido, Rianna Nágilla Silva Nobre

A Educação Popular em Saúde é uma política ainda em implantação. Uma ação pensada como dispositivo desse processo foi o desenvolvimento do Curso de Educação Popular em Saúde para agentes comunitários de saúde e agente de combate a endemias. Posto isso, esse trabalho busca relatar a experiência do curso Edpopsus para agentes comunitários de saúde no município de Maracanaú. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa de análise reflexiva, em que se descreve a realização do Curso Edpopsus na cidade de Maracanaú-CE, no período de janeiro a junho de 2014. O mesmo foi dividido em três momentos, e cada mostra participou, em média, 300 agentes comunitários de saúde, contando com a presença de Mediadores, Educadores Populares e Articuladores do Curso, que facilitaram os encontros. Nesse relato nos deteremos ao trabalho realizado em seis das doze turmas realizadas. Pelos resultados, evidenciou-se que a cada encontro os educandos traziam como atividade, algumas práticas de educação popular em saúde realizada no território, acrescidas do novo olhar, sentido e aprendizado construído durante as formações. Esse aprendizado, advindo da construção compartilhada do conhecimento, foi rico de reflexões pelos agentes de saúde nos momentos presencias, onde os mesmos relatavam aprender, com momentos prático-reflexivos, a construir juntos novos saberes, facilitando a maneira de compartilhar, aprender-ensinar desses conhecimentos junto à comunidade no cotidiano de trabalho, conseguindo transformação das práticas profissionais e empoderamento dos sujeitos no cuidado individual e coletivo com a saúde. Conclui-se, então, que o curso contribuiu para disparar a discussão sobre a implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS), levando a um resgate da cultura popular, incentivando um movimento de mudança

das práticas no cuidado a saúde, bem como sua metodologia, baseada no diálogo e na construção compartilhada dos saberes, facilitou a aplicação dos conhecimentos teóricos na prática junto à comunidade, fortalecendo o protagonismo dos sujeitos, o vínculo e a resolubilidade das ações em saúde, como relatado por educandos e a própria gestão.

A INTERAÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA COM AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SUS

Bruna de Oliveira, Lucas Henrique Lenhardt, Vanderléia Laodete Pulga, Marindia Biffi

Palavras-chave: Práticas integrativas, medicina alternativa, Educação

APRESENTAÇÃO: As Práticas Integrativas e Complementares são ações de saúde milenares que visam reestabelecer o princípio homeostático corporal por meio do contato com agentes naturais e interação com o meio ambiente. Com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em 2006, essas práticas de cuidado em saúde passaram a ser institucionalizadas no Sistema Único de Saúde e desde então se percebe uma ascensão no seu uso. Com o contato prático nas vivências/imersões de estudantes durante o curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul campus Passo Fundo, são vivenciadas algumas dessas práticas de cuidado, principalmente no contato com populações indígenas, quilombolas, camponeses e assentados rurais vinculados ao MST em municípios do norte gaúcho. **DESENVOLVIMENTO:** O cultivo de plantas medicinais e fitoterapia, a homeopatia, a acupuntura e outras ferramentas de cuidado complementares da prática médica hegemônica, auxiliam no processo de recuperação, tratamento

ou profilaxia de pacientes. Essas medidas, apesar de fazerem parte do cotidiano das comunidades, recentemente estão tendo visibilidade e espaço de atuação no SUS, como se identifica em municípios do norte do Rio Grande do Sul, especialmente em Água Santa e Pontão. A horta medicinal e a socialização de conhecimentos sobre os efeitos terapêuticos das ervas e sua melhor forma de eficácia, favorecem uma atenção integral e complementar da medicina convencional. Durante as vivências de imersão da UFFS, os acadêmicos de medicina se integram nessa realidade compreendendo a importância dessas práticas de cuidado, assim como o respeito quanto à opção terapêutica que cada pessoa possui quanto à escolha dos métodos de tratamentos. RESULTADOS: O exercício prático dessas situações permite um conhecimento prévio sobre as práticas integrativas que contribui na construção das ferramentas de cuidado para os futuros médicos e possibilita uma decisão de seu uso isolado ou coadjuvante na terapêutica. Assim, o discente entra em contato com uma realidade que o faz refletir sobre essas abordagens terapêuticas e determinados preconceitos e resistências sobre as mesmas. Os locais que ofertam essa possibilidade médica complementar indicam que há maior adesão ao tratamento, principalmente em idosos, além de um maior vínculo do usuário com a Unidade Básica de Saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Considerando os inúmeros benefícios das práticas integrativas, faz-se necessário o uso racional e a busca de equilíbrio entre a medicina convencional e a complementar. Ainda há desafios para um equilíbrio entre a apostamédica dessas práticas como o exercício da autonomia dos usuários na escolha por determinadas abordagens em seu cuidado, dependendo do tipo de patologias a serem tratadas. Outro fator relevante quanto ao crescimento dessas práticas é a questão financeira, pois esses métodos possuem baixo custo em comparação às

outras. Porém, demandam uma integração e participação social permanente. Por fim, o contato com populações indígenas, rurais e quilombolas, vem contribuindo na formação médica tanto para uma análise das peculiaridades que se encontram nesses locais, como também para uma formação crítica, humanística e inserida no cotidiano dos serviços, ampliando as ferramentas de cuidado para o exercício médico.

A INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA: POTENCIALIDADES E DESAFIOS A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DA MEDICINA DA UFFS

Carina Andressa Dick, Vanderleia Laodete Pulga, Raoli Sheidemantel Wagner

Palavras-chave: formação médica, ensino-serviço-comunidade, SUS

APRESENTAÇÃO: A formação de profissionais da saúde, em especial de médicos, é um desafio mundial frente às necessidades de saúde dos povos, à transição demográfica e de perfil epidemiológico e às exigências científicas contemporâneas. Nessa perspectiva o Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul Campus Passo Fundo (UFFS/PF) vem desenvolvendo iniciativas como o dispositivo das Imersões/vivências no Sistema Único de Saúde. Este é vinculado ao Componente Curricular de Saúde Coletiva, que utiliza o dispositivo das Imersões/vivências do Sistema Único de Saúde (SUS) para o ensino-aprendizagem em todas as fases do curso, possibilitando a interação entre o ensino, os serviços de saúde e as comunidades. O trabalho apresenta essa experiência com suas potencialidades e desafios. DESENVOLVIMENTO: O Curso de Medicina da UFFS/PF iniciou suas atividades no segundo semestre de 2013, com base nas diretrizes curriculares para

a formação médica. A imersão/vivências no SUS é um dispositivo pedagógico que promove a inserção dos acadêmicos no SUS através da interação ensino-serviço-comunidade, com vivências realizadas pelos estudantes organizados em grupos, com acompanhamento de docentes da UFFS e preceptoria local em seis municípios da região, no cotidiano dos serviços de saúde e das comunidades. Para cada vivência tem roteiros orientadores das ações e das reflexões a serem produzidas na interação que os estudantes realizam sistematicamente. Este dispositivo responde ao desafio proposto à formação médica que é de atender a saúde da população de forma integral e de formar profissionais de saúde capazes de enfrentar os atuais desafios de saúde das populações. RESULTADOS: Após dois anos de experiência, é possível identificar melhorias nos processos de trabalho das equipes de saúde, inclusão de políticas e ações de saúde, o reconhecimento de populações e suas necessidades de equidade, ampliação da participação social e formação das equipes de saúde especialmente de agentes de saúde. Em relação aos estudantes, há um domínio sobre as formas de compreender os processos de saúde-doença das comunidades, de elaboração de diagnósticos, projetos de interação com as comunidades e equipes de saúde, contemplando a promoção, proteção e educação em saúde. A cada semestre ocorrem adaptações pedagógicas, da dinâmica de funcionamento e da logística necessária, aprimorando a organização e a orientação das atividades desenvolvidas, trabalhando com eixos temáticos e promovendo maior participação dos estudantes desde o primeiro semestre. As mudanças vão sendo feitas a partir de discussões levantadas principalmente pelos acadêmicos, que questionam a forma como os processos de trabalho ocorrem nas unidades básicas de saúde e a participação dos estudantes nessas relações, para que

efetivamente consigamos contribuir de forma mútua para qualificação do serviço e da formação médica. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A construção das práticas realizadas nas vivências do SUS atrelada as demandas das comunidades é constante, contribuindo para a formação de médicos com capacidade de pensar criticamente, de analisar os problemas de saúde e suas múltiplas relações e buscar soluções. Por fim, é fundamental manter canal de diálogo entre equipe de saúde, comunidade, estudantes e professores para aprimorar o processo de formação em serviço e melhorar a saúde da população.

A INTERDISCIPLINARIDADE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE NOVO HAMBURGO

Sabrina Mendes Türck, Karine Ferreira Machado, Arthur Momberger Machado, José Werlei Lucena, Silvio Vitali Junior, Julia Brum, Marielly de Moraes

No campo da saúde, as várias profissões têm um objeto de trabalho comum: o ser humano com carências de cuidado em saúde. Para uma abordagem integral que contemple as necessidades de saúde entra em cena a interdisciplinaridade, que se caracteriza por um processo complexo que aborda uma relação didática entre diferentes áreas (PIRES, 2008). Este trabalho relata vivências interdisciplinares entre nutricionistas e enfermeira residentes, estagiários de fisioterapia, e agentes comunitários de saúde (ACS) no processo de educação em saúde em uma unidade de saúde da família (USF) na cidade de Novo Hamburgo. A integração entre as diferentes áreas da saúde ocorreu em grupos de educação em saúde desenvolvida na USF, planejados pelas residentes de nutrição e de enfermagem. Desde a chegada dos estagiários na USF os mesmos foram

acolhidos pela equipe e residentes, tendo sua primeira experiência interdisciplinar junto à equipe, e aos poucos se integrando aos grupos já existentes. Aconteciam três diferentes grupos: o hiperdia, o de saúde do homem e o de reeducação alimentar; todos com o objetivo de trabalhar educação em saúde com a comunidade. No primeiro encontro dos grupos os estagiários somente observaram o trabalho das residentes e a característica de cada grupo, para que nos próximos encontros pudessem administrar atividades. Em toda a experiência, houve contribuição das diferentes áreas, demonstrando conexão entre os diversos conhecimentos em cada assunto. Durante os grupos, que ocorriam na modalidade de roda de conversa, as residentes apresentavam o assunto a ser abordado e conversavam enfatizando a promoção da saúde e a prevenção de agravos; bem como esclareciam dúvidas. Inicialmente os estagiários de fisioterapia contribuíam com orientações e os ACS tinham o papel fundamental de informar a comunidade a respeito dos grupos, participavam ativamente e se instrumentalizavam com os assuntos. Podemos considerar que o trabalho interdisciplinar demonstrou ser um fator positivo na busca pela integração entre as diferentes áreas da saúde, onde todos puderam contribuir com seus conhecimentos para promover a educação em saúde nos grupos. A inter-relação entre residentes de nutrição e enfermagem, estagiários de fisioterapia, e ACS foi satisfatória para a troca de informações entre estes profissionais da saúde durante a participação nos grupos, demonstrando a importância de cada área e o quanto elas se complementam. Com o passar do tempo os estagiários foram se desprendendo do núcleo da fisioterapia e passaram a lidar com mais desenvoltura com questões que vão além do núcleo profissional de formação. Esta vivência interdisciplinar possibilitou perceber o

quanto o trabalho em equipe torna mais fácil e agradável desenvolver atividades de educação em saúde. Pode-se concluir que para quebrar as fronteiras disciplinares é necessária a integração e interação entre as diversas áreas do conhecimento, propiciando que o trabalho interdisciplinar ocorra de forma integral e eficiente. Nesta experiência cada profissional contribuiu com seus conhecimentos para o mesmo fim, favorecendo a integralidade na saúde e a melhora na divulgação de informações, contribuindo para o trabalho de educação em saúde e a melhora da qualidade de vida das comunidades. .

A INTERDISCIPLINARIDADE NO PRÓPET/SAÚDE MENTAL

Samira Raquel de Farias Wackernagel, Elaine Marília Zendron, Carla Regina Cumiotto

Palavras-chave: Saúde Mental, Instituições Acadêmicas, Estudos de Casos

Apresentação: Para o PRÓPET/Saúde Mental, ações interdisciplinares são práticas comuns no atendimento aos sujeitos e seus familiares; sejam realizados por estudantes, preceptora, tutora e/ou profissionais do serviço de saúde. Esses atores advêm de diversas formações, contribuindo com a Clínica Ampliada, cada qual com o seu olhar sobre os sujeitos acolhidos nos serviços de saúde e cenários de prática do PRÓPET/Saúde Mental. Entende-se que ao pensar a clínica a partir de elementos e interrogações, oriundas da formação de outros profissionais, a clínica psicanalítica na Saúde Mental tem uma importância decisiva na “construção do caso clínico”. O objetivo deste trabalho é apresentar o relato de experiência das vivências do PRÓPET/Saúde Mental de Blumenau, no período de março a setembro/2015. Desenvolvimento do trabalho: Semanalmente os

estudantes e preceptora realizam atividades (acolhimentos, atendimentos individuais, grupos terapêuticos, consultas compartilhadas, atividades extramuros e visitas domiciliares aos sujeitos e famílias) na instituição de saúde. Estas ações do PRÓPET/Saúde Mental no CAPSi de Blumenau são norteadas pela ética psicanalítica. Mensalmente, em reuniões, os participantes do projeto trocam suas experiências e situações vivenciadas, entre si e com a tutora em discussões de casos na instituição de serviço e a instituição acadêmica. Também mensalmente, ocorre a discussão de “Cases”, envolvendo participantes do projeto de diversas linhas e formações, com a apresentação de casos clínicos, mobilizando o envolvimento e integração de todos. Os Encontros de Assessoria Político-Institucional do PRÓPET/Saúde acontecem bimensalmente, para discussões de assuntos pertinentes ao andamento e futuro das ações do programa. Resultados/Impactos: Visando a integração entre futuros profissionais, os que já atuam em unidades de saúde do SUS e a instituição acadêmica, de maneira multi e principalmente, interdisciplinar, o PRÓPET/Saúde Mental proporciona um olhar diferenciado para a Saúde Mental e a Rede. Desperta maior interesse e busca a novos conhecimentos, e impulsiona o envolvimento em eventos e congresso, por meio da participação, mas também pela produção científica, contribuindo à formação continuada. Considerações Finais: O PRÓPET/Saúde Mental possibilita o contato dos estudantes com sujeitos com sofrimento psíquico, seguindo os preceitos do SUS, aproximando a instituição de saúde e a instituição acadêmica, estreitando laços entre os sujeitos envolvidos, estudantes, profissionais e professores. Ao possibilitar a ampliação dos horizontes, contribui diretamente na prática com os usuários do serviço de saúde, na construção de

cada caso clínico. Desta forma, pressupõe-se a construção de um novo processo de trabalho, baseado em mudança de atitude dos profissionais, ancorado na lógica da Clínica Ampliada, produzindo um saber “entre disciplinas”, impulsionando o contínuo fortalecimento do SUS.

A INTERDISCIPLINARIDADE: OS DIFERENTES SABERES E FAZERES DO PRÓPET/SAÚDE MENTAL

Samira Raquel de Farias Wackernagel, Marcia de Freitas Oliveira, Carla Regina Cumiotto

Palavras-chave: Saúde Mental, Interdisciplinaridade, Clínica Ampliada

Apresentação: O PRÓPET/Saúde Mental propõe o desenvolvimento de práticas em unidades de saúde pública, visando elevar a qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica dos futuros profissionais, bem como daqueles que já atuam nos serviços de saúde, qualificando o atendimento prestado aos usuários. Promove a atuação pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e entre as diferentes áreas de atuação e do saber. Para tal, tem-se como ponto de referência a articulação dos conhecimentos específicos de cada profissão, em relação à Saúde Mental, assim como, o fato de se deixar afetar pelo saber que cada profissão tece sobre o sujeito e sobre o serviço de Saúde Mental. Este modo de agir contribui para a construção de uma lógica de cuidado mais ampliado e integral, representando grande avanço na formação de profissionais de saúde para o SUS. O objetivo deste trabalho foi descrever a atuação interdisciplinar do programa PRÓPET/Saúde Mental em unidades de

saúde da cidade. Desenvolvimento do trabalho: Em Blumenau, o PRÓPET ocorre com quatro subprojetos. Atualmente, a linha PRÓPET/Saúde Mental está inserida em três cenários de prática: na Atenção Básica – na ESF Jovino Cardoso e na Atenção Especializada - no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) e no Ambulatório do Hospital Universitário da FURB. O PRÓPET/Saúde Mental propõe a discussão da forma como atualmente são realizados os atendimentos em saúde sob a ótica da interdisciplinaridade, objetivando estudar, avaliar e ampliar este conceito no trabalho com usuários dos serviços públicos de saúde de Blumenau. Resultados/ Impactos: O desenvolvimento destas ações constitui-se de uma habilidade a ser exercitada, a ser construída diariamente nas relações entre os estudantes e profissionais a partir de suas práticas. Considerando os níveis de atenção à saúde, o trabalho interdisciplinar realizado entre a atenção básica e a atenção especializada alcançou uma abordagem integral da saúde. Houve um visível deslocamento do apego da sua própria formação disciplinar/profissional para as demais áreas de atuação na saúde mental e o rompimento da prática multiprofissional provocando a exclusão do reducionismo. Deste encontro ocorreu uma mudança individual nos participantes que refletiu no serviço, no cuidado com o usuário, qualificando e ampliando no processo de trabalho institucional. Este trabalho promoveu uma melhor articulação entre a atenção primária, secundária e terciária estreitando o relacionamento nos cenários de prática. Considerações Finais: Considera-se que o trabalho interdisciplinar envolve discussões, compartilhamento de saberes, opiniões, experiências e percepções entre os membros da equipe. Uma das formas de se concretizar o trabalho interdisciplinar é por meio das interconsultas para a construção do Projeto Terapêutico Singular, na perspectiva da Clínica Ampliada. Além

disso, o trabalho interdisciplinar promove apoio técnico, científico e ético entre os profissionais nas suas relações com a equipe de trabalho, no sentido de incluir cada um da equipe na corresponsabilização com a condução do caso clínico e sua família, como também nos efeitos em si mesmo a partir desta condução.

A MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA ATRAVÉS DE UM GRUPO DE IDOSOS SOB O OLHAR DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

Fabiana Regina da Silva Grossi, Ângela Raquel Dias Vieira, Darto Vicente da Silva

Palavras-chave: Idoso, autonomia, promoção da saúde

O psicólogo no campo da saúde possui relevância social, visto que, atua com ações preventivas, educativas, intervenções e melhoria da qualidade de vida, além de atender a demanda da comunidade em questão. O crescente aumento da população idosa e as inúmeras dificuldades encontradas nessa etapa da vida têm motivado o interesse por estudo do envelhecimento e dos fatores associados à qualidade de vida deste público. A partir dos objetivos da psicologia social da saúde, junto à crescente demanda existente dessa população, verificou-se a necessidade de trabalhar com eles. Este relato de experiência corresponde ao programa de estágio do 8^o e 9^o semestres do curso de Psicologia na Faculdade São Francisco de Barreiras (FASB). O objetivo da experiência tem como foco a saúde do indivíduo, a partir de seu contexto social e familiar, buscando através de grupos programáticos desenvolver a promoção da saúde e a prevenção de doenças, criando estratégias para facilitar ao idoso vivências positivas dessa fase e romper com a visão de uma velhice totalmente passiva, conseqüentemente, sem qualidade de vida. Os encontros foram realizados desde o mês

de Agosto do ano de 2014 até o mês de Julho de 2015, junto a um grupo de idosos num posto de saúde localizado na cidade de Barreiras/BA, uma vez por semana, com duração de duas horas. Participavam dos encontros, em média, dez pessoas. Foram trabalhados temas como: a autonomia dos idosos em relação à própria saúde; a diferença entre ser “velho” e “idoso”; alimentação saudável; os benefícios dos exercícios físicos; hipertensão e diabetes. Ficou claro o vínculo formado entre as estagiárias e os idosos, aproximando assim, estes usuários dos serviços de saúde ali oferecidos. Os idosos se mostraram muito participativos e interessados, conseguindo perceber a responsabilidade deles no processo saúde-doença. Os encontros realizados semanalmente tornaram-se uma rede de apoio para os participantes, com trocas de experiências, facilitando assim, a compreensão sobre as limitações vivenciadas nessa fase da vida e as possibilidades de viver melhor. Experiências como essas devem fazer parte do processo de formação acadêmica, para que possam continuar a existir, especialmente na área da psicologia, para que as ações em saúde não sejam médico-centradas. Com a população idosa em crescimento, torna-se necessária uma prática voltada para uma melhor qualidade de vida, para que dessa forma, os idosos possam ter autonomia em relação à saúde e às mudanças na perspectiva de vida. Grupo como esse e outras atividades similares são válidas porque podem promover a saúde do seu público alvo, comprovando a importância do psicólogo na área.

A MUSICOTERAPIA COMO ESTRATÉGIA EDUCATIVA ALTERNATIVA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DE IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thais Regina Alencar Fonseca, Tiago de Nazaré das Chagas e Chagas, Sandra Helena

Isse Polaro, Hilma Solange Lopes Souza, Andreia Ribeiro da Costa

APRESENTAÇÃO: O envelhecimento é um processo complexo e usualmente acompanhado de alterações biopsicossociais. Com essas alterações ocorre o declínio dos processos cognitivos e funcionais. Nesse contexto, vale ressaltar a importância do enfermeiro como articulador do processo ensino-aprendizagem, auxiliando no desenvolvimento das atividades educativas no âmbito da atenção primária a saúde, dentre elas, a musicoterapia, pois, a música é uma forma de discurso e pode fazer uma diferença na maneira como vivemos e como podemos refletir sobre a nossa vida. Este trabalho foi desenvolvido com o intuito de melhorar a auto estima dos idosos, diminuindo os níveis de stress e ansiedade, bem como, estimular a capacidade de locomoção e motricidade, utilizando a dança como estímulo à prática de exercício físico. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa na qualidade de relato de experiência, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde, sendo realizado em duas etapas, onde na primeira foram realizadas técnicas de alongamento, utilizando uma música de melodia suave e ritmo bem compassado, visando o preparo da musculatura, estimulando a tonicidade e o equilíbrio, além de propiciar um ambiente de tranquilidade e descontração. A segunda etapa consistiu em um momento de dança, onde já foram utilizadas músicas mais ritmadas, a fim de trabalhar a motricidade e a criatividade, aproveitando esse momento para abordar ações de prevenção à quedas. A musicoterapia associada aos exercícios terapêuticos tem enorme potencial coadjuvante no resgate e manutenção da qualidade de vida do idoso, atuando no contexto preventivo e de reabilitação, visto que permite ao ser humano entrar em contato com suas emoções e com o movimento, o que constitui uma medida

para minimizar os efeitos das alterações fisiológicas decorrentes do processo do envelhecimento e é vista no meio científico como nova área do conhecimento, podendo atuar em diversas áreas da saúde e bem estar do indivíduo, promovendo a melhora na qualidade de vida através da utilização correta de elementos musicais como ritmo, melodia e som. (PASSARINI, 2008). RESULTADOS: O termômetro da atividade, foram as expressões corporais evidenciadas e a satisfação dos idosos no momento da dinâmica, além de um cartaz onde os participantes expuseram sua percepção acerca da prática terapêutica desenvolvida, por isso, em uma percepção geral, os objetivos da ação foram alcançados. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, comunidade, o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem estar e da qualidade de vida dos idosos. A música é um instrumento que propicia bem estar e conforto, por isso é importante que o profissional da saúde se aproprie dessa ferramenta, para desenvolver um trabalho que suplante as intenções minimamente curativas, e passe a se valer de estratégias interativas e associativas, contribuindo para o resgate da autonomia do idoso, que é um elemento essencial para o processo de envelhecimento bem sucedido.

A NUTRIÇÃO DO VER-SUS EM DIANTE

Géssica de Oliveira Rodrigues, Andressa Carine Kretschmer

Palavras-chave: Educação em Saúde, Protagonismo, Sistema Único de Saúde

Apresentação: OSUS-Sistema Único de Saúde é uma política recente, e ainda é comum

graduandos não obterem embasamento teórico suficiente de suas complexidades através de suas grades curriculares e realidade prática. Desenvolvimento do trabalho: Alguns graduandos de cursos da área da saúde e afins buscam por localidades nas quais com periodicidade ocorre o programa VER-SUS-Vivências e Estágios na Realidade do SUS, com intuito de fortalecer o seu conhecimento prático, é o caso dos estudantes do Campide Palmeiras das Missões da UFSM-Universidade Federal de Santa Maria do Curso de Nutrição participantes da edição de 2014 da 15^a coordenadoria do Rio Grande do Sul. Resultados: Grande parte dos cursos considerados mais “clínicos” tais como o curso de Nutrição possui o ensino de saúde pública brasileira em baixa carga horária. Alguns cursos da área da saúde, muitas vezes tendem a apresentar esta modalidade de ensino com carga horária maior, é o caso dos cursos mais voltados ao cuidado humano, tal como; Enfermagem do qual também muitas vezes focalizam parcialmente a graduação para a gestão em saúde. Quando os graduandos não compreendem as políticas com eficiência existe uma tendência de que quando formados tenham dificuldade de atuar no campo da saúde pública. Cabe salientar que a humanização em saúde, “o ver em si o outro” ainda é uma carência das escolas formadoras. Adaptar-se às realidades principalmente das diferentes classes econômicas no que se refere a proposição da alimentação ainda é um desafio para os cursos de nutrição, isto se deve ao fato de a graduação ainda ser bastante orientada à área estética. A participação de acadêmicos do presente curso proporcionou uma visão diferenciada, humanizada e crítica, a qual dificilmente conquistar-se-ia pelas grades curriculares, também é concretização a vivência o empoderamento e o protagonismo, graduandos do curso participantes manifestaram o anseio de compor as executivas do curso de nutrição,

Diretórios Acadêmicos, e Diretório Central do Estudante-DCE. Considerações Finais: Os acadêmicos participantes já são agentes transformadores da saúde, a constante busca pelo programa e o protagonismo são resultados da importância da manutenção do projeto.

A ODONTOLOGIA COMO PARCEIRA DA AMAMENTAÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Thaís dos Santos Sena, Mariane Tassiane Vasconcelos, Tamyris Paiva Carvalho Loureiro, Fábio Falcão Monteiro, Fernanda Nunes Marques Alves, Martha Janete Costa Leite Santos, Rosângela Maiolino, Eliane Viana, Margareth Garcia

Palavras-chave: Odontologia, Amamentação, Estratégia de Saúde da Família, IUBAAM, Equipes de Saúde Bucal

INTRODUÇÃO: O incentivo ao aleitamento materno na atenção básica à saúde tem sido foco mundial, visto que está diretamente relacionado ao controle de mortalidade infantil, especialmente nos países em desenvolvimento. Baseado nisso e visando aumentar a resolutividade dos serviços na atenção à criança, o Ministério da Saúde adotou estratégias que incluem a promoção da Amamentação. Nesse contexto, criou-se a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM) com o objetivo de mobilizar e instrumentalizar a rede básica de saúde através de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno nos serviços de pré-natal e pediatria. Este instrumento baseia-se em passos para o sucesso da amamentação, incluindo a orientação das mães. DESENVOLVIMENTO: Diante do exposto, a presente proposta objetiva reforçar o incentivo ao aleitamento materno. Surge a partir de demandas

recebidas e reflexões como dentista residente multiprofissional em saúde da família. Sugere uma parceria entre as Equipes de Saúde Bucal (ESB) e a IUBAAM no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Para isso, foi elaborado um folder interativo-informativo para capacitação profissional e ações educativas em grupos com gestantes e nutrízes, sendo este revisado e aprovado por equipe técnica da área. A princípio, será utilizado um grupo em planejamento, de gestantes e mães de bebês (0 a 2 anos de idade), de micro área específica da Equipe da Estratégia de Saúde da Família onde estou inserida. RESULTADOS ESPERADOS: A inclusão da Odontologia na Estratégia de Saúde da Família (ESF) favoreceu a construção de um modelo de atenção mais efetivo de melhoria das condições de vida da população, fazendo-se necessária sua solidificação no programa. Assim, espera-se com a proposta: maior integração da Odontologia com a IUBAAM via utilização de material informativo com abordagem odontológica; implementação de grupo com gestantes e mães de bebês (0 a 2 anos de idade) por micro área das equipes com participação das ESB; fortalecimento do vínculo entre profissionais e mães usuárias, pois grupos menores tendem a facilitar a aproximação e confiança entre os participantes; e favorecer a consolidação da Odontologia na ESF, com ampliação de sua participação nas ações educativas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante de novos conhecimentos sobre a prevenção e controle de doenças bucais, das discussões acerca do atendimento odontológico prestado pelo Estado e dos resultados epidemiológicos insatisfatórios no Brasil, novas concepções programáticas surgiram. Nesse cenário, emerge o modelo assistencial odontológico de Atenção Precoce que propunha atendimento à criança antes do

primeiro ano de vida, podendo incluir as gestantes, visando educação do núcleo familiar. Através desse modelo, passam a existir questões de motivação envolvidas na fase educativa, diferentemente do que ocorria anteriormente. Com base nessas evidências, ressalta-se a necessidade de orientação dos usuários, profissionais de saúde dentre outros (como profissionais da educação-via Programa de Saúde na Escola) sobre a abordagem do aleitamento materno sob a ótica odontológica.

A ODONTOLOGIA INSERIDA NO CONTEXTO DO VER-SUS – APRENDER PARA EXPANDIR

Ana Elisa Ribeiro

Proporcionar a participação da população nas conquistas e desafios inerentes ao SUS, é a temática do projeto VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde), colocando em pauta discussões voltadas para o trabalho em equipe, gestão, atenção à saúde, controle social, além da importância dos movimentos sociais e estudantis. E foi neste contexto que fui inserida durante minha participação na edição do VER-SUS/Lapa, no estado do Paraná, em Janeiro de 2015. O VER-SUS através da inserção de alunos da graduação nos mecanismos do SUS, busca incentivar a formação de trabalhadores para o sistema, ou seja, comprometidos com os princípios, dispostos a lutar e a defender o direito do povo, culminando em multiplicadores do saber. A estadia do grupo em que fui participante ocorreu no Assentamento do Contestado, uma comunidade do Movimento Sem Terra (MST) e neste local, os olhares da vivência revelaram que a memória e a identidade se fazem presente em todos os agregados do movimento, passando de geração em geração através do equilíbrio de pensamentos coletivos e em

prol do bem alheio. Os dias de debates, tanto no Assentamento quanto nas dependências pertencentes ao SUS, fortaleceram ainda mais os movimentos estudantis, a busca pelos direitos, a valorização do saber popular, a abolição de pré-conceitos, a aceitação do próximo e a educação continuada como forma de evolução, ou seja, deve-se sempre ouvir o sujeito, não desconsiderando o saber do outro. E este saber coletivo é o que me levou a entender que a Odontologia ultrapassa a barreira clínica e estende-se ao todo, ou seja, participar de um projeto com mais 31 pessoas, sendo a única representante deste curso de graduação me fez perceber a importância dos projetos de extensão na grade curricular, uma vez que, necessitamos conhecer a sociedade, elencar os problemas vividos, encontrar soluções e propor mudanças que possam melhorar a qualidade de vida da população assistida, e conseqüentemente a condição de saúde. Nos dias de vivência aprendi e absorvi informações que foram muito além da teoria, e acredito hoje estar um pouco mais preparada para repassar o meu conhecimento àqueles que necessitarem. Vejo o VER-SUS como um projeto formador de opinião, através da estimulação da formação de profissionais comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS, e que possam atuar como agentes sociais e políticos em prol do bem comum e em busca de transformações da sociedade.

A PARÓDIA COMO UMA ESTRATÉGIA DE ENSINO PARA HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Christiane Rodrigues de Lima, Nataly Mesquita Cardoso, Fernanda Persi Milanin, Tainara Maldonado Reinoso, Tais Capile Ramires, Patricia Moita Kawakame

INTRODUÇÃO: Na saúde a humanização

valoriza a qualidade no atendimento, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do ser humano, pois é uma ferramenta de gestão em saúde (RIOS, 2009). A paródia como método de ensino é utilizado de forma inovadora, motiva o interesse dos alunos e proporciona uma forma dinâmica e alegre no aprendizado. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Este estudo consiste em um relato de experiência referente à vivência no módulo Administração e Organização do Serviço de Saúde I do curso de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Um dos temas abordados no módulo foi a Humanização em Saúde, para esse estudo foi utilizado um método educacional inovador que estimula a participação dos acadêmicos devido a sua forma dinâmica para o estudo, a paródia, proposta pela professora em sala de aula, ocorreu nas seguintes etapas: Primeiro a sala foi dividida em quatro grupos onde cada um deveria escolher uma música de sua preferência para trabalhar o tema. Em seguida os grupos se reuniram para iniciar a elaboração da paródia, que teve um mês para ser elaborada e apresentada. Percebemos que esse método estimulou o aprendizado dos alunos. Todos ficaram empolgados para o dia da apresentação e curiosos com a escolha das músicas dos outros grupos. O método de ensino utilizado foi muito positivo, pois todos os grupos criaram paródias que abordaram com êxito o tema de Humanização em Saúde, alcançando os objetivos propostos pelo módulo ampliando assim os saberes e conhecimentos dos acadêmicos. **IMPACTO:** Com a implantação do método observou-se que os acadêmicos se sentiram motivados a estudar o tema, uma vez que o tema não se limitou apenas ao teórico. A apresentação estimulou os alunos a fazer algo diferente, os mesmos propuseram a professora que as apresentações fossem

realizadas no auditório da universidade, onde utilizaríamos microfones, caixa de som, palco e cenário. Com isso percebemos que a paródia estimula tanto o aprendizado como a imaginação e motivação dos alunos, pois todos se dedicaram a fazer o melhor em suas apresentações e na abordagem do tema. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Acreditamos que este projeto de intervenção, alcançou o objetivo proposto e demonstrou a importância que a inovação no ensino proporciona aos acadêmicos, pois estes como futuros trabalhadores no campo da saúde devem possuir um conhecimento sobre humanização solidificado, uma vez que esse trabalho se baseia na assistência a saúde. Influenciou de forma positiva no aprendizado dos alunos, pois todos se dedicaram a estudar a fim de produzir um trabalho de qualidade que remetesse ao tema.

A PARTICIPAÇÃO DO VER-SUS OESTE CATARINENSE NA CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE – VIVENCIANDO A 1^a ETAPA DO ARCO DE MAGUEREZ

Fabiola Feltrin, André Lucas Maffissoni, Adriana Carolina Bauermann, Camila Dervanoski, Aline Rohden, Liane Colliselli, Larissa Hermes Thomas Tombini, Cláudio Claudino da Silva Filho

Palavras-chave: Metodologia da problematização, Educação superior, Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO: Este trabalho trata-se de um relato de vivência onde utilizou-se a metodologia da problematização baseada no Arco de Maguerez para a reflexão e aprendizagem significativa acerca da participação social no Sistema Único de Saúde (SUS). O Arco de Maguerez propõe seu desenvolvimento em cinco etapas: observação da realidade e definição do

problema; pontos chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação à realidade. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é relatar de que forma a 1^a etapa do Arco de Magueréz - a observação da realidade e definição do problema, se efetua a partir da participação acadêmica de viventes do Projeto Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) Oeste/SC Edição Inverno/2015, na 8^a Conferência Municipal de Saúde de Chapecó/SC. METODOLOGIA: O Projeto, realizado no segundo semestre de 2015, desenvolveu-se sob tema central Participação Social. Envolveu 58 acadêmicos de ensino superior de diferentes universidades e áreas do conhecimento, organizados em 08 grupos de trabalho. No primeiro dia de imersão os viventes participaram da 8^a Conferência Municipal de Saúde de Chapecó, organizada pelo Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. A Conferência teve como tema central “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. A observação da realidade como primeira etapa do Arco de Magueréz propõe o início de um processo de apropriação de informações pelos participantes, os quais são levados a observar a realidade em si, com seus próprios olhos, e a identificar-lhes as características, a fim de, mediante os estudos, poderem contribuir para a transformação da realidade observada. RESULTADOS: A apropriação da realidade, pelos estudantes participantes do projeto VER-SUS Oeste/SC na vivência e discussões na Conferência gerou debates estruturados sobre o sistema de saúde e avaliação da situação de saúde em âmbito municipal, estadual e nacional, assim como problematizou a efetiva participação social na construção e consolidação do SUS. A participação acadêmica ativa nos grupos de trabalho e elaboração de novas propostas que visam garantir as condições de acesso e acolhimento como prioridades para as políticas de saúde e o desenvolvimento

do controle social, foram oportunizadas e suscitaram reflexões e discussões posteriores, quando na definição de problemas a serem pontuados, teorizados, enfrentados e solucionados, em seguimento as etapas propostas pelo Arco de Magueréz. Nessa conferência foram eleitos, entre os 20 delegados para a Conferência Estadual, 3 destes acadêmicos que realizavam a vivência inseridos no projeto, representando movimentos sociais afins. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O envolvimento dos estudantes em projetos como o VER-SUS se caracteriza como um processo libertador e significativo de aprendizagem fora da zona de conforto da graduação, proporcionando ao acadêmico um olhar novo para com a situação ao seu redor, estimulando-o para que se torne mais crítico e reflexivo. A utilização de metodologias problematizadoras, a exemplo do Arco de Magueréz no processo educativo da vivência em relato, passa a se voltar para a participação social como um sinônimo de empoderamento, estimulando o envolvimento cidadão nas discussões e proposição de políticas públicas para a consolidação de um SUS equânime, universal e de qualidade.

A PARTICIPAÇÃO ESTUDANTIL EM ESTRATÉGIAS DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DO VER-SUS: EXISTEM RELAÇÕES?

Camila Dervanoski, André Lucas Maffissoni, Fabíola Feltrin, Adriana Carolina Bauermann, Thais Cristina Hermes, Larissa Hermes Thomas Tombini, Cláudio Claudino da Silva Filho

Palavras-chave: Educação em Saúde, Ensino, Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO: O Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) é um dispositivo que

permite aos acadêmicos a aprendizagem sobre o contexto do sistema de saúde brasileiro, por meio da integração entre o ensino e o serviço que ocorre no decorrer das vivências. Os acadêmicos, preferencialmente da área da saúde, se configuram como o público alvo do projeto. Assim como o Projeto VER-SUS, outros dispositivos como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) visam fortalecer a formação em saúde no contexto do SUS. Este trabalho objetiva refletir sobre a relação de estudantes participantes do VER-SUS Oeste Catarinense com outras estratégias de reorientação da formação em saúde, que estes já tenham participado antes do VER-SUS Oeste, ou que sejam incentivados após esta participação. DESENVOLVIMENTO: Em essência, o VER-SUS objetiva a inserção de acadêmicos na realidade diária dos estabelecimentos e serviços de saúde, com inserções reflexivas diferenciadas em relação aos estágios clássicos nas graduações em saúde. Para tanto, nas três edições realizadas no Oeste Catarinense, os estudantes passaram por um período de imersão de sete dias, no qual visitaram diversos locais que fazem parte da rede de atendimento à saúde do SUS e foram instigados à problematização das situações vivenciadas nos espaços por onde passaram. Ao longo da organização e da realização das três edições, pode-se perceber que grande quantidade de estudantes inscritos no projeto VER-SUS também participavam de outros programas que almejam mudanças na formação em saúde, com predominância do Pró-Saúde e PET-Saúde. RESULTADOS: Neste sentido, o grupo articulador das edições iniciou uma reflexão acerca do impacto que as estratégias de reorientação da formação geram na vida profissional e pessoal dos estudantes. Os indivíduos que atuam junto a estas identificam mais facilmente novas formas

de aprendizagem experimentadas durante o desenvolvimento de suas respectivas atividades e buscam outros projetos, como o VER-SUS, que sejam capazes de atender suas necessidades teórico-filosóficas e teórico-práticas para além dos métodos tradicionais de ensino, tais como a educação bancária, e que tenham as bases para o processo de aprendizado ancoradas na troca de saberes mútua dos sujeitos, neste caso, por meio da interação entre acadêmicos e profissionais de saúde dos locais visitados. A forma de aprendizado inovadora oferecida pelos projetos que objetivam mudanças na formação fomenta a identificação dos estudantes com o sistema, fazendo com que estes se sintam pertencentes ao SUS e busquem outros caminhos para o estudo das ações e serviços públicos. Ao mesmo tempo, proporciona uma ampliação de olhares e a ressignificação das concepções do próprio conceito de saúde e de formação (em saúde). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Consideram-se ímpares as estratégias de reorientação da formação, tendo em vista que através destas ocorre o empoderamento dos acadêmicos e o estímulo para que os mesmos reconheçam seu papel como integrantes fundamentais do SUS e protagonistas de seus próprios processos de aprendizagem.

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE: PLANEJAMENTO INTERSETORIAL, ARTE, MOBILIZAÇÃO SOCIAL E EDUCAÇÃO POPULAR EM UMA COMUNIDADE DA BAHIA

Daniel Andrade Barreto de Sousa, David Ramos da Silva Rios, Maria Constantino Caputo

Palavras-chave: Relação Comunidade-Instituição, Políticas Públicas de Saúde, Extensão Universitária

APRESENTAÇÃO: A extensão universitária tem alcançado nos últimos anos uma

relevância significativa no meio acadêmico. Ela possibilita que os estudantes de diferentes cursos possam interagir diretamente com as mais distintas comunidades, repensando assim a sua formação enquanto sujeito e futuro profissional. Os projetos extensionistas favorecem uma análise global de inúmeras situações e realidades, estimulando o encontro entre o saber popular e o científico, na busca pela redução das iniquidades sociais. Desse modo, o presente trabalho objetiva apresentar e analisar o relato de experiência de um estudante de medicina, participante da Atividade Curricular em Comunidade e Sociedade (ACCS) “Promoção da Saúde e Qualidade de Vida”, desenvolvida pela Universidade Federal da Bahia, no Assentamento de Baixão, na Bahia. As ações foram realizadas por um grupo de 30 discentes de diferentes cursos de graduação (Medicina, Psicologia, Nutrição, Odontologia, Medicina Veterinária, Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, Filosofia e Farmácia) e baseou-se na metodologia da pesquisa-ação, com as suas diferentes etapas: identificação das questões sociais e das condições de vida, presentes na comunidade; elaboração interdisciplinar de ações de intervenção; desenvolvimento das ações na comunidade; avaliação dos impactos gerados. É importante destacar que todas as diferentes etapas contaram com a colaboração e o apoio dos moradores do assentamento. Ao todo foram desenvolvidas 20 oficinas com diferentes temáticas: mobilização da juventude, empoderamento das mulheres, plantas medicinais, gênero e sexualidade, assistência em saúde bucal, hipertensão e diabetes, saúde do homem, dentre outras. Por meio do presente projeto foi possível se perceber que a extensão pode ser um importante instrumento de transformação social e cidadã. A possibilidade de se construir espaços nos quais os futuros

profissionais interagem de forma dialógica com uma comunidade, mostra-se como um potencial caminho para o desenvolvimento de sujeitos compromissados com a melhoria das suas condições de vida e que atuem efetivamente na garantia dos direitos de todos.

A PERCEPÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO EM SAÚDE

Andrea Wander Bonamigo, Cristina Elisabeth Benincá Pereira

Palavras-chave: Atenção Primária, Formação, Educação Permanente

A disciplina Seminário Integrador de uma Instituição Brasileira de Ensino Superior do sul do Brasil, insere os acadêmicos dos cursos de graduação da medicina, enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, farmácia, biomedicina em equipes multiprofissionais de atenção primária e em outros cenários como escolas, creches, espaços comunitários entre outros no território onde acontece a integração ensino-serviço-comunidade a partir do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) do Ministério da Saúde. O objetivo desse relato foi analisar a percepção dos trabalhadores das equipes de saúde da família sobre o PET/Saúde-Seminário Integrador, por meio da descrição das relações das categorias profissionais com o Seminário Integrador e o papel de cada profissional; da verificação da existência de interação e de negociação na equipe para realizar as ações preconizadas do Seminário Integrador; da identificação do impacto do Seminário Integrador no processo de trabalho das equipes, na sua qualificação e atendimento das demandas de trabalho. A problematização da realidade e o diagnóstico comunitário constituem

as ferramentas com as quais os alunos propõem ações para melhorar a qualidade de vida da comunidade. A disciplina visa formar profissionais com uma visão integral dos conceitos de saúde e doença e com uma prática humanizada. Durante um semestre os alunos acompanhados por um preceptor local vivenciam a atuação nas unidades de saúde da família e ao final desse período apresentam o produto de suas intervenções no campo da saúde coletiva. O protagonismo do preceptor no processo de aprendizagem é essencialmente desafiador e segundo os relatos enfrentam dificuldades e fragilidades para cumprir estes objetivos junto aos alunos. Um dos desafios apresentados pelos preceptores foi a falta de preparação didático-pedagógica para o recebimento de alunos em formação. Os projetos PET-Saúde têm estimulado a qualificação da formação de trabalhadores para a realidade do SUS buscando contribuir para a formulação da política de ações de educação em saúde e educação permanente para o SUS junto ao território – cenário de práticas.

A PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DO PET-SAÚDE

Tânia Regina Aosani, Ana Cristina Costa Lima

Palavras-chave: Interdisciplinaridade, PET – Saúde, Rede de Atenção à Saúde

INTRODUÇÃO: Este texto trata-se de um relato de experiência de observação participante de um grupo de PET-Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). A atividade foi desenvolvida a partir de uma proposta da disciplina de Políticas e Práticas de Ensino em Saúde do Mestrado em Ciências da Saúde da instituição. Objetivo: conhecer a percepção de estudantes sobre o trabalho

em equipe interdisciplinar na perspectiva de ações em rede a partir da experiência de PET-Saúde. Metodologia: a observação participante foi desenvolvida a partir de um roteiro construído previamente por meio de discussões e tutorias em sala de aula. O processo de observação também contou com a produção de diário de campo. O cenário da observação foi um encontro de socialização de experiências e de apresentação dos resultados de pesquisa do grupo PET – Vigilância em saúde da UNOCHAPECÓ. Participaram do encontro os estudantes e preceptores do grupo. RESULTADOS: para os estudantes o trabalho interdisciplinar precisa ser construído na Universidade, esta percepção ocorreu a partir das aproximações entre cursos das áreas de saúde proporcionadas pelas pesquisas desenvolvidas durante a experiência de PET vigilância e pelos espaços de integração com os serviços. A integração entre os cursos os fez perceber a distância entre as áreas de saúde e conhecer sobre o papel de cada profissão envolvida, os fez também questionar sobre as dificuldades dos serviços de saúde como o trabalho em equipe, multidisciplinar e em rede e que a experiência de aproximação interdisciplinar na universidade foi fundamental para esta compreensão. A rede parece estar envolta desse distanciamento entre profissões e da dificuldade de comunicação entre as áreas, dificuldades está também sentida pelos estudantes durante a graduação. CONSIDERAÇÕES FINAIS: a experiência de PET possibilitou aos estudantes, aproximações interdisciplinares e com os serviços relacionados aos seus temas de pesquisa em vigilância em Saúde. Ocorreu uma ampliação do conceito de SUS e do trabalho em equipe. A experiência possibilitou aos estudantes se visualizar nos serviços de saúde e a perceber as necessidades do trabalho interdisciplinar que começa na universidade e posteriormente é ampliado para as práticas de saúde nos serviços.

A PESQUISA-AÇÃO DO APRENDER E CUIDAR NA REDE CEGONHA: UMA EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO

Dayse Maria de Vasconcelos Rodrigues, Ana Lúcia Abahão, Célia Regina Ranzeiro de Bragança, Herminia Maria Souberck Reis Bauclair Silva, Isabella da Costa Malheiro, Rafael Ernane de Lima Saldanha, Édra Aparecida Ferreira, Thamyres de Souza Laurindo

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Cuidado, Formação Acadêmica, PET-SAÚDE

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde do Ministério da Saúde (PRO-PET Saúde/Rede Cegonha) proporciona ao acadêmico de enfermagem a interação com outros profissionais de saúde e também com as possíveis tensões que surgem na produção do cuidar a partir de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, onde neste caso o foco principal é a assistência integral a mulher no período do gestar. Objetivo: Este relato de experiência objetiva discutir a importância para a futura formação ético-crítica e profissional, a participação do acadêmico de enfermagem no (PRO-PET Saúde/Rede Cegonha), vinculado a uma Instituição de Ensino Superior Federal em uma Unidade de Saúde em um Município de Niterói no estado do Rio de Janeiro. Método de estudo: A metodologia escolhida foi a narrativa descritiva construídas ao final de cada encontro entre todos os atores envolvidos proporcionada pela pesquisa-ação onde o pesquisador e o pesquisado interagem e cooperam entre si, fazendo com que surja um conhecimento crítico-reflexivo e comprometido com uma ação política e social transformadora, a partir da produção do cuidar das gestantes de alto risco dessa Unidade de Saúde, assistidas pelo Serviço Único de Saúde através da Rede Cegonha. Resultados: Unidade-cenário referência para gestantes de risco, na sua

grande maioria adolescentes referenciadas ou demanda espontânea, com diagnóstico confirmados ou a confirmar de HIV/AIDS e Sífilis. Oportunizou-nos dos meses de março a dezembro de 2014, o acompanhamento dessas usuárias, desde o acolhimento, passando por todas as consultas de pré-natal, os exames e o encaminhamento para o parto, com toda a equipe de saúde que compunha a Unidade (Obstetras, Nutricionista, Assistente Social, Psicóloga e Fisioterapeuta) sempre com consentimento das usuárias e sob preceptoria da equipe de saúde da Unidade, permitindo-nos o desenvolvimento de diversas atividades de produção do cuidado. Ocasão que sempre nos propiciou o entrelaçar do conhecimento teórico e prático assistencial aprimorando o nosso raciocínio crítico sobre questões relacionadas às demandas trazidas pelas usuárias e as dificuldades diárias dentro do processo de trabalho assistencial. Tudo isso, debatido, discutido juntamente com todos os atores envolvidos nessa produção de maneira interdisciplinar em prol de uma assistência de maior qualidade e resolutividade para a saúde da gestante e do seu bebê, respeitando sempre a sua vivência, seu contexto sócio econômico e cultural. Considerações finais: Fazer o sombreamento consentido dessas usuárias resultou em uma experiência significativa que nos permitiu uma aproximação mais real do que é o SUS na prática, do que são as redes de assistências e como elas se entrelaçam nesse processo do cuidar e toda a problemática de referência e contrarreferência enfrentadas por todos envolvidos no processo da assistência direta ou indiretamente. Além dos outros, possíveis desafios que o futuro enfermeiro poderá encontrar na sua atuação profissional, em prol de uma assistência à saúde cada vez mais integral e alinhada às necessidades específicas tratando-se da assistência à saúde da mulher como um todo e não somente na fase reprodutiva.

A PRÁTICA DOCENTE NA EDUCAÇÃO INFANTIL: AÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL DESENVOLVIDAS NO CENTRO EDUCACIONAL JOÃO DE BARRO EM SANTARÉM- PA

Gabriela de Cássia Oliveira dos Santos, Andréa Leite de Alencar, Lizangela Dias Magno, Lohanna Rafaele Lima de Oliveira, Yonara Pereira Bitá Correia, Diandra Willa do Rosário Diniz, Alisson Ito Ueno de Bruno Quadros, Glenda Chaves Cunha de Melo

Palavras-chave: educação infantil, alimentação saudável, professores

RESUMO: Nas instituições de Educação Infantil, primeira etapa da educação básica, são necessárias ações que contribuam para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, considerados como um dos fatores fundamentais para garantir o desenvolvimento integral e prevenir carências nutricionais na primeira infância. Por isso, levantou-se a seguinte questão: De que maneira os professores podem desenvolver atividades que estimulem as crianças com desnutrição a aderirem à alimentação saudável no Centro Educacional João de Barro em Santarém-PA? Com o objetivo de envolver as crianças de um a seis anos de idade em atividades lúdicas educativas, para mostrar a importância da alimentação saudável, foi realizada uma ação educativa através de oficina com atividades diferenciadas onde participaram 68 crianças nessa faixa etária e seus professores. Ocorreram brincadeiras, jogos educativos e dinâmicas voltadas à nutrição, baseadas nos “10 passos para uma alimentação saudável” preconizados pelo Ministério da Saúde às crianças de 2 a 5 anos. O resultado exitoso foi visto em cada “passo” desenvolvido em grupos, onde os participantes caracterizados de acordo com a cor dos alimentos ou frutas apresentaram na forma de coreografia a música educativa “Rock das Frutas”. Posteriormente, destacaram o que

consideraram alimentos saudáveis a partir do que aprenderam através de pinturas e da montagem dos pratos saudáveis e não saudáveis com figuras recortadas. Assim, essa ação foi fundamental para a ampliação do nosso objeto de estudo no mestrado em educação, a educação infantil e a prática dos professores que atuam nessa etapa de ensino. O eixo Educação no subeixo Interação ensino/serviço/comunidade sob a ótica da educação foi o escolhido para este trabalho, pois permitiu a atuação de acadêmicos de Enfermagem e docentes diretamente na instituição com as crianças e professores, e através desta interação e aquisição de novos conhecimentos possibilitou a revisão da prática docente relativa à temática transversal trabalhada. Além disso, como professora, e profissionais da área de saúde, pudemos refletir e contribuir com os docentes das crianças sobre a saúde na infância, período de modificações físicas e psicológicas onde a alimentação saudável é hábito imprescindível e fundamental para o adequado crescimento e desenvolvimento infantis.

A PRESENÇA DO PAI NO TRABALHO DE PARTO, PARTO E PUERPÉRIO, UMA CONQUISTA DO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO

Cristiana de Souza Ferreira Rondon, Gislaire Recaldes de Abreu, Eunice Delgado Cameron, Stephany Anastacia Serpa Alarcon, Thays Luana da Cruz, Kamila Martins da Cruz, Natália Sales Sidrins

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica, Humanização, Pai

INTRODUÇÃO: A lei 11. 108 de 07 de abril de 2005 garante a toda gestante o direito de ter um acompanhante de sua livre escolha, sendo o pai sua escolha, o mesmo pode acompanhar todo o processo de trabalho de parto, parto e pós parto1. No

ano de 2000, o Ministério da Saúde, lança o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que se fundamenta nos preceitos de humanização para o adequado acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério, garantindo assim a mulher/mãe uma assistência integral e humanizada, consolidando a atenção obstétrica integral. OBJETIVO: Relatar a vivência dos Residentes em Enfermagem Obstétrica da UFMS, consolidando de forma efetiva o processo de humanização no trabalho de parto, parto e puerpério através da participação do acompanhante. MÉTODO: O processo efetiva-se com a inclusão do pai nos procedimentos realizados com a gestante durante o período que antecede o parto, o período Intra e Pós parto dentro da instituição HUMAP/EBSERH, onde procura se fornecer todas as informações necessárias e condições adequadas para que a presença do mesmo neste cenário, seja um fator que proporcione tranquilidade e segurança a parturiente, através de sua companhia, carinho e uso de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor e aumento do conforto da gestante. Resultados: Observamos que o exercício desse direito da paciente (ter a presença de um acompanhante no período Pré, Intra e Pós-parto) é extremamente benéfico, e que o vínculo do pai com o binômio mãe/bebê é reforçado quando o mesmo participa efetivamente do processo, pois este valoriza mais a mulher, admira sua força e compartilha os cuidados realizados com o RN. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As políticas de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) constituem-se uma valiosa conquista para todos os envolvidos, pois permitem a presença do homem/pai junto a sua mulher num momento de grande importância na vida de toda a família. Neste contexto é de suma importância que a equipe de saúde proporcione o acolhimento efetivo deste pai, em todos os âmbitos da assistência Pré-natal e durante a atenção puerperal.

A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO EM REABILITAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

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

Palavras-chave: Modelos de enfermagem, Teoria de enfermagem, Autocuidado

Introdução: Na década de 1950 surge a Teoria do Déficit do Autocuidado de Enfermagem (TDAE) de Dorothea Orem com o objetivo de fortalecer a prática de enfermagem (1). Assim, em 1989 foi desenvolvida uma metodologia pelo National Cancer Institute e com o tempo modificada para diversas clínicas a estratégia dos 5 As (avaliação, aconselhamento, acordo, assistência e acompanhamento), esta criada para sistematizar o empoderamento do autocuidado (2). Com o intuito de promover a reabilitação e reinserção social surge a Residência Multiprofissional do Hospital São Julião/Campo Grande/MS, em 2014 com o objetivo de desenvolver a pós-graduação unindo ensino, pesquisa e serviço na reabilitação ao idoso. Descrição da experiência: Foi-nos apresentada a Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), onde a enfermagem utiliza a TDAE por meio do plano de autocuidado e a estratégia dos 5 As para a sistematização do mesmo. Desenvolvemos o Projeto Terapêutico Singular, podendo ser de 15 dias até 60 dias de permanência dentro do projeto. Assim, as metas são pactuadas em conjunto com o paciente, por isso o plano de autocuidado está sendo uma grande ferramenta para a implementação do mesmo. No plano é possível identificar quais são as prioridades do indivíduo e de sua família e passamos a utilizar a mesma linguagem de anseios e de perspectivas, assim a enfermagem conduz para o apoio ao desenvolvimento e acompanhamento das metas propostas

pelos pacientes. Impactos: O enfermeiro em conjunto com uma equipe multiprofissional contribui com a educação em saúde para o autocuidado, fortalecendo-o para o empoderamento do indivíduo que muitas vezes se encontra fragilizado. O autocuidado melhora a qualidade em assistência para a reabilitação biopsicossocial sistematizada, além de valorizar o ser humano como único e que necessita de apoio pela equipe multiprofissional para atingir as metas impostas pelos indivíduos. A residência proporciona a formação do profissional com maior qualificação para trabalhar em equipe multiprofissional para a reabilitação. Considerações finais: É perceptível que a Teoria de Orem gera a reflexão quanto o papel da enfermagem no processo de reabilitação e incorpora a promoção da autonomia do indivíduo, por meio da prática de educação em saúde. Desta forma, torna-se importante considerar que a enfermagem ao lidar com a reabilitação biopsicossocial no programa da UCCI encontra nas estratégias de autocuidado a base para atuação como enfermeiro reabilitador.

A PROMOÇÃO E O CUIDADO À SAÚDE ORIENTADOS PELA EDUCAÇÃO POPULAR NA DISCIPLINA DE SAÚDE COLETIVA

Jeane Constantino Pereira, Dailton Alencar Lucas de Lacerda

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Educação Popular, Fisioterapia

A disciplina de Saúde Coletiva é oferecida no oitavo período do curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba e é composta por uma aula teórica semanal e dois dias de estágio prático na Unidade Integrada de Saúde da Família do Grotão situada no município de João Pessoa - PB. Ao longo desse período os acadêmicos

participam de ações de promoção e educação em saúde utilizando como estratégia teórico-metodológica a educação popular. Neste sentido, este trabalho tem como objetivo ressaltar as contribuições do Estágio em Saúde Coletiva para a formação acadêmica de estudantes de Fisioterapia. Trata-se de um relato de experiência realizado através da sistematização em um instrumento para Registro de Atividade Diária - RAD composto por impressões e reflexões das ações desenvolvidas. Ao longo desse período, os acadêmicos participaram do grupo do Hiperdia que tem como público-alvo hipertensos e diabéticos, acompanhamento da puericultura, oficinas na Escola Municipal Tharsilla Barbosa acerca da inclusão das pessoas com deficiência e atendimento fisioterapêutico à usuários do bairro com dificuldade de locomoção e acesso aos serviços de reabilitação. Em todas as práticas buscou-se utilizar metodologias ativas que possibilitassem uma maior integração entre os acadêmicos, trabalhadores da saúde e a comunidade. A educação popular, norteadora das práticas de promoção e cuidado à saúde foi uma ferramenta fundamental por possibilitar uma ampliação das perspectivas de atuação fisioterapêutica. Além disso, representa uma oportunidade de aproximação do acadêmico com a realidade dos usuários do Sistema Único de Saúde, estimulando assim uma formação mais crítica e humanizada na área. O estágio em Saúde Coletiva na comunidade do Grotão foi essencial para a formação acadêmica e pessoal dos envolvidos, pois possibilitou uma articulação entre ensino-serviço-comunidade fortalecida pela criação de vínculo, bem como uma melhor compreensão do processo de trabalho no âmbito da estratégia de saúde da família.

A PROPOSTA DO LÚDICO COMO INCENTIVO PARA A HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UMA UNIDADE HOSPITALAR

Adriana Dias Silva, Manuela Maria Castrillon

Palavras-chave: Campanha, Lúdico, Higienização das Mãos

Este relato de experiência se deu por ocasião da campanha do dia mundial de higienização das mãos em uma unidade hospitalar da cidade de Porto Velho, RO, na Amazônia Legal. A higienização das mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde (ANVISA, 2013). A campanha teve como objetivo, já no segundo ano de seu desenvolvimento, estimular e sensibilizar os profissionais de saúde da unidade hospitalar para um ato, a princípio simples, mas que ainda exige a adesão por parte de muitos profissionais para que se concretize, que é a higienização das mãos. Para tal, e com a parceria dos Anjos da Enfermagem, um grupo de animadores que se revestem de palhaços e levam alegria para pacientes e funcionários do hospital, a campanha foi desenvolvida. Os animadores e os profissionais envolvidos utilizaram como metodologia de trabalho: a abordagem aos profissionais em todos os setores do hospital indagando-os sobre se tinham conhecimento a respeito da data alusiva à campanha para a higienização das mãos; se os mesmos já haviam higienizado as mãos naquele dia, e ao mesmo tempo, que entregavam folders explicativos cantavam músicas relacionadas com o tema da campanha. Esta estratégia de trabalho tem sido reforçada nas campanhas, pois sempre se obtém por parte dos profissionais do hospital manifestações de interação através da participação ativa no processo; realização da higienização das mãos atendendo ao pedido dos animadores, além de demonstração de muita alegria com a

presença dos animadores. A experiência tem mostrado, que mesmo em um hospital, um lugar onde as relações são tão verticalizadas é possível se estabelecer uma linha de ação mais humanizada e que favoreça o envolvimento dos profissionais de saúde.

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL DA PARAÍBA: DISCUTINDO NOSSAS PRÁTICAS DE FORMAÇÃO EM UMA OFICINA PEDAGÓGICA

Valéria Leite Soares, Lenilma Bento de Araújo Meneses, Jordane Reis Meneses, Bárbara Gregório Gouveia, Ivanice Jacinto da Silva, Gisela Oliveira Araújo, Ana Katarina de Araújo

Palavras-chave: Residência Multiprofissional, Oficina Pedagógica, Formação em serviço

A Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal da Paraíba/ Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (RESMEN - UFPB/NESC) iniciou em 2015, sendo a primeira em saúde mental da Paraíba contemplando 20 vagas distribuídas em cinco núcleos profissionais, a saber: Enfermagem, Farmácia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Seus cenários de práticas abrangem os municípios de Cabedelo e João Pessoa, percorrendo os serviços substitutivos, CAPS, consultório de rua, PASME, além do NASF, hospital geral e atenção primária. Ela se compõe por: coordenação geral, coordenação de cenários de prática, coordenação pedagógica, equipe de avaliação, tutores e preceptores e um grupo condutor. Os residentes são distribuídos em quatro grupos multiprofissionais fazendo rodízio nos diferentes cenários, sendo que, como R1 exclusivamente na RAPS e hospital geral como R2 na RAPS e atenção Básica. Os aspectos teóricos se alinham as práticas vividas em serviço, sendo discutidos nas

tutorias em encontros semanais através de planejamento em curto prazo, com o intuito de não ocorrer descontextualização entre teoria e prática. O processo avaliativo é processual e consta de avaliação pelas tutorias, preceptorias e dos processos de vivência e aprendizagem através de portfólios individuais vislumbrando as competências e habilidades. Realizamos Seminário Integrador bimestral com a presença dos preceptores, tutores e gestão dos referidos municípios a fim de fomentarmos reflexões e diálogos críticos apontando potencialidades, fragilidades e sugestões na perspectiva da Educação Permanente. Enfrentamos alguns nós críticos na compreensão do processo metodológico, pedagógico e nos processos das atividades práticas ao fragilizarmos padrões hegemônicos já instituídos, tanto na assistência quanto na academia. Acostumados desde a graduação a uma aprendizagem tecnicista e ações uniprofissionais, observamos resistências de mudanças para um padrão mais horizontal e ativo. Além disso, gostaríamos de saber se, o que fazemos e como o fazemos, está alinhado com o projeto pedagógico do curso. Ao completar um semestre de atividades, surge a necessidade de discutirmos e avaliarmos com os preceptores, tutores, residentes e coordenação os aspectos metodológicos, teóricos e as práticas. Objetivamos favorecer novas ideias de propostas a este processo de formação em serviço e aos próprios serviços. Planejamos e realizamos a oficina pedagógica respondendo a estas indagações. Esta se reveste de uma importância ímpar, por ser um momento de discussão, troca de experiências e reflexão coletiva sobre aspectos organizacionais, operacionais, interpessoais e administrativos do dia a dia da residência para aperfeiçoamento do processo de trabalho do ensinar e aprender, aprender e ensinar. Possibilitamos a reflexão e troca de experiências entre os atores da residência no mesmo componente

curricular e/ou pedagógico, dinamizando o trabalho pedagógico. Oportunizamos a discussão e estudo de metodologias alternativas para os diversos componentes do projeto, adequando à realidade e necessidades locais, como um espaço de captação das necessidades e problemas da gestão do projeto de residência. E por fim analisamos a execução e avaliação das ações propostas seja no regimento e/ou no projeto pedagógico do curso e na legislação de residências em saúde, registrando e divulgando avanços, dificuldades e a sugestão de alternativas de superação.

A SUPERVISÃO ACADÊMICA EM TERRITÓRIO INDÍGENA: O FAZER E APRENDER DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Tatiane Ferreira de Jesus, Harineide Madeira Macedo, Anderson Sales Dias

Palavras-chave: saúde indígena, Programa Mais Médicos, supervisão acadêmica, Educação em Saúde

APRESENTAÇÃO: Os povos indígenas construíram seus sistemas tradicionais de saúde, que articulam os diversos aspectos da sua organização social e cultura, a partir do uso das plantas medicinais, rituais de cura e práticas diversas de promoção da saúde, sob a responsabilidade de pajés, curadores e parteiras tradicionais. A medicina indígena, distinta do modelo biomédico ocidental, procura restabelecer o equilíbrio entre o indivíduo e o mundo. No entanto, à medida que avançou a ciência e que os contatos dos indígenas com os não-indígenas se estreitaram novas demandas de assistência médica também se apresentaram nessas comunidades. A política pública no Brasil que formalmente começou a atender essa demanda tem como marco a instituição da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), cuja função foi substituída por uma Secretaria

dentro do Ministério da Saúde atualmente. **DESENVOLVIMENTO:** O Programa Mais Médicos surge no país com a proposta também de prover atendimento à população de locais de difícil deslocamento, onde se inclui a população indígena. Assim, nesses territórios os médicos atendem nos pólos base de saúde em Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI). Para garantir a qualidade no atendimento e o acompanhamento dos médicos que estão nos DSEI, o Projeto Mais Médicos para o Brasil lançou mão de um projeto piloto de supervisão ampliada em território indígena, com a finalidade de qualificar o processo de supervisão acadêmica nesses territórios, contribuindo para a efetivação dos direitos à saúde e formação cidadã às comunidades indígenas brasileiras. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** É o relato dessa experiência que aqui se enfatiza, pois o projeto piloto aconteceu nos pólos bases do DSEI Rio Tapajós, no município de Itaituba, Estado do Pará. A singularidade dessa experiência está em um acompanhamento pedagógico dos médicos participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, cuja vivência de ensino-serviço se dá em várias aldeias com a consideração de suas estruturas sociais, suas práticas religiosas, formas de produção de conhecimento, métodos de ensino-aprendizagem e atividades econômicas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Realizar a Supervisão Acadêmica em território indígena sob essa perspectiva é entender que a saúde desses povos está intimamente relacionada com a terra e o equilíbrio da natureza. Para isso, o Ministério da Educação, por meio da DDES/SESu/MEC, assume o fazer e aprender peculiares dos territórios indígenas sob o desafio da ampliação de processos formativos de supervisores, tutores e apoiadores institucionais atuantes no Projeto Mais Médicos para o Brasil.

A TUTORIA DO PRÓ-SAUDE / PETAÚDE – RAS: REDE CEGONHA NO MUNICÍPIO DO PACATUBA, CE COMO UMA EXPERIÊNCIA TRANSFORMADORA

Eddie William de Pinho Santana, Gláucia Posso Lima

Palavras-chave: Tutoria, PET Saúde/RAS, Experiência transformadora

O Pró-Saúde foi lançado em 2005 como uma ferramenta da reorientação curricular da formação dos profissionais que atuam na saúde, de modo a capacitá-los de maneira mais adequada a atender as demandas do Sistema Único de Saúde, notadamente no que tange a Atenção Básica em Saúde. Seu eixo norteador é tripé: ensino-serviço-comunidade, caracterizado como instrumento para a qualificação em serviço dos profissionais de saúde e vivências direcionadas aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, tendo como fio condutor a integração dessas três esferas. Como uma ação afirmativa desse programa surgiu, em 2010, o PET-Saúde, visa o fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS, de acordo com seus princípios e necessidades, disponibilizando bolsas como incentivo ao estudo e a produção científica. Um dos pontos fortes dessa estratégia de formação dos profissionais da saúde são as práticas integrativas no âmbito da saúde oportunizadas pela interação e integração entre os diversos atores sociais envolvidos na prática do cuidado em saúde. Essas vivências são de grande valia, permitindo a troca de conhecimentos e práticas, através do contato entre professores, alunos, preceptores e usuários do SUS, dentro do contexto da realidade do território e da rotina dos diversos serviços de saúde. No presente trabalho, venho relatar os dois anos de experiência com tutor do Projeto PRO/PET- RAS: Rede Cegonha, desenvolvido

pela UECE e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de PACATUBA-CE. O projeto foi desenvolvido em quatro unidades básicas de saúde da família; uma unidade hospitalar e na gestão (SMS). A UBSF é porta de entrada para as gestantes e crianças menores de dois anos na Atenção Primária. A Unidade Hospitalar recebe e atende a população materno-infantil; gestantes e crianças. A equipe foi composta por mim (professor tutor), seis preceptores e 12 estudantes bolsistas de oito cursos da saúde (medicina, enfermagem, biologia, nutrição, educação física, psicologia, veterinária e serviço social) da nossa universidade. Inicialmente, foi feito o levantamento dos dados demográficos e epidemiológicos e de acompanhamento. Depois, foi realizada a observação participante, com utilização de diário de campo, nos locais de atendimento ao grupo materno-infantil. Finalmente realizaram-se as entrevistas com usuárias e profissionais acerca da percepção em relação à rede de atenção em saúde para o grupo materno-infantil. Durante esses dois anos vivenciamos muitos desafios, mas também obtivemos muitas conquistas, principalmente de caráter pessoal e profissional. Por um lado tivemos grandes dificuldades, tais como a incompatibilidade dos horários do serviço com a disponibilidade dos alunos, a distância entre Pacatuba e Fortaleza, a estrutura precária de algumas unidades e a falta dos recursos financeiros previstos no projeto. Entretanto ganhamos muito mais, não só com a experiência em pesquisa, mas também tivemos a vivência da realidade do SUS, e principalmente aprendem a conviver com diferentes áreas da saúde e com as dificuldades encontradas pelos profissionais que atuam na saúde do município. É muito gratificante para mim, como educador e como pessoa, ver a transformação dos “meus” alunos e dos preceptores em uma equipe unida e depois em uma grande família.

A VISITA DOMICILIAR COMO CENÁRIO DE APRENDIZAGEM DOS ALUNOS DO 4º ANO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

Flávia Palla Miranda, Adélia Delfina da Motta Silva Correia, Elizete da Rocha Vieira de Barros, Kamila Folha Falcão, Bethania Silva Ramos, Laís de Oliveira Lima, Taise Namie Nakata

Palavras-chave: visita domiciliar, estratégia saúde da família, educação médica

APRESENTAÇÃO: A visita domiciliar é uma importante ferramenta de cuidado, tanto individual quanto familiar, na Estratégia de Saúde da Família. É uma das vertentes da atenção domiciliar, tendo como função diagnosticar a realidade do indivíduo, os determinantes sociais que tem influenciado em sua situação de saúde bem como orientá-lo e fornecer subsídios educativos para torná-lo independente. Este estudo tem como objetivo apresentar a experiência da visita domiciliar realizada pelos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Famed-UFMS) em Campo Grande/MS. **DESENVOLVIMENTO:** As visitas domiciliares ocorreram durante a disciplina de “Atenção à Saúde da Mulher”, realizada no 4º ano do Curso de Medicina e com carga horária média semanal de 28 horas. Dessas, 8 horas são dedicadas a conexões da disciplina com a “Saúde da Família e Comunidade” e com o estágio em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Durante o estágio na UBSF, as visitas domiciliares eram realizadas conforme a agenda da unidade, pré-acordadas entre preceptores e professoras, sendo selecionadas para os alunos do 4º ano de medicina as residências com puérpera, gestantes e/ou mulheres em condições de risco, de forma que a teoria e a prática da disciplina se complementassem. Para

melhor aproveitamento da visita, elaborou-se um roteiro padronizado que contava com a avaliação econômica, social e biológica do indivíduo e de sua realidade. O roteiro da visita incluía a renda familiar, a classificação da visita em fim e meio, o uso da escala de risco familiar de Coelho e Savassi (ERF-CS), além da anamnese e exame físico. RESULTADOS: O método utilizado permitiu maior integração entre os alunos com a realidade da atenção primária à saúde (APS), da visita domiciliar e dos usuários dessa ferramenta de saúde. Entre as impressões dos alunos sobre a experiência destacam-se a percepção da visita como um meio de aproximação do paciente, que se sente mais livre e descontraído quando atendido em seu domicílio, permitindo maior vínculo médico-paciente. Além disso, a visita permitiu observar de perto as condições de vida e obstáculos presentes no domicílio do paciente, que não são vistos no atendimento ambulatorial. Assim, a troca de experiências e o trabalho em conjunto entre equipe de saúde da família, professores, alunos e os pacientes visitados permitiu que a atividade aproximasse o ensino dos atributos essenciais APS que são: acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Além disso, permitiu ainda, que os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalidade, equidade e integralidade da assistência - fossem experimentados e compreendidos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A visita domiciliar, como ferramenta de trabalho na APS, precisa ser abordada na graduação médica e principalmente precisa ser praticada pelos alunos como forma de aprendizagem dos princípios dos SUS, da relação profissional de saúde, paciente e família dando ênfase a forma de valorização e entendimento dessa ferramenta de cuidado como cotidiana na Estratégia de Saúde da Família.

A VIVÊNCIA DE UM GRUPO DE ALUNOS DO PRIMEIRO PERÍODO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO NO MÓDULO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – APS 1

Elan José de Lima, Wellington Bruno Araújo Duarte, Laís de Souza Monteiro, Plínia Manuella de Santana Maciel, Priscila Rossany de Lira Guimarães Portela, Gisane Kelly Silva de Miranda, Fabricya Cavalcante dos Santos, Juliana dos Santos Lima, Augusto Fernando Santos de Lima

Palavras-chave: Medicina, Atenção Primária à Saúde, Unidade de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho busca relatar a vivência de um grupo de 10 alunos do primeiro período do curso de medicina da Universidade de Pernambuco no módulo prático de Atenção Primária à Saúde - APS 01 na comunidade da Alta Santa Tereza no bairro de Nova Descoberta periferia do Recife. O módulo APS 01 faz parte do eixo prático-construtivista e busca fazer com que o aluno compreenda determinação social da saúde, condições de vida da população e importância da Atenção Primária à Saúde. DESENVOLVIMENTO: Os alunos de medicina foram separados em sete grupos os quais foram distribuídos em sete Unidades de Saúde da Família - USF, cada grupo conta com o apoio de dois preceptores da própria unidade (um Agente Comunitário de Saúde – ACS e um Agente de Saúde Ambiental e Controle de Endemias – ASACE) e um tutor da universidade. O grupo que está lotado no Alto Santa Tereza iniciou suas atividades no território no início do segundo semestre do ano em curso sempre as quintas-feiras, nesse período os alunos já vivenciaram as seguintes atividades consecutivamente: conheceram a Unidade de Saúde e fizeram a primeira visita ao território, saíram com os ACS e ASACES para observarem as atividades realizadas pelos mesmos, apresentaram

seminário na própria unidade evidenciando as dificuldades e potencialidades da comunidade, subdivididos em dupla analisaram o prontuário de duas famílias e posteriormente juntamente com os ACS realizaram a visita domiciliar a essas famílias onde coletaram dados socioeconômicos, condições de moradia e saúde. RESULTADOS: Podemos perceber com a experiência descrita, que atenção primária e as comunidades periféricas carentes ainda é algo novo e desconhecido para o grupo. Haja vista que todos ficaram perplexos com a realidade de pobreza e exclusão social das quais, eles ainda não haviam tido contato, tais como: inexistência de saneamento básico, falta de áreas de lazer, difícil acesso e condições precárias de moradia. No entanto impressionou também a eles o trabalho realizado pelos ACS e ASACES, que foram classificados como “anjos da guarda” da comunidade segundo os mesmos pela preocupação com o bem-estar da comunidade e pelo respeito que a comunidade nutre por eles. No que concerne ao trabalho realizado pelo médico da USF os alunos se disseram impressionados pelo vínculo, que é estabelecido com esse profissional e a comunidade o que segundo eles seria um facilitador na resolução de problemas relacionados ao processo saúde-doença. No entanto quando questionados se essa seria uma possível área, que eles poderiam atuar ao se formarem apenas um respondeu que tinha o interesse. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A que se considerar que o curso de medicina ainda recruta nos seus processos seletivos indivíduos geralmente de famílias abastadas. Nesse sentido o conhecimento da realidade das comunidades e dos comunitários, tais como, é deveras importante. Por outro lado, talvez a solução para se ter mais profissionais médicos interessados nessa importante área do SUS resida no ingresso nas faculdades de medicina de indivíduos dessa mesma comunidade carente.

A VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO DOCENTE NO ESTÁGIO CURRICULAR

Maria Alves da Silva, Cinoelia Leal de Souza

Palavras-chave: Ensino, Formação em saúde, Estágios curriculares

APRESENTAÇÃO: Segundo a Diretriz Curricular Nacional do curso de Enfermagem (2001), a formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS, e assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento. Parte fundamental da matriz curricular, o Estágio Curricular Supervisionado (ECS) – previsto nas DCN com no mínimo 20% da carga horária total do Curso – deve possibilitar a consolidação de conhecimentos adquiridos no transcorrer do curso. O estágio apresenta-se como uma estratégia pedagógica que precisa ir além da relação professor-aluno (COLLISELLI, 2009). Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo (BRASIL). Para tanto, o enfermeiro, no papel de docente, formador de outro profissional, deve estar capacitado para a vivência prática nos serviços, que também se caracteriza como um ambiente de ensino-aprendizagem na formação dos profissionais de saúde. OBJETIVOS: Diante do exposto, este estudo objetivou: discutir e relatar a experiência do profissional enfermeiro como mediador do processo de ensino-aprendizagem nos estágios curriculares da graduação em enfermagem. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um relato de experiência, que buscou refletir sobre o papel do profissional enfermeiro na formação em saúde, sob o olhar do mesmo. O Estágio

Curricular do Curso de Enfermagem da Faculdade Guanambi, no estado da Bahia, e é realizado nos últimos semestres do curso, que tem duração de cinco anos, no nono e décimo semestre. Esse estágio possibilita ao estudante, inserir-se no cotidiano e nas atividades dos serviços de saúde, supervisionado pelo docente. RESULTADOS: As atividades orientadas pelo docente nos estágios curriculares compreendem ações individualizadas – através de consultas de enfermagem – e coletivas, envolvendo grupos nas unidades de saúde. Um dos eixos de ensino em saúde do curso de enfermagem da Faculdade Guanambi, realizando atividades de educação em saúde para os profissionais de enfermagem da região, colocando o estudante também no papel de mediador. Desse modo, o docente deve buscar oferecer recursos que capacitem o estudante para ensinar e aprender no estágio curricular obrigatório. Para Costa (2007), devido a sua importância para a formação do profissional, existe a necessidade constante de reflexão acerca do Estágio Curricular Supervisionado quanto aos aspectos didático/pedagógico, estrutural e legal, no intuito de construir uma política de Estágio, pactuada entre ensino serviço e gestão do sistema de saúde, que possa reger esta atividade acadêmica dentro de sua especificidade, contribuindo tanto com a formação quanto com a construção do SUS. IMPLICAÇÕES: O objetivo deste trabalho foi relatar a vivência do enfermeiro assistencial atuando como docente de Estágio curricular do curso de enfermagem, e pensar na complexidade do papel de formador dos profissionais de saúde, os desafios enfrentados, e a necessidade constante de capacitação dos professores, no que se refere ao ensino e aprendizagem.

A VULNERABILIDADE DO PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES DE COMBATES A ENDEMIAS (ACE)

Dayane Aparecida Moises Caetano, Lais Marchetti Cabral Alves, Suzi Rosa Miziara Barbosa, Bruna Costa Santos, Arthur Duarte Fantesia Costa Cruz, Paola Carvalho dos Santos Oliveira

Palavras-chave: ACE, Agente de Combate a Edemias, Saúde do Trabalhador

Os agentes de combate a endemias (ACE), são profissionais importantíssimos para o exercício de atividades de vigilância, prevenção, controle de doenças e promoção da saúde. Durante muito tempo, as ações de controle de endemias foram centralizadas pela esfera federal, que, desde os anos 70, era responsável pelos chamados ‘agentes de saúde pública’. Mas, seguindo um dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1999 as ações de vigilância passaram a ser descentralizadas e hoje o município é o principal responsável por elas. O problema é que boa parte dos agentes ficou precarizada, sem um piso salarial comum e trabalhando por contratos temporários. Apenas em 2006 foi publicada a lei 11.350, que descreve e regulamenta o trabalho dos ACEs e ACS. GUIDA et al. em sua revisão bibliográfica, identificaram que são raros os estudos que se ocupam dessa categoria profissional em questão, também evidenciaram que esses trabalhadores, se deparam com dificuldades nas condições de trabalho e na maneira de seu trabalho ser inserido e aceito pela sociedade. Descrição da experiência: No primeiro momento em um grupo multiprofissional estudamos sobre saúde do trabalhador, o que cada área da saúde tem a acrescentar e também leis que regem e amparam os ACE’s, a fim de obter conhecimentos sobre a profissão. O estudo foi rico, pois o fizemos com a metodologia de rodas de conversar, dentro do grupo PET-

Vigilância Saúde do Trabalhador. Em um segundo momento, fomos vivenciar um dia de trabalho dos ACE’s, para conhecer suas dificuldades e vulnerabilidades diante do trabalho realizado. De primeiro tivemos uma pequena dificuldade em nos aproximar dos trabalhadores, certamente pelo fato de não conhecerem o real motivo da nossa visita. Após criarmos vínculos com os mesmos, fomos relatado dificuldades quanto ao uso de EPI’s, do contato com a população e a má educação das pessoas ao recebê-los. Eles também nos apresentaram os instrumentos de trabalho e vimos algumas mudanças feitas nos EPI’s, apesar de irregular, tornou-se mais confortável seu trabalho. Em um terceiro momento voltamos a nos reunir e vimos que a regulamentação do processo de trabalho dos ACE’s está muito diferente da realidade e eles têm adoecido em grande escala, pois vivem em precariedade no seu processo de trabalho. Assim realizaremos com os mesmos além de pesquisas, orientações de educação em saúde para que possam melhorar de algum modo e evitar esse adoecimento que interfere diretamente na saúde da população. São trabalhadores que apresentam grande importância e significado a sociedade, porém não se sentem valorizados, o que gera grande abalo emocional. Foi constatado que o que se apresenta como regimento é bem distinto do que foi vivenciado com características marcantes demonstrando o real motivo do absenteísmo do ACE. Aparentemente há um descaso do governo quando a saúde destes trabalhadores e o ambiente de trabalho deles. Sugere-se um melhor treinamento com educação continuada.

ABORDAGEM DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DRGRAS EM UMA UBSF DE CAMPO GRANDE-MS: O USO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Henrique Oliveira e Silva, Raissa Pereira

Nacasato, Daniely Vanoni, Aline Dantas, Jose Lucas Gomes, Iolly Pereira Nacasato, Alessandro de Carli Molina, Lucas Ferreira Marcondes Lemos

APRESENTAÇÃO: O projeto Pet Redes visa o aprimoramento e a ampliação das Redes de Atenção à Saúde, através de ações articuladas entre universidade, serviço e comunidade, promovendo a aprendizagem significativa pelo trabalho e ações propostas de acordo com demandas autênticas. Nesse contexto, alunos de odontologia, medicina, nutrição, enfermagem e farmácia, no cenário de Unidade Básica de Saúde da Família de Campo Grande, desenvolveu uma estratégia de abordagem com pacientes usuários de álcool e outras drogas, visando sua integração à dinâmica da atenção básica e a elaboração de um Plano de Tratamento Singular. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Alunos e ACS, sob a orientação das preceptoras, uma enfermeira e outra psiquiatra, realizaram estudos, capacitação prévia sobre o assunto e fizeram um levantamento dos pacientes com perfil indicado para tal abordagem. Foram convidados 6 pacientes, sendo que 3 compareceram. Formamos 3 grupos compostos pelo ACS, dois acadêmicos e o preceptor. Nos primeiros contatos os pacientes puderam narrar suas histórias, dificuldades e anseios livremente e expressar suas expectativas. Posteriormente toda a equipe se reuniu para trocar informações sobre os casos e discutir as primeiras providências. Os pacientes foram incluídos no projeto e agendados para visita ao CAPS ou para retornar a unidade para nova conversa com a enfermeira. Eles também receberam prescrição médica que o auxiliariam a manter-se longe do vício até o próximo encontro. Discutiu-se algumas medidas individuais de acordo com o perfil de cada paciente, como encaminhamento para cursos profissionalizante, encontros com a psicóloga e abordagens familiar. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Toda a

equipe de saúde se sentiu realizada em poder oferecer uma abordagem e opção de tratamento aos usuários. A iniciativa foi considerada positiva e os pacientes se estabeleceram em um acompanhamento contínuo realizados por nós e pela rede a qual propusemos para cada um. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É necessário apertar a relação de rede entre os vários níveis de saúde na abordagem e acompanhamento do usuário de álcool e outras drogas. Uma abordagem multiprofissional e uma atenção especial nesse ponto são imprescindíveis.

ABORDAGEM LÚDICA PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÃO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PARANÁ

Renan Pontes Petinelli, Raquel Mireski, Nicolas Pivoto, Fernanda Lopes da Silva, Carolina Nobue Tanaka, Kauê Furlan da Rocha, Renata Aparecida Belei

Palavras-chave: Infecção hospitalar, Controle de infecções, Educação em Saúde

APRESENTAÇÃO: A educação em saúde, processo permanente que pode ser concretizado por meio da relação de parceria entre universidade e serviços de saúde, permite promover o conhecimento e potencializar práticas voltadas à prevenção de doenças, através do desenvolvimento da consciência crítica. Dessa forma, profissionais de saúde se tornam sujeitos ativos, transformadores de sua prática cotidiana e capazes de atuar de forma mais efetiva na vida institucional, além de atualizar e aprimorar o conhecimento profissional. Este trabalho, portanto, visa relatar a vivência de alunos de graduação de Enfermagem e Medicina, estagiários da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, na promoção de eventos de educação em saúde voltados à prevenção de infecções em um Hospital Universitário do Paraná.

DESENVOLVIMENTO: Entre os dias 11 e 12 de maio de 2015, foi montado no hall de entrada da instituição uma estação educativa chamada “Keep Calm e Lave as Mãos”. Após o treinamento de profissionais de saúde e estudantes que circulavam pelo setor, foi aplicado uma avaliação (quiz) referente às práticas demonstradas e às orientações. Foram abordados sequencialmente: a técnica da higienização das mãos com gel fluorescente que mostrava as áreas que não foram friccionadas adequadamente quando colocadas na caixa com luz negra; apresentação de placas com colônias de bactérias isoladas previamente das mãos de funcionários da instituição; apresentação de um vídeo musical com demonstração da correta higienização das mãos; e orientação acerca dos sintomas e sinais da Influenza, assim como suas medidas preventivas. **RESULTADOS:** Foram capacitados 341 profissionais, entre eles: enfermeiros; técnicos de enfermagem, de limpeza e de laboratório; médicos; fisioterapeutas; psicólogos; estudantes e residentes de diversas áreas de saúde. O aproveitamento médio do quiz foi de 60%, haja vista que se trata de uma população cuja maior parcela raramente teve contato com ações de promoção desenvolvidas no cenário de trabalho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** Ações educativas interativas, realizadas de forma lúdica e com diversidade na abordagem podem ser uma estratégia para estimular a participação dos profissionais e estudantes em treinamentos, auxiliando a refletir de forma crítica as práticas cotidianas da assistência à saúde. A avaliação mostra, ainda, que eventos educacionais são necessários para se conscientizar os próprios profissionais presentes no cenário hospitalar, uma vez que atitudes simples de prevenção pode reduzir significativamente a transmissão horizontal de microrganismos infecciosos.

ABORDAGENS DIFERENCIADAS DO PROJETO DE SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS INDÍGENAS DO POVO TERÉNA, MATO GROSSO DO SUL

Renata Palopoli Picoli, Leia Conche, Soraya Solon, Dulce Lopes Barboza Ribas

Palavras-chave: Saúde do escolar, Origem Étnica e Saúde, Índios Sul-Americanos

APRESENTAÇÃO: O Projeto Teréna foi desenvolvido junto ao povo Teréna da Terra Indígena Buriti, Mato Grosso do Sul, pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Populações Indígenas (GEPPI) e com a colaboração da equipe intersectorial de facilitadores do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) de Campo Grande. As ações do Projeto Teréna se propuseram a fortalecer elementos da cultura, desde a culinária tradicional com alimentos locais, incentivo aos contos e histórias juntos às crianças e discussões referentes à saúde sexual e reprodutiva. Neste trabalho será descrita a experiência de desenvolvimento de oficinas de trabalho envolvendo a temática da saúde sexual e reprodutiva junto aos profissionais indígenas das áreas da educação e da saúde e lideranças da comunidade. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** As oficinas foram desenvolvidas utilizando-se metodologias ativas enquanto espaço de participação, compartilhamento de saberes e de tradução dos temas sobre a saúde sexual e reprodutiva para termos culturalmente compreensíveis para o povo Teréna. Na primeira oficina buscou-se levantar os conhecimentos indígenas e as estratégias pedagógicas utilizadas pelos professores para abordar o tema da saúde sexual e reprodutiva junto aos jovens e adolescentes no contexto da escola. Posteriormente, desenvolveram-se dinâmicas participativas, procurando adequá-las aos modos de viver do povo Teréna, em torno de situações e

temas relacionados à saúde e a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, além do levantamento das percepções das atividades e expectativas para os próximos encontros. As atividades foram conduzidas por facilitadores do SPE, na Escola Pólo Indígena Cacique Ndeti Reginaldo da Aldeia Indígena Água Azul, em julho de 2014, tendo a participação aproximada de 18 indígenas. **IMPACTOS:** Destaca-se como aspecto positivo o compartilhamento e a construção coletiva de novos conhecimentos, a partir das experiências e da interação entre os participantes e facilitadores do SPE. Nas atividades, observou-se que os depoimentos destacaram a necessidade de família e escola tratar desses temas, conjuntamente, para orientar seus adolescentes, além do envolvimento das igrejas para que juntos possam ter conhecimentos sobre os riscos e as vulnerabilidades de adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis, para construir ações conjuntas: “às vezes evitamos trabalhar esses temas [na escola] com adolescentes, porque a comunidade nem sempre aceita (...)”, “tem que ser tratado aqui na escola [...] a escola é familiar, meus filhos e os filhos dos professores estudam aqui”, “sexualidade deve ser trabalhada na família”, “só conseguiremos ensinar o certo [para os jovens], daí eles escolhem o que querem (...)”. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** os resultados desta experiência demonstram a importância da produção de oficinas com o povo Teréna que favoreçam a participação das lideranças indígenas, das famílias, dos profissionais da educação e da saúde e adolescentes e incentive a discussão de abordagens diferenciadas sobre saúde sexual e reprodutiva no contexto escolar indígena, que façam sentido ao universo cultural e aos modos de viver do povo Teréna.

ABORDANDO A SURDEZ E A SAÚDE AUDITIVA NAS ESCOLAS: RELATO DE EXPERIÊNCIAS DO PET-REDES SURDEZ

Agatha Barbosa Caldas, Lays Freitas Silva, Fernanda Carvalho Barbosa Santos, Grécia Santos de Souza, Desirée de Vit Begrow, Manôa Marques Carvalho Bispo, Mayara Pinheiro de Souza

Palavras-chave: programa de educação pelo trabalho, programa saúde na escola, saúde auditiva

Introdução: O PET-Saúde Redes de Atenção à Saúde do Surdo tem por objetivo identificar pessoas surdas, bem como, sensibilizar a comunidade. Neste sentido, a escola é um espaço singular para a inserção da temática de saúde auditiva e desmitificação sobre a surdez. Tendo o Programa Saúde na Escola (PSE), como parte integrada da relação saúde e educação, o PET- Saúde Redes se insere apoio à formação integral da criança com ações de promoção, prevenção e atenção à saúde auditiva e educação dos surdos, nas escolas. Objetivo: Relatar a experiência dos integrantes do PET-Redes referente às ações desenvolvidas nas escolas. Método: Estudo do tipo relato de experiência das ações nas escolas de Vista Alegre localizadas no Distrito do Subúrbio Ferroviário de Salvador/BA, no período de setembro de 2013 a abril de 2015. As atividades foram realizadas por integrantes do PET-Redes, uma acadêmica de enfermagem e duas de fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia – UFBA e uma preceptora nutricionista do Núcleo de Atenção à Saúde da Família - NASF. Após aceitação das escolas da comunidade em participar do nosso estudo realizamos diagnóstico institucional, e agendamento de oficinas com os profissionais educacionais e estudantes. Os encontros nas escolas objetivaram inserir promoção e prevenção da saúde auditiva, e sensibilização das famílias, crianças, adolescentes e profissionais da

escola sobre surdez. Utilizamos datashow, cartazes e reprodução de vídeos nas escolas com dinâmicas de aproximadamente uma hora, e temáticas abordando deficiência auditiva versus surdez, saúde auditiva e cuidados com a audição. Resultados: O PET-Redes participou das reuniões do PSE na USF de Vista Alegre, porém, profissionais do PSE não participaram das ações nas escolas. Duas escolas se envolveram, uma municipal e uma estadual, com um encontro por instituição, porém na estadual, solicitaram retorno para ação com os alunos, obtendo em média 50 crianças/jovens da faixa etária de 6 a 17 anos de idade e 20 profissionais da instituição. Com os professores, percebemos desconhecimento sobre a surdez e o surdo, bem como, sobre questões de prevenção por ruído intenso em ambiente de trabalho escolar. Com os alunos existiram dúvidas sobre cuidados com a audição, relacionados à limpeza do ouvido, infecções, dor, sensação de líquido e etc. Ao final, pudemos perceber a necessidade de realização de mais orientações destes profissionais sobre os temas abordados, promoção do autocuidado ou prevenção de alterações auditivas. Reforçamos ainda a necessidade de estabelecimento de vínculo da escola com a USF, por ser a porta de entrada para o sistema de saúde, buscando suprir demandas e carências apresentadas na comunidade escolar. Conclusão: Percebemos interesse dos profissionais das escolas e estudantes pelos temas, compartilhando relatos de casos e dúvidas, desmitificando conceitos e retomado conceitos trabalhados nas primeiras ações. Observamos maior criticidade em relação a sinais e sintomas de possíveis problemas auditivos e cuidados preventivos e entendemos a relevância dessa temática favorecendo informações para a escola e professores. A partir desta experiência, esperamos ter suscitado maior empenho em aproximar o PSE da comunidade escolar.

AÇÃO DE CUIDADOS COM A SAÚDE NO CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Viviane Alves de Almeida, Dayane Souza Flores, Cristina Brandt Nunes, Maria Auxiliadora de Souza Gerk

Palavras-chave: Promoção de saúde, Educação em Saúde, Enfermagem Pediátrica

APRESENTAÇÃO: Dentre as competências técnico-científicas do enfermeiro se encontra a Educação em Saúde. A sua prática pode favorecer a criação de estratégias para diminuir os índices de doenças e as intercorrências de saúde em crianças. Teve-se como objetivo relatar a experiência de uma atividade de Educação em Saúde com crianças, na fase de pré-escolar, sobre a importância de hábitos de cuidados com a saúde. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A realização da ação educativa fez parte das atividades propostas pelo Módulo: Práticas Interdisciplinares VI, em 2014, e contou com a participação de estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. A prática foi realizada em um Centro de Educação Infantil (CEINF), do Distrito Sul, na cidade de Campo Grande. Os instrumentos educativos utilizados foram: música, dança e encenação com caracterização circense das estudantes. Foram confeccionados mãos, dentes e escovas de dente com material especial e utilizadas duas canções conhecidas pelas crianças que possibilitaram a explicação sobre a importância de se lavar as mãos. Para a abordagem da higiene bucal, realizou-se roda de conversas. RESULTADOS: A maioria das crianças participou ativamente. Cada faixa etária mostrou um tipo de conhecimento sobre os assuntos abordados. Algumas informações não estavam claras para as crianças e era perceptível a confusão das informações que eles tinham. Neste sentido,

com a atividade realizada, as crianças demonstraram interesse em aprender o que desconheciam. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Medidas simples, de baixo custo e de grande eficácia podem ser adotadas para promover a saúde da criança.

AÇÃO EDUCATIVA SOBRE ASFIXIA NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ariza Barbosa do Nascimento, Johnny Ribeiro Leite, Gislaïne Recaldes de Abreu, Maria Auxiliadora de Souza Gerk, Cristina Brandt Nunes

Palavras-chave: Asfixia Neonatal, Ressuscitação Cardiopulmonar, Enfermagem Materno-Infantil

Introdução: No período neonatal, os sufocamentos e aspições são as principais causas de óbitos não intencionais no domicílio, devido às características anatômicas das vias aéreas. Os enfermeiros e médicos são capacitados para realizarem as orientações quanto às condutas a serem seguidas, caso os sufocamentos e as aspições levem a uma parada cardiorrespiratória, sobre ressuscitação cardiopulmonar (RCP). Objetivo: Esclarecer pais e cuidadores sobre a importância do tema e oferecer informações básicas acerca da técnica correta de desobstrução de vias aéreas superiores e RCP em recém-nascidos (RN). Descrição Metodológica: As atividades constituíram-se de uma ação educativa sobre asfixia neonatal e ocorreu na maternidade de um Hospital de Ensino em Campo Grande-Mato Grosso do Sul, durante as atividades propostas pelo Módulo Práticas Interdisciplinares VI, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), em 2014. Participaram 13 pessoas entre gestantes em tratamento clínico, puérperas e seus respectivos acompanhantes. A atividade

foi desenvolvida por meio de apresentação de slides, demonstração da técnica de desobstrução de vias aéreas e RCP em RN. Após a demonstração, os participantes foram convidados a realizarem RCP em bonecos. Resultados: O tema despertou interesse, a participação foi efetiva e proporcionou troca de experiências. Os participantes verbalizaram a importância do repasse desse conhecimento, relatando que antes da mesma “não sabiam” como agir nestas situações. Conclusão: A ação educativa enfatizou a necessidade de disseminar as técnicas corretas de desobstrução de vias aéreas e RCP em RN e de capacitar os cuidadores no atendimento ao RN com asfixia, o que pode contribuir para a redução de óbitos por aspiração e sufocamento, em domicílio, no período neonatal.

AÇÃO EDUCATIVA SOBRE CHIKUNGUNYA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Silvana Alves do Espírito Santo, Amanda Marques Bezerra, Priscila Marchetti Fiorin

Palavras-chave: Chikungunya, Dengue, Aedes aegypti

Apresentação: O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência das discentes, abordar a importância fundamental da conscientização na prevenção do combate ao vetor Aedes aegypti o transmissor da Chikungunya, propor a difusão dos conhecimentos apreendidos pelos discentes, estabelecendo o elo de intermediação entre a Universidade e os multiplicadores potenciais das informações para a comunidade. Desenvolvimento do trabalho: Na ação educativa com os Agentes Comunitários de saúde, no início da ação educativa nós nos apresentamos e posteriormente fizemos um “quebra gelo” com fósforo onde distribuímos um palito

de fósforo para cada um e ao acender, cada um deveria dizer o seu respectivo nome e algum conhecimento prévio da doença. Em seguida, fizemos uma roda de conversa onde utilizamos slides no datashow e falamos sobre Chikungunya, sobre sua forma de transmissão, sinais e sintomas diferenciando da Dengue. Em todas as partes de nosso treinamento houve a participação dos Agentes Comunitários de Saúde que se mostraram muito interessados e preocupados com o assunto. Enfim, todos participaram contribuindo com suas experiências de trabalho no dia a dia com a população. Ao final da roda de conversa pedimos para que todos pegassem debaixo de suas cadeiras um papel em que estava escrito ACS ou morador. De acordo com o que estava escrito no papel de cada um, teriam que formar duplas de ACS e morador e deveríamos encenar um teatro com o que aprenderam na ação de como falaríamos com a população. Isso nos serviria para avaliação sobre a captação da informação prestada. Para avaliação deles em relação a nossa ação, entregamos um papel para que escrevessem uma palavra dizendo o que achou da ação. Nos papéis encontramos escritas as palavras: “esclarecedor, criativa, dinâmica, ótima, enriquecedora, produtiva, interessante, novidade, curiosa e gratificante”. Finalizamos a ação com uma confraternização em forma de café da manhã. Na segunda parte da ação educativa com os Técnicos de enfermagem e Auxiliares administrativos, nós apenas fizemos uma roda de conversa, a qual deveria ser breve. Foram utilizados os mesmos slides da apresentação anterior e como forma de avaliação fizemos um questionário de 5 questões com as seguintes perguntas: 1). A febre Chikungunya é causada pelo mesmo vírus da Dengue? 2). Chikungunya na língua Kimakonde significa “tornar-se encurvado” por causa das...? 3). Quais são os sinais e sintomas que a diferencia da Dengue? 4).

Qual é a forma de transmissão da febre Chikungunya? 5). Cite duas formas de prevenção da Chikungunya. Com a avaliação, pudemos perceber que embora breve, havia ocorrido a absorção das informações. Resultados e/ou impactos: Conscientização de amplo alcance e a condição social transformadora da disseminação de conhecimentos quanto à importância da prevenção no combate à Chikungunya. Considerações finais: Nas duas partes da ação educativa tivemos um retorno positivo. Nas avaliações que realizamos percebemos que houve um aprendizado significativo e que aquelas pessoas se conscientizaram sobre a gravidade da doença.

AÇÕES DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA ESCOLARES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Eliziane Andrade Carvalho, Ronaide Paula dos Santos, Veruska Moreira de Queiroz

Palavras-chave: educação alimentar e nutricional, escolares, relato de experiência

APRESENTAÇÃO: Este trabalho trata-se de um relato de experiência sobre ações de educação alimentar e nutricional desenvolvida com alunos de uma escola pública municipal, com o objetivo de proporcionar aos discentes conhecimentos e hábitos alimentares saudáveis, bem como incentivar o consumo da alimentação escolar. DESENVOLVIMENTO: O projeto foi desenvolvido em uma escola pública municipal, em Lagarto/SE, tendo como público-alvo os escolares do 1º ao 4º ano, beneficiários do Programa de Alimentação Escolar. As atividades foram desenvolvidas de acordo com o ano do escolar: com os alunos do 1º e 2º anos, foram realizadas ações de educação alimentar e nutricional, através de peça teatral e poema sobre o que são vitaminas e minerais, e suas respectivas

funções, também foram desenhados nos rostos das crianças os alimentos fontes utilizando-se tinta guache e pincel. Com os alunos do 3º e 4º anos, os mesmos temas foram abordados de maneira mais prática, no primeiro momento, eles responderam um questionário com cinco perguntas sobre as vitaminas e os minerais, com o intuito de explorar o conhecimento prévio, posteriormente, o assunto foi debatido por meio de roda de conversa, apresentação de peça teatral, e dinâmica, na qual os discentes deveriam identificar alimentos pelo tato, olfato e paladar, e relacioná-los com os micronutrientes abordados. Por fim, os alunos responderam ao mesmo questionário para avaliação da efetividade da ação. RESULTADOS: Através da comparação dos questionários aplicados ao escolar antes e após as atividades, pôde-se observar que os conhecimentos deles acerca das vitaminas e minerais, e sua importância para o funcionamento do corpo, foram aprimorados. Todos os escolares participaram das atividades, favorecendo o alcance dos objetivos do projeto. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O propósito principal deste trabalho foi atingido, ao despertar nos escolares a importância da adoção de hábitos alimentares saudáveis, pela ingestão de alimentos fontes de vitaminas e minerais, levando-os a compreender a necessidade da ingestão de frutas e verduras e encorajando-os a consumi-los na alimentação escolar.

AÇÕES EDUCATIVAS JUNTO A ADOLESCENTES DA UBS DELFIORE EM APARECIDA DE GOIÂNIA-GO: DISCUTINDO GRAVIDEZ SAUDÁVEL

Regis Paiva Borges, Marta de Melo Oliveira e Silva

Palavras-chave: Gravidez, Adolescente, Intervenção

Sabe-se que 20 mil meninas com menos de 18 anos dão à luz e 200 morrem em decorrência de complicações da gravidez ou parto. Diante disso, o presente projeto visa promover a realização de ações educativas de informação sexual para adolescentes do município de Aparecida de Goiânia-GO, com o intuito de desenvolver ações educativas junto às adolescentes da UBS Delfiore, visando contribuir com a vivência da sexualidade de forma responsável e saudável. Em pesquisa, pode-se entender que o número alto de gravidez na adolescência ainda se deve a falta de informação. Hoje não cabe mais falar em tabus sexuais. Mas as meninas e os meninos reclamam que a comunicação com os pais é falha, especialmente quando o assunto é sexo. Para realizar o levantamento da prevalência de grávidas adolescentes entre os membros da comunidade referida anteriormente utilizou-se o método de questionários previamente formulados e realizados pela equipe de enfermagem e médico responsável pelo projeto de intervenção. A equipe era composta por seis profissionais entre técnicas de enfermagem e médico responsável. Da prevalência geral, retirou-se uma amostra de oito adolescentes, de 15 a 17 anos, que passaram por ações educativas através de quatro reuniões de grupo realizadas através de roda de conversa e aula expositiva in loco, na intenção de instruir sobre métodos contraceptivos e orientar ações para uma gravidez saudável. Concluiu-se neste estudo, que a grande maioria das grávidas adolescentes não fazia uso dos métodos contraceptivos e diante da exposição das ações educativas, se mostraram bastante interessadas. A maioria se comprometeu de imediato na realização do pré-natal na própria UBS.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO APOIADO POR ACADÊMICOS: EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGEM COLETIVA

Mayara Pereira de Souza, Fernanda Teixeira Furlan Chico, Juliette Werner Mello, Laís Alves de Souza Bonilha

Palavras-chave: acolhimento, projeto, experiência

APRESENTAÇÃO: No Projeto Posso Ajudar, estudantes voluntários de cursos da área da saúde desenvolvem ações de acolhimento aos pacientes e familiares que chegam ao pronto-socorro da Santa Casa de Campo Grande (MS), conhecendo de perto a rotina da porta de entrada de um grande hospital e, ao mesmo tempo, contribuem com aumento da qualidade da assistência prestada à população. O trabalho dos acadêmicos é desenvolvido em conjunto com profissionais do hospital que atuam na recepção sob a lógica do Acolhimento com Classificação de Risco, que são técnicos da portaria, profissionais da enfermagem e do serviço social desenvolvendo trabalho em equipe multiprofissional. O projeto também permite conhecer o SUS através de um serviço de nível terciário, contribui para assimilar o conhecimento teórico da humanização pela prática e na formação profissional através do desenvolvimento das competências gerais. **METODOLOGIA:** Cabe aos alunos orientar e acolher os pacientes e familiares que aguardam pela consulta e por informações, facilitando o atendimento, aprendendo com a equipe na execução das ações e favorecendo a integração ensino-serviço. Contribuem para a organização e limpeza do espaço físico da recepção, acolhem pacientes e acompanhantes de demanda espontânea, direcionam o atendimento e ou oferecem informações, orientam sobre o fluxo de atendimento e informam os acompanhantes

de casos da emergência sobre os horários de entrada. As escalas são divididas em três períodos por dia e alunos escolhem os horários de acordo com a disponibilidade de tempo, sendo permitido executar cargas horárias maiores ou menores. Os participantes necessitam ter pró-atividade e abordagem humanizada, visando diminuir a ansiedade daqueles que estão à espera por informações, consultas, e auxiliar aqueles que procuram por familiares, todas elas situações estressantes. **RESULTADOS:** Essa vivência foi uma experiência satisfatória. Apesar de reconhecer as muitas falhas do SUS, muitas vezes noticiadas em jornais, o sistema busca a evolução diariamente e, apesar das dificuldades, é notada evidente melhora do acolhimento com a implantação do projeto. No início do projeto foram vivenciadas dificuldades: o processo muitas vezes era complicado devido à alta demanda de pacientes para poucos funcionários e envolvia a todos que estavam no pronto-socorro para a agilidade do atendimento. Outras questões difíceis foram a abordagem à alguns usuários e também às dificuldades de comunicação entre profissionais do serviço e orientações conflitantes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Com essa experiência notamos que na prática o sistema não funciona tão bem quanto na teoria, tentando a melhora como através de projetos de acolhimento como o Posso Ajudar e a Equipe da Esperança, que é uma entidade filantrópica e que presta assistência espiritual, moral e material aos pacientes carentes e seus acompanhantes internados, reduzindo dificuldades. O projeto produziu impacto, tanto na vida profissional, quanto na acadêmica e pessoal, incentivando os alunos a participar e apoiar experiências exitosas na rede de atenção no SUS, com função multiplicadora, além de apoiar esses serviços com abordagem humanizada, fazendo a diferença nos atendimentos e produzindo a melhora do SUS a cada dia.

ACOLHIMENTO EM SAÚDE NA UBSF MÁRCIA GUEDES DE SÁ EARP – CAMPO GRANDE-MS: PROPOSTAS DE REIMPLANTAÇÃO

Vitória Siufi Zandoná, Denise Brown Siqueira Marques, Marina Martinelli Guimarães de Souza, Yasmin Merighi Hauache, Mylena Barbosa Rodrigues, Mylena Miuki Ogatha Takatori, Carolina Cubel de Oliveira, Elizandra Martini Pedrazzani

Palavras-chave: Acolhimento, Motivação, UBSF

INTRODUÇÃO: A proposta de desenvolver um plano de ação com o tema do acolhimento em saúde surgiu a partir da parceria entre a ESF da Unidade Básica de Saúde da Família Márcia Guedes de Sá Earp e os acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Uniderp, durante as atividades do módulo longitudinal Programa Interinstitucional de Interação Ensino-Serviço-Comunidade (PINESC II). O objetivo do plano foi identificar a satisfação de profissionais das equipes de saúde e usuários quanto ao acolhimento na unidade antes e após a realização de oficinas sobre motivação e acolhimento junto aos profissionais. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** As atividades foram executadas na UBSF Márcia Guedes de Sá Earp entre os meses de setembro e outubro de 2015. Inicialmente realizou-se a aplicação de um questionário sobre o acolhimento em saúde com 25 profissionais e 30 usuários. Em seguida foram realizadas dinâmicas de grupo, a primeira e a segunda visavam iniciar a interação dos integrantes do grupo. As outras dinâmicas foram baseadas em perguntas feitas aos profissionais, duas sobre o nosso trabalho com eles que abordavam as expectativas de cada profissional com as atividades e a forma com que eles poderiam colaborar com elas sobre o dia a dia da equipe, o que era bem realizado dentro da UBSF por eles, o que era mal realizado, o que fariam para melhorar e por último, qual seria o “plano B” de cada

um, se a primeira tentativa de melhora não desse certo. IMPACTOS: Em relação às condições de trabalho, relacionamento com a equipe, reconhecimento e motivação dentro da UBSF dos 25 profissionais, mais da metade (56%) referiu-se estar satisfeito, 24% está indiferente e 20% insatisfeito com seu ambiente de trabalho. Quanto à satisfação em relação ao acolhimento pelos profissionais, a maioria (60%) dos usuários se sente satisfeito, 23,3% muito satisfeito; 3,3% insatisfeito, 3,3% muito insatisfeito e 10% se apresenta indiferente em relação ao atendimento na UBSF. Nas dinâmicas, a equipe mostrou-se comprometida e interessada e também sensibilizada quanto aos impactos positivos destas ações no processo de trabalho da equipe de saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Podem-se constatar as fragilidades da prática do acolhimento pelos funcionários. A teoria é de conhecimento comum, porém a execução do acolhimento encontra barreiras na desmotivação dos funcionários e na elevada demanda espontânea, dificultando a escuta qualificada. Devido à boa receptividade da Equipe, foi concluído que não será um grande desafio reimplantar a prática do Acolhimento na UBSF Marcia Guedes de Sá Earp.

AGIR CUIDATIVO EM COMUNIDADE INDIGENA NA AMAZONIA: PRODUÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA COM FOCO NA HIGIENE CORPORAL E ORAL

Maria da Conceição Cavalcante Farias, Yamilles Ribeiro Nascimento, Belmiro Figueiredo Vinente Neto, Ana Beatriz da Silva Pedroso, Orlando Garcia Nascimento, Sheyla Mara Silva de Oliveira, Radson Tio Wai Wai, Franciane de Paula Fernandes

Palavras-chave: Higiene, Enfermagem, Indígenas

Introdução: A saúde é um completo bem-estar físico, mental e social. Para os indígenas a saúde depende também das suas relações com a natureza e com a garantia e prática dos seus direitos sempre no âmbito da coletividade. Um dos direitos dos povos indígenas é a garantia a saúde, onde um dos métodos de promoção deve ser a prevenção de doenças tanto das causadas por fatores biológicos como das que são geradas a partir de hábitos como a falta de higiene. Este hábito é responsável por grande parte da aquisição de parasitoses e verminoses que contribui para o aumento da taxa de mortalidade infantil, por isso é importante prevenir esses problemas de saúde orientando quanto à importância da higiene. Este trabalho tem como objetivo produzir uma tecnologia educativa direcionada a crianças da etnia Wai-Wai, cujo tronco linguístico é o Arawak. Metodologia: Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, tendo como resultado uma tecnologia educativa produzida por acadêmicos e docentes da Universidade do Estado do Pará- Campus Santarém Pará. Resultados: Foi realizada a produção de uma cartilha educativa direcionada para crianças, escrita na língua portuguesa, a partir de pesquisas relacionadas ao tema, bem como materiais do ministério da saúde e relatos da equipe de saúde referente às práticas de higiene da comunidade indígena, onde foi simultaneamente traduzida para o tronco linguístico Arawak da etnia Wai-Wai, abordando temas como higiene corporal e oral. Considerações finais: É importante haver uma valorização da linguagem e cultura dessa população por parte dos profissionais da área da saúde de forma a favorecer o agir cuidativo das temáticas abordadas. Esta experiência da produção da tecnologia educativa pode possibilitar o estreitamento da assistência de enfermagem valorizando a linguagem e a cultura indígena, favorecendo o agir cuidadoso da população indígena Wai-Wai.

AGIR CUIDATIVO-EDUCATIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EQUIPE DE SAÚDE FLUVIAL, UMA REALIDADE AMAZÔNICA

Sheyla Mara Silva de Oliveira, Kássia Lima de Souza, Lizangela Dias Magno, Lohanna Rafaele Lima de Oliveira, Yonara Pereira Bita Correia, Sheila Maria Santos de Almeida, Franciane de Paula Fernandes, Nádia Vicência do Nascimento Martins

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

INTRODUÇÃO: Para atender as comunidades rurais, foram criadas subequipes dentro da ESF, como: Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e a Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF), cujo atendimento é direcionado para as populações ribeirinhas da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense. As eSFF, em especial, desenvolvem os serviços de saúde em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF II). Objetivo: Descrever a experiência do agir cuidativo-educativo na Estratégia de Saúde Fluvial em comunidades ribeirinhas da Amazônia, no município de Santarém-Pará. METODOLOGIA: Estudo descritivo, do tipo relato de experiência desenvolvido por discentes e docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará- Campus Santarém. RESULTADOS: Foram visitadas dezoito (18) comunidades da região do Alto Arapiuns atendidas pela unidade de saúde fluvial, totalizando uma população de 2.671 indivíduos. Nestas comunidades foram realizadas: Consultas de enfermagem (208); Pré-Natal (24); PCCU (6); Imunização (1151) além de educação em saúde com temáticas sobre DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e relacionadas ao Grupão do HIPERDIA sobre qualidade de vida. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A experiência em ESF Fluvial foi bastante positiva, uma vez que percebemos a necessidade das comunidades afastadas dos centros urbanos

relacionadas à atenção primária, além da importância da equipe multiprofissional como agentes transformadores no nível primário de assistência. Tratou-se de uma experiência diferenciada, pois o contato com a população tradicional ribeirinha proporcionou um aprendizado ímpar que nos aproximou da realidade de muitas comunidades amazônicas, o que antes não fora vivenciado nos anos de graduação.

AGIR EDUCATIVO NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sheyla Mara Silva de Oliveira, Lidiane da Silva Evaristo, Tayana de Sousa Neves, Franciane de Paula Fernandes, Fernanda Jacqueline Teixeira Cardoso, Ana Cely de Sousa Coelho, Nádia Vicência do Nascimento Martins, Erli Marta Reis da Silva

Palavras-chave: Agir educativo, Alimentação Saudável, Metodologia Ativa

INTRODUÇÃO: A alimentação de forma adequada antes de tudo, é determinante para que desde a infância, se tenha níveis ideais de saúde, crescimento e desenvolvimento intelectual. Tal fato justifica o melhor aprendizado que muitos têm em detrimento de outros, bem como a ausência de doenças metabólicas tais como diabetes, obesidades e níveis altos de colesterol. No entanto, nos hábitos alimentares brasileiros, a cada dia está sendo inseridos modos de países desenvolvidos, isto é o uso em maior frequência de produtos industrializados em sua maioria fontes de lipídeos e carboidratos. OBJETIVO: Descrever a experiência do agir educativo acerca de hábitos alimentares e alimentação saudável vivenciada em uma creche municipal no interior da Amazônia. Metodologia: Estudo descritivo do tipo relato de experiência desenvolvido por acadêmicas e docentes da Universidade

do Estado do Pará - Campus XII Santarém. A educação em saúde foi desenvolvida para crianças de até 05 anos da Creche Municipal do Bairro da Interventoria bem como para pais e professores, no município de Santarém-Pará, utilizando metodologia ativa de aprendizagem. RESULTADOS: A educação em saúde instigou o relato de pais, crianças e professores relacionado a hábitos alimentares do dia a dia, os quais colocaram a tendência das crianças de ingerir alimentos gordurosos e com açúcares, como biscoitos, bombons, refrigerantes entre outros produtos alimentares prejudiciais em excesso. Alguns alimentos por serem de caráter industrializado e por possuírem embalagens que chamam a atenção das mesmas, acabam por facilitar a vontade da criança em querer consumir tal produto mediante relato dos pais. Observamos participação efetiva do público estando sensibilizados à temática para melhoria da qualidade de vida das crianças. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A experiência foi bastante positiva. O agir educativo sobre alimentação como mecanismos educativos para as crianças podem influenciar na prevenção de doenças, assim também como auxílio na orientação aos pais na escolha de alimentos saudáveis e mais adequados que vão suprir a necessidade do organismo das crianças no processo de desenvolvimento intelectual e físico. Pelo fato das crianças serem atraídas nos supermercados por embalagens criativas e personalizadas, os pais devem ter o devido controle principalmente no âmbito de escolha alimentar.

AGOSTO DOURADO: FORMANDO AGENTES MULTIPLICADORES PARA O FORTALECIMENTO DO INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO EM NOVA OLINDA DO NORTE - AMAZONAS

Liliam Rafaelle Souza da Silva, Gisele Reis Dias, Airiane Monteiro Barbosa, Andreia Ferreira, Jean Alves, Elisiane Jardim

Palavras-chave: agosto dourado, aleitamento materno, acs

APRESENTAÇÃO: A Campanha do Agosto Dourado foi realizada em 2015 no Município de Nova Olinda do Norte pela Secretaria Municipal de Saúde como uma das metas do Projeto Municipal de Estratégias de Incentivo ao Aleitamento Materno idealizada pelo núcleo de apoio a saúde família - NASF. Com apoio das coordenações municipais da saúde integral da criança e da mulher. Varias ações foram planejadas e executadas na zona urbana e rural incluindo rodas de conversa, oficinas da gestante, educação em saúde e principalmente educação permanente. Por reconhecer a importância de ser fortalecido o incentivo ao aleitamento materno, todos os agentes comunitários de saúde - ACS foram capacitados com a finalidade de intensificar as orientações em suas áreas de abrangência garantindo que todas as mulheres em idade fértil fossem informadas sobre a importância do aleitamento materno tanto para o filho quanto para a mãe. As ações da Campanha do Agosto Dourado iniciaram na Semana Mundial do Aleitamento Materno com a Oficina de Promoção e Incentivo ao Aleitamento Materno destinada aos profissionais de saúde priorizando os ACS por serem os atores principais que mantém o vínculo entre a atenção primária a saúde e os municípios desenvolvendo o papel de agentes multiplicadores, assim, a campanha criou forças que ultrapassou a estrutura física das unidades básicas de saúde chegando diretamente naquelas famílias mais resistentes e mais distantes das equipes de saúde. Os profissionais receberam informações sobre os seguintes temas: a relevância social da campanha para

o município, cuidados básicos com o recém nascido, a importância do aleitamento materno como prevenção a desnutrição, a doenças crônicas não transmissíveis e a alterações fonoaudiológicas ressaltando prejuízos na respiração, fala, mastigação, deglutição e aprendizagem. Todos os temas foram abordados com metodologias diversificadas fazendo com que os participantes se tornassem parte de cada tópico apresentado por meio de informações teóricas e práticas, dinâmicas, debates, grupos de discussão e vídeos. Durante a formação foi possível identificar muitas dúvidas existentes entre os profissionais, sendo que os mesmos conseguiram mobilizar muitos usuários a participarem das ações desenvolvidas durante a campanha e como reflexo dos resultados da oficina as equipes de saúde da família tiveram um aumento na demanda de visitas domiciliares e atendimentos direcionados para o NASF referentes a cuidados no aleitamento materno quanto a alimentação da puérpera, alimentação complementar, pega e posição durante a amamentação, uso de bicos artificiais, malefícios dos hábitos orais como sucção digital e outras. Empoderar os profissionais de saúde é um grande passo para o sucesso de uma equipe, todos se tornam agentes multiplicadores de saúde e assim vão repassando as informações como correntes de conhecimento, principalmente quando esses profissionais são os agentes comunitários de saúde que muitas vezes chegam aonde outros profissionais não conseguem ir, criam laços afetivos em suas micro áreas e tornam mais fácil levar as informações necessárias a cada família pois conhecem a realidade de cada usuário da sua área de tal modo a serem considerados os pilares da atenção básica no município.

ALEITAMENTO MATERNO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GESTANTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Tayanne Queiroz Porcinio, Lais Gomes Silva Guajajara, Thaisa Negreiros de Melo, Antoninho Barros Milhomem, Priscilla Ingrid de Sousa Ferreira, Jaisane Melo Lobato, Floriacy Stabnow Santos

Palavras-chave: Educação em saúde, Aleitamento materno, Gestante

O desmame precoce é apontado como fator predisponente ao desenvolvimento de gastroenterites e desnutrição, corroborando com o aumento da mortalidade infantil (GEI Bet al., 2010). Diante disso, o aleitamento materno (AM) tem sido eficaz na promoção da saúde em crianças, visto que o colostro é rico em imunoglobulinas, proteínas e vitamina A, e deve ser oferecido nas primeiras horas de vida, sendo o primeiro passo para adquirir imunidade e prolongar o AM (ODDY, 2013; BRASIL, 2009). O objetivo é descrever a experiência de acadêmicos de enfermagem na realização de educação em saúde com gestantes visando à orientação sobre o AM exclusivo até o 6^o mês de vida e o incentivo a doação de leite. Ação realizada no período de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015, no Hospital Regional Materno Infantil, Imperatriz-MA. Estudo descritivo do tipo relato de experiência, protagonizado por 147 pacientes, na faixa de 13 a 37 anos. A abordagem às pacientes foi realizada duas vezes na semana, no ambulatório do hospital. O primeiro momento consistiu em uma apresentação dos discentes e das temáticas abordadas. Na segunda etapa, fez-se um levantamento do conhecimento das gestantes sobre o tema proposto, através de questionamentos. Consequente, foi elucidada a relevância do aleitamento materno exclusivo até o 6^o mês, como

forma de adquirir imunidade, prevenir doenças e fortalecer o vínculo afetivo mãe/filho, além de contribuir para que haja a involução uterina e o restabelecimento do corpo da mãe, bem como evitar o câncer de ovários e de mama e ainda, como método contraceptivo natural. Em seguida, deu-se ênfase ao Banco de Leite Humano (BLH) do hospital, esclarecendo a estas os benefícios deste, bem como a manutenção do mesmo, uma vez que algumas parturientes são impedidas de amamentar devido à intercorrências como HIV positivo e produção insuficiente de leite. A última etapa foi desenvolvida para que expressassem suas dúvidas e anseios sobre o assunto em questão e foram realizadas perguntas sobre os temas abordados, como forma de avaliar o conhecimento adquirido pelos participantes. Por meio disto, permitiu-se observar a eficácia de ações de educação em saúde, como forma de sensibilizar a adesão das gestantes ao aleitamento exclusivo e a doação de leite. Logo, espera-se que o enfermeiro possa por meio de atividades educativas e motivadoras, fortalecerem as ações de educação em saúde, visando à compreensão do público alvo e consequente adesão do mesmo ao que lhe está sendo proposto.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: UMA CONSTRUÇÃO DE SABERES

Gisele Becker, Ana Luiza Marchi, Karin Cristina Cristofolini de Oliveira, Muriel Marine Delmonego, Rosangela Aperecida Borba, Tatyana Cristine Dias Mathiola, Maria Eduarda Silva Silveira, Gladys Brodersen

Palavras-chave: Educação em Saúde, Promoção da Saúde, Hábitos Alimentares

Estudos sobre os padrões alimentares de crianças e adolescentes mostram elevado consumo de alimentos industrializados,

associando-se ao aumento de peso e de doenças crônicas não transmissíveis. A alimentação saudável é um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular a uma prática adequada aos aspectos sociais e biológicos do indivíduo. Este é um relato de experiência de uma educação em saúde realizada por acadêmicas do 9^o período do curso de graduação em enfermagem - da UNIVALI. Foi realizada no primeiro semestre de 2015 em uma escola do município de Itajaí-SC e, teve como objetivo conscientizar sobre a importância da alimentação saudável. Com a participação de 34 alunos, a atividade foi baseada na metodologia de Paulo Freire possibilitando a interação e a participação ativa dos sujeitos, iniciando com a dinâmica de abertura “Construindo Cartazes”. Em uma roda de conversa foi apresentado os 10 passos para uma alimentação saudáveis preconizados pelo Ministério de Saúde. A partir desta atividade geradora, iniciou-se a discussão do tema, visando estimular os sujeitos às escolhas alimentares saudáveis. Para avaliar o impacto do tema nos alunos utilizou-se instrumento de escala hedônica a qual verificou que 3% dos respondentes avaliaram como “gostei” e, outros 97% como “adorei”. O ambiente escolar desenvolve papel fundamental no contato entre alunos e profissionais de saúde. Acredita-se que ações voltadas à promoção de uma vida saudável, como esta descrita, propiciem um saber crítico-reflexivo e proporcionem melhores hábitos de vida, influenciando diretamente no crescimento e desenvolvimento, na saúde e qualidade de vida.

AMPLIAÇÃO DO CUIDADO TERRITORIAL AO USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS A PARTIR DA INSERÇÃO DE UMA EQUIPE PET-SAÚDE NUMA UBS DO SERTÃO BAIANO

Grecia Rejane Nonato de Lima, Aléssia Silva Fontenelle, Mariany Carneiro Costa, Cilene Duarte da Silva

Palavras-chave: SPA, formação, cuidado, PET-Saúde

Este relato diz respeito à inserção de estudantes do PET-Saúde – Redes de Atenção Psicossocial Crack, álcool e outras drogas numa Unidade Básica de Saúde (UBS), em Juazeiro/BA. O PET-Saúde objetiva “fomentar a articulação entre ensino e serviço na área da saúde” (BRASIL, 2008). Dividido em seis mini equipes, a linha Saúde Mental, crack e outras drogas: promoção de saúde e construção de redes sociais em Juazeiro-BA, pela Universidade Federal do vale do São Francisco (UNIVASF), foi orientada por duas tutoras, alternadamente, e cada mini equipe acompanhada por um preceptor. Fazem parte da UBS citada: duas equipes de saúde, formadas por agentes comunitários de saúde (ACSs), enfermeiras, auxiliar de consultório dentário, dentista, recepcionistas, técnicos de enfermagem e médicos. A mini equipe em questão contou com duas estudantes do curso de psicologia e uma preceptora (enfermeira). As atividades aconteceram no período de dezembro de 2014 a agosto de 2015. A metodologia utilizada para o referido trabalho foi a cartografia, como meio de guiar o trabalho em campo. Com o objetivo de contribuir com o processo formativo dos profissionais da UBS, no sentido de ampliar o cuidado territorial ao usuário de substâncias psicoativas (SPA) aconteceram: oficinas mensais; salas de espera quinzenais; visitas domiciliares e discussão de casos semanais no território e reunião de supervisão semanal com as tutoras. Objetivando problematizar o cuidado de sujeitos que fazem uso abusivo de SPA, dentre as ações da mini equipe PET, foram construídos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) a partir de casos que mais

mobilizam os profissionais, sendo, portanto, considerados casos complexos. O fomento de tal dispositivo, como mostrado por Nunes (2008), vem demonstrando imensa potencialidade para articular o trabalho em grupo. Percebe-se que, para além dos momentos com a equipe PET, as equipes passaram a se encontrar a fim de discutir os casos, reavaliar os PTS's. Nas oficinas, os temas foram acordados de acordo com a prévia indicação dos participantes, e aconteceram como uma construção coletiva, no sentido de desconstrução de ideias arraigadas a respeito de usuários estigmatizados devido ao uso de SPA's, bem como de articulação de práticas. As visitas domiciliares aconteceram com a presença do ACS da área, e buscaram um contato mais próximo da realidade local de cada usuário ou grupo familiar visitado, com o intuito que o mesmo esteja implicado no seu projeto de cuidado. Ressalta-se que a articulação de rede que foi estruturada a partir das ações pautadas em cada caso. Nas salas de espera, os profissionais das equipes, acompanhados pela mini equipe, discutiram com a comunidade temas relacionados a problemas decorrentes ao uso de SPA's, fornecendo-lhes informações úteis e suportes necessários ao cuidado desses. Destes espaços suscitaram casos, que muitas vezes, a própria equipe desconhecia. Conclui-se que a experiência relatada contribuiu de modo significativo para a formação, não apenas das estudantes inclusas no trabalho, bem como para os profissionais envolvidos, que têm a oportunidade de repensar suas práticas de trabalho. Dessa forma, o PET possibilitou a universidade a cumprir sua função social de articular seus pilares: ensino, pesquisa e extensão.

AMPLIANDO O OLHAR SOBRE AS INFÂNCIAS, O TRABALHO MÉDICO E SUA INSERÇÃO NA REDE DE CUIDADO: UMA EXPERIÊNCIA PRÁTICO- CONCEITUAL

Isabella Araujo Martins, Joyce Martins da Silva, Vitor Talarico Campomizzo, Sônia Maria Dantas Berger

O Trabalho de Campo Supervisionado I (TCS1) é uma disciplina aplicada no primeiro ano do curso de medicina da UFF e que confere um de seus diferenciais curriculares. As turmas são divididas em grupos, cada qual com um tema. A imersão em textos, vivência nos campos/cenários de prática e sua discussão/problematização promovem uma reflexão sobre a prática médica, buscando-se construir um olhar ampliado para compreensão da determinação sociocultural do processo saúde - doença e trazer o entendimento aos alunos de que essa prática médica está além da assistência aos efeitos de uma doença, sendo isso tudo pautado na perspectiva da integralidade e humanização do cuidado. Neste relato, abordaremos nossa experiência enquanto alunos e preceptora do TCS Ia - Infâncias: sentidos e direitos. Na experiência durante a disciplina, exploramos diferentes facetas da infância através da história, desde as concepções da criança como miniatura do adulto até seu reconhecimento como sujeito de direitos, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil. O Conselho Tutelar e o processo de acolhimento institucional interagem com efeitos das desigualdades sociais na vida das famílias. Observa-se o protagonismo das crianças na construção de sua identidade, inclusive envolvendo as questões de gênero. Compreende-se a infância como construção sócia – histórica - cultural que, apesar de diversa, é sempre permeada pelo brincar. Como campo-chave, apontado

nas avaliações da disciplina, destacamos a visita a um hospital municipal pediátrico, integrante do SUS, onde a sincronia entre recursos físicos e humanos às demandas da criança revelou-se fundamental para vivenciarmos a integralidade e humanização dos cuidados. Percebemos que através do trabalho em equipe, articulação com a rede, valorização da participação familiar e garantia de espaços lúdicos e pedagógicos no meio hospitalar, o bem-estar é proporcionado a todos, refletindo uma dimensão cuidadora, que garante direitos e promove saúde. Nessa perspectiva, percebemos a importância quando a criança está no hospital da valorização dela como indivíduo e não apenas como paciente. O que se pode notar a partir dos relatos de funcionários é que o sucesso terapêutico está intimamente relacionado com a forma como as particularidades da realidade infantil são mantidas no ambiente e no cotidiano hospitalar. Sendo que isso não se associa apenas com as crianças, mas também com seus acompanhantes a partir da realização de Rodas de Conversa, onde é possível conhecer mais a história de cada criança e de suas famílias, desenvolvendo ainda mais empatia por elas. A disciplina, portanto, colabora para uma formação crítico-reflexiva, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais, explorando os sentidos das diferentes infâncias e permitindo melhor entendimento do trabalho médico na rede de cuidado, possibilitando os alunos de enxergarem a necessidade de expandir a sensibilidade a essas questões para nossa futura prática profissional. Ratificamos sua importância para uma educação médica sintonizada com as necessidades da população, o que segue como desafio frente ao modelo biomédico e ainda hegemônico de formação.

ANÁLISE DO PROCESSO E RESULTADOS DA EDIÇÃO DE UM NÚMERO ESPECIAL DE PERIÓDICO SOBRE OS PROGRAMAS PRÓ PET SAÚDE

Dais Rocha, Adriano Lima, Vania Cristina Marcelo, Elza Sousa

Palavras-chave: Produção científica, Programas de Educação, Avaliação

APRESENTAÇÃO: Este trabalho relata a experiência e os resultados da publicação de um número especial da Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva, do Núcleo de Estudos de Saúde Pública-Universidade de Brasília, com a temática “Reorientação da formação na graduação em saúde e efetividade da parceria universidade serviço comunidade”, em 2015, no ano que o Programa de Reorientação da Formação em Saúde – Pró Saúde completa uma década a partir do lançamento da primeira de suas três edições. Esta iniciativa se originou do reconhecimento por parte dos autores que ainda constitui um desafio, mesmo no ambiente acadêmico, priorizar agenda para desenvolver registro, sistematização e avaliação das experiências de parceria ensino – serviço-comunidade. Desenvolvimento do trabalho: descrição da experiência ou método do estudo: A experiência reuniu professores de duas instituições de ensino superior da região Centro Oeste, que no período de março a julho de 2015, organizaram um número temático sobre o Programa de Reorientação da Formação em Saúde – Pró Saúde e Programas de Educação Tutorial –PET nas edições: PET Saúde; PET Vigilância; PET Redes e PET Saúde Mental. Esta teve por objetivo favorecer a sistematização, produção de evidências e disseminação de metodologias, resultados e produtos oriundos de projetos e experiências inseridas no contexto destes dois Programas Nacionais no Brasil. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: os efeitos

percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa: Ao final deste processo de seleção e revisão entre pares, observou-se que predominou entre os artigos submetidos à modalidade de sistematização relato de experiência com ênfase no eixo “Aspectos metodológicos do trabalho colaborativo entre universidade – serviços-comunidade”. Não houve submissão e nem publicação de artigos da região Norte, em convergência com outras áreas de conhecimento, onde ainda se observa uma iniquidade regional na disseminação e produção do conhecimento científico. Ainda constitui um desafio a partilha da autoria entre representantes da universidade, trabalhadores dos serviços e, especialmente, da comunidade e/ou lideranças sociais das parcerias ensino - serviços-comunidade. Constatou-se, a partir da revisão de literatura sobre a temática, que uma das estratégias mais utilizadas no Brasil para favorecer a visibilidade dos processos e dos resultados parciais das iniciativas de mudança na formação em saúde tem sido a realização de “Mostras” e o estímulo à participação dos envolvidos em eventos científicos das entidades de ensino das categorias profissionais e de Congressos da Rede Unida. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Tem-se como expectativa que o debate sobre esta experiência com os participantes poderá despertar para a importância de aumentar os investimentos na produção do conhecimento sobre avaliação dos processos de reorientação da formação e reestruturação curricular dos cursos da área da saúde. As coordenações ou lideranças de coletivos implicados com a reorientação da formação e os eventos da área devem promover espaços que favoreçam a construção de mecanismos de registros, sistematização e publicação para contribuir para a produção de evidências da efetividade das mudanças curriculares e disseminação dos resultados destas, especialmente nas regiões Norte e Centro Oeste do país.

ANGÚSTIAS E MEDOS SOB A PERSPECTIVA DE HEIDEGGER E GADAMER: ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mara Julyete Arraes Jardim, Jéssica Sâmia Silva Torres, Yara Naya Lopes de Andrade, Denise do Nascimento Pedrosa, Andressa Arraes Silva

Palavras-chave: hermenêutica, filosofia em enfermagem, cuidados de enfermagem

APRESENTAÇÃO: A busca do em si mesmo das coisas é necessária e o em si mesmo está no Ser que precede à consciência. Por meio da linguagem pode-se compreender a relação interna entre coisas diferentes; nesse sentido, quando se compreende a angústia e os medos, observa-se o potencial para que isso se torne uma doença. A partir deste entendimento, a assistência prestada pelo enfermeiro no enfrentamento dos medos e angústias deve buscar a compreensão do Ser-aí temeroso e fragilizado que enfrenta o desequilíbrio e que tem a possibilidade de angustiar-se. Baseados nesse contexto os autores elaboraram um relato de experiência com o objetivo de, a partir do referencial fenomenológico existencial, refletir sobre angústia e medo vivenciados pelo Ser, assim como algumas contribuições desses sentimentos para a prática de Enfermagem. Descrição da experiência: A pesquisa iniciou-se na própria instituição de ensino, através de leituras e debates sobre algumas produções filosóficas. Foi sugerido o aprofundamento das ideias discutidas e os autores escolhidos pela equipe foram Heidegger e Gadamer. A primeira etapa consistiu na escolha do tema abordado: angústias e medos. A segunda etapa foi a problematização dentro do contexto da enfermagem, visando algumas contribuições dos autores. Após isso, deu-se continuidade às leituras e à elaboração dos resultados encontrados. A pesquisa aconteceu entre os

dias 8 e 15 de junho de 2015 e utilizaram-se os descritores: hermenêutica, filosofia em enfermagem e cuidados de enfermagem. RESULTADOS: Observou-se que mais fundante que a consciência é o Ser e o seu sentido; a Fenomenologia é o “método” mais adequado para a busca do sentido do Ser, pois o torna transparente. Notou-se ainda que para esta corrente o Ser não é, mas acontece. O papel desempenhado pelo fenômeno da angústia na obra Ser e Tempo pretende colocá-la como situação fundamental do Ser-aí. Na obra O caráter oculto da saúde, Gadamer, influenciado por Heidegger, reflete uma intrínseca relação entre angústias e os medos, e somente aquele que não está mais em equilíbrio com suas ocupações, pode responder às indagações provenientes dessa relação. Heidegger e Gadamer fazem-nos perceber que a assistência de enfermagem deve levar em consideração as várias dimensões na existência do Ser, lembrando da sua possibilidade de encontrar-se consigo mesmo, podendo assim o Ser decidir sobre suas próprias escolhas para enfrentar a doença ou até mesmo chegar à cura. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A realização desse estudo demonstrou convincentemente que a compreensão não é um modo de comportamento do sujeito, mas uma maneira de ser do Ser-aí. O incômodo por lidar com algo desconhecido aprisiona o indivíduo às angústias e aos medos, os quais podem caracterizar-se como processos de cura, a qual pode ser proporcionada através de um cuidado eficiente que favoreça ao ser humano tornar-se livre para reconhecer e escolher suas próprias possibilidades, vivenciar a sua doença de modo autêntico e reconhecer que é necessário cuidar-se e responsabilizar-se por si. Poder contribuir para o enfrentamento dessas angústias faz do enfermeiro um profissional importante no processo de saúde-doença do Ser, proporcionando respeito, humanização e responsabilidade.

APLICAÇÃO DO CUIDADO AMIGO DA MULHER: EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DO RECIFE, PERNAMBUCO

Andréa Carla Reis Andrade, Ana Carolina Bezerra de Lima, Ana Maria de Araújo Loiola, Andressa Albuquerque da Silva, Fernanda Vilela da S. S. A. Cañas, Letícia Oliveira de Almeida, Benita Spinelli

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Parto Humanizado, Direitos da Mulher

APRESENTAÇÃO: A Organização Mundial da Saúde juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância em 1990 instituiu a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que tem como critério para adesão das instituições o Cuidado Amigo da Mulher. O critério consiste na garantia de direitos as parturientes como a presença de acompanhante a sua escolha, oferta de líquidos e alimentos leves, a movimentação e adoção de posições de sua escolha (salvo as com restrições médicas), garantia de ambiente tranquilo e acolhedor, disponibilização de técnicas não farmacológicas de alívio da dor, assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos e a autorização da presença de doula comunitária ou voluntária. Este trabalho teve a finalidade de avaliar o cumprimento dos cuidados contribuindo assim para que os objetivos sejam alcançados e que sejam reconhecidos os direitos da saúde da mulher. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A pesquisa caracterizou-se como um relato de experiência vivenciado por discentes de Enfermagem da UPE de abril a maio de 2015, em uma maternidade pública do Recife. As discentes foram divididas em grupos distintos e cada uma permaneceu na sala de parto da maternidade durante três dias fixos (segunda, terça e quinta-feira) no turno da tarde, totalizando quinze dias. RESULTADOS: Das 21 situações acompanhadas, 81% tiveram presença de

acompanhantes e 19% não tiveram. No que diz respeito à oferta de alimentos, percebeu-se que em 90% das mulheres não foram contempladas e que apenas 10% das mulheres tiveram a oferta de líquidos. No quesito da movimentação durante o trabalho de parto e adoção da posição de escolha da mulher durante o parto, 52% das mulheres tiveram incentivos a deambular e 29% tiveram a livre escolha da posição de parir. Do total das situações acompanhadas, 19% não tiveram incentivo a deambulação e a escolha da posição do parto. Não houve garantia de ambiente tranquilo e acolhedor, como também não existiram privacidade e iluminação suave para as parturientes. Quanto a disponibilidade de métodos não farmacológicos de alívio da dor é cabível observar que apenas 19% das mulheres tiveram acesso a esses métodos, sendo 81% delas não beneficiadas pelo uso de tais métodos. Em 76% das situações não foram presenciados a realização de cuidados que reduzam a necessidade de procedimentos invasivos no parto. No quesito relacionado à presença da doula no trabalho de parto e/ou parto, apesar da maternidade possuir um programa de doulas comunitárias voluntárias, apenas 24% das situações foram contempladas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Através da análise das situações presenciadas antes, durante e após o parto, percebeu-se fatores que contribuíram para o descumprimento dos cuidados como a dificuldade de comunicação, resistência em adotar a assistência humanizada e a dinâmica de trabalho do setor, prejudicada pela alta demanda e a quantidade de recursos materiais e humanos disponíveis. Foi observado que as mulheres desconhecem os seus direitos, o que impede que elas os exijam durante o atendimento. Dessa forma, consideramos fundamental o cumprimento do que está previsto em lei, de modo a tornar o atendimento integral e humanizado em sua totalidade.

APRENDENDO A APRENDER E A ENSINAR NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA: ATIVIDADES EDUCATIVAS POR ACADÊMICOS DO CURSO DE MEDICINA DA UFMS

Kamila Folha Falcão, Adélia Delfina da Motta Silva Correia, Elizete da Rocha Vieira de Barros, Bethania Silva Ramos, Laís de Oliveira Lima, Taise Namie Nakata, Flávia Palla Miranda

Palavras-chave: educação em saúde, planejamento familiar, estratégia saúde da família

APRESENTAÇÃO: Este resumo apresenta a experiência de preparo e execução de atividades educativas realizadas na UBSF Aero Rancho IV por acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Famed-UFMS) em Campo Grande, MS. A atividade educativa resgata o valor do médico como educador da comunidade e estimulador do desenvolvimento da capacidade de consciência crítica das causas do processo saúde-doença, a fim de contribuir com mudanças no autocuidado. Além disso, é um processo de desenvolvimento de habilidades necessárias à formação do médico, voltadas para a comunicação, liderança e educação em saúde, preparando acadêmicos para a vida em comunidade. **DESENVOLVIMENTO:** O presente relato trata da experiência na disciplina "Atenção à Saúde da Mulher" do 4º ano do Curso de Medicina. Esta disciplina possui 28 horas semanais, integrada à Saúde da Família e Comunidade, que inclui estágio em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Uma das atividades propostas para a UBSF foi a atividade educativa para Planejamento Familiar, aberta à comunidade. Na última semana de cada mês, já há o desenvolvimento, pela equipe, de uma atividade voltada para a população, sendo que o tema do mês de setembro,

preestabelecido, pela equipe, de saúde foi Anticoncepção. As pessoas agendadas para aquele dia e também as famílias convidadas nas semanas anteriores puderam participar. Diante das orientações obtidas em aula teórica, foram montadas apresentações sobre os métodos anticoncepcionais mesclando educação em saúde pelo método educação tradicional ou sanitária. Com o uso de slides, folhetos e palestras e pelo método educação em saúde participativa, em que a prática pedagógica é baseada em ações conjuntas, centradas no grupo, sendo que à medida que as dúvidas do grupo foram surgindo, todo conteúdo foi tratado. Cada método anticoncepcional (oral, de barreira, injetável, permanente) possuía um exemplar para demonstração, além de modelos do aparelho reprodutor masculino e feminino, previamente emprestados da UFMS e da própria UBSF. **RESULTADOS:** Como as atividades educativas não fazem parte da rotina dos acadêmicos do curso de medicina, esta oportunidade permitiu compreender a importância do planejamento para a sua realização bem como a aplicação, na prática, da dialogicidade, ou seja, de ouvir também os participantes. Eles conduziram a oferta de conteúdo através de suas dúvidas, das experiências próprias ou de terceiros. Houve a distribuição de folhetos sobre câncer de cólon de útero. Eles tiveram boa aceitação, pois as pessoas vinham pegá-los e se informar sobre o assunto. Além disso, o grupo da comunidade sanou dúvidas pertinentes sobre anticoncepção, planejamento familiar e também sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), sendo este um assunto recorrente durante a atividade, não previsto na apresentação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Ressalta-se a oportunidade de troca de saberes entre acadêmicos e população, já que ainda não é comum a realização deste tipo de atividade no curso de medicina. Os acadêmicos constroem um conhecimento a partir do

confronto entre os saberes teóricos e o popular, podendo usar de criatividade para exemplificar melhor nossas explicações e resgatar o conhecimento prévio não previsto durante a construção da atividade.

APRENDIZADOS EM EDUCAÇÃO PERMANENTE ENQUANTO BOLSISTAS PET-SAÚDE

Patricia Rodrigues Rocha, Isabella Mesquita de Souza, Mariana Côrrea Bastos, Ana Lúcia Alves Carneiro Silva

INTRODUÇÃO: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) tem como objetivo principal a transformação da prestação de serviços à população, por meio da reorientação da formação profissional (integrando ensino e serviço) e da abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na Atenção Básica. Este trabalho busca apresentar alguns aspectos na vivência no PET-Saúde que serão incorporados na prática profissional. **DESENVOLVIMENTO:** As atividades foram desenvolvidas na Diretoria de Atenção à Saúde, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Goiânia, no período de 2013 a 2014. Essa experiência foi inovadora, pois ambos os cursos, nutrição e medicina, não contemplam vivências na gestão do SUS em suas respectivas grades curriculares. Foi possível ver a nível central o fluxo em saúde entre os diferentes níveis de atenção, mas o enfoque foi nos serviços prestados pela atenção básica, bem como funciona sua relação mediadora entre o Ministério da Saúde e as unidades de saúde. Para além dos aprendizados em gestão de saúde houve sempre a problematização sobre o serviço oferecido na ponta do sistema, ou seja, nas unidades de saúde. A preceptora sempre nos trouxe reflexões sobre a prática multiprofissional entre profissionais de saúde, bem como a relação

do profissional e usuário, isso foi muito importante para instigar a humanização para com o usuário. Saber que o usuário carrega uma história, simbolismo e autonomia é essencial, pois o serviço prestado não se trata de uma ação vertical e assistencialista, mas sim de uma atividade de educação de saúde não sendo restrita ao consultório, mas sim que as práticas de saúde serão continuadas ao longo da sua vida e interações interpessoais deste usuário. Um exemplo interessante foi observar entraves de resolutividade na Atenção Básica, observamos o processo de uma usuária do SUS que tendo sido consultada na UBS e diagnosticada com infecção urinária ainda teve mais 3 passagens na emergência em diferentes Centro de Saúde por conta da infecção urinária. Presumi-se que a falta de conhecimento da paciente a levou a não continuidade do tratamento farmacológico e assim ela retornou ao serviço, mas dessa vez na emergência pelo agravamento do estado da infecção. **RESULTADOS:** A experiência multiprofissional foi incrível a oportunidade de interação de saberes coletiva (bolsistas e a preceptora) desde a realidade do curso, percepção do Sistema Único de Saúde até as atividades desenvolvidas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A contribuição da preceptora foi muito valiosa, pois a maneira que trouxe suas experiências profissionais, sempre usando a educação popular como metodologia nos ensinar algo, sua orientação de leitura nos introduziu obras de Paulo Freire, sem dúvida é um modelo de profissional que levaremos como referência na prática profissional.

APRENDIZAGEM HÍBRIDA: AVALIAÇÃO DA PERSPECTIVA DE ALUNOS DO 4º ANO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

Laís de Oliveira Lima, Adélia Delfina da Motta Silva Correia, Elizete da Rocha Vieira de Barros, Taise Namie Nakata, Flávia Palla

Miranda, Kamila Folha Falcão, Bethania Silva Ramos, Ernesto Antonio Figueiró Filho, Tatiana dos Santos Russi

Palavras-chave: aprendizagem híbrida, aprendizagem ativa, educação médica

APRESENTAÇÃO: Este relato tem como objetivo apresentar a experiência de ensino híbrido - blended learning - em duas disciplinas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Famed-UFMS) em Campo Grande, da perspectiva dos alunos. A aprendizagem híbrida é a mesclagem de métodos virtuais e presenciais, com momentos em que o aluno estuda sozinho, com o apoio de um ambiente virtual de aprendizagem (AVA) e outros em que a aprendizagem acontece presencialmente, valorizando a interação entre os pares. A oferta dessa forma de ensino se adapta à proposta contida nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina no Brasil, editada em 2014, já que estas apontam para a utilização de metodologias que, enfatizem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e integração entre conteúdo e práticas. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O presente relato trata da experiência em duas disciplinas do 4^o ano do Curso de Medicina, "Atenção à Saúde da Mulher" e "Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente". Estas disciplinas são organizadas em módulos de 9 semanas cada, com carga horária média semanal de 28 horas, das quais 8 horas são dedicadas à integração da disciplina com a Saúde da Família e Comunidade e ao estágio em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Neste período, foram realizadas atividades síncronas e assíncronas. Nas atividades síncronas, houve aulas práticas que ocorreram no Hospital Universitário, no Hospital Regional e em 8 UBSF. Houve também a oferta de aulas tradicionais, bem como o uso de metodologias ativas como a aprendizagem baseada em equipes, a

aprendizagem baseada em problemas, usando casos complexos fornecidos pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Também se lançou mão de um AVA Moodle, onde foram disponibilizados manuais, guias de ensino, aulas gravadas e biblioteca complementar. Ele também foi usado para fóruns de discussão para o caso complexo, assim como para as experiências no cenário das UBSF. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** O método utilizado permitiu maior integração entre os participantes, com a consequente troca de experiências em pequenos grupos. Foram desenvolvidas atividades coletivas que provocaram o hábito de buscar soluções em equipe, bem como a experiência no ambiente hospitalar e da Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, vale registrar que entre as dificuldades encontradas, podem ser citadas: maior tempo de dedicação para estudos e pesquisas, que não faziam parte da rotina; o choque de realidade com a APS, já que até esse período os alunos só tinham tido contato com o hospital; o trabalho em pequenos grupos; aulas mais longas que de costume. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Embora a aprendizagem híbrida ainda não seja parte da rotina das disciplinas como um todo no curso, permitem a expansão da aprendizagem, sendo importante, portanto, ampliar a inclusão de metodologias ativas, usadas adequadamente, unidas às tecnologias de comunicação e informação, tanto presencial quanto virtualmente, apoiadas pelo professor, já a partir do primeiro ano da graduação, tornando-se parte constante da vida acadêmica.

ARTICULAÇÃO ENTRE ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE: CONTRIBUIÇÕES DO PET-SAÚDE NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Cristina Camargo Pereira, Maria das Graças Freitas de Carvalho, Fernando Marcello

Nunes Pereira, Cássio Henrique Alves de Oliveira

Palavras-chave: Ensino, Sistema Único de Saúde, Responsabilidade Social

Apresentação: O Ministério da Educação (MEC), em 2001, deliberou novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação da área da saúde, com o objetivo de qualificar a formação de profissionais para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), comprometidos eticamente com seus princípios e diretrizes. Assim, como uma estratégia que colaborasse para a reorientação da formação destes profissionais, estabeleceu-se uma rede de parceria entre saúde e educação, no qual o MEC e do Ministério da Saúde (MS), implementou nas Instituições de Ensino Superior (IES), o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde) regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010, e que apresenta como objetivo central o fortalecimento do SUS, por meio da interação entre ensino, serviço e comunidade. Nesta perspectiva, este trabalho, com o intuito de contribuir com experiências sobre a importância do PET-Saúde na formação profissional, descreve o relato de experiência de estudante de nutrição dentro do Programa. **Desenvolvimento do trabalho:** O presente trabalho foi construído a partir das vivências realizadas no PET-Saúde, no qual, por meio de um processo de seleção foram selecionados estudantes de diversas áreas do conhecimento (nutrição, medicina, enfermagem, farmácia e fisioterapia) para participarem do Programa, a fim de trabalharem na perspectiva da integralidade e da articulação entre teoria e prática. **Resultados e/ou impactos:** A vivência aconteceu durante o primeiro semestre de 2015 com atuação em um dos espaços do PET-Saúde, o grupo de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), no município

de Goiânia, Goiás. Dentre as atividades desenvolvidas, destacaram-se: a busca ativa de pacientes diagnosticados com DPOC, realizada em um Hospital público de urgências; Elaboração de materiais impressos educativos (cartilhas, informativos e folders), que forneciam informações sobre as formas de manejo, cuidado e prevenção da doença. Alguns destes materiais abordaram o tema relacionado ao tabagismo, uma vez que este hábito é reconhecidamente um fator de risco à doença; Além disso, também realizou-se uma roda de conversa sobre as formas de prevenção da doença, estratégias de ações de promoção da saúde e a importância da equipe multidisciplinar na atenção à saúde. Ao final da vivência, com o objetivo de sistematizar as atividades e ações realizadas, elaborou-se um relatório final. **Considerações finais:** Percebeu-se que o PET-Saúde é capaz de contribuir para a formação de profissionais da saúde capacitados a atuar no SUS, uma vez que os grupos de ensino-aprendizagem caracterizam-se com um importante instrumento para o despertar dos alunos no protagonismo e no engajamento deste nas diversas realidades locais da população e dos serviços de saúde.

AS METODOLOGIAS ATIVAS COMO ESTRATÉGIA DIDÁTICA E ATRATIVA NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM NO ENSINO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Raphael Raniere de Oliveira Costa, Soraya Maria de Medeiros, Marília Souto de Araújo, Marcella Alessandra Gabriel dos Santos

Palavras-chave: Enfermagem, Educação em enfermagem, Atenção Primária à Saúde

APRESENTAÇÃO: A construção de uma nova concepção das práticas em saúde e da organização da formação profissional, possibilitada através do contexto em que

se enquadrava o Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980, foi fortalecida pelas Diretrizes Curriculares em Saúde de 2001, na busca de inovações curriculares para a construção de novas concepções e práticas nas instituições de ensino em saúde. Historicamente, a formação dos profissionais de saúde foi baseada no uso de metodologias conservadoras, com evidência na utilização da pedagogia da transmissão e da reprodução do conhecimento pelo docente, ao passo que ao discente, cabia o papel de um mero expectador, passivo e receptor. A partir da compreensão da relevância de mudar essas práticas, evidencia-se a necessidade de reformular os currículos de graduação. Assim, os currículos de Enfermagem vêm ganhando diferentes roupagens, com destaque para o uso de metodologias que permitam uma formação mais próxima das exigências do mundo atual do trabalho em saúde. Nesse contexto surgem as Metodologias Ativas (MA) que trazem consigo uma proposta metodológica de trabalho acadêmico com a finalidade da construção coletiva do conhecimento a partir da condição horizontal entre discentes e docentes. Desse modo, objetiva-se refletir acerca da utilização das MA no ensino de tópicos de Atenção Primária em Saúde (APS) no ensino de graduação em Enfermagem. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Este estudo consiste em um relato de experiência a partir de vivências da inserção de MA em uma disciplina nominada de Atenção Integral a Saúde II, do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), cujo objetivo é preparar o acadêmico de enfermagem para os diversos cenários da APS. A experiência se deu a partir da observação e vivência dos autores, docentes e discentes, no cotidiano das atividades desenvolvidas durante o percurso dessa disciplina, julho a setembro de 2015. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:**

Durante o desenvolvimento da disciplina de Atenção Integral a Saúde II, foi utilizada diversa MA, tais como: Team-Based Learning (TBL), Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), problematização, vídeos interativos, rodas de conversa, painéis e simulação realística. A partir da inserção das MA no ensino dos graduandos de Enfermagem da UFRN, constatou-se uma maior participação e envolvimento discente nas atividades teóricas do componente curricular em discussão. Ao tornar o processo de ensino-aprendizado mais dinâmico e atrativo, o discente passa a atribuir um significado positivo, podendo facilitar desenvolvimento de competências e habilidades necessárias para a sua formação técnica, ética e social. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As metodologias ativas são apresentadas como uma estratégia dinâmica e atrativa no processo ensino-aprendizagem em Enfermagem. Por serem novas formas de abordar conteúdos, é preciso averiguar os impactos provenientes do seu uso. Na realidade aplicada, o uso dessas ferramentas contribuiu de forma significativa na aprendizagem discente. Na formação de enfermeiros, a aprendizagem significativa é uma condição indispensável para o desenvolvimento de profissionais qualificados e aptos para atuarem na APS e mundo do trabalho atual em saúde.

AS VIVÊNCIAS DO INTERCÂMBIO E SUA IMPORTÂNCIA NA FORMAÇÃO DO ACADÊMICO DE MEDICINA

Valéria Rossato Oliveira, Ardigò Martino

Palavras-chave: formação médica, intercâmbio, extensão, saúde

INTRODUÇÃO: No cenário globalizado, onde os fatores globais interferem nos fatores locais de saúde e doença, um bom profissional é aquele que sabe correlacionar

estes fatores. O que se torna possível, através de atividades extracurriculares que complementem as atividades curriculares, como Congressos, Projetos de Extensão e programas de intercâmbios. Estes apresentam um fator de grande impacto na formação médica, pois possibilita diferentes vivências. **OBJETIVO:** Descrever as vivências em um programa de intercâmbio na Itália e sua importância na formação acadêmica. **RELATO:** O intercâmbio deu-se por meio de concessão de bolsa do Programa Ciência Sem Fronteiras, entre a UFRJ – Campus Macaé/Brasil e a Universidade de Siena/Itália. Foi desenvolvido no período de agosto/2014 a julho/ 2015. E possibilitou o conhecimento sobre a formação médica na Itália e a organização do sistema de saúde Italiano. Na Universidade de Siena, houve o acompanhamento das matérias da graduação, realização de práticas nos departamentos médicos, participação em palestras e congressos. O intercâmbio possibilitou também a participação no Laboratório Ítalo-Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, com tema: Condições de Cronicidade, Trabalho em Saúde e efeitos na Organização da Atenção Primária. Laboratório projetado pelo Centro de Saúde Internacional e Intercultural da Itália e Universidade de Bolonha. Mostrando a importância da troca de conhecimentos entre os dois países, no contexto da globalização e que as vivências humanas podem construir um profissional melhor. **RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A vivência de realidades diferentes em ensino e em “fazer saúde” possibilitou o desenvolvimento acadêmico, pessoal, social e cultural da acadêmica. Contribuindo para o intercâmbio de conhecimentos, processo de internacionalização e valorização da educação médica e pesquisa em saúde.

ASSISTÊNCIA PRESTADA AO RECÉM-NASCIDO NUMA MATERNIDADE PÚBLICA DE BAIXO RISCO DO RECIFE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mariana Ferreira de Souza, Ana Virginia Rodrigues Veríssimo, Maria Rafaela Amorim de Araujo, Mariana Paula Silva Vasconcelos, Mariane Silva Tavares, Marília Sampaio de Araujo, Milena Kelry da Silva Gonçalves.

A assistência humanizada ao Pré-Natal e Nascimento orientam que os cuidados com a saúde da mulher e seu conceito devem ocorrer com a maior brevidade possível, quando confirmada a gravidez, com dignidade através de condutas acolhedoras e não intervencionistas. Para tanto, deve-se garantir a gestante e família um pré-natal de qualidade, assistência individualizada ao parto e ao recém-nascido (RN)¹. Este trabalho objetivou descrever a experiência de acadêmicas de enfermagem em prática curricular, quanto aos cuidados prestados ao binômio mãe-bebê no Centro Obstétrico (CBO) de uma Maternidade de baixo risco localizada em Recife/PE, confrontando-o com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde do Brasil. Trata-se de um relato de experiência realizado a partir das vivências e observações realizadas em cinco visitas ao COB. A maternidade em estudo recebe pacientes encaminhadas pela central de leitos e por demanda espontânea, de toda região metropolitana do Recife. É sabido que a mulher tem o direito de parir na maternidade mais próxima a sua residência ou na maternidade que realizou o pré-natal, bem como o direito a presença de um acompanhante, de sua escolha, direitos estes que na maioria das vezes é negado. Sabe-se que o uso de ocitocina sem indicação, apenas para acelerar o trabalho de parto esta associando a complicações perinatais preveníveis, que a episiotomia é uma prática que já deveria estar em desuso

e que não é necessário a separação de mãe e RN para realização dos cuidados imediatos e mediatos. Outro ponto destacado é que o RN deveria ser colocado imediatamente no colo de sua mãe, para ser então secado e aquecido pelo corpo da mesma, enquanto isso o pediatra avalia se o bebê está bem, dando a nota de Apgar por observação no primeiro e quinto minuto, e quando parar de pulsar cortar o cordão realizar o clampeamento. Após a primeira mamada terminada, o que vai levar até 60 minutos em alguns casos, é possível retirar o bebê do colo da mãe para exame físico no berço aquecido posicionado preferencialmente dentro da sala de parto³ e no berço pode ser feito o colírio e aspiração se necessário. No entanto práticas consideradas desnecessárias como ocitocina, episiotomia, separação do binômio, clampeamento precoce do cordão uso do colírio e espiração são práticas consideradas de rotina, e as práticas que trariam benefícios para mãe-bebê como a primeira mamada como cuidado imediato é esquecida. Diante do exposto ratifica-se a necessidade de equipes munidas de pleno conhecimento das evidências científicas e consciência dos benefícios da Política de Humanização, para que a assistência neonatal aconteça de forma mais humanizada e conseqüentemente menos intervencionista.

ATELIÊS DE PESQUISA CIENTÍFICA COMO PROPOSTA DE PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Wanda Barbosa de Assis Vieira, Soraya Maria de Medeiros, Raphael Raniere de Oliveira Costa, Marília Souto de Araújo, Marcella Alessandra Gabriel dos Santos, Cleyton César Souto Silva

Palavras-chave: Enfermagem, Trabalho Científico, Métodos de pesquisa

APRESENTAÇÃO: A produção do conhecimento em Enfermagem visa fornecer os melhores dados científicos que vão subsidiar as práticas de cuidado e a produção técnico-científica na área. Os ateliês de pesquisa inserem-se justamente nesse âmbito, permitindo a vivência em momentos teórico-práticos de aprendizagem nas atividades de produção, busca e análise de conhecimentos, que têm sido divulgados em Saúde e Enfermagem. O presente trabalho tem por objetivo refletir sobre a pesquisa enquanto instrumento fundamental para o desenvolvimento e instrumentalização do processo de trabalho em saúde e enfermagem. **METODOLOGIA:** Este estudo consiste em um relato de experiência a partir da construção e desenvolvimento de ateliês de metodologia da pesquisa, estes vinculados ao grupo de pesquisa Caleidoscópio da Educação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. A experiência se deu a partir da observação e vivência dos autores, estudantes e profissionais da saúde, no cotidiano das atividades desenvolvidas durante os encontros do grupo de pesquisa, no período de janeiro a setembro de 2015. **RESULTADOS:** Na oportunidade, foram trabalhados os seguintes tópicos: métodos de busca nas principais bases de dados; classificação e estratificação de periódicos; busca na web qualis; revisão integrativa da literatura; enfermagem baseada em evidências relato de experiência; e métodos de análises de dados. Ao todo, 30 discentes e docentes participaram dos ateliês, colaborando sempre que oportuno na feitura do trabalho, física e intelectualmente. Verificou-se que as limitações enfrentadas são, principalmente, de natureza metodológica e tecnológica. A necessidade de elaboração de projetos de atualização em pesquisas, no contexto da produção do conhecimento em enfermagem, tem como eixo norteador a necessidade de aperfeiçoar o ensino e

possibilitar uma maior aproximação com a realidade prática na qual a ciência da Enfermagem está inserida. A partir das vivências, os participantes passam a serem agentes multiplicadores do conhecimento, e, conseqüentemente, contribuem para a instrumentalização da prática baseada em evidências no contexto do trabalho em saúde e enfermagem. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Na experiência relatada, o uso da estratégia dos ateliês contribuiu de forma significativa na atualização de estudantes e profissionais da saúde. Nota-se que a importância de práticas como a relatada nas linhas pretéritas reside na compreensão de que tais atividades podem funcionar como dispositivo de mudanças e melhoria das ações e práticas em Saúde e Enfermagem a partir das evidências científicas. Por serem espaços abertos à comunidade científica, os grupos de pesquisas tem a relevante tarefa de viabilizar discussões e promover atualizações referentes a questões específicas do trabalho de investigar, analisar, sintetizar e divulgar as melhores evidências para aplicação no contexto do mundo do trabalho em saúde e enfermagem. Palavras-chave: Enfermagem. Trabalho Científico. Métodos de pesquisa.

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA SAÚDE MENTAL: AVALIAÇÃO DA DOSE SUPERVISIONADA NO CAPS AD III DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES

Caroline Martins Borgo

Palavras-chave: dose diária supervisionada, CAPS ADIII

Este instrumento objetiva relatar e divulgar a implantação da dose supervisionada no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras drogas III (CAPS – ADIII) do município de Vitória e os benefícios alcançados em prol dos pacientes e da equipe multidisciplinar.

Trata-se de um projeto de intervenção criado pela farmacêutica do serviço e acompanhado por mim, como monitora do programa vinculado ao Ministério da Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde/Redes de atenção à saúde). A dose individualizada emergiu da necessidade de melhorar a adesão e a manutenção do tratamento de pacientes usuários de álcool de outras drogas, que trazem questões psicológicas e sociais delicadas. A criação do vínculo e confiança entre profissional e paciente é essencial e a partir daí, as doses são dispensadas de acordo com a modalidade de tratamento de cada paciente, respeitando seu Projeto Terapêutico Singular (PTS). Para os pacientes da modalidade intensiva a medicação é entregue aos profissionais da enfermagem, diariamente de acordo com a prescrição médica. Os pacientes da Atenção Diária recebem medicação suficiente para o próximo dia, enquanto que os pacientes da modalidade não intensiva recebem medicação suficiente para o próximo encontro (grupo, oficina, consulta médica, entre outros). Após a intervenção o diálogo entre o paciente e o profissional farmacêutico aumentou, mesmo que na maioria das vezes o pedido é para que a entrega da medicação seja total, de acordo com a prescrição médica, indício de inquietação do paciente, que deve ser avaliado pela equipe. A maioria dos pacientes associam a medicação, que muitas vezes lhes trazem alívio, com o espaço de tratamento, permitindo seu retorno com mais frequência. A equipe multiprofissional passou a enxergar a farmácia como ponte entre o paciente e a manutenção do tratamento, que é um dos maiores desafios dessa clínica. Os médicos, antes da implantação, prescreviam quantidades pequenas de fármacos para pacientes com aparente potencial de abuso, com isso precisavam atendê-los em curto espaço

de tempo para garantir a continuidade do tratamento, atitude inviável no SUS, uma vez que as agendas estão sempre cheias. Hoje, a maioria dos médicos fazem prescrição mensal, enquanto a farmacêutica supervisiona as doses, com total autonomia. Psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais também utilizam a farmácia como instrumento, na tentativa de retorno a outras consultas. O objetivo é que a dose supervisionada seja oferecida até que o usuário em tratamento recupere a autonomia em sua vida. A relação próxima com os usuários permite o aprimoramento das atividades da atenção farmacêutica, além de oportunizar a interação com os pacientes, que nos enriquecem com suas experiências de vida. Além disso, também fomentam o interesse pela pesquisa sobre a saúde do usuário de álcool e outras drogas, parte marginalizada da sociedade.

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA PROPOSTA PARA O PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM AO TRABALHADOR DA SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO DO PARANÁ

Malvina Gonçalves Ferreira, Angela Cristina Rocha Gimenes

Palavras-chave: educação permanente, atenção primária em saúde, atenção em saúde em rede

A saúde, direito constitucional, compreende o tríplice conceito de universalidade, integralidade e equidade ao usuário e ao trabalhador, neste contexto macro nos detemos ao objeto que permeia nossa proposta de intervenção, qual seja a proposta a educação permanente aos Profissionais de Saúde do Sistema Prisional do Paraná/PR apresentada nas várias legislações que implementaram o Sistema Único de Saúde. Para efetivação de nossa

proposta buscamos vários referenciais sobre educação na saúde a partir das Leis 8080/90 e demais instrumentais legais que trazem em voga o tema educação permanente em saúde, que teve diretrizes regulamentadas e pactuadas pela gestão em seus três níveis (federal, estadual e municipal). Em nosso estado temos o PES- Plano Estadual de Saúde do Paraná para o período 2011/2014 e o POE- Plano Operativo Estadual vigente, o que nos motiva a apresentação de nossa proposta de intervenção. A proposta apresentada tem por metodologia a execução de oficinas, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades de forma horizontal e participativa dos técnicos de diferentes formações e saberes, para o desenvolvimento de ações em saúde, de forma coesa e em conformidade com as ações propostas aos usuários do SUS que se encontram privados de liberdade, contribuído assim para efetividade das diretrizes do SUS em equidade, igualdade, integralidade. Palavras chaves: educação permanente, atenção primária em saúde, atenção em saúde em rede. A saúde, direito constitucional, compreende o tríplice conceito de universalidade, integralidade e equidade ao usuário e ao trabalhador, neste contexto macro nos detemos ao objeto que permeia nossa proposta de intervenção, qual seja a proposta a educação permanente aos Profissionais de Saúde do Sistema Prisional do Paraná/PR apresentada nas várias legislações que implementaram o Sistema Único de Saúde. Para efetivação de nossa proposta buscamos vários referenciais sobre educação na saúde a partir das Leis 8080/90 e demais instrumentais legais que trazem em voga o tema educação permanente em saúde, que teve diretrizes regulamentadas e pactuadas pela gestão em seus três níveis (federal, estadual e municipal). Em nosso estado temos o PES- Plano Estadual de Saúde do Paraná para o período 2011/2014 e o POE- Plano Operativo Estadual vigente,

o que nos motiva a apresentação de nossa proposta de intervenção. A proposta apresentada tem por metodologia a execução de oficinas, contribuindo para o desenvolvimento de habilidades de forma horizontal e participativa dos técnicos de diferentes formações e saberes, para o desenvolvimento de ações em saúde, de forma coesa e em conformidade com as ações propostas aos usuários do SUS que se encontram privados de liberdade, contribuído assim para efetividade das diretrizes do SUS em equidade, igualdade, integralidade. Palavras chaves: educação permanente, atenção primária em saúde, atenção em saúde em rede.

ATENDIMENTO DA FISIOTERAPIA DOMICILIAR COM A EQUIPE DA UBSF DO NO BAIRRO SÃO CONRADO EM CAMPO GRANDE-MS: DESAFIOS E POTENCIALIDADES

Érica de Moraes Santos Corrêa, Vanessa de Souza Ferraz

Palavras-chave: Fisioterapia domiciliar, Atenção básica, Ensino prático

INTRODUÇÃO: A fisioterapia juntamente com a equipe da Saúde da família atua na promoção da saúde e prevenção de possíveis doenças que podem aparecer no indivíduo, baseado nos determinantes de saúde. Os determinantes de saúde (DSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais que possuem direta influência nos problemas de saúde e seus riscos inerentes à população. A assistência domiciliar é uma modalidade da Atenção Básica realizada pela Equipe da Saúde da Família (ESF) destinadoas pessoas com perdas funcionais e dependentes das Atividades da vida diária. Sendo assim, a inserção do fisioterapeuta na atenção primária se faz primordial como um trabalho

de cooperação no planejamento de ações que se fazem necessárias no cuidado do indivíduo em seu âmbito físico e psicossocial. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: O atendimento realizado no Bairro São Conrado aconteceu a partir da disciplina Saúde da Família V (SACI V) e foi proposta a escolha de uma família que, de acordo com o levantamento do histórico familiar, apresentava uma situação de risco que necessitava de intervenção. A paciente que resolvemos atender é diagnosticada com doença de Parkinson há 12 anos e após, feita uma detalhada avaliação, a necessidade em realizar sessões fisioterápicas era de extrema importância para ela. Realizamos 10 sessões com vários exercícios que englobavam trabalhos respiratórios, dissociação de cinturas escapular e pélvicas, coordenação motora, exercícios de treino das AVD's, equilíbrio e treino de marcha. Impactos: Conseguimos resolver vários entraves que encontravam-se naquela família, principalmente em observar que a paciente melhorava a cada final de sessão. Considerações finais: A participação constante do fisioterapeuta na ESF é de extrema necessidade, de maneira sistematizada e com ferramentas adequadas para a evolução da sua participação na Atenção Básica, cooperando assim para a resolutividade da saúde nas comunidades em risco.

ATIVIDADE INTEGRADORA ENTRE AS DIFERENTES FASES NO CURSO DE ENFERMAGEM: É POSSÍVEL INTEGRAR SABERES EM TEMPOS DIFERENTES?

Ariane Sabina Stieven, Cláudio Claudino da Silva Filho, Ângela Urio, Ana Paula da Rosa, Débora Cristina Favero, Tassiana Potrich, Jeane Barros de Souza

Palavras-chave: Educação, Integração, Trabalho em Equipe

Cada vez mais a capacidade de trabalhar em equipe vem sendo valorizada no mercado de trabalho. Tentar trabalhar em conjunto, com diferentes pessoas e pontos de vista é essencial em qualquer ocasião, tanto na vida profissional quanto na vida cotidiana. Esse estudo tem como objetivo geral descrever vivências e aprendizados para vida pessoal, acadêmica e profissional como reflexo de uma atividade realizada durante a graduação em Enfermagem. Trata-se de um estudo na modalidade relato de experiência, baseado na participação em atividade proposta pela coordenação do curso, no âmbito da reformulação de seu Projeto Político Pedagógico, por um grupo nomeado de GT Catavento, composto por docentes e acadêmicas de todas as fases do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó- SC. Nesse sentido, a atividade desenvolveu-se no decorrer do primeiro semestre do ano de 2015, nas dependências desta Universidade, e no início do semestre, foi proposta a atividade integradora com finalidade de aproximar os acadêmicos das diferentes fases do curso e também recepcionar “calouros”. Para isso, foi realizada a divisão dos grupos procurando compor cada grupo necessariamente com participantes de todas as fases, sendo que para cada grupo (além do relatado aqui) haveria um professor tutor para acompanhar as futuras atividades ao longo de todo semestre. Além disso, cada grupo deveria ser nomeado pelos próprios integrantes de modo a retratar todos os participantes, e o próprio percurso, em uma expressão “atraente”. Ao final do semestre então, cada grupo realizaria uma apresentação, a sua escolha, a partir do tema “O que é Enfermagem para você/nós?”, além de buscar alimentos não perecíveis e agasalhos, ambos para fins de doação integrando-se para essa distribuição com o projeto VER-SUS Oeste Catarinense. A atividade foi

avaliada e equivaleram pontos em todos os componentes curriculares do semestre corrente. O grupo “Metamorfose”, relatado aqui, optou por uma analogia com as fases da vida das borboletas e dos acadêmicos de Enfermagem os quais sofrem mudanças no decorrer do tempo, tanto pessoais quanto profissionais. Durante o semestre muitos desistiram de participar da atividade, porém os acadêmicos que permaneceram realizavam encontros e estavam em constante comunicação entre si e com o professor tutor. Esta atividade no início vista como “mais uma” atividade (avaliativa) a ser realizada no semestre além das disciplinas normais, superou expectativas. O grupo trabalhou em equipe, valorizaram-se todas as opiniões mesmo divergentes, e sempre se chegava a um consenso, objetivando dar o melhor na apresentação final. Além de trabalhar juntos, administrar os horários para que houvesse compatibilidade e possibilidade de confecção dos materiais, pode-se conhecer uns aos outros, trocar ideias sobre o curso e a futura profissão e em muitas ocasiões a atividade fez com que os acadêmicos fizessem algo diferente com pessoas diferentes, saindo da rotina universitária por vezes monótona mesmo em uma atividade do próprio curso.

ATIVIDADE TUTORIAL COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO NO MÓDULO DE ADMINISTRAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE I: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tainara Maldonado Reinoso, Christiane Rodrigues de Lima, Nataly Mesquita Cardoso, Fernanda Persi Milanin, Tais Capile Ramires, Patricia Moita Kawakame

¹CARDOSO, N. M.; ¹DE LIMA, C. A. R.; ²KAWAKAME, P. M. G.; ¹MILANIN, F. P.; ¹REINOSO, T. M.; ¹RAMIRES, T. C.¹ ¹Discente

da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.² Docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. APRESENTAÇÃO: O curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul incluiu a disciplina de Administração e Organização dos Serviços de Saúde por meio de módulos, tornando-se componente de um currículo integrado desenvolvido a partir de metodologia ativa. A metodologia ativa trata-se de uma concepção que estimula o processo de ensino-aprendizagem crítico-reflexivo, no qual o aluno é o protagonista central responsável pela trajetória educacional, e o professor torna-se coadjuvante facilitador das experiências relacionadas ao processo ensino-aprendizagem (SOBRAL; CAMPOS, 2012). A grade curricular do PBL organiza-se por módulos e eixos temáticos, implicando em mudanças na organização e na gestão do currículo e na estrutura (FREITAS, 2011). O objetivo desse trabalho é relatar a experiência de discentes no decorrer da atividade tutorial frente à metodologia ativa. DESENVOLVIMENTO: Consiste em um relato de experiência vivenciado pelos discentes em uma atividade tutorial, como parte integrante do método de Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL), desenvolvida no período de fevereiro a abril de 2015, no módulo de Administração e Organização dos Serviços de Saúde I, do curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, na cidade de Campo Grande – MS. As atividades tutoriais foram realizadas em quatro grupos de oito alunos, que elaboraram coletivamente seus objetivos de aprendizagem a partir de problemas que ilustravam situações referentes a conteúdos de gerenciamento em enfermagem. Na abertura do problema os alunos deveriam identificar os objetivos de aprendizagem e no fechamento, os objetivos deveriam ser explanados por meio de seus estudos individuais. IMPACTOS: No decorrer

da atividade tutorial, observamos que os acadêmicos se mostraram interessados em identificar os objetivos de aprendizagem para a resolução do problema ilustrado, além de trazerem consigo conhecimento prévio adquirido por meio das conferências. No fechamento do problema, os grupos conseguiram contemplar os objetivos propostos por meio dos estudos individuais e interpretá-los de maneira crítica-reflexiva, culminando na construção de conhecimento referente aos conteúdos de gerenciamento, além de fomentar as discussões em grupo, contribuindo para o desenvolvimento do trabalho em equipe. Vale ressaltar que nas atividades tutoriais ainda existe a figura de um coordenador do grupo que é desempenhada por um dos alunos em forma de rodízio, fato que contribui com o desenvolvimento da liderança. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante deste panorama, destacam-se aspectos positivos de grande impacto, orientando o processo de ensino-aprendizagem acerca de conhecimentos referentes à área do gerenciamento em enfermagem de maneira crítica-reflexiva, proporcionando ao aluno ser protagonista na busca do aprender, além de possibilitar aos discentes uma visão crítica sobre os problemas que poderão vivenciar na prática profissional e o desenvolvimento da liderança e do trabalho em equipe de maneira autêntica.

ATIVIDADES COGNITIVAS PARA IDOSOS: EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Évany Maria Umbelina Amorim Smith, Ingrid Raiane Renê Cordeiro

Palavras-chave: Enfermagem, Educação, Saúde

APRESENTAÇÃO: Enquanto o tempo passa o processo de envelhecimento ocorre lento e gradualmente e quanto mais idade biológica

o indivíduo apresentar, mais mudanças o organismo irá sofrer, comprometendo progressivamente seus aspectos físicos e seus efeitos no desempenho cognitivo. Frente a isto, o presente estudo traz a educação em saúde como estratégia prevenção de agravos e promoção da saúde, a fim de promover a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Para tanto, pensou-se uma ação educativa voltada à necessidade de estimular atividades cognitivas, por meio de simples exercícios mentais, proporcionando ao público idoso um melhor desenvolvimento de suas atividades diárias. Objetivamos relatar a experiência de acadêmicos do 3^o Semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará na realização de uma ação educativa por meio de exercícios estimuladores para idosos. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A experiência consistiu na construção de uma ação educativa a um grupo de idosos, na Instituição de Assistência Social Lar Fabiano de Cristo, Belém-Pará. A ação desenvolveu-se com um grupo de 15 idosos e para sua construção foram seguidas duas etapas. A primeira etapa consistiu em orientar a importância das atividades cognitivas por meio de simples jogos e ampliar o conhecimento dos idosos acerca dos exercícios que ajudam a manter o cérebro ativo. Iniciamos esse momento com a exposição de uma atividade denominada Jogo da Memória, contendo cartas com imagens que faziam referência a exercícios físicos, alimentação saudável, qualidade do sono, a importância da leitura, palavras cruzadas. Estas são atividades que beneficiam a memória, capacidade de atenção e raciocínio e evitam a lesão dos neurônios, impedindo o comprometimento intelectual. A segunda etapa foi para avaliar compreensão dos idosos sobre o tema abordado. Eles comentaram sobre a situação apresentada,

com base nas orientações discutidas em grupo, demonstrando conhecimentos e saberes relativos à temática abordada. **RESULTADOS:** Os idosos participaram da ação educativa e demonstraram-se receptivos ao conteúdo abordado, houve uma troca satisfatória de conhecimentos e experiências entre os acadêmicos e os idosos. Ao término foram entregues revistas de palavras cruzadas que estimulam a capacidade de raciocínio e criatividade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Consideramos a partir da elaboração e execução da ação educativa que é possível desenvolver ações de caráter participativo, estimulando a interação do grupo na construção de novos saberes. Este estudo possibilitou ainda, apresentar aos acadêmicos de enfermagem a potencialidade da educação em saúde como meio de prevenção e promoção da saúde da pessoa idosa.

ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: AMPLIANDO O CUIDADO A CRIANÇAS, ADOLESCENTES E SEUS CUIDADORES EM UMA ENFERMARIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Miriam Sa, Roberta Fernandes Correia, Ana Lucia Nunes Diniz, Maria Luciana Siqueira Mayrink, Fernanda Nascimento Maia

Palavras-chave: promoção da saúde, educação, residencia multiprofissional

Apresentação e Objetivo: Sendo Hospital de Ensino, com vistas à formação de profissionais voltados para atividades de saúde para o SUS, iniciou-se em 2009 o programa de residência multiprofissional em saúde da criança e do adolescente cronicamente adoecido. Nesta direção, uma das atividades desenvolvidas pelo programa são aquelas voltadas para a promoção da saúde com o objetivo de propiciar aos alunos

do programa de residência multiprofissional a experiência com práticas de ações de promoção de saúde (PS) voltadas para os pacientes e cuidadores internados em uma enfermaria de média complexidade. **Metodologia:** Utiliza os princípios do método da aprendizagem baseada em problemas. Desenvolvido em 03 Fases: inicialmente ocorreram ações voltadas para a apropriação e desenvolvimento dos conceitos e princípios da promoção da saúde; esgotada a discussão acerca dos temas, buscou-se pela técnica de observação participante apreender a realidade para que, posteriormente, as residentes pudessem elaborar propostas de ações voltadas para esta realidade; Construção e elaboração de ações planejadas e voltadas para os cuidadores e pacientes. **Resultados:** Duas atividades foram propostas e colocadas em prática: visita dos irmãos e sessão de cinema. A primeira obedeceu ao formato de POP, em conformidade com a CCIH, o controle de qualidade, o colegiado da UPI. A segunda foi propiciada com a troca de cuidados dos responsáveis pelo residente, liberando-os para o lazer. O Processo de construção de ambas contou com apoio matricial e respectivas expertises de diversos colegas, em uma atuação multidisciplinar. **Análise Crítica:** A dimensão da PS em um ambiente hospitalar permite incorporar ações multiprofissionais às unidades hospitalares. Ações foram desenvolvidas a fim de que a saúde e qualidade de vida fossem asseguradas. Notamos possibilidades de aplicação dos cuidados ampliados em saúde. Particularmente nos ambientes de internação pediátrica com longa permanência das crianças, estratégias de promoção da saúde favorecem uma atenção ampliada, mesmo na vigência de comorbidades associadas. **Conclusões/ Considerações:** A capacitação profissional permite uma atuação qualificada e diferenciada na área objeto do programa,

promovendo o aperfeiçoamento do desempenho profissional, através da oportunidade de acesso a novos conhecimentos teóricos e ênfase nas práticas específicas. Estimula ainda o desenvolvimento de uma visão crítica e abrangente do Sistema Único de Saúde, buscando desenvolver uma compreensão ampla e integrada das diferentes ações e processos de trabalho.

ATRIBUTOS DE UM BOM PROFESSOR E UM BOM ENSINO: O OLHAR DO PRECEPTOR

Elaine Amado, Helga Maria Teixeira Cassiano, Mariana Falcão Tavares, Carmen Lúcia Leão de Biase, David Costa Buarque, Lenilda Austrilino, Rosana Brandão Vilela

Palavras-chave: professor, docência, ensino, atributos, preceptor

Apresentação: O docente não deve se limitar ao ensinamento dos conteúdos, mas, sobretudo, ensinar a pensar, pois “pensar é não estarmos demasiado certos de nossas certezas” (Paulo Freire). Cabe ao educador associar aquilo que o aprendiz sabe a uma linguagem culta ou científica, para ampliar os conhecimentos daquele que aprende, de forma a integrá-lo histórica e socialmente no mundo. As reflexões em torno dessas questões têm como propósito contribuir com a epistemologia da prática profissional do professor e explicitar aspectos que expressam o bom professor e o bom ensino na formação do profissional de saúde, pelo olhar do preceptor do serviço de saúde. Dadas as características do objeto, para sua melhor abordagem e discussão, a disciplina de Prática Docente do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (MPES) optou por uma estratégia pedagógica que tem como objetivo relatar em seguida. **Descrição da Experiência:** Para apreender a

percepção do preceptor sobre os atributos de um Bom Professor e o Bom Ensino foi solicitado aos mestrandos uma entrevista com sete preceptores. Após a entrevista os estudantes analisaram os dados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC, que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, tendo como fundamento a teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos, e foram incentivados e orientados a preparar um seminário onde precisavam demonstrar de forma criativa os resultados. Resultados: O grupo de mestrandos durante sua apresentação evidenciou conceitos relevantes sobre a temática da docência e o Ensino. Utilizando-se desta estratégia de ensinagem, os estudantes encontraram duas ideias centrais na análise dos discursos do sujeito coletivo no que se refere ser um “bom professor”, na opinião dos preceptores: 1. O bom professor é o que conduz o aluno no processo de aprendizagem, que utiliza metodologias adequadas para esse processo; gosta do que faz e busca aperfeiçoamento permanente; 2. É aquele que respeita o aluno em suas fragilidades e potencialidades respeitando os limites individuais, lançando desafios para mantê-lo motivado com amor e afetividade. O “Bom ensino” evidenciou uma ideia central: Desenvolver o senso crítico, contextualizado e com aplicabilidade social. Observaram que os preceptores entrevistados têm concepções de que o ato de ensinar exige mais que o conhecimento. Exige trocar, intervir, educar, respeitar. Ao realizarem estas constatações promoveram articulação dos conteúdos específicos do módulo com as experiências prévias, possibilitando uma ressignificação das temáticas abordadas. As solicitações de ajuda provocaram trocas de informação para melhor compreensão de alguns conteúdos, configurando um

processo de aprendizagem colaborativa, onde os estudantes puderam expor idéias, suposições e conhecimentos. Considerações Finais: A utilização da entrevista e do seminário foram fundamentais para a aproximação dos estudantes com os temas propostos. A estratégia pedagógica favoreceu a reflexão sobre a necessidade de atenção às especificidades inerentes ao docente do Ensino Superior, destacando a relevância do papel do professor na formação do futuro profissional da saúde.

ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL

Dulce Pimenta Gonçalves

Palavras-chave: Controle social, Conselho Municipal de Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde da Família

APRESENTAÇÃO: A participação popular “é a capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas...” (BRASIL, 1992). É um princípio organizativo do SUS, exercido através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), idealizada para atender a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), vem atuando no fortalecimento destas formas democráticas de controle social, participando assim, das discussões para o fortalecimento e organização dos serviços de saúde deste município. DESENVOLVIMENTO: O Conselho Municipal de Saúde (CMS), sendo um órgão deliberativo e de caráter permanente, é reconhecido neste município, pela forma de atuação incisiva e veemente. É composto atualmente, por 24 membros, sendo 50% (12) representantes de usuários, 25% (6) do segmento de trabalhadores da saúde e 25% (6) de prestadores e gestores. Desde 2014,

teve incluído neste colegiado, um preceptor da RMSF, representando o segmento de trabalhadores da saúde. Desta forma pode contribuir nas discussões de organização dos serviços municipais, com uma ótica técnica aliada a prática de trabalho na Atenção Primária à Saúde, que é um dos territórios de prática das equipes de RMSF. RESULTADOS: Com participação efetivada no CMS, a RMSF foi fundamental na organização da 7ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em Julho/2015. Os Residentes, e profissionais egressos da RMSF, foram os agentes mobilizadores e de sensibilização da comunidade. Estes participaram de oficinas, ministrada pelo Preceptor que é membro do CMS, onde foram instruídos a estimular, no seu território de abrangência, a participação popular, como também na eleição de 400 delegados para a etapa municipal. Como continuidade deste trabalho, os Residentes têm como desafio a organização dos Conselhos Gestores Locais, que estão enfraquecidos ou inexistentes neste cenário atual. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A RMSF tem mostrado uma grande influência na organização dos serviços locais de saúde, nas discussões de políticas públicas, como também na mobilização da comunidade de sua área de abrangência. A participação dos profissionais envolvidos neste programa, nos colegiados de participação popular, deve ser estimulado para aperfeiçoar a contribuição da Residência no fortalecimento do SUS.

ATUAÇÃO DE ACADÊMICOS DE NUTRIÇÃO NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO (PET-SAÚDE) DE DOURADOS - MS

Ana Luisa Lages Belchor, Isabela Rezende Ferreira, Kátia Gianlupi, Adolfo Henrique Costa dos Santos

Palavras-chave: PET Saúde, nutrição, estágio

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), em especial as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e diabetes representam alterações nos padrões de adoecimento globais na segunda metade do século XX. Com o aumento das morbidades relacionadas à má nutrição na maioria da população torna-se fundamental a presença do profissional nutricionista nas equipes de estratégia da saúde da família, cuja aproximação vai permitir compreender e intervir no atual quadro em evolução. Programas que proporcionem a aproximação da universidade com a comunidade são fundamentais para agregar o conhecimento aos acadêmicos e auxiliar na melhora do atendimento da população. Como uma das atuações direcionadas para o aprimoramento da atenção básica e da vigilância em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS criou-se o Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde), tendo como objetivo a educação pelo trabalho com a participação de tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e acadêmicos da área de saúde, sendo uma das táticas do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE. O programa PET Saúde auxilia na formação profissional através do contato direto com o trabalho realizado por equipes de saúde, sendo um importante objeto de prática para formação acadêmica integrando ensino, serviço e comunidade. Desta forma, o presente trabalho relata a experiência de acadêmicos do Curso de Nutrição da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) no Programa PET Saúde/ PRÓ Saúde, na cidade Dourados, MS em ação conjunta às equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), na cidade Dourados, no período de julho de 2012 a dezembro de 2014. Foram realizadas visitas semanais dos acadêmicos às ESFs, os quais auxiliavam no atendimento à comunidade nas ações de triagem, através

da avaliação antropométrica e aferição da pressão arterial; nas consultas de rotina; nos encontros de grupos específicos (tabaco, obesidade e gestantes); nas confecções de folders e por meio de práticas educativas na comunidade. Nas ações sociais em parceria com as equipes de saúde, realizavam-se avaliações nutricionais como medida de peso e altura, calculando-se IMC (índice de massa corporal), fornecendo resultado sobre o estado nutricional com orientações sobre qualidade de vida e alimentação saudável. Através do PET Saúde os acadêmicos obtiveram uma troca de saberes, bem como a vivência na atenção básica. Para os profissionais de saúde, foi possível uma interação multidisciplinar proporcionando o fortalecimento do aporte teórico, ampliando e viabilizando as discussões que reúnem diversas áreas da saúde nas ESFs. Para os acadêmicos, o estágio durante o PET Saúde se configurou como um momento fundamental na perspectiva da atuação do nutricionista em saúde pública, visando à formação de profissionais capazes e comprometidos com a realidade social.

ATUAÇÃO DO ACADÊMICO DE NUTRIÇÃO EM AÇÕES SOCIAIS DA LIGA ACADÊMICA DE NEFROLOGIA DE DOURADOS/MS

Adolfo Henrique Costa dos Santos, Karyne Garcia Tafaello Moreno, Maria Tainara Soares Carneiro

Palavras-chave: Doença Renal, Nefrologia, Síndrome Metabólica

A Liga Acadêmica de Nefrologia de Dourados (LANED) integra acadêmicos dos cursos de nutrição e medicina com o objetivo de rastrear, conscientizar e educar a população de Dourados/MS sobre a Doença Renal (DR). As doenças renais caracterizam-se pela perda da função renal de eliminar a

carga diária de excreções nitrogenadas. No ano de 2012, aproximadamente 97.586 pacientes estavam em diálise no país e as taxas estimadas de prevalência e incidência da Doença Renal Crônica (DRC) foram de 503 e 177 pacientes por milhão da população, respectivamente. A síndrome metabólica caracterizada por obesidade, hiperglicemia, hipertensão e resistência à insulina tem sido reconhecida nos últimos anos como fator de risco para o desenvolvimento de DRC. Desta forma, objetivou-se através deste estudo relatar a atuação do acadêmico de nutrição em ações sociais da Liga Acadêmica de Nefrologia de Dourados/MS. A LANED surge nesse cenário como importante ferramenta de antecipação de diagnósticos de DR. Durante as ações realizadas em locais públicos do município de Dourados são coletadas informações dos pacientes como: identificação, histórico de doença pregressa e familiar e hábitos de vida. Posteriormente, os pacientes são encaminhados para aferição de dados antropométricos, teste de glicemia, exame bioquímico urinário e aferição da pressão arterial além de receberem breves orientações a respeito desses. Nesse momento o paciente que apresentar alguma alteração, principalmente no exame urinário, recebe um encaminhamento para consulta com Nefrologista do Hospital Universitário da Grande Dourados (HUGD) e certificar os resultados. Nos anos de existência da LANED, portanto, centenas de pessoas foram atendidas pela equipe e obtiveram inestimáveis informações sobre seu estado de saúde. Além do mais foi possível fornecer um maior esclarecimento à população sobre as Doenças Renais, visando à promoção da qualidade de vida. Bem como os ensinamentos práticos agregados aos acadêmicos e demais profissionais que contribuíram nas ações sociais, ressaltando assim a importância das práticas de extensão e pesquisa, e, além disso, fazendo com que o ensino não se torne abstrato nem desligado das realidades locais.

ATUAÇÃO DO PROJETO DE EXTENSÃO – “ESCOLA DE POSTURAS: AÇÕES PREVENTIVAS NO CUIDADO CORPORAL”: DESPERTANDO O AUTOCUIDADO E A PERCEPÇÃO CORPORAL

Débora Ramos de Araujo Souza, Ana Maria Braga de Oliveira, Livio Matheus Aragão dos Prazeres, Amanda Santana Santos, Heloysa Morganna de Lima Marinho, Guilherme Rodrigues Barbosa

INTRODUÇÃO: A dor nas costas ou de coluna pode não ser uma doença potencialmente fatal, mas acarreta um desconforto extremo o que acaba prejudicando as atividades diárias dos indivíduos. Assim sendo, constitui-se, um importante problema de saúde pública e exige proporções epidêmicas. Os profissionais que trabalham nos serviços gerais das Instituições de Ensino Superior fazendo faxinas, transportando objetos pesados, realizando movimentos repetitivos e ainda com instrumentos que favorecem posturas inadequadas como vassouras e baldes não adaptados estão propensos a sentirem dores da coluna. Diante desse aspecto, o objetivo desse trabalho é relatar a atuação do Projeto de Extensão – “Escola de Posturas: ações preventivas no cuidado corporal” com os profissionais dos serviços gerais da Universidade Federal de Sergipe - Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho, no município de Lagarto - Se. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O projeto de extensão “Escola de Posturas: ações preventivas no cuidado corporal” se desenvolveram em cinco encontros. Os encontros foram divididos nas seguintes etapas: a parte educativa onde foi abordado sobre noções de anatomofisiologia e orientações posturais, como pegar peso, altura correta do cabo da vassoura, além de adaptações que podem ser realizadas caso o material utilizado não esteja de acordo com o padrão; em seguida a realização de exercícios terapêuticos objetivando o

alongamento e fortalecimento de estruturas osteomusculares e ao final o relaxamento. No primeiro encontro foi aplicado o questionário: Avaliação Física e dos Hábitos Posturais, os dados coletados nortearam para que as atividades correspondessem às necessidades específicas do público-alvo. **IMPACTOS:** A percepção corporal e o autocuidado foram estimulados em todos os encontros, e ao final percebeu-se, por meio dos relatos do grupo, que os participantes do projeto de extensão estavam mais atentos aos seus corpos e buscavam adotar posturas mais saudáveis favorecendo, dessa forma, um adequado alinhamento corporal. A aplicação no cotidiano das orientações posturais, exercícios de fortalecimento e alongamento muscular e relaxamentos eram constantemente reforçados nos encontros e o grupo passou a adotar novos hábitos posturais o que acarretou melhora no desempenho laboral e na execução das atividades domésticas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante disso, é nítida a relevância do desenvolvimento de intervenções do Projeto de extensão “Escola de posturas: ações preventivas no cuidado corporal” já que o mesmo proporcionou um maior contato com os trabalhadores da Universidade, fortalecendo também o vínculo entre comunidade e estudantes. Além disso, foi capaz de conduzir para uma visão mais ampla acerca das demandas impostas pelo esforço físico os quais estão sujeitos, promover a consciência corporal, enfatizar a importância do trabalho em grupo e melhora da qualidade de vida dos sujeitos envolvidos.

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REPENSANDO AS PRÁTICAS TRADICIONAIS

Rafael Magalhães de Melo, Rayanne Bárbara Santos Carneiro de Almeida

Palavras-chave: Psicologia, Atenção Primária a Saúde, Educação em Saúde

APRESENTAÇÃO: A psicologia, em seu desenvolvimento histórico, se manteve distante da realidade social e das reais necessidades e sofrimentos da população. Esse discurso justifica-se ao fato de que o saber psicológico surge a serviço das ideologias dominantes e tendo como fito a manutenção das relações de poder e das injustiças sociais. Por sua recente inserção no setor saúde, os psicólogos, ainda não possuem uma clara definição sobre o seu papel na Atenção Primária a Saúde (APS), o que resulta no desconhecimento de possibilidades de atuação e, muitas vezes, na reprodução do modelo tradicional clínico de psicoterapia individual. Neste contexto, o estudo tem como objetivo descrever a vivência e a percepção de dois estudantes na condição de Estágio Básico II, no que se refere ao trabalho de sala de espera em uma Estratégia Saúde da Família (ESF). **METODOLOGIA:** Estudo de caráter qualitativo que consiste em um relato de experiência que descreve as vivências dos autores entre os meses de fevereiro a maio de 2015 em duas ESF, localizada em um município do Recôncavo da Bahia, Brasil, na oportunidade de Estágio Básico II. **RESULTADOS:** Nos resultados, identificou-se a importância da inserção do psicólogo na fomentação de espaço para o exercício da cidadania, empoderamento dos usuários e expressão de subjetividades (como os sujeitos percebem a si mesmos, o serviço oferecido e a própria comunidade). Dessa forma, a ESF, além de favorecer o acesso e a resolubilidade das demandas em saúde, também deve desenvolver práticas de acolhimento e de construção de vínculo, isto é, ter sensibilidade para receber e escutar a comunidade e ampliar laços relacionais e de afeto para potencializar o processo terapêutico. Destarte, é preciso

uma contextualização das práxis para o desenvolvimento de ações que respeitem as diferenças culturais e subjetivas e que possam favorecer o desempenho de uma prática integral, universal e equânime. Dessa maneira, não existe uma técnica, teoria ou prática homogênea que regule a atuação do psicólogo nos serviços de saúde, mas, o mesmo deve estar sensível a realidade complexa e desafiadora, a fim de realizar uma atuação responsável e comprometida com a saúde da comunidade. Diante disso, ao adentrar nesses espaços, o profissional de Psicologia deve ter ciência de que sua atuação deve estar respaldada, sobretudo, ao desenvolvimento de práticas ligadas a superação da desigualdade social, cidadania, integração social, novas subjetividades e promoção da saúde. Isto é, que também seja capaz de pensar o indivíduo em suas singularidades biopsicossociais, que vise auxiliar na construção de um modelo em saúde mais adequado aos princípios do SUS.

ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE PARA O SUS

Livia Keismanas Ávila, Adriana Limongeli Gurgueira

Palavras-chave: Interdisciplinaridade, Formação em saúde, Educação formal

Apresentação: O relato de experiência se refere à realização do Programa PET-Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo no período de Fevereiro de 2012 a Dezembro de 2014, no qual foram desenvolvidas ações voltadas à Rede de Atenção à Saúde da população residente na região central do município de São Paulo, especificamente em seis unidades básicas de saúde pertencentes à Coordenadoria Regional Centro-Oeste. Assim, pretende-se refletir sobre as

vivências na iniciação ao trabalho dos estudantes dos cursos de graduação da FCMSCSP, no âmbito da Rede Cegonha, Pessoas em situação de Vulnerabilidade, Promoção da Saúde, Acessibilidade e Humanização, Urgência e Emergência, Álcool e Drogas e Envelhecimento. **Desenvolvimento do trabalho:** A atividade, fundamentada no Programa PET-Saúde do Ministério da Saúde, Brasil, iniciou a partir do estabelecimento de grupos tutoriais e interdisciplinares, compostos por profissionais dos diferentes serviços de saúde e estudantes dos três cursos de graduação (medicina, enfermagem e fonoaudiologia). Tais grupos passaram então a desenvolver estratégias de intervenção nas diferentes Redes de Atenção à Saúde, bem como pesquisas voltadas às necessidades identificadas a partir do diagnóstico de saúde dos territórios dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Resultados:** No período do programa foram desenvolvidas ações como resultado da qualificação do trabalho em saúde e no compromisso de cumprir com a implantação de ações que fortalecem o Sistema Único de Saúde. Ações estas que permearam a capacitação do profissional e trabalhador em saúde, bem como o comprometimento em desenvolver habilidades da comunidade no manejo de situações que envolvem vulnerabilidade em saúde, além de propostas inovadoras de concretização de Redes de Atenção à Saúde. **Recomendações:** Incorporar ações semelhantes na formação continuada de profissionais de saúde, possibilitando uma assistência compartilhada e com valorização das necessidades em saúde, a fim de reconhecer o serviço de saúde como espaço de formação e educação permanente, que oportuniza a reflexão do processo de cuidado.

AUTOESTIMA NA GESTAÇÃO - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Robeisa Danya Silva Lima

APRESENTAÇÃO: No período gestacional percebe-se uma intensa mudança no humor, e vários são os sentimentos envolvidos nesse processo, modificando o dia a dia e causando impacto na gestação. Sabe-se que os aspectos físicos repercutem nesta fase, estando envolvida por intensas transformações. A visão da mulher sobre essas mudanças e sua posição frente à autoestima, auxiliam nesse processo tornando-o prazeroso. O presente relato tem como objetivo explicar como as gestantes percebem, dentre outros sentimentos, a autoestima neste período e como a educação em saúde pode ser proveitosa. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, na forma de relato de experiência, desenvolvido num grupo de gestantes no município de Jaguaruana/Ce em maio de 2015, por meio da enfermeira e NASF. A atividade foi desenvolvida através de diálogo interativo entre os profissionais e gestantes, onde foi estimulada a discussão sobre os principais sentimentos que as participantes vivenciavam com a gestação e reflexão sobre como estes poderiam interferir na autoestima. Além dos diálogos e depoimentos, utilizou-se estratégia dinâmica, através de sessão de beleza, com demonstração de como valorizar a beleza corporal e cuidados estéticos, para elevação da autoestima. **RESULTADOS:** Percebeu-se que as gestantes valorizam momentos que trabalhem e estimulem uma melhor estética, já que as mesmas relatam não terem tempo para atividades dessa origem. As queixas citadas incluem as mudanças corporais e ansiedade com preparo do corpo também para o nascimento e após o parto. Destacou-se que a gestação vai

além de fatores meramente físicos, tem também os aspectos emocionais, que estão ligados a elevada produção hormonal que é determinante. Nota-se pelos depoimentos que conhecer os aspectos envolvidos na gestação e ter conhecimento das mudanças previstas neste período, é de grande auxílio para seu manejo, sendo a atividade educativa relevante, pois facilita essa absorção. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os diálogos e perspectivas das mulheres subsidiam a ideia de que o tema autoestima deve ser proposto nas ações educativas durante a gestação, já que possui grande repercussão. Conclui-se que informar e discutir com as gestantes sobre as mudanças pelas quais seu organismo passará, às ajudará a conduzi-las de forma mais segura. O desenvolvimento desta ação permitiu ver ainda, notoriedade da educação e saúde e o valor do encontro para discutir e elucidar questões envolvidas neste processo.

AVALIAÇÃO BIOMÉTRICA E DO PESO DE MOCHILAS EM ESCOLARES: UMA AÇÃO VOLTADA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Aline Josiane Waclawovsky, Bruna Correa, Robson Ourives Barbosa, Carine Muniz, Fabiana Lopes de Pelegrin, Tania Cristina Malezan Fleig

Palavras-chave: Avaliação Biométrica, Educação em saúde, Promoção da Saúde

Caracterização do problema: A escola, por ser um espaço de relações e um recinto para a construção crítica e política, é um excelente ambiente para o desenvolvimento de ações de promoção em saúde. Neste sentido, essas ações apontam a educação em saúde como uma forma de fortalecer a participação popular, pois a escola, por ser um espaço pedagógico, favorece o compartilhamento das decisões, a construção de saberes e a autonomia dos

sujeitos. Dessa forma, cabe aos profissionais da saúde identificar os meios para a inserção neste espaço, com o intuito de promover saúde e prevenir agravos, proporcionando autonomia e contribuindo para a formação de sujeitos críticos e responsáveis no que tange a comportamentos e hábitos saudáveis para o autocuidado e equilíbrio biopsicossocial. **Descrição da experiência:** Durante a inserção dos residentes na Rede Básica de Saúde do município de Santa Cruz do Sul-RS, desenvolveu-se um estudo para avaliação biométrica de escolares, bem como, a avaliação do peso das mochilas. Foram avaliadas 34 crianças, com idades entre 7 e 8 anos, sendo 16 do sexo feminino e 18 do masculino. Todos os estudantes foram pesados e medidos. Além disso, as mochilas dos escolares também foram pesadas. Seguido da avaliação, procedeu-se às medidas educativas de orientações posturais em sala de aula e ajustes da altura das alças das mochilas para aquelas crianças que as utilizavam de maneira inadequada. As orientações foram executadas tendo como base o diálogo com os alunos e também o lúdico. **Efeitos alcançados e recomendações:** O peso corporal médio das crianças foi de 24,9 Kg \pm 5,19. O peso médio das mochilas foi de 1,62 Kg \pm 0,67. Quanto ao tipo de mochila 2,9% (n=1) utilizavam mochila de apenas uma alça; 85,3% (n=29) com duas alças; e 11,8% (n=4) usavam mochilas com rodas. Para classificação do peso da mochila como adequado ou inadequado, utilizou-se como referência dados da literatura que afirmam que o peso ideal para mochilas é de 10% do peso corporal com uma ou duas alças e de 20% para as com rodas. Dessa forma, constatou-se que 11,8% dos escolares estavam com o peso da mochila inadequado. É importante destacar que a promoção da saúde não se dá apenas através de informações, porém as vivências diante da realidade, a experimentação frente ao diálogo, potencializam a informação

e torna-se adequado para a promoção do autocuidado. É preciso dialogar com os sujeitos envolvidos no ato educativo, de maneira que os mesmos consigam formular, assimilar e construir o novo conhecimento. Assim sendo, é necessário proporcionar momentos de debates sobre condições favoráveis à saúde, presentes na realidade dos escolares, com o intuito de desenvolver projetos e ações voltados para a prevenção de agravos e minimização dos riscos, promovendo o incremento para boas condições de saúde.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NUTRICIONAL DE IDOSOS RESIDENTES EM UM ABRIGO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Antônio Carlos Gonçalves de Carvalho, Mariane Alves de Sousa, Alana Mara Almeida Macêdo, Maria Joicy de Oliveira Moura, Ricardo Gomes Viana, Lindalva de Moura Rocha, Marcos Antônio Ferreira, Eduardo Carvalho de Souza

APRESENTAÇÃO: Com o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental estão requerendo que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde. Com isso, objetivou-se descrever uma experiência do processo de avaliação do estado nutricional dos idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). **Descrição da experiência:** A presente experiência foi vivenciada no Abrigo Joaquim Monteiro, na cidade de Picos - PI, e dividido em três etapas. A primeira etapa correspondeu a uma Mini Avaliação Nutricional, a qual continha 18 itens, divididos em 4 categorias, tais como exame antropométricos, com aferição do peso, altura e perda de peso, avaliação dos cuidados gerais, como estilo de vida,

uso de medicação e mobilidade, análises da dieta, quanto ao número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos, além da verificação da autonomia para comer, e visão pessoal, sendo que os resultado foi obtidos através da soma dos pontos. Na segunda fase, ocorreu a intervenção nutricional através de palestras com utilização de equipamento multimídia, de caráter essencialmente informativo acerca das necessidades nutricionais do idoso, com os funcionários e idosos residentes do abrigo. Já a terceira etapa se deu pela realização de atividades lúdicas (jogos e Brincadeiras), avaliando o conhecimento dos internos e funcionários, referente última etapa desenvolvida. **RESULTADOS:** Observou-se um maior interesse por parte dos funcionários em aprender e participar das atividades, buscando disponibilizar uma melhor assistência à saúde do idoso, através de uma alimentação saudável. Além de verificar que a maioria dos idosos estava com um estado nutricional adequado e que apenas 10% apresentaram estado de desnutrição. Chamou-nos também a atenção a participação positiva dos idosos referente às atividades realizadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A atividade realizada contribuiu positivamente para detectar precocemente a desnutrição, auxiliando os profissionais que prestam serviços no abrigo, por parte de uma equipe da área de Nutrição, no tratamento, recuperação e na promoção da saúde dos idosos que apresentarem tais riscos.

AVALIAÇÃO DA SITUAÇÃO VACINAL DE ESCOLARES E DA EFETIVIDADE DE INTERVENÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA EM UMA ÁREA DE BLUMENAU-SC

Luiza Pinto de Macedo Soares, Laura Eribam Pureza Zanotto, Miria de Souza Effting, Eduardo José Cecchin, Eduarda Felsky, Karla

Ferreira Rodrigues, João Luiz Gurgel Calvet da Silveira

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Saúde escolar, Programas de imunização

A vacinação é uma grande conquista da saúde pública brasileira. O Programa Nacional de Imunização (PIN), do Ministério da Saúde, é responsável pelo Calendário Nacional de Vacinação que deve ser cumprido pelos cenários e profissionais do Sistema Único de Saúde e convênios particulares. O calendário é registrado na Caderneta de Saúde que é entregue após o nascimento da criança. O objetivo deste relato foi verificar a aderência a esse direito do usuário em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), responsável por garantir o seguimento do calendário de vacinação através de campanhas, busca ativa e fornecimento de informações. Para tanto, alunos de uma escola básica integrante do Programa Saúde na Escola tiveram suas cadernetas de saúde checadas referente a sua situação vacinal. O trabalho foi realizado pela ESF Germano Puff e bolsistas do PRÓPET-Saúde da Universidade Regional de Blumenau em parceria com a EEB Max Tavares D'Amaral. Primeiramente a escola solicitou aos responsáveis por seus alunos a caderneta de vacinação num período de uma semana. Assim, a técnica de enfermagem da ESF e três bolsistas compararam o registro vacinal de cada caderneta com o Calendário Nacional de Vacinação. Os dados foram anotados em uma tabela do Microsoft Excel® para análise. Os registros da escola contavam com 271 crianças matriculadas nas turmas de primeiro ao quinto ano do ensino fundamental, sendo 141 do sexo masculino e 130, feminino. A faixa etária trabalhada foi de seis a doze anos e, portanto, todos deveriam ter tido contato com todas as vacinas preconizadas pelo ministério com exceção da dupla do adulto. Oito crianças

não participaram do trabalho por terem abandonado a escola e duas por recusa de cooperação dos responsáveis. Os familiares de onze escolares afirmaram terem perdido a caderneta de saúde. Das 250 crianças restantes, apenas três possuíam situação vacinal atrasada e apenas uma estava incompleta com a ausência de todas as doses da vacina de profilaxia da Hepatite B. Os responsáveis pelos escolares com alterações em sua situação vacinal foram informados pela equipe da ESF e pela escola. Ter irregularidades em somente 5,16% da amostra demonstra ótimo resultado do trabalho da escola e ESF. Segundo o ministério, a vacina para hepatite B deve ser administrada até os 19 anos, portanto a criança com essa irregularidade ainda tem possibilidade de atingir a meta em tempo e deve ter orientação direcionada aos pais para completar o esquema vacinal. Quanto às onze crianças cujos responsáveis extravariaram a caderneta, recomenda-se contato com a ESF para fornecimento de uma nova e sua atualização. Para as duas crianças com situação vacinal atrasada, a conduta é a regularização do seu esquema vacinal. Embora grande parte das famílias busque manter o esquema vacinal em dia, há casos em que esquecimentos e perdas podem prejudicar a saúde da criança. Portanto, parcerias entre as ESF's e escolas da comunidade se fazem necessárias para melhorar e incentivar a atenção à saúde em todos os níveis.

BENEFÍCIOS DO CONTATO E CUIDADO AO PACIENTE ANTES DA PRÁTICA DO ESTÁGIO EM FISIOTERAPIA NA CLÍNICA ESCOLA INTEGRADA DA UFMS NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE – MS

Amanda Medeiros Gomes, Caroline Gerke Cordeiro, Alini Nunes de Oliveira, Mirelli de Sena Xavier, Taci Ana César Andrade

Palavras-chave: educação, conhecimento interdisciplinar prévio, aperfeiçoamento de práticas

INTRODUÇÃO: As formações com atualização de conhecimentos, questionamentos emancipadores e práticas diferenciadas, exigem um novo perfil para o acadêmico da área de saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais, aprovadas pelo CNE/MEC, propõem esse modelo de educação, com objetivo de promover uma gradual autonomia intelectual, de forma que as competências profissionais possam desenvolver-se com um currículo orientado através dessa proposta construtiva. Isso se faz com um conjunto de métodos intencionalmente induzidos pelas disciplinas para preparar o estudante a ter consciência da importância de colocar em prática e correlacionar todo o seu conhecimento atual. Um processo educacional em saúde sólido busca, através de suas práticas de ensino, formar profissionais competentes que conheçam as necessidades em saúde e atendam satisfatoriamente à demanda assistida. **DESCRIÇÃO:** A experiência de ensino aprendizagem nos cenários de prática da disciplina Saúde do Adulto I, do curso de Fisioterapia, realizada na Clínica Escola Integrada – UFMS, vivenciada pelas acadêmicas do 5º semestre, trouxe a reflexão da estratégia de ensino visando à formação de profissionais mais críticos, reflexivos, capazes de trabalhar em equipe e de aprenderem juntos. As acadêmicas analisaram e avaliaram a disciplina, podendo destacar pontos positivos. Os seguintes aspectos foram ponderados: cenário de desenvolvimento das práticas, orientação docente e assistência por monitoras. O desenvolvimento das alunas também foi conceituado em tópicos de avaliação como: ética, trabalho em equipe, interação terapeuta e paciente, relação teoria-prática, voz de comando, linguagem clara e adequada, formação de vínculo

com o paciente, adequação dos recursos terapêuticos, busca de conhecimento através de evidências científicas, execução de conhecimento teórico na prática e participação nas discussões. Tudo isso resultando numa oportunidade de aperfeiçoar o conhecimento interdisciplinar prévio. **IMPACTOS:** A prática trouxe uma reflexão acerca de capacidade de correlacionar à teoria, vista em sala de aula, com a realidade da vivência profissional. Desafiadas a explorar os seus saberes e realizar os atendimentos semanais e elaborar os planos terapêuticos, baseando-se na literatura, para proporcionar um atendimento de qualidade e resolubilidade no período em que atenderam duas pacientes na clínica. As discussões ofereceram um ambiente de crescimento para relações interpessoais e trabalho em equipe, apesar das divergências que surgiram a respeito das práticas a serem desenvolvidas durante os atendimentos. Pode-se obter uma breve visão de como será a vivência profissional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência trouxe esclarecimento da importância da prática da fisioterapia baseada em evidências científicas. Em cada discussão do caso, houve melhor aprendizado em relação ao assunto e em relação à forma de construir o conhecimento, a fim de garantir um trabalho de excelência e competência.

CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Patricia Marques Magalhães, Marleide Aparecida Fernandes

Palavras-chave: Participação popular, educação em saúde, saúde pública

APRESENTAÇÃO: Os serviços públicos de saúde são influenciados pelas prioridades elencadas pela participação social, fazendo

com que impulse a formação de suas políticas, e salientando a promoção da saúde como um direito, de forma equânime, democrática e participativa. A aprovação da Lei 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde, ocorre a concretização do Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios foram garantidos através organização da representação popular em conselhos de saúde pela garantia na Lei 8.142/90, instituindo a participação dos usuários, através das conferências e conselhos de saúde, nos três níveis de governo (CRUZ, 2012, SILVA; PELICIONI, 2013). Em todos os níveis de atenção a sua inserção tem suas particularidades, pois envolvem diferentes interesses, concepções distintas e sistemas locais pré-estabelecidos. (CRUZ, 2012, DOS SANTOS BICALHO, 2008). METODOLOGIA: Destas constatações, emergiu a necessidade de capacitar esses conselheiros de saúde. No ano de 2012, o Conselho Estadual de Saúde (CES) de Mato Grosso do Sul, deliberaram para que estas capacitações ocorressem e tinham como objetivo instrumentalizar os conselheiros para o exercício de sua competência legal, através da disponibilização de informação e conhecimentos necessários para a efetividade do controle social no SUS. Então foram realizados no período de abril a dezembro 21 capacitações. Sendo ofertados aos municípios de Aral Moreira, Antônio João, Aquidauana, Angélica, Água Clara, Brasilândia, Batayporã, Bodoquena, Camapuã, Coronel Sapucaia, Corumbá, Douradina, Ladário, Naviraí, Nioaque, Paranhos, Ponta Porã, Pedro Gomes, Rio Verde, Rio Brilhante e Três Lagoas. Os municípios de Bandeirantes, Fátima do Sul e Sete Quedas tiveram suas agendas canceladas por falta de interesse dos conselheiros de saúde em participar. O curso tinha carga horária de 24 horas e abrangia diversos temas relacionados ao controle social. Os materiais ofertados pelo CES e aos municípios apenas era solicitado um espaço com disponibilidade de internet

e um Data show. RESULTADOS: Participaram da capacitação 260 conselheiros de saúde, sendo 104 conselheiros de saúde do segmento dos usuários, 81 dos trabalhadores de saúde e 33 gestores/prestadores. Além dos conselheiros, também participaram 18 secretárias executivas e 24 convidados. Uma das maiores dificuldades encontradas para a capacitação era o interesse na participação, mas isso era superado após o início em organizar o conselho a descoberta de novos saberes. Foi notado que o poder do empoderamento destes frente ao controle social e os saberes adquiridos apontaram para um novo olhar frente ao controle social. Quanto a participação dos gestores/prestadores observou-se que por serem consideradas pessoas mais atarefada sua participação não era garantida em tempo integral durante os três dias de capacitação. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Em síntese, verifica-se que os conselhos são inovações institucionais, mas que ainda estão inseridos num contexto marcado por políticas clientelistas. Dessa forma, os conselheiros agem de maneira ambígua, ora privilegiando uma participação individual, ora desenvolvendo ações coletivas. Mas a participação nos conselhos favorece uma cultura política que inclui a preocupação com os interesses gerais. É fundamental a continuidade dessas capacitações nos municípios, uma vez que o mesmo constitui um campo relativamente recente, no qual há ainda muitas questões a descobrir e estudar.

CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE BÁSICA DO INTERIOR DE RONDONIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Arissa Souza Sales, Erika Kaneta Ferri

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Educação permanente, Assistência

APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS: Trata-se de um Projeto de Intervenção que objetivou capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que compõe a Unidade Básica de Saúde (UBS) Juscelino Cardoso de Jesus, localizada em Ji-Paraná/RO para as ações de atenção primária para os agravos comuns no município e conseqüentemente na área adscrita. Descrição: O PI em questão utilizou como estratégia a realização de oficinas quinzenais com a promoção de discussões dos mais diversos temas de abrangência relacionados à Estratégia de Saúde da Família (ESF), destacando-se como alvo das discussões a relação entre a população e os ACS; buscando orientá-los, incentivá-los e atualizá-los sobre Busca Ativa, Cadastramento Familiar, Aleitamento, Prevenção do Câncer do Colo de Útero bem como a Prevenção do Câncer de Próstata entre outros. RESULTADOS: Observou-se que a estratégia em comento teve ótima aceitação entre os Agentes de Saúde uma vez que inicialmente era apenas voltada para a equipe de ACS da UBS N.S.ª de Fátima, sendo que a estratégia abrangeu todos os ACS da UBS, fato que demonstrou grande interesse por parte dos ACS em estarem devidamente capacitados e atualizados para o devido atendimento à população local, demonstrando que quando há interesse em crescer todos estão dispostos e ansiosos pelo conhecimento. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Consta-te a importância de atividades de educação permanente dos ACS para melhoria da qualidade da assistência prestada à comunidade.

CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL EM SERVIÇO: INICIATIVA DA FISIOTERAPIA MOTORA DE UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CONDIÇÕES COMPLEXAS DE SAÚDE

Miriam Ribeiro Calheiros de Sa, Carla Trevisan Martins Ribeiro, Fabiano Luiz dos Santos

Palavras-chave: treinamento em serviço, educação, fisioterapia, Sistema Único de Saúde

Objetivos: Sendo instituição de referência em saúde da Criança e do Adolescente, por ser hospital de ensino e possuir uma Escola de Saúde, foi proposto um programa de capacitação profissional em fisioterapia, que visa aprimorar o conhecimento dos fisioterapeutas inseridos na rede assistência (municipal, estadual e federal) para o cuidado de crianças e adolescentes cronicamente adoecidos Metodologia: O curso de capacitação em serviço utiliza os princípios do método da aprendizagem baseada em problemas. Está estruturado em 4 eixos, que correspondem a uma formação prática, a saber: prática hospitalar, ambulatorial, programa de seguimento de recém-nascido de risco, e avaliação e tratamento fisioterapêutico nas doenças/síndromes genéticas. Os eixos possuem: uma base teórica, com três unidades de aprendizagem comuns, e prática em serviço (específico de cada eixo). Desta forma, cada eixo tem uma carga horária máxima de 150 horas/ aula Resultados: Foram capacitadas até o momento 05 fisioterapeutas do PADI do município do Rio de Janeiro, que já atuam nos diversos serviços de atendimento domiciliar dessa população. Após avaliação final o feedback foi extremamente positivo, tanto por parte das profissionais quanto da gestão/coordenação do programa, uma vez que as mesmas já atuavam com essa população, porém sem necessariamente ter a experiência profissional voltada para essa clientela Análise Crítica: A garantia da integralidade do atendimento passa pela adequação da sua cobertura, promoção de serviços qualificados e de acordo com as características da população. Assim, faz-se necessária a construção de redes, com o intuito de promover a interrelação dos serviços existentes e estabelecer parcerias com os três níveis de governo, demandando dessa maneira articulação

dos serviços e dos centros formadores de modo a construir um modelo de compartilhamento de conhecimento e expertise. **Conclusões/Considerações:** A capacitação profissional permite uma atuação qualificada e diferenciada promovendo o aperfeiçoamento do desempenho profissional, por oportunizar o acesso a novos conhecimentos teóricos e ênfase nas práticas específicas. Estimula ainda o desenvolvimento de uma visão crítica e abrangente do Sistema Único de Saúde. Torna-se importante o desenvolvimento desses programas para os profissionais que atuam no SUS

CAPACITAÇÕES SOBRE OS RISCOS DA AUTOMEDICAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Suzana Aparecida Lara de Andrade, Layla de Medeiros Chedid, John Lenon Ribeiro, Emanuëlle Sanches Bueno Veronesi, Marilis Dallarmi Miguel, Josiane de Fátima Gaspari Dias, Fabio Augusto Becker

Palavras-chave: Educação em Saúde, Residências, Educação Interprofissional

A automedicação é uma prática bastante difundida e as razões pelas quais as pessoas se automedicam são as mais diversas, desde cultural até influência de marketing. O uso irracional de medicamentos pode acarretar o agravamento de uma doença, uma vez que a utilização inadequada pode mascarar determinados sintomas ou até mesmo piorar o estado de saúde. Recentemente, providências foram tomadas pela ANVISA e Conselho Federal de Farmácia contra a automedicação como campanhas do uso racional de medicamentos e retenção de receita de antibióticos. No entanto, as pessoas continuam a utilizar outras classes de medicamentos, como os anti-inflamatórios, que também são perigosos

se administrados indiscriminadamente, por serem medicamentos hepatotóxicos, podem causar intoxicação aguda e crônica se ingeridos em altas dosagens, além de causar outras consequências ao organismo. Este problema se agrava, porque a maioria destes medicamentos é isento de prescrição médica, facilitando o uso indiscriminado pelas pessoas. Observa-se que nas unidades de saúde a automedicação pelos profissionais se torna mais comum, devido à facilidade de acesso ao medicamento, gerando o uso irracional. E como não há maneiras de acabar totalmente com a automedicação, existe meio para minimizá-la como, por exemplo, programas de orientação e capacitação para profissionais de saúde e população em geral, além de estímulos à fiscalização apropriada. Frente ao exposto, tem-se por objetivo relatar a experiência de capacitações sobre os riscos da automedicação realizada pelos farmacêuticos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná (UFPR) nas Unidades Estratégia Saúde da Família Guaraituba, Fátima, Liberdade e Moinho Velho, na cidade de Colombo, Paraná. Foram realizadas capacitações, nos anos 2014 e 2015, nas unidades estratégia saúde da família Guaraituba, Fátima, Liberdade e Moinho Velho sobre os riscos da automedicação. As capacitações foram administradas nas reuniões de equipe de cada unidade, onde todos os profissionais, desde agentes comunitários de saúde até a coordenação participaram ativamente com dúvidas e experiências. As capacitações foram realizadas através de material expositivo com informações técnicas até casos vinculados pela imprensa. Os temas abordados foram definição de automedicação, dados atualizados de intoxicação e mortes por medicamentos no país, causas da automedicação, os riscos e os medicamentos mais utilizados nessa prática,

como por exemplo, os principais anti-inflamatórios, colírios e descongestionantes nasais entre outros medicamentos, explicando a indicação e as consequências de cada um. Verificou-se o interesse dos profissionais e usuários no tema da capacitação, onde a automedicação é uma prática comum nas unidades de saúde. Observou-se que houve uma diminuição da prática da utilização inadequada dos medicamentos, além dos participantes buscarem maiores informações e sugestões junto aos farmacêuticos residentes, após a oficina. Assim, conclui-se que capacitações são fundamentais para que haja o empoderamento especialmente com disseminadores de informações como os profissionais de saúde, que lidam diariamente com a saúde da população e um tema tão relevante como “os riscos da automedicação” é essencial para saúde populacional.

CARTA SUS: A EFETIVIDADE DA TRANSPARÊNCIA E DO CONTROLE SOCIAL NO SUS

Antonia Eliana Pinto, Márcio André Paysan de Jesus, Maria Helena Ferreira de Azevedo

Palavras-chave: Transparência, Fiscalização, Controle social

Uma das competências do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde estabelecida no Decreto 8.065, de 7 de agosto de 2013, é viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas no campo da Ouvidoria em saúde, para subsidiar a formulação de políticas de gestão do SUS. A Carta SUS é uma correspondência enviada pelo Ministério da Saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se um instrumento de transparência,

avaliação e fiscalização eficaz, que auxilia o Ministério da Saúde (MS) a identificar possíveis irregularidades na prestação de serviços. A carta contém dados do cidadão, informações da internação ou do procedimento realizado, valor que o ministério da saúde pagou por essa internação/procedimento, além de uma pesquisa de satisfação sobre o atendimento prestado no hospital/unidade de saúde. A pesquisa pode ser respondida através do cartão resposta destacável da carta, que tem o porte pago pelo Ministério da Saúde, bastando preenchê-lo e entregá-lo ao carteiro, agência ou caixa de coleta dos Correios. Todavia, caso o cidadão prefira, poderá responder através da Central de Teleatendimento do Ministério da Saúde, o Disque Saúde 136, ou ainda pelo site: www.saude.gov.br/cartasus. Aos que buscam a internação, é enviada a carta AIH - Autorização de Internação Hospitalar (AIH) – gerada no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS). Trata-se de um documento emitido pelo gestor municipal que autoriza uma internação e assegura o pagamento das despesas médico-hospitalares em conformidade com os valores estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A AIH garante a gratuidade total da assistência prestada durante uma internação, sendo vedada a profissionais e prestadores públicos ou privados contratados/conveniados a cobrança ao paciente ou aos seus familiares, de complementaridade, a qualquer título. Aos que buscam um procedimento de alta complexidade, é enviada a carta APAC - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) – gerada no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Todas as informações dos procedimentos que precisam dessas autorizações estão no Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). São exemplos desses procedimentos: a hemodiálise, a

tomografia computadorizada, a ressonância magnética, o cateterismo, biópsias guiadas, entre outros. Dessa forma, a Carta SUS permite conferir se os dados correspondem aos serviços prestados de fato, oferece a oportunidade de conhecer e acompanhar os custos da internação e serviços, além de possibilitar a avaliação do atendimento e dos serviços prestados nos hospitais da rede pública de Saúde e das unidades conveniadas. A taxa de alcance no país é de 79,82%; isto significa que, de todos os pacientes que passaram por uma internação hospitalar ou por um procedimento de alta complexidade, 79,82% receberam a carta. Tal fato demonstra que essa sistemática fortalece a transparência dos atendimentos prestados pelos serviços públicos de saúde e incentiva a participação do cidadão na manifestação de possíveis irregularidades.

CARTOGRAFIA DA REDE: A EXPERIÊNCIA DE CONSTRUÇÃO DO CUIDADO NO TERRITÓRIO

Jessica Prado de Almeida Martins

Palavras-chave: Redes, Saúde Mental, Integralidade, Cuidado

O presente trabalho consiste em um relato de experiência do Programa de Educação pelo Trabalho Saúde Mental Álcool e/ou Outras Drogas, que busca integrar as atividades acadêmicas com a atuação profissional em um serviço de saúde. Possui como objetivo identificar e intervir na dinâmica das redes de cuidados dos usuários de uma unidade de atenção psicossocial, localizada na área programática 3.2 da cidade do Rio de Janeiro. A metodologia baseia-se em uma pesquisa-intervenção, através de uma cartografia da rede, ou seja, com o mapeamento de casos e de dispositivos territoriais, além de discussões com a rede. Este relato é feito a partir das impressões, reflexões e afetos

gerados com a experiência na convivência no serviço, nas supervisões de equipe, nas reuniões de tutoria e no acompanhamento de dois casos clínicos, identificados como 'casos traçadores'- considerados de maior complexidade, com potencial de congregar múltiplas e variadas necessidades de saúde. No contexto deste projeto foram acompanhados dois pacientes que possuíam pouca vinculação com o serviço, com o intuito de mapear seus territórios afetivos para ampliar a perspectiva de seu cuidado. Nesse sentido, o trabalho vai além do espaço físico do CAPS e da rede de saúde de referência, tendo sido realizadas visitas domiciliares, entrevistas com familiares e aproximação com as Clínicas de Família, em especial com os agentes comunitários de saúde que possuíam um contato mais próximo dos pacientes. O acompanhamento junto à família e à rede territorial também se mostrou fundamental para construir novas formas de cuidado a partir de outro olhar para o sujeito, que abrange outras instâncias de sua vida e não o restringe a um diagnóstico psiquiátrico. Dessa forma, possibilita-se a criação de diferentes estratégias coletivas, enriquecendo os modos de pensar e cuidar em saúde mental, o que constrói novas redes e fortalece a rede de cuidados desses pacientes. Em outras palavras, a aposta é que um olhar ampliado, que extrapola a rede formal de serviços e inclui os territórios afetivos, permite trazer para o campo da atenção os lugares de produção de vida, cidadania, troca e encontros potentes, que são palco de novas possibilidades de cuidado e de cidadania.

CATADORES DE MATERIAL RECICLÁVEL E AS ESTRATÉGIAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E INCLUSÃO SOCIAL: RELATO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Danielle Christine Moura dos Santos, Raphaela Delmondes do Nascimento, Ana

Maria de Araujo Loiola, Larissa Lima Ribeiro, Isabella Karolyne Oliveira Ferreira, Tony José da Silva, Maria Theresa Camilo de Lima, Gildo Bernardo

Palavras-chave: Vigilância, inclusão social, reciclagem

APRESENTAÇÃO: A extensão universitária possibilita a formação do profissional cidadão cada vez mais junto à sociedade como espaço privilegiado de produção do conhecimento significativo para a superação das desigualdades sociais existentes. **OBJETIVO:** Inserir estudantes de enfermagem em ações intersetoriais de saúde (com ênfase na hanseníase), trabalho e inclusão social para um grupo de catadores de material reciclável do município de Itapissuma/PE. **DESENVOLVIMENTO:** Este é um relato de experiência de um projeto de extensão "Catadores de material reciclável do município de Itapissuma e as estratégias de vigilância em saúde" desenvolvida por 06 estudantes de enfermagem junto com o movimento social de pessoas atingidas pela hanseníase. E, conta com a parceria da Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e com o financiamento de uma entidade Holandesa NLR (Netherland Leprosy Relief). Envolveu a participação de 33 catadores de material reciclável e seus familiares. Possui 04 Áreas de Concentração (AC): 1. Diagnóstico da situação de saúde; 2. Diagnóstico precoce da hanseníase e demais cuidados em saúde; 3. Educação em Saúde; 4. Inclusão social e Geração de Renda. Desenvolvido a partir da fundamentação teórica da Reabilitação Baseada na Comunidade. **RESULTADOS:** AC 1: Aplicação do questionário "Determinantes Sociais da Saúde", que direcionou o planejamento das atividades voltadas para a busca ativa de casos de hanseníase, atividades educativas, e ações de inclusão social. AC 2: Realizado o "Dia da Saúde" por meio o exame físico completo com ênfase no

exame dermatoneurológico em busca de casos de hanseníase. Examinados 27, 01 caso confirmado. Outras ações: Teste Rápido HIV e hepatite, Imunização e Palestras. Houve o acompanhamento do caso por meio de visitas domiciliares ao longo do ano. Foi realizada outra campanha de busca ativa em hanseníase e no total de 109 entrevistados, 22 foram examinados e 04 casos confirmados (03 em menores de 15 anos). AC 3: Ocorreram oficinas sobre: hanseníase; direitos, deveres e seguridade social; autocuidado em hanseníase; saúde do trabalhador; doenças prevalentes e fatores de riscos laborais. AC 4: Buscou-se parceria com instituições que promovem o fortalecimento ou apoio à associação de catadores, como o SEBRAE, SENAC, SESI, SENAI. Foi estabelecida parceria com o SEBRAE que está realizando consultoria com o objetivo de aumentar a renda de catadores fortalecendo a associação e possibilitando novas fontes de renda a esse público. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Uma assistência integral e equânime a grupos mais vulneráveis deve buscar conhecer e minimizar os fatores sociais que determinam o seu adoecimento. Ações como estas fortalecem o diálogo entre a universidade e classes populares além de capacitar o futuro profissional de saúde para o cuidado a grupos vulneráveis.

CICLO DE PALESTRAS EM ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA EM SALVADOR/BA

Mariana Morena Souza Araujo, Fernanda Barreto Negreiros, Alaíne Nicácio Rosa, Daniela Machado Pereira, Célia Maria Sales Vieira, Maria Tereza Brito Mariotti Santana

Palavras-chave: Acolhimento, Classificação de Risco, Urgência

A tecnologia do Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco em Urgência (AACR) é fundamentada na Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde com a finalidade de promover uma escuta qualificada, na qual o profissional se dispõe a ouvir queixas e adotar uma postura acolhedora buscando a criação de vínculo entre profissionais e usuários e a classificação de risco propõe organizar o atendimento nos serviços de emergência e atender por complexidade do agravo à saúde e não mais por ordem de chegada. Trata-se de um relato de experiência acerca da experiência quanto à realização dos ciclos de palestras abordando os temas: Acolhimento com escuta sensível e qualificada; Classificação de risco com protocolos nacionais e internacionais; e Organização da rede de serviços de urgência do Sistema Único de Saúde – SUS. O objetivo deste trabalho é relatar a realização e o desenvolvimento dos ciclos de palestras, assim como analisar a importância da aplicação do ciclo de palestras. O público alvo foi de estudantes, profissionais, pessoas de comunidade com alta vulnerabilidade socioeconômica e trabalhadores. Foram oferecidas 70 vagas e uma carga horária total de 12 horas (das 14 às 18 horas, durante 3 dias), com entrega de certificado. Dada a importância da tecnologia do AACR, faz-se necessário desenvolver competências de sensibilização através de atividades de educação permanente dos trabalhadores da saúde e estudantes para qualificá-los e capacitá-los a receber, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora para prover saúde nos níveis individuais e coletivos. Como resultado do estudo, realizado nos meses de maio e julho, foram obtidas ao final de 2 ciclos 187 inscrições, das quais 78 concluíram e, portanto, receberam o certificado. Foi solicitada a

doação de alimentos não perecíveis para serem destinados à comunidade local. Foi visto durante o ciclo uma baixa aderência dos participantes, tendo em vista o grande número de inscritos e o baixo número de certificados. A realização dos ciclos de palestras foi de extrema importância para a troca de conhecimento sobre o tema AACR e de relatos de vivências. Foram destacados temas de extrema importância para o funcionamento da saúde como a Humanização do SUS e de que forma contribuir para um melhoramento do atendimento nos serviços de saúde.

CICLOS TEMÁTICOS DO PRMSC-REDES: ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA DE FORTALECIMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES DO SUS DE PERNAMBUCO

Leila Monteiro Navarro Marques de Oliveira, Célia Maria Borges da Silva Santana, Neuza Buarque de Macedo, Bernadete de Lemos Carvalho, Tatiane Castanha de Melo, Vilma Dornelas, Maria do Socorro Malafaia Ramos

Palavras-chave: Educação Permanente, Estratégia Pedagógica, Educação Descentralizada

APRESENTAÇÃO: O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção a Saúde (PRMSC-REDES), da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco em parceria com a Universidade de Pernambuco é desenvolvido de forma descentralizada e regionalidade em sete Regionais de Saúde de Pernambuco. Os ciclos temáticos surgem como estratégia pedagógica que busca integrar teoria e prática, a partir da troca de conhecimentos com os profissionais de saúde; promover conexão entre as áreas e suas ações e, ao mesmo tempo, estimular a reflexão do trabalho para o trabalho.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Cada ciclo temático é composto por quatro momentos. Previamente ao primeiro encontro é feita a escolha do tema a ser trabalhado considerando a relevância do mesmo para a Regional de Saúde. No primeiro momento os profissionais residentes socializam com o grupo de residentes o resultado de levantamento bibliográfico sobre a temática escolhida, realizam discussões e consolidam o conhecimento. Para o segundo momento é realizada reflexão com os trabalhadores de cada área da GERES, considerando as informações relativas às atividades/ações, seus instrumentos e indicadores relativos à temática. No terceiro momento, os profissionais residentes trabalham no reconhecimento da constituição e dinâmica da rede de atenção existente na Regional, relacionada ao tema, na perspectiva da integralidade da atenção a saúde. O quarto momento corresponde à apresentação do consolidado dos três momentos anteriores para os profissionais da Geres e outros convidados que desenvolvam ações nos municípios relacionadas ao tema em questão. Nessa ocasião os profissionais residentes podem promover roda de conversa ou debate que propicie a discussão e reflexão não só do tema, mas dos processos de trabalho a ele relacionados. Resultados: Como resultado dessa estratégia pedagógica observou-se um maior envolvimento dos profissionais de saúde que atuam nas GERES com os profissionais residentes, identificação de novas possibilidades de atuação considerando a dimensão educativa do trabalho em saúde; maior abertura para participação dos residentes nos diversos setores; problematização de temas relevantes para o processo de trabalho da GERES; maior integração intersetorial e estímulo dos profissionais para trabalhar alguns temas que eram negligenciados, como a saúde do trabalhador, acidentes

de trânsito, entre outros. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os Ciclos Temáticos propostos pelo PRMSC-Redes revela-se como um dispositivo potente para o fortalecimento da Política de Educação Permanente em Saúde de forma Regionalizada, sobretudo porque, cada vez mais vem mobilizando os profissionais responsáveis pela execução da prática, a desenvolver reflexão crítica sobre o seu processo de trabalho, buscando fundamentos não só nos referenciais teóricos, mas também levando em consideração as especificidades do contexto onde se desenvolve esta prática.

COLABORAÇÃO DOS PROGRAMAS PRÓ/PET SAÚDE PARA PROMOÇÃO DA TRANSDISCIPLINARIDADE ENTRE OS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE

Patrick Schneider, Eleide Margarethe Pereira Farhat, Gladys Brodersen, Pollyana Bortholazzi Gouvea, Mayara Ana da Cunha, Maria Isabel Ozuna dos Santos, Murilo Lyra Pinto, Maria Denise Mezdri Giorgi

Palavras-chave: Socialização, Extensão Comunitária, Educação Continuada

APRESENTAÇÃO: Os campos da saúde e da educação de seus profissionais vivem processos contemporâneos em busca de inovação, melhoria dos métodos e instrumentos de cuidado e governança, com o intuito de relacionar intimamente a formação com a realidade social e epidemiológica da população. Tal pauta adquire importância nas agendas públicas e esforços governamentais, ao repensar as políticas públicas que organizam e dirigem a implementação de ações na assistência à saúde e nas práticas institucionalizadas. Assim, políticas de inclusão social e de reorientação da formação profissional concretizadas nas áreas sociais, de saúde e educação como o PRÓ/PET-Saúde

(Programa de Reorientação da Formação Profissional) interagem construindo um novo formato na formação profissional, criando espaços para uma nova visão em saúde. Objetivando promover um espaço de integração de diálogo, na socialização do conhecimento e experiências sobre a integralidade na saúde do ser humano, frente às políticas públicas de saúde e reorientação na formação profissional, integrando ensino, pesquisa e extensão, o PRÓ/PET Saúde promoveu a III Semana Integrada do CCS na Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI. DESENVOLVIMENTO: Trata-se de um relato de experiência sobre um evento que congregou 12 cursos de graduação área da saúde na UNIVALI durante três dias em período integral. Resultados: Foram realizadas 184 atividades distribuídas em mesas redondas, rodas de conversa, oficinas pôsteres, e comunicações orais e 26 intervenções culturais, contando com mais de 2800 participantes. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Promovendo um intercâmbio de conhecimentos entre os participantes e seus cursos, nas mais diversas formas de se construir saúde, políticas públicas e o humanescer em saúde. O encontro alcançou ampla repercussão mostrada através da intensa participação e visível motivação do público, desde atividades de conhecimento específico às trocas culturais e vivências.

COLOCANDO EM PRÁTICA A EDUCAÇÃO, PROMOÇÃO DA SAÚDE EM UMA INTERVENÇÃO NO CURSO DA SAÚDE COLETIVA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Fabiano Brufatto, Henrique Domingues, Cheyenne Martins, Mariana Mutti, Cristina Beck, Itamar Lima

Palavras-chave: Promoção da saúde, intervenção, educação

No sexto semestre do curso de bacharelado em Saúde coletiva na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tivemos a oportunidade de planejar uma intervenção de educação e promoção da saúde na casa de acolhimento Quero-quero em Porto Alegre, que abriga adolescentes de 12 a 18 anos de idade, que foram afastados do seu ambiente familiar por medidas de proteção a indivíduos em situação de vulnerabilidade social e risco social, em diferentes níveis de proteção e/ou através de medidas socioeducativas por terem cometido infrações ou delitos (encaminhados através do Plantão do Foro Central e da Justiça da Infância). A atividade foi proposta na Unidade de Produção Pedagógica de Promoção da Saúde ministrada pelo Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim. Fizemos uma visita na casa de passagem para conhecer o território e ter um primeiro contato com os meninos. A experiência no início foi bem difícil pelo fato dos meninos estarem muito agitados, então tivemos a ideia de fazer um jogo de perguntas para tentar atrair a atenção deles. Num primeiro momento não teve nenhuma adesão, mas conforme fomos fazendo a atividade entre nós, eles mostraram interesse e participaram junto. Através dessa primeira atividade conseguimos obter informações para planejar a intervenção a partir das ideias que eles deram. Vimos que havia interesses diferentes: dança, batalha de funk, desenho... Um dos estudantes, que é praticante de jiu-jitsu, começou a conversar com os meninos sobre artes marciais e observamos que eles ficaram interessados em fazer uma “aula-demonstração”. Então decidimos nos dividir em pequenos grupos e organizar as atividades para atender a todos os gostos dos meninos colocando em prática os valores da educação e promoção da saúde agregados durante as aulas. As atividades que escolhemos fazer foram: aula de jiu-jitsu, música/dança, desenho e jogos de tabuleiro educativos.

Observamos que através das diferentes atividades que realizamos com os meninos, conseguimos levar até eles a reflexão sobre saúde, educação, ética e valores humanos. Trabalhar com populações vulneráveis é um desafio e para nós futuros Sanitaristas foi muito importante ter essa experiência de ir até um território, reconhecer, planejar e colocar em prática junto com as atividades o que aprendemos em aula.

COMPARTILHANDO CUIDADO: INCENTIVO AS PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES EXTRAMUROS NO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

Cecilya Mayara Lins Batista, Cilânea dos Santos Costa, Danielle Cristina Gomes, Jéssica Barros Rangel, Micarla Priscila Silva Dantas, Rayane Santos Lucena, Silvana Alves Pereira

Palavras-chave: Educação em saúde, Integralidade, Atenção Primária à Saúde

A equipe do programa de Residência Multiprofissional em Assistência Materno-Infantil, do Hospital Universitário Ana Bezerra, situado na cidade de Santa Cruz-RN, desenvolve algumas ações com enfoque interdisciplinar dentro e fora da instituição hospitalar, visando fortalecer o estreitamento dos vínculos e fomento da corresponsabilização na produção de saúde. Diante disso, o presente resumo objetiva apresentar o relato de experiência das repercussões advindas a partir das ações de educação em saúde executadas na atenção primária do referido município pela equipe multiprofissional de residentes. As “práticas interdisciplinares extramuros”, intituladas assim, as intervenções da equipe multiprofissional na atenção básica, pela sua característica externa aos muros do HUAB. Referem-se à experiência que tem revelado a importância da aproximação

da equipe de residentes (assistente social, enfermeira, farmacêutica, fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga e odontólogo) com a população atendida nas Unidades Básicas de Saúde. Por meio desse contato com a rede de atenção primária, os integrantes da residência propuseram potencializar a interação da equipe de saúde com a comunidade. Desenvolvendo ações de promoção e prevenção da saúde, fornecendo esclarecimentos e orientação acerca dos temas trabalhados de maneira a integrar saberes, de maneira lúdica e participativa. A experiência do grupo da residência multiprofissional produzida a partir do contato com a realidade extramuros do hospital permitiu refletir, que a interação disciplinar tem oferecido um avanço substancial no cuidado à saúde da comunidade, e, na comunidade. Tendo em vista a aproximação dos profissionais com a realidade dentro dos serviços da atenção primária à saúde, onde deveria atuar numa perspectiva de promoção e prevenção da saúde. Entretanto, o que se observa é a fragilidade desses processos de trabalho neste cenário. Dada esta necessidade, evidenciou-se como desafio a utilização de estratégias de trabalho norteadas por uma perspectiva interdisciplinar de produção do cuidado. Pautadas numa visão ampliada de saúde, garantindo à interação das várias áreas, neste sentido, rompendo com o paradigma medicalizador e curativista, que ainda permeia a prática em saúde nesses espaços. Dessa forma, percebe-se que esse contato da equipe multiprofissional com a comunidade e os profissionais da rede da atenção básica do referido município propiciou a construção do cuidado integral e compartilhado dentro das UBSs, mediante as ações de educação em saúde pautadas na produção de saúde, cidadania e autonomia dos sujeitos. Assim, fortalecendo a formação dos vínculos e o diálogo entre os atores envolvidos com a saúde no dia a dia

desses serviços. Percebe-se também, que permitiu aos profissionais da residência multiprofissional, fortalecer a atuação interdisciplinar por meio da integração na execução das ações, potencializando a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, próprios à formação profissional. Diante do exposto, observou-se que esta experiência repercutiu no processo de fortalecimento da corresponsabilização e compartilhamento do cuidado no processo de produção de saúde no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde, mesmo onde se percebe fragilidades.

COMPORTAMENTO DE RISCO DE JOVENS E ADOLESCENTES EM UMA ESCOLA DE CAMPO GRANDE/MS: EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE REFLEXÃO

Maitê Burgo Costa, João Pedro Cândido, Aurelino Centurion, Carlos Alberto Eloy Tavares, Karoline Rangel da Silva

Palavras-chave: Educação, Saúde, Reflexão

APRESENTAÇÃO: A Educação em Saúde tem relação direta com o processo de aprendizagem, direcionada a promoção e prevenção da saúde, fazendo com que as ações sejam voltadas para a realidade do público a qual vai se trabalhar. As intervenções da educação em saúde vêm no intuito de provocar reflexões nos indivíduos. A sociedade atual apresenta em sua pluralidade diversos grupos, tribos com comportamentos variados, o que os deixam expostos a riscos, sendo reversíveis ou irreversíveis se fazendo necessárias ações em saúde. A adolescência é um período que abrange enormes descobertas e transformações biológicas e psicossociais e essa transição pode contribuir para um desenvolvimento saudável ou prejudicial. Os principais fatores de risco que acometem a faixa etária que vai dos 10 aos 19 anos

são: tabagismo; consumo de álcool; uso de drogas e psicoestimulantes; alimentação inadequada; sedentarismo; vivência sexual desprotegida; condução de veículos em excesso de velocidade. Este estudo tem como objetivo estimular o comportamento saudável entre os adolescentes de forma clara, lúdica, objetiva e dinâmica, respeitando as experiências vividas por cada jovem. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O presente trabalho foi realizado uma vez por semana entre fevereiro e junho de 2015 com adolescentes do 1º ano do Ensino Médio da Escola Estadual Advogado Demóstenes Martins, na disciplina de Atividades Integradas V, por discentes dos cursos de Enfermagem e Fisioterapia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), sob orientação do Prof. Me. Carlos Alberto Eloy Tavares. As temáticas escolhidas foram baseadas nas necessidades previamente detectadas na Escola em que foi desenvolvido o projeto e dentre as temáticas abordadas destacaram-se: drogas, suas classificações e efeitos biopsicossociais; violência familiar e seus impactos; percepção corporal na adolescência; influência das mídias sociais no que diz respeito ao “corpo perfeito” e a alimentação saudável. Esses temas foram abordados por meio de abordagens expositivas, dinâmicas de grupo, vídeos e rodas de conversa. **RESULTADOS:** O grupo de adolescentes se mostrou receptivo, questionador e participativo nas atividades propostas. O objetivo inicial de despertar reflexão foi alcançado quando evidenciou-se a quantidade de questionamentos que surgiram possibilitando troca de saberes com os discentes e construção de conhecimento compartilhado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante do exposto, pôde-se observar a importância da promoção e prevenção em saúde no contexto das disciplinas já existentes no Ensino Fundamental, possibilitando que esses jovens utilizem esse instrumento no seu cotidiano e nas suas relações.

CONHECENDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ATRAVÉS DO PROJETO VER-SUS, TOCANTINS, BRASIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mariane de Melo Costa, Claudia Cristinne Gomes Cardoso, Jamilla Sarmeto Rocha, Gabrielle Ferreira Santos, Kesya Fassina

Palavras-chave: Reflexão-crítica, Realidade, SUS

APRESENTAÇÃO: Vivenciar a realidade na integra permite que discentes conheçam e reflitam sobre a atual realidade do sistema, além de promover interação político-social entre os grupos dessa área, estabelecendo contato prévio dos estudantes antes da formação com os princípios e a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), favorecendo e valorizando o compromisso ético dos participantes com os pressupostos da reforma sanitária, possibilitando um olhar reflexivo e diferenciado do modelo tecnicista e fragmentado, ainda é presente no processo de formação, bem como na assistência em saúde. **DESENVOLVIMENTO:** O método empregado neste estudo foi o relato de experiência da segunda edição do projeto VER-SUS Tocantins, Brasil, que aconteceu entre os dias 3 e 9 de agosto de 2015, no município de Palmas Tocantins. A vivência teve participação de 30 graduandos da área da saúde respectivamente dos cursos de Enfermagem, Enfermagem e Obstetrícia, Farmácia, Gestão em Saúde Coletiva, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social oriundos de Instituições de Ensino Superior Pública e Privada dos estados do Tocantins, Maranhão, Brasília, Piauí, Rio de Janeiro, Amazonas, Pará e Minas Gerais. Os graduandos foram divididos em grupos, onde tiveram a oportunidade de conhecer, dialogar e trocar experiências os serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade, como e a

situação da saúde local de acampamentos (Capadócia e assentamentos, comunidade quilombola, e aldeias indígenas). As práticas vivenciadas foram debatidas e problematizadas diariamente, através de rodas de conversas, oficinas, filmes, debates. **RESULTADOS:** Através do projeto é possível conhecer a realidade do SUS, pois o mesmo proporciona uma vivência ampla, que contempla tanto os serviços ofertados pelo SUS possibilitando não só conhecer, mas compreender que nos acadêmicos podemos ser agentes transformadores conscientes e críticos da realidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O VER-SUS aproxima graduandos à realidade do SUS, permitindo espaços de trocas de conhecimento, fortalecendo princípios éticos, políticos e sociais, contribuindo para reflexão crítica e formação de profissionais comprometidos e humanizados. Fomenta ainda a percepção dos acadêmicos a reconhecer as contribuições do mesmo no processo de formação de profissionais, conscientes que são sujeitos agentes transformadores da realidade do sistema único de saúde, além de e pautados pela construção de um projeto de sociedade incluyente, democrática e plural.

CONHECIMENTO DAS PRÁTICAS DO ACOLHIMENTO PELOS SERVIDORES E USUÁRIOS DA UBSF: IMPACTOS NO ATENDIMENTO ÀS DEMANDAS

Caroline Turino Battini, Isabela Goelzer Zorzi, João Antônio Carretoni Ricco, Deborah Yoshie Arima, Marcela Lucas de Oliveira, Giovanni Lima Corrêa, Yan Ferreira de Almeida

APRESENTAÇÃO: O acolhimento, conceito presente dentro da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), traz em sua essência uma nova postura e prática nas

ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorecendo a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a legitimação do sistema público de saúde. A proposta de montar um plano de ação focalizando o acolhimento surgiu da parceria da Unidade Básica de Saúde da Família Aero Rancho IV, com os acadêmicos de medicina da universidade Uniderp, durante as atividades do módulo longitudinal Programa Interinstitucional de Interação Ensino-Serviço-Comunidade (PINESC II). O objetivo do plano foi avaliar o grau de conhecimento e efetividade do acolhimento dentro da unidade. Entretanto, por meio de pesquisas, foi identificado que os servidores possuíam reduzida compreensão sobre o mesmo, enquanto os usuários o desconheciam. Desta forma, o plano, que ainda está em andamento, volta-se para atividades de educação permanente tanto para o servidor quanto usuários. METODOLOGIA: O plano está sendo executado na UBSF, tendo sido iniciado no mês de Agosto de 2015, com previsão de conclusão em Novembro do mesmo ano, onde há reuniões mensais com os servidores e duas reuniões com os usuários. As reuniões prezam principalmente pela clarificação de conceitos, reflexão pessoal dos impactos que o acolhimento pode causar na vida profissional e do usuário, e definição de metas para um atendimento mais eficaz na unidade. RESULTADOS: Espera-se que todos os profissionais tenham um conhecimento claro sobre o acolhimento e passem a sentir responsabilidade por este. Nosso plano também visa colocar em prática atitudes que melhorem a relação usuário-servidor, e facilitem o atendimento de demandas. Do usuário, espera-se que este tenha o conceito de acolhimento clarificado, e possa assim, ser cobrador ativo da prática do acolhimento na unidade. CONSIDERAÇÕES

FINAIS: É imprescindível que se compreenda a necessidade de ações voltadas para a efetivação do acolhimento dentro das unidades, e da necessidade de dinâmicas de educação permanente em saúde que insiram o conceito tanto para servidores quanto usuários.

CONHECIMENTOS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE AS DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS

Francielle Mello Pereira, Gislaine Abreu Recaldes, Kassandhra Pereira Zolin, Kelly Mariana Leão Petrutecelli, Leticia Antonio Costa, Margarete Knoch Mendonça, Raquel Cordeiro Ricci, Rodrigo Domingos de Souza

Palavras-chave: Enfermagem, doenças infecto - parasitárias, ações de enfermagem

APRESENTAÇÃO: Trata-se de um relato de experiência desenvolvido pelos acadêmicos de enfermagem da UFMS e integrantes da Liga Acadêmica de Doenças infecto-parasitárias em Enfermagem (LADIPE), em agosto de 2015, durante a VI Jornada Acadêmica de Enfermagem, realizada em Campo Grande, MS. O objetivo foi verificar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem acerca das doenças infectocontagiosas. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A experiência contou com a participação de vinte e dois acadêmicos de diversos semestres e um docente do curso de enfermagem. Foi distribuído para cada participante um formulário contendo 04 questões sobre vários temas, como: diferença entre Dengue e Febre Chikungunya, precauções de contato padrões, meios de transmissão da Hepatite A e o esquema vacinal da Hepatite B. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Os resultados apontaram pequenas divergências, nos questionários analisados. O percentual

maior de erro encontrado foi quanto as diferenças entre as manifestações clínicas da Dengue e a Febre Chikungunya, com 52% de acertos. Com relação às precauções de contato padrões houve 92% de acertos. Quanto a transmissão do Vírus da Hepatite A, houve 88% de acertos e sobre o esquema vacinal da Hepatite B, foram 92% de acertos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados mostram que os acadêmicos de enfermagem, independente dos diferentes semestres, apresentam um conhecimento razoável sobre as doenças infecciosas. Desse modo, os números reforçam a importância da continuidade e da ampliação das ações de divulgação e educação da LADIPE, junto aos alunos da graduação. A experiência evidenciou-se que a LADIPE é uma referência para outros discentes, pois estimula e motiva os alunos para as discussões sobre doenças parasitárias e incentiva a pró-atividade nas ações educativas e assistenciais. Por fim, ressaltamos a importância da LADIPE, no processo de formação de enfermeiros, oferecendo não só uma oportunidade para os integrantes da LIGA, mas para a todos os alunos do curso de Enfermagem.

CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARA PRECEPTORES DA REDE PÚBLICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CAXIAS DO SUL

Gabriel Trevizan Correa, Léia Muniz, Suzete Marchetto Claus

APRESENTAÇÃO: A Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (2004) lançou as bases para a reforma do sistema educacional para a área da saúde no Brasil, focando no desenvolvimento da rede de ensino em serviço. No âmbito da pós-graduação, uma das iniciativas refere-se aos Projetos de Apoio ao SUS, cujos cursos, realizados pela parceria entre o Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa

e o Ministério da Saúde, contemplaram sete áreas no biênio 2013-2014, dentre elas, o curso de Educação na Saúde para Preceptores do SUS. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Pode-se considerar que foram desenvolvidas fundamentalmente duas competências: I) Gestão Educacional e II) Ensino-aprendizagem e Preceptoria. Exemplos de temas trabalhados que estiveram relacionados com o desenvolvimento da primeira competência foram: Educação permanente e formação de recursos humanos em saúde; Diretrizes curriculares nacionais e o aprendizado em campo de prática. Para o desenvolvimento da segunda competência, exemplos de temas trabalhados foram: Análise das necessidades de saúde e de aprendizagem; Desenvolvimento de competências emocionais. O objetivo é descrever o percurso de aprendizagem no curso acima citado em relação à prática de preceptoria, tendo como referência a experiência do autor (aluno do curso e preceptor do PROPET-Saúde), identificando relações entre as temáticas estudadas e o desenvolvimento das áreas de competência descritas no Caderno do Curso. RESULTADOS ALCANÇADOS: Aprendizagem sobre o desenvolvimento de competências, habilidades e objetivos educacionais, voltados ao contexto da interdisciplinaridade na Saúde Coletiva, campo de atuação do PROPET-Saúde; capacitação dos preceptores para a utilização de ferramentas para o planejamento e enfrentamento de problemas educacionais e de saúde; consideração dos conhecimentos prévios e problematização da formação dos acadêmicos; CONSIDERAÇÕES FINAIS: Esta construção foi fundamental para a elaboração conjunta do planejamento educacional no ensino em serviço e gerou a necessidade de avaliações periódicas do programa de estágio junto aos acadêmicos.

CONSTRUÇÃO DO ALGORITMO DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE COM SÍFILIS, RELATO DE EXPERIÊNCIA DA AÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO – VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PETVS)

Mayara Santana de Freitas, Laís Dantas Fernandes Leite, Marcelle de Souza Fontes Valença, Maria do Socorro Farias Chaves

Palavras-chave: PET-SAÚDE/VS, Sífilis Congênita, Vigilância

Apresentação: O PET-SAÚDE/VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PET-Saúde/VS) destina-se a fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Vigilância em Saúde e tem como pressuposto a educação pelo trabalho, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais de saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências direcionadas aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Em sua edição 2014/2015 o PET-Saúde/VS teve como temática, o Fortalecimento/Desenvolvimento e Capacidades em Vigilância em Saúde: Vigilância do Óbito Materno, Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e Vigilância/Eliminação da Sífilis Congênita. As atividades foram desenvolvidas no Distrito Sanitário Subúrbio Ferroviário (DSSF), na Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e na Escola de Enfermagem da UFBA. Para o melhor desenvolvimento das atividades, foram construídos quatro subgrupos de trabalho (considerando a diversidade de profissões e de cursos presentes entre os integrantes). O subgrupo responsável pela temática “Vigilância/Eliminação da Sífilis Congênita”, idealizou e executou a construção de um sistema de acompanhamento da gestante com sífilis a fim de direcionar o trabalho do profissional e oferecer autonomia à gestante. Desenvolvimento:

Foram elaborados dois algoritmos de acompanhamento da gestante com sífilis, com base nas Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita do Ministério da Saúde. O primeiro à gestante com informações a cerca do seu agravo, etapas do seu tratamento (tais como realização de exames mensais e uso de medicações adequadas) até a sua cura. O outro, de uso do profissional, oferece suporte técnico ao mesmo para o direcionamento do tratamento. RESULTADOS: A implementação dos algoritmos na rotina dos serviços de saúde está prevista para ocorrer gradativamente, mediante aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, iniciando as ações no DSSF e posteriormente estendendo-se à todo município. Considerando a sífilis congênita um importante problema de saúde pública, o algoritmo visa oferecer suporte às fragilidades encontradas no acompanhamento do tratamento da gestante, podendo evitar a ocorrência de novos casos. É importante reconhecer as deficiências existentes nos serviços de saúde no que tange o cuidado à saúde da mulher, a fim de proporcionar mudanças desde a gestão à assistência nas unidades de saúde. A implantação do algoritmo oportuniza a gestante se tornar responsável pelo seu tratamento em parceria com o profissional, nesse contexto, o instrumento se apresenta como uma importante ferramenta que pode possibilitar melhorias na saúde pública, refletindo na redução na incidência dos indicadores de morbimortalidade materno-infantil. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A sífilis congênita é um importante indicador da qualidade da assistência do pré-natal e por ser de fácil prevenção e tratamento, sua alta incidência provavelmente reflete as falhas na assistência prestada às gestantes. Assim, as ações do PET-Saúde/VS, sejam elas direcionadas à Vigilância e Eliminação da Sífilis Congênita ou Vigilância do Óbito Infantil/Fetal e Materno, se

tornam grandes aliadas dos serviços de saúde proporcionando intervenções que visem a melhoria da assistência prestada à comunidade.

CONSTRUÇÃO E APLICAÇÃO DA FICHA DE REGISTRO E CONTROLE DOS CASOS DE TUBERCULOSE

Marcelle Luana Carneiro Lemos, Késia Valentim do Nascimento, Augusto Fernando Santos de Lima

Palavras-chave: Tuberculose, Vigilância em Saúde, Saúde Pública

APRESENTAÇÃO: A tuberculose é uma doença infectocontagiosa antiga que acomete principalmente as populações de alta vulnerabilidade social. Apesar de ser uma doença de fácil diagnóstico e curável, tendo o tratamento disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), continua sendo um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil. Como medida de controle, a avaliação dos contatos dos casos de tuberculose é essencial para a detecção precoce e quebra da cadeia epidemiológica desse agravo. METODOLOGIA: Tendo em vista o alto índice de contatos intradomiciliares não examinados dos casos de tuberculose e o mau preenchimento dos dados desses contatos nos prontuários, foi elaborada uma ficha para registro e controle dos contatos pelos residentes em Saúde Coletiva do Distrito Sanitário I (DS I) da cidade do Recife - Pernambuco. Trata-se de uma ficha por caso de tuberculose, onde todos os contatos desse serão registrados, consistindo nas informações sistematizadas de grau de parentesco, exames realizados (Radiografia, Prova Tuberculínica e Baciloscopia) presença da marca de cicatrização pela vacina BCG e a conduta que foi adotada pelo profissional que avaliou. A ficha de registro de controle e avaliação

dos contatos de tuberculose foi utilizada em todas as Unidades de Saúde da Família (USF) e nas policlínicas localizados no DS I de forma experimental para melhorar a qualidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e aumentar o monitoramento desses contatos. RESULTADOS: Foi constatado que o uso da ficha de registro dos contatos permitiu o resgate dos dados, aumentando assim a qualidade de informação do SINAN e uma maior atenção voltada aos contatos de modo que, houve um aumento na realização da avaliação desses. Como desafios, foram encontrados entraves quanto à aceitação dos profissionais das unidades de saúde para o preenchimento da ficha e seu uso no serviço de rotina, a resistência que alguns demonstraram no ato da coleta das informações e a falta de informações acerca dos contatos nos prontuários dos casos de tuberculose. Recomendações: Por ter se mostrado como instrumento de informação eficaz, foi recomendado a implantação da ficha de registro e controle dos casos de tuberculose nas Unidades de Saúde da família e nas Policlínicas do DS I como uma ação de rotina para o acompanhamento dos casos de tuberculose, com a perspectiva de adequação desta para outros agravos também. Além de reforçar a sensibilização da importância do acompanhamento do paciente com tuberculose e seus contatos (busca ativa) evitando assim o desencadeamento do ciclo da doença.

CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CORPO E SEXUALIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jéssica Damasceno de Santana, Raquel de Alcântara, Nadirlene Pereira Gomes, Luana Moura Campos, Jordana Brock Carneiro, Kátia Cordélia Cunha Cordeiro, Raiane Moreira dos Santos, Fernanda Matheus Estrela

Palavras-chave: Identidade de Gênero, Sexualidade, Feminismo, Educação, Enfermagem

Introdução: A modelagem do corpo feminino e sua representação podem ser consideradas resultado da construção do ser mulher na sociedade. Essa representação norteia as maneiras de se vestir e se comportar das mulheres, em sua maioria em um contexto de submissão em relação aos homens. Objetivo: Relatar a experiência de vivência de um ciclo de oficinas sobre a reflexão acerca da construção social do corpo e sexualidade. Descrição da Experiência: Trata-se de um relato de experiência sobre a participação em um ciclo de oficinas sobre a construção social do corpo e sexualidade promovida pelo Centro de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres, Gênero, Saúde e Enfermagem (GEM) em parceria com o Grupo de Estudos e Pesquisa: Violência, Saúde e Qualidade de Vida (Vid@) da Escola de Enfermagem da UFBA. As atividades, que ocorreram em três encontros, foram realizadas com discentes da graduação em enfermagem da Universidade Federal da Bahia e abordaram os seguintes temas: Corpo e Sexualidade; Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Resultados: As ações permitiram reflexões sobre as construções sociais de gênero e suas implicações para a imagem corporal. Além disso, possibilitou discussão sobre como se dá a difusão dessas construções através dos meios de comunicação. Foram confeccionados pelas participantes a representação do seu corpo em massa de modelar. Discutiu-se também sobre os conceitos de sexualidade através das cores representadas nas imagens. Considerações Finais: A construção histórica de educação patriarcal faz com que o indivíduo não se perceba inserido em um universo de papéis sociais pré-estabelecidos, o que dificulta a ressignificação das relações de gênero e a reflexão do que é ser mulher e homem. Dessa forma, torna-se imprescindível a

promoção de reflexão e debates sobre a temática visando à desconstrução dos papéis sociais.

CONSTRUINDO E RECONSTRUINDO SABERES NA FORMAÇÃO ACADEMICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Nadja de Carvalho Moreira de Oliveira, Giovane Oliveira Vieira, Suzana Curtinhas

Palavras-chave: Formação profissional, Equipe Multidisciplinar, Cuidado

A produção da saúde perpassa saberes e práticas que envolvem todos os atores, desde o usuário ao profissional tanto da gestão quanto aqueles que estão diretamente envolvidos com a prática do cuidado na rotina diária. As experiências relacionadas à formação dos profissionais da área da saúde veem ao longo dos anos, mostrando a necessidade de constantes transformações já que a dinâmica social modifica-se de acordo com os determinantes presentes no momento e refletem uma construção histórica. Seguindo a lógica de um sistema de saúde que é universal e tem como princípios a integralidade, a equidade e a regionalização a formação profissional deve reconhecer o lugar dos sujeitos e o controle social para produção da saúde individual e coletiva. OBJETIVO: Relatar a importância de oportunizar para o acadêmico a aplicabilidade do conhecimento teórico nos cenários de prática. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência baseado na vivência de docentes e discentes no estágio curricular em uma UBS localizada no município de Duque de Caxias, no Rio de Janeiro. Relato: Durante o reconhecimento do cenário de prática foi solicitado pela enfermeira que se realizasse uma atividade de educação em saúde na sala de espera do setor de curativos. Atendendo a solicitação, os discentes e docentes direcionaram-se ao local e mesmo sem material apropriado

iniciou-se uma conversa informal com os usuários que aguardavam a vez para realizar curativo. Diante do exposto, foi possível fazer alguns apontamentos sobre as necessidades de saúde dos usuários da sala de curativos da UBS. Em seguida reuniu-se o grupo de discentes e docentes para discussão e análise dos apontamentos com a finalidade de elaborar estratégias levando em consideração os aspectos socioeconômicos, culturais e educacionais dos usuários além das características do território e as vulnerabilidades observadas. Ao retornar à unidade as atividades elaboradas foram desenvolvidas com os usuários na sala de espera e dentre estas se destaca a anamnese, observando se havia um acompanhamento desses usuários por um profissional de saúde, aferição de PA e realização dos curativos. Durante a anamnese percebeu-se que a grande maioria dos usuários apresentava edemas em membros inferiores. Então foi solicitado aos discentes que realizassem uma busca de material bibliográfico sobre úlceras venosas e a importância de promover retorno venoso nos membros afetados. Deste modo surge a ideia de confeccionar puff de garrafas pet como equipamento auxiliar no tratamento, pois o mesmo pode ser utilizado para manter membros inferiores elevados seguindo a implementação de enfermagem. RESULTADOS: Atualmente os discentes estão elaborando oficinas temáticas e dentre estas se destaca a oficina para construção dos puffs. Inicialmente construíram 16 puffs que serão doados a UBS. As oficinas são oferecidas a comunidade não apenas para os usuários da UBS. CONCLUSÃO: A produção do conhecimento abrange diversos aspectos que não podem dissociar o corpo individual do corpo coletivo, dos saberes e práticas dos sujeitos e comunidades, das vulnerabilidades territoriais e das possibilidades transformadoras que advém da parceria entre comunidade acadêmica, serviços e controle social.

CONSULTÓRIO NA RUA: OS MOVIMENTOS DE UM ESPAÇO DE PRODUÇÃO E (RE) SIGNIFICAÇÃO DE VIDA

Rosane Machado Rollo, Ricardo Burg Ceccim

Palavras-chave: Estágios curriculares: Educação Permanente em Saúde, Consultório na Rua

APRESENTAÇÃO: Viver o conceito ampliado de saúde passa por ser livre para discutir o cuidado dos indivíduos e coletividades, bem como as práticas em prol da qualidade de vida, considerando todas as inúmeras formas criativas das possibilidades de fazer a saúde e andar a vida. Neste sentido, vivenciar às 600 horas das atividades prático-aplicativas, do estágio curricular obrigatório do Bacharelado de Saúde Coletiva, no Consultório na Rua (CnR), do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, foi uma vivência desafiadora e instigante. O presente relato tem como objetivo descrever as experiências vividas durante o Estágio, e, a partir daí, analisar a potencialidade desta atividade na formação profissional do sanitário. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Ações de saúde realizadas na prática das equipes dos CnR dependem prioritariamente das demandas dos usuários, portanto são ações variadas e que precisam envolver vários atores, para possibilitar ações conjuntas e efetivas. A estratégia clínica do CnR procura dialogar com a realidade das pessoas em situação de rua, permeada pelos desafios de sobrevivência nesse espaço. Em nossas atividades práticas estavam consideradas a participação das abordagens dos territórios de atuação do CnR, que são o equivalente da consulta em serviços tradicionais de saúde, e, representam a aproximação com o usuário, ocorrendo de forma gradual. Desdobra na criação de vínculo de confiança e acolhimento de demandas, estruturando

o acompanhamento ou projeto cuidador singular, segundo o qual os técnicos podem realizar atendimentos no próprio cenário da rua ou encaminhar o usuário para algum serviço da rede de saúde ou intersectorial. RESULTADOS: O Estágio ampliou o conceito de saúde e habilidades profissionais, uma vez que abordou temas, experiências e práticas inovadoras e críticas. Da mesma forma, a interação com usuários, trabalhadores, comunidade, no seu cotidiano, fortaleceu práticas interdisciplinares em saúde e a construção coletiva de saberes. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Abordar a temática sobre a População em Situação de Rua passa por refletir sobre a subjetividade humana e a produção de diferentes sentidos para o processo de promoção de saúde e adoecimento da população, exigindo um sistema de gestão que ofereça respostas de transformação das práticas, inclusive pela dificuldade que se tem de entender quem é, e de que forma se comporta e transita essa comunidade. A reflexão intensa sobre a experiência vivida, e o contato com o mundo do trabalho demonstrou que o 'Estágio produziu conhecimentos significativos, e, tem grande potencialidade na formação do sanitário.'

CONTRIBUIÇÃO DA RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO PREPARO DA MAMA PARA O ALEITAMENTO MATERNO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kamila Martins da Cruz, Cristiana Ferreira de Souza Rondon, Edmundo Rondon Neto, Thays Luana da Cruz, Stephany Anastacia Serpa Alarcon, Priscily Souza Palhano

Palavras-chave: aleitamento materno, relato de experiência

APRESENTAÇÃO: A preparação para amamentação começa desde a gestação, preparando a mulher psicológica e

fisicamente para esse momento. Faz-se necessário que ela saiba a importância da amamentação e o que fazer para evitar os desconfortos durante esse processo. Nas consultas de enfermagem pode-se observar a preocupação das mulheres ao amamentar, por experiências anteriores desagradáveis e que muitas deixam de amamentar cedo pela dor que sentem, identificando essa problemática começou-se a orientar de maneira mais clara e precisa as gestantes durante as consultas, objetivando a promoção do aleitamento materno exclusivo, tornando o processo mais prazeroso para a mulher. DESENVOLVIMENTO: As consultas realizaram-se em uma UBSF de Campo Grande-MS, entre os meses de março a julho de 2015, com as gestantes das três equipes, através da Residência de Enfermagem Obstétrica iniciou as consultas com orientações técnicas e ilustrativas no preparo da mama. RESULTADOS: Durante as consultas utilizou-se ilustrações e mama feita de pano para explicar a fisiologia da mama e quais técnicas elas poderiam utilizar durante a gestação até o nascimento do bebê, foi orientado também os benefícios do aleitamento materno para o binômio e a pega correta do bebê. CONSIDERAÇÕES: Pode-se observar através das consultas uma maior tranquilidade das mulheres no que se refere à amamentação e nas consultas de puerpério, o quanto mais preparadas e seguras estavam.

CONTRIBUIÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA ODONTOLÓGICA

Dulce Pimenta Gonçalves

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde da família, organização urgência odontológica, plantões odontológicos

APRESENTAÇÃO: O atendimento das urgências/emergências deve ser garantido na atenção primária como prioridade a todos os usuários, independente de serem da área de abrangência, devendo ser reservado diariamente um horário para esse atendimento (MINAS GERAIS, 2006). Os plantões odontológicos realizados pelos residentes na Unidade de Pronto Atendimento Municipal (PAM) têm o objetivo de complementar e ampliar a oferta do serviço de urgência à população, uma vez que é realizado em horários distintos ao de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). DESENVOLVIMENTO: O serviço de atendimento de urgência odontológico, em forma de plantões, foi organizado a partir da RMSF, visando atender, em horários alternativos de funcionamento das UBS, os casos de urgência odontológica, garantindo à acessibilidade e integralidade da atenção a saúde. São realizados no Pronto Atendimento Municipal, pelos Cirurgiões Dentistas (CD) residentes, nos horários de 18hs às 22hs, de segunda a sexta-feira, e de 8hs às 22hs, nos sábados, domingos e feriados. Destina-se a atender os casos clínicos agudos, caracterizados por condições ou estados que requerem a imediata intervenção do CD, prevalecendo casos álgicos associados a processos infecciosos, complementando e ampliando a oferta do serviço de urgência odontológica à população. RESULTADOS: Desde o início deste atendimento no PAM constatou-se a importância deste serviço com a ampliação de oferta de atendimento das urgências odontológicas, garantindo o acesso dos usuários que dele demandam. No ano de 2014 foram realizados 3263 atendimentos e 5970 procedimentos, onde toda a demanda apresentada nesta unidade, após passar por triagem para priorização de atendimento, é atendida pela equipe plantonista. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O serviço de plantões odontológicos, para atendimento

das urgências, foi organizado e iniciado pela RMSF, atendendo a Política Nacional para Hospitais de pequeno porte (Portaria 1044/GM 2004), sendo hoje reconhecido como porta de entrada alternativa para este tipo de atendimento, impactando na resolubilidade dos atendimentos de urgência odontológica.

CONTRIBUIÇÃO DOS ESTÁGIOS NÃO CURRICULARES NA FORMAÇÃO ACADÊMICA EM SAÚDE

Elaine Basílio dos Santos, Dennifer da Rocha da Silva, Tainara de Souza Santos, Luisa Virginia Matos Lopo

Palavras-chave: humanização da assistência, Saúde pública, SUS, formação profissional

A formação acadêmica no âmbito da saúde não se constitui apenas com saberes técnicos, mas também a partir de práticas e experiências vivenciadas no decorrer da formação. Nesse entendimento, o estágio "Permanecer SUS" foi criado em 2008 visando o fortalecimento da política nacional de humanização, tendo em vista a melhoria do atendimento nas emergências de grandes hospitais da Rede pública de Salvador. Neste âmbito, então, este estudo tratará de um relato de experiência vivenciado por discentes da graduação de enfermagem da Universidade do Estado da Bahia em um estágio não curricular disponibilizado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, intitulado Permanecer SUS. Assim o objetivo do presente trabalho é relatar a partir da observação o impacto das experiências vivenciadas durante o exercício do estágio e suas contribuições para a formação acadêmica enquanto futuras profissionais de saúde. Atuamos na porta de entrada das unidades estabelecendo o primeiro contato com o usuário onde devemos manter a descrição, orientar

quanto às normas e rotinas da unidade, encaminhamento para redes internas e externas, entre outras questões mantendo a escuta qualificada para atender da melhor forma as demandas que nos são ofertadas. Vivenciando algumas variáveis ao observar e realizar o acolhimento em determinadas emergências de grandes unidades de saúde de Salvador percebe-se o quanto o serviço e suas burocracias dificultam a acessibilidade do usuário ao sistema de saúde, como a longa espera devido à falta de leitos, dos problemas estruturais e dos desconfortáveis processos de trabalho, uma questão nos faz refletir é o fato dos usuários e seus acompanhantes terem a necessidade de alguém para escutar suas demandas, explicar qual a situação da super lotação e dar um conforto emocional torna a longa espera mais agradável e transmite uma sensação de segurança diante de qualquer possível intercorrência. Porém, enquanto estagiárias do programa permanecer SUS reconhecemos que humanizar o atendimento não é sempre uma empreitada fácil, pois constantemente encontramos usuários que não conseguem compreender os problemas das unidades e até mesmo a resistência de alguns profissionais de saúde, tornando muitas vezes difícil prosseguir e dar resolubilidade aos casos, apesar das barreiras e dificuldades existentes, é sempre necessário transpor e encontrar motivações todos os dias. Assim, é mister ter sempre em vista que existe um ser humano em situação de vulnerabilidade que precisa ser assistido de alguma forma, seja tecnicamente pelos profissionais de saúde ou emocionalmente frente ao contexto e as particularidades vivenciadas por cada um deles. Ter a oportunidade de estagiar no programa nos possibilitou uma vivência especial no SUS, pois foi a partir deste que pudemos refletir as possibilidades de atuação enquanto futuras enfermeiras e perceber a importância da articulação entre os diversos setores de

uma unidade, todos interligados com o objetivo de produzir saúde. Este programa tem contribuído significativamente para a formação acadêmica dos discentes da área de saúde, pois o mesmo tem proporcionado a todos que atuam no programa vivenciar experiências ímpares frente aos usuários, profissionais e unidades de saúde do SUS, expondo aos discentes as diversas áreas de atuação na saúde pública.

CONTRIBUIÇÕES ACADÊMICAS COMO REFLEXO DE UMA ATIVIDADE INTEGRADORA ENTRE DIFERENTES FASES DO CURSO DE ENFERMAGEM

Ariane Sabina Stieven, Cláudio Claudino da Silva Filho, Ângela Urio, Ana Paula da Rosa, Débora Cristina Favero, Tassiana Potrich, Jeane Barros de Souza

Palavras-chave: Enfermagem, Educação, Integração

Nos dias atuais, percebe-se escassez de interesse por grande parte dos cursos universitários em realizar atividades que não tenham finalidade puramente acadêmica, como atividades integradoras ou beneficentes, mesmo que estas estejam relacionadas ao próprio curso. Essas atividades não são encontradas facilmente nas universidades brasileiras, porém, quando ocorrem é apenas em casos de catástrofes naturais ou algo que comova toda a nação, sendo assim, passageira. Como possível reflexo, não se encontram acadêmicos dispostos a participar de atividades “diferentes” das propostas por cada disciplina em sua particularidade, quando estas são propostas. Esse estudo tem como objetivo geral descrever vivências e aprendizados para vida pessoal, acadêmica e profissional como resultado de uma atividade realizada durante a graduação em Enfermagem. Trata-se

de um estudo na modalidade relato de experiência, baseado na participação em atividade proposta pela coordenação do curso, no âmbito da reformulação de seu Projeto Político Pedagógico, por um grupo nomeado de GT Catavento, composto por docentes e acadêmicos de todas as fases do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó- SC. Nesse sentido, a atividade desenvolveu-se no decorrer do primeiro semestre do ano de 2015, nas dependências desta Universidade, onde foi proposta a atividade integradora com finalidade de aproximar os acadêmicos das diferentes fases do curso e recepcionar os “calouros”. Para isso, foi realizada a divisão dos grupos procurando compor cada grupo com participantes de todas as fases, sendo que para cada grupo (além do relatado aqui) haveria um professor tutor para acompanhar as futuras atividades. Ao final do semestre então, cada grupo realizaria uma apresentação, a sua escolha, a partir do tema “O que é Enfermagem para você/nós?”, além de buscar alimentos não perecíveis e agasalhos, ambos para fins de doação integrando-se para essa distribuição com o projeto VER-SUS Oeste Catarinense. A atividade foi avaliada e equivaleu pontos em todos os componentes curriculares do semestre corrente. O grupo “Metamorfose”, relatado aqui, optou por uma analogia com as fases da vida das borboletas e dos acadêmicos de Enfermagem os quais sofrem mudanças no decorrer do curso, tanto pessoais quanto profissionais. Para o dia da apresentação, o grupo confeccionou materiais e desenvolveram um uniforme para serem distinguidos dos demais grupos. A apresentação foi realizada em forma de jornal, contendo notícias e “previsão do tempo para a Enfermagem” fazendo uma analogia com as regiões onde haveriam concursos na área. Para finalizar, todos os integrantes, até mesmo o professor

tutor, cantaram a paródia a qual pode ser acompanhada por todos os presentes através de apresentação por data show. A apresentação foi aplaudida e elogiada por todos. Através dessa atividade percebeu-se a importância e necessidade da realização de mais atividades as quais integrem os acadêmicos de um curso, e por que não estender essa atividade para os demais cursos? O que aumentaria a participação e integração da comunidade acadêmica, sem contar na importância das doações arrecadadas, as quais beneficiaram dezenas de famílias carentes, entregues durante a edição inverno 2015 do projeto VER-SUS Oeste Catarinense.

CONTRIBUIÇÕES DA LICENCIATURA EM ENFERMAGEM NAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE JUNTO A AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE

Mariana Moreira da Silva, Marilda Nunes Ribas Volpe, Pâmela Luiza Araújo Gomes, Gabriela Duarte Pereira, Gleice Camargo Fidelis da Silva, Francielly Paulina Espínola Souza, Lourdes Missio

Palavras-chave: enfermagem, licenciatura, ensino em saúde

APRESENTAÇÃO: Este relato aponta a vivência na disciplina de Estágio Curricular Supervisionado Obrigatório em Licenciatura em Enfermagem (ECSOL), enquanto acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, desenvolvido na modalidade de licenciatura e bacharelado. O referido estágio é desenvolvido no quarto ano do curso e entre suas modalidades está a participação em projetos de extensão coordenados por docentes do curso. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Relata-se a experiência da participação em projeto envolvendo educação em saúde com Agentes

Comunitárias de Saúde (ACS) atuantes em Estratégias de Saúde da Família (ESF) do Município de Dourados/MS. Primeiramente levou-se a proposta a Coordenação das ESF 17 e 27, localizadas no bairro Jockey Clube e as ACS. Foram levantados os temas relacionados ao processo de trabalho das agentes, pois tínhamos a preocupação de atender as necessidades reais das mesmas. Dentre os temas elencados, destacam-se os seguintes: motivação e valorização profissional, vacinas, planejamento familiar, perspectiva familiar, adolescência (desenvolvimento, gravidez, drogas). Em seguida marcamos as datas dos encontros e os respectivos temas a serem discutidos. Até o mês de outubro de 2015 realizou-se cinco encontros, tendo a participação em torno de cinco ACS. Para as atividades, procurou-se utilizar várias dinâmicas e estratégias de ensino visando contribuir para uma aprendizagem significativa para todos os atores envolvidos. RESULTADOS E IMPACTOS: As atividades educativas desenvolvidas buscaram valorizar as experiências das profissionais envolvidas; trazer o aporte científico e promover reflexões sobre a prática profissional e como melhorar o serviço desenvolvido por elas. Desse modo, houve grande interação do grupo e ouvimos nos relatos das ACS as potencialidades e dificuldades vivenciadas pelas mesmas no seu processo de trabalho e percebemos que o conhecimento se constrói em uma troca constante. Esta troca entre as agentes e acadêmicas contribuiu para a formação e mostrou o quanto a graduação na modalidade de bacharelado é fortalecida tendo concomitantemente a formação em licenciatura, haja vista a atuação educativa do enfermeiro no seu rol de atividades. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Espera-se contribuir com o arcabouço de informações sobre formação de licenciandos de enfermagem, pois o trabalho vislumbra socializar práticas educativas na intenção de

otimizar o processo de ensino aprendizagem no campo de formação na área da saúde. Pode-se também proporcionar reflexão sobre as contribuições da licenciatura em enfermagem, pois acreditamos que a educação é o grande agente transformador no mundo.

CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA JUNTO A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Guilherme Endres Cuccarolo, Suzete Marchetto Claus, Alice Maggi

Palavras-chave: Atenção Básica a Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Psicologia

APRESENTAÇÃO: A discussão relativa à formação em psicologia voltada a saúde revela que o campo da saúde pública tem crescido, tornando-se espaço de inserção profissional. Compreende-se que o sistema de saúde público brasileiro, bem como os movimentos que propõe a atuação interdisciplinar no cuidado à saúde dos usuários impõe desafios e necessidade de reformulações nos currículos acadêmicos. Discute-se a importância do profissional da psicologia se inserir nesse âmbito de trabalho, construindo conhecimento in loco e consolidando sua prática profissional nas equipes de saúde. A Atenção Primária em Saúde é o foco de muitos dos programas nacionais de reorientação profissional à saúde pública. A Estratégia de Saúde de Família é encontrada nesse contexto como orientador das práticas em saúde coletiva. Sendo uma das principais políticas de atuação em saúde atualmente e considerando-se a crescente inserção de profissionais da psicologia nas equipes de saúde da família, buscou-se destacar potencialidades desse fenômeno através do levantamento das atividades realizadas atualmente por profissionais já inseridos na rede. O estudo objetiva identificar

as efetivas contribuições da Psicologia inserida na Estratégia de Saúde da Família, caracterizando o pressuposto teórico de sua atuação e legitimando a ESF como campo de atuação profissional. DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE: Estudo exploratório, de caráter qualitativo, tendo por base pesquisa bibliográfica e documental pertinente. Foram pesquisados dez artigos publicados a partir de 2009, dando-se ênfase a relatos de experiência ligados à ESF. Os artigos foram coletados a partir do site de indexação Scientific Electronic Library Online (SCIELO), através de pesquisa pelos descritores Atenção Básica a Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Psicologia. Para a realização do estudo foi utilizado como instrumento para coleta de dados um modelo de fichamento, a fim de organizar os temas que serão analisados posteriormente. Os artigos selecionados serão analisados e buscar-se-á o recorte de conteúdos, para elencar categorias analíticas partindo de um modelo misto. Como referencial de análise, será usado a Análise de Conteúdo proposta por Laville e Dione (1999). RESULTADOS: O estudo ainda encontra-se em fase de realização a ser concluído em dezembro de 2015. Dados coletados até então apontam que o psicólogo que atua juntamente a ESF, atua de acordo com as orientações propostas pelo Ministério da Saúde, destacando-se a participação nas reuniões interdisciplinares, efetuando apoio matricial às equipes de saúde. Considera-se ainda a importância da realização de estágios de cursos de graduação. Outro dado identificado em três dos artigos estudados aponta para o desconhecimento do trabalho psicológico por parte das equipes de saúde, resultando em demandas de atendimento individual e de cunho curativista. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A inserção do psicólogo na ESF é recente e sua formação ainda encontra-se engendrada pelo modelo clínico curativista. Fomentar o trabalho do psicólogo e as

potencialidades geradas a partir de sua inserção pode promover os debates necessários para a reforma curricular a fim de formar profissionais aptos a atuação em saúde pública, em especial no que se refere à Atenção Básica.

CONTRIBUIÇÕES DA VIVÊNCIA-ESTÁGIO NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA A FORMAÇÃO ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

Daniela de Oliveira Soares, Audrey Moura Mota Geronimo, Liney Maria Araujo

Palavras-chave: VER-SUS, Enfermagem, formação acadêmica

A descentralização político-administrativa, a universalização, a participação social, a Política Nacional de Humanização e de Atenção Básica, além do Pacto de Gestão somado às novas demandas do SUS culminaram na necessidade de rever a formação dos profissionais de saúde, resultando nas Novas Diretrizes Curriculares (NDC) para a área da saúde. Esse novo perfil exigia que fossem generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, capacitados para intervir sobre problemas prevalentes no epidemiológico dos níveis local, regional e nacional, focado na responsabilidade social e comprometido com a cidadania. O desenvolvimento de habilidades, como comunicação, liderança, tomada de decisões e administração/gerenciamento, são competências promovidas pelo futuro profissional o enfermeiro, tanto na formação como no decorrer de todo o processo de educação permanente como respostas às demandas da vida profissional, cotidianamente. Relato de experiência sobre a vivência-estágio da realidade da rede de assistência à saúde do SUS em municípios do interior do Mato Grosso e sua contribuição na formação acadêmica.

Trata-se de estudo descritivo, transversal, realizado a partir dos relatórios diários produzidos. As vivências ocorreram no período de 15 a 21 de Setembro de 2013, nas cidades de Araputanga e Pontes e Lacerda, com equipes de acadêmicos de variados cursos superiores. As visitas foram realizadas em todas as unidades relacionadas à rede do SUS dos municípios, oportunizando o desenvolvimento de potencialidades individuais e aprofundamentos outrora teóricos. Partindo das inúmeras críticas lançadas à gestão do SUS, a vivência in loco permite solidificar as teorias trabalhadas na academia, possibilitando o desenvolvimento de um senso crítico voltando tanto para as demandas dos usuários, quanto para as limitações dos profissionais de saúde e as prioridades elencadas pelos gestores municipais. A vivência-estágio possibilitou o exercício das competências que passaram a ser parte do cotidiano do enfermeiro, especialmente a comunicação e liderança, explicitando os desafios enfrentados no que se refere às decisões administrativas e de gerenciamento. Em sendo equipes multiprofissionais, permitiu uma intensa troca de experiências, garantindo que os saberes acadêmicos fossem confrontados com a realidade, na prática. Já que cabe ao enfermeiro grande parte da gestão das unidades que compõe o sistema, conhecer a realidade em contraponto à teoria garante uma visão mais completa e concreta. Vivenciar o VER-SUS em diferentes unidades de saúde e identificar o enfermeiro como o principal executor dessas ações, contribuiu de maneira ímpar na formação do futuro profissional, provocando discussões sobre as realidades observadas, trazendo para os envolvidos uma autorreflexão no que tange os aspectos científicos, técnicos, éticos, moral e políticos, além de interdisciplinar, intersetorial. Contribui sobremaneira no desafio de atender às NDC instituídas, viabilizando o aprofundamento de um

olhar comprometido com o social e com a cidadania que lhe cabe. Essa experiência de aprendizagem se tornou potente no momento em que os movimentos sociais trouxeram para o campo pedagógico sua bagagem empírica, explicitadas nas vivências e nas práticas diárias. Indiscutivelmente, compor a equipe do VER-SUS ainda que como acadêmicas, nos fez ser e pensar como profissionais, contribuindo para a desconstrução de críticas infundadas ao SUS, que muitas vezes corroborávamos de forma imposta pelo inconsciente coletivo.

CONTRIBUIÇÕES DE ATIVIDADE EXTENSIONISTA PARA A FORMAÇÃO DISCENTE: AVALIAÇÃO DO 3º SEMINÁRIO INTERDISCIPLINAR SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Rute Ramos da Silva Costa, Michael Maller Ermenegildo, Ana Eliza Port Lourenço, Renata Borba de Amorim Oliveira, Priscila Vieira Pontes, Carolina Soares da Silva, Genesis Barbosa, Raquel Paiva

Palavras-chave: Formação, Discente, Ensino Superior, Promoção da Saúde

INTRODUÇÃO: Interiorizar o ensino superior, aproximando a universidade da realidade social, é meta característica dos campi de expansão. Nesses, a extensão universitária encontra-se fortalecida por proporcionar a construção de espaços práticos para ensino e de vínculos que favorecem a participação da sociedade no processo de formação profissional. Em conformidade com essa tendência, o Programa Interdisciplinar de Promoção da Saúde (PIPS) coordena 14 projetos de extensão, que atuam junto à rede municipal de saúde e educação de Macaé, e também promove eventos próprios com a finalidade de promover troca de conhecimento e recursos entre os partícipes do processo.

Em 2015 foi realizado o 3º Seminário Interdisciplinar sobre Promoção da Saúde, com o objetivo de promover discussão entre docentes, discentes e convidados acerca das atividades extensionistas e seu impacto junto à comunidade. **Objetivo:** Analisar a contribuição do 3º Seminário Interdisciplinar sobre Promoção da Saúde para o processo de aprendizagem de discentes. **DESENVOLVIMENTO:** O seminário foi realizado em um dia, durante manhã e tarde, sendo que inicialmente ocorreu uma palestra de convidado externo. Na parte da tarde foram conduzidas discussões, a partir do tema abordado, em 3 Grupos de Trabalho, cuja síntese foi levada para apresentação ao final, com a presença de todos. Participaram desse evento 96 pessoas, entre docentes coordenadores e colaboradores, acadêmicos bolsistas e voluntários, além de discentes e professores convidados. Destes, 29 responderam a um questionário semi-estruturado enviado por email, com o objetivo de avaliar o seminário. **RESULTADOS:** Entre as pessoas que responderam ao questionário, 27 (92%) consideraram o evento bom ou muito bom, mas indicaram a necessidade de maior participação de outras pessoas, sugerindo dias alternativos, sem aulas, para que as pessoas pudessem estar mais disponíveis. 28 participantes consideraram que o compartilhamento de experiências entre os projetos foi bom ou muito bom (92,9%), e a totalidade (100%) dos que responderam ao questionário referiram que o evento contribuiu para seu crescimento profissional. Nessa perspectiva apontaram como positivo os seguintes aspectos: a) palestrante e tema promoveram aprendizado e reflexão sobre aspectos da sociedade que influenciam a saúde, e serviram como exemplo profissional; b) aprendizagem a partir do compartilhamento de informações diversas sobre saúde e relacionamento destas com o cotidiano; c) promoção da integração

entre discentes e docentes, que permitiu conhecer a visão dos professores; d) maior conhecimento sobre as atividades extensionistas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O seminário promovido pelo PIPS contribuiu para a formação discente, pois promoveu o aprendizado através da reflexão sobre questões relacionadas ao cotidiano das práticas em saúde, e também a interação entre acadêmicos e professores de diferentes cursos, promovendo conhecimento através da troca interdisciplinar.

CONTRIBUIÇÕES DO FISIOTERAPEUTA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ASSISTÊNCIA A DIABETES

Maria Carolina Medeiros Trajano, Larissa Ellen Pereira dos Santos Correio, Tatiana Rebouças Moreira, Nara Raquel Bezerra de Queiroz, Taciana Benevides Rocha, Laíla Pereira Gomes da Silva Correio

Palavras-chave: Diabetes, fisioterapia, residência e saúde

APRESENTAÇÃO: O grande número de complicações associadas do Diabetes Mellitus (DM) e a severidade da doença exigem acompanhamento de uma equipe multidisciplinar. A Fisioterapia vem ganhando novos espaços no cuidado prestado ao paciente diabético. Objetivase relatar as contribuições da Fisioterapia como profissão adscrita ao programa de Residência Multiprofissional em Assistência em Diabetes do Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza-CE, mediante a abordagem interdisciplinar do cuidado ao paciente diabético. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA, MÉTODOS E RESULTADOS:** Por meio do Edital nº 03/2012 foi aberto o processo seletivo da Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar à saúde 2013 na forma de curso de especialização com duração de dois anos

e carga horária total de 5760 horas. Para constituição da primeira turma com área de concentração na Assistência A Residência Multiprofissional com ênfase em Assistência em DM contempla Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia. O Diabetes Mellitus (DM) enquanto doença crônica tem provocado repercussões que refletem na necessidade crescente de investimento no sistema de saúde para garantia do cuidado à população. Diante destes aspectos, o treinamento de profissionais para trabalhar com o DM é fundamental. Assim, as atividades desenvolvidas pelos residentes envolvem a atenção integral ao paciente diabético no âmbito de atenção hospitalar, ambulatorial e na Atenção Básica viabilizando a capacitação por meio do aperfeiçoamento em serviço. RESULTADOS: A atuação na residência permite que o Fisioterapeuta desenvolva ações em parceria com outros profissionais, potencializando o cuidado ao paciente com DM. A contribuição da Fisioterapia tem ocorrido na atenção integral ao paciente diabético todos os âmbitos de atenção. Destaca-se no estímulo à prática de atividade física, cuidados com o pé diabético, orientação e prescrição de órtese e próteses, prevenção, tratamento e reabilitação de amputações. Isto contempla o rastreamento de pacientes de risco, prevenção e educação em saúde, além da manutenção e recuperação da funcionalidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O profissional Fisioterapeuta encontra no diabético um paciente que requer um atendimento diferenciado, considerando o grande impacto físico e emocional que o DM pode provocar. A aproximação do fisioterapeuta com outras profissões permite a prestação de assistência eficaz com repercussões para a saúde e qualidade de vida.

CONTRIBUIÇÕES DO PET-SAÚDE PARA APROXIMAÇÃO DE ESTUDANTES DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS NA ÁREA DA SAÚDE COLETIVA

Elvira Caires de Lima, Edirlei Machado dos Santos, Natália Ferreira dos Santos, Adriano Maia dos Santos

Palavras-chave: Educação Profissionalizante, Educação em Saúde, Formação em saúde

Trata-se de um relato de experiência vivenciado no projeto PET-Saúde cujo objeto de intervenção foi o desenvolvimento de práticas de educação popular em saúde para ações de prevenção e controle da dengue realizada nos Conselhos Locais de Saúde (CLS). Definiu-se como referencial para o presente estudo a pedagogia da autonomia de Freire que propõe a construção do processo ensino-aprendizado pautada numa relação de respeito à autonomia do ser educando. O objetivo desse estudo foi descrever a experiência e a sua contribuição para o processo de formação dos futuros profissionais de saúde. As atividades foram realizadas por um grupo de cinco discentes do curso de graduação em ciências biológicas, dois preceptores profissionais da rede de serviços do SUS (uma enfermeira e uma bióloga) e um tutor, professora da UFBA. As atividades foram estabelecidas a partir da articulação ensino - serviço - comunidade, realizada nos meses de janeiro a dezembro de 2014. Foram visitados 19 CLS e envolvidos na mobilização um total de 649 pessoas entre conselheiros de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS. As atividades de educação popular em saúde foram realizadas por meio de exposições dialogadas sobre a dengue, em que se abordou as formas de prevenção e transmissão da doença, sinais e sintomas, epidemiologia da doença no município e a importância da participação popular

na eliminação de possíveis criadouros da larva do mosquito. Os encontros duraram aproximadamente 30 minutos, eram conduzidos pelos discentes através de rodas de conversa, de modo a promover a fala dos participantes na tentativa de estimular a reflexão sobre as práticas sanitárias da comunidade. Essa experiência inova por envolver no grupo do PET-Saúde estudantes do curso de ciências biológicas, o que contribuiu com a efetivação das práticas interdisciplinares e a produção do conhecimento coletivo. Foi possível transitar e extrapolar os limites disciplinares e reconstruir novos conhecimentos pautados por uma ótica que extrapola a hierárquica disciplinar. Com as práticas de educação popular em saúde foi possível desenvolver nos discentes competências que ultrapassaram o saber técnico científico, se apropriando de outros de cunho social e comunicativo que contribuem para a formação de profissionais de saúde capazes de lidarem com a complexidade dos problemas de saúde das comunidades. Aprender dentro dos espaços comunitário permitiu a interlocução com o usuário do serviço e tornou o processo ensino-aprendizagem mais produtivo para o exercício crítico do trabalho em saúde. Essa experiência permitiu aos discentes do curso de ciências biológicas aproximar-se da área de conhecimento da Saúde Coletiva que ainda é pouco discutida nos currículos de graduação desse curso, os estudantes tiveram a oportunidade de estudar sobre os princípios e diretrizes do SUS, vigilância a saúde, educação em saúde e controle social. Os resultados da presente experiência contribuem com as discussões sobre o processo de formação em saúde, evidencia a importância de se intensificar a articulação ensino - serviço - comunidade e a necessidade de (re) construir novos modelos de ensino-aprendizagem, que extrapolem os limites da universidade, com

variações dos cenários de prática, de modo a possibilitar o exercício crítico do trabalho em saúde.

CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE (PET-SAÚDE) NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE: REFLEXÕES DE UM ESTUDANTE DE SERVIÇO SOCIAL

Deivid Ferreira Lima, Marcia da Costa Cabral, Thais Giudice Schultz

Palavras-chave: PET, serviço social, formação

O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE (PET-SAÚDE) é um programa que visa incentivar pesquisas que venham promover a integração ensino, serviço, pesquisa e extensão nos diferentes níveis de atenção e práticas no SUS valorizando o trabalho interdisciplinar. Financiado pelo Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), em 2013, foi aprovado o PET SAÚDE MENTAL: Formando Tecituras na Saúde da Família/UFRJ vinculado a REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: PRIORIZANDO O ENFRENTAMENTO DO ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS. Com o objetivo de favorecer a construção de novos modos de cuidar de pessoas com sofrimento e transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas o PET SAÚDE MENTAL: Formando Tecituras na Saúde da Família elegeu a Atenção Básica em Saúde como campo de intervenção. O objetivo deste trabalho é apresentar a importância do PET-Saúde Mental: Formando Tecituras na Saúde da Família na formação de profissionais de saúde no, para e com o Sistema Único de Saúde, destacando sua contribuição para formação profissional do assistente social. Refere-se a um relato de experiência de um estudante de Serviço Social numa

pesquisa qualitativa, na qual se optou pela cartografia como método de investigação, tendo como ferramentas de produção de dados a observação-participante e o diário de campo. A formação do assistente social é pautada numa perspectiva crítica e de análise da conjuntura política, econômica e social. Tal perspectiva visa proporcionar o acesso dos cidadãos aos direitos sociais. Dentre os direitos sociais, o acesso a saúde se constitui como um dos direitos legitimados na Constituição Federal Brasileira. Contudo, reconhecer os direitos sociais dos cidadãos exige uma aproximação com os sujeitos e contextos reais a partir do mundo real do trabalho. Nesse sentido, o PET-Saúde Mental: Formando Tecituras na Saúde da Família pode proporcionar ao estudante de Serviço social a experiência desse profissional na medida em que foi possível promover o acesso de pessoas com sofrimento e transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas tanto nos dispositivos da Atenção Básica de Saúde quanto nos outros níveis de Atenção. Foi entendido também que promover o acesso aos direitos sociais, como o acesso a saúde, por exemplo, diz respeito ao trabalho sintonizado com a integralidade e intersetorialidade, portanto, um trabalho a ser desempenhado por todo profissional de saúde e que o serviço social muito pode colaborar. Esse trabalho interdisciplinar favoreceu a aprendizagem de como construir projetos terapêuticos singulares para e com pessoas com sofrimento e transtorno mental na Atenção Básica de Saúde com vistas à rede de serviços intra e intersetorial. Com o PET entendemos que a experiência no mundo real do trabalho e que a interdisciplinaridade têm potencializado a troca dos saberes de cada profissão potencializando a integralidade do cuidado. Essa direção do trabalho tem alterado os modos de pensar e agir dos profissionais de saúde e aumentando

sua capacidade de enfrentamento dos problemas reais colocados no cotidiano de trabalho de em saúde.

CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO À SAÚDE PARA O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DE GRADUANDOS DO CAMPUS UFRJ-MACAÉ

Leila Brito Bergold, Gláucia Alexandre Formozo, Aleksandra Menezes Oliveira, Celso Belmiro, João Luiz Wanderley, Juliane Silveira Lobo Lage, Jessika Chris da Silva Santos, Duany Sá Oliveira

Palavras-chave: Ensino-aprendizagem, Extensão Universitária, Promoção da Saúde

APRESENTAÇÃO: O Programa Interdisciplinar de Promoção da Saúde (PIPS) é um programa de extensão universitária criado, em 2013, no Campus Macaé da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Atualmente, é composto por 14 projetos que abrangem temáticas sobre: ações para o cuidado em saúde; apoio às ações de prevenção às doenças e seus agravos; promoção da alimentação saudável; e arte e saúde. Este programa integra docentes e discentes dos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia e Nutrição, bem como docentes das áreas básicas da saúde, visando o constante compartilhamento de experiências e saberes. **OBJETIVOS:** Deste modo, o presente trabalho visa analisar as contribuições do PIPS para o processo ensino-aprendizagem de graduandos do Campus UFRJ-Macaé. **METODOLOGIA:** O PIPS pauta-se nos preceitos da problematização e da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, sendo estes caracterizados pela integração da ação com vistas à formação técnica e cidadã do graduando. Integração esta desenvolvida de modo multiprofissional,

interdisciplinar e interinstitucional. Além disso, busca fortalecer o ensino através da ação-reflexão-ação visando uma construção de aprendizagem baseada na realidade vivida e através de metodologias ativas, não havendo detentores do conhecimento, mas compreendendo que todos aprendem a partir do compartilhamento. **RESULTADOS:** No decorrer da existência do programa, foram promovidas atividades voltadas para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos em eventos, divulgação das atividades de promoção da saúde em turmas de graduação – fundamentando a relação com o ensino –, além das atividades realizadas junto à comunidade – as quais proporcionaram aos graduandos a aproximação com a realidade local –, reuniões de equipe de trabalho (permanentes e periódicas), bem como produção de relatórios parciais e finais dos projetos. Além disso, promoveu a articulação dos graduandos com docentes e graduandos de diferentes áreas da saúde, contribuindo para a formação tendo em vista um olhar ampliado da saúde, numa perspectiva técnico-científica e humanista. Os graduandos participaram, desde o processo de organização, de eventos promovidos pelo PIPS, quais sejam: duas “Feira Arte, Cultura e Saúde” e três “Seminário Interdisciplinar sobre Promoção da Saúde”. Cabe destacar que alguns projetos estão articulados com disciplinas da graduação, possibilitando que a carga horária desenvolvida seja computada em disciplinas curriculares voltadas para as atividades de extensão. Essa relação materializa a articulação entre ensino e extensão. Ainda, a maioria dos projetos prevêem atividades de pesquisa completando a tríade extensão-ensino-pesquisa. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Acredita-se que o PIPS tem contribuído positivamente para o processo de ensino-aprendizagem de graduandos do Campus UFRJ-Macaé. Através da reflexão coletiva

sobre os caminhos e perspectivas de suas ações, possibilita aos integrantes uma construção e formação crítica pautada nas demandas identificadas na realidade. Contudo, almeja-se que ocorra uma maior valorização, pelas propostas político-pedagógicas dos cursos de graduação, das ações de extensão desenvolvidas pelo PIPS possibilitando, dentre outros aspectos, a flexibilização e integralização curricular, com atribuição de créditos acadêmicos às atividades realizadas.

CONVERSANDO SOBRE SAÚDE SEXUAL EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA COM O TEMA

Patricia Anelise Silva da Silva, Camila Figueiredo Carneiro Monteiro, Bibianna de Oliveira Pavim, Luciana Barcellos Teixeira

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

INTRODUÇÃO: A saúde sexual é um tema de extrema relevância e de interesse de trabalhadores e comunidade em geral. Garantir uma boa saúde, em termos sexuais, significa trabalhar com a finalidade de melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais dos indivíduos, para o exercício pleno da sexualidade, e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (1). Também é preciso considerar que existem diversos mitos e tabus relacionados com as questões sexuais que se reproduzem no cotidiano dos serviços de saúde. Este trabalho tem como objetivo apresentar a experiência de trabalho com este tema de forma inovadora com uma equipe de saúde da família do município de Porto Alegre. Métodos Durante as práticas da Residência multiprofissional em Saúde Coletiva foi vista a importância de abordar

o tema com os trabalhadores, tendo em vista os mitos que surgiam na equipe sobre a saúde sexual. No planejamento da atividade, as residentes optaram em realizar um método diferenciado de trabalho, pois a temática em questão é de difícil abordagem coletiva, uma vez que as dúvidas muitas vezes podem evidenciar experiências íntimas individuais. Sabe-se que muitos mitos sobre o tema que são reproduzidos nos discursos diariamente, inclusive entre profissionais de saúde, os quais podem gerar consequências para a saúde dos envolvidos. Frente a essa situação, a atividade foi organizada em forma de um game quiz, no qual os trabalhadores de nível médio foram divididos aleatoriamente entre duas equipes e os trabalhadores de nível superior constituíram a mesa de comentaristas. As residentes previamente elaboraram frases reproduzidas no cotidiano sobre a saúde sexual, algumas frases eram mitos escutados no cotidiano outras traziam esclarecimentos verdadeiros sobre questões sexuais. Também foram elencadas tarefas desafiando os participantes a colocar preservativos masculinos e femininos em próteses. As perguntas eram sorteadas e respondidas uma a uma por cada integrante e, em caso de acerto, atribuíam-se pontos para a equipe. Após a resposta do participante, os comentaristas debatiam sobre a resposta até chegar a uma conclusão. Ao final, a equipe que somou mais pontos ganhou um prêmio. RESULTADOS: Durante a atividade suscitaram várias dúvidas e questionamentos que puderam ser discutidos e esclarecidos, como por exemplo, a diferença entre HIV e AIDS e outras questões de saúde que envolvem diversas práticas sexuais. Os tópicos abordados no game quiz foram doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, órgãos reprodutivos, métodos anticoncepcionais, questões de gênero e identidade sexual, sentimentos relacionados às relações amorosas e aconselhamento

sexual na família. CONCLUSÃO: Essa atividade proporcionou um momento de interação entre a equipe, fomentou a competitividade em prol da saúde e permitiu que os trabalhadores discutissem e esclarecessem suas dúvidas. Foi observado que a atividade estimulou os trabalhadores a debaterem um tema inerente ao cotidiano de trabalho da ESF. Consideramos que esta atividade pode ser reproduzida em todos os serviços de saúde, visto que é uma ação que visa à melhoria da continuidade de cuidados na atenção primária. Recomenda-se que esta atividade se torne uma prática de educação permanente nos serviços.

COOPERAÇÃO HORIZONTAL – UM DISPOSITIVO DE EP PARA A MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA AB

Adriana Paula de Almeida, Renata Maria de Oliveira Costa, Américo Yuti Mori

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB é composto por 4 fases: adesão, desenvolvimento, avaliação externa e reconstrução. É na fase de desenvolvimento que as ações mais importantes para a adequação do processo de trabalho em busca de ampliação de acesso e qualidade devem acontecer. Dessa forma, em seu terceiro ciclo, o Departamento de Atenção Básica (DAB) ampliou as ofertas para as equipes realizarem intervenções e mudanças nas ações cotidianas. Neste ciclo, a fase de desenvolvimento passa a ser considerado um eixo transversal ao programa, ampliando a sua importância na organização do processo de trabalho na AB. A proposta de Cooperação Horizontal nasce para o PMAQ em diálogo com a Política de Educação Permanente e se inspira em ações como os percursos formativos realizados pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, nas quais trabalhadores

de diferentes redes de atenção psicossocial estiveram juntos para compartilhar suas experiências. Estão programadas cinco experiências, uma em cada região do país, envolvendo dez municípios. Durante 5 dias, dois municípios de cada estado irão compartilhar suas experiências na organização do processo de trabalho na AB a partir do deslocamento de um grupo de trabalhadores de um município para o outro. A seleção dos municípios se deu através dos dados da avaliação externa do PMAQ, dentre outros critérios como a proximidade geográfica. A proposta é que municípios com experiências diferentes na organização da AB possam vivenciar e compartilhar seus modos de realizar o cuidado e a gestão na Atenção Básica presencial e virtualmente, buscando produzir aprendizagem em todos os participantes do processo. Na formulação desta vivência, um grupo de técnicos do Departamento passou a propor ofertas metodológicas para a atividade prática proposta, dialogando com os principais eixos norteadores da avaliação externa do PMAQ. Para a realização da vivência foi realizada uma oficina de alinhamento conceitual e metodológico com a participação dos “articuladores locais”, atores indicados pelos gestores de cada município que vão mobilizar e articular a realização da vivência em cada local. Nesta oficina, foi utilizado um documento norteador, que deverá ser validado pelos participantes da oficina. Espera-se que este documento possa servir de referencial para que outros municípios consigam promover atividades de cooperação horizontal. Apesar de a vivência ainda não ter sido realizada, já foi possível produzir mobilização importante entre os articuladores locais, constituindo um coletivo afetado para a realização das vivências, compreendendo que as ações realizadas poderão causar mudanças em cada participante e que poderá afetar outros trabalhadores do município e da região em que ele se localiza. Investir em estratégias

de qualificação da Atenção Básica é papel de todos os níveis de atenção. A Cooperação Horizontal é uma oferta do DAB para estimular a troca entre trabalhadores da atenção e da gestão na busca de uma AB mais resolutive e cuidadora. Fomentando dispositivos de Educação Permanente como esse para contribuir com a qualificação das equipes de AB no país.

COSTURANDO O ENSINO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Gladys Amelia Velez Benito, Carlos Guilherme Meister Arenhart

APRESENTAÇÃO: A sondagem foi realizada no mês de janeiro de 2015 na plataforma online do Ministério da Educação. Objeto da experiência: O ensino da promoção da saúde, caracterizado neste relato pelas cargas horárias disciplinares deste campo nas graduações em saúde coletiva. METODOLOGIA: O presente relato tem por objetivo compartilhar a estruturação da formação e ensino do campo da Promoção da Saúde em algumas matrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde coletiva (CGSC) considerando que o ensino e formação no campo da Promoção da Saúde estão presentes nas bases da Saúde Coletiva em seu contexto histórico e, realizando uma costura lógica, também se fazem presentes na formação dos Sanitaristas Bacharéis em Saúde Coletiva. Para se compreender o ensino da promoção da saúde nestas graduações buscou-se identificar primeiramente as escolas que ofertam este curso e, em seguida, analisamos as cargas horárias nas matrizes curriculares. As plataformas utilizadas para o estudo foram o sistema eletrônico de acompanhamento dos processos que regulam a educação superior no Brasil e as plataformas das universidades que possuem as matrizes disponíveis para

o público. RESULTADOS: Em sondagem na plataforma e-MEC identificou-se mais de quinze CGSC no território nacional. Com o acesso às matrizes curriculares e PPC's, nota-se que o campo da Promoção da Saúde enquanto ensino está presente na grande maioria das graduações em Saúde Coletiva. No curso da UFRGS, a disciplina de "Promoção e Educação da Saúde" tem sua ocorrência em forma de Unidade, sendo elas ofertadas em semestres recorrentes com carga horária total de 345 horas diluídas em oito semestres. No curso da USP há uma disciplina específica de Promoção da Saúde no quinto período com 30 horas. No curso da UFBA há a disciplina de "Vigilância e Promoção da Saúde I, II, III e IV" em um total de 136 horas diluídas em oito semestres de curso. Na UEA existem dezessete campi que ofertam a graduação em Saúde Coletiva e na matriz curricular do curso identificam-se as disciplinas "Promoção da Saúde I e II" ofertadas no terceiro e quinto período respectivamente, num total de nove semestres. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Este estudo permitiu vislumbrar costuras referentes ao ensino e formação da Promoção da Saúde em alguns CGSC que se encontram em processo de expansão nas universidades latino-americanas. Entende-se que seus pilares formativos estão em sintonia com a teorização e prática da promoção da saúde enquanto estratégia de consolidação da reorientação do modelo de atenção à saúde.

CRIATIVIDADE E INOVAÇÃO EM ENFERMAGEM: PRODUTOS DESENVOLVIDOS POR EGRESSOS DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM, CAMPO GRANDE - MS

Bernadete Batista de Souza, Kele Patrícia dos Campos, Deysiane Souza, Leonardo de Jesus Benites, Odelio Franco, Juliana Rodrigues, Everton Ferreira Lemos

Palavras-chave: Enfermagem, Inovações, tecnologias

APRESENTAÇÃO: A criatividade e inovação dentro de um processo de ensino-aprendizagem permite potencializar a capacidade do estudante em um pensar crítico e reflexivo nas práxis que atuam. Esta experiência foi realizada por concluintes do curso de Técnico em Enfermagem em Campo Grande – MS, e teve por objetivo desenvolver protótipos de materiais de apoio para assistência de enfermagem ao paciente com déficit do auto-cuidado. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um relato de experiência e apresentação do protótipo para cuidados de enfermagem, que foram criados durante as atividades da disciplina de Epidemiologia aplicada em Enfermagem, para apresentação no II Encontro de Egressos do curso técnico em Enfermagem, e I Mostra Científica de inovação e tecnologia em enfermagem do Centro de Ensino Técnico – Paulo Freire – Campo Grande, MS, em novembro de 2014. Resultados e/ou impactos: Foram desenvolvidos dois produtos: 1) Adaptação de máscara comum para auxílio na nebulização; 2) Cortador de fita hipoalergênica. A fim de auxiliar o paciente com déficit de autocuidado, a máscara comum com elástico foi adaptada com orifícios semelhantes a máscara de nebulização, com isso o paciente poderá realizar a inalação sem a necessidade de segurar a máscara em sua face pelo tempo prescrito. Já o cortador de fita hipoalergênica, foi pensado devido à dificuldade que o profissional de enfermagem tem durante a realização da prática de curativo. Atualmente, os profissionais recortam esta fita utilizando tesouras, e em alguns casos usam laminas de bisturi, o qual aumentam o risco de acidentes perfuro cortantes. Nesta perspectiva, a inovação foi desenvolvida por meio da criação de uma lâmina em aço inox

com pequenas serras, que foi acoplado no invólucro externo da fita hipoalergênica. Esta pequena peça de serra, é removível possibilitando a assepsia. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A proposta da metodologia ativa foi um diferencial para os egressos, uma vez que, oportunizou colocar em prática problematização em saúde, elaboração de novas tecnologias para melhoria da assistência, fomentando a formação crítica e reflexiva e trabalho em grupo o que propicia um trabalho sistematizado e integrado. Em relação aos produtos, os testes realizados, nas três medidas da fita (Pequeno, médio e grande) tem apresentado resultados promissores. Estamos desenvolvendo um projeto para aplicar na assistência de enfermagem, com o objetivo de identificar a segurança, aceitabilidade e a aplicabilidade dos produtos.

CUIDADO DE ENFERMAGEM EM ALOJAMENTO CONJUNTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rhaissa dos Reis Marcelino, Tatiane Geralda André, Bruna Beatriz Gonçalves Bruno

Introdução: O alojamento conjunto é um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio permanece ao lado da mãe nas 24 horas diárias até a alta hospitalar. É vantajoso por estimular e incentivar o aleitamento materno sob livre demanda, proporcionar o contato constante entre mãe e filho fortalecendo o vínculo, facilitar a visita de familiares e amigos e fornecer orientações a mãe e a família, bem como proporcionar uma maior aproximação da equipe multiprofissional. Objetivo: Relatar experiência na assistência de enfermagem ao binômio mãe/filho desenvolvida em aulas práticas na graduação em enfermagem. Metodologia: Estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado na unidade de alojamento conjunto de um hospital

público de Dourados/MS. As atividades ocorreram na segunda quinzena de agosto de 2015 e incluíram análise dos prontuários do binômio mãe-filho, assistência de enfermagem a puérpera e ao recém-nascido e orientações sobre cuidados sobre o bebê, puerpério, planejamento familiar e aleitamento materno. As atividades foram descritas nos prontuários. Realizou-se uma abordagem direta e de linguagem informal com as mães explicando questões como vantagens do aleitamento materno, pega areolar, prevenção de ingurgitamento mamário, traumas mamilares, mastite e cuidados com o bebê. Foi possível observar a cultura indígena, cuja população é grande na região. Resultados: O alojamento conjunto é um setor onde se sobressai à humanização. A mãe permanece com seu filho e é encorajada a realizar os cuidados sob a orientação, supervisão e auxílio da enfermagem. Durante as aulas foi desenvolvida assistência de enfermagem ao binômio mãe-filho, orientado e sanado as dúvidas em relação ao cuidado com elas e o bebê, dando enfoque ao aleitamento materno. Nessa perspectiva, as atividades de cuidado possibilitaram perceber que no puerpério o enfermeiro possui importante papel na assistência ao binômio. Através da educação em saúde, o profissional pode desenvolver atividades educativas para contribuir na ampliação do conhecimento das mães sobre temas pertinentes ao momento vivenciado e proporcionar mais segurança e motivação, além de permitir a troca de experiências. Considerações finais: A aula prática em alojamento conjunto foi uma nova experiência, pois, proporcionou uma visão multicultural da aceitação da maternidade. As acadêmicas tiveram a oportunidade de desenvolver ações assistenciais, educativas e observar as principais vantagens, questionamentos e dificuldades do setor. A partir da experiência vivenciada pôde-se perceber que a

assistência precisa levar em consideração as questões socioculturais e os aspectos emocionais relacionados ao período. Considera-se que as orientações em saúde, durante a realização das práticas de cuidado contribuíram para ampliar o conhecimento das puérperas, principalmente as primíparas, dos familiares como também das estudantes. Para que o processo educativo se concretize positivamente, o reforço das orientações e o acompanhamento da família no período de internação em alojamento conjunto são indispensáveis.

CUIDADO E EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTAS DE MATRICIAMENTO

Josenildo Adriano da Silva Lira, Adriana dos Santos

Palavras-chave: Saúde mental, Matriciamento, psicologia

APRESENTAÇÃO: O presente relato é resultado das atividades realizadas durante o estágio profissionalizante em psicologia nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município de Parnamirim-RN, iniciado no segundo semestre de 2015. O trabalho do NASF daquele município acontece de forma dinâmica circulando pelos vários espaços dentro do território, como as Unidades básicas para estabelecer vínculo com a ESF e o território optou-se pela permanência do estagiário em uma única área. Sob uma perspectiva da análise institucional, as atividades dos ACS da equipe de saúde da família foram acompanhadas durante três dias por semana, utilizando como estratégia de mapeamento do território o acompanhamento das visitas domiciliares, e conversas com os ACS e com os usuários da UBS. Através dessas experiências e da análise das implicações, observou-se a necessidade de um espaço de cuidado do

cuidador, e educação permanente em saúde e ao mesmo tempo muita disposição dos ACS para interagir com a equipe do NASF. Deste mapeamento, verificou-se dificuldade em lidar com situações graves em saúde mental assim como o desconhecimento da política nacional de saúde para a população LGBTT, também foi notada uma tendência em “patologizar” situações do cotidiano, como tristeza, luto e insônia e a consequente medicalização. A partir desses indicadores articulados aos objetivos do estágio, foi sugerida e aceita pelas equipes, uma atividade de matriciamento em saúde mental aberta para todos os trabalhadores da Unidade, mas com o foco nos ACS. A atividade consiste em um ciclo de encontros semanais, com um momento de cuidado do cuidador, seguido da discussão de temas específicos pré-determinados de acordo com as necessidades encontradas. É importante ressaltar que os moldes desses encontros, rompem com a lógica hierarquizada dos saberes. Sob uma perspectiva da educação popular, os temas são tratados a partir do conhecimento dos próprios trabalhadores em interação com o saber do núcleo da Psicologia. Através de uma metodologia que mescla roda de conversa e encenação de fatos vivenciados no cotidiano profissional, novas práticas são pensadas e os modos de atuação atuais podem ser resignificados. Ao final do ciclo, a intenção é a manutenção dos encontros, mas que ao invés de um tema específico sejam discutidos casos ou mesmo elaborados projetos terapêuticos singulares considerando as demandas do território, acreditamos que a atividade irá ampliar a abrangência e eficácia da Estratégia da Saúde da Família, seja pelo espaço de cuidado que será promovido, seja pelo processo de formação e educação permanente em saúde.

CUIDARTE: O LÚDICO NA FORMAÇÃO SOCIAL DOS ALUNOS DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL

Marcos Frata Rihl, Bruna Lorenz, Marcos Antônio Roveda Filho, Rafael de Carvalho Marcondes, Regina Helena Medeiros, Suzete Marchetto Claus

Palavras-chave: Ludicidade, Formação médica

APRESENTAÇÃO: A ludicidade tem se mostrado como ferramenta de educação/intervenção em saúde capaz de produzir melhoria na qualidade de vida das pessoas e no enfrentamento de suas dificuldades. Pode também contribuir para o desenvolvimento de competências para uma formação mais humanizada e social na área médica. **OBJETIVOS:** Tem como objetivo relatar a experiência de implementação de atividades lúdicas de caráter extensionista por alunos da medicina relacionada ao desenvolvimento de uma formação social com uma abordagem mais humanizada na relação médico-paciente. **METODOLOGIA:** A partir da necessidade de dar um significado mais efetivo ao convencional trote do curso de medicina um grupo de alunos do primeiro ano (2014) auxiliaram na organização do Trote Solidário. Esta atividade desencadeou a construção de propostas de ações extensionistas com objetivo de desenvolver competências e habilidades na formação do médico, mais voltadas para o compromisso social desta profissão. Estas ações se constituem em atividades lúdicas com usuários do município de Caxias do Sul de diversas instituições como os em regime de internação hospitalar; os em unidades oncológicas, em equipamentos sociais (APAE, asilos, creches) entre outros; e na promoção e participação em campanhas na comunidade. **RESULTADOS:** No ano de 2015 já foram realizadas atividades junto a um hospital geral atingindo 24 crianças

internadas e seus familiares a partir do Projeto “Brinquedos de Plantão”; também foi realizada a campanha do agasalho, doações e uma festa junina para crianças em situação de adoção (aproximadamente 30). Estas vivências possibilitaram também a consolidação da Liga Acadêmica CUIDARTE. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência tem demonstrado grande interesse e participação das crianças evidenciando que o lúdico pode contribuir para qualificar a vida das pessoas e as relações profissionais com usuários. Desta forma evidencia sua importância para a formação médica e a necessidade de envolver outros cursos da área da saúde para que possa ser realizado um trabalho com caráter interdisciplinar.

CURSO DE EXTENSÃO DE SAÚDE MENTAL RELATO DE EXPERIÊNCIA DE DISCENTES DO CURSO DE ENFERMAGEM E TERAPIA OCUPACIONAL

Patrícia Cristina dos Santos, Fernanda de Jesus Santos

Palavras-chave: saúde mental, políticas públicas sobre saúde mental, rede de atenção psicossocial

De todos os males vividos pelo homem, a loucura, a doença mental e o sofrimento psíquico e emocional, parecem atingir indistintamente pessoas de qualquer nacionalidade, raça, classe social e religião. As ações de saúde mental durante muito tempo foram consideradas de modo isolado onde buscava a promoção dessas ações a partir da exclusão de fatores sociais, econômicos, culturais, políticos, entre outros. Desse modo, a compreensão no âmbito da saúde mental passa pelo crivo desses conceitos, a fim de percebermos como o desemprego, o aumento da pobreza, o abandono, a desesperança, o isolamento social, entre outras situações,

afetam a qualidade de vida das pessoas. O presente resumo tem como objetivo relatar a experiência vivida por discentes do Curso de Enfermagem e Terapia ocupacional da Universidade Federal de Sergipe Campus Professor Antônio Garcia Filho no Curso de Extensão de Saúde Mental. O Curso estruturou-se em quatro manhãs de sábado, onde foram abordados de forma teórico-prática temas como a história da psiquiatria, reforma psiquiátrica, conceitos sobre loucura, desvinculação do preconceito, políticas públicas sobre saúde mental, rede de atenção psicossocial seu funcionamento e importância, exemplificando a rede de atenção estruturada no município de Lagarto, estudo dos transtornos, conhecimentos sobre os psicofarmacos e contenção mecânica. Além de abordagens puramente teóricas dos temas, as temáticas foram refletidas e debatidas em rodas de conversas e contextualizações, apresentações em grupo, dinâmicas e trocas de conhecimentos e vivências. Quanto aos participantes tratavam de acadêmicos do campus bem como de outras faculdades, profissionais da área e docentes envolvidos com a temática, constituindo um público total de cem pessoas. A experiência de forma geral positiva e participativa, contribuiu para o enriquecimento e ampliação de vivência das acadêmicas frente a temática de atenção à saúde mental.

DAR VOZ E PARTICIPAÇÃO AS COMUNIDADES QUILOMBOLAS E INDÍGENAS: UMA ABORDAGEM FITOTERAPÊUTICA

Kleber Augusto Gabriel

Palavras-chave: culturas, farmacologia, tecnologias

Propiciar meios para a emancipação tecnológica da juventude que vive em áreas

de produção familiar é uma das missões do meio universitário. Missão complexa, todavia, indiscutível, pois comunidades como os quilombolas e indígenas são historicamente renegadas no que tange o acesso a recursos técnico - científicos. Este trabalho se propõe a fortalecer o resgate da investigação, cultivo, utilização e a exploração de plantas medicinais, pois é uma forma fortalecedora de educação e incentivo às práxis antigas de sabido poder restaurador da saúde. J. A. Cintra Rodríguez, deixa claro em seus estudos, que é comum obterem-se os mesmos resultados em terapêuticas utilizando-se plantas ao invés de alopáticos. Além disso, a possibilidade de inserção em processos digitais, que usualmente não são colocados a disposição destes jovens, como a utilização de câmeras filmadoras e fotográficas. A ideia é oferecer meios para resgatarmos e demonstrarmos seus conhecimentos sobre a flora terapêutica, as quais dominam e não apropriar-se enquanto Universidade, destes conhecimentos. Este projeto busca a equação entre oferecer técnicas digitais, proporcionando os meios e mostrando os caminhos para valorizarmos suas culturas. A inter-relação dos diversos métodos terapêuticos, como exemplo as plantas medicinais e seus extratos, é tão necessária quanto o conhecimento e uso corrente da farmacologia tradicional. O. B. Álvarez explica que certas plantas não trazem consigo os malefícios dos medicamentos convencionais. A alopatia deve ser repensada e enriquecida com conhecimentos ancestrais, de forma sistematizada e embasadas na ciência. Os participantes desta pesquisa estarão em pleno crescimento, pois para inserir os jovens nos meios digitais e tecnológicos, necessariamente precisa-se buscar um acervo cada vez maior de conhecimentos o que possibilitará melhoria de vida a estes povos. É preciso construir novos saberes junto as comunidades quilombolas e

indígenas, detentoras de conhecimento descomunal, utilizando estas, de suas próprias vozes e argumentações, pois estarão com câmeras de vídeo para ensinar aquilo que guardam em suas culturas ricas em saberes diferentes e repletos de inovações, não só para a comunidade brasileira, mas também, de outros países, haja vista a magnitude que os meios digitais proporcionam.

DE COMISSÃO ORGANIZADORA À FACILITADORA: VER-SUS SANTOS

Beatriz Cabral de Vasconcellos Vinhas

Palavras-chave: VER SUS, comissão organizadora, Santos

APRESENTAÇÃO: Compartilhar as potencialidades da experiência de construir, facilitar e vivenciar o VER-SUS 2015.1 na cidade de Santos, para formação em saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Construir uma Vivência de Estágio da Realidade do Sistema Único de Saúde é uma tarefa complexa que exige estrutura física adequada, programação diversa e reflexiva e uma forte rede de vínculos e suporte entre os atores. Para construir a vivência em Santos foi construída uma rede entre estudantes e direção da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), atores da Secretaria de Saúde do município e movimentos sociais. O processo de produzir saúde começa em nosso processo de formação tanto acadêmico, quanto extra-curricular, no tecer redes vivas de cuidado e formação, como na proposta do VER-SUS. Acredito que na vivência saber a hora de facilitar e de vivenciar, ver o grupo resolver ou colocar a sua opinião, requer preparo e “jogo de cintura”. Nesse sentido tanto o Caderno de Facilitadores enviado para nós pela Rede, assim como estratégias aprendidas em minha graduação em

Terapia Ocupacional, foram importantes para trazer toda potência possível para essa semana. Fazer a seleção e construir um grupo heterogêneo em formações, idades, raças, cidades, formações, possibilitar no encontro desse grupo meio de identificação diante das diversidades e parece ser tão crucial para construir uma vivência rica, quanto conseguir montar uma programação diversificada e crítica. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** A potência do Projeto VER-SUS é real, a mudança que ele causa em nós também, a militância que surge e que transforma realidades Brasil afora é aflorada nesse Viver o Sistema Único de Saúde em imersão. Nessa vivência atuando como organização e facilitadora, percebi que não podemos deixar as cobranças interferirem em nossas relações humanas. Voltando o tempo todo à atenção para o vínculo e relação como uma forma de cuidado, foram essenciais para não tirar a potência do grupo de viventes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A dialética da consolidação do SUS em cada pedacinho do Brasil é singular, porém a ideologia pela vida e pela saúde, que move os processos de mudança, tem que ser única e nos unir. A riqueza do VER-SUS Brasil esta no aprender e no juntar cada vez mais unir cidadãos pelo SUS.

DEMOCRACIA DIGITAL E GOVERNANÇA ELETRÔNICA: QUE LUGAR OCUPA A EDUCAÇÃO?

Natana Ester Silva Coelho

Palavras-chave: Democracia Digital, Governança Eletrônica, Educação

As tecnologias de informação (TICs) contemplam um fenômeno que tem se propagado no Brasil e em contextos internacionais. Tal fenômeno afeta a dinâmica social, influenciando de diferentes maneiras sua organização e interação.

Neste contexto, surgem temas como governança eletrônica e democracia digital. Diante disso, o presente artigo pretende, através de revisão bibliográfica, discutir sobre o tema da governança eletrônica e da democracia digital pela ótica das esferas governamentais e pela ótica da sociedade civil, conduzindo a discussão ao questionamento do papel da escola em tempos de era digital. O envolvimento político por parte da sociedade civil foi correlacionado com a garantia do acesso à informação dos cidadãos. Para ilustração do quadro atual da informatização das escolas da rede pública do município de Betim, foram utilizados dados do Sistema de Indicadores de Betim que apresentam números referentes à quantidade de escolas sem acesso a computadores com internet. Os dados mostram que houve, nos últimos três anos, crescimento na informatização das escolas neste município. A revisão demonstra que esferas governamentais já têm se apropriado do meio digital, todavia, em contrapartida, a população se mostra pouco participativa nos meios de discussão e envolvimento político. Diante de tal postura política assumida, levanta-se a reflexão sobre a locação da educação enquanto instituição formadora de cidadãos, nos meios digitais, situando a escola como meio promissor para a garantia do acesso à informação e informatização, e contributivo para a disseminação de ações democráticas por parte do Estado.

DESAFIO DO ATO DE CUIDAR: CONSTRUINDO POSSIBILIDADES ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM FISIOTERAPIA

Alini Nunes de Oliveira, Jessica Maria Lira, Mirelli de Sena Xavier, Arthur de Almeida Medeiros

Palavras-chave: educação em saúde-cuidado- fisioterapia

APRESENTAÇÃO: Os profissionais de saúde devem buscar um entendimento expandido do processo saúde-doença, com enfoque integral no paciente, uma vez que esse indivíduo possui uma historicidade singular, conhecimentos múltiplos e passível de escolhas. As ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação devem estar integradas às práticas de saúde e cuidado desses profissionais. Essas ações tornam-se cada vez mais necessárias, uma vez que a violência urbana cresce nas cidades associada ao uso de drogas lícitas e ilícitas, um problema de saúde pública, que acarreta o aparecimento de doenças e complicações provindas de traumas e lesões decorrentes de causas externas, como o Trauma Crânio Encefálico (TCE), que desencadeia sequelas, que alteram o desempenho das vítimas em determinadas funções físicas e psíquicas. O objetivo desse resumo é relatar como o papel do cuidador é fundamental no Plano Terapêutico Singular (PTS), baseado na construção de vínculos e educação em saúde de um paciente, vítima de TCE. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A vivência de ensino aprendizagem nos cenários de prática da disciplina Saúde e Cidadania foram realizadas no bairro São Conrado no Município de Campo Grande/MS, pelas acadêmicas do 5º semestre de Fisioterapia - UFMS. Os atendimentos foram realizados uma vez por semana no período da manhã, onde o paciente em questão encontrava-se acamado, vítima de Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), no qual o trauma deu-se devido ao contexto do uso de drogas ilícitas aliadas a violência urbana. A terapia iniciou com: orientações de posicionamento no leito para prevenir o desenvolvimento de má postura da cuidadora e paciente, adaptação do ambiente e exercícios terapêuticos. Buscou-

se construir vínculos com a família, pois para a eficácia da terapia, era necessário que o paciente fizesse exercícios propostos pelas acadêmicas duas vezes ao dia e adotasse algumas mudanças de hábitos, conforme seu consentimento e entendimento. **IMPACTOS:** Elaborar um Plano Terapêutico Singular (PTS) foi desafiador as alunas, pois, compreender a conexão da família com o paciente, a influência da cuidadora sobre o paciente, igualmente, a dele sobre ela, a historicidade, as necessidades do usuário e o contexto de inserção do mesmo na sociedade, revelaram como o ato de cuidar propõem transformações na vida de quem cuida e quais consequências isso pode acarretar para a família. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi satisfatório para as acadêmicas observar a evolução do paciente durante as sessões. Concluindo que a vivência proporcionou oportunidades de compreender o ato de cuidar, de quão ele está presente na evolução da terapia, não como uma simples ferramenta de auxílio, mas como o impulsionador de um indivíduo que recebe esse cuidado, porém luta para se restabelecer em todos os campos e compreender-se como ator principal da sua história.

DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA NO TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ludimila Cuzatis Gonçalves, Louise Anne Reis da Paixão, Raquel Bernardo da Silva, Ana Carla Silva de Oliveira Miranda, Rafaela Perdomo Cardoso, Fabiana Silva Marins Nazareno Cosme

Palavras-chave: Educação Permanente, Educação continuada, Saúde da família

Este trabalho constitui-se em um relato de experiência acerca do desenvolvimento

de ações de educação permanente e continuada no cotidiano de um Centro Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro composto por sete equipes de saúde da família. O objetivo deste relato é apresentar as contribuições e desafios dos processos de educação permanente e continuada no cotidiano desta unidade de saúde. A Estratégia de Saúde da Família é desenvolvida através da atuação de equipes multiprofissionais que atendem a população em todos os ciclos de vida com ações assistenciais, de promoção, prevenção e recuperação, no aspecto individual e coletivo. Atender as demandas da população considerando suas diversidades, complexidades e inserção no território, cumprindo protocolos e linhas de cuidado, e buscando a construção de cuidado de forma participativa e dialógica com as diferentes categorias profissionais torna-se um desafio diário. Nesse contexto os processos de educação permanente e educação continuada são importantes ferramentas para fomentar a discussão clínica, a reflexão sobre o processo de trabalho, diálogo e integração. Destaca-se que a educação permanente, de acordo com a Política Nacional, é a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. É desenvolvida a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que os profissionais já têm. Sua metodologia propõe a problematização do processo de trabalho. A educação continuada é um conjunto de práticas usuais que objetivam mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e atenção à saúde. É um processo que busca proporcionar ao indivíduo a aquisição de conhecimentos, para que ele atinja sua capacidade profissional e desenvolvimento pessoal. Os dois processos educativos acima descritos trazem contribuições para

o processo de trabalho e são desenvolvidos no cotidiano das sete equipes de saúde da família. Destaca-se como principal desafio o envolvimento e protagonismo das diferentes categorias profissionais frente às ações de educação permanente e continuada. Como contribuições ressaltam-se as discussões multiprofissionais acerca das linhas de cuidado e protocolos clínicos de acordo com a realidade do território, que possibilitam a construção coletiva de estratégias de aplicação, reflexão sobre o processo de trabalho, amadurecimento do trabalho em equipe e consequente melhoria dos serviços ofertados a população. Para superar o desafio de promover a integração e protagonismo das categorias nos processos educativos adotados na unidade têm sido realizadas reuniões semanais entre a equipe multiprofissional para fomentar o diálogo, a divisão de tarefas e responsabilidades, e a organização do processo de trabalho e favorecer o protagonismo e participação dos trabalhadores. Conclui-se que trabalhar a educação permanente e educação continuada no cotidiano do serviço contribui para melhoria dos serviços ofertados, favorece autonomia dos profissionais, o diálogo entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado, e assim, potencializa e desenvolve o trabalho das equipes de saúde da família.

DESAFIOS E FORTALEZAS EM ORGANIZAR UM ESTÁGIO DE VIVÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CENTRO-SUL PIAUIENSE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Eduardo Carvalho de Souza, Nády dos Santos Moura, Aretha Feitosa de Araújo, Mailson Fontes de Carvalho, Matheus Soares Santos, José Maria Ximenes Guimarães

APRESENTAÇÃO: O projeto Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) foram criados no ano de 2002

com o intuito de aproximar os estudantes da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e estimular a formação de trabalhadores/as para o SUS, comprometidos/as eticamente com seus princípios e diretrizes, e que se entendam como atores/atrizes sociais e agentes políticos/as capazes de promover transformações na sociedade. O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência da organização de um estágio de vivência no SUS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo descritivo com enfoque em um relato de experiência a partir de uma edição do projeto VER-SUS que aconteceu nos Municípios de Picos, Oeiras e Ipiranga do Piauí. Da referida vivência participaram 25 acadêmicos de Instituições de Ensino Superior (IES) do estado do Piauí de diversos cursos relacionados à saúde e áreas afins, sendo eles: Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Psicologia, Nutrição, Educação Física, Farmácia, Biomedicina e Turismo. Utilizou-se o Quadrilátero da educação permanente em saúde (ensino, gestão, atenção e participação popular), entre os participantes, de forma a desconstruir e reconstruírem a percepção de que aprender significativamente é ampliar e reconfigurar ideias já existentes, e com isso ser capaz de relacionar e acessar novos conteúdos. O grupo de 20 (vinte) viventes se dividiu em 04 (quatro) subgrupos de 05 (cinco) pessoas, com o intuito de vivenciarem simultaneamente a cada dia, através de visitas técnicas, debates, palestras e devolutivas, a realidade de saúde dos municípios supracitados, visitando os dispositivos de saúde, que vão desde os movimentos sociais à atenção primária, secundária e especialidades, em um período de 12 (doze) dias em imersão. Resultados: Pontos positivos: aprendizagem significativa, trabalho em equipe, proatividade, fraternidade, coletivo, afetações positivas. Pontos negativos: Falta de recursos humanos e financeiros suficientes, clima, pequenas divergências

de ideias com a equipe, decepções, descaso com os gestores de saúde da localidade, falta de apoio. A partir das dificuldades e fortalezas vivenciadas para a organização do projeto, foi possível perceber que através do trabalho em equipe, e do sentimento de empatia, os desafios se tornavam mais fáceis de superar, mostrando a importância do respeito e da motivação, tais afetações guiaram toda a vivência na edição Centro-Sul Piauiense, e que certamente serão as palavras-chave idealizadoras das próximas edições. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nesse processo de vivência e estágios percebe-se a importância do projeto VER-SUS na formação de bons profissionais e atores/atrizes sociais, pois o mesmo possibilita aos estudantes a vivência extramuros das universidades. O VER-SUS desconstrói paradigmas referentes ao SUS, e demonstra que a prática humanizada aliada ao novo modelo da ideia de promoção da saúde reconstrói ações efetivas de como lidar com o SUS, e como melhor tratar os usuários nas mais diversas categorias sociais, tornando-se um fator determinante para formação de bons profissionais.

DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS DE GESTÃO NA FORMAÇÃO DOS ACADÊMICOS DA ÁREA DA SAÚDE

Priscila Minhoni Moreira, Bruna Bruske Casara, Marcos Frata Rihl, Suzete Marchetto Claus, Quelen Tomé Pires, Máira Boeno da Maia

APRESENTAÇÃO: Com o intuito de orientar, auxiliar e facilitar o desenvolvimento das atividades previstas pelo PROPET da unidade de Caxias do Sul em parceria com a Secretaria do município, foi constituído um grupo de apoio à gestão com a participação de alunos monitores com maior experiência no programa, a fim de vivenciar situações de gestão como recomendado pelas diretrizes curriculares do curso de graduação em

saúde. O objetivo é apresentar a experiência em gestão na formação acadêmica a partir da participação do PROPET Saúde. **METODOLOGIA:** O grupo de apoio em gestão foi composto por alunos, integrantes dos cursos de enfermagem, medicina, farmácia e nutrição que se articulam com os demais participantes do programa, fortalecendo a relação entre estes e a gestão. Foram realizados encontros semanais com a responsabilidade de impulsionar e garantir a execução das atividades planejadas, além de tornar-se suporte e referência aos outros participantes. **RESULTADOS:** Ocorreram aprendizados de ferramentas de gestão: planejamento estratégico situacional, informações em saúde, fluxogramas analisadores e organizadores de trabalho, matriz de priorização, análise de viabilidade, intermediação de conflitos, análise estratégica de ações. Esta participação se constituiu como uma experiência única não só para os estudantes do grupo de apoio, mas também para os outros monitores da área da saúde, já que a maioria dos cursos de graduação em saúde não contemplam vivências no campo da gestão em seus currículos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esta experiência contribuiu significativamente no trabalho interdisciplinar e interprofissional, favoreceu a convivência e a troca de experiências, além de ser fundamental para a qualificação do programa e o desenvolvimento de competências e habilidades para atuar em gestão. Além disso, essa vivência dos discentes no projeto favorece a constituição de egressos mais qualificados para atuarem nos serviços de saúde.

DIA DO ESPELHO: UMA ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO A SAÚDE E ENFRENTAMENTO DA HANSENÍASE EM PERNAMBUCO

Andréa Carla Reis Andrade, Afonso Henrique Fernandes de Melo, Camila Maria de Aguiar

Pereira, Fabiana Monteiro Gomes Pereira, Janaína Larissa Santana Andrade, Larissa Barreiros Pinto, Tulio de Lemos Martins, Raphaela Delmondes do Nascimento

Palavras-chave: Hanseníase, Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde

APRESENTAÇÃO: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, dermatoneurológica que está intimamente ligada a condições sociais e constitui um dos problemas de saúde pública no Brasil. Nesse sentido, em Pernambuco foi criado o “Projeto Espelho”, que é uma proposta de controle da hanseníase, trabalhando com educação em saúde para a auto-suspeição da doença e diagnósticos de casos novos, além de busca ativa, mapeamento e controle dos casos¹. A Universidade de Pernambuco e o Movimento de reintegração das pessoas atingidas pela hanseníase (Morhan) vêm contribuindo na execução do projeto no município de Recife e região metropolitana, especificamente na realização do “Dia do Espelho”, umas das etapas do projeto. Este estudo teve como objetivo relatar as experiências das ações “Dia do Espelho”, em Recife e região metropolitana do ano de 2015. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O “Dia do Espelho” é instrumentalizado em três etapas: sensibilização da equipe, planejamento da ação com as equipes locais; mobilização comunitária para o evento; e realização da atividade educativa e exame dermatoneurológico com a utilização de espelhos. Estudantes de enfermagem vinculados ao projeto de extensão “Hanseníase em cena” e voluntários do Morhan participam das etapas de operacionalização da ação a partir da identificação de territórios com necessidade. Cada ação nas unidades básicas de saúde contou com a participação de 3 a 4 estudantes, voluntários do Morhan e as Equipes de Saúde local. **RESULTADOS:** Em 2015 aconteceram até a presente data 6

ações do Dia do Espelho, e 6 sensibilizações em territórios. Foram realizadas 3 ações no município de Recife, 1 no município de Itapissuma e 2 no município de Igarassu, região metropolitana de Recife. Houve trabalho educativo para a população local sobre a importância da auto suspeição para hanseníase com o uso de espelhos, das quais 3 ações se deram no formato de palestra com álbum seriado e 3 ações com a realização de uma peça de teatro abordando aspectos clínicos e psicossociais da hanseníase, além do exame dermatoneurológico nos usuários suspeitos ou que desejam ser examinados. Em Igarassu, 60 pessoas participaram das ações educativas das quais 55 pessoas foram examinadas e 4 foram diagnosticadas com a doença. Em Recife foram realizadas duas ações: uma na USF da Mangueira e outra na USF 27 de Novembro. Na USF da Mangueira houve ação de educação em saúde com a apresentação do teatro. Na USF 27 de novembro foram examinados 36 usuários com 2 casos confirmados. Em Itapissuma houveram 19 examinados com 4 casos confirmados. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante do grau de endemicidade da Hanseníase em Pernambuco e do alto número de casos confirmados nas ações realizadas, ressalta-se a necessidade de ações resolutivas, intersetoriais e interdisciplinares para o enfrentamento da doença. As atividades do Dia do Espelho possibilitam uma mobilização para prevenção, empoderamento e incentivo ao diagnóstico precoce, além de atuar no combate ao estigma existente em torno da hanseníase.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL: INSTRUMENTO NORTEADOR PARA O PLANEJAMENTO E CONSTRUÇÃO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Roger Allan Vieira dos Santos, Diego Pereira de Melo Oliveira, Fernanda Cristina Verçosa

Pacheco, Luiza Carolina Moreira Marcolino, Roberta Carla Padilha de Holanda Neto, Aline Barreto de Almeida

Palavras-chave: Diagnóstico Situacional, Unidade de Saúde da Família, Sistema Único de Saúde, Realidade Comunitária

Este relato busca apresentar uma experiência reflexiva e analítica da realidade de uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada na cidade de João Pessoa/PB. O objetivo desse trabalho é apresentar a construção e os resultados da realização do diagnóstico situacional em uma USF por alunos do curso de graduação em medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. Caracteriza-se como um estudo descritivo e exploratório, do tipo relato de experiência. Teve duração de quatro meses, compreendendo o período de fevereiro a junho de 2015 e os dados utilizados foram a partir dos registros de diários de campo; dos dados fornecidos pela equipe da USF; e do elo entre as aulas teóricas em sala de aula e a prática vivida. A vivência permitiu conhecer aspectos importantes da comunidade como determinantes sociais do processo saúde-doença, como a identificação de uma microárea com grande vulnerabilidade social, e dificuldades na acessibilidade à USF, como as barreiras geográficas do território. Em relação ao trabalho da equipe, identificamos que os indicadores de saúde requerem atenção, como por exemplo, com os exames citológicos que previnem o câncer cérvico-uterino e com a cobertura da primeira consulta odontológica, os quais não atingiram os objetivos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Assim, as experiências vividas por meio das visitas e da própria construção do diagnóstico, trouxe-nos a oportunidade de conhecermos mais sobre a realidade comunitária dos profissionais de saúde, permitindo o conhecimento e o aprofundamento do Sistema Único de Saúde e a materialização do enlace teoria e prática no contexto do aprender.

DIALOGO SOBRE O PAPILOMAVIRUS HUMANO: PERSPECTIVAS DE ADESÃO AO PROGRAMA DE VACINAÇÃO ANTI-HPV ENTRE OS PAIS ESTUDANTES DO PROGRAMA DE ENSINO DE JOVENS E ADULTOS

Lucia Maria Pereira de Oliveira

Palavras-chave: Papilomavirus humano, vacina Anti-HPV, Educação de Jovens e Adultos, Promoção da saúde

APRESENTAÇÃO: Este trabalho apresenta o relato de uma experiência de ensino desenvolvida com alunos do Programa de Ensino de Jovens e Adultos (PEJA) de uma unidade escolar da cidade do Rio de Janeiro. O estudo objetivou contribuir para a divulgação e adesão à Campanha de Vacinação contra o Papilomavirus humano (HPV) oferecido pelo Sistema Único de Saúde. Segundo o Ministério da Saúde, aproximadamente 291 milhões de mulheres no mundo são portadoras do HPV que é causa necessária para o desenvolvimento do câncer cervical. A gravidade desse quadro estimulou a realização desse estudo, intitulado “Vacina anti-HPV: para quê?”. A intenção foi conscientizar os pais, estudantes do PEJA, a levarem suas filhas para tomarem a vacina contra o HPV. Para tanto, optou-se pela pesquisa de abordagem qualitativa de cunho participativo. A coleta de dados se deu através de questionários cuja análise interpretativa mostrou o desconhecimento do HPV e convicções erradas sobre a vacina Anti- HPV, e ainda, com uma intensa resistência ao uso dessa vacina que consiste em um processo inovador de prevenção contra o vírus e conseqüentemente de prevenção contra o câncer de colo de útero em associação com o exame preventivo. Para o desenvolvimento do processo pedagógico escolheu-se a metodologia freireana que possibilita o estudo de fatos reais e o envolvimento do aluno em um processo de reflexão e de conscientização. A

estratégia de ensino contou com aula expositiva sobre os sistemas genitais, a confecção de cartazes sobre o HPV, a vacina Anti-HPV e o exame preventivo, pesquisas na internet sobre o HPV e a vacina Anti-HPV e ainda de realizações de rodas de conversas. Em resposta constatou-se os alunos do PEJA empenhados na solução de problemas extraídos de sua realidade social e integrados em um processo de reflexão crítica dos hábitos e atitudes, anteriormente assumidos. Contou com a produção de cartazes que foram distribuídos pelos murais da escola e de confecção de um folder pelos alunos, que se preocuparam em divulgar os conhecimentos adquiridos à comunidade escolar e a seus familiares num processo favorável de prevenção contra o HPV e de promoção da saúde. Este estudo culminou com adesão à vacina Anti-HPV por quatro pais que levaram suas filhas para vacinarem. Estes resultados apontam a importância de realização de projetos de educação para a saúde envolvendo o HPV junto ao Programa de Ensino de Jovem e Adulto que se revelou como um local favorável à divulgação dos benefícios e para a adesão a vacina Anti-HPV.

DIÁRIO DE CAMPO DO PNASS: A VIVÊNCIA E EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL PARA POPULAÇÃO INDÍGENA EM DOURADOS/MS

Ana Cecília Demarqui Machado, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Palavras-chave: Assistência à Saúde, Cuidado, Vivência

Durante a experiência como avaliadora do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), foi possível evidenciar diversas práticas de humanização que chamam atenção pela simplicidade, eficiência e singularidade. Em um hospital

conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Dourados/MS, a expediente do hospital era direcionada para o atendimento da população indígena local (Kaiuás, Guaranis, Xavantes e Kadwéus). Neste contexto, e como forma de preservar a sua cultura e estabelecer laços de confiança com esta população, alguns costumes (como um espaço destinado a ascender uma fogueira no sol nascente e o acesso livre dos pacientes e familiares a todas as dependências do hospital) foram incorporados na rotina e funcionamento do hospital. Foi possível observar o quão distante a avaliação prescrita estava da realidade deste serviço de saúde, uma vez que as questões contidas no formulário do PNASS não contemplavam as especificidades do local. Devido à carência de recursos locais e inexistência de outros órgãos, este hospital também abriga crianças, em decorrência do abandono familiar após o nascimento, e oferece refeição para todos os membros de família dos pacientes hospitalizados. Boa parte dos funcionários utiliza a língua Guarani nos atendimentos a fim de melhor compreender as necessidades e estreitar o vínculo. A atenção centrada no paciente e em seus costumes e crenças ficam refletidas na dinâmica do serviço que mantém a todo tempo as portas dos apartamentos abertas, uma vez que os pacientes não precisam aguardar a alta médica para interromper a internação. Meu diário de campo como avaliadora do PNASS neste local ganhou um novo sentido e especificidade, pois pude incorporar ricos detalhes, sentimentos e sensações a partir do que eu vi e ouvi. A avaliação tornou-se um momento de aprendizagem significativa do fazer saúde em consonância com as necessidades e singularidades daquele contexto. As contagiadas histórias, contadas pelos funcionários como relatos simples do cotidiano, marcaram esta experiência, e mostraram outro lado que nem sempre

uma avaliação estruturada é capaz de captar e mensurar - o coeficiente humano e as práticas humanistas não estavam descritas nos manuais, atas e Protocolo Operacional Padrão (POP).

DIFICULDADES E ENTRAVES NO TRABALHO COM PACIENTES USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EXPÕE SUAS VIVÊNCIAS EM RODAS DE CONVERSA NO UBSF

Henrique Oliveira e Silva, Raissa Pereira Nacasato, Daniely Vanoni, Aline Dantas, Jose Lucas Gomes, Iolly Pereira Nacasato, Alessandro de Carli Molina, Lucas Ferreira Marcondes Lemos

APRESENTAÇÃO: O uso do álcool e drogas é um dos grandes problemas enfrentados pela saúde pública. A dificuldade de abordagem desses pacientes é um grande entrave para o sucesso de conduta e tratamento. Usuários são vistos pela população e por profissionais de saúde como necessitando de cuidados jurídico-sociais e não como dependentes de uma abordagem da equipe de saúde. Assim objetivou-se através desse levantamento traçar o perfil de percepção dos ACS em relação ao uso de álcool e drogas na comunidade. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O diagnóstico situacional foi realizado através de entrevista semiestruturada com 12 ACS da UBSF Los Angeles/Campo Grande - MS conjuntamente a aplicação da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo com o grupo focal para avaliação dos resultados. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Foi presente na fala dos ACS a questão do medo de trabalhar com o paciente usuário de drogas. Todos relataram em suas falas a dificuldade de abordar esse paciente entende-o como traficante/bandido, não sendo, portanto, o problema do álcool e drogas uma demanda

de saúde. Os ACS temem retaliações por parte dos usuários, uma vez que os próprios são da comunidade, moram no bairro. É o que fica evidente nas falas dos agentes: 1) “Nossa região tem crianças que usam drogas, mas olham para gente como se fossemos x9; você fica marcado, se acontece algo eles acham que foi nós, é muito difícil dar a cara a tapa e depois fica exposto” 2) “Uma pediu para eu conversar com o filho dela, eu falei, mas ele não gostou muito, à noite deram tiros na frente da minha casa e eu entendi que não era para eu me meter”. 3) “Tenho medo de tocar nesse assunto principalmente com homens, pois você entra na casa sozinha e você não sabe do que ele é capaz, é arriscar a nossa vida”. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Realmente existe um problema de percepção dos ACS em relação aos usuários de álcool e drogas, evidenciando a dificuldade de abordagem e tratamento desses pacientes pela rede de saúde. É necessário um trabalho de capacitação desses profissionais quanto a percepção e cuidado do paciente usuário, não só na UBSF em questão.

DISCUTINDO AUTONOMIA E INDEPENDÊNCIA NA VELHICE: EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ana Caroline Batista da Silva, Évany Maria Umbelina Amorim Smith, Ingrid Raiane Renê Cordeiro

Palavras-chave: Enfermagem, Idosos,

INTRODUÇÃO: A perda da autonomia representa, para os idosos, uma das maiores preocupações. Para esta população, saúde está relacionada, diretamente, com independência, capacidade para fazer as coisas, trabalhar, poder ir e vir, mesmo portando algumas doenças crônicas. Mantendo-se os idosos independentes e autônomos, as dificuldades serão menores,

tanto para si quanto para a família e para a sociedade. Diante do envelhecimento populacional, Costa (2003) diz que a meta no atendimento à saúde deixa de ser apenas prolongar a vida, mas, principalmente, a de manter a capacidade funcional do indivíduo, de forma que esse permaneça autônomo e independente pelo maior tempo possível. Para que isso ocorra, o sistema de saúde precisa garantir o acesso universal aos cuidados progressivos de saúde e as políticas públicas devem enfatizar a promoção de saúde e a prevenção de doenças. O idoso deve ser avaliado de forma holística, com o enfoque principal na manutenção da capacidade funcional. Neste trabalho, objetivamos relatar a importância da autonomia e independência na terceira idade, desenvolvido com um grupo de idosos. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Estudo descritivo exploratório do tipo de relato de experiência, resultante do projeto de extensão “Idoso Saudável”, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde do Guamá. O tema autonomia e independência foram abordados com os idosos do grupo através de uma atividade que consistiu na divisão de subgrupos, a estes foi distribuído de forma aleatória temas como trabalho, lazer, autocuidado e atividades domésticas. Após a entrega dos temas os subgrupos discutiram sobre como desenvolver a autonomia e a independência na velhice. Para finalizar a atividade, cada grupo, mediante um representante, apresentou resumidamente a discussão do seu subgrupo. Após essa apresentação da discussão em grupo, os profissionais de enfermagem, acadêmicos e os idosos expuseram suas opiniões acerca do tema, possibilitando maior interação do grupo. **RESULTADOS:** Certamente a abordagem do tema de forma participativa contribuiu para que os idosos pudessem compreender a importância da autonomia e independência para uma velhice saudável. Notamos

que a dependência que encontramos em alguns idosos, para realizar atividades cotidianas, está relacionada com algumas patologias, e não apenas com o processo de envelhecimento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Mesmo acometido por alguma patologia, o idoso sente necessidade de desenvolver as suas atividades independente, ainda que parcialmente. Essa vontade deve ser estimulada pela família e pelos profissionais de saúde que o assistem, deixando que o idoso continue a executar suas atividades de vida diária, respeitando, é claro, os limites impostos pelo processo de envelhecer. Este estudo possibilitou ainda nos sensibilizar quanto à importância da autonomia na velhice, visando à prevenção e promoção da saúde da pessoa idosa.

DO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA AO NÚCLEO INTERPROFISSIONAL: DOCÊNCIA NO FORTALECIMENTO DA FORMAÇÃO PARA O SUS

Augusto Fernando Santos de Lima, Plínia Manuella de Santana Maciel, Wellington Bruno Araujo Duarte, Priscila Rossany de Lira Guimarães Portela, Laís de Souza Monteiro, Juliana dos Santos Lima, Elan José de Lima, Marcelle Luana Carneiro Lemos

Palavras-chave: Educação, Interprofissional, Saúde

APRESENTAÇÃO: Atualmente está pautada toda a importância da formação dos profissionais de saúde voltados para o Sistema Único de Saúde (SUS), em sua dinâmica de trabalho em equipe e interprofissional. É nesta lógica que atua a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da UPE, que oportuniza seus residentes, em um estágio de docência, praticar o ensino para estudantes de graduação. Uma das disciplinas disponíveis é o Módulo interprofissional, obrigatório

para os primeiros períodos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Educação Física, Saúde coletiva e Odontologia da Universidade de Pernambuco (UPE), que unifica os cursos objetivando, no início de suas formações, a visualização do recorte de trabalho que terão na atuação profissional, em equipe. A atuação do residente, como tutor, na docência do Módulo é de uma importância ímpar, tendo em vista todo o crescimento mútuo que será construído juntamente com os graduandos e com os demais tutores. As atividades pedagógicas nesta unidade curricular acontecem a partir de uma abordagem metodológica focada na crítica da realidade, na busca pela conscientização, no desenvolvimento de um processo onde o sujeito torna-se capaz de apreender a unidade dialética entre ele e o objeto de ensino. **METODOLOGIA:** Portanto, a problematização da prática social é a opção adotada para trilhar-se, conjuntamente com os alunos, este caminho, como forma de desenvolver integradamente os objetivos de aprendizagem: cognitivos, afetivos e psicomotores. Assim, as atividades teóricas e práticas são precedidas por planos de aulas que busquem a construção do conhecimento de forma ativa e participativa entre docentes (professor e preceptor) e discentes. São realizadas atividades de reflexão/concentração e prática/dispersão, onde as de dispersão (encontro com a realidade) servem como ponto de partida para problematização, que orientará a teorização e construção dos conceitos nos momentos de reflexão, integrando teoria e prática, de acordo com a roda construída a partir do Arco de Magueres. Os acompanham nos cenários de práticas que são os Equipamentos da Atenção Primária em Saúde (Programa Academia da Cidade, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Programa Saúde na Escola, Programa de Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde) do território das Unidades de Saúde da Família

do Município de Recife. As vivências são orientadas por instrumentos, roteiros de observação, que possibilitam a identificação da realidade do trabalho em equipe nos diferentes cenários. As informações coletadas nas atividades práticas servem de subsídios, juntamente com as reflexões teóricas, para a estruturação do trabalho final do Módulo Interprofissional, que se configura como um plano de intervenção no território, com execução pautada na modificação da realidade encontrada. O residente atua em cada momento estratégico das atividades tencionando o pensamento dos alunos, buscando a crítica. A retroalimentação é fantástica, sentir-se como agente potencializador do processo educativo formador para o SUS é amplamente importante na atual conjuntura da educação para a saúde no país. Destarte, o futuro sanitário deve estar preparado para essas modificações e, essa oportunidade contempla infinitamente os objetivos pretendidos no processo de educação permanente e continuada para o SUS.

DOCÊNCIA NA SAÚDE, CRIATIVIDADE E UMA FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR: EXPERIÊNCIAS NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ POTENCIALIZADAS PELO PROSAUDE

Leonardo Sales Lima

Palavras-chave: PROSAUDE, Formação em Saúde, Docência na Saúde,

A formação em saúde vem proporcionando mudanças nos últimos anos. A implantação das diretrizes curriculares possibilitou a universidade pensar um profissional de saúde mais crítico, reflexivo e comprometido com a realidade social. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, nos últimos 30 anos, vem caminhando apontando

caminhos sobre esse novo profissional de saúde que está se inserindo no espaço territorial da saúde da família, apreendendo novas formas de fazer e agir no processo de cuidado. Neste sentido, e guiado por movimentos incentivados pelas políticas de re-orientação da formação em saúde, urge uma necessidade de pensar um profissional de saúde integrado e comprometido com as reais necessidades do povo brasileiro. Assim, a inserção no campo da atenção básica vem convidando um olhar mais politizado e com aspectos que possibilitam a participação mais ativa desses profissionais na vida das pessoas. O objetivo deste trabalho é apresentar as experiências da Formação de Profissionais de Saúde oferecidas na Universidade Estadual do Piauí (UESPI), considerando a implantação do PRO-SAUDE nos cursos de Medicina, Psicologia, Fisioterapia, Enfermagem e Educação Física. Neste sentido, a formação em saúde da UESPI vem se adaptando aos processos que estão sendo disparados desde então a nível nacional. Através de uma aproximação com metodologias ativas que focalizam a formação buscando uma aprendizagem significativa; o uso da Educação Permanente e de conceitos da Educação Popular tem contribuído com os movimentos de ensino-aprendizagem, possibilitando o desenvolvimento de um profissional capaz de realizar uma leitura mais aproximada com o contexto de sua inserção, diminuindo a distância do mesmo com o indivíduo, ao mesmo tempo em que fortalece os vínculos entre o profissional e a população. Na experiência desenvolvida na UESPI, a disciplina integrada de Educação em Saúde, o PET-SAUDE Controle Social e a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade tem conseguido integrar conceitos, vivências e práxis que empoderam os envolvidos na construção de um olhar mais ampliado da prática. A utilização de ferramentas que envolvem

os movimentos da cartografia de cada sujeito envolvido, o conjunto de afecções despendidas durante os encontros semanais, além dos portfólios descritivos, teóricos e reflexivos individuais desenvolvem sujeitos mais autônomos e capazes de serem mais ativos diante dos problemas do território social experimentado. As experiências atuais caminham para o fortalecimento de uma formação em saúde mais dinâmica que se constroem com as nuances de cada experiência e espaços vivenciados. Observa-se que o comprometimento dos profissionais de saúde formados dentro desse processo percorre além da linha tênue da prática pela prática. Estes auxiliam no desenvolvimento do Controle Social, fortalecem as redes comunitárias e a intersetorialidade no âmbito das políticas públicas. Assim, a formação profissional proposta contribui para o fortalecimento de uma formação mais crítica e focada no desenvolvimento social do sujeito.

EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA COMO ESTRATÉGIA PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL SÃO PAULO

Ieda Aparecida Carneiro, Maria Isabel Sampaio Carmagnani, Leila Blanes, Angelica Belasco Silva Gonçalves, Maria Elisabete Salvador Graziosi, Gisele Grinevicius Garbe, Antonio Aleixo Silva

Palavras-chave: ensino a distância, enfermagem, educação permanente

INTRODUÇÃO: A educação a distância como modalidade educacional, ocorre com a utilização de meios e tecnologia de informação e comunicação. Essa é uma ferramenta estratégica e importante de sobrevivência dos profissionais. Além disso, a EAD tem impulsionado as organizações que lutam por manter-se e ganhar espaços em

seus mercados. Esta modalidade de ensino tem se mostrado adequada e relevante na área de enfermagem, que apresenta grande necessidade de atualização, devido as suas características de acessibilidade, recursos múltiplos e possibilidade de integração de equipes. Considerando a importância de se ter cursos atualizados e acessíveis de forma contínua, a Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo (HSP), em parceria com o Departamento de Informática em Saúde (DIS) da UNIFESP, desenvolveu uma plataforma de aprendizado intitulada Programa de Educação Permanente Online, a fim de capacitar e promover adesão dos profissionais da saúde às boas práticas da assistência ao paciente. Objetivo: Relatar o desenvolvimento e implementação de uma modalidade de aprendizado a distância para a equipe de enfermagem em um hospital de ensino. MATERIAL E MÉTODOS: Estudo descritivo de relato de experiência sobre o uso da modalidade de ensino a distância para desenvolvimento e atualização de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. O curso foi desenvolvido em 2011 e implantado em maio de 2012. O núcleo discente foi constituído por cerca de 1750 funcionários entre enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem e residentes de enfermagem. O conteúdo programático até o momento (outubro de 2015) consta de 24 módulos sobre a assistência de enfermagem, sendo que o primeiro módulo desenvolvido foi sobre a higienização das mãos. O desenvolvimento do curso foi realizado em cinco etapas: Primeira Etapa: Identificação das necessidades de treinamento. Revisão dos Procedimentos Operacionais Padrão de higienização das mãos (POP); Segunda Etapa: Planejamento do Curso. Através de reuniões com a equipe do Departamento de Informática em Saúde para desenvolvimento do programa, elaboração do material pedagógico, discussão e implantação do

programa de educação permanente Online; Terceira Etapa: Capacitação dos Tutores em duas etapas- treinamento teórico e treinamento prático; Quarta Etapa: Início da Programação e inauguração do programa nas festividades da Semana de Enfermagem em maio de 2012; Quinta Etapa: Orientação aos alunos. Formação dos grupos por blocos de especialidades de acordo com cada Gerência de enfermagem, orientação dos alunos, realização das atividades didáticas à distância e monitoramento das atividades propostas. Resultados: Foi observado em todos os períodos de trabalho, grande envolvimento dos profissionais de enfermagem, adesão dos funcionários aos cursos, discussão sobre a prática de higienização das mãos, e mudança de comportamento. O curso se apresentou como um recurso de fácil utilização, em que as informações estão disponíveis integralmente a qualquer momento, possibilitando treinamento uniforme e atualizado a todos os profissionais de enfermagem. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A utilização da modalidade de ensino a distância para desenvolvimento e atualização de profissionais de enfermagem se constitui em importante estratégia de ensino e aprendizagem no ambiente hospitalar.

EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA COMO UMA ESTRATÉGIA PARA A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Fátima Madalena de Campos Lico, Cecilia Cleonice Ribeiro Martins

Palavras-chave: Educação Permanente, Saúde do Trabalhador, Educação à Distância

INTRODUÇÃO: A Educação Permanente em Saúde (EPS), com a utilização da Educação à Distância (EAD), como uma prática

educativa e como estratégia de inovação na formação e qualificação dos trabalhadores de saúde no SUS, representa um caminho para construção coletiva do conhecimento, mudanças das práticas e da gestão dos processos de trabalho. Considerando que as Políticas Nacional e Municipal de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora têm como diretriz promover a Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores, uma das estratégias é investir na educação permanente dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde da cidade de São Paulo e construir a linha de cuidado em Saúde do Trabalhador. Com este objetivo foi realizado o Curso de EAD em Saúde do Trabalhador na Rede de Atenção à Saúde - RAS, em consonância com as diretrizes da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST. O Curso foi realizado pelos Centros de Referência Saúde do Trabalhador - CRST, Área Técnica Saúde do Trabalhador e Escola Municipal de Saúde. OBJETIVO: Relatar experiência de educação permanente em saúde (EPS), utilizando a estratégia EAD, para a qualificação dos profissionais de saúde e construção da rede de cuidado em saúde do trabalhador. METODOLOGIA: Acompanhamento e orientação pelos tutores - profissionais dos CRST, Transmissão das aulas pelo Canal Profissional da Rede São Paulo Saudável, pelo Ambiente Virtual de Aprendizado (AVA), que integram a Teleeducação do Programa Telessaúde Redes do Município de São Paulo, Fórum de Discussão no AVA e momentos presenciais nas 6 Coordenadorias Regionais de Saúde-CRS. RESULTADOS: Foram realizadas 12 turmas do Curso, no período de setembro de 2014 a junho de 2015, abrangendo 820 profissionais de saúde. A carga horária total do Curso foi de 65 horas. O curso foi desenvolvido em 9 módulos, sendo 7 na modalidade Educação a Distância – EAD e 2 presenciais nas CRS. Aprendizado com a vivência: A realização do Curso deu início ao processo de educação permanente

para construir coletivamente a Rede de Cuidado à Saúde do Trabalhador nos territórios. Propiciou reflexão sobre o processo de trabalho nos CRST e sobre papel da atenção básica como ordenadora do cuidado. Introduziu a reflexão sobre a importância da categoria trabalho como um dos determinantes sociais e possibilitou rever as práticas para o acolhimento dos trabalhadores nas Unidades de Saúde. A EAD foi uma estratégia facilitadora para a integração dos CRST na rede de atenção à saúde e da articulação intersetorial. Houve a participação dos conselhos gestores das unidades de saúde, sindicatos, Cipas das Subprefeituras e Universidade. Os momentos presenciais reforçaram os vínculos com os profissionais dos CRST para a adesão ao curso e matriciamento. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A Educação Permanente com utilização da EAD permite intervir no processo de trabalho, promover a articulação intra e intersetorial contribuindo para a construção da rede de cuidado em saúde do trabalhador. A integração da EAD com Rodas de Conversas nas regiões reforçam o vínculo com os tutores e potencializa a EAD. Impõem-se a necessidade de EAD, com garantia de momentos presenciais e tutoria qualificada.

EDUCAÇÃO CONTINUADA EM UM HOSPITAL DA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE IMPERATRIZ – MA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Marcela Rangel de Almeida, Víctor Pereira Lima, Giana Gislanne da Silva de Sousa, Priscilla Ingrid Ferreira da Silva, Janaina Nunes do Nascimento, Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos, Pedro Martins Lima Neto, Lívia Maia Pascoal

Palavras-chave: Enfermagem, Educação Continuada, Educação em Enfermagem

APRESENTAÇÃO: A educação continuada é entendida como um processo permanente

após a formação básica no qual o profissional deve estar envolvido para aquisição de novas informações, através de palestras periódicas, congressos e outros meios que atualizam o profissional, melhorando assim sua qualidade. Na saúde, faz-se importante o uso deste tipo de educação devido a grande evolução teórica e técnico-científica. Nessa perspectiva, o objetivo do estudo é relatar os enfrentamentos percebidos por discentes na realização de um Programa de Educação Continuada para profissionais da saúde no Hospital Municipal de Imperatriz/MA. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um relato de experiência de uma vivência discente no projeto de extensão intitulado Capacitação sobre Assistência de Enfermagem no Pós-operatório de Cirurgia Torácica e Abdominal Alta – CAEP vinculado à Pró-Reitoria de Extensão – PROEX /UFMA pelo edital PROEX/UFMA Nº 21/2014. O projeto realiza palestras mensais aos profissionais de saúde do Hospital Municipal de Imperatriz – HMI. A palestra com o tema “Orientações de Enfermagem no Pós-operatório de Cirurgias Torácicas e Abdominais Altas” foi realizada em dois encontros em junho de 2015. A duração de cada encontro teve média de 30 minutos sendo dividido em duas fases: Palestra e Preenchimento do questionário como um instrumento avaliativo dos conteúdos ministrados e sobre o impacto em suas realidades de trabalho. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido obedecendo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. RESULTADO: A palestra alcançou 16 Técnicos de Enfermagem do hospital alvo. Na primeira fase, deu-se o desenvolvimento da palestra na qual foi perceptível por parte dos discentes que o público alvo não percebe a importância da educação continuada para a sua formação profissional. Na segunda fase, ocorreu o preenchimento do instrumento avaliativo e interação entre acadêmicos e

profissionais que evidenciaram inúmeros fatores enfrentados que desmotiva a participação neste tipo de atividade. Dentre os fatores observados destacam-se a incompatibilidade de horários, grande jornada de trabalho, falta de incentivo seja por parte da instituição ou da liderança da equipe. CONCLUSÃO: Existe uma grande necessidade de incentivo para os profissionais de saúde na participação de educações continuadas, por isso, deve-se promover estratégias que motivem a participação dos profissionais nessas atividades.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE – RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NA REUNIÃO PARA CUIDADORES DA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DO HOSPITAL SÃO JULIÃO

Vanessa T. Gubert de Matos, Maria de Fatima Bregolato Rubira de Assis, Socorro Andrade de Lima Pompilio, Luciane Perez da Costa, Camila Guimarães Polisel, Maurício Antônio Pompilio, Erica Tanowe Madallena, Edivânia Anacleto Pinheiro

Palavras-chave: Educação em saúde, Humanização, CCI, Cuidadores

APRESENTAÇÃO: Educação em Saúde está relacionada com as práticas compartilhadas e articuladas entre os vários níveis de gestão e a relação direta do serviço com os usuários. Nesse sentido, tais práticas devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a inclusão social, aprimoramento dos cuidados, significação das ações, como também a promoção da cidadania. Este relato de experiência se refere aos dois primeiros anos da prática transversal envolvendo as reuniões de cuidadores da unidade de Cuidados Continuados Integrados - CCI do

Hospital São Julião, Campo Grande – MS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** As reuniões de cuidadores e clientes CCI tem sido realizadas todas as segundas-feiras, no período vespertino, com duração de uma hora e sendo conduzidas pelos residentes multiprofissionais. Essas reuniões compreendem temáticas relevantes diante das realidades vivenciadas no período de internação, bem como práticas educativas que promovam o autocuidado em relação às atividades básicas. As abordagens temáticas iniciam com a dinâmica de apresentação individual, informação do tema a ser discutido no dia, o qual depende da área multiprofissional que está conduzindo a reunião, atividade compartilhada propriamente dita, avaliação dos pares e da atividade desenvolvida. Ainda, é solicitado aos cuidadores que sugiram temas para serem abordados nas próximas reuniões. Resultados e/ou impactos: Desta forma, são realizados os encontros de saberes, práticas e vivências que contribuem para a autonomia do usuário e cuidador no processo saúde e doença, possibilitando também o aperfeiçoamento da equipe multiprofissional que pode reinventar suas práticas de forma mais humanizada. A construção compartilhada do conhecimento numa visão emancipatória tornam os sujeitos envolvidos em protagonistas do processo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A concepção de Educação em Saúde se refere ao processo saúde-doença, distanciando da concepção de prevenção de doença para a promoção da saúde. Nesse sentido, estimular a coprodução de saúde dos usuários, seja ele paciente ou cuidador, em sua autonomia, tornando-os conscientes e críticos de seus processos biopsicossociais, é tarefa dos profissionais de saúde comprometidos com o cuidado.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM CRIANÇAS NA ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DA VILA CRUZEIRO DO SUL (AMOVICS), PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL : COMPARTILHANDO CONHECIMENTO E MULTIPLICANDO SABEDORIA

Maria Renata Pereira dos Santos, Regina Pedroso, Bibianna de Oliveira Pavim, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: Educação em Saúde, Saúde Comunitária

APRESENTAÇÃO: A ocupação do tempo fora do turno escolar é essencial para a formação da criança e do adolescente. A Associação de Moradores da Vila Cruzeiro do Sul (AMOVICS) na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), recebe crianças de seis a dezessete anos que passam o turno inverso da escola onde são oferecidas inúmeras atividades como: oficina de informática, alimentação, esporte, cuidado e lazer. No local também ocorrem durante o ano parcerias com acadêmicos e residentes da Universidade para realizar trabalhos diversos de Educação em Saúde. Este projeto é realizado por duas Profissionais Residentes em Saúde Coletiva a partir do qual foram firmados, com o aceite da Coordenação Pedagógica da Associação, cinco encontros com temáticas diferenciadas. O objetivo deste trabalho é documentar a experiência dos Residentes no desenvolvimento destas ações, voltadas à Educação em Saúde para o público infantil da AMOVICS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O projeto é desenvolvido através de encontros mensais, desde junho de 2015. Foram abordadas algumas temáticas, tais como: Hábitos Saudáveis, Dengue, Alimentação Saudável, Adoção Responsável e Primeiros Socorros. O público alvo para participar dessas práticas foram crianças dos seis aos dez anos, tendo aproximadamente vinte participantes por turno (manhã e tarde). Foram estabelecidas

parcerias com a Coordenação Geral de Vigilância em Saúde de Porto Alegre (CGVS) e Secretária Especial dos Direitos Animais de Porto Alegre (SEDA). Foram levados materiais expositivos, jogos, imagens, painéis de colagem, cartazes, desenhos para colorir e vídeos. Todos os materiais foram adaptados para auxiliar o aprendizado em todas as faixas etárias. Os diálogos foram abertos com discussões, perguntas e participação direta de cada criança. **RESULTADOS:** Sendo este um processo contínuo, constatamos que as dinâmicas se tornaram mais significativa para eles, pois a cada encontro resgatamos o que tinham visto no anterior. O contato com as crianças nos proporcionou a criação de vínculo, auxiliando nos processos voltados à Saúde Comunitária. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nossa ideia é consolidar este trabalho iniciado com a chegada dos Residentes no próximo ano. A experiência com crianças voltada à Educação em Saúde é muito rica e nos deixa com grandes expectativas sobre possibilidades de avanços no sentido de promoção da saúde. O compartilhamento de sabedoria para aqueles que serão os futuros multiplicadores de conhecimento é de suma importância para mudar a visão daqueles que pouco conhecem e que são oriundos de um território tão fragilizado, cujas possibilidades muitas vezes são limitadas em função dos determinantes sociais da saúde e situações de vulnerabilidade em que estão inseridos.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM FOCO NA SEXUALIDADE REALIZADA EM IMERSÕES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

Lucas Henrique Lenhardt, Bruna de Oliveira, Vanderléia Laodete Pulga, Maríndia Biffi

Palavras-chave: Educação em Saúde, Sexualidade na escola, Vivências, SUS

Apresentação: Educação em saúde são ações realizadas que estimulam a prevenção de doenças, a promoção de saúde e a participação popular em assuntos relacionados à qualidade de vida e ao bem-estar social da população. Os atores sociais responsáveis pelo desenvolvimento dessa abordagem prática no SUS estão vinculados às equipes de saúde da atenção básica, à população dos municípios e, eventualmente, aos estudantes de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul que, por meio de vivências/imersões, entram em contato com a realidade do sistema de saúde de municípios da região e ali constroem atividades que auxiliam na identificação de fragilidades apontadas em determinados pontos do convívio social. O tema saúde sexual é enfatizado porque, apesar de esforços já realizados, a eficácia observada nos indicadores sociais mostra que ainda são situações de vulnerabilidade. **Desenvolvimento:** Por meio da análise epidemiológica territorial de cidades como Marau/RS e Ernestina/RS (acompanhadas nas vivências), constatou-se que há falta de planejamento familiar, resultando em altos índices de gravidez na adolescência além de patologias de ordem sexual. Outro fator condicionante a essa situação é o descaso quanto à profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis e à falta de conhecimento de determinados métodos contraceptivos. Buscando-se uma resolutividade prática desse tipo de situação nos municípios, foram realizados projetos de interação que proporcionaram a prática de educação em saúde nas escolas. Esses projetos possibilitaram um repasse de conhecimentos sobre o sistema reprodutor, a exposição sobre métodos contraceptivos e seu uso correto e a explanação sobre doenças sexualmente transmissíveis com

foco em Sífilis e AIDS. Essas atividades foram realizadas de forma mais prática com dinâmicas e rodas de conversa, proporcionando uma maior aproximação dos adolescentes e estimulando trocas de experiências. Resultados: Sabendo que a vulnerabilidade no âmbito sexual é um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e comparando esses dados aos dos municípios com práticas de imersão, constatou-se que de fato a fragilidade se encontra nos adolescentes e há dificuldade da atenção básica em promover a conscientização geral e a atenção a esses agentes, pois tanto a adesão como a preocupação com esse tema estão subvertidas na ideia de pseudoconhecimento. Uma atuação multidisciplinar na escola que envolva equipes de saúde, pais, alunos e professores culmina em práticas sexuais mais conscientes com o uso de métodos contraceptivos e na proteção das DST's. É imprescindível considerar as especificidades do território e da população adstrita favorecendo uma intervenção ampla e integrada. Considerações Finais: A atuação do SUS e a prática de educação em saúde nos ambientes escolares são responsáveis por criarem um espaço de aprendizagem e um local mais propício para o estreitamento de vínculos com os adolescentes. A elaboração de atividades práticas que visem essa troca de informações e repasse de conhecimento propiciam que eles identifiquem onde está o risco de prejudicar ou modificar as suas vidas através de um convívio mais seguro e pautado em orientações de profissionais, acadêmicos ou agentes sociais que possam modificar indicadores e favorecerem uma educação em saúde mais efetiva.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA: APRENDENDO COM A INTERSETORIALIDADE

Suzete Marchetto Claus, Cláudia Patrícia Malta Panno de Oliveira, Eric Rodrigues da Silva, Valesca Cristina Schenato, Priscila Minhoni Moreira, Eléia de Macedo, Thainara Fontoura Brandolt da Rocha

Palavras-chave: Educação em saúde, Intersetorialidade, promoção em saúde

APRESENTAÇÃO: O Programa de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde) e o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (Pet-Saúde) trazem para a graduação em saúde a oportunidade de desenvolver competências e forma de articular ensino-serviço-comunidade, envolvendo os acadêmicos na realidade local de forma ativa e crítica. Também é possível desenvolver ações intersetoriais com os demais cursos e setores da área da saúde, promovendo essa prática desde a formação acadêmica. O objetivo é demonstrar a relevância da participação dos acadêmicos dos cursos da área da saúde, em atividades como o Programa Saúde na Escola para a aproximação com a realidade local e o desenvolvimento das competências exigidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O município de Caxias do Sul participa do projeto Saúde e Prevenção na Escola desde 2007, e aderiu ao PSE em 2013. Estes programas articulam políticas de saúde e educação, que visam o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento das crianças e adolescentes no meio social. O PET faz parte do grupo de trabalho interdisciplinar e multidisciplinar do PSE no município. Os alunos do PET estão inseridos nestes programas no planejamento das ações, na

avaliação das condições de saúde, promoção à saúde e prevenção a agravos combinado com a educação permanente das equipes profissionais. **RESULTADOS:** A participação dos alunos do PET em todos os componentes do PSE proporcionaram aprendizados de como construir a intersetorialidade na sua formação, seja mobilizando diversos setores, respeitando suas características; compreendendo os limites e potencialidades de cada setor; seja compartilhando saberes e poderes; aprendendo a lidar com conflitos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esta experiência oportunizou aprendizados na construção de políticas públicas de forma a possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos para produzir efeitos mais significativos para as necessidades da população.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS ESCOLAS DE LADÁRIO/MS PELO PROJETO RONDON/MS

Maira Thaís Haro Rossini, Luis Eduardo Silva Ormonde, Rafael Kanji Nakamura, Daniely Francely de Lucca Vanoni, Isabella Beatriz Gonçalves Lemes

Palavras-chave: educação, DST, drogas, Rondon

APRESENTAÇÃO: Dentre as ações realizadas pelo Projeto Rondon/MS em Ladário/MS entre julho e agosto de 2015, destaca-se a educação em saúde nas escolas de Ladário, realizada por acadêmicos de medicina e de enfermagem. Os temas abordados foram doenças sexualmente transmissíveis (DST) e drogas que, apesar da elevada incidência na cidade, muitas vezes é negligenciados. As ações ocorreram no dia 30 de julho na Escola Estadual Leme do Prado e nos dias 03 e 04 de agosto na Escola Estadual 2 de Setembro. Com o objetivo de promover educação em saúde, foram contemplados

pelos professores e estudantes do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental e 1º ano do Ensino Médio. **DESENVOLVIMENTO:** O tema "DST" foi abordado em sala de aula, através de apresentação de slides com as principais DST, como sífilis, herpes, HIV, etc. Em seguida foi demonstrada a inserção da camisinha feminina e masculina com modelos de vagina e de pênis, respectivamente, sendo também inseridas por alunos voluntários. Por fim, foi realizada uma dinâmica para melhor compreensão da transmissão sexual do HIV, simulando uma festa. Enquanto a música tocava, os alunos, que haviam recebido um papel com um símbolo, deveriam pedir a assinatura de três colegas. Estes seriam seus supostos parceiros sexuais, sendo que apenas um dos papéis indicava uso do preservativo. Ao final, foi revelada a pessoa portadora de HIV na festa. Assim, todos os que tiveram relação sem preservativo com ela ou com parceiros contaminados por ela estavam também com o vírus. O tema "drogas" também foi exposto de forma similar. Através de apresentação de slides foram abordadas substâncias lícitas e ilícitas de maior importância. Em seguida, foi exibido um curta-metragem chamado "Nuggets", com o objetivo de conscientizar os alunos sobre os efeitos nocivos das drogas. Em seguida, as carteiras foram dispostas em forma de círculo para maior interação do grupo. Inicialmente, foi realizada uma descontração em que os participantes respondiam questões referentes a mitos e verdades sobre drogas. Seguiu-se a essa atividade uma dinâmica que consistia em fazer uma "troca de ideias" entre os alunos e os rondonistas sobre o assunto. **IMPACTOS:** Essa ação atingiu cerca de 340 participantes. Os alunos puderam esclarecer dúvidas a respeito das DST e sobre a inserção da camisinha que provavelmente não discutiriam em outro ambiente, além de perceberem a importância de praticar sexo seguro. Quanto às drogas,

na forma de apresentação expositiva houve pouca participação dos alunos. Na forma de dinâmica, entretanto, os alunos demonstraram estar muito mais à vontade em fazer perguntas aos rondonistas, construindo um diálogo enriquecedor para todos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O trabalho com educação em saúde nas escolas de Ladário abordou temas relevantes para os alunos da região. O maior conhecimento sobre DST e drogas é de grande importância, pois ainda são tabus que podem ser desmistificados através de informação e de dinâmicas. Dessa forma, as ações obtiveram êxito em proporcionar educação no âmbito biopsicossocial.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO ASSENTAMENTO DO MOVIMENTO SEM TERRA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Edmilson Alves dos Alves dos Santos, Adilson Ribeiro Ribeiro dos Santos, Tilson Nunes Nunes Mota

Palavras-chave: Educação em saúde, Promoção da saúde, Saúde Pública

APRESENTAÇÃO: Trata-se de uma atividade de educação em saúde realizada num assentamento do Movimento Sem Terra, no município de pequeno porte do Sul da Bahia. **Objetivo:** Relatar uma experiência de educação em saúde vivenciada por um estudante de enfermagem, para reforçar a importância da educação em saúde na promoção da qualidade de vida. **METODOLOGIA:** A atividade foi desenvolvida após diagnóstico das necessidades, realizada entre líderes do Movimento e um estudante do curso de Enfermagem, em Setembro de 2014. A atividade aconteceu no período noturno, no espaço da comunidade que tinha porte para acomodar todos os participantes. No primeiro momento, houve o planejamento

das atividades e o mecanismo de avaliação. Logo em seguida, a comunidade foi convocada para comparecer ao local da atividade. Em média, 30 pessoas, entre homens e mulheres se fizeram presentes. De maneira lúdica e contando com o envolvimento dinâmico da comunidade, foi aferida a pressão arterial, realizado glicemia, e também os dados antropométricos: peso e altura. Logo em seguida realizou-se uma roda de conversa sobre hábitos saudáveis de vida, ressaltando a importância da prática de exercícios físicos, alongamentos e alimentação saudável. Após a realização da educação em saúde, foi dada a oportunidade para a comunidade expressar a relevância dessa atividade. **RESULTADOS:** No processo de avaliação, percebeu-se que a atividade de educação em saúde foi capaz de promover a participação ativa da comunidade, despertando para uma tomada de consciência, atitudes e a necessidade de relações mais dialógicas dessa comunidade com o serviço de saúde. Encaminhamentos para unidades de referências foram realizados, alguns fatores de risco foram identificados, ressaltou-se a importância de serem aplicadas atividades educativas em saúde para outras detecções de problemas na saúde dessa comunidade de forma constante e uma feira de saúde foi estimulada a ser desenvolvida em breve para a comunidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Ressalta-se a importância de atividades educativas em saúde para a comunidade em geral de forma constante, acreditando que assim alcançaremos uma sociedade mais saudável, mais responsável e mais consciente de suas atitudes e práticas relacionadas à saúde, prevenindo doenças, diminuindo os gastos com a saúde e as filas nos hospitais.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL REGIONAL DE GUANAMBI

Maria Alves da Silva, Cinoelia Leal de Souza, Beatriz Ledo Santana Oliveira, Clebiane Costa Melo Nogueira, Cristielli Jovanna Pereira de Souza, Dênio Carlos Ledo Bezerra, Lucélia Silva Cardaso, Márcia de Souza Alves

Palavras-chave: Educação em saúde, Formação em saúde, Estágio curricular, Rede hospitalar

APRESENTAÇÃO: O cuidado de enfermagem na atenção às urgências e emergências hospitalares requer conhecimento e educação permanente dos capacitados para prestar um cuidado de qualidade. Os casos de choque exigem a avaliação sistemática e contínua dos pacientes, e as intervenções necessárias durante os cuidados ao paciente em estado de choque demandam uma íntima colaboração de todos os membros da equipe de saúde, exigindo do enfermeiro habilidades específicas para a avaliação do atendimento do choque e ao significado das alterações que podem ocorrer. Os efeitos da privação de oxigênio são, inicialmente, reversíveis, mas rapidamente, tornam-se irreversíveis, resultando em morte celular sequencial e dano em órgãos-alvo, falência múltipla de órgãos e óbito (COSTA & ROCHA, 2014). O choque hipovolêmico é o tipo de choque mais comum, no qual ocorre uma diminuição do volume intravascular em torno de 15 a 25%, o que representa uma perda de 750 a 1.300 ml de sangue em uma pessoa de 70 kg. A prevenção primária do choque é o foco essencial do cuidado de enfermagem, e as intervenções gerais incluem: garantir a administração segura dos líquidos e medicamentos prescritos, bem como documentar suas ações. O tratamento visa restaurar o volume intravascular,

redistribuir o volume hídrico e corrigir a causa básica (BRUNNER & SUDDARTH, 2009). Assim o presente projeto tem por objetivo realizar atividades educativas relacionadas aos cuidados de enfermagem em casos de urgência e emergência, sendo a primeira etapa focada no tema da atenção ao paciente em caso de choque hipovolêmico. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um projeto de extensão, realizado pelos estudantes e professores do Estágio Supervisionado II, do curso de Enfermagem da Faculdade de Guanambi. A abordagem foi realizada por meio de palestras, oficinas e discussões em grupo, no Hospital Regional de Guanambi, no estado da Bahia, no primeiro semestre do ano 2015. **RESULTADOS:** As ações de educação em saúde do presente projeto visam atualizar os profissionais de enfermagem para atuarem em urgência e emergência e também inserir o estudante nas práticas de educação nos serviços públicos de saúde, sendo notada a importância no desenvolvimento da estudante, na interação com a equipe e na avaliação positiva do projeto pelos profissionais de saúde da instituição. **IMPLICAÇÕES:** Notou-se, a partir da avaliação das oficinas junto aos profissionais de enfermagem forma sensibilizados quanto à importância de se atualizarem sobre os cuidados com o paciente em urgência e emergência, sobretudo sobre o choque hipovolêmico, além de ser percebida a necessidade da equipe de saúde ter ciência da importância da educação em saúde e do papel do estudante de saúde na sua própria formação, como sujeito ativo do processo de ensino-aprendizagem, contribuindo para a melhor atenção à saúde das pessoas.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL FISIOTERAPEUTA

Isabela de Lucena Heráclio

Palavras-chave: Educação em saúde, Fisioterapia, Formação em saúde

Com o avanço das organizações de serviço de saúde no âmbito da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 sob o lema “Saúde é direito do cidadão e dever do Estado”, surge um novo desafio para os profissionais que atuam nos serviços de saúde pública e privada: a capacidade de atuar em programas de promoção da saúde, o que inclui informação, educação e comunicação de qualidade. Nesse campo, a fisioterapia é uma ciência que tem por objeto de estudo o movimento humano. Utiliza-se de conhecimentos e recursos próprios com os quais busca promover, tratar e recuperar a saúde do paciente, considerando as condições sociais, psíquicas, físicas e mentais. Tendo um papel marcante no aspecto social, pois atua em todos os níveis de atenção à saúde: promoção, prevenção, cura e reabilitação. Ademais, o fisioterapeuta atua na esfera social, com tecnologias orientadas para emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou sociais), apresentem, temporária ou definitivamente, dificuldades de inserção e participação na vida social. A educação em saúde é um processo dinâmico, no qual se pretende que as pessoas considerem a saúde como um valor, incentivando a utilização de serviços de saúde, bem como estimulando as pessoas a conseguirem saúde através de seus próprios esforços e ações. Ela corresponde a uma fração das atividades técnicas direcionadas a promover saúde. No entanto, minha formação

enquanto fisioterapeuta foi voltada primordialmente para uma prática médica com abordagem biológica e intra-hospitalar, se fundamentado na tendência positivista para o exercício de suas funções centrando suas práticas em ações assistências e reabilitadoras, apenas. Poucos momentos, durante a graduação, ficaram esclarecidos sobre a educação em saúde e como se dava a aplicação dessa potencial ferramenta em saúde e em nossa prática profissional. As ações de saúde não devem se limitar apenas a utilização do raciocínio clínico, do diagnóstico, da prescrição de cuidados e da avaliação terapêutica instituída. Saúde não consiste apenas em processos de intervenção na doença, mas processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para manutenção ou recuperação do seu estado de saúde, no qual estão relacionados os fatores orgânicos, psicológicos, socioeconômicos e espirituais. Nesse sentido, considerando a integralidade da atenção, o fisioterapeuta desde sua formação, deve ter uma nova perspectiva de atuação, centrado nas práticas de prevenção, promoção e educação e não restrita aos procedimentos curativistas, ao contrário do que tem predominado nas ações deste segmento profissional. Programar suas ações levando em consideração os aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais que podem intervir no processo saúde-doença e valorizar a promoção em saúde por meio de práticas educativas em detrimento apenas a práticas reabilitadoras.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE AIDS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Elmirene Santos da Silva, Hayana Leal Barbosa, Carmen Liêta Ressureição dos Santos, Larissa Macedo Carneiro, Rafanielly de Oliveira Alves, Maria Carmo dos Santos Coutinho

Palavras-chave: Educação em saúde, Saúde pública, Docente, Discente

APRESENTAÇÃO: Ação educativa em comemoração ao Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, enfocando a prevenção e a desconstrução do preconceito acerca da doença. Assim, este trabalho objetiva relatar a experiência de docentes e discentes dos cursos técnico em Enfermagem e técnico em Agente Comunitário de Saúde, no desenvolvimento de uma ação educativa em comemoração ao Dia Mundial de Luta Contra a AIDS na Faculdade de Tecnologia e Ciências de Feira de Santana (FTC/FSA). **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** É um relato de experiência, para descrever uma ação educativa em comemoração ao Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, realizada com a comunidade acadêmica da FTC/FSA, no dia 01 de dezembro de 2014, pelos docentes e discentes dos cursos técnico em Enfermagem e técnico em Agente Comunitário de Saúde. Foram montados stands na praça da faculdade, e as pessoas que visitaram os stands receberam orientações sobre HIV/AIDS, materiais educativos e preservativos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Observou-se que as maiorias das pessoas possuíam pouco conhecimento sobre HIV/AIDS. Notou-se a existência preconceito sobre a doença, principalmente, entre os jovens. Ressalta-se que o diálogo entre os participantes, docentes e discentes permitiu o esclarecimento das dúvidas, contribuíram para a propagação de informações acerca das medidas preventivas, bem como para desconstrução do preconceito acerca da doença. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Acredita-se que a ação educativa foi relevante, uma vez que possibilitou o esclarecimento de dúvidas da comunidade acadêmica, a disseminação de informações e contribuiu para a desconstrução do preconceito sobre HIV/AIDS. Desse modo, deve ser realizada de

forma contínua e periódica, não apenas em campanhas e ações de mobilização. Além disso, contribuiu para formação humanizada dos discentes e para a atuação dos mesmos no Sistema Único de Saúde (SUS).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE ALCOOLISMO EM ESPIGÃO DO OESTE- RO

Erika Kaneta Ferri, Alberto Otero Gonzalez

Palavras-chave: Alcoolismo, Educação em Saúde, Prevenção

APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS: O presente Projeto de Intervenção (PI) foi elaborado com objetivo de proporcionar um plano de ação para atividades de educação em saúde a população na prevenção do alcoolismo. **Descrição:** O projeto envolveu o planejamento de ações com estratégias de trabalho possibilitando o envolvimento de toda equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família (ESF) Pacarana - RO. As atividades ocorreram durante os meses de julho a novembro de 2014. **RESULTADOS:** Participaram do PI 221 pessoas, dos quais 96 mulheres e 125 homens, entre as mulheres a idade de predomínio de participantes foi entre a faixa etária de 30-39 anos com 53,6%; e entre as mulheres a faixa etária de predomínio foi entre 40-49 anos com 54.2%. Dentre as ações desenvolvidas foram realizadas capacitação a toda equipe multidisciplinar sobre comportamento do alcoolismo no distrito; buscar parcerias junto a outros departamentos do setor público municipal; atividades educativas realizadas por profissionais de saúde por meio de palestras; rodas de conversa e jornada de luta contra o alcoolismo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados mostram um aumento do conhecimento sobre aspectos de prevenção e identificação de fatores de riscos do alcoolismo, identificado no questionário realizado no final das ações.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE HIGIENE ORAL PARA CRIANÇAS RESIDENTES NO ORFANATO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernanda Lima e Silva, José Ferreira de Araújo Neto, Maiza Machado Borchadt, Geiziane Ramalho da Silva, Patricia Martins Santana, Vanessa de Amaral Cavalcante

Palavras-chave: educação em saúde, higiene oral, saúde bucal

A cavidade bucal do ser humano começa a ser colonizada logo após o nascimento e a proliferação de bactérias continuará pelo resto da vida do indivíduo. Sabe-se que crianças com um ecossistema bucal em desenvolvimento são particularmente suscetíveis à colonização bacteriana e que a higiene oral destas varia de acordo com condições relacionadas ao estilo de vida, fatores socioeconômicos e acesso aos serviços de saúde. A cárie dentária e a doença periodontal, provavelmente são as infecções bacterianas mais frequentes e recorrentes em seres humanos. Ao contrário da maioria das doenças de origem bacteriana, estas resultam de complexas interações entre hospedeiro, bactérias, dieta e hábitos de higiene. Pelo fato de na maioria das vezes não apresentar risco à vida, tem sua importância reduzida dentro do contexto de saúde, sendo encaradas como um acontecimento inevitável. Vários estudos revelam a elevada ocorrência de problemas de saúde bucal em crianças, sendo que a maioria deles seria evitável com ações preventivas e educativas. Neste contexto, entende-se a importância de executar práticas de orientação com crianças sobre a temática. Este estudo objetiva descrever uma atividade de extensão realizada com crianças de até doze anos sobre higiene oral. Trata-se de um projeto pedagógico do curso de enfermagem no qual os alunos do quarto período visitam uma instituição e realizam um diagnóstico com a finalidade de identificar necessidades de

educação em saúde. A atividade aconteceu no Instituto de Amparo e Aprendizagem do Menor Carente. Procedeu-se visita in loco, onde se identificou a precariedade de ações envolvendo a escovação dentária. A partir daí, foi elaborada e executada a ação educativa sobre a temática em questão. Além de uma palestra expositiva abordando os problemas oriundos da má higienização da boca foi realizada uma atividade prática de escovação. As crianças presentes mostraram interesse nos procedimentos e técnicas de escovação que foram demonstrados. Além disso, todos os participantes receberam kits de higiene oral e se comprometeram a realizar a limpeza como demonstrado e nos horários propostos. Observou-se com esta atividade que, a educação em saúde pode contribuir com mudanças de hábitos de higiene e conseqüentemente na prevenção de cáries em crianças.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: DOCE ALEGRIA DA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE

Láís Carolini Theis, Cláudia Regina Lima Duarte da Silva, Deisi Maria Vargas, Luciane Azevedo Campanella, Nevoní Goretti Damo, Silvana Scheidemantel Schroeder, Márcia de Freitas Oliveira, Tatiana Lucia Caetano

Palavras-chave: diabetes mellitus, obesidade, assistência integral à saúde, relações interprofissionais, integração comunitária, Integração Docente-Assistencial

O “Educação em Saúde: Doce Alegria da Atenção Integral” é um programa de extensão de ação contínua da Universidade Regional de Blumenau (FURB), Santa Catarina, que há dez anos realiza ações focadas em práticas de cuidado interprofissional como ferramenta para a efetivação do cuidado integral de crianças e adolescentes com diabetes e obesidade. O Diabetes Mellitus tipo 1 é uma das doenças crônicas mais

prevalentes na faixa etária pediátrica. Seu prognóstico clínico está diretamente relacionado a um controle metabólico adequado, o que tem íntima relação com diferentes aspectos do cuidado em saúde: uso de medicação contínua injetável, cuidados com a alimentação, prática regular de exercícios físicos, e cuidados com a saúde psicossocial. A obesidade por sua vez é uma condição crônica prevalente, complexa e multifatorial que envolve a interação de influências metabólicas, fisiológicas, comportamentais e sociais com altos índices de insucesso terapêutico. Para ambas, além do tratamento médico específico, existe a necessidade da atuação de outros profissionais de saúde no manejo destas condições de saúde multifacetadas para possibilitar o cuidado integral. Recomenda-se que as ações de atenção incluam também atividades educativas e promotoras do autocuidado (HANDELSMAN et al., 2010; ADA, 2013; SBD, 2014; ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, 2013; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2014). A partir disso, o programa tem como objetivos: (1) desenvolver práticas que possibilitem a atenção integral das crianças e adolescentes com diabetes e obesidade, envolvendo seus cuidadores e estimulando à apropriação do autocuidado apoiado; (2) desenvolver práticas integradas de ensino, pesquisa e extensão; (3) diversificar os cenários e as modalidades das ações ampliando os espaços de produção de saúde e promovendo a formação de redes de cuidado; e (4) estimular o desenvolvimento de atividades técnico-científicas por docentes e discentes da Universidade no nível de graduação e pós-graduação. Relatórios do programa demonstram que essas metas vêm sendo atingidas e fortalecidas com o passar dos anos. Na dimensão do cuidado os resultados verificados nas avaliações apontaram para uma maior apropriação do autocuidado (especialmente dos adolescentes com

diabetes) e do cuidado a crianças com diabetes por seus familiares ou responsáveis. A atenção integrada foi o ponto de destaque citado por todos, uma vez que esta, na fala dos avaliados, reduz o estresse decorrente das inúmeras consultas e melhora a resolubilidade dos problemas identificados em cada caso. Observa-se participação assídua das crianças, adolescentes e familiares nas reuniões de grupo de diabetes. Em suas avaliações foi possível perceber a importância desta atividade quando vários usuários expressaram “a palestra é curta”, “o tempo é curto”, “durou pouco”. Na dimensão do ensino destacaram-se nas falas dos acadêmicos, expressões que remetem a sua aprendizagem sobre prática interprofissional, cuidado centrado na pessoa e a percepção do contexto social como determinante na condição de vida e saúde do público alvo, aspectos importantes na abordagem integral do cuidado em saúde. Desta forma, observa-se a importância de programas de extensão que façam a relação ensino-serviço-comunidade, contribuindo com a formação de profissionais focados na integralidade do cuidado aos indivíduos assistidos.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA EM COMUNIDADE RIBEIRINHA

Layala de Souza Goulart, Nathan Aratani

Palavras-chave: Educação em saúde, Promoção da saúde, Comunidade

Apresentação: A educação em saúde é uma ferramenta potencializadora de transformações, tanto em caráter individual quanto coletivo, em uma sociedade, procurando valorizar as ações de promoção e prevenção por meio da mudança de práticas de saúde. O usuário deve ser o agente construtor ou reconstrutor dos novos hábitos, portanto, tais ações devem

condizer com a realidade e necessidade da comunidade atendida, tendo como base a troca de informações contribuindo assim para o desenvolvimento de uma comunidade participativa e autônoma, possibilitando uma reflexão a respeito da realidade, o empoderamento e mudança da realidade através da ampliação do conhecimento das condições de vida saudáveis. Teve-se por objetivo descrever a experiência acadêmica de uma ação de educação em saúde realizada na comunidade ribeirinha do Passo da Lontra. Desenvolvimento: A educação em saúde abordou sobre o Diabetes Mellitus, procurando uma discussão em sua totalidade. A ação ocorreu na comunidade ribeirinha Passo do Lontra, localizada no Pantanal, na recepção do ambulatório com os pacientes que aguardavam atendimento, em sua maioria trabalhadores com histórico familiar de diabetes, durante um final de semana. Como material didático foi utilizada a projeção de slides para explicação e exposição de conteúdo referente ao tema de forma ilustrativa com utilização de imagens. Resultados: No desenvolvimento da ação os pacientes mostraram-se interessados a respeito do tema, bastante atentos e curiosos, principalmente, quanto aos sinais e sintomas da hiperglicemia. Por tratar-se de uma comunidade isolada e com baixa cobertura de equipes da atenção básica, desenvolver ações em saúde foi mais desafiador, pois houve limitações como falta de estrutura física adequada, com capacidade e conforto para os usuários, grande distância entre as comunidades e os serviços de saúde, diminuindo a adesão e procura as ações de saúde e o baixo nível de escolaridade da maioria da população. Como fator positivo, pode-se destacar o elevado nível de interesse da população pela atividade desenvolvida, sendo participativos e questionadores durante a ação. Considerações finais: Portanto podemos considerar as práticas de

educação em saúde uma forma de mudança de práticas individuais e coletivas através de informações, transmitidas com clareza e objetividade, analisando e adaptando para o público que será atingido, com finalidade na prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde. Para a vivência acadêmica, é de extrema relevância, pois possibilita o melhor preparo aos futuros enfermeiros que têm sobre sua prática profissional ações que levem à qualidade de vida da população atendida, além de contribuir para nossa capacidade de pontuar as reais necessidades e ações prioritárias para a comunidade.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PRÁTICAS REALIZADAS NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO BAÚ

Giselia Aparecida Marques, Graciela Aparecida Rosa, Ana Flavia Barroso, Rosiane Rosa Silva, Fabiana Angelica de Paula, Mirtes Ribeiro

APRESENTAÇÃO: O Programa de Educação Tutorial/PET Conexão dos Saberes, desde de 2014 vem desenvolvendo na comunidade quilombola do Baú, localizada no Vale do Jequitinhonha, município de Serro - Minas Gerais, o projeto Apicultura, composto por uma equipe multidisciplinar, cujo objetivo é a geração de renda, além de proporcionar a comunidade conhecimentos nas áreas econômica, ambiental e de saúde. No que se refere à saúde consideramos a Lei nº 12.288, de 20 de Julho de 2010, que institui o Estatuto da Igualdade Racial, que prevê em seu parágrafo único do art. 8º “moradores das comunidades de remanescentes de quilombos serão beneficiários de incentivos específicos para a garantia do direito à saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, no saneamento básico, na segurança alimentar

e nutricional e na atenção integral à saúde, tendo como consequência uma melhoria na qualidade de vida dos envolvidos”. Este trabalho objetiva relatar as atividades realizadas na comunidade de Baú a partir das demandas locais. O Público alvo são moradores da comunidade envolvidos diretamente ou indiretamente com o projeto. METODOLOGIA: A metodologia utilizada é a dialógica, de acordo com as experiências vividas, demandas identificadas e compartilhadas pelos próprios moradores em um processo dinâmico de exposição, reflexão e ação. Dentre as ações desenvolvidas, estão diversos temas presentes no cotidiano da comunidade: a importância da higienização das mãos, ergonomia no trabalho, leishmaniose visceral e tegumentar e planejamento familiar. RESULTADO: Como resultado parcial, uma vez que o projeto está em fase de aprimoramento e execução, foi possível perceber no que tange ao discente o desenvolvimento de habilidades de comunicação, trabalho em equipe e a oportunidade de vivenciar a teoria na prática através da troca de saberes com a comunidade, que por sua vez compartilhou experiências, o que vem gerando uma integração entre universidade – comunidade, peça importante para a construção do conhecimento, de maneira a promover a conscientização de ambos para a efetivação de um futuro melhor.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: SALA DE AULA VIVA E TERAPÊUTICA COM AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS

Bárbara Cristiane da Silva, Rosane Machado Rollo, Cristianne Famer Rocha

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares, Educação em Saúde, Cuidados em Saúde

APRESENTAÇÃO: As práticas integrativas e complementares (PICS) compreendem uma abordagem não convencional são pensadas a partir de conhecimentos, habilidades e práticas, baseadas nas teorias, crenças e experiências de diferentes culturas. Entre os principais desafios para a implantação dessas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS) está na formação profissional que pouco inclui a temática nos seus currículos, produzindo mínimos conhecimentos que possam contemplar e valorizar a área. Neste sentido, a disciplina de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, é um movimento importante na formação dos profissionais da saúde. O presente relato tem como objetivo de descrever as experiências vividas durante a Disciplina, e, a partir disso, analisar a potencialidade desta atividade na promoção da saúde e prevenção de doenças, bem com na formação dos profissionais da saúde. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A Disciplina propiciou o aprendizado e a participação em diferentes espaços terapêuticos por meio de especialistas populares. A experiência, construída através de vivências dentro da comunidade, busca conhecer práticas tradicionais e populares em saúde e estudos científicos associados, práticas integrativas e complementares disponibilizadas pelo SUS, bem como avaliar a importância da inclusão dessas práticas no fazer do profissional em saúde. RESULTADOS: Tradição, perspectivas políticas, culturais e éticas, e a realidade local, vivenciadas em território vivo, são expressão máxima nas terapias integrativas e complementares. As PICS apregoadas pelo SUS produzem saúde sedimentada em práticas alternativas, onde o indivíduo e o coletivo são vistos de maneira integral. Assim, a Disciplina ampliou o conceito de saúde e habilidades profissionais, pois abordou práticas inovadoras e críticas, produzindo aprendizagem significativa. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As PICS são

importante ferramenta na promoção da saúde e prevenção de doenças, já que agregam as teorias e técnicas, conceitos e crenças trazidos pela comunidade, gerando melhorias na qualidade de vida dos envolvidos. A diversidade de informações troca de experiências e integração são indiscutíveis. A Disciplina demonstrou ser um espaço de grande potencialidade para a formação dos profissionais da saúde, para a problematização da realidade sanitária local e para um cuidado diferenciado em saúde. Para, além disso, a experiência de participação na Disciplina foi particularmente importante para minha formação no campo da Saúde Coletiva.

EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

Viviane Torqueti Feliserto Souza, Luciane Aparecida Pereira Lima

Palavras-chave: Formação continuada, Diagnóstico de enfermagem, Educação permanente, Processos de enfermagem

O objetivo desse trabalho é apresentar um relato da experiência da participação, organização e realização das Oficinas de Educação Permanente, promovida por enfermeiros integrantes do Colegiado da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para todos os enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande/MS nos anos de 2014 e 2015. O Colegiado da SAE vem atuando desde 2008 com foco na produção de ferramentas que facilitem o processo de descrição diagnóstica de enfermagem, Porém após vários anos de produção o grupo entendeu que necessitava disseminar e compartilhar as produções. Desta forma realizamos 10 oficinas divididas em 5 módulos para facilitar a inclusão de novos profissionais

no processo de educação permanente e oportunizar a todos os enfermeiros, participar do processo de aprendizagem coletiva, com maior aprofundamento da SAE no âmbito municipal. Foram divididos da seguinte forma: Módulo Colegiado com foco na análise coletiva da SAE na atualidade e do levantamento das necessidades de educação permanente; Módulo Pesquisa, Módulo Equipe de Enfermagem, Módulo Comitê, Módulo Avaliação de Impacto. No módulo Colegiado através de oferta e demanda dos grupos, estudo de casos promovia-se a discussão de dificuldades, agendas, atribuições, enfrentamentos e necessidade de mudanças no processo de trabalho do enfermeiro. Após as rodas de conversas apresentávamos as produções do Colegiado e de forma cogeridas realizávamos as validações e correções. A escolha da utilização da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE), surgiu a partir dos diálogos entre as oficinas, onde o grupo identificou a necessidade de readequação das ferramentas utilizadas pelo Colegiado, passando então a utilizar e viabilizar a aplicabilidade da CIPE, devido ser a única reconhecida pela Organização Mundial de Saúde e que se adequa aos diferentes campos de atuação do enfermeiro. O Colegiado da SAE sempre esteve preocupado na não culpabilização dos profissionais de enfermagem e sim nas proposições de mudanças, pactuando com os participantes das oficinas a aplicabilidade da CIPE na consulta de enfermagem, em diferentes ciclos de vida. A Educação Permanente possui como principal meta, tornar a saúde pública no Brasil uma rede de ensino e aprendizagem com foco no trabalho por meio de ações propositivas, críticas e reflexivas. A proposta Colegiada da SAE é uma aposta que parte dos princípios da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS, sendo um desafio no qual se propõe a inseparabilidade da atenção e da gestão, da clínica e da

política, a valorização do protagonismo e autonomia dos sujeitos, a tríplice inclusão dos sujeitos e analisadores sociais, promovendo a completude do enfermeiro na sua essência do cuidar. Assim a experiência da organização e realização das Oficinas da SAE pode proporcionar através da cogestão, mudanças nos processos de trabalho dos enfermeiros da Rede Municipal de Saúde bem como reflexão da prática, descrição diagnóstica do enfermeiro, gerando novos projetos com foco no apoio, científico, educação permanente, e referência nas práticas profissionais.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE SOBRE O PLANO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kátia Fernanda Alves Moreira, Davisson Michetti de Oliveira, Lucas Noronha de Alencar, Caio Alves Barbosa de Oliveira, Tânia Leal Moreira, Bianca Oyola Bicalho, Daniela Oliveira Pontes, Patrícia Caldeira Costa

Palavras-chave: Resíduos de Serviços de Saúde, Educação Permanente, Saúde Ambiental

Devido ao aumento na produção de lixo hospitalar e aos danos que estes causam ao meio ambiente, criou-se o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), com a finalidade de organizar desde a coleta do lixo até o descarte final adequado. A enfermagem tem grande importância nesta temática, uma vez que representa uma parcela grande no quantitativo de funcionários de um ambiente de saúde, além de contribuir na produção e descarte de vários tipos de resíduos de saúde. A ação educativa objetivou em conscientizar e elaborar estratégias para a separação e descarte

adequado dos resíduos gerados nas clínicas médicas e cirúrgicas do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP). Este trabalho partiu do projeto matriz intitulado: A Educação Permanente e a integração ensino-serviço em Porto Velho-RO: uma análise qualitativa, sob chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit Nº 08/2013. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência das atividades desenvolvidas nas clínicas médicas e cirúrgica do HBAP sobre o PGRSS através dos acadêmicos de enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia e do projeto de voluntariado do Núcleo de Educação Permanente no município de Porto Velho-RO. As atividades foram desenvolvidas in loco, todas as sextas-feiras, nos meses de Março e Abril de 2015, com 30 profissionais da equipe de enfermagem, em grupos de 6 servidores, mais os acadêmicos e voluntários, com tempo médio de 40 minutos para cada grupo. De início abriu-se para apresentação de todos os envolvidos, logo após com apresentação da temática e questionamentos sobre o PGRSS. Foi realizada explicação da coleta e destino adequado dos resíduos gerados nas clínicas. Antes das atividades havia uma produção mensal média de 25854Kg de lixo infectante, após, esse quantitativo foi reduzido para 25364Kg, mostrando uma diminuição de aproximadamente 500Kg de lixo infectante por mês. Dessa maneira percebe-se que a Educação Permanente em Saúde é de fundamental importância para aprimorar e modificar de maneira eficaz as rotinas de trabalho.

EDUCAÇÃO PERMANENTE NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Giselle de Santana Vilasboas Dantas, Diego Henrique dos Santos Silva, Sheila de Andrade Souza, Tauane Fátima Silva Amara, Jaine Karenny da Silva

Palavras-chave: Educação Continuada, Serviços Pré-hospitalares, Sistemas de Saúde

Apresentação: O Infarto Agudo do Miocárdio é a principal cardiopatia que acomete e causa morte na população mundial e brasileira, e o rápido atendimento da equipe de saúde ou profissional habilitado pode minimizar sequelas e evitar danos severos. Nesse sentido, procedeu-se a realização de um projeto de extensão com o objetivo de qualificar os profissionais de saúde da rede de atenção básica no tocante a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) em adultos e crianças, por entender a carência desse suporte teórico a essa equipe que lida diariamente com o atendimento de pessoas que possuem fatores de risco favoráveis a esse evento. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência descritivo sob a ótica dos acadêmicos de enfermagem durante as oficinas de capacitação de um projeto de extensão realizado na Universidade do Estado da Bahia (UNEB) – Campus XII durante o primeiro semestre de 2012. O principal instrumento de apoio foi o protocolo da American Heart Association de 2010, que ainda é utilizado como guia assistencial nos serviços de urgência e emergência. As oficinas ocorreram em 18 encontros na UNEB - Campus XII com aulas teóricas e práticas para elucidar a temática abordada. Foi entregue individualmente um material de apoio para os profissionais de nível médio (agentes comunitários de saúde, recepcionistas, vigilantes e motoristas) e superior (enfermeiros, médicos e dentistas) para consulta periódica. Resultados: Os participantes de nível médio (leigos) não conheciam as manobras de RCP e os profissionais da saúde de nível superior descreviam insegurança na realização das manobras por se tratar de uma prática assistencial pouco comum. Todos os profissionais da atenção básica confirmaram

a importância da educação permanente em serviço, pois já atenderam pessoas em parada cardiorrespiratória e reconheceram a carência na base de formação acadêmica e laboral. Todos participantes apontaram aspectos positivos nas oficinas ofertadas pelo projeto de extensão e descrevem que se sentem mais seguros para prestar uma assistência com qualidade. Considerações finais: A educação permanente é uma estratégia que fornece base teórica e prática para auxiliar na aquisição de novos conhecimentos ou aperfeiçoamento de uma temática específica. Contudo, não deve se limitar a ações pontuais, visto que a ausência da prática constante reduz a habilidade assistencial e pode trazer prejuízos significativos da assistência prestada, principalmente quando a vítima se encontra em risco eminente de prejuízos à vida. Portanto, sugere-se que o Núcleo de Educação Permanente da Atenção Básica atente-se para implantar cursos periódicos, também, de situações de risco uma vez que o preparo dos profissionais transcendem os consultórios e visitas de rotina nas residências.

EDUCAÇÃO PERMANENTE NO MINISTÉRIO DA SAÚDE: O MONITORAMENTO E A AVALIAÇÃO COMO FERRAMENTA DE APERFEIÇOAMENTO DA ATUAÇÃO INSTITUCIONAL

Luci Fabiane Scheffer Moraes, Artur Iuri de Sousa, Elisabeth Moreira dos Santos, Afonso Teixeira dos Reis, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Palavras-chave: monitoramento, avaliação, educação permanente, Sistema Único de Saúde, institucionalização

O planejamento estratégico (PE) integrado ao monitoramento e avaliação (M&A), no âmbito da gestão estratégica no

Ministério da Saúde (MS), a mais de duas décadas vem sendo desenvolvido e aprimorado com o objetivo de aperfeiçoar a atuação institucional. No entanto, ainda possui um grande desafio que é sistematizar o seu processo e participação de gestores e profissionais de saúde na perspectiva de sua apropriação e utilização como ferramenta de gestão na tomada de decisão. O monitoramento é um processo sistemático e contínuo, essencial para o acompanhamento de resultados estratégicos que, quando bem explorado, subsidia a avaliação situacional e identificação de agentes facilitadores e dificultadores na sua execução. Institucionalizar o M&A requer incorporação na atuação dos gestores em saúde, facilitando o processo de planejamento e gestão das políticas e/ou programas. Fomentar essa “cultura em M&A” requer a qualificação técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, viabilizando um efetivo alinhamento das ações de M&A, como norteadora ao planejamento e à gestão. Para isso, é fundamental que o PE e o M&A, no âmbito do SUS, sejam acompanhados por profissionais qualificados e conhecedores das iniciativas institucionais. A necessidade de capacitação desses profissionais tornou-se fundamental e a educação permanente em saúde é uma das estratégias utilizadas para a formação continuada. Neste contexto, o Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (DEMAS/SE/MS), desde 2011, vem implementando um conjunto de metodologias e iniciativas em M&A, aprimorando a concepção da avaliação de desempenho do SUS. Um conjunto de iniciativas com ênfase no processo contínuo de formação dos profissionais e colaboradores do MS vem sendo ofertadas pelo Demas, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (ENSP/Fiocruz) e com a Secretaria de Vigilância

em Saúde do MS (SVS/MS). O objetivo das iniciativas é desenvolver e qualificar competências para o aprimoramento das atividades em M&A, com discussões e reflexões sobre as políticas de saúde, reflexão do sistema considerando seus processos em curso, e a integração de competências de monitoramento alinhada ao PE do MS. Essas iniciativas se dão por meio de três ações: curso de Mestrado Profissional e Especialização em Avaliação em Saúde e cursos de Atualização em M&A. Desafios continuam, seja na continuidade dos projetos estratégicos, seja na estruturação e implementação de novas ações, principalmente, na adequação de metodologias de formação e capacitação que se utilizando da problematização se transformem em ação para mudança de situações problemáticas da prática profissional e institucional. Baseado nisso, considera-se relevante a continuidade dessas iniciativas e a promoção de novas ofertas a partir da identificação das necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. A proposta é fortalecer e incrementar o Programa de Formação Permanente em Saúde do Demas como um processo permanente e continuado, como ferramenta complementar, contribuindo na construção do conhecimento e na qualificação dos profissionais atuantes na área da saúde, bem como, na implementação e sustentabilidade do SUS.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE ATRAVÉS DA FITOTERAPIA EM UM GRUPO DE BLUMENAU/SC

Aline Luisa Mafrá, Alessandro Guedes, João Paulo Navello Pisa, Karla Ferreira Rodrigues, Leticia Pereira Zancanaro, Mariana Campos Martins Machado, Maristela Delviga Strey Zancanaro

Palavras-chave: Fitoterapia, Saúde, Plantas medicinais

APRESENTAÇÃO: A grande diversidade biológica vegetal, aliada aos contrastes sociais, faz do uso de plantas medicinais uma prática comum no Brasil, onde se estima que 82% da população faz uso desses recursos em seus cuidados com a saúde (JOLY et al., 2011). Seja pelo conhecimento popular, medicina tradicional, indígena, quilombola, transmissão entre gerações ou como prática de cunho científico, orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a presença da fitoterapia nas práticas da saúde coletiva, reforça a valorização do saber popular e da participação comunitária nas ações de saúde. A valorização do vínculo de equipes multiprofissionais com a comunidade, de uma forma ativa, com responsabilização e troca de experiências em grupos de educação em saúde, favorece maior visibilidade ao uso de plantas medicinais, além de permitir a identificação de líderes locais e a formação de alianças, fortalecendo o controle social. Com o objetivo de favorecer estas questões, o Projeto de extensão Fitoterapia na Sociedade Contemporânea - PROFISC, tem buscado criar hortas coletivas, desenvolver grupos para discussão do uso das plantas medicinais e práticas integrativas, com uma proposta de caráter participativo/educativo, respeitando e compreendendo as práticas populares e exercendo um importante papel no desenvolvimento da cidadania para a promoção da saúde e bem estar junto a unidades de saúde e comunidade. O presente resumo tem como objetivo, apresentar as atividades realizadas pelo projeto PROFISC no primeiro semestre de 2015. **METODOLOGIA:** Através da parceria entre acadêmicos, professores, profissionais de saúde e membros da comunidade, foi criado um grupo de discussão sobre plantas medicinais no Bairro da Velha em Blumenau/SC. As reuniões são quinzenais

e tem duração de duas horas. A média de participação é de 24 pessoas por encontro. Já foram realizados 10 encontros, além da participação no evento "II Saúde na Praça", organizado pela equipe do Ambulatório Geral do bairro e na conferência municipal de saúde, onde foram aprovadas propostas para implantação de políticas de práticas integrativas no município. Em cada encontro, os participantes do grupo levam mudas de plantas medicinais e partilham o conhecimento sobre o uso, as indicações e contraindicações de cada planta. Também conversam e trocam informações e opiniões sobre as atividades de participação social e cuidados gerais em saúde. Alguns participantes levam docinhos e chá para fazer um momento de partilha de lanches no final dos encontros. **RESULTADOS:** O grupo criou uma horta suspensa no Ambulatório Geral do bairro, que contém atualmente 14 plantas de 9 espécies diferentes, onde podemos destacar *Melissa officinalis* (melissa ou erva cidreira), *Plantago major* (tanchagem), *Malva sp* (malva), e *Mentha sp* (Hortelã). Foi realizado um encontro temático sobre o controle dos sintomas da menopausa, andropausa e labirintite, onde, foram apresentados relatos de várias práticas, além da fitoterapia, para alívio dos sintomas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este projeto tem sido um instrumento para auxiliar os profissionais de saúde e a comunidade a criar espaços de discussão sobre a fitoterapia e orientar os usuários do SUS e seus familiares, quanto aos riscos ou benefícios das práticas integrativas, levando ao seu aproveitamento em benefício da população.

EDUCAÇÃO SUPERIOR E PERMANÊNCIA NA UNIVERSIDADE: ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE VIDA, TRABALHO E SAÚDE DOS ESTUDANTES DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL NA UFBA

Magali da Silva Almeida, Maiana Santos de Araújo, Adriana Freire Pereira Ferriz

Palavras-chave: Educação superior, Permanência, Condições de vida, saúde

O presente artigo é fruto de reflexão da equipe da Coordenação de Estágio do Curso de serviço social da UFBA e tem como objetivo apresentar o resultado da análise da incidência dos fatores socioeconômicos, do racismo, do sexismo e lesbo-homofobia no processo saúde-doença dos estudantes do curso em tela. O estudo tem como referência o período de inserção dos estudantes nos campos de estágio e procura identificar como se dá o acesso à rede de saúde pública de Salvador quando essa necessidade emerge. Dada a complexidade das demandas estudantis aos Programas de Assistência nas Universidades Federais, o que temos observado é que nem sempre estes programas conseguem garantir uma cobertura plena dessas demandas, dentre elas a saúde mental. O cenário institucional e das políticas públicas, na atual conjuntura, é caracterizado, neste trabalho, pelo desmonte das políticas públicas através da materialização do arrocho fiscal e privatização das políticas setoriais, dentre elas a saúde e a educação superior decorrentes do modelo de desenvolvimento neoliberal em curso. Estudos recentes apontam que estudantes dependentes de políticas públicas para sua permanência na universidade, principalmente nos períodos iniciais do curso, apresentam situações de ansiedade, depressão, pânico, uso abusivo de álcool e outras drogas até mesmo suicídio. Em muito, os processos de adoecimento mental expressam violações de direitos combinando opressões múltiplas e associadas às condições de vida e trabalho do estudante e de sua família. Nestes termos, o não atendimento de suas necessidades sociais e materiais, acompanhadas de relações sociais opressoras podem acompanhá-los

no decorrer de sua trajetória acadêmica e torna-se fundamental o reconhecimento desses fatores para que seja garantida uma orientação acadêmica em uma perspectiva de totalidade. A ausência de estudos e pesquisas acerca do perfil discente do curso de serviço social (condições de vida, trabalho e saúde) nos motivou a realizar pesquisa qualitativa, privilegiando as seguintes fontes: i) Primárias: processos de pedido de trancamento ao colegiado do Curso de Serviço Social e fontes orais entrevistas e reuniões com os estudantes; ii) Secundárias: artigos, teses de doutorado, dissertações de mestrado e Trabalhos de Conclusão de curso referentes ao tema produzidos pelo curso de serviço social da UFBA e outros afins. Observa-se, no curso dessa experiência em andamento, ratificamos a importância e necessidade do reconhecimento dos fatores socioeconômicos e culturais no processo de saúde e doença dos estudantes no Ensino Superior brasileiro, quando primamos por um projeto de educação libertário, onde o processo de orientação acadêmica que dê voz ao estudante e o reconheça com o sujeito do processo.

EIRAS E BEIRAS: ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E DROGAS

Maria Paula Naves Vasconcelos, Tassiana Gonçalves Constantino dos Santos, Aléxa Rodrigues do Vale, Marcelo Dalla Vecchia

Palavras-chave: Atenção psicossocial, Álcool e drogas, Redução de danos

Apresentação: O Programa de Extensão "Eiras e Beiras", desde 2014, visa articular ensino e extensão, proporcionando aos estagiários-extensionistas a possibilidade de contato com situações reais de atuações ligadas às políticas públicas, a partir de três frentes de trabalho: Formação em Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas,

Divulgação e Intercâmbio Técnico-Científico e Sistematização da Rede de Atenção Psicossocial. O objetivo das ações do Programa é promover os direitos humanos das pessoas que fazem uso de álcool e drogas e os princípios da redução de danos na implementação das políticas públicas, de modo a contrapor-se aos discursos moralizantes e estigmatizantes presentes na sociedade, produtos de um processo histórico-cultural pautado na lógica do proibicionismo. Desenvolvimento do trabalho: O trabalho é coordenado por três bolsistas supervisionadas pelo proponente do Programa. A primeira das frentes, complementares, diz respeito ao estágio-profissionalizante, onde alunos buscam desenvolver Projetos Terapêuticos Singulares de usuários de álcool e drogas junto a servidores públicos municipais, usuários do CAPS e de duas unidades de Estratégia Saúde da Família. A segunda frente busca favorecer a divulgação de conhecimento e o debate de políticas sobre álcool e drogas a partir da realização de eventos sobre a temática para toda a comunidade acadêmica e externa. A última delas visa sistematizar a rede de atenção aos usuários de álcool e drogas da cidade propiciando a elaboração do fluxo de acolhimento, atendimento e encaminhamento dos serviços como instrumento de gestão das políticas sobre álcool e drogas da cidade, por meio de entrevistas semiestruturadas com profissionais dos serviços de saúde, segurança pública, justiça e assistência social. Todo o trabalho pauta-se nos princípios da redução de danos e busca gerar reflexão e superar a situação de exclusão e estigma em que são mantidos os usuários. Resultados e/ou impactos: Dentre os esperados e os já obtidos em 2015 estão: formação acadêmico-profissionalizante de 12 estagiários a partir de acompanhamento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas, possibilitando aos alunos

uma formação em consonância com as principais diretrizes ético-políticas de prevenção e cuidado adotadas por órgãos governamentais; realização do V CID e II SEPEAD em novembro do ano corrente, visando ampliar a divulgação e o debate a respeito das políticas sobre álcool e drogas em âmbito nacional e internacional; contato de uma aluna intercambista junto à atenção especializada em Saúde Mental; e qualificação e ampliação da capacidade de acolhimento de pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas, por meio da sistematização da rede de atenção. Considerações finais: Visto que ainda vive-se num mundo onde prevalecem o paradigma da abstinência e o modelo asilar de cuidado ao usuário de drogas, pode-se depreender que a proposta do programa propicia uma mudança em diferentes aspectos no âmbito acadêmico e na comunidade externa, desde o impacto na formação dos alunos, na proposta de um debate amplo e pautado na garantia dos direitos humanos dos sujeitos, até a promoção de uma gestão municipal estruturada a partir das políticas na temática em questão.

EIRAS E BEIRAS: ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E DROGAS EM UMA RODA DE VIOLÃO

Tassiana Gonçalves Constantino dos Santos, Maria Paula Naves Vasconcelos, Rodrigo Baccarini, Marcelo Dalla Vecchia

Palavras-chave: Atenção psicossocial, Estudo de caso, Uso problemático de álcool e drogas, Projeto terapêutico singular

Relatam-se atividades realizadas no Programa de Extensão da Universidade Federal de São João del-Rei “Eiras e Beiras: Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas – Consolidando Redes, Garantindo Direitos”, que trabalha dentro da perspectiva da

redução de danos e busca promover os direitos humanos daqueles que fazem uso/abuso de drogas. A intervenção nas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), especificamente, busca elaborar, viabilizar, conduzir e avaliar Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) voltados para pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas, e suas famílias, como dispositivo de atenção psicossocial. Desenvolvimento do Trabalho: Uma das famílias atendidas é formada por sete membros que residem em um mesmo terreno, em casas separadas por um muro. Dentre os membros da família, três fazem uso problemático de álcool. No início do trabalho, um deles havia voltado de uma internação de três meses em casa de recuperação e estava abstinente. A família em questão já havia sido acompanhada por estagiários do mesmo Programa no ano de 2014. Isso facilitou a formação de vínculo entre os novos estagiários e os membros da família. Num primeiro momento, a criação e manutenção do vínculo foi o foco, assim como entender a dinâmica familiar. Primeiramente, foi possível perceber que a família era extremamente unida, havendo uma rede de apoio mútuo entre seus membros. Porém, por vezes, isso consistiu em um empecilho para o trabalho, visto que o uso problemático do álcool ocorria dentro da família e junto de amigos da vizinhança, impedindo-os de procurar outros círculos e atividades sociais. Resultados: As visitas à família permitiram aos estagiários participar da dinâmica familiar. Era possível acompanhar o desenvolvimento de atividades do cotidiano de seus membros. Em uma roda, da qual os estagiários fizeram parte, o violão, que há tempos não fazia mais parte do cotidiano da família, foi instrumento que suscitou memórias e foi ligação com o passado, permitindo aos estagiários acessar parte da história que ainda não havia sido manifesta nos atendimentos. O álcool aparece nesse momento, revelando os modos de contato da família com ele, como meio

para a diversão e a união. Considerações finais: O trabalho com essa família, de um bairro de baixo nível sócio-econômico, em uma situação de alta vulnerabilidade social, vem ocorrendo há dois anos, mantendo rotatividade de estagiários, mas procurando fazer as passagens dos casos de forma a manter vínculo e a confiança. Isso potencializa o desenvolvimento das atividades e continuação do processo. O estabelecimento e a continuidade desse vínculo permite aos estagiários, juntamente com os usuários de álcool dessa família, refletirem acerca do tipo de relação estabelecido com a droga, facilitando a busca de estratégias para conquistar um padrão de uso menos arriscado; em outras palavras, abrindo espaço para outras vivências do sujeito, não sendo o álcool mais centro de sua vida.

EIXO PRÁXIS III: UMA PROPOSTA DE TRABALHO INTEGRADO AO ESTÁGIO CURRICULAR DO CURSO TÉCNICO DE GERÊNCIA EM SAÚDE

Raquel Barbosa Moratori, Tereza Cristina Ramos Paiva, Antonio José Marinho Ribeiro, Simone Cristina da Costa Ferreira

Palavras-chave: Práxis educativa, Processos Gerenciais Logísticos e Assistenciais em Saúde, Processos de Trabalho em Saúde, Modelos de Gestão em Saúde

Este relato de experiência apresenta a proposta teórico-metodológica do Trabalho Integrado ao Estágio Curricular - Eixo Práxis – III, que compõe a grade curricular do Curso Técnico de Gerência em Saúde, oferecido pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio EPSJV/Fiocruz, com carga horária total de 54h. O objetivo desta proposta é identificar e analisar processos gerenciais logísticos e assistenciais em saúde presentes nos modelos de gestão das unidades que compõem os campos de Estágio Curricular

Obrigatório do referido curso. A metodologia utilizada estrutura-se através de aulas dialogadas com toda a turma e trabalhos em grupos para reflexão e análise dos processos de trabalho em saúde no campo da gestão, articulando o conhecimento teórico e a prática vivenciada nos campos de estágio. Como recursos pedagógicos são utilizados leitura e discussão de textos, elaboração de ferramentas analisadoras dos processos gerenciais em saúde, elaboração de roteiros e realização de entrevistas e análise documental. Pretende-se que os estagiários discentes do Curso Técnico de Gerência em Saúde possam conhecer as principais funções gerenciais nas atividades de atenção à saúde existente nos campos de estágio; identificar e desenhar processos organizacionais relativos aos campos de estágio; analisar e apresentar processos envolvidos no gerenciamento das operações em saúde e participar, quando possível, na elaboração de pesquisas, projetos ou programas com orientação docente. Os resultados obtidos com esta experiência no seu primeiro ano demonstraram a pertinência da proposta e sua relevância como um dispositivo para a compreensão de modo articulado e crítico da configuração dos processos de trabalho, das relações entre os sujeitos, dos processos e as finalidades da produção de saúde, das possibilidades, limites e contradições presentes na experiência formativa e laboral vivenciada pelos discentes e professores orientadores do Estágio Curricular Obrigatório e do Eixo Práxis III.

ELABORAÇÃO E APLICAÇÃO DE EXERCÍCIOS DE MEMÓRIA PARA OS IDOSOS DA UNAPI: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cinthia Yumi Ide, Suzi Rosa Miziara Barbosa

Palavras-chave: Idosos, Memória, Promoção da Saúde,

A memória é algo que ao longo do tempo, se não exercitada, é perdida. Segundo pesquisas os idosos adquirem a concepção do processo de envelhecimento como um acontecimento patológico e ponto inicial para a contagem regressiva de suas vidas, alguns idosos deixam de participar e serem ativos biologicamente, psicologicamente e socialmente, entregando-se à aposentadoria de maneira passiva, inativa e cada vez menos reflexiva, o que por sua vez, pode representar um prejuízo incondicional à saúde mental e física do indivíduo, além de constituir-se fator de risco para o declínio cognitivo e para a demência. O projeto Universidade Aberta a Pessoa Idosa- UnAPI/UFMS, possibilita aos idosos a partir dos 60 anos se encontrarem duas vezes por semana, no qual, um de seus objetivos é fazer com que os idosos participantes, exercitem a memória de diversas formas. Este trabalho tem como objetivo apresentar a experiência em elaborar e aplicar atividades de memória a um grupo de idosos. Para a elaboração destes exercícios, foi necessário um conhecimento prévio do grupo ao qual a atividade seria aplicada, para ter uma base do nível das atividades a serem executadas. Seleccionamos diversas dinâmicas de memória, entre elas destacamos um jogo de palavras aleatórias, que se baseia em ditar palavras e dar um número a elas, desta forma: a primeira palavra é ventilador, a segunda é gato e assim por diante; que deverão ser memorizadas no início do encontro e questionadas em algum momento no decorrer do encontro. Durante a aplicação dos exercícios, foram intercaladas atividades que necessitavam de raciocínio e memória. Entre essas atividades perguntávamos aos integrantes qual era uma das palavras ditas no início, por exemplo, qual a segunda palavra? Ao final das atividades os

idosos estavam entusiasmados por terem conseguido lembrar-se das palavras ditas no início do encontro e satisfeitos com o resultado. Portanto, pode-se concluir que os exercícios de memória aplicados no grupo de idosos foram de significativa importância motivacional, melhorando a autonomia e independência.

ENCONTRO DE GESTANTES COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO AO PARTO NORMAL- UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kamila Martins da Cruz, Cristiana Ferreira de Souza Rondon, Edmundo Rondon Neto, Thays da Luana da Cruz, Stephany Anastacia Serpa Alarcon, Prisciely Souza Palhno

Palavras-chave: Parto Normal, Relato de Experiência

APRESENTAÇÃO: O parto normal consiste em um conjunto de condutas e procedimentos que têm por finalidade a promoção do ciclo gravídica puerperais saudável e a prevenção de morbimortalidade para o binômio, é de suma importância que as mulheres retomem o papel de protagonista no processo reprodutivo, que compreendam o processo do parto. Através das consultas pode-se observar o medo relacionado ao parto normal e o desconhecimento de como o mesmo se desenvolve. Identificando essa problemática foi criado o encontro de gestantes com objetivo de assegurar seus direitos e da criança, recuperando o parto como evento familiar e natural e unindo aos benefícios das modernas evidências científicas, como as tecnologias de alívio de dor farmacológicas e não farmacológicas, para que as mesmas se sintam mais seguras. DESENVOLVIMENTO: o encontro realizou-se em uma UBSF de Campo Grande/MS, mensalmente, entre os meses de Abril a Julho de 2015, com as gestantes das três equipes. Com grande demanda de

gestantes, muitas vezes não conseguiam sanar todas as angústias das mesmas nas consultas de enfermagem, através da Residência de Enfermagem Obstétrica iniciou o encontro com as gestantes, na sala de reuniões da unidade, por meio de convites enviados a elas pelos agentes de saúde e convites realizados nas consultas. Os temas eram relacionados ao parto, porém a cada encontro elas definiam o tema para o próximo encontro. RESULTADOS: Houve quatro encontros, com a participação de toda equipe da unidade, como os técnicos de enfermagem e enfermeiras, assistente social, médicos, dentista, terapeuta ocupacional. Os temas abordados foram: Processo fisiológico e benefícios do parto normal; Direitos das gestantes no processo de parturição; Técnicas para alívio da dor; Posições para o parto. Com em média de 30 a 15 gestantes, onde se pode perceber a importância dos encontros como forma de troca de experiências e como estratégia para que o profissional realize educação em saúde. CONSIDERAÇÕES: Pode-se observar através dos encontros a segurança que as mulheres começaram a sentir com o processo do parto normal, aquelas que pariram quando os encontros ainda eram realizados, voltaram para relatar o quanto confiantes e tranquilas se sentiram durante o parto e como foi uma experiência positiva, levando mais gestantes para participar do encontro.

ENCONTROS E ATRAVESSAMENTOS PRODUZIDOS POR UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO PROJETO PERCURSOS FORMATIVOS NA RAPS - ATENÇÃO À CRISE

Monique Araújo de Medeiros Brito

Palavras-chave: Educação Permanente, RAPS, Saúde Mental

Em novembro de 2013, o Ministério da Saúde lançou o edital do projeto “Percurso Formativos na RAPS”, que tinha como objetivo desenvolver ações de educação permanente envolvendo a troca de experiências entre municípios formadores e municípios em formação nas seguintes linhas: 1) Atenção à crise e urgência em saúde mental; 2) Saúde Mental Infanto-juvenil; 3) Saúde Mental na Atenção Básica; 4) Demandas associadas ao consumo de álcool e outras drogas; 5) Desinstitucionalização; 6) Reabilitação Psicossocial. A escolha do tema foi feita coletivamente com profissionais e gestores da saúde mental, sendo definida a “Atenção à Crise” como prioridade. O contexto municipal estava bastante favorável para participar desse conjunto de ações de educação permanente, pois estava em processo de implantação de novos serviços (CAPS AD III, Unidade de Acolhimento Adulto, Residência Terapêutica e Consultório na Rua) e acabara de modificar 90% do quadro de profissionais em função de concurso público; portanto, essa formação teve papel extremamente relevante no fortalecimento da nossa rede. Juntamente com outros municípios visitantes (Goiânia/GO, Macapá/AM, Contagem/MG e Parnaíba/PI) realizamos o intercâmbio em São Paulo/SP, nosso município receptor / receptor, o qual teve início em meados de 2014. Vinte profissionais (CAPS II, CAPS AD III, CAPS IA, Unidade de Acolhimento Adulto, SAMU, NASF e Consultório na Rua) participaram do intercâmbio no município de São Paulo/SP. Os critérios de escolha também foram construídos coletivamente: a) representatividade da rede e da categoria profissional; b) habilidade no planejamento de propostas e multiplicação do aprendizado; c) protagonismo nas ações de saúde mental. Participaram psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, profissional de educação física, técnicos de enfermagem. Estabelecemos que, ao retornar da vivência no intercâmbio, cada

dupla, juntamente com a coordenação de saúde mental, realizaria uma oficina de 8h para toda a rede, compartilhando aprendizados e promovendo reflexões acerca dos processos de trabalho e estratégias de intervenção. Essa proposição foi um marcador importante no processo de intercâmbio, pois os profissionais tinham a missão de, ainda durante a imersão, planejar a oficina, o que direcionou de forma bastante produtiva a vivência no território receptor. A oficina de integração, em julho de 2015, proporcionou encontros de enorme relevância, com a discussão do tema central da crise e outros atravessamentos importantíssimos, como matriciamento, vínculo, território e trabalho em rede e participação da nossa RAPS Ampliada, envolvendo hospitais gerais, SAMU 192, atenção básica, desenvolvimento social, economia solidária, cultura, esporte lazer e coletivos da juventude. De forma geral, avaliamos que muitas intensidades foram produzidas; intensidades porque os produtos extrapolam qualquer dimensão teórica, técnica, protocolar de abordar a crise e cuidar de sujeitos singulares. Muitas linhas de força foram produzidas, entrecruzando os territórios existenciais dos sujeitos que cuidam e são cuidados, trazendo à tona discussões sobre a noção ampliada de crise, miniequipes de referência, matriciamento, cuidado compartilhado, desejo de cuidado nos, com, pelos e para os profissionais, tudo isso considerando as sempre existentes diferenças entre pessoas, contextos e serviços.

ENFERMAGEM ESCOLAR: AÇÕES QUE EDUCAM PARA A SAÚDE

Raquel Margarete Franzen de Avila, Letícia Moresco, Susana Zandona, Ana Claudia Kirchhof, Aline Delias de Sousa

Palavras-chave: Plantas medicinais, Educação, Enfermagem

Nas instituições de ensino, o tema saúde é abordado por profissionais professores que em sua grande maioria ministram disciplinas da Área de Ciências da Natureza. A abordagem destes assuntos fica baseada no senso comum e não relacionado ao contexto social mais amplo. A escola é um local de aprendizagem, portanto nada mais justo que profissionais da enfermagem trabalhem nesses locais buscando promover educação em saúde. Isso não significa que o enfermeiro está sendo desviado da sua função básica que é prestar uma assistência de qualidade ao paciente, mas sim trabalhar na prevenção ensinando questões básicas de saúde e doença. O Ministério da Saúde e da Educação entende que o trabalho da enfermagem na escola é disseminar a política da prevenção, do cuidado básico e dos bons hábitos de saúde. A Seção de Saúde e do Campus Bento Gonçalves, trabalha educação e a prevenção com foco em práticas com cuidados complementares. A Organização Mundial da Saúde- OMS recomenda incrementar e ampliar prática de eficácia comprovada, divulgar experiências bem-sucedidas, realizar eventos de integração, intercâmbio e incrementar qualitativa e quantitativamente a inserção das Práticas Integrativas Complementares - PICs, divulgando o uso racional de plantas medicinais. A importância destas plantas na prevenção e cura de doenças foi reconhecida pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, que as inseriu como opção terapêutica no sistema público de saúde. Este trabalho tem por objetivo relatar ações de educação e promoção em saúde que a enfermagem do IFRS-Campus Bento Gonçalves, vem desenvolvendo juntamente aos programas de extensão e pesquisa, atuando com servidores e estudantes para a realização de ações educativas em saúde. Nos Projetos de Extensão: Programa das Plantas Medicinais, NEABI e Promotores de Saúde, o enfoque

fora o cuidado alternativo e complementar, associado ao uso de plantas medicinais, é a alimentação saudável. Com o projeto Resgatando Raízes, o propósito foi voltado às culturas afro e indígena nos ambientes escolares onde se trabalhou a saúde social que é tão importante quanto à saúde corporal. Na pesquisa desenvolveram-se estudos com uso de extratos vegetais como alternativa aos desinfetantes químicos utilizados na produção animal, onde o estudo está voltado ao uso de plantas medicinais no cuidado animal, entendendo que a saúde animal repercute diretamente na alimentação humana e em consequência na saúde. As metodologias aplicadas foram ações educativas no refeitório, oficinas para professores da rede municipal e pais de alunos, capacitação para trabalhadores terceirizados, viagens técnicas, apresentação de trabalhos em mostras técnicas, científicas e congressos. Acredita-se que a enfermagem tem como papel fundamental de orientar na construção de diversos saberes que fomentam o amplo conceito sobre saúde. Cerca de 2800 pessoas já foram atingidas por estas ações num prazo de três anos e esses resultados tendem a elevar-se à medida que surgem novas propostas de trabalho educativo da enfermagem com professores e alunos tanto da comunidade interna do campus quanto com a comunidade externa da região do município de Bento Gonçalves.

ENSINANDO POLÍTICA DE SAÚDE E AMBIENTAL: UMA ABORDAGEM TEÓRICO-PRÁTICA NA FORMAÇÃO DE NUTRICIONISTAS

Amanda da Silva Franco, Carina de Aquino Paes

APRESENTAÇÃO: De uma maneira geral, a educação em saúde se baseia em metodologias de transmissão de conhecimentos, no entanto, nos dias

atuais há uma necessidade crescente por profissionais com perfil crítico-reflexivo. A disciplina de Política de Saúde e Ambiental foi inserida na nova grade curricular da graduação de Nutrição da Faculdade Bezerra de Araújo (FABA) a partir do ano de 2012. A nova disciplina, oferecida no quarto período, representa o primeiro contato do discente com a área de saúde coletiva. OBJETIVO: Apresentar uma abordagem de ensino-aprendizagem teórica-prática na disciplina de política de saúde e ambiental para discentes do curso de nutrição de uma Instituição de Ensino Superior (IES) privada no Município do Rio de Janeiro. METODOLOGIA: A disciplina é desenvolvida em dois módulos, um referente as políticas de saúde (módulo 1) e outro relativo as políticas ambientais que interferem na saúde humana (módulo 2). Em cada módulo o aluno realiza, como parte de sua avaliação, um trabalho prático. No módulo 1 os alunos visitam diferentes unidades de saúde, nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) com o propósito de conhecer de perto o Sistema Único de Saúde (SUS) e ouvir a opinião dos usuários e não apenas o que é reverberado pela mídia. No módulo 2 os alunos organizam uma feira de ambiente, saúde e nutrição, onde cada grupo desenvolve uma prática com os seguintes temas: manejo adequado dos resíduos sólidos, agrotóxicos e saúde, importância e racionamento da água nos dias atuais, ambiente obesogênico. A feira é divulgada e acontece para toda a comunidade acadêmica, que participa e interage no estande de cada grupo. Como forma de avaliação, os alunos solicitam que os participantes acharem da atividade, além de darem opinião e sugestões de temas para próximas edições. A cada semestre é possível perceber o quanto a abordagem teórico-prática é uma ferramenta importante para o aprendizado dos alunos. Pela avaliação realizada pelos alunos, a prática do módulo

1 atinge seu objetivo, já que a maioria dos alunos ampliam seu olhar em relação a abrangência do SUS, bem como observam o olhar de quem frequenta as unidades, além disso vêm uma percepção de que apesar das dificuldades o SUS funciona e beneficia milhões de pessoas. Na prática do módulo 2, a avaliação dos alunos é de que a organização e realização da feira o fazem se sentir protagonistas e os ajudam a desenvolver habilidades que serão necessárias na sua prática profissional, como o contato com o público e a transmissão de conhecimento de uma forma mais dinâmica e informal. CONSIDERAÇÕES FINAIS: a adoção de uma abordagem de ensino-aprendizagem teórica-prática é primordial, em especial para uma disciplina, como a de política de saúde e ambiental, que abrange temas relevantes para formação ética e profissional dos acadêmicos.

ENSINO E PRÁTICAS DA FISIOTERAPIA APLICADA À SAÚDE COLETIVA NA FORMAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Anderson Freitas de Santana, Italo Ricardo Santos Aleluia

Palavras-chave: Ensino, Fisioterapia, Saúde Coletiva

A formação atual em Fisioterapia exige uma base sólida em todas as áreas de conhecimento da Fisioterapia, sem a necessidade de especializar-se em um campo específico. Requer uma formação generalista, capaz de integrar todos os conhecimentos, sendo a universidade a responsável por conduzir a formação profissional voltada para a resolução de problemas e necessidades da população (CALDAS, 2006). As experiências de atuação do fisioterapeuta na atenção básica, que vêm ocorrendo nas diversas regiões do

Brasil, e a discussão que tem se desenrolado acerca dessa atuação têm evidenciado a necessidade de se buscar estratégias capazes de viabilizar a atuação frente ao elevado número de pessoas que necessitam de atendimento fisioterapêutico, mas que não têm acesso e ao reduzido contingente de profissionais atuando nesse nível de atenção à saúde. A inserção da Fisioterapia na atenção básica se constitui em um fato recente na sua história. A participação da profissão nesse campo de trabalho tem favorecido diversas reflexões sobre a ampliação e/ou reconfiguração de suas práticas para a apropriação de novos saberes necessários a uma melhor intervenção nesse nível de atenção à saúde, em conformidade com as diretrizes os princípios sinalizados como desejáveis para a construção do SUS. Frente às diversas possibilidades de atuação do profissional Fisioterapeuta na Saúde Coletiva e dos desafios exigidos por esse campo, foram elencadas algumas atividades que possibilitaram aos estudantes o compartilhamento de conhecimentos, desenvolvimento de habilidades e competências, articulando os conhecimentos adquiridos durante as disciplinas teóricas e a multiplicidade de experiências no território. Nesse sentido, as atividades foram desenvolvidas em um bairro do município de Salvador/BA, campo de prática do estágio supervisionado de Fisioterapia em Saúde Coletiva, por meio de atividades com os equipamentos sociais (igrejas, escolas municipal e estadual, creche comunitária, centro de cultura e lazer, e unidade de saúde) com o objetivo de realizar abordagens coletivas através de práticas de promoção e prevenção à saúde. Entre as atividades desenvolvidas, merecem destaque as abordagens coletivas, denominadas “Blitz postural”, realizadas em escolas municipais com crianças do ensino fundamental; conscientização postural realizada com os grupos de idosos

vinculados a um equipamento social que desenvolve atividades para diversos grupos em todos os ciclos de vida. Os resultados das atividades desenvolvidas no território possibilitaram aos discentes e docentes estruturar futuras ações com o objetivo de intervir sobre os problemas encontrados e os determinantes do processo saúde-doença. O papel de facilitador de aprendizagem exigiu dos preceptores um processo de construção-reconstrução das ações a serem desenvolvidas, conforme a dinâmica do território e identificação das necessidades sociais e de saúde da população. A imagem-objeto do estágio delineado, a escuta qualificada e o olhar atento, proporcionaram aos docentes maior tranquilidade na condução deste, possibilitando aos estudantes refletir continuamente sobre a atuação do Fisioterapeuta na Saúde Coletiva a partir de práticas voltadas para a integralidade, atenção centrada no usuário, longitudinalidade e abordagem familiar.

ENTRE OS GUARANI-KAIOWÁ: VIVENCIANDO O VER SUS EM COMUNIDADES INDÍGENAS DE DOURADOS/MS

Raquel Cordeiro Ricci, Adrian Santos de Souza, Ana Luiza de Souza Floriano, Ane Karoline Amorin Oliveira, Lucas Ribeiro da Costa Santana, Mariana Henriques Rosa, Silvia dos Santos Brites, Everton Ferreira Lemos

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Saúde Indígena, Saúde Coletiva

Apresentação: Trata-se de um relato de experiência vivenciado no Projeto Vivência e Estágio Referente ao Sistema Único de Saúde (VERSUS) por estudantes de diversos cursos de universidades públicas e privadas do estado de Mato Grosso do Sul, no período matutino e vespertino do dia 27

de janeiro de 2015. A experiência ocorreu durante as visitas aos serviços de saúde nas comunidades indígenas do município de Dourados/MS, região sul do estado. Sendo o objetivo relatar a experiência vivenciada no Projeto Vivência e Estágio Referente ao Sistema Único de Saúde (VERSUS), nos serviços de saúde indígena do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (SASISUS) do SUS. Desenvolvimento do trabalho: As comunidades indígenas abrangidas nesse relato foram a Jaguapiru e Bororo, de etnia Guarani Kaiowá, sendo que as aldeias possuem duas UBSF, compostas por equipe de estratégia de saúde da família que abrange uma área com cerca de 3.000 habitantes. Essas são mantidas pela Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI). Além da assistência de um Hospital mantido pela Missão Caiuá. Os maiores problemas do território são os altos índices de diarreia, DST, violência, já a tuberculose vem diminuindo. As dificuldades, percebidas foram falta de água na unidade, insumos, medicamentos e recursos humanos. Resultados e/ou impactos: A violência e as doenças infecciosas e parasitárias têm trazido desafios para o serviço de saúde. Estudos realizados em Dourados mostraram queda na incidência da Tuberculose desde 2000, embora, a mortalidade pela doença ser maior do que em não indígenas (LEMOS et al., 2014). Os serviços de saúde ofertados apresentam problemas como a escassez de água nas unidades, falta de materiais e insumos e há falta de profissionais para atender a demanda sem sobrecarregar a equipe. Considerações finais: O Mato Grosso do Sul, tem a segunda maior população de indígenas do país, e esta experiência possibilitou vivenciar as necessidades que as equipes de saúde enfrentam. As ações da SESAI, no âmbito da organização de estrutura e processo, devem atentar para as necessidades locais, tornando a comunidade e os profissionais

protagonistas desse processo, identificando suas necessidades para melhoria do território e da assistência prestada.

ENTRE SABERES: A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE

Cristiane Mehl, Lina Gonçalves Lopes, Rafael Leite

Palavras-chave: Formação, Interdisciplinariedade, VER-SUS

O objetivo deste trabalho é ampliar as discussões a cerca da importância da interdisciplinaridade em dispositivos de saúde, tendo como base nossas vivências, observações e discussões realizadas no VER-SUS Interior Paraná 2014 e 2015. Tendo como princípio norteador, a noção de saúde ampliada, compreendendo o ser humano em suas várias dimensões e, a saúde em suas várias concepções. Sonhamos com o dia que conseguiremos olhar para a transdisciplinaridade não só como um desejo, mas como uma forma de trabalho possível, falamos hoje em interdisciplinaridade que ainda sim é pouco exercida nos serviços de saúde pelas equipes. As variadas formas de se constituir equipe dizem também de um trabalho interdisciplinar que visa o sujeito em sua integralidade. O VER-SUS nos mostrou como é difícil compreender e praticar a interdisciplinaridade em nosso cotidiano e em nossas relações, a vivência que é um dispositivo de formação intensa nos aproxima muito da realidade do profissional de saúde. A imersão no SUS diz muito mais que as visitas, os olhares e escuta necessária ao sujeito e aos locais, diz de uma relação necessária entre acadêmicos e no nosso caso também com os movimentos sociais que visa um trabalho em equipe. Entendemos que a experiência do VER-SUS nos dá a possibilidade de ter uma formação ampliada

por fazer com que áreas de saberes distintos converse e trabalhem a dificuldade de não ser separatista no cuidado, o que não acontece nas universidades. Através de nossas vivências pudemos nos aproximar de temas sobre a saúde da população que, muitas vezes não são abordados nos serviços de saúde, mas fazem-se presentes nas realidades dos saberes populares, no âmbito rural, nas plantações agroecológicas, em crenças populares e nas práticas cotidianas. Questões estas que também precisam ser trabalhadas como interdisciplinaridade, comunidade X equipe de saúde, Líder Comunitário X profissional, respeitando as variadas formas de fazer saúde. Aprendemos na academia a conversar com nossos pares e por mais que haja discussões de um cuidado integral ao sujeito, percebemos muitas vezes em nossas práticas que existem separações visíveis. Entendemos a importância de um fazer saúde que seja amplo e que, de fato, possa ser considerado universal, como previsto no SUS. O VER-SUS tem nos proporcionado momentos de discussões interdisciplinares que trazem deslocamentos necessários, tem nos ensinado a olhar também para fora da academia e entender a riqueza dos saberes populares e tem nos ensinado principalmente que o “fazer com” é muito mais importante que “fazer por”.

ENTRELAÇAMENTO EDUCACIONAL NA SAÚDE E VICE-VERSA

Gabriela Alves Martins Guimarães Lyrio Todo

Palavras-chave: Educação, Saúde, VER-SUS

A formação acadêmica em saúde está fortemente atrelada a questões estruturais, sociais, gerenciais e culturais que estão para além do olhar científico muitas vezes glorificado que a universidade empreende

na formação dos acadêmicos e futuros profissionais que irão atender à comunidade. O cenário atual é de um sucateamento programático da saúde pública no país. Neste contexto, o acadêmico que faz parte das equipes em saúde deve estar sempre atento e preparado para as circunstâncias que pode enfrentar. As habilidades profissionais demandadas em contextos territoriais e geográficos específicos (em locais distantes das áreas urbanizadas) e em situações de saúde mental (por exemplo) não são intuitivas e sim aprendidas – sendo assim, é urgido que a educação do ensino superior contemple as necessidades reais de nossa sociedade. Infelizmente, a educação superior também não está contemplada de modo integral – ressalta-se que muito vem sendo feito pela educação e saúde em nosso país, contudo, questões estruturais da sociedade, do homem e da ética empreendida historicamente impedem que passos maiores sejam dados. O objetivo desse trabalho é relatar a experiência e perspectiva de viventes da imersão do projeto do VER-SUS 2015 2^a edição realizado no Triângulo Mineiro (mais precisamente, na cidade de Uberaba). Essa imersão possibilitou vivência por parte de universitários em contextos da “vida real”, isto é, fora da margem acadêmica, visualizando aspectos importantes de serem trabalhados na formação de sua especificidade da graduação e de colegas de outras áreas, favorecendo assim um conhecimento para além da multidisciplinaridade, possibilitou um conhecimento interdisciplinar. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Realizamos visitas em locais na cidade de Uberaba, no período de 8 dias de imersão (5 dias destinados à realização das visitas, discussões e elaboração de material escrito). Ao nível de atenção básica à saúde, conhecemos Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade Saúde da Família (USF),

Unidades Matriciais de Saúde (UMS) e Consultório na Rua. Nos níveis de atenção especializada e de atenção psicossocial, visitamos o contexto da Unidade Regional de Saúde (URS), Unidade Especializada em Reabilitação (UER), Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), Residência Terapêutica do bairro Fabrício, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Inácio Ferreira e Centro de Atenção Psicossocial ao dependente de Álcool e Drogas (CAPS AD). Tivemos acesso à Farmácia Acolhimento e o serviço de Vigilância em Saúde do município. Durante a imersão, tivemos um momento com médicos cubanos que, atualmente, residem e prestam serviço na cidade de Uberaba. Como resultados e/ou impactos podemos perceber e relatar uma maior preparação para atuar e pensar sobre a saúde pública que vivenciamos neste período histórico e geográfico, em que nossas reflexões e percepções podem expandir seu território e pensar sobre um contexto maior. A graduação precisa desse diálogo com a realidade para que tanto a saúde quanto a educação tenham suas possibilidades de existência amplificadas e potencializadas.

ESCOLAS MÉDICAS SOCIALMENTE COMPROMETIDAS COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ABRINDO AS PORTAS DA UNIVERSIDADE PARA OS TRABALHADORES DA REDE

Ana Luiza de Oliveira e Oliveira, Tiago Rocha Pinto, Lucas Pereira de Melo

Palavras-chave: Educação Permanente, Interprofissionalidade, Atenção à Saúde, Responsabilidade Social

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Trata-se de uma iniciativa de docentes da área de Saúde Coletiva da Escola Multicampi de Ciências

Médicas do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN) direcionada aos trabalhadores da rede de saúde e de do município de Caicó, RN. A criação do grupo de estudos se deu a partir da submissão de uma proposta de Mestrado Profissional em Saúde com início previsto para março de 2016, o qual será direcionado, prioritariamente, aos profissionais de saúde e envolvidos em atividades de preceptoria e supervisão de alunos no cotidiano dos serviços. Os encontros vêm ocorrendo com periodicidade quinzenal em horário noturno. O processo ensino-aprendizado é orientado pela leitura e discussão de artigos científicos, troca de experiências do cotidiano e gestão do trabalho dos profissionais além de fomentar ideias que podem se concretizar em proposições de temáticas de pesquisa e intervenção a serem apresentadas como projetos na abertura do edital do referido Mestrado. RESULTADOS ALCANÇADOS: O grupo ainda se encontra em fase inicial, todavia, já é possível constatar uma série de aspectos positivos advindos com a iniciativa, tais como: I) incentivo e condições para os trabalhadores retomarem seus estudos; II) efetivação de um espaço de Educação Permanente, com aprofundamento teórico-metodológico e subsídios para construção e implementação de projetos de pesquisa; III) debates sobre os desafios e problemáticas vivenciadas no cotidiano de trabalho interprofissional; iv) fortalecimento da identidade do profissional de saúde local; IV) reconhecimento das fragilidades e potencialidades de enfrentamento e superação dos obstáculos que se apresentam. REPERCUSSÕES DA EXPERIÊNCIA: Embora sejam apenas dois meses desde o início das atividades, o grupo tem construído objetivos comuns que apontam para real qualificação da rede. Hoje, cerca de 10 trabalhadores de diferentes categorias, áreas e equipamentos, se mostram motivados e assíduos nos encontros. Os mesmos

reconhecem o potencial do grupo para além do apoio para definição do objeto de pesquisa e escrita do projeto, mas enquanto uma oportunidade de qualificação e instrumentalização dos saberes e práticas que poderão ser incorporados e integrados no cotidiano dos serviços. Da mesma forma, os docentes avaliam o espaço enquanto uma oportunidade de maior aproximação com os profissionais da rede e de articulação de outras propostas e projetos futuros que promovam a integração ensino, serviços e comunidade.

ESPAÇO CONVIVER: POTÊNCIAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA CURES/UNIVATES

Olinda Lechmann Saldanha, Andreas Rados, Juliana de Bittencourt Escobar, Lucia Adriana Pereira Jungles, Karin Kauffmann

Palavras-chave: interdisciplinaridade, acolhimento, formação em saúde

APRESENTAÇÃO: A experiência relatada é desenvolvida na Clínica Universitária Regional de Educação e Saúde (CURES), da UNIVATES/RS. O serviço tem uma proposta inovadora de educação da saúde em serviço, em que a interdisciplinaridade e o trabalho em rede direcionam as práticas educativas. Por meio da articulação entre diversos cursos de graduação da área da saúde e educação, desenvolve ações de cuidado em saúde aos usuários de três municípios da região do Vale do Taquari/RS. Entendendo que o cuidado em saúde se dá nos encontros, construiu um espaço acolhedor onde os usuários que aguardam o atendimento têm a oportunidade de trocas de saberes e construção de vínculos, visto que há estagiários de diversas áreas envolvidos, bem como usuários de diferentes faixas etárias e origens. Esta miscigenação de saberes faz com que os usuários e

trabalhadores em formação vivenciem outro modo de cuidado em saúde, de forma leve e horizontal. OBJETIVOS: Promover espaços de aprendizagem em equipe multiprofissional, por meio da escuta e do acolhimento aos usuários do serviço-escola, referenciados pelos profissionais dos municípios; ampliar a construção de vínculos com os usuários e o reconhecimento das demandas e necessidades dos mesmos. METODOLOGIA: O espaço para usuários e seus familiares é organizado por pequenas equipes, entre dois a quatro estagiários de cursos diferentes, em cada turno de atividades do serviço-escola. O acolhimento das pessoas envolve uma equipe multiprofissional constituída por estagiários, para a atenção integral, a partir da construção de vínculo com o usuário, apresentando o serviço, buscando o entendimento de suas necessidades de saúde e a proposição de ações de cuidado. A partir da participação e interesse dos usuários são desenvolvidas atividades lúdicas, oficinas sobre diferentes temas da saúde, rodas de conversa e de música, artesanato, visitas à biblioteca e outros espaços. Neste sentido, este espaço já se configura para além de um espaço de espera, como um modo potente de convivência entre os diversos atores O Espaço Conviver não se restringe a uma sala, é um modo de cuidado, constrói convivência e trocas, com o intuito de produzir saúde e educação com os usuários e trabalhadores em formação. RESULTADOS: Apesar dos estranhamentos iniciais dos estagiários em compreender as ações de acolhida e de escuta como parte do processo de cuidado em saúde, a experiência tem mostrado que o espaço onde se oportuniza a fala e a escuta é diferenciado de um atendimento especializado. O espaço conviver favorece a identificação de demandas e necessidades dos usuários e promove trocas e aprendizagens entre todos os atores envolvidos. Para os

estagiários tem contribuído para ampliar o comprometimento com os usuários, oportunizado uma formação interdisciplinar, a problematização de certezas e práticas de cuidado, além do desenvolvimento de habilidades e potencialidades, como a escuta e a inclusão dos usuários, estimulando o protagonismo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Estes encontros tem se mostrado potentes para promover atenção integral aos usuários e mudanças na postura e na formação dos estagiários e dos profissionais de saúde da rede, por meio da interação ensino-serviço-comunidade.

ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITO SANITÁRIO: ESTRATÉGIA DE CONEXÕES INTERDISCIPLINARES E MULTIPROFISSIONAIS

Marilene Barros de Melo, Maria Gabriela Araújo Diniz, Luciana Souza D'ávila

Palavras-chave: Direito Sanitário, Judicialização em Saúde, Qualificação Profissional

A Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESPMG) iniciará em 2016 a sua VII Turma do Curso de Especialização em Direito Sanitário. Este longo percurso tem sido estimulado pelo incremento da Judicialização da saúde. Este trabalho tem o objetivo de apresentar as estratégias propostas nas VI e VII turma do curso de maneira abordar adequadamente o fenômeno da judicialização. O objetivo geral do curso é desenvolver e estimular, no campo do Direito Sanitário, competências profissionais para que os trabalhadores atuantes do campo do direito à saúde compreendam as especificidades da saúde pública aliadas à análise da legislação, da jurisprudência e de estudos de doutrina do Direito Sanitário. Busca, assim, qualificar os profissionais que atuam nos processos de

judicialização da saúde, quais sejam, gestores e profissionais da saúde e operadores do direito, de maneira a subsidiar suas análises, planejamento e tomada de decisão considerando as dimensões técnicas, éticas e políticas. A celebração de um Termo de Cooperação Técnica entre a Secretaria de Estado de Saúde, Escola de Saúde Pública, Ministério Público, Tribunal de Justiça do Estado e Defensoria Pública anterior à VI turma proporcionou uma mudança circunstancial. Situação que viabilizou a inserção de discentes dessas diferentes instituições no curso, além de representantes da Advocacia Geral do Estado, favorecendo o princípio da interdisciplinaridade no estabelecimento de bases de cooperação técnica, científica, administrativa e operacional para o desenvolvimento de projetos de ação educacional e de pesquisa em direito sanitário de maneira a minimizar as implicações dessas ações judiciais no âmbito da saúde coletiva. Outra estratégia foi a de aproximar esses discentes da realidade dos serviços de saúde. Assim, na disciplina de Seminários, desembargadores, juízes, promotores, defensores públicos visitaram serviços de saúde diversos como hospitais geral e de assistência aos portadores de sofrimento mental, pronto atendimento para urgências e emergência, Centro de Atenção Psicossocial de maneira que analisassem o contexto desses espaços. Esta imersão foi considerada pelos alunos como fundamental para a ação profissional dos mesmos. Nesta perspectiva, ficou explícita a necessidade de uma oficina com a participação de representantes das instituições que assinaram o termo; de um representante da Justiça Federal e outros sujeitos vinculados a esse campo de conhecimento para a construção coletiva de uma matriz com as disciplinas e respectivas ementas visando uma maior interlocução e proximidade em relação aos processos de trabalho dos alunos. Foi um

momento muito rico e propício para novas proposições quanto à busca pela garantia do Direito à Saúde. Concluiu-se que essas estratégias propiciam o fortalecimento da saúde enquanto direito social em um estado marcado pela extensão territorial, por um número significativo de municípios e pela diversidade cultural, econômica, social e epidemiológica. Características que exigem a adoção de estratégias pautadas em princípios como da equidade e responsabilização múltipla entre as diversas disciplinas e setores que mediam a relação sujeito/coletividade/ações e serviços de saúde.

ESTÁGIO DE VIVÊNCIA NO SUS BAHIA: EXPERIÊNCIA DAS MEDIADORAS DE APRENDIZAGEM

Anne Caroline Santos, Marta Silva de Moura

Palavras-chave: EVSUS, Mediadoras

APRESENTAÇÃO: O Estágio de Vivência no SUS Bahia (EVSUS) é um programa que insere estudantes de graduação no cotidiano do Sistema Único de Saúde de um determinado município, objetivando induzir mudanças na formação em saúde, pois esta experiência proporciona aos mesmos um aprendizado diferente do vivenciado dentro da academia. O EVSUS pode ser experimentado na condição de vivente ou de mediador. Os mediadores de aprendizagem são estudantes que já vivenciaram o estágio anteriormente, que assumem o papel de problematizadores, estimulando e moderando os debates durante a imersão do estágio. **Objetivo:** Descrever a experiência de participar do EVSUS como mediadoras de aprendizagem e sua reverberação na formação em saúde. **Metodologia:** Estudo de caráter descritivo do tipo relato de experiência, que visa relatar a experiência de duas acadêmicas, dos

cursos de psicologia e enfermagem, sobre a participação no EVSUS na condição de mediadoras de aprendizagem. **Resultados:** Durante a imersão do estágio houve um primeiro momento para revisão sobre o SUS, onde discutiu-se dados históricos, políticos e econômicos do atual cenário da saúde nacional. O momento seguinte correspondeu as visitas diárias aos serviços públicos de saúde municipal e estadual, conhecendo rotinas e funcionamento das unidades, e como os serviços se articulam entre eles. Desse modo, foram visitados unidade básica de saúde, núcleo de atenção a saúde da família, centro de atendimento psicossocial, centro de emergência odontológica, a central de regulação do município. Conhecemos ainda a forma como os distritos sanitários se relacionam com as secretarias municipal e estadual de saúde e um assentamento do movimento dos trabalhadores rurais sem terra enquanto participação do movimento social em saúde. Durante todas as noites da imersão, o grupo formado por sete estagiários e dois mediadores, reunia-se para aprofundar as temáticas vivenciadas, seguida de socialização com os outros dois grupos de viventes/mediadores. Em todos os momentos de diálogo, buscamos criar condições favoráveis para o aprendizado através de dinâmicas, problematizações, proposições, organização das visitas e discussões coletivas. Foi possível aproveitamento satisfatório do estágio, pois conseguimos despertar o interesse dos viventes nas atividades e uma reflexão sobre o SUS a partir de outro referencial, desmistificando algumas questões sociais que envolvem o sistema. **Conclusão:** Ser mediadora em um estágio como o EVSUS concretizou-se como uma forma eficiente de aproximação do acadêmico da realidade do SUS, ampliando seu conhecimento sobre sua construção, condições atuais, dificuldades e potencialidades. Essa

experiência tornou-se fundamental para nossa formação profissional, pois na perspectiva de promoção da formação em saúde, permite aos mediadores o despertar crítico-reflexivo e o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias para lidar com situações problemas e grupos heterogêneos, com o foco no empoderamento do estudante diante das problemáticas existentes no sistema.

ESTÁGIO NACIONAL DE EXTENSÃO EM COMUNIDADES NO QUILOMBO GURUGI: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Maria de Araújo Loiola, Taliane Domingos Lima, Verônica Maria Santana Ferreira

Palavras-chave: Extensão, quilombolas, educação

APRESENTAÇÃO: A necessidade de diálogo entre universidade e comunidades impulsiona o trabalho de extensão comunitária com grupos subalternos, escravos do capitalismo e marginalizados no modelo de sociedade vigente. Inserir estudantes de graduação em atividade de extensão popular em comunidades do estado da Paraíba. O Estágio Nacional de Extensão em Comunidades, da Universidade Federal da Paraíba, possibilita este diálogo através da imersão de acadêmicos em famílias quilombolas, colônias de pescadores e assentamentos rurais. Teve como objetivo inserir estudantes de graduação em atividade de extensão popular em comunidades do estado da Paraíba. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Este é um relato de experiência de uma atividade de extensão no II Estágio Nacional de Extensão em Comunidades (ENEC), promovido pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB), através do Departamento de Promoção de Saúde do Centro de Ciências Médicas e do Programa

Interdisciplinar de Ação Comunitária (PIAC) da Pró-Reitoria de Assuntos Comunitários (PRAC), no uso das suas atribuições como instituição promotora do Programa VEPOP-SUS- Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS, com apoio do Ministério da Saúde, Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS) e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e no contexto da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS). O estágio é realizado a luz da metodologia O estágio contou com a participação de 17 acadêmicos da área de saúde de diversas universidades públicas e particulares do país. correu no período de 01 a 16 de julho de 2015 no Estado da Paraíba. A pré-vivência foram três dias de aproximação com a extensão popular e de aprofundamento na educação popular. A vivência se deu em 12 dias de imersão em uma comunidade quilombola da Paraíba. **RESULTADOS:** A interação com a família e comunidade possibilitou a identificação de fragilidades como dificuldade de acesso a serviços de saúde e potencialidades como o amplo acesso a cultura e lazer. O Quilombo foi forjado O Gurugi é uma comunidade forjada por negros que ocuparam e transformaram o território no período da escravatura e também no pós. As lutas marcaram sua história e possui características de um povo que não fecha os olhos para os litígios sociais e algozes que massacraram a comunidade. Em diálogo com a família e a comunidade foram realizadas as seguintes ações: reunião com a Equipe de Saúde da Família para fortalecimento das ações de educação em saúde na comunidade; educação popular em saúde no contexto familiar sobre condições de saúde e doença do grupo; reuniões com líderes comunitários para o fortalecimento dos espaços de manifestação cultural como um ponto de confraternização e vivenciação da cultura na comunidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A vivência possibilitou a troca de

saberes sem sobreposição de um ao outro, mas uma completude que só possível numa relação dialética com a comunidade onde se tem a convicção de que ensinar exige todos os capítulos da Pedagogia Freireana e sentimentos de amor e solidariedade, além de compromisso com as demandas sociais.

ESTÁGIO RURAL: EXPERIÊNCIA VIVENCIADA POR ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM EM UM MUNICÍPIO DO AMAZONAS

Janielle Brasil Marinho, Katiuscia Matos Costa Cruz

APRESENTAÇÃO: O estágio rural proporcionado pela Universidade do Estado do Amazonas nos permite conhecer a realidade e funcionamento da saúde do SUS-Sistema Único de Saúde em municípios do interior do Amazonas com o intuito de agregar conhecimento e aprendizado acadêmico durante as práticas de Saúde Coletiva. A vivência reuniu acadêmicos do curso de enfermagem, medicina e odontologia fazendo com que a equipe trabalhe de forma multidisciplinar com um único objetivo, atender, conhecer e melhorar o atendimento a população que tanto necessita de cuidados e tratamento. **Objetivo** relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem da UEA, assim como refletir sobre a necessidade dessa vivência na formação acadêmica, bem como conhecer a realidade da saúde enfrentada no interior do Amazonas. **METODOLOGIA:** trata-se de um de um estudo descritivo, observacional do tipo relato de experiência acerca do estagio rural vivenciado pelas alunas do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas –UEA no município de Nova Olinda do Norte-AM no período de 45 dias. **Resultados:** durante a prática, realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), tivemos a oportunidade de vivenciar

e realizar atividades pouco abordadas durante o curso. Além disso, o estagio seguia fielmente um cronograma, onde podemos conhecer melhor os serviços oferecidos pelo SUS a população. A demanda dos atendimentos do referido município era extensa, pois, os atendimentos não se limitavam somente em pacientes da cidade e sim abrangia população de outros interiores. Dentre as atividades, foi realizada visita domiciliar, educação em saúde para gestantes, preventivos, trabalhamos com idosos, crianças, adolescente, e atuamos no teste rápido para adolescentes. Além disso, realizamos visita aos interiores do município com o apoio dos profissionais da UBS e preceptor local. **Conclusão:** A experiência vivida como discentes e futuras enfermeiras foi de grande importância para o aperfeiçoamento de futuras profissionais, também como usuárias do SUS. Deste modo, notou-se que o sistema de saúde realmente funciona de forma positiva e que todos estão unidos por um único objetivo melhorar e qualificar o atendimento a população.

ESTÁGIOS DE VIVÊNCIA NO SUS: UMA EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO ENSINO, SERVIÇO E COMUNIDADE

Eduardo Carvalho de Souza, Nádyá dos Santos Moura, Edine Dias Pimentel Gomes, Camila Sabrina de Oliveira Lima, Danielle de Sousa Leal, Ana Carla Ramos Borges, Fábio Loiola da Silva, José Maria Ximenes Guimarães

APRESENTAÇÃO: O Sistema Único de Saúde (SUS) compreende um conjunto de serviços e ações presentes nas organizações públicas de saúde, assumindo assim um papel ativo na reorientação das estratégias de cuidado, tratamento e acompanhamento de saúde individual e coletiva e é nesse mesmo

sentido que se apresenta a necessidade de rever os modos de formação para se atuar nesse sistema. Visando uma instrução diferenciada, foi criado o projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VERSUS), que é um dispositivo na área da saúde que oportuniza aos estudantes de graduação conhecer a realidade do SUS, de forma a permitir a integração ensino-serviço-comunidade. O presente estudo tem por objetivo relatar uma experiência de vivência da integração entre ensino-serviço-comunidade, por meio do projeto VER-SUS. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Estudo descritivo realizado por meio de observação direta que permitiu aos acadêmicos uma ampliação do olhar crítico sobre a realidade social e o trabalho em saúde na comunidade. A vivência ocorreu no mês de agosto de 2015, na cidade de Picos-PI. **Resultados:** Participaram da vivência 16 estudantes e 4 facilitadores todos graduandos de diferentes cursos e instituições de ensino, durante o período de vivência foram realizadas diversas atividades como entrevistas informais e rodas de conversa com os dispositivos da rede de atenção, grupos comunitários e movimentos sociais, resultando em momentos de reflexão sobre a atuação profissional. Com isso, percebeu-se a construção de uma parceria na perspectiva da gestão participativa entre ensino, serviços e comunidade, para a formação do profissional em saúde. **CONCLUSÃO:** Dessa forma considera-se importante o processo de inserção dos estudantes nos serviços de saúde, sobretudo mediante uma base territorial comunitária com enfoque nas necessidades sociais. Experiências como esta potencializam a percepção dos estudantes acerca da importância do trabalho em equipe e da participação da comunidade em parceria com as universidades e instituições de saúde, possibilitando a ampliação do olhar crítico sobre a realidade social e o

trabalho em saúde, sendo uma excelente ferramenta para formação de profissionais de qualidade com um maior entendimento sobre a realidade do SUS.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CENÁRIO DE POSSIBILIDADES PARA A FORMAÇÃO MÉDICA

Nathany Fernandes de Abreu, Elizete da Rocha Vieira de Barros, Adélia Delfina da Motta Silva Correia, Iara Barbosa Ramos, Iago Davanço Nogueira, Felipe Luges Francisco

Palavras-chave: Educação Médica, Estratégia Saúde da Família, Saúde da Criança

RESUMO E APRESENTAÇÃO: O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança consiste em um dos objetivos da equipe de saúde na atenção primária, é singular porque busca considerar aspectos biopsicossociais da criança e sua família. Trabalha o acesso, longitudinalidade do cuidado e a integralidade desta atenção, oportunizando ações de prevenção e de intervenção. Este resumo trata desta temática, na ótica de acadêmicos de Medicina do 4^o ano da Famed/UFMS, através de uma experiência vivida na Estratégia Saúde da Família de Campo Grande – MS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O plano do estágio de integração ensino-serviço da Saúde da Família e Comunidade, da disciplina de Atenção à Saúde da Criança, iniciou-se com o reconhecimento do território da Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Botafogo e com nossa inserção no processo de trabalho das equipes. Na saúde da criança, uma das preocupações dos profissionais e lidar com fatores de risco e vulnerabilidade individual. Assim, compartilharam a necessidade de acompanhamento de uma família com três crianças, residentes em área de risco.

Embora não houvesse queixas registradas pelo agente comunitário de saúde (ACS), o objetivo era que a partir da identificação destas famílias, fosse feita busca ativa. Durante três semanas realizamos visitas domiciliares, classificação de risco familiar (Escala de Coelho e Savassi), abordagem familiar com construção de ecomapa, genograma e apgar familiar. Há quarta semana foi marcada consulta, usando Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), que privilegiou a integralidade da atenção, o trabalho conjunto com a enfermagem e a vinculação à família. **RESULTADOS E IMPACTOS:** A família foi classificada como de baixo risco para visitas e normofuncional pelo apgar familiar. No genograma, apesar da mãe afirmar não haver problemas de saúde na família, identificou antecedentes familiares, como a obesidade, além de relações afetivas conflituosas e no eco mapa, pouca relação da família com o meio social. Na consulta, exploramos o MCCP, e fato que nos chamou a atenção, foi a presença ativa do pai e relato de que a família não frequentava a unidade porque procuram atendimento somente em situações agudas, na Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Foi então dialogada a importância desse acompanhamento para prevenção, feito encaminhamento de duas crianças para cuidados e orientações nutricionais, além da suplementação férrica e de vitamina A, solicitação de exames complementares para conhecimento do estado nutricional e metabólico e orientação reforçada quanto à alimentação do bebê de oito meses com risco de sobrepeso. Diante do quadro, a tendência a padrões de repetição (obesidade) foi debatida pela equipe. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi possível perceber com essa experiência a necessidade da puericultura regular e a adesão dos pais, sendo que o estabelecimento do vínculo com a equipe é fundamental. A atenção primária é um cenário de possibilidades, pois permite

que cotidianamente possamos exercitar a integralidade do cuidado, além de coordená-lo e o integrar aos outros níveis de atenção. Vimos que a inserção nesta realidade é importante para a formação médica e estimula o acadêmico a desenvolver habilidades e atitudes necessárias à prática, entre elas, aquelas ligadas ao vínculo e humanização do atendimento.

ESTRATÉGIAS DE FORMAÇÃO EM ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E SAÚDE COLETIVA PARA O SUS: A PRODUÇÃO DE MURAIS INTERATIVOS

Thais Salema Nogueira de Souza, Giane Moliari Amaral Serra, Sheila Rotenberg

Palavras-chave: Formação em saúde, Estratégia educativa, Murais

A educação dialógica fundamenta-se essencialmente por meio da reflexão e da troca de experiências e saberes entre os sujeitos e destes com o mundo com vistas à construção de uma consciência crítica, que conduza a uma práxis transformadora da realidade social. O objetivo deste trabalho é apresentar uma experiência de releitura das intenções e possibilidades de uso do mural na formação em Nutrição para atuação no SUS. A construção de murais interativos tem sido utilizada como estratégia de formação, em uma perspectiva inovadora, problematizadora, crítica, dialógica e participativa, desde 2011 na disciplina Educação Alimentar e Nutricional e a partir de 2014 implementada no Estágio Supervisionado em Saúde Pública do Curso de Graduação em Nutrição da UNIRIO e da UFF, respectivamente. Compreendendo que as paredes podem ser um espaço de interlocução onde as diferentes vozes circulantes se expressam, trabalha-se com a concepção ampliada da alimentação e saúde. Assim, os murais são concebidos

com intencionalidades complementares: com os estudantes, no processo de ensino-aprendizagem para o uso desta estratégia no seu cotidiano e futuro profissional, com o público leitor, para a construção do conhecimento e circulação de informações e para ambos, como dispositivo para o pensamento reflexivo e crítico sobre a multidimensionalidade da alimentação e da saúde. Esta estratégia envolveu até o momento cerca de 10 docentes, 230 discentes e público leitor. A partir do tema gerador a cada semestre são definidos coletivamente subtemas. Os estudantes divididos em grupos, ficam responsáveis pela elaboração e ocupação do mural por 2 a 3 semanas. Neste processo de formação, de acordo com a temática e reflexões teórico-metodológicas são debatidos e definidos os conteúdos, as estratégias de comunicação, os dispositivos de interação com público e a expressão plástica do mural. É incentivado o uso de múltiplas linguagens: ensaio fotográfico, músicas, cordel, desenhos, colagens, maquetes, experiências sensoriais. A partir das avaliações os estudantes apontam como potencialidades desta estratégia: o trabalho em equipe e a discussão coletiva; a leitura de jornais e revistas; o reposicionamento político-ideológico sobre as temáticas frente à abordagem científica biologicista; o olhar crítico sobre a mídia; bem como as formas inovadoras de educação, comunicação e expressão plástica. Como dificuldades apontaram o pensar mais abrangente, a criatividade no fazer manual, a criação de dispositivos de interação. Quebrar o paradigma tradicional e construir outras formas de educação e comunicação calcada na construção coletiva, interação e criatividade estética e na abordagem dos conteúdos, tem se mostrado um desafio. Esta estratégia de formação tem se mostrado inovadoras para os sujeitos, docentes e futuros trabalhadores. A cada

semestre vêm sendo aprimorada e tem se constituído como inspiração para outras universidades e serviços, podendo ser uma ferramenta de ação-reflexão-ação em saúde coletiva no SUS.

ESTUDANTES DOS CURSOS DA SAÚDE NOTURNO PROMOVENDO REFLEXÕES SOBRE UNIVERSALIZAÇÃO E ACESSO A EDUCAÇÃO COMO DIREITO

Ingrit Medeiros Seehaber, Tatiana Reidel, Renata de Almeida Zieger, Ana Luiza Vicentini Leão, Bianca Oliveira Gomes

Palavras-chave: Educação, Formação, Direitos do cidadão

APRESENTAÇÃO: A educação é apresentada como aposta potente de formação acadêmica, inserida nos diversos cenários sociais, como oportunidade de “saber/fazer” em aprendizagem dinâmica e reflexiva através da articulação e indissociação entre a teórica e a prática. Neste sentido, enunciamos o debate da formação reflexiva e vivencial a partir da experiência do Programa de Educação Tutorial (PET) Cenários de Práticas e de Estágios Curriculares Noturnos de cursos de graduação da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A experiência aqui apresentada relata a vivência deste PET junto a escola Otávio de Souza de Porto Alegre/RS. A partir de levantamento realizado com estudantes, identificou-se temas considerados relevantes e que demandaram atividades por meio de uma interlocução entre universidade e a sociedade. Evidenciou-se questões sobre a dificuldade de jovens de baixa renda em continuar sua educação após o término escolar, pelo fato de não terem condições financeiras de começar seus estudos em uma graduação ou ensino técnico pago. Foi realizada a oficina: O quê fazer quando

eu sair da escola, com o intuito de refletir e conhecer quais são as alternativas de educação continuada gratuitas que estão disponíveis no espaço da educação técnica e superior no Brasil. A atividade disseminou conhecimento sobre oportunidades de estudo que são oferecidas para estudantes de escola pública abrangendo assim, alunos de baixa renda, mostrando como funcionam sistemas como: Exame Nacional de Ensino Médio (ENEM), UFRGS; Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRGS); Sistema de Seleção Unificada (SISU); Programa Universidade para Todos (PROUNI); Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC); Curso Pré Vestibular Popular (POP); Resgate Popular Pré Vestibular; Centro dos Estudantes Universitários de Engenharia da UFRGS (CEUE) e os direitos e auxílios financeiros que o aluno pode possuir ao usar redes de ensino, bem como a existência de cursos de graduação no turno noturno. As informações foram sistematizadas em folder disponibilizado e explorado por meio de roda de conversa que oportunizou troca e esclarecimentos sobre os mais diversos meios de educação disponíveis no país. A avaliação dos adolescentes sobre a atividade foi muito positiva, ressaltando a importância desta atividade para seus projetos de vida. Da mesma forma o foi para os acadêmicos, uma experiência de exercer a interdisciplinaridade em que a saúde coletiva esta inserida. Trabalhar com a educação para jovens, explora a formação dos estudantes do PET. A experiência, é uma resposta dada à sociedade do que se aprende ao longo da graduação, desenvolvendo as perspectivas de discentes em formação, trabalhando com atividades que construam um profissional pleno numa perspectiva de formação cidadã, vivenciando diversas maneiras de transmitir conhecimentos nos eixos da educação, saúde e sociedade. Assim, compreende-se

e vivencia-se a saúde não somente como ausência da doença mas com possibilidade de conhecer e acessar direitos como cidadão.

ESTUDANTES QUE CONSTROEM SUA PRÓPRIA VIVÊNCIA INTERDISCIPLINAR NO SUS

Andre Luis Melo dos Santos, Katarina de Lima Fernandes, Itana Suzart Scher, Victor de Jesus Ribeiro Rocha, Tiago Souza Leal, Andrea Laís Santos e Santos, João Batista de Brito Braga Alves

Palavras-chave: estágio de vivência, SUS, movimentos sociais

O Diretório Central dos Estudantes da UFBA através do Fórum Acadêmico de Saúde (FAS) promoveu a Semana de Vivências Interdisciplinares no Sistema Único de Saúde (SEVI-SUS/UFBA) entre os dias 17 e 21 de fevereiro de 2014 no Município de Teixeira de Freitas/BA. Esta funciona como uma ferramenta no fortalecimento do compromisso da Universidade e dos estudantes com a saúde do povo. (300), com vistas a contribuir com a reorientação da Educação em Saúde através de vivências no cotidiano do SUS. Objetivamos, assim, contribuir para formação dos estudantes de saúde, numa abordagem interdisciplinar, acerca das concepções de saúde e também dos princípios, diretrizes e mecanismos de controle social do SUS, bem como a vivência de sua realidade, desafios e conquistas. Problematizar o papel político do estudante e profissional como agente social transformador da saúde. Seis meses transcorreram entre o planejamento e a concretização da vivência. Houve 227 inscritos. 40 foram selecionados entre 13 cursos da área de saúde. 38 estagiários viajaram, junto com 10 monitores, membros do FAS. Foram

feitas visitas a diversos equipamentos do SUS em todos os níveis de atenção, além da visita ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra. Todos os dias as vivências eram socializadas e alguns conceitos discutidos conjuntamente. Foi possível depreender a apropriação dos estudantes dos conceitos teóricos discutidos: conceito de saúde e sua relação com a atenção primária, relação público-privado, reforma psiquiátrica antimanicomial, determinação social da saúde. Houve uma atenção para a necessidade de trabalho em equipe, a partir da multidisciplinaridade. Sensibilização dos estudantes para a realidade em que vive o povo brasileiro e a necessidade de engajamento de todos para promoção da saúde e da igualdade no país. Após a vivência, muitos estagiários começaram a construir o FAS, relatando que passaram a se enxergar como agentes transformadores da sociedade e não apenas futuros trabalhadores da saúde. Experiências como esta se fazem importantes, pois aproximam os estudantes da realidade da saúde pública brasileira, ampliando a visão sobre os determinantes que estão imbricados no processo de saúde do povo. As universidades brasileiras precisam se voltar para uma concepção ampliada do sujeito que valorizem e promovam uma reorientação do modelo de formação que temos – individualizante e biologicista – para uma formação multiprofissional e integrada. É necessário promover uma formação voltada para a saúde pública, incentivando assim o compromisso com o SUS.

EVOLUÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE: CONSTRUINDO REFLEXÕES E VIVÊNCIAS NOS CAMPOS DE PRÁTICAS DE CUIDADO

Bruna Saraiva Santos, Iasmin Oliveira Carneiro, Frederico Viana Machado, Vitoria D'ávila Pedrosa, Lisiane Boer Possa, Alcindo Antônio Ferla

Palavras-chave: instituições de saúde, vivências, políticas públicas

O projeto “Evolução das Instituições de Saúde”, desenvolvido na Universidade Federal do Rio Grande Sul, tem o objetivo de proporcionar aos estudantes conhecer a história e práticas das instituições de saúde de Porto Alegre e Região Metropolitana. Além de instituições de saúde a ação também visa conhecer organizações cuja história possa expressar os diferentes contextos de construção das políticas públicas que tenham relação com a institucionalização de práticas de saúde no Brasil. São escolhidas instituições que fazem parte da história e continuam em funcionamento, dentre elas: Cemitério e Museu da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; Hospital Psiquiátrico São Pedro; Hospital Colônia Itapuã; Hospital Sanatório Partenon; Presídio Central de Porto Alegre e Centro de saúde Vila dos Comerciantes. As visitas são guiadas por um profissional do serviço de saúde e realizadas aos sábados, para atender à demanda dos alunos de cursos noturnos que trabalham e têm pouco acesso às atividades de extensão ofertadas pela Universidade. As visitas são seguidas de uma roda de conversa para discutir a experiência e as questões que emergiram durante a vivência, fortalecendo o compartilhamento de reflexões críticas. A partir dessa vivência os acadêmicos compartilham suas reflexões acerca da evolução histórica e a situação atual das práticas de saúde das instituições buscando reconhecer a historicidade das políticas públicas, instituições e práticas de saúde, bem como relacionar-se com os trabalhadores de saúde que as construíram. O projeto tem contribuído para formar profissionais críticos e autocríticos, problematizando a articulação entre instituições, processos de trabalho de saúde e contexto histórico e político das sociedades. No âmbito acadêmico, oportuniza a vivência em cenários de

práticas de saúde, possibilitando que os alunos experienciem o cotidiano das instituições e construam conhecimentos acerca da evolução histórica e análise de políticas públicas envolvidas nos serviços, no planejamento e gestão das instituições e nas relações da história das instituições com a sociedade e com a cultura. A presença dos alunos e professores da universidade nestas organizações e a relação estabelecida com os trabalhadores permitem um processo de troca de saberes e experiências, que vem, inclusive, propiciando novos projetos e parcerias. Atualmente, após cinco edições, estamos desenvolvendo uma pesquisa de avaliação do impacto do projeto na formação dos participantes, através de entrevistas semi-estruturadas e grupos focais. Além disso, foi criado um vídeo com imagens e relatos das vivências nas instituições e organizações visitadas. A criação deste vídeo institucional tem o intuito de ilustrar e apresentar o projeto de maneira que as pessoas consigam entender o funcionamento e a metodologia da ação, multiplicando seus efeitos.

EXERCITANDO O ARCO DE MAGUERIZ: A EXPERIÊNCIA DO VER-SUS OESTE CATARINENSE

Fabiola Feltrin, Camila Dervanoski, Adriana Carolina Bauermann, Marcelo Verno Schabarum, Denise Finger, Angela Maria Gomes, Larissa Hermes Thomas Tombini, Cláudio Claudino da Silva Filho

Palavras-chave: Metodologia da problematização, Educação superior, Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO: Este trabalho trata-se de um relato do uso da Metodologia da Problematização baseada no Arco de Magueriz no contexto das práticas, vivências e experiências acadêmicas em

saúde. O Arco de Magueriz constitui-se em cinco etapas: observação da realidade e definição do problema; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação à realidade. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é relatar de que forma se constituiu a 2^a etapa do Arco de Magueriz – os pontos chave, a partir da participação de acadêmicos da área da saúde no Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) Oeste/SC Edição Inverno/2015. METODOLOGIA: O projeto envolveu 58 acadêmicos de ensino superior, organizados em 08 pequenos grupos de trabalho. As atividades ocorreram em dois dias de capacitação, quatro dias de vivências e um dia de fechamento e devolutiva. Como ponto de partida para a problematização baseada no Arco de Magueriz, o grupo participou da 8^a Conferência Municipal de Saúde de Chapecó/SC, onde observou a realidade e definiu problemas relacionados ao tema gerador: Participação Social. O levantamento dos pontos chave ocorreu na continuidade das atividades de formação e discussões no grupo, com destaques para os pontos chave: a humanização e o acolhimento, o empoderamento, o financiamento do SUS, o trabalho em equipe nos serviços, o SUS como direito de todos e dever do estado e, questões de gênero, preconceito e racismo. RESULTADOS: A participação efetiva dos estudantes nas discussões e definição de pontos chave a partir da observação da realidade e identificação de problemas relacionados ao tema gerador proposto possibilitou reflexões, indagações e ressignificações dos papéis dos usuários na construção e consolidação do SUS, instigando-os para que retornem aos seus locais de origem como agentes disseminadores de informações e conhecimento, transformadores das realidades onde vivem e atuam. As indagações foram as que mais geraram reflexões e amadurecimentos, buscando

transcender as metodologias com conteúdo programático diagramado, geralmente utilizados em sala de aula, migrando para uma proposta ativa de aprendizagem, onde se unem os saberes diversos para gerar inquietações. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a exemplo da problematização baseada no Arco de Maguerez constitui recurso fundamental à aprendizagem significativa dos indivíduos. Da mesma forma, a participação acadêmica em projetos como o VER-SUS Oeste Catarinense é fundamental para a percepção destes do infinito de possibilidades que o conhecimento e o empoderamento trazem e o quanto isto repercute em sua postura profissional. Destaca-se, ainda, a convergência dos saberes propiciando que a experiência se tornasse mais valiosa e ímpar: um “novo” olhar para o SUS. O levantamento dos pontos chave nortearam os estudos na continuidade das etapas do Arco, proporcionando uma reflexão sobre as atitudes tomadas ao longo da vida, seja como usuário(a) e/ou profissional na construção e defesa do SUS.

EXPECTATIVAS DOS ACADÊMICOS DE NUTRIÇÃO FRENTE AOS DESAFIOS DO PET SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Adolfo Henrique Costa dos Santos, Fabíola Lacerda Pires Soares

Palavras-chave: Assistência integral, Saúde pública, Promoção da Saúde

APRESENTAÇÃO: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde visa promover atividades voltadas ao Ensino, Pesquisa e Extensão através da integração do processo ensino-aprendizagem. Tal processo é possível por meio de contato com casos concretos, perfazendo assim a formação de pensamento crítico, construção de conhecimento e troca de saberes.

Nesse contexto a atuação do acadêmico de nutrição é pautada na implementação de ações breves, mas muito eficazes, que possibilitem a melhoria significativa na saúde da população a ser atendida. Diante das atividades colocadas em prática procurou-se diminuir os discursos das salas de aulas e buscar a aproximação com a realidade local. Dentre algumas das necessidades básicas locais que foram identificadas, está a necessidade de capacitação contínua dos profissionais da atenção básica, elaboração de materiais educativos mais específicos com linguagem mais acessível, apoio a ações sociais, implementação de pesquisas que mostrem a realidade local de determinadas doenças e inúmeras outras demandas. Com isso, foram desenvolvidas ao longo da execução do projeto a elaboração de palestras, dinâmicas, seminário local de cultura indígena, debates, projetos de pesquisa, capacitações com agentes comunitários de saúde e diversas outras ações que evidenciaram a importância de estreitar o elo de ligação entre a universidade e a sociedade. O objetivo deste relato é mostrar o papel do acadêmico de nutrição no contexto da atenção básica em atividades ligadas ao PET Saúde. As atividades gerais do projeto também estavam integradas com discentes da psicologia e medicina, além de momentos pontuais com vários outros profissionais da área da saúde, como os agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas, enfermeiros etc. Dentre estas atividades, um importante projeto foi realizado enfocando a avaliação das práticas alimentares de crianças de 0 a 24 meses de idade em uso de fórmulas infantis, atendidas na puericultura de unidades de saúde. Ao todo foram avaliadas 41 crianças, no qual se investigou prioritariamente o motivo do não aleitamento materno, além dos dados sociodemográficos, antropométricos e alimentares. No decorrer do estudo ficou ainda mais evidente a necessidade de intervenção da área de

nutrição, uma vez que foi demonstrado que o principal motivo do não aleitamento materno exclusivo nos meses preconizados era a ausência/insuficiência de leite. Outro ponto preocupante foi a constatação do preparo inadequado das fórmulas infantis, resultando assim na ingestão de nutrientes fora das recomendações nutricionais, o que pode comprometer futuramente a saúde dessas crianças. No âmbito do conhecimento como acadêmico de nutrição, os desafios e obstáculos são inúmeros, frente a uma realidade que se modifica constantemente. Foi possível verificar desta forma, a necessidade de ações de prevenção e promoção em saúde, bem como as práticas e ações nas redes de atenção à saúde, fortalecendo assim o papel da atenção básica. Tais atividades foram muito enriquecedoras devido a interdisciplinaridade de conhecimentos e troca de experiências com os demais acadêmicos, profissionais e a comunidade como um todo. Além disso, foi um momento de repensarmos nossas práticas em saúde para execução de forma mais eficaz e abrangente das ações como futuros profissionais no âmbito da saúde pública.

EXPERIÊN(CIA) DE CUIDADO: A CONSTRUÇÃO INVENTIVA PARA PENSAR INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Breno Lincoln Diniz, Camille Valença

Experimentando a posição de estagiários de Psicologia no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), na equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), relataremos uma experiência da nossa prática de estágio nesse contexto. Recebemos o convite da equipe para facilitar um espaço com as profissionais da Unidade Básica de Saúde que estávamos, localizada na cidade de Natal-RN, em alusão a luta antimanicomial, para sensibilizá-los quanto a Reforma Psiquiátrica e juntos

refletirmos novas e necessárias formas de cuidado no contexto da saúde mental. Por estarmos durante o período de maio no serviço, e 18 de maio celebra-se a luta “por uma sociedade sem manicômios”, a escolha do tema fora proposital. A atividade desenvolvida teve caráter vivencial, dialógico-construtivo; o vivenciar produz emoções que muitas vezes o acúmulo de leitura sobre o assunto não produz. Sendo assim, pensamos de início reproduzir as práticas de violência em um manicômio, através da oficina de dramatização. Os profissionais tiveram os olhos vendados, e foram conduzidos pelos estagiários a um auditório; ao adentrar passávamos um pouco de álcool em gel e pregávamos um papel com algum diagnóstico, onde o profissional a partir de agora só poderia se reconhecer nele. Ao fundo músicas aterrorizantes para despontar sensações emotivas. O som é abaixado e em seguida dramatizamos a entrega da medicação forçada aos envolvidos. Durante o ato foi reproduzida uma fala de desespero pela recusa da medicação. Logo após ficou só silêncio. Durante este momento, água é derramada sobre os pés dos participantes. Repetimos insistentemente a frase: “até quando você ficará com os olhos vendados diante do cuidar?” Mobilizados, foram retirando a venda e formando um círculo. Abrimos a roda para girar a palavra, para os profissionais expressarem seus sentimentos. À medida que a palavra circulava os profissionais narravam situações diárias do serviço, problematizando teoria-e-prática; fomos identificando juntos possibilidades. Com o que surgia, traçamos discussões e partilha de saberes, refletindo a importância do vínculo na construção do cuidado, o acolhimento como ferramenta indispensável nas tecnologias em saúde, a historicidade da loucura e o quanto isso reflete nos estigmas reproduzidos até hoje, inclusive, entre os próprios profissionais. Além do mais, outras temáticas despontavam,

como: medicalização da vida, a banalização do diagnóstico, dificuldade no processo de trabalho entre equipes. Finalizando o momento, provocamos os profissionais com o seguinte pensamento: “cuidar do outro é cuidar de mim, cuidar de mim é cuidar do outro”. Logo após, propomos a realização de práticas de cuidado que permitissem cuidar do outro. Através do toque com o outro corpo, fora permitido cuidar de outra pessoa que muitas vezes não era tão próxima, desestabilizando o lugar dos profissionais, e diante disso a possibilidade de construir novas formas de agenciamentos nas relações. Por fim, pudemos reconhecer a necessidade da inventividade no saber-fazer saúde, que não existe lógica pronta para o cuidar, apesar de estarmos amparados tecnicamente com o que aprendemos no âmbito acadêmico. Apostar na potência dos encontros enquanto mobilizador é necessário para práticas inovadoras de cuidado.

EXPERIÊNCIA AGREGADA A ESTUDANTES DE MEDICINA A PARTIR DE PROJETOS ELABORADOS NA ESF GERMANO PUFF COM A PARTICIPAÇÃO DO PROPET-SAÚDE EM BLUMENAU – SC

Francielly Carine Marques Lauer, Nevoní Goretti Damo, Luíza Souza de Magalhães, Rúbia Kaszczeszen Farias, Miria de Souza Effting, Karla Ferreira Rodrigues

Palavras-chave: Saúde da Família, Relações Comunidade-instituições, Educação de Graduação em Medicina

No ambiente universitário é considerável a opinião de que a participação em pesquisas e projetos extracurriculares na comunidade exerce ótima influência na formação acadêmica. Além de instigar o pensamento crítico, a inserção do estudante de medicina nesse ambiente o faz adquirir

conhecimentos e também querer produzi-los. Vários relatos e produção a nível local em cinco anos tornam evidente a importância do papel exercido pelo PROPET-Saúde no desenvolvimento de projetos de pesquisa, extensão e ensino. Através de propostas do ensino-serviço proporcionadas aos alunos, viabiliza-se a construção de melhores profissionais, mais independentes e responsáveis. Logo, é interessante salientar os benefícios causados aos acadêmicos, e os conhecimentos agregados a eles advindos dessa experiência. A partir da participação em uma pesquisa desenvolvida juntamente ao PROPET-Saúde, SINTOMAS DEPRESSIVOS E AUTOCUIDADO EM DIABÉTICOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE BLUMENAU – SC, os universitários foram inseridos no cotidiano da Estratégia Saúde da Família (ESF) Germano Puff. Lá, eles fizeram visitas domiciliares em duplas aos portadores de Diabetes Mellitus, percorrendo as microáreas abrangidas pelo posto. O diálogo com os diabéticos foi embasado no preenchimento de três questionários, associado à verificação da glicemia capilar dos usuários. Após essa pesquisa, atividades rotineiras da ESF acolheram os estudantes para novos projetos na comunidade. Alguns voluntários mediram a acuidade visual dos alunos de 1^o a 9^o ano da Escola Estadual Básica Doutor Max Tavares Amaral. O cotidiano da ESF também abrange encontros com gestantes, puérperas e diabéticos. Neles, há o contato direto com pacientes, que é uma eficaz experiência para os iniciantes da graduação em medicina. Isso os deixa entusiasmados, já que permite aos alunos colocarem em prática suas teorias e sentirem que seu trabalho trás benefícios para todos. Os acadêmicos obtiveram, a partir da participação nesses projetos, a possibilidade de contato com os pacientes, além de perceber melhorias que eles, como futuros profissionais da saúde, podem buscar para uma melhor relação médico-paciente.

Como as atividades abrangeram vários âmbitos, os voluntários foram estimulados a realizarem novos projetos por perceberem que a integração com a comunidade é benéfica para ambos. Esse contato do acadêmico com a ESF e sua participação na pesquisa foi e está sendo responsável pela nítida mudança do ponto de vista do estudante frente ao funcionamento de uma unidade de saúde e, conseqüentemente, do Sistema Único de Saúde (SUS) assim como do próprio contato com o paciente. A inserção do estudante de medicina no início do curso em projetos de pesquisa promove segurança ao futuro profissional, permitindo a familiarização com o sistema de saúde e com a realidade dos pacientes. A independência e a responsabilidade são extensamente estimuladas, a ponto de refletir na comunidade em que atuam. Os acadêmicos, portanto, acabaram por reconhecer o papel que podem exercer no local, e acreditar no valor e nas possibilidades que esses projetos abrem na comunidade e que os mesmos sejam cada vez mais fomentados. Para eles, a oportunidade que o PROPET-Saúde lhes oferece é considerável para que se tornem, no futuro, melhores profissionais.

EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM SAÚDE COLETIVA NA CRECHE SEBASTIÃO TOLOMEU EM CUIABÁ, MT

Mychele Ramos Miranda, Alba Regina Silva Medeiros, Lidiani Cruz Souza

Palavras-chave: Metodologia da Problematização, Creche, Relato de Experiência, Saúde Coletiva

APRESENTAÇÃO: O Estágio Supervisionado Obrigatório I, do Curso de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), realizado no sétimo semestre, oportuniza ao aluno

observar a realidade social de território e sua distribuição geográfica, bem como, conhecer os atores sociais envolvidos, proporcionando a elaboração e implantação de plano de intervenção conforme as necessidades do cenário de estudo. Trata-se de um relato de experiência vivenciada a partir de um Projeto de Intervenção desenvolvido no campo do estágio, tendo como objetivo promover a intersectorialidade entre a Estratégia de Saúde da Família e a Creche Municipal, no bairro Jardim Santa Isabel em Cuiabá-MT, no período de março a julho de 2015. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A experiência vivenciada propõe a construção de Projeto de Intervenção, por meio da Metodologia da Problematização, com o Arco de Maguerez, que se constitui em cinco etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade, envolvendo os atores sociais. RESULTADOS: A observação da referida Creche, selecionada como um dos equipamentos sociais para o estágio visou conhecer os atores envolvidos, a organização, funcionamento e necessidades existentes. Possibilitando assim, a discussão ampliada para a realização do planejamento participativo e desenvolvimento das ações, entre os estagiários, docentes, trabalhadores e demais atores envolvidos no território, levantando os pontos-chaves e a reflexão sobre as possíveis causas dos vários problemas evidenciados, sendo selecionado um problema como prioridade a ser trabalhado. Posteriormente, teve início a busca de informações na literatura científica para fundamentação teórica do Projeto, conversas com trabalhadores de outros setores e busca de documentos existentes relacionados ao problema selecionado. Elaborou-se o plano de intervenção para a confecção da ficha de saúde e realização do exame médico de 87 crianças da creche presentes no dia da ação, com autorização prévia dos pais e munidas

do cartão SUS e Carteira de Vacinação. Buscou-se a articulação de duas Unidades Básicas de Saúde do bairro de abrangência, com a equipe do PSF (Programa de Saúde da Família) para a realização dos exames identificando e intervindo precocemente nos agravos comuns a saúde das crianças como febre, problemas de pele, diarreias, infecção respiratória aguda, desnutrição e imunização atrasada, com os devidos encaminhamentos, as Unidades de Saúde, quando necessário. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O campo de estágio em Saúde Coletiva permitiu enquanto discente, ampliar os conhecimentos adquiridos sobre a metodologia da problematização e desenvolver as habilidades e competências do Sanitarista, articulando os diferentes saberes, integrando os equipamentos de saúde e social, atendendo às necessidades de saúde da população em estudo que vive e integra o território, repercutindo em benefício para todos os atores envolvidos.

EXPERIÊNCIA DE UM ESTÁGIO CURRICULAR EM TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: FOCO NAS NECESSIDADES EM SAÚDE INFANTIL

Teresa Ruas, Fernanda Castilho Leite, Marco Akerman

INTRODUÇÃO: A atenção à saúde infantil no Brasil enfrenta problemas reais na execução efetiva de ações transformadoras de suas práticas, capazes de responder às demandas individuais e coletivas no que se refere à promoção, proteção e recuperação da mesma. **RELATO DE CASO:** Esse estudo trata-se da experiência de alunos do quarto ano de Terapia Ocupacional - em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Santo André - na implantação e desenvolvimento de ações voltadas à atenção primária à saúde infantil em um Estágio Curricular

Obrigatório desde 2010. Nesse relato, serão enfocadas as atividades- guiadas pelo princípio metodológico reflexão- ação- reflexão- desenvolvida na brinquedoteca e no acompanhamento do desenvolvimento infantil. **CONCLUSÃO:** Essa experiência com crianças em situação de vulnerabilidade social e/ou biológica tem nos mostrado a urgência em aproximar a instituição de ensino superior às necessidades locais em saúde, tornando possível uma prática profissional com ações capazes de reconhecer e fornecer recursos para potencializar e acompanhar as características próprias da infância.

EXPERIÊNCIA DOCENTE NO ENSINO TÉCNICO PARA FORMAÇÃO DE CUIDADORES DE IDOSOS

Isabelle Campos de Azevedo, Diana Paula de Souza Rego Pinto Carvalho, Giovanna Karinny Pereira Cruz, Priscila Fernandes Meireles, Rita de Cássia Lira da Silva, Luísa Alves Pereira de Aquino, Carlla Cilene Alves Dantas Petronio, Marcos Antonio Ferreira Júnior

Palavras-chave: ensino, cuidadores, idoso

O Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC) foi criado pelo Governo Federal em 2011, por meio da Lei 11.513/2011, com o objetivo de expandir, interiorizar e democratizar a oferta de cursos de educação profissional e tecnológica no país. Os cursos são financiados pelo Governo Federal e ofertados de forma gratuita por instituições da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica e das redes estaduais, distritais e municipais de educação profissional e tecnológica. Também são ofertantes as instituições como o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), dentre outros. O curso para formação de Cuidadores de Idosos é uma das modalidades de formação

técnica oferecida pelo PRONATEC, que visa à instrumentalização de indivíduos que já atuam nos cuidados aos idosos ou que pretendem se profissionalizar na área. O presente estudo tem como objetivo relatar a experiência docente vivenciada durante o curso técnico-profissionalizante para formação de Cuidadores de Idosos. Trata de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir de vivência docente durante o curso para cuidador de idoso ofertado pelo PRONATEC em parceria com o SENAC no município de Parelhas/RN, entre os meses de agosto e setembro de 2014. A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) sob o código 5162-10, que define o cuidador como alguém que cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, com zelo pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. O curso possui carga horária de 160 horas, dividida em quatro encontros semanais de três horas cada e contou com a presença de 25 alunos, de ambos os sexos e idade entre 18 e 60 anos. O conteúdo programático foi organizado de forma a contemplar as seguintes temáticas: ética; bioética; estatuto de idoso; noções básicas de anatomia e fisiologia; principais patologias que acometem os idosos; noções básicas de farmacologia e interação medicamentosa; o papel do cuidador no domicílio e em ambiente hospitalar; noções básicas de feridas e curativos; distúrbios mentais; primeiros socorros; assistência ao acamado; alimentação e nutrição enteral ou por sonda nasogástrica; distúrbios do sono; cuidados com a higiene corporal e ambiente; e momentos de prática em uma instituição não governamental que abriga idosos. O processo avaliativo se deu de forma contínua por meio da participação dos alunos durante a exposição dos

conteúdos, seminários, prova escrita e aulas práticas. Com o crescente número de idosos no Brasil e no mundo, as novas demandas para a área da saúde apontam para uma perspectiva de cuidados diferenciados, o que implica na formação de profissionais com consciência ética, política e cidadã, além de conhecimento técnico-científico suficiente para atender às necessidades de saúde da população idosa. A atuação como docente durante o curso para formação de Cuidadores de Idosos propiciou o processo de ensino-aprendizagem por meio da aquisição, trocas e reconstrução de conhecimentos entre os atores envolvidos.

EXPERIÊNCIA EM EDUCAÇÃO CONTINUADA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Isabelle Campos de Azevedo, Luana Dantas Vale, Étel Rógere da Silva, Alexandra do Nascimento Cassiano, Glauber Weder dos Santos Silva, Diana Paula de Souza Rego Pinto Carvalho, Giovanna Karinny Pereira Cruz, Marcos Antonio Ferreira Júnior

Palavras-chave: educação continuada, agentes comunitários de saúde, primeiros socorros

Os cursos de qualificação profissional e educação continuada proporcionam a ampliação do conhecimento, exigem que os profissionais desenvolvam novas competências no tocante ao cuidado, propiciam o (re)pensar das ações em saúde e objetivam principalmente a atualização técnico-científica. No âmbito da atenção básica, a formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) requer uma educação ética, técnica e humanística das competências a serem desenvolvidas para a realização do seu trabalho e atendimento às necessidades de saúde da comunidade. O presente estudo tem como objetivo relatar a

experiência durante a realização de um curso de capacitação para ACS. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido com 220 ACS dos municípios de Caicó, Parelhas e Jardim do Seridó, localizados na microrregião do Seridó no estado do Rio Grande do Norte. O curso intitulado “Educação continuada: formando multiplicadores para aperfeiçoar a assistência à saúde da criança no atendimento pré-hospitalar”, objetivou discutir as temáticas referentes aos cuidados voltados especialmente às crianças na tentativa de sensibilizar os familiares/cuidadores para essa atuação específica. O curso contou com o apoio das Secretarias Municipais de Saúde dos referidos municípios e aconteceu em datas previamente agendadas com todos os ACS em momentos distintos para cada um. Em relação aos ACS, 152 pertenciam ao município de Caicó, 49 de Parelhas e 19 de Jardim do Seridó. Durante a capacitação foram abordadas as temáticas: queimaduras, engasgo, intoxicação (endógena e exógena) e desmaio. Foi utilizada como metodologia de ensino a aula expositivo-dialogada, com discussão de casos clínicos e simulações práticas. A susceptibilidade da criança aos eventos abordados, sobretudo, no âmbito doméstico, bem como a sua fragilidade e imaturidade, remetem a uma maior probabilidade de ocorrência desses acidentes, que podem ocasionar consequências graves. Portanto, torna-se relevante orientar e capacitar os ACS sobre as temáticas, na tentativa de minimizar a ocorrência desses acidentes e capacitá-los a prestar os primeiros atendimentos/encaminhamentos quando necessário, uma vez que são os profissionais da equipe da Estratégia de Saúde da Família que têm maior contato com a comunidade.

EXPERIÊNCIA EM ENSINO-SERVIÇO: A RESIDÊNCIA INTEGRADA DE GESTÃO EM SAÚDE

Francine dos Reis Pinheiro, Cristiane Veeck, Rael Xavier, Stefania Rosa da Silva, Virgínia de Menezes Portes, Giovanna Carvalho de Oliveira, Desirée dos Santos Carvalho, Rodrigo de Oliveira Azevedo

Palavras-chave: Residência Integrada em Saúde, Gestão em Saúde, Educação Permanente

Este trabalho apresenta um relato da experiência da ênfase de Gestão em Saúde da Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Iniciada em 2013, esta ênfase é composta por três profissionais graduados nas áreas de Ciências Sociais Aplicadas, Ciências Humanas ou Ciências da Saúde. O objetivo principal é especializar profissionais para atuar em gestão de sistemas e serviços de saúde nas áreas de planejamento, gerenciamento, monitoramento e avaliação, assim como, na organização de redes de atenção à saúde, a partir dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O diálogo entre ensino e serviço possui papel fundamental no cenário da saúde pública brasileira. Entende-se, portanto, que é a partir desta interlocução que ocorre um compromisso da formação em responder as necessidades em saúde da população, considerando o contexto real. A Residência Integrada em Saúde baseia-se na integração ensino-gestão-atenção-controle social, partindo do princípio que o quadrilátero da formação seja capaz de subsidiar um itinerário potente e comprometido (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). O programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) do GHC foi instituído em julho de 2004, a partir de um projeto financiado pelo Ministério da Saúde. A RIS é considerada uma modalidade

de pós-graduação lato sensu, de caráter multiprofissional, realizada em serviço, acompanhada por atividades de reflexão teórica, orientação técnico-científica e supervisão assistencial. Atualmente, o programa possui sete ênfases: Atenção ao Paciente Crítico, Atenção Materno-Infantil e Obstetrícia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Onco-Hematologia, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Gestão em Saúde. A proposta de itinerário pedagógico se dá por meio de diferentes campos de estágio, sendo que sua organização possibilita conhecer diversas atuações de gestão nos diferentes níveis de atenção em saúde a partir dos serviços prestados pelo GHC. Além disso, possibilita a análise de organização, monitoramento e gerenciamento dos serviços e ferramentas de apoio à assistência e à gestão. A formação possui três eixos: Gestão da Atenção à Saúde; Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; e Planejamento, Monitoramento e Avaliação. Por tratar-se de um relato de experiência, a proposta do grupo de autores é promover uma roda de conversa dialogada, na qual os residentes compartilhem experiências e expectativas, a partir dos campos de atuação dos diferentes programas de Residência Integrada em Saúde, bem como despertar a reflexão sobre a potente interface ensino-gestão na área da saúde.

EXPERIÊNCIA INOVADORA NO CAMPO PRÁTICO: ÓTICA ACADÊMICA NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA DE CUIABÁ

Audrey Moura Mota Geronimo, Liney Maria Araujo, Closeny Maria Soares Modesto

Palavras-chave: SUS, PET-Saúde/PRÓ-Saúde, SAE/Cuiabá

As Instituições de Ensino vem buscando

implementar as práticas acadêmicas dos futuros profissionais da área da saúde com a sua inserção precoce no campo de prática, visando o entendimento do que o Sistema Único de Saúde (SUS) requer. Dentre as experiências pedagógicas dos cursos de graduação em saúde ofertado pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), estão a participação do acadêmico em projetos de extensão na Rede SUS. Esta produção trata de relato de experiência que objetiva demonstrar a importância de o aprendiz vivenciar o manejo das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), de Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Cuiabá, Mato Grosso. É um estudo descritivo, transversal, realizado a partir dos relatórios diários e da observação da realidade do usuário, usando a Metodologia da Problematização como eixo norteador. Essa parceria entre ensino/serviço/comunidade resultou em informações “vivas” sobre a patologia, no contexto da individualidade de cada ser humano ali acolhido, exigindo do acadêmico autorreflexão para um novo olhar sobre as pessoas com esses agravos. Foi imperioso saber que, para interromper a cadeia de transmissão das Est, em especial o HIV/AIDS, é necessário realizar uma análise da vulnerabilidade de cada pessoa exposta, já que generalizar acaba sendo um equívoco. Apenas uma ação de responsabilidade do indivíduo é necessária para se interromper essa cadeia de transmissão, requerendo deste um simples ato de zelar primeiro pela sua própria saúde, mediante uso de medidas preventivas efetivas. Um dos desafios naturalmente ali proposto para o aprendiz, foi mexer e remexer na sua construção interior preconcebidas, trazidas da tenra idade, que contribuiu sobremaneira para a mudança no entendimento sobre as IST/HIV/AIDS. Eleito como um cenário

ímpar, rico em vivências (usuários/equipe multiprofissional) para execução de todas as teorias preconizadas nas políticas do SUS recebidas na academia, como humanização, acolhimento, integralidade do cuidado, plano terapêutico singular, dentre outras. A prática baseada em evidências explicitou as teorias, fixando o aprendizado, principalmente para o acadêmico, que exercitou o teórico-técnico-científico, somado ao empirismo trazido pelos usuários. Essa troca de saberes gerou uma relação salutar de respeito mútuo, entre o envolvido serviço/acadêmicos/usuários, trazendo para o futuro profissional uma referência precoce positiva ao abordar a temática IST/HIV/AIDS na Rede SUS. Compôr a equipe multiprofissional e interdisciplinar do SAE foi sair do abstrato e pisar literalmente no concreto, com entendimento das abordagens específicas, focado no cuidado integral do indivíduo, já conhecido em teorias, mas não vivenciado em campo de prática. Nota-se que as Políticas Públicas para as Estágios/HIV/AIDS são sólidas, eficazes e completamente exequíveis. No entanto, a sua abordagem dentro dos cursos da área de saúde, ainda acontecem de forma tímida e silenciosa. As reflexões diárias e contínuas desenvolvidas junto ao usuário e a equipe conduziram a uma quebra de paradigma, eleito como o maior ganho dessa vivência, fator determinante para um aprendizado significativo nas futuras atividades profissionais.

EXPERIÊNCIA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA POR MEIO DO PET-SAÚDE

Viviane Silva Borghi, Mayumi Letícia Tissiani Tsuge, Roberta Silva de Paola, Dâmilie Catharine Monteiro Gardim, Patricia David Charro, Osvaldinete Lopes de Oliveira Silva, Valéria Rodrigues Lacerda, Gustavo Christofolletti

Palavras-chave: PET-Saúde, Multidisciplinaridade, Saúde materno infantil

Apresentação: O PET-Saúde vislumbra uma política governamental que visa estimular práticas multidisciplinares no SUS, incentivando a formação precoce do aluno nesta realidade. As ações do Pet-Saúde UFMS foram delimitadas em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, MS, segundo as demandas da população. Desenvolvimento: O grupo "Saúde da Mulher e da Criança" teve suas atividades desenvolvidas entre 2012 e 2013, e foi formado por acadêmicos de medicina, enfermagem, odontologia, fisioterapia, farmácia e nutrição, além dos preceptores e tutores. As reuniões quinzenais possuíam a finalidade de organizar o rodízio nos cenários práticos no município de Campo Grande (Unidade Básica de Saúde da Família Alves Pereira, Centro de Especialidades Infantil, Centro de Atendimento à Mulher), promover discussões e análise de casos com temas relevantes para a saúde materno infantil. As atividades práticas envolveram visitas domiciliares às puérperas, apresentações sobre Rede Cegonha e participação em reuniões do Conselho Gestor Distrital. Foram desenvolvidas atividades educativas sobre a prevenção de câncer de colo de útero e mama, e os acadêmicos tiveram a oportunidade de participar de um grupo multidisciplinar para crianças obesas e suas famílias a fim de promover hábitos de vida saudáveis e combater a obesidade infantil. Impactos: O rodízio nos cenários de prática permitiu que os acadêmicos tivessem vivências nas realidades da atenção básica, a porta de entrada ao sistema de saúde, e também na especializada. A convivência multidisciplinar possibilitou "horizontar" o saber dentre diversas áreas. As dificuldades do SUS foram vivenciadas, como por exemplo a escassez de materiais e profissionais,

fatos associados ao tempo de espera para agendamento de consultas. Considerações: O PET-Saúde demonstrou a importância de se criar uma disciplina de graduação comum a todos os cursos da área da saúde, com práticas de metodologias ativas baseadas em casos problemas – a ser explorada na ótica interdisciplinar. Também contribuiu para a vida acadêmica e formação de futuros profissionais humanizados, capacitados a trabalhar em equipe e a atender as reais necessidades da população.

EXPERIÊNCIA NA EDUCAÇÃO INFANTIL POR MEIO DE TEATRO COM FANTOCHES: COMPARTILHAR CONHECIMENTO DE FORMA LÚDICA E INTERATIVA

Luíza Souza de Magalhães, Nevoní Goretti Damo, Francielly Carine Marques Lauer, Liz Caroline de Oliveira Camilo, Rúbia Kaszczesen Farias, Karla Ferreira Rodrigues

Palavras-chave: Saúde Bucal, Relações Comunidade-instituições, Educação em Saúde

O presente resumo visa demonstrar a experiência de voluntárias do programa PROPET-Saúde de Blumenau e também acadêmicas do Curso de Medicina da FURB - Universidade Regional de Blumenau (SC) no trabalho do lúdico infantil por meio de um teatro com fantoches cuja temática era a saúde bucal. A experiência aconteceu na Escola de Educação Básica João Durval Müller, com alunos da primeira série do ensino fundamental, por intermédio da Estratégia Saúde da Família (ESF) Afonso Balsini. O método utilizado foi o teatro com fantoches, incluindo personagens característicos do mundo infantil: dentes personalizados como saudáveis e cariados e um dentista em forma de jacaré, envolvendo 70 alunos e três professores. Após a dramatização, aconteceu um

diálogo entre os voluntários do PROPET, alunos e professores da escola, no qual foram levantadas e sanadas as dúvidas das crianças sobre o tema. Nesta atividade também houve a participação da dentista e da técnica em saúde bucal responsáveis pela ESF, além de uma estagiária de nutrição que se encarregou de um lanche para as crianças após a encenação. Ao se trabalhar educação em saúde na escola, pode-se perceber a importância da metodologia ativa de educação como forma legítima de desenvolvimento da criança, na qual o conhecimento se dá por meio da interatividade. Por meio da dramatização, foi possível trabalhar a expressão corpórea e o contato com o público, para todos os participantes da atividade, em particular para as voluntárias PROPET. Nestas, contribuirá em sua formação e preparação futura, inclusive para a inserção no mercado de trabalho. Além disso, a atividade permitiu reportar às voluntárias os desafios de como entreter uma criança e compartilhar com ela um conhecimento de forma simples para permitir uma compressão melhor de sua realidade. Sendo assim, foi possível constatar a efetividade do método lúdico ao observar o entusiasmo e os questionamentos das crianças, as quais se mostraram motivadas a adquirir uma melhor escovação e maior atenção e cuidado com a saúde bucal. Ou seja, o teatro mostrou ser uma maneira interessante de apropriação do conteúdo pelas crianças, uma vez que favorece a produção coletiva de conhecimento tanto cultural como científico.

EXPERIÊNCIA NO ACOLHIMENTO DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO ESTADO DO RS

Daniele Fraga Dalmaso, Melissa de Azevedo, Poala Vettorato, Heloisa Germany, Leandro Farias Rodrigues, Carla Cristiane Freire Corrêa, Flávio Wanderlei Gomes da Silva, Vivian Chavez Perez

Palavras-chave: Acolhimento, Programa Mais Médicos

Desde a criação do Programa Mais Médico para o Brasil- PMMB em 2013, profissionais médicos vem sendo inseridos em diferentes etapas do programa em serviços da Atenção Básica- AB em todo o país. Esses médicos vêm atendendo brasileiros que vivem em regiões que mais precisam de assistência fortalecendo o cuidado da população. Desse modo, o Programa ampliou a assistência fixando médicos nas regiões de maior carência. Populações de municípios pequenos ou de áreas periféricas das capitais que sempre foram atendidos por equipes incompletas pela escassez de médicos, hoje vivem a experiência de um atendimento integral onde o médico compõe a equipe contribuindo no dia-a-dia do serviço de saúde. O presente trabalho busca relatar o desenvolvimento das atividades propostas no Acolhimento Estadual realizadas para os profissionais que ingressam no Programa Mais Médico para o Brasil no Estado do Rio Grande do Sul em diferentes editais de chamamento. Os profissionais selecionados para o PMMB realizam um processo de acolhimento nacional em Brasília- DF com duração média de três semanas, onde são orientados e avaliados sobre a legislação brasileira, as características e especificidades importantes para atuação nos serviços de saúde da Atenção Básica, os perfis epidemiológicos e culturais das regiões assim como para a comunicação na língua portuguesa, visto que a alguns candidatos são estrangeiros. Após aprovação e conclusão, os profissionais se dirigem aos estados até chegarem aos municípios onde atuarão. No RS antes de se deslocarem, os profissionais participam da atividade de Acolhimento Estadual. A proposta é estreitar os vínculos entre o grupo que atuará no RS, aproximar os profissionais recém-chegados da realidade da população gaúcha. É apresentada a organização das

redes de atenção à saúde no Estado, quais serviços temos disponíveis nos territórios, quem são as referências estaduais do PMMB, como se opera a supervisão e como será o curso de especialização. A atividade realizada em Porto Alegre, com duração média de dois dias, conta com a participação de diversos atores. No primeiro dia realiza-se uma roda de conversa onde os médicos compartilham informações, expectativas e desejos. São apresentadas as Referências descentralizadas do Ministério da Saúde que são responsáveis pelos contatos e articulações com os gestores municipais, a equipe de Apoio Institucional do Ministério da Educação que acompanha as ações referentes a supervisão mensal que os médicos recebem nas unidades de saúde, a Assessora da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) que é referência da cooperação entre o governo cubano intermediado pela OPAS. Os demais dias são de orientação, informação e troca de conhecimento entre os médicos e convidados, contando com a participação do Departamento de Ações em Saúde /Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde SES/RS, do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), da Atenção Farmacêutica Estadual- SES/RS, da Supervisão Acadêmica, Telessaúde e Curso de Especialização da UNASUS. A atividade de acolhimento estadual vem apresentando retorno positivo dos médicos e dos participantes, oportunizando o conhecimento da rede e a organização estadual para a assistência a saúde, potencializando os encontros e fortalecendo vínculos necessários para atingir os objetivos do Programa.

EXPERIÊNCIA VIVENCIADA POR ACADÊMICOS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS NO VER-SUS-AM: UM PREPARO PARA O PROFISSIONAL

Janielle Brasil Marinho

APRESENTAÇÃO: O VER-SUS-AM é um estágio de vivências em que integra acadêmicos de diversas disciplinas e que oferece uma oportunidade de conhecer melhor os serviços de saúde para que enquanto acadêmicos seja entendido enquanto princípio educativo permitindo formação de futuros profissionais empenhados com a ética e necessidades de saúde da população em geral. Objetivo: proporcionar aos acadêmicos um diagnóstico situacional de municípios integrados ao SUS-Sistema Único de Saúde e Conhecer o funcionamento dos programas inseridos no SUS. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, observacional do tipo relato de experiência descrito pela acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas – UEA durante a vivência do VER-SUS-AM realizado no município de Presidente Figueiredo-AM. Resultados: A vivência do VER-SUS durante uma semana possibilitou uma interação entre diversos cursos da área da saúde como a Enfermagem, medicina e odontologia. Durante a semana de estágio com o apoio da secretaria de saúde do município realizamos uma visita a todos os pontos da área da saúde como o Hospital, as UBS, Epidemiologia, Vigilância Sanitária e NASF. Assim, a cada dia realizávamos uma visita em cada setor e isso proporcionou uma experiência única por estar conhecendo de perto o funcionamento de cada área e como funciona a cada dia. Assim, como futuros profissionais e também como clientes do SUS na qual todos fazem parte fez com que compreendêssemos que o serviço de saúde não está perfeito, mas, que caminha a cada dia para uma melhoria no sistema. Observamos que realmente funciona de forma integrada em que todos estão inclusos. Conclusão: a participação no projeto fez com que conhecêssemos realmente a realidade do SUS no município de Presidente Figueiredo-AM dialogando com o grupo de sete pessoas que ao final

de cada visita realizávamos um diálogo no grupo falando sobre o SUS e as visitas realizadas e isso nos fortaleceu enquanto acadêmicos e futuros profissionais de saúde.

EXPERIENCIANDO A CONFEÇÃO DE PORTFOLIO: NARRATIVA DE UM PROCESSO EXPRESSIVO NA FORMAÇÃO MÉDICA

Gabriel Avellar Rezende, Carla Pontes Alburquerque

Palavras-chave: Educação médica, metodologia ativa, portfólio, educação permanente

APRESENTAÇÃO: O portfólio é uma ferramenta de ensino-aprendizagem que foge do paradigma comumente visto nas universidades e instituições de ensino. Ele permite que a construção do conhecimento seja personalizada, pois possibilita o desenvolvimento reflexivo daquele que elaborou o portfólio e isso ocorre pelas ligações estabelecidas entre ações e crenças, pensamentos e ações, provas e critérios. A personalização do portfólio lhe dá um caráter plural que demonstra que, apesar de existir uma convergência do conhecimento, o mecanismo pelo qual isso ocorre é singular. A pluralidade se torna mais evidente quando se compara os trabalhos de vários estudantes, revelando que o saber prévio influencia na forma como o conteúdo é consolidado. O portfólio foi uma estratégia utilizada em um projeto de extensão denominado “Educação Popular e Saúde: construção compartilhada para um cuidado criativo e inclusivo” que objetiva criar possibilidades para que a própria produção ou construção do saber seja papel daquele que está aprendendo, fugindo do paradigma da educação como transferência do conhecimento. O trabalho aqui resumido visa apresentar um relato de experiência a cerca do processo de

confeção de portfólio na formação médica, que ainda se mantém conservadora e hierarquizada, apesar das reformas curriculares recentes. **DESENVOLVIMENTO:** Entre março até outubro de 2015, foi realizada a elaboração dos portfólios por sete estudantes do curso de medicina. Os encontros quinzenais envolveram discussões de artigos sobre Educação popular e saúde e atividades em cenários que desenvolviam experiências na área. Além disso, a partir dos primeiros encontros foi sugerida aos estudantes a criação de um portfólio como estratégia para potencializar a reflexão, não apenas sobre os temas abordados no projeto, como também na jornada de aprendizado de cada aluno. A publicação nos portfólios foi compartilhada em todos os encontros, viabilizando reflexões individuais e coletivas a cerca do processo de ensino-aprendizado. Seis estudantes optaram pelo uso do portfólio tradicional feito de papel, contudo uma aluna elaborou o seu trabalho em um Tablet. Essa estratégia foi inovadora e possibilitou a utilização de dispositivos não acessíveis no modelo habitual tal como o uso de bricolagem com programas, vídeos e photoshop. As discussões sobre o conteúdo dos portfólios foram baseadas na problematização e reflexão transdisciplinar de cada publicação. Essas discussões revelam formas inovadoras de consolidar o conhecimento, evidenciando a pluralidade própria do seu humano e suas formas diversas de produzir saberes e práticas. **RESULTADOS:** O efeito principal do compartilhamento e discussões do conteúdo dos portfólios foi a ampliação do pensamento crítico-reflexivo sustentada pela problematização dos mecanismos de ensino-aprendizagem. Além disso, é possível citar o enriquecimento conceitual, uma vez que as diversas fontes e dispositivos usados para construir o conhecimento trouxeram trás um caráter plural e personificado de cada um, permitindo que se estendam as

dimensões das discussões. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A educação médica brasileira é pautada, majoritariamente, em métodos de ensino conservadores, hierarquizados e hospitalocêntricos. Nesse contexto, os portfólios surgem como alternativa para formação de metodologias construtivas, que criam profissionais com capacidade reflexiva ampliada, uma vez que são capazes de reconhecer diversos mecanismos de ensino-aprendizado.

EXPERIÊNCIAS OU VIVÊNCIAS EM EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Kenia Caceres Souza, Ariane Calixto de Oliveira, Plyscilla Seeymour Barbiere Naide, Kilza Caceres dos Santos, Bruna Moraes de Quintana

Palavras-chave: Ver Sus

Apresentação: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde, VER-SUS, é um projeto desenvolvido pelo Ministério da Saúde com o apoio da Rede Unida e outros parceiros, amplificando o conhecimento e proporcionando ao estudante experiências e aprendizado com os serviços e organizações de saúde. Teve início no ano de 2002, imergindo estudantes de graduação no cotidiano dos profissionais, gestores e usuários do sistema. Estimulando enquanto princípio educativo a desenvolver novos métodos nos setores da saúde, possibilitando a formação de profissionais politicamente e eticamente comprometidos com as necessidades de saúde da população. **Objetivo:** Vivenciar o SUS, avaliando as situações, as condições e distinguindo as dificuldades encontradas em cuidar da população em uma cidade do interior e assim despertar motivos e interesse para atuar na rede pública de saúde. **Desenvolvimento:** O projeto foi realizado na cidade de Rio Negro-MS, nos dias de 07 a 14 de julho de

2013, grupo formado por dez acadêmicos, dentre as áreas de Psicologia, Enfermagem, Fisioterapia e Serviço Social, foi realizado visita em todos os departamentos de saúde pública tanto no perímetro Urbano como no Rural, Distrito de Perdigão. Resultado: Durante as visitas foi percebida a dificuldade de transporte para a realização de alguns serviços, e notada a grande articulação entre secretarias e as unidades de saúde, iniciando um bom relacionamento com os gestores para conhecer a saúde da cidade, criando e adequando com facilidade os planos de ação para promoção e prevenção da saúde. **Considerações finais:** Ao final da vivência, apesar das dificuldades encontradas, encontramos um SUS que funciona e servidores dedicados e empenhados exercendo suas atividades da melhor maneira possível com a população e muitas vezes com algumas adaptações para melhorar. A vivência foi de grande conhecimento para a vida pessoal quanto para a formação profissional, mostrando que o SUS funciona não apenas no papel e que necessitamos lutar por um SUS melhor e mais valorizado.

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E FORMAÇÃO NO SUS: O APOIO À GESTÃO DA SAÚDE MENTAL EM VOLTA REDONDA E BARRA DO PIRAI

Ricardo Sparapan Pena, Amanda Rodrigues dos Santos, Monique Amaral Figueira

Palavras-chave: Saúde Mental, Saúde Coletiva, Gestão em Saúde, Educação em Saúde

Este trabalho é efeito das relações entre a Universidade Federal Fluminense (UFF/ Volta Redonda) e as redes de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) dos municípios de Volta Redonda/RJ e Barra do Pirai/RJ. Para cuidar do que se gera

nestas relações, foram criados os projetos de Extensão Universitária “Experiências de apoio à gestão na rede de saúde mental de Volta Redonda” e “Formação em clínica, gestão e Atenção Psicossocial na rede de saúde mental de Barra do Pirai”, agregando docentes e alunos do curso de Psicologia, trabalhadores e gestores das redes de saúde mental destes municípios, com os objetivos de problematizar a ação dos serviços de saúde mental e contribuir para a consolidação do Apoio Institucional nas práticas de gestão do SUS. Compreendemos que universidade atua na produção do território de práticas em saúde, conjuntamente com trabalhadores, gestores e usuários e, no plano destas construções sociais, elegemos o Apoio Institucional, a partir das elaborações de Paulon e col. (2014), Oliveira (2011), Pasche e Passos (2010) e Campos (2007), como aporte teórico-metodológico para dialogar com a realidade onde se situa a relação entre a universidade e o SUS. Entendemos que o Apoio atua na qualificação das ações de trabalhadores e gestores, sustentando a indissociabilidade entre clínica, gestão e produção de subjetividades. Alinhados também com o referencial metodológico da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS (PNH), buscamos a Clínica Ampliada, o Apoio Matricial, a Cogestão e o Acolhimento como conceitos-operadores de transformações no cotidiano das ações de cuidar e gerir. Para tanto, construímos encontros entre a universidade, os serviços e as instâncias de gestão da saúde mental dos dois municípios e vimos, ao longo do ano de 2015, discutindo o funcionamento das redes, a comunicação entre as equipes, os processos de trabalho, o acolhimento como ampliação do acesso aos serviços, a cogestão para a tomada de decisões e o Apoio Matricial na relação entre os serviços de Saúde Mental e de Atenção Básica. Do total de 32 encontros

programados, já realizamos 17 rodas de discussão, atestando que estas experiências de apoio vêm promovendo as reflexões necessárias entre os diferentes serviços e espaços de gestão, dando foco às ações de gestão em curso no âmbito das políticas de saúde mental. Apontamos, igualmente, para o fortalecimento das relações entre a universidade e o SUS, qualificando tanto a formação de alunos, trabalhadores e gestores quanto a implementação das políticas de saúde mental locais. Experiências como estas convocam a universidade a pensar suas metodologias de ensino em saúde, conectando-as às transformações nas práticas clínicas e de gestão. Asseguramos, assim, que a relação entre a UFF/Volta Redonda e as redes de saúde mental em questão elaboram em parceria o suporte teórico-prático para a compreensão dos seus modos de fazer saúde, posicionando o Apoio Institucional como estratégia de produção de conhecimentos e práticas potentes para fomentar as políticas de saúde mental em nível municipal a partir das práticas territoriais singulares.

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E MOBILIZAÇÃO ANTIMANICOMIAL NO SERTÃO DO SÃO FRANCISCO: ARTE, FORMAÇÃO E EMPODERAMENTO; FORMAÇÃO; SAÚDE MENTAL; EMPODERAMENTO; EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA; CENOPOESIA

Grécia Rejane Nonato de Lima, Barbara Eleonora Bezerra Cabral, Alexandre Monteiro Ribeiro, Bianca Santos Souto, Klyvia Sousa Tenório, Lorena Silva Marques

Palavras-chave: Formação, Saúde Mental, Empoderamento, Extensão Universitária, Cenopoesia

Desenvolvido na Universidade Federal do Vale do São Francisco/Univasf, o projeto

de extensão intitulado “Fortalecimento do Protagonismo de usuários e familiares das Redes de Atenção Psicossocial do Sertão do Submédio São Francisco: articulando formação e arte (PROEX/Univasf)” encontra-se em sua terceira edição. Volta-se à formação em saúde e saúde mental comprometida com a realidade das redes públicas locais, respaldando-se em princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. Busca-se, sobretudo, o empoderamento dos usuários e familiares das redes de cuidado, visando que estes se tornem protagonistas no cenário local em articulação com o Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão (Numans), importante dispositivo político que vem promovendo discussões acerca da transformação da atenção em saúde mental e da consolidação das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) no sertão. O projeto é composto por estudantes de graduação e residência multiprofissional, além de outros profissionais e professora orientadora. A metodologia utilizada respalda-se na perspectiva da pesquisa interventiva (Andrade; Morato; Schmidt, 2007) e sustenta-se na compreensão de experiência (Larossa, 2002), valorizando a produção coletiva. Ocorrem encontros semanais do grupo condutor, que contemplam estudos teóricos, planejamento, avaliação das atividades, relatos partilhados do que é vivido, em um movimento de ação e reflexão contínuo. As atividades do projeto viabilizam a inserção dos estudantes no campo, focando a aproximação ensino-serviço e pondo em ato a função social da Universidade. Desse modo, intenta-se aprimorar a comunicação na RAPS, contribuindo para o debate sobre processos de cuidado a partir da valorização da singularidade e do poder de contratualidade dos usuários. Nesta edição do projeto, os integrantes vêm experimentando um recurso artístico, a “Cenopoesia”, utilizado para turbinar as reflexões sobre o direito

à saúde e atenção em saúde mental. Tal recurso objetiva provocar as pessoas, pela via da arte, potencializando os discursos e a capacidade de expressão: estimula-se a comunicação entre os participantes das vivências cenopoeéticas, transitando pelo teatro, poesia, dança, música, etc. Essa experimentação tem possibilitado falar e fazer saúde mental de modo criativo e lúdico, com foco no exercício protagonista dos sujeitos nas coletividades. Se aposta na potência deste recurso para oportunizar expressões mais criativas e diálogos com a Luta Antimanicomial, fortalecendo o Numans, pela promoção de espaços de fala, encontros e ações alimentados pela lógica antimanicomial. Dentre as ações, destaca-se o Fórum de Mobilização Antimanicomial, que em 2015 teve a sua 5^a versão, com o tema “Ampliar e consolidar a RAPS: possibilidades e responsabilidades no cuidado territorial”. O fórum vem reunindo anualmente uma multiplicidade de participantes – estudantes universitários, professores, profissionais e usuários e familiares da RAPS – constituindo-se espaço de encontros e debates determinantes para a produção de novas sensibilidades em torno da loucura e cuidado. Seguramente, revela-se também como espaço formativo para todos que ali circulam. Compreende-se, assim, que a futura atuação profissional dos envolvidos no projeto, tendo em vista o processo formativo dos graduandos, será possivelmente marcada pela incorporação de um sentido ético-político, valorização do compromisso social na luta por garantias de direitos e a noção de que não se dissocia clínica e política.

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS TORÁDICAS E ABDOMINAIS ALTAS: CONTRIBUIÇÕES PARA A COMUNIDADE

Giana Gislanne da Silva de Sousa, Hádina

Diniz Lima Moraes, Vitor Pachelle Lima Abreu, Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos, Pedro Martins Lima Neto, Livia Maia Pascoal, Priscilla Ingrid de Sousa, Víctor Pereira Lima

Palavras-chave: Cobertura em saúde, Procedimentos cirúrgicos, Cuidados de Enfermagem

A extensão universitária é um canal facilitador da implementação de ações que são capazes de ter efeito benéfico e de transformação sobre uma determinada realidade. Nos cursos que abrangem a área da saúde, a extensão é uma importante ferramenta para desenvolvimento de ações comunitárias em saúde. Este trabalho tem como objetivo relatar as contribuições de um projeto de extensão universitária desenvolvido com pacientes cirúrgicos no setor de Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal de Imperatriz-MA. Trata-se de um relato de experiência, que consiste em uma pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre ações e situações vivenciadas. O método utilizado foi o descritivo e observacional, com abordagem qualitativa, das vivências e contribuições no ano de 2015 do desenvolvimento do Projeto de Extensão de Educação de Exercícios Respiratórios no Pós-Operatório - PEER, vinculado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, campus Imperatriz, desenvolvido no Hospital Municipal de Imperatriz (HMI), no setor de Clínica Cirúrgica. O público alvo do projeto são os pacientes no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais altas, na faixa etária entre 18 a 80 anos. As atividades são realizadas diariamente, e possuem carga horária semanal de 20 horas para assistência aos pacientes admitidos e coleta de dados. As atividades extensionistas desenvolvidas também estão vinculadas a pesquisa, com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por parecer de número

629.315. As ações extensionistas do PEER fundamentam-se em ações assistenciais de visita as enfermarias, anamnese e exame físico detalhado dos pacientes e ações educativas a partir do ensino de exercícios respiratórios e orientações de enfermagem para promoção, prevenção e educação em saúde contribuindo na evolução da recuperação do paciente. Percebe-se que nos primeiros dias (1^o a 3^o dia de pós-operatório) os pacientes geralmente apresentam alguma alteração do padrão respiratório. A partir da execução dos exercícios respiratórios, realizados para auxiliar na melhora da mecânica respiratória, pouco a pouco, em sua maioria observa-se que essas alterações vão regredindo e o padrão respiratório normaliza-se. Assim, através da educação e execução dos exercícios respiratórios, as incursões respiratórias que antes eram realizadas de forma rápida e superficial e com intenso desconforto, passam a ser mais facilmente executadas, com maior profundidade, maior tempo de duração e maior amplitude. Dessa forma, as orientações de Enfermagem no pós-operatório perfazem também as intervenções educativas do projeto que satisfatoriamente tem contribuído para empoderamento, principalmente no que se refere ao paciente compreender seu estado de saúde e entender a importância de sua responsabilização no seu autocuidado e de ser participante direto em sua recuperação. Conclui-se que o PEER através de suas ações tem contribuído com o seu público alvo principalmente através da educação com as orientações de saúde e através dos exercícios respiratórios prevenindo complicações respiratórias, essa pequena parcela de contribuição junto aos demais cuidados realizados pela equipe multiprofissional do HMI, na maioria dos casos, tem proporcionado a melhora do quadro clínico e mais rápida recuperação aos pacientes cirúrgicos.

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE DO HOMEM: A EXPERIÊNCIA EM UM ASSENTAMENTO DO MST NA BAHIA

Lucciano Magnavita Pinheiro, Daniel Andrade Barreto de Sousa, David Ramos da Silva Rios, Maria Contantino Caputo

Palavras-chave: Extensão Universitária, Promoção da saúde, Educação Popular

APRESENTAÇÃO: A extensão universitária, no contexto da saúde, pode favorecer uma formação diferenciada, ao possibilitar a inserção de estudantes em contextos e realidades que demandam uma análise global de determinadas situações, requerendo, portanto, uma reflexão ampla sobre os seus determinantes, o que extrapola a visão puramente biológica do viver. Assim, o presente trabalho objetiva apresentar o relato de experiência de estudantes de medicina, participantes da Atividade Curricular em Comunidade e Sociedade (ACCS) “Promoção da Saúde e Qualidade de vida”, realizada pela Universidade Federal da Bahia, no Assentamento Baixão, em Itatiba. A participação dos estudantes consistiu na elaboração, execução e avaliação da oficina “Saúde do Homem”. A oficina foi estruturada a partir da demanda da população masculina do assentamento e, se desenvolveu através de uma roda de conversa, baseada na metodologia da problematização e fundamentada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. As ações realizadas buscaram por meio da escuta qualificada, exaltar as experiências e vivências dos assentados sobre questões como: a prevenção e o tratamento de doenças da próstata e sexualmente transmissíveis; as percepções dos participantes sobre o câncer de próstata; a garantia do acesso aos serviços de saúde; os costumes locais para o tratamento das doenças do homem, dentre

outros. Mediante o desenvolvimento da oficina foi possível estimular a reflexão dos participantes acerca da importância da luta pelo direito à saúde e das ações de prevenção. Os estudantes, por sua vez, puderam pensar sobre a importância do respeito a subjetividade e a autonomia dos sujeitos, no processo de saúde-doença, levando-se em consideração o meio no qual estes estão inseridos. Atividades como esta mostram-se relevantes ao contribuir para a formação de médicos críticos e reflexivamente capacitados a atuar em diferentes níveis de atenção.

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: ROMPENDO OS MUROS DA UNIVERSIDADE EM AÇÕES INTERSETORIAIS E DE INCLUSÃO SOCIAL

Ana Maria Araújo Loiola, Andréa Carla Reis Andrade, Danielle Christine Moura dos Santos, Isabella Karolyne Oliveira Ferreira, Larissa Lima Ribeiro, Maria Theresa Camilo de Lima, Raphaela Delmondes Nascimento, Tony José Silva

Palavras-chave: extensão, catadores, reabilitação

APRESENTAÇÃO: O trabalho social da extensão é fruto da dialética entre teoria e prática, e, portanto, produtor de conhecimento, exercício crítico e agir coletivo. Esse trabalho se dá em uma realidade objetiva, com necessidades complexas, e potencialidades importantes para a transformação social. Este trabalho objetivou inserir estudantes de graduação em enfermagem em ações comunitárias intersetoriais para catadores de materiais recicláveis do município de Itapissuma-Pe. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** As atividades propostas foram desenvolvidas por estudantes de enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da

Universidade de Pernambuco e voluntários do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e financiado pela ONG holandesa Netherlands Leprosy Relief. O projeto teve participação de 33 catadores de material reciclável do município de Itapissuma-PE, com vigência no período de janeiro a dezembro de 2015. Através de rodas de conversa e um diagnóstico socioeconômico e de saúde, o planejamento das atividades foram direcionadas para a busca ativa de casos de hanseníase, atividades educativas, e ações de inclusão social. **RESULTADOS:** Foram selecionados e capacitados 06 estudantes de enfermagem para atividades relacionadas à hanseníase, saúde do trabalhador, direito à saúde, reabilitação baseada na comunidade e educação em saúde. Em conjunto a uma equipe de saúde da família foram realizadas as seguintes ações: exame dermatoneurológico e diagnosticado de 01 caso de hanseníase; visita domiciliar ao caso identificado para suspeição dos contatos e promoção do autocuidado; teste anti-HIV, sendo todos negativos; imunização seguindo o calendário vacinal do adulto, profilaxia para geohelmintíases, palestras educativas sobre hanseníase, imunização e parasitoses; oficinas sobre saúde do trabalhador, leptospirose, tuberculose, hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitos, hepatite A e B, e exames laboratoriais. Sobre inclusão social há uma parceria com o SEBRAE para o fortalecimento da associação de catadores através de consultoria, onde os catadores estão participando de oficinas sobre empreendedorismo e geração de renda por meio de artesanato com material reciclável. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O projeto possibilitou aos estudantes uma formação que envolveu conceitos e práticas relacionadas à clínica, participação social e educação. A extensão é a ferramenta

para uma formação integral, consciente e solidária. O contato com a comunidade aproxima o acadêmico das demandas sociais que norteiam o seu trabalho e possibilita um agir pensante direcionando-o em busca de transformações necessárias.

FACILITAÇÃO DE CURSOS NA COMUNIDADE DE PRÁTICAS: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PROCESSO

Israel Dias de Castro, Maria Eneida de Almeida, Fernanda Ferreira Marcolino

Palavras-chave: Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde, Educação Permanente, Facilitação, Comunidade de Práticas

INTRODUÇÃO: O presente trabalho pretende expor um pouco da reflexão sobre a dinâmica dos facilitadores de cursos que atuam na plataforma colaborativa “Comunidade de Práticas” (CdP) do Ministério da Saúde. Trata-se de uma iniciativa que vem sendo construída desde 2012, que aglutina comunidades temáticas, relatos de experiência e cursos co-instrucionais, e favorece uma dinâmica e uma interação entre todos os profissionais de saúde inscritos na CdP, que somam mais de quarenta mil nos dias atuais. A Comunidade de Práticas pode ser considerada um espaço inovador e potente para a formação dos trabalhadores do SUS, ao considerar como premissa que a aprendizagem é um processo inerentemente social. Estamos conectados às novas tecnologias de informação e comunicação, por interesses compartilhados, seja por partilha do cotidiano coletivo ou individual, seja por reivindicações, seja por dúvidas ou mesmo busca por aquisição de conhecimento. Isso tudo está permeado pela noção de que aprendemos com o outro, pelo processo

de interação e tudo de maneira horizontal. Assim norteamos nossa prática com elementos teóricos, tais como: aprendizagem colaborativa, conectivismo, inteligência coletiva e gestão do conhecimento. **OBJETIVO:** Compartilhar o processo de Educação Permanente que vem sendo desenvolvido pela equipe de facilitadores desse curso. **DESENVOLVIMENTO:** Vários são os cursos disponibilizados no espaço da CdP. Entre eles, o curso “Facilitação: promovendo interação em ambientes de aprendizagem colaborativa” é uma importante oportunidade de reflexão sobre o próprio trabalho de Facilitador de cursos dessa comunidade. O curso de Facilitação não se propõe a apresentar uma definição de como se deve ser a facilitação na própria CdP ou em outros ambientes com as mesmas características. Ele tem a intenção de proporcionar o envolvimento de um processo colaborativo de aprendizagem, onde o conteúdo apresentado problematiza as ações de facilitação nos ambientes de interação e estimula a troca de saberes, a colaboração de todos os participantes e a reflexão sobre sua prática cotidiana. **Resultados:** Nesse sentido, o referido curso nos fez aprofundar o entendimento sobre os pilares teóricos da CdP, bem como começarmos uma rotineira análise sobre nossa própria atuação, refletindo sobre nossas abordagens, captando as reações dos usuários, compartilhando os caminhos, iniciativas e desenvoltura de como cada um lida e conduz seu processo de ensino-aprendizagem. A prática da facilitação de cursos é permeada pela Educação Permanente, por se tratar de um locus privilegiado de partilha de experiências, onde os usuários são provocados a refletir sobre sua própria realidade e processo de trabalho, por considerarmos os saberes que emergem da aprendizagem significativa que cada um traz consigo, e por fim, que o curso tenha sentido de mudança para a

melhoria da qualidade da atenção à saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante de nossa vivência, nos vimos como educandos e agentes da construção do nosso processo de trabalho. Apontamos e defendemos a necessidade da conexão entre o mundo do trabalho, processos de Educação Permanente e as novas tecnologias de informação e comunicação como um dos grandes desafios a serem enfrentados para a gestão do trabalho e da educação na saúde para o futuro do SUS.

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: COMO ORIENTAR OS USUÁRIOS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DO SUL DE PORTO VELHO. RONDONIA

Erika Kaneta Ferri, Araibis Moreno Artola

Palavras-chave: Hipertensão arterial, Educação em Saúde, Hábitos saudáveis

APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS: Este Projeto de Intervenção (PI) teve como objetivo apresentar uma proposta de plano de ação para o controle eficiente da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em adultos atendidos pela Equipe 119 da Estratégia Saúde da Família (ESF) Manoel Amorim de Matos do município Porto Velho, Rondônia. **DESCRIÇÃO:** Os dados disponibilizados pelo SIAB indicaram um número total de hipertensos 635 (20,28%) na população total da ESF. O PI foi desenvolvido uma proposta de plano de ação para trabalhar com os fatores de risco modificáveis para HAS, incluindo os temas: (1) hábitos alimentares não saudáveis, (2) sedentarismo e obesidade e (3) tabagismo e etilismo. Foram propostas as seguintes operações: (1) Saber mais: Modificar hábitos alimentares não saudáveis, (2) Viver melhor: Proporcionar atividade física supervisionada e (3) Mais saúde: Proporcionar apoio supervisionado

para encorajar o abandono do uso do tabaco e álcool. **RESULTADOS:** Realizaram-se grupos de Hiperdia, caminhadas supervisionadas, foram criados grupos de tabagismo e enfoque em hábitos alimentares não saudáveis. Com boa participação de pacientes e com resultados satisfatórios. Através das atividades se observou que os mesmos não conheciam os fatores de risco associados. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Através das atividades desenvolvidas foi possível observar os fatores determinantes da não adesão ao tratamento, podendo assim, sugerir estratégias para amenizar esta problemática.

FERRAMENTAS DE ABORDAGEM FAMILIAR E SUA UTILIZAÇÃO NA CLÍNICA: CONHECENDO E APLICANDO O APGAR FAMILIAR, O GENOGRAMA E O ECOMAPA

Bethania Silva Ramos, Adélia Delfina da Motta Silva Correia., Elizete da Rocha Vieira de Barros, Laís de Oliveira Lima, Taise Namie Nakata, Flávia Palla Miranda, Kamila Folha Falcão, Jair Alves Bonfim Filho

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade, Relações familiares, Relação profissional-família

APRESENTAÇÃO: A Abordagem Familiar consiste no conhecimento pela Equipe de Saúde do contexto familiar do paciente, a partir de habilidades em analisar deixas emocionais e entender heranças e padrões de funcionamento da família, que podem orientar a lógica das intervenções, considerando que as famílias podem diferir em sua capacidade de realizar tratamentos e manejos de estratégias. O presente resumo relata a experiência teórica e prática com ferramentas de abordagem familiar de alunos do 4^o ano do curso de Medicina da Universidade Federal de Mato

Grosso do Sul, na disciplina de Atenção à Saúde da Mulher - Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município de Campo Grande-MS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A disciplina de Atenção à Saúde da Mulher abrange temas em Ginecologia e Obstetrícia, integrados à Saúde da Família e Comunidade. Tal integração se dá por meio de aulas teóricas, onde conteúdos são apresentados vinculados a roteiros específicos, a serem aplicados durante as aulas práticas em UBSF. A abordagem familiar aqui tratada é apenas um dos conteúdos estudados durante as semanas da disciplina. Assim, semanalmente, os conteúdos estudados nas aulas teóricas eram colocados em prática nas UBSF. Foram escolhidas algumas das ferramentas de abordagem familiar para serem praticadas com pacientes da Unidade. Uma visita domiciliar prévia foi feita para conhecimento do território e aspectos como classificação de risco e vulnerabilidade individual e classificação de risco familiar pela escala de Coelho e Savassi (CRF-ECS). Num segundo momento, foi feita uma nova visita domiciliar à mesma família, na qual foram exploradas as seguintes ferramentas: APGAR familiar, Genograma, e Ecomapa. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** No primeiro ano, na UFMS, os alunos de Medicina aprendem a construir Genograma na disciplina de Genética. Porém, não se consegue fazer as conexões com a importância dessa técnica como meio de visualização do processo de adoecer e de facilitar a introdução do plano terapêutico na abordagem familiar. Em relação ao Ecomapa e ao APGAR familiar, essa foi a primeira experiência dos acadêmicos. A elaboração do Genograma e Ecomapa permitiu a compreensão da composição da estrutura relacional intrafamiliar e da relação com o meio que a cerca. Já o APGAR familiar possibilitou com as 5 perguntas a geração de um escore, que permitiu a avaliação da funcionalidade do indivíduo

e da família. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Embora tal abordagem ainda não seja parte da rotina dos cursos de Medicina, seria importante para o profissional médico saber quando e por qual instrumento optar na abordagem familiar. Em situações de sintomas inespecíficos; utilização excessiva dos serviços de saúde; doença crônica; isolamento; problemas emocionais graves; situações de risco familiar, por violência doméstica ou drogadição; mudanças no ciclo de vida; resistência ao tratamento ou dificuldade para aceitar o diagnóstico; e alteração nos papéis familiares. Os métodos de abordagem familiar têm valor não só no diagnóstico como também na terapêutica, pois permite a avaliação dos padrões de relacionamento familiares e como estes contribuem para o adoecimento e a saúde de seus membros.

FERRAMENTAS PARA VISIBILIDADE DE PESQUISAS: O BLOG DA SAÚDE

Felipe de Lima Athayde, Dirce Stein Backes, Martha Helena Teixeira de Souza, Clarissa Maus Alberto

Palavras-chave: blog, saúde, interatividade

INTRODUÇÃO: Muito utilizado por usuários da internet como diários pessoais, o blog é uma ferramenta que está aliada à disseminação e gerenciamento de informações, o que vem nos proporcionando uma nova realidade quando falamos sobre divulgação científica. Um espaço que conta com uma interface de edição simples para o compartilhamento de ideias e gerenciamento de informação transformou a ferramenta blog em um destaque entre os mais diversos nichos da cultura digital. Espaço este que foi ocupado também pela comunidade científica, sendo utilizado como uma plataforma de compartilhamento de projetos, artigos e notícias com uma proposta mais informal,

tendo a possibilidade de interação do público leitor por meio de comentários (PORTO, 2010). Com a internet sendo utilizada frequentemente nas relações interpessoais, o público torna-se um agente privilegiado em relação à participação. Diante desta nova realidade, o jornalismo científico tem criado novos moldes utilizando blogs como uma poderosa ferramenta para compartilhar informações científicas de forma facilitada, valorizando o conhecimento da comunidade tanto quanto o produzido em laboratório. As atividades de comunicação devem ser elaboradas reconhecendo esse valor e proporcionando integração entre esses saberes (KOUPEL, 2010). **OBJETIVO:** Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem e medicina na elaboração de um blog para divulgar resultados de projetos de ensino, pesquisa e extensão, bem como permitir a participação da sociedade mediante a interação com a ferramenta. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência, no qual acadêmicos dos cursos de medicina e enfermagem desenvolveram um conjunto de ferramentas digitais, com hospedagem, armazenamento e domínio próprios a partir das atividades promovidas pelo Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde/GEPESSES. Este trabalho foi criado, visando oportunizar um espaço online para a gestão, o armazenamento e o compartilhamento de saberes e práticas relacionados às produções do referido grupo de pesquisa. As experiências descritas nesse trabalho compreendem o período de julho a setembro de 2015. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** As informações sobre o conhecimento produzido em projetos de ensino, pesquisa e extensão são compartilhadas no blog de maneira clara e objetiva. Uma área do site reúne os documentos privados pertinentes à atuação do grupo, como meio de centralizar e unificar o acesso a informações relevantes,

de modo protegido e acessível de qualquer dispositivo com acesso à internet. Ao dar visibilidade aos trabalhos é possibilitado aos alunos e pesquisadores do Grupo de Estudos e Pesquisa em Empreendedorismo Social da Enfermagem e Saúde (GEPESSES), bem como à sociedade, beneficiária de muitos trabalhos desenvolvidos pelo grupo, interajam dinamicamente por meio de um espaço on-line de caráter informativo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O presente trabalho possibilitou aos acadêmicos avaliarem os benefícios de utilizarem recursos de informação, como a internet e ferramentas colaborativas online, no escopo da saúde. A utilização eficiente de tais tecnologias em favor das áreas da saúde é fundamental para acompanhar as tendências digitais atuais. Com essa atividade, percebemos a importância e os benefícios da interação, tanto de profissionais de diferentes áreas quanto desses para com a sociedade.

FILME COMO ESTÍMULO PARA A APRENDIZAGEM SOBRE O CUIDADO AOS PORTADORES DE HIV/AIDS

Camila Almeida de Freitas, Andressa Akeime Yamakawa Tsuha, André Pereira Gonçalves, Letícia Pinto Manvailer, Taiana Gabriela Barbosa de Souza, Margarete Knoch Mendonça

Palavras-chave: Cinema, Metodologia ativa de aprendizagem, HIV, AIDS, Processo saúde-doença

O presente trabalho discorre sobre a utilização de filmes no processo ensino-aprendizagem na Liga Acadêmica de Doenças Infecto Parasitárias em Enfermagem (LADIPE) na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e tem como objetivo problematizar os conteúdos do filme "Clube de Compras Dallas", o qual tem como foco o comportamento das pessoas frente ao

HIV/AIDS. O filme sob direção de Jean-Marc Vallée e produção de Robbie Brenner e Rachel Brenner do ano de 2013 é baseado em fatos reais sobre a vida de Ron Woodroof retratado como um homofóbico que contraiu o HIV, no ano de 1985. Existiam preconceitos na sociedade em relação à doença, pois se associava o HIV exclusivamente aos homossexuais e as pessoas que contraíam o vírus estavam fadadas a sentença de morte eminente. Entretanto na trama, são repassadas informações importantes para uma maior compreensão sobre como o vírus era adquirido, pois atingia homossexuais, bissexuais, pessoas que injetavam drogas e faziam sexo desprotegido. Uma personagem é diagnosticada, após um acidente de trabalho, quando realizou exames de sangue e constatou-se uma grande queda de Linfócitos T. O enredo segue ao passar testes em humanos com o Zidovudina (AZT), o único medicamento retroviral legalizado no território americano pela Food and Drug Administration (FDA). Apresenta a luta do protagonista ao tentar utilizar medicamentos mais eficientes e menos tóxicos, que pudessem substituir o uso do AZT, pois em altas quantidades se apresenta prejudicial ao organismo. É neste contexto, que se inicia o clube de compras, no qual se comercializavam métodos alternativos e ilegais como sulfato de dextrano e peptídeo T. Diante disso, os telespectadores são indagados a acompanhar de forma contextualizada o processo saúde-doença dos personagens soro positivos. A partir desta experiência constatamos como o cinema contribui como uma ferramenta de aprendizagem, ao aproximar o público com o personagem e as cenas do filme, proporcionando a reflexão e o insight com a realidade. Favorece também a aquisição de conhecimentos novos, ampliação de conceitos e promove um comportamento humanizado, que não aceita as atitudes preconceituosas e discriminatórias em relação aos portadores

da doença. Ademais, a luta pela vida alavancada pela personagem diante de sua realidade demonstra de forma proativa o senso de superação inerente a todo ser humano, sendo comprovado pelo aumento da expectativa de vida de trinta dias para sete anos. Com este processo de aprendizagem dinâmico e contínuo, estimula-se a postura crítica, generalista, humanista e reflexivo, como preconizado na atual educação para profissionais de saúde. A utilização de recursos cinematográficos é uma metodologia eficiente e prazerosa, pois, nota-se que a utilização de instrumentos familiares (personagens, situações e sentimentos) estimula a descoberta do incógnito e possibilita a construção de futuros profissionais, como agentes transformadores das práticas sociais e a si mesmo.

FISIOTERAPIA PREVENTIVA COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA OS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE PAULISTA/PE

Rafaela Cavalcanti Lira, Alexandre Vinicius Pereira

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Fisioterapia Preventiva, Saúde do Idoso

No Brasil, uma das preocupações com o envelhecimento é a necessidade de se definir qual a melhor estratégia de atendimento aos pacientes idosos. A abordagem médica tradicional, direcionada a uma queixa principal, e o hábito médico de reunir os sintomas e os sinais em um único diagnóstico, pode ser adequada ao adulto jovem, mas não aplicado ao idoso. Neste contexto a Organização Mundial da Saúde (OMS) define que o eixo principal da atenção ao idoso não pode ser simplificado pelo mero assistencialismo. É necessário o desenvolvimento de políticas que assegurem o envelhecimento saudável. A ampliação

das ações de promoção, prevenção e assistência a população idosa é um desafio ao SUS, considerando-se o contexto social, demográfico e epidemiológico do país. A promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. A Secretaria Municipal de Saúde do município de Paulista/PE implantou estratégias de promoção da saúde direcionadas a população idosa. Uma dessas estratégias foi a criação, em 2004, do programa Saúde em Movimento. Esse trabalho teve por objetivo desenvolver ação socioeducativa com os idosos do grupo Saúde em Movimento, focando as temáticas saúde e qualidade de vida que contribuem para o envelhecimento ativo e saudável. Para realização da ação foi utilizado um dos 25 polos já existentes do programa Saúde Movimento do município de Paulista/PE, especificamente, o do bairro de Jardim Maranguape, que utiliza uma das academias da saúde da cidade, desenvolvendo ação socioeducativa, incluindo uma roda de conversa sobre a prevenção de quedas e a prática de exercícios de fisioterapia preventiva com os idosos. Para a ação foi desenvolvida uma cartilha de prevenção de quedas para idosos, que foi entregue aos usuários. Como resultado dessa ação observou-se a assimilação dos idosos sobre algumas atitudes para prevenção em saúde e qualidade de vida tais como: importância das atividades físicas, dicas para prevenção de quedas, fisioterapia preventiva para idosos e etc.; reforçando a necessidade e a importância do incentivo do cuidado a saúde; promoção de espaço de lazer e socialização, além de, a prática de exercícios pelos idosos para fortalecimento e prevenção de quedas.

FOMENTANDO A FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UNIRIO)

Carla Pontes de Albuquerque, Giane Moliari Amaral Serra, Simone Mendes Carvalho

Palavras-chave: Formação Interprofissional na Saúde, Educação Permanente na Saúde, Desenvolvimento Docente, Integração Universidade Serviço e Comunidade, SUS

APRESENTAÇÃO: Este trabalho relata o desenvolvimento do projeto aprovado em edital do EducaSaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRS em conjunto com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/SGETS do Ministério da Saúde do Curso de Especialização em Docência na Saúde (outubro de 2014 a outubro de 2015). A proposta de fomentação da formação interprofissional na saúde na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO suscitou potentes encontros. Ainda que nesta instituição acadêmica, os cursos de Enfermagem (125 anos), de Medicina (103 anos) e de Nutrição (72 anos) não sejam recentes, até então havia pouco acúmulo de discussão sistematizada neste sentido. Desenvolvimento do trabalho: O levantamento das experiências isoladas (ensino, pesquisa e extensão) existentes e a realização da I Oficina Docente e do I Seminário sobre o tema, em junho de 2015, foram dispositivos para a constituição de um grupo de trabalho/GT reunindo docentes das três escolas e do recém constituído Instituto de Saúde Coletiva/ISC. Há a intenção que sejam incluídos também no GT, docentes de outros departamentos e cursos tanto da área de saúde como de humanas, de artes e de outras, na produção de projetos integrados nos territórios (intra e extra muros) que atuam. Este coletivo

vem tomando a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade como eixos fundamentais na proposição de disciplinas, projetos de investigação e ações comunitárias compartilhadas. Resultados: Criar dispositivos intrainstitucionais e incentivar a participação mais ampla em editais ministeriais e de outras instituições de fomento que tenham esta questão como perspectiva, a exemplo do que ocorreu na participação da UNIRIO em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/SMSRJ no Programa de Reorientação da Formação em Saúde e Programa de Educação pelo Trabalho/PROPET (2012/2015) e no PET Vigilância (2013/2015), parece ser um caminho bastante promissor. A integração universidades, redes de atenção, serviços e comunidades, a diversificação dos cenários, a participação nas Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviços/CIES no Estado do Rio de Janeiro e a problematização dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde/COAPES têm sido temáticas iniciais na sua agenda. Comentários Finais: Na perspectiva da educação permanente docente, identifica-se a necessidade de operar processos mais comunicativos no trabalho formativo cotidiano, na ativação de comunidades de aprendizagem e na valorização da inteligência coletiva nas suas diversas expressividades. O encontro com linguagens mais criativas no âmbito do sensível, que foram excluídas da formação dos próprios educadores pela ciência positivista, pode ser um dispositivo potente para o deslocamento da rigidez acadêmica tão comumente afastada do mundo da vida. Ser e devir educador/a, ainda mais no campo da saúde, requerem abertura ao aprender com experiências cotidianas. O desenvolvimento docente e dos gestores acadêmicos da área de saúde implica em “competências” não só tecno-procedimentais, mas também políticas, que

convoquem os processos formativos e de cuidado no sentido da defesa do SUS com qualidade e da luta por uma sociedade mais inclusiva.

FONOAUDIOLOGIA: FORMAÇÃO, CONSTRUÇÃO E INTEGRAÇÃO ENTRE SABERES E PRÁTICAS MÚLTIPLOS

Claudia Maria de Lima Graça, Elis Brito Lima, Livia Maria Santiago

Palavras-chave: Fonoaudiologia, educação em saúde, atenção primária em saúde,

A graduação de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em ressonância às mudanças à formação em saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS), nos últimos anos ampliou o espaço da saúde coletiva no currículo, reorientando as práticas de cuidado na atenção básica à saúde com ênfase na promoção (PS) e atenção primária à saúde (APS). O presente trabalho tem por objetivo narrar as experiências e as estratégias utilizadas por alunos da UFRJ, do curso de Fonoaudiologia, responsáveis por realizarem atividades de APS e PS, com os usuários do Instituto Mangueira do Futuro, cadastrados na Clínica da Família Dona Zica e no Centro Municipal de Saúde Tia Alice. O território das ações é o Morro da Mangueira, na cidade do Rio de Janeiro. O foco do trabalho é com as crianças inscritas na escolinha de futebol, na faixa etária dos 04 aos 10 anos de idade, dos sexos masculino e feminino, e, as atividades e dinâmicas propostas priorizaram o desenvolvimento infantil de forma generalizada. Além de evidenciar as experiências como uma prática educativa, este relato também comprova a importância deste trabalho pelos fonoaudiólogos, através da abordagem de educação em saúde, respeitando os princípios e diretrizes do SUS uma vez que a APS representa um espaço de

extrema relevância para a potencialização da comunidade e como um instrumento a qualificação em serviço dos profissionais da saúde tornando-os mais aptos para integrar as equipes multiprofissionais que são propostas pelo SUS.

FORA DOS TRILHOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DO PET – PRÓ-SAÚDE – CONSTRUÇÃO DE REDE DE CUIDADO À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA (REDE CEGONHA)

Beatriz Cabral de Vasconcellos Vinhas, Bruna Nubile Maynard Lemos

Palavras-chave: PET, PRÓ-SAÚDE, Rede Cegonha

APRESENTAÇÃO: O Campus Baixada Santista da UNIFESP em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Santos foi contemplado, em abril de 2012, com o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde do Ministério da Saúde, na linha temática Rede Cegonha. As atividades que tiveram duração de dois anos e meio, com início em 2012 e término em 2014, foram realizadas por doze alunos bolsistas de diferentes cursos e anos da graduação na área da saúde, além de quatro tutores/docentes e seis preceptores do serviço. Estiveram envolvidas no projeto três unidades de atenção básica, a Casa da Gestante (atenção especializada) e duas Maternidades. Este trabalho visa compartilhar a experiência de uma equipe que percorreu esse trajeto “fora dos trilhos”, no sentido de ter encontrado diversos problemas ao longo do percurso, mudando muitas vezes o foco de trabalho e de unidades de saúde, mas que com esses movimentos teve o olhar potencializado para compreender e visualizar a rede de

cuidado em uma perspectiva diferente. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Os integrantes do PET foram divididos entre quatro unidades, sendo compostos por três alunos de cursos diferentes cada. O grupo sobre o qual este trabalho se debruçará era composto por alunos de terapia ocupacional, psicologia e serviço social, associados a um Programa de Saúde da Família (PSF) no Morro Vila Progresso em Santos. Neste percurso, o aluno de psicologia deixou o PET para seguir outros caminhos e outra aluna do mesmo curso passou a compor o grupo. Após um tempo, a dinâmica de trabalho nessa unidade ficou delicada, então passamos a atuar em uma Unidade Básica de Saúde, depois passamos por um período de rodizio entre os serviços, e então terminamos a atuação na Casa da Gestante de Santos (serviço especializado no atendimento de gestantes de risco em Santos-SP). RESULTADOS: O fato de nossa equipe não ter se concentrado rapidamente em um tema específico de pesquisa, pela movimentação de integrantes do grupo no momento em que houve desligamento da unidade que se planejava atuar até o final das atividades, possibilitou reinventar nossos trajetos dentro do PET. Saindo dos trilhos, aprendemos diversos percursos de um mesmo caminho. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Identificamos em nossa experiência que o movimento entre unidades, equipes e territórios foi um potente caminho para a compreensão e ações na rede - que também é fluida, é complexa e que também se movimenta. Desta forma, entendemos que este caminho trouxe questões que não surgem quando os grupos PET se focam apenas em unidades, não se movimentam, e são capturados pela lógica fragmentada que dificulta o trabalho em rede. Esperamos com nossa experiência compartilhar essa reflexão.

FORMAÇÃO DE PROFESSORES COMO AGENTES MULTIPLICADORES – SEXUALIDADE E GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA ABORDAGEM PRÁTICA DOS PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS

Nathane Tayná Dias Machado, Cássia Marina de Oliveira Santana, Cândida Amélia Marinho de Oliveira, Denise Alves Guimarães, Carlos Alberto Pegolo da Gama

Palavras-chave: sexualidade, professores, parâmetros curriculares, agentes multiplicadores

Apresentação A proposta constitui-se em capacitar professores como multiplicadores para trabalhar com a temática de sexualidade e prevenção de DST/AIDS e gravidez na adolescência nas escolas de nível médio da rede pública de ensino médio dos bairros periféricos do município de Divinópolis. Tal iniciativa visa à adequação aos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) propostos pelo Ministério da Educação (MEC) sobre a amplificação e aprimoramento da orientação sexual nas escolas de modo que o tema sexualidade fosse abordado de maneira transversal. Dessa forma, todos os professores de todas as disciplinas discutiriam sobre o tema com seus alunos, sempre que esses demonstrassem curiosidade. **Desenvolvimento do trabalho** O público alvo são professores de todas as disciplinas de quatro escolas públicas do município de Divinópolis, antecipadamente selecionadas e convidadas a participar do programa. Inicialmente, foi realizados seminários de nivelamento teórico-prático e revisão bibliográfica visando à formação da equipe que participa do projeto. Posteriormente, realização de formação de agentes multiplicadores por meio de uma oficina com rodas de conversa na própria instituição de ensino. Nesse processo, serão propostos momentos reflexivos intercalados

de momentos onde o grupo receberá informação mais estruturada sobre o tema. Os professores após serem formados como multiplicadores, organizarão oficinas com os alunos baseadas na metodologia da Roda de Conversa com o tema Sexualidade e Prevenção de DST/AIDS e gravidez na adolescência. Resultados e/ou impactos Por meio de outros projetos desenvolvidos percebeu-se a importância do professor como uma referência para as questões de sexualidade para o aluno. Na maioria das vezes o professor não tem subsídio para trabalhar com as questões de sexualidade além do enfoque biológico, dessa maneira se preservam, frente aos alunos, com relação aos seus próprios questionamentos, receios e ansiedades. Assim, deve haver uma constante capacitação dos professores e uma readequação na metodologia trabalhada com o público jovem sobre os temas relacionados à sexualidade. Visto que, espaços educacionais com discursos disciplinadores, não funcionam da maneira esperada. Dessa forma, considerando as ações de educação em saúde na sua potencialidade em promover saúde e os professores como agentes facilitadores na produção de opinião e atitudes concluídas pelo adolescente, a formação dos educadores como agente multiplicadores utilizando a metodologia de rodas de conversa tem seu papel fundamental para abordagem e construção de conhecimentos relacionados à sexualidade, prevenção de DST/AIDS e gravidez na adolescência. **Considerações finais** Espera-se que as ações de educação em saúde auxiliem os professores a se tornarem multiplicadores do diálogo aberto sobre a temática da sexualidade e de conhecimentos sobre as práticas de sexo seguro, ao lidarem com alunos e com outros atores sociais. Tais ações favorecem aos jovens meios para alcançarem uma melhor qualidade de vida por meio da reflexão de suas atitudes.

FORMAÇÃO DE PROFESSORES NA ÁREA DA SAÚDE COM UTILIZAÇÃO DAS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva

Palavras-chave: Educação profissional, Formação docente, CEFOPE-RN

Apresentação: A importância do uso das Tecnologias da Informação e Comunicação incluindo a Educação a Distância (EAD) torna-se evidente e vem sendo muito utilizada e aceita em todo o mundo. Na área da saúde tem sido cada vez mais discutida em seus processos educacionais, pois o crescimento da EAD tem proporcionado aos profissionais muitas oportunidades de atualização e capacitação conciliadas ao serviço. O projeto será executando na Escola Técnica do SUS – ETSUS do Rio Grande do Norte por possuir competência para formação de profissionais do nível médio do SUS. **Desenvolvimento:** Este projeto de intervenção tem o objetivo de oferecer capacitações pedagógicas na modalidade a distância, já que muitos profissionais não dispõem de tempo para participar de momentos presenciais e acaba prejudicando a assiduidade dos docentes gerando grande evasão. A EAD também proporciona a aproximação dos profissionais distantes da sede da Escola e aumento do número de profissionais envolvidos. Será oferecida uma capacitação na modalidade a distância, com a utilização do Ambiente Virtual de Aprendizagem, totalizando 88 horas, com isso diminui os encontros presenciais na Escola. **Resultados:** Pretendemos com esta intervenção melhorar cada vez mais o processo de capacitação pedagógica oferecido pela ETSUS do RN, bem como oferecer novas metodologias na modalidade EAD. **Considerações finais:** As ferramentas de EAD podem auxiliar vários processos formativos na Escola, inclusive a formação

de docentes, já que temos a possibilidade de interagir, não só nas capacitações, bem como no acompanhamento dos cursos descentralizados, como forma a melhorar o diálogo, além da troca de materiais no Ambiente Virtual de Aprendizagem qualificando os processos de capacitação e educação permanente dos docentes envolvidos.

FORMAÇÃO DE PROFESSORES PARA AVALIAÇÃO DE ATITUDES

Sílvia Franco da Rocha Tonhom

Palavras-chave: Educação, Avaliação atitudes

APRESENTAÇÃO: A necessidade de aprofundamento da avaliação atitudinal nos cursos de graduação em enfermagem e medicina advém do risco da subjetividade do processo avaliativo, mesmo com critérios previamente estabelecidos e preconizados nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Somado a isso, tem-se a dificuldade do estudante e do professor de compreender como se dá esta avaliação nos currículos com metodologias ativas. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Para tanto foi realizado pelo Grupo de Avaliação e de Educação Permanente uma oficina de trabalho que envolveu professores e colaboradores dos serviços de saúde que realizam o processo avaliativo nos estudantes dos cursos de medicina e enfermagem de uma faculdade do interior paulista. Foram organizados três encontros de quatro horas semanalmente. No primeiro, foram utilizados dois filmes como disparadores. Cada participante registrou em tarjetas os sentimentos e impressões despertadas, sendo compartilhado com os colegas. Estes foram agrupados e categorizados em quatro núcleos de sentido: papel do professor, avaliação, limites e sentimentos. No

segundo encontro foi utilizada a dinâmica “do colar” para a formação de grupos com maior diversidade possível. Cada subgrupo recebeu material sobre avaliação atitudinal (artigos e capítulos de livros) e os formatos contendo os critérios de avaliação utilizados nas diferentes séries dos dois cursos. A partir da discussão em pequenos grupos, elaboraram uma síntese e apresentaram em plenária. No último encontro trabalhou-se com duas questões norteadoras: a) Frente às reflexões e a literatura utilizada como posso mudar minha prática de avaliação de atitudes do estudante? b) Como posso contribuir e o que me motiva fazer esta mudança? Em plenária os grupos socializaram o seu trabalho. Finalizou-se com a avaliação oral e escrita da oficina. RESULTADOS: os participantes sugeriram que: os critérios de avaliação de atitudes sejam elaborados envolvendo todos os atores do processo de ensino e aprendizagem e fundamentados nos referenciais do currículo; que a formação de professores seja por meio de educação continuada e de educação permanente que permitam à reflexão de questões concernentes a avaliação de atitudes. Professores e estudantes precisam compreender os referenciais que sustentam a prática educacional, sendo eles currículo integrado, competência dialógica, metodologias ativas, avaliação, como também a compreensão do código de ética para o desenvolvimento de atitudes; se criem espaços de convivência com momentos de integração, sociabilização e artes para professores, estudantes e funcionários, como possibilidade de desenvolver aspectos afetivos, cognitivos e atitudinais e, finalmente, sugeriram que o produto desta oficina possa contribuir para algumas mudanças e que seria importante um retorno para garantir a motivação dos participantes. CONSIDERAÇÕES FINAIS: observou-se o empenho e o envolvimento dos participantes nas estratégias propostas

e na elaboração de um produto, o que reafirma a possibilidade de reprodução da oficina para outros grupos de professores. Considerando que os gestores são peças-chave para promoverem as mudanças necessárias, o produto dessa oficina foi socializado com a diretoria de graduação, coordenações dos dois Cursos e séries, representações do Núcleo de avaliação e educação permanente.

FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE, RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NO PROJETO VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Francisca Camila de Oliveira Cavalcante, Milena Bezerra de Oliveira

O projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) foi pensado pela Rede Unida e é financiado pelo Ministério da Saúde e pela Organização PanAmericana de Saúde, sendo realizado como apoio das Secretarias de Saúde Estadual e Municipal. O projeto tem como intuito proporcionar espaços para graduandos que querem vivenciar o Sistema Único de Saúde (SUS) para que, posteriormente, em sua atuação profissional, tenham compreensão sobre a complexidade do seu funcionamento. Atualmente, além de graduando, participam movimentos sociais, residentes e estudantes tecnológicos. O objetivo deste trabalho é divulgação e debate sobre este projeto, assim como instigar reflexões sobre este espaço, um enriquecedor campo de construção de conhecimento e troca de experiências. Na referida vivência participam cerca de trinta estudantes em cada edição, a principal intenção é de integração, socialização, ampliação de olhares e de concepções. Os estudantes são de distintos municípios do Ceará e de diversas áreas de estudo,

pautando a singularidade dos indivíduos e dos conhecimentos. Considerou-se na escolha dos estudantes a heterogeneidade de cursos, as especificidades dos sujeitos, entendendo que dessa forma enriqueceria os debates e expandiria a percepção dos grupos, devido os diferentes campos da ciência. Participamos da vivência do VER-SUS no período de 20 de julho a 03 de agosto de 2013. Foram realizadas visitas a variados espaços de cuidados em saúde, assim como em ambientes que podemos promovê-la. Uma experiência que possibilitou múltiplas visões sobre as realidades do SUS, contribuindo para a qualificação de futuros profissionais, considerando a saúde como campo de atuação que agrega diversas áreas, carregando o aspecto multidisciplinar. Na experiência, percebe-se que os indivíduos que possuem possibilidade de participar do VER-SUS e que são futuros profissionais do SUS, poderão se apropriar melhor do sistema de saúde pública, com noção de suas múltiplas vertentes, suas atribuições. Não fomos convidados a apenas receber informações, mas de nos apropriarmos do processo de construção do nosso conhecimento, de praticarmos a autonomia. Incentivamos os debates através das visitas institucionais, das rodas de conversa, partindo da contribuição singular que cada integrante acrescenta, edificando nosso pensamento a respeito do SUS. Considera-se que os estudantes que tem curiosidade na temática, participem desse projeto, aprimorado a cada versão, dando continuidade a experiência que enriquece o campo de conhecimento de cada integrante. Problematiza-se aqui a necessidade de formação dos alunos interessados em atuar na saúde antes de ingressarem como profissionais do SUS, pois se faz necessário compreender a estrutura de tal sistema, além de seu funcionamento e dos serviços disponíveis.

FORMAÇÃO EM MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: CONSTRUINDO PONTES PARA A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA CULTURA DO MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO NA GESTÃO PÚBLICA DE SAÚDE

Luiz Marques Campelo, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Elizabeth Moreira dos Santos, Marcia Cristina Castro Cartucho, Dayanne Mendonça Vieira, Luci Fabiane Scheffer Moraes, Celia Maria Castex Aly

Palavras-chave: Monitoramento, Avaliação, Educação

APRESENTAÇÃO: No intuito de contribuir para o fortalecimento do Monitoramento e Avaliação (M&A) na gestão pública de saúde, o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde (Demas/SE/MS) firmou em 2012 a cooperação técnica com duas dimensões objetivas, a saber: (i) realizar oficinas curtas de monitoramento e avaliação e (ii) promover um curso de especialização, na modalidade a distância em avaliação em saúde, ambos voltados aos trabalhadores do Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de desenvolver a capacidade avaliativa no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuindo assim para a formação de pessoal técnico especializado na gestão do Sistema. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O Curso de especialização em Avaliação em Saúde foi organizado para atender a demanda crescente de formação em M&A no país, cujo aluno ao final seja capaz de :A) Aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo da formação, de modo a promover a melhoria das ações relacionadas ao monitoramento e à avaliação de programas e redes de atenção à saúde b) Identificar e utilizar os principais instrumentos de planejamento, programação, monitoramento e avaliação

do SUS, considerando o processo de municipalização e a descentralização das ações em saúde c) Elaborar e desenvolver um plano de monitoramento e/ou avaliação abordando temas de interesse e de relevância no contexto da saúde pública. Organizado em módulos de aprendizados e com durante 14 meses foram disponibilizadas 300 vagas gratuitas no segundo semestre de 2013. Resultados e/ou impactos: A implementação da prática pedagógica que propiciou a reflexão e ofereceu aos participantes conteúdos e habilidades técnicas específicas para execução do M&A. Ao final de 2014 formaram-se 153 especialistas em M&A, profissionais capacitados. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Devido ao sucesso da 1ª versão. O Demas/SE/MS, em conjunto com a Fiocruz lançou o 2º curso de especialização em M&A cujas atividades iniciaram em setembro de 2015, com um quantitativo de 100 alunos,

FORMAÇÃO EM PESQUISA: EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA PROPET EM CAXIAS DO SUL – RS

Thainara Fontoura Brandolt da Rocha, Alice Maggi, Dino Roberto Soares de Lorenzi, Maristela Person, Priscila Minhoni Moreira, Quelen Tomé Pires, Eléia de Macedo, Suzete Marchetto Claus

Palavras-chave: Educação continuada, Aprendizagem instrumental, Pesquisa interdisciplinar

APRESENTAÇÃO: O desenvolvimento de pesquisas é fundamental no processo de construção do conhecimento em saúde. Para tanto, é necessária instrumentalização para conhecimento e adequada utilização das diversas metodologias de pesquisa existentes. Baseado nisso, o PROPET Saúde

da Universidade de Caxias do Sul (UCS), em parceria com Secretaria Municipal de Saúde (SMS), vem desenvolvendo atividades de educação continuada visando capacitação para a pesquisa. O objetivo é capacitar os alunos dos diferentes cursos da saúde participantes do PROPET Saúde, bem como os profissionais da rede vinculados ao programa, para desenvolvimento de atividades de pesquisa em saúde. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Com o intuito de capacitar de forma contínua os seus membros para pesquisa científica, o PROPET/UCS organizada periodicamente oficinas com profissionais que são referência em pesquisa, principalmente dentro da UCS. Além disso, anualmente é realizado um curso de iniciação científica, em parceria com as Ligas Acadêmicas de Medicina da UCS. Resultados: O curso anual de iniciação científica oferece noções básicas de pesquisa aos integrantes do projeto, motivando os alunos na produção de conhecimento, além de ajudar na divulgação do PROPET Saúde e das pesquisas aqui desenvolvidas. Já as oficinas de educação continuada permitem o desenvolvimento de diferentes atividades como: análise e interpretação de dados, discussão e socialização a pesquisa. Além disso, prepara os acadêmicos para elaboração dos trabalhos de conclusão de curso, bem como para a vida profissional. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A produção científica é um dos principais alicerces da formação médica. O incentivo e a capacitação constante para este fim promovida pelo PROPET Saúde tem mostrado grande aceitação dos acadêmicos, não só de medicina, mas de todos os cursos envolvidos no programa. Isso tem se refletido em participação efetiva de todos na construção de conhecimento científico.

FORMAÇÃO PARA O SUS: TECNOLOGIAS LEVES CONSTRUINDO O CONHECIMENTO VIVO NO TERRITÓRIO

Valéria Leite Soares, Marcia Queiroz de Carvalho Gomes, Ângela Cristina Dornelas da Silva

Palavras-chave: processo de formação, Terapia Ocupacional, tecnologias leve

A formação de profissionais para a rede de serviços do Sistema Único de Saúde vem passando por um processo de reorientação, lançando mão de metodologias de ensino-aprendizagem que permitem a vivência e compreensão da saúde de forma ampliada e complexa, em diferentes cenários de prática. O objetivo deste trabalho é refletir sobre o processo de formação de Terapeutas Ocupacionais, da Universidade Federal da Paraíba, no cenário de prática da atenção básica. As práticas partem do princípio da clínica ampliada, na perspectiva das linhas de cuidado em saúde. O uso de tecnologias leves, pautadas nas relações, na escuta e no acolhimento conduzem os estudantes à construção do conhecimento vivo, com base nas necessidades de cuidado dos usuários, famílias e comunidades. Nos encontros iniciais com a equipe da unidade, os Agentes Comunitários de Saúde apresentam o território, as condições de saúde, social e organização da comunidade assistida e os alunos falam das expectativas de atuação da Terapia Ocupacional neste nível de atenção. A partir dessas interações as ações são planejadas e desenvolvidas tomando duas direções: visitas domiciliares e criação/participação de grupos. As visitas domiciliares permitem uma aproximação dos estudantes das necessidades e dificuldades vividas pelas famílias no cotidiano, levando-os a problematização sobre as possibilidades de intervenção, através da busca ativa do conhecimento

teórico e do conhecimento construído junto com o próprio usuário. Os grupos, por sua vez, são formados a partir das demandas que são identificadas na comunidade, tais como o grupo com adolescentes estudantes de uma escola estadual do bairro, e o grupo de geração de renda e arte, voltado para pessoas com transtornos mentais. Os alunos e professores também buscam potencializar grupos já existentes na Unidade de Saúde, como o Grupo de gestantes e o Grupo de Diabéticos e Hipertensos, e em outros equipamentos do território, como o grupo com idosos do Centro de Convivência da Pessoa Idosa. Ao término de cada semestre letivo é realizada uma Ação em Saúde, reunindo toda a comunidade num espaço interativo, com apresentações artísticas e culturais dos próprios usuários e oficinas de promoção da saúde e prevenção de agravos em temas variados. Os alunos apresentam as propostas no coletivo da sala de aula, e após debate são planejadas as atividades que movimentam as ações em saúde. O exercício do reconhecimento das necessidades da comunidade, do planejamento e da execução de ações possibilita ao aluno não só reflexões acerca da prática profissional neste nível de complexidade, mas acima de tudo, a construção de um conhecimento vivo, voltado para o cuidado integral, para a emancipação, utilizando metodologias eficazes e de baixa densidade tecnológica. Consideramos que a formação em saúde no nível da atenção básica possibilita contato estreito de discentes e docentes com as famílias e a comunidade, permitindo a compreensão dos seus modos de vida, de suas demandas e necessidades de saúde, e dos determinantes do processo saúde-doença nos cenários da vida cotidiana dos usuários. Este contato, necessário para a formação profissional, dificilmente seria viabilizado em outros níveis de atenção à saúde.

GESTÃO DE REDES REGIONAIS: UMA EXPERIÊNCIA EDUCACIONAL DESCENTRALIZADA NA FORMAÇÃO LATO SENSO EM PERNAMBUCO

Vilma Dornelas da Silva, Maria do Socorro Malafaia Ramos, Tatiane Castanha de Melo, Garibaldi Dantas Gurgel Júnior, Bernadete de Lemos Carvalho, Leila Monteiro Navarro Marques de Olivei, Célia Maria Borges da Silva Santana

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Educação, Regionalização

APRESENTAÇÃO: O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (PRMSC – Redes) da Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), em parceria com a Universidade de Pernambuco (UPE) é desenvolvido em 7 (sete) Gerências Regionais de Saúde (Geres) de Pernambuco. Desenvolve uma formação em Saúde Coletiva no interior do estado, articulando uma formação no cenário do SUS às políticas de estruturação de Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dessa forma, o planejamento das atividades pactuado com os diferentes atores, fundamenta-se nos seguintes eixos: Gestão do cuidado, clínica ampliada e ético-humanístico. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O PRMSC – Redes é desenvolvido de forma descentralizada, como um projeto estratégico para a Educação em Saúde articulada à Regionalização do SUS. É uma proposta inovadora enquanto campo de formação e prática dos profissionais residentes. Possui uma estrutura que requer grande mobilização de recursos financeiros e humanos, com supervisores, tutores, orientadores clínico-pedagógicos- OCP, que acompanham o profissional residente na Regional, e preceptores nos serviços da rede de saúde estadual e municipal, em todos os níveis de complexidade. Com uma metodologia problematizadora,

caracterizada pela integração de conteúdos e pela articulação entre teoria, prática, ensino, serviço e comunidade, no que se refere ao arranjo das práticas e produtos que os Profissionais Residentes desenvolvem. **RESULTADOS:** Consolida-se uma formação descentralizada e regionalizada em nível de Residência em Pernambuco, contando com o apoio interinstitucional na mobilização de recursos e infraestrutura para realização dos processos educacionais. Verifica-se a contribuição do PRMSC – Redes na pactuação e estruturação da Rede de Atenção em Saúde nas Regionais, bem como, a oportunidade de construção de um espaço crítico-reflexivo loco-regional no desenvolvimento do Programa. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O PRMSC – Redes, enquanto uma modalidade de ensino-serviço, tem-se destacado como umas experiências inovadoras de formação em saúde, desenvolvido nas regionais, aonde se encontram os maiores desafios para a consolidação do SUS. Nessa perspectiva, o Programa de Residência proporcionou a valorização das Gerências Regionais de Saúde como espaço de ensino-aprendizagem através da implementação da Política de Educação Permanente visando à ampliação do acesso e qualidade da assistência. O desafio para o programa consiste na necessidade de repactuação interinstitucional para garantir condições de infraestrutura e ações voltadas para a ampliação e qualificação dos preceptores para a expansão do programa em outras regionais. Vale salientar que algumas dessas ações já se encontram em andamento.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UMA ABORDAGEM DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM ESCOLARES

Uadson Silva Barreto, Marta de Melo Oliveira e Silva

Palavras-chave: Educação em saúde – DST - Sexualidade

A gestação na adolescência provoca vários problemas sociais e representa um desafio para os profissionais de saúde, educadores, governo e sociedade em geral. Estudos descrevem a existência de uma variedade de fatores sociais e de saúde que determinam a gravidez na adolescência. Neste sentido, o presente estudo tem por objetivo realizar intervenções educacionais orientando e oferecendo conhecimento aos adolescentes sobre sexualidade, e abordando também prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e gravidez na adolescência. Para alcançar os objetivos propostos nesse trabalho, uma equipe multiprofissional com médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e técnico de enfermagem, a equipe “sexo do bem”, formou um espaço de construção do saber com cerca de 30 adolescentes entre as idades de 12 a 18 anos numa escola no município de Aparecida de Goiânia, Goiás, objetivando a educação em saúde na área da sexualidade. Considerou-se que os objetivos foram alcançados com a atenção para o assunto sendo despertada e com a quebra de alguns tabus entre muitos adolescentes e que possibilitou o crescimento para que eles possam ser capazes de gozar de uma sexualidade mais saudável.

GRUPO DE ALFABETIZAÇÃO PARA ADULTOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Natássia Denardin, Caroline Mello dos Santos

Palavras-chave: ensino em saúde, residência multiprofissional, saúde coletiva, promoção em saúde

Apresentação: O grupo de alfabetização foi constituído em uma Unidade de Saúde da Família, no município de Porto Alegre, por iniciativa de duas residentes do programa

de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva, em 07 de outubro de 2014 e segue em andamento até então. A sugestão deste grupo surgiu em uma reunião do Conselho Local de Saúde, a partir de um levantamento feito pelas próprias residentes sobre quais atividades a unidade poderia ofertar aos usuários. **Desenvolvimento do trabalho:** O início das atividades do grupo de alfabetização foi divulgado através dos Agentes Comunitários de Saúde em visitas domiciliares e através dos demais profissionais da ESF. Foi estipulado que as aulas ocorreriam uma vez por semana, com encontros de duas horas de duração, na própria Unidade de Saúde. O método utilizado nas aulas prioriza atividades lúdicas que evidenciam o protagonismo destes usuários em seu processo de aprendizagem, abordando nas dinâmicas questões relacionadas à saúde. Portanto cabe ressaltar que o grupo objetiva não somente o exercício da escrita e da leitura, mas também o fortalecimento do vínculo entre os usuários participantes e a unidade de saúde, constituindo-se também em um importante espaço de promoção em saúde, de escuta e de troca de saberes. **Resultados:** Até o presente momento, as aulas proporcionaram maior aproximação com a escrita e a leitura (identificação de letras, sílabas, palavras e números). Além deste aprendizado, fortaleceram-se vínculos e relações de afeto, fruto da ótima integração do grupo. O espaço tornou-se não somente “aulas de alfabetização”, mas também um local de promoção em saúde. As integrantes passaram a compreender melhor a bula de seus medicamentos e as orientações dadas pelos profissionais da ESF. Identificamos também um aumento da autoestima, melhora da comunicação, memorização e da motricidade fina das participantes. **Considerações Finais:** O envolvimento e a integração de outros membros da equipe da Estratégia de Saúde da Família na atividade foram alguns dos pontos positivos que este grupo propiciou, permitindo assim, maior

união entre os trabalhadores. Este espaço também permitiu conversas e trocas sobre as dificuldades e angústias cotidianas das participantes, orientações sobre saúde e o compartilhamento de alegrias. A formação deste grupo evidenciou a potencialidade do ensino-aprendizagem dentro do ambiente de uma Unidade de Saúde. Esta ação pode ser replicada em outros territórios, objetivando a promoção da saúde através deste espaço de aprendizagem. Além disto, foi um campo que se mostrou bastante fértil para a atuação do sanitário e demais profissionais da área da educação.

GRUPO DE APOIO A PORTADORES DE HANSENÍASE (GAPHAN)

Rosilea Clara Werner, Clelia Cristina Neves Pinto

Palavras-chave: hanseníase, grupo de apoio, cidadania

APRESENTAÇÃO: O Projeto de Extensão: “Saúde e Cidadania: Recriando a Realidade Social”, é desenvolvido por professoras e acadêmicas de Serviço Social, e tem entre seus objetivos desenvolver atividade de educação em saúde que gere a autonomia do usuário do SUS, abordando temas como o que é SUS, direitos constitucionais na saúde, conceito de saúde, acesso aos serviços de saúde, para além do cuidado da doença. O relato aqui apresentado e das atividades desenvolvidas com o Grupo de Apoio a Portadores de Hanseníase (GAPHAN), no período de 2014 e 2015. Os objetivos do Projeto de Extensão, com o Grupo de Apoio a Portadores de Hanseníase, foram: contribuir para a melhoria do tratamento rompendo com estigmas sociais; viabilizando metodologias diferenciadas para facilitar as discussões, e também apoiar os portadores de hanseníase e seus familiares no

tratamento da doença. **DESENVOLVIMENTO:** Com o objetivo de proporcionar atenção integral aos participantes e seus familiares, as atividades de atendimento coletivo são desenvolvidas na última semana de cada mês. Em cada encontro são discutidos temas diversos conforme as demandas dos usuários. Os usuários são acompanhados no serviço pelos profissionais, que também participam do grupo e trazem as demandas coletivas para os encontros mensais. Uma das atividades realizadas no grupo foi sobre o autocuidado, onde foi realizada a montagem de um boneco, utilizando a roda de conversa. A dramatização foi utilizada para conversar sobre os direitos sociais e o jogo “caminhos do SUS” auxiliou na reflexão dos direitos dos usuários dos SUS. Para orientar sobre os direitos previdenciários se organizou uma roda de conversa com a Assistente Social do INSS. Também se realizou uma visita guiada ao shopping que fica ao lado do SAE, e a um Parque de Reserva ecológica do município, no sentido de inserir o grupo nos diversos espaços sociais. Tendo em vista as conferências de Saúde e Assistência Social foi apresentado ao grupo como participar das conferências e também foi construído uma moção de Indignação com o Sistema Único de Saúde. **RESULTADOS:** Conforme os encontros foram acontecendo ocorreu o aumento da participação com perguntas, relatos e sugestões. As atividades extensionistas proporcionaram o fortalecimento para enfrentarem as dificuldades do dia a dia em relação a hanseníase, assim como também melhorar a qualidade de vida. Possibilitou as acadêmicas conhecerem novos espaços de atuação do Serviço Social e serem multiplicadoras de informações sobre a hanseníase. **Considerações Finais:** As campanhas divulgadas pelas mídias são de extrema importância para a desestigmatização da hanseníase e do seu portador, sendo assim,

o projeto Saúde e Cidadania: Recriando a Realidade Social, possui grande relevância na cidade de Ponta Grossa por mobilizar a academia e os profissionais da área da saúde para a problemática que envolve a doença. Durante as atividades com o grupo foi possível concluir que a hanseníase deixa marcas profundas e difíceis de serem apagadas. O ambiente provocado pelas atividades extensionistas, proporcionaram a troca de experiências entre os participantes, assim como também o fortalecimento dos participantes para enfrentarem as adversidades cotidianas.

GRUPO DE ENCONTRO DE TRABALHO COM PROFESSORES: UMA EXPERIÊNCIA EM EXTENSÃO POPULAR ORIENTADA PELA ERGOLOGIA

Erika Karla Gomes Araújo, Dailton Alencar Lucas de Lacerda, Jeane Constantino Pereira, Camila Macêdo Araújo de Medeiros, Ramayana Rubianne Galdino, Tamiris Albuquerque Martha, Thainá Rayane Bezerra Vieira, Thyala de Fátima Bernardino Amorim

Palavras-chave: trabalhador, educação, extensão popular

APRESENTAÇÃO: O Programa Educação Popular e Saúde do Trabalhador (PEPST), da Universidade Federal da Paraíba, é norteado pela extensão popular, enquanto pressuposto teórico metodológico. A extensão popular pode ser compreendida como uma categoria de trabalho social útil. Este processo proporciona uma análise crítica da realidade pelos sujeitos envolvidos considerando a análise histórico-crítica e a práxis, contribuindo para a transformação da situação vigente. O Grupo de Encontro de Trabalho (GET) é uma estratégia metodológica da Ergologia, que se traduz como uma concepção multidisciplinar de

análise da atividade humana de trabalho, onde se busca responder demandas de sujeitos a um determinado problema. Dentre as diversas ações do PEPST, o GET configura-se como uma das práticas metodológicas aplicadas em diferentes categorias de trabalhadores. Este trabalho propõe-se a apresentar um relato da experiência do GET aplicada a um grupo de professores de uma instituição pública de ensino de João Pessoa-PB. **Desenvolvimento:** A atividade acontece quinzenalmente com professores da Escola Municipal Tharsilla Barbosa de França, localizada na Comunidade do Grotão. Os encontros são realizados em roda e seguem o seguinte roteiro: apresentação individual, dinâmica inicial, pergunta geradora, análise, discussão e encaminhamentos, priorizando os temas que os trabalhadores sugerirem. A pergunta geradora introduz o tema do debate sob a forma de questionamento para que as inquietações possam emergir e o debate ocorrer com liberdade, respeitando as necessidades do grupo. Entre os temas trabalhados nesse GET estão: “Como o trabalho afeta e/ou influencia a saúde do trabalhador?”, “Qualidade de vida na profissão”. O debate realizado em roda permite a genuína partilha e liberdade de ideias, corroborando para a reflexão e compreensão dos próprios conflitos, e a busca de soluções para eles. Além do formato rotineiro dos debates quinzenais, também são realizados momentos de descontração e relaxamento, visando proporcionar aos sujeitos momentos de cuidado, que acontecem geralmente ao ar livre, com práticas integrativas e complementares como meditação, visando à promoção da saúde. Cada encontro é sistematizado através da gravação de áudios e transcrição dos relatos, preservando-se o anonimato dos trabalhadores envolvidos. **Impactos:** Os encontros permitiram compreender a realidade complexa da atividade de

trabalho dessa categoria, sua implicação no processo saúde-doença e a repercussão no cotidiano dos sujeitos. O diálogo, elemento central, tanto na educação popular quanto na ergologia, tornou-se categoria mediadora para o reconhecimento dessas pessoas como protagonistas de suas ações, contribuindo para sua autonomia e seu processo de emancipação. Ao mesmo tempo, possibilitou aos extensionistas uma aproximação com a realidade cotidiana de trabalho e com os conflitos vivenciados pelos trabalhadores. Considerações finais: Desde o planejamento à execução dessa experiência, ela foi reconhecida como um espaço promissor para o conhecimento da realidade complexa dessa atividade laboral. O debate, a criação de vínculos, contribuiu para construção de uma relação de confiança e cuidado em saúde entre extensionistas e o grupo de trabalhadores, contribuindo também para a formação de profissionais humanizados, socialmente comprometidos e críticos.

GRUPO DE PRODUÇÃO DE CASOS DE ENSINO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alessandra Rios de Faria, Danielle Costa Silveira, Amanda Nathale Soares, Thais Lacerda e Silva, Cremilde Mendes, Lucimar Ladeia Colen

Palavras-chave: educação permanente em saúde, tecnologia educacional, atenção primária em saúde,

APRESENTAÇÃO: Este trabalho é um relato de experiência sobre a criação e o trabalho de um Grupo de produção de casos de ensino da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). O grupo surgiu a partir do Curso de Especialização em Gestão da Clínica na Atenção Primária em Saúde, que movimentou a equipe

a pensar em trabalhar questões de interdisciplinaridade do cuidado a partir de casos de ensino. DESENVOLVIMENTO: O caso de ensino corresponde a uma metodologia fundamentada na descrição de uma situação-problema, geralmente real, com objetivos educacionais, que deve ser desenvolvido com base nas principais necessidades dos profissionais. Entendemos que uma instituição, focada em formar trabalhadores, além de possuir sólidos conhecimentos no campo da Saúde Coletiva, deve construir conhecimentos sobre metodologias pedagógicas ativas e participativas. Assim pensando, reunimos pessoas interessadas em experimentar/ construir casos de ensino que poderiam ser usados em diferentes modalidades formativas. Focamos, primeiramente, em um caso de uma família vinda do meio rural para a cidade e atendida por uma equipe da Estratégia Saúde da Família, com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Propusemo-nos a construir esse caso livremente, sem seguir a priori alguma metodologia ou forma pré-estabelecida. Fizemos reuniões iniciais e o primeiro encaminhamento foi estudar temáticas consideradas centrais para a construção do caso. Compreendemos que tínhamos que construir referenciais teóricos comuns para elaborarmos o enredo de cada personagem. Elegemos como temas de estudo: família; processo de trabalho; território; protocolos e diretrizes. Esses temas foram estudados por duplas de colegas e apresentados a todo o grupo. Após esses primeiros momentos, compusemos a família do caso de ensino e começamos a construí-la. Em determinado momento, sentimos a necessidade de traçar melhor as relações entre os personagens e caracterizar com riqueza e profundidade o território. Também entendemos a necessidade de registrar as questões de aprendizagem que envolvia o estudo de cada personagem e como iríamos caracterizar o processo saúde-doença-cuidado em cada

um deles. RESULTADOS/IMPACTOS: Em nossas trocas e diálogos, percebemos como nosso primeiro impulso na escrita muitas vezes envolvia conceber um personagem cheio de doenças, cheio de problemas e como a equipe de saúde poderia responder a essas necessidades. Refletindo sobre isto, adotamos um referencial que fugia do “adoecimento” do cotidiano e optamos por pensar as relações entre saúde e doença de uma maneira singular, mais próxima da vida vivida e menos medicalizada e patologizada. Assim, identificamo-nos com os referenciais da clínica ampliada, da redução de danos, da produção do cuidado de si e do outro numa perspectiva mais próxima do referencial pós-estruturalista. Atualmente, estamos concebendo as relações entre o caso construído e os eixos de aprendizagem possíveis. CONSIDERAÇÕES: Os encontros do grupo de produção do estudo de caso constituíram-se em ricos espaços de educação permanente em saúde, pois discutimos nossas experiências de trabalho, histórias de vida, pertencimento social, percebendo como nossa “lente” diante da vida dá contornos específicos ao caso que construímos e aos processos educacionais desenvolvidos na ESP-MG.

GRUPO PSICOEDUCATIVO: ESTRATÉGIA MULTIPROFISSIONAL DE CUIDADO DO DIABETES MELLITUS TIPO 1

Larissa Ellen Pereira dos Santos, Cristiana Carla Medeiros de Aguiar, Tatiana Rebouças Moreira, Kildare Lima Braga do Nascimento, Laíla Pereira Gomes da Silva

Palavras-chave: Diabetes, Grupo psicoeducativo, Multiprofissionalidade

APRESENTAÇÃO: O Diabetes Mellitus 1 (DM1) é uma cada vez mais importante em nível mundial. Caracterizada pela deficiência do hormônio insulina, o DM1 é o

principal distúrbio metabólico que acomete crianças e adolescentes. As transformações metabólicas decorrentes do DM1 impactam significativamente na qualidade de vida e demandam uma abordagem multidisciplinar para seu tratamento. Objetiva-se relatar a experiência de um grupo psicoeducativo multiprofissional como estratégia de melhoria de qualidade de vida de pacientes com DM1. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA E MÉTODOS: Os grupos acontecem, às quintas-feiras, no período matutino, previamente às consultas médicas, sendo aberto e rotativo, contemplando crianças e adolescentes diabéticos, bem como seus responsáveis ou acompanhantes. A equipe é constituída de enfermeiras, psicólogos e fisioterapeutas que se alternam na condução das temáticas livres cujo foco principal emerge de relatos pessoais dos participantes sobre seu processo de doença e tratamento. O grupo se inicia com roda de conversa, centrada no impacto emocional e as repercussões do DM1 sobre o estilo e qualidade de vida. A partir de tais temáticas suscitadas na roda de conversa segue-se um momento informativo sobre especificidades da diabetes e de seu controle. Recursos como mapas de conversação, jogos de perguntas e respostas, cartilhas e folders são utilizados como instrumentos de facilitação das discussões. RESULTADOS: O grupo psicoeducativo tem proporcionado, tanto aos participantes quanto à equipe, vivências ricas de aprendizagem, promovendo troca de experiências. A abertura para a fala e exposição da percepção das crianças e aqueles que lidam com a realidade da doença tem oferecido base para o compartilhamento de saberes e apoio. Isso tem permitido que as crianças e seus responsáveis se tornem atores no processo de busca de saúde e qualidade de vida. E experiência multiprofissional garante uma abordagem mais efetiva a medida que consegue atuar de forma

mais global e holística no tratamento da doença. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O grupo se consolida como uma atividade útil e complementar ao tratamento do DM1. Tal experiência permite um crescimento pessoal em cada ator envolvido no processo de atenção para com a pessoa que possui a DM1.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA: OBSERVAÇÃO E INTERVENÇÃO DO PET/SAÚDE REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Raphael Almeida Santiago de Araujo, Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro, Kezia Martins Tavares, Alba Suzidarle Brandão, Eleonora Ramos de Oliveira Ribeiro, Ana Carolina Sawaris Neto

Palavras-chave: Higienização, Unidade de Urgência, Infecção Hospitalar

APRESENTAÇÃO: As infecções relacionadas à assistência à saúde se apresentam como um grave problema de saúde pública, causando aumento da morbidade e mortalidade entre os pacientes, além do aumento dos custos hospitalares. A higienização das mãos é considerada a ação de grande eficácia na prevenção das infecções hospitalares, e existem estudos mostrando que uma maior adesão às práticas de higienização das mãos está comprovadamente relacionada a uma redução nas taxas das infecções em unidades de saúde. Esse trabalho tem como objetivo determinar os diferentes graus de adesão dos profissionais de saúde às práticas de higienização das mãos, realizar o fomento dessas práticas através do PET/Saúde Redes de Urgência e Emergência, bem como diagnosticar as possíveis falhas no desempenho dos procedimentos e das instalações em uma Unidade de Urgência, com a proposição de melhorias posteriores. **DESENVOLVIMENTO DO**

TRABALHO: Nas fases observacionais, foi utilizado o “Formulário de Observação - Manual para Observadores”, da Anvisa, para cálculo e registro das taxas de adesão entre os profissionais de saúde. Nas intervenções, foram utilizados folders impressos, apresentações em projetores e atividades em grupo, além da confecção de dispensadores de álcool em gel com garrafas recicláveis. **Impactos:** Na primeira fase, observou-se que adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos era muito baixa, apresentando uma taxa global em torno de 20%. Durante os três meses de intervenções (segunda fase), foram trabalhadas as indicações e os procedimentos corretos de higienização com álcool em gel e/ou água e sabão, com os funcionários de todos os setores. Como a unidade de urgência não possuía dispensadores de álcool em gel, foram confeccionadas 20 unidades artesanais com garrafas recicláveis, para fixar nos diversos setores. Na terceira fase, observou-se novamente a adesão dos profissionais e verificou-se que eles apresentavam melhor qualidade no desempenho das práticas de higienização das mãos, além de uma taxa de adesão global de 70%. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As atividades de capacitação e fomento das práticas de higienização das mãos se apresentaram grandes aliadas ao combate das infecções relacionadas à assistência à saúde, e os estudantes de graduação, através do PET/Saúde Redes de Urgência e Emergência, tiveram papel fundamental no diagnóstico situacional da Unidade de Urgência e na execução dessas atividades de qualificação e na melhoria dos serviços prestados.

HIPERTENSÃO ARTERIAL: A VIVÊNCIA DE ACADÊMICOS DURANTE UMA AÇÃO PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE IDOSOS

Thais Regina Alencar Fonseca, Tiago de

Nazaré das Chagas e Chagas, Thiago do Reis de Oliveira Costa, Nara Thassiana da Silva Viégas, Thais dos Santos Lima, Sandra Helensa Isse Polaro

Palavras-chave: Hiper tensão arterial, idoso, cuidados de enfermagem

APRESENTAÇÃO: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível de alta prevalência, cujo diagnóstico e controle são imprescindíveis no manejo de graves doenças, como insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva. Com isso, este trabalho visa relatar a experiência de acadêmicos de Enfermagem durante ação de assistência à saúde de idosos mantendo foco na prevenção, esclarecimento e orientação, à pessoas acometidas por HAS. **METODOLOGIA:** trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência das atividades realizadas por acadêmicos de enfermagem, durante uma ação em comemoração ao dia internacional do idoso em outubro de 2014, numa Praça de Belém do Pará. Esta atividade consistiu em prestar serviços como aferição de pressão arterial, glicemia capilar e teste rápido de urina á população idosa circulante naquela área, este serviço foi feito por acadêmicos que também prestavam orientações e esclarecimentos necessários sobre os problemas considerados comuns no processo de envelhecimento, focando na HAS, onde o indivíduo atendido era indagado sobre comorbidades, boa alimentação, prática de atividade física, hábitos de vida saudáveis e a importância da prevenção destas enfermidades bem como a detecção precoce de outras patologias comuns a este ciclo da vida. **RESULTADOS:** Com isso, foi possível atender um número de 250 pessoas, dentre as quais 60% possuem diabetes, 80% não praticam atividade física, e 65%

alegam não ter condições de manter uma dieta equilibrada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os usuários consideraram de fundamental importância ações deste tipo, servindo como ferramenta de auxílio na detecção precoce e prevenção da HAS. Ações de prevenção junto à comunidade, aliada a prática educativa vivenciada durante a graduação, são ferramentas de extrema relevância para a formação enquanto cidadão de futuros profissionais de Saúde.

I MOSTRA NASF APS SANTA MARCELINA: MOSTRANDO O QUE SE CRIA PARA CRIAR COM O QUE SE VÊ

Thais Pola Baptista Coelho, Thais Tenorio Moura, Alessandra Carvalho dos Santos Silva, Vanessa Rocha, Dayana Kelly Silva Oliveira, Iere Rodrigues

Palavras-chave: NASF, ESF, atenção básica

APRESENTAÇÃO: O NASF (Núcleo de Apoio da Saúde da Família) é uma equipe multiprofissional que atua de maneira integrada apoiando os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), compartilhando práticas e saberes em saúde. No município de São Paulo esta proposta foi viabilizada e implantada no ano de 2009 e na região Leste pela parceria com a APS Santa Marcelina, nas regiões de Itaquera, Guaianases, Cidade Tiradentes, Itaim e São Miguel Paulista. Desde a implantação muitas discussões aconteceram com objetivo de definir, compor e fortalecer os processos de trabalho entre NASF e ESF. Sabendo que processos permanentes que possibilitem a reflexão e resgate do papel dos profissionais que atuam na atenção básica são necessários para nortear as práticas nos serviços de saúde. A APS Santa Marcelina realizou em dezembro de 2014 a partir da parceria do Setor de Educação Permanente com a Comissão

Fórum NASF a I Mostra de Experiências NASF. OBJETIVO: Possibilitar uma troca de experiências do trabalho vivo realizado pelo NASF nos diferentes territórios. Reunir um panorama da construção NASF discutindo as potencialidades e as dificuldades do processo de trabalho. Realizar debates sobre o papel do NASF e suas relações com ESF diante de sua proposta desafiadora na lógica da clínica ampliada e do apoio matricial. E por fim, envolver os profissionais como sujeitos ativos do processo de educação permanente na dialógica da troca das experiências NASF. DESENVOLVIMENTO: A partir da identificação da necessidade de um espaço de debate sobre o papel do NASF e suas relações com ESF em março de 2013, foi constituída a Comissão Fórum NASF composta por profissionais de todas as categorias e regiões e pela representação da coordenação NASF. A fim de contribuir com a Educação Permanente para a operacionalização e para a avaliação das ações voltadas ao NASF na região leste. A partir disso nasceu à proposta da criação da I Mostra NASF APS Santa Marcelina, um espaço voltado a todos os profissionais do NASF com representação das gerências e interlocuções da ESF e também com a presença das supervisões técnicas de saúde. As modalidades da Mostra foram às seguintes: oficinas, apresentações orais e pôsteres e foram dimensionadas por eixos temáticos e por equipes-autoras. RESULTADOS: De maneira geral, os profissionais entenderam o espaço da mostra como potente. Pois otimizou o desenvolvimento das ferramentas de trabalho NASF e ampliou o olhar coletivo sobre o trabalho. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Pelo fato de haver pouca experiência como essa com o NASF no contexto nacional e, principalmente, pela necessidade de um olhar coletivo da APS para o que se foi construído desde 2009, fez com que o evento de “amostragem NASF”

alcançasse um sentido macro e uma avaliação positiva dos participantes. Diante do caráter inovador, dos desafios estabelecidos pela realidade da saúde no país e das expectativas relacionados aos NASF, tornasse imprescindível a realização de pesquisas que abordem esse tema e contribuam para ampliar as discussões sobre a concepção, o funcionamento e a avaliação do impacto das ações do NASF na qualidade do cuidado.

I TORNEIO FUTSAL- COPA MEDCAPS: CONSTRUINDO ESPAÇOS DE CONVÍVIO E APRENDIZADO EXTRAMUROS

Tiago Rocha Pinto, Rafael Barros Gomes da Camara, Lucas Pereira Melo, Ana Luiza Oliveira Oliveira, Igor Henrique Santos, Felipe Eduardo Trindade Dutra Tavares, Dandara Lima Lopes, Alison Ranieri Souza

Palavras-chave: Educação Médica, Redes de Atenção Psicossocial

APRESENTAÇÃO: Trata-se de uma atividade extracurricular protagonizada por um grupo de alunos e professores do curso de graduação em medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte- EMCM, envolvidos no Projeto de Extensão “Associação Atlética Acadêmica de Medicina Multicampi-UFRN/ Caicó-RN. A proposta teve por objetivo propiciar um momento de prática esportiva de modo integrado com as atividades recreativas e de lazer ofertadas aos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPSIII “Arte de Viver”) do município. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O “I Torneio de Futsal- Copa MEDCAPS” contou com a participação de quatro equipes, das quais uma foi composta por usuários do CAPS, duas equipes de alunos e uma de professores do referido curso. O torneio foi todo articulado pelos próprios alunos em

conjunto com o educador físico do CAPS, tendo sido realizado numa quarta-feira à noite na sede do Clube dos Oficiais do Exército Brasileiro. O evento também contou com a presença de outros alunos, amigos e familiares além de pessoas que transitaram pelo local e pararam para assistir e prestigiar os jogos. RESULTADOS: Pode-se afirmar a partir desta iniciativa, importantes questões puderam ser atingidas e mobilizadas tanto para os alunos quanto para os usuários. Entre estas, destaca-se: 1) a desmistificação acerca da loucura e do papel na sociedade dos indivíduos acompanhados em serviços de saúde mental; 2) a ocupação de espaços de convívio e lazer que se revelam na ampliação de territórios existenciais; 3) a efetivação de Redes de Atenção Psicossocial envolvendo diferentes atores e cenários; 4) a legitimação de uma formação profissional mais humana e comprometida com as problemáticas da população e, 5) o sentimento de pertencimento grupal e aprendizado que extrapola os limites dos livros e salas de aula. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As repercussões da experiência se fizeram notar logo no dia seguinte da atividade. Alunos e professores envolvidos revelaram a satisfação em ter participado, bem como o desejo de continuar promover outras ações como esta. Do mesmo modo, pudemos reconhecer a alegria e motivação dos usuários do CAPS em ter vivenciado este momento, como dos profissionais da instituição em poder estreitar relações com a EMCM e alavancar outras parcerias. Assim, avaliamos que as potencialidades do I Torneio de Futsal não se resumiram a uma única noite e nem se encerraram nela. Outras portas foram abertas e seus reflexos já se fazem presentes em novos diálogos e possibilidades de convívio e aprendizado em cenários extramuros, pavimentando novos caminhos na integração ensino, serviços e comunidade.

IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DE UMA DISCIPLINA DE ATUALIZAÇÃO EM HIV/AIDS NA OTIMIZAÇÃO DAS CONDUTAS NO COTIDIANO DO TRABALHO DE RESIDENTES EM SAÚDE COLETIVA

Ana Júlia Bretanha Luz, Bibianna Pavim, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: HIV/AIDS, Residência em Saúde Coletiva

APRESENTAÇÃO: Dentre as regiões do Brasil, o Rio Grande do Sul (RS) é o estado com maior número de casos de pacientes soropositivos. Do mesmo modo, Porto Alegre é a capital com maiores taxas da infecção. Tendo em vista a grande emergência da epidemia de AIDS no Brasil, em especial nessa região, a formação de profissionais multidisciplinares da área da saúde é de grande importância para a promoção de políticas intersetoriais como estratégia de prevenção e controle da doença. A Residência em Saúde Coletiva da UFRGS estimula práticas integradas de atenção à saúde em diversas áreas, dentre elas em serviços que atendem pessoas vivendo com HIV, porém, como se trata de uma residência multidisciplinar, nem todas as pessoas têm conhecimento teórico da doença adquirido na graduação. OBJETIVOS: Neste contexto, nosso trabalho consistiu na implantação de uma disciplina abordando diferentes aspectos atuais em HIV/AIDS para a complementação do conhecimento adquirido através das atividades práticas e, conseqüentemente, para a realização das melhores condutas no cotidiano do trabalho. METODOLOGIA: A disciplina foi realizada em cinco encontros, onde foram abordados aspectos importantes da doença, do vírus, da epidemia atual, dos protocolos atuais utilizados, dos métodos diagnósticos, da prevenção e do tratamento. Também foram abordados os direitos do soropositivo, as campanhas existentes de

combate à epidemia, o aconselhamento dos pacientes infectados, a qualidade de vida e a adesão ao tratamento. Foram realizadas atividades dinâmicas, como a demonstração do diagnóstico por teste rápido, a realização de uma mesa redonda com convidados experientes da área para discussão da abordagem inicial e aconselhamento do paciente infectado, além de uma conversa com uma paciente soropositiva para o entendimento das necessidades do portador e para a produção de um cuidado humanizado. RESULTADOS: O objetivo inicial do trabalho foi alcançado. A complementação com o conhecimento teórico ao conhecimento prático otimizou as condutas no cotidiano do trabalho. As aulas também despertaram um maior interesse sobre o assunto impulsionando os alunos a buscarem novos conhecimentos, além de contribuir para o envolvimento em atividades de promoção de políticas de controle e prevenção da epidemia. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os benefícios a longo prazo após a formação dos residentes ainda não podem ser mensurados, porém, só as motivações em aprimorar os conhecimentos e otimizar as condutas já são suficientes para que esperemos resultados positivos. Além disso, o envolvimento nas atividades de promoção de políticas de controle e prevenção da epidemia é de grande importância para melhorar a qualidade e expectativa de vida dos pacientes assim como reduzir o surgimento de novos casos da infecção. EIXO 1: Impacto da implantação de uma disciplina de atualização em HIV/AIDS na otimização das condutas no cotidiano do trabalho de residentes em Saúde Coletiva

IMPLANTAÇÃO DO MAPA DINÂMICO DA TUBERCULOSE EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE SALVADOR, BAHIA, 2014

Melissa Almeida Silva, Ubirajara Ramos

Pereira da Silva Filho, Claudiana Ribeiro da Silva, Elilian Oliveira Pereira, Milene Moura, Gilmar Jesus dos Santos, Gizelle Barbosa

Palavras-chave: Tuberculose, Epidemiologia, Gestão em Saúde

APRESENTAÇÃO: Trata-se de um relato de experiência vivida durante as práticas do componente Curricular Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. As práticas se desenvolveram na sede da coordenação do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, onde os índices de Tuberculose, apesar de decrescentes, são elevados, demandando a melhor utilização possível das ferramentas de gestão. O objetivo realizar um diagnóstico da situação de saúde com ênfase na tuberculose e implantar o Mapa Dinâmico da Tuberculose no ano de 2014, para melhor acompanhamento da incidência do agravo segundo bairro de ocorrência. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Durante as práticas curriculares em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, o grupo identificou a necessidade de conhecer melhor o perfil da Tuberculose no Distrito Sanitário, uma vez que, segundo o diagnóstico do Plano Municipal de Saúde, este agravo apresenta altos índices no município e no distrito em questão. Para tanto recorreram às fichas de notificação e ao consolidado de informações do DATASUS, disponibilizado pela coordenação da Vigilância Epidemiológica. Verificou-se, inconsistência entre as informações, além de duplicidade de registros. A partir de então, o grupo passou a separar os casos por bairro de ocorrência, sexo e co-infecção com HIV. Foram excluídos os registros em duplicidade até o final da prática em novembro de 2014, 127 casos foram notificados, dos quais 79 eram homens e 48 mulheres. Destes, dez apresentavam co-infecção com o HIV. Os

dados foram transferidos para um mapa (fotografia de satélite), com uma marcação para cada caso no local de residência e diferenciação de cores entre sexos (Homens em verde e mulheres em amarelo), aos casos com HIV, foi adicionado um marcador vermelho. O mapa foi instalado junto à digitadora dos agravos de notificação, que ficou também com a atribuição de inserir os novos registros no mapa e excluir os casos que tiveram alta. RESULTADOS: O mapa foi muito bem recebido pela equipe gestora que considerou que criou uma perspectiva ampliada da situação do agravo no distrito. A enfermeira responsável pelo programa no nível distrital apresentou o mapa em reunião à gestão municipal. Como dificuldades posteriores à prática curricular, observou-se uma não continuidade da utilização do mapa, principalmente durante as férias da digitadora. Como sugestão, a responsabilidade da atualização do mapa não deve ser centralizada em uma pessoa (digitadora), pois na sua ausência, o preenchimento não é adequado, além disso o mapa dinâmico deve ser orientador da rotina dos trabalhos em gestão, servindo como pauta para reuniões e tomada de decisão em saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A compreensão da dinâmica no território é elemento fundamental para a tomada de decisão em saúde. Na graduação em enfermagem, durante as práticas realizadas, os estudantes têm contato com diversas ferramentas através de práticas e leituras, além de diversas outras que podem criar e adaptar à realidade. O mapa dinâmico permitiu que o grupo analisasse de uma forma abrangente, a situação de um agravo específico no território e a possibilidade da utilização do mapa em outras experiências de gestão.

IMPLEMENTANDO A REDE DE ATENÇÃO À PESSOA ESTOMIZADA NA REGIÃO DE DIVINÓPOLIS-MG

Juliano Teixeira Moraes, Alexandre Ernesto Silva, Marlene das Dores Medeiros Silva, Raquel Silva Assunção, Nize Renê Ferreira, Magda Eva da Silva

Palavras-chave: Estomia, Serviços de Saúde, Educação em Saúde

INTRODUÇÃO: Em Minas Gerais, os Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada (SASPO) são distribuídos por Regiões Ampliadas de Saúde. A fim de contribuir com a organização deste serviço, a UFSJ/CCO (Universidade Federal de São João del-Rei/Campus Centro Oeste) por meio do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) que teve por objetivo a articulação entre ensino, pesquisa e extensão voltados para a atenção à saúde da pessoa ostomizada entre profissionais da rede e da Universidade. MÉTODO: Trata-se de um trabalho de intervenção desenvolvido em um SASPO classificado como nível II, localizado na Unidade de Policlínica da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis/MG. RESULTADOS: O Grupo PET Saúde desenvolveu suas atividades no período de agosto de 2013 a julho de 2015. Foi composto por dois professores tutores da UFSJ/CCO, 06 profissionais da saúde preceptores (02 enfermeiras, 01 médica, 01 psicóloga, 01 Assistente Social e 01 Nutricionista) vinculados direta ou indiretamente ao SASPO e 18 alunos (sendo 12 bolsistas e 06 voluntários) dos cursos de Enfermagem, Farmácia e Medicina da UFSJ/CCO. Por meio das atividades desenvolvidas pelo grupo, foi possível atingir os seguintes RESULTADOS: Elaborado um diagnóstico situacional do SASPO II; Estruturado um plano de ação baseado no sistema 5W2H para reorganização do serviço; Desenhado a

organização em Rede no município e região tendo a Atenção Básica como porta de entrada; Participação do grupo em consultas clínicas interdisciplinares (enfermagem, medicina, assistência social, psicologia e nutrição); Elaboração dos Procedimentos Operacionais Padrão do serviço e as Notas Técnicas de diretrizes do município para a assistência à saúde do ostomizado em rede; Capacitado os profissionais da Atenção Básica do município; Grupos de apoio com as pessoas ostomizadas; Realização de protocolos de pesquisa; E, organizado um encontro de caráter regional para discutir a assistência especializada às pessoas ostomizadas e o papel da Atenção Básica. DISCUSSÃO: O PET Saúde é uma iniciativa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde que possibilita a promoção e fortalecimento SUS por meio da parceria entre municipalidade e universidade. Assim, os serviços de saúde contam com servidores capacitados e conscientes, além de informação em saúde de qualidade nos serviços organizados em Rede para traçar estratégias de ação em saúde. No que tange à formação de profissionais da saúde para o cuidado da pessoa ostomizada, percebe-se que foi uma forma de aproximar os estudantes de Enfermagem, Farmácia e Medicina ao cuidado especializado, por meio de atividades de ensino, pesquisa, extensão e consultas clínicas. Assim, suprimem-se lacunas existentes na formação destes profissionais, tornando-os mais capacitados para o cuidado em ostomias e para a gestão da rede de cuidados à saúde. CONCLUSÕES: Por meio do PET Saúde, foi possível integrar ensino-serviço-comunidade. Contribuiu ainda para a formação de profissionais da saúde mais capacitados para o cuidado do ostomizado para a reorganização e desenvolvimento do serviço de saúde local de maneira a contribuir para melhor cuidado à comunidade.

IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA OS TÉCNICOS DE ENFERMEGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Raysa Muriel Silva, Lary Carla Matheos de Lima, Marlene Maggioni

Palavras-chave: Enfermagem, Educação continuada, Educação em saúde

APRESENTAÇÃO: Os técnicos de enfermagem são personagens fundamentais da atenção hospitalar, pois são os profissionais que mais estão próximos dos pacientes em diversos cuidados. Diante desse papel tão importante dos técnicos de enfermagem, faz-se necessário a realização de educação permanente de forma eficaz para efetivar o processo de assistência a saúde. A educação permanente é baseada no aprendizado contínuo, sendo necessária para o desenvolvimento do sujeito para o seu auto-aprimoramento direcionando assim para a busca da competência pessoal, profissional e social. DESENVOLVIMENTO: Realização de educação permanente com os técnicos de enfermagem referente à cobertura para o tratamento de feridas. Este estudo consiste em um projeto de intervenção referente à educação permanente realizada com os técnicos de enfermagem de um setor do hospital universitário, durante o estágio supervisionado do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. A partir da utilização da ferramenta denominada de Espinha de peixe, os técnicos de enfermagem relataram a necessidade de educação permanente relacionada a coberturas de curativos, pois enfrentam diversas dificuldades e dúvidas para a realização destes curativos. RESULTADOS: A partir da implantação desta intervenção observou-se que os técnicos de enfermagem sentiram-se capacitados para avaliar a necessidade da melhor cobertura para a realização dos curativos durante o período

de trabalho, proporcionando assim um melhor cuidado com o paciente e uma maior evolução da ferida. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Acreditamos que este projeto de intervenção alcançou o objetivo proposto e demonstrou a importância da realização de educação permanente para os técnicos de enfermagem, pois estes são os profissionais mais próximos do paciente e necessitam ser atualizados para melhoria da assistência em saúde. Também influenciou de maneira positiva na aprendizagem das acadêmicas no que tange a prática da educação permanente na atenção hospitalar.

INFLUÊNCIA DE UM PROGRAMA DE EXERCÍCIO FÍSICO SUPERVISIONADO SOBRE SINTOMAS OSTEOMUSCULARES E APTIDÃO FÍSICA EM INDIVÍDUOS COM COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO RELACIONADO AO TRABALHO

Beatriz Rizzo Giacomini, Ana Gabriela Lima, Maria Lua M. Mendonça, Wânia Weingärtner, Larissa F. C. Vieira, Silvio A. Oliveira Junior, Paula F. Martinez

Palavras-chave: hábitos saudáveis, exercício físico, distúrbio musculoesqueléticos

INTRODUÇÃO: Nas últimas décadas, alterações nos meios de transporte, comunicações, locais de trabalho e tecnologias de entretenimento doméstico têm acarretado alterações no comportamento humano, dentre os quais redução na demanda de esforço físico. Muitas formas de comportamentos sedentários envolvem permanência na posição sentada e baixo gasto energético. Em vários estudos, comportamentos sedentários têm sido associados ao aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares. Entretanto, há poucas informações na literatura científica abordando o impacto da atividade física sobre distúrbios musculoesqueléticos

relacionados a comportamentos sedentários em diferentes grupos populacionais e ciclos de vida. OBJETIVO: Avaliar a influência de um programa de exercício físico supervisionado sobre sintomas osteomusculares e aptidão física em pessoas com comportamento sedentário relacionado ao trabalho. CASUÍSTICA E MÉTODOS: A casuística foi composta por 11 participantes, dos quais 4 homens e 7 mulheres, com idade de $40,8 \pm 9,5$ anos, funcionários a Agência Municipal de Trânsito e Transporte (AGETTRAN) de Campo Grande/MS. Todos os participantes apresentaram comportamento sedentário relacionado ao trabalho, caracterizado por permanência na posição sentada superior a 4 horas/dia. Foram coletados dados demográficos e antropométricos. Quanto à aptidão física, foram avaliados: capacidade funcional (teste de caminhada de seis minutos), flexibilidade (teste de sentar e alcançar) e resistência muscular (teste de repetição máxima em 1 min. para músculos abdominais). Além disso, foi aplicado Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares. Após avaliação inicial, os sujeitos foram submetidos a um programa de exercício físico, composto por duas sessões/semana e duração de 45-60min/sessão, sendo a frequência mínima exigida de 50%. O protocolo foi realizado em grupo e constituído por alongamentos globais, exercícios aeróbicos e exercícios de força em cadeia cinética aberta e fechada. Ao final de três meses, os participantes foram reavaliados. ESTATÍSTICA: descritiva e teste t pareado. RESULTADOS: Distúrbios musculoesqueléticos (dor, formigamento e dormência) nos últimos 12 meses foram reportados por 72,7% dos sujeitos, tanto no início quanto ao final do programa, sendo as queixas mais frequentes relacionadas à região de punhos/mãos (45,5%). Além disso, inicialmente, 36,4% dos indivíduos haviam sido impedidos de realizar atividades laborais nos últimos 12 meses devido a

esses distúrbios osteomusculares; ao fim do programa, esta ocorrência caiu para 27,2%. Em relação às variáveis antropométricas, não houve diferença estatística para a circunferência da cintura e índice de massa corporal (IMC). Quanto à aptidão física, houve melhora da capacidade funcional ($p=0,027$), da flexibilidade ($p=0,004$) e da resistência muscular ($p=0,042$). **CONCLUSÃO:** Programa de exercício físico supervisionado melhora a aptidão física, mas não a ocorrência de sintomas osteomusculares em indivíduos com comportamento sedentário relacionado ao trabalho.

INSERÇÃO DE ACADÊMICOS NO ESTUDO DA MORTALIDADE MATERNA EM REGIÃO DE MÉDIO PORTE DA REGIÃO SUL DO BRASIL

Marcos Frata Rihl, Nickolle Lorandi Pasche, Vitória Flores Culau Merlo, Lisa Wu Yei Yum, Suzete Marchetto Claus, Dino Roberto Soares de Lorenzi, Silvana Brondani Vargas, Ariane Carolina Lazzari Baccarin

Palavras-chave: Mortalidade materna, Educação médica, Pesquisa

APRESENTAÇÃO: A mortalidade materna é um indicador de saúde que reflete a qualidade da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. No entanto, muitos casos não são notificados, o que torna fundamental a sua investigação entre os casos de morte feminina em idade fértil. **OBJETIVOS:** O objetivo é relatar experiência de inserção de acadêmicos no processo de investigação da mortalidade materna em Caxias do Sul, RS. **METODOLOGIA:** Acadêmicos de medicina acessaram todos os casos notificados de óbitos de mulheres em idade fértil ocorridos entre 1996 e 2013 em Caxias do Sul, rastreando casos de mortalidade materna no banco de dados já sistematizados do Núcleo da

Mulher da Secretaria Municipal de Saúde. **RESULTADOS:** Foram identificadas 41 mortes maternas, correspondendo a uma razão de mortalidade materna (RMM) de 38,1 casos a cada 100.000 nascidos vivos (NV). Cerca de 61,8% eram por causa obstétrica direta e 38,2% por causas obstétricas indiretas. Os valores da RMM variaram de 16,1 a 101,8 óbitos a cada 1000.000 NV. Houve um predomínio de casos entre mulheres entre 30 e 39 anos (48,8%), sendo que 4,9% tinham menos de 20 anos e 7,3% mais de 40 anos. Em termos comparativos, entre 1993 e 2013, a RMM em Caxias do Sul declinou 6,1%. Quando se avaliaram em separado as causas de óbito materno, verificou-se que as causas indiretas reduziram-se 68,5%, enquanto que as mortes por causas diretas declinaram 5,7%. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Enquanto no Brasil, como um todo, houve queda de 43% da mortalidade materna (1990 a 2013), em Caxias do Sul esta queda se mostrou menor. O predomínio local de causas diretas merece atenção, pois são as mais passíveis de prevenção, sendo isto típico de países não desenvolvidos. A inserção de acadêmicos se mostrou efetiva no processo de investigação do obituário materno demonstrando a importância da informação para o exercício profissional.

INSERÇÃO DO FISIOTERAPEUTA RESIDENTE EM SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Raquel Cristina Braun da Silva, Stephanie Jesien, Rodrigo Souza Balk

Palavras-chave: Fisioterapia, Saúde Mental, Inserção, Desafios

APRESENTAÇÃO: Os usuários dos serviços de saúde mental, tanto por transtornos mentais quanto por abuso de substâncias químicas e de álcool tem seu cuidado realizado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS),

com o objetivo de oferecer atendimento, ambiente terapêutico e acolhedor, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social. Para isso, uma equipe multidisciplinar é imprescindível, entretanto, o fisioterapeuta que estuda o movimento humano em todas as suas formas de expressão para manter, desenvolver ou restaurar a integridade do indivíduo ainda não é um profissional comumente visto nestes serviços. **OBJETIVOS:** Dessa forma o objetivo deste trabalho é relatar o processo de inserção do fisioterapeuta residente em serviços de saúde mental. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência realizado entre os meses de abril e agosto de 2015, em CAPS ad III e CAPS II. Onde o primeiro mês teve caráter observacional, onde foram verificadas necessidades e potencialidades do serviço e também demandas dos usuários, elaborado um plano de trabalho individual compreendendo as ações propostas para o campo e nos meses seguintes este plano foi posto em ação. **RESULTADOS:** Foram implementadas oficinas lúdicas e recreativas, dança e expressão, movimento terapêutico e educação em saúde, além de rodas de conversa e da contribuição em oficinas pré-existentes. Foi percebido pelos usuários melhora em alguns aspectos físicos como coordenação motora global e bem estar. Além disso, houve relatos sobre o a importância do vínculo criado em espaços fora do serviço o que denota a necessidade de desenvolver um trabalho que busca reduzir os efeitos do tratamento para acolher a demanda dos usuários nos cenários sociais que participam². A equipe, muitas vezes não tem claras as atribuições do fisioterapeuta, reconhecendo-o apenas como reabilitador e não capaz de prevenir agravos e promover saúde, o que dificulta sua inserção³. Além disso, outro fator dificultador foi a resistência da equipe à novas práticas sugeridas pelos residentes, que já é esperada por alguns motivos como:

equipe bem integrada no serviço, UNIPAMPA ser uma universidade relativamente nova e a esta ser a primeira turma de residentes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A fisioterapia traz benefícios a usuários de saúde mental, dessa forma é necessário a inserção e o reconhecimento do fisioterapeuta como integrante da equipe de cuidado.

INSERÇÃO EM DIFERENTES SISTEMAS EDUCACIONAIS BRASIL X AUSTRÁLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ariane Stieven, Cláudio Claudino da Silva Filho

Palavras-chave: Educação, Internacionalização, Austrália

Todas as nações apresentam sistemas educacionais a fim de garantir os direitos de sua população ao acesso à educação, seja este através de entidades públicas ou privadas. O ensino superior, neste contexto faz parte dos diferentes níveis educacionais que fazem parte dos sistemas de educação, visto como um dos fatores primordiais para o desenvolvimento econômico, político e social de um país. Esse estudo tem como objetivo geral descrever vivências e refletir experiências de acesso a dois sistemas de educação diferentes (Australiano e Brasileiro) por graduanda em enfermagem enquanto bolsista de um programa governamental brasileiro. O presente estudo trata-se de um relato de experiência, baseado em imersão vivencial no Programa "Ciências sem Fronteiras", instituído pelos Ministérios da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI) e do Ministério da Educação (MEC), por meio das instituições de fomento CNPq e Capes, e Secretarias de Ensino Superior e de Ensino Tecnológico do MEC. O programa possibilita a completa inserção dos bolsistas na realidade do país de destino. Nesse sentido, a experiência

ocorreu na cidade de Wollongong, no estado de Nova Gales do Sul, na Austrália, onde houve residência por dezesseis meses. A matriz de análise deste relato foram as vivências nas duas realidades de sistemas educacionais Brasileiro e Australiano, para de algum modo permitir “comparações”, ainda que preliminares, entre as duas realidades em que os universitários estão inseridos. A experiência universitária na Austrália teve duração de seis meses, ou uma sessão, assim lá nomeada. No Brasil, a rotina da vida universitária é um reflexo do ensino fundamental e médio, onde os universitários vão para as aulas diariamente e permanecem por horas nas salas de aula recebendo informação. Na Austrália a realidade é distinta, as aulas são divididas em “lectures” e “tutorials”, nas “lectures” é realizado uma espécie de palestra para todos os alunos matriculados na disciplina, sem necessidade de presença, pois as “lectures” são sempre (ou quase sempre) gravadas e postadas no portal do aluno (moodle). Os “tutorials”, no entanto, são aulas que necessitam da presença do aluno, e uma continuação das “lectures”, nessas aulas apenas uma parcela dos alunos inscritos na disciplina participam, já que no momento da inscrição na disciplina o aluno pode escolher os horários dos “tutorials” que mais se adaptam às suas atividades, sejam universitárias ou não. Algumas universidades Australianas encontram-se entre as melhores do mundo levando em consideração critérios como qualidade da educação, satisfação do aluno e reputação global. No Brasil também podemos encontrar muitas universidades de qualidade, porém percebe-se que na Austrália, muito mais que no Brasil o universitário é instigado a “administrar seu tempo”, instigado a buscar conhecimento por si só e não apenas ir todos os dias para a universidade e receber informação sem se quer precisar raciocinar muito. No Brasil: Para que e quem estamos formando? Será que formamos profissionais

reflexivos ou apenas profissionais técnicos e voltados ao mercado (privado) de trabalho? Independente da analogia aqui rapidamente rascunhada com o sistema educacional Australiano, é necessário uma reflexão mais profunda sobre o papel das universidades Brasileiras.

INSERÇÃO PRECOCE DE ACADÊMICOS DE MEDICINA DA UFG NO CUIDADO A ADOLESCENTES GRÁVIDAS

Beatriz Aquino Silva, Bárbara Oliveira Silva, Maria do Rosário Ferraz Roberti

Palavras-chave: Metodologias ativas na formação de trabalhadores de saúde, Interação ensino/serviço/comunidade sob a ótica da educação, Educação em Saúde

Apresentação: Muitas escolas médicas ainda permanecem sob influência do modelo flexneriano, para o qual a comunidade não conta para o ensino e não está implicada no processo saúde-doença, visto que, historicamente, a formação voltou-se ao atendimento individual e curativo. Contudo, a necessidade de prevenir doenças e promover saúde exige mudanças curriculares baseadas no emprego de metodologias ativas, apoiadas nas necessidades da população. Busca-se formar profissionais melhor capacitados para atuar em consonância com os princípios do SUS. Este trabalho tem por objetivo relatar vivências da inserção de estudantes do primeiro ano de Medicina da UFG nos serviços do SUS, visando avaliar as consequências de mudanças no novo projeto pedagógico adotado pela UFG desde 2014. Desenvolvimento do trabalho: O trabalho voltou-se para o acompanhamento da atuação da rede pública de saúde quanto à gravidez na adolescência, abordando a prevenção da gravidez, pré-natal, parto e puerpério. Os acadêmicos acompanharam médicos ginecologistas

obstetras, psicólogos, terapeutas sexuais e agentes sociais na Maternidade Nascer Cidadão, em Goiânia-GO, e no Hospital das Clínicas da UFG. Os estudantes ministraram palestra sobre sexualidade e planejamento familiar no Colégio Estadual Waldemar Mundim, como iniciativa de prevenção da gravidez indesejada e promoção de saúde. Resultados e/ou impactos: As contribuições ao estudante e à comunidade, advindas da integração serviço-aprendizagem na rede de atenção à gravidez na adolescência, foram: capacitação para trabalhar em equipe; refinamento comunicativo e relacional do acadêmico; reconhecimento do perfil epidemiológico local; possibilidade de intervenções feitas pelos estudantes, desenvolvendo ações com outros setores da sociedade. Alguns problemas encontrados, na visão dos profissionais, foram: o constrangimento de adolescentes gestantes ao falar sobre problemas íntimos a jovens de mesma faixa etária e condições sociais distintas; e a diminuição da produtividade do preceptor no atendimento às pacientes, uma vez que a supervisão de estudantes demanda atenção. A partir de um olhar externo, não habituado a alguns problemas de saúde pública, os estudantes pressionam por mudança no serviço, ainda na transição de paradigmas. Considerações finais: A necessidade de reversão do modelo de atenção à saúde depende de uma nova formação médica. Busca-se modificar o modelo centrado no médico, em que os procedimentos são fragmentados, baseados fundamentalmente na cura, e os atos em saúde são mecanizados com a tecnificação da assistência. Ensino, serviço e comunidade devem visar à melhora da situação de saúde da população local, contribuindo tanto para as práticas de saúde da equipe quanto para a formação de profissionais com conhecimentos gerais, alicerçada no compromisso social e na mudança do atual modelo de saúde.

INTEGRAÇÃO ACADÊMICA E DEVOLUTIVA SOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE EDUCAÇÃO POPULAR EM OBESIDADE E CIRURGIA BARIÁTRICA

Talita Fernandes Araújo, Thaís Martins Gonçalves, Juarez Távora de Siqueira Júnior

Palavras-chave: educação médica, promoção de saúde, socialização de conhecimento

Os conteúdos curriculares do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Goiás preconizam humanizar e integrar o discente à comunidade, com este intuito, um grupo de acadêmicos do 1º ano de Medicina, matriculados na disciplina de Integração do Método Clínico I, buscaram através de ações de promoção e de educação em saúde corresponsabilizar-se pela própria formação inicial e pela construção e socialização de conhecimentos. Esses estudantes promoveram uma ação-chave de intervenção coletiva em cenário externo à Universidade sobre o tema: O SISTEMA DIGESTIVO E AS DIRETRIZES DA CIRURGIA BARIÁTRICA. O grupo de acadêmicos de dez estudantes foi formado pelos docentes da disciplina e o tema foi escolhido após a determinação de este estar relacionado ao sistema digestório. A atividade prática foi idealizada e realizada após discussão do grupo, que pesquisou e se inteirou sobre o tema, as dúvidas, as queixas e as angústias dos pacientes obesos que realizaram ou realizarão a cirurgia bariátrica. Por isso, os acadêmicos entraram em contato com os administradores do Programa de Controle e da Cirurgia de Obesidade (PCCO) do Hospital Alberto Rassi de Goiânia (HGG) e propuseram esclarecer, tirar dúvidas e estimular a conscientização do paciente sobre todo o processo pré e pós-operatório. Essa ação, ocorrida em dezembro de 2014, para além dos muros do ensino superior teve a participação de todos os dez estudantes, de um professor/médico Cirurgião do Aparelho

Digestivo e de 20 pacientes do PCCO do HGG. Os estudantes juntamente com o professor trouxeram os seguintes tópicos para discussão: Indicações e Contraindicações da Cirurgia Bariátrica, Aspectos Básicos das Técnicas Cirúrgicas, Riscos Cirúrgicos, Pós-operatório e Resultados da Cirurgia. A discussão ocorreu pela apresentação de cada tópico em slides pelos estudantes, sendo cada um intercalado por perguntas dos pacientes e por esclarecimentos dos discentes e do professor, tendo o tempo de duração de duas horas. Os estudantes levaram também material impresso na forma de banner sobre a Obesidade e a Cirurgia Bariátrica a ser disponibilizado a todos os integrantes do PCCO. A atividade apresentou-se como uma experiência positiva de ensino-aprendizagem do estudante-médico/professor-paciente, sendo de grande importância para o aprimoramento da responsabilidade social do futuro médico em formação e de todos que participaram da ação-chave, para o aperfeiçoamento da capacidade de comunicação do profissional da saúde com o paciente e para o incentivo à construção coletiva de conhecimento em todos os momentos de trabalho, principalmente aqueles voltados para a comunidade, pois mesmo havendo um programa voltado aos pacientes no HGG, estes se mostraram satisfeitos com a forma de esclarecimento promovida, com a discussão sobre os medos a respeito da cirurgia bariátrica que alguns apresentavam e com a atenção dada pelos estudantes e pelo professor. Recomenda-se, portanto, a inserção de ações de promoção e de educação em saúde em todos os níveis de atenção, pois o conhecimento deve ser construído e socializado, a fim de se obter uma integração da comunidade acadêmica com todos os indivíduos sociais.

INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA PUC-SP E DA SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE DA FÓ- BRASILÂNDIA (2008-2015)

Altair Pupo, Maria Vicentin, Maria Trenche

Palavras-chave: formação, integração ensino-serviço, educação pelo trabalho em saúde

Neste trabalho procuramos apontar alguns encontros produtivos entre instituição de ensino e serviços de saúde a partir da implantação dos Programas de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde) (2008-2015) realizado em parceria entre os cursos de Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social da PUC-SP com a Supervisão Técnica FÓ/Brasilândia da Coordenadoria Norte da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, bem como os tensionamentos e desafios derivados desse processo. Tal balanço toma como base os processos de autoavaliação e avaliação realizada coletivamente pela universidade e serviços em diferentes momentos e contextos ao longo do percurso de desenvolvimento dos Programas e apoia-se nos registros de reuniões, relatórios de atividades dos seus diferentes atores e relatórios de avaliação, e na produção de artigos e textos desta experiência que resultaram na organização de um livro. Faremos inicialmente uma apresentação do contexto singular em que tal experiência se inscreve e dos dispositivos forjados no início do Projeto (cogestão do planejamento, acompanhamento e avaliação; eixo da territorialização articulando estágios e projetos; apoio à formação permanente e à produção científica dos serviços) evidenciando as ferramentas produtivas forjadas neste fazer “integrado” entre

serviços e IES que se pode depreender do conjunto de textos produzidos por estudantes, gestores, professores e profissionais. A concentração de parte da formação dos cursos em um território pré-definido e acordado com a região de saúde tem propiciado um processo de integração entre disciplinas e estágios dos diferentes cursos, tem intensificado a prática da problematização e aprimorado os modos de inserção/articulação da universidade nos serviços e o planejamento das ações entre as unidade/academia. Nesta abertura, vemos operar um trabalho cogestionário e em rede que se afirma como uma ampliação do grau de transversalidade das partes envolvidas. Por outro lado, cabe ainda uma reflexão sobre as condições de trabalho que a demanda da intercessão ensino serviço traz para o cotidiano dessa prática bem como sobre os tensionamentos que nos ajudam a recolocar novos desafios para a construção (permanente) do SUS.

INTEGRAÇÃO ENSINO- SERVIÇO- SOCIEDADE: EXPERIÊNCIA DE MONITORIA ALÉM DOS MUROS DA UNIVERSIDADE

Isabella Araujo Martins, Sônia Maria Dantas Berger, Lilian Koifman

A disciplina “Trabalho de Campo Supervisionado I”, obrigatória no currículo do curso de medicina da UFF, por meio do programa Prático Conceitual (PPC), visa promover compreensão crítica sobre o cenário sociocultural da ação dos profissionais de saúde, envolvendo a perspectiva da integralidade em saúde e buscando construir uma visão ampliada do processo saúde-doença. Por meio do programa de monitoria, alunos-monitores são capacitados a atuar no desenvolvimento pedagógico dessa disciplina, objetivando

melhorias de suas atividades e participação no desenvolvimento das linhas de ação do eixo ensino-pesquisa-extensão do Departamento de Planejamento em Saúde. Sendo que nesse resumo, destaca as atividades de monitoria em TCS I no eixo de Integração Ensino – Serviço - Sociedade, durante atividade extensionista promovida em período de greve da UFF, primeiro semestre letivo de 2015. Organizado pela coordenação, pelas preceptoras, monitoras, alunos de TCS1 e parceiros da rede, o evento “UFF na Rua” valorizou o papel da Universidade de compartilhar conhecimento para além das salas de aulas e promoveu reflexão crítica acessível fora dos muros da universidade. Nos dois encontros, realizados em frente ao hospital universitário, propiciando a ocupação do espaço público, foram debatidos importantes temas para a sociedade: a redução da maioridade penal, os 25 anos do Estatuto da Criança e do Adolescente e as violências de nossa sociedade. As discussões abertas a todos que na rua se interessassem, propiciaram um ambiente de trocas, em coerência com as propostas das atividades de campo da disciplina e que muito colaborou para um processo formativo diferenciado dos alunos participantes, ampliando seu olhar mediante as demandas da população. A vivência na ação extensionista relatada acima, bem como a participação no programa de monitoria promove uma formação acadêmica ampliada. A discussão sobre temas que envolvam o meio social favorecem, portanto, uma sensibilização dos universitários a questões importantes para futura prática médica e aprofundam o entendimento da saúde como produto de interação dos indivíduos com os meios que os cercam e o contexto sociocultural em que estão inseridos. Além disso, essa percepção se torna muito importante para a educação médica por promover reflexões críticas nos alunos, que passam a dar maior

atenção à pluralidade dos processos de saúde-adoecimento, que estão intimamente associados aos respectivos contextos de vida dos indivíduos.

INTEGRAÇÃO ENTRE ENSINO, SERVIÇOS DE SAÚDE E COMUNIDADES DE SALVADOR-BA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tainara de Souza Santos, Dennifer da Rocha da Silva, Cíntia Nascimento de Jesus, Elaine Basílio dos Santos, Maiane Lima de Souza, Mary Gomes Silva

Conhecer uma comunidade em todos os sentidos, estar em contato com uma realidade muitas vezes não vivida pela maioria dos estudantes dos Cursos de Saúde de uma Universidade Pública Estadual é fundamental para o processo de formação acadêmica. Por se tratar de uma população de baixa renda, os futuros profissionais de saúde devem desenvolver um olhar diferenciado e ficar atentos às suas necessidades. Nesse âmbito, se fez importante conhecer e traçar todos os problemas elencados pela própria comunidade, junto com algumas observações para que depois, como retorno, seja realizado algum tipo de intervenção, na tentativa de diminuir ou sanar alguns problemas apresentados. Este estudo trata-se de um relato de experiência realizado por discentes de Enfermagem de uma Universidade Estadual, durante as vivências de prática em campo da disciplina Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade (PIASC). Tem o objetivo de relatar as atividades práticas realizadas em comunidades durante o curso da mencionada disciplina, que aconteceram em três comunidades pertencentes ao distrito Cabula-beiru da cidade de Salvador, no período de Abril de 2012 a Junho de 2013. Com o auxílio dos trabalhadores

da unidade de saúde (principalmente os Agentes comunitários de Saúde), conheceu-se todo o território, incluindo toda a área da comunidade, locais de risco, ambientes sem saneamento básico, a situação e a realidade de algumas famílias da comunidade. Durante as visitas percebeu-se a importância de realizar uma intervenção baseada nos princípios de igualdade, universalidade, descentralização e equidade, pautados nos princípios do Sistema Único de Saúde. Observar o funcionamento da unidade básica de saúde, a rotatividade de pacientes, a satisfação dos usuários, a resolutividade dos problemas de saúde ou seus devidos encaminhamentos, o conhecimento das rotinas da população e o choque de realidade, muitas vezes com o meio em que vivem, foram atividades realizadas no primeiro semestre de prática do PIASC. O segundo momento foi realizado um diagnóstico situacional por meio da busca por dificuldades e/ou problemas de saúde encontrados no território estudado. Foram utilizados métodos como o da estimativa rápida, para que fossem descobertos a maior quantidade de problemas em um curto espaço de tempo. Aproximar a academia da comunidade e propor uma intervenção para a melhoria da qualidade de vida de pessoas carentes foi a parte fundamental: o fechamento do projeto. Diversas intervenções foram realizadas baseadas no planejamento estratégico-situacional, tais como a criação de cartilhas para a população, a implementação de um conselho local de saúde, realização de feiras de saúde com lazer, consultas de urologia gratuitas, música, arte, palestras com alunos, tudo com assuntos e questionamentos sobre problemas apontados pela própria comunidade. Assim, pode-se afirmar que toda a experiência vivenciada no decorrer da graduação é válida para subsidiar a formação acadêmica e espera-se que todo o sofrimento, carência e necessidade desta

população não sejam esquecidas pelos estudantes que vivenciaram e conheceram esta realidade, já que futuramente serão estes os profissionais que zelarão pela saúde da população.

INTEGRANDO PRÁTICAS DE SAÚDE: O SUS E OS SABERES POPULARES

Lina Gonçalves Lopes, Eduardo Wengrat, Gabriela Thais Silva, Leonardo Campos, Angela Haiduk, Thais Rodrigues dos Santos, Cristiane Mehl

Palavras-chave: Saúde, Saber Popular, VER-SUS Interior Paraná,

O Coletivo InspiraSUS ao construir sua proposta do VER-SUS (estágio de vivência na realidade do SUS) no interior do Estado do Paraná busca compreender a dinâmica do Sistema Único de Saúde, bem como os fazeres em saúde dos povos tradicionais (quilombolas, faxinalenses, agroecologistas, assentados e benzedeiras), propondo um diálogo entre os saberes científicos e populares, inclusive com a participação de integrantes das comunidades tradicionais na vivência. Essa proposta está em consonância com a característica a nossa localidade, visto a expressividade do campo e da agricultura familiar na região centro-oeste do Paraná. Partindo disso, esse debate sustenta-se pela luta a inclusão dos saberes populares nos planejamentos e práticas de saúde, uma vez que o atual modelo de atendimento no SUS não contempla os conhecimentos das comunidades tradicionais da região. Conservando um modelo curativo de cuidado fragmentado, biomédico e uso abusivo de fármacos, beirando à patologização e mercantilização da saúde e da vida. Em contraposição a este modelo, percebemos as práticas dos povos tradicionais, os quais tiveram contato durante as vivências, que se utiliza de ervas medicinais e prezam por

práticas preventivas, com vista à concepção de saúde ampliada, que inicia pelo cuidado com a terra e a alimentação livre de agrotóxicos, somados a um conjunto de práticas que incluem cuidados provindos das benzedeiras, curandeiras, técnicas holísticas, uso de chás e ervas medicinais entre outras, promovendo saúde de uma forma abrangente. O conjunto de políticas desenvolvidas com o apoio dos diversos movimentos sociais tem fornecido brechas que, lentamente, tem dado espaço para as diferentes práticas alternativas dentro dos dispositivos de cuidado. Porém, sabemos que isso vai contra os interesses de grandes indústrias e corporações que lucram com a doença, ao mesmo passo que existe uma disputa de saberes, a exemplo o Ato Médico. Sendo assim, valorizamos os conhecimentos populares passados de geração em geração, que atualmente e vagarosamente, vem sendo incorporados no SUS através do Plano Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (2006) e da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (2011), construídas com a participação dos movimentos sociais ligados a terra. Compreendemos assim, que a universidade e o saber científico têm um compromisso histórico com a valorização e legitimação dos saberes tradicionais, para que tanto a cultura dos povos, quanto o seu compromisso com a saúde de sua população não se dissolvam pelo acesso a práticas já legitimadas. Pensando a universidade, enquanto uma instituição que deve corroborar com o desenvolvimento da saúde pública, seja na área tecnológica ou humana, percebeu-se déficit muito grande no curriculum dos estudantes de saúde, além da graduação extremamente conteudista e distanciada da prática. Logo, o VER-SUS é uma ferramenta de formação e educação permanente para os futuros profissionais de saúde, atuando de forma interdisciplinar

e incorporando políticas complementares, como os saberes populares, nas práticas de cuidado centradas no indivíduo e que o compreenda de forma integral e equitativa.

INTENSIFICAÇÃO DE CUIDADOS NA CRISE PSICÓTICA: EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA EM UM HOSPITAL-DIA NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL

Luciana Santos Rodrigues, Vanessa Santana da Costa Lima

Palavras-chave: Saúde Mental, Hospital-dia, Crise psicótica

Este relato de experiência tem como objetivo compartilhar a vivência e a experiência, com seus entraves e potencialidades, de duas residentes do Programa de Residência em Psicologia Clínica e Saúde Mental no atendimento a pacientes em crise no Centro Docente Assistencial de Narandiba – CENA, hospital-dia anexo ao Hospital Especializado Juliano Moreira – HJM, em Salvador/BA, durante um ano (maio/2014 a abril/2015). Esta atuação está vinculada às práticas dos residentes de primeiro ano – R1, que incluem a vivência da internação – integral ou hospital-dia –, serviço de emergência e triagem e atendimento ambulatorial. Vale ressaltar que nossa prática clínica é orientada pela psicanálise, o que nos possibilita um olhar singular sobre o sujeito em crise psicótica. Este ‘cardápio’ de práticas teve como resultado nos aproximar mais, de forma tensa e intensa, do sujeito psicótico em crise, assim como dos discursos da saúde mental, da intensificação de cuidados e do movimento antimanicomial. O asilo psiquiátrico do século XIX, sob o comando do médico, tinha a função de produzir o fenômeno da loucura, na sua forma essencial, o que correspondia ao pensamento da época. Era um lugar de confronto da verdade perturbada do louco

com as vontades ortodoxas da época. Nesse confronto, o médico, utilizando de um método perturbador, subjugava o doente para assim poder dominá-lo. Esse local de confronto passou a ter a função de diagnóstico e de classificação. Para esse confronto, os médicos se utilizavam de diversas técnicas, entre elas isolamento, interrogatório, punição, pregação moral, trabalho obrigatório, dentre outras. Essas técnicas de subjugação transformavam o médico em “mestre da loucura”, que tinham o poder de trazer à luz e dominar a verdade escondida do louco. O que estava em questão nesse modelo era o poder excessivo do médico. Essa forma de “cuidado”, que privilegia o excessivo poder do médico psiquiatra sobre o indivíduo, ao invés de privilegiar o cuidado especializado a este indivíduo, traz o incômodo ao sabermos que tais práticas e relações de poder sobre o outro “louco” permanecem, de forma atenuada, com diferentes matizes, nos atuais dispositivos de saúde mental. A nossa prática no CENA nos fez experimentar uma modalidade de cuidado intensivo, em contraponto à oferta de integração integral do HJM. Uma prática que tem como fundamento a crença de que é preciso preservar o lugar deste sujeito na família, na comunidade, na cidade. É preciso que os laços sejam mantidos. Ofertamos, portanto, a prática do cuidado “um a um”, promovida por uma equipe multidisciplinar, com a participação necessária, efetiva e implicada da família, levando em conta as necessidades de cada usuário em crise.

INTERFACES DA ARTE COM A SAÚDE: POTENCIALIDADES E DESAFIOS A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DO BOLSA CULTURA DA UFFS/PF

Daniel Henrique Furlanetto, Janaina Cossetin, Ana Maieli Hoinatz Schmitz, Alana Rutzen, Miraldi Júnior Oliveira da Costa,

Sandro Augusto Pasini, Vanderléia Laodete Pulga, Felipe Silveira da Costa

Palavras-chave: Saúde coletiva, Medicina, Arte

APRESENTAÇÃO: A arte tem uma potência imensa na produção de alegria, de sentidos ao viver e frente à medicina ela incentiva uma medicina mais humanizada envolvendo a atenção e o desenvolvimento emocional dos pacientes ao médico o que ajuda o paciente frente a seus conflitos. Cada dia cresce as experiências que buscam a interação da arte e da cultura com a saúde. Nessa perspectiva, inspirados nas vivências do “Saúde Fazendo Arte” nos congressos da Rede Unida e aproveitando o Bolsa Cultura da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), um grupo de estudantes e docentes do curso de medicina com participação também de técnicos e em parceria com o Grupo de Teatro Ritornelo vem desenvolvendo o Projeto “Arte Promovendo Saúde & Saúde Fazendo Arte” junto às Unidades Básicas de Saúde, escolas, comunidades e hospitais. **Desenvolvimento:** Projeto “Arte Promovendo Saúde & Saúde Fazendo Arte” vem se desenvolvendo desde 2014 com a realização de oficinas de expressão, de teatro; a criação de roteiros de intervenções culturais, cenopoéticas e musicais. Além disso, a realização de intervenções em Seminários e encontros da medicina, em atividades culturais e de promoção da saúde junto às comunidades quilombolas, em equipes de saúde e escolas. **RESULTADOS:** A experiência em desenvolvimento vem evidenciando a potencialidade da arte e da cultura na promoção da saúde, na criatividade para as ações de educação em saúde, na criação de vínculos com as comunidades e equipes de saúde, na construção de momentos lúdicos, de alegria e de produção de novos sentidos ao viver das diversas pessoas que participam dessas atividades. Com os estudantes ocorre

a apropriação das ferramentas da arte e da cultura na criação de ações educativas e de promoção da saúde. Além disso, a arte produz novas corporalidades em todos os sujeitos envolvidos e faz da alegria um novo paradigma de vida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A interface entre a arte e a saúde faz emergir os sentidos do humano em cada pessoa que participa dos processos em que as vivências culturais e produzem novas reflexões e possibilidades frente os desafios cotidianos de cuidar de si e dos outros. A perspectiva do projeto é de interagir nos ambientes hospitalares com a presença dos palhaços, de músicas, de poesias e outras intervenções artístico-culturais, além de atuar com as crianças, inspiradas no projeto Hospital de Ursinhos. Esse trabalho também pretende avançar no que se refere ao uso de filmes e do cinema na promoção de saúde. Este projeto vem encantando e desafiando os estudantes de medicina que passam a desenvolver outras formas criativas na relação com as pessoas tanto de vínculo, como de cuidado com o outro.

INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE A IMPORTÂNCIA DO EXAME PREVENTIVO NA UBS CLÍNICA DA CRIANÇA NO MUNICÍPIO DE MACHADINHO DO OESTE –RO1

Erika Kaneta Ferri, Arelys Perez Gonzalez

APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS: Dentre as doenças crônicas que acometem as pacientes, o câncer de colo uterino possui segunda maior incidência, com um risco estimado de 19 casos a cada 100 mil mulheres. Sendo uma enfermidade de fácil diagnóstico através do exame citopatológico, o qual é preconizado pelo Ministério da Saúde em mulheres entre 25 a 59 anos. No cotidiano da atenção básica constatamos a baixa adesão ao teste pelas pacientes, o que pode ser atribuído ao sentimento de medo

de descobrir alguma alteração de saúde, vergonha de expor o corpo, constrangimento e contrariedade diante do procedimento. Diante deste quadro o objetivo deste Projeto de Intervenção é promover a sensibilização sobre a importância do exame preventivo e contribuir para elevar a adesão das mulheres ao exame preventivo do câncer de colo uterino na UBS Clínica da Criança, município de Machadinho do Oeste – Rondônia. **DESCRIÇÃO:** Os procedimentos de intervenção se darão em dois eixos: Prática educativa realizadas através de palestras, oficinas, roda de discussão e formação de grupos de interesse, utilizando o referencial teórico de Paulo Freire e o fortalecimento do canal de diálogo entre os profissionais da estratégia de saúde da família e a comunidade. **RESULTADOS:** A avaliação dos procedimentos se deu através de monitoramento mensal dos indicadores de acompanhamento, bem como realização de uma avaliação conjunta do projeto pela coordenação municipal e escuta direcionada as mulheres, após os encontros e atendimentos, observando o nível de satisfação com o atendimento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Espera-se fortalecer o vínculo e a confiança das mulheres ao realizarem o exame preventivo de colo uterino na unidade básica, aumentando os indicativos municipais da razão de exames citopatológicos cervicovaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo/ano.

INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE DENGUE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Aurora Maria Mustafá Alvarez, Erika Kaneta Ferri

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

APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS: Foi realizado

um Projeto de Intervenção educativa, com o objetivo de desenvolver atividades de educação em saúde com um grupo da população do distrito União Bandeirante, Município Porto Velho, Estado Rondônia, com o foco na dengue. **Descrição:** Participaram do PI 120 pessoas, residentes no distrito União Bandeirante, Município Porto Velho. Foi aplicado questionário antes e depois das atividades de educação em saúde para identificar conhecimento e práticas preventivas com o enfoque na dengue. As estratégias educativas utilizadas foram: palestras dialogadas, dramatizações, grupo nominal, chuva de idéias, leque e avaliação no final das atividades. Desenvolvidas no período de março - Outubro dos 2014. **RESULTADOS:** Aplicou questionário sobre o conhecimento dos participantes sobre a doença, onde se constatou que 53% apresentaram conhecimento inadequado sobre a mesma. Bem como em relação ao conhecimento sobre como prevenir e cuidados com a dengue, 63 % apresentaram condutas inadequadas. Após a intervenção educativa cerca de 90% dos participantes modificou positivamente seus conhecimentos sobre os diferentes aspectos tratados, bem como nas condutas de prevenção e cuidados com a dengue, considerou-se dessa forma, que os objetivos foram alcançados. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Recomenda-se: Motivar o trabalho educativo com toda a população, destacando a importância do conhecimento das doenças transmissíveis, assim como a repercussão que elas têm na saúde da comunidade. O PI contribuiu para realizar futuras atividades educativas na comunidade, além disso, melhorando dessa forma, o vínculo com a população, trazendo uma nova experiência de trabalho as atividades desenvolvidas pelo profissional médico.

INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA DE CAXIAS DO SUL-RS

Suzete Marchetto Claus, Eléia de Macedo, Alice Maggi, Isabel Cristina Simon, Máira Boeno de Maia

Palavras-chave: Educação em saúde, Saúde mental, Fisioterapia

APRESENTAÇÃO: O consumo de álcool e outras drogas entre a população de crianças e adolescentes é um desafio para saúde coletiva, tendo em vista os riscos à saúde mental dos indivíduos, ocasionando um alto ônus social e familiar. Sendo assim, a aproximação da equipe da Atenção Básica atuando junto às comunidades terapêuticas para recuperação de dependentes químicos é de suma importância para o desenvolvimento de estratégias e ações de vigilância em saúde. A atuação da fisioterapia como prática interdisciplinar da Atenção Básica tem um papel significativo na recuperação da saúde dos indivíduos que procuram auxílio terapêutico na comunidade, pois a debilidade da saúde e o descondicionamento físico ocasionado pela dependência química prejudica o desenvolvimento das atividades de recuperação e funcionalidade dos internos. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Os acadêmicos do curso de fisioterapia junto às ações da equipe da UBS realizam atividades quinzenais em uma comunidade terapêutica com cerca de 30 indivíduos internos para tratamento da dependência química. As atividades fisioterapêuticas orientadas envolveram exercícios de aquecimento, alongamentos e exercícios com ênfase no sistema cardiorrespiratória. Foram construídos circuitos para melhora da coordenação e equilíbrio. As dinâmicas de grupo também foram inseridas na atividade, com o intuito de educação em saúde, além de favorecer a integração e socialização das

dúvidas dos participantes. A proposta tinha duração de 1 hora, sendo aferida a pressão arterial sistêmica antes e após os exercícios. **RESULTADOS:** Os indivíduos relatam uma melhora em relação à capacidade respiratória e de resistência durante as atividades, bem como melhora na sensação de bem estar. Os resultados mostram uma nova forma de integração ensino serviço e comunidade para a área da fisioterapia, pois a partir da proposta de intervenção é possível realizar atividades de promoção e prevenção à saúde dos internos e não só a de reabilitação. A intervenção resultou na construção de questionário de avaliação musculoesquelética e de qualidade de vida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Além de fortalecer a interação dos profissionais da própria equipe da UBS. A integração ensino serviço comunidade propicia alternativas de educação em saúde que podem ser difundidas para outras comunidades terapêuticas.

INTERVENÇÃO SOBRE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA EM UMA ALDEIA INDÍGENA DE CHAPECÓ/SC

Gessiani Fatima Larentes, Vanessa da Silva Corralo, Vivian Breglia Rosa Vieira, Gisele Cassol, Larisa Tatiana Alves da Silva, Rafaela Giacomelli Tomazelli, Marciana Frigeri de Souza

Palavras-chave: Educação em Saúde, Doenças Sexualmente Transmissíveis, PET-Saúde

INTRODUÇÃO: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), tem como pressuposto a inserção precoce dos acadêmicos nos cenários de prática, promovendo modificações na formação acadêmica, profissional e a integração ensino-serviço-comunidade. O grupo

PET-Saúde Redes de Atenção à Saúde Indígena de Chapecó/SC tem produzido intervenções de educação em saúde envolvendo comunidades indígenas, nas quais todos os envolvidos no projeto tornam-se protagonistas no processo de promoção, proteção e recuperação da saúde. OBJETIVO: Relatar a experiência da intervenção desenvolvida pelo PET-Saúde Redes de Atenção à Saúde Indígena em uma comunidade indígena da região de Chapecó/SC. METODOLOGIA: Realizou-se uma atividade lúdica que consistia na distribuição de balões numerados que poderiam ser trocados durante uma coreografia e música. Após anotava-se o número de cada balão recebido e explicava-se que cada número representava alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST) ou gestação. Informou-se o modo de transmissão, consequências futuras e a importância do uso do preservativo, enfatizando que dependia da escolha de cada um o uso. Para explicitar as doenças foram entregues folders com imagens de DSTs para trabalhar a importância do sexo seguro. RESULTADOS: A dinâmica desenvolvida facilitou a troca de informações, bem como a aceitação do grupo. Observaram-se divergências comportamentais nos grupos: as meninas mostraram-se mais ativas na atividade, realizando a coreografia e trocando os balões, bem como mais curiosas com as imagens e as doenças nelas representadas. Os meninos apresentaram-se com maior seriedade, principalmente no início da dinâmica. Entretanto, ao final da dinâmica o interesse foi aumentando e podem-se perceber expressões de surpresa e aversão ao deparar-se com a realidade demonstrada nas fotos. Nesse processo de experiência e investigação, aprendemos enquanto grupo a olhar a questão indígena como fonte de novas perspectivas e passível de mais auxílios. CONCLUSÃO: Com embasamento nas experiências

vivenciadas durante a intervenção proposta pelo PET-Saúde, conseguimos não somente informar crianças e adolescentes sobre a importância da prevenção das DST, gravidez na adolescência e do uso do preservativo, mas também apreendemos muito, uma vez que se substituíram os mitos pela realidade de um povo, de uma cultura. Percebemos a importância do uso de práticas pedagógicas alternativas, trabalho multiprofissional e em equipe.

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL JUNTO À PACIENTES COM AVE

Alane Gardeny Santos, Alanyni Silva Jesus, Aristela Freitas Zanona, Laís Melo Andrade, Ravane Vaconcelos Santos

Palavras-chave: AVE, pesquisa, projeto

APRESENTAÇÃO: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das principais causas de óbitos e incapacidades no país. Além dos prejuízos físicos, motores e cognitivos a funcionalidade, independência e os aspectos sociais do indivíduo são comprometidos. O terapeuta ocupacional tem como papel primordial ser um facilitador para um desempenho ocupacional otimizado, visando assim que o paciente vítima do AVE retorne aos seus papéis ocupacionais significativos. O Objetivo desse trabalho é relatar as vivências e experiências de discentes do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe durante a intervenção terapêutica ocupacional junto a um paciente diagnosticado com AVE. Desenvolvimento: Foram totalizados nove atendimentos, as alunas acompanharam os atendimentos de um paciente idoso, acometido por um AVE, observando a atuação da terapeuta ocupacional, e o progresso do paciente. As intervenções ocorreram duas vezes por semana com

duração de 40 minutos no Município de Lagarto-SE. O modelo Neuroevolutivo com abordagem Bobath foram utilizados para maximizar a funcionalidade do sujeito No último atendimento a partir das demandas observadas, as alunas realizaram uma intervenção que consistiu em atividades propostas para melhorar as funções corporais de: controle de tronco, equilíbrio e transferência de peso para os dois dimídios corporais além de movimentação da cintura escapular do membro acometido e ativação dos músculos do membro superior. RESULTADOS: Durante as sessões, foi possível identificar os objetivos de trabalho do terapeuta ocupacional com este paciente: Aumentar a percepção corporal, favorecer a simetria, o uso bilateral dos membros superiores, a dissociação das cinturas escapular e pélvica, o retorno funcional do membro superior e inferior acometidos, a maximização das habilidades cognitivas e o treino das atividades de autocuidado. Após a intervenção foi possível notar a melhora das funções do tronco, membros superiores e inferiores, bem como a independência do paciente para realizar as atividades cotidianas. Além disso, as discentes tiveram a oportunidade de realizar todo o processo da intervenção do Terapeuta Ocupacional, o que favoreceu o processo de aprendizagem de forma teórica e prática. CONSIDERAÇÕES FINAIS: o AVE afeta negativamente a funcionalidade e habilidades do indivíduo acometido por esta patologia, contudo fica evidente a relevância da intervenção da Terapia Ocupacional a partir dos resultados observados. A participação de discentes durante todo o processo permitiu melhor correlação entre a teoria estudada e a prática da atuação do TO, o que enfatiza a importância da inserção do aluno na prática profissional desde os primeiros anos da graduação.

INTERVENÇÕES EM SAÚDE COM UMA ÓTICA DA PROMOÇÃO EM SAÚDE

Fernanda Cardoso da Silva Feijã

Palavras-chave: Intervenção, território, promoção de saúde, formação

Ao discutir promoção em saúde, logo vem o conceito de prevenção, que é constituído por atividades direcionadas à “transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram.” (BUSS, 2000). No Bacharelado em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, os alunos têm a oportunidade de a experiência da práxis de intervenções em saúde, no quinto semestre e no sexto semestre. A proposta é originada pela Unidade de Produção Pedagógica – Unidade de Promoção e Educação da Saúde, no qual é discutida uma promoção em saúde fundamentada como campo de conhecimento e de prática, para a qualidade de vida (BUSS, 2000). A definição de qualidade de vida, refletidas ao longo da UPP de Promoção e Educação da Saúde, é transversalizada ao longo do curso, no qual é definido como estratégias e operacionalização intersetorial, pois a qualidade de vida está ligada com as condições sociais, ambientais, psicossociais e econômicas. Conceituar saúde é conceituar a qualidade e bem estar de vida, no qual já é sabido que saúde não é necessariamente a ausência de doença. Para elaborar bases conceituais e políticas da promoção da saúde, destacaram-se quatro conferências internacionais de promoção da saúde, OTTAWA (1986), ADELAIDE (1988), SUNDSVALL (1991) e JACARTA (1997). Diante à conceituação e apropriação do conhecimento, os alunos

foram desafiados a por em prática esta sapiência, a qual discutiria noções básicas do território e a consciência territorial, assim como o reconhecimento de território, planejamento estratégico situacional (comunicativo), educação popular em saúde e elaboração de projeto de intervenção. Com estas bases, no quinto semestre os alunos fizeram um reconhecimento territorial e realizaram intervenções no território do centro histórico de Porto Alegre, nos arredores do mercado público, cuja ideia central era coletar informações, previamente estruturadas em questionários semi-abertos. Depois, se elaborou a partir das respostas coletadas uma intervenção em saúde, cujo nó crítico para este território teve o resultado “a dificuldade de acesso à atenção básica e demais serviços de saúde públicos.” Foram realizadas visitas regulares às casas de passagem João de Barro e Quero-Quero, no qual uma visão de criar vínculo e analisar as demandas destes jovens foi avaliada com as conjunturas do contexto e vulnerabilidade social. A partir destas experiências foi possível formular um “know-how”, cujo impacto na formação de futuros profissionais de saúde é imensurável.

INTRODUÇÃO DE NOVOS ALIMENTOS E PREVENÇÃO DE ACIDENTES DOMÉSTICOS EM UMA ALDEIA INDÍGENA URBANA

Mariana Martins Sperotto, Carla Nogueira Marques Martins, Lidiane de Moura Silva, Máira Amorim Gonçalves Prado, Phâmmella da Silva Ferreira, Tatiane Apoliano Nunes Leal, Priscila Maria Marchetti Fiorin, Zena Maria Correa da Costa Villacha

Palavras-chave: Crianças, Alimentação adequada, Prevenção de acidentes domésticos

APRESENTAÇÃO: Segundo o Ministério da Saúde, a alimentação da criança desde o

nascimento e nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo. O responsável pela criança deve-se atentar também aos riscos domésticos, já que crianças pequenas não são capazes de avaliar o perigo a sua volta, onde qualquer local ou objeto encontrado torna-se algo atrativo. Realizar ações educativas com as mães que tem crianças ≤ 2 anos de idade na aldeia indígena urbana de Campo Grande/MS, visando o esclarecimento de assuntos pertinentes às crianças. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Foram realizadas ações educativas na aldeia, em 7 etapas. 1^a etapa: pesquisa com os pais para saber deles qual orientação gostariam de receber; 2^a etapa: entrega dos convites às mães da aldeia, para participarem do bazar, com intuito de arrecadar recursos para realizar as ações; 3^a etapa: arrecadar roupas, calçados e brinquedos para o bazar; 4^a etapa: realização do bazar com participação da população indígena; 5^a etapa: convite às mães e crianças para participarem das ações educativas; 6^a etapa: ação educativa sobre introdução de novos alimentos realizada na igreja da aldeia, onde as crianças foram entretidas por meio de um teatro utilizando fantoches, pintura facial, brincadeiras, e paralelamente às mães, foi realizado um teatro abordando o assunto, sorteio de brindes e oferecido um lanche; 7^a etapa: ação sobre prevenção de acidentes domésticos, para as crianças teve cama elástica, pintura facial, doces e as mães participaram da ação, contendo quebra gelo, explanação do tema e sorteio de brindes. **RESULTADOS:** Foi observado que a população aderiu de forma satisfatória ao bazar, pois foram arrecadados R\$ 400,00 reais, onde todo o dinheiro foi revertido para a realização das ações. O sexto e sétimo encontro contou com a participação de 20 e 21 mães respectivamente e 50 crianças em cada encontro. O resultado da avaliação foi positivo, pois no final da abordagem de cada tema proposto, perguntas foram

feitas as participantes sobre o assunto, onde as respostas estavam de acordo com tudo o que foi abordado e relatos também demonstraram a satisfação das participantes, “é muito bom ouvir sempre como prevenir esses acidentes doméstico e o que fazer”; “meu filho está ruim pra comer, agora eu vou saber direito o que dar a ele e que horário”. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Através das ações educativas realizadas, foi possível orientar as mães da aldeia em relação à introdução de novos alimentos e sobre prevenção de acidentes domésticos, com a participação de 21 mães nas ações, comprovando assim a eficácia do planejamento realizado. As ações educativas de saúde são importantes para orientar e estimular os pais nos cuidados com seus filhos e tiveram como objetivo a promoção da saúde visando o diagnóstico precoce das doenças, implicando na melhoria da qualidade de vida e proporcionando ao usuário uma autonomia no autocuidado.

LA SALUD PÚBLICA EN CUBA: DIÁLOGOS SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E SAÚDE MENTAL

Carolina Tavares Silva, Marília Silva Santos

Palavras-chave: Cuba, Atenção Primária, Saúde Mental

O relato em tela sintetiza a experiência proporcionada pelo estágio opcional do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade de Pernambuco no Sistema de Saúde Cubano. A proposta do estágio é a atuação do profissional residente através de imersão, pelo período de um mês, em uma atividade de seu interesse que dialogue com a formação. A inserção foi realizada no mês de novembro de 2014 em Havana, coordenada pela Escuela de Salud Pública de Cuba - ENSAP, seguindo um programa

elaborado em parceria entre as duas instituições citadas, constituído de aulas teóricas e práticas nos serviços de saúde cubano nos três níveis de complexidade, facilitadas por profissionais da ENSAP. O conteúdo das atividades teóricas transitou pelo histórico da Escuela de Salud Pública, os indicadores de saúde do país e as políticas de atenção, mediados pelo contexto político e os impactos dos processos desencadeados pela Revolução de 1959. O redirecionamento no modelo médico em Cuba foi potencializado com a mobilização dos médicos no exército da revolução para prestar assistência a população rural em Sierra Maestra. Até 1959 haviam cem mil médicos em Cuba, após a Revolução mais da metade migrou para os EUA, os que permaneceram renunciaram a prática privada. A negação do modelo de produção capitalista favoreceu o investimento nas políticas públicas e permitiu que a Política de Saúde, bem como a de educação e outras, se desenvolvessem sem a influência de mercado, priorizando o acesso universal. A organização da população cubana nos Comitês em Defesa da Revolução – CDR's garante intensa participação popular nas escolhas e no planejamento das ações de saúde sendo elemento fundamental e de sustentação do modelo. Dentre os equipamentos de saúde e comunitários incluídos na vivência estão os Consultórios de Família; os Policlínicos urbanos e rurais; o Centro Comunitário de Salud Mental; Unidad de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades e as Farmacias comunitarias; os Hogares Maternos; o Centro Psicopedagógico La Castellana de atención a Comprometimientos intelectuales severo asociado a otras patologías; o Servicio de Psiquiatria del Hospital Enrique Cabrera; o Centro de Referencia para La atención psiquiátrica a mujeres Galigarcia; as Casas de Abuelos e Hogares de Acciones; Centro Cardiológico Pediátrico William Soler e

Proyecto Comunitario Muraleando. O relato descreve de forma crítica cada experiência estabelecendo alguns contrapontos com outros modelos, resguardadas as singularidades estruturais e a conjuntura política, dialogando algumas ações como possibilidades de transformação das práticas em saúde.

LADIUC – LIGA ACADÊMICA DE DOENÇAS INFECTO PARASITÁRIAS DA UNIGRAN CAPITAL

Marcia Espíndola da Silva, Adriana Fernandes Viegas, Eluanda Vieira da Silva, Janaina Michelle Oliveira do Nascimento, Jhonatan Motta Ovando, Rosilene Canavarros Monteiro, Vânia Paula Stolte Rodrigues, Welberley Carla de Oliveira

RELATO DE EXPERIÊNCIA: LADIUC – Liga Acadêmica de Doenças Infecto Parasitárias da Unigran Capital. **INTRODUÇÃO:** A LADIUC – Liga acadêmica de Doenças Infecto Parasitárias da Unigran Capital, criada e aprovada em janeiro de 2015. Formada por acadêmicos e docentes do curso de Enfermagem, com participação de acadêmicos de outros cursos. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da criação da LADIUC em seu primeiro ano de funcionamento. O objetivo da liga é proporcionar o aprofundamento do conhecimento das doenças infecciosas, participação em projetos e eventos de áreas afins, assim como, despertando uma vocação científica. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Relato de experiência de integrantes da primeira liga acadêmica da Faculdade da Unigran Capital em seu primeiro ano de fundação. **RELATO:** A ideia de formar uma liga entre os acadêmicos de Enfermagem da Faculdade da Unigran Capital surgiu em setembro de 2014, após conhecer ligas acadêmicas da área de saúde de outra Instituição de

ensino. O interesse veio com o propósito de aprimorar a metodologia de estudo, trocar experiências e programar projetos de pesquisa, visando o enriquecimento do currículo acadêmico e da vida profissional futura. A criação do projeto iniciou com quatro alunos que desenvolveu um pré-projeto para apresentação à coordenação do curso. Com o apoio dos docentes envolvidos, foi aprovado e formulado o regime de formulação e implantação da primeira liga acadêmica da Unigran Capital. Ficava definida a diretoria, formada por dois docentes mestres na área de Doenças Infecciosas e Parasitárias e cinco acadêmicos compondo a coordenação contribuindo para sua abertura. Abriu-se um processo seletivo para integrar outros acadêmicos na liga, com total de cinco vagas. Hoje, entre docentes e discentes, o total de integrantes participantes da LADIUC são quinze pessoas. A partir de Março de 2015 foi estabelecida uma agenda que contava com encontros quinzenais com integrantes e ouvintes, realizando as discussões e definições de temas de estudo, todos com a função de desenvolver o papel de pesquisador e realizar orientações em ações sociais em que a liga posteriormente poderia participar. Logo o grupo recebeu convites para conhecer locais de trabalho com temas abordados (como Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH), participar de monitorias em congresso da área de infectologia, enviar trabalhos científicos para exposição e orientações em ações sociais. Para os acadêmicos envolvidos, a experiência tem sido relevante, estimulando o desejo de criar novos projetos, desenvolvendo a criatividade e um senso crítico em relação ao trabalho da enfermagem e da equipe multiprofissional de saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Além contribuir de forma significativa para a melhora na qualidade de estudo e entendimento dos casos clínicos abordados nas reuniões e

no próprio estágio curricular, a LADIUC tem autonomia da trajetória profissional do acadêmico envolvido, adquirindo uma valorização no campo de investigação científica, onde os “ligantes” têm procurado encontrar desenvolver o senso crítico-reflexivo, promovendo discussões sobre ações relevantes para a promoção de saúde da população, com vistas à prevenção de doenças infecto parasitárias.

LENTE DA EQUIDADE NA FORMAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE: DESAFIOS ÉTICOS, POLÍTICOS E METODOLÓGICOS

Dais Rocha, Dyana Helena de Souza, Raelma Paz Silva, Rômulo Alves, Eduardo Cavadinha

Palavras-chave: equidade, graduação em saúde, diretrizes curriculares nacionais

APRESENTAÇÃO: A despeito do aumento dos estudos sobre determinação social da saúde e a produção de evidências de que as políticas e serviços de saúde tanto podem reduzir quanto aumentar as iniquidades em saúde, ainda constitui um desafio aplicar a lente da equidade no cotidiano da formação dos graduandos da saúde. Ainda, considerando a implementação de Políticas Nacionais de Promoção Equidade em Saúde em todas as regiões brasileiras, este trabalho discute alguns conceitos de equidade, identifica a inclusão deste princípio nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da saúde e, ao final, sistematiza uma proposta de disciplina a partir da realização de uma oficina na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, em julho de 2015. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** descrição da experiência ou método do estudo: A experiência reuniu professores, estudantes, trabalhadores, gestores e representantes de movimentos sociais, utilizando uma metodologia participativa

com estações de trabalho, técnicas projetivas e apresentação dialogada. A oficina, com duração de três horas, foi organizada em quatro momentos. Esta foi sistematizada a partir de registros escritos, gravação em vídeo, fotos e análise documental. Seu objetivo foi construir uma proposta de disciplina para os cursos de graduação da Universidade de Brasília na perspectiva da parceria ensino, serviço e movimentos sociais. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa: A partir do levantamento das motivações que justificam a oferta de uma disciplina sobre Promoção da Equidade em Saúde que contemple o conteúdo e as competências que a disciplina deve construir, os participantes listaram os conteúdos e cenários de práticas que consideraram mais relevantes. Foi consenso a necessidade de metodologias ativas nesse processo de aprendizagem e a utilização de pesquisa-ação com diferentes grupos populacionais. Ainda, trabalhar com vivências e produção de narrativas que resgatem processos histórico e social de diferentes grupos populacionais e valorizem os diferentes saberes. Alguns princípios orientadores e instrumentos avaliativos, também, foram delineados. Líderes de movimentos sociais, gestores e trabalhadores participantes se comprometeram a viabilizar, em parceria com a UnB, a oferta da disciplina a partir do semestre 2016-1. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Sob o tema da equidade em saúde são adotadas diferentes abordagens de saúde para fundamentar a análise das políticas de promoção da equidade em saúde. O que significa dizer que adotar a abordagem de grupos de risco ou a de populações vulneráveis ou a do universalismo proporcional, por exemplo, implicará em distintas escolhas políticas. Esta discussão é fundamental, principalmente, em tempos de austeridade fiscal. Tem-se como expectativa

que o debate sobre esta experiência com os participantes poderá motivar a conexão entre interessados e explicitar alguns fatores críticos-facilitadores e dificultadores para o desenvolvimento da disciplina proposta. Ao final, espera-se contribuir para a sensibilização dos docentes, estudantes e trabalhadores da saúde para a necessidade de promover saúde intersectorialmente e priorizar a promoção da equidade nas iniciativas de reorientação da formação em saúde.

LIGA ACADÊMICA DE NEUROLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL: CONHECIMENTO SOBRE AVE NA COMUNIDADE

Fernanda Bocchi Monteiro, Viviane Silva Borghi, Karla Amorim Lopes Pimenta, Milena Garcia, Matheus Dalben Fiorentino, Nilson Moro Júnior

Palavras-chave: extensão, AVE, liga acadêmica

APRESENTAÇÃO: A liga acadêmica é uma atividade de extensão, extracurricular, desenvolvida por estudantes sob orientação de um docente. Esta é baseada no tripé: extensão, pesquisa e ensino; visando a inserção dos estudantes na prática profissional e sua participação em discussões clínicas e simpósios. Além de despertar a curiosidade científica e contribuir com o sistema de saúde local por meio de atividades educativas. Com base neste tripé a Liga acadêmica de neurologia (LAN) da UFMS realizou uma pesquisa na comunidade com objetivo de identificar o conhecimento da população sobre o acidente vascular encefálico (AVE), considerado a segunda causa de óbitos na população mundial e a primeira causa de sequelas e portanto muito importante a divulgação na comunidade acerca do

reconhecimento e condutas perante a situação. **DESENVOLVIMENTO:** Entre as atividades propostas pela LAN está a visita à enfermaria do Hospital Universitário da UFMS e evolução dos pacientes internados pela neurologia. Notamos no decorrer do ano uma significativa quantidade de pacientes internados por AVEo que mobilizou a realização de eventos abordando o tema descrito, entre eles, a pesquisa. Os 9 acadêmicos participantes da liga foram divididos em 3 grupos para realizar um questionário em 6 UBSFs, escolhidas de forma aleatória, abrangendo todas as regiões da cidade de Campo Grande no ano de 2014. No dia da coleta, os alunos entrevistaram pacientes, sanaram dúvidas e distribuíram panfletos acerca do AVE montados pelos pesquisadores. Foram realizados 170 questionários que posteriormente foram analisados. Impactos: Percebemos durante coleta de dados que o conhecimento da população acerca do AVE era baixa, principalmente em regiões mais carentes da cidade. Muitos pacientes já haviam escutado sobre “derrame” mas não sabiam exatamente o que era, quais eram os fatores de risco, seus sintomas e se havia tratamento. A maioria da população conhecia a doença por experiência pessoal e não por campanhas educativas. Vários sintomas ainda são subestimados e muitas vezes confundido com infarto. Muitos não acreditavam que reconheceriam um AVE em si mesmo. Em virtude dessas dúvidas, após a coleta dos dados, conversamos individualmente com cada entrevistado explanando sobre a doença e sua conduta para que eles estivessem preparados para reconhecer e agir em casos de AVE. Deixamos panfletos explicativos nas UBSFs para que outros pacientes tivessem acesso às informações e ressaltamos a importância dos entrevistados repassarem esse conhecimento a outros indivíduos da comunidade, atingindo assim um maior

número de pessoas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Embora comum, o AVE ainda é pouco conhecido pela população, o que acarreta atraso no início do tratamento, piora do prognóstico além de consequências socioeconômicas. Com os dados obtidos esperamos fortalecer a extensão do projeto, criando mais eventos proveitosos na comunidade com a finalidade de educar a população sobre o assunto.

LIGA DE SAÚDE COLETIVA, INTEGRAÇÃO E INTERDISCIPLINARIDADE POR MEIO DE OFICINAS

Leticia Pereira Zancanaro, Karla Ferreira Rodrigues, Aline Luisa Mafra, Alessandro Guedes, Caio Mauricio Mendes de Cordova, Maria Urania Alves, Mariana Campos Martins Machado, Renata Szpak Rodrigues

Palavras-chave: oficinas, metodologias ativas, interdisciplinaridade, saúde coletiva

O Programa Liga de Saúde Coletiva vai completar 10 anos, sempre procura desenvolver metodologias ativas, de participação e emancipação tanto de acadêmicos e profissionais parceiros, como de docentes e comunidades atendidas pela FURB. O mesmo tem por objetivo ampliar a compreensão sobre os determinantes sociais da saúde-doença, melhorar a qualidade de vida e autocuidado, promovendo a interação entre universidade e comunidade, incentivando a transformação da realidade local na perspectiva da Saúde Coletiva. Este resumo busca apresentar os resultados das oficinas desencadeadas pelo Programa Liga de Saúde Coletiva e seus projetos, Profisc: Fitoterapia na Sociedade Contemporânea; Desatando os Nós da Velha Grande: Promovendo Cidadania e Geração de Renda; Reiki para Todos e Cuidados e Práticas Integrativas em Saúde. As

oficinas se apresentam como metodologia participativa em todos os projetos, são encontros direcionados para o público docente, discente e comunidade em geral voltadas para a construção de produtos e divulgação dos projetos. Foram realizadas: a) oficinas de fabricação de saches (sabonetes aromáticos), com 3 encontros, objetivando usar plantas medicinais e aromáticas na produção de sabonetes (PROFISC) e sua produção foi complementada com embalagem de materiais reciclados (produtos do Desatando os Nós da Velha Grande), envolveu 4 ligantes; b) oficinas de geração de renda, produção e customização de bolsas, bermudas, flores artesanais em fuxico gerando botons e material para as feiras e divulgação da Liga, envolveu 4 ligantes e 4 pessoas da comunidade; c) Oficinas de práticas integrativas, rodas com aplicação prática das terapêuticas do projeto Cuidado e práticas integrativas em saúde, foram direcionadas a um grupo de Mulheres da comunidade de Gaspar, junto ao trabalho técnico social do Minha Casa Minha Vida, no conjunto Milano, os temas geradores foram alimentação saudável (junto com os ligantes do Desatando os Nós da Velha Grande), práticas integrativas, desenvolvida pelo projeto, com uso da aromaterapia e auriculoterapia e uma última de dança circular com nossa ex-bolsista Amanda disseminando o aprendizado de 4 danças circulares sagradas. Ao todo, envolveu 35 mulheres, 3 técnicos sociais e 5 ligantes. As oficinas permitem aos integrantes dos projetos conhecerem o trabalho uns dos outros ao mesmo tempo em que gera produtos e renda para os projetos e comunidade, tem boa aceitação pelos mesmos, reconhecidos como aprendizado na prática pela comunidade e permitindo aos bolsistas e voluntários se apropriarem de novas metodologias de aprendizagem.

LIMITAÇÕES E DIFICULDADES DENTRO DAS REDES DE ATENÇÃO VISTO PELO ACOMPANHAMENTO DE UM CASO CLÍNICO DE UMA UBSF EM CAMPO GRANDE - MS

Henrique Oliveira e Silva, Lucas Ferreira Marcondes Lemos, Joaquim Mota Dias Longo, Ana Rita Barbieri

APRESENTAÇÃO: A experiência teve como objetivo principal avaliar a dificuldade de interligação das redes de atenção em saúde, diante de um caso de neoplasia avançada no município de Campo Grande além, de ajudar a paciente quanto a um diagnóstico e possibilidades terapêuticas rapidamente, frente a demora corriqueira no dia a dia dos usuários que só tem acesso ao SUS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Para que se pudesse estabelecer a agilidade/dificuldade da rede, no momento do primeiro atendimento da paciente e diante da suspeita de neoplasia avançada de pulmão duas condutas foram tomadas: um encaminhamento via sistema de regulação convencional ao pneumologista foi feito e orientado agendamento e de outro lado a marcação de consulta e exames para a paciente foi feita por nós diretamente no Hospital Universitário ao qual estamos ligados. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Pela via de agendamento da consulta realizado por nós no Hospital Universitário a partir do dia 04/02 quando foi feito o primeiro atendimento na UBSF a paciente já tinha realizado a TC, broncoscopia e a biópsia com resultado do anatomopatológico de câncer epidermóide de pulmão estágio IV no dia 25/02 e estava consultando com o oncologista no dia 9/03. Enquanto pelo sistema de regulação ela só foi atendida pelo pneumologista da rede no dia 11/02 e teve o RX agendado para o dia 25/02. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Percebe-se pela experiência que o tempo de agendamento de

consultas e exames é relativamente grande e independe do caso clínico do paciente. É importante fazer as ressalvas que o outro meio só se conseguiu tão rapidamente devido a facilidade de acesso dos envolvidos ao hospital que são ligados. De todo modo é inadmissível que uma paciente de tamanha gravidade, o que acontece com outros milhares, tenha seu diagnóstico/tratamento retardados pelos entraves que bloqueiam a ligação das redes de saúde. Sabe-se da impossibilidade de um sistema tão rápido quanto foi conseguido no caso, e que é impossível fazer uma abordagem tão individual para todos os usuários da rede, entretanto seria interessante pensar em um sistema de regulação com classificações de urgência, de modo mais eficiente e eficaz, de atendimentos e exames de acordo com a gravidade do doente, no momento do encaminhamento, mesmo que o caso não seja uma urgência/emergência.

MASSAGEM DE MOHRI – ESTRATÉGIA DE ESTÍMULO A AMAMENTAÇÃO

Stephany Anastacia Serpa Alarcon, Thays Luana da Cruz, Cristiana de Souza Ferreira Rondon, Natália Sales Sidrins, Luciana Virgínia de Paula e Silva Santana, Aline Amorim da Silveira, Kamila Martins da Cruz

Palavras-chave: massagem de mohri, amamentação, aleitamento materno

APRESENTAÇÃO: TanekoMohri, graduada pela Escola de Enfermagem do Hospital Universitário da Faculdade Imperial de Kyoto, em 1945, e responsável pela Casa de Parto Mohri, em Kobe, no Japão, desenvolveu a técnica da massagem de Mohri que foi trazida ao Brasil, por volta de 2006, através de um convênio entre o Ministério da Saúde e a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) (SILVA, 2009). Desde então, a Massagem

de Mohri tem se apresentado como uma eficiente estratégia no auxílio às dificuldades na amamentação e têm proporcionado alívio as mulheres, principalmente para que sofrem com o ingurgitamento mamário, fissuras, rachaduras na mama, mastites e infecções da mama. O método de Mohri se baseia na movimentação das mamas em sentido circular, sendo realizados movimentos horários e anti-horários, e então posteriormente movimentos de lateralização com o dedo indicador e polegar. Por se tratar de uma técnica indolor, fácil de ser aplicada e que traz grande conforto para a mulher, vem sendo utilizada na assistência de enfermagem prestada pelos Residentes de Enfermagem Obstétrica, como método para promover o aleitamento materno deslizando então os dedos da raiz da mama para o mamilo e por fim, realizando a pressão e sua aplicação vem facilitando o processo de amamentação. **OBJETIVO:** Relatar a experiência e realizar a reflexão prática - teórica acerca da aplicação da técnica da massagem de Mohri como estratégia de auxílio no processo de amamentação. **MÉTODO DO ESTUDO:** Trata-se de um relato de experiência, que se baseou em estudo bibliográfico e em análise da atuação em campo prático. O objeto deste estudo é a aplicação da técnica da massagem de Mohri em puérperas que apresentam mamas ingurgitadas ou outras dificuldades no processo de amamentação, dentro de um hospital escola da cidade de Campo-Grande, MS. **RESULTADOS:** Tendo como objetivo a estimulação da circulação veno-linfática com massagem manual, circular, a massagem de Mohri relaxa a musculatura peitoral e torna a mama macia. Facilitando a ordenha e proporcionado o relaxamento e o conforto para a nutriz. Dessa forma, tem se mostrado útil e eficaz como assistência para puérperas que apresentam ingurgitamento mamário, e

consequentemente tem colaborado para a permanência do aleitamento exclusivo, uma vez que garante resolutividade do problema e proporciona alívio, estimulado a mãe a insistir no processo, não mais doloroso. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diversos são os fatores que podem desmotivar a mulher a prover um aleitamento materno exclusivo para o bebê. Dentre esses muitos fatores, as fissuras e o ingurgitamento mamário, que podem ser resolvidos de maneira simples, rápida e sem custo, apenas com a utilização da massagem de Mohri. Esta técnica além de proporcionar o bem-estar da mãe, ainda evita que o leite fique acumulado no seio, fator que pode causar dor, febre e infecção, grandes motivos que influenciam as mães para não amamentar.

METODOLOGIA ATIVA NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NO INTERIOR DA AMAZÔNIA

Ana Cely de Sousa Coelho, Sheyla Mara Silva de Oliveira, Érika Marcilla Sousa de Couto, Franciane de Paula Fernandes, Maria da Conceição Cavalcante Farias

Palavras-chave: Metodologia Ativa, Enfermagem, Saúde Ambiental

INTRODUÇÃO: O processo de ensino é preconizado pelas experiências vividas e a observação da realidade destaca-se como complementação e contextualização da aprendizagem. O novo currículo do Projeto Político Pedagógico (PPP) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará – UEPA, implantado em 2014 prevê a necessidade da utilização de aulas práticas baseadas na metodologia da problematização, onde se possibilita a ação-reflexão-ação, considerando a capacidade humana de articulação de fatos. **OBJETIVO:** Descrever uma experiência de

aula prática baseada na metodologia da problematização na unidade temática de Saúde ambiental. METODOLOGIA: Estudo descritivo do tipo relato de experiência desenvolvida por discentes e docentes da UEPA - Campus de Santarém. RESULTADOS: Proposto a uma turma de 20 discentes do 1º ano de Enfermagem da UEPA, que visitaram um trecho da Orla de Santarém-PA, compreendido entre a Praça da Vera Paz e dois mercados centrais de venda de produtos alimentícios (Feira do Pescado e Mercado 2000). Os acadêmicos foram orientados a percorrer o trecho referenciado, observando e problematizando situações que desfavorecessem a saúde relacionando as principais doenças veiculadas nesse ambiente, uma vez que este apresenta diversos cenários negativos: desde a presença de embarcações ancoradas a despejo de lixo doméstico, esgoto sanitário e presença de animais sinantrópicos, o que revela um ambiente inóspito com mau cheiro, porém de passeio para a população local. Percebeu-se a eficácia da metodologia proposta onde o problema é um cenário local em que há diversas possibilidades de ensino, quando os acadêmicos foram instigados a pensar na problemática ambiental associada às principais doenças, perceberam e destacaram a saída da sala de aula através da prática educativa extraclasse como fundamental na complementação teórica a priori apresentada, além de vivenciarem a realidade de seu cotidiano e avaliar a atuação do enfermeiro(a) em inúmeros setores principalmente na prevenção de doenças mediados por palestras e demonstrações de que um ambiente “sadio” propicia seres humanos saudáveis. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A problematização apresentada e criada no decorrer da aula prática possibilita um outro modo de pensar na saúde e sua relação com o meio ambiente e por conseguinte, com a atuação do profissional enfermeiro(a) que atuará diretamente com

a população, e ainda, o modo de ensinar, isto é, mediado pela observação da realidade, levantamento de pontos-chaves, teorização no local, propostas de hipóteses de soluções e conseqüentemente a proposição de intervenção. Então, chega-se a conclusão de que a metodologia da problematização proposta no novo currículo de enfermagem da UEPA condiciona ao discente aquisição de competências necessárias para a futura ação profissional, em função disso, certamente terá uma atuação mais adequada e eficiente para a transformação social.

METODOLOGIA ATIVA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: UM DIA NO PERCURSO DA REDE

Rogério Andrade dos Santos

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, percurso, rede de saúde

Os alunos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe (UFS) no Campus Lagarto-SE vivem sua formação por de metodologias ativas (PBL e Arco de Marguerez) e interação ensino-serviço. A aula que gerou este trabalho pretendia apresentar um estudo do percurso de pacientes na rede de saúde, porém uma patologia acabou se tornando referência na discussão posterior à vivência. As atividades iniciaram em uma UBS onde fica a sede do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com os alunos sendo recebidos pela coordenadora do NASF, que apresentou o serviço, a equipe de profissionais, o projeto de construção de outra equipe em um povoado e se dispôs a responder questionamentos dos alunos. Surgiram debates sobre o papel do NASF e alguns desvios que ocorrem, perpassando a função de matriciamento. Terminou respondendo à pergunta que a patologia mais incidente na atenção básica é hipertensão. Em seguida

os alunos foram ao Hospital Regional, transitaram pelas alas pediátrica, amarela, vermelha (ou semi-UTI) sala de espera (verde) clínica médica (azul), psiquiatria infantil e UTI. Em cada espaço se observava procedimentos, instrumentos e setores do hospital. Na ala amarela, o médico plantonista explicou como classificam o onde paciente ficará, destacando possuir mais casos de pacientes hipertensos, AVE e diabéticos. Na UTI os alunos foram divididos em dois grupos e entraram para conhecer o espaço físico, procedimentos possíveis à Terapia Ocupacional e a rotina do setor. Saindo do Hospital todos se dirigiram ao Ambulatório Reabilitação Física da Terapia Ocupacional na UFS, para observar o atendimento da Terapeuta Ocupacional. Após a liberação dos pacientes a terapeuta apresentou o espaço, mostrou a lista de espera já que no município é o único local com esse serviço e respondeu depois de perguntada que dos 12 pacientes atendidos 8 são sequelados de AVE. Esta aula foi demasiadamente intensa e corrida, pois foram vários locais em apenas um dia, porém foi importante vivenciar desta forma, por haver uma sequência lógica nos percursos desses serviços quando a atenção básica e hospital geral possuem casos de hipertensão e AVE e no Ambulatório de Reabilitação maioria de pacientes sequelados de AVE. O NASF aumentou as intervenções da ESF, incluindo a reabilitação em suas atividades, que historicamente era associada à atenção secundária e terciária de forma reparadora, baseando a reabilitação também em ações coletivas e territoriais, responsabilizando a comunidade com a inclusão social da pessoa com deficiência, estimulando o protagonismo dos sujeitos, das famílias e da comunidade na mobilização coletiva para a promoção de qualidade de vida, diminuindo barreiras arquitetônicas e atitudinais, e garantindo acesso a informações sobre saúde. Para o NASF atuar com reabilitação

vários setores precisarão trabalhar juntos, como urbanismo, educação, ação social e saúde para a construção de uma comunidade que permita vida ativa para estas pessoas.

METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO NO VER-SUS OESTE/SC: REFLETINDO SOBRE A 3ª ETAPA DO ARCO DE MAGUEREZ

Marcelo Verno Schabarum, Adriana Carolina Bauermann, Camila Dervanoski, Fabíola Feltrin, André Lucas Maffissoni, Thais Cristina Hermes, Larissa Hermes Thomas Tombini, Cláudio Claudino da Silva Filho

Palavras-chave: Formação Profissional, Arco de Maguerez, Saúde Pública

INTRODUÇÃO: O Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil) foi proposto pelo Ministério da Saúde e teve seu início em 2003, onde surgiu na intenção de qualificar os futuros profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) aproximando estudantes de diversas áreas do conhecimento em uma imersão no espaço onde futuramente possam atuar como profissionais e se entendam como atores capazes de promover transformações na sociedade. DESENVOLVIMENTO: Portanto, diante da conjuntura apresentada, este estudo traz um relato de experiência acerca do VER-SUS Oeste/SC, a partir de 3 edições (Julho de 2014, Janeiro e Julho de 2015), no qual buscou-se explicar sobre as discussões e construções de conhecimento referentes às noites de estudo realizadas, que possuem como objetivo construir respostas fundamentadas buscando responder questões de aprendizagem pensadas em grupo, seguindo a Metodologia da Problematização tendo como embasamento teórico a 3ª etapa do Arco de Maguerez, a qual refere-se sobre a Teorização, que é o momento da

investigação, onde os estudantes buscam informações sobre o problema, dentro de cada ponto-chave já definido em cada grupo. RESULTADOS: Portanto, no decorrer da imersão, tentou-se focar na utilização das metodologias de ensino e aprendizagem em todos os momentos, principalmente para o desenvolvimento e capacitações dos estudantes envolvidos, sendo que, para isso, quando em pequenos grupos, os estudantes eram instigados a discutir algum problema levantado, prestando atenção na fala dos demais estudantes e buscando a junção dos conhecimentos e experiências individuais e também, após as discussões, eram estimuladas as pesquisas individuais, para nortear de forma correta os pensamentos construídos, com a indicação livre de artigos e outras fontes de consulta a fim de se obter um olhar mais amplo sobre determinadas questões. As vivências coletivas seguindo a Teoria da Problematização possibilitaram a obtenção de conhecimentos pré-estabelecidos, e ao retornar ao grupo, novas discussões surgiam à tona, a fim de consolidar os conhecimentos adquiridos e “encerrar” a discussão proposta inicialmente. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir das atividades desenvolvidas observou-se que os estudantes participantes conseguiram ampliar sua visão acerca da temática proposta na questão de aprendizagem, possibilitando com que os sujeitos modifiquem seu olhar e suas práticas sobre determinada realidade, e isso foi percebido claramente a partir das discussões no grupo. Considera-se, portanto, que as discussões teóricas são fundamentais para a construção de um sujeito ativo e crítico, que têm condições de teorizar e atuar sobre a realidade onde se encontra.

METODOLOGIAS ATIVAS NA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: CAPACITANDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Sheyla Mara Silva de Oliveira, Maria Rita Bertolozzi, Gabriella Mota Palheta, Glenda Chaves Cunha de Melo, Alisson Espíndola Torres, Ana Beatriz da Silva Pedroso, Franciane de Paula Fernandes, Ana Cely Sousa Coelho

Palavras-chave: Metodologias Ativas, Tuberculose, Atenção Primária

INTRODUÇÃO: A metodologia ativa é necessária e fundamental na construção do conhecimento, na vida do cotidiano, porque as experiências passam a se multiplicar, em detrimento de novos aprendizados. Com isso, sabe-se que a aprendizagem é contínua e cada vez mais que se aprende, a pessoa passa a fazer parte de um mundo cercado de novos exemplos de vida e de novos desafios com sucesso. Por isso, este tipo de metodologia influencia no comportamento das pessoas e cada uma delas têm a liberdade de decidir e solucionar situações difíceis. OBJETIVO: Relatar a experiência de extensão universitária em capacitação de profissionais de saúde da Atenção Primária, utilizando metodologias ativas. METODOLOGIA: Estudo descritivo do tipo relato de experiência desenvolvido por discentes e docentes da Universidade do Estado do Pará-Campus XII Santarém. A capacitação foi desenvolvida para agentes comunitários de saúde do município de Santarém - PA. RESULTADOS: Participaram da capacitação cinquenta agentes comunitários de saúde acerca do enfrentamento da tuberculose na comunidade. Os agentes comunitários de saúde através de rodas de conversas compartilhavam suas experiências no enfrentamento da tuberculose na comunidade. Foram

utilizados estudos de casos clínicos para aprimorar os conhecimentos frente à tuberculose, estimulando a reflexão crítica e tomada de decisão dos profissionais de saúde. Foram produzidas paródias em grupos além de campanhas educativas com chamamento criativo no intuito de sensibilizar a comunidade quanto ao problema da tuberculose. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A experiência de extensão universitária foi extremamente positiva. Percebemos o conhecimento construído e apreendido referente à tuberculose, o que refletirá num enfrentamento da doença na comunidade.

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA O ALÍVIO DA DOR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Natalia Sales Sidrins, Júlio César Salles, Stephany Anastacia Serpa Alarcon

Palavras-chave: Métodos não Farmacológicos, Alívio da Dor, Parturiente

INTRODUÇÃO: A dor é uma experiência humana tão antiga quanto sua própria existência. Vivenciada pela mulher durante o processo de parturição é uma experiência subjetiva, que pode variar de acordo com o aprendizado durante a gestação e frente a experiências prévias. Constitui-se em vivência emocional, além de representar importante sinal do início do trabalho de parto. Desta maneira, devem-se considerar adaptações e métodos de alívio da dor, na tentativa de apoiar e encorajar as parturientes, companheiros e familiares. A dor do trabalho de parto e os métodos para aliviá-la são aspectos fundamentais para as parturientes e suas famílias, com implicações na sua evolução, qualidade, desfecho e custo da assistência ao parto. Este estudo tem como objetivo relatar a experiência de residentes de enfermagem

obstétrica na assistência à mulher durante o trabalho de parto das práticas e efeitos da utilização das tecnologias não invasivas para o alívio da dor, durante o trabalho de parto. METODOLOGIA: Estudo descritivo, do tipo relato de experiência. As experiências obtidas ocorreram nos centros obstétricos dos Hospitais Maria Aparecida Pedrossian e Regional de Mato Grosso do Sul (de agosto de 2014 a setembro de 2015), durante as atividades práticas do programa de pós-graduação de Residência em Enfermagem Obstétrica da UFMS. RESULTADOS/DISCUSSÃO: Pode-se observar através de relatos das parturientes, que as tecnologias não invasivas para o alívio da dor durante o trabalho de parto proporcionam o relaxamento da mesma, diminuem o estresse, a ansiedade e a sensação dolorosa. Além, de possibilitar maior interação e confiança da paciente e do acompanhante com o profissional. As tecnologias mais utilizadas foram: exercícios respiratórios, massagem em região lombar, uso da bola suíça e banho de relaxamento. Conclusão: Conhecer a opinião das mulheres puérperas sobre suas vivências e o cuidado e conforto recebidos durante seus trabalhos de parto e o parto, podem apontar novas maneiras de cuidado durante este momento ímpar em suas vidas. A principal vantagem na utilização de recursos não-farmacológicos é o reforço da autonomia da parturiente, proporcionando sua participação ativa e de seu acompanhante durante o parto e nascimento, estando associados a poucas às contraindicações ou aos efeitos colaterais. Apesar das tecnologias não invasivas para alívio da dor ser uma forma tranquilizadora, a forma mais eficaz ainda é a presença do acompanhante durante o trabalho de parto dando todo o suporte emocional, incentivando, e participando efetivamente das tecnologias oferecidas e orientadas.

MODIFICANDO VIDAS

Larissa Weber, Camile Moraes Gross, Maria DeJane Nobre Guimarães, Thomas Quadros Lima

Palavras-chave: Promoção à saúde, reinserção social, intersectorialidade

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho descreve uma oficina inovadora no contexto da promoção e assistência à saúde, desenvolvida pelo CAPS Viver de Guaíba/RS. O Projeto Modificando Vidas articula o CAPS, a empresa CMPC, a Secretaria Municipal de Meio Ambiente e a comunidade do bairro Parque 35. **METODOLOGIA:** Por meio de edital lançado em 2013, o CAPS foi contemplado com um incentivo financeiro oferecido pela CMPC visando ações de educação e saúde na comunidade. Com esse recurso, foi possível adquirir material de jardinagem, capacitar os participantes do projeto, planejar e realizar intervenção na Praça dos Estados. Com o objetivo de ampliar as atividades de promoção à saúde e de reinserção social destinadas aos usuários do CAPS, o projeto tinha estimativa de seis meses de duração. Graças à visibilidade alcançada, foi possível estabelecer novas parcerias para a sua continuidade. Reunindo-se em encontros semanais, o grupo promove a revitalização e o embelezamento da praça do bairro em que o CAPS se encontra. **RESULTADOS:** Os integrantes formaram um coletivo muito unido e orgulhoso pelo legado que está deixando para o município. O incremento na auto-estima e na auto-confiança também são resultados visíveis entre os participantes.

MONITORIA ACADÊMICA EM ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO FACILITADOR NA FORMAÇÃO DOS ALUNOS

Fabio Pereira Soares, Jaciely Garcia Caldas, Fernanda da Silva Lima, Elivelton Barreto Farias, Andreia Pessoa da Cruz

Palavras-chave: Monitoria, Enfermagem, Estudantes de Enfermagem

A monitoria acadêmica tem se mostrado nas Instituições de Educação Superior (IES) como um programa que deve cumprir, principalmente, duas funções: iniciar o aluno na docência de nível superior e contribuir com a melhoria do ensino de graduação. Por conseguinte, ela tem uma grande responsabilidade no processo de socialização na docência universitária, assim como na qualidade da formação profissional oferecida em todas as áreas, o que também reverte a favor da formação do futuro docente (NUNES, 2005). **OBJETIVO:** relatar a importância da monitoria na Enfermagem durante experiência vivenciada na disciplina de Introdução à Enfermagem com os alunos do 2º Semestre do curso, na faculdade de Enfermagem/ UFPA. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Este estudo trata-se da descrição das vivências na monitoria de Introdução à Enfermagem do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, no período compreendido entre os meses de março a julho de 2015. Durante essa disciplina atuamos como corpo auxiliar dos professores da grade curricular, vivenciando tanto as aulas teóricas como as práticas. Nas atividades teóricas ministramos aulas referentes aos conteúdos programáticos, correção de trabalhos e provas, além de orientar os alunos na construção de seminários e TCAC (Trabalho de Conclusão de Atividade Curricular). Nas atividades práticas atuamos auxiliando os alunos nos primeiros “contatos” da assistência de enfermagem (Verificação de Sinais Vitais, Banho no leito, teste de Glicemia, exame físico, anamnese e injetáveis), sempre na supervisão dos professores, como forma de

ensino e aprendizagem. Através dos TCAC's os alunos desenvolveram ações educativas, onde posteriormente construíram relatos de experiência por meio de resumos para serem submetidos a eventos científicos, incentivando desta maneira na formação desses alunos à produção científica de trabalhos com a orientação dos monitores juntamente com os professores. O acompanhamento da construção do relato dá-se desde a elaboração do plano da ação, até a conclusão e apresentação do mesmo. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Através da monitoria houve uma participação mais efetiva entre os alunos e professores, onde os monitores atuavam como instrumento facilitador nas aulas teóricas e práticas, influenciando um contato maior entre alunos e os temas abordados, já que cada monitor ficava responsável por um grupo de alunos. Desta forma, os professores conseguiram repassar todos os conteúdos programáticos da disciplina, os monitores puderam vivenciar a docência como forma de ensino-aprendizagem e os alunos obtiveram uma maior absorção dos conhecimentos, demonstrando interesse e satisfação positiva durante as atividades elaboradas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Portanto a monitoria é importante para a vivência da prática docente, onde se estabelece uma troca de conhecimento entre professor-orientador e estudante-monitor onde ambos são beneficiados, permitindo ampliar conhecimentos e a formação docente.

NA PRÁTICA, A TEORIA É OUTRA? O REFLEXO DA ESPECIALIZAÇÃO NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS

Ana Katarina de Araújo, Liliane Félix Ribeiro, Sabrina Brena Andrade de Medeiros Nóbrega

Palavras-chave: educação permanente em saúde, residência, cuidado ampliado

O presente trabalho visa relatar a experiência de membros de uma equipe multiprofissional de residentes em saúde mental, nos períodos de julho a outubro de 2015, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS AD do município de Cabedelo/PB, inseridos no processo de formação ensino-serviço. Com o objetivo de refletir acerca da potência da especialização na modalidade de residência e o impacto que isso causa na melhoria da assistência aos usuários, iremos pensar as relações entre ensino e atenção à saúde a partir das atividades desenvolvidas, sejam no serviço, nos espaços acadêmicos ou na comunidade, entre as quais destacamos: oficinas e grupos operativos (de artes e Redução de Danos), grupo de estudo, tutoria e preceptoria, participação em eventos científicos e espaços de controle social (congressos, assembleias e conferências de saúde), fomento à autonomia e protagonismo dos usuários, matriciamentos, estudos de casos e construção de PTS, conhecimento das políticas de pessoas em situações vulneráveis como a população em situação de rua, LGBT, entre outros. Nas atividades e intervenções utilizamos como base a metodologia da educação popular, os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica e as técnicas do teatro do oprimido. Percebemos que a residência, enquanto lugar privilegiado de educação permanente em saúde possibilita ao profissional estar constantemente revendo sua prática à luz das teorias, construindo e desconstruindo conceitos e saberes, contribuindo com a formação de outros profissionais, além de ser espaço de atuação política, de embates e tensionamentos que visem à melhoria da qualidade dos serviços de saúde e o cuidado ampliado na assistência prestada aos usuários.

NATIMORTALIDADE POR SÍFILIS CONGÊNITA EM CAXIAS DO SUL – RS, 2010-2014: A EXPERIÊNCIA DA INSERÇÃO DE ACADÊMICOS NO PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO DE CASOS

Marcos Frata Rihl, Nickolle Lorandi Pasche, Vitória Flores Culau Merlo, Lisa Wu Yei Yum, Suzete Marchetto Claus, Dino Roberto Soares de Lorenzi, Silvana Brondani Vargas, Ariane Carolina Lazzari Baccarin

Palavras-chave: Sífilis congênita, Educação médica, Pesquisa

APRESENTAÇÃO: A sífilis é uma afecção de transmissão sexual, acometendo cerca de 3,5% das gestantes brasileiras segundo o Ministério da Saúde, com taxas de mortalidade perinatal ao redor de 40%. O objetivo é relatar a experiência de inserção dos acadêmicos de medicina no processo de investigação da sífilis congênita associada a óbito fetal em uma cidade de médio porte da região Sul do Brasil. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Os acadêmicos conjuntamente com tutores do PROPET Saúde UCS, foram inseridos em uma investigação de base populacional de todos os casos de natimortalidade (óbito fetal com peso = 500 gramas ou 22 semanas de gravidez) ocorridos em Caxias do Sul, RS, nos anos de 2010 a 2014, cuja causa básica de óbito foi sífilis congênita (SC). Os casos foram identificados por acadêmicos no banco de dados sistematizados no Núcleo de Saúde da Mulher do município. **Resultados:** Entre 2011 e 2014, foram registrados em Caxias do Sul, 30 casos de natimortalidade por SC (em média 7,5 casos/ano). O coeficiente de natimortalidade médio nesse período foi de 1,19 casos/1000 nascidos vivos. A maioria dos casos eram gestantes de 20 a 29 anos (46,6%), sendo que 30,0% adolescentes (< 20 anos). A escolaridade materna foi inferior a oito anos completos de estudo em 40%. Doze gestantes (40%) tinham um

companheiro fixo. A maioria dos casos (93,4%) ocorreu no SUS e 6,6% na Saúde Suplementar. Em 40% não houve qualquer acompanhamento pré-natal. Cerca de 56,7% dos natimortos eram prematuros (<37 semanas) e 97,7% tinham menos de 2.500 gramas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A prevalência de sífilis congênita se mostra elevada em Caxias do Sul, com impacto negativo no resultado perinatal, em particular no SUS. A experiência deste estudo permite considerar que acadêmicos podem se inserir no processo de investigação da sífilis congênita, e contribuir com informações para qualificar as políticas públicas.

NUTRIÇÃO E SAÚDE COLETIVA: APRENDENDO SOBRE A TRANSIÇÃO ALIMENTAR – DA TEORIA PARA A PRÁTICA

Alessandra Racca Gonçalo, Carlos Vinícius Pacheco Mariño, Lohana Nóbrega Correa, Lourdes de Almeida Ferreira, Sarah Natasha Jordão Bendelack de Andrade e Souza, Amanda da Silva Franco

Na alimentação, o açúcar pode estar presente de duas formas: naturalmente encontrado em alimentos, como a frutose e a sacarose, presentes nas frutas, e a lactose, presente no leite, ou pela indústria alimentícia na fabricação de seus alimentos. A esse último se dá o nome de açúcares de adição (Sigman-Grant & Morita, 2003). O consumo de açúcares de adição, encontrados em alimentos industrializados está relacionado ao aumento do risco de várias doenças, como diabetes (Basu et al., 2013), obesidade (Te Morenga et al., 2012), cárie dental (Touger-Decker & Touger, 2003) e todas demais doenças relacionadas à síndrome metabólica (Tappy et al., 2010; Lusting et al., 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu que o consumo

desses açúcares não deve ultrapassar 10% do total de calorias da dieta (WHO, 2003). Em estudos recentes, a participação média dos açúcares da dieta dos brasileiros atingiu cerca de 16%, ultrapassando a recomendação da OMS. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi informar a real quantidade de açúcar presente em produtos ultraprocessados de elevado consumo pela população brasileira. **Desenvolvimento** Como parte da avaliação da disciplina de nutrição e saúde coletiva foi realizada, no calçadão de um bairro da Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro, com ampla circulação de pedestres, uma atividade de educação alimentar e nutricional sobre o consumo de açúcar na população brasileira, essa atividade se baseou na exposição da quantidade de açúcar de adição em três produtos ultraprocessados de relevante consumo entre a população brasileira, a saber: refrigerante à base de cola, biscoito recheado e bebida láctea achocolatado. Os produtos e suas respectivas quantidades de açúcar foram apresentados para um consumo equivalente a todos os dias de uma semana. A realização da prática foi gravada com intuito de mostrar, em sala de aula, a reação das pessoas ao verem o que a indústria alimentícia tenta ocultar. Todos estavam cientes da finalidade do trabalho (acadêmico) e permitiram a gravação. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Durante a prática, observou-se que todos os participantes não tinham conhecimento sobre a quantidade de açúcar nos alimentos, consumindo esses produtos sem saber da enorme quantidade de açúcar contida. A simples ação de mostrar o quantitativo usando o açúcar de verdade, fez os participantes refletirem sobre seu consumo e expressarem o desejo de mudar seus hábitos, além disso, algumas pessoas pediram para fotografar a quantidade a fim de mostrar a outros familiares. Vale ressaltar, a opinião dos participantes,

uma vez que todos elogiaram o trabalho desenvolvido e destacaram a relevância do assunto abordado, além de valorizarem a abordagem, pela simplicidade e fácil visualização. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir dessa prática, pode-se perceber que a promoção da saúde é algo essencial, uma vez que a informação promove modificações no modo de pensar e agir de muitas pessoas. As atividades que promovem saúde precisam ser postas em práticas por todos os profissionais da área de saúde, a fim de que a população tenha acesso à informação e possam, assim, escolher o caminho pelo qual irão trilhar.

O ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO NA QUESTÃO DO USO DE CRACK: UMA NARRATIVA ACERCA DA POTÊNCIA DAS VISITAS DOMICILIARES

Ian Orselli Helmholtz

Palavras-chave: Crack, Clínica, Acompanhamento Terapêutico

O presente artigo visa discorrer sobre a experiência de um estagiário de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas III (CAPS-AD) Raul Seixas, localizado no bairro do Engenho de Dentro, Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro. Mostrou-se como disparador para esta escrita a estratégia das Visitas Domiciliares no Acompanhamento Terapêutico a uma paciente usuária compulsiva de Crack. Neste contexto, evidencia-se como objetivo elucidar algumas questões que se mostraram pertinentes a serem problematizadas. São elas: as dúvidas e inseguranças de um iniciante na clínica; a clínica peripatética das caminhadas e a autonomia no território; o estigma dos “crackeiros” na sociedade higienista; o senso-comum e as recaídas na questão do uso

abusivo de crack. Assim, em paralelo com as problematizações anteriormente descritas o artigo se desenvolve com a apresentação do Caso F. - uma mulher de quarenta anos, loira de cabelos pintados com um semblante tranquilo – que segundo ela era efeito dos remédios – e usuária compulsiva de Crack. A metodologia de pesquisa utilizada denomina-se Cartografia. A cartografia é um método proposto por Deleuze e Guattari, utilizado em pesquisas de campo voltadas para o estudo da subjetividade (Kastrup, 2007; Kirst, Giacomel, Ribeiro, Costa, & Andreoli, 2003). Tal método critica uma suposta imparcialidade perante o campo. E ainda, “a cartografia se apresenta como valiosa ferramenta de investigação, exatamente para abarcar a complexidade, zona de indeterminação que a acompanha, colocando problemas, investigando o coletivo de forças em cada situação, esforçando-se para não se curvar aos dogmas reducionistas. Contudo, mais do que procedimentos metodológicos delimitados, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo” (ROMANGNOLI, 2009, p. 169). Entre os efeitos poderíamos destacar o desejo de retornar através da residência e uma substancial mudança no olhar do autor perante as ruas. O acesso a essa população no cotidiano do CAPS-AD III Raul Seixas e através do caso F. transformou a forma do autor enxergar a cidade e os usuários de crack.

O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DO PROJETO UFMS VAI À ESCOLA PANTANEIRA – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Edmundo Rondon Neto, Edilaine Santos Lima, Angelica da Silva Espindola

Palavras-chave: Saúde Pública, Educação em Saúde, Enfermagem em Saúde Comunitária

Apresentação: O projeto UFMS vai à escola consiste em um trabalho realizado em duas edições por ano (geralmente nos meses de maio e novembro) durante um fim de semana no Pantanal de Rio Negro, Mato Grosso do Sul. Tem por objetivo levar o atendimento médico, de enfermagem e odontológico à população residente na área pantaneira. **Desenvolvimento:** O presente resumo visa relatar a experiência vivida na edição do mês de novembro de 2014. Nessa edição em específico participaram: 2 representantes da classe médica, 1 da enfermagem, 4 da odontologia. Todo o atendimento é realizado na escola Cyriaco da Costa Rondon, localizada na sede da fazenda Tupanciretã, no Pantanal de Rio Negro / MS. A justificativa para realização desse projeto é que a população residente nas imediações da fazenda vai à cidade uma vez ao ano, quando muito, pois vários nunca foram à cidade. A cidade mais próxima à essa região é Aquidauana/MS, com distanciamento de cerca de 08 horas de viagem. Outro fator culminante para a importância da realização do projeto é que em tempos de cheias as estradas se tornam alagadas, impossibilitando qualquer deslocamento. **Resultados:** O atendimento de enfermagem realizado foi baseado em dois objetivos do Sistema Único de Saúde destacados pela lei 8.080 de 1990: promoção e prevenção da saúde. Foi realizado no período de 12 horas de trabalho 64 atendimentos de enfermagem. Esses se concentraram em todas as faixas etárias. Com as crianças foi trabalhado a higienização, alimentação saudável, vacinação e a consulta de puericultura propriamente dita. Em mulheres foi realizado o exame do preventivo (este trazido para a cidade de Campo Grande/MS para análise), sexualidade, alimentação e cuidados gerais, foram ainda realizadas consultas com gestantes (estas não participam de nenhum tipo de pré-natal) trabalhando sinais do parto e cuidados com a gestação.

Com os homens foi trabalhado controle de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, o câncer de próstata, entre outros. **Considerações:** O projeto UFMS vai à escola é tido como uma grande estratégia de promoção e prevenção da saúde da população daquela região. Os moradores ficam ansiosos e cheios de expectativa para cada atendimento, pois na maioria das vezes estão cheios de dúvidas e medos e acabam por não ter ninguém a quem questionar. Participar do projeto como graduando é uma experiência extremamente rica, pois o acadêmico tem a oportunidade de vivenciar uma realidade diferente da proposta pela academia. E quanto à visão do enfermeiro, o profissional pode vivenciar a importância da educação em saúde, como uma arma para a melhoria da qualidade de vida daquela população tão distante de recursos de maior complexidade.

O CARNAVAL COMO MOMENTO DE PROMOÇÃO INTERGERACIONAL ENTRE ACADÊMICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE-UFS COM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE LAGARTO/SE

Sandra Aiache Menta, Patrícia Cristina dos Santos, Lilian Kauany Virginia dos Santos, Eliane Santos Silva Nascimento, Ravane Santos Vasconcelos, Rogerio Andrade dos Santos

Palavras-chave: Intervenção, Terapia Ocupacional, Instituição de longa permanência para idoso-ILPI

Esse é um relato de experiência vivenciado por discentes de Terapia Ocupacional no município de Lagarto/SE, da Universidade Federal de Sergipe–UFS, Campus Professor Antônio Garcia Filho, no ano de 2015. O presente relato foi construído com o

objetivo de apresentar uma das ações da disciplina Prática de Integração Ensino-Serviço em Terapia Ocupacional, (PIESTO II), que tem como objetivo inserir os alunos precocemente junto aos serviços de saúde e comunidade local, objetivando formar profissionais com competência, postura ética, visão humanista, orientação para atuar na promoção da saúde e prevenção das doenças. Após algumas visitas realizadas na Instituição de longa permanência para idosos (ILPI), Asilo Santo Antônio, localizado na cidade de Lagarto – Sergipe, os discentes de Terapia Ocupacional entre outras ações, planejaram e desenvolveram um baile de carnaval vespertino, já que aquele período de vivência dos acadêmicos estava próximo do período do carnaval e o mesmo se configura como uma importante festa popular e uma das peças que compõem a identidade do Brasil. Essa intervenção teve como finalidade promover uma quebra na rotina dos internos, além de contribuir para construção do vínculo entre os idosos e promover a intergeracionalidade com os discentes do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe, estimular a orientação temporal, levando para eles em que tempo do ano estão vivendo. No primeiro momento foi feita uma ornamentação carnavalesca na vivência do asilo, onde os idosos foram convidados a participar dessa decoração. Em seguida ao som de músicas carnavalescas e marchinhas foi oferecido máscaras para os idosos e os mesmos foram convidados para juntar-se ao grupo de discentes em um círculo onde era estimulados a cantar, bater palma compassadamente, dançar e/ou sambar e lembrar as experiências passadas com o carnaval. Não houve a participação da maioria dos idosos na roda de samba, mas alguns se juntaram em grupos e relataram suas experiências passadas com o carnaval, lembraram de como sambavam, outros relatavam que a religião não permitia aquele tipo de participação social, outros

manifestaram o fato de que não gostavam porque acham o carnaval uma festa vazia e outros não quiseram participar da roda de samba mas, ficavam fazendo batucadas nos locais onde se encontravam. Dos que participaram, faz-se necessário destacar a presença ativa de dois idosos cadeirantes e uma idosa com deficiência visual, vencendo o paradigma da integração social. Apesar da não participação de alguns que estavam na vivência, foi possível observar que os mesmos não ficaram incomodados com o festejo e nem se retiraram dos seus respectivos lugares. Esse momento de socialização e compartilhamento nos foi concedida a riqueza da percepção e compreensão, fazendo entender o quanto se faz necessário respeitar as particularidades individuais, religião, crenças e incentivar os festejos culturais locais e nacionais, já que os mesmos podem ser utilizados como um recurso alternativo, para promover vínculo, lembranças remotas, participação e inclusão social. Promovendo momentos de alegria, distração para os que gostam e efetivar a relação geracional tão necessária nas políticas públicas para idosos, contribuindo para um novo modelo de cuidar da saúde.

O CENÁRIO AMAZÔNICO NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE: VER-SUS, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Carolina Graça de Oliveira, Izi Caterini Paiva Alves, Julio Cesar Schweickardt, Rodrigo Tobias de Sousa Lima, Sonia Maria Lemos, Marcela Thaís Ribeiro Rubim

Palavras-chave: Versus Diferenças Culturais Formação

APRESENTAÇÃO: O território nacional é marcado por diferentes culturas, sendo que, cada região possui suas peculiaridades visuais e históricas de acordo com cada

estado. O Amazonas é constituído por 62 municípios onde seu principal meio de transporte é por via fluvial e abrange grandes recursos naturais. O VER-SUS: Vivências e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde, tem papel importante na formação de acadêmicos multidisciplinares, buscando inserir os viventes no cenário amazônico, para incentivar os mesmos na capacitação de assistência, realizando manobras que adequem as teorias ministradas em sala de aula com as características culturais, assim, mantendo as raízes locais dos lugares alcançados. Mesmo com as restrições de locomoção, os locais ditos isolados conseguem exercer com eficácia a assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde, entretanto, há municípios com insuficientes instrumentos de trabalho que, ainda assim, conseguem manuseá-los com maestria por profissionais de boa vontade. Desta forma, essas notoriedades podem ser percebidas a partir da disposição em colocar o vivente no contexto proporcionado pelo projeto. Mostrando que a realização da promoção de saúde acontece de forma positiva se objetivos forem almejados. Com objetivo de relatar a experiência com vivenciada por acadêmicos multidisciplinares nos municípios do Amazonas, apontando as diferenças culturais e a importância da percepção dos acadêmicos para reflexão da necessidade do usuário e suas restrições culturais, baseado nas suas necessidades. METODOLOGIA: Trata-se de estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizada durante a vivência por 96 acadêmicos selecionados, em 12 municípios do estado do Amazonas entre os dias 08 à 15 de agosto de 2015. Universitários do curso de Enfermagem, Medicina, Psicologia, Saúde Coletiva, Odontologia, Engenharia e Farmácia são divididos em grupos multidisciplinares para vivenciar os serviços de saúde, observando o suporte e a atenção à saúde que atua nos municípios e desde

já buscar estratégias que deem qualidade nos serviços. Resultado: Durante os sete dias de vivência, fora possível conhecer as funções de cada profissão inserida no grupo e a realidade que os municípios com menor estrutura física, com dificuldades de locomoção, inserção de assistência por restrição de cultura, ou na gestão limitada possuem. Na devolutiva oferecida para os demais participantes apresentaram-se atividades realizadas nos municípios, como ações relacionadas com educação em saúde, palestras, visitas em comunidades rurais e indígenas, tendo a oportunidade de transmitir ao grupo novas perspectivas para um atendimento diferenciado a culturas tradicionais e conhecimentos empíricos que somam na assistência humanizada, preconizado pelo Ministério da Saúde. Considerações finais: O acadêmico baseado nesse tipo de vivência soma experiências profissional e pessoal. A formação de um trabalho no processo mudanças na qualidade de saúde baseia-se no conhecimento da história para análise das dificuldades da implantação de saúde, onde pode ser pelo fator geográfico, cultural ou pelos costumes da população. Os futuros profissionais incentivados pelo projeto, sabendo disso, terão a capacidade de traçar estratégias de qualificação para os princípios básicos e necessários a manutenção à vida.

O DESAFIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO TRABALHO DE ENFERMEIROS(AS) DA ATENÇÃO BÁSICA

Tatiana Almeida Couto, Adilson Ribeiro dos Santos, Rose Manuela Marta Santos

Palavras-chave: Educação Continuada, Educação Permanente em Saúde, Atenção Primária em Saúde, Trabalho

APRESENTAÇÃO: A Educação Permanente em Saúde – EPS traz um aspecto inovador

nas maneiras de promover a qualificação dos profissionais da saúde, uma vez que toma o próprio processo de trabalho como ponto de análise com a capacidade de mudança. A educação dos trabalhadores é fator essencial para o desenvolvimento da sociedade que vive em constantes transformações. No mundo do trabalho, a possibilidade de educação permanente deve contemplar a incorporação de novas tecnologias, e a própria pressão social deve desencadear processos que assegurem a cidadania. OBJETIVO: Analisar os desafios no processo de trabalho de enfermeiros (as) na Atenção Básica em um município de pequeno porte. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, sendo a análise de dados realizada através da Análise de Conteúdo Temática de Laurence Bardin. Os sujeitos da pesquisa foram oito enfermeiros que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Itajuípe, na Bahia. Este estudo teve seus aspectos éticos avaliados e acompanhados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. RESULTADOS: Através de diálogo individual com os participantes, foram realizados questionamentos sobre tais temáticas: “De que maneira você percebe os processos educativos em seu processo de trabalho?” e “Quais atividades são realizadas na unidade de saúde que você trabalha?” Foi observado como fatores que impedem o uso da EPS no processo de trabalho, o não conhecimento por parte dos enfermeiros (as) da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e até a dificuldade de entendimento do que é de fato a EPS, confundindo-a com educação em saúde, desta maneira, retirando seu potencial de transformação do processo de trabalho. Observou-se também, a falta de incentivos voltados aos trabalhadores por parte da gestão municipal para ações educativas e a centralização das ações

de EPS ofertadas pela Diretoria Regional de Saúde e/ou pelo Ministério da Saúde em pessoas da gestão sem a posterior capacidade de disseminação desses conhecimentos. **CONCLUSÃO:** Destacou-se a fragilidade das ações de EPS no contexto em análise, o comprometimento da qualidade do processo de trabalho em saúde, pela não atualização e/ou qualificação dos profissionais e a necessidade de uma maior publicização da política de EPS.

O DESENVOLVIMENTO RELACIONAL NA FORMAÇÃO DOCENTE

Luana Pinho de Mesquita, Maria José Clapis, Silvia Matumoto

Palavras-chave: Formação docente, processo ensino-aprendizagem, relações interativas

Apresentação: Os espaços de formação em saúde são permeados pela convivência e pela formação de vínculos entre formadores e formandos. O Projeto Político-Pedagógico do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da EERP-USP está fundamentado na articulação da formação com o mundo do trabalho, e a disciplina anual Cuidado Integral em Saúde I (CIS I) desenvolve atividades que favorecem a interação docente-aluno. Tratarei de alguns aspectos de minha formação docente durante o estágio supervisionado em docência do Programa de Aperfeiçoamento de Ensino nesta disciplina. **Desenvolvimento do trabalho:** Esta disciplina ocorre no primeiro ano do curso de Enfermagem e prevê a construção coletiva do conhecimento, aproximação aos cenários da prática profissional na Atenção Básica e inserção em uma unidade de saúde com visitas domiciliares periódicas, observação do território, identificação das condições de saúde da população adstrita e a criação

de vínculo com os usuários. A formação conta também com espaços de discussão e problematização da realidade em torno de ciclos pedagógicos de ensino aprendizagem que compreendem a imersão na realidade e as atividades de síntese provisória, busca e nova síntese. Acompanhei uma das docentes responsáveis pela disciplina durante um ano em duas turmas diferentes 2014/2015. Participei do planejamento de atividades, acompanhamento das imersões no território de saúde, visitas domiciliares, discussões em pequenos grupos e avaliações por meio de portfólios reflexivos e avaliações formativas com devolutivas. Assim, pretendo refletir sobre os efeitos da relação interativa entre aluno de pós-graduação - aluno graduação neste cenário de formação em construção. **Resultados e/ou impactos:** Nos ciclos pedagógicos, meu papel se concentrou no planejamento de estratégias para a problematização da realidade, relacionando a prática com os conceitos teóricos. Dessa forma, me aproximei dos alunos ao estimular a reflexão sobre a atuação do profissional de saúde na atenção básica, trazendo exemplos e experiências, principalmente estimulando o desenvolvimento das relações interpessoais com os usuários e equipe, e atividades coletivas nos grupos de promoção de saúde. Considero que minha atuação se deu de forma autônoma com acompanhamento das docentes responsáveis sempre que necessário e ênfase meu aprendizado relacional a partir da formação de vínculo com os alunos de graduação, que encontraram no aspecto formativo algo em comum entre nós. Apreendi, a partir desta interação, conceitos como plasticidade e pactuação de tarefas com os alunos, valorização de suas experiências, postura mediadora no processo ensino-aprendizagem, compartilhamento de experiências nos serviços. Trouxe propostas para a motivação e autoestima dos alunos

além de problematizar seu autoconceito, sua postura cuidadora e seus limites, além de aprender a avaliar os resultados de acordo com o processo de aprendizagem de cada um (ZABALA, 2008). **Considerações finais:** Considero que aprendi neste processo de ensino aprendizagem coletivo, por meio do ciclo pedagógico, da ferramenta reflexiva do portfólio e do vínculo construído a partir da interação com os alunos e também com as docentes. Esta experiência fortaleceu as relações entre os atores em formação, tornando este estágio em docência significativo para a minha formação como futura docente.

O ENSINO DAS TECNOLOGIAS APLICADAS EM SAÚDE NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Wanda Barbosa de Assis Vieira, Cleyton César Souto Silva, Soraya Maria de Medeiros, Raphael Raniere de Oliveira Costa, Marília Souto de Araújo

Palavras-chave: Enfermagem, Educação em enfermagem, Tecnologias

APRESENTAÇÃO: No âmbito da saúde, as tecnologias representam um grande avanço do ponto visto técnico-científico. Com efeito, a ciência da Enfermagem, que tem como funções precípuas o ensinar, o fazer, o gerenciar, e o assistir, encontra nas tecnologias um reforço que faz do Enfermeiro um construtor do saber, onde a inovação tecnológica permite ao profissional uma nova forma de pensar, agir, e refletir, acerca da qualidade da assistência que será prestada ao paciente e da humanização que terá o cuidado individualizado. Desse modo, objetiva-se refletir sobre o ensino das tecnologias em saúde na formação acadêmica em enfermagem. **METODOLOGIA:** Este estudo

consistiu em um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados na docência, na oportunidade de lecionar no curso de enfermagem a disciplina de tecnologias aplicadas em saúde. Trata-se de um olhar qualitativo, que abordou a problemática desenhada a partir de métodos descritivos e observacionais. A disciplina que resultou na redação deste relato foi ofertada no período de agosto a dezembro de 2013 em uma faculdade privada de enfermagem situada na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **RESULTADOS:** No percurso da disciplina, foi oportunizada uma aproximação com diversos conteúdos, a saber: a evolução da informática e os tipos de tecnologias, robótica na saúde, telessaúde, bancos de dados em saúde e processo de investigação, prontuários e prescrição eletrônica, aplicações de novas tecnologias na enfermagem e a teoria do cuidado cultural de Madelaine Leininger. As metodologias utilizadas para facilitar o processo de ensino e aprendizagem basearam-se nas metodologias ativas. As discussões dialogadas, o uso de vídeos da internet, filmes, rodas de conversa, aulas práticas no laboratório de informática, artigos e literaturas pertinentes foram alguns dos recursos utilizados durante a disciplina. É imprescindível considerar as tecnologias em saúde e enfermagem dentro do currículo da formação do enfermeiro. Para tanto, é relevante considerar as múltiplas fontes de informação e disponibilizar cenários de aprendizagem que extravase a sala de aula, com um currículo que ultrapasse as fronteiras disciplinares de modo a oportunizar uma formação mais próxima das exigências do mundo atual do trabalho em saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O ensino das tecnologias em saúde não deve ser visto, hoje, apenas para aprendizado de manipulação de máquinas e aparatos tecnológicos, mas como uma possibilidade de desenvolver uma visão crítica e reflexiva,

fazendo com que sua função seja de auxiliar e aprimorar o trabalho humano, e não de substituí-lo. Na realidade aplicada, a disciplina contribuiu para a ampliação do conhecimento e a descoberta de novos horizontes. Palavras-chave: Enfermagem; Educação em enfermagem; Tecnologias.

O ESTÁGIO CURRICULAR E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL

Luana Pereira do Nascimento Lima

Palavras-chave: Saúde Mental, Estágio Curricular, Formação Profissional

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de estágio em Serviço Social no período de setembro de 2014 a fevereiro de 2015, realizado no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSM), único hospital psiquiátrico público no estado do Ceará. Esse dispõe de serviços ambulatoriais, internação psiquiátrica, pronto-atendimento, hospital-dia, residência em psiquiatria dentre outros. O estágio em serviço social é regulamentado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e possui uma normatização produzida pela categoria profissional, em 2009, sobre a coordenação da Associação Brasileira de Ensino e pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Assim, faz-se importante enfatizar o campo de estágio como espaço de formação, entendendo como primeira aproximação com o exercício profissional. Esse momento é considerado de extrema relevância para o processo de ensino-aprendizagem da prática profissional e análise das diversas refrações da questão social inserida no espaço sócio ocupacional do Assistente Social (AS). O campo da saúde mental é um importante espaço de atuação do AS como integrante da equipe interdisciplinar. No locus supracitado, o estágio foi formalizado em 2013, recebendo estagiários das

Instituições de Ensino Superior conveniadas com a Secretaria de Saúde do estado do Ceará (SESA) a partir de 2014. Mesmo com os avanços da lei de reforma psiquiátrica, em 2001, principalmente com a propostas de substituição dos hospitais psiquiátricos pela implementação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) apresentando muitas dificuldades na execução, devido à insuficiência e fragilidade da rede de Atenção Psicossocial. A ausência de profissionais nos CAPS, a falta de medicamentos básicos para o tratamento dos pacientes compromete a integralidade de assistência à saúde. Desta forma, há uma sobrecarga nos hospitais psiquiátricos e sofrimento para as famílias e usuários dos serviços. A experiência de estágio em hospital psiquiátrico apresenta um leque de reflexões acerca das diversas refrações da questão social. Além de todo histórico de estigma que as pessoas com deficiência mental sofrem, o abandono familiar é significativo através da perda dos vínculos afetivos. Nesse sentido, muitos elementos instigam pesquisas sobre a política de saúde mental e as particularidades do contexto familiar, econômico e social dos usuários da saúde mental. A grande dinamicidade nas Instituições, com poucos profissionais, muitos com vínculos precários de trabalho, implica diretamente na qualidade da supervisão e compromete a troca de conhecimentos entre estagiários e supervisores. Nesse contexto é necessária a valorização dos profissionais, através de melhorias dos vínculos de trabalho para que seja garantida a qualidade na realização do estágio e em parceria com o estagiário e Instituições de ensino Superior (IES) fomentar estudos, pesquisas que contribuam para reflexão e alcance da práxis transformadora no contexto em que os direitos conquistados na sociedade brasileira sofrem severas ameaças. Levando em consideração os aspectos mencionados é imprescindível a valorização e o fortalecimento do

estágio como processo de construção e desenvolvimento do profissional que atuará na perspectiva da garantia dos direitos desenvolvendo competências teóricas-metodológica, técnico-operativas e éticas-político, comprometida com os usuários.

O ESTÁGIO DE VIVÊNCIAS NO SUS COMO FERRAMENTA DE REORIENTAÇÃO DO PROCESSO FORMATIVO DE ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE

Cíntia Nascimento de Jesus, Ednúsia Simões da Silva, Sara de Moura Pontes, Lorena Neris Almeida, Carlos Henrique Pereira Franco, Suiane Costa Ferreira

O Estágio de Vivências do SUS- Bahia, 7^a edição, coordenado pela Escola Estadual de Saúde Pública em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, pautou-se no modelo de imersão teórica e prática de graduandos da área de saúde no Sistema Único de Saúde do município de Salvador, durante sete dias, em regime de dedicação exclusiva, visando aproximá-los dos diferentes níveis assistenciais e de gestão. Assim, este relato de experiência tem como objetivo discutir a importância de desenvolver este estágio e analisá-lo enquanto estratégia de formação continuada. A vivência ocorreu a partir da distribuição de grupos de doze estudantes de vários cursos da área de saúde em seis distritos sanitários do município de Salvador. Nesta ocasião, foram feitas visitas ao Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD), Centros de Atenção Psicossocial em Saúde Mental (CAPS-II), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Unidade de Saúde da Família (USF), Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e uma intervenção dentro do coletivo de saúde do assentamento do Movimento

dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST). Após as visitas diárias, os estagiários e preceptores se reuniam para as atividades de aprofundamento teórico, a partir de seminários e oficinas didático-pedagógicas sobre assuntos diretamente relacionados à saúde e a sua história, esse era também um momento para refletir e compartilhar com todos sobre o que tinha sido observado nos serviços que foram visitados durante o dia, fazendo sempre uma reflexão crítica a cerca do que era visto e analisado. As visitas nos direcionaram a uma visão integrada do sistema, do conhecimento das práticas de outros profissionais e o seu funcionamento, assim como ratificou a importância de discussões permanentes, capacitação, utilização de protocolos e reorganização dos serviços para que a integralidade seja alcançada. Permitiu-nos enxergar, por vezes, a intensa fragmentação das atividades nas unidades de saúde pertencentes aos diversos níveis de atenção do cuidado, que limita a resolutividade dos serviços e da equipe e enfraquece a lógica do cuidado integral proposto pelas Redes de Atenção à Saúde. Assim, a vivência se caracterizou como um instrumento importante para despertar em nós a reflexão acerca da necessidade de que usuários, profissionais e gestores estejam em mobilização permanente pela efetivação do funcionamento adequado e correto das ações em saúde, a fim de que o cuidado integral e pleno seja alcançado. É fundamental que a nova visão de saúde e qualidade seja incorporada aos processos de trabalho e formação profissional, assegurando a perspectiva de humanização e integralidade que compõe as Redes de Atenção em Saúde. Nesse sentido, a imersão contribui de forma direta no processo de formação dos estudantes possibilitando-o conhecer a realidade dos serviços de saúde e fazendo-o reconhecer os desafios existentes para fortalecer e assegurar um serviço integral e de qualidade para a população.

O IMPACTO DA AÇÃO EDUCATIVA SOBRE A SEXUALIDADE E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA ADOLESCÊNCIA: RELATO ACADÊMICO

Karina de Oliveira Silva, Valéria Batista Dantas, Deivid Santos Andrade, Bruna Alves de Jesus

APRESENTAÇÃO: Trata-se de um relato de experiência realizado por acadêmicos através da exigência da disciplina de Práticas de Enfermagem III do curso de enfermagem da faculdade Unigran Capital, no município de Campo Grande-MS em parceria com uma Unidade Básica de Saúde e uma escola da rede pública para abordar sexualidade na adolescência e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's). O trabalho tem como objetivo relatar experiência adquirida dos acadêmicos de enfermagem em ação educativa em saúde, que implica lidar questões de fórum íntimo e requer dos enfermeiros como educadores em saúde a criação de um vínculo entre profissional de saúde e cliente. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA** Após o contato e aprovação da escola foi proposto um projeto para levar ação educativa em saúde sobre a transmissão das DST's e sexualidade para alunos do ensino fundamental de uma escola da rede pública, realizada através de apresentações expositivas sobre o tema e com dinâmica explicativa. Trabalhou-se a sexualidade, o desenvolvimento da puberdade, alterações físicas em ambos os gêneros e brevemente a formação da orientação sexual. Foram também abordadas as principais DSTs como Cancro Mole, Herpes Genital e Sífilis. Após a exposição do tema foi realizado a dinâmica que simbolizava a contaminação por fluidos corporais, convidando os alunos para participarem. Foram utilizadas uma lâmpada de luz negra, copos descartáveis, água mineral e a água tônica. Ao realizar a dinâmica foram colocados mais copos com

água mineral simbolizando pessoas não contaminadas com DST's do que com a água tônica simbolizando pessoas contaminadas com DST's e, entregue aos alunos de forma aleatória, solicitando aos alunos a simulação de uma festa com música para que todos dançassem e trocassem os líquidos entre um copo e o outro. Logo depois a luz negra foi aproximada dos copos e os líquidos mudaram a cor para azul fluorescente. Todos ficaram impressionados, pois em luz ambiente com a água mineral não demonstrava nenhuma alteração. **RESULTADOS:** Os adolescentes foram receptivos e interativos, demonstrando interesse pela temática e um conhecimento prévio sobre as alterações sexuais ocorridas ou que ocorreram no seu desenvolvimento sexual. Durante a ação houve momentos de descontração para que todos expusessem suas dúvidas, alguns demonstraram timidez e receio, porém foram esclarecidas todas as dúvidas. Com esta dinâmica foi observado que a contaminação pelas DST's pode ocorrer de forma silenciosa mesmo com poucas pessoas infectadas que foram representadas pela água tônica e as pessoas desprotegidas pela água mineral, porém todos se contaminaram sem saber. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante da experiência com ação educativa realizada com adolescentes vivenciamos a importância para futuros profissionais de enfermagem em sua formação para o desenvolvimento da autonomia nas decisões de saúde dos jovens. Conclui-se que há uma maior necessidade de intervenções através de educação em saúde para adolescentes como método de prevenção, pois é um público que está em desenvolvimento e iniciando sua vida sexual, de forma que em longo prazo, podem-se alterar os índices elevados de saúde sobre DST's.

O IMPACTO DA ATIVIDADE LÚDICA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Alessandra da Costa Barbosa, Juliana Flores Dias de Souza, Alceli Fernandes, Lucilene Maria da Silva, Bruna Alves de Jesus

APRESENTAÇÃO: Trata-se de um relato de experiência realizado durante uma ação educativa em saúde ao combate à pediculose realizada por graduandos do curso Enfermagem de uma faculdade particular no município de Campo Grande – MS, cumprindo os quesitos da disciplina de Práticas de Enfermagem em Saúde Pública. Objetivou-se elaborar uma ação lúdica de combate a pediculose com crianças em um Centro de Educação Infantil (CEINF) do município de Campo Grande – MS com parceria de uma Unidade Básica de Saúde. Priorizando o entretenimento para realizar a higienização do couro cabeludo e catação manual do parasita. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Foi solicitado ao CEINF que fizessem uma seleção de 20 alunos com possível infestação do parasita pediculus capitis (piolho) e encaminhassem aos pais um termo de autorização. Os pais receberam o termo de autorização, com descrições das atividades previstas para o dia da ação, solicitando assinatura e o envio de uma toalha para uso individual. Os demais insumos necessários seriam fornecidos pelos idealizadores da ação. Porém apenas 13 crianças apresentaram a autorização assinada e foram encaminhadas para a ação em uma sala recreativa, decorada com balões, imagens de piolhos coloridos fixados à parede, dispo de televisor, livros de contos infantis, lixas de unhas, desenhos e lápis para colorir. A equipe apresentava-se com mascaras coloridas e foi desenvolvido um teatro demonstrando o desejo desses piolhos por cabelos sujos para fazer morada, cujo foi o entretenimento

principal. Em seguida realizava-se a limpeza dos cabelos com shampoo neutro, aplicava-se o shampoo para combate ao piolho deixando agir 20 minutos, logo enxaguava e fazia o uso do pente fino e catação manual. Por fim as crianças receberam kit presente. **RESULTADOS:** Das 20 vagas disponibilizadas para a ação, 35% os responsáveis devolveram o termo em branco e as que responderam autorizando 77% não enviaram a toalha para uso individual, evidenciando a deficiência no comprometimento por parte dos responsáveis os com assuntos direcionados pela instituição educacional onde seus filhos estão inseridos. As crianças participantes da ação foram receptivas, interagiram com as brincadeiras, demonstrando descontração, compreensão e colaboração. Dos entretenimentos disponibilizados na sala, os desenhos para colorir demonstraram ser o item de primeira escolha, seguido dos balões, e por último os livros de contos infantis. A quantidade de parasitas encontrados excedeu as expectativas, refletindo a carência do cuidado com a higiene e saúde infantil, as crianças atendidas estavam bastante infestadas com o parasita, necessitando de minuciosa catação manual, porém envolvidas com o cenário lúdico o tempo transcorreu sem parecer exaustivo para as crianças. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Um projeto de início tímido tomou proporções significativas, superando as nossas expectativas e proporcionando-nos aprendizado no planejamento de ações comunitárias, de muita valia para nossa formação acadêmica. A participação da equipe educacional foi importante, esperando ter alertado para a necessidade de novas intervenções. O estudo nos trouxe experiências da realidade com as crianças carentes, com necessidades de atenção na sistematização dos cuidados de higiene capilar.

O INCENTIVO À REVITALIZAÇÃO DO HORTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CRUZEIRO DO SUL, PORTO ALEGRE, ATRAVÉS DA INSERÇÃO DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE COLETIVA

Regina Pedrosa, Maria Renata Pereira dos Santos, Bibiana de Oliveira Pavim, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: Educação em Saúde, Saúde Comunitária

O Horto Comunitário da Estratégia Saúde da Família (ESF) Cruzeiro do Sul (Porto Alegre – RS) foi constituído logo após a construção da sua nova sede em 2007, com o apoio de Projetos de Extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Centro Agrícola Demonstrativo (CAD) do município e comunidade. O propósito inicial do horto foi envolver a população na construção e manutenção do mesmo, a fim de proporcionar práticas alternativas de qualidade de vida e troca de saberes. Após anos de contribuição contínua da comunidade, houve uma desmotivação dos atores envolvidos e este espaço foi se esvaziando; portanto, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência de revitalização do Horto Comunitário, realizada pelos residentes da Residência Integrada Multidisciplinar em Saúde Coletiva. A revitalização começou através do ingresso da residência em Saúde Coletiva na ESF. Visando a importância de devolver esse espaço para a comunidade, houve uma busca de parceiros como CAD e Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER); foi concretizada a troca de experiências com outras comunidades, como a visita a outras unidades com Horto. Nesses espaços, trocamos experiências e conseguimos novas mudas para plantio. Posteriormente, foi realizado um brechó na comunidade, para obtenção de verba a ser revertida para o horto. Houve um

grande envolvimento de toda a equipe, principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais organizaram um turno por semana para revitalizar o espaço, porém, o chamamento da comunidade ainda é um desafio. A ideia é reativar grupos com usuários do território neste local, mostrando a relevância de seu pertencimento em prol da Unidade de Saúde e do Horto. A fim de perpetuar a iniciativa, instigamos também a participação destes profissionais em oficinas sem custo, voltadas a diversos temas como: Ervas Medicinas, Hortas Comunitárias e Medicina Alternativa. Visto a importância do trabalho em saúde comunitária e seus movimentos, a revitalização e reativação deste espaço devolve a comunidade um local de convivência e de troca de informações. Destacamos ainda a riqueza proporcionada pela análise dos territórios sociais, políticos, econômicos, culturais, ambientais e de serviços de saúde existentes no cenário de prática aos quais somos inseridos, além da discussão e vivência do conceito de território em saúde a partir da visão e perspectiva de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Neste sentido, ações como essa tornam-se adequadas às necessidades da comunidade, tendo em vista que os diversos saberes são organizados em torno de estruturas conceituais e metodológicas, compostas em conjunto, porém sempre pensando nas singularidades e no cotidiano dos territórios.

O LÚDICO COMO INSTRUMENTO FACILITADOR NA COMPREENSÃO DE ESCOLARES SOBRE A CAMPANHA DE GEOHELMINTÍASE E HANSENÍASE

Kesia Valentim do Nascimento, Marcelle Luana Carneiro Lemos, Augusto Fernando Santos de Lima

Palavras-chave: Doenças Negligenciadas, Prevenção, Promoção da Saúde

APRESENTAÇÃO: Considerando a potencialidade da campanha nacional de combate e prevenção às geohelmintíases e hanseníase nas escolas, percebeu-se a necessidade de fortalecer o vínculo das ações realizadas durante a campanha com o cotidiano dos alunos, de forma que fossem além do caráter educativo visando à promoção à saúde. Neste sentido foi elaborado um guia pelos residentes em Saúde Coletiva do Distrito Sanitário I da cidade do Recife, com atividades específicas e ações conjuntas voltadas para crianças e adolescentes no intuito de esclarecer os sinais e sintomas dessas doenças, como preveni-las e onde buscar tratamento. Descrição da experiência: Um dia antes das ações da campanha de geohelmintíases e hanseníase, que tem como dia “D” a realização do tratamento coletivo com albendazol e a distribuição das fichas de autoimagem para detecção de manchas suspeitas, foram apresentadas na escola piloto duas atividades das seis que constam no guia. Estas atividades foram lúdicas em forma de teatro com fantoches, com o uso linguagem acessível para idade e elementos regionais, interagindo e repetindo as mensagens para que fossem de fácil absorção para as crianças. Através dos personagens foi-se exposto como a campanha funciona, a importância do autocuidado com a higiene pessoal e dos alimentos, a atuação dos profissionais e serviços de saúde, esclareceu-se que as doenças têm cura com o tratamento adequado e o quanto é importante disseminar o que foi aprendido para todos com quem eles convivessem, e que estes também o deveriam fazer. Conclusão: Sabe-se que as doenças negligenciadas são associadas às precárias condições de higiene, a falta de acesso à água e ao saneamento básico, configurando, portanto como grave problema de saúde pública, afetando, sobretudo as populações mais pobres e vulneráveis. Destarte a parceria entre a escola e a saúde tem um

caráter mobilizador com capacidade de permitir o empoderamento das crianças acerca de suas realidades e como enfrentar e transformá-las, tornando-se assim atores sociais. A aplicação deste guia nas escolas busca uma maior participação das crianças antes, durante e após a campanha de geohelmintíases e hanseníase, pois a prevenção e promoção acontecem todos os dias do ano.

O OLHAR DO ALUNO DE GRADUAÇÃO SOBRE O VER – SUS

Mayara Pereira de Souza

Palavras-chave: Dourados, conhecimento, SUS

APRESENTAÇÃO: O VER-SUS 2015 realizado na cidade de Dourados - MS nos dias 26 a 30 de janeiro possibilitou a participação de um grupo multiprofissional composto por acadêmicos de Biologia, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social no conhecimento e funcionamento do Sistema Único de Saúde- SUS. A visão da maioria dos acadêmicos era como da grande parte dos usuários, de que era ruim e não funcionava, mas após a vivência a realidade muda e percebe-se que apesar das dificuldades, o sistema melhora progressivamente. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** No primeiro dia as visitas aconteceram na Clínica Especializada no Atendimento a Mulher, e no Centro Especializado Odontológico, o centro chamou atenção, pois funciona em 3 turnos, o que facilita o atendimento geral da população, principalmente os trabalhadores. E assim nos outros dias foram visitados duas aldeias indígenas do município, Jaguapirú e Bororó, HU, UBS Vila Vargas em um distrito de Dourados, UPA, Hospital da Vida que funciona por meios do município e no último dia de vivência visitamos duas UBSF, além do Conselho e Secretaria de Saúde. As

unidades de saúde visitadas são atendidas pelo programa Mais Médico, com a participação de uma médica Cubana, sendo bem recebida pela população local, apesar da dificuldade de adaptação no início. O Conselho de Saúde é aberto aos usuários e conta com a colaboração do controle social, que é um tanto precário na cidade, uma vez que, apesar da população observar e vivenciar inúmeros atos falhos, a mesma não participa ativamente do processo de controle das unidades. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: O grupo pode observar que o SUS está fazendo investimentos em saúde pública e que ela pode ser tão boa quanto à privada. As expectativas no início da vivência era conhecer o funcionamento do SUS e aprofundar os estudos, contudo o amor com que os funcionários trabalham, muitas vezes sem condições de trabalho, foi o despertar para fazer a diferença não somente na vida acadêmica, mas na vida profissional. Além disso, o projeto gera uma grande reflexão, principalmente ao comparar com o que sabia e ouvia antes, superando as expectativas e discussões a cerca da realidade do sistema. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O VER-SUS foi uma experiência incrível, capaz de superar todas as expectativas e realizar um choque entre a teoria e a prática. As discussões, ideias e indagações ajudaram o grupo a crescer e refletir sobre o sistema em atuação. O projeto colabora de uma maneira excelente na vida de quem participa, provocando uma admiração pelo sistema, em um país no qual a maioria que reclama usa o SUS, o essencial é conhecer a realidade antes de julgar. O VER-SUS leva a um caminho desconhecido no qual se torna apaixonante, as amizades feitas e o conhecimento da realidade de um sistema que possui um amplo desempenho e estruturação, é motivador para os acadêmicos. A vivência provoca o aluno sobre o sistema e no que pode ser feito, principalmente como futuro profissional de saúde.

O PAPEL DE INFORMAR NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Marianne Cardoso Julio, Marielly Almeida Silva, Mauricio Matheus de Melo Rosa, Nina Rosa Ferreira Soares

Palavras-chave: Boletim Informativo, Saúde e cidadania, Saúde Coletiva

APRESENTAÇÃO: O Boletim Eletrônico Informativo Saúde e Cidadania é um projeto de extensão realizado pelo Núcleo de Desenvolvimento em Saúde (NDS), do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Criado em 25 de abril de 2005, caracteriza-se como um canal de informação online voltado à professores, alunos, gestores, trabalhadores, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), instituições no âmbito da saúde e movimentos sociais. Tem o objetivo de divulgar informações sobre saúde nas áreas de pesquisa, ensino e serviços, desta forma assume o papel de instrumento de divulgação das ações de educação permanente em saúde. DESENVOLVIMENTO: O Informativo é editado pela equipe e veiculado semanalmente via site do Observatório de Recursos Humanos em Saúde - Estação de Trabalho: Saúde, Trabalho e Cidadania. A metodologia de elaboração do Boletim contempla pesquisas em sites relacionados à saúde e, com base nesse levantamento preliminar, são discutidas as propostas de pautas que irão compor cada edição. Atualmente, é desenvolvido pelos bolsistas do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da UFMT, que integram formalmente o trabalho do NDS e possuem autonomia na elaboração do Saúde e Cidadania. Os principais temas tratados são relativos à legislação, divulgação de informações, ações, cursos, eventos e campanhas em prol da saúde, resultados de estudos, defesas de

dissertações e teses, além de vagas para seleção ou concurso público. No decorrer dos anos, o boletim passou por inovações como alteração no layout para facilitar a leitura, melhorar a apresentação e no método de envio dinâmico e automático. Destaca-se que a parceria com o Curso de Graduação em Saúde Coletiva possibilita interdisciplinaridade e abre espaço a um curso que está em processo de consolidação no país. RESULTADOS: O boletim possui aproximadamente 5 mil e-mails cadastrados e foram publicadas 303 edições até setembro de 2015. Aproximadamente 20 estudantes vêm colaborando para o andamento deste projeto. O Boletim leva informação em saúde aos seus leitores e socializa suas produções em eventos relacionados à saúde e à academia, como congressos científicos e outros. O Informativo contribui para a formação acadêmica e pessoal dos bolsistas, proporcionando oportunidades de obterem informações em saúde, produzirem notícias, participarem de eventos, apresentarem trabalhos, trocar experiências com profissionais do meio, momentos de reflexão sobre o sistema de saúde e relacionamento interpessoal. CONCLUSÃO: É um projeto de extensão universitária bem-sucedido e institucionalizado no âmbito do NDS/ISC/UFMT, sendo uma importante ferramenta para o campo da Saúde Coletiva em Mato Grosso, capaz de fazer a articulação entre universidade e sociedade.

O PAPEL DO GRUPO TERAPÊUTICO DE HOMENS NA PERSPECTIVA DE VIDA DE USUÁRIOS DE UM CAPS AD DO RIO GRANDE DO SUL

Verydiana Peruzzi Comis, Scheila Soares de Oliveira, Michele Bulhosa de Souza, Débora Schlotfeldt Siniak

Palavras-chave: Saúde Mental, Grupos, Drogas

APRESENTAÇÃO: Após o surgimento da Reforma Psiquiátrica, criou-se um novo modelo de tratamento às pessoas dependentes químicas, surgindo assim o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), com o intuito de trabalhar estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação psicossocial, envolvendo todos os níveis de atenção à saúde dos usuários, articulado às demais políticas públicas, constituindo-se um espaço de referência, elemento norteador da rede de serviços substitutivos e porta de entrada para essa população(1). Dentre as atividades que o CAPS oferece aos usuários, podem ser citados os grupos terapêuticos. O grupo terapêutico potencializa as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo de vida individual e coletivo. O grupo é entendido pelos usuários como um lugar onde ocorre o debate sobre a necessidade de ajuda de todos. No desenvolvimento das atividades, os participantes fazem questionamentos sobre as alternativas de apoio e suporte emocional (2). Objetivo: Tem-se por objetivo relatar a experiência de profissionais da área da saúde diante o grupo terapêutico de homens ofertado em um CAPS ad do Rio Grande do Sul. Desenvolvimento: Trata-se de um relato de experiência de uma pedagoga e uma enfermeira residente sobre o grupo terapêutico de homens que ocorre em um CAPS ad no interior do Rio Grande do Sul. O grupo foi criado devido uma demanda relatada pelos próprios usuários do serviço. Surgiu em maio de 2015, ocorre uma vez por semana, com duração de aproximadamente uma hora. Os temas abordados vão além do uso e abuso de substâncias psicoativas, mas também sentimentos, patologias e demais assuntos que são sugeridos pelos participantes. RESULTADOS: Nota-se a importância que os grupos terapêuticos possuem na vida

destes usuários, bem como a interação com os demais participantes, facilitando a troca de experiências, pois estão vivenciando situações semelhantes, o que por si só acaba esclarecendo as dúvidas que estes possuem, auxiliando a lidar com os sentimentos que os cercam(3). De modo geral, o grupo terapêutico possibilita o compartilhamento de experiências entre os participantes, propicia escuta, orientação e construção de projetos terapêuticos condizentes com as necessidades dos sujeitos. Ao mesmo tempo, a vivência em grupo favorece maior capacidade resolutiva, por possuir vários olhares direcionados para um problema em comum(4). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conclui-se que o grupo terapêutico é parte fundamental no tratamento do dependente químico, melhorando sua autoestima e a maneira de enxergar a doença, seus medos e dúvidas frente a diversos assuntos. Ressalta-se ainda, a necessidade da criação de mais grupos terapêuticos incentivando estes usuários a reinserção social.

O PAPEL DO MONITOR COMO FACILITADOR NUMA DISCIPLINA ORIENTADA POR METODOLOGIAS ATIVAS

Larissa Ellen Pereira dos Santos, Thainá Rayane Bezerra Vieira, Marina Gomes Fagundes, Maria Carolina Medeiros Trajano, Dailton Alencar Lucas de Lacerda

Palavras-chave: Monitor, Metodologias Ativas, Facilitador

INTRODUÇÃO: A disciplina de História e Fundamentos da Fisioterapia (HFF) na UFPB, trabalha com as metodologias ativas, nas quais o monitor cumpre papel fundamental permitindo aos estudantes, monitores e professor serem facilitadores nesse espaço. A Educação Popular é o fio condutor dessa proposta e integrando a construção

dialógica de conhecimento compartilhado com a valorização do saber do outro. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A disciplina HFF utiliza metodologias ativas que propõe as seguintes estratégias: a territorialização do espaço universitário; seminários criativos e dinâmicos, (utilizando teatro, recursos de mídias digitais); leituras interativas, estudos orientados por textos críticos e rodas de conversas. Toda trajetória é descrita através de um portfólio que reflete e sistematiza as experiências. O monitor é o facilitador das atividades dos estudantes, assessorando-os e garantindo sua autonomia e protagonismo. As visitas técnicas permitem o conhecimento aos cenários de práticas da fisioterapia, contribuindo também para a reflexão crítica do estudante nos futuros espaços de atuação profissional. Tendo como objetivo apresentar o monitor como facilitador no processo de ensino aprendizagem por meio de metodologias ativas. **IMPACTOS:** O monitor participa em todos os momentos como um facilitador ativo orientando o discente no que for solicitado. O estudante é assistido pelo monitor no gerenciamento e compartilhamento de seu aprendizado, de forma que este sujeito se aproprie das ferramentas de ensino que permitem o contato direto do aluno com seu potencial como indivíduos pelo saber próprio. Com uma avaliação formativa e processual, os sujeitos do processo avaliam a disciplina, monitores, professor e se autoavaliam. Ao longo da disciplina constroem suas impressões críticas da experiência e vivências que são sistematizadas em um portfólio individual, criativo e rico sobre o seu aprendizado em HFF. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O monitor se apresenta como um facilitador no processo de ensino e aprendizagem dos alunos de fisioterapia participando de forma protagonista na construção do saber desenvolvido por meio de metodologias ativas na disciplina de HFF.

O PORTFÓLIO COMO INSTRUMENTO PEDAGÓGICO NA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Caroline Mello dos Santos, Luciana Barcellos Teixeira, Bibianna Pavim, Katia Valença Correia Leandro da Silva

O portfólio é um instrumento pedagógico que consiste no registro das experiências vivenciadas ao longo da Residência em Saúde Coletiva. O objetivo deste trabalho é apresentar a potencialidade do portfólio, enquanto ferramenta pedagógica, para sistematizar a construção e produção de conhecimento na residência e a documentação das ações de saúde desenvolvidas pelos residentes junto às equipes de saúde nos campos vivenciados, sob a ótica da multiprofissionalidade. A estruturação do portfólio é construída em parceria entre residentes, tutores, a coordenação do curso e preceptores. As atividades dos residentes foram registradas em portfólio e consistiram em: acolhimento, itinerâncias e ações de saúde desenvolvidas no primeiro ano da residência, com vistas a potencializar o trabalho em equipe multiprofissional no campo da saúde coletiva. O portfólio mostrou-se como uma boa ferramenta para registros da produção de conhecimento. O instrumento documentou ações que geraram fortalecimento do vínculo; criação de grupos; desenvolvimento de programas inativos e formação de conselhos locais. As atividades práticas foram catalogadas de forma bastante criativa, e o impacto foi observado através da proposição e desenvolvimento de ações de saúde, envolvendo a comunidade local acadêmica, os profissionais da saúde e os residentes. O portfólio é uma potente ferramenta pedagógica, capaz de documentar as diversas ações de saúde coletiva, multiprofissionais,

realizadas pelos residentes nas Unidades de Saúde, embasadas nos marcos teóricos e conceituais do SUS. Chega-se a conclusão que o uso de portfólios nas residências é importante não só para documentação do trabalho, mas também como instrumento eficaz para a educação permanente, discussão dos processos de trabalho no SUS, e para avaliação pedagógica dos próprios programas de residência.

O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE NA PERSPECTIVA DO CONTROLE SOCIAL

Fernando Marcello Nunes Pereira, Cássio Henrique Alves de Oliveira, Cristina Camargo Pereira, Maria das Graças Freitas de Carvalho

Apresentação: O respectivo trabalho apresenta as atividades no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) com suas práticas voltadas para o âmbito clínico e social com ênfase no controle social da região noroeste de Goiânia-Go. Tem como objetivo discorrer sobre as atividades no Núcleo de Apoio à Família (NASF) e suas contribuições na organização de fóruns e em reuniões de conselhos locais e municipal de saúde. Garantindo a formação contínua de maneira humanística e crítica. **Desenvolvimento do trabalho:** Trata-se de um relato de experiência da atuação do aluno PET-Saúde no NASF e este como um dos protagonistas na garantia do controle social na região noroeste de Goiânia. **Resultados e impactos:** O PET-Saúde tem ações intersectoriais direcionadas para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). O NASF tem atuação integrada e ajuda a organizar os fóruns de saúde da região noroeste ampliando as discussões e fortalecendo o

controle social. O diálogo com as unidades básicas da região acontece de forma horizontal com a conscientização de cada unidade para a mobilização das áreas assistidas, estimulando a participação popular nos fóruns de saúde que acontecem uma vez ao mês. O NASF ainda produz um informativo com o resumo das últimas reuniões. Mobiliza a população em atendimentos domiciliares informando a data e o horário dos fóruns e reuniões dos conselhos locais de saúde. O NASF recebe um retorno de suas atividades através de diálogo com os usuários e trabalhadores da saúde que sempre colocam a importância do trabalho do NASF nos fóruns e nos conselhos. Considerações finais: Esses espaços de controle social contribuem para formação crítica do estudante propiciando amplo entendimento dos mecanismos de mobilização social e de sua importância como estratégia de fortalecimento do SUS.

O PROJETO “VER-SUS OESTE SANTA CATARINA” E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE: PERSPECTIVAS SOBRE A ÓTICA DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

Camila Dervanoski, Fabíola Feltrin, André Lucas Maffissoni, Aline Rohden, Thais Cristina Hermes, Larissa Hermes Thomas Tombini, Cláudio Claudino da Silva Filho, Adriana Carolina Bauermann

Palavras-chave: Formação em saúde, Integralidade, Trabalho multiprofissional

APRESENTAÇÃO: O Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), proposto pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com a Rede Unida e movimentos estudantis, é um dispositivo que oportuniza aos estudantes outra forma de aprendizagem e tem como objetivo aproximar acadêmicos de

diferentes áreas do conhecimento, com a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e a concepção ampliada desta como determinada e condicionada por múltiplos segmentos. Neste contexto a interação multiprofissional e o trabalho em equipe apresentam-se como condição fundamental à produção da saúde pretendida. DESENVOLVIMENTO: As vivências VER-SUS Oeste Catarinense, foco deste relato, ocorreram em julho/2015. Envolveram 58 estudantes de ensino superior, de diferentes áreas do conhecimento, organizados em 08 grupos de trabalho. As vivências ocorreram nas redes de atenção à saúde em nível local e regional. O período de imersão foi de oito dias, contemplando reflexões teóricas e vivências. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Considerando o princípio da integralidade apresentado na Constituição Federal de 1988 e reafirmado na Lei 8080/90, o cuidado à saúde ao indivíduo/família/comunidade requer não apenas um profissional, mas sim uma equipe qualificada envolvendo distintas áreas de conhecimento. Nesse sentido o VER-SUS viabiliza a organização dos grupos de trabalho de forma multiprofissional e interdisciplinar, onde a troca de saberes provoca reflexões, significações, ressignificações, transformações e elaboração de novos saberes. As vivências realizadas provocam, ainda, o conhecimento, reconhecimento, respeito e valorização dos profissionais das distintas áreas de conhecimento atuantes nos serviços. O VER-SUS possibilita um “pensar e fazer juntos”, que muitos estudantes não vivenciam ao longo de suas graduações. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A proximidade dos viventes durante o período se constituiu uma prévia do que virá a ser o trabalho em equipe no futuro, quando inseridos no mercado de trabalho. Identificaram-se durante o processo, distintos níveis de sensibilização dos estudantes em relação ao respeito ao conhecimento do outro,

requisito primordial para o trabalho em equipe. Nesse sentido, compreende-se que durante a formação, iniciativas como o VER-SUS contribuem significativamente na valorização e reconhecimento do trabalho em equipe na perspectiva do cuidado integral à saúde.

O QUE VEM DEPOIS DO EVSUS/VERSUS: A ESTRATÉGIA DOS ENCONTROS ITINERANTES DO SUS BAHIA

Debora Moura dos Santos, Luciana de Oliveira Alves, Laíse Rezende de Andrade, Suiane da Costa Ferreira, Izabelle Pinto Camara, Décio Plácido dos Santos Neto

Palavras-chave: Formação em Saúde, Integração educação e trabalho

APRESENTAÇÃO: A produção dos processos de cuidado à saúde vem passando por um momento de mudanças no que tange a garantia da integralidade e qualidade da atenção à saúde, exigindo dos profissionais a incorporação e adequação de práticas e saberes sobre o trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde - SUS e o desenvolvimento de novas competências e habilidades. Para tal, umas das estratégias utilizadas tem sido a realização dos Estágios de Vivências que constituem importantes dispositivos que permitem ao estudante experimentar o cotidiano de trabalho da gestão e dos serviços de saúde como espaço de aprendizagem, configurando-se enquanto um princípio educativo e possibilitando a formação de profissionais comprometidos ético e politicamente com as necessidades de saúde da população. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB, através da Escola Estadual de Saúde Pública – EESP, em parceria com a Rede Unida, realiza o Estágio de Vivências no SUS Bahia/VERSUS Brasil que já teve

7 edições e contou com a inscrição de 20.025 estudantes e a participação de 2.113, entre mediadores de aprendizagem e estagiários dos 17 cursos de saúde, distribuídos em 55 municípios. Observa-se, portanto, que apenas cerca de 10% dos inscritos puderam participar do EVSUS/VERSUS. Pensando nisso, a EESP idealizou os Encontros Itinerantes do SUS Bahia que são espaços de debate/discussão sobre temas inerentes ao SUS, e tem como principal público-alvo os estudantes que não foram contemplados com vaga no EVSUS/VERSUS. RESULTADOS: Os Encontros Itinerantes do SUS já ocorreram em 4 Instituições de Ensino Superior (IES) do município de Salvador realizado pela EESP em parceria com as IES (docentes e estudantes), sendo estes últimos protagonistas da construção e execução dos encontros. Os temas debatidos foram: Reforma Sanitária, Perfil profissional para Saúde Coletiva, Políticas Públicas de Saúde e Formação em Saúde. Os 4 encontros contaram com a participação de cerca de 500 estudantes e professores de IES públicas e privadas. Estes espaços tem estimulado a construção de novas relações de compromisso entre as instituições de ensino e o SUS, tendo o processo de trabalho em saúde e a aproximação dos estudantes com este, como fio condutor para os processos de mudança na formação, além de democratizar o acesso a debates e reflexões sobre o SUS. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A realização dos Encontros Itinerantes do SUS representa a necessidade de parcerias entre a saúde e a educação, a partir da associação do trabalho com a educação, no que tange a indução para o ordenamento da formação em saúde, qualificando futuros profissionais e despertando a capacidade de avaliar, propor e implementar políticas públicas de saúde nos sistemas locais de saúde da Bahia.

O REAL-ATUAL: REFLEXÕES EM ATO PRODUZIDAS NO MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA E A 15A. CNS

Maria Rocineide Ferreira da Silva, Maria Marlene Marques Ávila

Palavras-chave: diálogo, Conferência Nacional de Saúde, Saúde Coletiva

A formação na pós-graduação stricto sensu precisa contribuir para produção de conhecimentos sentidos que contribuam efetivamente com reflexões que se pautem pelas demandas, necessidades e desejos dos usuários do Sistema Único de Saúde. Como ouvir todos implicados com a produção de uma saúde pública de qualidade? Tema pautado na 15a. Conferência Nacional de Saúde. O objetivo do presente trabalho é relatar as experimentações vivenciadas por docentes e discentes na disciplina Seminários Temáticos que aborda questões e debates atuais relacionadas à Saúde Coletiva e ao funcionamento do SUS, enfatizando as conquistas, os desafios desde a sua implementação e as diferentes estratégias na busca de sua consolidação. Enfatiza os modelos assistenciais que possibilitam novas práticas de saúde em conformidade com os ideais da Reforma Sanitária brasileira. A disciplina aconteceu na Universidade Estadual do Ceará no primeiro semestre de 2015. Propôs como avaliação da disciplina que por grupos mestrados procurassem desenvolver junto a grupos uma conversa dialogada a partir do círculo de cultura proposto por Freire enfocando um dos temas propostos para debate nas conferências de saúde, tema este escolhido com o grupo de forma singularizada. Ao todo foram realizados 05 grupos, o tema prioritário escolhido foi o acesso a saúde. As produções de cada grupo foram diferentes, tanto do ponto de vista de produtos materiais como sensíveis, a arte, na perspectiva livre. E aí, colagens, poemas, esculturas de argilas, vídeos contribuíram

para vocalizar problematizações reveladoras de potências e também de algo a ser superado, no mundo do trabalho, na própria questão da participação de usuários para qualificar a atenção a saúde. Refletimos sobre a importância dessa conversa-diálogo, construção de novos modos de realizar conferências e a necessidade da multiplicidade destas com garantia da acolhida as diferenças dos povos que residem em territórios distintos. A disciplina foi potente para o mestrado, na voz dos mestrados por conferir um sentido real-atual ao que o mestrado pode ofertar no campo da construção- contribuição na saúde coletiva.

O RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL: A MULTIPLICIDADE EXISTENCIAL DO CASO DEUZA

Camila Rocha dos Santos, Deib Lima de Souza, Fabiana Mânica Martins

Palavras-chave: usuário guia, conexão existencial, saúde mental

Trata-se de um relato de experiência que se apropria da ferramenta do usuário guia, enquanto ensaio de produção do conhecimento da narrativa partindo da experiência vivida, sentida e afetada. São as redes de cuidado produzidas pelo usuário, construídas e inventadas fora do sistema de saúde, que muitas vezes se traduzem na luta por vencer as barreiras produzidas no próprio sistema. Reportar-me-ei a uma usuária que me tocou intensamente, a (Deuza). Quando reencontrei a Deuza pela última vez, em novembro de 2014, ela estava andando pelas ruas do centro da cidade de Manaus, totalmente despida, suja, com o cabelo maltratado, parecia não saber o que estava fazendo naquele momento. Ninguém ao vê-la naquela situação imaginária que ela trabalhava, era mãe, amiga, que tinha uma família e uma

casa para morar. Minha intervenção no momento deste acontecido foi levá-la para a sua residência. No mesmo dia, a Deuza foi encaminhada para uma instituição psiquiátrica, de onde fugiu minutos depois. Mais tarde, a encontraram morta em uma avenida bastante agitada de Manaus, havia sido vítima de um atropelamento, estava nua e quase irreconhecível, e sem documentos que a identificassem. As informações que circulavam pelos jornais se referiam a ela como uma moradora de rua. Uma das contribuições desta militante, em saúde mental, utilizada para dar voz a sua compreensão sobre o referido tema, neste usuário guia, é o seu Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado a Universidade Federal do Amazonas em 2012, com o respectivo título: A Convivência Familiar e Comunitária dos Usuários Atendidos no Centro de Atenção Psicossocial Sul (CAPS-SUL) em Manaus. Desse modo, o relato da produção do cuidado referente ao usuário guia escolhido é fundamental para se compreender os diversos caminhos, ou melhor, as diversas redes de conexões estabelecidas entre este usuário, o sistema de saúde, e para além deste sistema, outras redes que foram constituídas por ele, com o objetivo de alcançar sua autonomia e satisfazer suas necessidades. A Educação Permanente em Saúde como estratégia de mudança no processo de trabalho, no cotidiano dos profissionais pode viabilizar uma rede de conexões que potencialize o cuidado e o trabalho, com mais produção de saúde e menos barreiras nos nossos serviços.

O RESGATE DA SABEDORIA POPULAR ATRAVÉS REVITALIZAÇÃO DE UM JARDIM TERAPÊUTICO COMUNITÁRIO

Gisele Becker, Maria Denise Mesadri Giorgi, Gladys Brodersen, Tatyana Cristine Dias Mathiola, Joice Grasiela Costa da Silva,

Ana Luiza Marchi, Maria Eduarda da Silva Silveira, Karin Cristina Cristofolini Oliveira

Palavras-chave: Promoção da saúde, Plantas medicinais, Enfermagem

INTRODUÇÃO: Durante execução do estágio Curricular Supervisionado do Curso de Graduação em Enfermagem, atuamos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Itajaí - SC. Nesta comunidade o uso de chás, vem a ser cultura antiga entre seus membros, e prática recorrente na UBS, através do cultivo de plantas medicinais nas dependências da mesma. O uso de plantas medicinais é uma prática histórica, que no decorrer dos anos foi sendo substituída por medicamentos industrializados. Entretanto, essa prática popular não desapareceu por completo, pois foi sendo transmitida de geração a geração no eixo familiar e comunitário. No Brasil, esta prática foi fortalecida com a criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 971/2006, que objetivou a ampliação das opções terapêuticas aos usuários do SUS, com garantia de acesso a plantas medicinais, a fitoterápicos e a serviços relacionados à fitoterapia, com segurança, eficácia e qualidade, na perspectiva da integralidade da atenção à saúde. OBJETIVO: Revitalizar o Jardim de plantas medicinais existente na UBS, promovendo a incorporação das PICs. METODOLOGIA: Através de uma metodologia ativa e integrativa, identificamos que o jardim de plantas medicinais precisava ser resgatado, pois a unidade havia passado por reformas e o jardim ficou prejudicado. Com o envolvimento da ESF 028 e coordenação da UBS projetou-se o novo jardim. Identificamos na comunidade pessoas que poderiam realizar parcerias de mudas de plantas e materiais para a confecção do jardim e convidamos para participar do

projeto. Assim a comunidade colaborou com doações de mudas das plantas e de materiais para a confecção do jardim. Contamos também com a colaboração do Horto Municipal e do Viveiro Floresta Nativa. RESULTADOS: A inauguração foi com evento na UBS, juntamente com uma atividade de educação em saúde sobre a temática das plantas medicinais, contando com a presença de 30 pessoas, onde foi compartilhado em roda de conversa o conhecimento sobre chás, ouvindo da comunidade o uso que faziam de determinadas plantas e quem os ensinou a usar e como preparar. Em seguida as acadêmicas demonstraram como preparar uma infusão mantendo as principais propriedades medicinais das plantas. Também houve a distribuição de sementes, chás e o convite à comunidade no cuidado e manutenção do jardim visto que é um espaço de todos e para todos. Neste mesmo momento foi nomeado o jardim como sendo Jardim Terapêutico Raízes do Saber em uma alusão ao conhecimento dos membros mais antigos da comunidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Visto a importância das PICS e o resgate da cultura da comunidade, a revitalização do jardim terapêutico na UBS proporcionou alternativas de tratamentos. Promovendo a saúde através de educações em saúde, estimulando o relacionamento interpessoal dos membros da comunidade com as equipes da UBS através da manutenção e cuidado do jardim.

O TEATRO ENQUANTO ESTRATÉGIA LÚDICA PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ESCOLARES

Deborah Franscielle da Fonseca, Juliana Ferreira da Silva, Lorena Azambuja Andrade

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

APRESENTAÇÃO: A Educação em Saúde constitui-se como uma ferramenta para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, baseada na construção de conhecimentos em visando o empoderamento dos indivíduos na produção do cuidado. No âmbito coletivo, mais especificamente na escola, estas ações devem permear-se pela criatividade a fim de facilitar a construção de conhecimentos. Uma estratégia lúdica de educação em saúde seria o teatro, que é capaz de enriquecer estas ações numa modalidade de ensino-aprendizagem estimulante, integradora e participativa. A partir disto, objetivava-se relatar a experiência de residentes de enfermagem AB/ SF, sobre o uso do teatro como estratégia lúdica para educação em saúde com escolares em um município de Minas Gerais. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um relato de experiência de residentes de enfermagem AB/ SF sobre a realização de atividade educativa através do teatro com escolares. Na tentativa de promover a aproximação dos Serviços de Saúde Estratégia de Saúde da Família (ESF) e educação, foi desenvolvida uma parceria com uma escola municipal da área de abrangência de uma ESF, com intuito de desenvolver ação educativa sob forma de teatro relacionada à Hanseníase, já que, posteriormente aconteceria a Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses e Tracoma. Esta Campanha ocorre em escolas públicas de todo o Brasil, com escolares de 5-14 anos de idade, buscando esclarecer sobre a cura, prevenção e identificação de sinais e sintomas, favorecendo o diagnóstico precoce e o tratamento imediato destas doenças. Desta forma, o planejamento e realização da atividade educativa, buscou atender aos objetivos da Campanha, além de estabelecer vínculo com o ambiente escolar. Durante o planejamento do teatro, houve envolvimento das residentes com a equipe de saúde, que também auxiliou

a atividade, e dos educadores, que como contra proposta sugeriram que os escolares, enquanto divulgadores de conhecimento montassem murais informativos sobre a Hanseníase na escola. Construiu-se um roteiro para o teatro baseado em uma situação cotidiana e cômica, onde uma usuária do Serviço de Saúde procurou sua ESF de referência queixando aparecimento repentino de manchas claras e sem sensibilidade por todo o corpo, ao atendê-la, a profissional de saúde informou sobre a transmissão da doença, a identificação de sinais e sintomas, a importância do diagnóstico precoce, o tratamento imediato e gratuito pelo SUS e as principais formas de prevenção e cuidados com a saúde. RESULTADOS: Desde o planejamento inicial da proposta até a realização do teatro, identificou-se o envolvimento da equipe de saúde, dos educadores e o estabelecimento de vínculo. Durante a atividade educativa, foi perceptível o interesse e participação dos escolares, que sugestionavam ideias de prevenção à saúde. Ao confeccionarem os murais informativos, percebeu-se também o comprometimento e o efeito positivo da atividade educativa na construção de conhecimentos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Através do teatro, foi possível (des) construir saberes e práticas em saúde por meio do estímulo ao pensamento crítico e reflexivo. Realizar esta atividade educativa foi de fundamental importância para a formação profissional, pois possibilitou a experimentação de uma nova estratégia de educação em saúde para as profissionais residentes.

O TRABALHO PSICOSSOCIAL JUNTO AOS FAMILIARES NA UNIDADE PEDIÁTRICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA (HUAB)

Cilã e Nea Costa, Cecilya Mayara Lins Batista

Palavras-chave: Humanização da Assistência, Direito à Saúde, Apoio Social

O processo de hospitalização da criança traz repercussões para todos os envolvidos no processo de cuidado, seja a equipe de saúde, seus acompanhantes e sua rede social, inclusive à própria. Por entender as peculiaridades e desafios que revestem o processo de saúde-doença as intervenções do Serviço Social e da Psicologia têm se debruçado na perspectiva de potencializar o papel do acompanhante durante o período de hospitalização na pediatria do Hospital Universitário Ana Bezerra - HUAB, evidenciando seu protagonismo como partícipe do cuidado a saúde da criança e/ou adolescente internados, oferecendo um espaço de acolhimento e escuta, de modo que os familiares possam expressar suas emoções, angústias e ansiedades diante da hospitalização, bem como orientações aos mesmos que versam sobre os direitos e deveres do acompanhante, os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e o direito a um atendimento que respeite sua subjetividade, seus valores, cultura, que seja livre de qualquer tipo de discriminação. Para tanto, laçamos mão de uma escuta qualificada, na tentativa de oferecer um momento o mais acolhedor e humanizado possível, o que nos tem permitido refletir juntos aos familiares sobre os aspectos de saúde dos internos e as relações interpessoais com a equipe de saúde dentro do contexto hospitalar, visando elucidar todas as dificuldades vivenciadas pela família e pela equipe de saúde. Tal momento tem se mostrado rico e participativo, em face das visibilidades que ganham algumas demandas trazidas pelas famílias, sendo elas na sua maioria de cunho social, psicológico e de dificuldades de convívio familiar e comunitário. A partir dessas necessidades evidenciadas, temos buscado pautar nossas ações de forma integral, acionando a rede

intersetorial através de encaminhamentos para atendimento e acompanhamento junto aos serviços e programas que as famílias fizerem jus. Dessa forma, a intervenção psicossocial junto aos familiares ou cuidadores da criança e/ou adolescente internos na pediatria do HUAB contribui para fortalecer o papel do acompanhante, resgatando seu protagonismo diante do processo de hospitalização.

O USO DA LITERATURA DE CORDEL COMO UM INSTRUMENTO PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Roziele Lima Silva, Jetsemani Araújo Ribeiro

Palavras-chave: educação em saúde, literatura de cordel,

A educação em saúde é uma forma de alcançar a população, levando até ela informações de grande efetividade para a manutenção e programação de seu autocuidado. Para que isso ocorra da forma correta, instrumentos e tecnologias devem ser aplicados para que as comunidades sejam alcançadas. O uso do lúdico, dança e teatro são formas leves que chamam a atenção e contribuem para o aprendizado. Uma outra tecnologia a ser utilizada é a literatura de cordel; há tempos utilizada de forma leve e didática, envolvendo adultos e crianças, através da rima e dos versos, com muito bom humor, informações, histórias e aventuras. Neste sentido, é uma importante tecnologia a ser explorada para o uso na educação em saúde, devido a sua pertinência e efetividade cultural. Este trabalho, elaborado a partir de uma vivência, apresenta um relato de experiência onde, dois estudantes do curso de enfermagem criam um momento cultural dentro de uma Unidade Básica de Saúde, levando profissionais e usuários a refletir a importância dos direitos sexuais e reprodutivos, de forma leve e descontraída,

através do uso da literatura de cordel, a qual foi elaborada pelos próprios acadêmicos. Buscando novos significados e novas percepções quanto a temática, envolvendo o público com os versos, levando a reflexão sobre suas percepções próprias sobre o tema. Esta ação educativa surtiu um efeito positivo na unidade, comunidade e acadêmicos. Ao final do evento, a literatura foi distribuída entre os participantes, fomentando a importância da leitura, do conhecimento, e divulgação do saber. Com a realização dessa ação educativa, foi possível perceber o valor desse instrumento, de fácil acesso, fácil interpretação e grande valia para a divulgação das boas práticas de saúde.

O USO DA SIMULAÇÃO REALÍSTICA NO CONTEXTO DO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Wanda Barbosa de Assis Vieira, Soraya Maria de Medeiros, Raphael Raniere de Oliveira Costa, Marília Souto de Araújo, Marcella Alessandra Gabriel dos Santos, Fillipe André dos Santos Silva

Palavras-chave: Simulação, Formação em Saúde, Ensino de Enfermagem

APRESENTAÇÃO: No contexto do ensino em saúde, a simulação realística é uma metodologia ativa que permite a reprodução de situações práticas aproximadas dos diversos contextos e cenários do processo de trabalho nesta área. Entre as ferramentas que podem ser utilizadas na simulação cita-se o uso de pacientes-padrão, que são atores treinados para atuarem e reproduzir comportamentos de usuários em diversas situações e estabelecimentos de assistência a saúde. Por ser uma ferramenta que dispensa grandes dispêndios, o uso de paciente-padrão pode ser considerada uma maneira

de viabilizar a capacitação de profissionais e estudantes da área da saúde e enfermagem. Nesse sentido, objetiva-se refletir sobre a simulação realística e a ferramenta paciente-padrão como possibilidades de capacitação de estudantes e profissionais de saúde no contexto da formação e atualização em tópicos de Atenção Primária a Saúde. METODOLOGIA: Este estudo consiste em um relato de experiência a partir das atividades executadas em um projeto de ações associadas (ensino, pesquisa e extensão), vinculado à graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, Brasil. O projeto foi desenvolvido no período de agosto a outubro de 2015. Referente ao ensino deu-se continuidade a simulação de alta fidelidade na disciplina intitulada Atenção Integral a Saúde II, Atenção Básica. Além dessa atividade, foram elaboradas cartilhas e guias para treino de habilidades. Na pesquisa, identificou-se a percepção dos estudantes de enfermagem referente à metodologia da simulação. Na extensão, foi criado um curso de capacitação para docentes, objetivando capacitá-los para a criação de cenários de simulação com o uso de atores. Durante o desenvolvimento do projeto, foi utilizada a ferramenta paciente-padrão. RESULTADOS: A simulação oportuniza uma aproximação com os diversos cenários habituais dos serviços de saúde e possibilitando uma aprendizagem significativa. A utilização do paciente-padrão nos ambientes de simulação oferece aos estudantes e aos profissionais de saúde, um contato antecipado aos possíveis eventos que ocorrem no cotidiano das práticas em saúde e permite a aquisição de competências e habilidades. Ao considerar a complexidade que envolve as diversas situações na relação estudante/profissional/usuário/serviço/assistência é imprescindível pensar uma formação e estratégias de ensino e aprendizagem que permitam aprender

a aprender. Por se tratar de um projeto piloto e envolver a formação, os impactos desse trabalho precisam ser avaliados e compreendidos em logo prazo. Porém, percebem-se expectativas e satisfação de estudantes e profissionais a partir das experiências vivenciadas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A metodologia da simulação surge como uma estratégia de ensino-aprendizagem que permite a construção de experiências significativas, possibilitando a aquisição de competências e habilidades mais próximas das necessidades atuais. Além disso, a ferramenta paciente padrão é uma possibilidade de capacitar estudantes e profissionais da saúde para lidar com diversas situações do contexto do trabalho em saúde e enfermagem. Na experiência em destaque, a simulação e a ferramenta paciente-padrão atuaram como um dispositivo potencializador da aprendizagem em tópicos de Atenção Primária a Saúde. Palavras-chave: Simulação; Formação em Saúde; Ensino de Enfermagem.

O USO DE METODOLOGIAS ATIVAS NO ESPAÇO DE COLEGIADO DE COORDENADORES DA ATENÇÃO BÁSICA

Mariana Lisboa Costa, Aline Gomes Fernandes Santos

Palavras-chave: Educação Permanente, Apoio Institucional, Metodologias Ativas

Este trabalho é um relato de experiência sobre uma das atividades desempenhadas pelo Apoio Institucional da Diretoria de Atenção Básica (DAB) do estado da Bahia a realização de uma roda de conversa com gestores municipais de Atenção Básica. Este espaço é denominado de Colegiado de Coordenadores de Atenção Básica (COCAB), instância colegiada, de âmbito regional, tem por objetivo operar como espaço permanente de discussão, pactuação e

cogestão solidária, para instituição do planejamento de ações para o conjunto dos municípios que integram a Região de Saúde. As metodologias ativas de aprendizagem são “métodos inovadores que ancoram-se na pedagogia crítica, ética, reflexiva e transformadora, para efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico inscrito na dialética da ação-reflexão-ação” (Mitre et al., 2008). Neste relato a roda de conversa teve como objetivo elaborar um Plano de Ação de acordo com a necessidade dos municípios, a partir da compreensão entre educação continuada e educação permanente. O COCAB ocorre mensalmente e envolve os seguintes atores - coordenadores de Atenção Básica, técnicas do Núcleo Regional de Saúde e apoiadoras institucionais da DAB-BA. O objeto do apoiador institucional é o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produção de saúde, tendo a Educação Permanente sua principal ferramenta para promover ampliação da capacidade de reflexão e de análise dos coletivos. Visando potencializar o espaço de qualificação desses gestores utilizamos como estratégia as metodologias ativas por acreditar no protagonismo destes profissionais e mudanças das práticas. Para poder elaborar o plano de ação 2015, foi necessário trabalhar a compreensão entre educação continuada e educação permanente. Para tanto, utilizamos a dinâmica da Construção do “Mosaico e Quebra-Cabeça”. Os mosaicos construídos foram bem distintos. Quando questionados sobre as diferenças na construção, parte do grupo trouxe ter maior dificuldade na construção do mosaico, pois, o comando de criar uma figura livre levava tempo para pensar, exigia planejamento e decisão em grupo, variedade de cores e peças a serem utilizadas. A relação ao resultado e a diferença nos dois modos, o grupo colocou que a tarefa do quebra-cabeça estava mais clara para todo o grupo

e só precisaram visualizar a imagem. Já o resultado do mosaico se percebe muitas imagens dentro de uma mesma imagem, resultados individuais, não havendo muitas vezes a negociação ou planejamento do grupo de qual imagem seria construída. Objetivos diferentes logo resultados diferentes. Quando feita a reflexão do modo fazer “mosaico” com o processo de trabalho dos coordenadores relacionam a um processo sem muita organização, direcionamento claro, que remete muitas vezes a criatividade para solucionar as várias demandas trazidas pela vivência no município. Porém, os mesmos trazem que num município pequeno onde os serviços de saúde se resumem a Atenção Básica, o seu papel se configura em apagar incêndio, onde todas as necessidades de saúde do município recaem sobre o coordenador, tornando-se responsável pela solução dos problemas. Já a analogia que fizeram do seu processo de trabalho com o quebra-cabeça foi de um trabalho mais estruturado, de resolução de demandas mais claras e objetivas.

O USO DO RACIOCÍNIO CLÍNICO COMO METODOLOGIA PARA O ENSINO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Isabelle Campos de Azevedo, Diana Paula de Souza Rego Pinto Carvalho, Giovanna Karinny Pereira Cruz, Priscila Fernandes Meireles Câmara, Rita de Cássia Lira da Silva, Luísa Alves Pereira de Aquino, Jéssica Valeska Herculano Lima, Marcos Antonio Ferreira Júnior

Palavras-chave: enfermagem, ensino, educação técnica em enfermagem

A formação atual de profissionais em nível técnico para a área da Enfermagem, assim como outras áreas específicas da formação profissional, requer mudanças no agir

pedagógico, que deve dar ênfase ao ensino cujo foco é o aluno em detrimento ao modelo comportamentalista, centrado no professor e nos conteúdos. É importante que o raciocínio clínico seja estimulado por meio das mais diversas metodologias de ensino, pois esse processo de reflexão resulta em novas formas alternativas de pensar e agir em saúde, diante de diferenciados contextos. O presente estudo tem por objetivo relatar a experiência docente do uso do raciocínio clínico durante o ensino no curso técnico em enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir de vivência docente durante a disciplina de Semiotécnica do curso técnico em enfermagem de uma instituição privada, no mês de junho de 2014. As aulas teóricas, simulações e a resolução dos casos clínicos foram realizadas no laboratório da escola técnica, localizada na cidade de Parelhas/RN e os estágios aconteceram em um hospital público da mesma cidade. Faziam parte da turma 20 mulheres, com idade entre 18 e 38 anos. O conteúdo programático foi construído de forma a contemplar as temáticas referentes à Semiotécnica, como: lavagem de mãos; técnica de calçamento de luvas estéreis; uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI); preparo da cama hospitalar; mudanças de decúbito; admissão, alta e transferência do pacientes; administração de medicamentos; verificação de sinais vitais; banho no leito; feridas e curativos, dentre outros. Após a exposição dos conteúdos teóricos, as alunas frequentavam o laboratório para colocar em prática todo o conhecimento discutido em sala de aula, a partir de simulações e de casos clínicos que representavam a realidade dos serviços de saúde. Para a resolução dos casos era cobrado que fossem contextualizados conteúdos de anatomia, fisiologia, patologia, farmacologia, semiotécnica e outros. Desse modo, era exercitado o pensamento clínico, no qual o aluno não

realizava apenas a técnica, mas sim uma práxis pensada, com o objetivo de atender as necessidades de saúde do paciente e de que o mesmo compreendesse e valorizasse mais o seu papel enquanto profissional da saúde. O aprimoramento constante do raciocínio clínico é um desafio para todos os profissionais da área de saúde e exige a utilização de múltiplas estratégias. Realizar o ensino-aprendizagem ancorado sobre o aprimoramento do raciocínio clínico não é um processo fácil, contudo, é necessário, uma vez que as ações dos profissionais interferem no complexo processo saúde/doença, e geram demandas de cuidados específicos aos indivíduos. Cabe ressaltar a importância de se observar os resultados advindos dessa formação, especialmente avaliar as transformações nos processos cognitivos e as propostas de mudanças nas práticas assistenciais.

O VER-SUS COMO UM ESPAÇO DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR PARA A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

Camila Tenório Ferreira, Daianny de Paula Santos

Palavras-chave: educação em saúde, interdisciplinaridade, saúde popular

APRESENTAÇÃO: O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva oferecido pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz – PE objetiva formar sanitaristas para atuarem na gestão das ações e serviços de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo do Programa, os residentes têm a autonomia de desenvolver atividades complementares e de extensão, que irão compor seu processo formativo enquanto sanitaristas. Dentre tais experiências, as Vivências e Estágios na Realidade do SUS

(VER-SUS) têm representado um espaço pedagógico e de atuação interdisciplinar para os residentes, permitindo diálogos e trocas de experiências a partir de vivências e discussões sobre a realidade do SUS. Objetivou-se relatar a experiência das residentes que, durante o Programa da Residência, estiveram inseridas na comissão organizadora da Região Metropolitana do Recife (RMR), construindo edições do VER-SUS que ocorreram em alguns municípios do Estado de Pernambuco: Goiana (2014.2), Sertão do Pajeú (2015.1), Recife (2015.2) e na facilitação do VER-SUS ocorrido na Zona da Mata Paraibana (2015.2). DESENVOLVIMENTO: A atuação enquanto residentes inseridas no VER-SUS consistiu na realização de atividades organizacionais e pedagógicas, tais como (1) construção da proposta e viabilidade técnico-logística do projeto; (2) articulação intersetorial (gestão municipal e estadual, movimentos estudantis e sociais organizados); (3) organização pedagógica da vivência (elaboração da metodologia, formações político-pedagógicas, seleção de viventes e facilitadores); (4) facilitação da vivência; (5) demandas da comissão organizadora (avaliação geral, prestação de contas com a Rede Unida e elaboração do relatório final); (6) Desdobramentos pós-VER-SUS. Foram utilizados para a construção pedagógica desse processo os métodos de problematização de Paulo Freire e de Josué de Castro (edição PB) que fundamentaram a estrutura das edições realizadas. Durante as vivências foram discutidos temas relacionados à sociedade, determinantes sociais e da saúde e imersão em serviços de saúde e comunidades de populações específicas e de resistência que possibilitaram ampliar a discussão e reflexão sobre a realidade vivenciada. Impactos: Cada edição contou com cerca de 60 participantes de campos interdisciplinares da saúde e intersetoriais. A participação na

organização do VER-SUS PE RMR contribuiu significativamente no processo pedagógico e de formação das residentes, configurando-se em espaços singulares de experiências teórico-práticas no campo da saúde coletiva, trazendo repercussões significativas no processo de formação política e profissional das mesmas. Além disso, a construção das edições do VER-SUS PE RMR possibilitou a integração das residentes em movimentos sociais organizados, o reconhecimento da realidade social, diálogos intersetoriais sobre saúde popular e ampliação da instiga pela Reforma Política e Sanitária Brasileira. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O VER-SUS, enquanto estratégia de educação permanente em saúde proporcionou um espaço de aprendizado prático e político, contribuindo significativamente no processo de formação das residentes enquanto profissionais sanitárias. Além disso, tal experiência não só repercutiu no processo de formação das residentes que atuaram como facilitadoras, mas proporcionou reflexões e influências nos viventes, sensibilizando os sujeitos envolvidos nesse processo de compromisso na defesa do SUS, tanto como usuários como trabalhadores da saúde.

O VER-SUS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DO DIREITO

Marcia Guimarães, Carlos Alberto Severo Garcia Junior, Gladys Brodersen

Palavras-chave: Saúde Pública, Direito à Saúde, VER-SUS

APRESENTAÇÃO: O VER-SUS (Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde) é um projeto que visa ampliar o olhar de profissionais da área da saúde relacionado aos serviços públicos, levando em consideração que muitos destes profissionais após o término da graduação tem um enfoque de atuação em clínicas

particulares, deixando de lado a saúde coletiva. Na contramão vem o profissional do Direito que só estuda Saúde Pública quando lhe é apresentado o Artigo 6º da CRFB/88 que trata dos Direitos Sociais e quando estuda o Direito à Saúde e as atribuições do SUS nos artigos 196 a 200. Em nenhum momento da graduação nos é dada a oportunidade de conhecer profundamente o SUS. O profissional sabe sobre o Direito à Saúde, mas poucas vezes entende os benefícios que a saúde pública proporciona. Diante disto este resumo tem o objetivo de relatar a experiência da única profissional do Direito na edição do VER-SUS Foz do Rio Itajaí 2015, bem como mostrar a importância da participação do acadêmico de Direito para a construção de uma saúde pública de qualidade. IMPACTOS: Vivenciar na prática o estudado em sala de aula é um dos grandes objetivos do VER-SUS, entretanto para o profissional do Direito é a oportunidade de entender os princípios do SUS e literalmente vivenciar o Direito à Saúde, afetando-se com as trocas estabelecidas entre acadêmicos de outros cursos além do contato com os profissionais de saúde. É, talvez, o único momento que este profissional vai compreender o que o legislador quis dizer no Artigo 196 da CRFB/88 ao prever que “A saúde é direito de todos e dever do Estado” e garantido mediante políticas públicas “que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário”. Tanto a imersão quanto as vivências proporcionam este aprendizado ao profissional do Direito. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A experiência de vivenciar o VER-SUS junto com profissionais de outras áreas faz com que todos saiam de sua zona de conforto e passe a olhar o outro profissional como um aliado na busca da saúde coletiva. Para o profissional do Direito, oportuniza ampliar a concepção de saúde, compreender o cidadão ao seu redor como um sujeito que precisa de cuidado integral e não somente como um cliente. O

VER-SUS faz com que o profissional tenha o desejo de lutar para que sejam garantidos ao usuário do SUS, pelas vias administrativas, os serviços de saúde para a promoção, proteção e recuperação e que este direito a uma saúde plena não seja obtido somente através da Judicialização, quando muitas vezes pode ser tarde demais. Assim, pode-se concluir que o profissional do Direito é um ator importante no fortalecimento do SUS e que tem muito a compartilhar como os outros profissionais do VER-SUS.

OVER-SUS NO INTERIOR DO AMAZONAS: A PERCEÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Anny Beatriz Costa Antony de Andrade, Paulo Sérgio Ferreira da Silva Filho, Henry Walber Dantas Vieira

Palavras-chave: SUS, Enfermagem, Aprendizagem baseada em problemas

Apresentação: Criado na constituição de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde (Leis nº. 8.080/90 e 8.142/90) o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo garantir o acesso da população brasileira à saúde, na busca da redução de desigualdades sociais. Em 2002, foi criado o Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), tendo como objetivo inicial oferecer aos acadêmicos de graduação a oportunidade de participar dos desafios diários do SUS, através da pedagogia problematizadora. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência da vivência obtida por acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), componentes de uma equipe multidisciplinar de sete alunos do projeto VER-SUS destinados ao município de Uruçurituba, Amazonas durante uma semana em março de 2015. Dentre as

atividades desenvolvidas nesse período houve visitas às comunidades assistidas pelo município, unidades básicas de saúde da região, unidade mista da cidade, fundação de vigilância sanitária, domicílios, centros de convivência e a relação de atividades de educação em saúde nas escolas. Resultados e/ou impactos: Logo nos primeiros dias, percebemos os problemas enfrentados pelos enfermeiros das unidades de saúde. A falta de apoio por parte da gestão municipal, por vezes não valorizando o trabalho da equipe multiprofissional, e sobrecarregando os trabalhadores de enfermagem. A falta de recursos humanos e materiais para uma assistência de qualidade foi bastante evidente, mas a humanização da equipe de enfermagem estimula-os a prosseguir no serviço. Considerações finais: Participar do projeto foi gratificante, uma vez que observamos o serviço de saúde tanto da perspectiva do usuário, como do trabalhador. Através da pedagogia problematizadora repensamos possíveis soluções para os problemas encontrados, que poderão ser pertinentes em nossa futura atuação profissional, com o objetivo de que o serviço alcance o usuário do SUS.

O VER-SUS OESTE SANTA CATARINA E A LÓGICA DA IMERSÃO VIVENCIAL: DESAFIOS PARA CONSTRUÇÃO COLETIVA DE VALORES PESSOAIS E PROFISSIONAIS

Camila Dervanoski, Fabíola Feltrin, Adriana Carolina Bauermann, André Lucas Maffissoni, Thais Cristina Hermes, Larissa Hermes Thomas Tombini, Cláudio Claudino da Silva Filho

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Formação profissional em saúde, Aprendizagem ativa

APRESENTAÇÃO: Muitos são os dispositivos

utilizados na lógica da reorientação profissional em saúde, criada e praticada com o intuito de formar profissionais de acordo com a lógica do Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como principal objetivo ir de encontro às reais necessidades de saúde da população, entre eles estão os Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), programas de extensão, Aprender - SUS, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa Mais Médicos e o Projeto Vivências no SUS (VERSUS), este com uma lógica diferenciada de imersão total, tem o objetivo de aproximar o graduando (a) da realidade do SUS, ocorre em diversos locais do Brasil, entre eles a região oeste de Santa Catarina, em um processo de imersão teórica, prática e vivencial. Neste processo de imersão algumas questões surgem: Quais as vantagens e desvantagens? O que essa imersão afeta no estudante, e qual o diferencial caso VER-SUS não tivesse essa característica? **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** As vivências realizaram-se no segundo semestre de 2015, envolvendo 58 participantes, regularmente matriculados em Instituições de Ensino Superior (IES), Públicos ou Privados, organizados em 08 grupos de trabalho. Os locais escolhidos foram os sistemas municipais e regionais de saúde dos municípios do oeste catarinense. As atividades ocorreram em dois dias de capacitação, quatro dias de vivências e, um dia de fechamento e devolutiva. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** O processo de imersão do projeto implica em diversos âmbitos na vida do graduando (a) no fato de que este (a) se vê, de um momento para outro, inserido em um “mundo” com pessoas majoritariamente nunca antes vistas, compartilhando, além do espaço físico em si, individualidades, saberes, experiências de vida, conhecimento prévio, aprendizados e frustrações que ocorrem durante o período de vivência e diversos

outros aspectos que geram mudanças, saída da zona de conforto, transformações, reflexões, inseguranças, inquietações, e até mesmo desconforto momentâneo e fazem com que o graduando (a), saia, ao término do projeto, diferente de quando entrou. Este tempo de imersão dentro do projeto faz com que eles busquem tornarem-se maleáveis e nessa maleabilidade é que mora o “tornar-se”, o “permitir-se” ver o outro, seja este vivente, profissional de saúde, gestor (a) ou usuário (a), interagir em busca de compreender, mas interagir para melhorar-se, transcender-se, características que fazem do VER-SUS um dispositivo importante na resignificação da formação profissional em saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Projeto ainda necessita trabalhar com os diversos sentimentos/ realidades vividas pelo graduando (a) nos momentos de imersão do Projeto, mas, sobretudo, percebe a importância destes processos para a vida do graduando (a) visto que após a formação ele (a) também estará inserido (a) em um campo novo, com pessoas com características e ideias diferentes, de profissões diferentes e necessitará ter a maleabilidade já aqui citada para sentir-se/ser integrante desta equipe e se já tiver passado por momentos parecidos que o possibilitam trabalhar com o “novo”, certamente o fará com mais facilidade, permitindo um melhor proveito do trabalho em equipe e no atendimento aos usuários, relações humanas importantes para o trabalho em saúde.

O VER-SUS PARAHYBA COMO INSTRUMENTO PARA FORMAÇÃO DE ATORES NA CONSOLIDAÇÃO DO SUS

Priscylla Alves Nascimento Freitas, Geísa Dias Wanderley, José Félix de Brito Junior, Israel Dias de Castro, Deborah Zuleide de Farias Melo, Luciana Maria Pereira de Sousa

Palavras-chave: VERSUS, Formação em saúde, Movimento estudantil

APRESENTAÇÃO: O projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde é uma iniciativa governamental de incentivo e fomento à articulação entre movimentos sociais, instituições de ensino e serviços de saúde para realizar eventos, seminários e vivências, com o objetivo principal de sensibilizar estudantes da área da saúde para sua futura atuação profissional ser comprometida com o fortalecimento do SUS. **Desenvolvimento:** O VER SUS Parahyba partiu de iniciativa de estudantes da área da saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que se aglutinam num coletivo auto-organizado chamado “Coletivo da Saúde UFPB”, grupo que já se organiza há quase 10 anos na referida universidade. Em diálogo com a Gerência de Educação na Saúde (GES) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), fortalecemos a construção do projeto e tivemos permissão de ida a diversos serviços oferecidos (atenção básica e média complexidade) pela gestão. A vivência ocorreu entre 01 e 10 de março de 2015, com alojamento no Diretório Central de Estudantes da UFPB, reuniu 34 viventes, 7 facilitadoras, e 12 da comissão organizadora. As vivências percorreram diversas unidades de saúde da família, serviços da rede de atenção psicossocial (Centros de Atenção Psicossocial e unidade de emergência psiquiátrica), centros e núcleo de práticas integrativas e complementares e maternidade. A base teórica da vivência foi a metodologia Josué de Castro, onde dividimos todos os viventes, facilitadores e comissão organizadora em pequenos grupos, à fim de que eles tivessem sua própria identidade e fortalecesse os vínculos entre si, por ser um espaço protegido para críticas e resolução de problemas de convivência, também que houvesse divisão de tarefas. Essas noções de vivência devem fortalecer o sentimento de solidariedade,

responsabilização e construção coletiva para fortalecer esse componente afetivo do processo ensino-aprendizagem. Antes de cada espaço eram elaboradas questões norteadoras para orientar a observação e análise dos elementos encontrados nas diversas realidades. A programação foi cumprida com superação das expectativas do projeto inicial, com interação entre comissão organizadora, facilitadoras e viventes, buscando reflexão a cerca das experiências e resolução dos percalços da vivência, respeitando a construção horizontal do saber. RESULTADOS: O estágio de vivências se encerrou com uma avaliação positiva de todos os envolvidos, contando com falas sob várias perspectivas, que revela que a posição ocupada enquanto gestor, trabalhador, acadêmico, usuário, militante, altera também seu modo de enxergar o SUS. Evidenciou-se que todos, sobretudo os viventes, tiveram a oportunidade de ampliar o horizonte e se entender atuante na construção do SUS universal, integral, estatal e de qualidade. Conclusão: A partir da experiência pode-se constatar que a proposta do VER-SUS é efetiva no tocante a mudança na forma como o estudante enxerga tanto sua graduação, quanto a futura atuação enquanto trabalhador da saúde. Permitiu, ainda que existisse contato com a realidade de gestão, ponto muito falho na maiorias das graduações e que resulta em despreparo para assumir essa função. Por fim, acredita-se na expansão e realização de vivências cada vez mais aprofundadas e sensibilizadoras que impulsionem a formação de mais protagonistas na consolidação do sistema.

OVER-SUS/SÃO PAULO E A PARTICIPAÇÃO CIDADÃ: CONSTRUINDO ITINERÁRIOS POPULARES E DEMOCRÁTICOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE

Carolina da Silva Buno, Allan Gomes de Lorena, Beatriz Cabral Vasconcellos Vinhas

Palavras-chave: VERSUS, Educação em Saúde, Participação Popular

O projeto Vivências e Estágios da Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) do Ministério da Saúde (MS) em parceria com Associação Brasileira Rede Unida foi reativado em 2011. Têm como pressuposto estimular a formação de trabalhadores/as para o Sistema Único de Saúde (SUS). No Estado de São Paulo (ESP), o projeto foi retomado em 2012, porém consolidou-se no ano de 2014 com a mobilização e formação de uma Comissão de Estudantes, de diversas Universidades e Graduações, pensando em construir as vivências e estágios no SUS sob o ponto de vista da Educação Permanente em Saúde (EPS), Interdisciplinaridade, Redes de Atenção à Saúde e Conhecimento Vivo do Território. Durante as construções do VER-SUS São Paulo, tivemos diversas experiências nas formulações e planejamentos das vivências. Cada experimentação, imersão, e vivência são pensadas de forma que converse com os territórios, considerando singularidades, especificidades, e complexidades. Sendo estas, remodeladas, com os grupos de viventes, facilitadores e sujeitos implicados neste processo. Nessas experiências sempre tivemos as gestões municipais como atores valiosos e engajados com as vivências. Contudo, atravessados pela profunda reflexão e avaliação do VER-SUS Paulista, tornou-se necessário repensar esta prática a partir de uma nova perspectiva. Numa retomada a origem do próprio projeto, nos anos 2000 pelo movimento estudantil em parceria com uma Assessoria do Ministério que cuidava das questões nacionais dos estudantes. E dos princípios norteadores do SUS. Vamos além, estamos sensibilizados com a necessidade de estarmos nos territórios e nos serviços de saúde, mas, trazer para a produção destes encontros a população e lideranças locais. Diante deste contexto de inovação, organizamos uma

formação política no Inverno de 2015, na Escola Nacional Florestan Fernandes (ENFF) do Movimento dos Trabalhadores sem Terra (MST), em Guararema, e uma vivência na favela de Heliópolis em São Paulo que conta com uma forte história de lutas sociais na área da saúde, educação, cidadania, meio ambiente, entre outros. A proposta de uma vivência-formação-política no MST constitui de um novo modelo de vivência dentro do VER-SUS Brasil, uma vez que uniu o cotidiano da escola e a formação popular e política, despertando o senso crítico e colocando em xeque pautas transversais e de interesse à saúde. Já as vivências de Heliópolis seguiram o modelo já previsto em experiências anteriores, porém seu diferencial se dá nas articulações entre gestão, lideranças populares e na experimentação do território e de seus movimentos, para além dos espaços institucionais. Heliópolis vem para contar e reafirmar que o SUS é do povo, estes, participe fundamentais na construção do sistema de saúde. O VER-SUS como um dispositivo de aprendizado, sempre próximo da realidade e das necessidades sociais em saúde tem a potência de ser disparador para a discussão das redes de atenção à saúde e da potência da participação cidadã como eixo central para a consolidação do SUS.

O VERSUS COMO FERRAMENTA TRANSFORMADORA NA FORMAÇÃO MÉDICA – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Paula Evangelista Ferreira, Vladimir Yuri Braga Ramos

Palavras-chave: VERSUS, Formação médica, Educação em saúde

A formação médica tradicional, elitizada e de cunho quase exclusivamente bancário, reproduz de diversas formas o modelo médico hegemônico tão visto no sistema

de saúde. Por compreender o cuidado integral como uma prática multiprofissional, longitudinal e não hierárquica, uma mudança na formação médica se faz necessária. O trabalho objetiva relatar experiências e afecções relacionadas à formação médica sob o olhar de dois acadêmicos de medicina que foram também viventes de duas diferentes edições do Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) no estado do Piauí no primeiro semestre de 2015. A metodologia escolhida foi a versão de sentido, descrita por Amatuzzi, pois o relato aqui produzido expressa unicamente as afecções pessoais das experiências vividas, e não pretende ser um registro objetivo do que ocorreu. O VER-SUS é um projeto financiado pelo Ministério da Saúde que tem como objetivo principal inserir acadêmicos de diferentes cursos na realidade do Sistema Único de Saúde, de forma a proporcionar uma visão ampla e sólida sobre essa rede, formando profissionais cientes de seu papel como agentes transformadores da saúde brasileira. Durante a vivência possibilitada pelo projeto foi possível perceber nuances na forma como os profissionais médicos se comportam e como são vistos por diferentes grupos de pessoas, outros profissionais, membros de grupos que tem uma prática de saúde complementar e usuários, e também por observação direta. Foi observado que mesmo os médicos bem intencionados e dedicados (que infelizmente se mostram em um número menor que o esperado) encontram certa dificuldade em se relacionar com os outros grupos realizadores de práticas de saúde, sejam eles profissionais de outras áreas ou de práticas complementares ou populares de saúde. O que foi vivenciado tornou possível compreender como o modelo tradicional de ensino da medicina, apesar de aparentemente eficaz em realizar uma boa formação nas práticas técnicas da medicina

que não perpassam a comunicação e interação com outros, o mesmo deixa muito a desejar nessa questão. Principalmente na comunicação para a construção de práticas positivas de promoção e prevenção dentro do SUS e em diálogo com outros atores no campo. Diante disso fica clara a importância do novo modelo de formação médica, preconizado pelas novas diretrizes curriculares e viabilizado pelo Programa Mais Médicos, e de vivências como o VERSUS, que permitam uma maior interação entre cursos, uma formação compartilhada e integrada com o atendimento básico e com os outros agentes na área visando um melhor acesso a saúde da população. Buscamos um profissional médico capaz de trabalhar em grupo, de forma horizontal e que dialogue com todas as racionalidades médicas, mas formamos eternos alunos, presos às suas concepções e sem contato com a realidade do sistema.

O VINCULO COMO POTENCIALIZADOR DO CUIDADO: UMA EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE - PET SAÚDE NA CIDADE DE PARNAÍBA-PI

Silmaria Bandeira do Nascimento

Palavras-chave: Vínculo, Cuidado, Saúde

Este trabalho emergiu da experiência no programa de educação pelo trabalho na saúde- PET-saúde na cidade de Parnaíba, no período de agosto de 2013 a agosto de 2015, e proporcionou a um grupo de estudantes e preceptores de diversos cursos, a aproximação dos mesmos com os agentes de saúde de uma unidade básica em que estávamos imersos e com a comunidade. Tendo como Objetivo descrever as práticas de cuidado no trabalho dos profissionais agentes de saúde a partir das relações de

vínculo estabelecidas entre a comunidade e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa, realizado no período de agosto de 2013 a agosto de 2015, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Parnaíba-PI. As atividades eram realizadas duas vezes na semana em horários pré-estabelecidos com a equipe. Foram realizadas visitas domiciliares, reuniões com a equipe e rodas de conversa, sempre supervisionadas e previamente planejadas com preceptores e tutores do projeto. A experiência vivenciada no projeto revelou a importância do vínculo entre os usuários e os ACS para o sucesso de ações de saúde, tendo ficado evidente este vínculo a partir da relação de confiança que muitos usuários demonstraram ter com os ACS. Entretanto, muitos foram os entraves vivenciados pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), por conta de mudanças constantes de profissionais na UBS, dificultando o vínculo entre a comunidade e o restante da equipe. Notou-se, portanto que a construção de vínculos entre profissionais e usuários facilita ações de prevenção a doenças e agravos. Diante das dificuldades encontradas durante o percurso, este programa proporcionou uma maior contribuição com o processo de formação dos alunos ainda na graduação. Dessa forma a experiência do PET-SAÚDE permitiu-nos compreender a importância dos afetos e das relações nos processo de trabalho em equipe como algo que potencializa a produção de autonomia e fortalece os laços entre os profissionais a fim de promover o cuidado em saúde proporcionando aos estudantes, preceptores e tutor o desenvolvimento de um olhar atencioso sobre a relação de afeto entre profissionais e usuários como potencializador do cuidado.

OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS E DO CUIDADO NO EIXO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (ÁREA PROFISSIONAL) EM SAÚDE: A CONSTITUIÇÃO DE COLETIVO COOPERATIVO E INTERINSTITUCIONAL DE PESQUISA NA ANÁLISE COMPARTILHADA DAS EXPERIÊNCIAS EM PROCESSO

Carla Pontes de Albuquerque, Angela Maria dos Santos, Giane Moliari Amaral Serra, Rafael Cardoso Chagas, Maria Alice Peçanha de Carvalho, Leila Vianna, Flávia Fasciotti, Marco José Duarte

Palavras-chave: Observatório de Políticas Públicas, Residência em Área Profissional de Saúde, Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde, Educação Permanente em Saúde

APRESENTAÇÃO: O projeto Criação do Observatório Microrregional de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, que foi selecionado no edital MCTI/CNPQ/CT-Saúde/MT/SCTIE/Decit n 41/2013, reuniu pesquisadores de várias universidades brasileiras participantes da Linha de Pesquisa de Micropolítica do Trabalho e Cuidado em Saúde. Este relato tratará um dos eixos deste projeto, que diz respeito à Residência Multiprofissional (Área Profissional) em Saúde, mais especificamente do Núcleo do Rio de Janeiro/RJ, que integra pesquisadores da UNIRIO, UFRJ, UERJ e ENSP/FIOCRUZ. Desenvolvimento do trabalho: Os primeiros encontros do Coletivo, que analisará experiências de Residência Multiprofissional, foram de familiarização com referências conceituais mais utilizadas no campo da Linha de Pesquisa da Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde. A genealogia e a cartografia emergiram como temáticas a serem aprofundadas. Ferramentas de

análise como residente guia (o caminhar da pesquisa conjuntamente aos percursos cotidianos do residente) e redes vivas (as conexões que são processadas nos itinerários formativos e de cuidado para além dos protocolos) também foram apontadas como possibilidades metodológicas. O projeto maior foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) relacionado, tendo os subprojetos sido redirecionados aos CEP's locais nos quais os campos serão desenvolvidos. Foi criado um acervo virtual com portarias das políticas relacionadas, textos conceituais e publicações sobre experiências de Residência Multiprofissional, assim como registros dos encontros e matérias produzidos pelo coletivo (portfólio do grupo). Encontros de estudos e rodas de conversas têm acontecido periodicamente entre pesquisadores tanto do grupo inicial como dos envolvidos na experiência que se pretende estudar. Resultados: Ainda em fase pré campo propriamente dito, contudo já vêm acontecendo rodas de conversa com os pesquisadores locais (coordenação e tutores do programa de Residência Multiprofissional que se pretende analisar) que juntos vêm adaptando o projeto inicial à dinâmica local. Cada oportunidade de encontro com os pesquisadores locais tem significado intensidades reflexivas e de problematização do processo de constituição do programa de residência, o qual se inicia a análise. Considerações finais: As perspectivas da interdisciplinaridade, da integralidade e da interprofissionalidade têm sido importantes referências na constituição de dispositivos visando mudanças nos modelos de gestão, formação, cuidado e participação social na saúde. Na última década, as experiências de Residência Multiprofissional têm sido campo de experimentação e tensões na disputa por modelos menos fragmentados e não só focados no profissional médico. Ao constituir o Coletivo de Pesquisadores do

RJ, no eixo da Residência Multiprofissional no Observatório, incluindo neste, os coordenadores, tutores, os preceptores das experiências, intenciona-se também mudanças na análise dos efeitos das políticas públicas preconizadas. É no espaço do micro - vivência cotidiana - que se concretiza e/ou se transforma o que é preconizado. A proposta de construção compartilhada e do aprender no processo (Educação Permanente) opera também formas de investigação mais próximas à complexidade das experiências.

OBSERVATÓRIO DO CONTROLE SOCIAL DO SUS DAS MICRO REGIÕES DE SAÚDE BETIM/CONTAGEM: ESPAÇO “ALFABETIZADOR” POLÍTICO DE ESTUDANTES

Rhayane Maria Medeiros Ribeiro do Carmo, Berenice de Freitas Diniz, Jacqueline do Carmo Reis, Raimundo Loyola Junior, Maria da Consolação Magalhães Cunha

Palavras-chave: controle social, formação continuada

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência de estudantes da área da saúde que participam do Projeto de Extensão desenvolvido pela PUC Minas Betim, “Observatório do Controle Social do SUS das micro regiões de saúde de Betim e Contagem” (OBCS/SUS). Reconhecida como processo de construção do conhecimento, a extensão universitária se articula com o ensino e a pesquisa nos cenários das práticas multiprofissionais permeados pelas demandas da sociedade. “No retorno à Universidade, professores e estudantes trarão um aprendizado que, submetido à reflexão teórica, fará ampliar e elevar o nível do conhecimento anterior.” (SESU, 2008). O Observatório tem por finalidade fortalecer os mecanismos de controle social

no âmbito do SUS por meio da capacitação de conselheiros, do monitoramento das resoluções das conferências de saúde e da disseminação do conhecimento adquirido durante os seis anos de desenvolvimento do projeto. **METODOLOGIA:** Como metodologia utilizamos a observação e discussão do percurso dos discentes ao longo do projeto. Estes estudantes foram selecionados a partir de suas habilidades para a extensão e disponibilidade para participar do projeto. Como resultado alcançamos estudantes que modificaram sua percepção acerca do Sistema Único de Saúde e se inseriram como conselheiros e delegados em Conferências Municipais e Estaduais. Os alunos se apropriaram do marco conceitual e desenvolveram produção de trabalhos de conclusão de curso e pesquisas acerca da temática do projeto. Uma pesquisa desenvolvida pelo grupo denominada “Professores Universitários: abordagem sobre cidadania e controle social/SUS nas disciplinas da área de conhecimento em Saúde Coletiva/Saúde Pública” permitiu a avaliação da inserção do controle social no SUS nas unidades de ensino dos cursos da área saúde no Campus Betim. **RESULTADOS:** Foi possível identificar que as ementas das disciplinas afins tinham carga horária insuficiente, tendo em vista a multiplicidade de conteúdo a serem apresentados no período. Durante oficinas realizadas em salas de aulas, os estudantes demonstraram-se participativos, mas nem sempre tinham conhecimento do conteúdo discutido. Denota-se que o projeto de Extensão OBCS/SUS se tornou um local onde os estudantes podem conhecer o SUS, construir consciência política e militar em prol de um sistema de saúde universal e com equidade. Ousamos dizer que o OBCS/SUS é um “alfabetizador político”, instiga o aluno a se reconhecer como cidadão, considerando a definição de Bertolt Brecht (1898-1956) no poema “O Analfabeto Político”. Esta

experiência possui uma relação muito próxima com o eixo temático Movimentos sociais e desafios à democracia brasileira. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Como relatado acima a extensão universitária propicia a reflexão do fazer política e do ser político. Durante o desenvolver das atividades realizadas pelo projeto, estudantes e a comunidade acadêmica refletiram sobre a política pública de saúde que estamos construindo com a nossa participação, ou não.

OFICINA DE INFORMÁTICA: UMA EXPERIÊNCIA ACADÊMICA DE INTERGERACIONALIDADE NA UNIVERSIDADE ABERTA À PESSOA IDOSA-UNAPI/UFMS

Suzi Rosa Miziara Barbosa, Nayara Almada Acosta, Jessica de Oliveira

Palavras-chave: Idosos, Informática, Inclusão digital,

INTRODUÇÃO: A UnAPI/UFMS faz parte do Programa de Promoção dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, que visa o protagonismo, a qualidade de vida e o envelhecimento ativo. A oficina de informática tem como objetivo promover a inclusão digital e aumentar a autoestima, de forma a combater a exclusão da vida em sociedade. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A oficina é oferecida duas vezes por semana, com duração de 90 minutos e participam destas 12 idosos. O planejamento das atividades respeita o nível cognitivo de cada indivíduo e é desenvolvido pelos acadêmicos dos cursos de Administração, Análise e Desenvolvimento de Sistemas e Fisioterapia. As atividades iniciaram com as ações básicas de acesso ao computador e o manuseio do mouse, seguida pelos recursos e programas Microsoft Office Word, Excel, Jogos e Internet. A utilização do “Word”

possibilitou conhecimentos do teclado, digitação e formatação de texto, sendo uma ferramenta para o exercício da memória, da coordenação visando estimular a organização dos pensamentos através da escrita e favorecer o raciocínio lógico. O Excel utilizando tabelas e fórmulas permitiu o controle de finanças e resolução de operações matemáticas. Através da Internet foi possível o acesso a estratégias inclusivas por meio das comunidades virtuais como facebook e e-mail facilitando o contato entre pessoas e a navegação por busca de notícias para se manter atualizados e integrado ao mundo digital. Os jogos foram utilizados com objetivo de favorecer a concentração, o raciocínio, cognição, coordenação e a memória. **IMPACTOS:** A oficina favorece a melhora da memorização, cognição, convívio social, aumento do contato familiar e com amigos, facilitar a comunicação à distância e diminuir o sentimento de solidão e isolamento, contribuindo para a melhora da qualidade de vida. Novos conhecimentos são imprescindíveis para manter o cérebro ativo e assim evitar perda de memória, depressões e instalação de comorbidades característica do envelhecimento. Outro fator importante é estimular as habilidades de coordenação motora que contribuem para a manutenção das atividades de vida diária. O empoderamento obtido por meio dos conhecimentos da informática estimulam a autonomia e a independência nivelando o conhecimento para todas as idades. A oficina para os acadêmicos desperta a necessidade de desenvolver competências na área da informática para a elaboração das aulas, contribui para aquisição de habilidades para ensinar os idosos, e conseqüentemente permiti o estabelecimento da intergeracionalidade de forma a possibilitar o fortalecimento do dialogo, o intercambio de conhecimento e a troca de experiências. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A participação na oficina contribui

para o processo de formação profissional, pois por meio desta é possível desenvolver habilidades que não estão vinculadas a estrutura curricular dos cursos de graduação. Os acadêmicos desenvolveram competências, tornando-se uma ferramenta de convívio que contribui para aquisição de habilidades para ensinar, de forma a possibilitar maior capacidade empática e aprimorar sua percepção sobre a senescência. Esta colaborou com o processo de construção e formação pessoal, que fortalece a sociedade para todas as idades, além de ser um exercício de cidadania.

OFICINA DINÂMICA DAS CORES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO CAPS

Josiel Elisandro Werle, Priscila Maria Marchetti Fiorin

Palavras-chave: Formação, Saúde Coletiva, Integração Ensino Serviço

Apresentação: A atividade aconteceu dentro de um Centro de Atenção Psicossocial, um serviço aberto à comunidade, oferecido pelo SUS, sendo um local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses e neuroses graves. Realiza o acompanhamento clínico e a reinserção social do indivíduo na sociedade, caracterizado pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. A missão do CAPS é de ser um substitutivo das internações psiquiátricas. A escolha pela dinâmica das cores ocorreu por proporcionar a sondagem e identificação das variações emocionais e favorecendo a aceitação das mesmas. Desenvolvimento: A vivência ocorreu através do módulo de Práticas Interdisciplinares, que coloca o aluno no contexto do serviço, realizando as práticas competentes à sua formação,

ocorrendo no período de 25/05 a 29/05. Foi proposta uma atividade com o uso de papéis e lápis de cores, com o intuito de expor o sentimento que havia no presente momento, proporcionando a diminuição da angústia. Esta atividade ocorreu com uma música que trouxesse calma a eles e com um interlocutor os motivando, levando os pacientes a refletir os sentimentos que estavam presentes naquele momento em sua vida. Com o fim da interlocução, foi proposto passar estes sentimentos para o papel com apenas uma cor de lápis e logo após explicar o motivo do desenho e o que ele representava. Ao mostrarem seus desenhos muitos se emocionaram, pois haviam lembrado de alguma parte do passado que não trouxe alegrias, e que naquele momento vieram à tona. Tivemos em torno de três participantes que preferiram não mostrar ou falar sobre seus desenhos. Impactos: No decorrer das apresentações foi percebido que muitos repetiam várias vezes a palavra “medo”, mostrando que mesmo com a terapia e todo o acompanhamento oferecido pelo CAPS, eles apresentam determinada insegurança quando questionados a expor o seu passado. Alguns demonstraram domínios artísticos e com uma reflexão profunda de suas manifestações, oportunizando uma discussão de como interferia na vida dos outros participantes. Considerações Finais: A atividade mostrou-se de grande relevância, oportunizando expor os sentimentos e trabalhá-los, para que algo que trazia más lembranças, pudesse deixar de trazer e entender o porquê do acontecido. Esta experiência foi um desafio, pois foi o primeiro contato com pacientes com transtornos mentais. Atraindo os alunos a novas atividades, pesquisas e novas formas de contato e cuidados com esses pacientes.

OFICINA DO REMELEIXO – UMA OFICINA DE DANÇA MINISTRADA PELO PORTEIRO DA UBS BELÉM VELHO PARA A EQUIPE E COMUNIDADE. UMA INTEGRAÇÃO INOVADORA E NECESSÁRIA SOB O OLHAR DE UMA RESIDENTE SANITARISTA

Vanessa da Rosa Guerra

Palavras-chave: Residência Multiprofissional, Sanitarista, Saúde Coletiva,

A UBS Belém Velho, localizada na zona rural de Porto Alegre, recebeu residentes da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva. Dentre os profissionais desta residência foram para esta Unidade uma enfermeira e uma sanitaria para desenvolver atividades. O trabalho apresentará a ação de uma residente sanitaria de formação, que enxergou a possibilidade da inclusão de um trabalhador terceirizado a integrar a equipe da unidade, promovendo saúde com seus conhecimentos básicos em dança e sua capacidade de sensibilizar e acolher todos os perfis em suas aulas. O olhar sensível às antigas práticas e repetições nas unidades de saúde é tarefa natural de um profissional sanitaria. Assim, em conversa com a residente, descobriu-se que o porteiro da UBS já havia sido professor de dança em outro momento de sua vida, e, portanto resolveu-se convidá-lo para ministrar aulas de ritmos para as usuárias e trabalhadoras da unidade durante o Outubro Rosa como um momento de práticas corporais dentro da UBS, pois a ideia inicial da equipe seria um momento de atividades físicas, para interagir com as usuárias enquanto aguardavam para as consultas, porém as práticas corporais são mais inclusivas e com essa possibilidade em mãos ofertou-se para a equipe que durante o mês do Outubro Rosa acontecessem as aulas abertas para todas que estivessem

presente no local. A mobilização da equipe para conseguir o rádio, as músicas a serem tocadas, etc.. Foi tão envolvente que ao fim do mês todos sentiram vontade do projeto ter continuidade. Especialmente a equipe, que viu este momento, como um momento de vazão ao estresse do atendimento, e das demandas que a atenção básica pode gerir. Assim, organizou-se uma data fixa, que melhor se adaptou a todos para que houvesse maior número de participação dos trabalhadores nas aulas. Até hoje as aulas continuam a serem ofertadas pelo mesmo professor, que hoje, participa das reuniões de equipe, interage e discute junto com todos sobre as atividades da unidade. O mesmo revela o quanto foi importante retomar esse amor pela dança junto ao seu espaço de trabalho, e que há tempos não sentia tanta empolgação para ir trabalhar. O conceito de acolhimento que sugere que da porta de entrada da unidade até o atendimento de enfermagem, todos podem acolher, se tornou mais próximo da realidade dentro desta equipe, que hoje conta com a portaria para auxiliar em atendimentos e informações, dentro do que é possível, pois a oficina desenvolvida proporcionou uma inclusão que refletiu à forma organizacional da unidade e suas relações. Portanto, percebe-se a potencialidade gerada quando se abrem as portas para o residente atuar num campo que necessita de oxigênio e um olhar sensível, quando este não existe mais devido aos processos duros de trabalho e ausência de educação permanente na rotina das equipes de saúde. Formar o sanitaria significa ter um profissional que consiga proporcionar novas práticas e enxergar as possibilidades dentro da realidade em que se encontra.

OFICINA INTERATIVA DE TOQUE OBSTÉTRICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE INTEGRAÇÃO DE TEORIA E HABILIDADES PRÁTICAS

Cláudia Ribeiro de Souza, Karina Miranda Monteiro, Francisca Farias Cavalcante, Maria Naceme Araujo de Freitas, Simone Aguiar da Silva Figueira, Leilane Ribeiro de Souza

Palavras-chave: Enfermagem em obstetrícia, Metodologias ativas, Habilidades práticas

APRESENTAÇÃO: O toque obstétrico é parte essencial do exame físico para a determinação do curso da assistência que se prestará à gestante. O profissional deve identificar dilatação, apagamento da cérvix, membranas, tipo e altura da apresentação do conceito, entre outros e, para isso, metodologias ativas são primordiais na aquisição de acurácia técnica e autoconfiança na realização de tal exame. Por isso, objetiva-se relatar a experiência dos acadêmicos de enfermagem em uma oficina de toque obstétrico e os impactos desencadeados a partir desta, no Estágio Supervisionado em Obstetrícia. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Através do método de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), e de exposição interativa desenvolveu-se a oficina na Universidade do Estado do Pará, Campus XII/Santarém, no ano de 2015, sob orientação de uma enfermeira obstetra, na qual participaram cerca de trinta discentes, que adquiriram conhecimentos teóricos e práticos a respeito da temática. Abordou-se a anatomia pélvica da gestante através de discussão em grupo e, a fim de colocar em prática o conhecimento utilizou-se simuladores, confeccionados de materiais recicláveis, dos diferentes estágios de dilatação da cérvix e também de suturas cranianas de recém-nascidos e suas relações anatômicas com a pelve. Os mesmos

eram acompanhados de casos clínicos que levavam os acadêmicos a descreverem os achados encontrados. **IMPACTOS:** A atividade propiciou o desenvolvimento de habilidades práticas a respeito do toque obstétrico bem como o aperfeiçoamento da técnica daqueles que já haviam previamente tido contato com o assunto. Além disso, os participantes da oficina se sentiram estimulados a ter autonomia no exame físico da grávida ao correlacionar situações-problema com a simulação de exame físico. No Estágio Supervisionado em Obstetrícia, todos os estudantes que participaram da oficina apresentaram raras dificuldades em descrever a apresentação do conceito, a dilatação do colo, progressão do pólo cefálico, planos de DE LEE, dentre outros que podem ser identificados ao se efetuar o toque obstétrico. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A oficina direcionada aos acadêmicos permitiu a multiplicação de conhecimentos teóricos integrados à prática clínica. A relevância de atividades como essa está em estimular o aluno a ter autonomia para realizar exame físico de pacientes sob o alicerce do conhecimento científico e acurácia técnica transmitida por educadores experientes no desenvolvimento de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Ademais, ressalta-se que o toque obstétrico realizado de modo afetivo e cuidadoso, pautado no modelo humanizado de assistência, favorece a conquista da autonomia e empoderamento da parturiente no trabalho de parto e parto, além de que possibilita o crescimento profissional de futuros enfermeiros, que terão subsídios sólidos que poderão contribuir socialmente para uma assistência em saúde adequada às mulheres que vivenciam este momento único na invenção da vida, que é a gestação.

OFICINA PARA O FORTALECIMENTO DA PRECEPTORIA NAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DA SES-PE

Elen Gomes de Moraes Barbosa Fraga, Andréa Fernandes Cruz de Barros, Juliana Siqueira Santos, Josinaldo Carlos de Lima Bernardo, Juliana Elias de Albuquerque

Palavras-chave: Educação na saúde, ensino-serviço, preceptoria

Atualmente alguns hospitais da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE) contam com a institucionalização dos Centros de Estudo (C.E.), que tem como prioridade desenvolver ações estratégicas para execução da preceptoria, no que se refere à aprendizagem ensino e serviço em suas diversas modalidades. Buscando incentivar essas ações e a partir da necessidade apresentada em discussões realizadas entre Apoiadores Institucionais da Diretoria Geral de Educação na Saúde do Estado de Pernambuco (DGES/SES-PE), Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE), C.E. E, Setores de Educação Permanente dos Hospitais da Região Metropolitana do Recife, foram realizados Oficinas com o objetivo de contribuir para o fortalecimento da preceptoria na rede da SES-PE e dialogar a respeito das percepções quanto ao papel formativo/educativo. Para alcançar os objetivos propostos foi utilizada a Roda de Conversa, método que visa estimular a participação de todos de forma crítica, reflexiva e autônoma. Proporcionando um espaço de construção de saberes, experiências de trabalho, avaliando dificuldades, valorizando o desenvolvimento de competências individuais e coletivas, visando o fortalecimento e a instrumentalização do grupo para lidarem com os desafios cotidianos e os processos de trabalho. As Oficinas, até

a presente data, aconteceram em um espaço adequado para desenvolvimento do método proposto, no período de setembro a outubro 2015, conforme cronograma pactuado com as instituições em reuniões de planejamento das atividades, e foram facilitadas por Apoiadores Institucionais da DGES e o Coordenador Pedagógico da ESPPE. Em seus momentos, 1^o Momento - Trabalhar o reconhecimento do preceptor como educador; 2^o Momento - Avaliação dos processos de ensino-aprendizagem; 3^o Momento - Breve história da preceptoria: a preceptoria e suas contribuições para a formação do aluno na avaliação dos processos ensino-aprendizagem; 4^o Momento - Avaliação da Oficina buscou-se dialogar a respeito das ações de preceptoria nos serviços, o que estimulou a introdução de novas práticas, o despertarem de uma identidade formativa nos profissionais que atuam nesse papel transformador e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade da atenção prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde. A partir das atividades coletivas promovidas pelas Oficinas para o fortalecimento das ações dos C.E., Educação Permanente dos hospitais, através do apoio da DGES e parceria da ESPPE, os servidores tiveram a oportunidade de refletir, discutir e sugerir ações que favoreçam processos de ensino-aprendizagem mais adequados, e conseqüentemente um atendimento de melhor qualidade aos usuários. Considera-se, por tanto, que as Oficinas contribuíram para o fortalecimento da preceptoria e foi um espaço de diálogo a respeito das percepções quanto ao seu papel formativo/educativo, por meio da troca de informações e da reflexão para a ação. Bem como, sua realização estimulou os profissionais a exercerem, de forma mais comprometida, as atividades de preceptoria.

OFICINA PEDAGÓGICA: INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO COMPARTILHADA DE ACS/DISCENTES

Cláudia de Espíndola Mamedes, Isabela Lemos Vêloso Lopes, Patrícia Vasconcelos Leitão Moreira, Maria Janilce Oliveira Magalhães, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa

Palavras-chave: recursos humanos em saúde, agentes comunitários de saúde, comunicação interdisciplinar

Introdução: No Sistema Único de Saúde (SUS), o agente comunitário de saúde (ACS) é um personagem muito importante na integração dos serviços de saúde da Atenção Primária com a comunidade. A formação e atualização dos ACS sobre a abordagem de patologias é vital para a garantia de efetiva identificação, rastreamento e acompanhamento de usuários. Objetivo: Qualificar as ACS da equipe Grotão II, através de oficinas participativas com atividades lúdicas e troca de saberes, respeitando a vivência e prática individuais. Metodologia: Foi realizada uma oficina abordando as patologias elegidas pelas ACS, com base na falta de informação que possuíam sobre as mesmas. A oficina foi realizada pelas estudantes do PET Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde) da UFPB junto com a enfermeira, médica e apoiadores do NASF. Todas as seis ACS da equipe participaram. Os temas foram HPV e Hepatites. Ocorreram três encontros no mês de julho, na unidade, utilizando-se de datashow com abordagens clínica, nutricional e farmacológica, dinâmicas, folhetos e lanche. Resultados: As oficinas auxiliaram as ACS na identificação e abordagem das patologias com seus usuários, estimulando a problematização e concretizando o elo “serviço-ensino-comunidade”. As ACS integraram bem a teoria com os casos vividos na prática, o que ajudou numa abordagem completa.

Conclusão A integração “ensino-serviço-comunidade” é uma estratégia com via de “mão dupla”, que promove a reorientação da formação profissional em saúde, através da reformulação das práticas dos profissionais, trazendo benefícios à comunidade.

OFICINAS E CICLO DE FORMAÇÃO CONTINUADA: PRODUÇÃO E COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Aliriane Ferreira Almeida

Palavras-chave: Formação continuada, Produção e Comunicação Científica, Conhecimento científico, Informação em Saúde

A Saúde Coletiva, mais ainda a Educação em Saúde Coletiva, ocupa um lugar de destaque no que diz respeito à qualificação dos profissionais que irão atuar no Sistema Único de Saúde (SUS) colaborando para o seu desenvolvimento. Dentro desta perspectiva é que o Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde) aposta que a produção dos saberes não corresponde apenas à construção do conhecimento, mas também às práticas de conhecer. A formulação de ações em rede na produção de saberes nos serve à intenção de colocar em movimento, de maneira articulada, o conhecimento, a intervenção e a autoria, incentivando a produção educativa e coletiva da saúde. Por esta razão, é preciso trazer a temática da produção, organização e comunicação do conhecimento científico para o conjunto de atores que convivem, pesquisam e atuam junto ao EducaSaúde aprimorando suas atividades e familiarizando-os com a pesquisa científica. Para isto, são propostas oficinas e ciclos de conversas com o objetivo de abrir um espaço de conversação e discussão sobre a produção e comunicação do conhecimento científico

junto aos alunos e docentes da graduação/pós-graduação em Saúde Coletiva, residências integradas multiprofissionais e especializações ligadas ao EducaSaúde. As conversas serão realizadas com mediadores e convidados que desenvolvam atividades relacionadas aos eixos temáticos propostos, e a metodologia incluirá encontros presenciais e à distância. Os eixos são: 1) Produção; 2) Comunicação; e 3) Mediação de saberes. Dentro destes eixos serão feitos encontros discutindo sobre o estado da arte na produção em Educação em Saúde, teoria e fundamentação da produção acadêmica, tipologias, metodologias de pesquisa na área, ética, direitos autorais, fontes de informação, construção textual e o paradigma do “que é científico e acadêmico”, meios de divulgação e publicação, formatos, normas, repositórios, meios alternativos de publicação, critérios e métricas de avaliação da produção intelectual e institucional, produtivismo acadêmico, internet e informação em educação em saúde coletiva. Com estas ações espera-se qualificar a formação dos discentes/docentes, desenvolver e aprimorar nos participantes a prática e a forma de construir um trabalho acadêmico/científico, proporcionar que a produção dos alunos tenha uma visibilidade imediata através da publicação de uma revista digital e, acima de tudo, ter um espaço de reflexão crítica e de discussão política sobre o fazer científico na educação em saúde coletiva. As atividades fazem parte das ações da equipe de Comunicação e Informação (composta de uma bibliotecária, um jornalista, uma estudante de Publicidade e Propaganda e uma do Design) e que poderá se estruturar também em um setor de Gestão da Informação dentro do Núcleo. A partir da avaliação da experiência e colhendo as impressões dos participantes as conversas poderão vir a constituir atividade de extensão no âmbito da Universidade.

OLHARES VERSUSIANOS: PERCEPÇÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DO VER-SUS NA FORMAÇÃO ACADÊMICA

Adriano da Costa Pereira Barbosa, Camila Tenório Ferreira, Daianny de Paula Santos, Erika Karla Gomes Araújo

APRESENTAÇÃO: A edição de inverno das Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) - Zona da Mata Paraibana ocorreu entre os dias 27 de julho a 02 de agosto de 2015, contando com a participação de estudantes, residentes e profissionais de áreas interdisciplinares, realizado na rede de serviços de saúde dos municípios de João Pessoa, Cabedelo, Conde e zonas rurais da zona da mata da Paraíba. A experiência propôs um aprendizado teórico-prático de modo a compartilhar experiências e vivências em comunidades específicas e serviços de saúde, dialogando saberes e práticas em saúde popular para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). METODOLOGIA: A vivência foi construída com base no método Josué de Castro, onde os participantes tornaram-se coautores dessa imersão, construindo uma gestão democrática dos espaços de discussão, bem como nos trabalhos em grupos, tarefas de auto-organização e cuidados com o outro. Os dias de estágio foram divididos primeiramente em plenárias de formação sobre os temas: reforma sanitária, opressões, SUS, formação acadêmica; seguido de visitas em grupos aos setores da baixa à alta complexidade na rede SUS local e visita ao campo rural. As visitas eram acompanhadas por uma dupla que cumpria o papel de facilitar a observação e discussão sobre as vivências, fomentadas por embasamento teórico por meio de leitura de textos em pequenos grupos, de um caderno disponibilizado pela comissão organizadora. Impactos: O VER-SUS Zona da Mata paraibana conseguiu reafirmar a saúde como direito social, fortalecendo uma

consciência da importância do Movimento de Reforma Sanitária, e sua importância para o fortalecimento da cidadania e a relação Estado/Sociedade no contexto do direito à saúde. Ao promover o debate sobre funcionamento do SUS, seus princípios e diretrizes, referenciando as práticas pedagógicas e as lutas sociais do campo da saúde e de populações historicamente excluídas, fomentou o desejo de construção de um projeto de sociedade incluyente, democrática e plural. Além disso, foi capaz de problematizar situações éticas-políticas para os processos de transformação da saúde, refletindo acerca do papel social das pessoas enquanto agentes construtoras e modificadoras da sociedade, e a prática multiprofissional e interdisciplinar na saúde. Considerações finais: A imersão de estudantes de saúde no VER-SUS Zona da Mata paraibana, com foco em uma metodologia participativa, sugere que embora seja preconizado que os currículos de saúde tragam em sua matriz disciplinas como saúde coletiva e saúde pública, o mesmo não tem se mostrado suficiente na prática. Além disso, a vivência evidenciou a importância de uma educação que integra os sujeitos ao processo de construção do saber construído horizontalmente, e a relevância dos movimentos organizados como estratégia de resistência e transformação social. As impressões desta experiência revelam ainda que, o campo da prática e estágios de vivência é importantíssimo no processo de formação humanizada de profissionais de saúde, ao colocá-los em contato com diversas realidades do povo brasileiro.

OS BENEFÍCIOS DA MONITORIA DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS SOBRE A FORMAÇÃO ACADÊMICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

Edward Theodoro Dresch, Clara Werner Rosemberg, July Néa Corrêa Teixeira, Lúcia

Pezzi, Gabriel Pereira Escudeiro, Christina Klippel

Palavras-chave: Educação Médica, Emergências

APRESENTAÇÃO (Introdução e Objetivo): A disciplina de Emergências Médicas tem como finalidade capacitar o estudante do oitavo período para o diagnóstico e tratamento das emergências médicas, com habilidades para realizar procedimentos clínicos de emergência. Para tal fim, os professores contam com os monitores da disciplina, os quais devem passar por um processo de seleção e capacitação. **OBJETIVO:** descrever os benefícios da monitoria de emergências médicas sobre a formação acadêmica do estudante de Medicina. **DESENVOLVIMENTO:** O processo seletivo para a monitoria da Disciplina de Emergências Médicas inclui duas etapas: prova escrita e entrevista. Para se candidatar, o estudante precisa apresentar CR igual ou superior a 7. O conteúdo abordado na prova escrita foi: propedêutica neurológica, cardiovascular e respiratória; protocolos de emergência e bases teóricas dos procedimentos médicos. Na entrevista, os candidatos foram questionados quanto a participação em atividades extracurriculares e engajamento em pesquisa científica. Os monitores são capacitados, semanalmente, para instruir os estudantes do oitavo período quanto a procedimentos de habilidades clínicas, auxiliando-os na realização dos procedimentos e esclarecendo dúvidas a respeito das técnicas corretas. Também devem acompanhar os estudantes no treinamento dessas habilidades. Além disso, os monitores participam de atividades de Simulação Realística com simuladores de alta fidelidade, acompanhando os professores no desenvolvimento e na apresentação dos casos. Os professores se reúnem com os monitores da disciplina semanalmente, com a finalidade de debater possibilidades de pesquisa científica e participação em eventos,

além de sanar dificuldades que possam ter ocorrido. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Após dois meses do início das atividades de monitoria, os professores observaram um bom desempenho dos monitores na realização e orientação dos procedimentos clínicos junto aos estudantes. Segundo os monitores, a repetição dos procedimentos clínicos, durante as atividades de treinamento e orientação dos alunos, confere-lhes segurança e memorização de conhecimento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A monitoria da disciplina de Emergências Médicas demonstrou trazer benefícios para a formação acadêmica dos monitores, em decorrência da capacitação recebida, da padronização da forma de ensino, da segurança na realização de procedimentos clínicos e da retenção de conhecimento.

OS CURSOS DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES DA COMUNIDADE DE PRÁTICAS E O PROCESSO DE FACILITAÇÃO

Maria Eneida Almeida

Palavras-chave: práticas integrativas e complementares, facilitação, educação permanente em saúde, educação a distância, aprendizagem colaborativa

O objetivo desse Relato de Experiência é ressaltar a importância dos cursos auto e coinstrucionais de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) para o SUS oferecidos pela Comunidade de Práticas (CdP), que são desdobramentos da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). São eles: a) Gestão de Práticas Integrativas e Complementares, b) Uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Curso Introdutório de PICs: Medicina Tradicional Chinesa (MTC); Curso Introdutório de PICs: Práticas Corporais e Mentais em MTC; e Curso Introdutório de PICs: Antroposofia

aplicada à saúde. O norte que guia o novo paradigma da saúde é que a doença é sempre o resultado de uma condição de desarmonia entre o ser vivo e o seu meio ambiente. Por isso a busca da saúde é a busca do equilíbrio energético, emocional, psíquico, físico e espiritual. E essa busca está no cerne das outras racionalidades médicas, que diferem em essência da biomédica/hospitalocêntrica. A PNPIC implantou oficialmente outras medicinas e outras práticas de saúde no SUS: medicina chinesa, medicina homeopática, medicina antroposófica e medicina ayurvédica, além de várias práticas relacionadas. Essas medicinas são sistemas médicos completos, tal qual a hegemônica medicina ocidental biomédica. Dessa maneira, a PNPIC proporciona um novo paradigma para a atenção e assistência da saúde no Brasil, abrindo-se para o atendimento multiprofissional, menos focado em tecnologias duras e medicamentosas e mais orientado pelas tecnologias leves, holísticas e humanísticas, desde a porta de entrada até o diagnóstico, tratamento, reabilitação e a demonstração para uma nova cultura de autocuidado com exercícios físicos e plantas medicinais. A EPS como política integradora de novos ambientes de aprendizagem relacionados à prática nos serviços de saúde estende-se sobre a Comunidade de Práticas e abre perspectivas de ampliação aos cursos de PNPIC vigentes e em construção. A equipe de facilitadores da CdP está em processo de ensino-aprendizagem com a metodologia colaborativa virtual. É uma nova forma de ver a educação, é uma transformação do paradigma da educação e da saúde e essa vivência dos cursos da PNPIC é uma experiência importante de registrar, pois soma-se à transformação na atenção à saúde da população brasileira. Toda essa dinâmica promovida pela PNPIC fortalece o SUS, sobretudo no que toca ao Princípio da Integralidade, através do qual os pacientes podem ter sua atenção à saúde ampliada,

com foco holístico, que é dada por milhares de profissionais, cada vez mais qualificados e que diariamente ajudam a consolidar o nosso sistema público de saúde. De maneira geral, tudo é um grande desafio. A aprendizagem colaborativa e a educação permanente são metodologias que fortalecem o aprendizado por meio das experiências do cotidiano. Isso não é algo simples na prática. Abordar essa questão significa apontar as novas tecnologias de informação e comunicação (TICs) e por meio delas entrar em uma nova realidade; elas estão ampliando os saberes e aumentando o ritmo da apreensão dos novos conhecimentos.

OS ESTIGMAS E A DISCRIMINAÇÃO SOCIAL E OS PORTADORES DO VÍRUS HIV A PARTIR DO FILME “THE NORMAL HEART”

Kassandhra Pereira Zolin, Silvia Furtado de Oliveira, Margarete Knoch Mendonça, Patricia Duarte da Silva

Palavras-chave: enfermagem, HIV/AIDS, ferramenta didática

APRESENTAÇÃO: O filme *The normal heart* foi desenvolvido sob a direção de Ryan Murphy e a produção de Brad Pitt, Ryan Murphy e Scott Ferguson, do ano de 2014. O cenário é o início da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) na década de 1980, na cidade de Nova York, Estados Unidos. O drama aborda o dia a dia do escritor Ned Weeks (Mark Ruffalo), um ativista incansável e membro da associação para a saúde gay que, juntamente com a médica Emma Brookner (Julia Roberts), inicia uma luta para expor a dimensão da epidemia para a sociedade e comunidade científica, que se mostram indiferentes diante dos fatos. Apesar da incidência crescente da AIDS na população os estigmas e as questões morais

de uma sociedade conservadora, foram os entraves para a descoberta das causas e os meios de prevenção, bem como os investimentos necessários para as pesquisas sobre o tratamento da doença. O objetivo deste relato de experiência é descrever a utilização do filme como uma estratégia de ensino e aprendizagem para despertar o interesse e a discussão acerca dos estigmas, a discriminação e a organização dos grupos como forma de resistência e de enfrentamento das dificuldades sociais vivenciados pelos portadores de HIV/AIDS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Os acadêmicos de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e integrantes da Liga Acadêmica de Doenças Infecto Parasitárias – LADIPE assistiram ao filme e, em seguida, realizaram uma discussão acerca de temas como exposição, risco, vulnerabilidade, medidas de prevenção, apoio do grupo, discriminação e os enfrentamentos. **IMPACTOS:** Para os alunos assistir o filme foi uma experiência significativa para a formação como profissionais de saúde, pois conhecer a história do início da AIDS, na década de 1980, contribuiu para entender como a doença interferiu na vida das pessoas, principalmente quanto à intimidade e afetividade. A partir daí, se compreende melhor as características da primeira fase da epidemia e os termos grupos de risco, comportamento de risco, o estigma da doença e os julgamentos de determinados comportamentos, gerando isolamento, medo e negação da doença. O filme também nos apresentou exemplos de união, solidariedade, coragem e ousadia da comunidade gay frente à epidemia, deixando como mensagem principal que não se pode desistir, o que talvez explique como AIDS recebeu tanta atenção na mídia em âmbito internacional, fazendo com que em um período relativamente curto de 35 anos (1980- 2015) fosse descoberto o

agente etiológico, o diagnóstico laboratorial e a terapia antiretroviral, ao contrário de outras doenças infecciosas que estão à margem do centro tecnológico e industrial, e se tornaram doenças negligenciadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A utilização de filmes como ferramenta didática é como um “preparo - vivência” para a vida profissional. Conhecer a história o início da doença e a realidade vivenciada servem de referência para compreender o medo que a sociedade até hoje tem da doença e assim conseguir acolher de modo mais humanizada esse paciente fragilizado com sua real condição de saúde e também apoiar formas de organização e mobilização da sociedade.

OS PERCURSOS DA SAÚDE MENTAL NO AMAZONAS

Waldileya Caldas Rocha

Palavras-chave: Educação Permanente, Saúde, Amazonas

Este relato de experiência expressa minha participação no Projeto Percursos Formativos da RAPS: intercâmbio entre experiências e supervisão clínico-institucional, onde atuei enquanto membro da equipe estadual de atenção psicossocial na organização e execução do projeto e também, num segundo momento como intercambista. A relevância deste relato está em mobilizar a reflexão sobre esta proposta, do Ministério da Saúde, de educação permanente, ampliando as possibilidades de intervenção do profissional a partir da convivência com outras realidades e realização de oficinas de atualização. Nesta proposta a formação ocorre pela troca, não só com o município preceptor, mas com os demais municípios participantes deste processo, pois conforme o projeto, a cada mês, dois participantes se deslocam de seu município de origem para uma cidade de referência

numa determinada atividade, neste caso a reabilitação psicossocial, onde irá conhecer a rede de serviços de lá e refletir sobre a rede e os processos de trabalhos com base na própria realidade. O trajeto adotado ainda que possua um embasamento teórico nas literaturas voltadas para a educação permanente em saúde, para a reforma psiquiátrica e para a saúde mental no Amazonas, é um marco legal relacionado ao SUS, a Rede de Atenção Psicossocial e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, opta por uma linguagem mais solta, trazendo à discussão as formações que participamos em nosso percurso profissional e o quanto eles interferem em nossa prática, além de pontuar minha vivência nos dois lados do processo. O projeto encontra-se em execução desde 2014, tendo sua conclusão prevista para 2016. Inicialmente fui indicada pela Gerente de Atenção Psicossocial como apoiadora do estado na execução do projeto onde participei desde a elaboração da proposta estadual, a organização e envio das equipes para intercâmbio, planejamento das ações a serem desenvolvidas em nosso estado a partir da vivência em Barbacena, nossa rede preceptora, e em agosto de 2015 participei como intercambista, o que possibilitou outra visão sobre o Percurso. Educação Permanente; Saúde; Amazonas

OS SENTIDOS DE VELHICE E DO ENVELHECIMENTO NO CONTEMPORÂNEO: AÇÕES EDUCATIVAS EM SAÚDE DESENVOLVIDAS POR ALUNOS DE MEDICINA DA UFF

Elizabeth Falcão Clarkson

Palavras-chave: Velhice, Envelhecimento, Educação em Saúde

A coisa mais moderna que existe nessa vida é envelhecer, dizia Arnaldo Antunes, na

música Envelhecer, e fala de uma realidade cada vez mais comum, no mundo e no Brasil, sobre a chegada da velhice. Mais atual impossível. Hoje 10,8% da população geral no Brasil são de idosos, segundo o IBGE estimando que em 2060 seja de 26,7%. A preocupação com o envelhecimento da população é evidente e devem ser criadas iniciativas visando melhor qualidade de vida para as pessoas que já chegaram à terceira idade. É necessário integrar os idosos em atividades de lazer, saúde e educação, além de socializá-los dando a eles mais cidadania e facilidade do acesso aos serviços de saúde pelos municípios, modificando o panorama das cidades, num paradoxo, pois os idosos de hoje estão saindo mais de casa e se movimentando mais, frequentando academias de ginástica em praça pública, impondo uma preocupação outra para o jovem de hoje, a consciência de que eles serão os velhos de amanhã. É preciso desde já criar a cidade saudável na máxima de ser aquela preparada para seus velhos. Para transformar a realidade é preciso conhecê-la e este relato fala sobre a experiência na preceptoria da disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado da faculdade de medicina da UFF sobre Saúde, Cultura e Envelhecimento. Tem como objetivos interligar teórica e prática na reflexão sobre as dimensões do processo saúde-doença e a sua relação com a prática médica; perceber a saúde como um direito e conhecer o papel das organizações sociais e seus movimentos para a garantia dos direitos dos idosos. Diferentes cenários mostram a realidade do idoso em seu território existencial dos diferentes modos de gerir a vida, de amar, de se vestir, de se comportar, etc. Nos encontros os percebemos, na medida em que nos percebemos nas relações. Os cenários (passeios públicos, praças, instituições públicas de promoção da saúde como os Centros de Convivência de Idosos; as Universidades Abertas da Terceira Idade) onde idosos independentes, idosos

dependentes parciais e os dependentes totais estavam presentes. Com os idosos mais ativos e independentes tivemos oportunidade de participar da aula de ginástica para idosos no projeto Prev-Quedas da Faculdade de Educação Física da UFF, da oficina de psicomotricidade, corpo e cinema na UnATI/UERJ e da oficina de memória no Centro de Convivência de Idosos Helena Tibau. Já em Instituições de longa Permanência de Idosos, os velhos mais dependentes requeriam maiores cuidados pelas equipes multiprofissionais. Um estudo mais profundo foi feito nas leituras de textos, resenhas e relatórios das experiências vividas, escritos pelos alunos sobre os campos e discutidos em sala de aula. A partir da pesquisa de campo, baseados no que apreenderam da realidade, os alunos puderam planejar e executar ações educativas em saúde para os idosos ativos que envolveu criatividade e o resgate da memória afetiva, através da música, da dança, de jogos interativos para a memória, como o “jogo da mímica”, dramatizações e projeções de cenas de filmes do cinema antigo.

PANTAVIDA ALENTO PARA OS RIBEIRINHOS

Sabrina de Oliveira Cangussu, Maria Betina Leite Lima, Nayara Cristaldo Maciel, Kathiussy Goulart da Silva Sarmento

Palavras-chave: População Ribeirinha, Pantavida, Assistência, Trabalho Voluntário

APRESENTAÇÃO: O Projeto Pantavida existe a pouco mais de 10 anos, é desenvolvido pela Coordenadoria de Missões Estaduais da igreja batista, nas margens do rio Paraguai e em Porto Murinho. Tem como finalidade alcançar as comunidades ribeirinhas distantes do conforto da cidade, assim levar a melhor qualidade de vida por meio de atendimento de saúde e educacional,

distribuição de cestas básicas, óculos de grau, medicamentos e atividades para crianças e jovens que vivem às margens do rio Paraguai, com intuito de resgatar da cidadania, integrando a família e os valores religiosos, e para isso conta com acadêmicos da saúde e voluntários dos Estados Unidos, formando um grupo de 21 pessoas. DESENVOLVIMENTO: O projeto foi divulgado por 2 dias nas rádios de Porto Murinho, o qual seria realizado na igreja batista que foi adaptada em clínica médica com atendimentos por 5 dias a partir das 7 horas da manhã com pausa para almoço, até o último paciente ser atendido estendendo-se até às 18 horas. Os trabalhos começavam pela triagem onde os acadêmicos de enfermagem ficaram responsáveis, com número de atendimento limitado a 100 pessoas por dia, mas que devido à alta procura nos primeiros dias esse número foi estendido para 120. Depois de terem passado pela triagem essas pessoas ficavam em uma sala de espera pelo atendimento médico, logo após, passavam pela evangelização e aguardava os medicamentos receitados pelo médico serem disponibilizados. Tanto na triagem, consultório e farmácia, tinham profissionais ou acadêmicos americanos, aos que não eram bilíngues estavam sempre acompanhados de tradutores. IMPACTOS: Muitos indígenas e paraguaios procuraram atendimento que devido à cidade ser pequena e pela localização geográfica, a população divulgava o projeto, pois estes relatavam madrugar em frente o local para garantir o mesmo, uma vez que são rejeitados pelas unidades básicas de saúde por causa da nacionalidade. O projeto teve grande repercussão na cidade, uma vez que a população elogiou a assistência integral onde voluntários e profissionais, doaram oito dias de suas vidas, distante de suas cidades, país, muitas vezes ficaram até sem sinal de comunicação por 2 dias ou mais, além de enfrentarem dias quentes e úmidos, noites frias e muitos insetos, mas que sem

dúvida foi muito gratificante ajudar essas populações carentes. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Através da realização do projeto Pantavida, que é considerado uma viagem missionária, foi possível vivenciar, conhecer a realidade e as necessidades daquela comunidade ribeirinha, que é desassistida pela carência de serviços de saúde disponibilizados. Os profissionais e voluntários sentiram-se muito gratificados e transformados, por prestar assistência para a população necessitada, além de proporcionar a oportunidade de contato com uma religião, assim promover um atendimento holístico, compreendendo o processo biopsicossocial, com intuito de mudar a realidade da população assistida.

PARA ALÉM DA SALA DE AULA. O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM EM DIFERENTES CENÁRIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE. “VAMOS PARA A PADARIA?!”

Jorgeluz de Andrade Trindade, Marielly . de Moraes, Alexandre Simões Dias

Palavras-chave: Ensino Superior, Atenção Primária à Saúde, Ensino, Fisioterapia

APRESENTAÇÃO: É sabido que os espaços de ensino-aprendizagem têm ultrapassado os muros tradicionais das instituições e ganhado lugar nos ambientes informais. Para Merhy (2015), a educação permanente em saúde em movimento não necessita estar presa aos organogramas ou às hierarquias dos sistemas de saúde e muitas vezes se faz mais potente em espaços como as rodas de conversa do café. Os processos e dinâmicas de formação dos profissionais de saúde passam por muitos diferentes cenários de prática na atualidade. Após a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, a academia experimentou uma profusão de discussões sobre a adequação dos

currículos à realidade do sistema de saúde do país. Neste contexto, emergem novas metodologias muitas vezes balizadoras nas diversas formas de construção de conhecimento. No caso da atenção primária à saúde, as aproximações da academia aos ambientes informais tornam-se rotineiras considerando o trânsito dentro de uma área chamada adstrita e dentro desta a identificação dos equipamentos sociais. METODOLOGIA: Este relato de experiência, surge como questionamento de alguns alunos sobre ser o espaço informal legítimo ou não na formação do fisioterapeuta que experimenta o estágio curricular na Atenção Primária. Neste cenário, surgem alguns elementos inquietantes ao estranhamento do ambiente como local de desenvolvimento do currículo. Ora como podemos entender os espaços de formação como ferramentas construtoras do conhecimento ampliado na formação crítica e analítica se não conseguimos entender a ausência do quadro negro? RESULTADOS: Processos de trabalho discente, distanciados na prática do contexto ortodoxo da concepção formativa, pressupõem acolhimento de diversidades disponíveis na qualificação do fazer em saúde. Compreender e identificar estes elementos é contextualizar as demandas do território de prática em diferentes locais, de diferentes formas. De uma maneira prática, poderíamos considerar o processo de diagnóstico coletivo de saúde onde os elementos populacionais ou sociais, como os equipamentos do espaço são indicadores de processos de trabalho na saúde. Desde a escolha de ferramentas de trabalho até a busca de resoluções de problemas que envolvem usuários. Dessa forma, o protagonismo à luz das DCN, insurge com fator da problematização de desafios do ensino-aprendizagem e as suas interfaces na construção de um perfil profissional para além dos aspectos técnicos com competências humanas e resolutivas

no seu fazer de profissional da saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Neste contexto, ir tomar café na padaria, dentro da rotina de trabalho, configura um duplo desafio: a ruptura de uma cultura de ensino centrado na prática da sala de aula e que reflete na produção de assistência a saúde e a abertura para a compreensão do significado de compor em contextos diferentes as práticas que considerem o profissional sujeito de um cenário de vida.

PARA ALÉM DOS MUROS DA UNIVERSIDADE: CONHECENDO A REALIDADE DE UMA PENITENCIÁRIA DE RECUPERAÇÃO FEMININA

Mayra Kelly Santana Henrique, Dailton Alencar Lucas de Lacerda, Janáina Maria Alves Campos, Jeane Constantino Pereira, Thainá Rayane Bezerra Vieira, Bruna Lima Miranda, Maria Carolina Medeiros Trajano

Palavras-chave: Educação popular, ressocialização e saúde

APRESENTAÇÃO: O Programa Mais Saúde na Comunidade é uma atividade de extensão popular da Universidade Federal da Paraíba que tem como fio condutor a Educação Popular em Saúde (EPS) atuando de forma interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional. A construção das práticas do programa é iniciada a partir de uma territorialização, que consiste no reconhecimento do espaço onde as ações serão desenvolvidas. Com isso é possível conhecer as demandas dos sujeitos nele inseridos, bem como suas peculiaridades e organização social. Neste sentido, o objetivo do trabalho é relatar a experiência de extensionistas do programa em uma vivência na Penitenciária de Recuperação Feminina Maria Júlia Maranhão situada no município de João Pessoa – PB. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Uma das frentes de ação

do programa são os Grupos de Encontro do Trabalho (GRT) realizados com categorias de trabalhadores e que possuem como eixos teórico- metodológicos a educação popular e a ergologia. Com o intuito de iniciar um GRT com apenados envolvidos em ações de ressocialização do sistema carcerário da Paraíba, os extensionistas realizaram territorializações em diversos presídios do Estado, dentre eles a Penitenciária Júlia Maranhão. A visita foi conduzida por uma agente penitenciária, que apresentou aos extensionistas o pavilhão do sistema prisional semiaberto, onde existe um grupo de apenados que participam do projeto “Castelo de Bonecas”, no qual são confeccionadas bonecas de pano, com vendas destinadas à geração de renda do grupo produtivo, bem como para aquisição de matéria prima que viabilize a produção. Em seguida, foi visto o pavilhão de regime fechado, a estrutura física do berçário, do cárcere e da cozinha. RESULTADOS: Com base nesta experiência, identificou-se um ambiente físico adequado, porém com superpopulação carcerária, carência de infraestrutura que viabilize as atividades de ressocialização desde as ações de educação básica, a qualificação profissional e trabalho sendo, portanto, a educação popular uma ferramenta potente para fomentar a troca de saberes e respeito neste ambiente de reclusão. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A implementação do GRT vai possibilitar uma valorização do papel do apenado na sociedade, proporcionando-lhe visibilidade, autonomia e conscientização acerca dos próprios direitos e cuidados com a saúde. A experiência contribuiu para a construção de um pensamento crítico-reflexivo acerca das condições de vida das mulheres em uma penitenciária do sistema prisional paraibano. Por fim, pode-se concluir que falta para as apenadas políticas públicas que lhes assegurem o direito à cidadania, educação, saúde, trabalho, cultura, família e dignidade.

PARCERIA ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Victor Hugo Ferreira Jardim

Palavras-chave: promoção da saúde, comunidade, enfermagem

Promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. A disciplina promoção da saúde, oferecida no curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Goiás, tem ênfase na prática intra e intersetorial com grupos comunitários e movimentos sociais. Uma parceria com foi estabelecida com um Centro de Saúde da família do município de Goiânia/GO para a realização de atividade prática com um grupo existente na comunidade. O objetivo deste relato é descrever as atividades desenvolvidas por de acadêmicos de enfermagem com o grupo comunitário. As práticas foram planejadas entre estudantes, Agentes Comunitários de Saúde e comunidade para ocorrer em três encontros e foram fundamentadas na participação, desenvolvimento de habilidades pessoais e comunitárias. Os temas definidos coletivamente foram relacionados à alimentação saudável e à ocupação de espaços públicos do território para a realização de práticas corporais e lazer. Uma roda de conversa foi realizada com o objetivo de abordar o uso racional do “sal de cozinha” seguida de oficina para confeccionar o “sal com ervas”. O último encontro foi realizado em uma pequena praça que é utilizada pelos moradores exclusivamente como ponto de ônibus. Os participantes auxiliaram no recolhimento do lixo existente no local, em seguida foi realizada uma atividade lúdica utilizando materiais reciclados, por meio de circuitos com obstáculos e sequência de perguntas

e respostas sobre o direito à saúde e ao ambiente. A prática foi encerrada com um café da manhã saudável e avaliação. Aproximadamente 25 pessoas do grupo participaram da prática da disciplina promoção da saúde, ficaram surpresos ao identificar a existência de um espaço público subutilizado com potencial para a ocupação pela população. Estas atividades despertaram nos acadêmicos a compreensão sobre o papel da atenção básica como ordenadora da rede de cuidados, além de possibilitar a aplicação, na prática, de princípios teóricos que fundamentam a promoção da saúde.

PERCEÇÃO ACADÊMICA DA DISCIPLINA DE SAÚDE E CIDADANIA DO CURSO DE FISIOTERAPIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE, MS

Ariete dos Santos Costa, Leila Simone Foerster Merey, Amanda Castelo Girard, Natália Matos Tedesco, Geisy Hellen Mamedes Silva, Mayra Alves Meireles, Hullyana Aguiar da Silva, Karina Candia da Silva

Palavras-chave: ensino, serviço, comunidade, fisioterapia, saúde e cidadania,

APRESENTAÇÃO: O estabelecimento de parcerias entre profissionais de saúde, instituições de ensino e comunidade é uma importante estratégia para facilitar a construção do conhecimento a partir da reflexão crítica da realidade. A disciplina de Saúde e Cidadania do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, tem por objetivo a formação de um profissional capacitado a atuar no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com base no perfil epidemiológico da população, promovendo integralidade do cuidado. Este trabalho tem como objetivo

relatar o ensino prático dessa disciplina na atenção primária a saúde do município de Campo Grande, MS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Entende-se por integração ensino-serviço o trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado de discentes e docentes dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, cuja a principal finalidade é a qualidade de atenção à saúde individual e coletiva. A disciplina de Saúde e Cidadania está presente em todos os semestres do curso e proporciona aos acadêmicos a articulação teórico-prática em torno da concepção ampliada do processo saúde-doença em todos os níveis de atenção à saúde. Aprendemos sobre a organização dos níveis de atenção à saúde, a conhecer os conceitos vigilância, risco e vulnerabilidade, compreender a população, a família, o território e a autonomia dos usuários do sistema de saúde, desenvolvendo formas de aplicá-los na atuação profissional para a resolutividade no cuidado multiprofissional, além de aplicar os instrumentos como: ecomapa, genograma e realizar plano terapêutico singular. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Muitos acadêmicos conseguiram, com as vivências na disciplina compreender, por exemplo, a interferência do baixo nível social, econômico e educacional da população sobre o processo saúde-doença e sobre a efetividade das ações de saúde. As atividades realizadas fortaleceram os conhecimentos sobre as políticas de saúde e educação, favorecendo a integração ensino-serviço. Destaca-se a maior satisfação dos usuários com os serviços prestados nos locais em que a universidade está presente, o que fortalece ações e atividades de ensino e assistência. Percebe-se que a demanda de atividades de rotina nos serviços de saúde dificulta a participação dos trabalhadores em atividades com os acadêmicos. Recomenda-se que a disciplina também promova intervenções

realizadas conjuntamente por acadêmicos e profissionais de duas ou mais áreas. Embora essa integração de outros cursos da área da saúde seja dificultada pelo fato de possuírem níveis diferentes de inserção em atividades na rede pública de saúde, bem como também pela inexistência dessa disciplina ou semelhante. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A criação de mais oportunidades de encontro entre os estudantes de graduação das áreas envolvidas possibilitaria uma vivência multidisciplinar e interdisciplinar entre eles, potencializando a integralidade como princípio da formação. O enfrentamento desses desafios, sem dúvida, resultará em medidas estruturantes para o fortalecimento do ensino para a atenção primária, consolidando não apenas o SUS, mas também qualificando as práticas do cuidado em saúde em todos os níveis e pontos da rede.

PERCEÇÃO DE ACADÊMICOS DE MEDICINA NA INTERAÇÃO COM MULHERES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Felipe de Lima Athayde, Sabrina Trevisan de Nardi, Gabriela Xavier de Pietro, Gabriela Bianca Frizzo, Gabriela Teixeira Decimo, Martha Helena Teixeira de Souza

Palavras-chave: saúde, mulher, medicina, família

INTRODUÇÃO: As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Muitas frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da

comunidade (BRASIL, 2004). Na tentativa de promover mudança nas práticas de atendimento, surge o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual teve início em meados de 1993, sendo regulamentado de fato em 1994, como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando a estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte dos problemas de saúde (RONCOLLETA et al., 2003). Considera-se importante a participação dos acadêmicos de medicina no contexto da Estratégia de Saúde da Família, visando a formar futuros profissionais que atuem junto a equipes multiprofissionais de forma a ampliarem sua atuação na promoção da saúde e prevenção de doenças. O objetivo desse trabalho é relatar as atividades de promoção da saúde de mulheres mediante a realização de atividades em grupo com a participação de acadêmicos de medicina. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência sobre as vivências e as atividades desenvolvidas por acadêmicos do curso de medicina do Centro Universitário Franciscano como atividades propostas na disciplina “Interação Ensino/serviço/comunidade”. Estas atividades são realizadas junto a um grupo de mulheres de uma comunidade da região oeste de Santa Maria/RS. Para tanto, discentes do primeiro semestre do curso de medicina participaram de reuniões com um grupo de mulheres discutindo temáticas que envolvem a educação em saúde, visando a aprimorar a qualidade de vida delas, estabelecendo as prioridades do trabalho de promoção da saúde. As experiências descritas nesse trabalho compreendem o período de julho a setembro de 2015. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O presente trabalho possibilitou aos acadêmicos de medicina compreenderem que saúde vai além da ausência de doenças. A participação das mulheres, interagindo nas atividades de forma ativa, é fundamental

para o sucesso das ações propostas pelo grupo. Com essa atividade, percebemos o quanto é importante a presença da medicina junto aos demais profissionais de saúde no contexto de um grupo de mulheres em situação de vulnerabilidade social.

PERCEPÇÃO DE ESTAGIÁRIAS DO CURSO DE GRADUAÇÃO DE GESTÃO EM SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE SOBRE A REALIZAÇÃO DAS DANÇAS CIRCULARES EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Thais Paulo Teixeira Costa, Mariana Amélia Pereira Barros, Vilani Medeiros de Araújo Nunes

Palavras-chave: Humanização, Saúde Coletiva,

Apresentação: O estágio curricular supervisionado do Curso de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde (CGSS), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, viabiliza a consolidação dos conhecimentos sobre a Atenção Primária de saúde, especialmente aqueles pertinentes à atuação do gestor no contexto da Atenção Básica a Saúde, além de desenvolver habilidades e aprimorar o conhecimento técnico por meio das atividades peculiares a este profissional neste nível de complexidade. O referido estágio visa propiciar ao aluno dos dois últimos semestres do curso, uma visão de sua profissão de forma ampla e concreta. O presente relato tem como objetivo apresentar a percepção de alunos do CGSS sobre a realização das danças circulares em uma unidade básica de saúde. Descrição da experiência: Durante o período do estágio de 7 semanas, foram identificados conflitos entre os trabalhadores que atuavam na unidade de saúde, oriundos da hierarquia

das categorias profissionais, gerando uma desarticulação e fragmentação do trabalho em equipe, afetando o funcionamento do serviço, sendo a categoria mais atingida, os Agentes Comunitários de Saúde, que se encontravam desmotivados e desvalorizados para a execução de suas atividades. Como exemplo dessa desmotivação esses trabalhadores estavam decididos a extinguir o grupo de teatro que era composto por eles. Diante do cenário, foi proposto pelas estagiárias a utilização de uma diretriz da Política Nacional de Humanização que trata sobre a valorização do trabalhador e como forma de despertar a sensibilização em relação à importância da equipe no ambiente de trabalho, foi selecionada a dinâmica das Danças Circulares que busca trabalhar o coletivo, unindo por meio dos passos as diferenças entre os membros. Desta forma, foi realizada uma oficina de formação com toda a equipe da Unidade Básica de Saúde. Resultados: Durante a atividade observamos que o fato de os trabalhadores darem as mãos, tocando-se, promoveu uma quebra de tensão. Em seguida, aproveitamos o momento para dialogar sobre as práticas do cotidiano do trabalho. Com a utilização de imagens foram elencadas as potencialidades e dificuldades do ambiente, sendo possível realizar um diálogo e diversas reflexões que surgiram no momento. Considerações Finais: A atividade realizada pelas estagiárias do CGSS foi avaliada por todos os presentes como sendo importante por retomar a questão do cuidado entre os trabalhadores da saúde. Concluímos que esse momento foi fundamental para a nossa formação, pois foi possível refletir sobre a importância da valorização de práticas corporais entre os trabalhadores como também, da oferta de espaços para a desconstrução e reconstrução de suas práticas do cotidiano.

PERCEPÇÃO DE HOMENS ACERCA DO CORPO DA MULHER E DO SEU PRÓPRIO CORPO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jaqueline Alves Pires, Álvaro Pereira, Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão, Nadirlene Pereira Gomes, Ionara da Rocha Virgens, Welton Souza Campos de Araújo, Luana Moura Campos, Jordana Brock Carneiro

Palavras-chave: Identidade de Gênero, Sexualidade, Enfermagem

INTRODUÇÃO: As representações em torno do corpo masculino e feminino possuem diferentes significações que são sustentadas de acordo com construções históricas presentes em cada época, interferindo na forma como os homens enxergam o seu corpo e o corpo da mulher. OBJETIVO: Relatar a experiência em uma oficina sobre a percepção de homens acerca do corpo da mulher e do seu próprio corpo. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Trata-se de um relato de experiência sobre a participação em uma oficina com homens autores de violência conjugal. A oficina propôs que os participantes refletissem sobre a percepção do corpo da mulher e do homem. A oficina foi realizada por estudantes da graduação e da pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, vinculados ao projeto de pesquisa intitulado “Reeducação de homens e mulheres envolvidos em processo criminal: estratégia de enfrentamento da violência conjugal”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia e aprovado pelo CEP da UFBA, sob Parecer 039699/2014. RESULTADOS: A intervenção proporcionou uma reflexão, por parte dos participantes acerca da diferenciação do homem e da mulher não apenas pelos aspectos biológicos, mas também por papéis socialmente atribuídos. Os participantes

representaram, através de desenho, o corpo da mulher e do homem diferenciando-os pela presença de órgãos sexuais. Porém, quando solicitado para que eles descrevessem algumas características do homem e da mulher, foi possível identificar que o homem utiliza-se de papéis atribuídos ao gênero, para diferenciar o sexo. CONCLUSÃO: A construção social baseada em gênero faz com que o indivíduo não se perceba inserido em um universo de papéis sociais pré-estabelecidos. A realização de oficinas reflexivas é fundamental para prevenção e enfrentamento da violência, uma vez que, se configuram espaços de diálogo e reflexão, permitindo que os homens reflitam e/ou compreendam a necessidade de uma mudança de comportamento.

PERCEPÇÃO DOS PETIANOS SOBRE ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Rafael Magalhães de Melo, Filipe Ramos da Mota, Nailza dos Santos Barbosa, Sinara Vera

Palavras-chave: Programa Saúde da Família, Drogas, Acesso

INTRODUÇÃO: O Sistema Único de Saúde (SUS) refere-se a um conjunto de práticas e serviços que buscam a promoção da qualidade de vida das pessoas. Assim, em relação ao consumo de substâncias psicoativas, destaca-se o papel da Atenção Básica à Saúde (ABS) na reabilitação e reinserção social dos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Neste contexto, o estudo objetivou descrever as percepções dos petianos sobre o reconhecimento dos profissionais de saúde da importância da Atenção Básica no nível assistencial e preventivo de agravos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. METODOLOGIA: Trabalho de caráter

qualitativo baseado no relato de experiência realizado a partir das observações registradas em diário de campo em uma Unidade Saúde da Família (USF) de um município do Recôncavo da Bahia, vinculado ao Programa de Educação pelo Trabalho Vigilância em Saúde (PET/VS). Nos resultados, foi identificado que os profissionais de saúde têm um posicionamento sobre o usuário de álcool e outras drogas baseado em estereótipos, o que pode influenciar na dificuldade de acesso desse indivíduo aos serviços públicos de saúde. Além disso, observou-se a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como mediadores entre a comunidade e a Unidade Básica de Saúde, e como vigilantes da área de abrangência em que os usuários de substâncias psicoativas estão inseridos, o que favorece a identificação dos fatores de risco inerentes a essa população. Em virtude dos dados obtidos, verifica-se a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, para que haja o aprimoramento na oferta de serviços mais específicos às necessidades dos usuários de álcool e outras drogas, e consequentemente um atendimento mais equânime.

PERCEÇÃO DOS USUÁRIOS DO PSF SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DO ACS: SONDAÇÃO COMUNITÁRIA PARA O PLANEJAMENTO DE INTERVENÇÕES PEDAGÓGICAS EM SAÚDE

Stela Galvão Prates, Luis Rogério Cosme Silva Santos, Karlla Gisselle Figueiredo Santos, Bethânia Porto Pereira, Cheila Vanessa dos Santos Caldas, Elisângela Tunes Macedo

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Educação Permanente, Visita Domiciliar

APRESENTAÇÃO: Este estudo apresenta resultado de sondagem realizada na área

de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF), em um município de grande porte da região Sudoeste da Bahia. Teve como objetivos identificar a percepção da população usuária quanto aos fatores que interferem na abordagem domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e definir estratégias educativas que possibilitem maior integração entre a academia, ACS e a comunidade. **DESENVOLVIMENTO (método):** Trata-se de uma sondagem que integra um projeto universitário de extensão realizado pela Universidade Federal da Bahia, no período de junho-julho de 2015. O projeto constou de três etapas (módulos): capacitações, sondagem na comunidade e elaboração de estratégias de intervenção. A sondagem descrita foi realizada na feira livre da área de abrangência da USF, onde circula uma população heterogênea. Conhecer a percepção dos usuários foi premissa essencial para o planejamento de ações educativas voltadas à melhoria do processo de produção do cuidado dos agentes, coerente com as necessidades sociais de saúde do território. Foram entrevistadas 72 pessoas da comunidade. Para coleta de dados, utilizou-se um questionário que permitiu identificar: a) o papel e a importância do ACS para a comunidade; b) a qualidade e/ou resolubilidade do trabalho desenvolvido pelos agentes. **RESULTADOS:** Dentre os entrevistados, 72,2% (52) mostraram ter conhecimento sobre o papel do Agente Comunitário de Saúde e 88,9% reconheceram a importância do trabalho realizado por estes profissionais. Quanto à qualidade da abordagem domiciliar e suas repercussões na saúde comunitária, 50% (36) dos entrevistados avaliaram positivamente a atuação dos agentes; 5,5% (4) consideram o trabalho razoável e 38,8% (28) avaliaram negativamente. Os entrevistados foram convidados a sugerir mudanças que visam aprimorar a qualidade da abordagem domiciliar. Nesse âmbito salientam a

necessidade de ampliação do número de visitas domiciliares mensais, capacitação permanente dos ACS, garantia de condições de trabalho mais dignas para os agentes e maior interação entre serviço-comunidade. Embora os usuários demonstrem conhecer o papel do ACS na rede de serviços de saúde, observou-se uma percepção equivocada atribuída ao processo de trabalho dos ACS. Nessa direção, destacam-se queixas quanto à demora na marcação/realização de consultas e exames especializados e entrega de resultados de exames nos domicílios. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** De acordo com os resultados da sondagem, fica evidente a imprescindibilidade de intervenções pedagógicas que ampliem e qualifiquem a interação serviço-comunidade, de forma coletiva e com apropriação de saberes inerentes aos distintos atores na produção do cuidado no território. Embora os entrevistados demonstrem compreender o papel dos ACS, estratégias para maior valorização das ações de promoção à saúde, desenvolvidas pelos agentes comunitários, devem ser priorizadas na área de abrangência do PSF.

PERCURSOS FORMATIVOS NA RAPS: UM OLHAR PARA A SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL

Juliana Ferreira de Souza

Palavras-chave: educação permanente, saúde mental, infantojuvenil

O município de Coronel Fabriciano/MG foi contemplado na Chamada para Seleção de Projetos de Percursos Formativos na RAPS: Intercâmbio entre Experiências e Supervisão Clínico-Institucional, lançado pelo Ministério da Saúde, com o projeto para Rede em Formação na Linha de ação Saúde Mental Infanto-juvenil, tendo o município Ouro Preto/MG como rede receptora. O

Projeto de Percursos Formativos na RAPS contempla apoio financeiro para que os municípios desenvolvam projetos de educação permanente para profissionais da Rede de Atenção Psicossocial, tendo como foco a troca de experiência entre profissionais - intercâmbio entre experiências. (BRASIL, 2013) Participaram do percurso de formação profissionais que atuam na Atenção Básica (UBS, ESF e NASF), no CAPS II e na Educação. Os profissionais foram selecionados de forma estratégica, priorizando os que atuam diretamente com o público infanto-juvenil e incluindo outros profissionais da rede contemplando os diversos pontos de atenção. Criamos um Grupo de Trabalho, composto pelos profissionais que participaram do intercâmbio, que se reunirá mensalmente a fim de discutir e propor ações a partir da experiência do percurso e construir um plano de ação. Pretende-se que cada um possa se responsabilizar por uma ação e que sejam multiplicadores dos princípios da reforma psiquiátrica no território em que estão inseridos. A proposta é envolver todos e fomentar o compartilhamento do saber estimulando os intercambistas a promover ações de educação permanente no território e com suas equipes de trabalho. O desenvolvimento desse projeto configurou-se como uma oportunidade de formação por meio da troca de experiências que nos permitiu conhecer iniciativas no âmbito da saúde mental que vem sendo desenvolvido em outros estados, além de possibilitar a reflexão sobre os nossos processos de trabalho, o que nos permite fortalecer as ações realizadas que garantem a qualidade do cuidado prestado aos usuários e pensar em novas ações que nos permitirão qualificar o cuidado e ampliar a oferta de ações. Os profissionais visitantes relatam mudanças nos processos de trabalho a partir do intercâmbio. Iniciaram novas práticas e tem discutido e articulado com as equipes

de saúde da família essas novas práticas. A experiência de Ouro Preto, no que se refere a implantação do serviço (CAPSi), com apoio de diferentes setores, tem nos inspirado e alguns movimentos de negociação estão sendo realizados na tentativa de qualificar o cuidado ofertado ao público infanto-juvenil. Temos discutido a possibilidade de estabelecer parceria com outros serviços/instituições do município, e acreditamos que será possível construir um trabalho que possibilite atender a demanda do público em questão. Espera-se que através desta formação possamos construir uma rede de atenção psicossocial bem estruturada e fortalecer as parcerias existentes com outros setores, bem como estabelecer novas parcerias que permitam ampliar as possibilidades de intervenção e o acesso dos usuários a serviços de qualidade que tenham como base conhecimentos técnicos (Clínicos e políticos), e com profissionais que atuam de forma ética e comprometida com o ideal da reforma psiquiátrica.

PERMANECERSUS: DOS PRIMEIROS PASSOS À CONSOLIDAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DA(O) PSICÓLOGA(O) PARA SUS

Elizabete Oliveira Santana, Elder Vargão Borges

Palavras-chave: Saúde Pública, Formação em Saúde, Política Nacional de Humanização,

Este relato de experiência trata da contribuição do Programa Permanecer SUS na formação de psicólogas (os) para o SUS, especialmente na consolidação de uma referência de comprometimento e postura ético-política enquanto trabalhador (a) da saúde pública. O objetivo é registrar as repercussões da experiência precoce por meio de estágio multiprofissional, extracurricular e que inclui suporte de

supervisão, preceptoria e educação permanente. O Programa Permanecer SUS surge em 2008, no contexto de ações de reorientação da formação profissional em saúde, através da Diretoria de Gestão do Trabalho na Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Ele é orientado pelo princípio da integração trabalho-educação, inicialmente com cenário de práticas as unidades de emergências dos Hospitais Gerais. O eixo norteador é o acolhimento, dispositivo e diretriz da Política Nacional de Humanização. Este programa realiza a aproximação de estudantes com a política pública de saúde, muitas vezes promovendo o primeiro contato destes com o SUS. O Permanecer SUS busca forjar junto a seus (suas) estagiários (as) o desenvolvimento das chamadas tecnologias leves, como escuta, acolhimento e vínculo, e a interlocução entre as diversas disciplinas que o compõe (núcleos) e a saúde pública (campo). Para a psicologia, especialmente, criou um espaço complementar na formação, que preenche uma lacuna relacionada a possibilidade de atuação para além do modelo clínico individual e privatista. Esta foi a primeira experiência de trabalho interprofissional e formação interdisciplinar da (o) autor (a), que geraram competências e exercitaram habilidades, como, por exemplo, a cooperação, a colaboração, a comunicação horizontal, a reflexão e o olhar crítico sobre a prática e sobre os problemas de saúde, definição de objetivos e metas como construções de percursos para facilitar o acesso, discussão de casos, registro de ocorrências e outras rotinas. Foram vivenciados elementos impulsionantes do fazer em equipe e que nos remetem uma noção de cuidado integral e singular, que atualmente é chamado de clínica ampliada. Como resultados, reconhecemos a compreensão da humanização como referência para operar práticas de saúde, ao provocar o desenvolvimento da habilidade

de escuta qualificada, acolhimento e corresponsabilização. Esta deve ser atitude ético-política de qualquer profissional de saúde, pois é um componente do processo de organização do trabalho em saúde. Propiciou também o reconhecimento do SUS como uma conquista e direito da população, reconhecimento do usuário como sujeito de direito. Tal que, aliado à tomada de consciência dos(as) trabalhadores(as) como operadores(as) da política de saúde gerou a compreensão da relevância do trabalho em redes vivas e dinâmicas, através de pactos que são também subjetivos e que vão além da necessidade imediata de saúde que o (a) usuário (a) apresenta. Por fim, conhecer e aproximar-se do serviço de saúde, junto a trabalhadores(as) e usuários(as) do SUS e suas problemáticas e potencialidades, faz reconhecer um caminho a seguir. Esta experiência garante que o SUS cumpra sua função constitucional de formar profissionais de saúde sensíveis, competentes e comprometidos com a sua efetivação.

PET REDE CEGONHA: UM OLHAR NA GARANTIA DOS DIREITOS REPRODUTIVOS E SEXUAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Jussara Barros Oliveira, Jamilly Gusmão, Cleane Novaes, Thamiles Amaral, Jessica Oliveira, Aline Benevides, Shirley Batista Oliveira

Palavras-chave: Planejamento familiar, formação

Esta experiência se consolidou através do projeto PET-Redes em parceria com instituições públicas de ensino superior: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e Universidade Federal da Bahia (UFBA) campus Vitória da Conquista; e secretaria de saúde de um município

baiano. O componente Rede Cegonha, com foco no Planejamento Familiar, se constituiu parte do projeto PET-Redes, desenvolvendo ações junto às unidades de saúde da família e Hospital Materno Infantil, numa perspectiva de vivenciar o fluxo de atenção das mulheres nos diversos pontos do sistema municipal, no que tange ao direitos a saúde reprodutiva. Esses serviços de saúde caracterizam-se como cenários de ensino-aprendizado, e interação com a comunidade para os acadêmicos dos cursos de saúde (medicina, enfermagem, psicologia) selecionados para o Programa de Educação e Trabalho (PET). As atividades foram planejadas e programadas junto com a equipe de profissionais dos serviços e comunidade. Resultados e/ou impactos: As atividades desenvolvidas pelos estudantes e preceptores no âmbito individual e coletivo foram: consultas de mulheres em idade fértil (15 a 49 anos) para planejamento familiar, atividades educativas sobre o planejamento familiar (grupos, sala de espera), métodos anticoncepcionais disponíveis, aconselhamento, estimulando a autonomia e auto-gestão do cuidado; realização de eventos no território, em datas comemorativas alusivas a saúde reprodutiva (mês rosa- prevenção do câncer de mama, saúde do homem, feira de saúde); capacitação dos agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem. Todas as atividades desenvolvidas coletivas ou individuais foram realizadas de acordo com a realidade de cada serviço, atendendo as especificidades do funcionamento e cultura local. Além destas atividades relacionadas à comunidade, os discentes foram incentivados a participar da reunião de equipe e do conselho local de saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A inserção precoce dos acadêmicos, e mais que isto seu acompanhamento pelo profissional de saúde do serviço, tem estreitado laços com o sistema de saúde e a comunidade,

apontando caminhos para uma integração efetiva, com contribuições para a mudança das realidades encontradas, principalmente por se tornar um elemento catalisador importante. Vale ressaltar ainda, que juntamente com o desafio da formação dos acadêmicos, situa-se o de preceptores de serviços, que nesse novo papel, precisa de subsídios teórico-pedagógicos, para aliar às suas práticas na unidade de saúde. Além disto, o PET- Rede Cegonha possibilitou apropriação de fenômenos investigados, aproximando-os das fragilidades dos usuários e dos serviços de saúde, o que os leva além da formação técnica, para o desenvolvimento de habilidades e competências na abordagem da mulher que procura o serviço, considerando suas atitudes e valores. O enfoque na atenção à saúde da mulher, no componente planejamento familiar, os despertou para o posicionamento quanto à integralidade, universalidade dos direitos sexuais e reprodutivos, por meio de ações individuais e coletivas. Reconhecer a rede de atenção à saúde tem sido outro elemento importante a se destacar, pois permite ampliar a visão do sistema de saúde, otimizar os recursos e a capacidade de resolução.

PET REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: EXPERIÊNCIAS RELACIONADAS À SAÚDE DO IDOSO

Marcia Regina da Silva, Lilian Marin, Gessiani Fatima Larentes, Bruna Bertollo, Diane Trebien Slaviero, Vanessa Brandeleiro Kreutz

Palavras-chave: Saúde do idoso, Atenção Primária à Saúde, Vulnerabilidade

APRESENTAÇÃO: O Pet-Saúde – Redes de Atenção foi lançado pelo Ministério da Saúde e Educação pelo Edital SGTES/MS nº 14/2013, sendo o projeto proposto e

aprovado na ótica da atenção domiciliar à saúde de idosos em situação de vulnerabilidade e deficiência (física e cognitiva). A proposta apresentada teve o intuito de promover a geração e apreensão de conhecimento a respeito das Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), buscando a interação em rede e o aperfeiçoamento dos serviços de saúde por meio do ensino, da pesquisa e da extensão, bem como fomentando a integração ensino-serviço-comunidade. Este trabalho tem por objetivo relatar as experiências vivenciadas pelo programa aprovado Pet-Saúde: Redes de Atenção. MÉTODO: O projeto foi desenvolvido de agosto de 2013 a julho de 2015, no município de Chapecó, pela Unochapecó, Secretaria de Saúde do estado e do município, com a participação de um tutor (professor da IES), seis preceptores (Enfermeiras, Cirurgião Dentista, Fisioterapeuta, Psicóloga), 12 estudantes bolsistas (Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia, Nutrição, Medicina, Serviço Social Psicologia) e seis estudantes não bolsistas (Medicina, Fisioterapia, Farmácia, Ciências Biológicas). No primeiro ano foram estudados temas voltados ao SUS, saúde do idoso e suas políticas, vulnerabilidade e deficiência; vivências nos cenários de prática em que os preceptores atuavam para compreender a atenção à saúde do idoso sob a ótica dos diferentes pontos da rede de atenção; elaboração de resumos acadêmicos para apresentação em eventos científicos; divulgação do Pet-Redes nos cursos e, construção do projeto de pesquisa destinado para idosos longevos e cuidadores. No ano dois, aplicou-se a pesquisa no domicílio dos idosos em três Centros de Saúde da Família (CSFs) do município e, aos que apresentavam dependência física e ou cognitiva, esta foi aplicada também aos cuidadores; produzidos artigos, com os resultados da pesquisa, os quais estão

em fase de revisão para submissão em periódicos e organizou-se a dinâmica para socialização dos resultados da pesquisa com os participantes, cenários de prática e equipe gestora da instituição e do município, ocorrida nos meses de junho e agosto de 2015. RESULTADOS: As vivências realizadas tanto nos cenários de prática, quanto no domicílio, aprofundou o conhecimento das políticas de atenção à saúde do idoso na lógica das redes de atenção à saúde no SUS. Outro fato a ser destacado foi à produção científica para difusão do conhecimento nessa área, fortalecimento da temática voltada para a saúde do idoso e desenvolvimento de material instrucional para orientação, que pode ser utilizado pelos usuários e profissionais da atenção básica. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O cuidado ao idoso deve ser articulado, de forma a garantir a atenção integral à saúde dessa população e, estender-se também à família cuidadora e ou aos profissionais cuidadores. Observa-se que os idosos, em função da diminuição de suas capacidades funcionais que ocorrem naturalmente no processo de envelhecimento já requerem assistência, seja como companhia, ou auxílio nas atividades de vida diária, bem como os idosos em situação de vulnerabilidade e dependência física e ou cognitiva, requerem assistência em tempo integral.

PET SAÚDE DA CRIANÇA: EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL, APRENDIZAGEM COMPARTILHADA E INSERÇÃO NO MUNDO DE TRABALHO

Mayra Cavenague Souza, Jessica Almeida da Cruz Ferreira, Luiza Volpato Castilho, Sara Rodrigues Ferreira, Rosana Aparecida Salvador Rossiti

Palavras-chave: Ensino, Programa de Educação Tutorial, Saúde da Criança, Mundo do trabalho

APRESENTAÇÃO: O PET Saúde da Criança, da Universidade Federal de São Paulo/Baixada Santista, desde 2010 desenvolve ações de formação estudantil das áreas de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, com ênfase no trabalho em equipe interprofissional e aprendizagem compartilhada, primando pela indissociabilidade das atividades do tripé ensino, pesquisa e extensão. A aprendizagem tutorial torna-o um espaço para a formação acadêmica diferenciada, qualificando-os para a inserção no mundo do trabalho. Após cinco anos deste PET, tornou-se relevante avaliar a formação profissional a partir da percepção dos egressos. O objetivo foi analisar a influência do programa na formação, inserção profissional e/ou na continuidade dos estudos, buscando indicadores que identificassem aspectos relacionados à experiência vivenciada. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Um questionário foi elaborado para caracterizar a atual situação acadêmica e profissional, assim como indicar potencialidades, fragilidades e sugestões. Este foi preparado no GoogleForms. Os endereços eletrônicos dos egressos foram obtidos do banco de dados do PET, viabilizando o envio da carta convite e do link de acesso ao questionário. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos respondentes. O projeto foi aprovado pelo CEP UNIFESP nº 0720/11. Após as respostas, os dados foram armazenados em banco de dados. O método de análise foi qualitativo, na modalidade Análise de Conteúdo, utilizado para descrever e interpretar o conteúdo dos textos produzidos pelos egressos. IMPACTOS: A partir da coleta, notou-se que todos os egressos estão vinculados a alguma instituição de aprendizagem. A inserção profissional deve-se também à experiência advinda da participação no PET, principalmente das vivências e da

aprendizagem compartilhada na equipe interprofissional. Relatos apontam o PET como um facilitador e sugerem que a prática foi ímpar para o desenvolvimento de competências e as possibilidades de seguimento profissional. As ações diversificadas no âmbito do tripé forneceram subsídios para o desenvolvimento pessoal e profissional, caracterizando-se como um diferencial na formação, o que potencializou o ingresso no mundo do trabalho e/ou na continuidade da formação profissional em nível de pós-graduação lato sensu ou stricto sensu. O PET se destaca, para os egressos, como “fora do comum” e ressaltam particularidades que são essenciais para o aprendizado do trabalho em equipe, preparando o profissional de saúde para as mais diversas situações. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Para os egressos, participar do Programa caracterizou-se como uma atividade gratificante e potencializadora de novas oportunidades. Diferentes competências foram desenvolvidas caracterizando-se como um diferencial frente aos demais profissionais. Destacam as contribuições para a formação pessoal e profissional, como campo profícuo para a ampliação de conhecimentos. O PET se mostrou como um facilitador na projeção de profissionais aptos para os desafios do mundo do trabalho e êxito nas demandas profissionais. O PET Saúde da Criança foi reconhecido, pelos egressos, como um berço de desenvolvimento de potencialidades, com oportunidade de aprendizagens compartilhadas e inserção gratificante no mundo de trabalho.

PET SAÚDE E REDE CEGONHA: EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA NECESSÁRIA, SALVADOR, BAHIA, 2014

Melissa Almeida Silva

Palavras-chave: Sífilis, Educação em Saúde, Gestão em Saúde

APRESENTAÇÃO: Trata-se do relato de experiência de um grupo do PET Saúde/PROSAÚDE, desenvolvido no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário em Salvador, Bahia nos anos de 2013 e 2014. O projeto de intervenção decorrente da parceria entre Universidade Federal da Bahia e Secretaria Municipal de Saúde objetivou apoiar as ações e implantação do Programa Rede Cegonha no âmbito distrital. **DESENVOLVIMENTO:** o Programa Rede Cegonha é uma estratégia ministerial para redução dos índices de morbimortalidade materna e infantil. Demanda da gestão local a atenção a novos indicadores de acompanhamento, além dos antes observados no Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN). No que tange às equipes de saúde, particularmente as da Atenção Básica da Saúde, cabe a incorporação de novas tecnologias, a exemplo da triagem pré-natal (testes rápidos para sífilis e HIV) e o desenvolvimento, caso inexista, de novos fluxos para acompanhamento desta gestante, incluindo a vinculação a uma maternidade de referência e a captação do pai durante o pré-natal (pré-natal masculino). O desafio encontrado pelo grupo PET saúde foi uma demanda criada pelos profissionais de saúde. Durante um levantamento feito pelo grupo, através de inquérito simples, respondido pelos profissionais e encaminhado à coordenação distrital, observou-se grande insegurança principalmente quando às condutas em relação à sífilis, diagnóstico, tratamento imediato da mulher e parceiro e encaminhamento para exames complementares, necessitando, portanto de ações de Educação Permanente. Diante desse desafio, o grupo estruturou um conjunto de atividades, incluindo oficinas e visitas às unidades para abordagem do tema. Vale ressaltar que muitos dos profissionais

do serviço haviam sido recém-admitidos após concurso público. Como previsto na Política de Educação Permanente, as ações devem surgir de demandas do próprio serviço, que deve fazer parte do processo para que a mudança ocorra concretamente. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Aconteceram 5 oficinas que, ao todo, contaram com a presença de 125 profissionais. Os trabalhos foram conduzidos pelas estudantes de graduação de diferentes cursos que compunham o grupo PET, com orientação da tutora e supervisão das preceptoras do serviço. Foi elaborada uma cartilha com orientações básicas sobre os serviços de referência, as bases legais para o tratamento da sífilis e as implicações do tratamento inadequado. Nestas atividades estiveram presentes agentes comunitários de saúde, enfermeiras, médicos, odontólogos e gerentes de unidades básicas de saúde. Ao final de cada atividade havia uma avaliação com sugestões para as próximas atividades a serem desenvolvidas pela coordenação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As atividades foram bem avaliadas pelo conjunto de profissionais do serviço e da gestão, e incorporada como prática, fundamentalmente pela participação destes últimos como preceptores do PET SAÚDE. As estudantes também consideraram o aprendizado rico, e principalmente por alguns dos cursos não permitirem esta abordagem na graduação. Como a atividade foi realizada em diversas etapas ao longo de um ano, pôde-se perceber, até pelo preenchimento de um novo inquérito posterior, a evolução e aumento da capacidade resolutive de grande parte das equipes de saúde.

PET VIOLÊNCIAS DISTRITO GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL: PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ

Sabrina Vresinski, Barbara da Silva, Evirlene Fonseca, Evirlene de Souza da Fonseca, Mariana Martins, Daniela Santos, Daniela Silva Santos, José Luiz Mansur, Marlene Superti, Stela Meneghel, Stela Nazareth Meneghel

Palavras-chave: Pet, Saúde, Violências

Introdução: Os números que descrevem a violência no Brasil, nos seus mais variados tipos, apontam para a existência de um antigo problema de saúde pública cujo enfrentamento exige ações intersetoriais e em rede. O Programa Ensino Trabalho (PET) Violências proposto pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul foi elaborado para propor e realizar medidas de intervenção contra a violência no território da Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal (GDGCC) em Porto Alegre. **Objetivo:** O objetivo desse grupo foi trabalhar por uma cultura da paz, da promoção da saúde e da prevenção das violências, através de uma melhoria na notificação, acolhimento e atenção a pessoas que vivem em situação de violência. **Metodologia:** as metodologias propostas pelo grupo, composto por uma tutora, dois preceptores e dez monitores - alunos de variados cursos da área da saúde - constituíram intervenções ativas realizadas nos serviços de saúde vinculados à Gerência. Semanalmente eram realizadas reuniões para organização e avaliação das atividades dos resultados parciais alcançados por cada subgrupo. **Resultados:** Durante os dois anos de atuação o PET Violências focou em ações de prevenção das violências em âmbito comunitário e dos serviços de saúde. Realizaram-se oficinas de comunicação (Rádio Web), argila e bonecos

sexuados, com 28 adolescentes que cursavam o sétimo ano letivo em 2013 em uma escola da comunidade. Foi realizada uma oficina com bonecos sexuados em uma Unidade de Saúde da Família (USF) como atividade de educação permanente. Para a reflexão sobre as violências com usuários, foram desenvolvidas atividades em sala de espera nos espaços de duas unidades de saúde e, para fazer o diagnóstico da ocorrência de violências no território, foram realizados grupos focais em oito unidades de saúde correspondentes aos locais de maior prevalência de violências. Essas intervenções buscaram desenvolver ações educativas, de caráter preventivo e de promoção da saúde direcionadas para o tema violência. Considerações finais: O projeto concluiu as atividades em abril de 2015, mas a promoção da cultura de paz é um processo contínuo e para além do PET Violências. Considera-se oportuno refletir e avaliar criticamente no âmbito individual, coletivo, institucional e político, sobre as estratégias adotadas para a construção permanente de uma cultura de paz.

PET-SAÚDE REDES DE ATENÇÃO NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES-MG: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM DESENHO INOVADOR

Lorena Miranda de Carvalho, Simone de Pinho Barbosa, Marcos Alex Mendes da Silva, Waneska Alexandra Alves, Lélia Cápua Nunes, Nízia Araújo Vieira Almeida, Camila Teixeira Vaz, Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula

Palavras-chave: ensino, serviço, integração

APRESENTAÇÃO: O Programa de Educação pelo Trabalho (PET) foi instituído pela portaria interministerial nº 421 de 3 de março de 2010 e possui como pressuposto a

educação pelo trabalho e a integração ensino e serviço. O PET impulsiona as mudanças na formação, na direção de uma educação fortalecida e orientada pelos princípios do SUS e favorece a configuração de um novo modelo de atenção, centrado no usuário e voltado para as necessidades de saúde da população. Nesse caso, a temática de Redes de Atenção a Saúde (RAS) procurou considerar a possibilidade do trabalho interprofissional, colaborativo e integrado, com vistas ao funcionamento em redes tanto do município quanto de sua Região de Saúde, propiciando aos alunos, preceptores e tutores a capilarização, o fomento, o debate e a percepção do princípio da integralidade no Sistema Único de Saúde. METODOLOGIA: O objetivo do relato de experiência foi narrar a vivência do PET-Saúde Redes de Atenção da Universidade Federal de Juiz de Fora do Campus de Governador Valadares (UFJF-GV), Minas Gerais, sobretudo em relação ao desenho inovador desse projeto no que tange a troca de redes dos alunos em seu decorrer. A escolha das redes participantes foi a partir de uma pesquisa sobre aquelas já existentes. A UFJF-GV foi contemplada com dois grupos tutoriais, inseridos nas Redes Cegonha (RC) e de Atenção Psicossocial (RAPS), no período de agosto de 2013 a julho de 2015. Foi incluído a participação de alunos de todos os cursos de graduação da área da saúde do Campus de Governador Valadares. Os estudantes selecionados, dos cinco cursos de graduação (Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Odontologia) atuaram em cenários de aprendizagem dos níveis de atenção primário, secundário e terciário, vivenciando ciclos, que incluíam reconhecimento do serviço, diagnóstico situacional e planejamento estratégico, elaboração de projeto de intervenção, execução de ações e avaliação. Para que houvesse um conhecimento da temática e da dinâmica da RC e da RAPS, os estudantes

trocaram de redes após o período de um ano. RESULTADOS: A partir da troca de redes houve a implantação e execução das propostas de intervenção que a princípio pareceu um enorme desafio, que se transformou ao longo da prática em um aprendizado duplamente rico, pois os alunos tiveram que estudar as propostas construídas por outros grupos, o que proporcionou crescimento, desenvolvimento, conhecimento e amplitude do método de trabalho em redes e as necessidades específicas e desafios de cada uma delas. Foram implementadas doze propostas de intervenção que continuaram como ações permanentes nos pontos de atenção. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os objetivos do projeto foram alcançados com êxito segundo a avaliação da SGTES/MS, a integração, os produtos referentes a extensão, pesquisa e ensino foram concluídos, o impacto da proposta foi aferida com a aplicação de instrumentos e indicadores de avaliação. Para além disso, a iniciativa de projetos como o PET Saúde se configura como inovadora e ativa no processo ensino-aprendizagem, atuando como dispositivo transformador da prática em saúde e de fortalecimento do SUS.

PET-SAÚDE/VIGILÂNCIA EM SAÚDE: VIVÊNCIA EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO EM CAMPO GRANDE

Viviane Silva Borghi, Flávia Palla Miranda, Gabriella Simões Scarmagnan, Kamila Folha Falcão, Cristina Emiko Uchiyama, Gustavo Christofoletti

Palavras-chave: PET-Saúde, Vigilância em saúde, Acidentes de trânsito

Apresentação: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) foi instituído em 2008, por meio da Portaria interministerial Nº 1.802, com o intuito de

fomentar grupos de aprendizagem tutorial e fortalecer a atenção básica e a vigilância em saúde de acordo com os princípios e necessidades do SUS. A integração dos acadêmicos com os profissionais da área da saúde e a comunidade proporciona uma vivência multidisciplinar que facilita o entendimento sobre a dimensão da saúde e a função de cada profissional para a promoção do completo bem-estar biopsicossocial da população brasileira. Desenvolvimento: O PET-Saúde/Vigilância em Saúde da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul foi organizado em grupos constituídos por acadêmicos da área da saúde, preceptores e tutores. Esse relato corresponde às vivências na Unidade de Pronto Atendimento Coronel Antonino em Campo Grande entre agosto 2013 e dezembro de 2014. O grupo foi composto por 3 acadêmicas de medicina e uma de fisioterapia, um tutor fisioterapeuta responsável por reuniões quinzenais para discussão das atividades desenvolvidas e orientação da pesquisa, e uma preceptora enfermeira responsável pela supervisão semanal no cenário prático. Inicialmente vivenciamos a rotina de trabalho na UPA, acompanhamos a triagem inicial dos pacientes e os procedimentos realizados na área vermelha. Nos meses seguintes utilizamos o sistema da unidade para coletar dados de vítimas de acidentes de trânsito atendidas na UPA. Esses dados foram destinados à elaboração de uma pesquisa com o objetivo de delinear o perfil das vítimas, caracterizar os tipos de acidentes de trânsito mais frequentes em Campo Grande e propor estratégias para um trânsito mais seguro. Impactos: A vivência permitiu uma maior compreensão sobre a realidade local, os acadêmicos se depararam com as principais dificuldades enfrentadas pela unidade de saúde: uma grande demanda ocasionando longo período de espera por atendimento, quantidade insuficiente de médicos pediatras, problemas de

relacionamentos entre membros da equipe afetando negativamente a qualidade dos atendimentos. A inserção precoce no cenário prático desperta o interesse dos acadêmicos pela saúde pública e proporciona um conhecimento crítico que ultrapassa aquele adquirido em sala de aula. Além disso, os serviços de saúde são locais ricos em informações que podem ser utilizadas na elaboração de pesquisas capazes de beneficiar a comunidade ao evidenciar suas principais carências. Considerações: O PET-Saúde consolida o aprendizado por meio da articulação entre ensino e serviços de saúde, e contribui para formação integral e humanizada dos acadêmicos. Portanto, é um programa que deveria ser constantemente incentivado, assim como eventos que permitem a troca de conhecimento e experiências entre seus membros.

PLATÔS DO VER-SUS/MAUÁ: (RE) INVENTANDO O TRABALHO E A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Mirian Ribeiro Conceição, Allan Gomes de Lorena

Palavras-chave: Formação em Serviço, Integração Ensino-serviço-comunidade, VER-SUS

APRESENTAÇÃO: As Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) em São Paulo constitui-se no entremeio de diferentes negociações para o planejamento destas propostas. Como nos rizomas, descritos por Deleuze e Guattari (1995), há conexões de heterogeneidades, ligações de um coletivo em um sistema acêntrico, sem hierarquias. Os diferentes atores desta proposição são os platôs deste rizoma, que em composição visam dar movimento à diálogos multidisciplinares aos estágios. O encontro produzido neste relato

é para suscitar reflexões sobre os aspectos teóricos e práticos do VER-SUS/São Paulo sob o olhar de quem organiza a vivência na perspectiva de “dentro” e sob o olhar de quem organiza a vivência na perspectiva de “fora”. Ou seja, um estudante mobilizador e uma gestora mobilizadora, dois platôs deste rizoma. OBJETIVO: Deste modo, o VER-SUS em São Paulo tem o objetivo, para além das realizações das vivências, problematizar e (re)pensar a formação em saúde com os estudantes de saúde pública, terapia ocupacional, obstetrícia, farmácia e bioquímica, residência em redes de atenção psicossocial que compõem a comissão de organização, junto com gestores, trabalhadores e usuários das secretarias municipais de saúde. METODOLOGIA: Atores estes desejosos e implicados, em parceiras na construção de vínculos reais para o fortalecimento do SUS, na produção de linhas de fuga, de agenciamentos que transformem o campo da saúde. A partir desta parceria, e da conexão destes dois platôs, temos a ligação de outros pontos, pela rede de saúde do município, com as diferentes instituições de ensino, que produziu desdobramentos na construção de uma vivência constituída por um itinerário desenhado por várias mãos, com impacto direto na apropriação e envolvimento com a proposta, bem como desdobramentos férteis na construção de futuras intervenções, em planejamento das próximas vivências, que promovam fluxos de trocas e afetações tanto na rede de saúde, como nas instituições de ensino. RESULTADOS: A potência do encontro aqui referido, constitui-se na busca constante de processos que fomentem: a indissociação de saberes e práticas, a produção de cuidado integral e equânimes, a construção de olhares ampliados para as diferentes dimensões do sujeito, a não hierarquização das relações em quaisquer que sejam sua natureza. Busca constante pela saúde como direito de todos.

POEMA E PARÓDIA MUSICAL COMO ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ionara da Rocha Virgens, Nadirlene Pereira Gomes, Luana Moura Campos, Rosana dos Santos Mota, Jaqueline Alves Pires, Jéssica Damasceno de Santana, Taise Caroline dos Santos, Raiane Moreira dos Santos

Palavras-chave: Violência, Saúde do Adolescente, Saúde na Escola, Estratégias de enfrentamento, Enfermagem

INTRODUÇÃO: A violência é um fenômeno complexo e está presente no cotidiano das (os) adolescentes, se manifestando em vários espaços, como por exemplo, no ambiente familiar e escolar. Independente do local em que ela é perpetrada ou da sua forma de expressão, essa interfere no processo de saúde e do desempenho escolar desse grupo. Entendendo que a escola é um espaço social de formação integral de sujeitos propício a discussão de problemas como este, é que se fazem necessárias intervenções para prevenção e enfrentamento deste agravo. Objetivo: Relatar a experiência de uma intervenção com adolescentes de uma escola pública como estratégia para a prevenção e o enfrentamento da violência. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Trata-se de uma ação educativa com adolescentes de uma escola pública situada em um bairro periférico da cidade de Salvador, Bahia, Brasil, realizada por discentes da graduação e da pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, vinculados ao Grupo de Estudos “Violência, Saúde e Qualidade de Vida (VID@)” e ao projeto pesquisa intitulado “Universidade e escola pública: buscando estratégias para enfrentar os fatores que interferem no processo ensino/aprendizagem”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado

da Bahia (FAPESB), Edital nº 028/2012 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFBA, sob Parecer nº 384.208/13. A atividade de extensão consistiu em uma oficina educativa que se utilizou de paródias e poemas musicais para se discutir a temática cultura de paz e não à violência. Durante a atividade foi abordado os diferentes tipos e manifestações da violência, a utilização de estratégias respeitadas para lidar com os conflitos e os mecanismos legais para coibi-la. RESULTADOS: A intervenção propiciou uma reflexão, por parte das (os) adolescentes, acerca das repercussões da vivência de violência para a saúde e a qualidade de vida dos envolvidos, sendo possível repensar estratégias respeitadas para lidar com conflitos do nosso cotidiano. Ainda, como produtos da atividade foram confeccionados paródias e poemas que abordavam a temática não violência e cultura da paz. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A realização de atividades educativas é fundamental para prevenção e enfrentamento da violência, sobretudo para o público adolescente que se encontra na fase de formação da identidade, portanto, necessitando de se inserir em um contexto de apologia a cultura da paz.

POLIFARMÁCIA E ANALFABETISMO: O DESAFIO DE TORNAR O USO DE MEDICAMENTOS RACIONAL A PARTIR DA VISITA DOMICILIAR, POR ALUNOS DO 4º ANO DE MEDICINA NA UFMS

Carolina Jorge Segantini, Adélia Delfina da Motta Silva Correia, Elizete da Rocha Vieira de Barros, Daniel Felipe Gomes da Costa, Ana Flávia Silva Pina, Carolina Benitez de Souza

Palavras-chave: Prescrições de Medicamentos, Polimedicação, Estratégia Saúde da Família

O presente resumo relata a experiência de acadêmicos no estágio de integração ensino - serviço, do 4^o ano do Curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (FAMED-UFMS), na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) São Conrado, região oeste de Campo Grande/MS. Nesta integração à Saúde da Família e Comunidade o grupo teve contato nos dias de estágio, durante visita domiciliar, com uma família onde um paciente com sequelas neurológicas de um atropelamento era cuidado pela esposa não alfabetizada e hipertensa. Diante da situação sentiu-se a necessidade do desafio de fazer algo pela família. Quando se percebeu a grande dificuldade da cuidadora em administrar adequadamente os diversos medicamentos do esposo e os seus próprios, já que, mesmo com boa vontade, não sabia ler. Na busca de uma maneira eficaz do uso de medicamentos por aquela família, constatamos que a principal causa de descompensação de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, é o uso incorreto de medicamentos, principalmente por idosos e analfabetos. Quando o paciente é analfabeto, é necessário diferenciar os medicamentos, com alternativas como fitas, adesivos, canetas coloridas, números ou sinais que facilitem seu uso. Assim, buscou-se uma adaptação, capaz de facilitar o uso adequado dos medicamentos pela família, nas doses e horários corretos. A visita domiciliar colocou os alunos frente a frente com realidades jamais imaginadas no ambiente hospitalar e de solução complexa. Neste caso, a partir da literatura, decidiu-se por construir duas caixas, em MDF, sendo uma para cada membro da família. As caixas tinham tamanho e formato diferentes para que cada um pudesse identificar a sua própria caixa. Dentro das caixas havia divisões para os diversos medicamentos, identificados por cor e símbolos por período de administração (manhã/tarde/noite). Pensando no momento de dispensação dos medicamentos na UBSF, foram

confeccionadas sacolas em TNT, nas cores correspondentes às da caixa, para que, ao chegar à casa a Sra. M. pudesse organizar os medicamentos. Houve dificuldades de encontrar a família em novas visitas, mas a entrega foi realizada e todas as orientações feitas. O uso racional de medicamentos se apresenta como um desafio para a Estratégia de Saúde da Família. Pacientes polifármacos devem ter acompanhamento, com revisão regular e pré-definida (agendada) de prescrição e redução de medicamentos ao máximo possível. Há evidências disponíveis que comprovam que, em idosos frágeis, a suspensão ou redução de medicamentos colabora para melhora substancial na mortalidade e em encaminhamentos para cuidados agudos, sem eventos adversos causados pela suspensão. O desafio desta redução da polimedicação implica tanto no ajuste da visão que a pessoa tem de si mesma e da doença, quanto modificar a visão de que o bom cuidado exige a presença de medicamento. No caso estudado, com o paciente com sequela neurológica, a suspensão completa de medicação é inviável. Portanto, havia que se criar meios de melhor uso das medicações para o caso. Vale registrar que nesse desafio, o estágio finalizou antes que pudessemos observar, com longitudinalidade, a adesão da família e a funcionalidade da solução proposta, mas a abertura da nossa visão enquanto acadêmicos para a polifarmácia e a complexidade que a cerca, foi alcançada com a atividade.

POR UMA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM TRANSPLANTES: A EXPERIÊNCIA DO CEARÁ

Rosângela Gaspar Cavalcante, Eliana Régia Barbosa de Almeida, Mônica Maria Paiva Lima, Sheila Cyrino Câmara, Rita Maria de Oliveira Forte, Tânia Maria Vasconcelos de Moraes, Ana Isabel Lima Nogueira, Tatiane Maia de Melo

Palavras-chave: transplantes, doação de órgãos, educação permanente, integralidade da assistência à saúde

APRESENTAÇÃO: o Programa de Transplante Brasileiro tem o maior investimento de recursos públicos do mundo. É o nosso Sistema Único de Saúde - SUS que retira da fila de espera milhões de pacientes anualmente, possibilitando uma nova vida, que apesar de ser uma alta complexidade em saúde necessita da solidariedade humana para ser efetivado. E para além da importância da capacitação permanente dos profissionais que compõem o Sistema Estadual de Transplantes, da sociedade em geral, de estudantes, grupos religiosos, trabalhadores, conselheiros de saúde, percebeu-se com a construção do Programa de Educação Permanente em Transplantes do Estado do Ceará, articulado com a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS do Estado e coordenado pela Central de Transplante do Estado, a necessidade de inclusão de capacitação dos profissionais das equipes de saúde da família, visto que a maioria dos diagnósticos que levam a necessidade desta terapêutica serem evitados com o controle de algumas doenças. Desta forma, o presente trabalho pretende descrever o processo participativo de construção de uma proposta de educação cujo tema deve ser melhor compreendido por toda a sociedade para o fortalecimento de uma cultura da doação de órgãos e tecidos para fins de transplantes, pois qualquer pessoa poderá estar um dia em um dos lados: de receptor ou de doador. **METODOLOGIA:** com a realização da primeira oficina realizada em setembro de 2012, que contou com a participação de todos os atores envolvidos na área de transplantes, ou seja: profissionais dos centros de transplantes, de comissões hospitalares de transplantes, de organizações de procura de órgãos, de serviços de saúde de apoio, de representantes das associações de

pacientes transplantados, de hepatites, de hipertensão, de diabetes, onco-hematológico e de familiares de pacientes transplantados foram definidos o esboço de como deveria ser o programa com os objetivos, a destinação das ações, o funcionamento, as estratégias educacionais e o papel das instituições e organizações. Posteriormente foi criada uma comissão de coordenação do processo que acompanha e participam dos cursos, encontros, oficinas e campanhas em prol da doação de órgãos no Estado. **RESULTADOS:** Durante os anos de 2013 e 2014 com as ações educativas intensificadas na capital Fortaleza e a expansão das mesmas para a Região do Sertão de Sobral e Região do Cariri observou-se a consolidação dos avanços das doações de órgãos e tecidos no Estado do Ceará que o colocou em destaque nacional entre os quatro Estados Brasileiros com maior número de doadores por milhão da população, de acordo com o Registro Brasileiro de Transplantes – RBT da Associação Brasileira de Transplantes – ABTO. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Programa de Educação Permanente em Transplantes, coordenado pela Central de Transplantes do Estado ainda necessita formalizar a sua criação como uma experiência exitosa na formação dos profissionais e sensibilização da sociedade e superar a distância que persiste entre a atenção primária e atenção hospitalar para garantir a integralidade da assistência à saúde aos usuários.

PORTFÓLIO COMO ESTRATÉGIA DE APRENDIZAGEM A PARTIR DA VIVÊNCIA DOS ALUNOS

Raimundo Loyola Júnior, Berenice de Freitas Diniz, Maria da Consolação Magalhaes Cunha, Jacqueline do Carmo Reis, Luiz Carlos Castelo Branco Rena, Ronaldo de Oliveira Zenha

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho é resultado da experiência vivenciada no Projeto Observatório do Controle Social (OBCS) do SUS. Trata de uma atividade que os alunos tem que cumprir durante sua experiência no projeto. A atividade proposta é a construção de um portfólio a partir da vivência acadêmica e pessoal de cada um. **DESENVOLVIMENTO:** Os alunos sistematizaram o seu conhecimento, a sua experiência, o seu olhar sobre a sua trajetória no OBCS. São realizadas apresentações durante o semestre, por meio de um portfólio. Definimos portfólio a partir das referências consultadas, como um instrumento de identificação da qualidade do ensino-aprendizagem mediante a avaliação do desempenho do aluno e do professor. É a organização dos saberes, demonstrando todo um processo de construção de pensamento. O portfólio consiste na coleta, registro e sistematização de todo o material e referências que integram as pesquisas e observações dos alunos, como diários de campo, achados bibliográficos e fichamentos, recortes de jornais, revistas, documentos eletrônicos (vídeos, filmes, documentários, entrevistas etc.) poesia, textos, orientações diversas, registro de visitas, relatórios, entre outros. Cada aluno registrou Pasta individual ou caderno contemplando um índice sequencial do material com as seguintes informações: Nome do aluno (a), do professor, curso, série, ano, instituição, nome do projeto; Índice; Justificativa do portfólio (texto redigido pelo aluno com criatividade); Textos (artigos) lidos com intervenções pessoais (ex.: fichamentos); Anotações /registros de aulas/encontros/reuniões/ congressos/ encontros (o objetivo de cada aula e a reflexão sobre o que está aprendendo com o projeto; Trabalhos, pesquisas / entrevistas realizadas / estudos de caso; Autoavaliação (felicitações, críticas, proposições, reflexão pessoal sobre o que tem aprendido, o que

gostaria de aprender, o que planeja fazer; Indicações de leituras, sites e filmes etc.; Fotografias, CDs, DVDs com documentação dos momentos / trabalhos registrados; Notícias lidas extraídas de jornais, sites, revistas ou reportagens (com comentários do aluno sobre sua opinião); Relatórios/comentários de filmes assistidos; Produções artísticas; Diário reflexivo do processo ensino-aprendizagem (mensagens / recados dos colegas / do professor/ do preceptor); Glossário e outros. **RESULTADOS:** Os alunos apresentam seus portfólios com um diário reflexivo, registram seus pensamentos, seus sentimentos, sua auto avaliações de crescimento ao longo de sua experiência no projeto. É o momento da escuta do aprendizado do aluno, realizada pelo aluno. Durante os relatos observou-se que os alunos expõem suas críticas a atividades realizadas, trazem sugestões, contam as suas vivências, suas dificuldades, e a compreensão que tudo isso faz parte da caminhada do percurso acadêmico e em especial desse projeto de extensão. **CONSIDERAÇÕES:** O portfólio possibilitou a avaliação do aprendizado do aluno a partir do seu relato, da sua reflexão crítica, deixando-o livre para usar a sua criatividade. Ouvir os relatos emocionados sobre a trajetória de cada um, verificar a construção do portfólio físico por meio de sistematização de tudo que o aluno avaliou que contribuiu para o seu processo de aprendizado. Tudo isso possibilitou aos professores e preceptores verificar a percepção e aprendizado do aluno por meio de uma concepção dialógica.

POSSIBILIDADES DE PENSAR SAÚDE MENTAL: AS REALIDADES CONHECIDAS ATRAVÉS DO VER-SUS

Júlia Leffa Becker Schwanck, Fabiana Andressa Rodrigues da Silva

Palavras-chave: Saúde Mental, Sistema Único de Saúde, VER-SUS

APRESENTAÇÃO: O projeto do Ministério da Saúde Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) tem como objetivo possibilitar aos estudantes a identificação das práticas de fazer saúde relacionadas ao Sistema Único de Saúde – SUS, além de pensarem saúde em seus mais diversos contextos e possibilidades conhecendo a realidade de uma cidade/comunidade e entendendo os contextos de um trabalho humanizado. Diante dessas perspectivas o VER-SUS possibilita aos estudantes conhecerem a história do SUS e os caminhos trilhados para chegarem ao sistema de saúde que conhecemos hoje. Um dos temas que abrange muitas vivências em Porto Alegre e Região Metropolitana é a saúde mental e o processo de desinstitucionalização, historicamente forte no estado do Rio Grande do Sul. No período de vivência os estudantes tem contato com os mais diversos serviços de atendimento aos usuários de saúde mental dos municípios visitados, desde o antigo e ainda ativo Hospital Psiquiátrico São Pedro, onde seus residentes são tratados nos modelos de institucionalização do século passado, até os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS que vêm justamente com uma nova alternativa de tratamento e acompanhamento do processo de desinstitucionalização. Outros modelos e serviços de saúde mental podem ser vivenciados pelos estudantes como o Geração POA que trabalha a autonomia dos usuários através do artesanato, da arte e da geração de renda, promovendo a reinserção social do usuário que é acompanhado e motivado por uma equipe multidisciplinar. As modalidades de tratamento, promoção e prevenção em saúde mental estão sendo inovadas e aperfeiçoadas visando à qualidade de vida do usuário e não o seu afastamento da vida social. Através da

participação no VER-SUS o estudante tem a oportunidade do contato com a prática atual de tratamento ao usuário de saúde mental e sua reabilitação psicossocial. Essas possibilidades fazem com que os estudantes, em sua maioria da área da saúde, possam explorar o universo da saúde mental, que possui uma população por muitas vezes discriminada e negligenciada, compreendendo o trabalho e manejo com esse público e como o acolhimento e os vínculos são importantes nesse fazer.

POTENCIALIDADE E FRAGILIDADES DA APLICAÇÃO PRÁTICA DA ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI: O OLHAR DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Valéria Silvana Faganello Madureira, Aldair Weber, Cristiane Carla Albrecht, Débora Cristina Fávero, Rita de Cássia Farias de Oliveira

Palavras-chave: Risco familiar, Avaliação, Atenção de Saúde

APRESENTAÇÃO: A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi é utilizada para classificar e identificar famílias de maior risco em uma área adscrita à equipe de saúde da família, através da avaliação dos dados da ficha A. Sentinelas de risco, cada uma com seu respectivo escore compõem a escala e incluem: acamado, deficiência física e deficiência mental, relação morador/cômodo maior que 1, baixas condições de saneamento e desnutrição grave com escore 3; drogadição, relação morador/cômodo igual a 1 e desemprego com escore 2; analfabetismo, indivíduo menor de seis meses de idade, indivíduo maior de 70 anos de idade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus com escore 1; relação morador/cômodo menor que 1

com escore 0. Pela avaliação das fichas A soma-se o total dos escores e resultados entre 5 e 6 são classificados como risco menor, entre 7 e 8 risco médio e se acima de 9, risco máximo. OBJETIVOS: Relatar potencialidades e fragilidades da aplicação prática da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi encontradas por estudantes do quinto semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul em um Centro de Saúde da Família da cidade de Chapecó, Santa Catarina. DESENVOLVIMENTO: Nas atividades teóricas práticas, as fichas A foram analisadas e um escore foi obtido para cada família. Posteriormente, houve discussão sobre os escores, observando mais atentamente as informações a fim de identificar famílias que apresentavam riscos maiores e maior potencial de adoecimento para realização de visita domiciliar. Resultados: O desenvolvimento dessa atividade possibilitou identificar alguns limites da Escala, o que permite a classificação de maior ou menor risco sem que isso reflita a realidade. Exemplificamos com uma idosa, com mais de 70 anos (1), hipertensa (1), diabética (1) e analfabeta (1), que reside sozinha em casa com quatro cômodos (0) e tem dificuldades para ingestão correta da medicação. Seu escore final foi 4, situando-a abaixo da faixa de menor risco, embora sua situação de vida e de saúde apontem o contrário. Crianças menores de um ano e gestantes deveriam ser incluídas na escala, pois demandam acompanhamento mais próximo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A visita domiciliar permitiu perceber que nem sempre a realidade encontrada no domicílio reflete o risco obtido com a aplicação da escala. Isso tanto em situações identificadas como de maior risco e que de fato não o eram, como em situações de menor risco ou sem risco, mas cujas circunstâncias de vida e saúde solicitavam maior atenção. Essas limitações reforçam a necessidade

de avaliação criteriosa pelo profissional da saúde da situação vivida pela família, o que pode demandar relativização dos resultados obtidos com a escala. A Escala foi útil para o planejamento de ações na equipe, para percepção da inter-relação entre fatores de risco e como instrumento de apoio a intervenções no território, bem como para o estímulo à capacidade crítica e analítica dos estudantes. A análise crítica pautada na prática indica limites que podem ajudar a melhorar o instrumento e a avaliação de famílias, beneficiando a assistência e a orientação da equipe.

PRÁTICAS DE EXERCÍCIOS FÍSICOS COM ADOLESCENTES: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jéssica Damasceno de Santana, Nadirlene Pereira Gomes, Rosana Santos Mota, Luana Moura Campos, Jaqueline Alves Pires, Raquel Alcântara, Nildete Pereira Gomes, Fernanda Matheus Estrela

Palavras-chave: Hábitos alimentares, Comportamentos saudáveis, Esforços físicos, Cuidados de Enfermagem, Saúde na Escola, Educação em saúde

INTRODUÇÃO: A fase da adolescência é um período de formação da identidade o que pode levar esse grupo a incorporar hábitos de vida prejudiciais à saúde, como alimentação inadequada e sedentarismo, propiciando o aparecimento de agravos como hipertensão, obesidade, entre outros. Daí a importância de intervenções com a finalidade de estimular as (os) adolescentes a mudarem os hábitos de vida aderindo à prática de exercícios físicos e ao consumo de alimentação saudável. OBJETIVO: Relatar a experiência de uma intervenção com adolescentes de uma escola pública buscando estimular a prática de atividade física e a alimentação saudável. Descrição

da experiência: Trata-se de uma ação educativa com adolescentes de uma escola pública situada em um bairro periférico da cidade de Salvador, Bahia, Brasil. A ação viabilizada por discentes da graduação e da pós-graduação pertencentes o Grupo de Estudos "Violência, Saúde e Qualidade de Vida (VID@)" da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, vincula-se ao projeto pesquisa intitulado "Universidade e escola pública: buscando estratégias para enfrentar os fatores que interferem no processo ensino/aprendizagem", financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), Edital nº 028/2012. A intervenção consistiu em uma atividade prática de exercícios físicos, realizada por um educador físico e a orientação com abordagem dos temas: importância do exercício físico para a saúde do adolescente, alimentação saudável, hidratação e orientações posturais. RESULTADOS: A ação favoreceu que as (os) adolescentes identificassem a importância da mudança de hábitos de vida para manutenção da saúde, de igual modo, foi possível ampliar a compreensão para as consequências de algumas atitudes diárias como postura ao sentar-se e mochilas com sobrecarga para o corpo. A ação ainda permitiu que as (os) adolescentes praticassem e aprendessem exercícios físicos simples para executarem no seu cotidiano. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A realização de atividades educativas voltadas a mudanças de hábitos de vida, sobretudo referentes à saúde física é fundamental para o processo de crescimento de desenvolvimento saudável das (os) adolescentes. A incorporação dessas práticas também pode favorecer o processo ensino-aprendizagem, uma vez que as limitações físicas interferem nesse contexto.

PRÁTICAS EDUCATIVAS DE LAVAGEM DAS MÃOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Edmilson Alves dos Alves dos Santos, Adilson Ribeiro Ribeiro dos Santos, Irenilda Oliveira Oliveira de Santana

Palavras-chave: Educação em saúde, Promoção da saúde, Saúde Pública

APRESENTAÇÃO: Trata-se de uma atividade educativa de lavagem das mãos realizada com os acompanhantes dos pacientes de um hospital e maternidade pública, no município de pequeno porte do sul da Bahia. OBJETIVO: Relatar uma atividade de educação em saúde para ressignificação das práticas de higienização das mãos. DESENVOLVIMENTO: A atividade surgiu através da iniciativa da coordenadora de enfermagem e foi aplicada na enfermaria pediátrica do Hospital Manoel Novaes, em Itabuna, em Julho de 2014, contando com o apoio de enfermeiros, estudantes de enfermagem e demais funcionários voluntários. Num momento anterior, todos os participantes se reuniram com a finalidade de planejamento das ações, definindo as funções e o mecanismo de avaliação do trabalho. Compuseram o público da atividade, os acompanhantes das crianças internadas no período corrente. Foi escolhida a enfermaria com maior espaço físico para acolher o maior número de pessoas do hospital. Para a atividade foi discutido a importância da lavagem das mãos e como realizá-la, de modo a diminuir o risco de infecção hospitalar. No ato da atividade foram espalhados cartazes informativos em cada quarto de todas as enfermarias informando sobre o risco de infecção que a falta da lavagem adequada das mãos pode trazer. Após a colagem, toda a equipe direcionou-se às enfermarias convidando os acompanhantes para participarem da atividade. Foram expostos alguns vídeos didáticos em formato de animação, para que,

de maneira lúdica, houvesse a compreensão da temática. Após a exposição dos vídeos, uma enfermeira problematizou a temática e promoveu um momento de interação com os participantes. Foram escolhidos três acompanhantes para simular a lavagem correta das mãos. Dispomos de uma pia e sabão líquido. Uma voluntária colocou tinta guache nas mãos de cada participante e ao som de um fundo musical cada um, por vez, realizou a limpeza das mãos. No final da dinâmica um dos enfermeiros avaliou as mãos dos participantes para verificar se conseguiram retirar a sujidade com a ajuda da técnica correta. O acompanhante que realizou a lavagem de maneira mais satisfatória foi contemplado com um brinde. RESULTADOS: Verificamos uma importante participação dos acompanhantes com uma atuação satisfatória na realização da atividade, sendo este um momento que proporciona novas vivências no ambiente hospitalar. Em relação à equipe, as ações de educação em saúde, mostram-se uma nova perspectiva de atualização da equipe e uma forma de estreitar os laços entre trabalhador e usuário. Além de serem momentos que possibilitam aos acadêmicos a interação com a equipe, com o mundo do trabalho e com os usuários, configurando-se como um canal importante de crescimento acadêmico. CONSIDERAÇÕES: A educação em saúde é uma ferramenta capaz de promover mudanças nas ações dos profissionais, bem como dos usuários, nos serviços de saúde. Destaca-se a importância de se ter uma equipe de enfermagem ativa nas instituições de saúde para a construção de mudanças positivas no quadro de infecção hospitalar através das atividades de educação em saúde.

**PRÁTICAS EDUCATIVAS: GRUPO
“DELÍCIAS DA VIDA” COM
CRIANÇAS E ADOLESCENTES, UMA**

VISÃO INTERDISCIPLINAR NA CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE ESCOLHAS DE ESTILO DE VIDA MAIS SAUDÁVEL

Suyanne da Silva Sobreira Guedes, Danielle Chaves Oliveira, Francisco Cristóvão Mota Lima Junior, Eveline Soares Campos, Nágela Maria da Silva, Isabel Cristina Luck Coelho de Holanda, Edyr Marcelo Costa Hermeto, Karízia Melo Sousa Barroso.

Palavras-chave: Práticas Educativas, Conscientização, Estilo de vida Saudável, Equipe Interdisciplinar

Desenvolvido na escola Odilon Braveza no território da Unidade Básica de Saúde, bairro Boa Vista, a partir da criação do Grupo Delícias da Vida em agosto de 2013 pela equipe psicóloga do NASF e pelos monitores do PET-Saúde Psicossocial UNIFOR. O grupo tem a proposta de formação à Saúde da Criança e do Adolescente, com foco na educação alimentar e na higiene pessoal dos alunos do terceiro ano do ensino fundamental da escola municipal citada. Objetivo é de conscientizar os pais e as crianças da importância de se adotar um estilo de vida mais saudável, fazendo com que as mesmas participem do processo da maneira mais natural possível. Foram oito encontros com duração de 2h30min./cada, todas as quintas-feiras, de agosto a outubro de 2013. Turma composta em média de 15 alunos. Foram trabalhadas técnicas de entrosamento, relação corporal, psicoeducativas, brincadeiras recreativas, educação sobre higiene bucal e corporal, degustação de alimentos, cozinha experimental com alimentos saudáveis, proporcionando maior conscientização sobre suas escolhas para uma vida mais saudável. No início do projeto foi bem difícil, pois as crianças demoraram a entender que as atividades não tinham o mesmo perfil das atividades realizadas em sala de aula. As crianças ficavam livres para expressar-

se tornando difícil manter a ordem no grupo. Entretanto, as crianças entenderam o método utilizado tornando produtivas as atividades no decorrer dos encontros. As crianças despertaram atenção na equipe de saúde pelo apego e o rápido entrosamento. Outro desafio foi o trabalho multidisciplinar, da equipe com o educador, que foi a “ponte” no relacionamento com os alunos. No último encontro convocamos os pais ou responsáveis pelos alunos a fim de certificar, caso houvesse, mudanças no estilo de vida das crianças. Declararam o quanto foi importante para seus filhos o grupo, que suas crianças haviam mudado a visão que tinham para os pequenos hábitos de vida. O grupo “Delícias da Vida” favoreceu mudanças de vida na rotina e nas escolhas alimentares, proporcionando descobertas para a melhoria na qualidade em todas as esferas do ciclo vital dos participantes do grupo. O grupo foi formador e multiplicador de conhecimento no qual os participantes crescerão com senso crítico para as escolhas que farão no decorrer da sua existência.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE: SENSIBILIZAÇÃO PARA O CUIDADO AMPLIADO

Gabriella Nunes da Silva, Lucas Tenório Maia, Fernando Ribeiro dos Santos, Daniele Naila Pasian Catolino, Ilda Estefani Ribeiro Marta, Renilda Rosa Dias, Aní Fabiana Berton, Jomara Brandini Gomes

Palavras-chave: Práticas complementares, Toque terapêutico, Medicina tradicional chinesa

INTRODUÇÃO: Os cursos de graduação da área da saúde são, tradicionalmente, influenciados pelo modelo biomédico, no qual a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos.

Educados nessa visão reducionista do processo saúde-doença, os futuros profissionais encontram dificuldades em perceber as demais dimensões relacionadas ao adoecimento, comprometendo assim a integralidade do cuidado. As práticas integrativas e complementares, de maneira geral, consideram o indivíduo na sua dimensão global, corroborando para a integralidade da atenção à saúde. Objetivo: Relatar a experiência de quatro graduandos de enfermagem em um projeto de ensino enfocando práticas integrativas e complementares. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: A experiência se deu na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, campus de Três Lagoas/MS, a partir de 7 (sete) encontros, totalizando 35 horas, nos quais foram realizadas abordagens teóricas e práticas sobre toque terapêutico, relaxamento, meditação, acupressão e ventosaterapia. Inicialmente as práticas foram realizadas entre os próprios graduandos, sob supervisão docente direta; posteriormente, os graduandos realizaram essas práticas em familiares e amigos, sob supervisão indireta; as vivências foram registradas em diário de campo e discutidas em grupo. RESULTADOS: Na abordagem teórica tivemos contato com racionalidades médicas, tais como a medicina tradicional chinesa e a medicina ayurvédica. Conceitos como campo de energia humano, meridianos e acupontos, encontrados nessas racionalidades, foram, a princípio, considerados estranhos por nós, principalmente, porque não podemos visualizá-los. Na prática dessas terapias encontramos algumas dificuldades, por exemplo, na percepção do campo de energia durante o toque terapêutico. Dentre as sensações que experimentamos, destacam-se o calor ou frio intensos nas palmas das mãos, essas sensações são consideradas características definidoras do diagnóstico de enfermagem denominado

Perturbação do Campo de Energia pela associação norte americana de diagnóstico de enfermagem. Ao recebermos o toque terapêutico tivemos sensações de troca de energia e bem estar. Durante as práticas de meditação e relaxamento, a maioria de nós experimentou sensação de leveza, paz, alegria e conexão com Deus; uma graduanda experimentou inquietação e dificuldade de concentração. Na acupressão, conhecemos alguns pontos de acupuntura que, quando estimulados a partir da pressão com os dedos, aliviam a dor e melhoram a função em determinadas áreas corporais; ao experimentarmos, tivemos alívio de tensões musculares e bem estar físico e mental. Com a aplicação de ventosas, tivemos alívio de dores musculares. Os familiares e amigos em quem realizamos essas práticas relataram sensações semelhantes às experimentadas por nós. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Respeitadas as questões de qualificação e legislação profissional, consideramos que as práticas integrativas propiciam a construção de novos modos de cuidar em saúde, ampliando a escuta acolhedora e a sensibilidade. A participação nesse projeto nos ofereceu subsídios para a compreensão do ser humano, saúde e doença dentro de uma perspectiva holística. Possibilitando novos conhecimentos, habilidades e reflexões sobre a utilização dessas práticas, para a ampliação do cuidado em nossa futura atuação profissional.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA RELAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO MUNICÍPIO DE BLUMENAU/SC

Aline Luisa Mafra, Mariana Campos Martins Machado, Bruna Crisleine Beck Hoepfers, Caio Mauricio Mendes de Cordova, Caroline Valente, Karla Ferreira Rodrigues, Leticia Pereira Zancanaro, Renata Szpak Rodrigues

Palavras-chave: Saúde, Práticas Integrativas, Educação Popular

APRESENTAÇÃO: O programa Liga de Saúde Coletiva vai completar 10 anos, estruturado em eixos como educação popular em saúde, promoção da saúde e participação social, propõe a integração da universidade com serviços de saúde e comunidade. Acredita estar contribuindo para o desenvolvimento sustentável, ampliando os cenários de aprendizagem e a produção científica voltada a transformação da realidade local, por meio de práticas e terapêuticas integrativas e complementares. Este resumo tem como objetivo apresentar as atuais metodologias implementadas e os eventos realizados pelo programa. Nosso programa atualmente comporta experiência em terapêuticas como fitoterapia, Reiki, magnetoterapia e infravermelho longo, dança circular, alongamento, acupuntura, aromaterapia, Tai Chi Chuan, alimentação saudável e Mahikari. Este grupo, discentes, docentes e profissionais da atenção básica de Blumenau, tem como característica a interdisciplinaridade, a multidisciplinaridade e a amorosidade, estando todos voltados para a integralidade no cuidado, dentro de uma perspectiva mais ampla e holística. **METODOLOGIA:** O “Therashop”, workshop de terapêuticas e práticas integrativas do médio vale do Itajaí é realizado na policlínica universitária da FURB, semestralmente, foram realizadas três edições entre 2014 e 2015, nas quais foram ofertadas as terapias citadas acima, envolvendo mais de 200 pessoas, por ser aberto à comunidade, oportunizou a integração com os municípios de Blumenau e Balneário Camboriú, ao distribuir os produtos naturais do projeto Plantas que Curam, da secretaria de meio ambiente. A avaliação final foi considerada ótima pela maioria. O Saúde na Praça, organizado pela equipe do Ambulatório Geral Aroldo Bachman e Liga de Saúde Coletiva, promove atividades de educação

em saúde e mobilização comunitária. Foram realizadas duas edições, na praça ao lado do ambulatório. Na primeira edição foram ofertadas atividades de Tai Chi Chuan, dança circular, brechó do desapego, exposições de artesanato, orquídeas, clube de mães e fotografias, atividades de controle do tabagismo, medidas de pressão arterial, glicemia e IMC, apresentações musicais, breaking na pista, combate e prevenção a Dengue, orientações sobre saúde bucal com o FURB Móvel, tendas com as práticas integrativas e de contadores de história além da oficina de orientação para cuidadores domiciliares. Na segunda edição, além de repetir algumas destas atividades, priorizou-se as experiências multiculturais da comunidade local e algumas práticas integrativas. O seminário de práticas integrativas consiste em rodas de conversa sobre terapêuticas ofertadas pelos participantes do programa, com demonstrações teóricas e práticas. Foram realizadas duas edições, com participação de em média 45 pessoas cada. **RESULTADOS:** A avaliação feita através de uma roda no final do evento teve destaque, por ser a metodologia que introduziu as práticas integrativas no programa. Consideramos que, com as metodologias desenvolvidas nos eventos propostos pela Liga de Saúde Coletiva, tivemos a oportunidade de apresentar as práticas integrativas e complementares realizadas pelo grupo, além de ampliar a interação entre trabalhadores de saúde, discentes, docentes e a comunidade. Oportunizando também o desenvolvimento de novos projetos, como o de criar um Espaço terapêutico permanente na policlínica universitária da FURB.

PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES: A SAÚDE COLETIVA E O LABORATÓRIO DE BRINQUEDOS NA FORMAÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DA UFF

Sonia Maria Dantas Berger, Monica Ledo Silvestri

Palavras-chave: interdisciplinaridade, intersetorialidade, formação em saúde, humanização

INTRODUÇÃO: Juntam-se, há três semestres consecutivos, em uma experiência de formação inovadora, o Laboratório de Brinquedos da Faculdade de Educação - espaço que visa promover experimentação e investigação a respeito da especificidade dos brinquedos, jogos e brincadeiras na educação das crianças -, e os alunos do Curso de Medicina da UFF, através das atividades desenvolvidas na disciplina de Trabalho de Campo Supervisionado I/ Infâncias, implementadas por professoras do Instituto de Saúde Coletiva. Trata-se de ação interdisciplinar que vem se traduzindo em rico espaço/tempo de formação dos futuros médicos e em processo ensino-aprendizagem que se baseia no diálogo, na afetividade e no reconhecimento do brincar como traço da cultura infantil - valores e conteúdos fundamentais do processo de humanização dos cuidados pediátricos e da educação das crianças. **METODOLOGIA:** Através de oficinas os alunos exploram situações que os conectam com as crianças, seus saberes, interesses e modos de compreender e participar do mundo. As trocas motivadas pelas relações que se dão nos encontros com as crianças e pelos materiais utilizados: “brinquedos” facilitadores - ambulâncias feitas com papelão, cenários lúdicos que retratam situações de ambulatório ou mesmo fantoches que representam germes - concretizam-se em conhecimentos sobre o processo saúde-doença-cuidado de um lado, e, de outro, na necessária formação humanística e cultural que possibilita a ambos a descoberta de si e do outro no diálogo que se estabelece. **RESULTADOS:** Por

esta prazerosa relação estabelecida entre 'doutores' e pequenos pacientes no mundo do faz de conta, vários deles terminam a atividade solicitando cuidados para dores diversas, confirmando-nos que um vínculo de confiança pode fazer toda a diferença na prática dos profissionais de saúde. Por outro lado, os futuros profissionais enfatizam em relatórios - instrumentos formais de avaliação -, suas percepções sobre as crianças, não apenas como pacientes, mas como seres ativos que sabem, inclusive, comunicar suas dores. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Nossas ações interdisciplinares têm, assim, proporcionado ambiente que oferece condições para que os atores envolvidos - médicos em formação e crianças diversas - coloquem em movimento a imaginação, a criação e o reconhecimento do outro como sujeito potente, ferramenta que tem nos permitido trabalhar processos de formação que contribuem para a humanização das relações médico-criança.

PRECEPTORES-DOCENTES DA SAÚDE: EXPERIÊNCIAS RELACIONADAS À INTERDISCIPLINARIDADE NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Antônio Carlos Silva Costa, Carmem Lúcia Leão de Biase, Elaine Amado, Julyana Silva de Assis, Helga Maria Teixeira Cassiano, Maria Erigleide Bezerra da Silva, Rosana Brandão Vilela

Palavras-chave: Preceptor, Docente, interdisciplinaridade, integração ensino-serviço

APRESENTAÇÃO: Nas práticas pedagógicas, surgem novas formas de conceber o ensino, a investigação na concepção da formação do conhecimento. Características inovadoras no processo ensino-aprendizagem instigam e propiciam um profissional responsável pela sua formação, reflexivo e que enxerga

a interdisciplinaridade necessária no ensino em saúde. Objetivo Geral: Aprender realizando a técnica de Grupo Focal (GF) como proposta de metodologia ativa. UTILIZAMOS O TEMA: Percepção dos preceptores/docentes acerca das experiências relacionadas à interdisciplinaridade e o ensino em saúde. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Identificar as vivências relacionadas com a interdisciplinaridade e o ensino em saúde; Identificar as dificuldades e potencialidades encontradas nessas vivências. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Alunos selecionados para falar da técnica de GF do Mestrado Profissional Ensino na Saúde da disciplina Metodologia II convidou oito colegas da disciplina, preceptores-docentes nas áreas de medicina, enfermagem, educação física, fisioterapia e administração, para falar sobre suas vivências relacionadas com a interdisciplinaridade na integração ensino-serviço. A coleta de dados foi obtida por meio técnica de Grupo Focal (GF), composto por um coordenador e um mediador que organizou as discussões com as questões norteadoras: O que vocês entendem por interdisciplinaridade em cenário de prática? Quais as vivências relacionadas com a interdisciplinaridade e o ensino em saúde? Como vocês percebem essas vivências e sua relação com o ensino na saúde (dificuldades e potencialidades)? Quais suas vivências relacionadas à interdisciplinaridade e o ensino em cenários de prática? Tivemos um encontro de 50 minutos na sala de aula do mestrado ensino na saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas. Para a análise dos dados, foi utilizada técnica de análise de conteúdo. RESULTADOS: Destacou-se a categoria Vivência enquanto preceptor/docente que evidenciou que já existem experiências com projeto de extensão e disciplina integrada com cursos de fonoaudiologia, fisioterapia e enfermagem. Nas categorias: Vivências durante a formação foi citado que apesar de

insipiente, tiveram vivências na graduação com disciplina eletiva comuns a vários cursos e experiência na pós-graduação em preceptoria do Hospital Sírio Libanês com uma equipe multidisciplinar com médico, fisioterapeuta, assistente social. Vivência Profissional observa-se uma representação também insipiente, meio confusa para se colocar em prática por ser algo novo nos cursos da saúde, mas que é fascinante a trocas de saberes; que a presença do aluno no cenário de prática, facilita esse processo. Dificuldades e Potencialidades destacaram as relações de poder, resistências e falta de diálogos entre as profissões. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A experiência com a metodologia ativa de aprender fazendo proporcionou um salto no de permitir a realidade no processo do conhecimento bem como a oportunidade de discutir outros temas como a interdisciplinaridade. Evidenciou-se a necessidade do olhar interdisciplinar sobre as profissões da saúde desde a formação na graduação e sua continuidade em resistência, pós-graduações. As experiências em ensino sobre a interdisciplinaridade ainda são insipientes a integração ensino-serviço.

PREVENIR EDUCANDO: UMA EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA SAÚDE DA ESCOLA

Gisele Reis Dias, Liliam Rafaele Souza da Silva

Palavras-chave: Programa Saúde na Escola, Educação em Saúde, ESF

APRESENTAÇÃO: Integrado ao componente II do Programa Saúde da Escola, a educação em saúde é um forte instrumento a ser trabalhado no âmbito escolar. Deste modo entre os temas abordados pela equipe da Estratégia da Saúde da Família encontram-

se a Educação sexual e reprodutiva, bem como as ações educativas voltadas para o combate de DST/AIDS na adolescência e juventude. O objetivo da experiência foi promover educação em saúde sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS no âmbito escolar; demonstrar a magnitude das doenças sexualmente transmissíveis entre jovens e adolescentes; estabelecer troca mútua de conhecimento entre a equipe multiprofissional da ESF e escolares. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Em parceria com duas escolas estaduais do Município de Nova Olinda do Norte - AM, foi pactuado no início do ano letivo duas estratégias para se trabalhar a prevenção do HIV/AIDS. Na primeira escola adotou-se como método de apresentação das doenças sexualmente transmissíveis uma mostra, onde houve a participação dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e Agentes comunitários de Saúde (ACS). Na segunda escola a técnica adotada além da exposição de como contrair e prevenir as DST/AIDS, também foi utilizado o uso de mídias visuais e a interação dos alunos. A segunda exposição foi realizada no dia da Família na Escola e contou com a participação dos membros Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e parceria da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). RESULTADOS E/OU IMPACTOS: As observações mais relevantes durante a experiência foi perceber que nossos adolescentes e jovens já possuem um conhecimento mais aguçado comparado às gerações passadas. Contudo embora possuam mentes novas e com informações pré-concebidas, o conhecimento entre eles ainda apresenta-se vago e limitado. Em relação ao método de avaliação e monitoramento este só pode ocorrer de forma precisa se as ações de prevenção as DST e AIDS forem continuamente realizadas. A troca de conhecimentos entre profissionais e escolares nos possibilitou compreender a

necessidade em se trabalhar a prevenção das DST/AIDS de forma contínua e dinâmica, uma vez que o cenário envolve alunos entre a adolescência e juventude. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considerou-se relevante adotar a técnica de mostra para a explanação das doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, pois motivou a interação dos alunos e responsáveis. A participação e envolvimento de outros profissionais para a execução da estratégia também foi uma forte aliada na exploração dos conteúdos pois conseguimos aliar o conhecimento de forma fácil, clara e recreativa.

PROBLEMATIZANDO A REALIDADE: O EXERCÍCIO DA CIDADANIA NO VER-SUS OSTE/SC A PARTIR DA 5ª ETAPA DO ARCO DE MAGUEREZ

Adriana Carolina Bauermann, Camila Dervanoski, Fabíola Feltrin, Marcelo Verno Schabarum, André Lucas Maffissoni, Thais Cristina Hermes, Larissa Hermes Thomas Tombini, Cláudio Claudino Silva Filho

Palavras-chave: Arco de Magueréz, Teoria da Problematização, Formação em Saúde

APRESENTAÇÃO: O projeto VER-SUS/Brasil teve seu início em 2003, com o objetivo de qualificar estudantes de diferentes áreas do conhecimento para atuarem futuramente no Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a reflexão sobre situações e temas importantes, pertinentes à formação profissional, potencializando o compromisso ético-político. **DESENVOLVIMENTO:**

Este trabalho trata-se de um estudo na forma de relato de experiência, onde se propôs uma análise acerca da temática da Metodologia da Problematização com o Arco de Magueréz, que se constitui em cinco etapas: observação da realidade e definição do problema; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação à realidade. Nesse contexto, o objetivo deste

trabalho é relatar de que forma a 5ª etapa do Arco de Magueréz – sobre a aplicação à realidade, foi efetuada a partir da análise da Devolutiva no último dia do VER-SUS Oeste/SC para com todos os envolvidos no projeto. Essa etapa do Arco de Magueréz tem por propósito analisar a aplicabilidade das hipóteses levantadas em grupo, que poderão ser transformadas em ações concretas na realidade de onde foi extraído o problema. **RESULTADOS:** A devolutiva ocorreu no último dia do projeto, onde os estudantes viventes compartilharam as experiências vivenciadas ao grupo e os gestores da saúde que se fizeram presente, demonstrando de diversas formas criativas os resultados obtidos com as vivências, “respondendo” as questões de aprendizagem pensadas nos primeiros dias de imersão. Essa tentativa de aplicação das hipóteses encontradas em grupo, na realidade prática das vivências, envolveu os estudantes com o meio, cooperando com o desenvolvimento de um compromisso e atuação social. Essa etapa do Arco, proporciona também, uma nova contribuição para ampliar os conhecimentos sobre a realidade estudada, para que os mesmos se percebam no processo como agentes ativos de sua transformação, preparando-se para o exercício da cidadania. A 5ª etapa do Arco de Magueréz consegue problematizar a realidade, por meio da aproximação e conhecimento da realidade na qual se observou o problema, estimulando o despertar da consciência crítica, política e o compromisso com a sociedade. **Considerações Finais:** A proposta do Arco de Magueréz se coloca como transitante entre a teoria e a prática vivenciada, onde o processo de ação e prática e a reflexão teórico-prática leva o participante a desenvolver um compromisso com a sua práxis. Seu potencial, portanto, é preparar o cidadão para atuações futuras na prática de transformação, possibilitando um olhar crítico para atuar na realidade social.

PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO DA LIGA ACADÊMICA DE DOENÇAS INFECTO PARASITÁRIAS EM ENFERMAGEM - UFMS

Kelly Mariana Leão Petrutecelli, Francielle de Mello Pereira, Kassandhra Pereira Zolin, Leticia Antônio Costa, Raquel Cordeiro Ricci, Rodrigo Domingos de Souza, Gislaine Recaldes de Abreu, Margarete Knoch Mendonça

Palavras-chave: Liga Acadêmica, Ensino, Conhecimento

Introdução: A Liga Acadêmica de Doenças Infetoparasitárias em Enfermagem (LADIPE) do Curso de Enfermagem da UFMS tem por finalidade realizar atividades extracurriculares, visando agregar conhecimentos sobre vigilância em saúde e as doenças infetoparasitárias e, a seguir, aplicá-los em uma intervenção prática. A LADIPE se apoia na tríade da dinâmica universitária: pesquisa, ensino e extensão. O ensino é realizado por meio de reuniões científicas, nas quais todos os membros da Liga se reúnem para compartilhar saberes e a nova aprendizagem. A LADIPE foi criada em 2013, por um grupo de seis acadêmicos de enfermagem e as ações de extensão são desenvolvidas na modalidade de projetos de extensão. **OBJETIVO:** Demonstrar como ocorre o compartilhamento de saberes, a partir das reuniões científicas da LADIPE. **METODOLOGIA:** Nas reuniões científicas, é utilizada metodologia ativa de problematização, a partir dos estudos de Paulo Freire. Inicialmente é sugerido um problema ou um tema e este é pactuado pelo grupo. A escolha do tema geralmente está associada à incidência ou gravidade de uma doença infetoparasitária, como por exemplo, raiva, sífilis e coqueluche foram os temas abordados no primeiro semestre de 2015. Após a escolha, é realizada a primeira reunião científica para “abertura do problema”, com uma

“chuva de ideias” para a exposição de aspectos relacionados com o tema, e todos contribuem com o conhecimento prévio. Baseado nestes pontos é elaborado o mapa conceitual, paralelamente aos objetivos de aprendizagem, que serão os eixos norteadores para o estudo. Após um período para pesquisa individual, é realizada a segunda reunião científica para “fechamento do problema”. Nesta, os integrantes expõem suas pesquisas e fazem um contra ponto ao conhecimento prévio, analisando o que tem evidências científicas e o que é um conhecimento mais “prático”, mitos ou conceitos errôneos. **RESULTADOS:** Os conhecimentos adquiridos nas atividades da liga trazem um diferencial para os acadêmicos, pois amplia a aprendizagem além da estrutura curricular da graduação. Todo o estudo e as pesquisas realizadas pela LADIPE são aplicadas em ações de extensão, elaboradas pelos próprios alunos, com apoio dos professores coordenadores da liga e em parceria com outras iniciativas e instituições. Esta prática amplia a atuação da LADIPE na universidade, junto aos movimentos sociais, instituições de ensino e de saúde e também favorece a criação de vínculos com outras pessoas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os encontros da LADIPE são fundamentais para o aprendizado dos acadêmicos, pois propicia uma formação mais flexível e facilita a integração pesquisa, ensino e extensão. A troca de conhecimentos e as experiências entre os tutores e alunos são de grande valia na formação, além de propiciarem o desenvolvimento de relações interpessoais.

PROGRAMA DE FORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM PERNAMBUCO – FORMASUS: UMA EXPERIÊNCIA DE INTERAÇÃO ENSINO/SERVIÇO/ COMUNIDADE

Juliana Siqueira Santos, Ricarda Samara, Maria Cláudia Fernanda Souza Lins, Dara Andrade, Juliana Gondim Melo, Jardane

Carvalho Campos, Bruna Barbosa Menezes, Mônica Alves Ferreira

Considerando a responsabilidade do Estado em ordenar a formação de profissionais para o SUS e a necessidade de regulamentar as contrapartidas, por parte das instituições privadas, à Rede Estadual de Saúde, que oferece mais de 3 mil vagas de estágio curricular obrigatório, o Estado de Pernambuco criou o Programa de Formação do SUS – FormaSUS. A rede de saúde estadual é espaço de aprendizagem para estudantes de graduação e cursos técnicos de Instituições públicas e privadas, que desenvolvem suas atividades em hospitais, UPAs, laboratórios e outros serviços. O Programa FormaSUS, lançado no segundo semestre de 2012 e instituído pela Lei Nº 15.065/2013, oferece a estudantes de ensino médio da rede pública de ensino e bolsistas integrais da rede particular o direito a formação integral e gratuita em cursos de graduação ou técnicos profissionalizantes na área de saúde. O objetivo do Programa é ampliar a formação de profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS), além de possibilitar a inclusão social de jovens e adultos de baixa renda. Com esta iniciativa, a Secretaria de Saúde do Estado têm promovido a inserção de estudantes de graduação e cursos técnicos na rede de saúde, de forma regulada, instituindo uma oferta de contrapartida por parte das Instituições de Ensino privadas que retornam à comunidade, por meio das bolsas de estudo integrais. Por meio de seleção, que utiliza a nota média do Ensino Médio e a nota do ENEM, os Pernambucanos podem ingressar em cursos de medicina, enfermagem, odontologia, radiologia, técnico de análises clínicas, entre outros, de diversas instituições privadas. O número de bolsas de estudo disponibilizadas para o FormaSUS é definido através do seguinte cálculo: a cada dez vagas que uma instituição

privada solicitar para estágio curricular no SUS, uma bolsa integral deverá ser criada para alunos da rede pública, equivalente a 10%. A inserção de estudantes de instituições públicas para realizar estágio curricular obrigatório nos cenários de aprendizagem é garantida, independente de existir contrapartidas formais, considerando a responsabilidade do Estado na formação desses futuros profissionais para o SUS. Os cursos de nível superior, disponíveis em 19 instituições, são em medicina, enfermagem, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, farmácia, biomedicina, serviço social e psicologia. Entre 2012 e 2015, foram ofertadas 371 vagas. Já os cursos técnicos são nas áreas de enfermagem, radiologia, farmácia, citopatologia, análises clínicas e imobilizações ortopédicas, em 41 centros de ensino privados que aderiram ao Programa. O processo seletivo para cursos técnicos é realizado a cada dois anos. Em 2012 e 2014, foram 532 vagas nessa categoria. Apesar de todos esses avanços na interação ensino saúde, evidencia-se a necessidade premente de qualificar o Programa, no sentido de incorporar as novas diretrizes do Ministério da Saúde no que se refere aos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino Saúde, fomentando maior participação das Instituições Públicas nas contrapartidas, especialmente quanto à formação de preceptores no SUS.

PROGRAMA INTERDISCIPLINAR COMUNITÁRIO (PIC): A ESPIRAL DA SAÚDE, ENSINO E COMUNIDADE

Lucianna Schmitt, Leonardo Martins Costa Garavelo, Jéssica Machado Teles, Giselle Gasparino dos Santos-Coluchi

Palavras-chave: saúde coletiva, educação em saúde, pedagogia

APRESENTAÇÃO: Este trabalho tem por objetivo relatar a primeira edição de uma disciplina calcada na integração multidisciplinar e de ensino, serviço e comunidade. **DESENVOLVIMENTO:** No UniRitter, na metade da formação dos sete cursos da área da saúde os alunos são unidos para vivenciarem juntos a rede de cuidado em saúde no Programa Interdisciplinar Comunitário (PIC). Nessa disciplina os objetivos de aprendizagem são: trabalhar em equipes interdisciplinares, compreender a rede de atenção à saúde, analisar os determinantes de saúde da comunidade, planejar e executar ações de promoção em saúde. O PIC conta com três professores, atua na rede de ensino, atenção básica de saúde, controle social e assistência social, conta atualmente com 235 alunos. Fundamentado na reorientação da formação dos profissionais de saúde, o PIC é uma disciplina viva e em evolução. Atua hoje nas redes de ensino, saúde, assistência social e comunidade. Os alunos passam por três eixos: reconhecimento de campo, análises de demandas e planejamento e execução de ação em promoção de saúde. Esse fluxo possibilita ao aluno moldar seu trabalho a partir das necessidades do local, além de proporcionar a reflexão sobre os determinantes de saúde da população. Nesse modelo, o futuro profissional é inserido no fluxo ascendente da saúde enquanto fortalece o trabalho interdisciplinar e intersetorial. Visando ao objetivo de incluir no PIC a continuidade do cuidado, na medida em que os alunos passam pelos locais os novos estudantes que chegam têm contato com o trabalho e diagnóstico do semestre anterior, para sequenciar o vínculo construído. **IMPACTOS:** Essa diferente conformação do PIC transforma não apenas os alunos, mas também os locais e os professores. Através de pequenos projetos, foi possível observar importantes mudanças. Um dos grupos alocado em

uma unidade básica de saúde percebeu que não havia a presença de usuários nas reuniões do conselho local de saúde, após análise do problema perceberam que a população atendida havia mudado muito e poucos sabiam da existência do conselho para fazer as reivindicações e participar das decisões. Nessa ação, os alunos conscientizaram os usuários e conseguiram que sete participantes comparecessem não apenas na reunião local, mas também na reunião do conselho distrital de saúde. Um grupo trabalhou com a Educação de Jovens e Adultos e buscaram o apoio da unidade de saúde do local e para uma ação de cadastramento de usuários que desconheciam sua unidade de referência. No conselho distrital de saúde, foi possível criar novos modelos de registro das decisões e divulgar de maneira eficiente as discussões realizadas. Nas unidades de saúde, trabalhos foram desenvolvidos na saúde do trabalhador, apoio ao programa Hiperdia, grupo de saúde da mulher. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O PIC tem evoluído com o tempo e a cada semestre apresenta novos desafios, pois é vivo como as comunidades nas quais está inserido. A apresentação deste trabalho possibilita o compartilhamento de experiências na inserção da integração entre ensino serviço e comunidade como parte do currículo obrigatório da formação dos profissionais de saúde.

PROGRAMA JOVEM APRENDIZ EM INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE – AVANÇOS E DESAFIOS

Estella Maris da Silveira Dutra

Palavras-chave: juventude, cidadania e mundo do trabalho, inclusão social de jovens, relações de trabalho

O problema do desemprego entre jovens se caracteriza por um ciclo vicioso, no

qual aqueles com mais necessidades são os que têm menos qualificação e menos oportunidades de trabalho. Sendo assim, a promoção do trabalho decente para os jovens constitui um elemento decisivo para a diminuição da exclusão social. Para facilitar o ingresso do jovem no mundo do trabalho, foi promulgada a Lei Federal 10.097/00, conhecida como a Lei da Aprendizagem. O Decreto Nº 5598 de 2005, firmou ainda mais estes compromissos com a juventude brasileira. Em 2006, o Grupo Hospitalar Conceição passa a executar este programa, através de parceria institucional, onde já beneficiou 1600 jovens, através de cursos de Assistente Administrativo, Higienização Hospitalar, Atendente de Nutrição e Dietética e Auxiliar de Manutenção. Para participar do programa são observados na seleção, critérios de vulnerabilidades sociais, como: renda familiar, jovens vítimas ou vitimizadores de violências, os fatores étnico, priorizando os afro descendentes, às questões de gênero, jovens mães e pais e jovens com defasagem de escolaridade idade/série. Visando ações estruturadas de qualificação profissional, valoriza conteúdos específicos da formação profissional com conteúdos transversais de formação para o exercício da cidadania. Assim, o Projeto contribui com o jovem, através da construção de saberes, de geração de renda, através do pagamento de meio salário mínimo e direitos sociais como vale transporte, vale refeição, FGTS e previdência social. O principal desafio é ser incorporado como uma política pública de estado, compreendida, assimilada e potencializada pelos trabalhadores e gestores envolvidos direta e indiretamente e garantir a contratação dos jovens após o término dos cursos realizados.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM FAMILIARES VISANDO A PRÁTICA DE HÁBITOS SAUDÁVEIS DE HIGIENE CORPORAL

Jéssica Maria Rezende da Costa

Palavras-chave: Programa Saúde na Escola, Atenção a saúde

Descrição da experiência: O Programa Saúde na Escola (PSE) visa a integração e articulação permanente da educação e da saúde, contribuindo para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (MEC, 2006). No cenário escolar o enfermeiro, exerce o papel de educador, estimulando a saúde e qualidade de vida através da educação (GAGLIANONE, 2004). Trata-se de um relato de experiência vivenciados por acadêmicos do curso de enfermagem da Universidade Federal do Amazonas. A atividade desenvolvida faz parte do estágio da disciplina de Saúde Coletiva II, que foi realizada em um Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na zona oeste do município de Manaus. Através do PSE, tivemos a oportunidade de desenvolver educação em saúde com familiares de alunos de uma Escola de Educação Infantil, com base na problemática apresentada pela coordenação da referida escola. Dessa forma, realizou-se um planejamento e objetivou-se desenvolver uma prática de educação em saúde visando a importância da participação dos familiares na higiene corporal das crianças. Diante disso, no dia 24 de junho de 2015, no turno da manhã, ocorreu a troca de experiência entre profissionais de saúde e a comunidade. Resultados alcançados: A escola foi área institucional privilegiada deste encontro, pois trata-se do espaço para o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde pelo viés de uma Educação Integral. Essa experiência em conjunto com o PSE permitiu a progressiva

ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e promoveu a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral. Repercussões da experiência: Acreditamos que esta experiência pode contribuir para discussões e reflexões no processo de ensino-aprendizagem entre universidade-serviço de saúde e comunidade e na formação da competência do enfermeiro que atua na área da saúde da criança e da família. Acima de tudo desenvolvendo a promoção da saúde, mudando realidades, ou pelo menos, reduzindo diversos problemas futuramente.

PROJETO DE EXTENSÃO – “ESCOLA DE POSTURAS: AÇÕES PREVENTIVAS NO CUIDADO CORPORAL”: PROMOVENDO MUDANÇAS NOS HÁBITOS POSTURAIIS DOS ADOLESCENTES ESCOLARES

Débora Ramos de Araujo Souza, Livio Matheus Aragão dos Prazeres, Guilherme Rodrigues Barbosa, Ana Maria Braga de Oliveira, Heloysa Morganna de Lima Marinho, Amanda Santana Santos, Gabriel Pacheco Bispo, Michely de Oliveira Santos

A dor nas costas e as alterações posturais, além de estarem presentes nos adultos, manifestam-se também em adolescentes escolares, devido aos hábitos posturais adotados. Dentre os problemas, citam-se aqueles relacionados com o excesso de peso e o modo de transporte da mochila, bem como a postura corporal adotada durante o período que o estudante está inserido na sala de aula. O objetivo desse trabalho é relatar a atuação do Projeto de Extensão – “Escola de Posturas: ações preventivas no cuidado corporal”, com estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental da Fundação José Augusto Viera, no município de Lagarto-SE. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: O projeto

de extensão é composto por oito discentes e dois docentes do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe- Campus Lagarto, este trabalho relata as atividades direcionadas aos escolares. As atividades do projeto foram divididas em cinco encontros durante uma semana: no primeiro aplicou-se o Instrumento de Avaliação da Postura Corporal e Dor nas Costas (BackPEI) e realizou-se a pesagem dos estudantes e das respectivas mochilas. No segundo dia, os participantes foram divididos em 04 grupos, compostos de 08 a 10 sujeitos para o início às atividades. Cada encontro do Projeto é dividido em três etapas: a primeira etapa refere-se à educação em saúde, onde são abordados temas sobre anatomia do sistema musculoesquelético, locomotor, respiratório e fisiologia do estresse, além de posturas adotadas no dia-a-dia; em seguida são realizados os exercícios terapêuticos visando o alongamento e o fortalecimento muscular e melhora do condicionamento físico, conseqüentemente diminuindo o estresse traumático nas estruturas osteomusculares. Por fim são realizados os relaxamentos, estimulando-se uma maior conscientização corporal. RESULTADOS: A amostra foi composta por 37 estudantes, com uma média geral do peso corporal de 54,8kg, quando separado por gênero a média do peso masculino foi de 57,7 kg enquanto o peso médio feminino 52,6kg. Com relação à média geral do peso das mochilas (3,1kg), tanto os meninos com uma média de 2,9kg, como as meninas - 3,3kg ficaram abaixo dos 10% do peso corporal. Com base nesses dados as ações foram voltadas para o uso da mochila e a postura adotada nas horas de estudos, proporcionando aos participantes conhecer algumas estruturas e o funcionamento do corpo humano, o que contribuiu para uma maior conscientização corporal, bem como potencializou o autocuidado. Ainda estimulou adoção de hábitos posturais saudáveis e favoreceu

a correção de posturas viciosas adotadas no dia-a-dia de acordo com os relatos dos participantes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A boa postura é aquela na qual o indivíduo mantém um esforço mínimo para a realização das atividades, sendo assim o conhecimento da anatomofisiologia e correções posturais é de fundamental importância para a melhora das dores nas costas, oferecendo como possíveis benefícios bem-estar físico e mental. Vale ressaltar a importância de atividades semelhantes no processo educacional de adolescentes, afim de que os mesmos sejam multiplicadores do conhecimento, uma vez que tais problemas na coluna tendem a agravar até a fase adulta.

PROJETO DE EXTENSÃO DA UNILA: VIGILÂNCIA INTEGRADA DO VÍRUS DA DENGUE

Carmen Jusstina Gamarra, Elaine Della Giustina Soares, Walfrido Kuhl Svoboda, Lorena Carolina Moncalvo Dalmas, Pascal Jean, Wendy Ledix, Felipe Mozar Laurine Ferraz de Novaes, Cristian Antonio Rojas

Palavras-chave: Dengue, Extensão, Promoção da saúde

Objetivos: Compartilhar com alunos do ensino fundamental de escolas da rede pública dados sobre a temática da Dengue, incluindo conceitos sobre o Vírus, a Doença e o mosquito; Levar às crianças a refletir sobre a importância de manter ambientes limpos e da preservação das frágeis inter-relações dos ecossistemas urbanos; Entender a importância das cadeias tróficas naturais; Mostrar a importância e utilidade de instituições tais como o Centro de Controle de Zoonoses e a Universidade Federal da Integração Americana na luta contra a Dengue e doenças relacionadas. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:**

São abordados através de dinâmicas brincadeiras, apresentações e discussões a relação entre o Vírus, a Doença e os mosquitos vetores para lograr uma melhor compreensão da problemática. Após de 6 semanas de trabalhos na própria sala de aula é realizada uma visita aos laboratórios da Universidade onde os alunos conhecem os equipamentos de Biologia Molecular que permitem a detecção do vírus em mosquitos capturados por eles mesmos. Na visita os alunos observam na lupa as diferentes fases do ciclo de vida de *Aedes aegypti* (ovos, larvas, pupas e adultos) e é frisada a importância da água na biologia do mosquito e a necessidade de eliminar eventuais focos de proliferação. O trabalho com cada escola finaliza com uma socialização onde são montadas oficinas na escola para que os alunos apresentem para o resto da escola o que aprenderam durante o desenvolvimento do projeto. Em toda turma é formada uma “patrulha” de alunos cuja função é trabalhar em uma “missão” de auxílio à UNILA, cuja principal atividade consiste em colocar armadilhas para mosquitos fornecidas pelo Centro de Controle de Zoonoses. Estes mosquitos são coletados por alunos da UNILA levados vivos para o laboratório da universidade onde são analisados para a presença do vírus da Dengue. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Os resultados são divididos por nós em resultados de curto prazo e resultados de longo prazo. Os de curto prazo incluem materiais gráficos e audiovisuais que os alunos produziram com as experiências das salas de aula. Mas o resultado de curto prazo mais importante é a socialização, onde os alunos mostram o nível de amadurecimento em relação à internalização dos conceitos discutidos. Os resultados (esperados) em longo prazo incluem a formação de cidadãos empoderados e engajados em problemáticas da sua comunidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nossa hipótese

de trabalho é que o fato dos alunos do ensino fundamental estarem envolvidos ativamente na colaboração com a equipe da universidade e na socialização (onde se tornam “promotores” de conhecimento) é um estímulo que pode ajudar na mudança de atitudes e práticas em relação à luta contra a dengue e outras doenças evitáveis.

PROJETO DE INTERVENÇÃO: QUALIFICAÇÃO SISTEMATIZADA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Ana Paula Santos Morato

Palavras-chave: educação permanente, agentes comunitários de saúde, atenção à saúde

Como gestora na atenção primária percebo que a falta de formação técnica dos agentes comunitários de saúde (ACS) impacta negativamente na atenção à saúde. Este projeto trata da educação permanente para os ACS do CMS Tia Alice, afim de qualificar a atenção à saúde. Será realizada qualificação por meio de um programa interno de educação permanente sistematizado, com a participação de todos os ACS, com um cronograma predefinido a ser executado no período de seis meses. Serão utilizados os cadernos de atenção básica, para fundamentação teórica, utilizando-se a metodologia problematizadora, com aproximação da realidade do contexto profissional. Ao final da execução deste projeto espera-se melhora na percepção dos agentes comunitários quanto à atenção à saúde, refletindo na qualidade da assistência, na sensibilização dos agentes comunitários de saúde e incorporação no processo de trabalho dos conhecimentos adquiridos. A intervenção será implementada em seis meses, prazo necessário para que todas as etapas sejam implementadas. Durante a intervenção serão considerados os Cadernos

da Atenção Básica, o manual do agente comunitário de saúde, as políticas nacionais que norteiam as ações em saúde com o objetivo de ampliar os conhecimentos dos ACS's para atenção à saúde. A fim de que todos os profissionais do CMS Tia Alice tivessem conhecimento do projeto que será desenvolvido, lhes foi apresentado durante a reunião semanal de equipe em 10 de setembro de 2015, após a sensibilização das equipes para a relevância do tema, sendo de responsabilidade da gestora da unidade, a apresentação do projeto e execução do cronograma proposto. Toda a intervenção será realizada na unidade, utilizando os recursos áudio visuais disponíveis. Iniciaremos com uma oficina, acerca da percepção dos ACS's sobre atenção à saúde, atenção básica e rede de atenção, afim de sensibilizá-los. A técnica utilizada será a Brainstorm, será apresentado o tema e todos os participantes terão a oportunidade de expor suas ideias acerca do mesmo, as quais serão anotadas no flipchart, para depois evoluir a um argumento final. O que se deseja é encontrar formas de aperfeiçoar os processos hoje existentes. Em um segundo momento serão abordados temas do caderno de atenção básica, através de questionário, para levantamento de déficit de conhecimento, o que dará subsídios para o planejamento das capacitações. Após levantamento dos déficits, serão sistematizados os temas a serem abordados afim de nivelar os conhecimentos dos ACS's. Pretende-se utilizar a abordagem problematizadora, com aproximação da realidade do contexto profissional, com momentos de aproximação e reflexão da prática. Deverá contemplar momentos de avaliação e autoavaliação com a possibilidade de replanejamento das ações previamente planejadas. O projeto de intervenção permitirá a sistematização da educação permanente dos agentes comunitários, que integram a equipe da

estratégia de saúde da família sem formação técnica prévia, com isso espera-se ampliar os conhecimentos dos ACS's quanto à atenção à saúde. O que sem dúvida trará impacto positivo na qualidade da assistência. Os benefícios serão desfrutados por todos os atores envolvidos, profissionais e usuários, aproximando-os ainda mais.

PROJETO DE MELHORIA DA GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA: CONHECER PARA TRANSFORMAR

Lívio Matheus Aragão dos Prazeres, Ana Maria Braga de Oliveira, Aline Gonçalves Viana

Palavras-chave: fisioterapia

APRESENTAÇÃO: O Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe (UFS), localizado no município de Lagarto, nasceu com a ampliação do ensino superior no país por meio do Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI). Nesse contexto, está inserido o Curso de Fisioterapia que utiliza de metodologias ativas no processo ensino-aprendizagem e busca formar profissionais comprometidos com a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. A estrutura curricular do curso de Fisioterapia é modular. Os módulos no decorrer do curso crescem na complexidade de forma a garantir uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva como preconiza as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia (BRASIL, 2002). Cada ano letivo constitui um bloco, sendo, o curso de Fisioterapia constituído por cinco blocos. Dentre os destaques desse currículo, está a inserção dos alunos do primeiro ao quinto bloco no Sistema Único de Saúde para que os mesmos tenham ao final da graduação uma formação voltada às necessidades atuais da sociedade

brasileira. Atualmente os estudantes estão indo para o último ano letivo. Considerando que o curso de graduação em Fisioterapia disponibiliza anualmente 50 vagas e tem duração de 5 anos, 250 alunos deveriam estar matriculados, entretanto, frequentam regularmente 206 estudantes. Dessa forma, é necessário conhecer o motivo pelo qual essas vagas não estão preenchidas. Assim, foi elaborado o projeto de melhoria da graduação no curso de Fisioterapia visando elencar as potencialidades e fragilidades do curso para melhorar a sua qualidade e, conseqüentemente, atender aos anseios dos estudantes e da sociedade. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo transversal, prospectivo, descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa (GIL, 2002). A amostra será constituída pelos professores e estudantes regularmente matriculados no curso no período compreendido entre setembro de 2015 a agosto de 2016. **IMPACTOS:** O levantamento dos dados, por meio dos questionários de Avaliação do Módulo; Avaliação do Bloco e Autoavaliação docente e discente, que servirão de subsídios para que o Departamento de Fisioterapia possa conhecer quais os pontos críticos do Curso, e dessa forma planejar soluções para os mesmos. No decorrer do projeto será implantada a Clínica Escola do Curso de Fisioterapia que funcionará como um espaço de articulação de saberes em prol da comunidade. Para aprimorar o projeto, os discentes bolsistas puderam elaborar algumas propostas, dentre elas está a inserção precoce dos alunos do 2º bloco na Clínica-Escola, através de visitas e observação do cenário de práticas, e estágio de extensão nas férias para que durante esse período, alunos interessados possam realizar atendimentos com supervisão dos professores. Essas propostas trarão inúmeros benefícios para a comunidade, ajudando a universidade a cumprir seu papel social. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A

implementação de um projeto nesse âmbito, traz ao curso, a possibilidade de analisar a sua conjuntura atual quanto ao ensino em Fisioterapia na UFS-Lagarto, e assim promover estratégias para que o mesmo tenha um maior aperfeiçoamento e possa cumprir com as competências estabelecidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais.

PROJETO DE VIDA – UMA ABORDAGEM INOVADORA NA PREVENÇÃO DE AGRAVOS A SAÚDE DO ADOLESCENTE

Liliam Rafaelle Souza da Silva, Airiane Monteiro Barbosa, Arlei Barbosa da Costa

Palavras-chave: projeto de vida, prevenção, adolescentes

APRESENTAÇÃO: O Programa Saúde na Escola implantou o Projeto de Vida Construindo Sonhos como estratégia de prevenção contra o uso abusivo de álcool e outras drogas, DST/AIDS, gravidez na adolescência e exploração sexual, sendo direcionado para trabalhar a saúde dos adolescentes através de uma perspectiva participativa e dinâmica empoderando os educandos a se tornarem atores principais de uma nova abordagem contra os agravos relacionados com essa faixa etária. O Projeto de Vida é uma estratégia que conta com a participação direta dos alunos na construção de um plano de vida, acreditando que planejando o futuro poderemos mudar o presente, assim foi criada uma rede de apoio para o desenvolvimento dessa ação de forma Intersetorial com apoio das Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social incluindo o Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, Conselho Tutelar e Acadêmicos do curso de serviço social de uma instituição privado. Toda a rede se uniu na aplicação e análise do plano de vida após passarem por um breve treinamento para trabalhar o projeto com os alunos do ensino fundamental e

médio. Os alunos recebem um formulário do plano de vida para preencherem como se imaginam daqui a dez anos. No final o profissional faz uma análise individual dos planos e instiga os jovens a refletirem sobre os prejuízos de uma decisão errada, nesse momento, são abordados os temas e são relacionadas com as formas de prevenção aos agravos discutidos. Ao instigar e induzir os alunos a planejarem suas vidas é possível perceber a fragilidade e a falta de perspectiva de um futuro promissor entre a maioria dos participantes. Os jovens devem sonhar para planejar suas vidas, traçar metas e buscar formas de realizar seus objetivos, acreditando que podem sim conseguir chegar além do que desejam, para isso devem ser estimulados, incentivados e apoiados pelas suas famílias e sociedade. Com base na vivência dos anos de experiência na atenção primária a saúde entendemos que realizar palestras ou orientações faladas muitas vezes não conseguimos conquistar a atenção desses adolescentes e por esse motivo ultrapassamos essas abordagens para trabalhar de forma prática as problemáticas existentes entre os jovens pelo olhar deles usando-os como protagonistas e em todas as escolas o número de satisfação tanto dos alunos quanto dos educadores ultrapassou as expectativas da equipe, devido a nova metodologia aplicada, resultando em um nível de participação elevado e a certeza de que para muitos essa proposta fará a diferença.

PROJETO LEISHNÃO: EDUCAÇÃO SANITÁRIA COMO FERRAMENTA DE CONTROLE E PREVENÇÃO DA LEISHMANIOSE VISCERAL

Natália Trindade Azevedo Marques, Vitória Machado Neres-Gonçalves, Gabriela Tjho César Pestana-Barros, Juliana Arena Galhardo

Palavras-chave: Leishmania, zoonose, vetor,

A leishmaniose visceral é uma zoonose negligenciada causada pelo protozoário *Leishmania infantum* e transmitida no Brasil pela picada de *Lutzomyia longipalpis*. Em Campo Grande é uma doença urbanizada e endêmica com elevada incidência canina e humana, sendo necessária a conscientização da população sobre a prevenção da leishmaniose visceral (LV). Diante dessa realidade foi idealizado o Projeto LeishNÃO, que utiliza educação em saúde como ferramenta de controle desta zoonose no município. O Projeto tem como objetivo esclarecer e conscientizar a população sobre os riscos da doença, motivar e enfatizar as medidas preventivas a fim de diminuir a incidência em longo prazo. Visa também auxiliar na formação profissional dos acadêmicos participantes, com maneiras eficientes de transmitir a informação para um público extremamente variado, utilizando métodos criativos de comunicação e obtendo experiências fora da Universidade e do contexto social em que estão inseridos. Após a definição das regiões de vulnerabilidade, iniciou-se a construção de parcerias com diversas instituições, entre elas escolas, centros de educação infantil, organizações não governamentais e participação em ações comunitárias. A abordagem ao público adulto consiste em palestras e rodas de conversa com a comunidade sobre a LV, distribuição de materiais informativos, como a cartilha LeishNÃO e folders, que com linguagem simples buscam difundir informação sobre epidemiologia e métodos de prevenção. Além disso é exibida a Leish-Feira, com apresentação do vetor e do protozoário com auxílio de lupas e microscópios e apresentação de banners com informações sobre o ciclo da doença. Nesta atividade observa-se grande interesse em públicos de todas as idades, sendo utilizado com grande sucesso em

eventos sociais. Para o público infantil são realizadas atividades lúdicas como teatro, brincadeiras com pintura guache e jogos educativos, sensibilizando as crianças sobre a importância da prevenção da LV. Desde 2011 mais de 50 ações já foram realizadas, com o envolvimento de aproximadamente 5000 pessoas da comunidade externa e em torno de 200 acadêmicos de graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Em 2015 foi realizada a I Semana Nacional de Controle e Combate à Leishmaniose, conforme Lei Federal nº 12.604, de 3 de abril de 2012, que institui a Semana. O ciclo de palestras durante o evento foi transmitido online, um marco para o Projeto, dando visibilidade às ações e às discussões para além do estado de Mato Grosso do Sul. Durante as atividades pode ser observada uma boa adesão por parte das comunidades ao projeto, atenção e interesse das crianças e adolescentes e também dos adultos, que questionam e expõem suas dificuldades em relação à prevenção. Avaliamos a conscientização desse público também através da interação com a página do LeishNÃO em redes sociais, pois diariamente aumenta o número de curtidas e compartilhamentos de informações. Espera-se que com a ampliação do Projeto seja ampliada a conscientização da população em relação à importância da prevenção da LV e que haja um decréscimo na incidência da doença, pois a cooperação interdisciplinar e a educação em saúde são fundamentais para o desenvolvimento da qualidade de vida da população.

PROJETO PSIQUIATRIA EM CORES

Maykon Leal Felipe Leal Rodrigues Senossien

Palavras-chave: Saúde mental, Enfermagem, Educação em Saúde

A reforma psiquiátrica surgiu com o intuito de reestruturar a assistência prestada

ao paciente. Essa nova metodologia assistencial assegura uma maior interação do paciente com a família e a sociedade, que se faz fundamental no processo terapêutico, ressaltando e garantindo a inclusão social como principal elemento no processo assistencial. Esse novo formato de assistir ao paciente tem por consequência um declínio nas internações, visto que, a inserção dos mesmos em meio à sociedade reforça a ideia de quebrar os preconceitos direcionados aos doentes mentais e apresentar um novo perfil do paciente psiquiátrico. O projeto que se desenvolve através das exposições de pinturas em telas tem por finalidade apresentar a comunidade um novo perfil do doente mental, que possui o seu lado adoecido, porém através da terapêutica adequada mantém a sanidade mental. Ao proporcionar essa vivência aos acadêmicos, os mesmos terão conhecimentos necessários para disseminar o conteúdo obtido em meio à sociedade. O projeto Psiquiatria em Cores tem por objetivo Demonstrar a sociedade quem são os doentes mentais; Quebrar paradigmas quanto aos pacientes psiquiátricos; Proporcionar conhecimento teórico e prático aos acadêmicos referente à saúde mental; Arrecadar fundos para a compra de materiais para o ateliê de pintura do Hospital Nosso Lar; Interação entre acadêmicos, pacientes e família. O Projeto Psiquiatria em Cores surgiu em outubro de 2014 de uma parceria entre acadêmicos de enfermagem da Universidade Anhanguera UNIDERP. Inicialmente foi realizado o recrutamento dos graduandos dos respectivos semestres: Terceiro, Quarto, Quinto, Sexto e Oitavo. Após reuniões desenvolvidas no Hospital Nosso Lar foi confeccionado um cronograma constando todas as atividades desenvolvidas no semestre, sendo elas: palestras direcionadas aos pacientes do hospital com os seguintes temas: higiene pessoal, medicação e contando com a participação

dos acadêmicos no grupo antitabagismo, ressaltando os efeitos maléficos na nicotina no organismo e participação nas reuniões de família que ocorrem semanalmente. As palestras ministradas pelos próprios acadêmicos ocorrerão semanalmente abordando os temas referidos com uma linguagem acessível a fim de melhor compreensão por parte dos pacientes. A interação entre sociedade e pacientes ocorrerá através da venda dos quadros pintados pelos próprios pacientes com o objetivo de arrecadar fundos para o ateliê Ouvidores em Cores do Hospital Nosso Lar garantindo assim a continuidade da oficina de pintura. A venda ocorrerá através de exposições das telas e gravuras realizadas trimestralmente. O desenvolvimento do projeto foi de grande importância para demonstrar a sociedade um novo perfil do paciente. Sendo assim, o objetivo proposto inicialmente foi alcançado com êxito. Ao realizar as exposições das telas e gravuras pintadas pelos pacientes psiquiátricos obtém-se por resultado um impacto social, ou seja, as pessoas que visualizaram as exposições ficaram impressionadas ao saberem que tais obras são produzidas pelos pacientes, afirmando assim que o paciente possui seu lado adoecido porém mediante terapêutica adequada mantém a sanidade mental.

PROJETO VER-SUS: CONHECENDO AS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REGIÃO DE DOURADOS/MS

Lucas Ribeiro da Costa Santana, Raquel Cordeiro Ricci, Adrian Santos de Souza, Ane Karoline Amorin Oliveira, Ana Luiza de Souza Floriano, Silvia dos Santos Brites, Mariana Henriques Rosa

APRESENTAÇÃO: O projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) possibilita

o despertar de uma visão ampliada do conceito de saúde, abordando temáticas sobre Educação Permanente em Saúde, interdisciplinaridade, Redes de Atenção à Saúde, reforma política, movimentos sociais, questões que estão intrinsecamente relacionadas à saúde, ao SUS. O projeto permite aos participantes experimentarem o cotidiano de trabalho das organizações e serviços de saúde atentando a infraestrutura; insumos e equipamentos; demanda; fluxo de atendimento; profissionais e a relação entre esses; programas aderidos entre eles entre outros. O objetivo do seguinte trabalho é relatar a vivência do VERSUS nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), na região de Dourados/MS, região sul do estado, no dia 28 e 30 de janeiro de 2015. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um relato de experiência vivenciado em três UBSF por estudantes dos cursos de Medicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Serviço Social do Estado de Mato Grosso do Sul, sob supervisão dos facilitadores/monitores. Foi seguido um cronograma de visita, com as devidas orientações de comportamentos nas instituições pelos supervisores. O intuito foi compreender parte da rotina dos profissionais da saúde, a organização e os serviços de saúde, além de presenciar a prática e analisar a situação das instituições. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Cada unidade abrange uma área de cerca de 3000 – 3500 habitantes, constituídas de uma equipe de saúde da família. Esses estabelecimentos de saúde carecem de alguns recursos necessários para o contínuo funcionamento dos mesmos. A estrutura de algumas delas é precária; a falta de profissionais também se torna um empecilho, o que sobrecarrega a equipe já atuante. Muitos dos profissionais usam seus próprios recursos para, por exemplo, visitas domiciliares. Outros problemas das unidades envolvem falta de insumo e

medicamentos. O sistema de saúde conta apenas com 2 NASF, fazendo com que quase todas as UBSF não possuam apoio matricial o que pode interferir em um das diretrizes do SUS - cuidado integral ao paciente. Não só as UBSF visitadas em Dourados, mas também muitas outras no Estado de Mato Grosso do Sul passam por problemas estruturais e que envolvam licitações e o serviço de saúde. CONCLUSÕES E/OU RECOMENDAÇÕES: A experiência obtida por meio desta aproximação, pôde agregar conhecimentos, trocas de experiências e vivenciar uma realidade extramuros da universidade. Conhecemos a estrutura física dos serviços de saúde da atenção primária, a organização e aproximação das equipes de saúde destes seguimentos. Deste modo, faz-se necessário uma organização para que as comunidades locais sejam bem atendidas e que saibam de seu papel como atuantes, exigindo melhorias. Um possível avanço seria o vínculo das UBSF com os Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF).

PROJETO VER-SUS: O DESAFIANTE PAPEL DA FACILITAÇÃO

João Paulo Teixeira Silva

Palavras-chave: Facilitação, Educação em Saúde, Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO: O Projeto Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) foi criado visando formar profissionais mais preparados para atuar no cotidiano do SUS, unindo a tríade educação, trabalho e saúde, a qual é reconhecidamente uma área crítica do processo de reorientação do setor saúde. O VER-SUS segue um modelo que possibilita ao graduando, futuro profissional de saúde, experimentar um novo ambiente de aprendizagem: o cotidiano das organizações de saúde. Deste modo, o projeto promove,

através da observância e reflexão, a formação de profissionais comprometidos ética e politicamente com as necessidades de saúde da população. O papel do facilitador é essencial por seu caráter fomentador e exemplar, o qual conduz de maneira responsável as discussões por meio da prática reflexiva, estimulando a criatividade e a participação dos atores, fazendo-os se entender como parte do processo e incentivando-os a elencar estratégias para otimização dos recursos e resultados. Entretanto, é necessário que esse tenha um amplo conhecimento do SUS, bem como do setor saúde, além de possuir habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal. Objetivava-se apresentar um relato de experiência de facilitação no estágio interdisciplinar de imersão, demonstrando a importância do facilitador como agente motivador de discussões, de aprendizagem acadêmica e de convivência harmoniosa entre o grupo, além de ser referência para os viventes. METODOLOGIA: As duas edições do projeto VER-SUS, no estado do Rio Grande do Norte, ocorreram em julho de 2014 e janeiro de 2015. Ambas contaram com 4 cidades sede que receberam um grupo de 12 acadêmicos, sendo 2 facilitadores e 10 viventes. Entretanto, na segunda edição, uma ênfase maior foi dada ao papel do facilitador, entendendo-o como um agente fomentador de discussões, sendo realizada uma capacitação a fim de qualificar esses atores para desempenhar o seu papel com maior excelência, permitindo discussões e debates ainda mais ricos e de maior valor. RESULTADOS: Durante a vivência em cada cidade foi observado o funcionamento de todo o aparato de assistência à saúde da região, a percepção dos usuários e o processo de trabalho dos profissionais. A ação do facilitador teve como foco oportunizar reflexões a respeito dos mais diversos aspectos, visando abordar

inclusive perspectivas pouco consideradas, mas que impactam na saúde da população, trazendo os aspectos teórico-legais do SUS e analisando a sua aplicabilidade. Assim, foi possível refletir sobre a interdisciplinaridade visando à integridade na assistência à saúde, o impacto das falhas na gestão sobre a saúde da população e a subjetiva percepção do usuário no atendimento às suas necessidades. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A facilitação, por meio da mediação das discussões, permite aos viventes constituírem uma visão ampla da saúde e o fortalecimento de um olhar crítico construtivo, os quais passam a se tornar viáveis para o estímulo na formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com seus princípios e diretrizes, se entendendo como agentes sociais e políticos capazes de promover transformações.

PROJETO VER-SUS: VIVENCIANDO A REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Kauana Dall' Agnese Caregnatto

Palavras-chave: Enfermagem, Sistema Único de Saúde, Estudantes de Enfermagem

APRESENTAÇÃO: O projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) são estágios e vivências que possibilitam o despertar de uma visão ampliada do conceito de saúde que pretende estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos com os princípios diretrizes do sistema. Possibilita o experimento de um novo espaço de aprendizagem a partir do cotidiano das organizações e serviços de saúde. Proporciona a nós estudantes uma experiência única e reveladora, sendo uma amostra da realidade do SUS, pois, muitas interfaces são ocultadas e suprimidas

durante a formação acadêmica. Um projeto que constrói e reconstrói conceitos, ressaltando o reconhecimento de trabalhar coletivamente com diversos saberes sejam eles científicos/sagrados ou populares/profanos; bem como uma relevância de troca de experiência para melhoramento dos serviços prestados na saúde, auxiliado na formação de uma opinião sobre o SUS, caracterizado como “um movimento de movimentos”.

PROJETO VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL: O DESPERTAR PARA UMA NOVA FORMA DE APRENDIZAGEM ACADÊMICA E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Taiane Sousa Regis

O Projeto ocorreu no período de 07 a 14 de março de 2015 no município de Salvador - Bahia, com a participação de acadêmicos de diversos cursos da área de saúde. OBJETIVO: Relatar a experiência adquirida no Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil (VER-SUS/Brasil). A experiência aconteceu no Distrito Sanitário de Brotas, com a participação de 08 estagiários e 02 mediadores. Durante toda a vivência os participantes tiveram a oportunidade de conhecer diferentes cenários e realidades da saúde brasileira, na qual foi possível dialogar com o gestor, visitar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), conhecer o Centro de Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP), visitar o Movimento Sem terra (MST), Centro Odontológico, entre outros. A vivência proporcionou aos participantes uma compreensão a cerca da lógica do SUS pela ótica do profissional de saúde, do gestor, de perceber as demandas da população, de conhecer, discutir, vivenciar e debater conceitos de forma interdisciplinar pouco visto durante a graduação. Foi possível dissociar a teoria e a prática, já que as

mudanças no cenário de aprendizagem contribuíram de forma significativa para a construção de conhecimento. O VER-SUS é importante para formação já que o mesmo pode induzir novas reflexões a cerca da realidade do SUS; necessidade de mudança na formação profissional; conhecimento adicional a cerca do SUS como política pública e uma compreensão ampliada sobre gestão e implementação do SUS; construção e agregação de valores; estabelecimentos de relações e vínculos; defesa pelo SUS como usuário e/ou trabalhador do sistema.

PROMOÇÃO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: UMA INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Thainara Fontoura Brandolt da Rocha, Suzete Marchetto Claus, Eléia de Macedo, Máira Boeno de Maia, Isabel Cristina Simon

Palavras-chave: Promoção à Saúde, Saúde do trabalhador, Educação continuada

APRESENTAÇÃO: A vigilância em saúde dos trabalhadores de uma comunidade é uma das competências desenvolvidas pela atenção básica. Dentre as estratégias em saúde, ressalta-se o incentivo à promoção à saúde para obter uma melhor qualidade de vida durante o trabalho. A qualidade de vida no trabalho depende da interação dos elementos do processo de trabalho, seu modo de produção, a organização e as condições em que o trabalho em que é realizado, revelam as cargas e os riscos a que estão expostos. (Laurel e Noriega, 1999). Neste contexto, a intervenção fisioterapêutica pode auxiliar na promoção à saúde, a partir da educação permanente. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Os acadêmicos do curso de Fisioterapia da Universidade de Caxias do Sul-UCS, em parceria com a equipe da Unidade Básica de Saúde de Galópolis, realizaram visitas técnicas em duas empresas de médio

porte, sendo identificadas como empresa I e II. As visitas foram realizadas durante a Semana da SIPAT promovida e realizada no próprio local. RESULTADOS: A empresa I continha cerca de 200 funcionários que realizavam atividades de carregamento e descarregamento de cargas pesadas, nesta, os acadêmicos identificaram os riscos potenciais a saúde dos trabalhadores ao realizar a análise do ambiente de trabalho. Após foram realizadas orientações ao responsável técnico. Na empresa II, cerca de 30 funcionários participaram das palestras educativas sobre saúde, em especial sobre LER/DORTS, além de orientações com a postura durante o trabalho. Os estagiários esclareceram dúvidas importantes sobre saúde, prevenção de doenças ocupacionais e promoção de saúde dentro do ambiente de trabalho. A ação propiciou a construção de um questionário para identificar de sintomas musculoesqueléticos dos trabalhadores, que foi aplicado após as intervenções. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados demonstraram que é possível trabalhar ações de promoção e prevenção à saúde do trabalhador através de estratégias de vigilância em saúde, e assim melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores da comunidade. As ações fortaleceram a interação ensino serviço comunidade, propiciando alternativas de educação que pode ser difundida em todas as atividades laborais.

PROMOÇÃO DA CIDADANIA

Raquel Margarete Franzen de Avila, Elizabete Terezinha Pitt Giacomazzi, Susana Zandona, Ana Claudia Kirchhof

Palavras-chave: NUDEC, Prevenção na Escola, promoção da cidadania

APRESENTAÇÃO: Nesta proposta foram unidos três projetos desenvolvidos nos Programas NUDEC (Núcleo de Defesa

Civil) e Prevenção na Escola – IFRS-BG. Os programas são formados por alunos e servidores da instituição, que atuam desenvolvendo atividades em prol da promoção da cidadania. No contexto de que no Brasil, a população adolescente e jovem, segundo dados do IBGE, corresponde a aproximadamente 24% da população nacional, a atenção a este grupo tem reflexo direto a nível populacional. METODOLOGIA: Pensando nisso, foram desenvolvidas três atividades, uma voltada ao trânsito seguro, outra voltada a doação de sangue e a última voltada a educação preventiva, com foco principal em saúde. Na primeira delas, denominada “Sinaleira Humana” os jovens atentam a comunidade com estatísticas de morbi-mortalidade caracterizados com vestimentas que simulam semáforos, com o objetivo específico de conscientizar a importância da prudência no trânsito e alertar sobre a nossa vulnerabilidade no trânsito. Na segunda delas, “Sinalizando a Vida”, são organizados grupos para doação de sangue na comunidade escolar, estendendo-se a familiares. Nesta, destaca-se a importância da boa saúde e do senso de solidariedade do doador. Por fim, a terceira, denominada “Cantando a Prevenção” contempla os temas desenvolvidos pelo Programa Prevenção na Escola, um concurso de paródias na comunidade escolar, cujo objetivo é incentivar a criatividade na elaboração de melodias sobre os temas alimentação saudável, DST’s, gravidez na adolescência, saúde e câncer. O concurso foi realizado recentemente na escola e as melodias selecionadas são utilizadas nos programas. RESULTADOS: Estes três subprojetos dos programas, além de interagirem com o público e serem multidisciplinares, promovem a transformação social e o censo crítico nos integrantes colocando-os em contato com questões de extensão, ensino e pesquisa para que as atividades possam ser concretizadas. Os três subprojetos (“Sinaleira Humana”, “Sinalizando a Vida”

e “Cantando a Prevenção” dos Programas NUDEC e Prevenção do IFRS-BG), promovem interação na comunidade escolar entre servidores, alunos e professores de diferentes disciplinas, além de interação com os familiares, nas ruas (contando com o apoio do Departamento Municipal de Trânsito), no hospital e no banco de sangue regional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Estas ações, sem dúvida, promovem a transformação social e o senso crítico dos integrantes dos programas, colocando-os em contato com questões cidadãs através de atividades de extensão, de ensino e de pesquisa estruturadas no grupo de forma inovadora.

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM ACERCA DO CÂNCER DE PRÓSTATA

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro, Raimunda Magalhães da Silva, Francisco Antonio da Cruz Mendonça, Laurineide de Fátima Diniz Cavalcante, Luis Rafael Leite Sampaio

Palavras-chave: câncer de próstata

O câncer de próstata vem apresentando um crescimento, sem que o homem perceba estar acometido pela doença, decorre da falta de diagnóstico precoce e, conseqüentemente, retardo no tratamento. Para minimizar, o alto índice de morbimortalidade desta patologia, deve-se informar e sensibilizar os homens a respeito do diagnóstico precoce e tratamento do câncer de próstata, averiguar conhecimentos para si sobre prevenção do câncer de próstata e identificar condições de acesso aos serviços de saúde. Diante do contexto, objetivou-se analisar os conhecimentos, atitudes e práticas dos funcionários em relação ao nível de prevenção câncer de próstata. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência. O estudo ocorreu durante uma ação educativa em um Centro Universitário particular de Fortaleza-CE, no mês de

novembro de 2014, com os funcionários. A coleta dos dados foi dada a partir de uma abordagem educativa em saúde denominada roda de conversa entre homens, abordando nível de práticas de saúde, tabagismo, etilismo, exercícios físicos e em relação ao nível de conhecimento sobre o câncer de próstata. Observou-se, nesta pesquisa, que os homens têm opiniões coerentes a respeito do assunto, porém grande parte deles ainda não inclui a prática do exame como rotina de prevenção conforme é indicado. Após a sessão educativa, abriu-se espaço para perguntas e, surgiram várias dúvidas que foram prontamente respondidas. Dos homens presentes alguns relataram nunca ter realizado o exame de próstata, foram orientados a procurar o posto de saúde do bairro para fazer o exame e receber orientações. Nesta perspectiva, reconhece a necessidade de estratégias de promoção da saúde voltadas para esta população, principalmente, quando se trata de questões inerentes a saúde masculina. Tomando-se em particular o fato da prevenção e da promoção, pode-se perceber que os efeitos de incluir o homem nos debates acerca da prevenção, não se restringem apenas a saúde, pois se faz necessário que esse grupo seja observado em sua singularidade e em sua diversidade no âmbito das relações estabelecidas por ele. A promoção da saúde constitui uma importante ferramenta como base para o desenvolvimento de ações relativas aos cuidados a serem prestados. Entretanto, mediante as dificuldades impostas para se trabalhar o homem, é necessário que as práticas de saúde sejam repensadas, a partir da mudança de enfoques na superação das barreiras e abertura de espaços junto à produção dialógica desse grupo populacional. Com esta atividade, o grupo pode desenvolver habilidade de comunicação e de falar em público, assim como aprofundar conhecimento sobre determinadas doenças.

PROMOÇÃO DO CUIDADO E PREVENÇÃO DE ACIDENTES À CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS

Elaine Carvalho de Oliveira Medeiros, Ildernandes Vieira Alves

Palavras-chave: Prevenção de Acidentes, Promoção em Saúde, Educação em Saúde, Enfermagem

INTRODUÇÃO: Os acidentes são causas importantes de morte em crianças. **OBJETIVOS:** Sensibilizar as mães aos cuidados com a criança para prevenir acidentes e avaliar a percepção das mães sobre objetos perigosos à criança e o conhecimento sobre o que fazer em casos de acidentes. **METODOLOGIA:** O estudo é de caráter descritivo tipo relato de experiência que foi realizado através do Estágio Supervisionado Obrigatório II (última etapa para a conclusão do curso de Bacharelado de enfermagem), desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde de Teresina- PI, localizada na zona norte da cidade, voltada para atendimento primário à saúde do indivíduo, família e comunidade. Durante o estágio buscou-se aliar a teoria à prática, através da observação e análise contínua dos fatos presentes dentro da unidade de saúde no qual permitiu o desenvolvimento de atividades diárias e a elaboração de uma atividade educativa, afim de reduzir as vulnerabilidades existentes. Devido ao número elevado de crianças menores de dois anos na comunidade, e a existência de casos de acidentes, realizou-se em 12 de junho de 2015 a experiência com metodologias ativas de ensino-aprendizagem com grupo de 22 mães, para que as mesmas identificassem no cenário montado, objetos de riscos à criança e através da roda de conversa estimular a discussão sobre o tema e ressaltar as formas de prevenção e o que fazer caso ocorra. **RESULTADOS:** Verificou-se a participação ativa das mães na dinâmica,

encontrando-se todos os objetos de risco à criança. Evidenciou-se muitos relatos espontâneos de situações de riscos e acidentes vivenciados, principalmente: engasgos, quedas, queimaduras e exposição a produtos de limpeza, sendo um momento oportuno para troca de experiências, no qual notou-se as condutas empíricas tomadas pelas mães após os acidentes vivenciados e também os cuidados para preveni-los, além de desconhecimento do que fazer em casos de engasgo e choque, aproveitou-se para reforçar e incentivar as ações corretas e também orientar sobre as formas de prevenção e o que fazer em casos de acidentes com a criança. **CONCLUSÃO:** Considera-se que a execução da proposta educativa alcançou resultados positivos, pela constatação de que as mães possuem cuidado, contudo a curiosidade das crianças e a quantidade de filhos favorecem a ocorrência de acidentes, sendo necessária a orientação contínua para preveni-los.

PROMOVENDO A INTEGRAÇÃO E A INTERDISCIPLINARIDADE PROPOSTA NAS DCN 2014: O DESAFIO DE INCORPORAR A SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE ÀS DISCIPLINAS DE PEDIATRIA E GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, NA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMS

Adélia Delfina da Motta Silva Correia, Elizete da Rocha Vieira de Barros, Ernesto Antonio Figueiró-Filho, Tatiana dos Santos Russi, Tatiana Serra da Cruz, Carmen Silvia Martimbianco de Figueiredo

Palavras-chave: Educação Médica, Medicina de Família e Comunidade, Serviços de Integração Docente-Assistencial

APRESENTAÇÃO: O presente resumo trata da experiência de integração da Saúde da Família e Comunidade a duas disciplinas

do 4^o ano da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Famed-UFMS) em Campo Grande, da perspectiva docente. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Medicina no Brasil, edição 2014, reforçam a promoção da integração e interdisciplinaridade, buscando conectar as dimensões biológicas, psicológicas, étnico-raciais, socioeconômicas, culturais, ambientais e educacionais; por meio da integração ensino-serviço, adequando a formação médico-acadêmica às necessidades sociais de saúde da população, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS). **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Nos primeiros dois anos da graduação, os alunos têm disciplinas independentes da Saúde Coletiva, que nem sempre vivenciam a integração ensino-serviço. Assim, tomou-se como desafio a incorporação da Saúde da Família e Comunidade às disciplinas de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente (Pediatria) e Atenção à Saúde da Mulher (Ginecologia e Obstetrícia). Estas disciplinas são organizadas em módulos de 9 semanas cada, com carga horária média semanal de 28 horas, das quais 8 são dedicadas à integração da disciplina com a Saúde da Família e Comunidade e ao estágio em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Durante o primeiro semestre de 2015, houve aulas práticas no Hospital Universitário, no Hospital Regional e em 8 UBSF. Houve também a oferta de aulas tradicionais, bem como o uso de metodologias ativas como a aprendizagem baseada em equipes, a aprendizagem baseada em problemas, usando casos complexos fornecidos pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Também se lançou mão de um AVA Moodle, onde foram disponibilizados manuais, guias de ensino, aulas gravadas e biblioteca

complementar, também usado para fóruns de discussão para o caso complexo, assim como para as experiências no cenário das UBSF. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** O método utilizado foi construído com base na experiência prévia tanto com o SUS quanto com a educação médica e de profissionais de saúde, realizando o exercício de integração já desde o plano de ensino das disciplinas, valorando a Saúde da Família e Comunidade na avaliação das disciplinas de forma coerente e justa. Foi uma fase de adaptação para docentes e discentes, pois os alunos não haviam frequentado até então UBSF, gerando um importante choque de realidade. Tal introdução no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS acabou por gerar resistências e incompreensões da realidade vivida pelas equipes e população, impactando a aproximação do discente neste novo momento. Dessarte houve um esforço docente de reformulação das atividades ao logo do ano, a cada nova turma, no sentido de diminuir as dificuldades resultante dessa integração ensino-serviço tardia. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O desafio vivenciado durante todo o ano de 2015 e seus resultados permite inferir que a integração ensino-serviço bem como o uso de metodologias ativas precisam se dar o mais precocemente possível no curso, abrindo-se uma pauta para os debates necessários em torno da efetivação de um novo currículo para Famed/UFMS.

PROMOVENDO SAÚDE BUCAL NA INFÂNCIA

Renata de Almeida Zieger, Tatiana Reidel, Jaqueline Jaques Camboim

Palavras-chave: Promoção de saúde, Saúde bucal, PET

APRESENTAÇÃO: O processo de educação

em saúde pode promover mudanças na vida dos indivíduos e da sociedade de forma geral. A educação em saúde bucal para escolares assume relevante papel no processo de disseminação do conhecimento entre os indivíduos, de modo promover uma melhor saúde, fazendo com que crianças cheguem a fase adulta sem a presença de cárie ou de outras doenças bucais, além de contribuir para o acesso a informações e a transmitir esses conhecimentos aos seus familiares ou próximos. O despreparo quanto a realização da correta higienização bucal acontece em muitos casos por falta de informação ou acesso aos serviços de saúde e acredita-se que crianças com essa média de idade entre 2 e 6 anos, estão em fase de aprendizado e descoberta das suas sensações, sendo assim capazes de incorporar ou mudar hábitos de higiene bucal. Pensando nisso, alunos de Odontologia do grupo PET Conexões de Saberes Noturno UFRGS promoveram atividade de extensão intitulada "Promovendo a Saúde Bucal na Infância". A atividade de extensão relata a vivência junto a duas escolas infantis de Porto Alegre, uma pública e outra privada, a fim de reconhecer sua realidade e, a partir dela, pensar estratégias de transmissão de conhecimentos, com vistas a contribuir na realização do cuidado com a sua saúde. **METODOLOGIA:** Primeiramente foi realizado o contato com as escolas e negociação da atividade. Durante a atividade foi feita abordagem didática com materiais lúdicos que auxiliaram na explicação de como a criança pode buscar a higienização da boca de forma satisfatória, além da utilização de macromodelos e escovas dentais para demonstrar uma opção de escovação e higienização da boca e dos dentes; atividade em grupo, dividindo o aprendizado com os demais colegas e expressando o que observaram através de desenhos a mão livre ou pintura de desenhos impressos. A escovação supervisionada foi realizada

logo após o horário do lanche da turma. Além disso, foi realizada a entrega de cartilhas de conscientização da importância e metodologia da higienização bucal em crianças para os professores entregarem aos pais. **RESULTADOS:** a atividade proporcionou aos graduandos a possibilidade de desenvolver habilidades de intervenção em saúde bucal, aproximando o conhecimento acadêmico da comunidade; motivou a correta higienização bucal em crianças através da escovação supervisionada; contribuiu para a elevação da qualidade da formação acadêmica dos alunos de graduação; estimulou o espírito crítico, bem como a atuação profissional pautada pela cidadania e pela função social da educação superior; contribuição para a autonomia; sensibilização dos educadores sobre a importância da saúde bucal por meio do acompanhamento do desenvolvimento das atividades realizadas com as crianças e aproximação entre universidade e sociedade por meio de diálogos e intervenções de promoção da saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir desta atividade percebemos a importância de se realizar atividades como esta, com crianças de idade pré-escolar, pois por meio de ações de promoção de saúde, estaremos construindo alternativas preventivas de modo a reduzir doenças bucais e promover a aproximação entre o ensino e a comunidade.

PRÓPET/SAÚDE MENTAL: INTEGRANDO ENSINO-APRENDIZAGEM

Samira Raquel de Farias Wackernagel, Henrique César Bischoff, Carla Regina Cumiotto

Palavras-chave: Saúde Mental, Ensino, Aprendizagem

APRESENTAÇÃO: A Saúde Mental permeia as diversas áreas da saúde, embora seja

pouco abordada. Está presente no cotidiano dos profissionais, independentemente das especialidades, e comumente aparece como queixa nos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção. Por consequência, muitos profissionais da saúde sentem-se desconfortáveis em acolher estas demandas, por considerarem despreparados para lidar com o sofrimento dos usuários. Para mudar esta realidade, propondo a aproximação entre a academia e os serviços de saúde, o programa PRÓPET pretende que já desde o início da graduação da área da saúde, a formação dos acadêmicos tenha caráter crítico-reflexivo. Considera-se que para a constituição de sujeitos que resultem na transformação social é necessário que se reorganizem as práticas de saúde, com base nos princípios e diretrizes do SUS. O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência de um acadêmico em um serviço de Saúde Mental da infância e juventude, no programa PRÓPET. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O acadêmico do 2º semestre do curso de Medicina buscou formas alternativas de conhecimento e experiência, aderindo ao programa PRÓPET, linha Saúde Mental. Participou das reuniões e em seguida ingressou no cenário de prática, o CAPS Infante-Juvenil (CAPSi) de Blumenau. Nesta linha do programa, baseada pela ética psicanalítica, iniciou o atendimento semanal, conjunto com fonoaudióloga, sua preceptora, a usuário com diagnóstico de autismo e familiar. Participou ainda das reuniões, com discussões de casos e temas pertinentes com a supervisão e orientação da tutora, psicóloga psicanalítica; bem como das apresentações dos “cases” com participantes das demais linhas do programa. **RESULTADOS:** A inserção no campo de atuação CAPSi possibilitou contato do acadêmico com usuários, profissionais de saúde e gestores, aproximando os conteúdos da sala de aula à prática do cuidado em Saúde Mental. Assim, o conhecimento

teórico passou a fazer mais sentido, consolidando os conteúdos trabalhados por um modelo ensino-aprendizagem que expôs o acadêmico para além da zona de conforto, instigando sua mudança, como agente ativo neste processo. Favoreceu o contato do acadêmico com usuários da Saúde Mental, com sofrimento psíquico como o autismo, e sua participação no trabalho em equipe já no início de sua graduação, preparando-o diante do futuro usuário e do serviço de saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O início precoce das atividades do aluno no CAPSi fez com que a teoria e a prática se aproximassem pelo contato do acadêmico com usuários com sofrimento psíquico na infância e adolescência, contribuindo para a compreensão de seu sofrimento e de suas famílias, pela ética psicanalítica, e integrando o ensino com a aprendizagem. É incontestável o fato da experiência do PRÓPET/Saúde Mental facilitar a aprendizagem ativa do acadêmico, orientando-o durante os trabalhos interdisciplinares e provocando uma correlação da teoria com a prática. Cada vez mais o trabalho em conjunto, interdisciplinar, e os conhecimentos vivenciados em cenários se tornam necessários para enfrentar as complexas necessidades de saúde das comunidades. O conhecimento e a prática, bem como a participação em políticas públicas se tornam competências imprescindíveis ao desempenho dos profissionais da saúde mesmo quando em formação.

PSICOLOGIA E SAÚDE COLETIVA: A EXPERIÊNCIA DE UMA PSICÓLOGA EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DO RECIFE

Lais de Souza Monteiro, Rodrigo do Nascimento Dias de Oliveira, Juliana dos Santos Lima, Wellington Bruno Araújo

Duarte, Plínia Manuella de Santana Maciel, Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella, Gisane Kelly Silva de Miranda, Fabrycia Cavalcante dos Santos

Palavras-chave: Psicologia, Saúde Coletiva, Residência Multiprofissional

APRESENTAÇÃO: A década de 1970 ficou marcada pelas transformações a nível social e econômico, os quais determinaram os rumos das políticas públicas de saúde no Brasil. Com a implantação do SUS através da Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) iniciou-se um processo de mudança no modelo de atenção à saúde, na concepção do processo saúde-doença. Os profissionais da área da saúde, embora tenham passado por formas curriculares, continuam com uma formação centrada no modelo biomédico, com a priorização do atendimento individual em consultório, norteados por conhecimentos e procedimentos especializados. Historicamente a clínica psicológica é herdeira do modelo médico, onde o profissional tinha o papel de observar e compreender para, posteriormente, intervir, tratar e remediar, ou seja, configurava-se como um modelo higienista e curativo. A formação profissional veio direcionando o psicólogo para modelos de atuação bastante limitados para o setor saúde, modelos responsáveis, em parte, pelas dificuldades do profissional em lidar com as demandas de saúde e até de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigidas pelo SUS. **OBJETIVO:** Descrever as atividades desenvolvidas pela Psicóloga residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da FCM/UPE e apresenta os limites e possibilidade de atuação no primeiro ano de Residência. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um relato de experiência, decorrente da atuação da residente durante o rodízio do primeiro ano na rede de saúde do

Município de Recife. Durante a atuação nos campos de prática foi possível conhecer o trabalho na gestão do SUS na esfera municipal tanto no nível distrital quanto nos espaços de Regulação e Planejamento do SUS. As atividades foram supervisionadas por preceptores dos respectivos serviços e a residente acompanhava a rotina de trabalho dos profissionais. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Ao que parece há a ideia de que o Profissional em Saúde Coletiva precisa “abdicar” do seu curso de formação para atuar como sanitarista, embora seja ponto pacífico o fato da formação inicial ser facilitadora para o trabalho em alguns setores. Percebe-se que alguns espaços não tem clareza sobre o papel do Residente em Saúde Coletiva, aspecto que se agravava quando é o Profissional de Psicologia neste lugar. Pode-se dizer que isto se deve ao imaginário da Psicologia como incompatível para o trabalho na gestão do SUS, uma vez que esta profissão seria ligada a questões da assistência e da promoção e prevenção à saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este primeiro momento da Residência trouxe a Psicóloga o impacto da construção da profissão longe das discussões mais amplas sobre o direito à saúde e os processos organizativos do SUS. A gestão dos processos de trabalho e das políticas de saúde são pontos frágeis na formação em Psicologia e é agravado no momento de Especialização, visto que os demais atores também não conseguem enxergar o Psicólogo nestes espaços e, conseqüentemente, a prática apresenta diversos limites. Essa experiência profissional promove o espaço de reflexão sobre o papel do Psicólogo na Saúde Coletiva e a análise dos pontos dificultadores como portas de entrada para diversas possibilidades de uma Psicologia além dos modelos tradicionais.

PSICÓLOGO DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO DAS DEMANDAS POR APOIO MATRICIAL

*Tatiane Tavares Menezes, Isabel Domingos
Martinez dos Santos, Helena Maria Seidl
Fonseca*

Palavras-chave: Saúde da Família,
Residência, Psicologia

O presente trabalho retrata a experiência vivida no campo de prática em Unidades de Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro, por duas psicólogas residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Para isso, foram levantadas as principais demandas que, no período de um ano e meio, justificaram a solicitação de apoio matricial das residentes pelos trabalhadores da equipe mínima da ESF. Nesses casos era identificada a necessidade de intervenção de um profissional da saúde mental ou em específico do psicólogo. Sendo assim, dentre as principais demandas levantadas foram encontradas: pedido de avaliação psicológica para crianças em virtude de queixas escolares como: hiperatividade, falta de atenção, agressividade e dificuldades de aprendizagem. Foi solicitado encaminhamentos de crianças e adolescentes para especialidades médicas, como psiquiatria e neurologia; necessidade de atendimento e discussão de casos complexos envolvendo famílias que apresentavam diversas questões como dificuldades de lidar com a infância ou a adolescência de seus filhos. Geralmente em situação de conflitos relacionados à autonomia, disciplina, sexualidade e integração entre os pares, e ainda, situações de violência doméstica contra crianças, problemas jurídicos com curatela e tutela de crianças ou pessoas com transtorno mental grave. Atendimento de adultos

que apresentavam sinais e sintomas de transtornos ansiosos como síndrome do pânico, ansiedade generalizada e quadros de insônia, além de transtorno bipolar, depressão leve e moderada, relatos de alucinações e delírios, deficiência mental e demência. Atendimento a adultos em uso e abuso de álcool e outras drogas, em processo de luto pela perda de familiares, além de sofrimento emocional decorrente de adoecimento físico como cegueira, HIV positivo e neoplasias, um tema muito frequente nos atendimentos realizados é a violência vivida no território e usualmente há relatos de tentativas de suicídio pelos usuários. Solicitação de organização e maior conhecimento sobre as prescrições de medicações controladas. Acredita-se que trazer à luz essas demandas evidencia o processo saúde-doença (mental) na coletividade e no território o que contribui para o estabelecimento de diálogos futuros a respeito de como a psicologia na perspectiva do apoio matricial vem contribuindo para a construção do cuidado em Saúde Mental na ESF. Como impasse, destaca-se a formação do profissional psicólogo para o atendimento a diversidade de demandas que se apresentam. Conclui-se apontando o quanto a residência multiprofissional em Saúde da Família vem constituindo-se como espaço profícuo para a necessária articulação entre ensino-serviço na produção de um cuidado integral em saúde como diretriz do SUS e atribuição da Atenção Básica.

QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS: ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA UBSF AQUINO BEZERRA DIAS, CAMPO GRANDE, MS

*Larissa Natalie Assumpcao Maria, Saryane,
Bárbara, Suelen Fang e Maruzan*

Palavras-chave: diabetes, exame pé diabético, atividade física, alimentação adequada, qualidade de vida

INTRODUÇÃO: O número de pessoas diabéticas acompanhadas pelo programa HiperDia que realizaram o exame do “pé diabético” no último semestre de 2015 na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Aquino Bezerra Dias é preocupante, apenas 2 dos 26 usuários. A proposta de desenvolver um plano de ação com o tema da qualidade de vida dos diabéticos surgiu a partir da parceria entre a equipe de saúde da referida Unidade, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Uniderp, durante as atividades do módulo longitudinal Programa Interinstitucional de Interação Ensino-Serviço-Comunidade (PINESC II). O objetivo do plano foi incentivar a adesão das pessoas portadoras de diabetes ao exame do pé diabético, a prática de exercício físico e a alimentação adequada. Criar uma horta comunitária na própria Unidade cujas hortaliças fossem dadas aos usuários ao fim do encontro no hiperdia, fazer exercícios de alongamento a cada 15 dias no hiperdia e principalmente, realizar o exame do pé diabético em mais pacientes, além de divulgar a importância deste durante os encontros para garantir o retorno dos pacientes. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O plano de ação foi executado na UBSF Aquino Dias Bezerra, nos meses de setembro e outubro de 2015. No primeiro encontro compareceram pacientes que realizaram o exame dos pés e orientações relativas aos cuidados com os pré-diabéticos, pelos acadêmicos auxiliados da preceptora, enfermeira da Unidade. No segundo encontro, mais de 20 usuários participaram de uma aula de Yoga experimental, para terem uma prévia de como será o encontro quinzenal com o terapeuta ocupacional; também foi realizado um bingo para

facilitar a maior interação entre usuários e acadêmicos; e depois foi entregue um caderno de receitas de alimentos para pessoas diabéticas. A horta e o livreto foram confeccionados pelos alunos, e esta será zelada pelos membros da equipe de saúde, para dar continuidade no projeto e atender as necessidades dos diabéticos. **IMPACTOS:** O exame e orientações foram realizados pelos acadêmicos, aumentando o número de examinados neste semestre. Os pacientes realizaram o Yoga e demonstraram-se interessados na prática de atividade física e a proposta da horta também foi muito bem recebida. Eles ainda levaram um livreto com receitas especiais para diabéticos, com imagens instrutivas de ássanas (posturas de yoga) e com uma tabela informativa de hortaliças sazonais. Os usuários participaram ativamente deste projeto, e a reação foi positiva, indicando que haverá continuidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É preciso aumentar o número de adeptos ao exame do pré-diabético, visto este ser de suma importância para prevenção de complicações e amputação decorrentes desta patologia. Também é necessário compreender o indivíduo como um ser bio-psico-social, e por isso a importância de relacionar hábitos saudáveis. Assim com uma mudança alimentar e com a prática de exercícios, é perceptível a melhora na qualidade de vida do paciente como um todo.

QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE: BUSCA DE UM NOVO PADRÃO DE ASSISTÊNCIA A PARTIR DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

*Herikson Araújo de Freitas, Larissa Pereira
Aguiar, Thayza Miranda Pereira, Olga Maria
de Alencar, Diana Carmem Almeida Nunes
de Oliveira*

Palavras-chave: Qualidade da Assistência à Saúde, Segurança do Paciente, Educação Permanente

As ações de qualidade em Saúde e Segurança do Paciente vêm ganhando notoriedade nas iniciativas provocadas pelo setor saúde, no sentido de redução, a um mínimo aceitável, o risco de dano associado à assistência à saúde. A Portaria MS/GM nº 529/2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, destacando a necessidade de incluir o tema “segurança do paciente” na educação permanente dos profissionais da Saúde. Neste sentido, reconhecendo que somente a partir da formação profissional se conseguirá desenvolver práticas efetivas neste campo. A Escola de Saúde Pública do Ceará desenhou e está executando um programa específico de educação permanente nesta área. O objetivo deste trabalho é socializar nossa experiência no processo de formação de recursos humanos com atuação em estruturas que gerenciam aspectos da qualidade em unidades de saúde do estado do Ceará, tais como: comissões de controle de infecção hospitalar, de revisão de óbito, de análise de prontuário e de farmácia e terapêutica; gerências de risco e de resíduos; e núcleos de segurança do paciente e de saúde do trabalhador. O processo formativo se dá em curso presencial, estruturado em 40h, cujo objetivo é instrumentalizar os trabalhadores para o planejamento e execução de ações relacionadas à promoção de medidas de qualidade, proteção e mitigação de incidentes associados à assistência à saúde. A metodologia utilizada privilegia a participação ativa dos envolvidos nas atividades didático-pedagógicas, com a utilização de estratégias como exposições dialogadas, estudos dirigidos e trabalhos em pequenos grupos. A abordagem metodológica tem se mostrado propícia para a exploração das temáticas: fundamentos

da qualidade em saúde; Programa Nacional de Segurança do Paciente; Regulação Sanitária; Núcleo de Segurança do Paciente; análise, avaliação e gerenciamento de riscos e priorização de problemas; protocolos de segurança e indicadores de monitoramento; e implementação de melhorias. O curso, já formou 2 turmas (60 concludentes), está organizado em 3 etapas: (1) momento presencial (16h), dispersão (20h) e seminário final (4h). A etapa 1 é destinada à exploração teórico/prática; na etapa 2 os participantes têm a oportunidade para realizar estudo do meio – em contato/confronto direto com as suas realidades a etapa 3 é destinada à socialização do estudo do meio. Apesar de ainda em processo inicial de execução do programa, com perspectiva de continuidade nos próximos anos, o mesmo já aponta resultados substanciais se considerada a oportunidade de qualificação conferida aos profissionais vinculados aos 36 hospitais polo do estado (público das 2 turmas concluídas), representando 100% de cobertura de formação para esta categoria de unidade de saúde, no Ceará. Com a iniciativa, a Escola de Saúde Pública do Ceará espera contribuir para a configuração de um novo padrão de qualidade da assistência à saúde, no estado, a partir da educação permanente.

RÁDIO WEB SAÚDE

Fernanda Cardoso da Silva Feijó, Mariana da Rosa Martins, Alcindo Antônio Ferla

Palavras-chave: Comunicação em Saúde, Saúde Coletiva

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho é um relato de experiência sobre a participação no projeto Rádio Web Saúde (RWS UFRGS). A RWS UFRGS é uma iniciativa de estudantes e docentes do Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo, atualmente, um

dos projetos da Rede Governo Colaborativo em Saúde. O projeto teve início em meados do ano de 2011 e tem como objetivo ser um espaço de formação em saúde e de divulgação de ações promotoras de saúde. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Ao longo dos quatro anos de RWS, foram realizadas aproximadamente oitenta e cinco produções audiovisuais, frutos da participação em congressos, simpósios, atividades acadêmicas e atividades de movimentos sociais. Além de coberturas em solo gaúcho, a RWS esteve presente nos estados de Amazonas, Fortaleza, Brasília, Goiás, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro, Paraná e Santa Catarina, assim como já esteve presente em atividades na Espanha e na Etiópia. Os meios de comunicação explorados por este projeto são redes sociais da Internet, como Facebook, Youtube e blog, pois, nessas plataformas, o acesso aos materiais produzidos é fácil e ágil, sendo essas ferramentas bastantes populares entre diversos públicos, não restringindo o acesso ao meio acadêmico. Resultados: A Comunicação em Saúde é uma das estratégias para a efetivação da democratização do acesso a informações de qualidade em saúde, contribuindo com mudanças na forma de olhar e promover a saúde, assim como identificar conquistas do Sistema Único de Saúde. Discussões como as promovidas pela RWS UFRGS não costumam encontrar espaço na mídia tradicional, na qual, geralmente, ocorrem discussões com fraco embasamento ou com um viés contrário à manutenção e à promoção de um sistema universal e público de saúde. Para os estudantes extensionistas que participam do projeto, a RWS UFRGS tem se constituído em uma oportunidade de prática dos saberes desenvolvidos ao longo da graduação em Saúde Coletiva, em um espaço para pensar a saúde mais além do tradicional modelo biomédico e hospitalocêntrico, uma saúde integral,

um direito de todos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Acredita-se que a RWS UFRGS tem atingido sua proposta de compartilhar conhecimentos na área da saúde e alcançar diversos atores sociais, tais como profissionais da área da saúde, acadêmicos, gestores e usuários de serviços de saúde. Além de impactar estes atores através da disseminação de informações, o projeto de extensão RWS influencia a formação de seus extensionistas e de todos os envolvidos em UAS iniciativas ao ser um espaço de prática no qual é estimulada e promovida a participação nas discussões relevantes à Saúde Coletiva.

REATO DE EXPERIÊNCIA: PERCEPÇÃO ACADÊMICA SOBRE AULAS PRÁTICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA I REALIZADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM CAMPO – GRANDE – MS

Mayra Alves Meireles, Amanda Castelo Girard, Geise Hellen Mamedes Silva, Ariele Santos Costa, Hullyana Aguiar Silva, Natália Matos Tedesco, Karina Cândia Silva, Leila Foerster Merey

APRESENTAÇÃO: A disciplina de saúde da criança I (SACRI I), faz parte da estrutura curricular do curso de fisioterapia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), tem como objetivo geral, conhecer as linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança do período pré-concepcional aos 2 anos de vida, por meios das principais abordagens fisioterapêutica de cuidados à Saúde da criança, ministrada pela Prof. Dra. Daniele de Almeida Soares e Prof. Dra. Leila Foerster Merey. Descrição: Nas aulas práticas de SACRI I, fomos a dois locais distintos dentro do Hospital universitário (HU) de campo grande, primeiramente fomos ao alojamento conjunto, onde se encontra bebês a termos sem intercorrências, onde avaliamos os reflexos dos recém-nascidos

e realizamos ações de educação em saúde com as mães referente ao aleitamento materno, limpeza do coto umbilical, além de esclarecer as demais dúvidas que surgiam. Posteriormente fomos à Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN) onde realizamos atendimentos aos recém-nascidos que estavam internados no local. Nos atendimentos fazíamos avaliação respiratória do recém-nascido, estimulação sensorial motora, mobilização passiva e posicionamento nos berços ou incubadoras. A cada semana, durante as aulas, dois alunos acompanhavam os atendimentos na UTI NEO, realizado pela fisioterapeuta do hospital. As aulas práticas foram realizadas no HU de campo grande, uma vez por semana, nas quartas-feiras, das 09:00 as 11:00 horas. Sendo parte realizadas na UCIN e as demais na UTI – NEO. Os alunos foram divididos em grupos de 3 pessoas, onde cada grupo ficava responsável pelo atendimento de um bebê, sempre fomos acompanhados por um professor durante as intervenções. Impactos: No decorrer do curso tivemos contato apenas com pacientes adultos, os quais expressam dor, incômodo, satisfação, entre outros sentimentos, muitas vezes verbalmente, o que não ocorre com a faixa etária abordada durante as aulas práticas de SACRI I, desse modo, no início ficávamos um pouco apreensivos em realizar manobras e posicionamentos, pelo fato dos bebês parecerem ser frágeis, mas com o decorrer da disciplina com o apoio dos professores que nos acompanhavam e das colegas do grupo alguns desafios foram vencidos e o manejo melhorou. Com isso, conseguimos desenvolver competências e habilidades específicas que nos fez melhorar nossa confiança durante os atendimentos. É muito importante sair da sala de aula e ir à campo, pois os acadêmicos conhecem outros cenários de prática e desenvolvem habilidades que não seriam desenvolvidas durante as aulas teóricas, outro ponto positivo é o trabalho

em equipe, essa vivência possibilita troca de conhecimento entre os alunos, professores e/ou profissionais envolvidos no processo de formação. Considerações finais: Durante a disciplina, tivemos a oportunidade de vivenciar o um pouco do funcionamento e a rotina de trabalho no ambiente hospitalar durante, isso despertou em mim, o interesse nessa área de atuação profissional mesmo achando a disciplina desafiadora. A integração ensino – serviços à comunidade é importante no processo de formação dos profissionais de saúde e com certeza essa vivência influenciará diretamente no cuidado que será oferecido aos pacientes durante a vida acadêmica e futuramente profissional.

REDE DE APOIO ÀS FAMÍLIAS PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Elisa Beatriz Braga Dell'Orto Van Eyken, Roberta Pereira Furtado da Rosa, Edson Castardeli

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil, família, rede social de apoio

Este trabalho diz respeito a atividade de extensão universitária proposta para a formação em saúde e integração ensino-serviço. A rede de apoio é uma estratégia de relação social do indivíduo com a comunidade onde vive. Dela fazem parte as relações humanas familiares, comunitárias, escolares ou de trabalho, e de amizade, mas também as políticas públicas vigentes presentes no território, como os serviços de saúde e de ação social, por exemplo. As ações multidisciplinares envolvendo ensino, serviços públicos de saúde e comunidade, podem facilitar a formação de redes de apoio para solucionar problemas locais relativos ao desenvolvimento infantil. Os objetivos foram implementar a estratégia

“Rede de apoio às famílias promotoras do desenvolvimento infantil”; fortalecer as redes de apoio já existentes para cada família; criar um mapa físico dos recursos presentes na comunidade local; promover a autonomia das famílias e da comunidade local para a busca das oportunidades oferecidas pelas políticas públicas. Esse projeto de extensão universitária foi realizado pelos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro, Campus Realengo, sua Clínica Escola, Clínicas da Família da Área Programática 5.1 do Rio de Janeiro e membros da comunidade. Como estratégia de ação foram utilizados encontros regulares com as famílias, para conhecer as demandas e direcionar o mapeamento local, para a formação e ampliação da rede. Os encontros utilizaram: escuta das narrativas das famílias sobre as suas necessidades relativas ao cuidado com as crianças e sobre as redes de apoio social de cada uma; discussão sobre cada uma das questões apresentadas e sobre a autonomia para a criação de uma rede social forte. Como resultado, a estratégia foi implementada na Clínica Escola do campus Realengo e nas três Clínicas da Família do entorno do campus. Foram realizados, até setembro de 2015, sete encontros e outros seis já estão marcados. Destes sete encontros participaram 19 famílias, 4 professores, 15 alunos e 3 profissionais do serviço. O mapa local da rede, com as demandas desses encontros, foi materializado em forma de cartilhas, vídeo e blog e disponibilizado para toda a comunidade. A estratégia ampliou e fortaleceu as redes de apoio das famílias amparando o trabalho das equipes de saúde. Conclui-se que, de acordo com a percepção das famílias foi possível, entre outros direitos, conseguir matrícula para crianças em creches do município; ter acesso ao RioCard; conseguir dispositivos de auxílio, como cadeira de rodas. De

acordo com a percepção de profissionais do serviço, o mapa físico torna mais fácil o trabalho da equipe. Para profissionais do ensino e alunos, o trabalho precisa se manter vivo para que a rede se mantenha fortalecida e esteja sempre presente na vida das famílias. Para isso, é preciso ampliar a adesão aos encontros. A estratégia sensibilizou profissionais do serviço e do ensino, profissionais em formação e a comunidade local, alcançado o objetivo de implementação e ampliação de uma rede de apoio local para as famílias promotoras do desenvolvimento infantil.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: COMPREENDENDO OS DESAFIOS E PERSPECTIVAS DE ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DE SÃO LUIS - MA

Joelson dos Santos Almeida, Jonas Alves Cardoso, Giovanna de Oliveira Libório Dourado, Cassandra Mirtes Andrade Rego Barros, Melicia Galeno Spindola, Jociane Lopes da Costa

Palavras-chave: Saúde Mental, Serviços de Saúde, Assistência a Saúde

APRESENTAÇÃO: Este trabalho emerge a partir da vivência no projeto Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) que oportuniza a diversos estudantes de cursos de graduação a experiência de conhecer como funciona o SUS, dispositivos sociais, a rede de atenção à saúde. Realizado em São Luís/MA em Julho de 2015, proporcionando as vivências dos dispositivos da rede de atenção Psicossocial como: Hospital Nina Rodrigues, CAPS III, CAPS AD, cuida-se de usuários com transtorno mental, moradores de rua, chegando aos serviços de diversas formas, levados por familiares ou por terceiros em situação de crise. Proporcionar a vivência

dos dispositivos da rede (RAPS), os desafios da atuação do profissional e despertar a reflexão crítica a respeito da rede. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um relato de experiência, na qual utilizou o método da Observação direta a percepção da realidade concreta e entrevista informal com o responsável do serviço, com o intuito de coletar informações sobre a rotina do serviço, desafios e entraves do serviço. Participaram cerca de 40 estudantes de graduação todos imersos no projeto VER-SUS durante os 10 dias de vivência, trocando experiências sobre as vivências e utilizando-se de metodologias ativas para construção de saberes. **RESULTADOS/ IMPACTOS:** Entendeu-se que a rede no município necessita de maior articulação, que os usuários que entram por essa porta estão com o acompanhamento fragilizado. O ponto de deficiência na rede está na articulação/ relação dos poderes estaduais e municipais. Faz-se necessário acompanhar o usuário para monitorá-lo e ofertar uma assistência em rede. Sendo fragilizado por embates políticos nesta articulação dificultando a articulação do serviço. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O programa VER-SUS permitiu discussão sobre a situação da saúde mental, a forma de cuidado e do atendimento a este público. São necessárias ações que visem melhoria da rede, articulação entre as esferas, maiores investimentos nos serviços, educação permanente em saúde e estrutura física adequada para oferta dos serviços.

REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO NÍVEL SUPERIOR E A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA REALIDADE PROFISSIONAL

Isabela de Lucena Heráclio, Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

Palavras-chave: Formação em saúde, Educação em saúde

O presente relato tem por objetivo apresentar reflexões sobre a formação dos profissionais de saúde no nível superior e a importância da prática da educação em saúde na realidade profissional. O Ministério da Saúde (MS) define Educação em Saúde como: Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. As práticas de educação em saúde envolvem três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizam a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas; os gestores que apoiem esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente. Embora a definição do MS apresente elementos que pressupõem essa interação entre os três segmentos das estratégias utilizadas para o desenvolvimento desse processo, ainda existe grande distância entre retórica e prática. Dessa forma, a prática da educação em saúde nos moldes da integralidade pressupõe ambientes apropriados para além dos tratamentos clínicos e curativos, comprometidos com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, envolvidos na melhoria da qualidade de vida e na promoção da saúde. Apesar de ter-se iniciado um movimento transformador que vem repensando a formação profissional em saúde, temos cursos de saúde ainda extremamente centrados num modelo biologicista, medicalizante e procedimento centrado. A formação pedagógica enfoca conteúdos de maneira compartimentalizada

e isolada, dissociando os conhecimentos, além de adotar sistemas de avaliação cognitiva por acúmulo de informação técnica padronizada. Ademais, a prática reflexiva quase não é estimulada preponderando, o aluno não se enxerga como agente transformador de sua realidade e parte de um coletivo. A pedagogia problematizadora, construtivista e com protagonismo ativo dos estudantes é ignorada. Torna-se claro que diante de sua formação atual o profissional de saúde não é estimulado a reconhecer e se emponderar de alguns pontos cruciais na prática em saúde, entre eles a educação em saúde. Ferramenta potencial a educação em saúde permite que os indivíduos sejam estimulados a se cuidarem e promover sua saúde, ou seja, atua na lógica preventiva. As atividades educativas esclarecem e permitem a prevenção de doenças e agravos reduzindo a necessidade de utilização de procedimentos e medicamentos. Não é possível dissociar a educação em saúde e o trabalho em saúde, tendo em vista que um termo produz o outro. Portanto, infere-se que o exercício pedagógico na formação em saúde deve estabelecer o diálogo entre os saberes disciplinares, estimulando a integralidade e a prática da promoção em saúde proporcionando aos alunos uma reconversão de seus olhares e práticas.

REFLEXÕES SOBRE A MORTE E O LUTO A PARTIR DA FOTOGRAFIA POST-MORTEM

Amanda Anavlis Costa, Fabrício Bragança da Silva, Hiata Anderson Silva do Nascimento, Roseane Vargas Rohr

Palavras-chave: Educação em Enfermagem, luto, post-mortem

APRESENTAÇÃO: O registro fotográfico post-mortem se constituiu um luxo comum na era Vitoriana, e mesmo considerada por muitos

como uma prática bizarra, se faz presente na contemporaneidade em alguns grupos, desejosos por perpetuar a imagem de pessoas falecidas. A inegável morte pensada como estágio que finda o desenvolvimento da vida é alvo de reflexões filosóficas as quais consideram panoramas culturais, religiosos e científicos diversos. O ato de morrer pode acarretar sofrimento, dor e temor sejam pelas condições fisiológicas e/ou inseguranças sobre o futuro do pós-morrer. Na formação dos profissionais de saúde a morte e o luto geralmente são temas pouco abordados. O projeto de extensão “Imagens da vida: o desenho, a pintura e a fotografia revelando a saúde na história”, realiza mostras culturais temáticas, utilizando imagens para despertar a reflexão e crítica entre estudantes e profissionais de saúde sobre temas pouco abordados na graduação, sendo a morte uma das temáticas escolhidas por sua equipe para uma das exposições, utilizando fotografias post-mortem como recurso pedagógico na sensibilização de reflexões sobre morte, morrer e luto. **DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA:** as mostras culturais são organizadas em torno da temática definida, e as imagens identificadas e selecionadas intencionalmente, na internet e em outras fontes, tendo necessidade de que sejam fotos com alta resolução. São ampliadas e dispostas em painéis nas dependências do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, sendo acompanhadas por legendas que refletem informações sobre cada foto. **Resultados:** A fotografias post-mortem revelam não somente uma prática comum de luxo da era Vitoriana, mas uma maneira de conservar a memória viva do ente querido auxiliando no processo de luto e superação dos familiares, e refletindo sobre os processos de enfrentamento da finitude. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** tornam-se indispensáveis reflexões sobre o estágio

que silencia o processo da vida, isto é, o morrer. Embora desafiador, compreender o luto é essencial para profissionais de saúde que lidam com a morte. É necessário desenvolver sensibilidade e possibilidades de auxiliar adequadamente pessoas no processo de perda. A mostra cultural sobre temas pouco explorados na graduação, com destaque para a morte, possibilita reflexão e crítica sobre o luto, vulnerabilidade e temor que se refletem no modo como o ser humano busca superar a decomposição do corpo físico através de registros fotográficos post-mortem.

REFLEXÕES SOBRE O CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM MOVIMENTO

Isabela de Lucena Heráclio

Palavras-chave: Educação em saúde, Educação permanente em saúde

O presente relato tem por objetivo apresentar reflexões sobre o curso de especialização Educação Permanente em Saúde em Movimento. Em 2004, o Ministério da Saúde implantou a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria GM/MS nº 198. Esta retrata uma proposta de ação estratégica que integra práticas ao cotidiano de forma metodológica, reflexiva e científica. A Educação Permanente em Saúde (EPS) mantém como princípio que o conteúdo a ser estudado deve ser gerado a partir de dúvidas e necessidades de conhecimento emergidas em situações vivenciadas pelos próprios trabalhadores. Tem a intencionalidade de promover mudanças na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área da saúde e empreender um trabalho articulado entre as esferas de gestão, serviços de saúde, instituições de ensino e

os órgãos de controle social. A EPS pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, sendo feita a partir dos problemas enfrentados na realidade. A construção de um processo educativo voltado para os profissionais traduz-se na possibilidade de se oferecer um serviço de melhor qualidade e resolutividade com intervenção efetiva em relação aos problemas locais. Os processos de EPS têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e nesse aspecto o que difere a educação permanente da educação continuada está no fato de que essa última não provoca mudanças na estrutura e no processo de trabalho, reforçando assim um modelo fragmentado pela repetição de práticas fragmentadas. Enquanto aluna do curso de EPS em movimento promovido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul trata-se de uma rica experiência de ativar um novo olhar sobre a realidade. O curso estimula a subjetividade dos alunos e propõe que nos coloquemos enquanto ativadores de mudanças em nossos processos de trabalhos. A valorização do sentimento, o reconhecimento integral do outro e como somos afetados pelos acontecimentos são eixos norteadores do curso. Nesse sentido, o curso EPS em Movimento reforça a necessidade de mudança quanto à concepção das práticas pessoais e profissionais, contribuindo para a reconversão de olhares e novas afetações em nossos mundos. Somado a isso, destina-se a qualificar os trabalhadores e suscitar potencialidades pessoais, sociais e profissionais, proporcionando o desenvolvimento integral do sujeito preconizando e transcendendo o aperfeiçoamento técnico.

RELATO DE AÇÕES ACADÊMICO-INTEGRATIVAS, A PARTIR DA VISÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE, EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LAGARTO – SERGIPE

Lívio Matheus Aragão dos Prazeres, Rhamon Ribeiro da Costa, Ernânia Leite Batista, Karine Vaccaro Tako

Palavras-chave: educação em saúde, saúde pública, unidade básica de saúde,

A subunidade de aprendizagem Prática de Ensino na Comunidade (PEC) utiliza a problematização como mediadora do conhecimento, permitindo aos estudantes da Universidade Federal de Sergipe – Campus Lagarto inserção precoce na comunidade, possibilitando assim maior engajamento com a realidade da população a ser acompanhada durante o processo ensino-aprendizagem. Durante a PEC, alunos de oito cursos da área da saúde utilizam de estratégias multiprofissionais para uma determinada comunidade. Esse trabalho tem como objetivo relatar as mudanças que ocorreram na Unidade de Saúde Cidade Nova com a chegada dos discentes, a partir da visão dos profissionais de saúde. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Situada na cidade de Lagarto/SE, a Unidade Básica de Saúde da Cidade Nova conta com apenas uma Equipe de Saúde da Família (ESF) - uma enfermeira, um médico generalista, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e quatro residentes, sendo duas enfermeiras, uma psicóloga e uma farmacêutica, os quais possibilitam o atendimento a 3.445 pessoas dispostas em 973 famílias. O território de abrangência é vasto, tornando-se difícil a realização de ações e a presença dos usuários na UBS. Desde 2011 são inseridos anualmente na Unidade, cerca de 30 discentes da Universidade Federal de Sergipe [K1] [LJ2] distribuído nos turnos matutino e vespertino,

os quais acompanham toda funcionalidade da Unidade permitindo caracterizar problemas do dia a dia. RESULTADOS: Foi realizado pelos profissionais da UBS, um levantamento de todas as intervenções feitas desde 2011. Foi possível perceber que se obteve um grande quantitativo de ações, as quais puderam ser divididas em três grupos: propostas de educação em saúde, capacitações e grupos permanentes. Ao falar das práticas em educação em saúde com a comunidade, destacaram-se os temas: alimentação saudável, uso de plantas medicinais, atividade física, higiene, saneamento, acuidade auditiva, uso racional de medicamento, ergonomia, imunização na saúde do trabalhador, campanhas de vacinação nas escolas e ações no programa Hiperdia. Em relação aos grupos permanentes, foi implementado o planejamento familiar, grupo de gestantes, Hiperdia na zona rural, projeto vida em movimento e a criação de uma associação comunitária. Além destes, ocorreram momentos de capacitação com os Agentes Comunitários de Saúde cujo tivera como temas: equipamentos de proteção individual, uso racional de medicamentos, ergonomia e teste da orelhinha. Por fim algumas propostas ainda estão sendo estabelecidas para os futuros anos, como a inserção do atendimento em saúde mental juntamente com os discentes de terapia ocupacional e o 'mutirão da saúde' que tem como objetivo principal levar atendimentos a uma microárea que está atualmente descoberta. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Faz-se necessária utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem como a problematização, no âmbito de formação de profissionais da saúde, afim de que os discentes possam valorizar oportunidades de ensino-aprendizagem contextualizadas com a comunidade durante a formação profissional. Vale ressaltar a importância dos profissionais da UBS frente aos alunos,

os quais reforçam que tais intervenções suprem as fragilidades da Unidade onde muitas vezes a ESF somente não resolveria. [K1]Só da UFS? Citar de onde. [LJ2]

RELATO DE EXPERIÊNCIA - VER-SUS MACEIÓ VERÃO 2015

Kellyane Pereira Santos, Larisse Raizza dos Santos Cavalcante, Rafael Lima Fernandes, Aline Lopes de Santana

Palavras-chave: Integração Ensino-Serviço, Educação Permanente em Saúde, Saúde Coletiva

Este trabalho é um relato de experiência acerca do projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), que ocorreu entre os dias 23 e 31 de janeiro de 2015, no município de Arapiraca, estado de Alagoas. A vivência contou com 40 participantes (30 viventes e 10 facilitadores) que ficaram alojados/as nas salas de aula da Universidade Estadual de Alagoas (UNEAL). Este relato objetiva compartilhar a experiência de participação no VER-SUS, que se fez enquanto espaço de discussão e reflexão crítica acerca de questões sociais como racismo, desigualdade de gênero, sexualidade, desigualdades sociais, privatizações etc., que interferem atualmente no Sistema Único de Saúde (SUS). A metodologia da vivência se deu de forma dialógica, através de trabalhos em grupos, que compartilhavam atividades desde a manutenção dos espaços físicos até as visitas e discussões em rodas de conversa. As ações de cada dia se desenvolviam sob um eixo temático de discussão, referentes ao SUS, a saber: Sociedade; Movimento Sanitário; Atenção Primária; Integralidade e Humanização; Saúde Mental; Reforma Agrária e Saúde; Público x Privado. Paralelo a estes eixos principais, os/as viventes puderam experimentar situações que

através de místicas e dinâmicas de grupo promoviam reflexões, bem como espaços de opressões de gênero, raça e sexualidade. Além disso, parte da vivência ocorreu num assentamento do Movimento dos Trabalhadores sem Terra. Os participantes puderam conviver com tal comunidade numa relação de compartilhamento de atividades, histórias, experiências de vida. Todas essas atividades provocavam reflexões acerca das temáticas abordadas e da implicação dos viventes enquanto estudantes e profissionais no âmbito da saúde coletiva. O VER SUS possibilitou aos participantes conhecerem os serviços públicos de saúde, debater sobre temas relacionados a estes de forma transdisciplinar e contribuiu para o desenvolvimento de enfrentamentos das iniquidades sociais que incidem na atuação na área da saúde pública.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ATUAÇÃO DE RESIDENTES DE PSICOLOGIA NA EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Luciana Santos Rodrigues, Vanessa Santana da Costa Lima, Cecília de Santana Mota

Palavras-chave: Saúde Mental, Emergência, Crise Psicótica

Este relato de experiência tem como objetivo demonstrar a vivência realizada por residentes de psicologia no atendimento a pacientes na emergência de um hospital psiquiátrico, em Salvador / BA, durante um ano (maio 2014 – maio 2015). O referido hospital recebe demandas de todo o estado da Bahia, atendendo os casos de emergência psiquiátrica e psicológica, matriculando alguns pacientes e encaminhando outros para os centros de referência encontrados na rede de saúde mental. Pode-se dizer que esse serviço trabalha com dois eixos (a emergência e a triagem), sendo ambos

permeados por um terceiro eixo (o acolhimento). Um caso é classificado como de emergência quando os pacientes, em crise, precisam de intervenção imediata. Por emergência entende-se “processo com risco iminente de vida que exige tratamento imediato, visando manter os sinais vitais, evitar incapacidade ou complicações” (ESTELLITA-LINS e COLS, 2012, p. 49). No que diz respeito ao hospital psiquiátrico, a definição articula-se ao conceito de crise como “um arranjo providencial que se tem à disposição quando todos os recursos psíquicos do sujeito já foram utilizados. A crise é ponto de corte. Ela representa a experiência de inconstância subjetiva que se coloca para o sujeito quando este é colocado em questão” (VIDAL, BRAGA, SODRÉ, 2007, apud LIMA, 2012, p. 428). São pessoas nesse tipo de crise que chegam à emergência, em ambulâncias, em carros particulares ou levados pela polícia, quando em via pública. Ao chegarem ao serviço, são atendidos diretamente pelo psiquiatra que, em geral, conta com a participação de uma psicóloga ou uma assistente social na consulta. O paciente, na maioria das vezes, é medicado e, a depender do caso, internado no hospital (internação integral ou hospital-dia), ou encaminhado para tratamento em outro serviço da rede adequado à natureza do caso. A triagem atende os casos que chegam com alguma demanda de tratamento, a exemplos de casos de depressão ou transtornos de ansiedade. Geralmente é realizada por psicólogo ou assistente social, que colhe a história, com suas queixas principais, a partir de uma entrevista semidirigida realizada com o paciente e seu acompanhante. Através dos dados colhidos, formula-se uma hipótese diagnóstica que é transmitida ao psiquiatra plantonista, em caso de necessidade de administrar medicação. Em seguida, indica-se a unidade de saúde mental mais próxima da residência do paciente. Caso o paciente

more nas adjacências do hospital, é matriculado para receber acompanhamento ambulatorial, obedecendo ao princípio de territorialização. O nosso papel, enquanto residentes, consistiu em realizar triagens, buscando sempre fazer uma escuta clínica psicológica apurada para melhor definir a demanda, hipótese diagnóstica e o encaminhamento. Também participamos de atendimentos de emergência a pacientes em crise, com a presença do psiquiatra, em que era necessário escutar e acolher também o familiar, muitas vezes, mobilizado emocionalmente. A experiência nos permitiu ter contato com o paciente em sofrimento psíquico agudo e crônico, além de vivenciar o manejo das situações de crise. Contribuiu também para a ampliação do nosso conhecimento acerca do funcionamento da rede de saúde mental na cidade de Salvador e no estado da Bahia.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DA CONSTRUÇÃO DO FÓRUM ACADÊMICO DE SAÚDE DA UECE – FAS UECE

Francisco Wagner Pereira Menezes

Palavras-chave: Militância, Movimento estudantil, Reforma sanitária

Apresentação: O ato educativo, ou ato de educar, é entendido como processo que se dá na relação dialógica entre os homens, não se limitando à sala de aula da escola ou da universidade. Quando há restrição do ambiente e a transmissão de conhecimento emerge sem espaço para a reflexão, surge um processo de ensino-aprendizagem limitado. Nesse contexto, diversas práticas vivenciais ‘alternativas’ surgem como potentes instrumentos de formação. Dentre elas, destacamos a prática militante, que ao proporcionar ao educando experiências múltiplas e desenvolvimento crítico e ideológico, surge como espaço propício de

desenvolvimento profissional e humano. Foi objetivo do trabalho relatar as significações da experiência militante de construção do Fórum Acadêmico de Saúde da Universidade Estadual do Ceará (FAS UECE). Trata-se de um relato de experiência, vivenciada pelo autor como membros-fundador do FAS UECE. METODOLOGIA: O FAS consiste em espaço de articulação/organização do movimento estudantil da UECE em torno das pautas reformistas (reforma sanitária) e revolucionárias. O Fórum é formado por estudantes dos mais diversos cursos, com predominância daqueles ditos da área da saúde. Com relação à organicidade, o grupo conta com reuniões semanais, intercaladas em reuniões operativas e formativas. Nas reuniões operativas, são traçados os espaços e atos que os membros do grupo estarão construindo e participando. Já nas reuniões formativas, os membros do fórum trabalham a discussão de um determinado tema, que deve ser abordado por facilitadores estudantes, também membros do FAS, de modo a, além de promover o debate, proporcionar a cada um a experiência de ser responsável por promover a discussão acerca de um tema determinado, sempre com uma adequada aproximação com o curso ou prática daquele acadêmico. RESULTADOS: No decorrer das atividades o sentimento de se estar construindo um espaço de possibilidades dentro da universidade esteve presente, algo que tornou a caminhada mais leve. Os momentos de discussão reafirmavam a crença na potência daquele espaço e sua dialogicidade como instrumento de potencialização de uma formação crítica. A consolidação do FAS UECE, demonstrada através da multiplicação de seus membros e público de seus espaços, reforçou o desejo de seguir na caminhada rumo a uma formação que traga em seu bojo as discussões que tanto influenciam o mundo do trabalho e da formação em saúde, mas que muitas vezes

passam despercebidas perante nossos olhos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Apresento, dessa forma, a experiência militante de construção do FAS UECE como prática que contribui na formação profissional e humana de seus membros, entendendo que a vivência dialógica proporcionada pela experiência, potencializa a formação de profissionais e cidadãos comprometidos com a transformação da realidade, é, portanto, relevante no caminhar na trilha da formação dos membros ali presentes, demonstrando o campo potente constituído pelas experiências que extrapolam o ensino aprisionado em salas de aula. Experiências como estas trazem para os que dela participam riquezas outras, para além das contidas no mundo seguro e cômodo dentre quatro paredes, portanto constitui riqueza diversa e potencialidade passiva de ser estudada e, sobretudo, vivenciada.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO ESTADUAL VER-SUS/MATO GROSSO DO SUL

Luís Felipe Lopes Lorenzon, William Goes Abadde, Maite Burgo Costa, Alini Nunes de Oliveira, Josiel Elisandro Werle, Kenia Caceres de Souza, Ana Luiza de Souza Floriano, Fernando Pierette Ferrari

Palavras-chave: Organização Estadual, Mobilização Estudantil, Participação Social

Apresentação: O programa de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) é um projeto de extensão que faz articulação do ensino com a pesquisa e a aproximação da universidade com a comunidade. É uma proposta do Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida, a Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS, a Fundação Oswaldo Cruz, a União Nacional dos Estudantes, o Conselho de Secretários da Saúde e o Conselho Nacional

de Secretarias Municipais de Saúde, além do apoio da Organização Pan-Americana de Saúde. O presente trabalho tem como objetivo apresentar a trajetória do VER-SUS no estado de Mato Grosso do Sul. Desenvolvimento do trabalho: O VER-SUS surgiu em 2002 a partir da Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais de Saúde criada pelo Ministério da Saúde. O projeto propicia oportunidades aos participantes para vivenciar êxitos e desafios referentes ao SUS, além de referenciar a importância dos movimentos sociais, especialmente o estudantil. Em Mato Grosso do Sul (MS) o projeto foi idealizado em novembro de 2011, depois do Encontro Regional Centro-Oeste da Rede Unida, em Campo Grande/MS, dando início à 1^a edição do VER-SUS, organizado por um grupo formado por discentes e docentes, que ocorreu em fevereiro de 2012. Foram compilados os dados quantitativos pertencentes à Organização Estadual do VER-SUS/MS desde o início do projeto no Estado. Apresentando desta forma, o número de participantes, os cursos, as instituições de Ensino Superior (IES) e cidades envolvidas. Resultados: De fevereiro de 2012 a fevereiro de 2015, foram realizadas seis edições do VER-SUS, que oportunizaram a 502 viventes e 90 facilitadores, de 18 cursos pertencentes a 12 IES, a conhecerem o SUS em 25 cidades sul-mato-grossenses através das vivências. Além dos 116 participantes do I Seminário VER-SUS/MS, realizado em junho de 2015 e também a criação de coletivos, entre eles o Mov-SUS, que é formado por versuianos, dando a continuidade na militância dos participantes do projeto. Considerações finais: As conquistas da Organização Estadual mostram-se na crescente mobilização estudantil e descoberta da importância do exercício da cidadania, participação social e desenvolvimento de lideranças estudantis comprometidas

com a defesa e fortalecimento do SUS por meio da participação nas vivências e na organização. Assim, fomentou-se no estado a articulação com os Conselhos de Saúde e o Mov-SUS, participação nas Conferências de Saúde, atenção ao trabalho integralizado e multidisciplinar, criação de Centros e Jornadas Acadêmicas; além de ter ultrapassado as barreiras fronteiriças, ao ser usado como referência para instituir o VER-SUS/Mato Grosso e VER-SUS/São Paulo.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO MATERNO INDÍGENA NO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

Kátia Fernanda Alves Moreira, Lucas Noronha de Alencar, Caio Alves Barbosa de Oliveira, Davisson Michetti de Oliveira, Tânia Leal Moreira, Bianca Oyola Bicalho, Aldrin de Sousa Pinheiro, Débora Santos Faria Fernandes

Palavras-chave: Mortalidade materna, Epidemiologia, PET - Saúde

Este trabalho partiu do projeto matriz intitulado: A Educação Permanente e a integração ensino-serviço em Porto Velho-RO: uma análise qualitativa, sob chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit Nº 08/2013 e trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, vivenciada pelos autores participantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET - Saúde da Mulher Indígena), durante o período em que desenvolveram atividades no Departamento de Vigilância Epidemiológica (DVEA), localizado na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho – RO (SEMUSA). Objetivou observar as dificuldades encontradas na investigação de óbitos maternos em uma usuária indígena, levantar dados relacionados ao processo saúde-doença no período gravídico e

propor recomendações aos serviços de saúde. Para a coleta de dados da usuária foram utilizados prontuários das seguintes instituições de saúde: Hospitais João Paulo II (HJPII) e Dr. Ary Pinheiro (HBAP), Assistência Médica Intensiva (AMI-PVH), Maternidade Municipal Mãe Esperança (MMME), além das informações coletadas com os próprios familiares. A dificuldade de se obter informações se tornou evidente quando em posse dos documentos da usuária. Destacou-se a desorganização e a falta de registro de dados básicos da assistência, o que coloca em dúvida a qualidade dos serviços de saúde. Além disso, houve resistência na obtenção de dados fornecidos pelos familiares, uma vez que estes estavam receosos de disponibilizar informações a respeito das condições de saúde da usuária. Identifica-se ao longo de todo o processo de investigação recomendações oportunas ao caso, como a necessidade de acesso à informações sobre planejamento familiar, implantação de Unidade Básica de Saúde em sua área residencial, preenchimento adequado de dados básicos assistenciais, como exame físico e sinais vitais, a notificação aos órgãos indígenas e assistência social no momento da admissão hospitalar, bem como o acompanhamento e acolhimento destes durante todo o período de internação. A experiência vivenciada demonstra a necessidade de mudanças nos diversos setores da assistência em saúde ao usuário indígena, principalmente da enfermagem, pois esta permanece em tempo integral com o paciente e deve se adequar as peculiaridades deste. Pode-se identificar também a fragilidade dos órgãos pertinentes ao cuidado do indígena, o qual deve estar mais presente nas questões que o compete, principalmente no que diz respeito à saúde como um todo. Além disso, é necessário que haja uma integração entre os serviços municipais e estaduais de modo que este usuário possa estar assistido em todos os âmbitos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DOS ALUNOS DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL (PET) CONEXÕES DOS SABERES/UFVJM, NAS ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO E SAÚDE NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS

Graciela Aparecida Rosa, Ana Flávia Barroso, Luana Vivian Moreira, Gisélia Aparecida Marques, Rosiane Rosa Silva, Angelina Fátima Silva, Letícia Rocha Dutra, Mirtes Ribeiro

O Festival Itinerante é realizado pelo Programa de Educação Tutorial (PET) Conexões dos Saberes da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) em parceria com colaboradores, associações, órgãos e instituições, iniciativa pública e privada. Buscando através dessas articulações responder as demandas da população do Alto Jequitinhonha no município do Serro/MG, direcionando ações de educação em saúde. Que visam à prevenção e promoção da saúde. Para tal, não há como separar a Educação da Saúde, a articulação efetiva entre as ações desenvolvidas nesses dois campos são primordiais para a promoção da qualidade de vida da população, inclusive das pessoas com necessidades especiais. Nesse contexto, temos a Escola Especial "Joaquina Elvira" - APAE/Serro, uma entidade filantrópica de caráter educacional, cultural e assistencial que assiste cerca de 110 alunos com necessidades especiais que recebeu em Agosto de 2014, o PET- Conexão dos Saberes/UFVJM. Esse realizou uma Ação de Educação em Saúde, em resposta as demandas dos profissionais que trabalham na instituição, que relataram a necessidade de atividades educativas que abordassem: higiene pessoal, controle da agressividade e socialização, sexualidade, autoestima dos pais e orientação sobre medicação. O objetivo dessa ação foi responder as demandas levantadas pela instituição,

promovendo a melhoria na qualidade de vida das pessoas com deficiência de todas as faixas etárias, e seus familiares através da oferta de atividades terapêuticas e educativas. A metodologia utilizada foi a Metodologia Ativa do Processo de Ensino Aprendizado, onde o sujeito é participante do processo e do resultado e a ação foi baseada nos princípios de solidariedade, cidadania, prevenção e promoção da saúde. As atividades incluíram: dança que através dos estímulos táteis, visuais e auditivos, pôde-se trabalhar o movimento, a emoção, a socialização entre alunos e profissionais/acadêmicos envolvidos e teatro de fantoches sobre Higiene Corporal que procurou de forma interativa através de estímulos visuais e verbais, promover o aprendizado acerca dos bons hábitos de higiene para crianças/adolescentes. Nas dinâmicas com os pais o objetivo foi aumentar a autoestima e a resiliência frente aos desafios. O PET-Conexão dos Saberes é multidisciplinar e conta com alunos das diversas áreas do conhecimento, nessa ação específica foi feita uma parceria com o programa de pós-graduação Ensino em Saúde/ UFVJM, através da atuação de uma discente graduada em terapia ocupacional. O festival contou com a participação estimada de 100 pessoas sendo pais, alunos e diretoria da APAE. Ao colocarmos em prática as atividades propostas, percebemos a dificuldade de se trabalhar com educação em saúde com esse público. Identificamos como dificultadores a falta de profissional qualificado para dar apoio e direcionamento, e principalmente, o fato dos cursos de licenciatura e saúde não possuírem em suas grades curriculares disciplinas voltadas para a educação inclusiva, além de libras. Diante dessa situação, pesquisamos na literatura, e buscamos experiências bem sucedidas de outros profissionais e instituições, elaborando as atividades a partir disso. Contudo, a ação foi avaliada como positiva pelos gestores da instituição, pais e alunos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS: ESCOLA MUNICIPAL DESEMBARGADOR CARLOS GARCIA DE QUEIROZ

Kelly Mariana Leão Petrutecelli, Mariane Pereira Guedes de Araújo, Soraya Solon

Palavras-chave: Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, Jovens, Educação

INTRODUÇÃO: O programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) tem como finalidade unir saúde e a instituição escolar a fim de fornecer, a partir de trabalhos bem articulados, uma melhor qualidade de vida à sociedade. O programa é destinado a trabalhar com jovens em ambiente escolar que estejam suscetíveis a algum tipo de vulnerabilidade, abordando de forma didática e dinâmica temas importantes em saúde, que envolvem sexo, drogas e desenvolvimento psicossocial da adolescência. **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivida por duas acadêmicas na Escola Municipal Desembargador Carlos Garcia de Queiroz através das práticas do SPE. **METODOLOGIA:** As ações desenvolvidas na Escola Municipal Carlos Garcia de Queiroz ocorreram no 2º semestre de 2014, uma vez por semana, ao longo de 4 meses, dirigido aos alunos do 8º e 9º anos. Uma sala de aula foi cedida no período da tarde para que a prática fosse possível. As ações eram planejadas a partir das atividades e temas propostos nos fascículos do SPE. Por vezes, outras fontes eram acessadas para enriquecer as atividades. Eram executadas em média três atividades em um dia. Dispositivos com músicas e vídeos e materiais didáticos para confecção de cartazes eram utilizados, dependendo da dinâmica a ser realizada. O encerramento das atividades culminaria numa atividade em que os alunos seriam os protagonistas, elaborando uma ação em que demonstrariam o conhecimento adquirido ao longo dos meses aos outros alunos da

escola. Essa ação coletiva seria uma forma de avaliar o que foi apreendido pelos jovens e se a execução das ações obtivesse êxito. RESULTADOS: Constatou-se que ao longo do programa o número de alunos envolvidos foi decrescendo. Iniciou-se com aproximadamente 15 alunos e ao longo do processo o número manteve-se instável e posteriormente caiu. Apesar desse fator, os alunos envolvidos se mostraram bastante receptivos às ações, se interessando e colaborando. Muitas atividades foram executadas por eles e todos participaram efetivamente. No encerramento do projeto os alunos não concordaram em executar uma apresentação coletiva à escola sobre o SPE. Muitos faltaram a fim de não participarem do evento. Com isso, o planejamento foi alterado e foi acordado uma apresentação apenas aos membros do projeto. CONCLUSÃO: A sensibilização, informação e conhecimentos previstos foram repassados aos jovens. Todas as ações foram executadas e em grande parte com êxito. Algumas problemáticas também foram constatadas, como a ausência de um professor capacitado para acompanhar os membros do programa, assim como a falta de um agente de saúde apoiador da unidade básica de saúde do bairro. A ação se concentrou somente nas duas acadêmicas e isso pode ter influenciado e dificultado alguns aspectos das ações. Mesmo assim, todo o processo foi operado com sucesso e foi possível realizar a integração entre saúde e escola.

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL E AÇÕES DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Ronaide Paula Santos, Veruska Moreira Queiroz, Eliziane Andrade Carvalho

Palavras-chave: diagnóstico nutricional, educação alimentar

APRESENTAÇÃO: Este trabalho trata-se de um relato de experiência desenvolvido pelos discentes do 2º Ciclo do Curso de Nutrição, da Universidade Federal de Sergipe, no período de janeiro a abril de 2015, da subunidade curricular Práticas de Ensino na Comunidade, planejada para proporcionar uma primeira aproximação dos graduandos com as ações de diagnóstico e de educação alimentar e nutricional na comunidade. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O trabalho foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde e uma Escola Pública, localizadas na zona urbana do município de Lagarto-SE, com o objetivo de desenvolver ações de educação alimentar e nutricional. No primeiro momento, foram realizadas práticas de avaliação do estado nutricional de crianças e gestantes, após análise do diagnóstico, foram empregadas ações de educação alimentar nutricional para crianças, em idade escolar, gestantes, e agentes comunitários de saúde. Com estes últimos foram realizados treinamentos práticos a respeito de como as medidas antropométricas devem ser aferidas para a correta avaliação do estado nutricional dos indivíduos, conforme preconiza o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. O diagnóstico nutricional das gestantes foi realizado na Unidade Básica de Saúde, de acordo com o Índice de Massa Corporal e a semana gestacional proposto por Atalah et al. (1997). Na escola, o estado nutricional das crianças foi realizado, segundo o indicador Índice de Massa Corporal por idade e sexo, conforme as distribuições percentilares propostas pela World Health Organization (ONIS et al., 2007). Resultados e/ou impactos: Das cinco gestantes avaliadas, duas estavam com baixo peso, duas eutróficas e uma sobrepeso. Elas foram orientadas a respeito do adequado

ganho de peso durante a gestação, sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno e da alimentação complementar. Essa atividade serviu para, além de explorar a respeito da necessidade do aleitamento materno exclusivo, desmitificar alguns mitos a respeito dos temas abordados. Foram avaliados 39 escolares, dos quais apenas quatro apresentaram alguma alteração como: uma criança apresentou IMC/I sobrepeso, outra IMC/I obesidade, outra criança P/I baixo e outra IMC/I magreza, sendo que os demais parâmetros estavam adequados. A atividade educativa para as crianças abordou de forma lúdica o que são e para que servem os macro nutrientes. Além disso, foi aplicado um jogo que procurou avaliar o grau de assimilação das crianças referentes ao conteúdo abordado. Pôde-se perceber que a atividade despertou o interesse delas. Posteriormente, foi realizado um treinamento teórico e prático sobre avaliação nutricional para os agentes comunitários, os quais apresentaram muitas dúvidas, desconhecimento da técnica e a falta de equipamentos adequados. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As atividades realizadas foram muito relevantes, principalmente para os acadêmicos em nutrição por revelar como é a vivência em uma Unidade Básica de Saúde, o convívio com os usuários e a Equipe de Saúde da Família, as dificuldades devido à ausência de materiais, o emprego inadequado da técnica de avaliação nutricional, pelos profissionais, e o desconhecimento dos usuários sobre alimentação adequada nos diversos ciclos da vida. Proporcionaram também estabelecer um intercâmbio entre os conteúdos abordados e a prática, o que permite que o conhecimento seja solidificado.

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE OS CASOS DE TUBERCULOSE E SEUS RESPECTIVOS DESFECHOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE NO PERÍODO DE 2010 A 2014

Natalia Hoefle, Gabriel Azambuja Athaydes, Lisane Nery Freitas, Rosane Glasenapp, Luciana Brancher Stobäus, Letícia Abruzzi Ghiggi, Mônica Ferronato

Apresentação: A tuberculose (TB) é uma doença causada pelo bacilo de crescimento lento (*Mycobacterium tuberculosis*), aeróbio estrito, álcool-ácido resistente (BAAR), de transmissibilidade aerógena. Sem tratamento ou com tratamento ineficaz, um caso de TB pode continuar infeccioso mantendo a cadeia de transmissão da doença na comunidade pela infectividade do bacilo. Dados de 2011 mostram o Brasil como sendo um país com uma carga elevada da doença, ocupando o 111º lugar em incidência no mundo. Porto Alegre, desde 2009, é a primeira capital brasileira em incidência de TB, a qual, em 2011, foi de 112/100.000 habitantes. A Unidade de Saúde (US) Santíssima Trindade, foco do estudo, localizada no bairro Rubem Berta tem um coeficiente de incidência de ~140/100.000 habitantes. No ano de 2002 o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) iniciou o processo de descentralização do atendimento de portadores da doença para quatro Unidades de Saúde (US). Em 2007, com a implantação da Ação Programática para o Controle da TB, as doze unidades de saúde já desenvolviam ações preconizadas pelo Programa de Controle da Tuberculose. Este trabalho objetiva verificar a incidência de casos de tuberculose acompanhados na US Santíssima Trindade, por meio da vigilância da ação programática na unidade, bem como seus desfechos no período de

2010 a 2014. Desenvolvimento do estudo: Trata-se de um estudo de base documental no Sistema de Informação em Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Foram coletados dados primários no SIS, compreendendo o número de casos totais de tuberculose na US Santíssima Trindade, bairro Rubem Berta, Porto Alegre, no período de 2010 a 2014. Resultados: De acordo com os dados coletados, no recorte temporal foram diagnosticados 58 casos de tuberculose. Sendo que em 2010 foram 14, destes 5 tiveram como desfecho o abandono do tratamento, 6 completaram-no e 3 usuários foram a óbito devido a doença. Em 2011 foram registrados 11 casos, destes, 5 foram abandono de tratamento, 3 usuários obtiveram cura, 1 óbito por outras causas, e, 2 usuários completaram o tratamento. Em 2012, foram registrados 17 casos, sendo que 3 completaram o tratamento, 8 usuários obtiveram cura, 3 abandonaram-no, 2 óbitos em decorrência da tuberculose e 1 transferência de caso para outra US. No ano de 2013, começou a ser realizada na US encontros semanais dos representantes da Ação Programática para o Controle da Tuberculose para realizar vigilância do programa, busca ativa dos faltosos e sintomáticos respiratórios, ainda, neste ano foram diagnosticados 7 casos, sendo que 3 obtiveram cura, 2 abandonaram o tratamento, 1 usuário teve mudança no diagnóstico, e 1 saiu do território, sendo transferido seu caso. Em 2014 foram diagnosticados 9 casos novos, sendo que 5 tiveram cura, 2 completaram tratamento, 1 abandonou-o, e 1 transferência. Considerações finais: Tendo em vista que a maior fonte de infecção são as pessoas doentes, o melhor recurso de prevenção disponível no sistema de saúde continua sendo a detecção precoce e o tratamento correto dos casos, justificando, assim, a descentralização das ações de controle da tuberculose na atenção primária em saúde.

RELATO DE EXPERIÊNCIA VIVIDO EM SILVES EM AGOSTO DE 2015 ATRAVÉS DE VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – VER-SUS

Nathalia Siqueira Duarte

Palavras-chave: VER-SUS, Silves, Relato de Experiência

Este Relato de Experiência tem o intuito de expor uma realidade vivida em agosto de 2015 no município de Silves-AM sobre o Sistema Único de Saúde – SUS através da vivência com mais sete companheiros numa viagem que durou sete dias. Apoiada e patrocinada pela Rede Unida esse relato tem como objetivo levar jovens acadêmicos, não somente da área da saúde, a conhecer, a ver e a viver o SUS em sua apresentação mais real nos municípios do interior de todos os estados brasileiros. Foram apenas sete dias, mas foram o suficiente para conhecer e se emocionar com o esplendor que uma cidade tão pequena em sua gigante significância pode mudar o modo de pensar para quem ver o Sistema Único de Saúde somente no papel. Além do Sistema Único de Saúde, peregrinando pela cidade, nota-se a opacidade e o medo da população que é submissa a um prefeito que marginaliza a comunidade. Fora isso, a população que é um pouco mais de 8.000 habitantes, não somente da cidade, mas também da zona rural, é acolhedora, carente, humilde, batalhadora que acredita em um futuro promissor; é uma população inundada de crenças, de valores e de tradições. A vivência não foi somente ver o SUS e deixar nossa marca no município de Silves, mas também foi conhecer tudo aquilo que envolve e que constrói nosso Sistema Único de Saúde. É possível sim, o Sistema funciona, em seus 40%, 45%, mas funciona e a grande responsável pelo andar do SUS é a população.

RELATO DE EXPERIÊNCIA-SENSIBILIZANDO GESTANTES ACERCA DA IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

Robeísa Danya Silva Lima

APRESENTAÇÃO: Sabe-se que o leite materno é o alimento ideal na fase inicial da vida. O ato de amamentar traz incontestáveis benefícios, devendo ser promovido incansavelmente. Este relato tem como objetivo apresentar como o Aleitamento Materno pode ser promovido através de estratégia educativa. METODOLOGIA: Trata-se de um trabalho qualitativo com caráter descritivo, desenvolvido por enfermeiras, em março de 2015, em um grupo de gestantes de uma Unidade Básica de Saúde no município de Jaguaruana/Ce. A estratégia foi dividida em cinco momentos. Inicialmente foi proposta a apresentação das participantes, proporcionando interação e troca de experiências e observando conhecimentos prévios. Em seguida houve uma dinâmica, intitulada: “Fala sério/Com certeza”, realizava-se a leitura de informações acerca do Aleitamento Materno (A.M.) ou outro alimento ao Recém Nascido. As gestantes indicavam sua opinião erguendo a placa correspondente, aproveitando para abordar o teor de cada informação. Na etapa seguinte, aconteceu uma dramatização enfatizando as vantagens do A.M. e desmistificando conceitos. Realizou-se uma dinâmica ressaltando a importância de encarar os desafios, ao término do encontro foram distribuídos folders e foi aberto espaço para descrição das vivências e aprendizado com a estratégia. Resultados: Foi constatado que as gestantes possuíam conhecimentos sobre o A.M., porém não sabiam das suas inúmeras vantagens e das desvantagens de uma nutrição inadequada ao RN. À medida que as atividades eram desenvolvidas, as participantes mostravam entusiasmo

ao conhecer os benefícios de uma boa nutrição através do A.M. Percebeu-se que foram desfeitos alguns mitos e as gestantes mostraram-se dispostas a encarar o desafio de amamentar. Ao término da estratégia, relataram que iam aplicar o aprendizado, mostrando que reconheceram o valor dos conhecimentos ali obtidos, reconhecendo que a melhor opção de alimentação ao RN é o leite materno. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Foi notório o bom resultado obtido com a estratégia. Percebeu-se que a atividade educativa é de grande importância para a construção de conhecimentos e promoção do A.M., conscientizando às gestantes sobre seu o impacto, além de ser um momento para tirar dúvidas e esclarecer mitos. A ludicidade auxilia na compreensão do que está sendo transmitido, proporcionando às participantes momentos agradáveis, sendo a educação em saúde fundamental para o alcance de bons resultados.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE

Carine Muniz, Juliano Rodrigues Adolfo, Tania Cristina Malezan Fleig, Miriam Beatriz Reckziegel

Palavras-chave: Educação Física, Educação em Saúde, Sistema Único de Saúde

CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA: Na busca pela necessidade de adequação na assistência integral à saúde, atrelada à prática e educação interdisciplinar continuada, e através da parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação, o Hospital Santa Cruz (HSC), mantido pela Associação Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul (APESC), iniciou o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde

(PRMS), em março de 2014. A residência conta com a participação de oito categorias profissionais: enfermagem, odontologia, psicologia, fisioterapia, nutrição, serviço social, farmácia e educação física, atuando no hospital de ensino e na rede básica de saúde do município, totalizando a inserção anual de 20 residentes. Descrição da experiência: O período do relato corresponde aos primeiros doze meses da inserção no PRMS. A partir de um diagnóstico inicial, o profissional de Educação Física foi inserido em seus lócus de prática: programa de reabilitação cardiorrespiratória e metabólica e projetos como: grupo de gestantes, grupo de acolhimento aos acompanhantes, projeto educação em saúde na pediatria “Equipe MultiAlegria”, comissão de ergonomia e ginástica laboral. Inclui-se ainda a carga horária teórica de 12 horas, totalizando 60 horas semanais, entre teoria e prática. Na reabilitação cardiorrespiratória são realizadas orientações quanto à realização dos exercícios, testes de aptidão física e cardiorrespiratória, monitoramento dos sinais vitais, trabalho realizado em conjunto com a fisioterapia. No grupo de gestantes, a atividade é voltada à orientação postural. A participação na implantação e estruturação do Acolhimento aos acompanhantes, a partir do Programa Nacional de Humanização, consiste em uma ferramenta de práticas educativas em saúde aos acompanhantes de uma ala assistencial do hospital. A “Equipe MultiAlegria” é um projeto de educação em saúde desenvolvido na pediatria. Na comissão de ergonomia e ginástica laboral são realizadas ações direcionadas à saúde do trabalhador, com orientações voltadas à promoção da saúde e exercícios físicos durante a jornada de trabalho. Para consolidação das práticas são desenvolvidas atividades teóricas, além das disciplinas, como os Grand Rounds, casos clínicos discutidos interdisciplinarmente com foco na atenção multiprofissional em

saúde e os Clubes de Revista, apresentação de artigo científico de alto fator de impacto, discutido no grande grupo com a participação de tutores, preceptores e profissionais convidados. Efeitos alcançados e recomendações: Diante da necessidade constante de formação e qualificação dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde, o PRMS vem para reforçar a troca entre os saberes da ciência e da prática. Entretanto, por este programa estar na fase de formação final da primeira turma, alguns pontos ainda estão em processo de construção, principalmente na atuação interdisciplinar. Quanto à inserção do profissional de Educação Física, foi uma busca constante por campos de atuação no ambiente hospitalar, tendo em vista que antes do programa não havia este profissional no HSC, e sua contratação se deu pela necessidade de um preceptor que acompanhasse as atividades desenvolvidas pelo residente. Nesta perspectiva, o desafio está na mudança que se apresenta para o olhar interdisciplinar, onde os profissionais possam reconhecer o sujeito biopsicossocial, diante da singularidade, complexidade, integralidade deste nos diferentes contextos de inserção.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A PERCEPÇÃO ACADÊMICA SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE APÓS PESQUISA REALIZADA NO NÍVEL TERCIÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Hullyana Aguiar da Silva, Natalia Matos Tedesco, Geisy Hellen Mamedes Silva, Ariele dos Santos Costa, Mayra Alves Meireles, Amanda Castelo Girard, Leila Foerster Merey, Karina Candia da Silva

APRESENTAÇÃO: A hospitalização em unidades neonatais traz inúmeras implicações pois ela afasta o bebê do

ambiente familiar e promove um confronto com a dor, passividade, despertando inúmeros sentimentos. O processo de hospitalização requer dos profissionais um preparo que sustente a complexidade das atividades desenvolvidas e construção ampliada à atenção integral aos neonatos, acolhendo a família, para que o ambiente seja menos estressante. Um dos impasses que dificulta esse processo de trabalho é a fragmentação dos atos, falta de união, integração e articulação. A assistência vem sofrendo significativas transformações decorrentes de mudanças na atenção à saúde, principalmente pela preocupação com questões relacionadas à humanização. Através de um estudo realizado em um hospital no município de Campo Grande, MS – tivemos oportunidade de vivenciar em um setor de alta complexidade a relação da equipe com paciente, familiares e outras pessoas não ligadas diretamente a rotina. **METODOLOGIA:** O estudo realizado no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, tinha como objetivo investigar o quanto aplicação de banhos de ofurô poderia influenciar no bem estar dos recém-nascidos. Devido estarmos inseridos na rotina de um setor de alta complexidade, o estudo envolveu além dos bebês submetidos ao protocolo, a família e os profissionais. Pudemos analisar o quanto a equipe de saúde não está aberta em receber novos pesquisadores, que a princípio não tinham vínculo com o setor. Pois mesmo com mudanças na assistência à saúde, ainda vemos nos serviços, resistência de alguns profissionais e uma difícil compreensão acerca da dinâmica das relações interpessoais – acreditamos que pessoas não ligadas ao setor, possam modificar a estrutura de organização do processo de trabalho. **RESULTADOS:** A vivência foi de suma importância e nos mostrou dois lados da rotina hospitalar: a relação da equipe multiprofissional quanto a inserção dos pesquisadores no serviço e

a relação da equipe com o paciente e seus familiares. Durante a coleta de dados, vimos que realmente há profissionais que ainda apresentam dificuldade em aceitar pessoas que não são do setor para fazerem parte de sua rotina. Porém, quando trata-se da relação equipe e comunidade, vimos o quanto o serviço presta assistência integral e acolhedora, gerando conforto a esses bebês e famílias que estão passando por uma situação tão difícil. Assim, acreditamos que esse impasse quanto a pesquisa possa ser por conta da rotina árdua, pelo medo de atrapalhar o trabalho, os procedimentos realizados e acima de tudo, que possa causar interferência no tratamento. Mas percebemos que assistência multiprofissional e intersetorial é importante e muito eficaz, pois proporciona atenção integral a saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O serviço de saúde muitas vezes torna-se mecanizado, deixando a rotina monótona e restrita - não dando oportunidade ao desenvolvimento de novas habilidades que podem beneficiar a evolução dos pacientes. Fomos capazes de descobrir o quanto é importante trabalharmos em equipe e também compartilhar conhecimento as outras profissões, pois assim podemos mostrar a importância de qualquer tratamento inovador.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E AÇÕES EDUCATIVAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO DO HBAP

Kátia Fernanda Alves Moreira, Bianca Oyola Bicalho, Tânia Leal Moreira, Davisson Michetti de Oliveira, Caio Alves Barbosa de Oliveira, Lucas Noronha de Alencar, Patrícia Caldeira Costa, Daniela Ferreira Borba Cavalcante

Palavras-chave: Educação Permanente, Alojamento Conjunto, Acolhimento

O Alojamento Conjunto (ALCON) da Maternidade do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP), na cidade de Porto Velho – Rondônia apresenta alta demanda de gestantes com alto risco, constituindo-se em referência estadual. Assim, desenvolveram-se atividades de educação em saúde com ênfase nas “Boas Práticas da Rede Cegonha”, ressaltando a importância do parto natural, da amamentação e o contato pele a pele nas primeiras horas de vida, além do apoio da família durante todo o ciclo gravídico puerperal. Promoveu-se rodas de conversa entre os servidores do HBAP com os representantes do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) para esclarecimentos sobre o fluxo de atendimento à gestante indígena, as particularidades das etnias de abrangência do DSEI Porto Velho e da comunicação entre essas instituições para facilitar e qualificar a assistência dessas mulheres. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência das atividades desenvolvidas na Maternidade do HBAP sobre o “Boas Práticas da Rede Cegonha” através dos acadêmicos de enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia e do Núcleo de Educação Permanente no município de Porto Velho-RO. Este trabalho partiu do projeto matriz intitulado: A Educação Permanente e a integração ensino-serviço em Porto Velho-RO: uma análise qualitativa, sob chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit Nº 08/2013. As atividades foram desenvolvidas in loco, todas as quartas-feiras, nos meses junho de 2014 a março de 2015, com 15 profissionais da equipe de enfermagem, em grupos de 5 servidores, mais os acadêmicos e voluntários, com tempo médio de 40 minutos para cada grupo. De acordo com as atividades educativas realizadas no ALCON observaram-se impactos satisfatórios, pois os profissionais foram receptivos as atividades propostas, demonstraram interesse e envolvimento, houve questionamentos sobre os assuntos abordados e estes foram

esclarecidos pela equipe condutora e por fim, os servidores sugeriram novos temas para as futuras ações educativas. Vale salientar que com o decorrer das ações, a adesão dos profissionais foi crescendo, principalmente da equipe de Enfermagem. Destaca-se a importância da Educação Permanente em Saúde, pois as ações educativas proporcionam transformações nas práticas profissionais e na organização do trabalho nos serviços de saúde.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO ATRAVÉS DO BANHO DE OFURÔ EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

Karina Candia da Silva, Natália Matos Tedesco, Geisy Hellen Mamedes Silva, Hullyana Aguiar da Silva, Mayra Alves Meireles, Amanda Castelo Girard, Ariele dos Santos Costa, Leila Foerster Merey

APRESENTAÇÃO: Com o aumento da sobrevida de recém-nascidos pré-termo houve uma elevação significativa do período de internação destes, devido principalmente à imaturidade pulmonar. Apesar de todos os avanços, as afecções respiratórias ainda são uma das principais causas de morbimortalidade no período neonatal. Desta forma, vem sendo utilizadas técnicas e medidas não farmacológicas que possam contribuir com a adaptação do neonato pré-termo na transição do meio intra-uterino para o extra-uterino, sendo este um período delicado e marcado por diversas mudanças. Uma medida não farmacológica e humanizada aplicada atualmente é o banho de ofurô, que tem tido influência sobre os parâmetros fisiológicos e comportamentais de recém-nascidos prematuros no ambiente hospitalar. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo realizado na Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINCo) do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.

A amostra foi composta por 30 recém-nascidos pré-termo que nasceram no próprio hospital ou encaminhado de outro serviço. Foi utilizado um balde de ofurô para a imersão em água morna (37º a 38º) com o bebê na posição vertical, a seleção dos bebês foi através de critérios de inclusão pré elaborados: bebês prematuros, peso acima de 1,500, peso ascendente no dia do banho e estáveis. Na preparação do banho as mães presentes nos auxiliaram, retirando a fralda do bebê e posicionando no momento de entregar para a pesquisadora. Cada banho teve duração de 10 minutos, sendo realizada avaliação dos parâmetros fisiológicos antes, logo após e depois de 30 minutos. **RESULTADOS:** O profissional de fisioterapia vem conquistando cada vez mais espaço com métodos humanizados, dessa forma ampliando a área de atuação para além da antiga abordagem que era apenas curativa. Essa vivência propicia aos acadêmicos ampliação e consolidação do conhecimento que vai além da técnica. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Essa oportunidade foi de extrema importância, pois só através dessa experiência tivemos a oportunidade de mudar o nosso olhar em relação a necessidade de humanização do cuidado, que devemos não só pensar no processo de reabilitação, mas sim no bem estar geral do usuário, e do respeito para com a atuação de outros profissionais aprendendo a lidar com os limites de cada um.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM URGÊNCIA COMO PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

Deisy Adania Zanoni, Simone de Fátima Crispim, Maria de Fátima Meinberg Ched

Palavras-chave: educação permanente, urgência, emergência

A Organização Pan-Americana de Saúde foi responsável pela difusão da proposta de educação permanente do pessoal de saúde, acreditando que somente a aprendizagem seria capaz da adesão dos trabalhadores nos processos de mudança no processo de trabalho. No Brasil, a educação dos profissionais de saúde foi ponto de pauta de conferências de recursos humanos e conferências nacionais de saúde, que apontavam a inadequação da formação dos trabalhadores desse setor em relação à realidade encontrada nos serviços de saúde. A utilização de situações reais ou simuladas da prática profissional garante uma aproximação da aprendizagem ao mundo do trabalho e oportuniza a construção de novos saberes, assim como provoca a reflexão sobre as ações adotadas, procurando melhor qualificá-las. Em se tratando da Rede de Urgência e Emergência, a Portaria n.º 2048 de cinco de novembro de 2002, normatizou a criação dos núcleos de educação em urgências e emergências. É importante destacar, a falta de formação e educação permanente dos trabalhadores das urgências, o que resulta em comprometimento da qualidade na assistência prestada, tornando-se necessário garantir-lhes habilitação para o exercício profissional necessária para a intervenção nas urgências e emergências. Considerando a Resolução nº 79/SES/MS, de 24 de outubro de 2011 que traz como anexo o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências do Mato Grosso do Sul e que, apresenta como uma das diretrizes a qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências em todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências. Para tanto, houve a implantação do Núcleo de Educação Permanente em Urgência (NEPU), que tem por objetivos padronizar os atendimentos nas urgências e emergências nos componentes da Rede de Urgência e Emergência (RUE) no

estado de Mato Grosso do Sul, qualificar os profissionais utilizando protocolos mundialmente reconhecidos, habilitar os profissionais para a adequada atuação nas urgências, garantir conhecimento desses profissionais no manuseio dos materiais, equipamentos e procedimentos necessários ao atendimento aos pacientes críticos e qualificar os profissionais das portas de entrada para realização do acolhimento com classificação de risco. Nas capacitações realizadas são utilizadas metodologias ativas, por meio de simulação prática e problematização. Como resultados da implantação do NEPU, apresentamos a estatística das capacitações realizadas, entre os anos de 2012 a 2014: no ano de 2012 foram realizadas 12 capacitações, totalizando 400 profissionais treinados, em 2013 foram realizadas 27 capacitações, totalizando 712 profissionais treinados e no ano de 2014 foram realizadas 25 capacitações, totalizando 844 profissionais treinados. Observou-se que no decorrer dos anos, houve um crescente aumento nas solicitações dessas capacitações ao NEPU e que as metodologias utilizadas nessas capacitações estão atendendo a realidade dos serviços. Essa integração ensino-serviço possibilita a construção de novos saberes e a mudança das práticas assistenciais, dessa forma, a implantação do NEPU possibilitou uma difusão de conhecimentos aos componentes da RUE, além de promover um processo de educação que atende a realidade dos profissionais que atuam nessa rede.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: OFICINA DE CAPACITAÇÃO DOS COSELHEIROS DO COMITÊ GESTOR, DO CEREST DE VITÓRIA DA CONQUISTA, EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Wéltima Teixeira Cunha

Palavras-chave: comitê gestor, saúde do trabalhador, educação permanente

O Comitê Gestor, do Centro de Referência Regional em Saúde do trabalhador (CEREST), é um espaço de diálogo, participação, discussão, deliberação do exercício de cidadania, do controle da sociedade, pelos representantes dos segmentos dos trabalhadores. O Comitê Gestor faz parte do processo de democratização da gestão de políticas públicas que atendam à saúde dos trabalhadores. Trata-se de uma experiência relatada por uma conselheira, membro efetivo e titular, que representa a gestão estadual da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, no comitê gestor, do município de Vitória da Conquista/Bahia. A 1^a Oficina de Capacitação dos Conselheiros foi realizada nos meses de abril, maio e junho de 2015, com o objetivo de nivelar os conselheiros com conteúdos na área de saúde do trabalhador e do controle social. Nos módulos I e II participou como instrutora, em razão de ter 24 anos de trabalho no Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador-Bahia (CESAT). O objetivo desse relato é divulgar a experiência durante o processo de capacitação dos conselheiros, destacando a atuação efetiva da conselheira, no processo ensino aprendizagem coletiva. A oficina foi composta de quatro módulos, sendo que os módulos II e III ficaram sob a responsabilidade da conselheira/instrutora, cujos conteúdos abordados foram, respectivamente, A Saúde do Trabalhador ao Longo da História do Trabalho e a RENAST. Participaram da oficina 18 trabalhadores entre eles: conselheiros, coordenadora do CEREST e secretária do comitê. Com a conclusão da oficina, foi marcada uma reunião para o mês de julho de 2015, com a finalidade de elaborar o planejamento das atividades para o segundo semestre do ano corrente. A experiência de participação, do membro efetivo do Comitê Gestor, na oficina como cursista e instrutora veio colaborar e

trazer conhecimentos da área de saúde do trabalhador, aos demais participantes, numa visão crítica, como forma de reflexão sobre a participação do comitê como controle social. Os conteúdos dos dois módulos tiveram embasamento teórico, bem como, a oficina como um todo, foram importantes na elaboração do planejamento de ações voltadas para implementação de um planejamento mais amplo das atividades do CEREST, e, conseqüentemente, fortalecer o SUS, rumo a sua efetiva construção, apesar de que o controle social ainda estar em um processo de construção, mas com potencial para intervir nas políticas públicas.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: PROMOÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE COMO UMA ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO DE APOIADORES

Suse Barbosa Castilho, Deisy Adania Zanoni, Margarete Knoch Mendonça, Fernanda Laves de Lima Gomes, Rosangela Funes Taira, Jade Prates Amarilha, Fabiana da Silveira Bizarria, Núbia Karen Goulart Mendes, Bianca Barros da Silva, Reginaldo Omido Junior, Alessandra Maria Fernandes, Jéssica Martinez Vilhalva, Karla Ferreira da Silva, Luciane Aparecida Pereira de Lima

Palavras-chave: Apoio – Ações Educativas – Segurança do paciente – Equipes de Enfermagem

O Curso Metodologias de Apoio às Equipes de Saúde para enfermeiros foi uma iniciativa dos enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, em parceria com os docentes do Curso de Enfermagem da UFMS. Foi desenvolvido na modalidade de projeto de extensão e utilizou como referencial teórico a metodologia de Apoio Paidéia proposta por Campos, o objetivo do Método seria interferir no contexto institucional, visando efetivar a

gestão democrática (cogestão) e ampliar a capacidade dos sujeitos para analisar, tomar decisões e agir sobre a realidade. Entre as atividades do curso, foi proposto o desenvolvimento de um projeto de intervenção, em seu local de trabalho. Neste sentido, este trabalho tem como objetivo apresentar a experiência como apoiadores na promoção da cultura de segurança do paciente no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul. Inicialmente, foi constituído um grupo composto por enfermeiros denominado de Apoiadores na Segurança do Paciente. O projeto foi desenvolvido junto às equipes de enfermagem da Clínica Cirúrgica, visando o alcance da melhoria dos indicadores de qualidade de segurança. Com a utilização de metodologias ativas, o grupo revisou os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) de prevenção de riscos para queda, flebite, úlcera por pressão, broncoaspiração e de identificação correta do paciente. Após foi realizada uma atividade educativa para promover um diálogo com as equipes de cada turno. Neste encontro teve a exposição dos temas sobre as metas internacionais de segurança do paciente, potenciais riscos, reportagens sobre eventos adversos em pacientes hospitalizados e respectivos processos jurídicos. Foi feita simulação com as pulseiras de avaliação de risco como um exercício de reflexão sobre o risco que o paciente apresenta e os cuidados que necessita. Os relatos dos participantes indicaram que muitos já realizam as ações de segurança do paciente mesmo sem a utilização das pulseiras de avaliação de risco. Alguns não relacionavam as cores das pulseiras com os riscos que os pacientes estão expostos e demonstraram preocupação em garantir a segurança do paciente, apesar do dimensionamento de pessoal de enfermagem inadequado somado à jornada de trabalho exaustiva. Embora existam ainda dificuldades, os participantes expressaram a sua satisfação

com a ação educativa, como um estímulo, para seguir as orientações aprendidas. Após cada evento, a equipe de apoiadores se reunia, para analisar o processo, por meio dos relatos e a avaliação dos participantes. Para os apoiadores, esta atividade, como exercício de um curso, serviu como um estímulo para continuar a formação e atuar como a Apoiadores da Segurança do Paciente com o objetivo de fortalecer o trabalho em equipe e a qualidade através da escuta e consequentemente valorização dos trabalhadores.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: PROMOVEDO A SAÚDE DE MULHERES EM UMA COMUNIDADE

Bruna Eduarda Folletto, Júlia Sangiovo, Greici Gunzel, Sabrina Schmitt, Martha Souza, Maria Salles, Lérés Haeffner

Palavras-chave: saúde, mulheres, medicina

Introdução: Grande parte dos profissionais e futuros profissionais da área da saúde não demonstram interesse em conhecer as condições de vida da população em que atuam, herança do Modelo Biomédico, que tem como enfoque a patologia acabando por desconsiderar a pessoa humana. Tendo como referência o conceito ampliado de saúde, elaborado na 8^a Conferência Nacional de Saúde – 1987, “saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”, o qual prioriza a promoção da saúde e prevenção da doença – nós, acadêmicos do primeiro semestre do curso de medicina buscamos estreitar vínculos com a comunidade local por meio atividades desenvolvidas com grupos da comunidade, a fim de identificar suas vulnerabilidades e, a partir delas, promover ações que possam

contribuir para uma melhor qualidade de vida da população. Objetivo: Relatar a experiência de acadêmicos de medicina de um centro universitário da região central do Rio Grande do Sul em sua interação com grupo de mulheres de uma comunidade. Métodos: Ao desenvolverem atividades práticas da disciplina “Interação Ensino/Serviço e Comunidade” foi proporcionada a participação de alunos do primeiro semestre do curso de medicina em reuniões de grupo de mulheres, no qual são debatidos temas relativos à saúde. O trabalho foi desenvolvido no período de julho a setembro de 2015. Nos encontros foram desenvolvidas dinâmicas, as quais corroboraram a disseminação de um método aberto de conversação e compartilhamento de sentimentos e vivências. Resultados: As vivências relatadas pelas componentes do grupo demonstram uma efetiva contribuição do projeto para a melhoria de suas expectativas em torno de suas relações sociais e familiares. Muitas delas eram vítimas de violência doméstica e com o apoio do grupo deixaram de ser submissas e passaram a tomar providências para reverter essa situação, começando a trabalhar fora e a buscar autonomia. O grupo auxilia nas dificuldades que cada mulher tem que enfrentar e busca a sustentação nas experiências de superação de suas componentes. Conclusão: As dinâmicas utilizadas com o grupo atuou como um agente facilitador, com intuito de promover maior abertura para que assuntos de cunho subjetivo pudessem ser analisados e tratados, já que esse contexto familiar a que cada mulher está inserida é um fator preponderante no desdobramento de muitas patologias de âmbito psicológico que predomina sob o fisiológico. Ademais, os encontros com o grupo servem de refúgio para as situações adversas encontradas no meio familiar, ou seja, funciona como um propulsor da visão humanitária que os profissionais de saúde priorizam,

amparados no conceito ampliado de saúde: Saúde é o resultado das condições sociais do indivíduo.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO – VIVÊNCIA NO PAVILHÃO FEMININO DO COMPLEXO PENAL JOÃO CHAVES DE NATAL/RN

Amanda Rodrigues, Raphael Dantas

Palavras-chave: SUS, Atenção Básica à Saúde, Sistema Penitenciário

APRESENTAÇÃO: O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza a universalização do acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a descentralização dos serviços e o controle social. Assim, pensando no direito do próprio cuidado, na humanização deste, e na ressocialização do sujeito, em 2014, foi criada a Portaria Interministerial, nº 1 de 02 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS. Em Natal/RN, o Complexo Penal Dr. João Chaves (CPDJC), mais precisamente no pavilhão feminino da unidade, em 2013, começou a implantação dos serviços de Atenção Básica à Saúde (ABS). Perante este cenário, o estudo tem como objetivo relatar a experiência no pavilhão feminino do CPDJC em Natal/RN, no intuito de uma análise sobre como está se dando a implementação da ABS. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A unidade suporta uma capacidade máxima de 80 mulheres, sendo que possui 133, o que reforçar sua superlotação. Algumas celas são destinadas a um público específico, seja de mulheres gestantes, ou com sofrimento psíquico, para estas não é ofertado acompanhamento terapêutico na assistência ao portador de transtorno mental, o que surge como uma problemática, uma vez que em seu público, se tem

uma mulher portadora de esquizofrenia. Cuidados em saúde são tomados para as mulheres, pré-natal para as gestantes, dietas balanceadas para as portadoras de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão (HAS), e para as recebem visita íntima, é garantido o uso de anticoncepcionais injetáveis, uma vez que o Sistema Penitenciário (SP) precisa controlar a natalidade. RESULTADOS: A ABS no SP tem o foco principal nas doenças transmissíveis e de notificação compulsória. Sendo um grande problema a Sífilis, uma vez que as novatas podem transmitir a doença para as outras, pois muita das vezes não se sabe sua situação de saúde anterior. Por ser uma doença infectocontagiosa e endêmica, a Tuberculose, é uma causa de grande preocupação pelos profissionais do SP, onde a portadora é acompanhada durante todo o período de tratamento, para que não haja abandono deste, e chegar a cura. A atenção a promoção e prevenção a saúde é voltada basicamente a cuidados de higiene e profilaxia. Um grande entrave para a garantia da saúde se dá pela dificuldade na contratação de novos profissionais, bem como, um olhar voltado para o acolhimento humanizado, garantindo uma boa ressocialização do sujeito. Vale mencionar também, a necessidade de um acompanhamento psicológico, seja pelo tempo extenso de permanência, ou tratamento para as portadoras de sofrimento psíquico. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir do que foi observado, é perceptível que há um comprometimento para o melhoramento das condições de assistência à saúde das mulheres, porém surgem problemas frente a necessidade de preenchimento de novas vagas para profissionais. E infelizmente, uma visão ainda se faz muito presente, pautada no modelo curativista, tendo a centralidade da assistência na doença e não no sujeito.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: UMA VISÃO SOBRE O GRUPO TERAPÊUTICO FAMILIAR NA PSIQUIATRIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

Kátia Fernanda Alves Moreira, Bianca Oyola Bicalho, Tânia Leal Moreira, Davisson Michetti de Oliveira, Lucas Noronha de Alenca, Caio Alves Barbosa de Oliveira, Patrícia Oliveira da Silva, Maurício Viana Gomes de Oliveira

Palavras-chave: Psiquiátrica, Grupo Terapêutico Familiar, Humanização

Visto que a Reforma Psiquiátrica e as propostas de desinstitucionalização tenha ganhado ênfase nas últimas décadas, fez-se necessário realizar ações de sensibilização e orientação com os familiares dos portadores de transtornos mentais na clínica psiquiátrica do Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro (HBAP), a fim de promover o envolvimento dos familiares em todo o processo, tratamento, recuperação e ressocialização do usuário. Neste contexto, é importante a comunicação e interação entre as diferentes áreas de atuação, formando uma equipe multiprofissional e contribuindo para uma atenção integral e de qualidade a este usuário com sofrimento psíquico. O Grupo Terapêutico Familiar objetivou promover a troca de saberes, experiências, reflexões e discussões dos familiares, o esclarecimento sobre o fluxo de atenção a este paciente e as dúvidas sobre as patologias mais frequentes no campo da saúde mental, contribuindo para despertar a importância sobre a desinstitucionalização desses usuários, o fortalecimento da relação usuário-profissional-família e humanização da assistência. Este trabalho partiu do projeto matriz intitulado: A Educação Permanente e a integração ensino-serviço em Porto Velho-RO: uma análise qualitativa, sob chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit Nº 08/2013. Trata-se de um estudo descritivo,

do tipo relato de experiência das atividades desenvolvidas na clínica psiquiátrica do HBAP sobre o Grupo Terapêutico Familiar através dos acadêmicos de enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia e do projeto de voluntariado da Comissão de Humanização do HBAP no município de Porto Velho-RO. As atividades foram realizadas na última sexta-feira de cada mês a partir de março até agosto de 2015. O Grupo iniciava-se com a recepção dos familiares, pelos profissionais, dando abertura para que todos os envolvidos se apresentassem. Havia a participação do médico psiquiatra, psicóloga, terapeuta ocupacional, gerente do setor, representantes da equipe de Enfermagem, os familiares dos pacientes e os acadêmicos de Enfermagem voluntários da Comissão de Humanização. A cada reunião era explorada uma patologia e ao fim abria-se o espaço para que os familiares fizessem perguntas, relatassem experiências pessoais e compartilhassem seus sentimentos, dificuldades, medos e perspectivas. Ao final de cada reunião os familiares sugeriam o tema do próximo encontro. Na clínica psiquiátrica não havia atividades para se trabalhar com os familiares desses usuários, assim justifica-se que houve muita resistência de participação nas reuniões do grupo, mas que com o passar dos encontros aos poucos houve mais adesão e participação destes. Vale salientar, a relevância da continuidade de ações que promovam o pensamento crítico-reflexivo sobre os portadores de transtornos mentais, proporcionando uma visão ampla de todo esse processo, desde a dificuldade do profissional em exercer suas ações devido à precariedade, a superlotação do setor e escassez de funcionários qualificados; a incompreensão, preconceito, resistência e abandono que os usuários sofrem em relação aos familiares e a sociedade de forma geral; e o apoio a família que também enfrenta preconceitos

sociais, desgaste emocional e que acaba sendo refém de um modelo psiquiátrico obsoleto, o qual desconhece as inovações e políticas advindas da Reforma Psiquiátrica.

RELATO DOS SENTIMENTOS DOS ACADÊMICOS NO PRIMEIRO CONTATO COM A SAÚDE MENTAL

Ana Karoline da Silva, Ana Maria Souza Matozo, Andriely Gomes dos Santos, Priscila Maria Marcheti Fiorin

Palavras-chave: Saúde mental, estudantes de enfermagem, enfermagem, comunicação, cuidados de enfermagem

Apresentação: O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) funciona como modelo e referência assistencial para a saúde mental. Oferece atendimento à população em âmbitos clínicos e referente à reinserção social, seguindo de forma crescente as modalidades CAPS I, II e III, além do AD (álcool e drogas) e CAPSi (infantil) (BRASIL, 2002). Este trabalho tem como objetivo relatar os sentimentos dos acadêmicos no primeiro contato com a saúde mental. Desenvolvimento do trabalho: Durante a experiência da prática acadêmica no mês de junho de 2015 no CAPS, observamos e participamos das atividades desenvolvidas pela equipe multiprofissional, tanto individuais quanto em grupos, oficinas e a construção do Projeto Terapêutico Individual. Entretanto sentíamos receio do campo prático e dos pacientes, tendo como ideia um local fechado, escuro, sem atividades, além de uma percepção estereotipada de um paciente apático, agressivo, violento e com incapacidade mental. Estas práticas ocorreram em um ambiente aberto e acolhedor, permitindo assim a criação de um vínculo a partir do primeiro momento. Logo, foi realizada uma consulta de enfermagem psiquiátrica,

utilizando um instrumento relacionado aos comportamentos psicológico, social e familiar. Observaram-se alterações do pensamento, linguagem, senso-percepção, orientação e desenvolvimento intelectual, a partir das quais desenvolvemos os diagnósticos de enfermagem e discutimos as metas de intervenção junto ao paciente. Impactos: Diante das práticas realizadas foram refletidas sobre as barreiras encontradas nos acadêmicos, quebrando os paradigmas de doente mental a nós atribuídos, visto que diante das atividades eles se apresentavam de forma oposta as nossas concepções, despertando sentimentos de empatia, cumplicidade, carinho, companheirismo e respeito. Considerações finais: Ao relatar nossos sentimentos durante a primeira experiência com a saúde mental notamos que a enfermagem, a partir de seus conhecimentos e habilidades profissionais, deve trabalhar com o indivíduo buscando encontrar a solução mais adequada para sua condição, além de mudar as representações preconceituosas e ter mais alteridade e conhecimento acerca do assunto. É necessário rever e questionar o ensino de enfermagem na saúde mental, refletindo sobre a prática recorrendo a novas estratégias de ensino e de assistência que favoreçam essas competências aos futuros profissionais.

RELATÓRIOS DE ENFERMAGEM: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA DE APRENDIZADOS E SUAS IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

Andyara Forin Paes, Deisy Adania Zanon, Lucienne Gamarra Esmi, Rafaela de Souza, Patricia Delamare Cardoso de Oliveira, Juliane Corrente da Silva, Simone Sousa Oliveira Fonseca

Palavras-chave: enfermagem, educação em enfermagem, ética em enfermagem, registros de enfermagem

Este trabalho aborda a adequação dos relatórios de enfermagem com enfoque nas suas implicações éticas e legais. Objetiva implementar o relatório cronológico para a equipe de enfermagem de nível médio de um hospital estadual (o HRMS). O plano desenvolveu-se através de um projeto de extensão da UFMS, que utilizou as metodologias de apoio às equipes de saúde para enfermeiros baseadas no apoio Paidéia, proposto por Gastão Wagner. O projeto contou com a participação de enfermeiros de instituições públicas da rede municipal e estadual que atendem na atenção básica e hospitalar, e decorreu em cinco meses através de encontros presenciais mensais, destes surgiu a proposta de cada serviço aplicar a metodologia de apoio dentro de um trabalho escolhido pelos participantes do curso. Este trabalho contou com o método de roda desde o início, e o tema foi promover capacitação de registros de enfermagem da equipe de nível médio, assim, foi definido o piloto à equipe de enfermagem do setor de oncologia adulto do HRMS. O trabalho iniciou com estudo sobre o relatório de enfermagem cronológico e a os aspectos éticos e legais que regem os registros de enfermagem, posteriormente realizou-se uma avaliação dos relatórios da comissão de revisão de prontuários do serviço; além de contar com apoio do Conselho Regional de enfermagem local. Como metodologia buscou-se a participação coletiva, proposta pelo método Paidéia, as responsáveis pelo setor escolhido foram convidadas a integrarem o projeto recebendo o material usado e foram feitas rodas de conversa sobre como avaliavam os registros do setor onde trabalhavam e o que consideravam importante para adequá-los. A experiência promoveu um consenso em valorizar a necessidade em adequação

dos relatórios e implementar a forma cronológica de realizar o registro. Este novo grupo teve por objetivo incluir a equipe de enfermagem de nível médio na construção e melhoria dos registros. Organizou-se em cada período um integrante do grupo de metodologias junto à enfermeira do setor, para primeiro conversar em roda com a equipe para conhecer a compreensão que eles davam à adequação dos registros. Uma aula expositiva foi usada como apoio para integração dos grupos junto a um guia de bolso elaborado para o projeto. No decorrer da programação as integrantes do grupo passaram a usar em sua prática o novo modelo de relatório, assim como valorizaram a sistematização de assistência de enfermagem e a nova metodologia de apoio para ações de educação permanente, isso nos faz entender que aquilo construído é muito mais valorizado do que o que recebemos para cumprir; o ora proposto por Paulo Freire em sua obra Pedagogia da autonomia; e ainda possibilitou conversar com as equipes e ouvir opiniões e os pré-conceitos já existentes, e então puderam por si mesmos formalizar novas opiniões favoráveis ao processo de trabalho. Houve uma valorização pessoal dos participantes que e dessa forma concluímos que cada indivíduo tem sua singularidade, más que em um coletivo podem ser valorizadas e somadas para um bem único.

RELATOS DE UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE: O CASO DA FACULDADE DE CEILÂNDIA, UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Rodrigo Silvério de Oliveira Santos, Thamires Botelho Lopes

Palavras-chave: Educação em Saúde, Formação em Saúde, Multidisciplinaridade

O presente estudo é fruto do relato de experiência de formação nas graduações

em Fisioterapia e Saúde Coletiva sob uma abordagem multidisciplinar oferecida pela Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, cujo o caráter formativo é voltado para as ciências da saúde. A formação básica de todos os cursos do referido campus perpassa pela dinâmica de turmas e disciplinas comuns à todos os graduandos até o quarto semestre, com abordagens de diversas áreas do conhecimento, desde as ciências humanas e sociais até as ciências biológicas e exatas. Foi feita a junção da percepção de uma estudante de Fisioterapia e um estudante de Saúde Coletiva para que a partir das experiências individuais em cursos diferentes se conseguisse chegar a um compilado de fortalezas e fragilidades no modelo implantado pela UnB. Constatou-se que a abordagem multidisciplinar configura um avanço na formação em saúde, garantindo que os futuros profissionais estejam em consonância com o que é pregado na doutrina do SUS, ao passo que a formação técnica e humanística caminham paralelamente nessa experiência. Também foram evidenciados alguns desafios para o pleno cumprimento da meta de uma formação diferenciada, entre os pontos a serem trabalhados, se destaca o de criar novas estratégias de atração dos estudantes dos diferentes cursos para áreas que tradicionalmente não são abordadas no ensino técnico e peculiar de cada profissão. Considera-se que esse tipo de relato contribui para o conhecimento de um método de ensino inovador e desafiador que pode contribuir com outras instituições nas suas abordagens de ensino.

RENASCENDO DAS CINZAS: O RESGATE DO SONHO DE SER EDUCADORA A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE FACILITAÇÃO NO PROJETO GESTÃO DA CLÍNICA NO SUS, DO HOSPITAL SÍRIO-LIBANÊS

Adélia Delfina da Motta Silva Correia, Leonardo Guirao Jr.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Processos Educacionais na Saúde, Aprendizagem Baseada em Problemas

APRESENTAÇÃO: O presente resumo relata a atuação como facilitadora do Projeto Gestão da Clínica no SUS, do Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP), do Hospital Sírio-Libanês (HSL), de São Paulo, em parceria com o Ministério da Saúde. METODOLOGIA: Tive diferentes experiências de facilitação no projeto: 2009-2010, Especialização em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde; 2012-2013 - Especialização em Regulação em Saúde no SUS; 2012-2013 e 2013-2014 Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS. Essa vivência, desde 2009, permitiu que eu aprendesse mais sobre aprender e ensinar, resgatando o sonho de ensinar na graduação. Além do contato direto com diferentes metodologias ativas, evidenciou-se que todo o professor da área da graduação em saúde deve estar ciente de que o ponto de partida da organização dos serviços de saúde precisa ser mesmo a necessidade de saúde da população, portanto, também a formação precisa se basear nela. A cada encontro, evidenciava-se a necessidade de buscar (re)construir caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da Atenção Primária à Saúde (APS), recomendando a reorientação da formação, com o estímulo da atuação interdisciplinar multiprofissional, construindo um novo modelo pedagógico, capaz de equilibrar a excelência técnica e a relevância social, com métodos de ensino-aprendizagem centrados no aluno e desenvolvidos permanentemente, tendo a integração entre a universidade e os serviços de saúde como base. Na graduação ou na pós-graduação, os profissionais de saúde precisam (re) aprender sobre saúde no Brasil, o que implica em conhecer sobre as necessidades de saúde da população e também sobre os

novos modos de fazer saúde propostos pela organização do SUS. Por isso, é fundamental que professores e preceptores em saúde sejam (re)formados para conhecer estas necessidades e as capacidades de resposta a elas, especialmente com a integração ensino-serviço. RESULTADOS: A partir disso, pude refletir o quão são necessárias mudanças no processo de formação em saúde, que implicam no (re)encontro entre ensino e serviço, na criação de um espaço permanente de reflexão tanto sobre os processos de trabalho quanto sobre os de ensino-aprendizagem. Assim, resgatei em mim mesma, servidora do SUS há 20 anos, o desejo de estar na graduação, já que por muito tempo cheguei a pensar que meu sonho de ser educadora não passava de um ilusão, um engano. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os processos educacionais do Projeto Gestão da Clínica no SUS me ajudaram a enxergar a educadora sempre esteve em mim. Vi-me realmente renascendo das cinzas durante todos esses anos no Projeto. Nesse período de 2009 a 2014, ela, a educadora que sempre esteve em mim, ressurgiu das cinzas, como a ave mítica Fênix, e me encheu de forças e vontade de resgatar meu sonho. Percebi que não havia tempo a perder, ser educadora me faz feliz, e este curso me ajudou a ter certeza disso. Em 2014, passei no concurso para a Saúde da Família e Comunidade na Faculdade de Medicina da UFMS, e tenho podido ser educadora, contribuindo com a formação de novos médicos para o SUS.

RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E INTEGRALIDADE: O RELATO DO SERVIÇO SOCIAL

Tuane Vieira Devit, Rosana Maria de Lima, Lani Brito Fagundes, Xênia Maria Tamborena Barros, Vera Celina Cândido de Farias, Jaqueline Lima

Palavras-chave: integralidade em saúde, ação intersectorial

Apresentação: A Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (RIMS) configura-se como uma modalidade de pós-graduação lato sensu, caracterizada pelo ensino em serviço. O programa tem como objetivo especializar profissionais para que atuem em equipes de saúde de forma multidisciplinar. Nesse contexto, a inserção do Serviço Social em uma unidade de emergência de alta complexidade contribui diretamente para a integralidade e intersectorialidade¹ no cuidado ao paciente. Neste viés, o presente trabalho tem como seu objetivo analisar a contribuição do Serviço Social a partir do programa da RIMS, no campo de concentração Adulto Crítico, em relação à integralidade e intersectorialidade no cuidado ao paciente. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência realizado por quatro assistentes sociais, uma residente e uma estagiária em serviço social que atuam na emergência de um hospital universitário, situado no município de Porto Alegre, entre março e agosto de 2015. Resultados e impactos: Por meio da inclusão da RIMS, a intervenção do Serviço Social focada no conceito ampliado de saúde² potencializa a dinâmica multiprofissional e constrói possibilidades de articulação com o território no qual o paciente convive. Neste contexto, a participação desta equipe nas reuniões de rede intersectorial dos territórios permitiu uma extensão do cuidado, para além da atenção hospitalar. Esta estratégia vem potencializando e qualificando as ações dos serviços, integrando políticas de atenção básica à saúde, assistência social, educação, direitos humanos, entre outras, com vistas ao cuidado integral ao indivíduo. Além disso, as articulações em rede contribuíram para um maior enriquecimento de informações e conhecimentos profissionais, compartilhados com a rede inter e

intrasetorial. Considerações finais: Espera-se que este trabalho corrobore com as estratégias de intervenção multiprofissional. Compreende-se que as ações realizadas são de fundamental importância para a qualidade do atendimento prestado aos usuários dos serviços.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COMO DISPOSITIVO DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM SAÚDE: (TRANS) FORMAÇÃO DE UM FISIOTERAPEUTA

Josiane Moreira Germano

Palavras-chave: fisioterapia, formação profissional, residência multiprofissional

APRESENTAÇÃO: O SUS trouxe consigo mudanças na concepção de saúde, ampliando-a. Para tal, é importante que profissionais atentem-se às novas necessidades de saúde da população, (re) organizando aos modos de atuação convergindo para práticas multiprofissionais. A residência tem sido uma importante modalidade (trans) formadora que visa a ampliação do olhar sobre o processo saúde-doença e atuação com vistas a interdisciplinaridade. A formação do fisioterapeuta esta centrada na atuação individual voltada à doença, sendo a residência um dispositivo para desconstrução dessa lógica fragmentada. A partir desta perspectiva, este trabalho, tem o objetivo de descrever a experiência de uma fisioterapeuta residente em Saúde da Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Marília. METODOLOGIA: A residência está inserida nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município, e especialmente o residente em fisioterapia, integra uma das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a atuação deste profissional junto ao NASF esta pautada no

trabalho integrado e interdisciplinar. São realizados grupos terapêuticos e educativos, atendimentos individuais compartilhados, visitas domiciliares, espaços de educação continuada e permanente, preceptoria, entre outros. RESULTADOS: A integração com toda equipe tanto do NASF quanto das USFs possibilita encontros e trocas de saberes, construção de práticas voltadas ao apoio matricial explorando as duas dimensões desta ferramenta. Desta forma, a residência multiprofissional consolida como importante dispositivo na mudança de formação, aprendizado coletivo, compreensão da realidade social dos territórios e olhar ampliado para o processo saúde doença. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Essas experiências contribuem para mudanças na prática do fisioterapeuta e a sua importância neste cenário, trabalhando na lógica da integralidade, participando de momentos de aprendizagem coletiva.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA AÇÃO EM SAÚDE EM UMA COMUNIDADE RIBEIRINHA NO ARQUIPÉLAGO DO MARAJÓ NO ESTADO DO PARÁ

Sidney de Assis da Serra Braga, Aline do Socorro Braga Figueiredo, Keith Suely de Almeida Mendes, Maria Luiza Leitão Cavaleiro de Macedo, Stéfany Cristina Góes da Silva, Jéssica de Nazaré Barbosa Teixeira, Gabriella Araújo de Souza, Jéssica Brenda de Oliveira Guedes

Palavras-chave: Residência Multiprofissional, Ribeirinhos, Pará

APRESENTAÇÃO: A Estratégia Saúde da Família (ESF) como novo modelo de assistência, incorpora recursos humanos e tecnologias em novas práticas de saúde. Assim, para os trabalhadores em saúde propõe-se a reconstrução das relações entre as equipes multiprofissionais e a

comunidade, levando em consideração a interdisciplinaridade, trazendo junto à participação intersetorial e da gestão. OBJETIVO: Descrever a experiência de ensino-serviço-extensão dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina da Família e Comunidade da Universidade do Estado do Pará (UEPA) em uma ação em saúde a uma comunidade ribeirinha no arquipélago do Marajó/PA. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: A ação foi realizada na Vila do Piriá, município de Curalinho, localizado a 11 horas em via fluvial da capital Belém. Os residentes eram: 2 fisioterapeutas, 2 enfermeiras e uma médica. Além dos residentes, a equipe era composta pelos outros integrantes do Projeto de Extensão. A ação foi dividida em 3 momentos: 1º - planejamento e logística; 2º - atendimentos à comunidade: consultas médicas, de enfermagem, de fisioterapia, vacinação, avaliação física e educação em saúde; 3º - reunião com a equipe para construção do relatório das atividades. O local da ação foi na escola e no posto de saúde da comunidade. Esperava-se um grande fluxo de pessoas para a ação. RESULTADOS: Houve grande fluxo de demanda da população, com grande carência dos serviços de saúde na região, além da peculiaridade do acesso em virtude da localização da região, visto que o acesso à mesma se dá somente pela via fluvial. É interessante relatar a participação da gestão local, assim como dos profissionais da localidade, assim como a interação comunitária frente às orientações e o reconhecimento dos mesmos com relação à ação da Universidade, mediante a avaliação dos relatos das necessidades e elogios que a iniciativa da universidade recebeu da comunidade. Os residentes conseguiram desenvolver de forma ampla as habilidades e competências profissionais. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A experiência trouxe novas reflexões sobre o processo saúde/doença/cuidado. Trouxe melhora

no aprendizado através dos atendimentos, troca de saberes e experiências. Além disso, foi percebido o quanto é proveitoso o trabalho multiprofissional e interdisciplinar na ajuda à comunidade, percebendo a atuação de cada profissional frente aos desafios da ESF e Atenção Básica da Saúde.

RESSIGNIFICANDO A HIGIENE PESSOAL A PARTIR DE CONCEITOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE ESCOLAR: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR NA ESCOLA MUNICIPAL JORGE AMADO DE FOZ DO IGUAÇU, PARANÁ – BRASIL

Mariana Rey Varela, Carmen Justina Gamarra

Palavras-chave: promoção da saúde escolar, interdisciplinariedade, saúde coletiva

O objetivo proposto pelo projeto de extensão universitária (Proex-Unila), “Saúde e higiene pessoal nas escolas: a educação como instrumento de promoção à saúde”, é discutir e trocar saberes com toda a comunidade acadêmica sobre a importância de contar com hábitos saudáveis coletivos e individuais a partir da ressignificação desde a Saúde Coletiva e a Promoção da Saúde Escolar, de uma das práticas mais tradicionais da Saúde Pública e a Saúde Escolar, como é a higiene. É de conhecimento científico acadêmico que independentemente de todos os esforços realizados até o momento para desconstruir o paradigma higienista como prática da educação e saúde, ainda ele é muito presente nas propostas de ações e intervenções escolares. É por esse motivo que o nosso grupo de trabalho pretendeu assumir o desafio de discutir sobre o que é higiene, tendo em vista a construção cultural, social e histórica, tirando o foco do individual para passar a uma discussão mais ampla sobre a sua relevância como prática cultural e coletiva na sociedade de hoje. Foi necessário estabelecer uma

rede de parcerias, na qual contamos com a colaboração de diversos profissionais e estudantes avançados de diversas áreas de conhecimento: artes, história, ciências sociais, antropologia, educação física, ciências biológicas, nutrição, odontologia, enfermagem, veterinária e saúde coletiva. A metodologia foi baseada num trabalho de oficinas e atividades de fixação sobre seis eixos temáticos: diversidade cultural e construção social e histórica do conceito de higiene, saúde bucal, higiene de coluna e postura, cuidado pessoal na infância, saúde ambiental e higiene dos alimentos. Desde o primeiro momento do planejamento das ações, as atividades foram desenvolvidas em conjunto com a escola e integrantes das famílias, isso faz parte de uma estratégia que visa uma mudança a longo prazo e que envolva o entorno social das crianças. Fizeram parte da intervenção o 100% das turmas da escola dos dois turnos, inclusive as classes especiais, e o período de trabalho foi durante todo o ano 2015. A partir do desenvolvimento das atividades deu para perceber que as temáticas eram sensíveis e atrativas para todos os participantes porque conseguiu-se atingir as principais demandas e dúvidas, tanto como fomentar o debate e a troca de saberes sobre os temas. Foi fundamental a participação ativa dos diversos profissionais convidados, sendo que a partir de seus olhares e habilidades, deram um grande aporte para que o processo flua muito animadamente. O processo de desconstrução e sensibilização sobre diversos preconceitos sobre higiene e saúde, assim como de outras índoles (gênero, étnico, racial) foi iniciado, e consideramos que obtemos bons níveis de aderência ao programa. Isto apareceu tanto nos trabalhos que foram construídos como atividades de fixação, como nas devolutivas orais dos participantes. A importância da continuidade de práticas de saúde que fomentem a discussão e desconstrução no espaço escolar, foram o maior aprendizado desta experiência.

RESUMO DO RELATO DE EXPERIÊNCIA DE MONITORAS DA DISCIPLINA SAÚDE E CIDADANIA: ENSINO EM SAÚDE: VIVÊNCIAS QUE TRANSFORMAM OLHARES

Ingrid Cristina Silva de Oliveira, José Jailson de Almeida Junior, Rebekka Fernandes Dantas

Palavras-chave: ensino, aprendizado, monitoria

Pensar no processo de ensino/aprendizado é mais complexo do que muitos pensam, a graduação por si só tem uma estrutura imediatista e muito escassa no que se diz respeito à troca de conhecimento, experiência e vivência no âmbito profissional, no entanto, para suprir essa necessidade existem os projetos de pesquisa, extensão e monitoria. Este relato tem como objetivo fazer um compilado da prática de monitoria da disciplina de Saúde e Cidadania – SACI - componente curricular dos cursos de Nutrição, Fisioterapia, Enfermagem e Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairí (FASICA), campi UFRN, na cidade de Santa Cruz - RN. A monitoria oferece ao aluno a oportunidade de desenvolver capacidades e habilidades, além de lapidá-las e aprimorá-las, que outrora na graduação não seria possível, responsável também pelo favorecimento da interação discente/discente e inserção do graduando no processo de iniciação a docência. A disciplina tem como estrutura uma proposta diferenciada e até inovadora – onde tem como estrutura a integração das três ações de ensino, pesquisa e extensão - onde os alunos acompanhados dos docentes e monitores são redistribuídos em subturmas onde se tem todos os cursos agregados por um só objetivo de ir até um dos bairros da cidade previamente definidos, para conhecer a realidade e vivência da população local no âmbito de saúde e cidadania. Os grupos contam com o apoio

e colaboração dos agentes comunitários de saúde, já que não por acaso, o local base de observação é a Unidade Básica de Saúde daquela localidade. O papel do monitor é direcionar e facilitar a reflexão e absorção da realidade que é visualizada nas várias visitas domiciliares e caminhadas pelo bairro, no fim das visitas e diversas explorações da região orientá-los no momento de planejamento e execução de uma intervenção em saúde no tema elencado mais imediato e acessível. Os critérios e métodos de avaliação nessa disciplina são aplicados tanto na observação do docente, na atuação do discente no decorrer das visitas e sua aplicação da intervenção, como principalmente o desenvolvimento de um portfólio, onde deverão conter não só os relatos descritivos, mas também, incluindo reflexões e explicações do que foi retido pelo aluno. Entende-se desta forma, a importância da monitoria nesse processo de desenvolvimento humano/científico já que se agregam valores não somente técnicos como também sociológicos, principalmente quando se parte do pressuposto de que o aluno que se dedica à monitoria de SACI já se identifica com a vertente da metodologia desde sua vivência na disciplina, além disso, a experiência na monitoria aprimora ainda mais as habilidades de trabalhar em grupo, liderar grupos, refletir e discutir sobre princípios e valores, e entender um pouco mais sobre os processos de saúde e doença.

REVISÃO INTEGRATIVA ACERCA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO INDÍGENA

Gessiani Fátima Larentes, Vivian Breglia Rosa Vieira, Vanessa da Silva Corralo, Jaqueline Veschenfelles, Elenice Segala, Suzana Marta Zarychta, Adriana Foresti, Sidvan da Silva

Palavras-chave: Saúde Indígena, PET-Saúde, Revisão Integrativa de Literatura

INTRODUÇÃO: As atividades de educação em saúde desenvolvidas no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde): Redes de Atenção à Saúde da População Indígena da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ) em parceria com a Secretaria de Saúde do município de Chapecó/SC estão voltadas para as duas comunidades indígenas. Antes da realização de qualquer ação educativa, o grupo PET-Saúde faz estudos prévios sobre os temas que serão trabalhados junto à população em questão. Foi a partir do planejamento de uma dessas atividades que se notou a necessidade de aprofundamento teórico sobre a saúde da população indígena. **OBJETIVO:** Apresentar parte da revisão integrativa acerca da saúde da população indígena realizada pelo grupo PET-Saúde. **METODOLOGIA:** Seguiram-se, para realização da revisão integrativa de literatura, os pressupostos de Ganong: identificação do tema e escolha da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; seleção de amostra; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; organização das informações em formato de tabela; análise e discussão dos resultados. A realização do estudo foi norteada pela questão: “o que a literatura científica apresenta de publicações acerca da saúde da população indígena, no período de 2009 a 2013?”. A busca por publicações se deu na Biblioteca Virtual em Saúde, por meio da consulta utilizando-se o termo: “saúde da população indígena”. A seleção da amostra deste estudo foi feita a partir de leitura por pares. Os artigos incluídos na revisão integrativa de literatura alimentaram uma matriz elaborada para organização e análise dos dados. **RESULTADOS:** As publicações selecionadas para compor a amostra total do estudo foram organizadas, para análise, em quatro categorias temáticas: doenças parasitárias, nutrição da população indígena, fecundidade das mulheres

indígenas e incidência de tuberculose na população indígena. Tanto na categoria “doenças parasitárias” quanto a categoria “nutrição da população indígena” foram selecionados 5 artigos para análise do grupo. Já as categorias “fecundidade das mulheres indígenas” e “incidência de tuberculose na população indígena” contaram com quatro e dois estudos, respectivamente. O grupo, a partir do estudo dos artigos, pode entender parte da dinâmica do processo saúde-doença de comunidades indígenas. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que os estudos teóricos prévios fornecem subsídios, trazidos por diferentes autores, que facilitam o processo de planejamento e execução das ações de educação e promoção da saúde das comunidades indígenas envolvidas no projeto do PET.

RODA DE CONVERSA PARA GESTANTES VINCULADAS À UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lais Fernanda Alves dos Santos, Camila Tozaki Rodrigues, Priscila Maria Marchetti Fiorin, Eliane Fagundes de Almeida, Simone Cristina Barbosa Gonçalves

Apresentação: O período de gestação de uma mulher traz consigo expectativas, idealizações, incertezas, mudanças e medos fortemente influenciados pela sua cultura. Além de ser um período que pode trazer riscos a vida da mãe e da criança que esta se formando. Considerando a educação em saúde como base, principalmente, da Atenção primária nos serviços de saúde, é primordial que uma equipe multiprofissional desenvolva ações individuais e coletivas a essas mulheres, a fim de se ter o acompanhamento e desenvolvimento deste período de forma segura e saudável. Sabendo, então, que esta gestante procurará como também se apoiará nos serviços prestados pela

Atenção primária à saúde, é importante que ela também encontre nesta Atenção um espaço de trocas de experiências, este se tornará um cenário favorável para que cada participante enfrente situações de mudanças no seu cotidiano e vida. Além, da aproximação da equipe de saúde com a realidade desta mulher e da sua gestação. Desse modo, foi realizado um trabalho em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campo Grande-MS, cujo objetivo foi implementar a roda de conversa para as gestantes usuárias do serviço daquela unidade. Descrição da experiência: A formação deste grupo se deu por meio de um planejamento, norteado pelas seguintes ações: realizar uma busca ativa das mulheres que se encontram no período de gestação ao puerpério (para realização destas trocas de experiências), mas que sejam usuárias dos serviços da unidade; distribuir as equipes responsáveis por cada encontro; elaborar de temas chaves para os momentos de trocas de saberes; definir de dia e hora para a realização da roda de gestantes, elaborar o material que será trabalhado no primeiro encontro; confeccionar convites e banner para divulgação; e telefonar para as mulheres convidadas, a fim de reforçar a importância da participação delas na roda de conversa. Resultados e/ou impactos: Todas estas ações realizadas contribuíram para que fosse implementado na UBS um grupo de gestantes que desenvolveria por meio da roda de conversa a discussão, a troca de saberes e a ampliação do conhecimento relacionado à fase em que se encontravam, tanto de forma individual como no coletivo. Por se tratar da implementação, ou seja, o início do grupo, apesar de ter poucas mulheres em nosso primeiro encontro, as que estavam presentes demonstraram interesse em participar e em convidar colegas que vivenciam esta mesma fase a participarem dos próximos encontros. Tal interesse despertou o olhar da equipe, quanto à importância de estratégias como

esta na atenção a saúde da comunidade. Considerações finais: Fica explícita que a roda de conversa é uma excelente estratégia para fortalecer o vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde. E também para se realizar uma ação educativa, pois além de colaborar na educação estruturada, por meio de diálogos, trocas de experiências profissionais e nas vivências dos participantes; possibilita o participante expressar seus anseios, dúvidas e saberes sobre determinado processo dessa vivência.

RODA DE CONVERSA" COM CHÁS MEDICINAIS: UMA TERAPIA COMPLEMENTAR EM EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE

Adriana Ferreira de Menezes, Lucianna Leite Pequeno, Giselle Cavalcante de Oliveira Pessoa, Maria Luíza Rocha Barreto de Carvalho, Gemimma de Paiva Rego, Risolinda Rodolfo de Sá Batista, Patricia Soares Cavalcante

Palavras-chave: roda de conversa, educação popular, plantas medicinais, idosos

Introdução- O conhecimento popular sobre o processo saúde-doença e suas diversas formas de manifestação, deve ser valorizado, atualizado e disseminado, com a necessidade do estabelecimento de uma interação entre o conhecimento popular e o científico. O objetivo desse trabalho é relatar a experiência com Educação Popular em Saúde (EPS), utilizando a "Roda de Conversa" associada ao uso de plantas e ervas medicinais, em um grupo de idosos do município de Fortaleza - CE. Realizada por alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família (RENASF/UFC), em parceria com as "Cirandas da Vida", um grupo de EPS. **Método-** Com as plantas e ervas medicinais no centro da roda, a discussão em grupo foi aberta, com estímulo ao

diálogo dos participantes, reflexão e troca de experiências e conhecimentos sobre a temática. Foi feita a relatoria e avaliação da atividade, e servido chás de plantas medicinais, acompanhado pela ciranda de roda. **RESULTADOS:** Participaram 14 idosos, cada participante expôs sua opinião sobre a vivência e as falas foram bastante positivas e muitas expectativas foram criadas para que outros encontros como esse acontecessem novamente. A experiência foi rica e trouxe aprendizado para todos os sujeitos envolvidos, mostrando-se satisfeitos com o impacto da ação de EPS realizada. **Conclusões:** Acredita-se que o uso da plantas medicinais vinculadas ao saber popular é fundamental para garantir a segurança e eficácia como terapia complementar, resgatando e potencializando o conhecimento tradicional. Recomenda-se ampliar a visão de gestores, profissionais da saúde e pesquisadores para esse tema com implicações em práticas dialógicas, solidárias, participativas, complementares, interdisciplinares e intersetoriais, comprometidas com o cuidado qualificado e a EPS.

SAÚDE COLETIVANA FONOAUDIOLOGIA: DA FORMAÇÃO À AÇÃO NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Andrea Wander Bonamigo

Palavras-chave: Fonoaudiologia, atenção primária, formação

APRESENTAÇÃO. Com a perspectiva de vivenciar e qualificar as ações na Atenção Primária no processo de ensino-aprendizagem na graduação de um curso de Fonoaudiologia reconheceu-se como potencial a implantação de campos de estágio na rede de serviços contemplando assim a proposta de integração ensino-serviço-comunidade em um Distrito

Docente Assistencial, território em que os conteúdos acadêmicos e dos serviços, devem ser desenvolvidos em atendimento às necessidades da população, implicando a redefinição do sistema formador e do prestador de serviços. O objetivo desse relato foi descrever a implantação do estágio curricular do Curso de Fonoaudiologia de uma universidade do sul do país nas unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família, em uma Equipe de Saúde Especializada na Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (ESSCA) e em um Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF). **Desenvolvimento.** O estágio foi implantado no início do ano de 2010 e incorporado inicialmente nas unidades de saúde tradicional e nas unidades de saúde da família. **Resultados.** A atuação fonoaudiológica no campo da saúde coletiva tem como norteadores a promoção da saúde da comunicação, prevenção dos distúrbios da comunicação humana e na reabilitação dos agravos. O apoio matricial em Fonoaudiologia vem afirmar nova proposição, potencializando o número de profissionais capacitados que possam atuar na perspectiva de compartilhar saberes comuns a todas as áreas do conhecimento. A vivência está oportunizando que o aluno aprenda a respeito das demais áreas e ao mesmo tempo também atue em sua área nuclear. Atualmente verifica-se o grande número de encaminhamentos desnecessários advindos das unidades de saúde, motivo pelo qual se está revendo o processo de trabalho dos acadêmicos. Além disso, o estágio está em um processo de incrementar a experiência do fonoaudiólogo no trabalho em equipe e na realização do apoio matricial, assim como na identificação e intervenção sobre as situações de risco e na construção de ações interdisciplinares e intersetoriais. No que se refere à formação generalista do fonoaudiólogo alguns desafios se delineiam

como provocadores a saber, a readaptação do Processo de Trabalho na ênfase de critérios de risco em Fonoaudiologia; a construção de fluxogramas orientadores e o estabelecimento de parcerias intersetoriais. **Considerações Finais.** As experiências vivenciadas nos cenários de práticas no campo da Saúde Coletiva têm sido exitosas e repercutem ao longo de toda a formação dos alunos.

SAÚDE DA CRIANÇA E SITUAÇÕES DE RISCO E VULNERABILIDADE: EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DE ACADÊMICOS DE MEDICINA EM ESTÁGIO DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE-MS

Heron Leal Farias, Elizete da Rocha Vieira de Barros, Adélia Delfina da Motta Silva Correia, Débora Emiko Aoki Mascarenhas, Irineu Farina Neto, Carolina Donaire Souza, Thiago Scheeren de Souza

Palavras-chave: Educação Médica, Visita Domiciliar, Estratégia Saúde da Família

APRESENTAÇÃO: Este resumo trata da experiência de um grupo de acadêmicos no estágio da disciplina de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, do 4º ano do Curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Famed-UFMS), na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Maria Aparecida Pedrossian, em Campo Grande-MS. Ela envolve discentes, docentes, preceptor do serviço, equipe de saúde e população adstrita. Nessa integração à Saúde da Família e Comunidade, a disciplina tem buscado oferecer visão integrada das diversas clínicas e níveis de atenção do sistema de saúde. A identificação de fatores de risco e vulnerabilidade individual das crianças e suas famílias foram norteadores para o primeiro contato

e a necessidade da visita domiciliar, elegendo para acompanhamento crianças reconhecidamente consideradas em risco pela equipe de saúde, com dificuldades de acompanhamento em situações cotidianas do cuidado. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** As atividades basearam-se em roteiros estruturados, debatidos teoricamente e executados na UBSF. Isso levou à abordagem de uma família com criança de 1a e 2m, sem consultas regulares na puericultura, com alteração na triagem auditiva neonatal, vacinas atrasadas, risco social e econômico, com drogadição e desemprego, e com relação morador/cômodo maior que 1 (Escala de Coelho e Savassi). As atividades foram desenvolvidas em visitas semanais, com a presença do agente comunitário de saúde (ACS). A cada atividade, havia a troca de informações com o preceptor para encaminhamentos para o caso. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** A visita domiciliar se revelou como potente ferramenta de cuidado, promovendo o reconhecimento do pouco interesse da mãe pelas consultas de puericultura, vulnerabilidade decorrente do ambiente de drogadição e conflito entre os pais, além de um intenso fluxo de pessoas no domicílio. Aconteceu o diálogo com a mãe para orientações relativas ao acompanhamento, utilizando o Cartão da Criança, praticamente sem preenchimento. Reforçou-se o vínculo, com a equipe e o ACS, fazendo com que a mãe colaborasse mais com as orientações e procedimentos necessários à manutenção da saúde da criança. Também ocorreu agendamento de consulta com Fonoaudiólogo para nova avaliação auditiva da criança. Apesar de a puericultura não estar regular, o calendário vacinal foi atualizado, fato que, para a equipe, é visualizado como positivo decorrente desta sensibilização e interesse da mãe. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A importância da identificação destas famílias e a realização da visita domiciliar possibilitam

a melhor contextualização do problema e o conhecimento das concepções da família acerca do cuidado com a criança. A equipe foi fundamental, destacada a interação com o ACS, elo com a família, que possibilitou a horizontalidade requerida. Permitiu também aos acadêmicos e equipe refletirem sobre questões de grande repercussão na saúde da criança, como violências e acidentes, explicitando fatores de proteção a serem trabalhados. A equipe, através da abordagem familiar realizada também se envolveu, percebendo a importância de reforçar a promoção e a prevenção, sugerindo o aumento do número de visitas, bem como ampliando a possibilidade de acionar um leque de profissionais que poderão prestar assistência, considerando a construção de projetos terapêuticos singulares para atender núcleos familiares como este.

SAÚDE DA MULHER: AGIR EDUCATIVO PARA GESTANTES ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ana Cely de Sousa Coelho, Franciane de Paula Fernandes, Sheyla Mara Silva de Oliveira, Jessica Clintiane Corrêa da Silva, Erika Fonseca de Sousa, Lara Suellen Bezerra Lopes, Thâmera Jacqueline de Oliveira Rocha, Thamires Pinheiro Guimarães

Palavras-chave: Educação em Saúde, Enfermagem Comunitária, Gestantes

INTRODUÇÃO: A gravidez é um processo fisiológico que gera mudanças no âmbito físico, psicológico e social da mulher. Por isso, houve o interesse de conhecer e sensibilizar as gestantes que realizam as consultas de pré-natal em uma unidade básica, através de uma ação educativa em saúde. **OBJETIVO:** Relatar a experiência do agir educativo para gestantes cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de Santarém-PA. **METODOLOGIA:**

Estudo descritivo do tipo relato de experiência desenvolvido por acadêmicos e docentes da Universidade do Estado do Pará – Campus XII. **RESULTADOS:** A atividade educativa iniciou com a apresentação da equipe de acadêmicos e docentes junto ao grupo de gestantes. Posteriormente, foi realizada uma dinâmica, na qual foram distribuídas targetas de papel e canetas para a descrição em uma única palavra que expressasse como elas sentiam-se durante esse período ímpar, que é a gestação. As orientações de saúde foram de acordo com as informações contidas na nova caderneta das gestantes. Percebeu-se a participação parcial das mulheres durante a roda de conversa, principalmente quando foi realizada a dinâmica, na qual se evidenciou que seis delas (85,7%) estavam felizes diante da gravidez e apenas uma (14,3%) encontrava-se insatisfeita. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência foi bastante positiva proporcionando a importância do agir educativo do enfermeiro (a) voltado para a saúde da mulher com ênfase à gestante, no intuito de esclarecer dúvidas e curiosidades existentes quanto ao período gestacional.

SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS: CONHECER E CAPACITAR ATORES DA SAÚDE PARA DESENVOLVER ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE FATORES RISCOS NOS AMBIENTES DE TRABALHO EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO SUDOESTE DA BAHIA

Ricardo de Azevedo Vieira, Luis Rogério Cosme Silva Santos, Leila Silva Correia, Weltima Texeira Cunha, Daniela Almeida de Jesus Silva

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Riscos ocupacionais, Promoção da saúde

APRESENTAÇÃO: Os agravos relacionados ao trabalho constituem-se em um grave problema de saúde pública, sendo

associados com a incapacidade laboral e o absenteísmo no Brasil. Na Bahia, observa-se cenário semelhante com elevadas taxas de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais. O cenário convoca ações de promoção, controle e prevenção de riscos existentes nos ambientes e processos de trabalho nos diversos territórios. Este projeto tem como objetivos diagnosticar o potencial técnico-operacional das redes locais de saúde e capacitar os atores sociais da saúde que atuam nos municípios da microrregião Sudoeste da Bahia para a identificação de fatores de risco ocupacionais, diagnóstico, notificação e prevenção de agravos relacionados ao trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), visando o fortalecimento das ações regionais de Vigilância a Saúde do Trabalhador (VISAT). **DESENVOLVIMENTO (MÉTODO):** Trata-se de um projeto de extensão do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, iniciado em janeiro de 2015, com duração de um ano, desenvolvido em parceria com a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), Núcleo Regional de Saúde (NRS- Sudoeste) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). Foram contemplados três municípios conforme os seguintes critérios: possuir equipe de vigilância sanitária e epidemiológica implantadas, com trabalhadores efetivos, e que notificaram agravos ocupacionais no SINAN no biênio 2013-2014. O projeto foi estruturado em quatro etapas, posteriormente a apresentação in loco de seus objetivos e metas aos gestores municipais para a celebração do termo de aceite: a) Identificação da capacidade técnica-operacional; b) Mini-curso sobre ST, com ênfase nos aspectos históricos e conceituais; c) palestra sobre Sistema de Informação em ST na rede SUS; d) oficinas de mapeamento de risco em ambientes de trabalho, realizadas em dois momentos (módulo teórico e prático). Utilizou-se na

capacitação a abordagem baseada em problemas. RESULTADOS: Preliminarmente, foram realizadas três etapas do projeto nos municípios, sendo capacitados cerca de 70 atores, representando diversos setores e os três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Na fase atual, observa-se o alcance gradativo dos objetivos e metas estabelecidos, a partir da interação e integração dos atores ao projeto de extensão. Além disso, confirma-se a necessidade de fortalecimento das ações em ST nos municípios selecionados, em face das demandas locais evidenciadas no transcurso da capacitação, no que concerne a promoção da saúde e a prevenção de agravos relacionados ao trabalho.

SAÚDE E VULNERABILIDADE: O OLHAR DE UMA RESIDENTE MULTIPROFISSIONAL

Malviluci Campos Pereira, Thayane Martins Dornelles, Elisângela Dornelles Coffy, Luciana Barcelos Teixeira

Palavras-chave: Residências em Saúde, Vulnerabilidade

APRESENTAÇÃO: A residência multiprofissional em saúde é considerada uma modalidade de pós-graduação *latu sensu*, com duração de dois anos, criada a partir da promulgação da Lei 11.129 de 2005¹, e tem como característica a formação em serviço, a partir da aprendizagem pela prática cotidiana que integra a política nacional de educação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Este modelo de residência é realizado em instituições de saúde, com a supervisão de profissionais da instituição, com o objetivo de formar profissionais capacitados para atuarem no SUS com base na atenção integral do sujeito. O presente relato tem

como objetivo demonstrar o olhar de um profissional de saúde em formação para as questões de vulnerabilidade e como estas estão relacionadas ao processo saúde-doença. Para isto, tomaremos como referência os textos de Ayres, considerando a vulnerabilidade como um conceito associado ao conjunto de comportamentos individuais, sociais e coletivos além da disponibilidade de recursos que podem resultar em suscetibilidades à saúde. METODOLOGIA: Este estudo é um relato de experiência vivenciado por uma enfermeira residente na UTI neonatal de um hospital público no município de Porto Alegre. Desenvolvimento do trabalho: A proposta desta escrita se deu a partir do acompanhamento de um recém-nascido prematuro extremo e sua mãe, ao longo da internação. Neste caso assistia-se o recém-nascido em suas complicações relacionadas à prematuridade e o tratamento para sífilis e HIV. Além disso, foi necessário o apoio social da mãe do recém-nascido, que contava com apenas seus filhos mais velhos e uma irmã, pois no momento da internação estava em conflito com o pai do RN e também desempregada. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: A partir de um olhar sobre o caso de um recém-nascido e sua mãe percebeu-se que os eixos de vulnerabilidade descritos por Ayres – individual; social e programático- perpassam a realidade de diversos dos casos acompanhados e/ou atendidos numa UTI Neonatal. Contudo as questões de vulnerabilidade muitas vezes são tão complexas que os profissionais da saúde parecem ter receio de trabalhá-las ou mesmo identificá-las. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Entender o conceito de vulnerabilidade permite repensar sobre as práticas de saúde de maneira crítica e dinâmica. Esta residência tem proporcionado que o profissional em formação tenha a oportunidade de refletir sobre as diversas questões relacionadas

à vulnerabilidade. Através desta ênfase, pretende-se desenvolver um olhar sensibilizado e crítico, articulando os serviços da rede de saúde e/ou socioassistencial e enfatizando a importância do trabalho interdisciplinar.

SAÚDE MENTAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO JARDIM TARUMÃ: ABORDAGENS MOTIVACIONAIS

Juliana Câmara, Daniela Dantas, Pâmela Reichel, Rafaela Maran, Ana Carolina Duarte, Daniela Miranda, Rafael Francisco

Palavras-chave: saúde mental do trabalhador

APRESENTAÇÃO: Durante o ano de 2015, o setor da saúde encontrou diversas barreiras para o seu completo funcionamento. A crise econômica nacional atingia as diversas instâncias governamentais, o município sofria com problemas em gestão financeira e, por de trás de todas essas instâncias, sobressaíam profissionais de saúde descontentes e desmotivados com a situação. Sem, contudo, desistidos do porquê de sua escolha profissional. Por meio da convivência com esses profissionais ao longo do primeiro semestre do ano, no estágio realizado pelos acadêmicos de medicina, da Universidade Uniderp, durante o módulo de Programa Interdisciplinar de Ensino-Saúde-Comunidade (PINESC II), optou por atuar em um plano de ação baseado na saúde mental desses profissionais a fim de sensibilizá-los quanto à importância de sua atuação na equipe e junto à comunidade. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O plano foi executado na Unidade Básica de Saúde da Família Dr. Emílio Garbeloti Neto, bairro Jardim Tarumã, município de Campo Grande, MS, durante o mês outubro de 2015, por meio de três encontros com todos os profissionais da Unidade. Inicialmente, realizou-se a

aplicação do teste psicofísico Burnout para triagem da incidência de estresse entre os profissionais, e em seguida, os acadêmicos com o apoio de professores do curso de medicina, desenvolveram oficinas de trabalho por meio de metodologias participativas, nas quais se empregaram práticas de alongamento, dinâmicas interpares, palestras e apresentação de vídeos, nos quais os acadêmicos entrevistaram a população residente no bairro e essa expressou reconhecimento sobre os servidores da saúde. RESULTADOS PARCIAIS: Para o teste psicofísico de Burnout, observou-se que 79% dos profissionais referiram sentir-se esgotados emocionalmente, pelo menos uma vez ao longo do ano. Os efeitos percebidos decorrentes do primeiro encontro foram resumidos pelos profissionais nas seguintes palavras: motivador, descontraído, divertido e saudável. Ao final, uma das profissionais o definiu como compartilhamento de vínculos, justamente o objetivo idealizado pelo grupo de acadêmicos. Dessa forma, as expectativas para as reuniões vindouras baseiam-se na possibilidade de fortalecer esse perfil incentivador e, principalmente, trazer a melhoria para a comunicação interpessoal e conseqüentemente do processo de trabalho da equipe com a comunidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Embora a complexidade da problemática mental do trabalhador da saúde seja realmente abrangente, é imprescindível uma nova ótica sobre o biopsicossocial daqueles que promovem o bem-estar da população. Sendo assim, pôde-se constatar que os profissionais têm participado ativamente das oficinas e demonstrado interesse em mudar seu processo de trabalho, pelo compromisso com a saúde da população por eles atendida.

SAÚDE NO CAMPO: ESTÁGIO INTERDISCIPLINAR DE VIVÊNCIA NA REALIDADE AGRÁRIA

Fernando Marcello Nunes Pereira, Cássio Henrique Alves de Oliveira, Cristina Camargo Pereira, Maria das Graças Freitas de Carvalho

APRESENTAÇÃO: O respectivo trabalho apresenta as atividades do estágio interdisciplinar de vivência (EIV) realizado em área de reforma agrária em parceria com movimentos sociais como o Movimento dos Trabalhadores sem Terra (MST). O estágio tem o enfoque na vivência do aluno na comunidade que o recebe. O objetivo do EIV é de integrar o aluno a comunidade garantindo conhecimento de forma prática e crítica sem nenhum método de intervenção. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O EIV é de caráter observacional e acontece em três etapas: Preparação, vivência e socialização. Ao todo o estágio teve duração de 21 dias com participação de 40 alunos de diversos cursos e cidades do Brasil. **RESULTADOS E IMPACTOS:** O estágio propiciou aos alunos aprendizado de forma prática, contribuindo para sensibilização e despertar de uma responsabilidade social com os povos tradicionais em especial povos do campo e da floresta. A cerca da saúde do respectivo assentamento observou algumas práticas de saúde baseadas na prevenção e tratamento de doenças. O assentamento do MST que fica a cerca de 40 km da cidade mais próxima não conta com unidade de saúde. A visita de agentes comunitários de saúde e esporádica e acontece para garantir assistência básica de saúde. Foi observada a supervalorização do saber popular na comunidade com prática de fitoterapia e outras práticas populares de saúde, muitas delas citadas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). A maioria das famílias cultiva ervas medicinais e os saberes herdados de seus

antepassados. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os saberes populares nas comunidades se fazem muito presente e às vezes se tornam a única forma de prevenção ou tratamento de algumas famílias assentadas. Com isso se vê a urgência na implementação de forma integral das políticas públicas de saúde voltadas aos povos tradicionais.

SAÚDE PÚBLICA ALÉM DAS FRONTEIRAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA CONCORDIA UNIVERSITY WISCONSIN, EUA

Arthur Antunes de Souza Pinho, Cláudio Claudino da Silva Filho, Christian B. Albano, L. Arneson, Michael Cottonaro li, Robert S. Burlage, Sued Sheila Sarmento, Susanne Pinheiro Costa e Silva

Palavras-chave: Formação Profissional, Currículo, Educação em Saúde

Disparar e aprimorar o interesse pela ciência é um dos objetivos do Programa Ciências Sem Fronteiras. O projeto tem em seu escopo contribuir com o desenvolvimento técnico e científico brasileiro através do intercâmbio de estudantes em diferentes países. Por meio desta iniciativa, universitários realizam aulas em universidades estrangeiras. A experiência também conta com um estágio supervisionado durante um período da mobilidade. A realização deste último pré-requisito depende do país de destino e da modalidade a qual o bolsista está contemplado. O período compreendido entre os meses de Maio e Agosto de 2015 possibilitou a troca de experiências entre o intercambista e uma Escola de Farmácia na Concordia University Wisconsin, Estados Unidos. O estágio possibilitou a imersão do graduando em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Vale do São Francisco, UNIVASF, no desenvolvimento de uma undergraduate degree em saúde

pública na universidade americana. A análise da literatura nacional e internacional nos EUA foi a principal metodologia utilizada no processo de elaboração do programa. Discussões de artigos e outros textos juntamente a prévia experiência do estudante vinculados a programas de iniciação científica no Brasil colaboraram com a elaboração da proposta. O curso contará com a associação de professores da Escola de Farmácia e de outros departamentos. O principal pilar deste novo programa será a imersão de discentes para o trabalho inserido na comunidade visando a reflexão e análise crítica do contexto social americano e sua interlocução com o processo saúde-doença. Essa experiência permitiu que o estudante pudesse conectar e ampliar os diferentes modelos de saúde pública. O Sistema Único de Saúde brasileiro também foi colocado no debate o que facilitou o câmbio entre contextos diferentes. Neste sentido, o SUS, seus valores e possibilidades contribuíram para o disparo de uma mudança no acesso e promoção da saúde em terras estrangeiras. É importante salientar que a ampliação e execução de projetos que buscam novas graduações e/ou programas em saúde pública na América são fundamentais quando a proposta de ensino objetiva o acesso e qualidade de vida. Isso é possível quando o ensino extrapola os limites da reprodução de conhecimento. Por fim, o intercâmbio possibilitou mais que um contato com outra cultura, ele provocou novas idéias de promover saúde ainda que em sociedades e realidades diferentes.

SAÚDE, (DE)FORMAÇÃO E POLÍTICA: OS LEGADOS DO VER-SUS PARA ENGAJAMENTO POLÍTICO DOS(AS) ESTUDANTES EM COLETIVOS DE CO-RESPONSABILIZAÇÃO SOCIAL

Adriana Carolina Bauermann, Camila Dervanoski, Fabiola Feltrin, Marcelo Verno

Schabarum, André Lucas Maffissoni, Thais Cristina Hermes, Larissa Hermes Thomas Tombini, Cláudio Claudino Silva Filho

Palavras-chave: Política, Formação Profissional, Saúde Pública

APRESENTAÇÃO: O projeto VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) tem como objetivo principal estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do sistema, e que se entendam como atores sociais e agentes políticos, capazes de promover transformações. Visa ainda despertar uma visão ampliada do conceito de saúde e oportunizar aproximações dos (as) acadêmicos (as) de diversos cursos (dentro e fora da saúde) com a realidade do SUS. O objetivo deste trabalho, portanto é relatar e refletir como as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) políticas são trabalhadas no VER-SUS Oeste/SC para com os (as) estudantes e de que modos isso se faz (ou não) prioritário na formação em saúde. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de um relato de experiência acerca de experiências no VER-SUS Oeste/SC, a partir de 3 edições (Julho de 2014, Janeiro e Julho de 2015), no qual se buscou pontuar o engajamento político dos estudantes em movimentos coletivos como: Centros Acadêmicos - CAs, colegiados de curso de graduação, DCE, conferências, movimentos sociais e movimentos estudantis, entre tantos outros e observar de que forma a graduação valoriza esse engajamento. **RESULTADOS:** A partir de relatos de viventes, antes (na candidatura para ingressar no VER-SUS), durante (ao longo da imersão de uma semana), e após (por relatos informais e encontros entre os "VER-SUSianos" das comissões organizadoras com os então profissionais egressos do projeto). Nota-se que o VER-SUS/Brasil é uma potente estratégia para despertar nesses estudantes

o real sentido dos movimentos sociais, bem como semear reflexões que modificam radicalmente o posicionamento daquele(a) estudante enquanto profissional e no seu engajamento como militante por um SUS de qualidade enquanto conquista histórica. Sendo a imersão viabilizada pelo projeto uma oportunidade de discutir o modelo de atenção preconizado desde a reforma sanitária e o realmente praticado, percebe-se que os estudantes que passaram em algum momento pelo projeto VER-SUS envolvem-se com afinco em questões de políticas públicas e movimentos sociais na saúde, e isso acaba por refletir tanto na vida pessoal quanto também durante a graduação em diversas situações. O Ver-SUS possibilita um pensar em conjunto, para o próximo, culminando em uma sensibilização dos envolvidos em relação ao outro, e instigando o rompimento do individualismo e competitividade produtivista, ainda impulsionada de forma velada (ou não) nos currículos universitários. São notórias e preocupantes como as discussões políticas são omitidas dos currículos, sendo apresentadas muitas vezes pela primeira vez para os (as) viventes na imersão. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Argumenta-se que esse envolvimento político constitui-se em um processo libertador e significativo de aprendizagem fora da zona de conforto da graduação, e a educação passa a se voltar para a participação social, como um instrumento de empoderamento, estimulando o envolvimento nas políticas públicas para a consolidação de um SUS equânime e universal. Por conseguinte, estratégias como o VER-SUS podem proporcionar aos (às) acadêmicos (as) um “novo” olhar para o mundo e as desigualdades sociais ao seu redor, estimulando o pensar e o agir de (futuros) profissionais críticos, reflexivos, criativos e sensíveis às demandas dos usuários do SUS.

SER TUTOR(A) EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE: PARTILHANDO VIVÊNCIAS DO PROCESSO FORMATIVO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ

Pedro Alves de Araújo Filho, Danielly Maia de Queiroz, Vanessa Calixto Veras Sanca, Pedro Renan Santos de Oliveira, Gisele Maria Melo Soares, Maria Rute Araújo Freitas, Nara Albuquerque Goes

Palavras-chave: Residência em Saúde, Educação Permanente, Formação de Trabalhadores da Saúde

As experiências envolvendo Residências Multiprofissionais em Saúde como estratégia de formação em serviço, têm acumulado relevantes conhecimentos sobre esse processo de ensino-aprendizagem, podendo contribuir para a qualificação dos trabalhadores que atuam na área da Saúde, além de constituírem-se em espaços de formação e conformação crítica, reflexiva e transformadora, para o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), através de processos de Educação Permanente em Saúde (EPS) que possibilite a afirmação do trabalhador no cotidiano do seu universo de trabalho e na sociedade em que vive. Objetiva-se partilhar a experiência de práticas pedagógicas relacionadas ao papel exercido pela tutoria no cotidiano do processo formativo do programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), ênfase em Saúde da Família e Comunidade, vinculada à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Desenvolvimento do trabalho: Os tutores do programa passaram por uma seleção pública realizada pela ESP-CE; todos eram egressos de Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e pertencentes às seis categorias profissionais presentes

na ênfase (enfermagem, odontologia, fisioterapia, psicologia, nutrição e serviço social). Como parte do processo tutorial, reuniam-se semanalmente para redefinir as atribuições que competiam à tutoria, relativas ao suporte pedagógico destinado a preceptores e residentes, tanto no que concerne à tutoria de campo quanto à de núcleo. O acompanhamento tutorial ocorria de modo presencial e à distância, nas seguintes atividades: organização e condução dos módulos presenciais, sendo garantidas Rodas Tutoriais; construção de material didático disponibilizados na plataforma Moodle (manuais, tutoriais e textos-base); acompanhamento in loco, através de visitas aos cenários de prática e, à distância, de atividades realizadas por preceptores e residentes; formulação e avaliação de atividades-produto que dialogam com as vivências dos territórios. Além das atividades como tutor de campo ou de núcleo, os tutores desempenhavam a função de referência municipal na perspectiva de apoio institucional e articulador entre a instituição formadora e as instituições executoras. Resultados: O papel exercido pela tutoria é complexo, pois a opção de implantar a Residência de maneira interiorizada requer um acompanhamento docente inovador e flexível, uma vez que atualmente temos profissionais-residentes vivenciando seu processo de trabalho em contextos diversos, distribuídos em diferentes municípios do Estado do Ceará. Além disso, a tutoria em conjunto com os coordenadores eram os responsáveis pela formação dos preceptores, sujeitos que desempenham um papel-chave nesse processo: exercer a docência em serviço. Considerações finais: Ser tutor nesse contexto, mostrou-se exercício docente desafiador e nos proporcionou vivências singularizadas, capazes de provocar mudanças nas estratégias de ensino-aprendizagem e nos modos de

cuidar. Almejávamos com esse processo tutorial, viabilizar o SUS-Escola, atuando como facilitadores no desenvolvimento de competências e contribuindo na produção de sujeitos com capacidade de intervir na realidade com o objetivo de transformá-la.

SIMULAÇÃO REALÍSTICA COMO UM INSTRUMENTO DE CAPACITAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Alessandra Carvalho dos Santos Silva, Adriana Marega Germano Machado, Dayana Kelly Silva Oliveira, Fernando Correia da Silva, Iere Silva Rodrigues, Vanessa Rocha Sbizarro

Palavras-chave: Simulação, Educação permanente, Urgência e emergência,

O Rede Hora Certa é uma nova proposta da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo que visa ofertar consultas de especialidades, exames diagnósticos e procedimentos cirúrgicos de pequena e média complexidade, em nível ambulatorial e/ou com internação de curta duração. Para a implantação desse novo serviço, que compõe a lógica da rede regionalizada e integrada, foi proposto um ciclo de capacitações para aquisição de novas competências, visando atender este novo desenho organizativo. Neste sentido, pensamos em desenvolver uma capacitação diferenciada, de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente, instituída em fevereiro de 2004 através da Portaria 198/GM/MS que busca a transformação do trabalho em saúde, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Buscamos estimular a atuação crítica, reflexiva, comprometida e tecnicamente eficiente, por isso, realizamos um processo de capacitação que foi estruturado a partir dos conhecimentos prévios do colaborador, problemas e vivências do processo

de trabalho da Unidade. Desta forma, buscamos que, além do conhecimento teórico-prático, esta capacitação tivesse relevância na prática profissional. Este trabalho objetiva apresentar a experiência de ação educativa realizada com a Equipe de Enfermagem de uma Unidade de Saúde, pela Educação Permanente da APS Santa Marcelina, em um Treinamento de Urgência e Emergência, avaliando o desempenho da equipe em um atendimento emergencial utilizando métodos de simulação realística na própria Unidade de Saúde. Participaram da capacitação 20 profissionais da equipe de enfermagem, sendo a proposta organizada em três Etapas: 1^a Etapa: Aula teórica - Urgência e Emergência; 2^a Etapa: Aula Prática – Simulação de casos em laboratório com bonecos; 3^a Etapa: Aula Prática na Unidade - Simulação Realística de Atendimento de Urgência e Emergência na Unidade de Saúde. Esta capacitação foi baseada no método OSCE (Objective Structured Clinical Evaluation) em Urgência e Emergência, onde foram simulados casos de urgência e emergência a partir de cenas do cotidiano, visando a construção do aprendizado na prática. Percebemos uma boa aceitação, participação e interação da Equipe de Enfermagem durante a simulação. Os profissionais se mostraram um pouco ansiosos diante da cena, porém, no decorrer do atendimento conseguiram resolver a situação e pontuar as falhas ocorridas no atendimento. Ao término, consideraram o método de aprendizado satisfatório, pois encenaram em seu próprio ambiente de trabalho, utilizando os recursos disponíveis na unidade no momento do atendimento, contribuindo assim, para o aprendizado e para o fortalecimento das ações no cotidiano do trabalho. Diante das avaliações e dos relatos das 4 turmas que foram aplicadas esta metodologia, concluímos que esta ação educativa trouxe uma melhor interação com o facilitador, maior segurança

e habilidade na prática para os profissionais, promovendo reflexões e apontamentos, que contribuíram para um melhor desempenho de sua função.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES ONCOLÓGICOS CIRÚRGICOS FUNDAMENTADO NA TEORIA DE DOROTHEA OREM

Adriana Cristina Hillesheim, Marcos Antonio da Silva Linhares, Adrean Scremin Quinto

Palavras-chave: Atenção Básica, Integralidade, Cuidados de enfermagem

APRESENTAÇÃO: Como pré-requisito para a obtenção do título de enfermeiro da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ desenvolve-se uma prática assistencial. O tema surge a partir da percepção de que a enfermagem precisa desenvolver ações e utilizar-se de instrumentos que busquem integralidade, igualdade e equidade nos serviços prestados, além, de atuar na promoção, proteção e recuperação do paciente e família, promovendo educação em saúde de forma a garantir o desenvolvimento de práticas de auto cuidado. **Objetivo:** Sistematizar a Assistência de Enfermagem a pacientes oncológicos cirúrgicos desenvolvendo a prática da integralidade do cuidado documentando as fases pré, e pós operatória, promovendo a educação e vigilância em saúde do paciente e família. **Descrição da Experiência:** Relato de Experiência do desenvolvimento da Prática assistencial promovendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a pacientes oncológicos cirúrgicos. **RESULTADOS:** Foram desenvolvidas seis Atividades Educativas, envolvendo 27 pacientes, sendo sete do sexo masculino e 20 do sexo feminino; cinco familiares de pacientes oncológicos; e 11

profissionais da saúde. Os sujeitos foram assistidos a partir da SAE, documentando as fases do processo e referenciados para a Atenção Básica (AB). Durante as ações na AB identificaram-se falhas no processo de referenciamento impossibilitando o cuidado integral do paciente, pois há déficit na comunicação entre as instituições prestadoras de cuidado. **Conclusão:** É imprescindível a continuidade do cuidado interligando as áreas da AB e Média/alta complexidade, garantido a qualidade da assistência e reforçando a necessidade de inclusão da comunidade no processo de cuidar de modo que a assistência reforce a qualidade do atendimento aos pacientes e seus familiares. **Implicações para a enfermagem:** A prática assistencial possibilitou a compreensão o trabalho do enfermeiro na qualificação da assistência, no atendimento integral ao paciente promovendo a capacidade do auto cuidar-se.

TALK SHOW: METODOLOGIA ATIVA COMO FERRAMENTA DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM

Fernanda da Silva Lima, Fabio Pereira Soares, Jaciely Garcia Caldas, Thiago do Reis de Oliveira Costa, Daiane de Souza Fernandes, Tiago de Nazaré das Chagas e Chagas

Palavras-chave: enfermagem, educação, ensino-aprendizagem

APRESENTAÇÃO: As metodologias ativas destacam-se como recursos didáticos de ensino-aprendizagem. Assim, as acadêmicas vivenciaram um jogo de perguntas e respostas acerca do Sistema Único de Saúde (SUS), uma dinâmica semelhante a um programa apresentado na televisão, o Talk show, uma forma de metodologia ativa. O trabalho tem como objetivo relatar a utilização de

metodologias ativas como ferramenta de ensino e aprendizagem para acadêmicos de Enfermagem. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência das vivências na aula promovida pelas docentes da atividade curricular Atenção Integral a Saúde do Adulto e do Idoso (AISAI), que faz parte do 3^o semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Foi realizado um Talk show com a simulação de um programa televisivo, para abordar o tema em questão através de um jogo de perguntas e respostas. A turma foi dividida em grupos em que cada um tinha que elaborar um comercial de até 02 minutos, com objetivo de “vender” a imagem do SUS, além de poder abordar o papel do profissional da enfermagem em programas de saúde. A cada rodada crescia as dificuldades das perguntas e entre as rodadas cada equipe por sua vez, encenava um comercial ao vivo. As perguntas abordavam desde a implantação do SUS, a forma de organização, os princípios, o papel de cada esfera dos governos, os programas de saúde e até mesmo como o SUS se apresenta na atualidade. **RESULTADOS:** Durante o desenvolvimento do Talk show, os alunos mostraram-se bastante participativos, torcendo por seu grupo, onde foi possível observar uma grande interação entre a turma e um trabalho em equipe pelos grupos formados. O desenvolvimento da atividade possibilitou perceber que, apesar do método trabalhado transcender o ensino tradicionalista, os alunos se prepararam e se organizaram para atividade proposta pelas docentes, demonstraram conhecimento a cerca das perguntas elaboradas além de apresentarem os comerciais solicitados. Assim, o uso de metodologias ativas na aula, como o Talk show, demonstrou ser de extrema importância e muito eficaz no processo de aprendizagem, pois possibilitam que alunos tenham um entendimento ampliado e facilitam a compreensão e reflexão do

conteúdo abordado, gerando interações entre docentes e estudantes durante a atividade acadêmica, de modo que não houve um único detentor pleno e absoluto do conhecimento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Como acadêmica, poder participar desta aula, me possibilitou observar à importância de se trabalhar estratégias do processo de aprendizagem, pois geram um estímulo aos alunos, onde estes demonstram mais empolgados em participar da aula. O uso do Talk show possibilitou aos alunos de enfermagem o entendimento facilitado sobre o Sistema Único de Saúde e construção do conhecimento sobre o tema abordado, os acadêmicos tornaram-se muito mais crítico e reflexivo com maior domínio do conhecimento. Portanto, sendo um recurso didático de grande importância, as metodologias ativas, podem favorecer de forma significativa e eficaz, o processo de ensino-aprendizagem.

TECNOLOGIA EDUCATIVA: UMA OPÇÃO PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS PARASITÁRIAS EM POVOS INDÍGENAS

Maria da Conceição Cavalcante Farias, Fabriane Ramos Cavalcante, Sheyla Mara Silva de Oliveira, Marcia Castro Pereira, Noiana Latoya Campos Soares, Lucilene Quintino da Silva Lacerda, Liliane Cristina da Silva Felix, Radson Tio Tio Wai Wai

Palavras-chave: Indígenas, verminoses, prevenção

Introdução: A saúde das populações indígenas é resultado da influência mútua de alguns elementos fundamentais: acesso à posse de terra; grau de contato com a sociedade nacional; liberdade para viver a sua singularidade (padrões alimentares, de educação, de moradia e de trabalho); acesso à vacinação e serviços de saúde. Entre os principais desequilíbrios do organismo

que afetam a saúde indígena estão as verminoses, nas quais são decorrentes da precariedade das condições de saneamento das áreas indígenas, além dos hábitos culturais, alimentares e de higiene pessoal. Diante disso, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência vivenciada durante a elaboração de uma tecnologia educativa com ênfase na prevenção de doenças parasitárias. Metodologia: Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido por acadêmicos e docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará – Campus XII/Santarém. Resultados: A produção da tecnologia educativa surgiu após uma visita à Casa de Apoio aos Índios (CASAI), do polo Santarém – Pará, onde verificamos que há uma grande incidência de casos de verminoses entre as crianças da Aldeia Mapuera com déficit de material educativo contendo informações sobre a prevenção de doenças parasitárias, visto que, essa situação pode levar ao aparecimento de diarreias que em crianças pode significar desidratação com grandes riscos de agravos à saúde. As cartilhas foram direcionadas às crianças, sendo escritas nas línguas: portuguesa e na língua Wai-Wai com foco na prevenção de doenças parasitárias. Considerações finais: A experiência acadêmica junto à comunidade indígena foi bastante produtiva. Devemos nos preocupar com a saúde de todos, ainda mais quando a saúde em questão é a saúde de uma das populações tradicionais da Amazônia, e que um olhar mais abrangente e humano deve ser exercido sob essas populações, onde não deve ser visualizada somente a doença, mas os fatores psicológicos, sociais e culturais de um povo.

TECNOLOGIAS DIGITAIS COMO PROPOSTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES

Rebecca Faray Ferreira Lopes, Caroline Diniz Carvalho, Kelly Cristina da Silva Cunha

Palavras-chave: Educação em saúde, adolescente, promoção da saúde, saúde sexual e reprodutiva

As políticas e programas voltados para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes enfrentam resistências culturais, carência de recursos e descontinuidades. Diante deste cenário, faz-se necessário a utilização de inovações que possam suprir estas lacunas e superar este desafio. Este relato de experiência busca refletir sobre a inserção de graduandas em saúde coletiva em uma organização não-governamental que atua no campo dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, como atividade da disciplina teórico-prática “Atividades Integradas em Saúde Coletiva VIIIc. No processo de desenvolvimento deste recurso, buscou-se dar protagonismo aos jovens, de modo que estes pudessem fornecer subsídios para sua elaboração. Para tanto, promoveu-se oficinas integrativas que abordassem discussões acerca dos questionamentos que os jovens possuem sobre o tema. Foram realizadas quatro oficinas incluindo adolescentes de 13 a 20 anos, por meio de dinâmicas participativas e lúdicas que propiciavam o diálogo e a interação entre os participantes. Houve a participação de 46 adolescentes ao todo, sendo 23 de sexo feminino e 24 do sexo masculino. Percebe-se que os adolescentes se deparam com sua própria percepção de sexualidade como algo apenas biológico, não compreendendo como direitos inerentes. Observou-se que as oficinas propiciaram aos adolescentes a reflexão sobre seus direitos, tornando-os mais questionadores destes. Os jovens

puderam construir novas reflexões e questionamentos sobre direitos sexuais e reprodutivos, por meio das trocas entre facilitadores e participantes. O espaço da oficina foi importante para estes jovens, pois eles conseguiram questionar e se comunicar de uma maneira diferente em relação aos outros espaços (como escolas, casa, entre outros), reconhecendo-se como cidadãos de direito.

TEMA: ARTESANATO EM GRUPO DE SAÚDE MENTAL – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA RESIDÊNCIA EM SAÚDE

Francieli Comin Flores, Ariane Gonçalves Raupp, Bibianna Pavim, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: saúde coletiva, grupo, mandala

APRESENTAÇÃO: A saúde mental tem sido um dos principais pontos da atenção primária como trabalho, adquirindo por sua vez políticas de saúde apropriadas e, com isso, o desenvolvimento de projetos que possam atender melhor as demandas dos usuários que necessitam de uma atenção especial. A Estratégia da Saúde da Família (ESF) trabalha principalmente na promoção da saúde, prevenindo o adoecimento mental, identificando situações e fatores de risco que provocam o sofrimento, como também respondendo de modo satisfatório às necessidades da população. Portanto, novas práticas competentes e criativas precisam ser desenvolvidas, sendo imprescindível a utilização de mecanismos e estratégias para o enfrentamento do sofrimento, seja emocional ou social. Uma das estratégias que vem sendo utilizada na atenção básica é o trabalho desenvolvido com grupos, que permitem aos participantes dividirem seus problemas, angústias, experiências

de vida e também se relacionar com seus vizinhos, muitas vezes desconhecidos, em um ambiente descontraído de educação permanente. O objetivo deste trabalho é relatar uma atividade desenvolvida para um grupo de saúde mental, onde foi realizada uma oficina terapêutica para ensinarmos a confecção de mandalas, uma técnica que além de trazer boas energias, promove o autoconhecimento, esclarece pensamentos e sentimentos através da meditação. **DESENVOLVIMENTO:** A atividade foi desenvolvida por residentes em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e ocorreu no grupo de saúde mental da ESF Nossa Senhora das Graças, no bairro Cristal, localizado em Porto Alegre/RS. Optou-se por uma oficina de mandalas por ser uma atividade de fácil confecção e baixo custo. Para confeccionarmos foram utilizadas lãs coloridas, palitos de madeira de tamanho médio e tesoura. O grupo foi realizado em um salão cedido pela comunidade e compareceram sete participantes. Em um primeiro momento foi demonstrada a importância e a relevância deste artesanato e em seguida foi iniciada a atividade prática de forma integrativa e lúdica. **RESULTADOS:** Cada participante elaborou sua própria mandala. Durante a prática da atividade pode-se perceber o interesse e entusiasmo dos participantes em aprender a técnica proposta, bem como os benefícios que ela pode trazer. Houve o manifesto dos participantes, relatando o desejo de continuar praticando a elaboração do artesanato em ocasiões fora do grupo também. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O artesanato tem se mostrado muito eficiente no envolvimento do grupo com as atividades e também com seus colegas, é um meio de criar laços e ao mesmo tempo promover a saúde mental. Percebemos que a utilização de mandalas como terapia traz aos seus participantes um aumento da autoestima

e do autoconhecimento, proporciona uma maior interação entre os participantes refletindo nas relações sociais externas ao grupo. Dessa forma, essa modalidade de terapia deveria ser mais utilizada na promoção de saúde na atenção básica.

TEORIA E PRÁTICA DO MÉTODO CLÍNICO CENTRADO NA PESSOA (MCCP): EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE MEDICINA DO 4º ANO, NA DISCIPLINA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

Taise Namie Nakata, Adélia Delfina da Motta Silva Correia, Elizete da Rocha Vieira de Barros, Flávia Palla Miranda, Kamila Folha Falcão, Bethania Silva Ramos, Laís de Oliveira Lima, Claudete Ferreira do Nascimento, Luciana Cafure

Palavras-chave: Assistência Centrada no Paciente, Educação Médica, Relações Médico-Paciente

Apresentação: O Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) consiste na mudança de um modelo clínico centrado na doença para um modelo de atenção centrada na pessoa, visando à ampliação do olhar sobre a saúde do indivíduo e considerando aspectos físicos, socioculturais e psíquicos. Esse método foi aplicado pelos alunos do 4º ano do curso de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, na disciplina de Atenção à Saúde da Mulher, em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município de Campo Grande-MS. **Desenvolvimento do trabalho:** A disciplina de Atenção à Saúde da Mulher abrange temas sobre Ginecologia e Obstetrícia, integrados à Saúde da Família e Comunidade. Consiste em aulas teóricas semanais, em que são apresentados roteiros com temas específicos, como visita domiciliar, ferramentas de abordagem familiar e o MCCP, que conectam a Saúde da Mulher à Estratégia de Saúde da Família

(ESF). Na mesma semana, os conteúdos teóricos eram praticados nas UBSF. A experiência do MCCP ocorreu na Unidade, através de consulta, momento em que foram explorados os componentes: doença e experiência da pessoa em estar doente; pessoa como um todo; elaboração de um projeto terapêutico comum entre o médico e o paciente; prevenção e promoção de saúde na prática diária; relação médico-paciente e uso realista dos recursos disponíveis. **Resultados e/ou impactos:** Essa foi a primeira experiência dos acadêmicos de Medicina com o MCCP, que gerou muito aprendizado e mudança de paradigmas. Não há uma rotina de se questionar, durante a consulta, sobre os aspectos subjetivos, sentimentos, expectativas em relação ao problema de saúde. E tais aspectos promovem o fortalecimento da relação médico-paciente, já que existem muitos aspectos da vida além dos biológicos que podem influenciar no agravamento das doenças do paciente e em sua qualidade de vida. O método permitiu enxergar problemas mais amplos, já que, diferentemente da abordagem centrada na doença, foram considerados, durante a consulta médica, os aspectos biopsicossociais e o contexto de vida, família e comunidade onde o paciente está inserido. Apesar das dificuldades com a estrutura, do não comparecimento dos pacientes já acompanhados nas visitas domiciliares e da falta de experiência dos pacientes, profissionais e dos acadêmicos com o método, todos os componentes foram explorados e registrados no roteiro. Utilizando tecnologias leves, permitiu-se ao paciente a livre expressão de suas preocupações, emoções e dúvidas, além de envolver o paciente na construção do seu tratamento. **Considerações finais:** Embora tal metodologia ainda não seja parte da rotina dos cursos de Medicina, é importante que todo aluno conheça o método e possa aplicá-lo durante sua vida profissional. Isso

tornará o atendimento individual integral, humanizado, fundamentado na parceria e na busca de construir o cuidado mediante ações dentro do consultório, mas conectado com a realidade da pessoa atendida.

TERRITÓRIO DA SAÚDE: INSERÇÃO NA REALIDADE E O FORTALECIMENTO DAS RELAÇÕES HUMANAS PARA A INTEGRALIDADE NA FORMAÇÃO MÉDICA

Lilian Baseggio, Larissa Hermes Thomas Tombini, Daniela Savi Geremia, Fernanda Ledra

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Integração à Comunidade, Educação Médica, Educação profissional em saúde pública

A integração ensino-serviço na formação médica é objeto de iniciativas das políticas públicas em desenvolvimento no Brasil. A rápida imersão dos acadêmicos de medicina na rede de atenção básica de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorre com o fortalecimento das relações de integração entre instituições de ensino e serviços de saúde. Esta é uma das estratégias de mudanças na formação médica no país que objetiva qualificar e fixar profissionais médicos atuantes no SUS. Este resumo busca relatar a experiência na integração entre instituição de ensino e rede municipal de saúde na construção coletiva das inserções acadêmicas nos territórios do SUS, como estratégia à formação médica integral. Formar profissionais médicos com atenção às demandas sociais e de saúde da população de cada território, sob a ótica da integralidade, exige o estabelecimento de relações e participação de todos atores/autores suscitando, portanto, a co-responsabilização destes no processo de formação. Reafirmando esse compromisso,

a Secretaria da Saúde de Chapecó/SC, por intermédio de convênio instituído com a Universidade Federal da Fronteira Sul, estabeleceu todos os serviços da rede municipal de saúde como cenários de práticas. Foram elencados 8 (oito) Centros de Saúde da Família que constituem cenário de imersões e vivências acadêmicas previstas no Componente Curricular Saúde Coletiva, ao longo de todo o curso de graduação em medicina, estabelecendo continuidade, aprendizagem significativa e responsabilização acadêmica. As vivências acadêmicas realizadas nos cenários de práticas, possibilitada pela efetiva integração entre ensino e serviço, é fundamental para o desenvolvimento do conhecimento e formação do futuro profissional médico, entendendo-se por cenários não somente os locais de prática, mas os sujeitos envolvidos, à natureza do conteúdo, às inter-relações entre método pedagógico, áreas de práticas, vivências, tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras. A constituição de territórios de práticas e aprendizagem se constitui desafio ao tempo em que representa a confluência e integração entre ensino e serviço, exigindo diálogo permanente na proposição e construção de novas possibilidades para a formação médica no e para o SUS.

TESTAGEM PARA HIV/AIDS COM FLUIDO ORAL NA POPULAÇÃO CARCERÁRIA DE CAMPO GRANDE – MS: UMA EXPERIÊNCIA VIVENCIADA POR ACADÊMICOS EM AÇÃO EXTRAMUROS

Raquel Cordeiro Ricci, Francielle de Mello Pereira, Lucas Ribeiro da Costa Santana, Nayara da Silva Lopes, Mayara Christine Fernandes Ribeiro, Luciane Negrete Saracho, Renata Terumi Yassuda, Everton Ferreira Lemos

Palavras-chave: HIV/AIDS, Ensino, Extensão

APRESENTAÇÃO: A População Privada de Liberdade (PPL) têm apresentado maiores taxas de HIV em comparação com a população geral. No Brasil, a prevalência do HIV entre os presos foi estimada em 3-16% versus 0,4% população geral. Esta prevalência aumentada tem sido associada ao risco comportamental dos presos, tanto antes como durante a reclusão, entre elas o uso de drogas intravenosas, agulha partilhada, tatuagem em condições inseguras e práticas sexuais desprotegidas. Na falta de intervenções de saúde pública, prisões superlotadas com altas taxas de infecção por HIV não diagnosticada pode servir como focos de transmissão do HIV. O Ministério da Saúde, disponibilizou à Agência Estadual de Administração do Sistema Penitenciário (AGEPEN) de Mato Grosso do Sul (MS), no ano de 2015, cerca de 15 mil kits teste rápido com Fluido Oral (DPP), que foram destinados as unidades prisionais de MS. Assim, a parceria com o serviço de saúde prisional, permitiu um espaço para que os estudantes dos diversos cursos da saúde pudessem vivenciar a realização da testagem rápida para HIV/AIDS no sistema carcerário. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado em dois estabelecimentos penais de Campo Grande/MS por estudantes dos cursos de Medicina, Enfermagem e Técnico em Enfermagem, sob supervisão dos preceptores enfermeiras (os). Foram realizados cinco encontros, no período de julho a agosto de 2015, compreendendo a realização de treinamento para aplicação dos testes com fluido oral, orientações éticas acerca do trabalho dentro do sistema prisional e dos resultados obtidos na investigação ativa e a realização da aplicação dos testes nos dois presídios de abrangência. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** As aplicações dos testes compreendiam as seguintes etapas: O Privado de Liberdade (PL) poderia aceitar ou não a realização do teste. O convite era realizado pela

psicóloga e/ou enfermeira da unidade, ou pelos estudantes, sob supervisão do preceptor. Após esclarecimentos sobre o teste e aceite declarado, era conduzido ao local de coleta para receber instruções do teste. Os estudantes, usando Equipamentos de Proteção Individuais, orientavam os indivíduos realizar a autocoleta do Fluido Oral com Swab e conduziam o processamento desta amostra. Foram aplicados, no período, 630 testes rápidos para HIV/AIDS nos Presídios de Trânsito e Instituto Penal de Campo Grande/MS. Os resultados após 30 minutos, tanto positivos quanto negativos, eram laudados pelos preceptores e mantidos em sigilo. Os laudos eram entregues ao setor de saúde para realização dos encaminhamentos, providências e devolução individual aos participantes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência desta aproximação agregou conhecimentos, trocas de experiências e vivenciar uma realidade extramuros da universidade. Conhecemos a estrutura física dos serviços de saúde prisional, organização e aproximação das equipes de saúde deste seguimento. A realização do teste novo, de fácil aplicação e indolor permitiu uma boa aceitabilidade. Entretanto, esclarecimentos sobre a importância da identificação do HIV/AIDS precocemente é de suma relevância, tendo em vista, a existência de recusas ao teste o que leva a pensar sobre “o medo do resultado do diagnóstico”.

TRABALHANDO PROMOÇÃO À SAÚDE EM PROJETO “PELAS ACADEMIAS: UM GIRO DE SAÚDE”

Marcelle Luana Carneiro Lemos, Késia Valentim do Nascimento, Augusto Fernando Santos de Lima, Rebeca de Castro Oliveira

Palavras-chave: Promoção da saúde, Academia da Saúde, Residência Saúde em Coletiva

APRESENTAÇÃO: O Programa Academia da Saúde tem como objetivo promover a melhoria da qualidade de vida da população brasileira e aborda o indivíduo de maneira integral em seu contexto social, familiar e cultural, incentivando assim a promoção da saúde, modos de vida saudáveis, as práticas corporais, atividades físicas e promoção do cuidado. Foi instituído no ano de 2011 pelo Ministério da Saúde, através de experiências que serviram de modelo como a Academia da Cidade do Recife em Pernambuco. Definido como um serviço da Atenção Básica, o programa deve se articular com toda a Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde e outros serviços sociais da localidade onde está inserido, tendo atividades desenvolvidas por profissionais da Atenção Básica, tanto como os da Estratégia Saúde da Família quanto os do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Após a realização de uma atividade da Residência em Saúde Coletiva na disciplina de Promoção à Saúde, que consistia numa entrevista aos profissionais e usuários dos Polos da Academia da cidade do Recife, perceberam-se algumas dificuldades de integração do programa com os outros serviços dispostos na rede, e dos profissionais em atender à população de acordo com o que é estabelecido. A partir disso, foi realizado um projeto com o objetivo de fortalecer os vínculos intersetoriais dos Polos da Academia da Saúde do Distrito Sanitário I do Recife, visando a Promoção da Saúde dos usuários. **METODOLOGIA:** O tema do projeto foi: “Pelos Academias: Um Giro de Saúde”, e teve a participação dos usuários, profissionais educadores físicos, residentes de Saúde Coletiva e representantes da unidade de saúde (enfermeiro, agentes de saúde da família) e do distrito sanitário (coordenadores da academia da saúde, saúde da mulher, saúde do idoso, NASF). Diversas atividades foram realizadas, como rodas de conversas com temas pertinentes e escolhidas pelos usuários e algumas práticas integrativas.

RESULTADOS: O projeto contribuiu com a formação de um grupo, o qual irá trazer uma identidade ao polo, de acordo com o contexto social onde está inserido para a vinculação do espaço a comunidade, com discussões críticas e reflexivas acerca de suas realidades. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O campo de atuação do programa vai além do objetivo de melhorar a qualidade de vida por meio de ações integradas de incentivo à prática de atividade física e da alimentação saudável. O trabalho deve ocorrer em conjunto com toda a rede de saúde disposta, associações de moradores e outros equipamentos sociais identificados na comunidade para o empoderamento desta, de forma verdadeiramente integral, por ser um espaço legítimo de atuação do controle social principalmente ao considerar as situações de riscos e vulnerabilidades.

TRABALHO DE CAMPO SUPERVISIONADO II: UMA EXPERIÊNCIA CURRICULAR DE INSERÇÃO NA APS

Patty Fidelis de Almeida, Matheus Oliveira Bastos, Michele Agostinho Condé, Natália Janoni Macedo, Julia de Matos Feteira, Felipe Pacelli Botelho, Rodolpho Luiz da Silva

Palavras-chave: Educação em saúde, currículo, Atenção Primária à Saúde

O componente Trabalho de Campo Supervisionado II é desenvolvido na segunda fase do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense e, a partir da diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, propõe o desenvolvimento de competências em três grandes eixos: território, processo de trabalho e cuidado integral à saúde, sobretudo no campo das unidades de APS. O objetivo do trabalho é analisar o papel de TCSII na formação dos alunos do curso de Medicina no que se refere às possíveis contribuições e alcance da

disciplina para a formação de profissionais mais sensíveis às demandas do SUS, capazes de reconhecer os múltiplos determinantes do processo saúde/doença e a importância do trabalho em equipe. É apresentado relato de experiência de um grupo de estudantes de medicina, no contexto da disciplina de TCS II, em uma unidade do Programa Médico de Família de Niterói, durante o ano de 2014, respectivamente, 3^o e 4^o períodos do curso. Nos dois semestres, os alunos acompanharam a rotina do PMF, focados nos três eixos que caracterizam a disciplina. Da experiência do campo, acompanhada por meio de análise de conteúdo dos relatos escritos das vivências e reflexões cotidianas, emergiram categorias utilizadas para descrever e analisar as contribuições da inserção sistemática na APS, como um dispositivo de mudança na formação em saúde, particularmente na formação médica. Cinco foram as categorias que emergiram do campo e que servem como eixo condutor para apresentar as principais contribuições da APS como dispositivo de transformação da formação em saúde: Reconstrução do conceito de complexidade em saúde e de hierarquia da rede – desconstrução do imaginário que remete a APS a um nível de baixa complexidade e aproximação à realidade do processo de constituição das Redes de Atenção à Saúde de regionalização e os atravessamentos provocados pelos fluxos informais; Organização do processo de trabalho na APS e a longitudinalidade do cuidado – o conhecimento ampliado sobre o usuário possibilitado pelo vínculo permite realização de diagnóstico e tratamento mais assertivos assim como a organização do processo de trabalho da equipe amplia ou limita as possibilidades de atuação na APS; Inserção no território e o papel do Agente Comunitário de Saúde – reconhecimento da importância da visita domiciliar para o desenvolvimento da Vigilância em Saúde e o papel e importância do ACS; Quem é o

médico da APS? - percepção das implicações da atuação da APS de profissionais sem residência em MFC; Outros espaços de aprendizagem: atuação em ações de promoção da saúde – evidenciou-se o espaço das práticas promocionais como dispositivo de transformação social e deslocamento de um olhar prescritivo para uma escuta empática, mobilizadora de afetos, dimensão relegada no processo de formação. A APS como cenário de aprendizagem é um espaço potencial para oferecer uma nova perspectiva de formação. Ainda assim, observamos que, de certo modo, o currículo do curso de Medicina reproduz o ideário de desvalorização da APS, circunscrevendo-a a um período no qual ainda não foram cursadas disciplinas clínicas, reforçando o imaginário de que a APS é lugar apenas de atividades preventivas e promocionais.

TRABALHO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL: CUIDADO DE FERIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA

Ábia Lima de França, Alan Jonh Costa, Daíla Freire, Joseane Conceição Anunciação, Rafael Gonzaga Farias, Silvana Santana, Wair Ricce Junior

Palavras-chave: Equipe multiprofissional, Cuidado de feridas, Atenção básica

Esse relato de experiência traz a atuação dos residentes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), inseridos no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família instituído pela Fundação Estatal Saúde da Família, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz-Bahia. A intenção do Programa é reorganizar o modelo assistencial na Atenção Básica, com base nas diretrizes e princípios do SUS. Os residentes do NASF estão inseridos nas Unidades Saúde da Família no município de Camaçari, nos bairros do Projeto Habitacional

Organizado de Camaçari (PHOC) e PHOC 3. O nosso modelo de NASF é composto por dois residentes fisioterapeutas, uma nutricionista e três professores de Educação Física, orientados por uma preceptora e um tutor que ajudam no processo de formação e dão apoio pedagógico. O principal objetivo desta organização do trabalho em equipe multiprofissional foi ampliar os olhares na produção de cuidado e responsabilização pela atenção contínua ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Visando aumentar as possibilidades terapêuticas no cuidado de feridas na Atenção Básica. Essa experiência surgiu de uma demanda de uma Equipe Saúde da Família do PHOC, para matriciamento do NASF quanto abordagem no cuidado de indivíduos com feridas. O processo de trabalho foi extremamente desafiador, pois os componentes do NASF não entendiam, de que forma cada categoria profissional poderia contribuir nas ações de prevenção e tratamento de feridas. A equipe do NASF avalia que o trabalho atingiu o seu objetivo, uma vez que apresentou as possibilidades de cuidado ampliado aos usuários com feridas, para além da abordagem médica e da enfermagem.

TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTRUINDO E FORTALECENDO RELAÇÕES

Sheila Cyrino Câmara, Rianna Nargilla Silva Nobre, Inês Dolores Teles de Figueiredo, Francisco Rafael Pinheiro Dantas, Mileida Lima Torres Portugal, Rejane Helena Chagas de Lima

A interprofissionalidade resulta do processo de integração de saberes, da articulação do conhecimento nas equipes de saúde envolvendo todas as categorias profissionais, através de ações desde a formação ao

exercício profissional, passando pela gestão, promovendo medidas de cuidado, diálogo e construções coletivas centradas no usuário. Considerando haver obstáculos diversos para a efetivação da interprofissionalidade, este projeto de intervenção objetiva fortalecer as relações Interprofissionais no âmbito da Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família no cenário de atuação da Residência Integrada em Saúde (RIS), no município de Maracanaú através da sensibilização e estabelecimento de estratégias que possibilitem ampliação das relações Interprofissionais na produção do cuidado, fortalecendo a colaboração Interprofissional. Trata-se de um estudo a ser desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde da Família, localizada na Região Metropolitana de Fortaleza, cenário de lotação da Residência Integrada em Saúde da Família. Farão parte do estudo, profissionais do nível superior e médio atuantes na unidade citada. Como estratégias a serem realizadas destacam-se: 1. A realização de roda de sensibilização, momento de (re) conhecimento dos profissionais existentes e atuantes no território; 2. Roda da UBASF, momento de encontro quinzenal destinado para planejamento, discussão e construção de vínculos da equipe. 3. Reunião de equipe, para redelineamento do trabalho e discussão de casos numa perspectiva interdisciplinar. Espera-se, com a realização dessas estratégias, ampliar o assistir individual de cada profissão, focalizando a necessidade do trabalho em equipe, que perpassa os conceitos de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, e que aconteça uma ampliação do potencial para a transformação da realidade local e do SUS, através da integração profissional e a ainda a reconstrução de novos significados da prática profissional, ampliando o cuidado realizado ao usuário.

TRANSPARÊNCIA DAS INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE SOCIAL: ONDE ESTÁ?

Berenice de Freitas Diniz, Estela Elisabeth Anne Nilda Azevedo, Isadora Thamires Pacheco Celestino, Stella Anunciação Gomes Leite, Luiza Maciel Felix

Palavras-chave: Informação, Controle Social, SUS,

Apresentação: O presente trabalho nasceu da experiência e reflexão um grupo de alunas e preceptora do Projeto Observatório do Controle Social do SUS (OBCS). Esse grupo estava responsável por fazer contato com os conselhos de saúde de vinte e sete cidades que compõe o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba em Minas Gerais. O Objetivo era obter informações sobre o funcionamento dos conselhos de saúde a fim de o OBCS oferecer oficinas de formação para os conselheiros e também obter informações sobre a realização das conferências municipais de saúde para mapear o controle social e a sua atuação na etapa da 15^a Conferência Nacional de Saúde. Desenvolvimento: O presente trabalho foi realizado no primeiro trimestre de 2015. Foi feita uma planilha com as vinte e sete cidades e a as informações solicitadas sobre os respectivos conselhos de saúde foram: E-mail do Conselho ou da Secretaria Municipal de Saúde; Telefone /endereço Conselho municipal de saúde; Presidente do conselho municipal de saúde; Data e horário das reuniões do conselho; Data da conferência municipal de saúde. Foram três alunas e uma preceptora responsável por fazer esse levantamento por meio de contato por telefônico com os conselhos. As informações sobre os conselhos foram obtidas por meio de consulta no site das prefeituras. Primeiramente foi verificado se havia informações sobre o conselho

de saúde, como o número de telefone, e-mail e endereço, e posteriormente foi feito o contato para maiores informações. Com a Lei de Acesso a Informação (Lei nº 12.527/2011), qualquer cidadão pode ter acesso a informações públicas, a publicidade passou a ser uma regra. Dessa forma, as pessoas podem ter acesso a qualquer informação pública produzida ou custodiada pelos órgãos e entidades da Administração Pública. Resultados: Percebemos que há uma falta de transparência sobre os conselhos de saúde nos sites. Há dificuldade desde a localização das informações sobre os conselhos até a total ausência sobre eles nas páginas da internet. Quando se conseguiu os telefones ou e-mail, foi feito contato, muitos conselhos não tem secretária disponível para responder tais informações, outros questionaram o porquê de tais informações, mesmo após a explicação sobre o projeto OBCS e o objetivo dessas informações. Os telefones disponibilizados nem sempre eram o dos conselhos de saúde e sim das secretarias municipais de saúde ou de alguma unidade de saúde do município. Mesmo com várias das tentativas de contato em dias e horários diferentes, não conseguimos obter as informações dos vinte e sete conselhos. Considerações: Percebemos as dificuldades enfrentadas para conseguir informações básicas sobre os conselhos de saúde. A Lei de acesso a informação ainda é muito incipiente quando se trata da sociedade conhecer os conselhos de saúde. Questionamos como o cidadão poderá obter informações sobre o funcionamento desses conselhos? Como esses conselhos prestam contas a sociedade sobre a sua atuação? Essas foram as nossas reflexões, e o desejo é agora fazer contato pessoal em cada conselho a fim de mostrar as dificuldades para que haja uma transformação e transparência das informações sobre o controle social.

TUTORIA MENTORING NA FACULDADE DE MEDICINA E SEUS REFLEXOS

Talita Fernandes Araújo, Larissa Arbués Carneiro

Palavras-chave: Mentoring, Educação Médica, Tutoria

APRESENTAÇÃO: O Projeto Mentoring foi uma proposta de suporte e apoio ao estudante de medicina baseada no acompanhamento regular de um grupo de alunos com seu mentor/tutor durante os anos de graduação, logo, na Faculdade de Medicina-UFG foi implantado em 2015 e organizado no formato de disciplina núcleo livre. Este trabalho tem como objetivo relatar as experiências ocorridas no primeiro semestre de 2015, sob a ótica de uma estudante do 2^o ano. Foram organizadas turmas com 6 a 12 alunos de períodos distintos, sendo que cada turma com um tutor e um cotutor. Os tutores eram professores da Faculdade de Medicina e os cotutores residentes. Os encontros ocorreram uma vez por mês, totalizando em três encontros. Para complementar o programa Mentoring, ocorreram oficinas com profissionais do Programa Saudavelmente da UFG. No primeiro encontro houve a apresentação do projeto e objetivos, além das problemáticas expostas por cada discente do curso, algumas relatadas foram: problemas com docentes, carga horária exaustiva, decepções com o curso, horário escasso para estudo, medo de não saber lidar com pacientes e com a responsabilidade, distância dos familiares, a escolha difícil da residência médica. Já no segundo encontro, o mentor tentou discutir mais sobre as problemáticas e propôs para os alunos fazerem uma organização melhor do seu horário de estudos, enfatizou a importância de reservar momentos de lazer. No último encontro, discutiu-se sobre o que mudou na

vida acadêmica com os encontros e quais dificuldades ainda precisam ser superadas, ocorreu uma dinâmica de relaxamento para que em momentos de tensão possa usá-lo. O projeto contribuiu para o fortalecimento psicológico do aluno, a identificação de problemas do curso, além da troca de experiências dos diferentes anos; trouxe a construção de um percurso mais equilibrado e menos estressante, resultando numa busca de uma melhor qualidade de vida no percurso acadêmico. Logo, tornou-se claro que o propósito do Mentoring é criar uma rede vivencial de experiências capaz de estimular uma formação médica mais sólida e consistente.

TUTORIA NA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: DESAFIOS NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL

Alzira Maria Baptista Lewgoy, Christine Wetzel Chwetzal, Dolores Sanches Wunsch, Esalba Carvalho Silveira, Luiz Fernando Calage Alvarenga, Vera Lúcia Bosa

Palavras-chave: tutor, residência multiprofissional em saúde, trabalho interprofissional

APRESENTAÇÃO: O trabalho do docente na tutoria de campo compreende a atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento. Integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa (BRASIL, 2012). **OBJETIVO:** Problematizar a inserção da tutoria de campo em um programa de residência integrada multiprofissional em saúde num Hospital Universitário no sul do Brasil e sua interlocução entre as áreas do saber. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A

condução do processo de inserção do tutor é alicerçada na perspectiva da formação em serviço e do trabalho multiprofissional, envolvendo a articulação entre núcleos de conhecimento e de práticas. Constituindo, assim, importantes desafios para o trabalho interprofissional. Nos processos de tutoria, observamos que os residentes transportam dos cursos de graduação uma lógica de formação ainda endógena às suas profissões, bem como evidenciado nas instituições hospitalares, modelos de saúde ainda alinhados com uma proposta centrada e biomédica, constituindo-se em desafios para a consolidação de ações interdisciplinares e intersetoriais. Outro desafio refere-se à apropriação do papel do tutor a partir do marco legal. Esse papel envolve, fundamentalmente, atribuições como fomentar estratégias pedagógicas e articular ensino e serviço. Na experiência de inserção de tutoria presente neste trabalho, pode-se evidenciar que tal atribuição pressupõe o reconhecimento das trajetórias particulares das áreas de concentração da residência multiprofissional, considerando os processos de trabalho constituídos pelos trabalhadores nos cenários de prática; pressupõe também os saberes acumulados pelos sujeitos que ocupam as atividades de preceptoria e pelos residentes a partir de sua formação prévia e suas expectativas em relação ao exercício cotidiano da residência. **RESULTADOS:** Os desafios do trabalho interprofissional dizem respeito à articulação entre a formação e o trabalho, envolvendo a tutoria, a preceptoria de campo e de núcleo e os residentes. A tutoria contribui para potencializar a integração de saberes e experiências e dar visibilidade aos aspectos que fragmentam e desafiam a formação em serviço. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A relevância da tutoria na formação em serviço se traduz e se justifica pelo trabalho interprofissional que busca a superação das fronteiras do conhecimento

imposto, sobretudo quando esse trabalho se realiza num espaço profissional em que, contraditoriamente, tem-se a exigência de um trabalho altamente especializado.

UM NOVO OLHAR DO PROFESSOR DO CAMPO DE PRÁTICA: A ÓPTICA DO PRECEPTOR E AS CONTRIBUIÇÕES PARA O SERVIÇO

Liney Maria Araujo, Audrey Moura Mota Geronimo, Alexandre Ferreira Damasceno

Palavras-chave: Ensino, PET-Saúde/PRÓ-Saúde, SAE/Cuiabá

Ensinar aprendendo é verdadeiramente aprender a ensinar. São dois verbos que estão presentes no decorrer das nossas vidas, desde a concepção. Da tenra idade ao completo envelhecimento, ora estamos ensinando e ora aprendendo, porém, isso não significa que não se pode estar praticando os dois verbos simultaneamente. O professor do campo de prática exercita muito bem os verbos APRENDER e ENSINAR. Eis um relato de experiência que descreve a importância da contribuição do preceptor na ensinagem, com orientações dos bolsistas do Projeto de Reorientação da Formação Profissional de Saúde (PRÓ/PET SAÚDE) inseridos no Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Cuiabá, Mato Grosso. A Metodologia da Problematização foi aplicada para observação da realidade e identificação das demandas, para elaboração de ações seguras e fundamentadas, mediadas pela vivência e experiência do preceptor. Receber os bolsistas do PET-Saúde/Pró-Saúde foi contribuir para uma formação profissional transformadora, no futuro campo de trabalho, dotando-o de autoconfiança nesse processo pedagógico, que perpassa por muitos desafios para essa dupla em ação (educando e educador). Ambos estão trazendo bagagens de

vivências e experiências bem distintas para exercitá-las em um cenário que envolve um terceiro ator, a comunidade, que poderá trazer consigo ou não o seu cabedal de conhecimento empírico. O princípio de tudo é entender que quem está “brotando” na prática profissional não será capaz de ter o mesmo feeling do preceptor, para agir com as mesmas expertises que este adquiriu ao longo do seu labor, somadas as vivências, repetições de técnicas, referenciais científicos e a bagagem do usuário. As metodologias ativas são as responsáveis verdadeiramente pela aproximação dos preceptores com seus ingressos e destes com a comunidade de forma profunda e imparcial. Assim, aprender e ensinar transpõe o pessoal anulando o impessoal, deixando as relações das vivências profissionais e individuais resultarem em reflexões transformadoras no ambiente da preceptoria, proporcionando melhores resultados nos processos pedagógicos. No entanto, o aprendiz necessita ser acolhido pela equipe multiprofissional com a mesma qualidade do cliente, para o exercício da autoconfiança. Esses processos de acolhimento e humanização se aplicam a eles com o mesmo peso e valor que são aplicados aos usuários, sendo responsáveis pelo sucesso da troca de saberes entre serviço/ensino/comunidade, para que não ocorram prejuízos as partes envolvidas. Constata-se que a equipe multiprofissional, munida de conhecimento específico, traz as suas contribuições oportunas na construção do conhecimento do acadêmico. Ensinar e aprender passou a ser desafiador para o preceptor, explicitando um antagonismo nas realidades sociais dos envolvidos, necessário para o movimento contínuo de aprender e ensinar e vice-versa, fazendo aqui uma alusão as metodologias ativas de aprendizagem, um dos métodos usados com os acadêmicos da saúde de vários cursos sob os olhares do preceptor. Participar de

situações reais ou muito próximas da destas, que certamente irão encontrar na condição de profissional elimina a abstração e cria um link sólido entre a teoria e a prática, resultando em uma sensação de segurança nas condutas doravante.

UM OLHAR PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Sabrina de Oliveira Cangussu, Maria Betina Leite Lima, Nayara Cristaldo Maciel, Ariane Calixto de Oliveira

Palavras-chave: Multiprofissional, Assistência holística, Estágio Observatório

APRESENTAÇÃO: O projeto da Rede Unida VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) ocorreu na cidade de Campo Grande – Mato Grosso do Sul na edição de inverno 2014. Objetivou a vivência e estágio observatório na realidade e lógica de funcionamento do Sistema Único de Saúde. Contemplando as teorias apresentadas em sala de aula, com a prática vivenciada no sistema. **DESENVOLVIMENTO:** A experiência ofereceu a relação multiprofissional onde o grupo contava com acadêmicos de diversos cursos da saúde. Os quais alocados em unidades distintas, perpassando 2 (duas) visitas diárias, com carga horária total na atividade de extensão de 84 (oitenta e quatro) horas. As unidades englobavam todos os níveis de atenção à saúde. No final de cada dia o facilitador (ex – vivente do VERSUS) conduzia uma roda de discussão sobre as visitas do dia realizado, abordando as situações vistas destacando pontos importantes, aspectos positivos e negativos do SUS; bem como as possíveis intervenções. **IMPACTOS:** As visitas ocorreram em Unidade Básica de Saúde, Unidade Básica de Saúde da Família e Núcleo de Atenção à Saúde da Família, o qual oferece serviços com profissionais que

reconhecem a necessidade do trabalho em equipe para que os usuários recebam atenção integral de forma singular, em sua dimensão bio-psico-social. Parte da população tem certa dificuldade em se adequar a consulta compartilhada oferecidas nas unidades do NASF, pois ainda há uma visão prejudicada de uma consulta com um só profissional especialista e não um cenário holístico. Ao conhecermos o Centro de Especialidades Odontológicas o qual presta um serviço de alto nível, com matérias de alta qualidade e profissionais muito competentes para exercer sua função. Existem serviços que garantem a continuidade do cuidado, tendo como finalidade a assistência ambulatorial especializada como o Centro de Especialidades Médicas/Centro Ortopédico Municipal, Centro de Doenças Infecto-Parasitárias, Centro Regional de Saúde, Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais/Centro Especializado em Reabilitação; que acompanham, monitoram e supervisionam o desenvolvimento das ações de programa de saúde. Quanto aos serviços de alta complexidade da saúde, tivemos a oportunidade de visitar a Santa Casa, onde um núcleo foi criado pela instituição NIR (Núcleo Interno de Regulação), para gerenciar a distribuição de vagas intra e extra hospitalar; ele organiza o fluxo dos leitos, resolvendo um problema antigo de superlotação, que está servindo de modelo para os outros hospitais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Através do projeto foi possível perceber e conhecer o trabalho multiprofissional, o qual nos proporcionou o olhar crítico em busca da importância da assistência de saúde de forma holística, e que o mesmo colabora para efetivação do sistema de saúde e consolidação de suas políticas públicas. O VERSUS veio para ressignificar nosso conhecimento prévio do sistema, alterar nossa concepção fragmentada (muitas vezes midiáticos) e também torná-lo articulado com a Política Nacional de Humanização.

UM OLHAR SOBRE O DISPOSITIVO DA CONVIVÊNCIA NO CAPSAD III RAUL SEIXAS

Renata do Carmo Chiquetto, Mariane Oselame

Palavras-chave: CAPSad III, Convivência e Clínica

O presente trabalho é fruto de um período de aproximadamente três meses de estágio em Psicologia, pelo Programa PET-Saúde, no CAPSad III Raul Seixas, localizado no bairro de Encantado, no Rio de Janeiro. Como objetivo, visa discorrer sobre algumas questões que emergiram ao longo deste período, a partir do dispositivo clínico da Convivência. Tal dispositivo abrange todo o espaço do CAPSad: varanda, corredores, sala de televisão e pátio, onde os usuários passam o dia conversando, jogando baralho, dormindo, ou quaisquer outras atividades que desejarem e que forem possíveis de serem realizadas naquele ambiente. Dependendo do projeto terapêutico, o usuário passa um dia, alguns dias ou todos os dias da semana na Convivência do CAPS, e entre os profissionais da equipe há um revezamento para ocupar esses espaços. A prática de estágio neste dispositivo suscitou algumas questões, como: quais são as possibilidades de trabalho clínico e/ou terapêutico dentro da Convivência? Quais são as especificidades e dificuldades da prática do terapeuta nesse espaço? No que ele se diferencia do trabalho em um setting terapêutico “tradicional”? E principalmente: quais são as potencialidades desta diferença? Para desenvolver essas questões, foi utilizada a metodologia da Cartografia, na qual se entende que o pesquisador não se distancia de seu objeto de pesquisa, e aposta no seu encontro com o campo enquanto acontecimento transformador de ambos. Desta forma, foi possível destacar os desafios e a importância da criação de

uma nova prática clínica, que vai lançar mão das possibilidades que um espaço mais livre de papéis pré-determinados permite. Uma clínica que irá contar intensamente com a potência da troca e do afeto, e com o imprevisível e inesperado que necessariamente a atravessam e a compõem.

UM RELATO DE EXPERIÊNCIA: EDUCAÇÃO EM SAÚDE ATRAVÉS DE AÇÕES DE INTERSETORIALIDADE ENTRE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ESCOLA

Anny Karoline Teles de Miranda, Katiele de Souza Queiroz

Palavras-chave: Educação em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Ação Intersetorial

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de saúde, através da intersetorialidade entre Estratégia de Saúde da Família (ESF) e outros setores, torna-se um instrumento importante “a educação em saúde”, que permite troca de informações entre o profissional de saúde e comunidade (CARVALHO, 2009). Este estudo relata a experiência das acadêmicas de enfermagem, na realização de atividades educativas com crianças em idade pré-escolar em uma Escola Municipal da cidade de Manaus/AM, através da articulação entre ESF e Escola, durante as aulas práticas da disciplina de Saúde Coletiva II, no período de junho a julho de 2015. Foi realizado planejamento das atividades uma semana antes da programação, junto com a professora orientadora, os acadêmicos de enfermagem e a diretora da escola, no qual ficaram decididos os temas: higiene bucal e corporal. As atividades foram executadas no turno matutino, através de: teatro de

fantoches, vídeos de música sobre higiene bucal e corporal. Perguntas e brincadeiras com balões, as quais os vencedores ganharam kits de limpeza contendo: uma escova, creme dental, sabonete e toalha de rosto. RESULTADOS ALCANÇADOS: As ações educativas e lúdicas proporcionaram interação entre os acadêmicos e as crianças, as quais conseguiram adquirir conhecimento sobre os temas, evidenciado ao apresentarem respostas satisfatórias ao serem questionadas sobre o exposto. Foram atividades de grande valia tanto para as crianças, que saíram com informações que somarão para um desenvolvimento saudável e quanto aos acadêmicos, que educaram aprendendo. REPERCUSSÕES DA EXPERIÊNCIA: Através da realização das atividades educativas, por meio da articulação entre ESF e Escola, se teve a oportunidade de colocar o conhecimento teórico em prática; desempenhar atribuições do enfermeiro integrante da equipe da ESF, observar a importância das atividades intersectoriais, visto que quando realizadas possibilitam diminuição da ocorrência de doenças preventivas e suas complicações.

UMA (IN)VISIBILIDADE NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE - MS

Amanda Medeiros Gomes, Caroline Gerke Cordeiro

Palavras-chave: responsabilização, a influencia do outro, cuidado em saúde

INTRODUÇÃO: O fato dos condicionantes de saúde estar relacionados ao estilo e condição de vida em que vive e também relacionando suas redes sociais, nos chama atenção para este caso. Dado a compreensão do processo saúde-doença, fazemos um recorte para enxergar vários aspectos diferentes que poderiam influenciar a saúde do indivíduo. E também,

como o resultado de suas ações e escolhas podem afetar a saúde do outro. Sabendo que o significado de atenção à saúde traz um conceito ampliado, nos faz questionar como a equipe de saúde tem recebido o suporte para trabalhar com esses temas? Como se estende essa rede de cuidado? Será que seria um caso invisível a todos? Quem seria o responsável? Segundo a cartilha de clínica ampliada e compartilhada, a máxima organizacional “cada um faz a sua parte” sanciona definitivamente a fragmentação, individualização e desresponsabilização do trabalho, da atenção e do cuidado. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Esta escrita é uma reflexão de um relato de experiência dada à matéria de Saúde e Cidadania V, no território do bairro São Conrado, onde pudemos acompanhar o caso de Dona M.A., uma jovem senhora divorciada que estava em processo de reabilitação. O atendimento não apenas se rematou aos cuidados de Dona M., mas sim a todos de sua casa e inclusive sua vizinhança. Sendo perceptível, através das visitas domiciliares, detectamos o enfrentamento da situação alarmante de violência e vícios de entorpecentes em sua vizinhança, em especial uma jovem que Dona M. acolhia e tentava ajudar, mesmo essa não querendo receber ajuda. Isso nos leva a refletir: Como os resultados das suas ações e escolhas podem afetar o outro? “O outro me afeta, e por isso tenho afeto por ele”. IMPACTOS: Os efeitos percebidos decorrentes da experiência e do acompanhamento buscaram um olhar sobre o trabalho dos profissionais em referência ao fato, procurando levantar a importância da atuação dos trabalhadores no cuidado com os usuários. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O suporte para a efetivação do real funcionamento dos serviços de saúde visando integrar a equipe de trabalhadores de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso torna o reconhecer à complexidade da atenção

primária de saúde e a necessidade visando propostas de solução. Tanto na direção da equipe de saúde, dos serviços de saúde e da ação intersectorial, como no sentido dos usuários recebendo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença. Uma (in) visibilidade

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lais Fernanda Alves dos Santos, Camila Tozaki Rodrigues, Priscila Maria Marchetti Fiorin, Eliane Fagundes de Almeida, Simone Cristina Barbosa Gonçalves

Apresentação: As redes de atenção às urgências e emergências surgiram com a finalidade de articular e integrar ações a fim de ampliar o acesso e qualificar o atendimento aos usuários em situação de urgência/emergência com resolutividade. A atenção básica, como componente dessa rede, recebe uma demanda espontânea que pode exigir das unidades básicas de saúde atendimento prioritário e imediato, sendo necessário o preparo e capacitação da equipe para eventuais situações de emergência. Dessa forma, o trabalho teve como objetivo demonstrar o atendimento pré-hospitalar e correlacionar com as condutas em uma Unidade Básica de Saúde. Descrição da experiência: Este trabalho foi realizado em uma Unida Básica de Saúde de Campo Grande-MS, pelas acadêmicas do último ano do Curso de Enfermagem em estágio supervisionado. Foram elencados quatro temas a serem abordados, devido a sua importância e a sua frequência de ocorrência na unidade: suporte básico de vida, síncope e convulsão. O conteúdo foi apresentado em forma de slides que antecedeu a demonstração prática. Foram utilizados materiais didáticos disponibilizados pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, como manequins para

RCP adulto e bebê, e bolsas-valva-máscara adulto e pediátrico. A ação foi realizada em dois momentos, ora com os agentes comunitários de saúde, na qual a abordagem do conteúdo fora mais simplificado, devido à diferença de escolaridade e relevância do assunto para a classe, e ora com os técnicos de enfermagem; no segundo momento, na qual o conteúdo foi abordado de forma mais aprofundada, com a realização de estudos de casos. Resultados e/ou impactos: A ação acarretou em uma discussão sobre conteúdo abordado entre os funcionários quanto ao atendimento prioritário na unidade e ao cumprimento do protocolo de atendimento para os casos de urgência e emergência. Portanto, houve mudança das práticas dos atendimentos emergenciais, pois a abordagem e esclarecimento promoveram reformulação do conhecimento, e segurança nas práticas assistenciais e elaboração de acordos entre equipe, a fim de manter a organização do processo de trabalho durante esses atendimentos. Considerações finais: As situações não controladas apresentadas à equipe de atenção primária exigem conhecimento e preparo para a identificação de risco e abordagem do paciente para que o mesmo possa ser estabilizado e encaminhado para outro nível de atenção e assim, receber atendimento especializado.

USO DE ATIVIDADES LÚDICAS NO PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO EM AMBIENTE HOSPITALAR PEDIÁTRICO: INTERVENÇÃO DO PET/SÁUDE REDES

Raphael Almeida Santiago de Araujo, Maria do Carmo de Oliveira Ribeiro, Flávio Aragão Silva, Ana Luiza Oliveira Sobral, André Faro, Ana Carolina Sawaris Neto

Palavras-chave: Criança Hospitalizada, Jogos e Brinquedos, Humanização da Assistência

APRESENTAÇÃO: O processo de hospitalização de uma criança interfere no seu comportamento e no seu estado de humor, seja pela mudança na rotina diária, pelo ambiente estranho e, muitas vezes, pouco acolhedor, pela presença constante de pessoas desconhecidas, ou pela doença e suas comorbidades em si. Por conta disso, existem diversas estratégias para tornar o ambiente hospitalar mais interessante e menos assustador, algumas delas preconizadas pelo próprio Ministério da Saúde e entidades responsáveis. O lúdico é uma dessas estratégias, e é muito utilizado para melhorar a adaptação da criança, proporcionar recursos para elaborações afetivo-cognitivas e acelerar seu processo de recuperação. Esse trabalho foi realizado através do PET/Saúde Redes de Urgência e Emergência, e tem por objetivo discorrer sobre os aspectos positivos de ações de humanização realizadas com crianças num ambiente hospitalar de urgência pediátrica.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A intervenção na enfermaria pediátrica deste hospital de urgências ocorreu entre maio e agosto de 2014, por oito horas semanais, nos quais os alunos monitores, acompanhados por um preceptor, abordaram as crianças em seus leitos nos momentos em que essas se apresentavam ociosas. Os materiais utilizados para leitura, desenho e pintura foram coletados junto ao setor de psicologia da pediatria.

RESULTADOS: Durante as intervenções, a necessidade permanente dessas atividades ficou bastante evidente, bem como de um local exclusivo para o trabalho do lúdico. Com a evolução das abordagens, percebeu-se que as crianças se apresentavam mais eufóricas, comunicativas e participativas. Enquanto isso, a habilidade dos alunos de colher informações e o interesse pela história de vida dos pacientes e suas implicações foram crescendo e amadurecendo. Alguns acompanhantes genitores relataram que seus filhos conseguiam discorrer sobre

suas angústias, anseios e perspectivas com maior facilidade com o decorrer das atividades. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As atividades realizadas na enfermaria pediátrica desse hospital de urgências em Aracaju trouxeram muitos benefícios para as crianças que participaram delas e para os alunos monitores. Ao mesmo tempo em que a construção contínua da personalidade profissional ocorria, através do desenvolvimento das habilidades de comunicação e de formação de vínculo, o serviço de saúde prestado nessa enfermaria pediátrica também era beneficiado com a realização dessas atividades que humanizavam e acolhiam os pacientes ali internados.

USO DE METODOLOGIA ATIVA NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL

Mariana Prado Fagá

Palavras-chave: Saúde mental, metodologias ativas de ensino, espiral construtivista

Trata-se de um relato de experiência sobre trabalho com pequeno grupo de médicas do PROVAB utilizando metodologia ativa de ensino conhecida como “espiral construtivista” como objetivo de desenvolver competências em saúde mental. A partir da narrativa individual das médicas acerca de uma experiência com saúde mental, o grupo identificou semelhanças e diferenças entre os relatos. Na primeira abordagem o grupo agrupou os relatos pelos critérios diagnósticos das principais doenças mentais como depressão, tristeza, luto e tensão pré-menstrual, esquizofrenia e uso de álcool e drogas, ao longo da discussão aparece como comum aos casos o sofrimento psíquico dos sujeitos e a dimensão social, familiar e de ciclo de vida, permitindo o grupo refletir sobre diferentes abordagens como uso de medicamentos, atividade

física, psicoterapias, técnicas de abordagem familiar e mapeamento de rede de apoio, incluindo as organizações comunitárias e os centros de atenção psicossocial. O grupo consegue formular uma questão de aprendizagem: “Os perfis dos pacientes com doença mental variam de acordo com a fase do ciclo de vida, seu contexto social e familiar?”. Para o segundo encontro as médicas buscaram novas informações em livros e artigos científicos, o grupo fez uma análise crítica das fontes e informações, confrontando o novo saber com saber prévio permitindo a construção de novos significados para a prática assistencial em saúde mental. Terminamos a atividade com avaliação composta por uma autoavaliação, avaliação dos pares e do facilitador.

UTILIZAÇÃO DE METODOLOGIAS ATIVAS NA EDUCAÇÃO PERMANENTE DE PRECEPTORES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL

Eleia de Macedo, Evandro Lemos Resende, Gabriel Trevizan Correa, Alice Maggi, Dino Roberto Soares de Lorenzi, Suzete Marchetto Claus

Palavras-chave: Metodologias ativas, aprendizagem em saúde, preceptoria

APRESENTAÇÃO: A formação e/ou educação permanente de preceptores da atenção básica a saúde de Caxias do Sul contribui para a construção da rede-escola do SUS promovendo interação entre as universidades e serviços de saúde e contribuindo para a mudança da graduação dos profissionais da saúde. Numa perspectiva de formação de profissionais éticos, humanistas, técnicos, voltados para os determinantes sociais da saúde, as metodologias ativas de ensino-aprendizagem podem ajudar no desenvolvimento de habilidades e competências que as Diretrizes Curriculares

Nacionais preconizam para os egressos acadêmicos das áreas da saúde. O objetivo é relatar acerca da utilização das metodologias ativas na formação e educação permanente de preceptores, a partir da experiência de Caxias do Sul no curso de especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS (Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês e Ministério da Saúde). **Desenvolvimento do trabalho:** O processo de educação permanente teve caráter semipresencial, dividido em dois momentos: 1) turma dos grupos diversidade: semanalmente, com webconferências. Especialistas debatiam os assuntos das aulas com base no material didático produzido. As produções dos grupos eram compartilhadas na lógica da construção coletiva do conhecimento, e a dinâmica das aulas era coordenada pelos facilitadores de aprendizagem; 2) grupos afinidade: cada grupo fazia o seu encontro mensalmente, com o seu facilitador, utilizando fundamentalmente a situação-problema como ferramenta pedagógica. A partir desta, se debatia o assunto, levantava-se hipóteses, elaborava-se perguntas de pesquisa e desenvolviam-se sínteses individuais e coletivas para responder essas perguntas, embasando-se na literatura. **RESULTADOS:** A utilização de metodologias ativas favoreceu o desenvolvimento de competências para o exercício de uma preceptoria fundamentada na educação crítica e transformadora, problematizadora da realidade em que se vive/trabalha. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Além da ampliação de ações indutoras de mudanças na formação em saúde, é fundamental que estas sejam estruturadas em torno de propostas pedagógicas inovadoras, como as metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como prevê a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

VELHICE E TRADIÇÃO AOS OLHOS DA EXTENSÃO POPULAR: O DIÁLOGO EM UMA ALDEIA INDÍGENA POTIGUARA

José Anchieta Bezerra de Melo, Thaís Winkeler Beltrão, Willian Fernandes Luna

Palavras-chave: visita domiciliar, saúde de populações indígenas, extensão comunitária, educação médica

APRESENTAÇÃO: As representações sobre a velhice, idade a partir da qual os indivíduos são considerados velhos e a maneira como são tratados, possuem significados particulares e diferenciados em contextos históricos, sociais e culturais distintos, o que conduz a inúmeras subjetivações. Caracterizada como uma etapa de diminuição geral das capacidades da vida diária, alguns consideram a velhice como um período de crescente vulnerabilidade e de maior dependência no seio familiar. Outros a veneram como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade. Tais perspectivas em torno da velhice atribuem diferentes significações para o idoso a partir do grupo social a que pertence. Diante deste novo cenário demográfico, um conjunto de políticas públicas são formuladas visando à promoção de um envelhecimento com mais qualidade de vida favorecendo a autonomia da pessoa idosa. Para os indígenas, independente da faixa etária, existe a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ressaltando a necessidade de assistência diferenciada devido a particularidades dessa população. Assim, os Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena inserem equipes multidisciplinares e unidades de saúde nas aldeias para minimizar a desigualdade de acesso e assistência. Este trabalho trata-se de um relato de experiência sobre as percepções dos autores sobre o processo de envelhecimento, a partir do contato com indígenas Potiguara durante o Projeto de

Extensão landéGuatá (Nossa Caminhada em tupi). **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Durante aproximadamente um ano, os extensionistas realizaram visitas mensais à aldeia São Francisco, Baía da Traição – PB, onde acompanharam a rotina de uma família, proporcionando a identificação de necessidades e potencialidades, criação de vínculos e aprendizado cultural. Ligado a uma faculdade de medicina privada da Paraíba, é composto por dois orientadores e acadêmicos de medicina. As visitas ao território indígena permitiram aos extensionistas observar um novo conceito de saúde, indo além do biológico e incorporando a espiritualidade, conexão com a natureza e relações parentais. Nesta comunidade indígena potiguara, os indivíduos de mais idade são chamados de anciões, e têm a importante responsabilidade de repassar às novas gerações costumes, rituais e particularidades culturais e históricas local. **RESULTADOS:** Percebeu-se a importância dos anciões para aprovação da realização de atividades dentro das aldeias, e no reconhecimento de algo ou alguém pela população. Durante as visitas, observou-se a valorização das ervas medicinais para o tratamento de doenças e a importância da interação com as forças da natureza para manter o equilíbrio saúde-doença, conhecimentos típicos dos anciões. Consequentemente, há certa resistência ao uso de medicamentos alopáticos para controle das doenças crônicas, mais prevalente na população idosa. Portanto, encontra-se uma grande prevalência de hipertensão arterial e Diabetes mellitus, e suas complicações devido à falta de controle, como retinopatias, neuropatias e pé diabéticos. **CONCLUSÕES:** No contato dialógico propiciado pela extensão popular, pode-se vivenciar uma maior valorização do velho, principalmente quando comparado ao velho que vive nas cidades. Percebeu-se que o indígena potiguara tem buscado

manter a autonomia e identidade do ancião. Assim, a imersão em vivências interculturais na graduação contribui para o desenvolvimento de habilidades para o futuro profissional, reforçando o cuidado.

VER-SUS AMAZONAS: UMA EXPERIÊNCIA QUE MUDA A PERSPECTIVA DE FUTURO PROFISSIONAL

Guilherme Kameron Maciel Salazar, Anny Beatriz Costa Antony de Andrade, Izi Caterini Paiva Alves, Marcela Thaís Ribeiro Rubim, Júlio Cesar Schweickardt, Rodrigo Tobias de Sousa Lima, Sônia Maria Lemos

APRESENTAÇÃO: Este relato tem como finalidade abordar as experiências dos viventes do programa VER-SUS, realizado no Amazonas, durante o período de 2014 e 2015. O Programa é realizado no Amazonas desde o ano de 2013, sendo composto, na maioria, por alunos de instituições públicas, como da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e, um número menor de participantes das instituições privadas. Os alunos participantes foram tanto Capital quanto do Interior, sendo que na última edição tivemos alunos de outros estados. As vivências são realizadas num período de 7 dias com um grupo de 6 a 8 alunos de diferentes cursos, sendo a maioria dos cursos da saúde, com destaque para a enfermagem. As vivências já foram realizadas em 17 municípios do interior do Estado do Amazonas (AM). A realidade social e de saúde de cada município é diferente, principalmente no que se refere ao acesso e logística, gestão e situação econômica. Algumas dessas características são entendidas, pelos acadêmicos, como pontos negativos para a gestão do Sistema Único de Saúde – SUS no interior, concluindo que não há condições apropriadas para exercer sua profissão. No entanto, a vivência mostrou

uma realidade diferente em que é possível realizar a gestão e os serviços de saúde no interior, mesmo com dificuldades de falta de profissionais qualificados, condições limitadas de infraestrutura e problemas financeiros para manter uma logística que garanta o acesso de toda a população. A possibilidade de entrar em contato com essa realidade nos permite dizer que o sistema de saúde é uma realidade e uma possibilidade, sendo campo de trabalho para as profissões do SUS. Resultados Alcançados: Durante a nossa devolutiva é observada a emoção e a mudança de opinião tanto do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto sobre a realidade do interior do Amazonas. Essa mudança de pensamento, a humanização e a vontade de retornar e colaborar com esses municípios são as questões mais destacadas pelos viventes ao regressar. Repercussões da experiência: Sendo assim, o programa além de contribuir com o esclarecimento da realidade do SUS também coopera com desejo de retornar para trabalhar no interior, abrindo perspectivas para a atuação do futuro profissional.

VER-SUS COMO DISPOSITIVO DE MUDANÇA NA FORMAÇÃO ACADÊMICA

Josiel Elisandro Werle, William Goes Abbade, Ariane Calixto de Oliveira, Mariana Martins Sperotto

Palavras-chave: Formação, Saúde Coletiva, Integração Ensino Serviço

Apresentação: Decorrente do atual momento em que o país se encontra, com dificuldades financeiras e diplomáticas é inevitável que seus serviços tendam a ficar precários e/ou com déficits significativos, afetando a população como um todo. O colapso presente no SUS demonstra claramente a dificuldade desse serviço, onde já serviu de modelo em outros países,

em se manter. No estado do Mato Grosso de Sul a situação se tornou insustentável, com greve de profissionais da saúde e o desvio de verba destinado à saúde. Este relato tem por objetivo mostrar a situação vivenciada no estado e como o VER-SUS pode-se tornar um mecanismo para solução a médio e longo prazo. Desenvolvimento: A todo o momento a mídia relata casos em que pacientes não são atendidos, com dificuldades para marcar exames e profissionais que não comparecem ao plantão. Situação comum na rotina do estado, com unidades se restringindo somente ao atendimento de urgência e emergência, e diminuição de unidades com o terceiro turno, afetando quem mais necessita deste atendimento. Com a formação acadêmica voltada para a interação do ensino/serviço/comunidade, permite que o graduando veja a realidade de ambos os lados, como profissional tanto como usuário, onde leva a reflexão da necessidade desta união para formular mecanismos na melhoria do atendimento e manejo na saúde. O VER-SUS, serve como ferramenta para aqueles interessados em vivenciar, de forma mais profunda, a realidade do SUS. A vivência proporciona que o “versusiano” entenda como os profissionais atuam frente as diferentes cenas de trabalho, seja na dificuldade de insumos ou na burocracia política do momento, nos mais diversos cenários, como cidades do interior e zona rural, onde é possível analisar o quanto importante o atendimento humanizado a esta população. Resultados e/ou Impactos: Os problemas enfrentados na saúde impactam sempre de forma negativa na vida de todos os cidadãos, direta e indiretamente, cabendo aqueles que atuam direto com o cliente saber resolver a situação e diminuir os danos que possam vir a ocorrer. Alimenta no acadêmico a vontade de correlacionar o aprendizado em sala com o aplicado em exercício, fomentando a iniciativa para

criação de meios para implantação da teoria da melhor forma possível dentro do possível e suas condições existentes. Considerações finais: Uma excelente forma de chamar a atenção para uma necessidade eminente, proporcionando a produção de conhecimento científico para melhora não só na qualidade do atendimento para a população, mas também aos profissionais que atuam nessa frente e são os alvos das críticas.

VER-SUS FOZ DO RIO ITAJAÍ: DES-CONSTRUINDO PARA CONSTRUIR!

Milenny Valérie Lopes de Paulo, Gladys Brodersen, Anny Caroline Lopes de Paulo, Vinicius Oliveira Cardoso, Karen Heloyse Lopes de Paulo, Alice Marli Moratelli, Murilo Lyra Pinto

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Formação

INTRODUÇÃO: O VER-SUS (vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde), projeto de iniciativa do Ministério da Saúde, proporciona ao estudante olhar para o SUS através de experiências críticas e desafios, em Santa Catarina, ele tem um caráter independente, mas mantém parceria com a Rede Unida. OBJETIVOS: Mostrar a importância do trabalho multiprofissional; possibilitar ao aluno a relação teoria e prática visando o enriquecimento acadêmico com o objetivo de formar atores sociais atuantes e capazes de promover mudanças na sociedade; desvelar verdades e mitos do SUS na região. METODOLOGIA: O VER-SUS Foz do Rio Itajaí aconteceu em julho/2015 em quatro municípios, sendo eles, Balneário Camboriú, Balneário Piçarras, Itajaí e Penha, todos localizados na região litorânea de Santa Catarina. Durante o processo de imersão buscou-se através das formações, de rodas de conversas, dinâmicas

norteadoras, vivências e momentos de compartilhamentos de experiências, construção e o aprimoramos de saberes dos acadêmicos norteando teoria e prática. RESULTADOS: O VER-SUS estreitou a lacuna que muitas vezes encontramos na academia em relação ao ensino-aprendizagem, como também a teoria-prática possibilitando o diálogo inter e transdisciplinar entre estudantes, profissionais de saúde e gestores nos vários cenários de prática. A palavra mais ouvida durante a semana foi desconstrução, sendo esta, fortemente enraizada em nossa constituição de sujeitos com isso o empoderamento nas discussões horizontalizadas proporcionaram a introspecção e reflexão de todos para mudanças internas e externas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: a problematização provocada durante todo o VER-SUS levou os estudantes a saírem diferentes de quando chegaram para vivenciar a experiência, pois, ela estimula-os a serem atores (agentes de mudanças) em seus círculos sociais, em busca por objetivos coletivos que transcendem conhecimentos, fortalecem a cidadania, os valores éticos. E estas são algumas das razões pelas quais o VER-SUS é fundamental na formação acadêmica. Concluímos, com a certeza de que cada um de nós saiu dessa experiência com a “mochila” repleta de inquietações, portanto, estamos em fase de disseminação, em analogia somos as verdadeiras Araras Azuis do VER-SUS Araucária, temos o compromisso de semear sementes todos os dias para que brotem outras árvores versusianas e deem frutos verdes, laranjas e azuis.

VER-SUS FOZ DO RIO ITAJAÍ: EMPODERANDO FACILITADORES PARA PROMOVER O SUS

Milenny Valérie Lopes de Paulo, Gladys Brodersen, Vinicius Oliveira Cardoso, Carlos

Alberto Seveiro Garcia Junior, Josiane Teresinha Ribeiro de Souza

Palavras-chave: Educação em Saúde, Sistema Único de Saúde, Formação

INTRODUÇÃO: O VER-SUS (vivências e estágios na realidade do SUS) proporciona aos acadêmicos uma possibilidade de ampliação de horizontes sobre seu olhar para o Sistema Único de Saúde (SUS). Os facilitadores são acadêmicos que já vivenciaram o VER-SUS em outras versões e irão guiar os novos alunos no processo. OBJETIVO: Relatar a experiência da formação dos facilitadores do VER-SUS Foz do Rio Itajaí, no estado de Santa Catarina. METODOLOGIA: A formação dos facilitadores aconteceu em dois momentos, havendo um intervalo de uma semana entre o primeiro e o segundo encontro. A didática utilizada tem base nas metodologias ativas de Paulo Freire, ao qual, a construção/aprimoração de saber consiste em discussões através de rodas de conversa, dinâmicas norteadoras, momentos de compartilhamento e estudo de caso sobre o SUS. RESULTADOS: A partir das discussões durante os dias de formação, foram explorados os conhecimentos de cada facilitador para chegar a aproximação de saberes. O estudo de caso proporcionou refletir sobre as dificuldades e potencialidades encontradas pelos usuários do SUS. Houve a criação de conceitos os quais usamos como parâmetro nos nossos momentos durante o VER-SUS, sendo este: “Produzir transformações através de conhecimentos para a superação e desconstrução de uma imagem do SUS a partir, não somente das dificuldades, mas induzir o crescimento de imagens do SUS que dá certo. Propor uma construção coletiva que problematize a igualdade, visando o renascimento do SUS ampliando o compartilhamento de informações e práticas profissionais, permitindo os

coletivos criarem espaços de comunicação e socialização a fim de construir laços”.
CONCLUSÃO: A formação dos facilitadores foi um processo gradual e contínuo, sendo assim, sabíamos que os momentos seriam para criar ligações entre o grupo, pois seria o primeiro contato entre eles, e também alinhar ideias sobre o projeto, resgatar os conhecimentos do SUS, seja eles adquiridos dentro e/ou fora da graduação, portanto, o tempo todos construímos e desconstruímos saberes.

VER-SUS LITORAL PIAUIENSE : O RELATO DE EXPERIÊNCIA DA COMISSÃO ORGANIZADORA

Sabrina Kely Magalhães de Araújo, Antonio Ciro Neves do Nascimento, Bianca Waylla Ribeiro Dionisio, Gleyde Raiane de Araújo, João Rodrigo de Moura Carvalho, Larisse de Sousa Silva, Paula Evangelista Ferreira, Vilkiene Natércia Malherme Barbosa

APRESENTAÇÃO: A Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) faz parte de uma estratégia do Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida que procura aproximar os estudantes no campo das políticas públicas do Brasil na perspectiva da orientação e formação para o campo das necessidades sociais e princípios do SUS. O presente trabalho objetiva relatar a experiência da comissão organizadora do VER-SUS/Litoral Piauiense, que esteve presente ativamente em todas as atividades do evento se responsabilizando e sendo protagonista, buscando perceber as práticas pedagógicas e as lutas sociais do campo e da saúde na construção da hegemonia de um projeto de sociedade, provocando reflexões acerca de seu papel enquanto agente transformador da realidade e contribuir para a construção da consciência acerca da saúde como direito social.
METODOLOGIA: O Estágio aconteceu entre

os dias 01 a 12 de março de 2015, contando com a participação de 30 acadêmicos dos municípios de Parnaíba, Teresina, Picos e Floriano divididos nas áreas de Enfermagem, Medicina, Psicologia, Fisioterapia, Serviço Social, Educação Física, Odontologia, e Farmácia. Foram realizadas visitas entre os municípios de Cajueiro da Praia, Ilha Grande do Piauí, Luís Correia e Parnaíba, através de um processo de cooperação técnica e científica entre docentes e acadêmicos das Instituições de Ensino Superior (IES) de Parnaíba e Prefeituras Municipais. Durante a vivência surgiram algumas dificuldades, especialmente com os longos percursos percorridos nas visitas. Parte do grupo entrou no processo de adoecimento, pois a mudança do clima, diferença nos hábitos alimentares e a rotina acabaram contribuindo para este processo. Assim, a comissão organizadora, junto aos facilitadores, reformulou a programação dando mais leveza e promovendo momentos de cuidados aos futuros cuidadores através de atividades de massagens, relaxamento, terapia do abraço, escuta, e cuidado com o outro, facilitadas pela própria comissão e facilitadores, que mudou positivamente o ambiente e saúde dos viventes tornando um dos momentos mais importante, proporcionando aos viventes um contato consigo mesmo, com as emoções, estabelecendo assim a confiança no outro e a importância desse momento para os profissionais da saúde. Tendo um bom resultado na harmonia do grupo e melhor integração, essencial para as discussões e construção de ideias em coletivo. Sentimento de amizade, companheirismo, cuidado com o outro eram fortes a cada dia que passava. **RESULTADOS:** Avaliamos que o VER-SUS/ Litoral Piauiense obteve um resultado positivo transformando mentes e corações. Com esta vivência, o VER-SUS Litoral Piauiense possibilitou um espaço de troca de saberes, além de

provocar diversos questionamentos após a imersão em uma realidade que na maioria das vezes é distanciada da Universidade, assim proporcionando construir valores, estabelecendo relações com o desenvolvimento de ações pedagógicas voltadas para educação permanente, tornando-se uma alternativa que se diferencia da sala de aula.

VER-SUS NO FORTALECIMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL: VISÃO DO VIVENTE

Antônio Carlos Gonçalves de Carvalho, Mariane Alves de Sousa, Danielle de Sousa Leal, Tiago da Rocha Oliveira, Lindalva de Moura Rocha, Carlos Eduardo Nunes, Maria Rosiane de Moura, Eduardo Carvalho de Souza

APRESENTAÇÃO: O projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) tem, entre seus objetivos, procurar estimular a formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS), comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais, agentes políticos, capazes de promover transformações e assim se qualificarem para atuação na saúde pública. Com isso, o presente estudo visa relatar a experiência vivida por participantes do projeto VER-SUS no fortalecimento da prática profissional.
DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um estudo descritivo com enfoque em um relato de experiência de acadêmicos, da área de saúde, ao participarem de um estágio de vivência no SUS. A experiência aconteceu no mês de agosto de 2015 na cidade de Picos - PI. **RESULTADOS:** Participaram da vivência 16 estudantes e 4 facilitadores, todos estudantes de graduação, de diversos cursos e de diferentes instituições de ensino do estado do Piauí. Observou-se,

que parte dos estudantes mostraram-se deficientes com relação a compreensão e desempenho de atividades relacionadas a temáticas do SUS. Outro ponto que merece destaque está relacionado com a relevância dos estágios de vivência na formação de todos os participantes, bem como a significância da experiência interdisciplinar e multiprofissional, que ocasionou a troca de informações e conhecimento adquirido e, conseqüentemente, uma maior qualificação para atuar no sistema de saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência proporcionada pelo Projeto VER-SUS contribuiu para o reconhecimento da interdisciplinaridade propondo aos viventes uma oportunidade ímpar em suas vidas acadêmicas; transformando-os em futuros profissionais que hoje estão imersos na academia, mas que em um futuro próximo estará inserido no mercado de trabalho e terá a oportunidade de praticar um serviço diferenciado, humano e empático ao sofrimento alheio.

VER-SUS SAÚDE DO CAMPO: ENCONTROS E AFETOS NA CONSTRUÇÃO COLETIVA DO SABER

Rebeca Araújo Vasconcelos, Karl Marx da Nóbrega Cabral

Palavras-chave: vivência, saúde, campo, movimentos sociais

APRESENTAÇÃO: O programa Vivência em Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) é uma proposta do Ministério da Saúde em parceria com outras organizações que possibilita aos participantes (graduandos, residentes ou integrantes de movimentos sociais) a inserção num contexto para aprendizagem em serviços de saúde e organizações sociais, tendo como objetivo o estímulo ao desenvolvimento de processos de

luta de trabalhadores, estabelecendo compromisso com a ética e a política para a saúde da população. A vivência estruturase com atividades de imersão teórica, prática e vivencial, com disponibilidade total do vivente para a participação nos espaços propostos em período integral. Possui duração de sete a quinze dias, em que os participantes estarão reunidos, dialogando e trocando saberes sobre as problemáticas observadas durante sua concretização. Os participantes assumem papéis variados: viventes, facilitadores e comissão organizadora. **METODOLOGIA:** O VER-SUS Saúde do Campo constituiu proposta inovadora, visto que atrelado ao primeiro programa nacional de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com enfoque no Campo. Ocorreu no período de 03 a 12 de agosto de 2015 no Centro de Formação Paulo Freire do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST), localizado na zona rural de Caruaru/PE, numa construção coletiva com membros do movimento. Viabilizou aos viventes, oriundos de diferentes programas de residência, a imersão na realidade de assentamentos e comunidades rurais que apresentam limitações de acesso aos serviços de saúde, bem como a direitos fundamentais, como água, saneamento, transporte, educação, entre outros. A estruturação desta vivência contemplou a seguinte divisão por eixos: Estado e Sociedade; Saúde do Campo; Atenção Primária à Saúde e Promoção à Saúde; Rede e Integralidade em Saúde; Trabalho em Saúde e Educação Permanente; Questão Agrária; Mobilização e Participação Social. Cada um desses eixos contou com uma vivência prática, ora precedida por uma discussão teórica, ora seguida por uma problematização e contextualização da realidade vivenciada. As metodologias utilizadas constituíram-se de rodas de conversa; discussões em pequenos grupos; contribuição de

convidados; leitura de textos; material audiovisual; dinâmicas participativas; visita a serviços de saúde, cooperativas, grupos de trabalhadores terceirizados da indústria têxtil, assentamentos e comunidades. Resultados: A formação prévia dos sujeitos participantes contribuiu ricamente com o processo de análise e situação das realidades vivenciadas, e a participação de militantes do MST foi determinante para o atingimento do debate sobre a importância dos movimentos sociais nos processos de luta por trabalho, educação, moradia, entre outros determinantes sociais fundamentais à construção da concepção de saúde. O encontro dos residentes de variados programas permitiu trocas de saberes, experiências e afetividades, tão importantes no processo de formação dos trabalhadores de saúde. Considerações Finais: O VER-SUS configura-se enquanto estratégia importante para a formação de estudantes e trabalhadores em saúde, na medida em que integra elementos ideológicos, políticos e éticos, a partir da realidade vivenciada no cotidiano de trabalhadores e usuários, buscando o protagonismo necessário dos diferentes sujeitos para a construção contínua do Sistema Único de Saúde.

VER-SUS SERGIPE: A METODOLOGIA JOSUÉ DE CASTRO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

Kalil Luno Cardoso Silva, Rogério Andrade dos Santos

Palavras-chave: VER-SUS, Metodologia Josué de Castro, Trabalho Educativo

O VER-SUS (Vivências e estágios na realidade do sistema único de saúde) é um programa de educação permanente do Ministério da Saúde que possibilita aos participantes experimentarem o processo de aprendizagem no cotidiano de

serviços de saúde junto aos trabalhadores, usuários, gestores e movimentos sociais. Em Sergipe, a vivência aconteceu a partir da metodologia Castro que utiliza o espaço do próprio movimento social como base para sua formação e procura valorizar o trabalho manual intercalado com o trabalho intelectual ou educativo e possui como princípios filosóficos a educação para a transformação social, trabalho, cooperação, para as várias dimensões da pessoa humana, para valores humanistas e socialistas, para processo permanente de formação e transformação humana. O objetivo deste trabalho é entender as contribuições da metodologia para vivência e para a formação em saúde dos participantes. A edição do VER-SUS 2015/2 teve como alojamento o espaço de formação Canudos, assentamento do MST no povoado Quissamã – Nossa Senhora do Socorro e vivências em vários assentamentos de reforma agrária do Estado de Sergipe e a rede de saúde da cidade de Aracajú, contando com a presença de alunos de diversos cursos, regiões, idades e cursos da área da saúde. Os sessenta participantes (viventes e facilitadores) foram divididos em núcleos de base (NB) com dez pessoas para as formações em plenárias, palestras, rodas de conversas, vivências nas atenções primárias, secundárias do SUS e outros assentamentos e acampamentos do MST e MOTU (Movimento Organizado dos Trabalhadores Urbanos) compondo a formação intelectual, além disso, os viventes tiveram tarefas a serem divididas de acordo com as demandas no espaço de formação do MST. As tarefas eram a alvorada para despertar e organizar uma chamada para o restante dos viventes ao acordar e antes dos espaços de formação, limpeza de banheiros, pátio e refeitório, além de servir as refeições e realizar a mística que é uma apresentação lúdica reflexiva referente ao tema do eixo debatido ou vivenciado no dia. Foram distribuídas também tarefas individuais

como a limpeza de artigos de uso individual como: pratos, talheres e roupas. Cada NB possuía um coordenador geral vivente, um secretário diário, facilitador e os demais viventes. Esta experiência resultou na contribuição da formação dos estudantes em saúde; despertou comprometimento dos participantes na militância em saúde pelo seu engajamento nos movimentos sociais e estudantis; motivou o trabalho em equipe multidisciplinar pela diversidade de cursos trabalhando em equipe; incitou responsabilidades coletivas e individuais pelas tarefas executadas que cumprem o papel de trabalho manual proposto pela metodologia.

VER-SUS TOCANTINS - CONTRIBUINDO NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DE AGENTES TRANSFORMADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mariane de Melo Costa, Claudia Cristinne Gomes Cardoso, Gilmara Apolinário Reis, Leidiane Ferreira Santos, Cintia Flores Mutti, Igor Rodrigues Arouca

Palavras-chave: VER-SUS, Agentes Transformadores, SUS

APRESENTAÇÃO: O projeto VER-SUS configura-se em estratégia que possibilita aos seus participantes experimentar novos espaços de aprendizagem, no cotidiano de trabalho das organizações e serviços públicos de saúde. Com isso estimula a formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS), comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do SUS, com os pressupostos da reforma sanitária, possibilitando assim a compreensão do conceito ampliado de saúde, e permitindo práticas interdisciplinares, bem como intersetoriais. Durante o projeto, acadêmicos de diversos cursos da área

da saúde vivenciam processo de imersão teórica e prática no sistema público de saúde, para que os mesmos possam perceber e refletir sobre seu papel como agentes transformadores da realidade do SUS. O projeto estimula ainda debates entre trabalhadores, gestores e estudantes acerca das diretrizes circulantes que garantam a assistência em saúde de qualidade, humanizada, e que fomentem olhar reflexivo e diferenciado do modelo tecnicista e fragmentadas, até então presente no processo de formação. O presente trabalho objetiva-se relatar, as contribuições do VER-SUS Tocantins, Brasil, no processo de formação de agentes transformadores do SUS. **DESENVOLVIMENTO:** O método empregado neste estudo foi o relato de experiência da segunda edição do projeto VER-SUS Tocantins, Brasil, que aconteceu entre os dias 3 e 9 de agosto de 2015, no município de Palmas Tocantins. A vivência teve participação de 30 graduandos da área da saúde respectivamente dos cursos de Enfermagem, Enfermagem e Obstetrícia, Farmácia, Gestão em Saúde Coletiva, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social oriundos de Instituições de Ensino Superior Pública e Privada dos estados do Tocantins, Maranhão, Brasília, Piauí, Rio de Janeiro, Amazonas, Pará e Minas Gerais. Os graduandos foram divididos em grupos, onde tiveram a oportunidade de conhecer, dialogar e trocar experiências os serviços de saúde de baixa, média e alta complexidade, como e a situação da saúde local de acampamentos (Capadócia e assentamentos, comunidade quilombola, e aldeias indígenas). As práticas vivenciadas foram debatidas e problematizadas diariamente, através de rodas de conversas, oficinas, filmes, debates. **RESULTADOS:** A vivência instiga graduandos a serem sujeitos agentes transformadores da realidade do SUS, possibilitando olhar diferenciado do modelo tecnicista e fragmentado, presente

ainda na formação e na atenção em saúde, desperta reflexão da necessidade da assistência humanizada e da reformulação do modelo assistencial do SUS, que esses futuros profissionais são capazes de promover. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Portanto o VER-SUS é um importante potencializador em instigar os graduandos a transformar a realidade do sistema, tendo em vista que a troca de experiência e vivência na integra da realidade do sistema, permitem que os mesmo percebam que são sujeitos capazes de promover transformações.

VER-SUS: A DESCOBERTA DO OLHAR, DO SENTIR E DO EXISTIR NO OUTRO

Anna Karla Rodrigues Dino

O trabalho aqui apresentado trás como proposta o compartilhamento de experiências vivenciadas no VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde), na edição de 2015.2, na cidade de Sobral, no Ceará. Tem como foco relatar a percepção sobre a construção dos processos de cuidado e de vinculação dos sujeitos dentro dos serviços de saúde e problematizar sobre a coisificação das relações. Para isso, será utilizado o relato de uma visita feita, no período de imersão, à UTI (Unidade de Terapia Intensiva) Pediátrica da Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Durante a visita, diferentes situações incomodaram e emocionaram. Neste serviço pude conhecer o espaço da UTI Pediátrica, onde os bebês prematuros ficam internados até poderem ir para o berçário. O tempo que estive naquele ambiente, entrando nos quartos, abrindo e fechando portas, saindo e entrando nos lugares. Poder olhar o que tinha ou o que se fazia ali, foi possível ver quem o ocupava e por que ocupava. Porém, olhar nos olhos de várias mães e não poder falar com elas, ou não perguntar a elas se poderia entrar e ver seus bebês, ou se elas

queriam que entrássemos, foi provocador de grandes incômodos e angústias. Perceber os olhares aflitos e assustados de algumas mães dentro daqueles espaços foi desestruturador. A partir disso, comecei a questionar sobre minha relação com as pessoas que estão naquele ambiente e nos possíveis ambientes que poderei me encontrar enquanto profissional. Percebendo que se deve chegar com cuidado e atenção nesses espaços que não possuo vínculo. Levando em consideração que aquela situação pode ser um momento intrigante para as pessoas daquele lugar, e que naquele lugar eu é sou a estranha, a não pertencente. E que por isso, se faz importante a aproximação e a vinculação. Porém, a sensação ao estar naquele lugar, daquela forma, foi de invasão. Percebi que estar ali, junto a um grupo de estudante, estava invadindo a privacidade e o limite de outros e que estes outros não foram avisados. Percebi, então, o quanto estamos nos locais como invasores e o quanto estamos objetificando os sujeitos que nos rodeiam. Utilizando as pessoas como coisas ou como objetos, seja de pesquisa ou de intervenção, mas esquecendo de que ali também existe humano, existe dor, amor e sabor. Diante disso, percebo que a forma como nos colocamos nos espaços deve ser sempre pensada e repensada. Buscando uma forma de respeitar quem está ali, sem romper o limite do que nos é permitido, tanto o limite da fala, quanto o do corpo ou o do olhar. Parece-me que um olhar atento e sensível para essas ações é o disparador para a construção de um vínculo. Assim como dar atenção ao olhar dos sujeitos é também dar atenção à fala do mesmo e ao que para ele é importante. Percebendo com isto, que tudo o que ele diz de peito aberto e tudo que estou ouvindo é o que, de fato, ele está vivendo.

VER-SUS: CONQUISTANDO CORAÇÕES E MENTES PARA DEFESA E O FORTALECIMENTO DO SUS

Agnelo Pereira da Silva Junior, Sávio Câmara Vieira de Andrade, Thaís Almada Bastos, Waleska Maria de Souza Barros

APRESENTAÇÃO: O projeto VER-SUS, Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde, enquanto dispositivo, pretende estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais, agentes políticos, capazes de promover transformações. A experiência aqui relatada ocorreu entre 02 a 12 de março de 2015 em quatro cidades da planície litorânea piauiense: Parnaíba, Luís Correa, Cajueiro da Praia e Ilha Grande do Piauí. O objetivo do VER-SUS é formar trabalhadores para o SUS numa rede amistosa entre os futuros profissionais da saúde, tratando a necessidade de transdisciplinaridade e compromisso com princípios do Sistema, para formar transformadores sociais e políticos. **DESENVOLVIMENTO:** Hospedados em um hotel no litoral do Piauí, fomos introduzidos à ideia de conhecer, vivenciar e interagir com o SUS, além de sermos incentivados a atuar criativamente para melhorar a saúde coletiva do País, em especial naquela localidade. Passamos a entender a rede do sistema de saúde, a importância da atenção primária, que é a base de tudo (desde as Unidades Básicas de Saúde até os centros secundários e terciários de atendimento, promotores de apoio psicossocial, de saúde especializada e de urgência e emergência). Aliado a isso, outros momentos foram destinados a repassar a importância de movimentos sociais, como Associação de Pescadores e de Rendeiras e um assentamento do MST, que promovem uma assistência essencial à vida de cidadãos envolvidos.

RESULTADOS: A vivência foi essencial para a desconstrução de preconceitos, construção novos de conceitos, quebra de paradigmas e marcou de forma especial nossa formação pessoal e acadêmica. Através dela mesma, passamos a ter ainda mais conhecimento dos determinantes sociais de saúde e da necessidade dos princípios do SUS, além despertar a vontade de sermos futuros atores da rede do Sistema Único de Saúde. O VER-SUS é uma experiência imprescindível para a formação de profissionais humanizados e conhecedores do verdadeiro SUS, que irão atuar corrigindo falhas e potencializando qualidades, que são por muitas vezes esquecidas. Essa iniciativa é capaz de orientar novas práticas pedagógicas e sentimentais, o que relaciona o ensino universitário com a atividade profissional, comunidade e práticas sociais, criando, portanto, uma educação que se baseia no incentivo ao estudante contribuir de forma permanente e efetivamente em ações que o cativaram durante a experiência, tornando-se um agente multiplicador e defensor desse sistema. **CONCLUSÃO:** A imersão nos proporcionou uma experiência até então não imaginada por nós: a atual realidade da rede do Sistema Único de Saúde no planície litorânea piauiense; além da vontade de presenciá-la, conhecê-la verdadeiramente e poder melhorá-la, dando mais atenção à saúde coletiva, como forma de promover a qualidade de vida da população.

VER-SUS: CONTRIBUIÇÃO PARA FORMAÇÃO ACADÊMICA EM ENFERMAGEM

Mariana Sobral de Almeida, Rebecca Maria Oliveira de Gois

Palavras-chave: VER-SUS, Formação Profissional, Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO: O VER-SUS (Vivência-

Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde) é um programa oferecido pelo ministério da saúde em parceria com a Rede Unida, com a Rede Colaborativa de Governo/UFRGS, com a UNE (União Nacional dos Estudantes), CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde) e com o CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) com o propósito de oferecer a oportunidade para estudantes de graduação de diversas universidades, voltadas para área da saúde, vivenciar e debater acerca da realidade do sistema único de saúde (SUS) como estratégia de aprendizado para formação acadêmica. Este estudo tem como objetivo relatar as percepções de uma acadêmica de enfermagem sobre a contribuição para formação social, acadêmica e profissional durante a experiência oferecida pelo programa. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de um estudo descritivo, em forma de relato de experiência, de uma acadêmica de Enfermagem durante a vivência do VER-SUS/SE, realizado no período de 16 a 26 de julho de 2015, no Centro de Formação Canudos (Assentamento do MST), no município de Nossa Senhora do Socorro/SE. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** O VER-SUS possibilitou uma aproximação da fundamentação teórico-prática com intuito de fortalecer o conhecimento geral sobre os princípios norteadores do SUS, através de diálogos entre estudantes, profissionais, usuários e gestores. De modo que os elementos estruturais do SUS, como a gestão, as estratégias da atenção primária e da educação em saúde são temas aprofundados diante das discussões promovidas durante a vivência. A participação de discentes de vários cursos possibilitou uma visão multidisciplinar em relação ao SUS, a fim de promover a integração da realidade dos serviços públicos com os futuros profissionais. O projeto disponibilizou Estágios de Observação

Gestacional e institucional, onde os estudantes foram divididos em grupos de vivência (GV's), a fim de proporcionar conhecimento de vários setores que integram o SUS, no qual muitos não são oferecidos na grade curricular durante a formação acadêmica na área da saúde. Ao visitar estes setores, foram identificadas, a partir de debates, as principais fragilidades, como também algumas insatisfações por parte dos profissionais no que se refere à gestão da saúde pública. Dessa forma, tal experiência proporciona aos estudantes a reflexão sobre a importância da formação profissional dentro da realidade dos modelos de atenção à saúde, da formação do censo crítico, da desconstrução da visão tecnicista, a fim de formar o profissional de saúde preparado e qualificado para atuar no SUS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Projeto VER-SUS proporcionou várias experiências que possibilitaram a formação pessoal e acadêmica mais qualificada, consciente e comprometida por permitir ter contado com um cotidiano de trabalho que engloba diversas áreas de conhecimento e por desenvolver um olhar crítico, ético e político da perspectiva da integralidade do cuidado.

VER-SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOB O OLHAR DA COMUNICAÇÃO PÚBLICA

Simone Alves de Carvalho

Palavras-chave: Comunicação pública, Projeto VER-SUS, relato de experiência

O objetivo deste artigo é apresentar minhas observações sobre a vivência no estágio interdisciplinar VER-SUS, pensado sob o olhar da comunicação pública sobre estas atividades, como parte da experiência empírica de minha pesquisa de doutorado. Esta vivência aconteceu nos bairros de Brasilândia e Vila Nova Cachoeirinha (SP) entre 18 de 25 de janeiro de 2015. Nesse período, um grupo formado por

universitários do campo da saúde conheceu diversas facilidades que compõem o SUS nesse território e discutiu sobre suas atividades e propostas. O método utilizado é o relato de experiências, através do diário de bordo analítico. Como resultado, pude verificar empiricamente a ausência dos pressupostos teóricos da comunicação pública e a carência dos mesmos no SUS. Essa vivência foi fundamental para a pesquisa de doutorado, pois colocou o objeto de pesquisa em perspectiva, tanto sobre sua abrangência quanto em relação às suas carências comunicacionais. Se o planejamento da comunicação integrada perpassa por todos os tipos de organizações (KUNSCH, 2003), a área da saúde não pode se imaginar como fora desta esfera organizacional. Porém, tanto pela minha experiência profissional no setor quanto pelas observações realizadas nessa vivência, observo grande desarticulação entre a teoria e a prática, pois não se utiliza nem dos pressupostos da comunicação integrada e nem daqueles que ditam a transparência e a accountability na comunicação pública, além do próprio capital social possível na rede (MATOS, 2009). O VER-SUS como programa de formação de graduandos e membros da sociedade civil organizada é muito interessante, especialmente ao ser entendido como um processo orgânico que respeita as decisões coletivas. Considerei importante que muitos participantes fossem de cursos da área da saúde, mas é necessário interagir com interlocutores de outras áreas do conhecimento que também atuam nesse setor.

VER-SUS: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A APROXIMAÇÃO DOS ESTUDANTES À REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Damara de Jesus Almeida, Andressa Araujo Fagundes

Palavras-chave: ver-sus, sistema único de saúde, educação

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e devido a sua complexidade, além de uma boa gestão, é imprescindível que os trabalhadores sejam preparados técnica, científico e politicamente. Em virtude da dificuldade em inserir os acadêmicos de saúde na realidade do SUS devido à metodologia educacional vigente no Brasil, o VER-SUS surge como uma oportunidade de capacitar e complementar a formação acadêmica, mostrando a importância de se conhecer profundamente o SUS, além de servir como uma ferramenta para inserção dos estudantes no controle social. Este relato tem como objetivo apresentar a experiência vivenciada no estágio interdisciplinar para a formação e atuação dos profissionais da área da saúde. O VER-SUS Sergipe seguiu a metodologia pedagógica Josué de Castro que, por meio do princípio da coletividade, procura desenvolver a consciência social e política, para que os indivíduos potencializem suas ações e se tornem sujeitos ativos na dinâmica social. O estágio ocorreu durante um período de onze dias, onde a comissão organizadora e viventes, um total de sessenta pessoas, de vários estados brasileiros, ficaram imersas no Centro de Formação “Canudos” do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), no município de Aracaju, capital de Sergipe. A vivência se deu por meio de plenárias, aulas, visitas à moradias de assentamentos ligados aos movimentos sociais do MST e MOTU (Movimento dos Trabalhadores Urbanos) e a diversos dispositivos do sistema de saúde, como hospitais de pronto atendimento, unidades básicas de saúde, centros de atenção psicossocial e unidades de saúde mental. Durante a visita domiciliar foi possível conhecer a história de luta, escutar as principais necessidades em relação à saúde e vivenciar a realidade

do dia a dia do trabalhador rural e urbano. Após as vivências, eram formados grupos com o objetivo de discutir e refletir o que foi vivenciado. Durante a experiência foi possível aproximar o estudante à realidade do trabalhador rural e urbano, conhecer o funcionamento do sistema, além de ouvir relatos dos envolvidos neste Sistema: usuários, gestores e funcionários. Essa rica troca de conhecimentos, somado aos diferentes pontos de vistas e “desabafos” tornou possível entender como o sistema está funcionando e apontamentos sobre o que é necessário fazer para torná-lo mais forte e efetivo, mostrando o que os Versusianos, futuros profissionais trabalhadores do SUS, podem fazer para contribuir e melhorar na construção de um SUS igualitário, integral e universal. Analisando a experiência e tudo que foi aprendido, conclui-se que o VER-SUS é uma potente ferramenta de humanização e preparação dos profissionais, despertando-os à assumir uma postura ética de respeito ao usuário e de acolhimento ao desconhecido, desmistificando a visão sobre o SUS que a mídia apresenta, por meio da vivência nas diversas instâncias do sistema de saúde, como gestão, atenção à saúde, educação e controle social.

VER-SUS/BRASIL: FERRAMENTA ESSENCIAL PARA O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Vinicius da Cruz Zeferino

Palavras-chave: SUS, VER-SUS, Vivências, Saúde, Experiência, Facilitador

O presente resumo tem por objetivo demonstrar que o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) caracterizou-se por uma vivência de 11 (onze) dias, nos quais estudantes de graduação oriundos de

diversos cursos, tanto de áreas da saúde como outras afins do Rio de Janeiro e de outros estados do país, compartilharam o mesmo ambiente, trocando ideias e aprendizado mútuo. O objetivo do Projeto é fomentar uma visão reflexiva e crítica sobre os desafios enfrentados pelo SUS, e agregar na formação pedagógica dos mesmos; tudo isso, através da apresentação acerca da realidade do Sistema, com o intuito de quebrar paradigmas e trabalhar com os conceitos de “construção e desconstrução”. As vivências tinham a presença dos facilitadores, cuja responsabilidade se dava em fomentar momentos de reflexão junto aos viventes, para a discussão dos debates; a função do facilitador é ser uma referência para os demais estudantes no que diz respeito ao entendimento do marco teórico - prática para o aprendizado acadêmico. A experiência possibilita aos estudantes criar um novo olhar sobre o SUS, e incentiva a criação de uma postura transformadora diante dos entraves que o Sistema enfrenta. O VER-SUS é uma ferramenta essencial para o processo de ensino-aprendizagem dos estudantes universitários. Através de tal projeto, pode-se observar, de uma maneira mais direta, a dimensão prática do conhecimento aplicado; mais do que isso, percebe-se que a teoria e a prática são dimensões indissociáveis. Estimular essa compreensão a partir da imersão na realidade do sistema permite a criação de uma nova mentalidade sobre o SUS, auxiliando o indivíduo a se tornar um ator social, responsável pelas transformações necessárias. Por seu formato multidisciplinar, o Projeto permite a estudantes de diversas áreas de graduação a ter contato com o Sistema, criando assim uma atmosfera de trocas de aprendizado bastante enriquecedora para todos os envolvidos, e possibilitando um aprofundamento no SUS, bem como uma maior oportunidade de entender como o

mesmo opera – característica típica dos estágios de imersão. No dia 22 de julho de 2014 (que configurou o segundo dia de vivência) pela manhã, fomos à Clínica da Família Assis Valente, na Ilha do Governador. Fomos muito bem recepcionados por um enfermeiro da Unidade, que nos explicou a diferença entre Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde. Sendo assim, podemos descrever que tal rotina se repetiu nos dias posteriores. Os primeiros efeitos observados foram em nós – viventes e facilitadores – pela total mudança de pensamento, e um novo olhar sobre a saúde pública em seus diferentes níveis de atenção e esfera política. Assim como, a transformação na qualidade de vida e renda da população que utiliza os mais diversos tipos de assistência à saúde ofertada pelo SUS, e seus entes federativos. De uma maneira geral, considero a vivência e a experiência acumulada ao longo do Projeto como de extrema importância, somando de maneira positiva e significativa no processo de formação profissional de cada um. Criando uma consciência mais cidadã. Obtive uma experiência de enriquecimento pessoal.

VER-SUS/RS- 15^a COORDENADORIA DE SAÚDE- VISITA A UMA COMUNIDADE INDÍGENA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Andressa Carine Kretschmer

Palavras-chave: Educação em Saúde, Atividade Educativa

Apresentação: A população indígena do Brasil apresenta um amplo quadro de saúde, relacionado aos seus processos históricos, demográficos. A saúde e o perfil epidemiológico dos povos indígenas são pouco conhecidos, e é necessário levar-se em conta a diversidade existente das etnias. A realização de atividades do VER-SUS/

BRASIL em comunidades afastadas do meio urbano e de culturas diferentes, aproxima os futuros atores sociais de uma nova realidade a ser encarada, os mesmos passam a tomar conhecimento de outras comunidades e a trabalhar as diferenças. Desenvolvimento do trabalho: Realizou-se dois dias de vivência em uma reserva indígena próxima a cidade polo da 15^a coordenadoria de saúde do Rio Grande do Sul. Resultados e Considerações finais: O grupo passou por imersões tais como rodas de conversa com a comunidade local, e os profissionais que trabalhavam na região, debate e atividades de práticas integrativas e complementares à saúde. Para os graduandos foi bastante interessante observar uma comunidade que tem sua subsistência basicamente realizada da agricultura familiar, muitos dos graduandos se surpreenderam com a realidade encontrada, uma vez que esperavam que os costumes estivessem mais intactos, mas os mesmos não se diferenciam tanto quanto os do meio urbano. Para alguns dos graduandos os indígenas encontrar-se-iam seminus, fazendo uso do arco e flecha e vivendo em suas tradicionais ocas. Porém muitos deles possuem ligação com os movimentos sociais, conhecem os espaços de luta e seus direitos, alguns cursam ensino superior e retornam para a aldeia exercer sua profissão. Há ainda dificuldade de acesso à saúde, sendo a mesma distante de sua reserva para determinadas complexidades. O saber popular e o acolhimento foram bastante valorizados pelos acadêmicos, muitos se emocionaram e relataram que a vivência foi um espaço de transformação.

VERSUS - VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fabiana Lenz, Scheila Mai, Fabio Herrmann, Alessandra Martins da Silva, Júlia Ruth Toledo da Silva, Samantha Tomasi

Palavras-chave: Extensão Universitária, SUS, Formação Acadêmica

O seguinte trabalho relata a experiência de acadêmicos de enfermagem, medicina e psicologia no projeto VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde), que é um estágio de vivência e aproximação de estudantes da realidade e prática do Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto VER-SUS foi criado em 2002 com apoio do Ministério da Saúde, e propõe diretrizes que são compatíveis com as atuais políticas prioritárias e que preveem a organização das redes de atenção à saúde, tendo a atenção básica como organizadora do processo de cuidado. Nesta perspectiva, o projeto tem o objetivo de qualificar futuros profissionais, permitindo ao acadêmico experimentar um novo espaço de aprendizado, conhecer o trabalho das organizações de saúde, entender como funciona o desenvolvimento das lutas dos setores do campo da saúde, possibilitando a formação de profissionais com olhar crítico reflexivo, que lutem pelo pleno funcionamento do SUS. A vivência aconteceu de 27 de julho a 02 de agosto de 2014, nos municípios do Oeste de Santa Catarina e possibilitou conhecer espaços da rede pública de saúde como: Unidade Básica de Saúde; Estratégia de Saúde da Família; Centro de Atenção Psicossocial; Hospital; Clínica Renal; Clínica do Homem; Ambulatório de Lesão de Pele; Casa de Passagem; Lar de Idoso e participação em reunião de Conselho Municipal de Saúde. Com imersão completa no projeto, as visitas aos espaços articuladas com discussões sobre o SUS ressignificaram conceitos estudados na graduação, possibilitando o conhecimento dos princípios e diretrizes do SUS, seu funcionamento, uma rica troca de experiências entre os viventes por meio de discussões sobre situações-problema e estratégias de soluções possíveis com a visão da equipe multiprofissional. Foram

realizados trabalhos em grupos, dinâmicas, rodas de conversa, seminários e diálogos entre os estudantes, contudo o que, de fato, marcou a intensidade desse projeto foram as vivências nas diversas realidades do SUS da região. A partir das visitas foi possível identificar o potencial da gestão nos serviços de saúde, a importância da participação social de forma ativa e efetiva, a necessidade tanto de serviços bem equipados quanto de estruturas que favoreçam a acessibilidade, a utilização das tecnologias duras e leves de cuidado e programas de saúde que respondam às necessidades apresentadas de forma individual e coletiva. Entretanto, permeiam alguns desafios, como a precariedade de algumas estruturas físicas dos serviços de saúde, a falta de recursos humanos, a articulação da rede, a deficiência nos investimentos da educação permanente dos profissionais de saúde, assim como, a ausência do controle social em alguns serviços visitados. A importância de vivências no espaço de saúde pública implica na compreensão da defesa e luta por um atendimento integral de qualidade e o comprometimento com as necessidades da saúde da população, fortalecendo a formação acadêmica e sensibilizando futuros profissionais de saúde.

VI VERSUS PELOS OLHARES DA SAÚDE COLETIVA

Rodrigo de Souza Barbosa

Trata-se da análise de graduandos em saúde coletiva, que participaram do Versus pelo Brasil, no qual trazem suas experiências e relatos. Os viventes puderam conhecer as redes de atenção à saúde e como esta se organiza. Podem-se observar os serviços de atenção primária, média e alta complexidade, tendo um olhar não apenas de vivente, mas também de futuros gestores

que serão inseridos no serviço. O objetivo deste é estimular o controle social no Sistema Único de saúde, dessa forma, os viventes podem construir suas próprias experiências críticas e principalmente confrontando-as com a realidade. Considerando que em cada estrutura, cada serviço de saúde, cada profissional e usuário estão inseridos em contextos distintos. O Método utilizado foi pesquisa-ação, que possibilitou a troca de saberes, estimularam escuta mútua e qualificada, principalmente possibilitando o empoderamento dos viventes. Dessa forma, os graduandos puderam se apropriar dos serviços de saúde, conhecer a realidade do sistema e por fim, vivenciar a eficiência, eficácia e a efetividade do Sistema Único de Saúde.

VIAGEM DE ESTUDOS COMO ESTRATÉGIA DE APROPRIAÇÃO TEÓRICA: A EXPERIÊNCIA DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNOCHAPECÓ

Maira Tellechea da Silva, Vanessa da Silva Corralo, Teresinha Rita Boufleuer, Deborah Cristina Amorim

Palavras-chave: Educação, Formação, Viagem de Estudos

APRESENTAÇÃO: O curso de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ está organizado na perspectiva de nucleação, sendo que cada um dos 9 semestres é constituído por 2 núcleos temáticos trabalhados de forma a viabilizar a integração de conteúdos e a articulação entre ensino, serviço e comunidade. O curso oportuniza aos estudantes algumas vivências em espaços dos serviços e da comunidade que contribuem para sua formação crítica. A partir dessas inserções são elaborados trabalhos acadêmicos que promovem a reflexão teórica a partir da experiência vivenciada, o que viabiliza o

aprofundamento no uso de instrumentos de trabalho como diários de campo e relatórios. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Relatar a viagem de estudos realizada no município de Ametista do Sul/RS durante o semestre 2015/2. A viagem foi realizada por estudantes da segunda fase do curso de enfermagem, sendo acompanhados por duas professoras do curso. Ao chegar à cidade o grupo conheceu uma mina de ametista desativada, compreendendo como se dá a extração da pedra e qual o processo de trabalho desenvolvido pelos mineiros. Na sequência foi realizada visita ao museu para conhecimento da variedade de pedras preciosas existentes, reconhecendo algumas alternativas de produção de riquezas do município. **RESULTADOS:** Retornando para a universidade os estudantes discutem a experiência vivenciada fazendo reflexões a partir dos conteúdos trabalhados pelos diferentes professores dos dois núcleos, aprofundando a compreensão do conceito ampliado de saúde, identificando determinantes e condicionantes de saúde. Também refletem sobre práticas integrativas de saúde que utilizam de pedras preciosas no tratamento. Por fim os estudantes elaboraram um diário de campo em que descreveram, analisaram e avaliaram a atividade realizada, relacionando com seu processo de formação. **CONCLUSÕES:** Considera-se que atividades como essa, que se repetem em outras fases do curso, possibilitam que os estudantes participem do processo de apreensão e construção do conhecimento. A socialização da atividade e a elaboração do diário de campo permitem refletir acerca da vivência, possibilitando uma formação que tem por base a integralidade, o diálogo, as vivências, viabilizando a atenção e a educação em saúde. O amadurecimento profissional que acompanhamos com essas experiências.

VIGILÂNCIA DA MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE MARACANAÚ, CEARÁ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOB A VISÃO DO PET- SAÚDE

Sheila Cyrino Câmara, Kellyn Kessiene Kessiene de Sousa Cavalcante, Riksberg Leite Cabral, Criatiana Ferreira da Silva, Vladia Camurça Gomes de Matos

Palavras-chave: Rede Cegonha, Vigilância, Indicadores Materno- Infantis, Mortalidade Infantil

APRESENTAÇÃO: Mortalidade infantil consiste nas mortes de crianças no primeiro ano de vida e é a base para calcular a taxa de mortalidade infantil, que consiste na mortalidade infantil observada durante um ano, referida ao número de nascidos vivos do mesmo período. A mortalidade materno-infantil é um indicador da qualidade de vida de uma população, mediante a evidência de mortes precoces que poderiam ser evitadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. A vigilância do óbito, desde a coleta de dados, a análise, conclusões e recomendações é uma atribuição dos responsáveis pela vigilância epidemiológica do município de residência. A Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 24 de junho de 2011, com a portaria nº 1459, surge como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade. Objetivando-se melhorar a rede materna infantil no município de Maracanaú, o grupo que compõe o PET-Saúde realizou uma análise referente ao indicador Mortalidade Infantil, monitorando-

se a taxa e as principais causas dos óbitos infantis identificados. **METODOLOGIA:** Os indicadores contemplados no Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) mostram que Maracanaú necessita melhorar seu desempenho quanto à Taxa de Mortalidade Infantil, a qual, no período de janeiro a dezembro de 2013, correspondeu a 8,7%, cuja meta pactuada era exatamente 8,7%, mas segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no mesmo ano, foram registrados 34 óbitos infantis, sendo 24 (70%) no período neonatal (0 a 27 dias de vida) e 10 (30%) no pós-neonatal (28 a 364 dias de vida). **RESULTADOS:** A série mensal da mortalidade infantil por causa específica no município revela como primeira causa de morte, entre crianças menores de um ano, as afecções originadas no período perinatal, seguida das malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas. Nessa perspectiva, o grupo de monitores e preceptores identificaram a necessidade do município em adotar medidas para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, parto, puerpério e assistência neonatal, bem como o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de agravos à saúde de gestantes e recém-nascidos, conforme a Portaria 569/00 do MS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Dentre as estratégias para melhoria dos indicadores no município, foi proposto: resgate do número de consultas de pré-natal pelas equipes através dos ACS e/ou visitas domiciliares; melhoria na qualidade do pré-natal; reuniões de Áreas de Vigilância à Saúde (AVISA) com o objetivo de monitorar os indicadores alcançados; e implantação da Linha de Cuidado para gestantes e puérperas.

VIOLÊNCIA CONTRA AUTONOMIA DO IDOSO NO CONTEXTO FAMILIAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA VINCULADO AO PET-SAÚDE

Gracielle Pampolim, Vanezia Gonçalves da Silva, Luciana Carrupt Machado Sogame

Palavras-chave: Idoso, Violência, Autonomia, PET-Saúde

INTRODUÇÃO: Torna-se cada vez mais evidente que idosos que apresentam convívio social e familiar efetivo, não apenas integrando, mas participando ativamente destes, conseguem aperfeiçoar sua longevidade, recuperar-se de agravos à saúde e manter por mais tempo sua capacidade funcional e autonomia frente à própria vida. Porém, mesmo nas situações em que o idoso não é o mentor desse suporte, é importante que se fortaleça neste a consciência de sua própria autonomia. **OBJETIVO:** Descrever a experiência da pesquisadora em situações de violência contra a autonomia do idoso vivenciadas a partir de visitas domiciliares vinculadas ao PET-Saúde. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O PET-Saúde EMESCAM, teve como foco de estudo a população idosa, em especial os idosos restritos ao lar. Em paralelo com a prática da integração ensino-serviço-comunidade, foi realizada uma pesquisa com idosos restritos através de questionários e escalas com o objetivo de identificar o perfil sócio demográfico e de saúde dessa população. Dentre os questionários, haviam os que avaliavam a funcionalidade do idoso na realização das atividades básicas de vida diária, e através da aplicação destes, foi observado que 52% dos idosos, considerados restritos ao lar, apresentavam, na realidade, capacidade funcional preservada. E dentre os classificados com algum grau de dependência, 45% apresentavam pequeno grau de dependência, o que nos levou a conjecturar sobre a razão da restrição ao domicílio, visto que funcionalmente a maioria dos idosos estão aptos para o convívio em sociedade. Coincidindo com a realidade apresentada pelos dados quantitativos, em diversos momentos

durante a realização da pesquisa, quando questionados sobre a realização de tarefas como vestir-se, tomar banho, transferir-se, e outras, os relatos dos idosos foram similares a: “eu até consigo fazer, mas meu ‘familiar/cuidador’ não permite, por isso eu não faço”. Ao serem questionados sobre a razão desse impedimento, os relatos dos familiares/cuidadores, por vezes, confirmaram a queixa do idoso, e variaram entre “ele demora demais e eu prefiro fazer” e “eu prefiro fazer do que correr o risco de que ele faça e sofra algum acidente”. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As experiências vividas retratam a destituição da autonomia do idoso por parte da família, que ao tentar proteger e cuidar, acabam por infantilizar aquele indivíduo, que neste momento de transformações tão significativas em sua vida, necessita ser e sentir-se ator de seus próprios cuidados, e responsável por suas próprias escolhas e ações. Logicamente, o envelhecimento não representa uma transição fácil também para o cuidador, especialmente aquele familiar que observa o lento declínio das funções de seu congênera, entretanto, é necessário que este e todos que rodeiam este idoso o tratem como um ser autônomo, sendo necessária a destituição da premente tendência de infantilizá-lo e/ou torna-lo dependente. Dessa forma, conjectura-se sobre o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) neste contexto, visto que, baseando-se na perspectiva de promoção de saúde e prevenção de doenças – princípio norteador das ações da ESF – esta, transforma-se em um importante instrumento para manutenção da independência e autonomia almejada à esse idoso.

VISÃO DISCENTE SOBRE A UTILIZAÇÃO DE METODOLOGIAS ATIVAS NO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

Ariele dos Santos Costa, Leila Simone Foerster Mery, Amanda Castelo Girard, Natália

Matos Tedesco, Geisy Hellen Mamedes Silva, Mayra Alves Meireles, Hullyana Aguiar da Silva, Karina Candia da Silva

Palavras-chave: metodologia ativa, ensino-aprendizagem, fisioterapia

APRESENTAÇÃO: A preparação de profissionais de saúde crítico-reflexivo ainda é um desafio para as instituições de ensino superior. Este trabalho apresenta reflexão sobre metodologia ativa de ensino e aprendizagem vivenciado no curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** As metodologias conservadoras fizeram parte da formação dos profissionais de saúde por muitos anos, promovendo um ensino fragmentado e reducionista. O processo ensino-aprendizagem se restringiu à reprodução do conhecimento, no qual ao discente torna-se expectador, retendo e repetindo o conteúdo transmitido pelo docente, sem a necessária crítica e reflexão. Essa postura mecanizada diante do próprio processo de aprendizagem trouxe a necessidade da análise de métodos, técnicas e concepções de ensino, preocupada com os processos de ensino e de aprendizagem, principalmente, na área da saúde. Precisou-se de novas propostas de mudança das práticas pedagógicas, visando a aproximação da realidade social e motivação dos docentes e discentes para produzirem novas redes de conhecimentos, sendo capazes de auto gerenciar seu processo de formação. O curso de Fisioterapia na UFMS através de um projeto pedagógico inovador com novas formas de ensino está adequando-se as práticas do serviço e as reais necessidades do sistema de saúde vigente, estabelecendo interdisciplinaridade, problematizações prévias dos conteúdos que estruturam o estimulam o raciocínio exigido para a obtenção de soluções, fato que solidifica o aprendizado. **RESULTADOS:** De acordo com

Fernandes e colaboradores, o aprender a aprender na formação dos profissionais de saúde deve compreender o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser, garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade. A busca por mais informações a fim de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento leva à produção do conhecimento- o que traz liberdade e a autonomia nas escolhas e na tomada de decisões, o que também exige disciplina, leitura, administração de tempo, além de cooperação - características que ainda são dificilmente encontradas no meio acadêmico. Nós acadêmicos podemos perceber que a metodologia ativa é uma estratégia de ensino muito eficaz, independentemente da disciplina ministrada, quando comparamos com os métodos de ensino tradicionais. Com essa metodologia, conseguimos assimilar maior volume de conteúdo e aproveitar as aulas com mais satisfação e prazer. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência favoreceu uma reflexão sobre as nossas práticas, com a metodologia ativa, tive percepção da minha capacidade, me senti estimulada a desenvolver novas competências, pois minhas qualidades e dificuldades sempre podiam ser medidas, fazendo com que buscasse a transformação dessas dificuldades em qualidades.

VISITA À UBSF E À SUA COMUNIDADE: INTRODUÇÃO PRECOCE DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA AO UNIVERSO DA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

André Bubna Hirayama, Aline Karolyne Cândida da Silva, Bárbara Oliveira Silva, Bárbara Lopes Martins, Jordanna Sousa Rocha, Bruno de Jesus Silva Oliveira, Jaqueline Francisca de Jesus Oliveira, Heloisa Silva Guerra, André de Castro Rocha

APRESENTAÇÃO: Os acadêmicos de Medicina da UFG mantém contato com as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) logo no primeiro ano, na disciplina de Saúde Coletiva, o que permite o aprendizado dos mecanismos que regem a unidade, o trabalho da equipe multiprofissional e a experiência da visita domiciliar. O objetivo deste trabalho é descrever a experiência da inserção precoce dos acadêmicos de Medicina no âmbito da saúde pública, e suas percepções sobre a importância da interação entre ensino, serviço e comunidade. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Em junho de 2015, os acadêmicos acompanharam uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) da UBSF Parque Atheneu, em Goiânia-GO, durante as visitas domiciliares em sua microárea. Na oportunidade, realizaram visitas as famílias com realidades distintas, conhecendo um portador da doença de Alzheimer, um casal de deficientes visuais, um chefe de família viúvo, que é hipertenso e está em tratamento para câncer. Durante as visitas, puderam perceber as diversas dinâmicas familiares existentes e como o profissional inserido neste contexto deve ter constante avaliação, visão crítica, planejamento e adaptação do cuidado prestado. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** A inclusão precoce de acadêmicos de Medicina na Atenção Básica de saúde contribui para o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, além de facilitar o ensino hospitalar. A visita domiciliar é fundamental, pois aproxima o estudante e a equipe de saúde da comunidade e amplia a visão do profissional diante das necessidades do paciente, além de ser necessário esse conhecimento da realidade local do usuário e da família, para futuras intervenções em saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considera-se de extrema relevância a assistência à saúde desenvolvida pelas equipes de Saúde da Família por aumentar o contato

entre profissionais da saúde e usuários do sistema público de saúde. Além de servir como campo de aprendizado prático, por meio da interação entre a teoria aprendida pelos discentes e a realidade da população. Portanto, o contato precoce do estudante de Medicina com a Atenção Básica é imprescindível para se alcançar, no futuro, cuidados efetivos na saúde pública, e contribuir na formação de profissionais comprometidos com a saúde e qualidade de vida das pessoas e comunidades.

VISITA DOMICILIAR: UM INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

Brisa Alves de Melo

A Prática de Inserção da Fisioterapia na Comunidade I (PIFISIO I) destina-se a inserção discente nas redes de Atenção à Saúde e sociais do município de Lagarto-SE. Essa atividade visa oportunizar ao aluno a identificação das necessidades da comunidade de forma individual e coletiva, utilizando da problematização como mediadora do conhecimento para a construção de saberes e no desenvolvimento da formação de discentes capazes de serem críticos-reflexivos. Nesse contexto, objetiva-se apresentar um relato de experiência realizado por discentes do 3º ano de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe (UFS) sobre intervenções domiciliares. Como método de problematização utilizamos o “Método do Arco” expresso por Charles Maguerez, como forma de construir e contribuir para o cuidado continuado com ênfase no atendimento compartilhado com equipe multiprofissional. As visitas domiciliares foram realizadas em três domicílios, sendo essas constituídas por três etapas: avaliação, discussão do caso e devolutiva

aos usuários. A avaliação constituiu-se de duas partes: a avaliação cinesiofuncional do paciente e a avaliação do domicílio. Nessa primeira etapa algumas necessidades foram encontradas, sendo estas relacionadas não somente ao paciente como também ao cuidador. A discussão do caso foi realizada entre o grupo e a instrutora, visando aprender, organizar e praticar da melhor forma possível às orientações aos pacientes e cuidadores. Nas devolutivas, como forma de atender a uma parcela das necessidades encontradas, um cartaz foi confeccionado e deixado nas casas com figuras e frases, tendo utilizado como embasamento teórico o Guia Prático do Cuidador do Ministério da Saúde. Além disso, fizemos orientações sobre: mobilização articular, alongamento muscular, automassagem, deambulação, relaxamento muscular, mudanças de decúbitos e por fim, falamos da importância da hidratação da pele tanto com a ingestão de líquidos como com o uso de hidratantes. IMPACTOS: As visitas domiciliares foram importantes tanto para os usuários quanto para nós alunas. Para os usuários, que se encontravam em situações que necessitavam de cuidados a resposta positiva foi a receptividade tanto dos acamados como dos cuidadores, que de forma ativa mostraram-se interessados, o tempo todo, nas orientações e quando questionados sobre o que acharam da intervenção, relataram ter sido de total valia visto que geraria melhorias na saúde de ambos. Já para nós, acadêmicas, a experiência nos oportunizou realizar ações voltadas à atuação da Fisioterapia no âmbito da Atenção à Saúde não somente com uma visão reabilitadora, como também intervindo de forma preventiva. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As atividades do semestre desenvolvidas pelo grupo 33 foram de suma importância para o aprimoramento e acréscimo do conhecimento para a vida acadêmica, como também para o

desenvolvimento da sua capacidade crítica e reflexiva diante do contexto da realidade vivenciada pela população e profissionais da saúde inseridos na Atenção Básica. Vale ressaltar ainda, a importância do trabalho compartilhado como uma forma de contribuir para o cuidado integral ao usuário do serviço de saúde. A integração da equipe multiprofissional proporciona maior resolutividade para intervir nos problemas, bem como facilitando ainda mais no reconhecimento das fortalezas e fragilidades apresentadas pela comunidade.

VISITAS DOMICILIARES NO PROJETO DE EXTENSÃO IANDÉ GUATÁ: ADENTRANDO ÀS CASAS NA ALDEIA

Willian Fernandes Luna, Karolina Saad Rached, Thaís Winkeler Beltrão, Bianca de Figueiredo Moreira, Sheyla Virgínia Lins Rocha, Marcella Barros Alencar Correia

Palavras-chave: visita domiciliar, saúde de populações indígenas, extensão comunitária, educação médica

APRESENTAÇÃO: O cuidado em saúde acontece não apenas nos serviços de saúde, mas em espaços comunitários e no ambiente domiciliar, quando é marcado pelas visitas domiciliares (VD), que permitem diagnosticar de uma forma mais complexa problemas de saúde, fazer busca ativa, prevenir agravos, favorecendo a atenção integral a partir das necessidades de saúde. O Projeto de Extensão IandéGuatá, vinculado a uma faculdade de medicina da Paraíba, propiciou a realização de VDs a famílias indígenas, com foco na educação popular em saúde e construção de projetos terapêuticos compartilhados, sendo as vivências dos estudantes ao realizarem estas VDs o foco de discussão deste relato de experiências, que foi construído a partir da visão dos extensionistas e dos relatórios

das atividades do Projeto. Desenvolvimento do trabalho: O “IandéGuatá” (do tupi, Nossa Caminhada), composto por docentes e discentes, iniciou as atividades em 2013, realizando desde então 14 visitas mensais aos sábados à área indígena Potiguara. Na aldeia São Francisco, os extensionistas divididos em duplas acompanharam 08 famílias em VDs, através de encontros sucessivos, a fim de garantir o vínculo através da longitudinalidade. As famílias alvo das VDs foram designadas pela Agente Indígena de Saúde local, de acordo com o entendimento de necessidades de saúde da equipe. Foram incluídas famílias com complicações de hipertensão, diabetes, paralisia cerebral, idoso acamado, caso de albinismo, puérpera e gestação na adolescência. Através das reuniões teórico-reflexivas realizadas semanalmente na faculdade, pode-se debater cada vivência, avaliando seus aspectos marcantes, ações realizadas e planejando possíveis intervenções. RESULTADOS: Apesar de certa dificuldade inicial, quando aquelas famílias eram estranhas ao grupo de estudantes e foi dada a orientação de visitá-las, ao longo do tempo essas pessoas deixaram de ser estranhas e iniciou-se a construção de vínculo a partir dos encontros sucessivos. Notou-se a cultura Potiguara fortemente inserida na realidade familiar, idosos atuantes e mulheres politicamente relevantes. Há valorização dos cuidados tradicionais e saberes sobre ervas medicinais, sendo que a medicina alopática nem sempre é a primeira a ser solicitada. Observou-se pouca compreensão sobre as complicações de doenças crônicas e, apesar da abordagem dessa temática durante as VDs, as dificuldades permaneceram. Nas reuniões teórico-reflexivas discutiu-se como manter diálogo efetivo considerando os limites e especificidades locais e também houve apreensão de ferramentas importantes para o cuidado em saúde,

como a abordagem centrada na pessoa, educação popular, abordagem familiar e construção de Projeto Terapêutico Singular. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diferente da consulta habitual quando a pessoa solicita ajuda do profissional de saúde, na VDs, os estudantes foram até as famílias, adentraram um pouco sua história, conheceram fragilidades e potencialidades, estreitando barreiras e fortalecendo laços. Dessa forma, os estudantes puderam aprender a respeitar alguns limites e não acessar informações que não foram permitidas naquele momento. Concluímos que a VD nas atividades de extensão foi um importante meio de aproximação entre extensionistas e famílias, favorecendo o acesso aos serviços, formação de vínculo e o aprendizado de habilidades importantes para o futuro profissional de saúde.

VIVÊNCIA ACADÊMICA EM VISITA DOMICILIAR – DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Waleska Alves de Oliveira, Carolina Letícia Faria Silva, Luana Cristina Roberto Borges, Nathan Aratani

Palavras-chave: Enfermagem, Saúde, Visita domiciliar

INTRODUÇÃO: De acordo com Giacomozz e Lacerda (2006), a visita domiciliar (VD) faz parte de uma estratégia que visa modificar o atendimento à população, aproximando o profissional do cliente e de sua família, além de possibilitar uma avaliação do meio em que os mesmos convivem, adaptando o atendimento às suas necessidades, garantindo uma assistência integral aos indivíduos envolvidos na ação e é uma atividade que deve ser realizada por toda a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). Tem por objetivo, descrever a experiência

das acadêmicas de enfermagem, durante o planejamento e processo de intervenção na visita domiciliar. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Visita domiciliar realizada para família cadastrada na unidade, acompanhada de uma ACS, cujo motivo de escolha foi a problemática apresentada no contexto familiar, por se tratar de um casal de idosos, onde o homem, além de hipertenso, também convive com dificuldades para realizar alguns movimentos voluntários ou automáticos corpóreos. Durante a visita, foram identificados como principais problemas o cuidado ao idoso, que se encontrava com higiene precária e úlceras por pressão em estágio I avançando rapidamente, a condição econômica e nível de escolaridade, o que limitava a família, uma vez que a chefe da casa cuida do marido acamado durante todo o dia e esta é analfabeta e o medica. Apesar de dois filhos residirem o mesmo lar, estes nem sempre estão presentes, o que deixa à senhora sobrecarregada e estressada. No processo foi aplicado um questionário desenvolvido pelas acadêmicas, sem limitar as entrevistas, com os moradores e realizado exame físico em senhor acamado. A meta desta visita foi conhecer a realidade da família, identificar problemas presentes no lar e buscar uma proposta de intervenção que pudesse amenizar o cansaço físico e mental da senhora e prover qualidade de vida para a família. A partir disto, as ações de cuidado em enfermagem, consistiram em esclarecer dúvidas da senhora sobre o atendimento da UBSF e os exames que precisavam ser feitos e facilitar o cuidado ao marido, com ergonomia, otimizando tempo e diminuindo força física necessária aos cuidados e também como prevenir evolução de úlceras por pressão encontradas durante exame físico e aparecimento de outras. **Impactos:** A vivência proporcionou às alunas uma análise crítica-reflexiva do que se aprende em sala e como usar a criatividade

para aprimorar o conhecimento e intervir na prática. Com empatia, o grupo soube reconhecer as dificuldades da família e propor mudanças, prevenindo complicações na saúde emocional e física dos envolvidos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir da assistência domiciliar à saúde, notou-se o quão importante é que o acadêmico de Enfermagem, como futuro profissional, seja inserido no cenário do cliente para maior entendimento dos Determinantes Sociais em Saúde. Além disto, pode-se construir um vínculo com estas pessoas, levando qualidade de vida e influenciando-os a prezar pela assistência da atenção básica. Para o aluno, esta experiência, contribui para o conhecimento teórico-prático de forma a desafiar o acadêmico no mundo real.

VIVÊNCIA DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NO PROJETO SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS (SPE) EM UMA ESCOLA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE - MS

Camila Almeida de Freitas, Andressa Akeime Yamakawa Tsuha, Letícia Pinto Manvailer, Taiana Gabriela Barbosa de Souza, Wilslyanny Silva de Aquino, Léia Conche da Cunha, Soraya Sólton

Palavras-chave: Educação em Saúde

O projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) está inserido no processo acadêmico da UFMS como atividade curricular e de extensão. Tal projeto faz parte do componente II do Programa Saúde nas Escolas (PSE) resultante de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Este trabalho tem por finalidade apresentar a experiências de 4 acadêmicas do Curso de Enfermagem que participam do Projeto de Extensão em SPE, na Escola Municipal Padre Heitor Castoldi, em Campo Grande/MS. Com a intenção de realizar

ações do projeto na escola em questão, o grupo realizou uma reunião intersetorial contando com a presença da coordenadora da escola como também com a enfermeira da Unidade Básica de Saúde do bairro. Nesta reunião, a partir das demandas notadas pelas profissionais, ficaram estabelecidas quais temáticas iriam ser abordadas com os adolescentes. Sendo assim, nossas temáticas norteadoras ficaram sendo: bullying, raça e etnias, diversidade sexual, DSTs, álcool e outras drogas, como também outros assuntos inerentes à saúde sexual. Ficou definido que seriam realizados 6 encontros, os quais deveriam ser desenvolvidos no contra-turno de aula, tendo uma duração de 2 horas e 30 minutos. A partir desses acordos, foi feito pessoalmente o convite aos alunos do 7^o ao 9^o ano do ensino fundamental. Os assuntos foram abordados com uma média de 12 alunos, tendo como apoio os fascículos e jogos disponibilizados pelo projeto. Durante os encontros, estes adolescentes foram instigados a buscar novos conhecimentos e explicações em relação a temas que muitas vezes não são abordados nas instituições sociais, e que por isso necessitam de maior visibilidade. Os jovens se mostraram muito participativos em todas as temáticas abordadas, apresentando também a compreensão dos temas já tratados, ligando um assunto ao outro. Além disso, os alunos desde o princípio já queriam que o projeto continuasse por mais tempo que fora definido. A proximidade de idade das extensionistas com os alunos possibilitou orientá-los sem a ideia de distanciamento e autoritarismo, permitindo vínculo e tornando as discussões mais íntimas, profundas e efetivas. A agregação de valores somados com a construção de uma relação de confiança dos jovens diante do grupo influenciou nos bons resultados. O fato de o grupo ter tido uma monitora veterana em SPE facilitou a interação entre escola e universidade.

Diante disso, constatou-se a importância da educação continuada em saúde para jovens e adolescentes em relação a conteúdos, muitas vezes, considerados como tabus. Como também a relevância de projetos como o SPE para uma formação mais completa dos profissionais da área da saúde, facilitando o “ouvir” necessário para a Educação Popular em Saúde, pois nas ações ocorreu troca de informações e conhecimentos entre os alunos e as acadêmicas.

VIVÊNCIA DE ESTÁGIO NA REALIDADE DO SUS: REORIENTAÇÃO NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Cristina Camargo Pereira, Fernando Marcello Nunes Pereira, Maria das Graças Freitas de Carvalho, Cássio Henrique Alves de Oliveira

Palavras-chave: Formação Profissional, Sistema Único de Saúde, Aprendizagem Baseada na Experiência

Apresentação: A formação de profissionais para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) comprometidos eticamente com seus princípios e diretrizes, continua sendo, reconhecidamente, um desafio. Logo, a transformação na formação acadêmica de estudantes da área da saúde mostra-se necessária, para isso destaca-se a importância da articulação entre ensino, saúde e comunidade. E, além disso, investir-se em projetos que possam colaborar com a qualificação de futuros/as profissionais do SUS, que dialogue com os novos processos organizativos do SUS e com as reais necessidades da população. Neste contexto, a fim de aproximar os estudantes das diferentes realidades sociais, especialmente

no campo da saúde pública, com uma estratégia na reorientação da formação profissional, o movimento estudantil propôs os estágios de vivência. Assim, este trabalho objetiva relatar a experiência de participação no I Vivência de Estágio na Realidade do SUS (VER-SUS). Desenvolvimento do trabalho: O movimento estudantil, a partir da articulação entre a Secretaria de Saúde do município, gestores, trabalhadores e instituições formadoras, realizou durante o primeiro semestre de 2015 no município de Aparecida de Goiânia, Goiás o I VER-SUS. Foram selecionados vinte estudantes de diferentes áreas do conhecimento (medicina, nutrição, farmácia, odontologia, enfermagem, saúde coletiva, psicologia, biomedicina e engenharia civil), no qual vivenciaram a realidade de saúde do município, acompanhados por facilitadores de aprendizagem. Durante a vivência realizavam-se observações e discussões frente à realidade local, com o intuito de problematizar as situações vivenciadas. Resultados e/ou impactos: O VER-SUS oportunizou aos estudantes uma experiência intensa que colaborou na qualificação de sua formação profissional e incentivou o protagonismo. Os estagiários/as perceberam que o estágio vai além de contribuir com a reorientação na formação de profissionais para a atuação no SUS, uma vez que permite que estes se identifiquem como atores/atrizes sociais e sujeitos políticos/as comprometidos com os processos de transformações sociais e pela luta em defesa do SUS. Considerações finais: Nesta perspectiva o VER-SUS se faz uma ferramenta importante na formação crítica e humanizada de futuros profissionais da área da saúde capacitados a atuarem no SUS, além de contemplar a inter-relação entre: serviço, saúde e comunidade.

VIVENCIA DISCENTE NA PRIMEIRA TURMA DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM NA UEMS

Marilda Nunes Ribas Volpe, Pâmela Luiza Araújo Gomes, Mariana Moreira da Silva, Gabriela Duarte Pereira, Gleice Camargo Fidelis Silva, Lourdes Missio

Palavras-chave: Enfermagem, Licenciatura, Temas Transversais

APRESENTAÇÃO: Este relato objetiva descrever a vivência das acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS), na disciplina de Estágio Curricular Supervisionado Obrigatório (ECSOL) realizado na Escola Estadual Presidente Vargas (EPV) como primeira turma em formação na modalidade de licenciatura no Estado de Mato Grosso do Sul. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: A UEMS atua a 21 anos na formação de bacharéis, tendo em seu histórico quatro grandes mudanças na sua proposta pedagógica que aconteceram nos anos de 1997, 2004, 2012 e 2015. Essas mudanças de paradigmas foram fomentadas pelas legislações no campo da saúde e da educação, bem como da própria instituição. A presença da licenciatura em enfermagem na UEMS é recente, iniciada em 2012, estando no quarto ano de desenvolvimento. Seu processo de construção deu-se após verificar que grande número de egressos estava inserido na docência e sentiam necessidade de uma maior formação no campo da educação. Como primeira turma dessa modalidade, nos inserimos em eventos e locais pouco ocupados por enfermeiros na realidade de Dourados/MS, como os espaços escolares da educação básica. Na EPV realizamos observação e regência de aulas, seguindo o cronograma prévio da escola. Participamos de reuniões com professores da área de ciências biológicas, propondo e demonstrando que é possível discutir

saúde em conteúdos diversos, como por exemplo, os relacionados ao ar e atmosfera répteis e anfíbios e, sistema músculo esquelético. Neles, contextualizamos a prevenção de doenças transmissíveis, cuidados de higiene, acidentes e cuidados com animais peçonhentos e alimentação saudável. Foram utilizadas estratégias integrativas para valorizar o saber prévio dos alunos, agregando novos conhecimentos. RESULTADOS E IMPACTOS: Através da experiência podemos perceber a importância do preparo pedagógico na atuação do enfermeiro. O enfermeiro bacharel ou licenciado atua também como educador. Para tanto, salienta-se a necessidade de conhecimentos no campo da educação como um grande diferencial para alcançar melhores resultados em ações de promoção e prevenção em saúde rompendo com o modelo de profissional detentor absoluto do saber e do indivíduo como receptor. Descobrimos a importância dos Temas Transversais e entendemos seu real significado na prática. A experiência na EPV nos deu também a oportunidade de colocar em prática, no ambiente da escola, temas da área saúde da criança e do adolescente. Apesar da estranheza e surpresa em um primeiro momento, pela comunidade escolar, podemos demonstrar a importância da nossa inserção em atividades escolares regulares para a disseminação de informações do campo da saúde. Nas atividades destacamos que a construção universitária na área da educação em enfermagem pode ocorrer de maneira salutar nos extras muros da academia, e sempre associada às bases teóricas. A experiência conseguiu deixar marcas importantes tanto para o corpo discente quanto docente da escola, como também para as licenciandas em enfermagem. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Como contribuições destacam-se a importância de nossa inserção junto à comunidade, indo além dos espaços oficiais assumidos

pela área da saúde, mas buscando outras nuances em que a enfermagem possa se desenvolver e envolver-se atingindo as propostas bases do SUS, como os espaços escolares.

VIVÊNCIA NA ORGANIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NUM MUNICÍPIO BAIANO: QUEBRANDO PARADIGMAS E RECONSTRUINDO CONCEITOS

Raylane Marques de Barros Cruz, Thaís Fernanda Fernandes Amorim, Renata Matos e Matos, Adriano Maia dos Santos

Palavras-chave: Programa Bolsa Família, Saúde Pública, Agentes Comunitários de Saúde

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal de transferência direta de renda, cujos objetivos são: alívio imediato da pobreza, quebra do ciclo intergeracional da pobreza para promover a emancipação das famílias em situação de vulnerabilidade social no país. Associando a transferência do benefício financeiro as condicionalidades de saúde, educação e assistência social, contribuindo para a efetivação dos direitos sociais básicos de cidadania, por meio do acesso a esses serviços. Com o objetivo de demonstrar a importância e as estratégias utilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF, relatamos as experiências vivenciadas por três estudantes de graduação, como bolsistas do Programa Permanecer e Pibic – Ações Afirmativas. O Permanecer faz parte da Coordenação de Ações Afirmativas, Educação e Diversidade da Pró-Reitoria de Assistência Estudantil da UFBA, cujo objetivo é assegurar a permanência de estudantes em vulnerabilidade socioeconômica e constitui-se em uma rede de ações no

campo da extensão, atividades docentes e institucionais, voltadas, principalmente, à formação e apoio social aos estudantes. O Pibic-AF tem a mesma lógica, pois insere estudantes na pesquisa, mediante sua condição socioeconômica. A experiência aconteceu em duas unidades de saúde, ambas situadas no município de Vitória da Conquista, Bahia. A primeira fase foi uma pesquisa exploratória utilizando entrevistas semiestruturadas com gestores de saúde, profissionais de enfermagem e nutrição e beneficiários do PBF, além de grupo focal com ACS. A segunda fase foi a experiência propriamente dita, que constou em: 1) acompanhamento de todos os processos que envolvem o cadastramento e acompanhamento das famílias no PBF, observando, as estratégias utilizadas para total cumprimento das condicionalidades; 2) exploração do Portal do PBF para conhecermos a importância do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), este é um instrumento de coleta de dados e informações que identifica as famílias de baixa renda existentes no país, a fim de incluí-las nos programas sociais do Governo Federal; 3) participação em reuniões do Comitê Gestor do PBF, que é uma reunião mensal intersetorial, entre as Secretarias Municipais de Desenvolvimento Social, Saúde e Educação, cujo objetivo é aprimorar ações e estratégias para o programa; 4) nas unidades de saúde, verificamos a caderneta de vacinação infantil e realizamos o acompanhamento nutricional de crianças de 0 a 6 anos que são assistidas pelo PBF; 5) participação do planejamento e execução da capacitação realizada com todos os 538 ACS do município. Esta capacitação foi solicitada pelos ACS e foi desenvolvida pelas Coordenações Municipais de Vigilância Nutricional, do CadÚnico, Bolsa Família e da Educação; 6) realização de atividades educativas com ACS nas duas unidades de saúde eleitas para a pesquisa, para fortalecer e apoiar suas ações relacionadas

ao PBF. A experiência vivenciada no projeto permitiu uma visão ampliada do PBF e de suas condicionalidades, bem como, nos fez compreender a necessidade de ações intersectoriais na busca da superação das desigualdades sociais que, ainda, afligem parcelas de brasileiros.

VIVÊNCIA NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: VER-SUS

Vanessa Peres Cardoso Pimentel, Teresa Kariny Pontes Barroso, Patricia Alves Maia, Clarissa Coelho Vieira Magalhães

Palavras-chave: VER-SUS, Educação, SUS

INTRODUÇÃO: Através da vivência e estágios na realidade do SUS, o VER-SUS, revela-se como importante ferramenta, demonstrando novos espaços de aprendizagem num dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. São momentos de desenvolvimento e educação permanente, promovendo a formação de profissionais comprometidos. Adotando uma postura crítica e reflexiva com a ética e, politicamente com as necessidades da saúde da população. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem no programa de vivências e estágio na realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado na comunidade indígena, acampamento do movimento dos trabalhadores sem terra, unidades básicas de saúde, centro de referência para população em situação de rua, instituições públicas de assistência mental e infantil no estado do Ceará, no período de Janeiro e Fevereiro de 2015. Simultaneamente, durante a vivência e estágio na realidade do SUS oferecido pelo Ministério da Saúde. **RESULTADOS:** Na realização do processo de imersão durante nove dias, a

interação entre os acadêmicos dos diversos níveis de experiências como residentes, participantes de movimentos sociais entre outros, acontecem para que haja momentos de debate, compartilhamento de conhecimentos, troca de experiências, discussão sobre o SUS. No decorrer de toda a vivência do VER-SUS, diferentes cenários e realidades da saúde brasileira, perpassando pela atenção primária, secundária e terciária, além de sua gestão, foram expostas e outras atividades seguindo o seguinte cronograma: Primeiro dia: Acolhimento, Discussão sobre as temáticas: Educação permanente em Saúde, Educação Popular em Saúde e Roda de conversa – Atenção à Saúde no Brasil e 8^a Conferência de Saúde. Segundo dia: Visita à Comunidade Indígena e ao Museu da Comunidade Indígena. Terceiro dia: Visita ao assentamento do MST, Unidade Básica de Saúde de um dos assentamentos, Visita a casa de um senhor da comunidade dos assentamentos e Roda de conversa: Fórum Acadêmico de Saúde. Quarto dia: Visita a Unidade Básica de Saúde em Fortaleza/CE, Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, Visita ao Cuca, Roda de conversa sobre Estratégia Saúde da Família. Quinto dia: Visita ao CAPS, Unidade de Acolhimento e Roda de conversa sobre Atenção à Saúde Mental. Sexto dia: Visita ao Hospital de Doenças Infecciosas, Roda de conversa sobre Clínica Ampliada e interdisciplinaridade; Roda de conversa sobre Clínica de Redução de Danos. Sétimo dia: Roda de conversa sobre Avaliação e Planejamento em Saúde e apresentação da devolutiva. Oitavo dia: Saúde e Ambiente, Colcha de retalhos. Nono dia: Avaliação e encerramento. **CONCLUSÃO:** O VER-SUS como instrumento de ensino, gera o contato com o novo, a sensibilidade do incômodo e a vontade de ação no processo de formação, bem como futuramente na sua atuação profissional, produzindo estímulos e mudanças.

VIVÊNCIA NO CRAS JARDIM LOS ANGELES

Amanda Castelo Girard, Laís Alves de Souza, Leila Foerster Merey, Mayra Alves Meireles, Natália Matos Tedesco, Geisy Hellen Mamedes Silva, Ariele dos Santos Costa, Hullyana Aguiar da Silva, Karina Candia da Silva

Palavras-chave: educação em saúde, vivência, CRAS,

APRESENTAÇÃO: Os Centros de Referência de Assistência Social – CRAS são unidades estatais responsáveis pela oferta de serviços continuados de proteção social básica, que tem por objetivo prevenir situações de vulnerabilidade social e riscos no contexto comunitário, visando à orientação e ampliação do acesso aos direitos de cidadania e o fortalecimento do convívio familiar. Dispondo de espaço físico e uma equipe competente, o CRAS oferece serviços de caráter preventivo, protetivo e proativo a crianças e adolescentes, que devem ser planejados e dependem de um bom conhecimento do território e das famílias que nele vivem suas necessidades, potencialidades, bem como do mapeamento da ocorrência das situações de risco, de vulnerabilidade social e das ofertas já existentes. **METODOLOGIA:** Contemplando a ementa da disciplina de Saúde e Cidadania IV no curso de fisioterapia da UFMS, foram realizadas intervenções no CRAS Jardim Los Angeles no município de Campo Grande. Foram realizadas diversas oficinas com os temas saúde sexual e reprodutiva, álcool, drogas e temas que os adolescentes sugeriram em uma caixinha de sugestões, em forma de dinâmicas, rodas de conversa, jogos de passa ou repassa, memória e desenhos, de acordo com a idade dos participantes. A cada duas semanas abordamos turmas diferentes,

caracterizadas pela idade dos alunos: Beijaflores (4 a 6 anos), Quero-Quero (7 a 9 anos), Arara Azul (10 a 12 anos) e Tuiuiú (13 a 16 anos). As ações aconteceram às terças-feiras à tarde com o planejamento sendo realizado as segundas-feiras. Impactos: Foi uma disciplina desafiante, pois o objetivo era, através dos assuntos abordados, ajudar na formação de opiniões e favorecer a análise crítica da realidade e incentivar planos futuros. As dúvidas e sugestões sempre eram pesquisadas para o próximo encontro. O maior desafio foi encontrar uma maneira de ensinar que tornasse os temas mais interessantes para a turma dos adolescentes entre 10 e 12 anos, já que havia muita bagunça e falta de interesse. Muitas das crianças estavam ali por opção dos pais, pela segurança e cuidado, e no período da manhã frequentavam a escola. Ao final da disciplina, foram criados vínculos e amizades entre os acadêmicos e as crianças, que ajudaram no desenvolvimento, com mais confiança para realizar as propostas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A disciplina se tornou um desafio que superou minhas expectativas, porque foi difícil, já que ainda não tinha entrado em contato com crianças e adolescentes durante o curso. Juntamente com eles, foi construída uma nova percepção sobre os assuntos que fazem parte da realidade da região em que eles vivem. O interesse que as crianças adquiriram, participando das ações, contribuiu muito para o desenvolvimento das atividades. A cada novo encontro o entusiasmo e a ansiedade de saber mais sobre os assuntos que eram voltados para eles ia aumentando. Pra mim foi uma experiência incrível, e com certeza ajudará a me tornar melhor profissional, que se envolverá ativamente com a educação popular e educação em saúde nas práticas profissionais.

VIVÊNCIA PRÁTICA DAS HABILIDADES MÉDICAS NO PRIMEIRO ANO DE MEDICINA PELOS OLHARES DOS ACADÊMICOS

Rafaela Palhano Medeiros Penrabel, Tânia Gisela Biberg-Salum, Ronnyel dos Santos Pereira, Gabriel Mongenot Santana Milhomem Santos, Antônio Eduardo Pereira

Palavras-chave: Medicina, Educação Superior, Estudantes de Medicina

O módulo de Habilidades Médicas I compõe o currículo do primeiro ano do curso de medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e faz o aluno desenvolver competências para o olhar de cuidado do paciente de maneira integral, por meio de prática médica que seja centrada na pessoa, de forma ampliada, utilizando-se de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação em todos os níveis de atenção à saúde, pautada nos princípios da ética e da cidadania. Com isso, o trabalho intenta verificar como o acadêmico de medicina percebe as aulas práticas desse módulo, logo em seu primeiro ano de faculdade. Trata-se de um relato de experiência, feito através de respostas dadas a um questionamento. Aos vinte e seis (26) primeiranistas que participaram da pesquisa, foi indagado a respeito de suas visões das atividades realizadas em Habilidades Médicas, no âmbito de potencialidades, de dificuldades e fragilidades, e também foram requisitadas sugestões objetivando melhoras. Para cada um dos três itens mencionados, era necessário que fossem fornecidas três respostas. Os resultados se deram de formas diferentes, todavia, quase sempre, com as mesmas linhas de raciocínio. Das potencialidades, pode-se perceber que o estudante considera que, futuramente, o contato precoce com o paciente, e com diversos cenários de saúde que simulam a tão sonhada carreira médica (hospitais,

asilos, Unidades de Saúde), somado ao alto teor prático das aulas e à valorização do conteúdo de comunicação e empatia, levará a uma maior confiança e humanização em sua vida profissional. Já nas dificuldades, transpareceu-se a preocupação do acadêmico com as bases teóricas na prática, além do próprio aperfeiçoamento técnico-prático, muitas vezes sendo citada a insuficiente carga horária do módulo, devido a toda sua abrangência e densidade. Também houve relatos da dificuldade de adaptação ao método avaliativo, o que poderia levar, como mencionado, a um possível amadurecimento forçado, além das saídas a campo sem um tempo suficiente para treinamento prático prévio. Consequentemente, as sugestões de aumento, tanto na abordagem teórica quanto na prática – seja através de oficinas, aulas expositivas, dialogadas, ou demonstrativas - se sobressaíram. E mais: foi pedida uma maior presença e orientação dos professores do módulo, a fim de que haja um aprendizado ainda mais valioso e definitivo. Sendo assim, é possível enxergar que o módulo de Habilidades Médicas está presente na construção gradativa de cada um de seus alunos, tornando-os seres ativos e mais humanizados na sociedade. Por fim, também se constata que todo esse aprendizado proporciona uma maior proximidade de seus integrantes com as futuras vivências profissionais.

VIVÊNCIAS DE UM PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA INSERIDO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS DESENVOLVIDAS NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Carine Muniz, Juliano Rodrigues Adolfo, Tania Cristina Malezan Fleig, Miriam Beatriz Reckziegel

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Atividade Física

Caracterização do problema: A Política Nacional de Promoção da Saúde, e de Práticas Integrativas e Complementares, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e o Programa Academia da Saúde, são exemplos de políticas relacionadas à Atenção Básica que potencializam e possibilitam a inserção do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta perspectiva, o profissional de Educação Física vem conquistando espaço nesta esfera, atuando em diferentes programas e ações desenvolvidos pela Estratégia de Saúde da Família, assim contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população atendida na atenção primária à saúde. Estudos epidemiológicos têm demonstrado que a prática de atividade física está associada a menores riscos de mortes prematuras, principalmente por Doenças Crônicas Não Transmissíveis, aumento da expectativa de vida e melhor qualidade de vida. A inserção do profissional de Educação Física na atenção primária à saúde é uma das estratégias para aumentar a prática de atividade física na população e minimizar os riscos ocasionados pela inatividade física, na perspectiva da prevenção de agravos, da promoção de saúde e reforçando a importância do estilo de vida fisicamente ativo. Essas estratégias contribuem de forma direta na diminuição da demanda pelos serviços de saúde. Descrição da experiência: Durante a inserção do profissional de Educação Física como residente em uma Estratégia de Saúde da Família no interior do Rio Grande do Sul, foram realizadas atividades de acolhimento dos usuários, orientações quanto à prática de atividade física, avaliação antropométrica, implantação do grupo de caminhada orientada, atividades envolvendo o grupo de diabéticos e hipertensos, visitas à escola, e atividades de práticas corporais

para a equipe de saúde da unidade. Efeitos alcançados e recomendações: A inserção da residente prevista pelo programa numa carga horária de 384 horas, em atividades na Atenção Primária em Saúde, iniciando com o apoio a uma Equipe de Saúde, em Estratégia de Saúde da Família, perante a orientação dos usuários sobre aspectos relacionados à avaliação antropométrica, exercícios físicos e outras práticas. Em todas as orientações foram destacadas a importância do estilo de vida ativo, sendo observada a procura pelo serviço diante da preocupação com o corpo, sendo destacada a preocupação por peso ideal. Mesmo assim, registra-se a resistência para a aderência de participantes na implantação de grupo de caminhada orientada, justificada com relatos de “ausência das atividades diárias domésticas e deslocar-se até a unidade de saúde”. As atividades de práticas corporais desenvolvidas junto à equipe da unidade foram pensadas para promover o autocuidado durante o trabalho, a saúde do trabalhador, um incremento para a saúde do trabalhador. Contudo, tem-se na vivência em Equipe na Estratégia de Saúde da Família a relevância das ações do profissional de educação física, inserido com o foco no cuidado continuado, humanizado e de atenção integral às condições de saúde da população adstrita, por meio da troca de saberes e na eleição de prioridades para a promoção da saúde, seja na atenção individual ou na coletividade.

VIVÊNCIAS DO ESTUDANTE DE MEDICINA NO PET-SAÚDE REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO: ESTABELECIDO UMA VISÃO HUMANIZADA

Shayane Luiza Rebelatto, Marília Simon Ecco, Lilian Marin, Marcia Regina da Silva

Palavras-chave: Humanização, Atenção Integral à Saúde, Saúde do Idoso, Formação Profissional

APRESENTAÇÃO: A humanização na formação médica tem sido tema de debate na academia, bem como nos serviços de saúde, no sentido de resgatar a ciência médica às suas origens e estabelecer a qualidade e excelência no cuidado. O objetivo desse trabalho, é relatar a experiência da vivência do estudante de medicina inserido no Pet-Saúde Redes: atenção domiciliar a saúde do idoso, sob uma visão humanizada. METODOLOGIA: O vínculo e olhar humanizado se deu a partir das vivências de estudantes bolsistas do curso de Medicina, vinculados a pesquisa desenvolvida no Pet-Saúde, por meio de visitas no domicílio de idosos longevos para levantar dados das condições de vida e saúde, hábitos de vida, funcionalidade e cognitivo, bem como o ato de cuidar dessa população. As entrevistas foram realizadas no período de outubro à dezembro de 2014 em três Centros de Saúde da Família (CSFs) do município de Chapecó, com 145 idosos e 52 cuidadores, e, duração média de uma a duas horas, o que possibilitou compreender um pouco melhor o universo psíquico e emocional ao qual este idoso e ou cuidador estava inserido. RESULTADOS: O contato com idosos e cuidadores ampliou a visão sobre esse grupo populacional, firmou a escolha da formação na área da saúde, possibilitou maior relação entre teoria e prática, bem como a inserção precoce nos cenários de prática e o contato com usuários e futuros pacientes. O diálogo, promoveu o exercício da escuta, trouxe a história de vida e a bagagem cultural de cada indivíduo, bem como a influência positiva do cuidado humanizado e das relações familiares na saúde e bem estar dos sujeitos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Foi exercendo essa atividade, que entendemos o sentido da relação do profissional da saúde com os usuários. Dessa forma, exercitado na prática a integralidade, a intervenção multiprofissional e interdisciplinar, assuntos tão debatidos nos conteúdos curriculares

durante a formação profissional. Nesse sentido, o profissional da saúde, em especial, o médico, exerce um papel para além da cura, mas que humaniza e resgata melhores condições de vida e saúde para o ser humano.

VIVÊNCIAS E SABERES DA ENFERMAGEM: EXPERIÊNCIAS DO ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM SAÚDE COLETIVA

Cláudia Ribeiro de Souza, Brenda Pires Brandão, Deize Freitas Pontes, Alessandro Santos Bonfim de Almeida, Francysdaiane Silva Gonçalves, Leidiane Maria Silva Gonçalves, Simone Aguiar da Silva Figueira, Leilane Ribeiro de Souza

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Coletiva, Estágio Supervisionado, Habilidades Práticas

APRESENTAÇÃO: O Estágio Curricular Supervisionado (ECS) trata-se de um método previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem utilizado a fim de integrar teoria e prática, ensino e serviço, cooperando para a formação de profissionais aptos a atender as demandas de saúde da população brasileira, tanto na rede básica quanto na hospitalar. A partir disso, objetiva-se relatar a experiência de estudantes de enfermagem da Universidade do Estado do Pará, no desenvolvimento de atividades do ECS em Saúde Coletiva, em uma Unidade Básica de Saúde no município de Santarém-PA, no ano de 2015. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: participaram do estágio seis discentes juntamente com uma preceptora que viabilizou o acesso dos acadêmicos aos programas ofertados pelo Sistema Único de Saúde, entre eles, o Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Portadores de Hipertensão Arterial

e/ou Diabetes Mellitus, Programa de Crescimento e Desenvolvimento, Programa de Aleitamento Materno Exclusivo, Pré-natal, Prevenção ao Câncer de Colo Uterino, dentre outros. Os estudantes vivenciaram na íntegra a efetuação do gerenciamento e/ou a prática da enfermagem, bem como os desafios para prestar uma assistência de qualidade à população. A partir das vivências, criaram um livreto intitulado Guia Prático em Saúde Coletiva: atribuições do enfermeiro frente os programas do Sistema Único de Saúde, contendo informações pertinentes acerca da sistematização da assistência de enfermagem em Saúde Pública. IMPACTOS: A atividade propiciou o desenvolvimento de habilidades práticas a respeito dos cuidados prestados pelo enfermeiro dentro de uma unidade de atenção primária, além disso, o estágio permitiu identificar com mais proximidade os principais desafios enfrentados no cotidiano da saúde pública, entre eles, a falta de recursos materiais, humanos, incentivos por capacitações e reconhecimento profissional. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Viu-se que apesar das dificuldades, o que ainda motiva a maioria dos profissionais é o amor pela profissão e o cuidado para com o próximo. Através desse eixo, pôde-se perceber o valor imensurável do enfermeiro que pratica saúde coletiva, inspirando acadêmicos a se tornarem mais comprometidos com o Sistema que insere todos os indivíduos, de diferentes grupos sociais, efetuando estratégias em saúde que abrangem, além da dimensão biológica, as dimensões culturais, econômicas, ecológicas e políticas.

VIVÊNCIAS FISIOTERAPÊUTICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA OPORTUNIDADE PARA A PROMOÇÃO DA CORRESPONSABILIZAÇÃO DOS USUÁRIOS

Aline Josiane Waclawovsky, Tania Cristina Malezan Fleig

Palavras-chave: Atenção Primária, Fisioterapia, Corresponsabilização

Apresentação: A inserção do fisioterapeuta na Atenção Primária em Saúde deve ser permeada por ações tanto no âmbito individual como coletivo que contemplem promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, diante das Políticas Públicas de Saúde, interagindo fortemente com a população, suas condições de saúde, e determinantes sociais de saúde. A partir da década de 90 a participação da fisioterapia na Atenção Primária em Saúde passou a ser estimulada pelas instituições representativas. Os objetivos iniciais foram o acompanhamento das Políticas Públicas de investimento e ainda possibilitar espaço para este profissional na Atenção Básica, além de propiciar a adaptação dos currículos de graduação às Diretrizes Curriculares e à participação em programas de residência multiprofissional. Porém, apesar de todo este incentivo e a despeito dos regulamentos formativos que determinam que o fisioterapeuta pode e deve desenvolver suas atividades em todos os níveis de atenção à saúde, a atuação deste profissional na atenção primária ainda é pouco realizada. Descrição da experiência: Durante as 384 horas de inserção como fisioterapeuta residente em uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Santa Cruz do Sul-RS, realizaram-se atividades de acolhimento ao usuário, consultas fisioterapêuticas, assistência/visitas domiciliares e atividades de grupo. Desenvolveram-se deste modo, propostas terapêuticas, desde as ações de promoção e prevenção de saúde, registradas no plano terapêutico, bem como ações de tratamento e reabilitação, seja no

âmbito individual – na unidade básica ou na assistência domiciliar -, seja no âmbito da coletividade – assistência em grupo. Efeitos alcançados e recomendações: Apesar do fisioterapeuta carregar o “estigma de reabilitador”, decorrente de seu contexto histórico, é cada vez mais importante e fundamental que este profissional atue no sentido de promover a saúde, evitando doenças e agravos e instigando mudanças no estilo de vida das pessoas. Dessa forma, todos os momentos vivenciados na UBS foram desenvolvidos com o intuito de promover a corresponsabilização dos usuários pelos cuidados com a saúde. Estas ações foram realizadas por meio de orientações e diálogos com os usuários sobre os mais variados temas, que envolviam a queixa principal do sujeito e os meios para sua resolução e/ou minimização, e ainda, hábitos saudáveis de vida. Cabe destacar ainda, que essa responsabilização pelo cuidado é um dos dispositivos do SUS, e tem como objetivo principal a mudança do modelo assistencial ofertado aos cidadãos. Diante desta perspectiva, a vivência na UBS foi uma experiência única, que permitiu a humanização da assistência por meio da construção de trocas solidárias, mantendo o comprometimento com a produção da saúde e de sujeitos corresponsáveis pela condição de saúde individual e coletiva.

VIVÊNCIAS INTERDISCIPLINARES E MULTIPROFISSIONAIS – (VIM DOCENTE)

Adriana Cristina Hillesheim, Maira Telechea da Silva, Nadia Kunkel Szinwelski

Palavras-chave: SUS, Reorientação da formação em saúde, Metodologias ativas

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho relata a atividade de intervenção construída e implementada por três docentes da área de Ciências da Saúde da Universidade

Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó. Considerando que é preciso formar trabalhadores de saúde a partir da interação destes com os territórios, com a realidade do serviço, das famílias, da vida e na vida dos sujeitos foram convidados 24 docentes, estudantes do stricto sensu da Unochapecó e trabalhadores da rede de saúde do município de Chapecó para participar de um curso sobre metodologias ativas, com o objetivo de instrumentalizá-los para melhor atender às necessidades atuais da formação e atuação em saúde. DESENVOLVIMENTO: As Vivências Interdisciplinares Multiprofissionais – VIM Docente, consiste em preparar tutores para atuar junto ao projeto VIM 2016, que visa estabelecer o primeiro contato de estudantes com a realidade da profissão. O VIM integra e compreende a necessidade de interação entre os cursos da área de saúde aprendendo a efetivar ações conjuntas, observando, atuando, discutindo e elaborando propostas para consolidação do SUS. Promove ainda oportunidades de análise, compreensão através das tutorias com uso de metodologias ativas e vivência na rede de serviços de atenção básica disponíveis na região de Chapecó-SC. Com o objetivo principal de consolidar o exercício do movimento ação-reflexão-ação, como elemento central do processo da prática docente e criar diferentes espaços para aprendizagens significativas em que possa ser exercitado o olhar para integralidade, o presente projeto desenvolveu atividades no decorrer do primeiro semestre de 2015. RESULTADOS: Após as tutorias para orientação teórica os participantes dirigiram-se até uma Unidade Básica de Saúde de um dos municípios da região que participam da proposta. A partir da preparação teórica e das vivências, os participantes desenvolverão diários de campo individualmente. O projeto terá ao seu final um total de quatro tutorias e oito

horas durante um dia de vivência na Unidade Básica de Saúde. Até o presente momento foram desenvolvidas duas tutorias, sendo uma trilha sensitiva com a participação de 21 sujeitos, onde na atividade objetivamos proporcionar aos participantes, um instrumento de autoconhecimento além da reflexão da importância do sensível como fundamento do processo educacional e a outra com 15 sujeitos, onde inicialmente trabalhou-se com dois textos e logo após com a confecção do genograma, ecomapa e rede social tendo como pessoa índice o próprio sujeito. Concluídos os trabalhos, as tutorias e vivências serão discutidas e socializadas pelos participantes em formato de resumo expandido. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Acredita-se no potencial do VIM para docentes, onde os participantes, conhecendo a realidade de uma UBS possam compreender o que significam, na prática, os conceitos de multidisciplinaridade, integralidade, entre outros, e que estes perpassam até mesmo sua importância teórica. Dadas as experiências que serão vivenciadas, para que se tornem multiplicadores do processo em sala de aula com uso de metodologias ativas, bem como sejam parceiros na qualificação dos tutores que atuarão do projeto VIM para os estudantes. Compreendemos que não há o funcionamento pleno das políticas de saúde sem o engajamento, preparo, compromisso, profissionalismo ético de todos os profissionais envolvidos.

VIVÊNCIAS NA SAÚDE COLETIVA: POTENCIAL TRANSFORMADOR NA FORMAÇÃO ACADÊMICA

Vanessa Michelin Cocco

O objeto de trabalho da Fisioterapia está centrado no ser humano, independente de sua condição de saúde e compete à

formação acadêmica, mediante o disposto nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), ofertar oportunidades para que o aluno possa desenvolver este pensamento. Como território vasto para aquisição de experiências e aprendizados, está o campo da Saúde Coletiva, que busca desvincular o olhar do modelo curativista e biomédico, acenando para a prevenção, manutenção e promoção da saúde. O cenário da experiência relatada compreende a disciplina de Saúde Coletiva I, mais especificamente seu campo de práticas, realizada no 1^o semestre do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Pampa – Unipampa, campus Uruguaiana, RS, Brasil. A carga horária prática da disciplina foi realizada em serviços de saúde do município, como Unidades de Estratégia de Saúde da Família e o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II. Os relatos dos alunos na avaliação da disciplina e no portfólio entregue, embasaram a construção deste relato de experiência. Após a análise das falas e das escritas dos alunos ao final da disciplina, foi possível identificar efeitos importantes das experiências vivenciadas no campo da Saúde coletiva. Destaca-se o despertar nos alunos de um olhar integral e humanizado na atenção em saúde, que se desvincula da doença e valoriza a escuta e o contexto social dos usuários como determinante para sua condição de saúde, como elucidam alguns relatos: aluna 1 – “a disciplina [...] trouxe-me uma nova concepção de saúde. Através desta, verei meus futuros pacientes como um todo e não apenas sua doença”; aluna 5 - “Abre a visão sobre a saúde que temos e o que podemos ajudar a melhorar no futuro como futuros profissionais da saúde”. Ainda, alguns alunos assinalaram que estas vivências também contribuíram na afirmação da escolha pelo curso. Assim sendo, nota-se que práticas acadêmicas no campo da saúde coletiva, apresentam potencial transformador, com impactos positivos na formação acadêmica

e profissional, uma vez que contribuem para a construção de um fisioterapeuta com olhar humanista e crítico-reflexivo, conforme preconizam as DCNs dos cursos da área da saúde.

VIVÊNCIAS NO DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE PORTO VELHO-RO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kátia Fernanda Alves Moreira, Caio Alves Barbosa de Oliveira, Lucas Noronha de Alencar, Davisson Michetti de Oliveira, Tânia Leal Moreira, Bianca Oyola Bicalho, Daiana Evangelista Rodrigues, Débora Santos Faria Fernandes

Palavras-chave: Vigilância epidemiológica, PET-Saúde, Educação em Saúde

Este trabalho partiu do projeto matriz intitulado: A Educação Permanente e a integração ensino-serviço em Porto Velho-RO: uma análise qualitativa, sob chamada MCTI/CNPq/MS-SCTIE-Decit Nº 08/2013 e trata-se de um relato da experiência vivenciada pelos acadêmicos de enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia participantes do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde da Mulher Indígena. Teve como objetivo acompanhar a rotina do setor a fim de complementar a formação acadêmica no âmbito da gestão, através da integração entre ensino e serviço. As atividades, acompanhadas por preceptores, foram desenvolvidas duas vezes por semana no Departamento de Vigilância Epidemiológica (DVEA), localizado na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho – RO (SEMUSA), totalizando aproximadamente 30 horas mensais durante o período de Janeiro à Agosto de 2015. A parceria estabelecida com o serviço proporcionou aos acadêmicos conhecer a rotina das equipes multiprofissionais, maior

entendimento do funcionamento geral da vigilância epidemiológica no âmbito municipal e como esta se integra e relaciona com os diversos departamentos da secretaria de saúde. Pode-se compreender como se comportam os indicadores de saúde no município e quais fatores os afetam, foi observado que apesar de todos os esforços na sensibilização dos profissionais, ainda há uma grande dificuldade na manutenção das metas, sendo a subnotificação um dos problemas mais comuns. Destacou-se também a importância da investigação epidemiológica na busca de informações dos casos, o enfermeiro é um dos atores fundamentais nesse processo, já que tem qualificação e autonomia para realizar uma anamnese eficaz, detectar sinais clínicos e a existência de vulnerabilidades ao agravo. Além disso, a participação nas reuniões técnicas oportunizou conhecer a situação da maioria dos agravos e doenças no município e possibilitou, juntamente com a equipe, traçar estratégias gerais e ações de enfermagem para o avanço no combate a novos casos. Através da vivência, pode-se compreender a importância da vigilância epidemiológica para a qualidade de saúde da população. O profissional de enfermagem se mostra fundamental na propagação de boas práticas de saúde. A inserção precoce do acadêmico no serviço o faz desenvolver um raciocínio crítico, incentivando a busca de alternativas e soluções para desenvolver ações eficazes, além de consolidar as atribuições do profissional de enfermagem na gestão e destacar sua importância dentro de uma equipe multidisciplinar. No futuro, acredita-se que esse conjunto de experiências seja capaz de transformar o aluno em um profissional diferenciado, comprometido com as políticas públicas e com a saúde da população.

Eixo Educação - resumo expandido

Trabalhos de Pesquisa

“A GENTE ACHA QUE NUNCA VAI PRECISAR”: DILEMAS E BARREIRAS NA CAPTAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE

Sheila Kocourek, Vanessa Carla Neckel

Palavras-chave: Residência Multiprofissional, Hemato-oncologia, Hemorrede

APRESENTAÇÃO: Os programas de Residências Multiprofissionais, assumem relevo na formação continuada de profissionais da saúde, desenvolvendo competências de assistência e gestão de modo interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional. Este trabalho relata a experiência junto ao Programa de Residência Multiprofissional em Gestão Hospitalar, tendo como objetivo problematizar as vivências dos usuários hemato-oncológicos do Hospital Universitário de Santa Maria – HUSM, que necessitaram de transfusão de sangue, com vistas a visibilizar o impacto desta demanda no cotidiano destes sujeitos. Os resultados do estudo apontam para uma realidade na qual os usuários são responsabilizados pela captação de doadores de reposição sem apoio dos gestores e serviços públicos de saúde. Desenvolvimento do trabalho: método do estudo Apesar de todos os avanços da tecnologia em saúde ao longo dos anos, até o momento, o sangue e os hemocomponentes são insubstituíveis. O suporte hematológico, por meio da transfusão de sangue e de plaquetas, é imprescindível para o tratamento do câncer. A propósito são inúmeras as repercussões que o câncer impõe na reorganização da dinâmica familiar, no desenvolvimento de novas atividades cotidianas, devido à

hospitalização e aos cuidados e tratamento relacionados à doença. A responsabilidade pela reposição das bolsas de sangue emerge como mais uma atribuição às famílias e aos usuários. No cotidiano do HUSM a responsabilidade pela captação de doadores para a prática da reposição do sangue utilizado pelo usuário é delegada parcial ou totalmente às famílias. Deste modo, este trabalho teve como intenção proporcionar escuta dos familiares e usuários hemato-oncológicos sobre suas vivências, experiências e angústias no processo de captação de doadores de sangue. A população estudada foi de usuários das unidades de internação adulta, pediátrica e de transplantados de serviço de hematologia-oncologia HUSM, que permaneceram hospitalizados em algum período compreendido entre maio de 2012 e junho de 2013. A amostra foi delimitada por meio de relatórios do sistema de informação, gerados pelo serviço de hemoterapia da instituição, com os quais se obtiveram dados que sugeriram o perfil inicial dos receptores de sangue. A partir do total de sujeitos que receberam uma ou mais bolsas de sangue, selecionou-se uma amostra intencional de 20% dos usuários, tratando-se dos que mais necessitaram transfusão sanguínea, ou seja, mais de 50 bolsas, individualmente. A amostra inicial foi composta por 29 sujeitos, os quais seriam entrevistados com um instrumento composto de perguntas fechadas e abertas. Fazendo a busca ativa identificou-se que 9 foram a óbito antes da realização do estudo, 4 não foram localizados, tendo sido realizadas no total 16 entrevistas: 10 com usuários adultos, 1 com usuário adolescente e 5 com mães de usuários infantis. A análise das informações das entrevistas, deu-se por meio da análise do discurso, elegendo temas geradores, os quais serviram para sintetizar, analisar, dar sentido a estas e interpretar as particularidades do assunto

pesquisado. Quanto aos aspectos éticos, o estudo obedeceu ao preconizado na Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde, sendo apreciado e aprovado pelo comitê de ética da instituição de origem. Resultados encontrados na pesquisa; Os resultados do estudo demonstraram no serviço de hemato-oncologia do HUSM, que 146 usuários demandaram transfusão sanguínea, os quais receberam de 1 a 286 bolsas de sangue, perfazendo uma média de 31,2 bolsas/usuário/ano, no período pesquisado. Os entrevistados relataram que se depararam com a demanda de repor o sangue e os hemocomponentes por meio de um profissional de saúde que lhes entregou um “bilhetinho”. A cobrança e a necessidade da doação de reposição foram verbalizadas. Só deu um bilhetinho e falou que precisava de sangue (E.G)[...]o choque mesmo de receber aquela notícia, ‘olha, precisa de tantos doadores’.(E.A) As orientações se limitam à exigência da obtenção de doadores indicados para o abastecimento do estoque do hospital. A necessidade de conseguir tais doadores foi mencionada como fator de apreensão. Os entrevistados externalizaram os sentimentos de responsabilização com o processo de captação de doadores de sangue. É, para me salvar sim, para o meu tratamento precisava não tem outro tipo, sabe a leucemia se você não tiver sangue bom, ai você vai. Se as plaquetas fechar com um mil ou dois mil por causa da radioterapia e as quimioterapia quando terminava e depois tinha que colocar plaqueta e sangue, não tinha alternativa. Colocar água? Sofri para bicho é ai que o cara sente na pele o que é faltar sangue.(E.C) Para cumprir o imposto, os usuários e suas famílias mobilizaram as redes de apoio social primária e secundária. Acionaram estratégias tradicionais e criativas para resolverem a demanda imposta. Quando eu soube eu liguei pro pai dele, pra minha família [...] Daí eles arrumaram um carro, como puderam.(E.I) O

meu filho pegava o papel no hospital e levava para o quartel.(E.L) Anunciamos no rádio e redes sociais.(E.G) Eu fui de casa em casa. (E.B) Considerando que muitos usuários e familiares são de outros municípios e regiões do estado, referiram que buscaram o apoio das Secretarias de Saúde dos seus municípios de origem, para o transporte dos doadores, divulgação e sensibilização, contudo, muitas foram as dificuldades e os empecilhos identificados, conforme relato: Ai, a nossa prefeitura tá péssima. [...] Bom, eles não queriam nem dar carro pra trazer doadores. [...] Parece que de última hora eles forneceram. Tinha doadores, né, aí a prefeitura não queria fornecer, aí de última hora eles deram.(E.A) As famílias encontram barreiras onde deveriam encontrar a assistência integral, no que se refere à concretização do direito à saúde, demonstrando dupla fragilidade do Estado. Considerações Finais O estudo teve como principal objetivo dar voz aos familiares e usuários hemato-oncológicos sobre suas vivências, experiências e angústias no processo de captação de doadores, onde transfusão é sinônimo de sobrevivência. A necessidade do aumento da doação voluntária é indiscutível e, ainda assim, tem baixa visibilidade no âmbito da assistência e da gestão em saúde. A responsabilização das famílias pela reposição do sangue vem na contramão das legislações e do entendimento dos profissionais críticos da saúde, que defendem que a demanda deve ser compartilhada com a rede de atenção à saúde. Amorim Filho (2000 apud Laval, 2007) qualifica esse sistema de reposição como perverso, pois transfere, para os que vivem a situação de estresse da internação, a obrigação de prover o hospital. Os resultados apresentados sinalizaram essa sobrecarga. Os relatos revelaram a fragilidade e as deficiências entre os diferentes níveis de atenção à saúde no suporte aos familiares e aos usuários,

intensificando as responsabilidades com o processo de captação de doadores. Fica clara a necessidade de participação ativa do Estado na consolidação de uma hemorrede pública que garanta o fornecimento de sangue e de componentes em quantidade e qualidade para a população que deles necessitar. Conclui-se que a demanda por sangue e hemocomponentes, na perspectiva dos familiares e usuários, está invisibilizada nas políticas públicas e na sociedade, uma vez que o usuário só percebe esta necessidade quando se vê imerso neste cenário. Por isso, escolheu-se como título a fala de um usuário, “a gente acha que nunca vai precisar”, não pela onipotência das pessoas, mas especialmente pelas dificuldades mediante o desafio de repor o sangue.

“RODA DE SABERES”: REFLEXÕES SOBRE UM DISPOSITIVO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Felipe Gargantini Cardarelli

Palavras-chave: Pessoas com Deficiências, Deficiência Intelectual, Educação Permanente, Equipe Interdisciplinar de Saúde, Gestão em Saúde, Dispositivo

APRESENTAÇÃO:O presente resumo tem como preocupação central caracterizar e refletir sobre as potencialidades e os limites da Roda de Saberes na formação de profissionais de saúde, suas bases conceituais e metodológicas e, assim, colaborar com outros processos de Educação Permanente. A Roda de Saberes foi concebida e desenvolvida como um dispositivo de Educação Permanente em Saúde, ou seja, uma forma de articulação entre os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho pelos profissionais e suas necessidades de aprendizagem. Desta forma, este dispositivo pretendia promover transformações na prática profissional, na

própria organização do trabalho e nas práticas de ensino, a partir das experiências, vivências e saberes dos profissionais (BRASIL, 2009). DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:De acordo com a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, promulgada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e ratificada pelo Brasil, em 2008, como emenda constitucional (Decreto Legislativo nº 186/2008 e 6959/2009), as pessoas com deficiência “têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas” (OMS, 2011). Ao buscar um novo paradigma de atenção à saúde da pessoa com deficiência intelectual, a SMS criou em 2010 o Programa Acompanhante da Saúde da Pessoa com Deficiência (APD). Executado pela parceira Associação Saúde da Família tem vinte equipes multiprofissionais distribuídas pelo Município e Integradas aos NIR e CER, é voltado para pessoas com deficiência intelectual em situação de fragilidade e vulnerabilidade, com o objetivo de favorecer a manutenção e fortalecimento dos vínculos familiares, aprimoramento do cuidado, prevenção de agravos, desenvolvimento de potencialidades, autonomia e, deste modo, evitar a institucionalização (SÃO PAULO, 2012). Ao ser contratado para supervisionar equipes do programa, este pesquisador buscou basear suas intervenções em formas democráticas de gestão em saúde para promovê-las e promover o trabalho em equipe interdisciplinar. Este pesquisador dedicou-se a desenvolver um papel que não se restringisse às ações de supervisão como fiscalização, mas que facilitasse a construção de espaços de reflexão, buscando favorecer a autonomia dos profissionais, catalisar processos democráticos e interdisciplinares de comunicação, de trabalho e de tomada de decisão e, por conseguinte potencializar suas capacidades intervenção (PEDUZZI;

OLIVEIRA, 2009). Dessa forma foi criada, em 2010, a Roda de Saberes, objeto deste projeto de pesquisa, dispositivo de intervenção junto aos profissionais componentes das vinte equipes do Programa, acompanhantes e técnicos. O conceito de “Apoio Paidéia” de gestão em saúde apresentado por Campos (2003) serviu como inspiração e baliza ao pesquisador, no exercício da função de Supervisor Técnico em seus diferentes aspectos, em especial na construção da “Roda dos Saberes”. O Método Paideia de Campos evoca a ideia da Grécia clássica de desenvolvimento integral das pessoas. O método destina-se a Cogestão de coletivos organizados para a produção de valor de uso, ou seja, um método de gestão do trabalho, que tem como pressuposto a construção da democracia organizacional, e que tem como objetivo “aumentar capacidade de análise e intervenção” dos coletivos (2003). Roda de Saberes foi assim nomeado por seus componentes, inspirados nas experiências francesas de clubes. A sugestão veio após algumas participações de uma Psicóloga do Programa que estagiou em La Borde durante sua formação profissional. A Clínica La Borde, que foi criada em meados de 1950, na França, por Jean Oury e Félix Guattari. Lá a instituição psiquiátrica funciona até os dias atuais como uma comunidade aberta, autogerida, onde as decisões pelo coletivo e as divisões de trabalho seguem as preferências e as possibilidades de cada um por meio de dispositivos como o Clube dos Saberes (GUATTARI, 1992). Inspirado pelo Apoio Paidéia e pelo Clube do Saberes, este pesquisador, em conjunto com profissionais do Programa experimentaram construir um dispositivo de Educação Permanente de Trabalhadores onde a participação não é obrigatória, pelo entendimento de que há a necessidade do profissional desejar envolver-se no processo A frequência de acontecimento das Rodas é negociada,

dependendo da possibilidade do mês, para que não afete o planejamento do serviço e não sobrecarregue os profissionais. Todas as decisões relacionadas às Rodas de Saberes são facilitadas por uma comissão ou Grupo de Trabalho (GT) eleito pelo coletivo e composto por profissionais com diferentes formações, integrantes das equipes, que também têm por função reforçar as Rodas nos seguintes sentidos: continuidade, democratização, organização, apropriação pelos profissionais e interlocução com as equipes. Com o termo “Roda” quer se referenciar no método Paideia, representando a dimensão estética da democratização e da abertura a que se propõem as Rodas de Saberes, entendendo que os saberes são plurais e múltiplos, como também postula Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2007). Com base em Freire (1978), esta diretriz entende que os saberes são desenvolvidos no trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e é a partir do contexto concreto/vivido que se pode chegar ao contexto teórico. O conhecimento seria uma produção histórico-social dos sujeitos e procura incorporar os modos de sentir, pensar e agir do grupo, que assim subvertem a dominação e estabelecem o inédito viável (BRASIL, 2007). Assim, desenvolveu-se um Estudo de Caso cujo objeto é analisar o desenvolvimento da proposta da Roda de Saberes através de: Levantamento Bibliográfico; Levantamento e análise de documentos e registros; Identificação dos princípios facilitadores para a construção da Roda dos Saberes.RESULTADOS: No dispositivo foram pautados: Emprego Apoiado, Auto-Defensoria, Acompanhamento Terapêutico, Autismo, sexualidade, diferenças e semelhanças dos territórios em que atua discussão de casos, entre outros temas. Analisando o dispositivo identificou-se uma tecnologia institucional com potencial de resistência para produzir singularizações, modos de viver que

escapam aos processos de captura das máquinas capitalistas de produção de subjetividade, diferente dos de modelagem e serialização da subjetividade que fazem com que funções e capacidades sejam utilizadas e docilizadas (GUATTARI, 1992). Foucault (1979) toma o conhecimento como intervenção, como possibilidade de criação de novos modos de existência, de subjetividade e de vida. Neste âmbito se travará um embate entre a dominação e exploração sobre a vida, o biopolítica[1] e poder da vida, a biopotência[2]. É neste último que se aposta na proposta da Roda dos Saberes, no poder de afetar e ser afetado e com isso se reinventar (PELBART, 2003). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Para Espinosa (1975) os afetos impregnam a existência humana, ocorrem simultaneamente no corpo e na mente e podem aumentar ou diminuir nossa potência de agir. A potência é entendida como condição para atingir a liberdade, já que representa a possibilidade que cada indivíduo tem de ser, de se afirmar e de se expandir. Ao selecionar os encontros regula-se a variação de potência de se perseverar em sua própria natureza, constituindo-se uma ética, em modos singulares de viver, que desafiam a moral dominante, que combate a servidão e da tirania. Busca-se nas Rodas de Saberes abertura, experimentação, flexibilidade e a troca de afetos em um processo que possibilite "(...) uma 'revolução molecular', quer dizer, de uma reinvenção permanente" (GUATTARI, 1992). [1] Biopolítica, forjado por Foucault, designa uma das formas de poder ou dominação sobre o corpo e a vida, uma forma de assujeitamento, vigente desde o Século XVII. (1979) [2] Segundo Pelbart, Biopotência é a força de vida da multidão, o poder comum de agir, a resposta à Biopolítica, também denominado biopoder (2003).

"TEM HORA QUE A GENTE SE PERGUNTA POR QUE É QUE NÃO SE JUNTA TUDO NUMA COISA SÓ?" : PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL: CAMINHOS DA INTERSETORIALIDADE

Isabel Emilia Prado da Silva, Jeane Félix

Palavras-chave: Saúde, Educação, Intersetorialidade, Projeto Mais Médicos para o Brasil

Como Trabalho de Conclusão de Curso, me propus a narrar experiências vividas ao longo da minha trajetória profissional como Especializanda do curso em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cujas atividades de imersão aconteceram no Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde (MS), e como Apoiadora Institucional, do Projeto Mais Médicos para o Brasil, no Ministério da Educação (ME). Além do desejo de "juntar tudo numa coisa só" tive, neste trabalho, como objetivo descrever como a intersectorialidade está sendo operacionalizada entre os campos da saúde e educação para o aprimoramento do Programa Mais Médicos. Para isso utilizo dois caminhos metodológicos, quais sejam: pesquisa documental e autonarrativa. Ao final da pesquisa, observei que as demandas trazidas do território e o desejo dos profissionais envolvidos em fazer o Projeto acontecer vem modulando as diretrizes e definindo os papéis de cada ator. Ser apoiador institucional do MS envolve um conjunto de atribuições completamente diferentes do conjunto de atribuições do apoiador institucional vinculados ao ME. Tudo isso, em um mesmo Projeto. O que não é necessariamente algo ruim. Podemos dizer, inclusive, que é importante que assim o seja, pois cada setor dispõe de um conjunto de atribuições e expertises particulares e com contribuições diferentes.

Isso não impede que esse caminho seja traçado de forma paralela e conjunta, utilizando a intersectorialidade como uma ferramenta que pode propiciar o diálogo e a construção coletiva no âmbito do Projeto. Ter a oportunidade de refletir e escrever sobre este assunto, sem dúvidas, agregou conhecimentos que antes pareciam dispersos na minha construção acadêmica. Posso dizer que, ter esses conceitos e processos mais sedimentados e sistematizados, me munem hoje de argumentos para disseminar a importância do fazer intersectorial que otimiza ações, saberes e recursos para um bem comum.

A APROXIMAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO DE PAULO FREIRE E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA PRÁTICA TRANSFORMADORA

Adriane das Neves Silva, Benedito Carlos Cordeiro

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada, Políticas Públicas de Saúde

APRESENTAÇÃO: Considerando o processo de formação e as mudanças que o setor da saúde vem passando, tornou-se necessário um movimento de preparação e desenvolvimento de competências e habilidades que acompanhe esse crescimento. Refletir o cotidiano de trabalho nas unidades de saúde indo de encontro às propostas contidas na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS). A proposta da política de EPS era romper com os modelos tradicionais utilizados, que afastavam os profissionais dos cursos de capacitação. Para produzir mudanças, era necessário que os profissionais fossem capazes de dialogar com as práticas de saúde e as concepções vigentes e problematizá-las no concreto do trabalho de cada equipe

com vistas à construção de novos pactos de convivência e ações, aproximando os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos do processo da reforma do Sistema Brasileiro de Saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004). O estudo teve por objetivo fazer uma reflexão crítica dos conceitos de autonomia, dialogicidade e emancipação e as propostas da educação permanente em saúde, no sentido de sensibilizar e estimular os leitores a repensar o papel da educação permanente dos trabalhadores da saúde. A dicotomia entre a formação e a prática tem contribuído para uma assistência fragmentada, tecnicista. **MÉTODO DE ESTUDO:** Trata-se de uma reflexão teórica realizada durante o desenvolvimento de dissertação de mestrado defendida em 2014 intitulada: estudo comparativo entre o ensino presencial e a distância na educação permanente de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem durante as atividades do Mestrado Profissional de Ensino na Saúde (MPES) da Universidade Federal Fluminense (UFF). Para o desenvolvimento do estudo utilizamos as obras de Paulo Freire como: *Pedagogia da autonomia* e *Pedagogia do Oprimido*. **RESULTADOS:** Considerando seu grande potencial transformador, a EPS tem provocado repercussões no modo de ensinar e aprender, indo ao encontro da pedagogia educacional de Paulo Freire que traz a implícita concepção de educação libertadora contrapondo ao que ele chama de educação bancária. Para Freire (1987), a educação bancária aliena e oprime o ser humano, uma vez que quem a formula, quem a detém tem dominação sobre os outros, sem interesse em propor desvelamento do mundo. Já a educação libertadora é capaz de transformar as pessoas de seres passivos a seres mais conscientes, mais livres e mais humanos. Propõe a inserção do homem no mundo, pois a inserção crítica,

na realidade, permite aos seres um caráter reflexivo, implicando num constante ato de desvelamento da realidade. Quando Freire defende a relação dialógica, propõe problematizar a realidade, e não somente transmitir o saber pronto. O que leva o homem a uma reflexão do seu cotidiano, a partir de situações concretas que, na maioria das vezes, sem que o mesmo reflita, passa sem sua percepção. A educação é uma forma de intervenção no mundo (FREIRE, 2002). A EPS propõe a transformação das práticas de saúde, prevê o rompimento com o modelo hegemônico, que vem fragmentando o cuidado, à medida que traz o cotidiano dos trabalhadores, identificando os problemas e as necessidades da população assistida. Ao aproximar o mundo do trabalho ao da educação, os sujeitos são transformados, abrindo-se para o novo, assumindo uma postura crítica, reflexiva, comprometida e tecnicamente competente. Mas, para isso, é preciso deixar de ser o sujeito que vem sendo, que se encaixa em modelos prévios de ser profissional (CECCIM, 2005). Quando a Educação Permanente faz a aproximação do mundo, do trabalho e da educação, faz com que o aprendizado esteja baseado na reflexão crítica das práticas do cotidiano de trabalho vivenciado pelos profissionais, respeitando o conhecimento que eles trazem. Paulo Freire (2002) propõe o uso de uma metodologia que reconhece a importância do indivíduo construir sua própria história e vê que o indivíduo é capaz de autogerenciar seu processo de aprendizagem. Para isso, é preciso respeito à sua autonomia: “o ensinar exige respeito à autonomia e à dignidade de cada um” (FREIRE, 2002). Assim sendo, o conhecimento deve ser significativo a partir da contextualização da realidade desse profissional, levando em conta a experiência que ele traz. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Quando nos programas de EPS se propõe a reflexão crítica da prática, as propostas de EPS defendem a construção

de uma educação emancipatória, que vai ao encontro da pedagogia freiriana, uma vez que as situações do cotidiano das unidades de saúde são problematizadas, contribuindo para o processo de conscientização e construção de uma práxis transformadora. Espera-se com a reflexão contribuir para a mudança de olhar na formação dos profissionais de saúde, para isso, será preciso romper com paradigmas tradicionais a partir de novas experiências de aprendizagem, que desperte no sujeito a relação do fazer e construir a partir da vivência do cotidiano de trabalho.

A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Marcelo Gonçalves da Silva, Bruna Paes de Barros, André Moraes da Silva

Palavras-chave: Psicólogos, saúde, psicologia, serviços públicos

Introdução: Este trabalho propõe apresentar questões relativas à importância do trabalho dos profissionais da psicologia nas unidades básicas de saúde. É importante destacar que no Brasil a Psicologia, enquanto ciência tem mais um século, porém se encontra regulamentada como profissão há 52 anos. Sabe-se que a formação em Psicologia é muito abrangente, compreendendo desde as mais distintas doutrinas as quais servirá de subsídio para sua atuação até as distintas áreas em que pode atuar, o universitário passará no período de estudos por diversas disciplinas e atividades, as quais lhe proporcionarão os referenciais e instrumentais para uma atuação adequada profissionalmente. Objetivo: Este trabalho propõe discorrer sobre a atuação dos psicólogos nos serviços públicos de atenção primária à saúde. Tem como objetivo identificar a importância do psicólogo nas unidades básicas de saúde. Nesse

sentido, esse trabalho visa mostrar que na psicologia as estratégias de assistência à saúde não devem ser exclusivamente uma maneira de levar assistência de qualquer maneira às comunidades, mas de levar assistência com qualidade e de acordo com as especificidades da vida e das contingências destas comunidades. Mostra que é importante julgar as demandas da comunidade em relação aos serviços de saúde pública e de psicologia comunitária e saber quais os sentidos atribuídos pelos usuários das Unidades Básicas de Saúde ao Serviço oferecido nas mesmas. Metodologia: A metodologia utilizada foi de revisão bibliográfica. Discussão: Segundo Dimenstein (1998) a introdução do profissional da psicologia nos serviços públicos de saúde no Brasil iniciou - se fim da década de 70 e começo dos anos 80. Essa inserção aconteceu em consequência das mudanças da sociedade brasileira, principalmente na área da saúde. Dimenstein pontua também que, dentre os recém-formados, a maior parte atua em clínicas de psicologia particulares, trabalhando com avaliações psicológicas e psicoterapias, ou optam por cursos de pós-graduação. Apesar de esse cenário estar, gradativamente, sendo alterado, enfrentamos certas dificuldades e resistências, mesmo sendo a saúde considerada um importante campo de atuação para o profissional da psicologia. Assim percebe-se que o percurso da psicologia na atenção básica dos serviços públicos de saúde brasileiros tem seu marco inicial na década de 1980, quando uma conjunção de propostas e reivindicações apontava para a necessidade de mudanças importantes na abordagem dos problemas de saúde, enfatizando a contribuição da psicologia nas equipes multiprofissionais. O trabalho aponta que os princípios da interdisciplinaridade, o que considera além das equipes, também as pessoas e as suas especificidades, estão alcançando a cada dia

uma abrangência na área da saúde. Distintos fatores vêm contribuindo para tal evento. Desde as mudanças nos sistemas de saúde, que passa a ter maior preocupação com os programas para prevenção, deixando aquela ideia de se preocupar apenas quando o fato concretiza e passando a trabalhar com a prevenção e conscientização dos cuidados com a saúde, desde a infância, ou seja, há maiores investimentos e preocupação em relação à questão saúde – doença, focando a prevenção em vários aspectos, aqui trabalhado a questão da psicologia. Conclusão: Esse trabalho organizou-se de forma a apresentar como está a atuação dos psicólogos nos serviços públicos de atenção primária à saúde. Através dele, constatou-se que a atenção básica pode ser uma ótima via para a promoção da saúde bem como por motivos econômicos e que o psicólogo tem um papel fundamental nesse processo. Mostrou que as atividades psicológicas de maior frequência nas UBS são: a psicoterapia de adulto, o psicodiagnóstico, a ludoterapia, a orientação a gestantes e hipertensos; sendo a psicanálise a orientação teórica mais presente. Percebe-se dessa forma que hoje em dia, os princípios da interdisciplinaridade, o que considera além das equipes, também pessoas e as suas especificidades, estão alcançando a cada dia uma abrangência na área da saúde. Distintos fatores vêm contribuindo para tal evento. Desde as mudanças nos sistemas de saúde, que passa a ter maior preocupação com os programas para prevenção, deixando aquela ideia de se preocupar apenas quando o fato concretiza e passando a trabalhar com a prevenção e conscientização com os cuidados com a saúde, desde a infância. Além da diversidade de novas oportunidades e áreas de conhecimentos inseridas no sistema da área da saúde desde a Psicologia, passando pela Nutrição, Terapia Ocupacional, dentre outras. Também o trabalho preventivo junto às esferas familiar, profissional e

social ao recorrerem ao sistema de saúde pública. Diante do exposto conclui-se que o psicólogo precisa avaliar sua atuação por ângulos distintos, uma vez que se encontra inserido em uma política que esta construir sua estrutura e organização. Além disso, necessita estar atento aos rumos e trajetória da sua profissão, no intuito de buscar referências, claras e operacionais, que estabeleçam quais suas atribuições e competências nesse espaço. Nessa direção cabe aqui pontuar que esse trabalho abre um leque de discussões sobre variados assuntos relacionados e um deles que pode ser analisado posteriormente como continuidade desse trabalho ou mesmo como uma outra análise com esse foco é o projeto VER-SUS (Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde), o qual é realizado por estudantes da área da saúde junto aos movimentos estudantis, através da Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais da Saúde criados em 2002 pelo Ministério da Saúde, objetivando aproximar estudantes do desenvolvimento de projetos que visam estabelecer uma política de educação para futuros profissionais do SUS.

A CONCEPÇÃO DOS MONITORES SOBRE A INFLUÊNCIA DO PET – GESTÃO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Ana Paula Gossmann Bortoletti, Gimerson Erick Ferreira, Alcindo Antonio Ferla, William Rogério Aretz Brum, Érica Rosalba Mallmann Duarte, Miriam Thais Guterres Dias

Palavras-chave: Recursos Humanos em Saúde, Educação em Saúde Política de Saúde, Serviços de Saúde

Apresentação: Há algum tempo o Ministério da Saúde (MS) vem apontando

a urgência acerca das discussões entre a consonância de gestão em saúde, formação de profissionais e controle social. Embora, existam propostas de transformação para os modelos de formação em saúde, através de mudanças de projetos pedagógicos e criação de programas como o Programa de Reorientação na Formação Profissional em Saúde (PRÓ-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), ainda assim a formação dos profissionais tem permanecido centrada na produção de ações curativas, hospitalocêntrica e teórico-centrada, distante do modelo de saúde idealizado pelo SUS, pautado no protagonismo do controle social, na gestão compartilhada e nas redes de saúde. Para assegurar a transformação deste cenário faz-se necessário antes de tudo uma (des) construção e (re) construção dos currículos que formam estes profissionais, sendo necessário que os mesmos se pautem em torno dos princípios e diretrizes do SUS, norteado pela humanização, integralidade e cogestão junto aos usuários. Partindo dessa premissa em 2011 iniciou-se na Universidade Federal do Rio Grande do Sul o PET Saúde – Gestão*. Este programa empreendeu com o objetivo de possibilitar aos estudantes vivências e participação na concepção da gestão em saúde, como uma construção sistemática e coletiva, para a implantação de uma gestão e assistência de saúde inovadora e qualificada, com bases no monitoramento, mapeamento e avaliações de ações integradas entre ensino e serviço 1. Este estudo buscou conhecer a percepção dos monitores do PET - Gestão acerca da influência que as vivências proporcionadas por este programa tiveram para sua formação. Desenvolvimento do trabalho: O trabalho foi desenvolvido por meio de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, tendo como campo um distrito de saúde do município de Porto Alegre/RS, no qual os monitores do PET - Gestão

realizam suas atividades. A amostra foi composta por 14 monitores e ex-monitores do programa independentemente de idade, sexo e curso da saúde. Os dados foram coletados em novembro de 2014, através de entrevistas gravadas, sendo as informações analisadas mediante a análise de conteúdo. Aos participantes foi solicitado que falassem sobre suas vivências no PET - Gestão e sobre como esta experiência contribuiu na formação de cada um. O estudo seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo CEP/UFRGS. Resultados: Ao participarem das entrevistas os estudantes refletiram sobre as vivências e aprendizados proporcionados pelo PET - Gestão e de que maneira esta experiência contribuiu para seu desenvolvimento pessoal, acadêmico e profissional. Após a interpretação das falas dos participantes foram identificadas três categorias empíricas: o saber empreendedor, aprendizado em ato e o quadrilátero da formação, que estão relatadas a seguir. O saber empreendedor aludido no estudo não possui a significância do aprendizado empresarial e/ou econômico, mas sim, entendido como a capacidade de mobilizar e ampliar saberes, de transformar e inovar, vislumbrando a autogestão para o futuro. Para os alunos, o PET - Gestão proporcionou novos aprendizados, ampliou os conhecimentos sobre trabalhar em saúde, estimulou o pensamento crítico, mobilizou conhecimentos para a resolução de demandas, bem como possibilitou a reflexão sobre o futuro profissional. A análise das falas sugere a necessidade de uma reconstrução dos métodos de ensino, do ensino teórico centrado, para o participativo e problematizado. Uma formação que relacione teoria e prática, mediante hipóteses e soluções é determinante para transformar a metodologia da transmissão do conhecimento e as práticas tradicionais, diretivas e acríticas, propiciando a formação

de sujeitos capazes de reconhecer e atuar sobre os problemas da realidade. Tal transformação não ocorre somente com as mudanças curriculares, esta transformação necessita ocorrer no corpo docente, no modo que eles percebem os estudantes, como coparticipativos no processo de formação, estando o professor e o estudante compartilhando significados. Alguns monitores refletiram acerca do impacto deste programa em suas escolhas como futuros profissionais, reforçando a importância de conhecer e experimentar novos campos de conhecimento e trabalho. Sendo assim, é importante superar os moldes tradicionais de ensino e dar centralidade às metodologias questionadoras e instigadoras que favoreçam a reflexão acerca de novas possibilidades pode colaborar para que os alunos possam se tornar verdadeiramente protagonistas em suas escolhas 2. O aprendizado em ato relaciona-se ao encontro do aluno com a realidade do SUS nos diferentes espaços da rede básica, onde o pensar e o fazer são praticados simultaneamente de forma a (des) construir e (re) construir sua visão sobre o SUS, colaborando de maneira profícua com o amadurecimento e protagonismo do estudante em sua formação. Segundo os alunos para compreender os SUS é necessário mais do que se defrontar com os artigos da Constituição Federal ou suas leis orgânicas, a real compreensão vem da vivência no palco onde ele acontece, ou seja, na rede de saúde, com seus trabalhadores, usuários e programas. Pode-se então proferir que a prática fecunda a teoria, pois o SUS com toda a sua história, políticas, atores, ideias e ideais não pode ser compreendido somente no papel, o SUS necessita ser problematizado. O quadrilátero da formação é a representação de quatro eixos que devem estar integrados a fim de proporcionar a atenção integral em saúde, ao versarmos sobre ele discutimos

as cenas que envolvem usuários, gestores, profissionais da saúde e instituições de ensino, constituindo os atores que consolidam o SUS 3. Para estes monitores o PET – Gestão oportunizou conhecimentos para além dos currículos dos cursos, propiciou experiências inéditas e viabilizou o intercâmbio de ideias e valores. O encontro com os serviços de saúde e seus coabitantes possibilita a transformação do paradigma do modelo de assistência, no qual somente o profissional de saúde é responsável pela qualidade da resposta assistencial. A imersão dos estudantes nos locais de trabalho não favorece somente a construção desses futuros profissionais, mas também, qualifica-os como cidadãos, com habilidades e conhecimentos capazes de fazer saúde de forma compartilhada, propagando a produção da saúde de forma coletiva. Para estes futuros profissionais a inserção nos cenários onde ocorre a produção de cuidado, possibilita a percepção do controle social como parte do processo de produção da saúde, assegurando o cuidado integral através da compreensão das demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades em uma nova visão de fazer saúde. Considerações finais: Este estudo revelou que o PET – Gestão influenciou para além da formação acadêmica, interferiu de maneira positiva no desenvolvimento pessoal e profissional dos monitores do programa, apontando a relevância da estruturação de uma formação que contemple as redes de atenção à saúde em sua totalidade como um campo integrado ao ensino, propiciando diferentes formas de desenvolvimento para os estudantes. Constatou-se que a inserção destes estudantes nos campos de atuação favorece um aprendizado problematizado, podendo possibilitar a formação de futuros profissionais mais reflexivos, proativos, autônomos e com um olhar mais amplo sobre as redes de saúde, percebendo a

multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e o trabalho coletivo como definidores da atenção integral. Sendo assim, desvela-se então a necessidade da continuidade de ações que fortaleçam o encontro da academia com os cenários onde se dá o desenvolvimento do cuidado e onde se encontram todos os atores envolvidos no processo de produção da saúde, podendo privilegiar uma gestão compartilhada, tendo o usuário e seu protagonismo como foco central nas ações de cuidado. * A partir desse momento usaremos apenas PET-Gestão.

A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE CONTRARREFORMA NA POLÍTICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/ PB: RESISTÊNCIA OU CONSENSO

Maria Joseli de Souza Silva, Gerciane da Rocha Souza Andrade, Thaisa Simplicio Carneiro Matias, Alessandra Ximenes da Silva

Palavras-chave: contrarreforma, intelectuais, serviço social

O processo da Reforma Sanitária Brasileira na contemporaneidade vem sendo desenvolvido entre projetos distintos inconciliáveis, aquele formulado na década de 1980 com perspectiva de transformação social e outro com interesse no crescimento econômico incompatível com a universalidade e integralidade, sendo que este último fere com os direitos conquistados na Lei Orgânica da Saúde 8.080/90. Frente a esse processo de avanços e retrocessos na conjuntura sociopolítica do país vivenciamos atualmente uma contrarreforma, momento crítico em que se descentraliza para o “setor público não-estatal” serviços que devem ser subsidiados pelo Estado, a exemplo da saúde, da cultura, da educação e da

pesquisa científica BEHRING (2008). Para tanto este artigo trata de uma Pesquisa de Iniciação Científica cota (2014-2015) que vem sendo desenvolvida na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), ressaltamos que a mesma terá três anos de duração tendo em vista ser financiada pelo CNPq, a qual tem como objetivo analisar as inflexões da política de saúde em Campina Grande/PB. No presente estudo buscaremos apreender a contribuição dos intelectuais de serviço social nesse processo de contrarreforma da política de saúde no referido município, bem como suas proposições no Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande. O movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que segundo PAIM (2008) pode ser analisado como fenômeno histórico e social resultado de um processo de ideia, proposta, projeto, movimento e processo, sendo que a RSB buscou de forma incipiente um “reforma social”, vislumbrando de certa forma uma transformação geral, tal movimento iniciou-se na década de 70, teve sua efervescência na década de 80 junto aos movimentos sociais, mas na década de 90 houve um retraimento do movimento da RSB, pois a população brasileira vislumbrava no governo de Luiz Inácio da Silva, militante do movimento social dos trabalhadores mudanças nas políticas econômicas e sociais, mas suas decisões foram inerentes ao processo de conjuntura neoliberal, fazendo prevalecer o articulado trinômio ideário neoliberal para as políticas sociais, a privatização, a focalização e a descentralização BEHRING e BOSCHETTI (2011). Neste contexto, Lula sob a subalternidade da política macroeconômica adere ao neodesenvolvimentismo, que nasce como um viés ideopolítico do neoliberalismo, este que “surgiu no século XXI após o neoliberalismo experimentar sinais de esgotamento, e logo se apresentou como uma terceira via, tanto ao projeto liberal quanto do socialismo, CASTELO (2012, p.624)”. Ressaltamos que

o processo da RSB iniciado na década de 70 contou com a participação de sujeitos políticos coletivos de diversos segmentos da sociedade, os intelectuais advindos das universidades, médicos e camadas populares dos movimentos sociais na época. Os intelectuais são responsáveis pela socialização do conhecimento, ou seja, a disseminação do pensamento social estabelecendo o diálogo entre as ideologias e o senso comum, são eles uma criação das classes sociais para dar homogeneidade e consciência ao seu projeto de sociedade e organizar a cultura, (GRAMSCI apud SILVA, 2013). Então ressaltamos que em 2012 foi criado o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande, integrado a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, este é constituído pelas seguintes entidades: Associação dos Docentes da Universidade Federal de Campina Grande (ADUFCG); Centro Acadêmico de Ciências Sociais-UFCG; Centro Acadêmico de Psicologia-UFCG; Centro Acadêmico de Enfermagem-UFCG; Centro de Ação Cultural (CENTRAC); Conselho Regional de Serviço Social – delegacia seccional 3^a região (CRESS); Corrente Proletária Estudantil/POR; Diretório Central dos Estudantes (DCE-UFCG); Fórum Popular de Saúde-CG; Núcleo de Pesquisa e Práticas Sociais (NUPEPS-UEPB); Sindicato dos Trabalhadores em Ensino Superior da Paraíba (SINTESP) e Sindicato dos Trabalhadores nas Indústrias Urbanas da Paraíba (STIUP). Logo, o Fórum em Defesa do SUS de Campina Grande se opõe a todo e qualquer modelo de gestão privatizante para a saúde. Nesse contexto, a inserção do profissional de Serviço Social tem no enfrentamento das expressões da questão social que repercutem diretamente nos diversos níveis de complexidade da saúde, a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho, “também cumpre o papel particular de buscar estabelecer o elo “perdido”,

quebrado pela burocratização das ações, tanto internamente entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas sociais e/ou setoriais COSTA (2009, p.341)". Nessa perspectiva, apresentamos os resultados obtidos através de breve investigação, iniciamos caracterizando o Conselho Regional de Serviço Social 13^a Região/Paraíba e a Seccional de Campina Grande/PB. O CRESS/PB é uma entidade jurídica de direito público com jurisdição no Estado da Paraíba, regulamentado pela Lei 8.662, de 7 de junho de 1993, dotado de autonomia administrativa e financeira, com objetivo de disciplinar, fiscalizar e defender o exercício da profissão de assistente social em seu âmbito de jurisdição. A Seccional de Campina Grande, a qual é constituída por coordenador/a, secretário/a e tesoureiro/a, e mais três suplentes, objetiva defender a profissão e fortalecer o Projeto Ético Político do Serviço Social, tem ainda em suas competências atender os profissionais e dinamizar o CRESS, receber pedidos de inscrição dos assistentes sociais, prestar contas ao CRESS das atividades e movimento financeiro da seccional, ademais a concentração das decisões permanece no CRESS/ PB, ficando a seccional a sua inteira disposição para direcionamento de suas ações. Em suma, a realização de tal pesquisa propiciará através dos resultados uma análise crítica da contrarreforma da política de saúde, dos intelectuais e da contribuição do serviço social nesse processo, bem como as suas tendências na particularidade do município de Campina Grande/PB, e esperamos que tais posições estejam de acordo com as defendidas no movimento da RSB da década de 80.

A DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA DAS BIOCIÊNCIAS E A PROMOÇÃO EM SAÚDE: A CIÊNCIA COMO BALIZADORA DE VERDADES SOBRE A VIDA CONTEMPORÂNEA

Anderson dos Santos Machado, Rafael Dall'alba

Palavras-chave: divulgação científica, promoção em saúde, saúde coletiva, imaginário social

As revistas que abordam a temática da saúde privilegiam assuntos relativos à promoção de bons hábitos saudáveis, práticas corporais e comportamentos sociais servindo como uma espécie de modelo para quem quer uma vida em "plena saúde". Nas capas das revistas de divulgação científica, essas questões, aparecem geralmente no debate sobre a validade dessas práticas ou reconhecimento por alguma pesquisa inovadora. Diferente das revistas comerciais, de cunho claramente publicitário, onde as ações de prevenção e indicação/prescrição de modos específicos de como produzir cuidado, configurando-se como estratégias de um modelo de saúde. No entanto, o fato de não haver na divulgação científica uma abordagem de promoção da saúde não significa que não se tenha o sugestionamento de formas específicas de como conduzir a vida. O que se apresenta nessas capas está identificado com a conduta/consumo das Biociências, com valorização do tecnológico e do biológico como meios fundamentais de manutenção da vida e maximização do bem viver, tendo por base o conhecimento científico. As condutas biocientíficas estão também diluídas nas práticas de promoção da saúde valorizando a nutrição, as práticas corporais como o fitness e que, embora também embasadas na informação científica, aproxima-se mais com outras racionalidades médicas que divergem do biocientificismo da Medicina.

A DOCÊNCIA NO PRÓ-SAÚDE E PET-SAÚDE: NARRATIVAS DE PROFESSORES

Geovannia Mendonça dos Santos, Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Palavras-chave: Docentes, Saúde, Educação Superior, Ensino, Políticas de Educação Superior

INTRODUÇÃO: Desvelar as relações que constituem e são constituídas no trabalho docente em saúde emerge como um caminho singular para compreender o cotidiano acadêmico. Neste cotidiano, professores e universitários podem ter no diálogo uma via de comunicação e de troca. Pois ao educando não cabe apenas escutar e obedecer ao educador, mas ambos aprendem nas relações dialógico-dialéticas. No âmbito do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), expressam-se diferentes desafios, destacando-se a docência no cenário das políticas indutoras de formação em/para a saúde, a relação na tríade ensino - serviço - comunidade e o papel de mediação exercido dentro deste campo de formação. Inscrevem-se e configuram-se diversos e multifacetados espaços de aprendizagem da docência: outros modos de formar e aprender em saúde demandam processos singulares de formação dos professores. Este trabalho assume como objetivo analisar trajetórias, concepções, práticas pedagógicas, motivações e expectativas de professores atuantes no PRÓ-SAÚDE e no PET-SAÚDE que atuam nos campi São Paulo e Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo. **CAMINHO DA PESQUISA:** Participaram deste estudo 13 professores, sendo nove do campus Baixada Santista e quatro do campus São Paulo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas,

integralmente transcritas e transcriadas em narrativas. A narrativa hoje tem sido utilizada como um dispositivo metodológico tanto no ensino quanto na pesquisa e diversos pesquisadores tem se aprofundado no tema trazendo discussões muito pertinentes sobre seu uso e modos de construção. Empreendeu-se uma análise de conteúdo, do tipo temática. O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP e aprovado sob número 244.464, de acordo com as normas da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). **CONHECENDO OS PROFESSORES E SUAS NARRATIVAS:** O curso com a maior representação entre os docentes participantes da pesquisa foi o de Terapia Ocupacional (31%), com média de idade é de 52 anos, tempo médio na docência de 19 anos e 92% possuem doutorado. Todos desempenham a função docente e outras funções como atividades de gestão, participação em grupos de trabalho, bancas de apresentação de trabalhos e etc. A análise realizada possibilitou apreender seis eixos temáticos. No eixo MOTIVAÇÕES/MOTIVAÇÕES PARA O PET a categoria Comprometimento com a formação destaca o contato vivido com os alunos. A possibilidade de continuar aprendendo e ensinando e a importância de oferecer e participar de uma formação mais ampla, que possa repercutir nas práticas de atenção e cuidado assim como na construção do SUS. Na categoria Vontade de ser professor surge o gosto pelo ensino e busca por um fazer significativo. A categoria Experiências anteriores traz como motivação para a docência as vivências na pós-graduação, como estágios e diferentes inserções, bem como as práticas em serviços. Quanto à motivação para a docência junto ao PRO-SAÚDE/PET-SAÚDE, a categoria Aproximação com os Serviços/Rede municipal de saúdes, destaca a aproximação com as secretarias

de saúde, melhora na relação com os serviços e participação em um projeto que propõe parcerias. A categoria Intercâmbio de experiências e saberes apresenta a troca de experiências com diferentes atores na rede de serviços e na universidade e principalmente a troca de experiência com os alunos. No eixo orientador FORMAR EM SAÚDE emergiu a categoria comprometimento com a formação de futuros profissionais de saúde, onde apontam como significado possibilitar que os alunos reflitam acerca do modo como o cuidado em saúde hoje é produzido. Na categoria Repensar o modo de produzir cuidado em saúde, os docentes destacam que estas experiências de formação permitem pensar em um jeito comprometido de produzir cuidado em saúde, pautado nas demandas dos usuários e que também estas experiências ampliam a concepção dos profissionais de saúde. No eixo DOCÊNCIA a categoria Ensinar é aprender aponta a docência como prazerosa, sendo uma atividade que envolve aprendizado mútuo e constante. Na categoria formar alunos para uma prática em saúde ampliada os docentes se definem como facilitadores de aprendizagem, discussão e atribuem à docência em saúde o objetivo de preparar cidadãos comprometidos com questões éticas que dizem respeito a diferentes âmbitos e como os desafios apontam questões relacionadas ao exercício da docência nos serviços de saúde. No eixo PONTOS FORTES, a categoria Vivência nos serviços: por entre a atenção básica, a integração ensino-serviço e o compromisso com a capacitação dos Serviços Profissionais, apresentam como pontos fortes do PRÓ-SAÚDE/PET-SAÚDE a prioridade de ações para a Atenção Básica e as parcerias entre Universidade e Secretarias. Na categoria financiamento, avanços e riscos, afirmam a importância de fazerem parte de um projeto com financiamento, mas essa questão não é

uníssona. Na categoria formação de profissionais para pensar na integralidade do cuidado, ressaltam a possibilidade de formar profissionais mais críticos e reflexivos a partir das experiências apresentadas em campo. No eixo FRAGILIDADES, a categoria Integração ensino-serviço: as (im) possibilidades da Integração e Interlocação apontam os diferentes modos de conduzir grupos de trabalho e cenários de prática idealizados. Na categoria trabalho do professor: os impasses da desvalorização e da sobrecarga aparecem à desvalorização do docente como tutor no PRO-SAÚDE/PET-SAÚDE (e projetos de extensão de maneira geral) e o modo como ao mesmo tempo em que há uma política nacional que valoriza a indução de uma formação ampliada em saúde, institucionalmente é realizada uma avaliação que desvaloriza o docente que atua nessa lógica, privilegiando uma docência voltada para a produção científica. Na categoria currículo, relatam que o PET deveria ser um projeto de currículo, ampliado para todos os alunos. A categoria preceptoria dos impasses da formação e da rede de troca aponta como fragilidade o papel do preceptor coligada a questão do recebimento de bolsa. No eixo POSSIBILIDADES a categoria Diferencial na formação do aluno, docente e preceptor, aponta o PRO-SAÚDE/PET-SAÚDE como um grande campo de formação para alunos, docentes e preceptores. Na categoria aproximação entre Universidade e Serviço, as possibilidades aparecem no sentido de potencializar o que vem sendo feito e/ou perpetuar um modo de fazer e cuidar em saúde. A categoria mudança na formação e currículo sinaliza que o processo de mudança na formação depende de todos os atores envolvidos e que projetos como estes contribuem para que as instituições de ensino e secretarias de saúde possam estar motivadas a contribuir com a formação voltada para o SUS. APRENDENDO COM AS

NARRATIVAS: Para os docentes que atuam no PRÓ-SAÚDE/PET-SAÚDE não há dúvida de que, para uma efetiva transformação, além de trabalho e tempo, são necessárias mudanças curriculares e institucionais que envolvam não apenas as questões referentes ao modo como os discentes são formados. Mas também, sobre condições e oportunidades aos docentes, afim de que seja possível suscitar, naqueles que ainda não se sensibilizaram, um maior comprometimento com a formação em/para a saúde. As políticas indutoras seriam, desta forma, meios para promoção de uma formação ampla, privilegiando todos aqueles que, envolvidos com o processo, formam e estão em processo de formação. Os movimentos analíticos das narrativas permitem reconhecer a importância da formação in loco, a valorização do trabalho docente em detrimento da supervalorização da pesquisa como métrica central da avaliação docente, a formação de cidadãos e profissionais para atuarem no SUS e a integração entre universidade, serviço e comunidade como pilar fundamental para o desenvolvimento de projetos que tenham como objetivo a reorientação da formação em saúde nos diferentes espaços e para diferentes atores.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS DA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTRIBUIÇÕES E EXPECTATIVAS PARA O TRABALHO EM SAÚDE

Vanessa de Souza Amaral, Maria Goreth Lourenço Caetano, Ariana Colombari de Godoi Floresta, Marianna Karolina Pimenta Cota, Milleny Tosatti Aleixo, Lucas Henrique da Silva Macedo, Andréia Alves Reis, Deise Moura de Oliveira

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

INTRODUÇÃO: As diretrizes curriculares para a formação dos profissionais de saúde, incluindo as da Enfermagem, apontam a educação permanente como requisito importante para o exercício da prática profissional comprometida com as reais necessidades de saúde da população, possibilitando ao enfermeiro o desenvolvimento do processo de mudança das práticas, com vistas à qualificação profissional. O desafio da educação permanente é ainda maior no contexto da Estratégia Saúde da Família, uma vez que a reorientação do modelo assistencial prediz uma implicação dos profissionais de saúde com os micro-processos do trabalho em saúde, configurando a educação permanente como uma ferramenta mediadora das mudanças vislumbradas na prática. Diversos são os estudos que versam sobre a necessidade de educação permanente para os profissionais de saúde, em especial para aqueles inscritos no contexto da saúde da família. No entanto, percebe-se uma lacuna na literatura, no sentido de compreender as práticas e expectativas dos profissionais – entre eles o enfermeiro – com relação ao seu próprio processo de formação em serviço. Desse modo, as seguintes questões nortearam a pesquisa: como o enfermeiro considera que a educação permanente tem contribuído para o seu trabalho na Estratégia Saúde da Família? Quais as expectativas que o enfermeiro vislumbra para a sua prática a partir da Educação Permanente em saúde? Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivos conhecer a contribuição que a educação permanente confere ao cotidiano profissional dos enfermeiros da saúde da família e explicitar as perspectivas vislumbradas por eles a partir da incorporação da educação permanente neste contexto de cuidado à saúde. MÉTODO: o estudo ora apresentado constitui parte de uma investigação mais ampla, que analisou também os significados

atribuídos à Educação Permanente por parte de enfermeiros da saúde da família. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que trabalha o universo de crenças, valores e atitudes dos sujeitos inseridos em uma dada realidade social, onde se inscrevem os fenômenos humanos. O estudo teve como cenário a Atenção Primária à Saúde de um município da Zona da Mata, Minas Gerais. Este conta atualmente com 18 equipes de saúde da família, que atuam em 15 unidades de Saúde da Família. A cidade conta com um projeto de educação permanente na Atenção Primária à Saúde, coordenado por docentes de enfermagem de uma universidade pública, do qual participam os depoentes desta pesquisa. A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2015, por meio de um roteiro de entrevista com questões abertas, com perguntas discursivas que permitiam ao enfermeiro trazer o contexto de suas experiências e expectativas relacionadas à educação permanente na Estratégia Saúde da Família. Inicialmente foram realizadas atentas e criteriosas leituras de cada depoimento na íntegra, com vistas à identificação e apreensão inicial do sentido global do contexto de experiências e expectativas do enfermeiro da saúde da família, no tocante à educação permanente. Num segundo momento foi realizada a releitura das transcrições, com o objetivo de identificar locuções de efeito que expressem aspectos significativos da compreensão do vivido, inscrito nos depoimentos dos sujeitos. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin, composta pelas etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. De acordo com os objetivos do estudo foram definidos os trechos significativos para a posterior elaboração das categorias, constructo que revelou a convergência de sentidos emergentes a partir dos depoimentos dos participantes. A interpretação dos resultados se deu pautada

no conteúdo subjacente manifestado na fala dos depoentes e à luz da literatura pertinente à temática. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, conforme o Parecer nº 909.717, de 09 de dezembro de 2014. RESULTADOS: O recorte do estudo ora apresentado permitiu a emergência de duas categorias temáticas: “A importância atribuída à Educação Permanente” e “Vislumbrando desdobramentos por meio da educação permanente.” Os enfermeiros entrevistados esboçaram reflexos já percebidos em suas práticas, em função do envolvimento no processo de Educação Permanente. Estes se referem tanto aos produzidos para si quanto para a equipe/cotidiano de trabalho. Quanto aos aspectos relacionados a si, ficou evidente que a educação permanente é percebida pelos participantes como uma ferramenta que lhes capacita para a prática na saúde da família, na medida em que atende à necessidade de reciclagem contínua do profissional, evidenciando-se uma aproximação conceitual com a proposta da educação continuada. Já com relação à equipe afirmam que a educação permanente auxilia na identificação e enfrentamento das situações cotidianas do trabalho em saúde, ajudando-os a organizar melhor o processo de trabalho. Foi também evidenciado pelos depoentes que a educação permanente lhes permite a experiência da troca de experiências com outros profissionais da equipe, além de viabilizar desdobramentos para a melhoria da assistência aos usuários do sistema de saúde. Esta qualificação do cuidado, presente no discurso de alguns enfermeiros, remete ao fato de a educação permanente possibilitar a tríade ação-reflexão-ação, fazendo com que repensem suas práticas e, a partir disso, retornem para elas modificadas. Há que se ressaltar que ao colocarem na pauta o que vislumbram com esta prática a maioria dos enfermeiros utiliza como perspectiva de análise o Projeto

de Educação Permanente que participam na universidade pública do município onde o estudo fora realizado. Neste sentido, pontuam expectativas que ampliem o oferecimento de oportunidades para se qualificarem para o contexto em que atuam. Isso denota que tal processo educativo ainda persiste no imaginário como uma prática externa ao processo de trabalho em saúde, mediada por instituições que apóiam – por meio de cursos, oficinas, entre outros – os trabalhadores de saúde a experienciarem os desafios inscritos no cotidiano das práticas de saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: partindo-se do pressuposto de que a educação permanente não depende de espaço institucional, mas sim do próprio espaço do trabalho como um cenário de problematização e transformação das práticas de saúde, apreende-se que ainda há que se avançar em direção ao seu propósito, posto enquanto política no contexto do Sistema Único de Saúde. Por outro lado, o estudo também mostrou que a educação permanente, enquanto processo educativo, tem despertado os profissionais de saúde – aqui demarcando o enfermeiro – a repensar suas ações cotidianas e a propor mudanças que culminem na qualificação do profissional e da assistência ao usuário. Os achados remetem a necessidade de que a lógica da educação permanente seja efetivada enquanto política inscrita no processo de trabalho em saúde, no âmbito da Atenção Primária. Promove ainda um despertar para os enfermeiros que atuam no ensino e no serviço, quanto à importância de investir na educação permanente no processo de formação e nas práticas de saúde. Para os gestores, espera-se que este estudo sinalize aspectos que merecem atenção e investimento de esforços no incentivo e implementação da educação permanente, de modo a responder as necessidades de qualificação das práticas de saúde no contexto da saúde da família.

A EDUCAÇÃO POPULAR EM FORMA DE POLÍTICA E A POLÍTICA EM FORMA DE EDUCAÇÃO POPULAR PRESENTA NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NO SUS

Felippe de Oliveira Cezário, Amanda Vargas Pereira

Palavras-chave: educação popular, atenção Básica, PNEP-SUS

APRESENTAÇÃO: Os esforços para a saúde dentro do Sistema Único de Saúde ser posta em prática a partir de seu conceito mais holístico e não apenas, resumidamente, assistencialista e de enxergar e praticar uma saúde que parta dos determinantes sociais de saúde e não da doença, se centram na Estratégia de Saúde da Família como ferramenta de reformulação do próprio sistema de saúde. “A Saúde da Família é apresentada pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde do Brasil. Um dos sentidos da reorientação proposta busca passar de um modelo de atenção centrado na doença e na sua cura para um modelo onde a centralidade se dê na prevenção de doenças e na promoção da saúde.” (BORNSTEIN, et.al, 2014). Neste sentido, a equipe de saúde da família ocupa um papel central dentro do SUS neste processo de materialização do conceito de saúde como fomentador da cidadania e de manutenção da qualidade de vida. A Portaria nº 648 de 2006 traz para a equipe de saúde da família a responsabilidade do “desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida” e, principalmente ao que concerne ao Agente Comunitário de Saúde “as atividades educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade estão entre as atribuições específicas do

ACS” (BORNSTEIN et.al, 2014). O caráter pedagógico emancipador assume uma posição de eixo central na atuação dos profissionais da equipe de saúde da família para com a população compreendida em seu território de abrangência. Nesta lógica, a educação popular em saúde se firma como instrumento essencial na formação dos profissionais da equipe de saúde da família, mais focalmente nos ACS's que devem “desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade” (BRASIL, 2006). Neste cenário, surge a PENEP-SUS que traz no se bojo em forma de princípios a amorosidade, o diálogo, a problematização, a emancipação, a construção compartilhada de conhecimento e o compromisso com a construção do projeto democrático popular. A PENEP-SUS deve ser entendida como um veículo capaz de fazer viva a educação popular em saúde seja na formação dos profissionais em saúde, seja no interior das relações de cuidado e atenção que são tecidas entre profissionais e usuários. Isto se revela em um dos eixos estratégicos da política, onde “O eixo estratégico da formação, comunicação e produção de conhecimento compreende a ressignificação e a criação de práticas que oportunizem a formação de trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular, a produção de novos conhecimentos e a sistematização de saberes com diferentes perspectivas teóricas e metodológicas, produzindo ações comunicativas, conhecimentos e estratégias para o enfrentamento dos desafios ainda presentes no SUS.” Seguindo este caminho, o presente trabalho busca tratar do olhar dos profissionais de saúde que foram tocados pelos ensinamentos da educação popular na saúde em sua formação e como este contato com a educação popular

foi fértil na sua atuação profissional e cidadã, evidenciando assim a relevância e o empoderamento que são capazes com o fomento da educação popular na formação dos profissionais de saúde. Cabe destacar que o olhar trazido é pertencentes aos profissionais de saúde da atenção básica que participaram das ofertas do Programa de Educação Popular em Saúde, o EdPopSUS, fruto da materialização da PNEP-SUS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O presente trabalho faz uso como método de estudo a revisão bibliográfica, dando foco ao relatório produzido pelo Núcleo de Avaliação e Pesquisa em 2015, responsável por avaliar os resultados e frutos impactados na formação dos profissionais de saúde da atenção básica que participaram das ofertas do Programa de Educação Popular em Saúde em 2014, fazendo valer a implementação da Política Nacional de Educação Popular no SUS (PNEP-SUS). **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Os dados obtidos para a análise de resultados e impactos deste trabalho foram obtidos através do relatório construído pelo Núcleo de Avaliação e Pesquisa (NUAP) que se debruçou em avaliar o impacto do Curso de Educação Popular em Saúde (EdPopSUS) nos profissionais da atenção básica que participaram do programa. Sendo assim, os dados do relatório feito pelo NUAP nos revelam que a alta motivação por parte dos profissionais de saúde que participaram do EdPoPSUS chegou a corresponder a 83,71% dos pesquisados, enquanto 15,84% tenham se declarado moderadamente motivados e, apenas, 0,45% se encontrou desmotivado em participar do EdPoPSUS. Dos pesquisados 81,9% afirmaram que a experiência trazida pela vivência no EdPopSUS servirá para sua atuação como profissional de saúde e como cidadão, já 15,84% afirmou que a experiência somará para a sua atuação como profissional de saúde e 7,69% declararam que a experiência vivida no EdPopSUS somará apenas na sua

vida como cidadão. 75,57% afirmaram que os assuntos abordados no programa serão úteis para a sua atuação como profissional de saúde de imediato. 19% afirmaram que tal tema serão úteis em sua atuação profissional no futuro, 1,36% disse que são úteis, porém não veem como aplicá-los nem no momento nem futuramente e 4,07% declaram que os assuntos não são úteis para a sua prática profissional. O percentual de respondentes que afirmaram que os conteúdos abordados pelo EdPopSUS será muito importante para a sua vida profissional chegou a 97,54% durante a pesquisa, enquanto 2, 468% declararam ser de pouca importância os conteúdos abordados pelo programa. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os dados apontados pelo relatório produzido pelo NUAP acerca da experiência dos profissionais de saúde pertencentes à atenção básica que participaram da oferta do EdPopSUS, nos mostram o significativo impacto do contato provido pela educação popular em saúde na formação da grande maioria destes profissionais. O alto percentual de motivação destes profissionais em estarem participando do EdPopSUS mostrado pelo relatório, ou o alto percentual da experiência vivida no programa poder ser aplicada tanto a sua atuação profissional quanto na sua vida cidadã, além do percentual de mais de 90%, dentre o entrevistados na construção do relatório feito pelo NUAP, considerarem os conteúdos oferecidos pelo EdPoPSUS serem de grande relevância para a sua prática de saúde como profissional da área, apontam para a mudança. Enxergando tais resultados, concluímos que a educação popular deve ser entendida como um forte elo na formação dos profissionais de saúde da atenção básica que une o fomento e incremento da participação social dentro do SUS, remodelando o próprio sistema de saúde à medida que, junto da população, a emancipação a partir da problematização

ganha corpo e movimento; com o diálogo e escuta plenos, de modo que a realidade do outro, seja um profissional de saúde ou um usuário do SUS, fique clara a ponto de expressar suas demandas para o SUS e extrato social. Afinal, “A educação popular, portanto, traz um referencial caracterizado pelo diálogo entre os sujeitos, pela educação vista como humanização, pela compreensão integral de ser humano como sujeito constituído de várias dimensões, bem como a busca de matrizes pedagógicas apropriadas à formação destes sujeitos.” (PULGA, 2014).

A EPIDEMIOLOGIA DA VIOLÊNCIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR SERGIPANO

Marcio Luiz da Silva Santos, Sandra Aiache Menta

Palavras-chave: Saúde Pública, Violência, Vulnerabilidade Social,

APRESENTAÇÃO: A cada dia que passa, novas tecnologias são criadas, técnicas voltadas para o bem-estar são descobertas, enfim a preocupação com a qualidade de vida está presente como uma meta a ser alcançada constantemente. Mas, por incrível que pareça o bem-estar que se busca alcançar por meio do que foi abordado anteriormente não abrange a todas as pessoas, principalmente mulheres, crianças, idosos, negros, gays, lésbicas, transexuais, travestis, entre outros, que são considerados pertencentes a grupos vulneráveis. Quase que diariamente surgem manchetes nos meios de comunicação de massa que algum dos públicos desses grupos vulneráveis foi espancado(a), sofreu bullying, foi violentado(a) ou até mesmo evoluiu a óbito devido à violência, violência está que um sério problema de saúde pública. Ou seja, apesar de muito ter evoluído com o

passar dos anos, infelizmente no século XXI ainda há altos índices de morbimortalidade devido à violência, principalmente contra crianças e adolescentes, que segundo alguns autores são vistos como mais suscetíveis do que os outros grupos, pois, as crianças e os adolescentes são totalmente vulneráveis às diversas formas de violência, pois são mais dependentes dos adultos. A partir desta temática da violência, no ano de 2014 foi aprovado o projeto PVG2012-2014 através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), este projeto teve o objetivo geral traçar o perfil epidemiológico da situação geral de violência na cidade de Lagarto, em relação às crianças, mulheres e idosos a fim de caracterizar o perfil de crianças, mulheres e idosos que sofreram violência na cidade de Lagarto – Sergipe, no ano de 2013, também buscou caracterizar alguns aspectos quanto aos agressores e autores destas violências. O presente trabalho aborda a violência infantil, intitulado A epidemiologia da violência em um município do interior sergipano, teve como objetivo investigar quais os principais tipos de violências sofridas por crianças no município de Lagarto – Sergipe no ano de 2013, bem como identificar os principais tipos de violência; classificar a faixa etária que mais acometeu a violência, conhecer o vínculo do autor da agressão bem como, identificar os locais onde estes fatos ocorreram. A violência no seu sentido amplo, diz-se que pode ser intencional ou acidental. No entanto, a violência “estrito senso” se refere à violência intencional. Apesar de estar classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), no grupo de causas externas de morbidade e de mortalidade (Capítulo XX da CID 10), a violência intencional, especificamente as agressões (Códigos X85 a Y09 da CID10) impõem a necessidade de estudá-las separadamente das outras causas externas por apresentar características e

circunstâncias diferenciadas das causas acidentais. A população mais vulnerável a violência são as crianças e os adolescentes, por sua total falta de defesa e dependência do adulto que perdura por tempo prolongado (SALOMON, 2002), conferindo ao grupo das crianças e adolescentes maior suscetibilidade e vulnerabilidade ao fenômeno, o que vem alarmando diversos setores da sociedade por seus crescentes índices e pelas lesões e traumas decorrentes (ASSIS, 2003). De acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente - ECA (BRASIL, 2011), criança é a pessoa que apresenta até doze anos de idade incompletos e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade. Assim, este grupo apresenta peculiaridades por representar uma população em fase de mudanças físicas e psíquicas. No entanto essa classificação de criança até doze anos de idade incompletos e adolescente aquele entre doze e dezoito anos de idade é vista mais da perspectiva biológica, pois, no âmbito judicial esse grupo é classificado como grupo vulnerável até os catorze anos de idade. O tema da violência contra a criança tem sido muito estudado tanto no Brasil quanto em outros países do mundo, AOMS (WHO, 2006) distingue quatro naturezas de violência contra a criança: abuso físico, sexual, emocional ou psicológico e negligência. E na maioria das vezes as violências ocorrem no seio familiar e passam despercebidas ou em silêncio devido às represálias que podem surgir com a ciência e/ou denuncia destas. A violência é um problema de saúde pública e possui várias causas externas e pode acontecer em qualquer faixa etária, acometendo em grande parte mais nas crianças e nos adolescentes, e pode originar graves consequências que perpassam por diversos aspectos biopsicossociais. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O projeto ocorreu através da coleta de dados por meio de Boletins de Ocorrência – BO do ano de 2013, na Delegacia Especial

de Atendimento a Grupos Vulneráveis – DEAGV no município de Lagarto – Sergipe. Após aprovação do Comitê de Ética, CAAE: 34958014.0000.5546 e número de comprovante: 071228/2014, houve várias reuniões com a titular da DEAGV para que em conjunto a logística da coleta de dados pudesse ser iniciada. Os dados coletados foram preenchidos em questionário e esse serviu para a análise dos dados, essa análise se deu por meio do programa Excel 2013 através de tabelas. Para uma melhor apresentação dos resultados, foi dividido em duas partes sendo, a primeira parte deste relatório os resultados de casos de estupro e a segunda parte de maus tratos. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Com base nos dados de 01 de janeiro de 2013 até 31 de dezembro de 2013 dos Boletins de Ocorrência – BO da DEAGV do município de Lagarto, pode-se afirmar que os tipos de violência que mais foram denunciadas nesse período foi o Estupro de Vulnerável – Art. 217 – A, do Decreto-Lei nº 2.848/40, caracterizando violência sexual, e, Art. 233 da Lei nº 8.069/90 que aborda sobre Autoridade, Guarda ou Vigilância a Tortura, caracterizando Maus Tratos. Através da análise dos dados verificou-se que o tipo de violência mais notificado foi o estupro de vulnerável em sua grande maioria contra crianças do sexo feminino principalmente entre os 11 e 15 anos e agressores adultos do sexo masculino maioria parentes ou próximos das vítimas, enquanto os maus tratos, principalmente contra crianças do sexo masculino e agressores adultos do sexo feminino. Os resultados mostram que tanto nos casos de estupro quanto maus tratos o grau de parentesco ou proximidade dos agressores com as vítimas é direto. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir do estudo realizado percebeu-se que as crianças do sexo feminino estão mais vulneráveis ao crime de estupro e as crianças do sexo masculino aos maus tratos enquanto como

autores da agressão foram encontrados os homens como maiores causadores de estupro e as mulheres como autoras da violência de maus tratos. Os autores quando não parentes das vítimas, são pessoas bem próximas das mesmas, expondo as crianças uma situação de confiança naquele que comete a violência contra a mesma. É necessário se fazer ações de vigilância e identificação precoce e buscar aspectos que possam atuar como fatores de risco ou de proteção para o uso da força física pelas mães em relação aos seus filhos buscando contribuir para a elaboração de políticas públicas que visem à prevenção da violência física no âmbito das relações parentais, à melhoria da qualidade de vida das famílias e à superação de situações de violação dos direitos da criança.

A FORMAÇÃO DE TRABALHADORES PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFLEXÕES ACERCA DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE EM MINAS GERAIS

Rosane Aparecida de Sousa Martins, Priscila Avelino Maitara Avelino Ribeiro, Marta Regina Farinelli, Ana Alves Pereira Lima

Palavras-chave: Educação Permanente, Residência Multiprofissional e Sistema Único de Saúde

Apresentação: Trata-se de pesquisa, em andamento, intitulada “O impacto dos Programas de Residência Multiprofissional implantados no Estado de Minas Gerais na formação de especialistas em saúde para o Sistema Único de Saúde”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Em 2009, surge programas de educação permanente e entre estes se destaca a “Pró-Residência”, cuja principal premissa foi a articulação entre realidades/necessidades locais e

regionais para a formação de especialistas em saúde, em consonância com preceitos do SUS. A partir da Constituição Federal de 1988 e de legislações posteriores, houve mudanças no modelo assistencial em saúde, bem como no trabalho em saúde. Dessa forma, novas exigências foram impostas para a educação e o trabalho em saúde. Na década de 1990, a partir da legislação do SUS, uma nova reorganização na área da educação em saúde foi demandada, e nesta perspectiva, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), criada em 2003, propôs a implementação da interdisciplinaridade e da integração entre trabalho e educação em saúde. As políticas de educação na saúde ganharam novas perspectivas e a educação permanente em saúde foi tomada como eixo estruturante das ações do poder público. Nesta conjuntura, foram instituídos os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, como parte das ações integrantes das políticas de formação para o SUS. A Residência Multiprofissional em Saúde preconiza, em consonância com os preceitos do SUS, a cooperação intersetorial, a educação em serviço, a concepção ampliada em saúde, a integração entre ensino-aprendizagem-trabalho e entre ensino-serviço-comunidade; a formação integral e interdisciplinar. Além disso, os projetos pedagógicos, norteadores das ações nos programas, devem apontar para uma formação pautada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar. Diante das potencialidades dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde em modificar a formação dos trabalhadores em saúde, bem como modificar as práticas dos profissionais na saúde, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar os impactos desses programas, implantados em Minas Gerais, na formação de especialistas em saúde para o SUS. Nesta etapa, destaca-se dentre os objetivos específicos, a compreensão das propostas pedagógicas

das Residências Multiprofissionais em Saúde de Minas Gerais identificando de que modo esta proposta de formação poderá contribuir para provocar mudanças no modelo de formação dos profissionais de saúde e na integração ensino-serviço-comunidade. Desenvolvimento do trabalho: A investigação de abordagem quanti qualitativa encontra-se em desenvolvimento. Constitui-se em: revisão bibliográfica acerca do objeto de estudo, ou seja, o impacto das residências multiprofissionais na formação de especialistas em estudo documental, abrangendo a análise das principais legislações acerca dos programas e do SUS, bem como a análise dos projetos pedagógicos dos programas. Será desenvolvida a pesquisa de campo, cujo cenário serão as instituições formadoras e executoras dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Estado de Minas Gerais, tendo como participantes os residentes, tutores, preceptores e coordenadores dos programas escolhidos mediante sorteio. A referida revisão bibliográfica e estudos/ análise nos documentos como: projetos pedagógicos, composição da COREMU, planos de ensino, entre outros enviados pelos Programas de Residência estão sendo realizados pela equipe de pesquisadores, bem como a organização da pesquisa de campo: questionários norteadores, escolha dos participantes e contato com estes por meio de correio eletrônico (email). Resultados e/ou impactos: A pesquisa possui resultados parciais, para o entendimento dos Programas de Residência Multiprofissional na formação de especialistas preocupados com um modelo de saúde multiprofissional, integrado e interdisciplinar. O estudo está sendo desenvolvido 10 (dez) instituições no Estado de Minas Gerais que possuem o programa de Residência Multiprofissional e que foram definidas como participantes de pesquisa

por meio de sorteio. As instituições formadoras sorteadas foram: Centro Universitário do Sul de Minas, Faculdade de Medicina de Itajubá, Universidade Federal de Montes Claros, Universidade Federal de Uberlândia, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Alfenas, Centro Metodista Isabela Hendrix e Pontifícia Universidade Católica de Minas. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM (CEP nº 1.058.197) procedeu-se ao contato com os programas sorteados e ao convite para participarem da pesquisa. Dentre os 10 programas ressaltou-se que um programa não iria mais ser ofertado (Centro Universitário do Sul de Minas/Varginha-MG), dois programas se recusaram a participar da pesquisa (UFMG/Belo Horizonte e Faculdade de Medicina de Itajubá) e sete programas aceitaram participar da investigação. Destes, seis programas enviaram os documentos solicitados. Em relação à pesquisa documental, inicialmente foi realizada a pesquisa nos sites das Universidades e Instituições, para análise das informações contidas e divulgação dos Programas de Residências Multiprofissionais. A investigação baseou-se em informações acerca de editais, projetos pedagógicos, seleção dos programas, informações de diretrizes, COREMU, dentre outras. Como conclusão, foi percebida uma ausência de informações nos sites e portais da maioria das instituições acerca dos programas de residência multiprofissional, ou as informações são disponibilizadas de maneira superficial e incompleta nas páginas iniciais das instituições. A questão da falta de divulgação e de informações necessárias acerca dos programas é apresentada como um dificultador para dar visibilidade a essa proposta de educação permanente para os profissionais da saúde. Na mesma direção, ressaltou-se a falta de acesso aos projetos

pedagógicos dos programas de Residência Multiprofissional, nos sites ou portais das instituições de ensino como também no próprio portal da saúde, ou mesmo no portal do MEC. Na revisão de literatura foi possível refletir acerca das principais mudanças ocorridas em relação à educação permanente em saúde e à gestão do trabalho em saúde. Os textos estudados contribuíram na percepção da importância do estabelecimento de estratégias que fortaleçam a educação permanente em saúde, na perspectiva de se solidificar um novo modelo de assistência, pautado no SUS. Cabe ressaltar que no contato com as instituições participantes da pesquisa, o processo permitiu evidenciar os desafios ainda presentes na organização e na divulgação dos programas, tendo em vista que houve dificuldades na comunicação e na obtenção dos projetos pedagógicos. Considerações Finais: A presente investigação propiciou aprofundar o conhecimento acerca dos Programas de Residência Multiprofissional, implantados no Estado de Minas Gerais, na formação de especialistas em saúde para o Sistema Único de Saúde, com vistas a identificar as possíveis mudanças ocorridas na gestão de trabalhadores para SUS, os desafios e limites no processo de trabalho multiprofissional comprometido com os princípios do SUS, bem como apontar desafios para a concretização da educação permanente em saúde. A partir da leitura e análise do material teórico constata-se que os Programas de Residência têm se preocupado com a formação de especialistas críticos, na perspectiva da educação permanente em movimento, para que estes profissionais consigam ter uma visão ampliada de saúde para atuar no SUS. Contudo, é preciso que as instituições formadoras dos especialistas em saúde, a partir dos Programas de Residências Multiprofissionais, se organizem para que haja a divulgação e socialização das informações acerca de editais, projetos

pedagógicos, seleção dos programas, diretrizes, COREMU, dentre outras, para que o programa ganhe visibilidade e seja fortalecido em consonância com os princípios do SUS. E principalmente, para que a sociedade civil possa compreender a proposta de educação permanente e contribuir por meio da participação e controle social para que estes programas possam fortalecer e fomentar a implementação dos princípios e diretrizes do SUS nos diversos serviços de assistência à saúde em Minas Gerais.

A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA PARA ATUAÇÃO NO SUS

Káriston Eger dos Santos, Jair Brito da Costa, Amanda Souza Barbosa, Vivian Rahmeier Fietz, Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe

Palavras-chave: Formação profissional, educação física, SUS

APRESENTAÇÃO: A Saúde Pública no Brasil vem passando por uma série de modificações e iniciativas que tiveram início na década de 70, como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela lei 8.080/1990 (JUNQUEIRAI, 2009). Com o desenvolvimento do SUS a população teve o direito e acesso a um novo modelo de assistência a saúde pública que levava como características básicas a universalização do atendimento, a descentralização, integralização e regionalização nesse processo (RONZANI; SILVA, 2008). Em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) pela Portaria Ministerial nº 692/947 (BRASIL, 1994), tinha como objetivo consolidar o SUS e seu foco principal era a assistência da família abrangendo fatores físicos e sociais para promoção da saúde (LEITE; VELOSO, 2009 e FERREIRA; SCHIMITH, 2010). Contudo

houve uma mudança de terminologia de PSF para programa Estratégia Saúde da Família (ESF), programa este composto por uma equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, agente comunitários entre outros (KANTORSKI; JARDIM; PEREIRA, 2009). Como a demanda para a cobertura de atenção básica era muito extensa a ESF não foi capaz de suprir toda essa necessidade. Para que isso ocorresse de uma melhor forma o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 através da Portaria G.M nº 154/2008, que possuem como proposta cumprir os objetivos estipulados pelo SUS e ESF. Assim o programa conta com uma equipe multidisciplinar, mas um pouco mais completa que o ESF. Fazem parte deste programa, profissionais como o médico acupunturista, assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2008). Três anos mais tarde a essa equipe acrescentou-se o médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitária (BRASIL, 2011) a fim de levar a população com essa equipe, o tratamento de doenças, a reabilitação e manutenção da saúde na comunidade (GOMES; DUARTE, 2008). Essas mudanças foram acompanhadas pela inserção do profissional de educação física no SUS como podemos observar no descrito do parágrafo acima. Isso se deu quando doenças que têm em sua origem o sedentarismo se tornaram uma epidemia global, onde políticas públicas voltadas para saúde necessitaram de um aporte para trabalhar contra esse processo de disseminação de doenças relacionadas à falta de atividade física, o que já podia

ser observado com grandes taxas de pessoas acometidas por essas doenças em outros países (GOMES; DUARTE, 2008). As mudanças no currículo da educação física são algo extremamente complexo, tendo em vista que a atuação na área esta atrelada a pressupostos teóricos bem distantes do que se preconiza a atuação no SUS (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012). Desta maneira o objetivo deste estudo é realizar uma pesquisa documental e da literatura sobre o currículo do curso de graduação em Educação Física, analisando a formação desse profissional para sua inserção no Sistema Único de Saúde. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Para o desenvolvimento deste estudo será realizada uma pesquisa documental em artigos e publicações da área da Saúde e da Educação Física, analisando pareceres e resoluções além de outros documentos oficiais para a criação dos Programas de Saúde Pública e a inserção do profissional de educação física no SUS. Com base nas informações obtidas, torna-se possível a observação e discussão da atuação do profissional de educação física no Sistema Único de Saúde e sua formação para tal. RESULTADOS: O curso de educação física teve sua origem no século XIX, na época criado como um curso técnico, que só tempos depois recebeu o título de curso superior. A sua criação foi criada baseado no processo de higienização e mecanização dos corpos. Com as propostas do governo para o curso, ele foi se adaptando as mais diversas exigências para a formação do profissional de educação física, a partir de então o curso passou por várias modificações até chegar à formação que temos hoje (FRAGA; CARVALHO; GOMES, 2012). De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Educação Física, de 18 de Fevereiro de 2004, o curso de Licenciatura em Educação Física passou a formar um profissional exclusivamente para a Educação Básica, ou seja, para atuar nas escolas de

Educação Infantil e do Ensino Fundamental e Médio, bem como para desempenhar atividades de planejamento, coordenação e supervisão de atividades pedagógicas do sistema formal de ensino. O licenciado pode também atuar em pesquisas relacionadas ao ensino e suas interfaces com outras áreas de estudo, entretanto não podem atuar em academias, clubes e outros espaços não-escolares (BRASIL, 2004). O Bacharel em Educação Física forma profissionais para a área não-escolar (clubes, academias, centros comunitários, hotéis, associações recreativas, empresas e outros). Seu objetivo é formar o profissional de Educação Física para atuar no planejamento, orientação e avaliação de programas de atividades físicas e saúde para grupos de crianças, jovens, adultos e idosos em condições saudáveis ou integrantes de grupos especiais (com fatores de risco, pessoa com deficiência, gestantes e outros) (BRASIL, 2004), estas seriam características exigidas para a atuação no SUS. Para que esse profissional da educação física seja inserido e supra as necessidades exigidas pelo sistema de saúde, é necessário que o currículo da formação do curso acompanhe essas mudanças. Skowronski (2014) mostra em sua pesquisa feita com egressos do curso de educação física que o currículo da graduação contempla disciplinas que são inerentes a área da saúde como anatomia, fisiologia, primeiros socorros, sinésiologia, antropométrica e medidas de avaliação física; mas é falho ao preparar o profissional pra trabalhar no sistema de saúde não ofertando disciplinas que são específicas para preparar o profissional com o propósito de ser inserido no sistema de saúde. Fato esse também relatado anteriormente por outros autores como Pinho (2011) e Pasquim (2010), deixando clara a escassez de disciplinas voltadas à prática do profissional de educação física que irá atuar no campo da saúde pública. As mudanças no currículo da educação

física são algo extremamente complexas, tendo em vista que a atuação na área está atrelada a pressupostos teóricos bem distantes do que se preconiza à atuação no SUS. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Na análise das publicações referentes ao currículo da graduação em educação física observou-se uma falha na formação do profissional de educação física para ser atuante de maneira eficaz no campo da saúde pública. O atual currículo tem sua conformação em um modelo direcionado a performance. Em estudos analisados ficou claro que na graduação o estudante tem contato com disciplinas que o preparam para atuar em escolas ou então em clubes, academias, ou seja, o esporte em geral. Porém notou-se a ausência de ações direcionadas ao preparo desse profissional para atuação no Sistema Único de Saúde.

A FORMAÇÃO DOCENTE DE PÓS-GRADUANDOS NA ÁREA DE SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DOCENTE

Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus, Thaisa de Farias Cavalcanti Santos, Lidia Ruiz-Moreno, Patrícia Lima Dubeux Abensur, Jhullyany Santos Duarte, Maria das Graças de Arruda Silva, Lunara Oliveira Farias Santos, Luciane Soares de Lima

Palavras-chave: Formação docente, Pós graduação, Saúde

Apresentação: O estudo apresentado consiste em um estudo multicêntrico na área de formação docente na pós-graduação, desenvolvido pela Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Federal de São Paulo, Universidade do Rio Cuadro (Argentina) e Universidade de Córdoba (Argentina). O foco da formação docente na UFPE se dá com alunos do Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente, no

qual estão inseridos profissionais da área de saúde, juntamente com profissionais de áreas interdisciplinares. Esta proposta visa contemplar e fomentar a função docente no aluno de pós-graduação, tendo em vista a sua inserção atual ou futura como Docente do Ensino Superior, articulando o ensino da pós-graduação ao ensino da graduação em enfermagem na disciplina de Metodologia Científica. Desse modo, o estudo tem como objetivo geral Analisar o processo de formação docente de alunos do Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente. Desenvolvimento do trabalho: O estudo tem um enfoque qualitativo, sendo desenvolvido com estudantes de pós-graduação (Doutorado) no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. Atualmente, a UFPE possui 128 cursos de pós-graduação stricto sensu (sendo 69 Mestrados Acadêmicos, dez Mestrados Profissionais e 49 Doutorados, além de 79 cursos de pós-graduação lato sensu - especializações). Como cenário de pesquisa a formação docente dos alunos do Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente na Disciplina de Prática Docente II tem como campo de atuação prática a disciplina de Metodologia Científica I no 2º período do Curso de Graduação em Enfermagem. Durante a disciplina os pós-graduandos trabalham em sala de aula com estratégias de ensino dialógico-problematizadoras, contando com aporte teórico para subsidiar o planejamento das aulas. Além disso, contam com a discussão compartilhada do planejamento, leituras e discussões de subsídios teóricos da área de educação para direcionar a sua atividade docente. Adicionalmente, após as aulas realizam a reflexão sobre a referida prática. Essas aulas acontecem semanalmente, com quatro aulas no grande grupo de alunos da graduação, e as demais aulas serão realizadas em forma de tutoria com grupos de sete alunos em cada grupo. O

conteúdo referente à metodologia científica é trabalhado de forma contextualizada e aplicado à construção de um projeto de pesquisa. Nessa construção do projeto de pesquisa os pós-graduandos utilizam leituras e discussões de artigos, aulas em laboratório de informática, divisão de tarefas colaborativas entre o grupo, de forma a incentivar a participação ativa dos graduandos em enfermagem, além de mobilizar competências de trabalho em grupo. A coleta de dados consta de um formulário com variáveis socioeconômicas e demográficas, experiências anteriores como docente, expectativas em relação à prática docente, além de uma carta de apresentação e relato de experiências individuais, abordando situações significativas dos pós-graduandos como alunos ou como docentes, as quais constituíram corpus para análise. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo. Resultados: A partir da análise de conteúdo, emergiram duas categorias centrais. Na primeira, evidencia-se a busca pelas competências necessárias para o “ser docente” a partir de uma tendência sociocultural. Nos relatos dos doutorandos são destacadas algumas qualidades primordiais para o ser docente, como o papel mediador do professor para a autonomia do estudante de graduação, a necessidade de uma comunicação adequada na sala de aula, a articulação entre o saber teórico e as necessidades dos serviços de saúde e a importância dos condicionantes históricos, sociais e culturais para uma aprendizagem significativa na formação do futuro profissional de saúde. Além disso, os doutorandos ressaltam a inspiração do “ser e fazer docente” em outros docentes que fizeram parte da sua trajetória para a busca de uma identidade. Nos relatos dos doutorandos foram lembrados docentes que nas suas trajetórias se tornaram marcantes por dois motivos principais. Os primeiros por serem exemplo de professores

que valorizavam o conhecimento técnico associado com pressupostos didáticos e a presença de uma postura ética nas relações humanas. Por outro lado foram lembrados docentes que se destacaram pela imposição de uma relação de poder, desqualificando o aluno e seus saberes. Considerações finais: Evidencia-se a relevância da formação docente na pós-graduação em saúde devido às novas demandas e desafios enfrentados pela Universidade. O papel do professor universitário e o desafio na construção dos saberes docentes necessários implica a necessidade de reflexão sobre a própria prática ancorada em referenciais educativos que possam ressignificar a função docente.

A FRAGMENTAÇÃO DO TEMA VIOLÊNCIA NOS CONTEÚDOS TRABALHADOS EM CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE: REVISÃO DA LITERATURA

Carine Vendruscolo, Daiana Kloh, Elisangela Argenta Zanatta, Lucinéia Ferraz, Thais Cristina Hermes, Jean Henrique Kruger, Peterson Luiz Duarte, Sônia Dalmagro

Palavras-chave: Violência, Ensino, Enfermagem

Apresentação: a violência está presente no processo de evolução da sociedade desde os tempos mais antigos e, de diferentes maneiras, sempre causou e ainda vem causando danos à população. A área da saúde tem grande responsabilidade quanto à atenção relacionada à violência, por estar em contato com a vítima e com o agressor. A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua a violência como o uso intencional da força, poder ou ameaça contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo, com possibilidade de resultar em lesão, privação, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou morte (KRUG et al., 2002). Dentre os diferentes espaços

da sociedade em que está presente a violência, inclui-se o meio acadêmico, em que as relações interpessoais podem gerar conflitos. Nesse âmbito, se manifesta por meio de comportamentos agressivos dos acadêmicos entre si e com os professores, por vezes, configurando-se desde a forma mais abstrata até as mais visíveis. Embora ela esteja presente nos processos pedagógicos, não é totalmente percebida, provavelmente pela reprodução hierárquica, socialmente construída e mantida por docentes e discentes (CRUZ; PEREIRA, 2013). Objetivou-se analisar estudos que tratam do tema violência e sua expressão em produções no âmbito da formação em saúde, publicados no Brasil, para posterior pesquisa de campo com docentes de Universidades públicas com cursos de Enfermagem. Metodologia: para o presente trabalho, foram analisados oito estudos encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), os quais tratam da fragmentação do tema violência nos conteúdos trabalhados em cursos da área da saúde. Desenvolvimento: em relação aos estudos analisados, nota-se considerável atenção ao tema violência nas escolas médicas americanas, inclusive durante a residência, o que favorece a aproximação dos conteúdos teóricos com a prática. Nessa direção, apresentam diferentes possibilidades para a incorporação da violência entre parceiros sexuais às grades curriculares, como por exemplo o currículo baseado em problemas. Essa estratégia retoma o conteúdo a partir das necessidades da prática, além de valorizá-lo. Os autores chamam a atenção para a evidência de que os estudantes que receberam formação sobre essa temática se sentem mais capazes para reconhecer vítimas de violência sexual. Os estudos sinalizam um considerável distanciamento da temática violência contra a mulher com as grades curriculares de cursos da saúde. Essa falta de abordagem, na ótica dos autores, se

traduz em falta de preparo profissional para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo, na perspectiva emancipatória e intersetorial, pois a atenção à saúde tende a ser fragmentada e verticalizada – cada categoria profissional vê de um modo a condução do problema. Além da abordagem frágil, esse olhar fragmentado caracteriza também uma abordagem muito técnica ao problema. Nesse sentido, vale lembrar que o alto investimento em adequação da rede física, tecnológica, de medicamentos e de insumos, quando descolado do adequado preparo e envolvimento dos profissionais da saúde com a proposta do SUS não é uma estratégia eficiente para consolidar a Política de Saúde do Brasil. Pensando nisso, o Ministério da Saúde (MS) tem apostado em parcerias, associadas à abordagem integral do processo saúde-doença, com ênfase na Atenção Básica à saúde. Uma dessas parcerias, com o Ministério da Educação, resultou no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), lançado em 2005, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). O Pró-Saúde tem a integração ensino-serviço como essência, a partir de movimentos de aproximação da Instituição de Ensino Superior (IES) com os serviços públicos de saúde, bem como da fundamentação na realidade socioeconômica e sanitária da população brasileira (BRASIL, 2007a). O Programa é considerado como uma das ações estruturantes de reorientação da formação profissional em saúde, estratégias essenciais para transformar o modelo de aprendizado conteudista e fragmentado e o modelo de atenção à saúde biologicista, ainda hegemônicos no país. Os estudos, ainda, chamam a atenção para a fragilidade do ensino e também da rede de suporte e atenção à saúde, no que tange a violência à criança. Os autores consideram urgente pensar estratégias que contemplem a

qualificação dos profissionais implicados na atenção. Referem que uma das possibilidades que se vislumbra é discutir casos no âmbito da equipe multiprofissional de saúde e ampliar as discussões éticas sobre as temáticas, nos processos educativos – formação e educação permanente. A abordagem precária, limitada a algumas disciplinas, deixa o estudante inseguro e com a sensação de despreparo para atuar na prática. Os autores recomendam a aproximação da gestão, do serviço e das IES, a fim de redirecionar currículos e demandas de educação permanente e/ou continuada. Anterior ao Pró-Saúde e outras ações estruturantes de reorientação da formação, já pensando em aproximar gestão, atenção, ensino e controle social, no âmbito dos processos educativos em saúde. Desde 2004 MS vem implementando a Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como ferramenta fundamental na construção de práticas democráticas de gestão do trabalho, a fim de garantir a qualidade do cuidado prestado, o acesso e a cobertura universal de saúde (BRASIL, 2007b). O envolvimento recíproco entre os segmentos ensino e serviço, na perspectiva da construção e desenvolvimento de propostas conjuntas no âmbito da formação e desenvolvimento profissional na área da saúde, torna possível a integração entre teoria e prática, a serviço da reflexão e da transformação da realidade (práxis). A partir desses pressupostos, elabora-se a educação problematizadora, num esforço permanente, em que os sujeitos se percebem criticamente no mundo, buscando soluções adequadas e comprometendo-se com a resolução dos problemas encontrados (FREIRE, 2005; 2006). Considerações Finais: diante de sua vasta abrangência na sociedade, considera-se baixo o número de artigos encontrados sobre a abordagem da violência na formação em saúde, além disso, o perfil das publicações encontradas centra-se apenas nas áreas de enfermagem, odontologia e

medicina. Por estes motivos entende-se como importante a realização de pesquisas nesta área, independente da categoria profissional para melhor compreensão do tema. A violência emerge como temática que carece de atenção prioritária no processo de formação em saúde, sobretudo, quanto a problematização da temática na grade curricular como um tema transversal e no fortalecimento de apoio pedagógico aos docentes a fim de sensibilizar para a integralidade das ações à vítima e agressor. Nesse sentido, a aproximação entre a formação e a atenção em saúde é condição sine qua non, além do envolvimento de outros setores, com vistas às mudanças desejadas no ensino dos profissionais de saúde, refletindo na qualificação da prática. Ressalta-se a Educação Permanente e outras iniciativas interministeriais como dispositivos importantes para o adequado encaminhamento de questões como a violência que, além do difícil manejo, são problemáticas que refletem as necessidades emergentes da população brasileira. Entende-se por isso, a necessidade de estudos que sigam esta direção, especificamente relacionados à formação de profissionais com relação à temática violência.

A IMPLEMENTAÇÃO DO QUADRILÁTERO DA FORMAÇÃO NA EDUCAÇÃO PERMANENTE: DISCUTINDO RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS - UFMS

Luciana Shirley Pereira Zanela, Laís Alves de Souza Bonilha, Mayara Pereira de Souza, Amanda dos Santos Ferreira, Larissa Nakahata Medrado, Adriane Pires Batiston

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Políticas de Formação em Saúde, Sistema Único de Saúde.

APRESENTAÇÃO: A formação dos trabalhadores em saúde traduz-se em um dos grandes “nós críticos” para o modelo tecnoassistencial existente, que priorizam diferentes interesses em detrimento da saúde da população. Esta é uma realidade a ser trabalhada, a partir dos eixos que fundamentam o Sistema Único de Saúde, considerando-se a Educação Permanente em Saúde importante estratégia de transformação profissional, problematizando as práticas. Neste cenário, as Residências Multiprofissionais em Saúde atuam na formação de profissionais para consolidação do SUS, com a finalidade de construção coletiva de saberes, valorização dos trabalhos em equipe e reorientação da lógica tecnoassistencial. O conceito de quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social, surge neste contexto enquanto possibilidade de educação responsável, capaz de promover interações, mobilizações e transformações na realidade instigando o protagonismo dos atores envolvidos no universo individual, coletivo e institucional. Esta pesquisa objetivou investigar em que medida os pilares do Quadrilátero de Formação estão contemplados no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Cuidados Continuados Integrados com área de concentração: Atenção à Saúde do Idoso da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e prática realizada no Hospital São Julião. **MÉTODO DO ESTUDO:** Trata-se de um estudo exploratório, no qual foram incluídos quatro residentes que estavam no segundo ano da Residência, fator importante para a identificação dos pilares componentes do Quadrilátero da Formação, considerando o contato mais aprofundado com o aporte teórico disponibilizado pelos projetos pedagógicos dos Programas de Residência, foco de nosso trabalho. Elaborou-se um roteiro de entrevistas semi-estruturado, o qual foi submetido a um teste piloto. O objetivo foi verificar sua pertinência, adequação e

compreensão das perguntas em relação ao objetivo do estudo. A análise da mesma apontou para a necessidade de melhor organizar o roteiro, bem como alertou os pesquisadores para a forma de condução da entrevista, possibilitando maior expressão de idéias por parte dos entrevistados. Os residentes foram entrevistados por uma única pesquisadora por ordem de sorteio. As entrevistas foram gravadas, mediante consentimento dos participantes, sendo posteriormente transcritas e organizadas pela pesquisadora. Foi perguntado aos participantes: como a gestão, a educação, o trabalho e o controle social se relacionam no processo de cuidado? Além disso, foi solicitado que o residente descrevesse um caso real, exemplificando como se estabeleceu a relação entre os eixos, caso ele já houvesse vivenciado essa situação. Para análise dos resultados, utilizou-se a abordagem qualitativa por meio do método de análise de conteúdo preconizado por Bardin (1977). A abordagem de análise de conteúdo teve a finalidade de explicar e sistematizar o conteúdo das mensagens, significando as mesmas a partir de sua origem com seu contexto e efeitos. Buscou-se analisar a frequência das mensagens, bem como a ausência destas, a partir do critério da classificação. Utilizaram-se três etapas na avaliação e tratamento dos dados: 1- Pré-análise: consistiu na sistematização e organização das informações coletadas nas entrevistas estruturadas, por meio de leituras sucessivas. Foi necessário ainda identificar a relevância dos indicadores por meio da frequência com que estes apareceram no texto. A ordem a ser estabelecida ocorreu naturalmente, a partir das leituras realizadas; 2- Frequência: instância em que foi avaliada ainda a importância que cada unidade de registro representou a partir do número de aparições deste elemento na entrevista. A partir da saturação dos dados, foi realizada interrupção de captação da amostra; 3- Exploração do material:

referiu-se a indicação de uma unidade de significado, permitindo a delimitação de um cenário aos entrevistados. Sendo realizada a categorização dos dados buscando sua significação, chegou-se ao momento da inferência e da interpretação, com a análise dos dados previamente tratados e categorizados. **RESULTADOS:** Apropriando-se do método análise de conteúdo das quatro entrevistas realizadas com Residentes Multiprofissionais, foram detectados diferentes pontos de vista acerca de cada um dos pilares do quadrilátero da formação. Foi identificada na gestão quatro grandes áreas, sendo que em primeiro momento é concebida enquanto instância normativa, detentora das decisões institucionais e operacionais, definindo fluxos, demandas individuais e coletivas. Pontua-se ainda a responsabilidade da gestão junto ao processo de cuidado do paciente e na formação do trabalhador de saúde, devendo atuar na construção de uma rede de cuidados de saúde de forma eficiente. Os profissionais que se encontram à frente dos serviços foram identificados enquanto os gestores, sendo apontada a necessidade de descentralização e compartilhamento da gestão. A formação aparece em três grandes áreas, estabelecendo-se relação significativa entre formação e prática, com a percepção de relevante possibilidade de transformação da visão conservadora das práticas de saúde, demandando a problematização dos processos de trabalho. Os entrevistados relatam necessidade de busca de evidências teóricas ao diagnóstico, tratamento e condutas e domínio técnico-científico. A falta de autonomia da equipe multiprofissional foi afirmada a partir da persistência da valorização do modelo biomédico. Nas práticas de saúde, as múltiplas demandas são uma preocupação, que resultam na insegurança da atuação do profissional residente, requerendo ampliação do conhecimento técnico. Esta

insegurança é associada ainda a falta de suporte da preceptoria em algumas áreas. Falhas de comunicação entre equipe e paciente foram o grande nó crítico percebido, sendo constatada a necessidade de compartilhamento na construção do Projeto Terapêutico Singular, incentivando a autonomia do paciente na participação da construção e decisões voltadas a seu tratamento. A corresponsabilização surge enquanto resultado da atuação da Equipe, buscando a prevenção de novos agravos. A percepção da totalidade, valorizando o princípio da integralidade no atendimento fica evidente a partir da apreensão dos aspectos biopsicossocial nas práticas do cuidado elucidados pelos entrevistados, o modelo tradicional perde espaço a partir de enfoque dado a nova forma de conceber o ser humano, chamada integralidade, que passa a considerar suas relações com o meio em que vive. Outro ponto evidenciado pelos entrevistados foi a necessidade de dinâmica diferenciada entre os atores do processo de saúde-doença, de forma que estes possam de fato se organizar no protagonismo da produção de saúde contando com a atuação de Equipes Multiprofissionais e dos usuários dos serviços. O controle social, em sua função é desconhecido por parte do grupo, sendo confundido com a atuação do assistente social. Em outra afirmação é percebido enquanto instrumento de controle, condicionando o sucesso do tratamento com a adequação da família e paciente com normas institucionais e condutas terapêuticas impostas. Entretanto, também foi sugerida enquanto dimensão ampliada do tratamento em diferentes aspectos, destacando a responsabilização do usuário e trabalhadores de saúde no processo de cuidado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As entrevistas analisadas inferem acerca da necessidade de se estabelecer relação entre pilares que compõem o quadrilátero da formação, destacando a preocupação dos

residentes para que estes sejam presentes, considerando a proposta da educação permanente e as demandas institucionais e dos usuários do serviço. Todavia, não foi percebido equilíbrio entre os componentes do quadrilátero, afirmando existência de lacunas a serem solucionadas no processo de formação de residentes, profissionais dos serviços e alunos da graduação.

A INFLUÊNCIA DA LABILIDADE EMOCIONAL NO VIVER DO ADOLESCENTE ESTUDANTE DE ENSINO FUNDAMENTAL PÚBLICO E A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NESTE CONTEXTO

Samara Cristhina Rosa de Lima, Alessandra Pacheco Braga, Angela Bittencourt, Ana Carolina da Silva Barbosa, Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva, Noelle Pedroza Silva, Luziel da Cruz, Thauana dos Santos Fernandes

Palavras-chave: Educação, Terapia Ocupacional, Sentimentos, Emoções, Adolescência

INTRODUÇÃO: A adolescência é definida segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) como o período entre os 10 aos 19 de idade e se caracteriza pelo crescimento e desenvolvimento acelerado com significativas mudanças biológicas e emocionais. A Terapia ocupacional tem sido utilizada, cada vez mais, em intervenções que ultrapassam os espaços tradicionais, indo à busca da ampliação do entorno social, da autonomia e da melhoria do bem estar das pessoas onde o adolescente se encontra. Desta maneira, vários pesquisadores têm buscado ampliar a rede de atuação, para além dos muros da universidade indo ao encontro das comunidades, na qual a escola se insere. Sabe-se que os alunos que estudam nas

unidades escolares municipais apresentam vulnerabilidades sociais, frente à vida, a família, a comunidade e para tanto se faz necessário criar parceria com a educação, o que tem permitido proporcionar ações voltadas para as questões do cotidiano escolar, no qual se insere as questões sociais, de gênero e da obesidade, quando o fazem sofrer bullying. Como formas de viabilizar ações na escola, o projeto trama escolar, amplia a atuação da Terapia Ocupacional, no apoio do adolescente da rede municipal, no que concerne a sua labilidade emocional, de gênero e social e se vincula as experiências que ocorrem na escola, da qualidade da relação professor-aluno, da construção de espaço de confiabilidade, onde aprender e ensinar acontece de modo significativo (BRUNELLO et al, 2004). É pelo criar, que o adolescente se empodera do saber que não se limita ao desenvolvimento da consciência, mas propicia processos de transformação e apropriação social para que consiga intervir e agir em seu ambiente. A Terapia Ocupacional ao utilizar como ferramenta do cuidado o fazer, ela propicia a desconstrução de comportamentos, sentimentos e ações alienantes que inviabilizam o aprendizado, porque o fazer (criar) possibilita e potencializa o ato criativo, o vínculo, a expressão cultural, a relação de gênero e a aceitação da obesidade. **OBJETIVO:** Descrever a atuação da terapia ocupacional no contexto escolar buscando identificar a labilidade emocional e como ela favorece as relações emocionais, no conviver cotidiano do aluno frente ao seu autoconceito e a relação da autoimagem. **METODOLOGIA:** Baseia-se na abordagem qualitativa da pesquisa-ação na qual segue um ciclo de oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Tripp (2005) refere que a pesquisa-ação é uma forma de investigação-ação que utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar à ação que se decide melhorar a

prática, cujas técnicas atendem a todos os tipos de pesquisa acadêmica. A forma inicial se caracteriza pela colaboração e negociação entre especialistas e práticos, integrantes da pesquisa. Atualmente, a pesquisa-ação beneficia seus participantes por meio de processos de autoconhecimento e quando enfoca a educação, informa e ajuda nas transformações. Segundo Elliott (1997, p.15), ela permite superar as lacunas existentes entre a pesquisa educativa e a prática docente, ou seja, entre a teoria e a prática, e os resultados ampliam as capacidades de compreensão dos professores e suas práticas, por isso favorecem amplamente as mudanças. Sob essa perspectiva, este estudo busca junto aos educandos identificar as emoções e os sentimentos frente à obesidade e a si mesmo, pois a criação deste ambiente proporciona a verbalização e a análise de como essa profissão pode auxiliar e compreender as necessidades do fazer atividades físicas, emocionais, cognitivas, para que possibilite equilíbrio, bem estar e conforto. A coleta de dados envolve oficinas, palestras, atividades psicodramáticas, jogos, testes e tarefas para casa, que visam favorecer o diálogo e as trocas entre eles. Sabe-se que o jogo gera situações de interação e de construção de conhecimento da realidade, desociabilidade, de experimentação da relação com o outro, de aproximação da cultura e de exercício da decisão e da invenção, permitindo ao adolescente, colocar-se em contato com seus limites e capacidades, bem como, com seus sentimentos, num clima favorável de satisfação pela possibilidade de criação das próprias decisões, ação sobre as situações concretas do cotidiano e realização de seus desejos e escolhas. Assim sendo, esta pesquisa utiliza como coleta de dados, jogos, anagramas, sentimentos, imagem corporal e aplicação de testes para verificar se existe alguma alteração cognitiva. Para análise, optou-se pela análise de conteúdo

de Bardin. **RESULTADOS:** Este estudo está sendo desenvolvido com adolescentes estudantes do 6^o ao 9^o ano do ensino fundamental de uma escola pública, próxima ao campus do IFRJ- Realengo, sendo cada turma com em média 30 a 45 alunos todos participantes, os encontros ocorrem quinzenalmente, com duração de uma hora, a coleta de dados apresentada, demonstram os primeiros achados neste estudo. A primeira oficina se caracterizou pela apresentação do tema aos alunos, abriu-se a conversa pela apresentação individual onde cada um pode falar seu nome idade e uma palavra que os pudesse definir. Esta dinâmica trouxe ao grupo grandes reflexões quanto, a impossibilidade de delimitar uma palavra que definisse seu arcabouço de subjetividade, e da mesma forma as emoções, entendendo que os mesmos não são apenas resultados de um dia, momento, ocasião, mas a significação da conjuntura de contextos que os cercam, o que possibilitou um novo olhar de cada adolescente sobre o seu viver. A partir da análise de conteúdo a primeira categoria que surgiu foi à tristeza, a qual vem acompanhada da decepção, que segundo Jung é condição existencial não patológica, como a alegria e a tristeza as duas fazem parte do viver e ambas merecem seu devido reconhecimento. Apesar da aceitação e enfrentamento da tristeza não serem encorajados pela cultura (onde só há espaço para o belo) o esforço legítimo não deve ser o de eliminá-la automática toda vez em que entra em cena, logo cabe ao terapeuta ir à busca das imagens da tristeza, ao invés de fugir, e relacioná-la com imagens numa tentativa de individualizá-las, ou seja, de conduzi-las a um estado de maior diferenciação e consciência, pois a tristeza faz com que o aluno entre em contato consigo mesmo por provável fracasso de apego ou status. A outra categoria foi à angústia e o medo como emoções sentidas com maior intensidade

e frequência. Para Heidegger a angústia revela o nada é como algo que foge em sua totalidade, que se caracteriza pela rejeição. A nadificação do ente em sua totalidade, não é, no entanto, a sua destruição ou a sua negação, é sua alteridade frente ao nada, que o conduz primeiro diante do ente, sendo somente por meio do estado de angústia, que o vazio circundante, se depara com a essência, que para o adolescente se circunscreve ao contexto familiar, cujo medo, expressa a decepção de se perder quem ama a morte ou abandono súbito do pai. Concluímos até o momento que é de suma importância intensificar espaços de convivência, de verbalização e escuta para que o adolescente consiga melhor compreender e expressar seus sentimentos, e que este possibilite criar e implementar práticas assistências e preventivas no contexto escolar por meio da atuação do terapeuta ocupacional ao desenvolver metodologias que oportunizem a criação de vínculos importantes com os jovens que, desdobrando-se em acompanhamentos individuais, potencializam a ampliação das redes de suporte social, produzem espaços de convivência que possibilitam o respeito e a discussão, apresentando um novo referencial de como podem ser pautadas as relações dentro do espaço escolar.

A INSERÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA DE MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE MENTAL

Luiz Carlos Castello Branco Rena, Elisiene Chaves Fagundes, João Paulo Vieira, Ionice Neves Carvalho, Nilvan Baeta, Zaira Ubaldina Pereira

Palavras-chave: Educação Permanente, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Mental

Este estudo se constitui como uma das dimensões do subprojeto “Atenção Psicossocial articulada à Atenção Primária à Saúde” que integra Programa de Educação pelo Trabalho - PET Saúde-Redes de Atenção à Saúde: Integração Ensino-serviço na PUC Minas e no SUS em Betim destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 2013 a 2015. Este subprojeto é desenvolvido por uma equipe constituída por um docente da PUC Minas, seis técnicos do SUS Betim e doze estudantes dos cursos de enfermagem, psicologia, fisioterapia e medicina, distribuídos em seis unidades de saúde da rede de atenção básica e da rede de atenção à saúde mental. A reorganização da saúde mental na perspectiva da atenção básica pressupõe a noção de território, intersetorialidade, integralidade e a educação permanente dos trabalhadores da saúde, especialmente os Agentes Comunitários de Saúde - ACS. Assim, esse projeto se propõe fomentar discussões e reflexões sobre a formação interdisciplinar em saúde mental pelo viés da metodologia de estudos de casos, para os estudantes, tutores, preceptores inseridos no PET/matriciamento, bem como, os profissionais do serviço. A inserção da academia nos cenários desta prática possibilita a criação de um lócus de pesquisa-ação sobre a atuação e a educação permanente dos ACS. Nesta perspectiva emerge a necessidade de identificar estratégias pedagógicas para formação interdisciplinar dos atores envolvidos na rede de atenção psicossocial. A Política Nacional de Saúde Mental impôs um novo ritmo de mudanças na assistência psiquiátrica, instituindo-se os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos que garantam atenção integral, territorializada e comunitária (BRASIL, 2005). Para fazer frente a essa demanda o Ministério da saúde instituiu a portaria 3088/2011 e a criação de uma rede de Atenção psicossocial (RAPS)

para possibilitar à atenção às pessoas com sofrimento mental ou transtorno mental decorrente do uso do crack e outras drogas no SUS (BRASIL, 2011). Apenas uma organização em rede e não um serviço ou equipamento é capaz de fazer frente à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas. O atendimento em saúde mental é realizado a partir da rede básica e viabiliza o apoio matricial que corresponsabiliza e garante a continuidade do cuidado, tornando-se a principal estratégia da saúde mental nesses equipamentos (BRASIL, 2005). A eleição do território como lócus de força, saberes, potencialidades concretas, permite a construção coletiva de soluções e se converte em cenário real de trocas entre as pessoas e saberes. Desta forma torna-se possível a articulação entre os profissionais da atenção básica e os serviços da saúde mental aumentando a resolutividade. Os encaminhamentos tornam-se qualificados, pois são construídos projetos terapêuticos singulares e compartilhados. Os Agentes comunitários em Saúde (ACS) representam o conjunto de trabalhadores que atuam na posição de elemento integrador da comunidade e do serviço de saúde. A posição ocupada por esse contingente de trabalhadores permite a construção de um território comum, ao tornaram-se canais de comunicação, articulação e escuta ao falar e tentar compreender a linguagem desses dois cenários (Silva et al, 2004). Esse trabalhador atua como elo de ligação entre a população e os serviços de saúde. Tornam-se facilitadores, junto à comunidade, no processo de aprender e ensinar a cuidar de sua própria saúde, assumindo o papel de facilitadores da comunicação entre comunidade e profissionais de saúde. Esta pesquisa se propõe discutir uma metodologia ativa por meio de oficinas de educação permanente em saúde em quatro UBS, através de estudos de casos envolvendo tutores, preceptores e equipe de trabalho

especialmente os ACS. Desta forma, busca ampliar os espaços dos estudantes pelo viés da discussão coletiva dos estudos de casos, induzindo a reflexão que contribui para a sua formação e especialmente, integra os serviços. Propõe-se também, promover a educação continuada e permanente dos trabalhadores, tornando-se um imperativo essencial para assegurar um cuidado integral. Pois, a educação permanente coloca o cotidiano do trabalho em saúde em análise, permeabilizado pelas relações concretas, permite a criação de espaços coletivos para reflexão e avaliação dos atos, que se produz no cotidiano (CECCIM, 2005). Portanto, a investigação em curso, que conta com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Betim e do Fundo de Incentivo à Pesquisa - FIP da Proppg/PUC Minas, pretende “descrever e analisar a atuação do ACS no âmbito da saúde mental, a fim de contribuir para a educação permanente de caráter interdisciplinar desses agentes, oferecendo subsídios para consolidação de uma pedagogia ativa que contemple o estudo de caso como ponto de partida.” Utilizando-se do questionário autoaplicável para coleta de dados envolvendo as 570 ACS em atividade no município o estudo apresenta o perfil sócio-econômico e cultural destas profissionais, identificando a percepção de doença mental presente no discurso e nas práticas das ACS. Em sua dimensão qualitativa esta investigação contribui para um projeto de educação permanente para ACS que contemple as necessidades dos serviços de saúde mental na atenção psicossocial.

A MATERNIDADE DE UM BEBÊ COM SÍNDROME DE DOWN: EXPERIÊNCIAS NO ATENDIMENTO EM SAÚDE

Raieli Ciscato Bressan, Maria Evanir Vicente Figueira, Louise da Silveira Pedrotti Machado, Luciane Najjar Smeha

Palavras-chave: Síndrome de Down, Maternidade

APRESENTAÇÃO: O presente estudo consiste nos resultados preliminares de um projeto de pesquisa de iniciação científica. O objetivo foi investigar a vivência materna de mães de bebês com síndrome de Down diante das intervenções dos profissionais da área da saúde. Em decorrência de material genético extra no cromossoma 21, a criança com síndrome de Down apresenta manifestações clínicas, entre elas estão os olhos com linhas ascendentes, o nariz pequeno e achatado, hipotonia muscular, pescoço curto e grosso, uma dobra da pele sobre o canto interno dos olhos, boca geralmente aberta devido à flacidez dos músculos da região, mãos e dedos pequenos com prega palmar única, entre outros. Assim, o bebê poderá ter agravos na saúde como cardiopatia, problemas de visão, hipotireoidismo, atraso no desenvolvimento motor e na fala. Por isso o bebê com síndrome de Down precisa de atendimento médico de especialistas como pediatra, cardiologista, pneumologista, oftalmologista, neuropediatra e odontopediatra, conforme a necessidade específica de cada caso. Além disso, é importante que o bebê, inicie nos primeiros meses de vida, as terapias como a fisioterapia, fonoterapia, terapia ocupacional e estimulação precoce com o educador especial. Esses especialistas irão tecer, juntamente com os pais do bebê, o tecido psíquico infantil. A harmonia ou o desencontro dos envolvidos nessa “teia” será crucial para a saúde psíquica da criança. Por outro lado, ao contrário do que acontece geralmente, é fundamental que a equipe seja toda ela acolhedora e dedicada a essa mãe que nesse momento precisará do apoio e amparo. Culturalmente, apesar das transformações advindas da contemporaneidade, os cuidados básicos de uma criança ainda são, primordialmente,

uma função materna. No caso de uma criança com deficiência, ampliam-se as necessidades de cuidado e proteção, recaindo na mãe os encargos na rotina de atenção especial a esse filho. Diante disso, é fundamental compreender a relação que se estabelece entre os profissionais da saúde, a mãe e os seu bebê. **METODOLOGIA:** O presente estudo tem delineamento exploratório, descritivo e transversal com abordagem qualitativa. Participaram seis mães de bebês com síndrome de Down, que acompanham a criança nos atendimentos especializados, como por exemplo, fisioterapia, fonoterapia, revisão médica, entre outras. Elas foram contatadas por meio de instituições públicas, clinica-escola ou privadas de uma cidade no interior do RS. Os participantes foram escolhidos por critérios de intencionalidade e conveniência, considerando-se a heterogeneidade de experiências em relação à temática. Para a escolha dos participantes, foi levada em consideração a idade da criança com síndrome de Down, foram incluídas mães de bebês com até 24 meses de idade. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário para verificar os dados sociodemográficos e uma entrevista semiestruturada com as participantes, sendo gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Após o material passou por uma análise textual discursiva. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética do Centro Universitário Franciscano- UNIFRA/RS, pelo CAEE nº 45723015.9.0000.5306. **RESULTADOS:** Os resultados prévios mostram diferenças significativas na percepção de mães com nível de escolaridade e condição socioeconômica mais elevada, comparada as mães com escolaridade e situação socioeconômica menor, no que se refere ao seu bebê com Down e a atuação dos profissionais da saúde. No que concerne percepção das mães com nível de escolaridade e classe socioeconômica

mais alta, essas tendem a enfatizar mais a minimização das características da síndrome encontrada em seu bebê, e também a potencialidade de desenvolvimento que eles apresentam. Mencionam mais o impacto do diagnóstico e a ocorrência do luto, elas se mostram muito mais responsáveis e ativas no desenvolvimento do seu bebê, pois consideram seu conhecimento também importante no desenvolvimento dele. Igualmente se mostram mais angustiadas com a síndrome do filho, pois conhecem as limitações da deficiência. Logo, sabem a dimensão da sua contribuição no desenvolvimento de seu filho. Há um sentimento materno de angústia relacionado a uma preocupação demasiada com o julgamento inferido pelo olhar da sociedade sobre sua criança. Também referem queixas quanto a capacitação dos profissionais da saúde, especialmente médicos e enfermeiros, no momento do diagnóstico. Por outro lado, as mães com nível de escolaridade e classe socioeconômica baixa atenuam o impacto do diagnóstico atribuindo a ocorrência da síndrome como sendo vontade divina. Assim, se resignam diante dessa determinação. Elas não mencionam desagrado em relação ao atendimento prestado no momento do diagnóstico. Além de, atribuírem a responsabilidade do desenvolvimento do bebê aos profissionais de saúde, colocando-se em uma posição passiva frente a isso. Desse modo, depositam total confiança nos profissionais de saúde e seus saberes. Neste estudo, a percepção das mães participantes com baixa escolaridade em relação aos atendimentos dos profissionais da saúde foi diferente da percepção das mães que concluíram o ensino superior e, em decorrência, vivem com uma situação econômica mais favorável. Aquelas que têm menor escolaridade avaliam os profissionais mais pelo comportamento afetivo do que pelo conhecimento técnico, elas compreendem que a paciência e o carinho

são as características mais importantes nos profissionais que atendem seu filho(a). Estas mães sentem-se gratas por conseguir o tratamento em serviços públicos ou clínicas/escola, para elas é como se os profissionais estivessem prestando um favor e por isso são menos exigentes. Já as mães com mais escolaridade, estão mais informadas em relação à síndrome e a função de cada profissional no desenvolvimento do seu bebê. Assim, elas apresentam uma postura mais crítica e avaliam os serviços prestados com mais rigor. Há uma busca de qualidade, principalmente, no que se refere as orientações quanto as particularidades da síndrome. Desse modo, a percepção positiva em relação aos profissionais da saúde está diretamente relacionada ao saber técnico da profissão. O estudo ainda que esteja em andamento, em seus resultados preliminares, já destaca que a experiência das mães de bebês com síndrome de Down pode variar de acordo com a escolaridade e nível socioeconômico. Porém todas as mães participantes estão otimistas em relação aos resultados das terapias propostas pelos profissionais, elas compreendem que o desenvolvimento futuro do bebê depende do trabalho que está sendo realizado. Assim, apesar de exigências diferentes, todas elas sabem que a função dos terapeutas é primordial para os seus filhos.

A NARRATIVA NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

*Nauristela Ferreira Paniago Damasceno,
Cibele Moura Sales*

Palavras-chave: Narrativa, Educação em Saúde, Práticas Educativas em Saúde

Apresentação Desde a infância as narrativas fazem parte da vida das pessoas e contribuem para que compreendam a si mesmas, aos outros e aos acontecimentos

(CASTELHANOS, 2014) atribuindo significado às ações e às experiências humanas (BRUNER, 1991; 1997). Na prática clínica as narrativas são utilizadas, com diferentes enfoques, nos processos saúde-doença e, enquanto interação mediada pela interpretação do senso comum sobre a experiência de saúde, adoecimento e tratamento, contrapõem-se à abordagem centrada no modelo biomédico, que valoriza as características patológicas e biológicas, concebidas a partir do conhecimento científico (COSTA; GUALDA, 2010). Nesse contexto, destaca-se a Educação em Saúde que segundo Vasconcelos (2004) configura-se como um campo de prática e de conhecimento da saúde que se ocupa com a criação de vínculos entre os serviços de saúde e o pensar/fazer cotidiano da população, os quais ocorrem através dos grandes meios de comunicação de massa e também da convivência cotidiana e dialógica entre os profissionais que atuam nesses serviços e a população, usuária dos mesmos. Entretanto, de acordo com Reis et al (2013), embora existam propostas inovadoras e exitosas, a maioria das práticas educativas em saúde ainda é fundamentada no modelo de transmissão dos conhecimentos dos profissionais, prescrevendo normas e regras comportamentais à população alvo. Dessa forma, o objetivo desse trabalho é evidenciar o potencial das narrativas nas práticas educativas em saúde, como alternativa para compreender os significados que os sujeitos atribuem ao seu processo de adoecimento e saúde, e como mediadora do processo pedagógico em saúde. Método Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, fundamentado em revisão de literatura e na vivência de utilização da narrativa em pesquisa relacionada à saúde do trabalhador. A revisão de literatura teve objetivo de contextualizar a utilização da narrativa na Educação em Saúde, principalmente no que

se refere às suas possibilidades e alternativas nas práticas educativas em saúde. Já a investigação citada utilizou-se da pesquisa narrativa (BOLÍVAR, 2002) e fundamentou-se na hermenêutica-dialética (MINAYO, 1998) para o tratamento dos achados. Essa investigação obteve a aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CAAE:38970814.0.0000.0021) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram entrevistados 25 docentes, através de roteiro composto por uma questão norteadora acerca das vivências de prazer, sofrimento e adoecimento no trabalho, além de outras duas questões complementares utilizadas para aprofundar e ampliar o relato. A partir das entrevistas, audiogravadas e transcritas, a pesquisadora construiu uma nova narrativa, com objetivo de integrar e dar significado aos achados, preocupando-se em não manipular a voz dos informantes, contemplando os elementos singulares que configuravam as histórias e afastando-se das pretensões de generalizar esse significado (BOLÍVAR, 2002). Essa nova narrativa foi apresentada aos mesmos sujeitos em uma oficina elaborada com objetivo de validar a narrativa construída e aprofundar a discussão (ONOCKO CAMPOS, 2011), de forma que ao final da oficina a narrativa foi concluída com as sugestões dos participantes. Resultados e Discussão Os achados da pesquisa, relevantes para o tema deste trabalho referem-se à observação da oficina de validação da narrativa construída pela pesquisadora, a partir do relato dos participantes. Onocko Campos (2011) chama essa oficina de grupo hermenêutico e refere que ele também produz efeitos de intervenção. Foi à observação desses efeitos, durante a oficina, que reforçou o potencial das narrativas como instrumento das práticas educativas em saúde, uma vez que os participantes identificaram-se com os elementos inseridos na narrativa, os quais

refletiam suas vivências e outros elementos que contribuíam para a compreensão do contexto em que estavam inseridos. Além disso, a narrativa e a discussão coletiva possibilitaram concordâncias e discordâncias entre os vários relatos, indicando empatia com as histórias dos colegas e, ao mesmo tempo, a existência de vivências singularidades produzidas no ambiente de trabalho. Dessa forma, a discussão do grupo além de enriquecer e aprofundar os achados das entrevistas resultou na percepção e no encontro de novos e diferentes olhares sobre os relatos individuais e sobre os vários elementos constituintes do prazer, do sofrimento e do adoecimento dos docentes participantes da pesquisa. A narrativa, portanto, promoveu o processo dialógico, a interação entre as vivências, a empatia, a identificação, o engajamento no debate sobre as vicissitudes do trabalho docente e sobre as estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico. Nesse sentido, a narrativa pode relacionar-se à tecnologia leve, centrada no usuário e produtora de acolhimento, vínculo, cumplicidade, responsabilização e autonomia (MERHY; FEUERWERKER, 1998). Enfatize-se que as características desse processo dialógico, essenciais às práticas educativas em saúde, não se constituem pela simples formação dos grupos, rodas de conversa ou espaço de escuta da narrativa do usuário. Conforme propõe Martínez-Hernández (2010) é necessário que o modelo de interação seja pautado no intercâmbio de conhecimentos entre profissionais e usuários, valorizando-se os saberes de ambos; em uma visão contextualizada dos processos de saúde e adoecimento que reflita sua multicausalidade; e na responsabilização de profissionais e usuários como atores com funções complementares na promoção da saúde. As narrativas têm sido empregadas nas pesquisas qualitativas, principalmente na Educação e na Saúde, utilizando-se da

história de vida, dos depoimentos escritos, da história oral. Na saúde, as pesquisas que se utilizam das narrativas abordam, principalmente, o processo saúde-doença (LIRA; CATRIB; NATIONS, 2003; COSTA, 2010), a história de vida dos trabalhadores da saúde (SCHRAIBER, 1995; MORAES; GRANATO, 2014) e avaliações dos programas de saúde coletiva (ONOCKO CAMPOS, 2011; MALVEZZI, 2014). Alguns estudos, de diferentes abordagens interpretativas, também possibilitam considerar o potencial de utilização das narrativas, com vários enfoques, nas práticas educativas em saúde. Lima, Viana e Lima (2015) discutem a narrativa autobiográfica sobre a velhice e seu potencial para ressignificar a identidade do idoso, reconstruir seu lugar social e suas relações. Em estudos sobre a maternidade alguns autores (GRANATO; RUSSO; AIELLO-VAISBERG, 2009; GRANATO; TACHIBANA; AIELLO-VAISBERG, 2011) destacam o uso das narrativas interativas como fonte de expressão e alívio do sofrimento, forma de acesso à produção de conhecimento sobre a experiência afetivo-emocional e recurso de investigação e intervenção. Favoreto e Cabral (2009) demonstraram que os grupos operativos de educação em saúde para portadores de doenças crônicas, possibilitaram a ampliação dos significados sobre o processo saúde-doença e atitudes de autonomia frente à doença e seu tratamento. Algumas Considerações O potencial das narrativas nas práticas educativas em saúde, em diversas estratégias, relaciona-se à criação de vínculos, ao processo dialógico, à troca de experiências e à valorização da subjetividade dos atores envolvidos – profissionais de saúde e usuários. Dessa forma, como as narrativas organizam e estruturam a experiência humana ((BRUNER, 1991; 1997) o relato das vivências e da história do processo de adoecimento torna-se um caminho para a compreensão dos significados que os sujeitos atribuem

à saúde e ao adoecimento. Além disso, a reconstrução desse processo (BOLÍVAR, 2002), na narrativa, sob a perspectiva do próprio sujeito, possibilita não apenas refazer esse percurso produzindo novos significados, mas também reformular as ações ou as práticas futuras.

A PERCEPÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA ABORDAGEM COM AS SERVIDORAS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ (UEPA) - CAMPUS XII

Thaís Ferreira Barreto, Márcio Sirley Assunção da Costa, Nádia da Costa Sousa, Samilla Calderaro Gato, Maria Naceme Araújo Freitas, Yara Macambira Santana Lima

Palavras-chave: Violência, Saúde da Mulher, Enfermagem

INTRODUÇÃO: A violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública, que possui vários tipos, desses evidencia-se alguns que ocorrem em um número maior de frequência: Violência de gênero: consiste em qualquer ação ou conduta relacionada ao gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto no âmbito público quanto no privado. Violência intrafamiliar: é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade, e o direito ao pleno desenvolvimento. O conceito de violência intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde ocorre, mas também às relações em que se constrói e se efetua. **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA:** Distingue-se da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental que convivam no espaço doméstico. Inclui-se aí empregadas (os) e pessoas que convivam esporadicamente agregados. Acontece dentro de casa ou unidade doméstica, geralmente é praticada

por um membro da família que viva com a vítima. As agressões incluem: abuso físico, sexual e psicológico, a negligência e o abandono. **VIOLÊNCIA FÍSICA:** Ocorre quando uma pessoa, que está em relação de poder à outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Segundo concepções mais recentes, o castigo repetido, não severo, também se considera violência física podendo manifestar-se de várias formas: tapas, empurrões, chutes, entre outros. **VIOLÊNCIA SEXUAL:** Compreende uma variedade de atos ou tentativas de relação sexual sob coação ou fisicamente forçada, no casamento ou até mesmo em outros relacionamentos. É cometida na maioria das vezes por autores conhecidos das mulheres envolvendo o vínculo conjugal (esposo ou companheiro) no espaço doméstico, o que contribui para a sua invisibilidade. Diversos atos violentos podem ocorrer, sendo eles: estupro dentro do casamento ou namoro, exigência de sexo como pagamento de favores, abuso sexual de pessoas mental ou fisicamente incapazes, abuso sexual de crianças, aborto forçado, atos violentos contra a integridade sexual das mulheres, prostituição forçada e tráfico de pessoas com fim de exploração sexual. **VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA:** É toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa, inclui: Insultos constantes; humilhação; desvalorização; críticas pelo desempenho sexual; negar atenção e supervisão. Violência econômica e financeira: são todos os atos destrutivos ou omissões do agressor que afetam a saúde emocional e a sobrevivência dos membros da família. Inclui: roubo; destruição de bens pessoais ou de bens da sociedade conjugal; recusa de pagar a pensão alimentícia; usos dos recursos econômicos da pessoa idosa, tutelada ou incapaz destituindo-a de

gerir seus próprios recursos e deixando-a sem provimentos e cuidados. **VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL:** São aquela exercida nos/ pelos próprios serviços públicos por ação ou omissão. Abrange abusos cometidos em virtude das relações de poder desiguais entre usuário e profissionais dentro das instituições. Esta violência pode ser identificada de várias formas (preconceitos em relação às mulheres soropositivas HIV quando estão grávidas ou desejam engravidar); desqualificação do saber prático diante do saber científico. **MÉTODO:** A ação desenvolvida faz parte de uma atividade acadêmica desenvolvida ao final de cada semestre, após decisão do tema a ser abordado, optou-se pelo eixo temático da saúde da mulher com foco no conhecimento de uma população sobre os tipos de violências, foi solicitado através de ofício à coordenação do Campus liberação das funcionárias com dia e local para realização da ação. Participaram 10 mulheres, sendo 7 servidoras da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e 3 serviços prestados de empresa terceirizada. Para incentivar e facilitar a participação das servidoras, as atividades foram desenvolvidas durante o turno de trabalho. Após dinâmica interativa foi aplicado formulário semiaberto, combinando perguntas abertas e fechadas onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. Logo após realizou-se uma exposição referente ao tema: Violência contra a mulher e suas classificações e finalizando a atividade foi aberta a discussão para os questionamentos e esclarecimentos. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A partir da tabulação dos dados obtidos por meio do questionário semiaberto, percebemos que 100% das mulheres participantes sabem o que é violência contra a mulher, 50% delas já sofreu algum tipo de violência dessas, todas disseram já ter sofrido violência psicológica e 40% já sofreram violência física e todas aconteceram em ambiente

doméstico. Todas as participantes (100%) relataram saber identificar violência contra a mulher e já obtiveram alguma informação sobre o tema. Quando perguntadas sobre qual a lei que ampara a mulher contra a violência 70% responderam saber qual a lei relatando o nome da lei e 30% responderam não saber. Foi perguntado ainda se elas seriam capazes de denunciar a violência contra a mulher 90% afirmaram que sim. Segundo o Ministério da Saúde com o advento da lei Maria da Penha Lei 11.340 de agosto de 2006, as mulheres passaram a ter acesso à proteção. A grande divulgação da aprovação da lei nos meios de comunicação foi fator desencadeante do conhecimento obtido pelas mulheres e evidenciado nos resultados deste trabalho. Com base nos resultados da ação realizada com as servidoras da UEPA tornou-se evidente a necessidade de novas ações acerca deste tema, apesar de se ter notado o esclarecimento das mesmas em relação ao assunto. Uma vez que todas trabalham em um campus onde os cursos são predominantemente voltados para a área da saúde, elas até o momento não haviam sido o público alvo de orientações prestadas por meio de ações educativas em saúde propostas pela universidade. **CONCLUSÃO:** O profissional de enfermagem deve atuar de forma sensível a detectar o problema mesmo que a mulher não transpareça, devendo encaminhar para outro serviço, uma vez que é preciso evitar que elas venham a sofrer também de violência institucional. Ao atender uma mulher nessa situação de violência o enfermeiro deve fazê-lo sem prejulgamento adotando uma postura de acolhimento e sem ditar o que ela deve fazer. Isso é particularmente importante na cultura brasileira, pois a mulher recebe a responsabilidade dos desfechos negativos ao que acontece em sua casa e em sua família, referente ao fracasso escolar dos filhos, gravidez indesejada, entre outros.

A PESQUISA PARTICIPANTE NA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE

Ronaldo Tavassos

Palavras-chave: Educação, Pesquisa Participante, Saúde

Na perspectiva de uma Educação Profissional em Saúde pautada pela formação política e técnica de trabalhadores para o SUS. A proposta baseia-se na necessidade da formação dos trabalhadores dentro de um processo histórico de construção dos movimentos sociais, especialmente no âmbito da saúde que se consolida principalmente por meio de uma pedagogia dos movimentos sociais, que valoriza a reflexão crítica e autonomia dos sujeitos sociais. A Pesquisa Participante é uma modalidade de pesquisa que tem como propósito “auxiliar a população envolvida a identificar por si mesma os seus problemas, a realizar a análise crítica destes e a buscar as soluções adequadas” (LE BOTERF, 1984). É um modelo de pesquisa diferente, pois nela a população não é um agente passivo, é um ator de extrema importância, entendida que o especialista de determinada área conduz junto com os pesquisados todo o processo de pesquisa, desde o planejamento até a divulgação dos resultados. Como objeto de investigação os processos formativos forjados no território, por iniciativas locais na luta pela sobrevivência, despertam interesses pela produção de saberes, que ultrapassam os muros da escola, portanto a articulação entre os saberes produzidos no território e conhecimento escolar requisita uma interação da com as instituições educativas e a população. Com o olhar voltado para o interesse da população, a escola é o lugar que se apresentaria como ponto de articulação entre a mundialidade em constituição e o local enquanto especificidade concreta,

enquanto momento. Sendo assim, a escola tem suas propriedades, suas especificidades originadas na relação com os sujeitos sociais que no dia-a-dia constroem o lugar. O lugar permitiria desvendar as relações sociais estabelecidas na medida em que aponta para a totalidade. Enquanto parcela do espaço, enquanto construção social, o lugar abre perspectiva para se pensar o viver e o habitar, o uso e o consumo, os processos de apropriação do espaço (Carlos, 2000). Assim, na escola, no lugar, no espaço vivido, as pessoas agem. Nele, sucedem-se conflitos e entendimentos, paixão e ódio, participação política, exercício de cidadania. Nele, a prática social vivida torna claras as diferenças, nele não nos isolamos, nele somos levados a perceber o mundo em todas as suas dimensões. Com efeito, a inserção social das atividades pedagógicas numa realidade territorial, que transcenda as fronteiras escolares constitui um aspecto decisivo para a construção de sentido – de aprender em situações que tragam sentido para o sujeito. É por este fato que se torna importante saber com que significado estamos utilizando o conceito de território, aqui é nomeado de “território educativo” (Canário, 2005). Então buscamos na Saúde da Comunidade – o conceito ampliado de saúde ultrapassa a ausência de doença e vai além dos aspectos físicos e mentais; está ligada com a capacidade do indivíduo para atuar na comunidade e na sociedade em que pertence - a situação de aprendizagem que trazem sentido para sujeito, tendo como base os fundamentos da pesquisa participante numa perspectiva territorial que nos orienta para práticas educativas em saúde. No entanto, cabe ressaltar que o primordial está no processo de emancipação dos sujeitos sociais que agem no território, cada qual com suas especificidades, com o seu modo de ser, que no ato de sua existência constroem a identidade do lugar. A proposta metodológica da pesquisa

participante tem a pretensão de ir além das preocupações com os fenômenos sociais, que já aconteceram ou venham acontecer, o propósito é de favorecer a aquisição de um conhecimento e de uma consciência crítica do processo de transformação pela população envolvida, para que possa assumir com lucidez e autonomia seu papel como protagonista na construção de uma sociedade igualitária. O desafio que encontramos ao realizar uma investigação orientada pela pesquisa participante (Brandão, 1981) num determinado território é quando nos obrigamos a conhecer sua realidade, para nela atuar necessitamos saber no que realmente consiste a realidade concreta (Freire, 1981). Muitas vezes a realidade concreta de um território reduz-se às variedades de problemas materiais ou de fatos sem relevância para população. Ao penetrar no território procuramos observar a vida social da população em movimento, procurando captar a rede de relações sociais estabelecidas, os problemas que lá encontram-se, a percepção que a população tem de sua própria situação e de suas possibilidades de mudança. Esta percepção da população diante dos dados materiais e dos fatos da sua existência estabelece uma relação dialética entre as necessidades objetivas e subjetivas dos sujeitos sociais. Neste momento, a identidade entre sujeito e objeto é um aspecto muito importante na investigação, seja por razões culturais, de classe ou por outro motivo, pois existe algo em comum, têm um substrato comum de identificação com o investigador, tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos (Minayo, 1997). A pesquisa participante como ato de conhecimento envolve, por um lado, o pesquisador detentor do conhecimento científico, por outro, os sujeitos sociais detentores dos saberes do território educativo, são sujeitos de um trabalho comum com papéis diferentes. Considerando, que no território

educativo são manifestos processos de formação, que transcendem as fronteiras escolares, criando métodos de pesquisa alternativa, aprendendo a fazê-la através de uma situação vivida no lugar com a inserção social de atividades pedagógicas. Toda a definição do caminho a ser percorrido, ou seja, os métodos e as técnicas – observação participante, mapeamento dos locais da coleta de material, análise dos materiais, oficinas de trabalho – serão discutidas pelo grupo com o propósito de avaliar sua eficiência e se foram apropriadas pelo grupo com clareza. Estamos considerando a sistematização dos dados como o momento especial do projeto, porque cada membro do “Círculo de Estudo” manifesta-se através da exposição oral e escrita ou de outra forma em que expresse seu “olhar” da realidade. Do resultado da pesquisa esperamos a expressão maior daqueles que são os sujeitos reais, muito mais que as categorias abstratas de “objetos”, e descubrem sua própria prática, em que se tornem sujeitos, tanto do ato de conhecer em que fora objeto, quanto o trabalho de transformar o conhecimento. Sua participação na produção do conhecimento e tomá-lo para si. A pesquisa participante é mais um instrumento de mudança social. O princípio fundamental da pesquisa participante encontra-se reconhecimento do processo de investigativo, que deve estar baseado em sistema de discussão, investigação e análise, em que os investigados formam parte do processo ao mesmo ao mesmo nível dos investigadores. E pelo domínio da metodologia da pesquisa os trabalhadores adquirem ferramentas para que possam identificar situações-problema dentro de sua comunidade, tomando-os como ponto de partida para a construção de conhecimentos e a transformação da realidade. A investigação social envolve os trabalhadores num processo de pesquisa e de avaliação permanente dos

resultados obtidos, com isso, podem adquirir conhecimento mais objetivo da realidade em que está inserido. Possibilita uma análise minuciosa dos problemas encontrados, além de buscar recursos de que dispõem com o objetivo de formular ações de intervenção direta no seu processo de trabalho. O processo de pesquisa realiza-se de forma compartilhada orientada pela inserção social dos trabalhadores, considerada enquanto mediação pela qual se exerce o ato de formação, como ponto de partida e ponto de chegada da apropriação cognitiva da realidade concreta.

A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O SUS: JUNTANDO PEÇAS DESSE QUEBRA-CABEÇA

Thiago Fachetti da Silva, Rita de Cássia Duarte Lima, Ana Cláudia Pinheiro Garcia, Tânia Cristina França da Silva, Maria Angélica Carvalho de Andrade, Eliane de Fátima Almeida Lima

Palavras-chave: Educação continuada, Recursos humanos, Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO: A implementação do Sistema Único de Saúde tornou visível a centralidade da questão da gestão do trabalho e da educação para a efetivação do sistema. A criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde confirma a relevância para a área de recursos humanos através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A Portaria 198/2004, que inicialmente instituiu essa política, tinha como eixo central os Polos de Educação Permanente em Saúde. Essa Portaria foi substituída pela Portaria 1996/2007, que traz os Colegiados de Gestão Regional e as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) como protagonistas para a condução da referida política. Dessa maneira, criou-se uma nova realidade com a centralidade

dos Colegiados de Gestão Regional, denominados Colegiados Intergestores Regional pelo Decreto 7508/11, e das Comissões de Integração Ensino-Serviço. Contudo, apesar do reconhecimento de que se trata de instâncias necessárias para o desenvolvimento da política de Educação Permanente, ainda são escassos estudos que analisem como elas têm operado e desenvolvido o conjunto de atribuições de sua competência. Nessa perspectiva, faz-se necessário analisar o desenvolvimento da Política de Educação Permanente implementada pela Secretaria Estadual de Saúde do estado do Espírito Santo (SESA/ES) após as alterações introduzidas na Portaria GM/MS no 1.996/07, a fim de subsidiar a tomada de decisão para seu planejamento, sua continuidade ou mesmo seu redirecionamento. Assim, espera-se contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população brasileira. **METODOLOGIA:** Esta pesquisa faz parte de outra mais abrangente, de caráter multicêntrico. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, tendo como cenário o estado do Espírito Santo. Utilizou-se como instrumentos de coleta de material a análise documental dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) 2008-2012 e dos Planos Estaduais de Saúde (PES) 2008-2011 e 2012-2015, o questionário com o gestor responsável pelas ações de Educação Permanente e as entrevistas com membros das Comissões de Integração Ensino-Serviço, representando os integrantes do quadrilátero da educação permanente. O instrumento utilizado para a análise do material foi à análise de conteúdo. O estudo possui parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (CEP-IMS/UERJ) em 24 de junho de 2014. **RESULTADOS:** 1- A análise evidenciou a predominância das ações de Capacitação e Eventos. Este se caracteriza

por ser pontual, enquanto aquela tem como peculiaridade a curta duração. Ou ainda, o fato de diversos cursos de capacitação, aperfeiçoamento, estágios, seminários, MBA e outros espalhados em outras áreas como Promoção à Saúde e Vigilância em Saúde. A Escola de Serviço Público do Espírito Santo aparece relacionada às ações de Educação Permanente, demonstrando certo protagonismo, que pode ser mais bem explorado em estudos futuros. 2- As CIES analisadas possuem reuniões mensais, e regimentos internos publicizados segundo relato dos participantes, todavia não é possível encontrar esse regimento no site da Secretaria Estadual de Saúde e os colaboradores da pesquisa não souberam informar que instrumento dá publicidade ao regimento. As pautas são formadas por iniciativa da secretaria executiva ou por demanda dos municípios e dos participantes. As deliberações acontecem por consenso. Os segmentos do quadrilátero da educação permanente estão presentes, embora se constatasse a entrada de muitos representantes novatos resultando na falta de conhecimento sobre a função da CIES e a não adesão de alguns representantes ou a participação pouco efetiva devido à sobreposição de tarefas e a falta de tempo. 3- Em relação ao Plano Regional de Educação Permanente, ele é construído a partir da necessidade dos municípios, por meio da análise de documentos ou do diagnóstico local realizado pelos próprios municípios. Há apenas um Plano desse tipo no site da Secretaria Estadual de Saúde correspondente ao período 2011-2012. Os planos estão sendo construídos, mesmo com relatos de que o plano anterior ainda não foi concluído. 4- Sobre a relação entre a CIES e o Colegiado de Gestão Regional, há percepção clara de que a CIES se trata de uma câmara técnica, com uma função de assessoria em relação aos Colegiados, que possuem o poder decisório sobre

o planejamento regional das ações de Educação Permanente. Porém, verificou-se em alguns relatos a falta de cobrança, ao fomento e ao incentivo à participação dos representantes. 5- Foi possível detectar que a avaliação e o monitoramento foram pouco abordados nas discussões sobre a realização dos cursos. Esse fato passou a ter maior relevância quando informações posteriores dos cursos revelaram alto índice de reprovação e evasão, demonstrando a importância da prática avaliativa. Como fatores que podem explicar esse fato, pode também, citar a dificuldade de liberação do profissional do setor, falta de carro e combustível, dificuldade de deslocamento para os cursos e a centralidade de alguns cursos na região metropolitana. Houve relato sobre um gestor municipal que se evadiu do curso em que estava matriculado. Estudos futuros podem elucidar com mais clareza os motivos da alta evasão de profissionais, bem como a pouca participação de profissionais médicos nos cursos e capacitações ofertados. 6- Como propostas para melhoria do quadro atual, pode-se citar a criação de eventos regionais para a capacitação e promoção em relação à Educação Permanente; as reuniões das CIES acontecerem de forma itinerante, passando por vários municípios; a criação de Núcleos de Educação Permanente nas Superintendências Regionais de Saúde; prova de seleção para os interessados nos cursos e capacitações; o uso de ferramentas via tecnologia da informação como sites, blogs e redes sociais como o intuito de aproximar as CIES dos municípios, permitindo o acesso ao funcionamento e à dinâmica das Comissões; visitas às instituições que cedem os representantes para as CIES, com o objetivo de conhecer o ambiente de trabalho e fazer as instituições de apropriarem do real conceito de Educação Permanente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É possível constatar que, embora

a Portaria 1996/2007 tenha estabelecido o protagonismo das CIES e dos Colegiados de Gestão Regional, é preciso vencer os obstáculos que se fazem presentes nesse percurso. A falta de participação de alguns segmentos e o pouco esclarecimento de alguns desses sobre o funcionamento das CIES, um déficit nas ações de avaliação e monitoramento caracterizam entraves importantes para a construção e fortalecimento da Educação Permanente. Identificando essas barreiras, busca-se subsidiar a tomada de decisão para o planejamento, continuidade ou mesmo o redirecionamento das ações.

A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO DOMICILIAR

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

A pesquisa: “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”, acontece em nível nacional e é traduzida por meio de projetos qualitativos de investigação. No plano loco-regional sobre a produção do cuidado nessas redes, a atenção domiciliar vem sendo estudada em alguns municípios do país, dentre eles, em uma cidade do interior do Paraná que também aposta no “programa de assistência e internação domiciliar (PAID)”. Um dos caminhos metodológicos definidos para o estudo é o denominado: usuário-guia, traduzidos por aqueles que percorrem as redes de serviços de saúde para o atendimento às suas necessidades. Os acontecimentos que

vivemos com os usuários e trabalhadores no cotidiano em diferentes pontos de atenção do serviço municipal nos colocaram em análise, e produziram novas visibilidades das redes. Neste cenário, com o objetivo de analisar a produção do cuidado na atenção domiciliar do município em questão, possibilitaram algumas análises que serão descritas a seguir. Inicialmente, destaca-se o alto investimento da gestão municipal no serviço do PAID que, em vários momentos, opera como ordenador do cuidado na rede. Por outro lado, há fragilidades na relação com a atenção básica (AB), especialmente quando o usuário recebe alta e passa a ser cuidado pelos trabalhadores locais. Como o município conta com 30% de cobertura da estratégia saúde da família (ESF), se esse ponto da rede formal não dá segmento ao cuidado, a equipe do PAID retoma, estabiliza, “fura” o protocolo se houver necessidade. Em algumas situações, os usuários podem ser readmitidos na Atenção Domiciliar (AD) por conta de fragilidades da AB. Nesta cena, há uma queixa de certa sobrecarga de trabalho, entretanto, a vida do usuário tem tanto significado para a equipe que “dar alta” é sempre produtor de angústia. Por outro lado, observamos que a maneira como os encaminhamentos estão sendo processados, sem uma transição adequada, sem a construção de apoio entre as equipes, sem um debate sobre a vida do usuário para além dos procedimentos e das questões biológicas, cria barreiras e não compartilha o cuidado, apenas o transfere. Como essas questões têm sido trazidas para cena como geradoras de disputas e tensão, há um movimento de ambas as equipes em produzir espaços de conversa, além da possibilidade do PAID ser apoiador da AB em situações específicas. Por sua vez, os cuidadores geralmente desejam manter o usuário vinculado a AD. Uma das razões é que os trabalhadores acolhem também a família, ou seja, é freqüente nas visitas os parentes

próximos serem apoiados pela equipe, sem perder sua autonomia em relação a como o cuidado acontecerá. Outro fator é a possibilidade do serviço ser acionado a qualquer momento sem a necessidade de deslocamento, ou enfrentamento das barreiras de acesso instituídas nos demais pontos da rede. Outro limite da AD também passa por outros pontos da rede como os conselhos de assistência social ou tutelar, por exemplo. Por vezes, outras áreas são burocratizadas, rígidas e não conseguem responder as necessidades concretas no tempo adequado, agregando ainda mais sofrimento aos usuários. As atividades em campo com o usuário-guia dão visibilidade à responsabilização, ao vínculo e a centralidade do usuário no cuidado que a equipe do PAID produz. Também chama atenção a capacidade inventiva dos trabalhadores buscando resposta às necessidades singulares de cada usuário, fabricando no cotidiano novas ferramentas que só são construídas e utilizadas pela forma com que o processo de trabalho é organizado. Outra faceta deste caleidoscópio é a produção de rede que a equipe do PAID fabrica no cotidiano. Questões como: é possível “furar” a rede formal? Como fazer para internar o usuário sem que ele precise acionar a unidade de pronto atendimento (UPA)? São constantes nas conversas do dia a dia. Entre as muitas afetações produzidas pelos encontros, a conformação dos trabalhadores ao se constituírem como coletiva é uma importante questão, formalmente, o PAID é organizado em equipes multiprofissionais de atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP), entretanto, os trabalhadores desejam e fazem questão de enunciar que são uma equipe única e atuam em conjunto. Essa forma de operar pode ser observada a partir de questões simples como a disposição do ambiente de trabalho - todos compartilham a mesma mesa, organizam as

visitas em parceria, discutem os casos ou fazem anotações em prontuários. São nesses encontros pautados nas tecnologias leves que os trabalhadores se fortalecem, criam novos arranjos, compartilham o trabalho, a vida e se constroem como coletivo que se afeta com o sofrimento do usuário, sua família e dos cuidadores, em especial. Este é um exemplo de que a produção de um coletivo não ocorre somente nos espaços formais de reunião, mas nas conexões estabelecidas diariamente em espaços informais, como o trajeto às casas dentro do carro. Nas visitas também se evidencia que há um borramento dos limites profissionais, existe um espaço comum de cuidado, uma vez que, no encontro com o usuário, os protocolos ou o “jeito certo de fazer” das profissões nem sempre têm efeitos. A equipe entra na casa das pessoas e é invadida por uma complexa trama de relações e um emaranhado de vivências para qual a formação, centrada na dimensão biológica dos núcleos profissionais, não prepara. Cuidar no domicílio é adentrar a vida das pessoas, os conflitos, as disputas com outros pontos da rede de cuidados, o que exige uma caixa de ferramentas que extrapole as formas instituídas de cuidar e que produza redes vivas, ágeis, que se conectem e se rompam na cadência da demanda apresentada. Cabe também colocar que a forma de operar da pesquisa tem sido um dispositivo para produção de rodas de conversa e bons encontros entre pesquisadores, trabalhadores e gestores. O processamento das vivências com os “pacientes” tem disparado a reflexão sobre a potência e os limites da AD. Como a educação permanente em saúde (EPS) ainda não parece ser um processo instituído no município, os debates sobre o cuidado no cotidiano são incipientes e pontuais e a pesquisa tem possibilitado espaços de problematização do trabalho, a partir dos usuários. Há um desejo da equipe em

produzir novas conexões com trabalhadores de outros municípios, na perspectiva de debater, conversar e disputar a construção de políticas que conversem com o cotidiano da AD que é, nesse momento, um lugar solitário, apesar da solidariedade dos trabalhadores, gestores e usuários implicados no processo.

A QUESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE VOLTADA PARA OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS

Lirys Figueiredo Cedro, Ândrea Cardoso de Souza, Ana Lúcia Abrahão

Palavras-chave: Saúde, Assistência, Cuidado

A realização deste estudo deve-se à questão da necessidade de se construir redes de atenção conforme o percurso do usuário e não o contrário. Apesar de existirem vários serviços na rede de saúde, o grande problema é a falta de integração e os diálogos – institucional e interinstitucionais – que dificultam o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. A escolha dessa temática deve-se a minha trajetória na área de saúde mental desde a graduação: quando fui acadêmico bolsista do Programa de Estágio Integrado em Saúde Mental no CAPS II Ernesto Nazaré, momento em que pude cuidar de alguns pacientes que apresentavam problemas relacionados ao uso abusivo de drogas. Mesmo não sendo um CAPS AD, havia usuários que apresentavam além da psicose, a comorbidade do uso abusivo de drogas de modo que para obtê-la faziam de tudo, inclusive trocar os próprios eletrodomésticos pela droga, dentre outras coisas; seguido da Residência Multiprofissional em Saúde Mental - UFRJ-IPUB – Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria - UFRJ-IPUB (2011-2013) - em que tive uma experiência

com usuários de álcool e outras drogas do PROJAD. Projeto de álcool e drogas. Esses serviços extra-hospitalares têm o papel de contribuir para assegurar os direitos e proteção voltada para usuários do âmbito da saúde mental, inclusive os usuários de álcool e outras drogas, mas essa atuação no território é muito recente, apesar da luta intensa por transformações no campo da saúde mental há mais de vinte anos. A rede de atenção sobre drogas pode ser entendida como uma rede de assistência centrada na atenção comunitária atrelada à rede de serviços de saúde e sociais que tenha ênfase na atenção e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados à pessoas que apresentem problemas devido ao uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em serviços extra-hospitalares de atenção psicossocial. (COSTA, 2015). Conforme Abrahão (2013), a rede pública de serviços de saúde de Niterói compromete-se com o pacto pela vida, reconhecendo a parceria estabelecida com a Universidade Federal Fluminense - UFF. Neste sentido, a atuação em redes de atenção à saúde, orienta a organização do cuidado à saúde e forma o profissional. Optamos por realizar uma pesquisa a respeito da rede de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas. Objetivo: Identificar o que facilita o acesso e o atendimento integral destes mesmos usuários aos serviços, bem como o que dificulta. É relevante afirmar que facilitar este acesso aos usuários de álcool e outras drogas é uma forma de cuidado. Sendo assim, consideramos ampliar o acesso aos usuários de álcool e outras drogas por meio de redes é uma forma de cuidado. Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo intervenção. A intervenção está relacionada ao desenvolvimento e/ou utilização de analisadores, conceito-ferramenta formulado na trajetória do institucionalismo francês, são catalizadores

de sentido, desnaturalizando o existente e suas condições e fazendo a análise. O conceito de instituição também sofre mudanças, não se identificando com o de estabelecimento, ganhando um sentido dinâmico, já que remete a um processo de produção constante de novos modos de existir, de configuração das práticas sociais (Rodrigues, 1993, Barros, 1994). A análise das implicações com as instituições em jogo nas situações não permite a neutralidade do analista/pesquisador, rompendo com as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido (AGUIAR, 2003). Este projeto de pesquisa está inserido na linha de pesquisa Cuidado em seu Contexto sociocultural no Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde derivado do projeto cujas áreas de ação são: Saúde Coletiva; Política de Saúde; Formação em Saúde e está vinculado ao Núcleo de Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde (NUPGES) financiado pelo CNPq. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética, conforme a portaria 466/12, nº 209.321. Em relação à coleta de dados, realizou-se entrevistas semiestruturadas com a participação de profissionais da rede de saúde de Niterói, inclusive preceptores de PET, articuladores da rede no território. Para definição dos critérios de inclusão: profissionais da rede de atenção à saúde do município o que abrange articuladores da rede no território, preceptores de PET, profissionais da atenção básica e atenção psicossocial, bem como alguns com experiência no trabalho em consultórios na rua. Critérios de exclusão: Graduandos, residentes médicos, estagiários. Resultados: Com a realização das entrevistas, identificamos que as barreiras de acesso, segundo os participantes da pesquisa, incluem a falta de infraestrutura, a formação deficitária de profissionais na área de saúde mental - que abrange a questão de álcool e drogas - para

lidarem com situações concernentes a este processo de trabalho; a cultura familiar que ainda recorre à internação como lugar primordial e mais eficaz para tratamento das questões de álcool e drogas mesmo com a existência já de serviços extra-hospitalares cujo cuidado costuma ser extramuro, ou seja, também ocorre no território; e vínculo trabalhista frágil dos profissionais de saúde. Já a vantagem, é que apesar de toda precariedade, existe um trabalho em rede devido à formação dos profissionais que estavam imersos no movimento de reforma psiquiátrica que valorizava ao extremo o trabalho em rede de saúde e intersetorial, outra vantagem é poder contar com a rede informal. Considerações finais: Desta forma, ao identificarem as fragilidades e também as facilidades no acesso dos usuários aos serviços isto de alguma forma contribui para reflexão crítica dos profissionais no que concerne ao próprio processo de trabalho de forma a viabilizar melhorias seja por meio de articulação com autoridades superiores e mesmo pela rede informal que valoriza o circuito do usuário na rede, incluindo as pessoas que fazem parte deste circuito como agentes de cuidado, não se restringindo apenas aos profissionais de saúde, Entendemos que o cuidado a que nos referimos remete a algo que não se restringe à execução de protocolos e procedimentos e abrange o acolhimento, a escuta, a rede de conversações necessárias a um agir em saúde mais eficiente.

A TUTORIA NAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

Malviluci Campos Pereira, Camila Luzia Mallmann, Liara Saldanha Brites, Cristianne Maria Famer Rocha

Palavras-chave: Tutoria, Residências em Saúde

A Residência Multiprofissional em Saúde apresenta-se como um modelo inovador na formação de profissionais, contrapondo-se aos modelos biologicista e compartimentalizado do trabalho e da formação. Ao estar fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde, compõe uma das estratégias de consolidação deste, principalmente por abrigar em sua proposta o tensionamento de mudança do trabalho e da formação na área da Saúde. Atualmente, as Residências Multiprofissionais em Saúde encontram-se em um momento de importante expansão, em que ocorre um aumento importante do número de programas, principalmente a partir do incentivo ao vínculo com Instituições de Ensino Superior (IES). A partir da sua ligação com programas Residência Multiprofissional em Saúde, a Universidade pode desempenhar distintos papéis. Por vezes de proponente, onde é a condutora do processo, outras de suporte para a formação, no caso de uma residência multiprofissional proposta por uma instituição de saúde. Nesse contexto, com a intenção de articulação ensino-serviço, surge o papel do professor da IES como tutor. Segundo as Diretrizes Gerais¹, propostas pela Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, o tutor é aquele que tem o papel de orientação acadêmica, tanto para os preceptores (profissionais que realizam a supervisão direta das atividades práticas) quanto para os residentes em formação. Nestas Diretrizes, sua função se caracteriza pela integração entre saberes e práticas. O contato com a tutoria faz parte do nosso dia a dia e este tema vem se mostrando uma discussão importante a nível das Residências Multiprofissionais, principalmente a partir do incentivo ao vínculo com as IES que se deu nos idos de 2010. Contudo, a abordagem da figura do tutor ainda não foi estudada, fato observado

em um estudo, onde os autores realizam um panorama dos estudos sobre as Residências em Saúde no Brasil². É então a partir da experiência como residente, preceptora, militante e interessadas nos estudos sobre as Residências Multiprofissionais, que nasce a proposta de tema desta pesquisa com referencial bibliográfico: Quem é o tutor e como ocorre a tutoria da Residência Multiprofissional em Saúde? Nesta pesquisa, apesar de ainda estar em construção, percebe-se a dificuldade de encontrar materiais escritos com enfoque na tutoria. Numa busca em duas bases de dados com os descritores Tutor, Tutores e Tutoria, foram encontrados 22 artigos na Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e 10 teses ou dissertações no banco de Teses da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES). Dentre estes, somente uma dissertação aborda a atuação do tutor em um Programa Residência Multiprofissional a partir da percepção dos membros do Núcleo Docente Assistencial Estruturante³. Para elencar mais elementos sobre o tema da tutoria nas Residências Multiprofissionais no Brasil, está sendo necessária uma busca aprofundada em referenciais teóricos oriundos de diferentes contextos, incluindo teses e dissertações, artigos científicos, capítulos de livros, Projetos Políticos Pedagógicos de Universidades e Programas de Residência em Saúde, legislação e proposições da CNRMS, documentos construídos em encontros de Residências Multiprofissionais e de movimentos sociais, como os Fóruns Nacionais de Coordenadores, Tutores, Preceptores e Residentes em Saúde. Vislumbra-se a partir desta escrita explorar fatores importantes sobre a tutoria nas Residências Multiprofissionais no Brasil, se possível encontrando elementos que contribuam para esta atividade.

A UTILIZAÇÃO DE UM SOFTWARE EDUCATIVO PARA O APRENDIZADO SOBRE SAÚDE BUCAL EM ESCOLARES DE ZONA RURAL

Marcia Figueiredo, Kátia Silva, Roberta Almeida Mendes, Jessica Vaz Silva, Guilherme Lurmmmerz, Fernanda Wisniewski

Palavras-chave: Saúde Bucal, Software, Educação em Odontologia

APRESENTAÇÃO: Atualmente, a computação doméstica, o uso do computador como ferramenta de apoio ao ensino são realidades. Os softwares educativos e os jogos eletrônicos proporcionam ao aluno, além de diversão, o desenvolvimento de suas habilidades, auxiliando no desenvolvimento das inteligências múltiplas. Segundo Oliveira et al., atualmente muitos professores reclamam que não conseguem manter a atenção dos alunos e que os mesmos não demonstram interesse pelos assuntos ensinados na sala de aula. Não podemos negar que essa nova geração está muito mais ligada à tecnologia do que a anterior. É urgentemente necessário o uso de novos métodos de ensino que prendam sua atenção, a façam ficar focada e ter vontade de aprender cada vez mais. Com isso, entram em cena jogos eletrônicos educativos, que apresentam a possibilidade de visualização na prática o que as crianças aprendem na teoria. Simplesmente jogando, elas aprendem de uma maneira inconsciente. Antunes acredita que a eficácia dos softwares educativos se deve à combinação de diferentes linguagens e da multimídia, com interatividade e criatividade, típicas dos ambientes digitais. Esses se apresentam como uma ferramenta pedagógica auxiliar, propondo uma maneira diferente de ensinar e levando o escolar a aprender de forma divertida. Tais ferramentas permitem uma interação com o conteúdo, proporcionando

ao jogador autonomia no aprender. Os softwares educativos constroem a vontade de jogar, estimulando o aluno a pensar e a tomar decisões a partir do momento que simula problemas e situações virtuais. De acordo com Lascalla, devido à constante evolução dos conceitos de promoção de saúde, o entendimento epidemiológico de multifatoriedade e a proposta de tratamento segundo o risco, a prática odontológica voltou-se para a promoção de saúde, enfatizando-se a necessidade de atuação nos agentes predisponentes ou causadores das doenças e não somente no tratamento cirúrgico-restaurador. A educação em saúde, para melhorar a eficiência da higiene bucal realizada pelo próprio indivíduo é uma das principais abordagens odontológica, porque, é a única medida racional de longo prazo para o controle mecânico da placa bacteriana. Sheiham, Maizels e Cushing, destacaram que há muita necessidade de programas eficazes de educação em saúde bucal, seja tanto no âmbito público quanto no privado e, para Biscoli a utilização do brincar como uma estratégia extra ao aprendizado está apta a trazer benefícios tanto às crianças, que terão mais condições facilitadoras para a aprendizagem, quanto aos seus responsáveis e profissionais de saúde, que poderão lançar mão de um recurso adicional para a conquista de seus objetivos. Diante deste contexto, este trabalho objetivou avaliar, durante uma atividade interdisciplinar em saúde, a percepção de escolares residentes em uma zona rural, sobre a utilização de um software educativo com temática relacionada à higiene bucal. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O Software Educativo utilizado nesse estudo é denominado "Dentino" e foi desenvolvido no Instituto de Informática pelos alunos do PET Computação da UFRGS através do programa Unity. O programa Unity é uma ferramenta de desenvolvimento de jogos que possui recursos avançados

para a criação de títulos em 2D e 3D. Traz uma grande biblioteca de funcionalidades prontas para a realização de conexões em rede, geração de terrenos, criação de efeitos de iluminação e de personagens em 3D. O Software “Dentino” é baseado na aventura do personagem principal, um dente que atua contra bactérias e açúcares encontrados na alimentação com o auxílio da escova dental, creme dental, fio-dental e alimentos saudáveis, em ambiente que representa a cavidade bucal. Apresenta diversas fases, nas quais a higiene e a alimentação saudável são os recursos para ultrapassá-las, e no final do jogo conquista-se a saúde bucal. Este estudo apresentou-se do tipo quantitativo, no qual a avaliação da percepção dos escolares sobre o “Dentino” foi efetuada através de um questionário com questões fechadas aplicado a todos os alunos matriculados na Escola Rural de Ensino Fundamental Rio Grande do Sul, situada no município de General Câmara. O software “Dentino” foi disponibilizado aos alunos incluídos na faixa etária de 6 a 14 anos, sob supervisão de alunas treinadas dos cursos de Odontologia e Computação, no momento que antecedeu a escovação dental supervisionada, e após terminar de jogar foi oferecido ao estudante um questionário com perguntas de múltipla escolha específicas sobre o jogo. Todos os responsáveis pelos estudantes participantes da pesquisa assinaram um TCLE. Este foi aprovado pelo CEP/SMS de Porto Alegre. RESULTADOS 100% dos escolares gostaram do jogo e 96,6% relataram que aprenderam ao jogá-lo: 10% uso do fio-dental, 26,6% escovação, 23,3% Comer doces muitas vezes ao dia é ruim para os dentes, 43,3% Escovar os dentes faz bem à saúde e 3,3% não aprenderam nada. 86,6% dos escolares acharam o software fácil e 13,3% o acharam difícil. 93,3% gostariam de jogar mais vezes e 6,6% não gostariam. Com relação à pergunta: “O que poderia ser melhorado

no jogo?” 3,3% cores 20% Comandos 43,3% Rapidez 23,3% Personagens e 30% Estória. Após jogarem, 100% sentiram-se motivados a cuidar de seus dentes. 83,3% dos escolares deram nota 5 (escala de 1 a 5) para o jogo, 10% nota 4, 6,6% nota 3. Segundo o historiador francês Chartier em 2012, em sua entrevista à UNESCO, uma das maiores mudanças no mundo eletrônico é a possibilidade de associar ao texto músicas, sons, imagens e outros recursos, e também a capacidade inédita de agregar diferentes linguagens em um mesmo projeto. Diante desse cenário, a opção nesta investigação foi de utilizar o tablet, para a aplicação de um software educativo em odontologia, caracterizando o uso da TIC no processo de ensino e aprendizagem para escolares de zona rural que, em sua maioria, nunca tivessem tido algum contato antes com elas. CONSIDERAÇÕES FINAIS A aplicação do “Dentino” para escolares da zona rural apresentou uma resposta bastante satisfatória, uma vez que todos os alunos gostaram do jogo e sentiram-se motivados aos cuidados com a sua própria saúde bucal; Observou-se que o nível de atenção e a obtenção de novos conhecimentos foi constatada em 96,6% dos estudantes e o interesse pelo assunto “escovação dentária” foi aumentado em 69,9% as atividades de saúde realizadas na escola; Houve um entrosamento dos escolares durante a aplicação do “Dentino”, proporcionando além de aprendizagem, momentos de lazer e diversão para os estudantes. Muitos deles tiveram contato com um jogo eletrônico pela primeira vez.

A VISÃO DO ESTUDANTE NO MUNDO DO TRABALHO: AVALIAÇÃO DA UNIDADE DE PRÁTICA PROFISSIONAL

Maria Helena Ribeiro de Carvalho, Elane Taipeiro, Elza de Fátima Ribeiro Higa, Rinaldo Henrique Aguilár da Silva, Silvia Franco da

Rocha Tonhom, Osni Lázaro Pinheiro, Maria de Lourdes Botta Hafner

Palavras-chave: avaliação da aprendizagem, formação médica, formação em enfermagem

APRESENTAÇÃO: A Faculdade de Medicina de Marília (Famema), em seus Cursos de Medicina e Enfermagem, desenvolve o currículo integrado e orientado para o desenvolvimento de competências profissionais. Utiliza-se como estratégia pedagógica a metodologia de aprendizagem ativa, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A segunda série dos Cursos de Medicina e Enfermagem busca dar continuidade ao desenvolvimento de habilidades nas áreas do cuidado individual, do coletivo, de gestão dos serviços de saúde e de iniciação científica. Para isso, fundamenta-se na lógica da vigilância em saúde, com ênfase na atenção primária, já iniciada na primeira série. Para que se alcancem os desempenhos propostos para a série, são necessárias realizações de ações, nas quais, são articulados atributos cognitivos, afetivos e psicomotores, realizados em cenários diversos da rede de cuidados à saúde. A inserção responsável e comprometida de estudantes e docentes nos cenários reais, desde a primeira série dos cursos, visando à integração prático/teórico e ensino/serviço vem sendo o alicerce em torno do qual se tece uma nova forma de ser, fazer e conhecer. Nos diferentes cenários de ensino/aprendizagem utilizados para seu desenvolvimento, as atividades são realizadas em pequenos grupos e os estudantes são estimulados a problematizar as situações e desafiados a descobrir e conhecer os caminhos que lhes permitam aprender e construir sua formação profissional. A 2ª série desses cursos está organizada em Unidades Educacionais:

Unidade de Prática Profissional (UPP), Unidade Educacional Sistematizada (UES), Apoio à Prática Profissional e Unidade Educacional Eletiva (UEE), mantendo os pressupostos curriculares. A UPP, objeto deste estudo, desenvolve-se em dois cenários: o real – Unidade de Saúde da Família (USF) e o simulado – Laboratório de Prática Profissional (LPP). Para avaliação, nos diferentes cenários, é utilizado o Formato cinco (F5), que tem como objetivo avaliar o planejamento institucional da aprendizagem. O F5 é constituído pelos seguintes itens: Proposta da UPP, Processo de ensino-aprendizagem nos cenários reais e simulados, Organização da Unidade, Comentários adicionais e ou sugestões/recomendações. Nessa pesquisa apresentamos os resultados referentes aos dois primeiros itens do formato. OBJETIVOS: Analisar a avaliação da UPP2 na visão dos estudantes da segunda série da Famema, caracterizando a percepção da pertinência da Proposta da UPP para a formação de Enfermeiros e Médicos e para o momento de aprendizado em que eles se encontram e identificar a efetividade do Processo de ensino-aprendizagem desenvolvido no cenário real e simulado, considerando a articulação teórica com a prática e entre diferentes cenários. Método: pesquisa qualitativa fundamentada na Teoria de Representações Sociais (TRS) e analisada pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Na interpretação da realidade, o compartilhamento das representações sobre um mesmo fenômeno, entre os diferentes indivíduos e grupos sociais, entende-se que há a construção de uma representação social, que são formas de conhecimento elaboradas e compartilhadas com objetivos práticos do cotidiano, e contribuem para a construção de uma realidade comum a um mesmo conjunto social. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Famema. A amostra foi intencional,

constituída pela escolha de 41 formatos de avaliação da UPP, desenvolvida na Atenção Primária à Saúde (APS), preenchidos pelos estudantes da segunda série. A sequência da análise para elaboração dos discursos foi: (1) Análise dos depoimentos coletados na leitura dos formatos selecionados; (2) Análise da resposta de cada um em particular, assinalando as expressões-chave; (3) reconhecimento das ideias centrais de cada resposta; (4) agrupamento e análise de todos os conjuntos análogos entre ideia central e expressões-chave; (5) Caracterização da ideia central (IC) dos conjuntos análogos, que é uma composição das ideias centrais de cada discurso; (6) elaboração dos discursos do sujeito coletivo de cada categoria. Resultados: Referente à pergunta: “Qual a pertinência desta Unidade de Prática Profissional para a formação e enfermeiros e médicos e nesta etapa da aprendizagem?” foram estruturadas as seguintes ideias centrais: vivência no mundo do trabalho; aproximação com a realidade do SUS e estímulo à aprendizagem; propicia a vivência interprofissional e das relações humanas de forma ética e complementa a aprendizagem da UPP1; pertinente por que mudou; não é pertinente. Nos discursos, foi evidente a pertinência da UPP para formação de médicos e enfermeiros, corroborando com o que foi planejado no caderno de atividades da segunda série e o que se preconiza para a formação dessas duas categorias profissionais, descritos em seus projetos pedagógicos. Há que se destacar nos apontamentos referentes a não pertinência da UPP nesta etapa da aprendizagem, que estes foram justificados pelo tempo que os estudantes consideram que perdem com essa atividade, embora alguns reconhecem que a mudança na organização foi positiva. Da pergunta: Processo de ensino-aprendizagem: “A forma como a UPP foi organizada contribuiu para que você mobilizasse os recursos cognitivos,

afetivos e psicomotores para a identificação das necessidades de saúde e para a resolução de problemas no desenvolvimento das tarefas propostas?”, emergiram quatro ideias centrais: o planejamento da UPP contribuiu para a aprendizagem; contribuiu em parte; falta propósito; falta planejamento. Os estudantes referiram que o planejamento contribuiu totalmente, como preconizado em seus currículos, e em partes para sua aprendizagem, quando se tem como premissa os cuidados segundo a lei orgânica de saúde e pela incorporação da Atividade da Prática Profissional (APP). Alguns estudantes destacam também a falta de planejamento e propósito da UPP. Ao responderem a segunda pergunta do item 2: “A forma como a UPP está organizada contribuiu na articulação com a UES (Unidade Educacional Sistematizada)?” apontaram as seguintes ideias centrais: houve articulação, o que favoreceu o aprendizado ativo: entender a teoria da prática e a prática da teoria; realidade imprevisível, na qual o nível de articulação esperado confronta-se com o possível; faltou articulação porque não acrescentou muito ao conhecimento; em algumas situações a articulação foi pouco frequente, faltando sintonia e sincronia. Ao avaliarem, se a forma como a UPP está organizada contribuiu na articulação com a UES, os estudantes destacaram que a articulação foi possível entre os cenários na maioria das vezes e contribuiu para a correlação teórico-prática. Indicaram também que a realidade é imprevisível e nem sempre foi possível articular temporalmente os dois cenários de aprendizagem, pois não se tem um controle total sobre as necessidades de saúde que aparecem na vida real. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Foi possível constatar a efetividade do processo de ensino-aprendizagem desenvolvido nos diferentes cenários considerando as inter-relações entre o que está sendo estudado

na UES e o que está sendo abordado no contexto prático, o que torna o aprendizado mais enriquecedor. Tendo em vista o processo de avaliação formativa instituído na Famema, que permite a correção dos percursos educacionais durante o seu desenvolvimento, esses resultados, identificando as fortalezas e fragilidades do processo, fornecem subsídios à Instituição para replanejar as atividades curriculares, seja do ponto de vista do papel do professor no processo ou da organização das Unidades Educacionais na operacionalização das estratégias de aprendizagem.

A VIVÊNCIA EM UMA UNIDADE DE PRÁTICA PROFISSIONAL E SUA INTEGRAÇÃO COM O PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM

Anete Maria Francisco, Haydée Maria Moreira, Ana Paula Celeotto Guimarães, Luzmarina A. Doretto Braccialli, Silvia F. Rocha Tonhom

Palavras-chave: avaliação qualitativa, avaliação de programa, cenários de prática

APRESENTAÇÃO: A Unidade Prática Profissional (UPP) é uma unidade educacional inovadora nos currículos dos cursos de Enfermagem e Medicina de uma Instituição paulista, trabalhando com uma série de tarefas fundamentadas na prática profissional dos dois cursos e permitindo aos estudantes desenvolverem a capacidade de mobilizar recursos cognitivos, afetivos e psicomotores para ter um bom desempenho profissional. Caracteriza-se pela inserção do estudante em cenários reais possibilitando a aprendizagem a partir da ação através da atenção e do cuidado integral à saúde da pessoa, desde as primeiras séries desses cursos privilegiando os cenários da atenção primária. Na terceira série do curso de Medicina, a UPP3 é desenvolvida no cenário

hospitalar e o foco dos estudantes deve ser os pacientes internados, apresentando integração com o cenário simulado da prática, cujas atividades são realizadas em laboratório e com pacientes simulados, e com a unidade educacional sistematizada (UES), unidade cognitiva que utiliza a aprendizagem baseada em problemas. OBJETIVO: Tomando-se por base a proposta de trabalho da UPP3 e os marcos teóricos da aprendizagem significativa, do currículo orientado por competência e do modelo de cuidado integral à saúde, a avaliação dessa unidade buscou identificar a percepção dos estudantes e professores envolvidos no desenvolvimento da unidade com vistas a esses referenciais. METODOLOGIA: Estudo qualitativo baseado na análise de conteúdo, modalidade temática, com ênfase na abordagem da pesquisa social. Baseando-se na abordagem de amostra intencional, onde se considera os extremos de julgamentos, foram selecionados em cada grupo de estudantes, dois instrumentos que avaliaram positivamente a unidade e outros dois que avaliaram de maneira insatisfatória alguns dos campos do instrumento de avaliação, sendo que a amostra foi composta por 36 instrumentos respondidos pelos estudantes. Dentre os professores foi utilizada a totalidade dos 18 instrumentos preenchidos. Para a análise foram considerados os depoimentos dos campos “Proposta da Unidade de Prática Profissional”, “Processo de ensino-aprendizagem”, “Organização da Unidade de Prática Profissional” e “Comentários adicionais” do instrumento de avaliação respondidos no primeiro semestre de 2015. Para garantir o sigilo, os depoimentos que apoiaram as análises realizadas foram identificados por códigos alfanuméricos, E para estudante e P para professor, seguido pelo número dado a cada participante. RESULTADOS: De forma geral, a UPP3 foi positivamente avaliada como satisfatória

por 100% de professores e estudantes como uma unidade educacional que apresenta “profissionais excelentes e muito comprometidos e, que mais favoreceu a aprendizagem até o momento” (E1). Após análise dos instrumentos foram encontradas as seguintes temáticas: O sentir-se médico e A importância da integração teoria e prática. A primeira temática retrata a aproximação do estudante com o seu fazer profissional. Eles apontaram que, nesta fase do curso, a UPP3 parece prepará-los “para os cenários reais do cotidiano de um profissional da saúde” (E2), para “a prática profissional que por ora é bem distante do aprendizado apenas teórico, [aumentando] o contato com aquilo que enfrentará com mais frequência no decorrer da vida acadêmica e profissional” (E3), para o “desenvolvimento de raciocínio clínico, estabelecendo uma preocupação em ter uma boa história, com uma semiologia adequada e uma propedêutica bem estudada” (E4) e para “preencher [as] lacunas de conhecimento” (E3). O professor aponta que a pertinência desse momento para os estudantes é que eles “terão contato com a realidade dos cenários hospitalares, exercitando habilidades e raciocínio clínico” (P9), sendo essencial para a “formação do estudante, [já que] propicia a vivência prática e a interação com a teoria, sob supervisão e em grupo de discussão” (P15). Nessa fase do aprendizado a UPP é muito valorizada e a anamnese e o exame físico ganham outra dimensão, pois “acredit[am] que a UPP traz um cenário real e com pacientes reais, [e nesse sentido o estudante] aprende a ser mais cuidadoso e atencioso, aprende a fazer uma boa anamnese e aprende a examinar um paciente da forma correta. Além disso, é importante [devido ao] contato com doenças que nunca tive[ram] o interesse de aprender e como [as] presenciam [na prática, os estudantes se sentem motivados e] incentiva[dos] a querer saber mais e

como tratá-la da maneira adequada” (E8). Julgam ser “essencial para a formação de médicos, pois ensina a comunicação com os pacientes” (E8), “saber abordar o paciente e acompanhante, tão importante para ser médico” (E9). Outro aspecto positivo apontado foi o comprometimento dos professores/facilitadores em orientá-los no processo de aprender, percebendo-os “mais estimulados, preparados, qualificados e interessados” (E4), “ajudando na interpretação de sinais e sintomas, no esclarecimento de dúvidas e na construção de raciocínio clínico, [apontando] as necessidades propostas para o terceiro ano” (E7). A segunda temática refere-se à integração dos cenários de prática com os cenários simulados e teóricos. Os estudantes apontaram que o exercício do ser médico da UPP3 se aproximou bastante da teoria apresentada na unidade sistematizada, uma vez que “muito do que é visto na UPP pode ser levado para as discussões na UES” (E5), permitindo estabelecer e “fixar o que foi aprendido na UES, com essa integração melhorando o processo de aprendizagem” (E5). A integração teoria e prática também foi avaliada positivamente em relação às atividades realizadas no cenário simulado, abordando “os temas mais recorrentes dos cenários reais, permitindo estudo aprofundado e auxiliando nos casos que aparecem na UPP” (E6), sendo que “as lacunas de conhecimento descobertas no LPP [puderam] ser sanadas antes que elas aparecessem na UPP, contribuindo para a articulação do aluno no cenário real” (E3), isto é, para a articulação teoria e prática. Os professores avaliam de modo positivo esse cenário de aprendizagem como o “local mais adequado para apontar erros e acertos” (P11), assim como “fortalecer o trabalho em grupo” (P10). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os estudantes consideraram a UPP3 de grande eficácia na aprendizagem principalmente nesta fase da formação médica. A

integração entre as unidades de prática, real e simulada, foi destacada com sugestões de aumento de atividades no cenário simulado. Um ponto importante foi que o cenário real facilitou uma aprendizagem significativa em relação à história clínica e proporcionou o desenvolvimento de habilidades para a realização de exame físico. Entretanto, percebe-se que os estudantes se voltam para uma prática biologicista e medicalizante, já que o foco passa a ser o ambiente hospitalar. Momentaneamente, os depoimentos parecem retratar um cuidado objetal, a doença, a internação, não havendo referências ao sujeito que está acamado, doente. Apesar deste fato, destaca-se a importância do cenário hospitalar para a formação médica, e, ao mesmo tempo, há um reconhecimento de todo o processo da UPP desde a primeira série do curso. Apesar de o cenário hospitalar estar focado no cuidado objetal – a doença – articulam uma comunicação adequada com o paciente e seu acompanhante. Em relação ao processo ensino-aprendizagem foi destacada a integração da UPP com a UES por meio dos casos clínicos discutidos em cenário real e os problemas de papel, além da forte integração e adequação do LPP. Quanto ao papel do professor foi sinalizado ser fundamental para o processo, já que a maioria é comprometida, qualificada e interessada.

AÇÃO SOCIAL PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE REALIZADA EM UMA COMUNIDADE DE FORTALEZA, CEARÁ: ATIVIDADE EXTRAMUROS

Ana Caroline Lima Vasconcelos, Pâmela Nóbrega Menezes, Jéssica Freire Rangel, Erilaine de Freitas Corpes, Kaline Barbosa Morais

Palavras-chave: ação social, enfermagem, universidade

APRESENTAÇÃO: As condições de vida atuais têm favorecido ao aumento na expectativa de vida, evidenciado em dados que indicam que a maior parte da população se encontra na faixa etária de juventude à velhice (Portal Brasil, IBGE, 2014). Esse aumento na longevidade demonstra que a população torna-se mais propensa a desenvolver doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, obesidade, dentre outras, que podem interferir na qualidade de vida antes mesmo de o indivíduo ter o diagnóstico de alguma delas. Diante disso, é importante que sejam estimulados hábitos de vida saudáveis, como alimentação e ingestão de água adequada, prática de atividades físicas, abstinência de álcool e tabaco. Visando diminuir esses riscos e proporcionar boas condições de saúde a essas pessoas. Os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, por acompanhar de forma mais ativa as condições de saúde do indivíduo, tanto na atenção básica como em outros níveis de atenção, secundários e terciários, deve estar ciente da importância de atividades educativas visando contribuir para a promoção de saúde. Sabendo disso, são necessárias que sejam promovidas ações que busquem despertar a população para refletir sobre a própria saúde, por meio de discussões, momentos de aprendizagem individual e coletiva e medidas que previnam doenças. Assim, a atividade realizada objetivou estimular o autocuidado e hábitos saudáveis de vida, instruir acerca das principais doenças crônicas, realizarem avaliação antropométrica, aferição de pressão arterial e teste de glicemia na comunidade de um bairro de Fortaleza, Ceará. **DESENVOLVIMENTO DA ATIVIDADE:** O tema da atividade foi “Ação social com ênfase nos hábitos saudáveis de vida” foi realizado numa comunidade de Fortaleza, Ceará, no dia 30 de agosto de 2015, sob a coordenação de acadêmicas de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará, do 5^o

semestre, com auxílio da professora da disciplina Educação em Saúde e Ambiente - o interesse do grupo em planejar a ação social surgiu durante a disciplina. O propósito do grupo proponente foi dialogar com a população sobre hábitos saudáveis de vida, além de propiciar um ambiente de lazer e descontração, pois foram feitas doações de roupas e realizadas atividades de educação física, como dança e esporte. A meta da atividade foi sensibilizá-los sobre a importância do autocuidado, despertando reflexões individuais e coletivas acerca da saúde, entendendo-a como qualidade de vida em todos os aspectos: sociais, psicológicos, físicos, espirituais, econômicos, entre outros. Os métodos instrucionais utilizados foram: entrevista individual, explicações gerais e roda de conversa. O material disponibilizado para a população foi um panfleto confeccionado pelo grupo proponente, contendo informações relacionadas ao tema da ação social. Os assuntos discutidos com o público alvo foram: definições e sintomas das doenças crônicas; benefícios do autocuidado e dos hábitos saudáveis de vida; conceito de saúde; além de serem explicados todos os procedimentos a serem realizados. Assim, a intervenção buscou identificar o conhecimento prévio dos participantes, para que eles não compreendessem a ação como um ensino hierarquizado e vertical, mas sim, como uma aprendizagem mútua, com compartilhamento e respeito de saberes diferentes. Ao final da ação social, foram entregues questionários semi-estruturados para os participantes (a saber, 30 pessoas) discorrerem sobre sua percepção acerca da atividade. RESULTADOS E IMPACTOS: Os dados a serem apresentados e discutidos são referentes a uma entrevista semiestruturada realizada com 30 participantes. Dos 30 participantes entrevistados, 10 (33%) eram hipertensos, 9 (22%) eram diabéticos, 1 (11%) era tanto hipertenso quanto diabético e 10 (33%) não tinham nenhuma

dessas doenças crônicas. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes são doenças crônicas que mudam de forma significativa a vida da pessoa, podendo estar relacionada a fatores genéticos ou aos maus hábitos de vida. Para que ocorra o controle dessas doenças é necessária a utilização de medicamentos, além da realização de mudanças no estilo de vida, como na alimentação e na prática de exercícios físicos. “A prevenção e o controle da doença são imprescindíveis e um desafio para profissionais de saúde, autoridades públicas e indivíduos hipertensos e diabéticos” (PIRES; MUSSI, 2008, p. 2258). Quando perguntados sobre a ingestão de bebida alcoólica e o uso de tabaco, 30 (100%) dos participantes afirmaram que não fazem o uso de tais drogas. Isso é um fator que ajuda na manutenção de uma melhor qualidade de vida, pois tanto o cigarro quanto a bebida alcoólica causam e agravam várias doenças. Dentre as doenças mais conhecidas estão o câncer de pulmão e de fígado. No entanto, somente 20 (66,6%) pessoas realizam atividades físicas, principalmente caminhadas e atividades realizadas pelo projeto dos bombeiros oferecido na cidade, enquanto 10 (33,3%) não realizam nenhuma atividade física por queixar-se de não terem tempo ou por se sentirem indispostas para tais atividades. A prática regular de exercício físico é fundamental para a promoção da qualidade de vida, sendo a caminhada uma das atividades mais indicadas, pois estudos comprovam que ela reduz em até 50% o risco de doenças cardiovasculares, além de prevenir hipertensão, colesterol alto e trazer melhorias para o condicionamento físico. Com a realização frequente de tais exercícios é importante que seja realizada uma maior ingestão de água para que sejam mantidos os níveis de hidratação. Com isso, 19 (55%) afirmaram beber mais de 2 litros de água por dia, 10 (33%) até 2 litros de água por dia e 1 (11%) menos de 2 litros de água por dia. Após a realização da entrevista

os participantes puderam avaliar a atividade e todos afirmaram que a atividade foi ótima e satisfatória. Contribuindo bastante para que eles entendessem a importância da manutenção de uma boa qualidade de vida. Além dos formulários aplicados, os participantes receberam informações que facilitaram a sua compreensão sobre as doenças crônicas, seus impactos, dificuldades a serem enfrentadas e como tratar adequadamente a doença através de uma vida saudável. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Após a análise dos resultados, pôde-se perceber que as doenças crônicas que acometeram essa população estão muito relacionadas aos hábitos de vida. Mesmo sem realizarem a ingestão de bebidas alcoólicas ou fazerem o uso do cigarro, o número de pessoas com HAS e/ou DM ainda é alto. Logo, é fundamental sempre ressaltar a importância de bons hábitos de vida diários. Por ser um dos profissionais mais presentes para proporcionar tais conhecimentos, o enfermeiro, bem como os estudantes de graduação em Enfermagem – que devem estar inseridos nas realidades das comunidades para que saibam atuar enquanto profissionais – precisarão conhecer não só a patologia, mas também os hábitos e o estilo de vida do indivíduo, todos os fatores que estão relacionados a ele, como condições socioeconômicas, sanitárias, psicológicas, para que, então, possa realizar um cuidado mais completo e individualizado, contemplando o ser humano na sua totalidade.

ACESSIBILIDADE DOS DEFICIENTES FÍSICOS NAS DEPENDÊNCIAS DA UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA

Aimê Cunha Arruda, Aline Cristiane Paula Spiering, Carine Nascimento da Silva, Cátia Trennepohl, Rosângela Moraes de Campos, Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho

Palavras-chave: Barreiras Arquitetônicas, Direito de acesso, Educação

INTRODUÇÃO: O presente trabalho visa analisar a acessibilidade do deficiente físico na Universidade de Cruz Alta - UNICRUZ. Tendo com base o estatuto da pessoa com deficiência, que tem como objetivo assegurar os direitos de tal. “Deficiência é toda restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade funcional de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária” (Brasil, 2005, página 11), neste aspecto, como deficientes físicos poderão ter mobilidade adequada numa universidade podendo cursá-la de maneira autônoma? A resposta esta na arquitetura do local, sendo necessárias rampas, banheiros, salas, portas e mesas adequadas para esta parcela da sociedade. Toda pessoa com deficiência e/ou necessidades especiais ou com motilidade reduzida, tem seus direitos garantidos pela “Declaração Universal dos Direitos Humanos”, pela Carta de 1988, pela Organização Mundial da Saúde, Organização das Nações Unidas e demais legislações federais, estaduais e municipais. Tais leis visam à realização de uma sociedade humana e com a acessibilidade assegurada. OBJETIVO GERAL: Verificar a acessibilidade que é oferecida ao deficiente físico na Universidade de Cruz Alta. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Constatar a presença de rampas e/ou elevadores nas dependências do Campus para deficientes físicos; Descrever o número e locais de estacionamentos privativos para deficientes físicos; Relatar se os banheiros do Campus são adequados aos deficientes físicos; Analisar se as classes e mesas que a Universidade de Cruz Alta dispõe se enquadram às necessidades dos deficientes físicos; Apontar se as portas de acesso em geral, estão adequadas aos deficientes físicos. JUSTIFICATIVA DA PESQUISA:

Acreditamos que é direito de todos sem qualquer discriminação, a educação; a possibilidade de cursar uma Universidade e poder frequentá-la de forma adequada e acessível. A expectativa de uma experiência inovadora para, nós, acadêmicas do curso de Fisioterapia da Universidade de Cruz Alta visando analisar a acessibilidade oferecida aos discentes, docentes e funcionários portadores de necessidades especiais que frequentam a Universidade. METODOLOGIA: A pesquisa caracterizou-se como um estudo exploratório e descritivo (GIL, 2002) e foi desenvolvida nas dependências da Universidade de Cruz Alta. População e amostra - A População de pessoas com deficiência física que frequentam a Universidade de Cruz Alta. Coleta dos dados - A coleta de dados foi realizada através de observação participante e registro fotográfico pela máquina modelo Sony cyber – shotdsc w310. Análise dos dados - A análise dos dados foi através dos diferentes achados nas fotografias, determinaram as dificuldades e/ou falta de acesso do portador de deficiência física, que frequenta a UNICRUZ. O amparo para a compreensão dos dados foi mediante o determinado na Legislação Brasileira do Deficiente Físico. Ética - aspectos éticos - Para o atendimento a Resolução 196/1996, denominadas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, nosso projeto teve a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNICRUZ. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: Acessibilidade na universidade através de rampas e elevadores - Os resultados obtidos demonstraram que a Universidade de Cruz Alta possui rampas em suas instalações que proporcionam o acesso as suas dependências. No caso dos elevadores a Universidade de Cruz Alta apresenta um elevador na Biblioteca e outro no prédio sete. Estacionamento privativos para deficientes físicos - A UNICRUZ possui seis

vagas de estacionamento para deficientes físicos, todas sinalizadas. O acesso a UNICRUZ através do transporte coletivo - Conforme funcionária da empresa de Transporte Coletivo Nossa Senhora de Fátima nos informou a empresa possui ônibus adaptados, porém nenhum usuário da linha de transporte UNICRUZ necessita deste serviço. Estrutura dos banheiros adaptados do Campus - Realizamos a análise de três sanitários do Campus, observado o acesso, a sinalização, e verificando suas instalações conforme as normas técnicas. Para tal usamos a norma ABNT NBR 9050. As portas de acesso aos sanitários possuem puxadores horizontais. As barras de apoio em um dos sanitários estavam localizadas em lugar inadequado. Nos três sanitários analisados apenas um apresentava lavatório suspenso conforme determina a norma. Mobiliário - As mesas das salas de aula da UNICRUZ possuem acesso, havendo apenas algumas ressalvas. A bancada para pagamento localizado no prédio sete possuía altura de 1,20, e não apresentava altura livre inferior. Sendo assim não era adaptada para pessoas com cadeira de rodas, ao apresentarmos o projeto à Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade de Cruz Alta o local foi fechado, pois entendeu que não estava devido às normas. Porta de acesso - As portas que proporcionam acesso as acesso às salas de aula, aos laboratórios, a lanchonete, ao elevador e a biblioteca, permitem o acesso, havendo apenas algumas ressalvas. CONCLUSÃO: O desenvolvimento do presente trabalho, acessibilidade dos deficientes físicos no campus da UNICRUZ, trouxe ao grupo a possibilidade de formar uma consciência crítica sobre o tema, entendendo os direitos dos deficientes. O estudo é a principal ferramenta para um profissional bem qualificado, juntamente com um pensamento ético e digno, e foi a partir deste trabalho que construímos ideais indelévels para que, possamos sanar

falhas sobre a acessibilidade em toda a sociedade. A UNICRUZ é um exemplo de acessibilidade e isso foi provado através do registro fotográfico. É um orgulho para nos acadêmicos poder usufruir e vivenciar deste espaço que é construído por todos nós.

AÇÕES EDUCATIVAS NA PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO DE LITERATURA

Tatiana Almeida Couto, Rose Manuela Marta Santos, Adilson Ribeiro dos Santos

Palavras-chave: Educação em Saúde, Câncer de mama, Prevenção

APRESENTAÇÃO: A educação em saúde configura-se em uma das principais estratégias para viabilizar a promoção da saúde na atenção aos pacientes. Prezando pela prevenção, envolve a participação dos profissionais da unidade e a população, evidenciando e contextualizando as necessidades que emergem da comunidade. Dessa forma, essa estratégia não segue uma lógica verticalizada de transmissão de conhecimento, mas sim, a construção do mesmo. A equipe de saúde deve se preocupar com a organização dos processos educativos, na divulgação de fatores de risco, orientação e sensibilização dos modelos comportamentais e de hábitos saudáveis. A fim de proporcionar autonomia para o autocuidado e o autoexame na detecção precoce do câncer de mama, oportunizando a aquisição de conhecimento prévio para a discussão sobre a temática com as mulheres. Uma questão importante é conhecer a percepção das mulheres frente ao risco do câncer de mama, quanto a gravidade da doença, o tratamento e principalmente, a detecção precoce. De forma a auxiliar na organização e implementação da assistência prestada, adequando a realidade de cada

mulher, no que tange a educação em saúde. Portanto, o empoderamento do sujeito para seu autocuidado facilita a detecção precoce que configura-se a principal estratégia para o controle dessa doença, realizando por meio do exame clínico das mamas de mulheres em idade fértil até após a menopausa. Desta forma, o objetivo desse estudo é conhecer a importância da educação em saúde na Estratégia de Saúde da Família para a prevenção do câncer de mama. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Essa é uma pesquisa de revisão de literatura, de cunho descritivo e abordagem qualitativa, embasada no questionamento: o que vem sendo publicado na literatura sobre a importância da educação em saúde na Estratégia de Saúde da Família para a prevenção do câncer de mama? Para a construção do estudo foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual de Saúde em agosto de 2014. A busca dos estudos teve início com a definição dos descritores a serem pesquisados, como: “educação em saúde”, “câncer de mama”, “neoplasias de mama”, “prevenção”. Definidos os critérios de inclusão: artigos completos, em português e ano de publicação entre 2008 e 2013. Sendo os critérios de exclusão: artigos que não abordavam a temática segundo o objetivo do estudo. Com os descritores isolados e a união deles, foram encontrados 2.032 artigos, porém, com base nos critérios de inclusão e de exclusão foram selecionados 07 artigos. RESULTADOS E DISCUSSÕES: Na análise dos artigos sobre a temática percebeu-se que a educação em saúde ainda ocorre de maneira falha. Na busca de informações para elaboração de um manual educativo foi detectado que as pacientes carecem de informações sobre a cirurgia, destacando a importância das informações acerca dos riscos e benefícios de cada caso. Apesar da existência de Lei garantindo a cirurgia reparadora dos seios, esta é uma informação que não é

divulgada para a maioria das mulheres. Dessa forma, foi percebida em estudo a deficiência na promoção da saúde, na mobilização e sensibilização da comunidade sobre o câncer, além de despreparo dos profissionais de saúde em relação ao melhor período para a realização do exame clínico das mamas e a idade recomendável para a solicitação da mamografia. Destacam também a necessidade de informações sobre os cuidados no pós-cirúrgico e acerca da reabilitação. Em estudo foi observado que a educação em saúde viabilizou aos adolescentes o conhecimento do corpo, informações sobre o risco do câncer de mama, a técnica do autoexame e a propagação deste conhecimento aos familiares. Outro fator importante destacado foi a educação em saúde para os familiares, pois, estes serão o apoio para o enfrentamento da patologia. Sendo relevante ressaltar que em estudo foi encontrado que 27% da amostra dos familiares não conheciam fatores de risco para a doença, reforçando a importância da integração da família na educação em saúde. Também foi evidenciado a baixa prevalência do exame clínico das mamas no atendimento de pré-natal pelos profissionais. E, estudo destaca como estratégia para a promoção da saúde o uso de manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada, trazendo a importância para os profissionais realizarem a promoção em saúde com mais eficácia. CONCLUSÃO: A educação em saúde configura-se como uma importante estratégia de sensibilização dos usuários, porém, ainda ocorre de maneira falha na Estratégia de Saúde da Família. É necessário que os profissionais estejam motivados na busca da qualificação através da educação permanente, para garantir-lhes reflexão sobre seu processo de trabalho perante as demandas da prevenção do câncer de mama. É importante também que as atividades de prevenção e promoção da saúde, por meio da educação em saúde envolvam os familiares,

visto que estes são as pessoas próximas do paciente que apoiarão e prestarão os cuidados necessários ao familiar acometido pela patologia. Assim, a educação em saúde exige um processo contínuo e os profissionais de saúde devem refletir sobre a sensibilização individual e em grupo necessária aos pacientes empoderando-o e dando autonomia para que estes possam apropriar-se do autocuidado.

AÇÕES INTERDISCIPLINARES DE CUIDADO EM SAÚDE: INTERVENÇÕES DE UM PROJETO DE EXTENSÃO

Regina Pereira Jungles, Andressa Vian Federissi, Marilucia Vieira dos Santos

Palavras-chave: Promoção da saúde, Humanização da assistência, Relações comunidade-instituição, Formação Profissional

Introdução: O projeto de extensão “Ações Interdisciplinares de Cuidados em Saúde no bairro Santo Antônio – Lajeado/RS” (PI) iniciou em 2009, sendo um dos projetos Institucionais do Centro Universitário Univates. Tem como objetivo principal promover ações interdisciplinares de cuidados em saúde que contribuam com o processo de formação diferenciada dos discentes dos cursos de Biomedicina, Ciências Biológicas, Direito, Educação Física, Estética e Cosmética, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Pedagogia, Psicologia entre outros cursos da instituição, bem como, identificar o contexto socioeconômico e, a partir disso, propor ações de sustentabilidade, envolvendo a comunidade e instituições locais, que promovam a integração entre ensino-serviço-comunidade. O projeto tem a proposta de articular e incluir os diferentes enfoques dos saberes interdisciplinares para o atendimento das diferenças e

singularidades do indivíduo (Ministério da Saúde, 2010, p. 75). Com o intuito de atender à regulamentação do Ministério da Educação, referente à modificação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação na área da Saúde, visando à formação interdisciplinar e a atenção integral à saúde do sujeito a partir dos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto oportuniza aos participantes o conhecimento do contexto social dos locais em que são desenvolvidas as ações e buscam a inclusão de uma comunidade em situação de vulnerabilidade social, a partir de uma visão integralizada, de acordo com os determinantes de saúde (CNDSS, 2008), e de uma clínica ampliada dos cuidados em saúde. Metodologia: O PI ocorre semanalmente no bairro Santo Antônio - Lajeado/RS, às terças-feiras noturnas, durante três horas. São realizadas visitas domiciliares aos usuários, encaminhados ao PI pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF). São realizadas intervenções, coletivas e singulares, conforme a demanda de cada usuário que é atendido, e suas famílias. Além de dois usuários que são atendidos em horário escolar, abrangendo dessa forma toda turma na qual a criança está inserida. No decorrer do projeto ocorrem as tutorias, momentos em que professores tutores e alunos voluntários se reúnem promovendo discussões, através de questionamentos, reflexões, onde são determinadas as estratégias de intervenção que são discutidas, analisadas e planejadas pelos alunos, mediante supervisão. Também são realizadas rodas de conversas com os voluntários, tutores, bolsistas, agentes comunitários de saúde e demais funcionários da ESF, com enfoque na integralidade da atenção ao usuário e seus familiares. Nestes momentos são discutidos os casos clínicos e sociais do usuário de forma interdisciplinar, além de promover teorias sobre as ações realizadas na comunidade, o que possibilita

aos alunos melhor desenvolvimento do processo teórico e prático de aprendizagem. Outra atividade do PI é a realização de oficinas com entidades pertencentes ao bairro, e que são parceiras do projeto, com o intuito de ampliar a educação para os cuidados em saúde e auxiliar nas ações de sustentabilidade, conforme a demanda de cada local. O projeto faz uso dos diários de campo e portfólios como ferramentas para descrição do planejamento, execução e avaliação das ações propostas, servindo como base de dados para a construção de artigos científicos. Resultados e discussão: Atualmente o projeto atende a 12 usuários e suas respectivas famílias no bairro. Desde sua criação, em 2009, o PI já contou com a participação de mais de 400 alunos voluntários. Quanto ao número total de atendimentos, o projeto de extensão conta com quatro mil atendimentos diretos à população. Sendo que em 2014 totalizou 416 atendimentos, com a participação de 81 acadêmicos voluntários. Neste mesmo ano, a equipe do PI realizou sua primeira oficina em uma escola parceira do projeto, tendo a participação de 35 crianças e 3 professores da escola. Foram confeccionadas garrafas decorativas, com objetivo de fortalecer atitudes de sustentabilidade incentivadas pela escola para reciclagem de materiais descartáveis e reutilização dos mesmos para construção de materiais pedagógicos. No primeiro semestre de 2015 o projeto realizou duas oficinas, uma na ESF do bairro desenvolvendo o tema sobre saúde do trabalhador e outra em uma escola de educação infantil envolvendo cuidados de higiene. As oficinas funcionaram como estratégia para promover as relações sociais e desenvolvimento de vínculos afetivos, assim como o incentivo à criatividade, à prática da solidariedade e à promoção da saúde. Esta iniciativa corrobora com Lima (2004) que descrever que “as oficinas são importantes para que uma singularidade

possa inscrever-se no mundo; a participação em atividades que tenham lugar na cultura, como prática social, possibilitando de serem reinterpretadas, recompostas e reaplicadas". As rodas de conversas têm como premissa o respeito pelos fatores que ocasionam o adoecimento do sujeito e as relações com o seu contexto de vida (Ministério da Saúde, 2007, p. 16). Entre os temas trabalhados nas rodas de conversa destaca-se: interdisciplinaridade, cuidados em saúde e concepção de saúde/doença, a capacidade de escuta e acolhimento na prática clínica. Conceitos que vem ao encontro da visão de clínica ampliada, propondo que o profissional de saúde desenvolva sua plena capacidade para auxiliar o sujeito, não apenas no tratamento das doenças, mas para ajudar da melhor forma possível a promoção de qualidade de vida. (Ministério da Saúde, 2004, p.18). O momento das rodas de conversa permite também a discussão e o esclarecimento do papel de cada integrante da equipe no atendimento ao usuário e sua família o que é considerado muito importante para análise do desenvolvimento da humanização das ações em saúde. Até o momento já foram produzidos e publicados dez artigos científicos pelo grupo do PI. Sua construção possibilita tanto a reanálise das atividades propostas no decorrer do processo, como a busca de novos conhecimentos teóricos, propondo um momento reflexivo da construção da prática em saúde, favorecendo no planejamento do ensino educacional acadêmico para o melhor aperfeiçoamento do profissional da área. O conhecimento vivenciado ultrapassa os conceitos dos livros e das teorias discutidas em aula, podendo perceber na prática a importância do exercício da cidadania, da criação do vínculo com usuário/paciente, do entendimento das práticas de escuta e de acolhimento do sujeito, que se encontra fragilizado pela sua situação de saúde,

como pré-requisito para planejamento das condutas terapêuticas singulares. Conclusão: Observa-se que os discentes que participam do projeto desenvolvem visão interdisciplinar na análise dos processos saúde-doença. Também assim, as famílias atendidas desenvolvem maior autonomia no cotidiano e capacidade de construir vínculos afetivos. A criação do vínculo entre cuidador e usuário é um dos resultados positivos do projeto, pois ele é responsável pela aproximação da equipe com a família, tornando mais fácil a identificação de suas reais necessidades, para que de forma conjunta possa ser escolhida a melhor abordagem às demandas observadas. Assim, o método de trabalho empregado pelo projeto, atinge seus objetivos na busca de uma articulação entre docentes, estudantes e profissionais dos serviços de saúde com a comunidade do bairro. Ao mesmo tempo em que favorece a qualificação da formação dos estudantes.

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA ÓPTICA DOS ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL INSERIDA NA REGIÃO AMAZÔNICA

Marcilene Batista Costa, Gabriele Pedrosa Vasconcelos, Kamille Herondina Maia Martins, Melina de Figueiredo Miranda, Veridiana Barreto do Nascimento

Palavras-chave: Adolescentes, Drogas, Conhecimento

APRESENTAÇÃO: A adolescência compreende o período entre 10 e 19 anos de idade e representa uma fase de grande vulnerabilidade devido aos fatores biopsicossociais aos quais os adolescentes estão sujeitos¹. Durante este período de transição do estado infantil para o adulto, o adolescente estabelece uma identidade pessoal, assume o controle

de sua vida social, adquire uma maior autonomia, experimenta novos contatos sociais, apresenta tendências grupais que, associados à curiosidade natural desta fase, aos conflitos vivenciados e à inserção/aceitação em grupos, tornam-os alvos fáceis a experimentar novas sensações, entre elas as drogas². Drogas são substâncias sintéticas ou naturais, que introduzidas no organismo do ser humano, modifica suas funções. O termo "droga" é descrito como substância proibida, de uso ilegal e nocivo ao indivíduo, modificando suas funções, a sensações, o humor e o comportamento³. Uma das questões mais importantes no que diz respeito ao uso de drogas é o fato de estar atingindo progressivamente as camadas mais jovens da população. Embora o problema exista também entre os adultos e seja alarmante, o desenvolvimento precoce com o vício preocupa pelo fato de interferir no adequado desenvolvimento do indivíduo, tanto do ponto de vista físico, como psicológico⁴. Então é necessário saber o que os jovens sabem realmente a respeito das drogas, para analisar e informar a respeito do certo ou errado. Para a enfermagem, é importante trabalhar o assunto entre os adolescentes, através de palestras nas escolas ou outros meios de prevenção, visando sempre manutenção de uma boa qualidade de vida desses adolescentes. Uma vez que a enfermagem tem papel primordial na prevenção e promoção da saúde⁵. Objetivo: Avaliar o conhecimento dos adolescentes da Escola de Ensino Fundamental Ester Ferreira na Cidade Santarém região Oeste do Pará. Desenvolvimento: O modelo adotado de pesquisa segue o método da Problematização, baseada na teoria do Arco de Maguerez, que visa o ideal de práxis: aprender fazendo. Em cinco etapas, sendo elas: observação da realidade, os acadêmicos fizeram uma visita prévia na escola, observando possíveis necessidades

e coletando informações com a pedagoga e a diretora. Pontos-chaves, ficou decidido então que o tema a ser abordado seria álcool e outras drogas. Teorização, realizada pesquisa bibliográfica sobre os assuntos. Hipóteses de solução, onde se decidiu a melhor forma de transmitir o conhecimento sobre os temas para o público-alvo. Aplicação a realidade, sendo no dia 29 de Setembro de 2014, no horário vespertino das quatorze horas, estipulado como a intervenção sendo aplicados formulários antes e após a palestra, seguido de dinâmicas para testar o aprendizado dos alunos. Resultados: Participaram da ação trinta e dois alunos, sendo dezoito do sexo feminino e quatorze do sexo masculino do quinto ano do ensino fundamental. Ao avaliarmos as perguntas feitas no formulário obtivemos os seguintes resultados: No questionário aplicado anterior à palestra observou-se que a maioria dos alunos do sexo masculino, ou seja 11 (78, 5%), responderam que sabiam o que eram drogas e apenas 3 (21,4%) responderam que não. Quanto que após a mesma verificou-se que todos os alunos afirmaram saber o que são drogas. No caso do sexo feminino, antes da palestra, 10 (55,5%) responderam saber o que são drogas contra 8 (44,5%) que responderam não. Mesmo após a palestra duas alunas ainda afirmaram não saber o que são drogas. Daí a importância de se informar aos adolescentes e jovens estudantes sobre os efeitos e riscos de substâncias psicoativas⁵. Quando perguntou-se previamente sobre o conhecimento dos riscos ocasionados pelas drogas, nos alunos do sexo masculino, 8 (57,1%) alegaram que causa dependência, 4 (28,5%) que não causam danos à saúde e 3 (21,4%) que a droga deixa mais inteligente. Em contrapartida a maioria das alunas, no caso 15 (83,3%), responderam que drogas causam dependência e 3 (16,7%) que não causam danos à saúde. Após a palestra todos os alunos, tanto do sexo feminino quanto

no masculino, afirmaram que as drogas causam dependência e danos à saúde. Os adolescentes e jovens demandam atenção especial, tendo-se em vista que, na maioria das vezes é na adolescência ou juventude que ocorre o primeiro contato com as drogas e o estabelecimento de um padrão de uso problemático, tendo-se em vista que é uma etapa de grande vulnerabilidade no desenvolvimento humano⁶. Perguntou-se também quais motivos que levam os adolescentes a utilizar drogas, e obteve-se como resposta que a problemas familiares curiosidade e os são os mais apontados como causa. A família é o alicerce de qualquer indivíduo visto que esta é responsável pela elaboração de relações primárias e a base de seu desenvolvimento, e uma vez que esta apresenta-se desestruturada, o adolescente procura preencher essa lacuna na rua com amigos próximos e, dependendo da situação vivenciada, pode ser incentivado à experimentação e ao uso de drogas⁷. Considerando também que a curiosidade influencia os adolescentes a utilizarem as drogas, por diversão, por pressão do grupo social, ansiedade e devido a baixa estima social⁸. Considerações finais: Adolescência é uma fase na vida do indivíduo, muitas vezes geradora de conflitos internos e externos, indagações e questionamento que impulsionam o adolescente à buscar soluções para seus problemas momentâneos. Por isso, é imprescindível que a informação seja compartilhada no contexto familiar pois esta pode atuar tanto como elemento preventivo, quanto facilitador do abuso de substâncias psicoativas. No estudo realizado constatou-se que os adolescentes possuem um conhecimento prévio sobre o uso de drogas e suas consequências. Porém, é necessário que a família atue em conjunto com a escola, para que se obtenha um maior êxito na prevenção do uso de álcool e outras drogas. A enfermagem tem papel essencial na promoção e prevenção da saúde, uma vez que esta se preocupa em informar e

trabalhar os temas que mais acometem a população. Com os adolescentes foi importante trabalhar de forma holística e integradora, pois facilitou a aproximação, confiança e respeito dos mesmos facilitando o diálogo a cerca da complexidade do tema e seus riscos a saúde.

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: PERCEPÇÃO DE ALUNOS DO PROJETO DE EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS DE UMA ESCOLA PÚBLICA EM SANTARÉM-PA

Cristiano Gonçalves Morais, Diandra Willa do Rosário Dini, Yonara Pereira Bita Correia, Irinéia de Oliveira Bacelar Simplicio, Aldine Cecília Lima Coelho, Mariane Santos Ferreira, Jocileia da Silva Bezerra, José Raul Figueira Ferreira

Palavras-chave: álcool, drogas ilícitas, conhecimento, ações em saúde

APRESENTAÇÃO: A utilização de álcool e outras drogas por diferentes povos e culturas estão presentes em toda a história da humanidade, em busca de novas sensações a partir de diferentes tipos de substâncias psicoativas produzidas a partir de elementos da natureza, com objetivos e motivações diversas. Neste sentido, conforme dados da Organização Mundial de Saúde, 10% das populações urbanas de todo o mundo, independente de sexo, idade e classe social fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, sejam estas lícitas ou ilícitas. Este consumo não moderado está relacionado de forma direta e indireta a problemas sérios, dentre os quais se destacam a violência, acidentes automobilísticos, distúrbios de conduta, depressão clínica, comportamentos de risco no âmbito sexual e outros problemas de saúde decorrente dos componentes da substância ingerida. As ações em saúde são um dos métodos preventivos que podem ser utilizados para

combater ao uso dessas substâncias, onde a literatura abordada engloba aspectos biológicos, psíquicos e sociais, sendo capaz de responder às particularidades do indivíduo, do grupo, do tipo de droga e do ambiente sócio familiar. Desta maneira, este estudo tem como objetivo verificar a percepção de alunos do EJA (Educação de Jovens e Adultos) sobre o álcool e outras drogas e possíveis implicações na vida do usuário. Desenvolvimento: A pesquisa sustenta-se em um estudo descritivo com abordagem quantitativa transversal tendo a aplicação de um questionário semiaberto. O local escolhido para realização desta ação em saúde foi a Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio Aparecida, localizada na Rua Clementino de Assis, bairro Aparecida, no Município de Santarém-PA. Participaram da pesquisa, 15 alunos do EJA (Educação para Jovens e Adultos) da escola em estudo, na faixa etária de 16 a 54 anos. Realizou-se o estudo em dois momentos, com a aplicação do questionário antes da palestra para verificar o conhecimento prévio dos pesquisados sobre o tema e o segundo momento após a palestra. Os dados obtidos foram tabulados por meio da utilização do pacote estatístico Excel 7.0 e organizados em tabelas para a melhor visualização e compreensão dos mesmos. O estudo foi desenvolvido de acordo com a Resolução 196/96 da CNS, para garantir o anonimato dos pesquisados, e garantir a sua integridade. Foi feito um termo de autorização para o uso de informações colhidas, que visou à aceitação dos participantes para responderem de livre e espontânea vontade aos questionários. RESULTADOS: De acordo com os dados do questionário relacionados à pesquisa desenvolvida com alunos do EJA, com idades entre 16 a 56 anos, foi observado que 66,7% dos alunos eram do sexo masculino, em contraste com 33,3% do público feminino. Relativo ao conhecimento sobre álcool e outras drogas, antes da palestra, 100% do sexo feminino

responderam ter conhecimento. Em relação ao sexo masculino 88,9% afirmaram possuir informações e 11,1% desconheciam o assunto. Já após a palestra, todos os alunos assinalaram obtiver conhecimento. Quando se perguntou antecipadamente sobre o conhecimento das consequências das drogas para o organismo, 50% do sexo feminino demonstraram que tinham informações sobre as consequências e 50% desconheciam o assunto, enquanto que 83,3% do sexo masculino afirmaram ter conhecimento e 11,1% afirmou não possuir nenhuma informação. Já após a palestra 83,3 do sexo feminino afirmaram ter adquirido conhecimento, e 16,7% não adquiriu conhecimento. Em contrapartida 100% do sexo masculino garantiram conhecer as consequências das drogas, e quando inquiridos sobre a prática do consumo de álcool e ou outras drogas, 50,0% da população feminina afirmaram ter utilizado, enquanto 50% responderam não utilizar. Já no público masculino 33,3% afirmaram nunca ter consumido álcool e/ou outras drogas e 66,7% afirmaram fazer o consumo. Após a realização do questionário 02, não houve modificação nas respostas do público feminino enquanto no público masculino, 22,2% afirmou não ter feito uso de álcool e ou outras drogas e 77,8% afirmou fazer uso, mostrando dessa forma que aplicação da palestra sensibilizou o indivíduo para que respondesse de forma verossímil o questionário. Quando perguntados antes da palestra sobre a principal substância psicoativa, seja lícita ou ilícita, que consomem 50,0% da população feminina, afirmou não consumir nenhum tipo de substância, 33,33% afirmou consumir cerveja, seguido de 16,7% que relatou fazer uso de cerveja e maconha. Já na população masculina estudada, 33,33% dos alunos afirmou fazer uso de cerveja, 33,33% respondeu não fazer uso de nenhum tipo de substância psicoativa, 11,1% informou fazer uso de maconha, 11,1% respondeu fazer

uso de maconha e crack e 11,1% informou que faz uso de substância psicoativa, porém não relatou qual o tipo. Após a palestra, as respostas da população feminina, quanto à referida pergunta permaneceram inalteradas, enquanto duas respostas da população masculina obtiveram novos resultados, sendo que 44,4% alunos afirmaram fazer uso de cerveja, tendo-se um pequeno aumento percentual e 22,2% afirmaram não fazer uso de nenhum tipo de substância, tendo uma diminuição no percentual, o que mostra que a palestra sensibilizou a população estudada. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A temática do uso de álcool e outras drogas vem se mostrando como um grande desafio em todas as esferas sociais e governamentais tornando-se um grave problema de saúde pública pelo crescente consumo de substâncias psicoativas lícitas e, ou ilícitas confirmado nessa pesquisa, onde observou-se que existe conhecimento prévio do problema entre os participantes, mas por outro lado desconhecem as consequências do uso abusivo. Neste cenário faz-se necessário por oferecer informações sobre o uso abusivo de substâncias psicoativas lícitas e, ou ilícitas tornando-se necessário proporcionar conhecimento aprofundado, pois a prevenção primeiramente está baseada em sensibilização e no conhecimento dos principais problemas desencadeados a partir da utilização do álcool e outras drogas. Desse modo podemos dizer que a ação em saúde aprimorou esses conhecimentos, alcançando o objetivo do estudo, obtendo êxito no repasse de informações sobre os malefícios do uso de álcool e outras drogas. Fortalecendo a ideia que as ações em saúde desenvolvidas principalmente em escolas, é uma ferramenta importantíssima para a luta contra as drogas, pois nela permeia um ambiente de convivência e aquisição de valores vitais para o indivíduo.

AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM NOS PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Adriane das Neves Silva, Benedito Carlos Cordeiro

Palavras-chave: Enfermagem, Aprendizagem, Educação a Distância, Educação Permanente, Informática em Enfermagem

INTRODUÇÃO: Este estudo descreve a opinião de profissionais de enfermagem sobre o uso do ambiente virtual de aprendizagem (AVA) nos programas de Educação Permanente em Saúde de um hospital pediátrico de um município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. As mudanças ocorridas no mundo contemporâneo, com o acelerado crescimento dos recursos tecnológicos na área de saúde, têm provocado mudanças significativas nos espaços de trabalho, exigindo do profissional atualização constante de saberes, que possibilite o desenvolvimento de atitude crítico-reflexiva, tornando-os capazes de se adaptarem ao processo de mudança. Para Ceccim (2005) a educação permanente em saúde (EPS) é uma estratégia fundamental às transformações do trabalho por subsidiar uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Nesse sentido, novas alternativas de formação e capacitação foram inseridas no contexto do ensino profissionalizante em enfermagem, e o uso da tecnologia muito tem beneficiado. As mudanças tecnológicas nos ambientes de cuidados à saúde têm contribuído para a melhoria do ensino de enfermagem, como forma de adequar esses profissionais ao mercado de trabalho. Muito se vê a aplicabilidade das ferramentas tecnológicas no ensino superior, entretanto as tentativas no ensino profissionalizante ainda são

incipientes (MCGOWAN, 2008). Uma das principais ferramentas utilizadas na educação a distância é o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA). A principal função do AVA é a de servir de repositório de conteúdos e meio de interação/comunicação entre os atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem. Os objetivos do estudo foram descrever a opinião dos auxiliares e técnicos de enfermagem sobre o uso do ambiente virtual de aprendizagem e analisar os fatores que facilitam e dificultam o uso do AVA nos programas de EPS. **MATERIAIS E MÉTODOS:** trata-se de um estudo qualitativo, resultado de dissertação de mestrado defendida em 2014, que utilizou os discursos dos participantes que fizeram o curso no AVA, foi realizada a análise de conteúdo por categorização. Os diálogos foram analisados nas ferramentas dos fóruns de discussão e foram propostas duas perguntas: 1. Você acha que a utilização de cursos a distância contribui para a formação? 2. Quais os fatores que facilitaram e os que dificultaram o desenvolvimento do programa de ensino no AVA? A partir da análise temática de conteúdo, foram feitas várias leituras das respostas contidas nos fóruns do ambiente virtual e identificada uma categoria temática: Facilidades e dificuldades vivenciadas na realização do curso no Ambiente Virtual de Aprendizagem, que foi reagrupada em seis subcategorias: A Educação a Distância como ferramenta de conhecimento e desenvolvimento de habilidades; A Educação a Distância como canal de atualização; Alguns aspectos relativos à administração de tempo e otimização de recursos; Dificuldades e obstáculos no uso do Ambiente Virtual de Aprendizagem; Diversidade de locais de acesso dos cursos e; O uso dos fóruns como local de troca de experiências. **RESULTADOS:** a opinião dos participantes sobre o uso do AVA nos programas educacionais foi favorável, por permitir flexibilidade de

tempo proporcionada pela tecnologia e a utilização de uma linguagem dialógica que contribui para a aprendizagem do indivíduo. Ademais, essa modalidade traz peculiaridades como disciplina, interatividade e compromisso. Infere-se que esta ferramenta é, portanto, eficaz para a capacitação em enfermagem. **Discussão:** A educação permanente como ferramenta de conhecimento e desenvolvimento de habilidades, permite uma estreita relação entre as habilidades desenvolvidas e o conhecimento, evidenciando a contribuição para o desenvolvimento profissional. Com a utilização da Educação a Distância na Educação Permanente dos profissionais de Enfermagem, o acesso a informações e a conteúdos relativos à área tem propiciado atualização dos profissionais que, na maioria das vezes, dispõem de pouco tempo, além de familiarizá-lo quanto ao uso do ambiente virtual como ferramenta de conhecimento. Entre os aspectos facilitadores apresentados pelos participantes, à flexibilidade espaço-temporal proporcionada pelo Ambiente Virtual de Aprendizagem permite a liberdade de fazer seu próprio horário e estudar no local que, para ele, seja mais apropriado. Apesar dos participantes terem considerado a experiência valiosa, perceberam-se dificuldades e obstáculos com o uso da ferramenta. Dentre as dificuldades foi citado o desconhecimento de utilização dos fóruns, a pouca habilidade de uso do computador e a escassez de tempo para desenvolver as atividades, entre outros. A facilidade proporcionada pelas ferramentas do Ambiente Virtual de Aprendizagem permitiu aos participantes o acesso ao curso do local que melhor lhes fosse apropriado. Dentre as diversas ferramentas de comunicação utilizadas nos Ambientes Virtuais de Aprendizagem, destacam-se os fóruns, que permitem a interação e discussão entre os participantes sobre temas propostos ao grupo.

CONCLUSÃO: o uso do ensino a distância nos programas de educação permanente dos auxiliares e técnicos de enfermagem poderá representar um grande aliado, na medida em que o aprendiz domine o uso do computador e da ferramenta de ensino.

ANÁLISE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO COTIDIANO DA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS EM MATO GROSSO DO SUL

Jacinta de Fátima Franco Pereria Machado, Mara Lisiane de Moraes dos Santos

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

APRESENTAÇÃO: A educação permanente foi idealizada como modalidade educativa para que continuasse a formação fora da escola. A partir de 1970, passou a ser sugerida como estratégia para a educação de adultos trabalhadores da área da saúde. Em 2004, configurou-se na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para desenvolvimento do SUS, e foi instituída por meio da Portaria GM/MS 1996. Nesse marco político-institucional, o município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, adotou a educação permanente para acompanhar mudanças estruturais no modelo de atenção e facilitar a implantação e o desenvolvimento do paradigma da Estratégia de Saúde da Família. Em 2011 o estado aderiu ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) no intuito de introduzir a cultura da avaliação. Nesse contexto, o PMAQ iniciou seu primeiro ciclo de avaliação pesquisando estrutura, processo e satisfação do usuário no âmbito da Atenção Básica e disponibilizou os dados para os centros de estudo e pesquisa. Considerando que anteriormente ao PMAQ as ações de educação permanente nunca foram avaliadas, este estudo

teve por objetivo analisar a presença e especificidade das ações de educação permanente em interface às ações de planejamento do processo de trabalho e de apoio institucional, no cotidiano da atenção básica no estado de Mato Grosso do Sul. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo seccional, analítico por meio dos dados secundários oriundos do primeiro ciclo do PMAQ, com subdivisão entre capital e interior. Houve adesão voluntária de até 50% das equipes de Atenção Básica, totalizando 184 respondentes das equipes de saúde da família. Os dados foram submetidos a tratamento estatístico com significância de 5% e a associação entre as variáveis capital e interior ao teste do qui-quadrado. A comparação entre as proporções de respostas capital / interior ao teste Z. Os demais dados foram relatados por meio de estatística descritiva. Da coletânea de dados disponibilizados pelo PMAQ, foram analisados aqueles referentes às ações de educação permanente desenvolvidas no formato de cursos presenciais, trocas de experiências, tutoria/preceptorial, Telessaúde, EAD/Unasus, Rede Universitária de Telemedicina e outras. Considerando a impossibilidade de conferir a coerência metodológica dessas ações, foram analisados os dados referentes às ações de planejamento e organização do processo de trabalho e ações de apoio institucional. **RESULTADOS:** Os resultados apontaram que 92,9% das equipes pesquisadas tiveram alguma experiência de educação permanente. Em ambos os locais, houve maior frequência dos cursos presenciais e trocas de experiências. As ações de tutoria e preceptorial foram menos frequentes em ambos os locais, sendo significativamente menos frequentes no interior do que na capital. No tocante às ações de Educação a Distância, foram mais frequentes aquelas do Programa Telessaúde, com menor utilização no interior do que na capital. Em ambos os

locais, não houve diferença sobre o modo de utilização do Telessaúde, predominando a teleconsultoria e segunda opinião formativa em detrimento do telediagnóstico. As ações EAD/Unasus tiveram distribuição equitativa na capital e no interior. Independente do local, a utilização da Rede Universitária de Telemedicina (Rute) foi menos frequente, sendo quase nula no interior. A análise das ações de planejamento apontou que as reuniões de equipe aconteciam com periodicidade semanal na capital, e, quinzenal e mensal no interior. Nesse espaço de encontro, as equipes dedicavam mais tempo à organização do processo de trabalho, decrescendo para as atividades de monitoramento e análise de indicadores, especialmente no interior. Havia discussão de casos com maior frequência na capital, decrescendo em ambos os locais, na construção de Projeto Terapêutico Singular, qualificação clínica e apoio matricial, mais significativamente no interior. Na dinâmica de planejamento das equipes aparecem com frequência as atividades de levantamento de problemas, definição de prioridades e construção de plano de ação, e, menos frequentes a definição de resultados e metas, especialmente no interior. Os itens mais considerados pelas equipes no planejamento das ações foram informações locais, metas da atenção básica, indicadores e informações do Sistema de Informação de Atenção Básica, decrescendo para análise dos desafios levantados a partir da autoavaliação, parcerias e envolvimento com a comunidade, intersetorialidade e questões ambientais. No tocante às ações de apoio institucional, foi constatado que em geral, as equipes recebiam apoio de uma pessoa da secretaria municipal de saúde mais voltado à avaliação, monitoramento de indicadores e discussão do processo de trabalho, do que à autoavaliação e educação permanente. A participação do apoiador nas reuniões da equipe foi bem relatada em

ambos os locais, porém com menor atuação na análise compartilhada de progressos e resultados, oficinas com objetivo definido e apoio ao planejamento e organização da equipe. Foi relevante conferir a presença de ações educativas no cotidiano das equipes, embora não fosse possível conferir seu caráter metodológico. A predominância de cursos presenciais pressupõe ensino tradicional. O alto percentual de ações de troca de experiências contrasta com o baixo percentual de tutoria/preceptorial e pressupõe que tais ações tenham se desenvolvido com pouca mediação. Embora tenha sido positivo constatar uma dinâmica problematizadora no planejamento das equipes, boa parte das ações não culminou com definição de resultados e metas, especialmente no interior. O menor percentual de ações de qualificação clínica elaboradas no formato de projeto terapêutico singular planejamento e apoio a partir dos problemas apontados na autoavaliação da equipe e apoio à educação permanente, pressupõe predominância do caráter administrativo na gestão. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conclui-se que no âmbito da atenção básica, a interface da Educação Permanente e do Planejamento ocorre na problematização do processo de trabalho, quando as equipes realizam levantamento de problemas, elencam prioridades e estabelecem planos de ação. Entretanto, observam-se lacunas em aspectos importantes do planejamento, como os relacionados à definição de resultados e metas, a falta de envolvimento de outros setores, assim como a inexpressiva inserção das questões ambientais e participação da comunidade. Em relação às ações de gestão e apoio institucional em interface com a Educação Permanente, os resultados mostraram lacunas semelhantes às identificadas no planejamento, ou seja, a priorização de ações de ordem administrativa e menor

ênfase em ações de educação permanente e avaliação compartilhada de progressos e resultados, que representa a essência do Apoio Institucional. Ademais, a interface do apoio matricial e Educação Permanente apontou lacunas na qualificação clínica e construção de projeto terapêutico singular. Por fim, a lacuna mais importante acontece em função da falta de planejamento da educação permanente como uma questão estrutural, com uma finalidade de promover mudanças para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde.

ANÁLISE DA FORMAÇÃO DO GESTOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA BRASILEIRA: (RE)VISITANDO O PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO

Mateus Aparecido de Faria, Análise de Jesus da Silva

Palavras-chave: Identidade, Saúde Coletiva, Projeto Político Pedagógico, Gestão em Saúde

A criação e implantação de cursos de formação de profissionais a nível de graduação para atuarem no campo da Saúde Coletiva vem sendo discutida na última década. Nesse contexto está o Curso de Gestão de Serviços de Saúde (GSS) da Universidade Federal de Minas Gerais. Nesse trabalho buscou-se identificar e analisar os modos pedagógicos da formação do estudante de GSS em dois eixos: Teorias Pedagógicas e Identidade Epistemológica. Como percurso metodológico utilizou-se a abordagem qualitativa pelo método da pesquisa documental, cujo suporte foi o Projeto Pedagógico do referido Curso, em suas versões de 2013 e 2008, além de documentos auxiliares como mapas semestrais de oferta de disciplinas e as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Administração e da área da Saúde. Sobre

o eixo Teorias Pedagógicas, foi encontrada a constituição pedagógica tripla de ordem teórica: construtivista, encabeçada por Jean Piaget (explicitamente) e de competências, baseadas principalmente em Perrenoud (implicitamente); sociointeracionismo de Vygostky e libertadora, idealizada por Paulo Freire. Tal configuração é um desafio para a implementação cotidiana do Projeto Político-Pedagógico (PPP), já que ações baseadas na Pedagogia das Competências vêm estratificando e individualizando os profissionais em formação, indo contra o aspecto solidário intraclasse freireano. Além disso, a transformação social necessária à Pedagogia da Libertação e para a qual esta trabalha não é possível em um cenário didático em que se induz à formatação de uma massa de profissionais para adaptar-se às constantes mudanças no mercado de trabalho contemporâneo. Ainda sobre as Teorias Pedagógicas que embasaram a criação e orientam a prática docente no curso de GSS, deve-se atentar para a educação das relações étnico-raciais, a qual é delegada a outros espaços da UFMG que não os do próprio curso sob o nome de Formação Livre. Tal dispositivo pode ser visto como negação de um dever social da Educação Superior e confirmação de mecanismos de discriminação em instituições sociais, como a Universidade. Os resultados do eixo Identidade Epistemológica foram agrupados em três dimensões, a saber: GSS como pertencente à Área da Administração, GSS como pertencente à Área da Saúde Coletiva e GSS como pertencente à Área Multidisciplinar. No que se refere o curso de GSS como pertencente à Área da Administração, foram encontradas algumas pistas no Projeto Político-Pedagógico que indicam essa perspectiva como ligação histórica entre os cursos denominados de gestão – Gestão Hospitalar, Gestão Ambiental e Gestão Pública como exemplos, e o campo da Administração; a predominância do campo

da Administração na oferta de disciplinas elencadas no Curso e o rol de competências genéricas semelhantes às esperadas de um egresso da graduação em Administração. Porém, entre as edições de 2008 e 2013 do PPP foi percebida a diminuição do alcance dos saberes da Administração, uma vez que o número de disciplinas dessa área foi diminuindo ao longo de tempo e o Conselho Regional de Administração recusou o registro dos egressos de GSS em seu sistema. Já a dimensão GSS como pertencente à Área da Saúde Coletiva tem como principais argumentos a corroboração científica sobre a natureza sanitária do Curso em questão. Diversos estudos e processos sociais envolvendo a Saúde Coletiva a nível de graduação vêm considerando GSS como parte dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC). No PPP, versão 2008, também havia citação da semelhança entre GSS e outros cursos que, atualmente, são CGSC como os ofertados pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e pela Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA). Tal citação foi retirada da versão de 2013, indicando uma ruptura com o movimento nacional. Outro ponto de destaque é a afirmação recorrente que o curso de GSS forma profissionais de saúde que têm como o sistema de saúde e as necessidades sociais em saúde seu principal foco de atuação. Tal objetivo é semelhante com os demais CGSC, corroborado por pesquisas que estudaram o PPP, discentes, docentes e coordenadores desses cursos. A última dimensão, GSS como pertencente à Área Multidisciplinar, não considera essa nova graduação nem pertencente à Área da Administração, uma vez que fazer a gestão do campo da saúde requer mais que os instrumentos e conhecimentos administrativos, nem à Área da Saúde Coletiva, por considerar que o bacharel nessa área tem atuação restrita ao subsistema público de saúde e não conjuga todas as competências

necessárias para atender a necessidade de gestão da saúde no país. A perspectiva adotada nessa dimensão é o pioneirismo, onde o movimento é criar um novo espaço entre as áreas de conhecimento que abarca essas duas experiências de graduação em saúde. Entendendo que Administração não comporta todos os conhecimentos necessários para formação desejada e que a Saúde Coletiva possui outros objetivos que não, estritamente, a gestão dos serviços de saúde, o curso de GSS vem como vanguardista de seu campo de atuação no sistema de saúde nacional. Compreende-se que toda teoria é baseada em uma prática que, sendo teorizada, influencia outras práticas. No PPP não é diferente: considerado um guia para a formação profissional de trabalhadores e trabalhadoras, seu conteúdo deve convergir para a transformação social. Ao tentar, neste trabalho, responder quais teorias embasam a prática formativa no Curso de GSS e qual sua identidade epistemológica, presentes no PPP, que objetiva formar profissionais críticos para atuarem no SUS, pretendeu-se, também, interpretar uma construção materializada no passado, que influencia o presente e delimita o futuro. No primeiro eixo analisado, o cenário teórico-metodológico encontrado no objeto de estudo reúne quatro tendências pedagógicas explícitas e implícitas: renovada progressivista; histórico-crítica; transformadora e tecnicista. A partir disso, alguns questionamentos são levantados: como é possível conviverem de forma interdisciplinar tendo objetivos tão diferentes? Umas prevalecem sobre as outras? São consideradas parcialmente? São anuladas no cotidiano formativo? Já no eixo Identidade Epistemológica, a constituição de três grupos cujas opiniões divergem entre si pode gerar tanto o desmantelamento como a união da comunidade que sustenta o Curso - o que vai ditar essa história será o modo como serão conduzidas as discussões sobre o assunto. Isso se faz mais necessário quando se encara a perspectiva

interdisciplinar de GSS. Sendo assim, todas as visões (baseadas em diferentes disciplinas) precisam ser reconhecidas como legítimas, sendo possível assim trocar experiências com a finalidade consensual do processo identitário. Esse estudo vem se agregar a outros sobre formação de profissionais na Área da Saúde Coletiva no nível de graduação, realizados desde a década de 1990, em uma perspectiva centrífuga, ou seja, de uma visão interna do Curso para o conjunto externo de atores que lutam pela consolidação desse profissional no SUS.

ANÁLISE DAS GLOSAS DAS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM ANTES E DEPOIS DE UMA CAPACITAÇÃO EM CUIDADOS COM PELE E FERIDAS EM UMA UTI ADULTO DE UM HOSPITAL ESCOLA DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Thiago Pereira Kovalski, Nilva Lúcia Rech Stédile, Sandie Lauren Kahl Mueller, Regina Helena Medeiros, Anderson Kahl Beck

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva, Glosas, Educação permanente em saúde, Prescrição de enfermagem

INTRODUÇÃO: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) consiste em um setor hospitalar altamente especializado, que tem como função a vigilância contínua de pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, os quais possuem condição de restabelecimento ou melhora na qualidade de vida. Porém necessitando de intervenções rápidas e precisas, que tem por objetivo oferecer suporte, monitorização hemodinâmica, metabólica, nutricional, ventilatória e reabilitação. Pacientes internados em UTI apresentam com frequência cuidados relacionados a feridas e a pele. Com o aumento de pacientes geriátricos na UTI aumentou, também, os riscos com lesão de pele e complicações na

cicatrização. Sabe-se que com os extremos de idade aumenta a propensão a déficits imunológicos e de cicatrização, retardando o processo de recuperação destas lesões. Além disso, por tratar-se de doenças crônicas associado a idade avançada permanecem mais tempo internados na UTI. Os idosos apresentam a média dos escores de Braden mais baixas e condições clínicas de maior gravidade, o que resultam em maiores riscos e aparecimento de lesões de pele, especialmente as Úlceras por Pressão (UPP). Para que os serviços de saúde sejam pagos pela prestação de cuidados é necessário que estes estejam prescritos de forma adequada e os procedimentos sejam registrados no prontuário do paciente, evitando-se não conformidades e grossas nas contas. Não conformidade é todo e qualquer erro ou inadequação ao processo de trabalho de enfermagem visto através de uma auditoria. Os cuidados de enfermagem que não são prescritos, checados e executados de forma adequada trazem prejuízo econômico ao serviço de saúde e déficit no cuidado, ou seja, eles geram glosas, serviços que não são pagos devido a uma inconsistência na administração do cuidado. Assim as inconformidades podem ser reduzidas com o desenvolvimento de um programa de educação continuada, supervisão e auditorias. **OBJETIVO:** Calcular com base nas glosas os custos provenientes da não checagem adequada dos cuidados prescritos com a pele e lesões e comparar a quantidade de glosas presentes antes e após uma capacitação aos funcionários de enfermagem na UTI. **METODOLÓGICO:** Trata-se de um estudo descritivo transversal. A obtenção dos dados deu-se através da análise de prontuários dos pacientes antes e depois de um treinamento sobre o tema, em uma UTI de um hospital escola com capacidade para 10 leitos, localizado no interior do Rio Grande do Sul, entre os meses de setembro e outubro de 2013. A

pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição com o protocolo nº 38/2013 em 12 de setembro de 2013 e todos os preceitos éticos previstos na Lei 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foram observados, preservando a identidade dos participantes, a confidencialidade dos dados, bem como a utilização das informações para aprimoramento dos serviços, fins acadêmicos e pesquisa. Foram avaliados os pacientes com risco para UPP e as respectivas prescrições e cuidados de enfermagem em relação a curativos, bem como a checagem dos mesmos nos prontuários dos pacientes e os registros destes. Foram incluídos todos os pacientes internados na UTI no período outubro e novembro de 2013 com lesões de pele e risco para UPP. A UTI onde se realizou o estudo possui processo e enfermagem e protocolo de cuidados com Prevenção de Úlcera Por Pressão (PUPP) como: creme de barreira, películas transparentes, material e curativo hidrocolóide de prevenção e tratamento, como também produtos e curativos especiais para o tratamento de feridas, entre eles: hidrofibra, carvão ativado, alginato de cálcio, hidrogéis e óleos graxos essenciais. Utilizaram-se as seguintes variáveis: motivo de internação, doenças de base, tempo de internação dos pacientes, taxa de ocupação do setor, tipos de cuidados com a integridade da pele, cuidados de enfermagem para manutenção das feridas e coberturas e as ocorrências de cuidados que não foram executados e checados. Após a coleta dos dados foi realizado uma capacitação sobre normas de registros e cuidados de enfermagem relacionados à feridas e pele para todos os turnos da UTI, envolvendo 18 (dezoito) técnicos de enfermagem e 5 (cinco) enfermeiros da UTI, com base nos protocolos de cuidados da própria instituição. Para a organização dos dados utilizou-se frequência e percentual. Este processo ocorreu por um período de 15 dias. Após a coleta dos

dados, os mesmos foram classificados e divididos por categorias, das quais geraram melhor representação e análise da caracterização da unidade e dos cuidados de enfermagem, relacionados diretamente com a prescrição de curativos. **RESULTADOS:** Com os resultados fez-se necessário uma intervenção aliada à educação continuada da instituição, capacitando os profissionais de enfermagem da unidade em todos os turnos de trabalho. Quanto à realização adequada das prescrições de enfermagem e a importância de cuidados, processo gerencial, econômico e financeiro. Após esta intervenção foi realizado um novo processo de coleta de dados, assemelhando-se ao descrito anteriormente, todavia com a redução no tempo, de 15 dias para 6 dias, contudo com projeção nos custos de ambos para 30 dias. Os motivos mais frequentes para internação foram: pós-operatório imediato de grande porte, sendo a cirurgia cardíaca (24%) e de trato gastrointestinal (19%), seguindo pelas alterações de nível respiratório com necessidade de ventilação mecânica (19%). A média de idade dos pacientes foi de 59 anos. O tempo médio de internação foi de 19 dias e 14 horas, com uma taxa de ocupação na UTI de 92% dos leitos. As prescrições de enfermagem específicas para curativo realizados antes da capacitação com prescrição e checagem adequada foi de 70% e as prescrições de forma inadequada correspondem à taxa de 30%. Após a capacitação, as prescrições com checagem adequada foi de 91%. A prescrição inadequada antes da capacitação relacionada à PUPP foi de 26% e após a intervenção esta taxa deu-se em 16%. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados mostram que a educação continuada em uma UTI pode reduzir o índice de não conformidade de 30,94% para 9,33%. Esta pesquisa demonstra que a maior prevalência de não conformidades se dá na ausência ou incoerência da prescrição de enfermagem,

no quesito curativos em uma UTI adulto. Quanto aos custos pode gerar uma redução de até 78,225%. Investir em capacitações e supervisão continua dos gastos é uma forma de manter a qualidade do cuidado e o programa de coberturas tecnológicas nos serviços.

AS POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DOS GOVERNOS LULA: UM OLHAR PARA O PROCESSO POLÍTICO

Manuelle Maria Marques Matias, Ruben Araújo de Mattos

Palavras-chave: políticas, educação permanente, sistema único de saúde

Este trabalho parte do reconhecimento de que existiram duas políticas de educação permanente em saúde durante os governos Lula, as quais estão ratificadas em dois documentos diferentes: o primeiro através da Portaria nº 198/GM/MS, de fevereiro de 2004 e o segundo através da Portaria nº 1996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. E, ainda que em torno dessas políticas referidas estabeleceu-se a “formação” de dois grupos com características peculiares e práticas divergentes. Nesse sentido pretendemos pôr em questão tais reconhecimentos e apresentar uma narrativa sobre o processo político que supostamente teria dado origem a duas políticas de Educação Permanente em Saúde nos governos Lula. Através de análise dos documentos das políticas, procuraremos buscar os indícios e conexões que se colocam na formação de dois grupos em torno do tema da EPS. Para tanto não desprezaremos os documentos formais já referidos bem como outras produções textuais do período que tenham servido para dar materialidade ou sustentação teórica às duas políticas colocadas, sendo

necessário que também façamos análise desses materiais. Essa análise, contudo, terá o intuito de percorrer “indiciariamente” tais documentos afim de “procurar pistas” que possam auxiliar na compreensão dos processos que os constituíram uma vez que consideramos que “os textos são produtos de acordos em vários estágios, frutos de múltiplas influências e agendas” (BALL, 2006). Seguindo os passos de Ginsburg (1989) que construiria o paradigma de um “saber indiciário” colocamo-nos, sem a pretensão de negar a complexidade das questões que se colocam, à procura de pistas ou pequenos indícios nos textos que funcionem como pequenas peças de um quebra-cabeça prestes a ser montado. Assim, em pleno acordo com o autor, procuraremos desnudar os entendimentos que subjazem às escritas de tais produções textuais oficiais e não oficiais. Concretamente falando tratar-se-ia de tentar identificar os conceitos, argumentos ou concepções presentes nos textos de cada um dos grupos referidos e seus esforços estratégicos de afirmação de si e demarcação de diferenças para outrem. Dessa forma é importante não apenas o cotejamento comparativo entre os dois grupos, mas também as formas como cada grupo dispõe sua própria identidade. Também analisaremos o processo político que deu origem às duas políticas. Nesse intuito buscaremos compreender as trajetórias e entendimentos das atrizes e atores que vivenciaram tal processo político. Para tanto propomos ainda a realização de entrevistas com as pessoas que ocupavam os seguintes cargos nos dois períodos que refletem um marco temporal das duas políticas em torno da Educação Permanente em Saúde (2003 a junho de 2005 e junho de 2005 a 2010): Secretário(a) de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES); Coordenação-Geral de

Ações Estratégicas em Educação na Saúde; Coordenação-Geral de Ações Técnicas em Educação na Saúde; Coordenação-Geral de Ações Populares de Educação na Saúde; Departamento de Gestão de Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Dessa forma estimamos a realização de 12 entrevistas. Para a coleta dessas informações será utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada com questões abertas que terão o papel central de trazer à tona as trajetórias de engajamento dos sujeitos com a temática em torno da EPS. Tal roteiro terá o intuito de ajudar o entrevistador a conduzir a entrevista, embora, este seja apenas uma ferramenta secundária, tendo em vista que a ideia de entrevista aberta não se prende a nenhum esquema fechado e estável. Os sujeitos da pesquisa serão localizados por informantes-chave da pesquisadora e previamente contatados por telefone ou através de correio eletrônico a fim de marcarmos melhor dia, horário e local para a realização da entrevista, caso desejem participar do estudo. Na ocasião será apresentado e entregue a cada um dos sujeitos um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, sendo que uma ficará com o sujeito do estudo e outra será arquivada pela pesquisadora, a qual os participantes assinarão no momento em que será apresentado o objetivo do trabalho e ressaltada a importância que representará a colaboração deste para a sociedade. Tal procedimento será realizado a fim de garantir a liberdade dos sujeitos para participarem ou não da pesquisa, a possibilidade de se afastar da investigação no momento em que desejarem sem que isto lhe traga prejuízo. Por se tratarem de pessoas que exerceram função pública na ocupação de cargos da gestão federal ou que participaram de espaços públicos trabalharemos com a possibilidade do não anonimato, a depender da autorização do sujeito. Nosso intuito é o de percorrer as

trajetórias desses sujeitos através de seus relatos a fim de tentar compor uma narrativa crítica acerca dos processos e trazer à tona os embates, tensões, contradições, vivenciados àquela ocasião e que em grande medida foram responsáveis por inúmeros desfechos no campo da formação. Sendo um trabalho de análise de políticas, o presente trabalho poderá contribuir para ofertar narrativas interessantes que podem ajudar a compreender o processo político que subjaz a formulação de uma política pública, podendo contribuir para os diversos atores envolvidos. A compreensão do processo político em torno das políticas de educação permanente em saúde por sua vez é importante porque pode trazer reflexões importantes sobre os desdobramentos das políticas no campo da formação. A narrativa crítica que queremos compor é diferente das narrativas dos sujeitos e parte de outro ponto de observação, não neutro e reconhecidamente implicado com o processo, mas que por outro lado mantém forte compromisso com a busca incessante da objetividade já referida anteriormente. Temos em conta os desafios que se põem nesse sentido, uma vez que não consideramos possível uma redescritção exata dos acontecimentos de outrora. O próprio ato de ser entrevistado provoca reflexão através da reconstrução de fatos e memórias pelos sujeitos, que criam por vezes outras análises e leituras diferentes das que faziam quando do momento vivenciado. Por outro lado, aceitamos o desafio que está posto e tomamos o protagonismo na reconstrução desses fatos e na composição de outra história a partir das diferentes histórias. Não temos, contudo, a pretensão de chegar à verdade ou de construir a melhor narrativa, mas se há alguma certeza que nos move é a de que o caminho a ser trilhado indubitavelmente será único.

AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CÉREBRO NO IMAGINÁRIO DA DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA SOBRE SAÚDE E VIDA

Anderson dos Santos Machado

Palavras-chave: cérebro, imaginário social, representações, retórica

Este resumo descreve a força da retórica gerada pelas capas da revista *Mente e Cérebro*. A intenção é buscar identificar representações sociais do cérebro recorrentes no gênero que trabalham com a divulgação científica. A partir desse estudo de caso procurou-se descrever como o cérebro é apresentado na articulação simbólica que denominamos simbiose imagem/palavra no sentido de identificar as estratégias de convencimento a partir dos elementos simbólicos presentes nesta articulação. A proposta não é buscar o valor da verdade discursiva, mas os sentidos que emergem dessas capas e como elas produzem representações que nos convencem a determinados modos de conduzir a vida e o viver. Procurou-se avaliar como o cérebro é representado para a sociedade e se ele se configura, no periódico, não apenas como um órgão do corpo, mas também como núcleo central do sujeito humano, comandando suas emoções e controlando as formas de cuidado e vida, podendo ser medicalizado e condicionado para maximizar a vida biológica. Pretendeu-se com esta análise, contribuir para o debate sobre o papel relevante das Biociências no imaginário social como dispositivo de produção de verdades sobre a saúde, o adoecimento e na normatização da vida e do viver na sociedade contemporânea.

AS VIVÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS DIANTE DO CUIDADO DE PACIENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

Luiza Smeha de Matos, Maria Evanir Vicente Ferreira, Raieli Ciscato Bressan, Luciane Najar Smeha, Karine Cáceres Machado

Palavras-chave: Saúde Mental, Enfermagem, Cuidado de enfermagem

INTRODUÇÃO: A Reforma psiquiátrica teve seu início entre os anos de 1978 e 1980 e com ela vieram mudanças com relação ao atendimento, os conceitos de doença mental e a maneira de lidar com ela, modificando a prática em saúde mental nos diferentes níveis de assistência. A Reforma desenvolve uma nova maneira de pensar e agir em saúde mental criando meios de inserir os pacientes de longa permanência de instituições psiquiátricas na sociedade e preservar sua cidadania, na medida do possível, pois muitos pacientes crônicos ainda dependem das instituições psiquiátricas. Com estas mudanças passa a ser necessário que o enfermeiro, enquanto cuidador, exerça o cuidado de maneira a garantir o atendimento integral do indivíduo em sofrimento psíquico grave. Para prestar esse tipo de cuidado é preciso que a enfermagem possa abandonar preconceitos, rótulos e estigmas vinculados a esses indivíduos, valorizando a subjetividade, singularidade e complexidade do ser humano. A partir daí é possível realizar o atendimento que o paciente necessita, com cuidado humanizado e olhar ampliado, visualizando mais do que a patologia. Diante disso é importante refletir sobre a realidade dos profissionais de enfermagem. Eles estão capacitados para atender pacientes em sofrimento psíquico grave? O Enfermeiro está conseguindo se adaptar a estas mudanças? Está apto para realizar um atendimento que envolva

cuidar além do corpo físico? Baseando-se no exposto acima se questiona: como o enfermeiro vivencia o cuidado de pacientes em sofrimento psíquico grave nos diferentes níveis de assistência de saúde? Com o pressuposto de elucidar o presente questionamento, objetivou-se conhecer as vivências da enfermagem diante do cuidado aos pacientes em sofrimento psíquico grave, nos diferentes níveis de assistência de saúde. **METODOLOGIA:** Estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo, realizado entre junho de 2012 e maio de 2013. Participaram 11 enfermeiras que atuam nos contextos de cuidado de um município do interior do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas a partir das seguintes questões norteadoras: “Fale sobre a sua experiência acadêmica no campo da saúde mental (disciplinas/ estágios)”. “Como você compreende o papel da enfermagem na saúde mental?” “Relate seus sentimentos, as suas vivências profissionais e intervenções em situações que envolvam pacientes em sofrimento psíquico grave.” “Sabe reconhecer sinais ou sintomas de sofrimento psíquico em pacientes internados na unidade em que você trabalha?” Os dados foram analisados pela técnica de análise temática de Minayo. Eles foram organizados em quatro categorias: 1) os sentimentos dos enfermeiros no atendimento aos pacientes em sofrimento psíquico grave; 2) a construção do conhecimento na área da saúde mental; 3) os desafios no cuidado em saúde mental e 4) a importância do enfermeiro na saúde mental. O projeto de pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Franciscano, sob o número 149.297. **RESULTADOS:** Na análise dos dados aparece que a equipe de saúde possui sentimentos de ansiedade, medo e insegurança diante dos pacientes em sofrimento psíquico grave, principalmente pelo risco de agressão e

fuga. Alguns profissionais se recusam a lidar com estas situações, muitas vezes, por falta de conhecimento no manejo ou por experiências ruins vividas durante o exercício profissional ou no estágio acadêmico. Os participantes deste estudo revelaram que o conhecimento adquirido por meio da graduação foi restrito e superficial, além do que a maioria relatou que as práticas acadêmicas se limitaram a unidades psiquiátricas, sem nenhuma relação com os demais serviços que a rede de atenção em saúde mental disponibiliza. É possível constatar, como uma dificuldade vivenciada pelos enfermeiros, que há um despreparo das equipes de saúde no manejo com pacientes em sofrimento psíquico grave. Percebe-se que os discursos se encontram ainda muito voltados para o atendimento pré-reforma psiquiátrica baseado em medicalização e contenção instantâneos. Em algumas das falas as próprias enfermeiras propõem a educação continuada e a capacitação como forma de apoio para enfrentar este desafio. A maioria dos enfermeiros diz compreender a relevância do papel do enfermeiro em saúde mental, sendo que uma delas revela que, além do trabalho do enfermeiro, a equipe multiprofissional é de fundamental importância para o cuidado. A Enfermeira da unidade de internação, com pós-graduação em saúde mental, revela a importância do enfermeiro no manejo do paciente que muitas vezes influencia na resposta do paciente ao cuidado recebido e ressalta também sobre a importância do conhecimento na área. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo permitiu a reflexão sobre as vivências dos enfermeiros quanto à construção do conhecimento, realização do atendimento e saúde psíquica dos trabalhadores em saúde mental. A construção do conhecimento na área ainda encontra-se defasada na maioria dos cursos técnicos e de graduação e isto leva a um despreparo dos profissionais de saúde no

momento do atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico grave, que acaba realizando procedimentos desnecessários e encaminhamentos incorretos. O despreparo, além do estigma referente ao paciente psiquiátrico, leva a sentimentos de medo, angústia e ansiedade dos profissionais no momento do atendimento, o que provoca sofrimento em todos os envolvidos. Quanto às vivências dos enfermeiros na área e nos diferentes níveis de assistência, não foi possível constatar diferenças relevantes. Este fato não ocorre quando comparadas às falas das enfermeiras com experiência na área da saúde mental com a fala das demais. Assim, é perceptível a questão da subjetividade do indivíduo, da humanização do cuidado e do atendimento eficaz aos pacientes em sofrimento psíquico grave. Como desafios foi possível constatar a deficiência na construção do conhecimento, o despreparo para o atendimento, o trabalho mecanizado e dificuldades na saúde mental dos trabalhadores da unidade psiquiátrica. O despreparo para o atendimento foi evidenciado por meio de práticas na enfermagem ainda voltadas para a contenção física e química, para medicalização e internação, sem utilizar uma conexão com a rede de saúde mental do município. Cabe ressaltar que atualmente o atendimento aos indivíduos em saúde mental não se restringe apenas às unidades psiquiátricas e Centros de Atenção Psicossocial, mas, sim, a todos os setores e serviços de saúde. Com isso, o enfermeiro precisa estar preparado e seguro das suas ações para realizar o atendimento integral. Com vistas no olhar ampliado, a escuta atenta e a compreensão do indivíduo como um todo, que muitas vezes busca, nos profissionais da saúde, muito mais do que sua saúde física.

ATENÇÃO INTEGRAL A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: IDENTIFICANDO NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE A INSERÇÃO DE CONTEÚDOS

Maíra Cássia Borges de Oliveira, Daiana Kloh, Carine Vendruscolo

Palavras-chave: Formação em Saúde, Violência doméstica, Integralidade em saúde

Apresentação: Hegemonicamente, os processos de formação na área da saúde, por estarem fundamentados em modelo disciplinar centrado no conceito biomédico de saúde, remetem aos discentes e docentes pensarem na doença em sua dimensão biológica, tendo o cuidado fundamentado em medidas terapêuticas aplicáveis na patologia em questão. Esse tipo de formação reduz as outras dimensões do processo de conhecimento, as quais permitem configurar o exercício profissional como uma prática mediada por visões de mundo, intencionalidade e contradições. A abordagem da integralidade do cuidado na formação em saúde exige uma compreensão do ensino como um processo construído por docentes, discentes, profissionais de serviço e a comunidade, que se movimentam e atuam como sujeitos. Na condição de protagonistas, estes determinam as práticas de saúde, de educação e de controle social, e definem as estratégias que sustentam o modelo de ensino. O currículo das universidades brasileiras tem demonstrado inadequações em seu conteúdo e práticas pedagógicas para o exercício de atividades que envolvem a pluralidade das necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS), o que inclui a temática sobre a violência. A violência doméstica representa toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito

ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora do lar, por qualquer um que mantenha uma relação de poder com a pessoa agredida, incluindo aqueles que exercem a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue. A maior parte dos casos de violência acontece em casa, afetando, sobretudo mulheres, crianças e idosos. Estima-se que, em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso durante a vida, sendo que o companheiro apresenta-se como o agressor mais comum. Objetivo: Identificar nos Planos Político-Pedagógicos (PPP) das Universidades Federais de Santa Catarina a inserção de conteúdo sobre violência como forma de instrumentalização dos profissionais da área da saúde. Os cursos elencados para a investigação foram os de Enfermagem e Medicina, sendo estes os profissionais que mais entram em contato com vítimas de violência. O Projeto Político-Pedagógico (PPP) tem sido objeto de estudos e debates entre os educadores. Sua finalidade é definir estratégias pedagógicas, tendo como previsão o que se deseja transformar, tanto no que se refere à concepções teóricas ou práticas, voltando-se para a operacionalização das metas da escola, para que os alunos possam ser preparados para o mundo em que vivem, interpretando e pensando a realidade como um todo, capazes de criticar e desenvolver expectativas e projetos em relação à sociedade. A partir dessas considerações surgem as inquietações sobre os motivos pelos quais é insuficientemente abordado o tema violência doméstica, no âmbito de alguns cursos da área da saúde, sendo essas as profissões que mais atuam em situações de violência no processo laboral. Acredita-se que a formação integral de profissionais da área da saúde compreende saberes, habilidades e competências específicas

frente à situações que envolvam vítimas de violência doméstica. Metodologia: Este estudo consiste em uma pesquisa documental, de natureza qualitativa, visando analisar como a formação acadêmica em enfermagem e medicina está preparando os acadêmicos para atuarem em situações de violência doméstica. A fonte de informações são os PPP das Universidades Federais de Santa Catarina, quais sejam Universidade Federal de Santa Catarina e Universidade Federal da Fronteira Sul. Foi escolhido este estado devido ao número de Universidades Federais existentes, com os cursos de graduação da área da saúde que foram pesquisados. Os critérios de inclusão das universidades são os seguintes: a) ser universidade federal do estado; b) ter pelo menos um dos dois cursos a serem pesquisados a partir dos PPP. Os PPP foram pesquisados online, nos sites das universidades, verificando se estão dispostos de forma integral. O instrumento utilizado para a pesquisa foi o PPP vigente e mais atual dos cursos de graduação em Enfermagem e Medicina das Instituições de Ensino Superior (IES) selecionadas. Resultados e Discussão: Ao analisar o perfil das escolas e relacionar os conteúdos ministrados com a temática de violência doméstica, percebe-se o quanto as mesmas devem ser voltadas para a realidade atual da sociedade. Soma-se ao exposto que as disciplinas que trabalham a temática violência abordam timidamente o que é a violência, quais suas causas, os tipos de violência que são sofridas, seus sinais e sintomas, atitude dos profissionais a serem tomadas frente a situações que abordam esta temática, as redes de atendimento existentes, como denunciar as ocorrências e as leis que amparam as vítimas. Nesse contexto é de suma importância que durante a graduação de enfermeiros e médicos os acadêmicos estejam cientes sobre as políticas públicas existentes com conhecimento sobre as leis

que regulamentam estes atendimentos e identifiquem o papel destes profissionais da área da saúde no atendimento das vítimas. Considerações Finais: Espera-se com este trabalho resgatar a importância desse tema e sensibilizar uma readequação do ensino na graduação em enfermagem e medicina, de modo que os futuros profissionais estejam preparados para agir de maneira apropriada, qualificada em momentos críticos e situações difíceis, com equilíbrio para tomar decisões, objetivando um atendimento integral e a redução de mortalidade da população. Além disso espera-se uma maior adequação nos PPP que levem em consideração a inclusão de um novo cenário a nossa realidade: o crescente número de casos de violência e a grande demanda por serviços de saúde, que nos últimos anos só aumentou.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES COM DEFICIÊNCIA: UMA EXPERIÊNCIA ACADÊMICA

Marcia Cancado Figueiredo, Veridiana Germano Ecke, Francesca Moro Leonard, Kethlen Pinzon, Taiane Furtado, Andressa Haas

Palavras-chave: Paciente com deficiência, saúde bucal, cirurgião-dentista

APRESENTAÇÃO: Segundo dados da OMS, 10% da população mundial é constituída por pessoas com deficiência seja esta, mental, física, anomalias congênitas, distúrbios comportamentais, transtornos psiquiátricos, distúrbios sensoriais e de comunicação (HADDAD, 2007). Deste modo, o cirurgião-dentista deve saber realizar uma anamnese minuciosa a fim de detectar possíveis alterações e assim, proporcionar um atendimento odontológico integral,

seguro e individualizado na abordagem e plano de tratamento com características peculiares, ainda que a moléstia de base seja a mesma. Atualmente, no Brasil, o número de especialistas para o atendimento odontológico a essa população é pequeno, muitas vezes, limita-se a instituições, onde o cirurgião-dentista, em raros casos, integra uma equipe multidisciplinar e desempenha importante papel na manutenção e melhoria da qualidade de vida desses pacientes. Atentos a essa falta de capacitação profissional e grupos de estudo que discutam métodos facilitadores de prevenção e tratamento odontológico voltados para esses pacientes e, diante da escassez de programas odontológicos voltado para pessoas com deficiência, foi instituído em 2005 esta atividade de extensão, perfazendo 10 anos de existência. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO** Este programa de extensão interdisciplinar visa formar e capacitar acadêmicos de odontologia no atendimento odontológico a pacientes com deficiência, com o objetivo de oferecer uma melhora na qualidade de vida destes pacientes. Com vista nas peculiaridades do atendimento a pacientes com deficiência que vai desde o manejo ao tratamento, além da integralidade, também é nosso objetivo fazer com que os acadêmicos se sintam melhor preparados para lidar com situações referentes à saúde bucal e comportamento dessa população. Nesse contexto, ao longo dos dez anos, os atendimentos, além de serem a pacientes que vêm por livre demanda, são estendidos também àqueles oriundos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Porto Alegre e da grande Porto Alegre, devido ao convênio entre Faculdade de Odontologia da UFRGS e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

(Centro de Especialidade Odontológica CEO/UFRGS). Os acadêmicos como forma de contribuir com todo esse processo de transformação e auxiliar no planejamento de ações em saúde para uma melhor qualidade deste programa de extensão, aprendem e descrevem as condições de saúde desta população de deficientes, investigam os fatores determinantes das situações de saúde dos mesmos e, avaliam o impacto das ações de saúde instituídas, proporcionando, através de seus resultados, a possibilidade de contribuir para uma melhor resolubilidade no âmbito da qualidade de vida dos mesmos. **RESULTADOS:** É um desafio trabalhar com a promoção da saúde no setor público, especialmente com pacientes deficientes, é prejudicado por fatores como situação socioeconômica baixa, necessidade de grandes deslocamentos, dificuldade de transporte, tempo despendido nos diversos tratamentos de reabilitação paralelos ao tratamento odontológico, predisposição que esses pacientes têm de adoecer, associados à falta de compreensão, interesse e resistência dos pais sobre a importância da saúde bucal. Estes fatores justificam a forte relação entre o baixo nível de escolaridade (50,7% têm 1º grau incompleto), renda familiar (41% vivem com 2 salários mínimos) dos responsáveis pelos nossos pacientes e as suas péssimas condições de saúde bucal. O que se trabalha com os acadêmicos nesta referida extensão é que, para atender de forma adequada os pacientes com deficiência, é necessário observar o todo, perceber o paciente integralmente, conhecer as reações orgânicas, avaliar as complicações advindas da evolução de cada síndrome e/ou alteração sistêmica, atentar para interações medicamentosas, de forma que a atuação do cirurgião-dentista

propicie a esse sujeito saúde e função do sistema estomatognático. O Retardo de Desenvolvimento: Neuro-Psico-Motor (DNPM) foi o mais prevalente no diagnóstico de nossos pacientes (40,4%) e fatores como idade, grau de deficiência mental e um padrão ruim de higiene bucal, a má oclusão, a alta incidência de cáries e doença periodontal foi alta nestes pacientes. Além desta alteração de normalidade, pôde-se observar muitas outras, como Síndrome de West, Síndrome de Smith Lemli Optiz, Hiperatividade, Esquizofrenia e SIDA que não foram citadas no presente estudo por não terem tido uma frequência significativa na população avaliada. O fato de um paciente ser portador de determinada deficiência, não exclui a possibilidade de apresentar alguma outra característica. As diferentes necessidades foram computadas separadamente, podendo um paciente pertencer a mais de um grupo. Entre as associações decidiu-se trabalhar apenas com Síndrome de Down e Cardiopatias, além de Retardo de DNPM e Epilepsia pela frequência em que aparecem na amostra estudada. Na análise dos medicamentos utilizados por esse grupo de pacientes, pôde-se verificar a maior prevalência do uso de anticonvulsivantes, seguidos de Antipsicóticos, Tranquilizantes e Antidepressivos. Outros fármacos como Anti-hipertensivos e Anticolinérgicos são utilizados em menor escala. Essas condições podem e devem ser prevenidas com precoce atendimento a todos os deficientes, principalmente com a participação ativa dos cuidadores no processo de introdução aos cuidados de higiene bucal e análise do tipo de alimentação devida, associados ao tratamento ambulatorial realizada nesta ação de extensão. Infelizmente, há uma carência muito grande de ações

odontológicas voltadas para a pessoa com deficiência. Um dos fatores que mais contribuem para esta atenção excludente é a pouca formação de recursos humanos para atendê-los. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Brasil é o campeão mundial em número de dentistas, 219.575 mil registrados nos Conselhos Regionais, sendo 401 com especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais e destes, apenas 22 atuando no Rio Grande do Sul. Deste modo, é evidente a necessidade de que se continue formando e capacitando acadêmicos de qualidade na área de odontologia para o atendimento ao deficiente com foco nas iniciativas de prevenção e promoção de saúde e que aborde também as questões clínicas dos mesmos.

ATIVIDADE EDUCATIVA: UM INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO A SAÚDE NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Nathalie Oliveira Goncalves, Rose Manuela Santos, Luisa Kecyane Cardoso

Palavras-chave: Saúde da família, Educação em Saúde, Hipertensão

INTRODUÇÃO: Uma definição de promoção da saúde pode ser definida como um conjunto de estratégias que envolvem o campo de conhecimento teórico e também o campo das práticas transversais, com ações direcionadas a níveis de atenção à saúde. Com isso, pode-se destacar que a abordagem do profissional de saúde deve abrir espaços para que o usuário possa ter co-participação no seu tratamento, evitando que a atenção à saúde seja meramente curativa e tecnicista. Dessa forma as Diretrizes da Educação para a saúde foram definidas, pelo Ministério da Saúde, em 1980, como atividades planejadas que tinham como objetivo criar condições para produzir transformação de

comportamento. Diante disso, o objetivo do estudo foi conhecer as atividades educativas realizadas pelos profissionais do programa Hiperdia a fim de alcançar uma sensibilização sobre o estilo de vida dos indivíduos com Hipertensão Arterial. **MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa onde os entrevistados se expressam livremente sobre o tema. A pesquisa foi realizada em uma UBS do município de Jequié-BA. Utilizamos como critérios de inclusão a UBS, que tinha um expressivo número de hipertensos cadastrados e funcionava o Programa HiperDia, as entrevistas foram realizadas com 15 indivíduos hipertensos com idade superior a 18 anos. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e assinatura prévia dos sujeitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob o número 012/2009. Para a análise dos dados optou-se pela análise de conteúdo proposta por Bardin (2010) onde inicialmente foi realizada à transcrição na íntegra das entrevistas, posteriormente a pré-análise que buscou contemplar por meio de uma leitura flutuante dos depoimentos para a constituição do corpus da pesquisa. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Neste estudo foi definido uma categoria onde abordou a questão das atividades educativas na Unidade e duas subcategorias, os que nunca participaram e os que já participaram. **CATEGORIA 1: Atividades educativas na Unidade Subcategoria 1.1:** Nunca participaram De acordo com as falas pode-se perceber a inexistência de atividades educativas na Unidade de Saúde em estudo. A pergunta abordava a existência de grupos ou palestras que abordavam a educação em saúde voltada para a Hipertensão Arterial. [...] Não. [...] Aqui. Aqui nunca teve não. [...] Aqui mesmo. Aqui mesmo não. [...] Nunca. [...] Não. [...] Não,

não, não. Eu nunca vim aqui pra palestra nenhuma. A implementação de ações de educação centrada nas necessidades do paciente é mais efetiva para a melhoria do conhecimento da hipertensão arterial que informações prestadas de rotina durante a consulta, e os pacientes atendidos no programa sentem falta de atividades nas quais indivíduos com problemas de saúde parecidos possam partilhar experiências e dúvidas. Subcategoria 1.2: Participaram Nos relatos apresentados pelos entrevistados, pode-se perceber que uma minoria responderam que já haviam participado de um grupo em que era trabalhado o tema. [...] Eu já participei já, a muitos anos passado, quando eu era atendido em outro Posto, que a doutora especialista, ela fazia reuniões e explicava muita coisa. [...] Já. Eles que me explicaram isso que eu tô te falando. Por ser a hipertensão arterial uma doença multifatorial, o desenvolvimento e a implementação de estratégias de intervenção, em particular, aquelas de educação em saúde, envolvem uma ótica ampla na qual devem ser considerados aspectos individuais e coletivos. **CONCLUSÃO:** A realização da pesquisa foi de grande importância para elucidar quanto a inexistência de atividades coletivas voltadas para a sensibilização de indivíduos com hipertensão arterial, e o quanto os mesmos ficam carentes de informações. A educação em saúde é reconhecida pelo seu potencial para a redução de custos junto a diversos contextos da assistência, por favorecer a promoção do auto-cuidado e o desenvolvimento da responsabilidade do paciente sobre decisões relacionadas à saúde. A educação do paciente é vista como questão importante para a adesão ao tratamento, no estabelecimento do autocuidado e no combate a morbimortalidades. Logo, a educação em saúde consiste em um dos principais elementos da promoção da

saúde e, portanto, para que se obtenha melhores condições de vida. As experiências educativas com usuários portadores de hipertensão devem fazer referência à perspectiva de formação da consciência crítica sobre a saúde individual. Palavras-chave: Saúde da família; Educação em Saúde; Hipertensão.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NOS NÚCLEOS DE APOIO EM SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Beatriz Ferrari, Scheila Marcon, Adriana Cristina Hillesheim

Palavras-chave: NASF, Farmacêutico, Processo de trabalho

APRESENTAÇÃO: Em 2008, com o objetivo de ampliar as ações da Atenção Básica e sua resolutividade, apoiando a Estratégia de Saúde da Família (ESF), foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria nº154/GM de 2008. Esta foi de grande importância na consolidação da ESF, pois estabeleceu a constituição dos núcleos por equipes, compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Conforme a Portaria da Atenção Básica nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, o farmacêutico está entre profissionais que podem fazer parte do NASF. Por se tratar de uma proposta recente do Ministério da Saúde, tem-se a necessidade de conhecer como está a implantação do NASF nos municípios, bem como a presença e atuação do farmacêutico junto à equipe multiprofissional e o desenvolvimento da interdisciplinaridade entre os profissionais. As diretrizes do NASF mostram claramente a importância do farmacêutico no NASF, mas para que os resultados esperados sejam realmente alcançados, esse profissional deve ter sua agenda de trabalho bem organizada

como é descrita nas diretrizes, para poder desempenhar seu trabalho. Portanto, este estudo foi de suma importância para identificar as potencialidades e dificuldades encontradas pelo profissional farmacêutico em seu cotidiano de trabalho e assim, avaliar se as diretrizes do NASF estão sendo contempladas na prática, tendo como objetivo descrever a atuação dos profissionais farmacêuticos que integram as equipes dos NASF dos municípios que fazem parte da área de abrangência da Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) Chapecó/SC. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Tratou-se de uma pesquisa quali/quantitativa com profissionais farmacêuticos que fazem parte das equipes do NASF e gestores dos nove municípios da área de abrangência da SDR Chapecó/SC. Os dados coletados, tanto dos farmacêuticos como dos gestores, ocorreram por meio de uma entrevista semi estruturada com auxílio de um roteiro e permitiram verificar a existência e a composição da(s) equipe(s) do NASF implantadas, traçar o perfil dos farmacêuticos pesquisados e conhecer o seu processo de trabalho no cotidiano. As entrevistas foram agendadas e realizadas no município de atuação dos mesmos, nos meses de outubro e novembro de 2014. O projeto teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Unochapecó sob o protocolo nº 205/14. **RESULTADOS:** Dos nove municípios que fazem parte da SDR Chapecó, seis possuem NASF, dois estavam em processo de implantação e um ainda não possuía, porém, o gestor relatou o interesse na adesão. Em relação aos profissionais que compõem o NASF, as legislações que regem e a própria diretriz do NASF abordam que cabe ao gestor verificar a demanda da comunidade e a partir disso escolher quais profissionais, que constam na legislação, devem fazer parte do NASF. Alguns gestores relatam que utilizaram profissionais que já faziam parte do quadro

de profissionais do município para compor o NASF, outros, levaram em conta a demanda do local para a escolha dos profissionais. Observou-se que todos os NASF possuem o profissional farmacêutico na equipe. Sendo esse um dado positivo, pois o farmacêutico é um profissional que recentemente vem sendo incorporado na Atenção Primária à Saúde. Quanto ao perfil dos profissionais farmacêuticos que compõem os NASF, houve uma predominância de profissionais com idade entre 30-40 anos sendo estes 55,6%, seguidos de 33,3% com a faixa etária entre 20-30 anos e 11,1% com idade acima de 50 anos. Em relação a experiências de trabalho anteriores ao NASF, apenas 22,2% dos farmacêuticos já possuíam experiências anteriores na atenção básica e 77,8% nunca haviam trabalhado na atenção básica. Entende-se com isso que a maioria dos profissionais não possuía experiência prática em saúde pública, supondo que apenas tiveram o conteúdo teórico na graduação. Porém, sabe-se que a grade curricular dos cursos da área da saúde, na maioria das vezes, é centrada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, dificultando muito o processo de trabalho desses profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS), pois essa formação vai de encontro aos princípios do nosso sistema de saúde. Sobre a carga horária que esses profissionais têm destinada ao NASF, 55,6% possuem carga horária semanal de 40 horas, 44,4% possuem 20 horas semanais, desses, 22,2% citaram que possuem carga horária no papel, mas que não exercem atividades no NASF. Observou-se que 55,6% dos farmacêuticos trabalhavam efetivamente no NASF, com um período destinado à avaliação, planejamento e programação das ações. Os demais profissionais que somam 44,4% relataram que não possuem período destinado em suas agendas de trabalho para o NASF. O farmacêutico em muitos municípios trabalha na gestão da farmácia e

dispensação do medicamento o que lhe toma muito tempo, com isso o trabalho coletivo junto ao NASF e a ESF acaba sendo deixado de lado, não por descaso do farmacêutico, mas sim pelo acúmulo de outras funções. Há uma grande diversidade de profissionais nas equipes de saúde e também nas equipes de “apoio” o que facilitaria o processo da prática multiprofissional. Percebeu-se que alguns profissionais trabalham com a ideia de autonomia, procurando resolver os problemas individualmente, sem lembrar que o trabalho deve ocorrer de forma interdisciplinar, onde os diferentes conhecimentos e práticas estão voltados a um objetivo em comum. Medeiros e colaboradores (2011) descrevem que para obter êxito no processo da prática multiprofissional os profissionais devem compartilhar suas agendas e construir agendas integradas viabilizando uma melhor assistência aos usuários dos serviços e facilitando o vínculo necessário para a efetivação do trabalho multiprofissional. Durante as entrevistas os farmacêuticos relatam que sua equipe encontra dificuldades com a equipe da ESF, pois eles não estão preocupados em compartilhar os casos e sim repassá-los fazendo com que ocorra um acúmulo de atendimentos individuais. Relatam ainda que as equipes não estão preparadas para o atendimento compartilhado, ocorre muita resistência. Verificou-se que praticamente todos os profissionais farmacêuticos atuam em pelo menos um grupo, quer seja criado pela ESF ou pelos profissionais do NASF. Quanto a visita domiciliares 33,3% dos farmacêuticos disseram que realizam visitas domiciliares, 33,3% não realizam, 22,2% realizam quando solicitados pela ESF e 11,2% disseram que às vezes realizam. Quando questionado aos farmacêuticos sobre o conhecimento das diretrizes do NASF, 44,4% dos farmacêuticos responderam que conheciam e citaram de forma direta ou indiretamente sobre o

apoio técnico-pedagógico e assistencial, 44,4% falaram que conheciam, mas não citaram as diretrizes e 11,2% disseram que não sabiam direito, pois nunca mais haviam estudado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Pode-se perceber que o NASF possui muitas fragilidades, principalmente relacionadas à falta de planejamento em suas ações e à desarticulação com a ESF. Percebeu-se a falta de clareza sobre o papel do NASF na Atenção Básica, mas não só isso, o processo de trabalho do farmacêutico fica muito restrito à gestão da farmácia, que não deixa de ser uma das atividades que deve ser exercida segundo as diretrizes do NASF, mas a sua agenda de trabalho deve ser organizada para atender as demandas dos profissionais da Atenção Básica e também da população em que o profissional está inserido. O NASF tem muitas potencialidades a serem exploradas, mas para que isso aconteça os profissionais tanto da ESF e do NASF, como também a gestão deve ter clareza sobre o papel da equipe do NASF dentro da Unidade Básica de Saúde e no território em que estão inseridos.

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES PORTADORAS DE ESCLEROSE MÚLTIPLA E MIELOPATIA ASSOCIADA AO HLTV-I (HAM/TSP)

Jucelia dos Santos Silva, Anna Alice Vidal Bravalhieri, Débora Zanutto Velasquez, Ana Beatriz Gomes de Souza Pegorare, Daniele Decanine

Palavras-chave: Função Sexual, Esclerose Múltipla, HTLV1, Sexo

A Esclerose Múltipla e a mielopatia associada ao HTLV são desordens neurológicas crônicas, que envolvem as vias na substância branca no cérebro e na medula. São doenças caracterizadas por um ataque autoimune à mielina causando desmielinização do

nervo afetado. Embora haja preservação do axônio, esta desmielinização geralmente resulta na diminuição da condução pelo nervo. Sendo caracterizada por exacerbações e remissões (KURTZKE, BEEBE E DAGLER, 1972). As causas da EM são desconhecidas, mas supõe-se que seja associada a infecção viral ou outro antígeno desconhecido que desencadeie o processo autoimune. Segundo Gustavo Neto et al., 2002, os distúrbios da marcha, a fraqueza, o enrijecimento dos membros inferiores e o comprometimento do equilíbrio dinâmico constituem os principais sinais e sintomas de apresentação da doença. As alterações sensoriais nem sempre acompanham o quadro motor, há relato de disestesias e parestesias (dormência, formigamentos) ao longo dos membros inferiores e predominantemente distais assim como dor na região lombar é um dos sintomas comuns e ainda perda da visão, visão dupla, fraqueza, falta de equilíbrio, dor, problemas no controle da bexiga e intestinos, fadiga, mudanças emocionais e comprometimento intelectual (NOGUEIRA e COLS, 2009). Neste estudo objetivou avaliar a função sexual de mulheres com diagnóstico definido de esclerose múltipla e de Mielopatia associada ao HTLV1M(HAM/TSP), na forma recidivante-remitente e com a doença estabilizada por pelo menos quatro meses, com idade acima de 20 anos, capacidade cognitiva de responder os questionários de avaliação, apresentando sintomas de disfunções urinárias por no mínimo seis meses. Utilizando o (FSFI) Female Sexual Function Index. A amostra utilizada foram no total de 27 mulheres sendo 6 mulheres com esclerose múltipla, 8 mulheres com HTLV1 e 13 mulheres do grupo controle (saudáveis). É um desafio medir o grau de satisfação sexual de mulheres, pois diversas são as variáveis que interagem entre si biológicas, psicológicas, fisiológicas, padrões culturais e que podem influenciar o

grau de satisfação final afirma HENTSCHEL, et al. 2007. As mulheres neste estudo eram pacientes portadoras de esclerose múltipla e Mielopatia Associada ao HTLV-I (HAM/TSP), devido essa particularidade, entende-se que podem originar alterações na função sexual devido o comprometimento da doença com diminuição na qualidade de vida. O FSFI é um instrumento relativamente novo, que tem sido utilizado com sucesso para avaliar a função sexual em diferentes grupos. Resultados: As análises estatísticas foram realizadas por meio do programa Graphpad Prism 6.0 e os resultados expressos pela diferença entre as médias. Na avaliação do escore total da função sexual nas pacientes com Esclerose múltipla, infectadas com o vírus HTLV-I e Doadoras saudáveis apresentando diferença estatística. Quando avaliado os domínios de forma separada entre os grupos foi possível observar diferença entre os grupos de HTLV1 e as Doadoras Saudáveis. Diante das mulheres estudadas percebe-se a necessidade de compreender de outros estudos neste sentido, para poder contribuir com as discussões no campo da sexualidade feminina que se mostra tão importante para qualidade de vida.

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE MEDICAMENTOS DE PACIENTES QUE FAZEM TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO VIA ORAL

Fausi Padilha Gonçalves, Ângelo Rodolfo Santiago, Silvia Regina S. de Azevedo, Rogério Dias Renovato

Palavras-chave: conhecimento sobre medicação, antineoplásico oral, educação em saúde

APRESENTAÇÃO: Durante a última década, verificou-se mudança no tratamento do

câncer, inserindo também a possibilidade da administração de drogas orais. Um grande número de agentes anticâncer orais foi aprovado e agora têm sido amplamente utilizados em todo o mundo. Em comparação com a terapêutica intravenosa, o tratamento anticancerígeno oral é atraente porque oferece grande comodidade e flexibilidade em termos de horário e local de administração e parecer atenuar as representações negativas sobre a quimioterapia endovenosa. No entanto, isto também significa que os pacientes-usuários- seres humanos devem assumir maiores responsabilidades para o seu tratamento, com relação à aderência, manipulação segura de suas drogas e melhor compreensão da farmacoterapia (CHAN; LEOW; SIM, 2009). Uma das principais causas da não adesão de pacientes ao tratamento medicamentoso pode ser a insuficiência de informações em relação ao tratamento e da doença e também a não compreensão das orientações recebidas através dos profissionais de saúde. De acordo com alguns estudos, a ausência de informações relacionadas aos medicamentos é uma das principais causas responsáveis pelo uso em desacordo com a prescrição médica, e isso ocorre em cerca de 30% a 50% dos pacientes (SILVA, SCHENKEL, MENGUE, 2000), no entanto, outras dimensões precisam ser verificadas não se restringindo apenas a uma perspectiva unidimensional. Essa falta de conhecimento ou compreensão da farmacoterapia sobre o correto uso de medicamentos pode influenciar diretamente no inadequado cumprimento do tratamento, e desencadear em automedicação, reações adversas, interações medicamentosas deletérias, intoxicações, erros e falhas no tratamento (VIEIRA; PERASSOLO, 2011). O correto cumprimento da prescrição medicamentosa é um dos componentes da assistência clínica que requer avaliação, atentando para a compreensão do paciente-usuários-

ser humano sobre o seu tratamento medicamentoso e o desvelamento de suas vivências. O conhecimento e compreensão do paciente-usuário-ser humano sobre a prescrição pode influenciar na comunicação dialógica com os profissionais de saúde (FROHLICH; PIZZOL; MENGUE, 2010). Apesar da sua importância, a adesão à terapêutica depende de múltiplos fatores não apenas individuais, mas sociais, econômicos e culturais. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: para a realização deste estudo foi realizado uma revisão bibliográfica sobre metodologias e instrumentos de avaliação sobre nível de conhecimento sobre medicação e sua possível aplicação na terapia antineoplásica oral. RESULTADOS: No que se refere à busca de informações, a maioria das pessoas tendem a recorrer às bulas para adquirir conhecimento sobre a utilização de medicamentos, no entanto, muitas dessas bulas não atendem as exigências estipuladas em lei, apesar da obrigatoriedade de ser oferecida aos consumidores (VIEIRA; PERASSOLO, 2011). Apesar de existir poucos estudos relativos ao nível de informações que os pacientes possuem acerca dos medicamentos prescritos, existem algumas pesquisas a respeito do nível dessas informações como um estudo onde se verificou que 27% dos pacientes apresentavam conhecimento insuficiente sobre o medicamento Digoxina, 50% possuíam conhecimento regular e 11% bom (SILVA, SCHENKEL, MENGUE, 2000). Com o intuito de avaliar o conhecimento do paciente sobre a prescrição medicamentosa, FROHLICH; PIZZOL; MENGUE (2010) desenvolveu e avaliou um instrumento para avaliação deste nível de conhecimento obtido, este instrumento fundamentado em um modelo teórico proposto por Presseret al. (2004) permitiu examinar a lacuna existente entre o que o paciente-usuário-ser humano realmente sabe e o que deve saber sobre seus medicamentos,

possibilitando assim, determinar a prevenção, educação e acompanhamento, a fim de evitar problemas relacionados ao uso de medicamentos (FROHLICH; PIZZOL; MENGUE, 2010). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Apesar de que no Brasil os estudos acerca do nível conhecimento de pacientes que utilizam quimioterapia oral são escassos, a disponibilização e o acesso à informações constitui apenas uma das ferramentas para assegurar o uso seguro da medicação. Desta forma, o processo educativo e cuidativo relacionado ao uso de medicamentos podem prevenir e auxiliar na compreensão do tratamento e assim empoderar o paciente-usuário-ser humano (SILVA, SCHENKEL, MENGUE, 2000). A maioria dos autores enfatiza a importância o uso de artefatos educativos impressos com a finalidade de reforçar a compreensão do regime medicamentoso prescrito. Porém, investigações sobre o conhecimento da farmacoterapia ainda são insuficientes no Brasil (CECCATO et al. 2010). Neste contexto a educação em saúde pode constituir em estratégias de transformação e formação da consciência crítica sobre saúde-adoecimento-cuidado, promovendo rupturas em práticas educativas restritas ao repasse de informações (CARVALHO, 2009). A educação em saúde não deve ser exclusivamente informativa, mas proporcionar aos usuários a reflexão sobre as bases sociais de suas vidas para que possam entender a saúde com um direito social e não como uma concessão (ALVES; NUNES, 2006). Estudos realizados em diversas regiões do mundo comprovam o efeito positivo dos processos educativos através das intervenções educativas voltadas para incentivar e apoiar pacientes-usuários-seres humanos a assumirem a responsabilidade perante seus problemas de saúde de modo crítico e criativo. Um exemplo que podemos citar foi o estudo realizado com pacientes-usuários-seres humanos com Diabetes Mellitus que

ao receberem um tratamento eficiente, aconselhamentos, acompanhamento regular e apoio ao autogerenciamento apresentaram uma melhora importante quanto ao controle glicêmico, prevenção e controle das complicações (PEREIRA, et al., 2012). A importância dessa prática fica mais evidente pelo fato de ainda não estar inserida em todos os serviços de saúde, pois neste estudo sobre intervenções educativas em pacientes com diabetes, o autor destaca um número significativo de déficit de conhecimento e de habilidades sobre o manuseio da doença de 50% a 80% dos pacientes (PEREIRA, et al., 2012). Pode ser que a maior dificuldade ainda encontrada em se praticar estas intervenções esta em como promover o autocontrole ou o autocuidado sobre os problemas de saúde. Desta forma, a escolha das técnicas educacionais deve ser de suma importância, por isso essas técnicas estão evoluindo ao longo dos anos de forma que melhore as apresentações didáticas para a prática das intervenções, e assim propiciar a autonomia do paciente através de sua participação e colaboração (PEREIRA, et al., 2012). Portanto, as intervenções educativas em saúde que levam em conta as experiências, espaços de diálogos podem enriquecer e fortalecer a relação terapêutica, contribuindo para o protagonismo que se evidencia em melhor conhecimento e compreensão do tratamento medicamentoso (RENOVATO; TRINDADE, 2004). Assim, o conhecimento de paciente sobre medicamentos torna-se de suma importância, principalmente no tratamento antineoplásico oral, devido à alta complexidade envolvida neste tipo de farmacoterapia.

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE OSTEOPOROSE DE ADULTOS E IDOSOS

Kátia Gianlupi, Caroline Amaral, Márcia Regina Martins Alvarenga, Márcia Maria

Medeiros, Odival Faccenda, Odival Faccenda, Odival Faccenda, Odival Faccenda, Odival Faccenda

Palavras-chave: conhecimento, osteoporose, idosos, adultos

Introdução: O envelhecimento populacional é hoje uma das principais conquistas da humanidade, mas um grande desafio para os governos e para a sociedade (VIEGAS, 2009). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) estimam que a esperança de vida ao nascer da população da região centro-oeste em 2015 é de 75,7 anos e estima-se que em menos de quatro décadas, os idosos representarão 29,8% da população brasileira. Devido ao envelhecimento populacional, a osteoporose representa a “Epidemia Silenciosa do Século”, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo considerada como um problema de saúde pública que atinge pessoas no mundo inteiro. É uma doença de grande impacto tanto pela sua elevada prevalência, quanto pela morbimortalidade que ocasiona (BRASIL, 2006). A osteoporose é caracterizada pela diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, levando à fragilidade mecânica e, conseqüentemente, à predisposição às fraturas com trauma mínimo (KANIS et al., 1994; SHILLS, 2003). Constitui-se na doença osteometabólica mais frequente no idoso, atingindo ambos os sexos, porém manifesta-se mais comumente entre as mulheres, principalmente no climatério (KENNY; PRESTWOOD, 2000). Por ser uma doença silenciosa é preciso estar atento para identificar os fatores de risco para o desenvolvimento da osteoporose, tais como: história familiar de fratura por osteoporose, raça branca, baixa estatura e peso, sexo feminino, menarca tardia, menopausa precoce, nuliparidade, baixa ingestão de cálcio, alta ingestão de sódio, alta ingestão de proteína animal,

sedentarismo, tabagismo, alcoolismo crônico, uso de medicamentos (corticoides, heparina, methotrexate, fenobarbital, fenitoína, ciclosporina, agonistas de hormônio liberador de gonadotrofina). O pico de massa óssea depende predominantemente dos fatores genéticos; entretanto, 20% referem-se aos fatores ambientais, destacando-se a atividade física e a qualidade nutricional (SILVA; MURA, 2007), bem como os níveis séricos inadequados de vitamina D (<30ng/dl) e à exposição ao sol diminuída (YAZBEK; NETO, 2008). Assim, a história clínica e o exame físico são importantes na identificação de fatores de risco para essa patologia (PAULA, 2007). Deve-se considerar, entretanto, que as doenças crônicas, como a osteoporose, bem como suas incapacidades, são conseqüências evitáveis do envelhecimento e que, as ações de prevenção são efetivas, em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Portanto, a ênfase na prevenção é a chave para mudar o quadro atual de epidemia da doença (VERAS, 2009). Mesmo que a compreensão sobre a doença possa não ser suficiente para promover mudanças nos hábitos relacionados à saúde, considera-se que o conhecimento seja um pré-requisito para a adesão e o sucesso das medidas preventivas. As práticas de educação em saúde devem considerar o nível de conhecimento do paciente e serem direcionadas às principais deficiências ou falhas no tratamento (GOMES, 2010). Objetivo: Avaliar o conhecimento de adultos e idosos não institucionalizados e cadastrados nas Estratégias Saúde da Família (ESF), pertencentes à região do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Norte do município de Dourados/MS, quanto à osteoporose e seus fatores de risco. Metodologia: Estudo descritivo, de natureza quantitativa que retrata os resultados parciais da dissertação de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde intitulada “Práticas educativas em saúde na prevenção da osteoporose”. Os

critérios de inclusão foram: indivíduos com idade superior a 50 anos, de ambos os sexos, residentes em Dourados, MS, cadastrados nas ESF, que pertencessem à área de abrangência do NASF da região Norte e que tivessem apresentado pelo menos um fator de risco para a osteoporose. Considerou-se como fatores de risco para a osteoporose: fratura em qualquer fase da vida, uso crônico de corticosteroides, tabagismo, alcoolismo, baixa exposição solar, histórico materno de osteoporose, menopausa precoce, risco de desnutrição ou desnutrição, osteopenia ou osteoporose, deficiência ou insuficiência de 25-hidroxivitamina D e inatividade física. Todos esses dados foram obtidos por meio do Questionário estruturado, a Mini Avaliação Nutricional (MAN) e os resultados dos exames de cálcio, 25-hidroxivitamina D e a Densitometria mineral óssea. O convite para a prática educativa foi realizado pessoalmente pela pesquisadora, cerca de cinco dias antecedentes ao evento, totalizando 22 pessoas convidadas. No entanto, compareceram apenas cinco pessoas na data agendada. A avaliação do conhecimento sobre osteoporose e seus fatores de risco foi feita por meio de um questionário, elaborado pela pesquisadora, contendo sete questões fechadas, sendo que cada pergunta possuía cinco alternativas, contendo respostas diferentes para cada questão. As questões estavam dispostas num painel e foram respondidas individualmente. Conforme sua resposta, cada indivíduo afixava uma etiqueta colorida referente à respectiva questão. Os materiais utilizados foram: papel manilha, canetões coloridos, recortes de revistas, lápis de cor, etiquetas coloridas, fita adesiva, tesoura e cola. Resultados e Discussão: Dos cinco entrevistados, 4 (80%) eram do sexo feminino e 1 (20%) do sexo masculino, com idade média de 67,6 anos, dos quais 2 (40%) analfabetos, 2 (40%) apresentavam nível fundamental incompleto e 1 (20%) tinha

ensino médio incompleto. As perguntas realizadas foram: 1) Qual destes minerais é importante para prevenir a osteoporose? 2) Qual dos alimentos abaixo é uma excelente fonte de cálcio? 3) O sol é importante para sintetizar qual vitamina? 4) A osteoporose é mais comum entre quais pessoas? 5) Qual líquido, quando ingerido junto à alimentação diminui a absorção do cálcio? 6) Quantos minutos são necessários de exposição solar para a síntese de vitamina D? 7) Quais alimentos são fontes alimentares de outra vitamina importante para a síntese de colágeno (osso)? Obtiveram-se os seguintes resultados: na pergunta 1, 4 (80%) acertaram a resposta (alternativa C=cálcio) e apenas 1 (20%) errou (alternativa A=ferro); na pergunta 2, 4 (80%) acertaram a resposta (alternativa B=leite) e apenas 1 (20%) errou (alternativa E=cenoura); na pergunta 3, 3 (60%) erraram (alternativa B e C), 1 (20%) respondeu não sei e 1 (20%) acertou (alternativa A= vitamina D); na pergunta 4, 4 (80%) responderam não sei e apenas 1 (20%) acertou (alternativa C= nunca fazem exercícios); na pergunta 5, 4 (80%) acertaram (alternativa B = café) e 1 (20%) errou (alternativa C= vinho); na pergunta 6, 4 (80%) acertaram (alternativa A= 15 minutos) e apenas 1 (20%) respondeu não sei e na pergunta 7, 5 (100%) acertaram (alternativa B = frutas cítricas). Infere-se que apenas a pergunta número 7, referente às fontes alimentares da vitamina C, importante para a síntese de colágeno, apresentou 100% de acertos. A questão que apresentou maior percentual de erros foi a número 3, relativa ao sol como fonte de vitamina D. E a questão em que houve maior dúvida entre os participantes, ou maior percentual de resposta não sei, foi a número 4, referente à inatividade física como fator de risco para a osteoporose. Considerações finais: Conclui-se que os indivíduos avaliados apresentam bom conhecimento sobre a osteoporose e seus fatores de risco, embora

tenham manifestado menor conhecimento e dúvidas quanto ao sol como precursor da vitamina D e o risco de desenvolvimento da doença entre os indivíduos inativos fisicamente. Nota-se a necessidade de maior abordagem quanto aos fatores de risco para a doença, enfatizando os temas que mais apresentaram deficiências e que medidas simples são capazes de prevenir a doença e suas consequências, melhorando sua qualidade de vida.

AVALIAÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO DE UM CURSO DE ENFERMAGEM À LUZ DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Maria Fabiana de Sena Neri, Maria Socorro de Sousa, Vaudelice Mota, Maria Josefina da Silva, Marlene Marques Avila

Palavras-chave: Educação, Enfermagem, Projeto Pedagógico

A ordenação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde pode ser visualizada na implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). O presente estudo tem o objetivo de analisar o projeto pedagógico de um curso de enfermagem (PPE) em Fortaleza-CE, à luz das DCN. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa realizado de setembro a novembro de 2014. Foram informantes 12 docentes e 15 discentes. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e de pesquisa documental, identificando-se de que forma as DCN estão (ou não) contempladas no PPE, bem como as dificuldades e avanços adotados. Este estudo faz parte de um projeto maior de pesquisa cujo parecer ético foi emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. A partir do PPE analisaram-se as disciplinas com base nas competências e habilidades preconizadas nas DCN, destacando-se a

Atenção à saúde, Tomada de decisões e Administração/Gerenciamento. A necessidade dos usuários nas discussões promovidas pelas disciplinas se revela uma dificuldade. Assim a inserção e a interação com os princípios da integralidade, participação social e promoção à saúde representam desafios. Existe no PPE uma lacuna quanto à corresponsabilidade dos profissionais dos serviços, em virtude das restrições destes e da pouca compreensão de que sua participação potencializa a formação e a transformação das práticas.

AVALIAÇÃO FORMATIVA E PROCESSUAL EM SESSÃO TUTORIAL: CONSTRUINDO PISTAS DE APROXIMAÇÃO PARA O INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Mirella Ferreira da Cunha Santos, José Carlos Rosa Pires de Souza, Iane Franceschet de Sousa, Ana Paula Machado, Rafaela Palhano Medeiros Penrabel, Socorro Andrade de Lima Pompílio, Renato Bichat Pinto de Arruda, Tânia Gisela Biberg-Salum

Palavras-chave: Aprendizagem Baseada em Problemas, educação médica, avaliação educacional

APRESENTAÇÃO: Nas metodologias ativas, o estudante é o ator principal do processo educacional, que é dinâmico e estimula a construção do conhecimento por meio de uma aprendizagem crítica e autônoma. Ele, com o apoio do docente, devem ter total responsabilidade pelo seu autoaprendizado. A ênfase nesta estratégia é a busca ativa de informações e habilidades pelo acadêmico. A ele compete definir as melhores formas e o ritmo de estudar, bem como avaliar o progresso da sua formação. A aprendizagem baseada em problemas (ABP) é um método pelo qual o acadêmico, ou o trabalhador de saúde, através de sessões tutoriais, utiliza a situação de um paciente,

uma questão da assistência à saúde ou um tópico de pesquisa, como estímulos para aprender. Após análise inicial do problema, os acadêmicos definem seus objetivos de aprendizagem e buscam as informações necessárias para abordá-lo. Após, relatam o que encontraram e o que aprenderam. A ABP na educação dos profissionais de saúde tem três objetivos: a aquisição de um corpo integrado de conhecimentos, a aplicação de habilidades para resolver problemas e o desenvolvimento do raciocínio clínico. Na ABP a avaliação do discente acontece em duas vertentes, a formativa, em que se valorizam aspectos do domínio afetivo e outra somativa, centrada nos domínios cognitivo e psicomotor. A concepção da avaliação formativa e processual da tutoria encontra-se respaldada na psicologia sócio-histórica, que tem como embasamento a teoria de Vygotsky, ou seja, o desenvolvimento humano a partir das relações sociais que são estabelecidas entre os diferentes atores que participam do processo ensino-aprendizagem, tendo em vista seus múltiplos contextos sociais. Portanto, o trabalho da tutoria pode ser analisado, também, como um espaço instigante para sistematização do conhecimento, considerando a sua função mediadora na construção do conhecimento. Para tanto, é imperioso que a avaliação se dê em processo, ou seja, durante o próprio transcurso da atividade, de forma a serem captados eventuais desvios ou problemas e, dessa forma, poder se intervir de modo a favorecer uma resposta adequada às questões que se apresentarem. Nesse sentido, o papel do docente tutor assume posição de destaque na avaliação, permitindo que uma série de dificuldades apareça tais como a atitude preventiva de professores que não se sentem à vontade para fazer críticas, subjetividade, falta de anonimato da avaliação efetuada durante as sessões tutoriais. Dessa forma é necessário

que os tutores sejam capacitados, treinados e estejam em harmonia para diminuir os vieses e a subjetividade durante o processo avaliativo formativo. Considerando essas dificuldades e necessidades esse trabalho pretende relatar a experiência vivenciada no Curso de Medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), durante a construção de um instrumento de avaliação formativa e processual para os módulos temáticos do curso e a elaboração de pistas de aproximação para cada um dos itens constituintes do instrumento avaliativo. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O Curso de Medicina da UEMS iniciou a primeira turma em março de 2015. A construção dos módulos temáticos e longitudinais do primeiro ano do curso foi realizada pela própria equipe de docentes, com apoio técnico-pedagógico de consultoria externa. Entende-se por construção dos módulos a elaboração de todo o material didático, instrucional e avaliativo, considerando as características e particularidades de cada cenário de aprendizagem. Dessa forma a construção do Instrumento de Avaliação do Estudante (IAE) a ser aplicado nas sessões tutoriais seguiu um longo caminho de desconstrução, reconstrução e aperfeiçoamento, realizado ao longo de oito meses (Janeiro-Agosto/ 2015) que resultou em um IAE prático e factível composto por um rol de “pistas de aproximação” que servem como norteadores para cada item a ser avaliado. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** O IAE construído coletivamente pelos tutores e pelos membros da Comissão de Avaliação consiste de dez itens, a saber: (1) Desempenho ao interpretar o problema; (2) Desempenho ao discutir o problema; (3) Habilidade na seleção, organização e formulação dos objetivos de aprendizagem; (4) Desempenho como membro do grupo na abertura do problema; (5) Desempenho ao demonstrar estudo que leve à resolução dos objetivos propostos; (6) Desempenho

ao demonstrar senso crítico em relação às informações trazidas; (7) Capacidade de síntese e exposição das informações; (8) Capacidade de aplicar o conhecimento adquirido na resolução do problema; (9) Capacidade de realizar e receber críticas; (10) Desempenho como membro do grupo tutorial no fechamento do problema. Esses itens são avaliados utilizando-se uma escala de Likert com notas de 1 à 5 sendo: 1 – inapropriado para o nível de treinamento (ruim); 2 – abaixo do esperado para o nível de treinamento (regular); 3 – adequado para o nível de treinamento (bom); 4 – acima do esperado para o nível de treinamento (muito bom); 5 – desempenho excepcional para o nível de treinamento (excelente). Dessa forma os critérios possibilitam um parâmetro numérico (1-3) e dois parâmetros qualitativos (ex: acima do esperado para o nível de treinamento ou muito bom). O processo para que se chegasse a esse formato de IAE ocorreu durante todo o primeiro semestre de 2015, uma vez que o IAE utilizado até então não correspondia às necessidades avaliativas do cenário tutorial, muitas vezes supervalorizando as notas dos estudantes e desestimulando os tutores durante o processo da avaliação formativa ao dificultar o feedback e a possibilidade de apontar eventuais falhas a serem corrigidas pelos discentes. Assim, em Agosto/2015 o atual IAE passou a ser utilizado pelos tutores nas sessões tutoriais. O que se percebeu a partir daí foi que ao mesmo tempo em que o instrumento se mostrou de fácil preenchimento, clareza nos itens a serem avaliados e nos critérios estabelecidos, a subjetividade ainda superava a objetividade que se pretendia com o novo IAE. Percebeu-se que cada tutor estipulava parâmetros específicos em cada item, o que gerou diferenças muito grandes entre as notas de cada grupo tutorial. Assim, o grupo de tutores, a coordenação do curso, a comissão de avaliação e demais docentes

propuseram utilizar a subjetividade para construir pistas objetivas para cada item e critério. Os tutores redigiram os parâmetros que estavam utilizando individualmente em suas avaliações e, em plenária, foi redigido um único documento com pistas de aproximação que seguiram este raciocínio: “Quando eu devo atribuir a nota 1 no item (1) Desempenho ao interpretar o problema? E quando eu devo atribuir a nota 2 no mesmo item?” e assim sucessivamente para cada um dos dez itens, e cada um dos cinco critérios. O resultado foi uma tabela com pistas claras e objetivas de situações ou condições para que determinada nota seja ou não atribuída em cada um dos itens. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Entende-se que em qualquer processo de aprendizagem existem objetivos a serem alcançados e para que haja a verificação disso é necessária a avaliação. O processo de construção coletiva vivenciado pelos tutores e demais docentes do curso de Medicina da UEMS é um reflexo de como as metodologias ativas em especial a ABP exige dos docentes um exercício interno de desconstrução e reconstrução de paradigmas. Acreditamos que não houve apenas a implantação de um novo sistema avaliativo nas sessões tutoriais do curso de Medicina da UEMS, mas um entendimento, por parte dos docentes e discentes, acerca de uma nova concepção de por que e como avaliar.

CAFÉ IDÉIAS DO PROJETO OBSERVATÓRIO DO CONTROLE SOCIAL DO SUS – PUC MINAS BETIM: UMA METODOLOGIA PARTICIPATIVA E INOVADORA PARA A DISCUSSÃO DA CIDADANIA NA SAÚDE ENTRE A UNIVERSIDADE E A COMUNIDADE

Berenice de Freitas Diniz, Maria da Consolação Magalhães Cunha, Raimundo Loyola Júnior, Ronaldo de Oliveira Zenha, Jacqueline do Carmo Reis

A oficina aconteceu ao final do Projeto PROPET Saúde na PUC Minas Betim, em dezembro de 2014. O assunto sobre o qual versou a oficina foi o controle social e a participação da PUC Minas Betim na comunidade a partir dos projetos de extensão. Os Objetivos da oficina foram divulgar o trabalho desenvolvido pelo Projeto de Extensão OBCS e estabelecer o diálogo entre os professores, preceptores e conselheiros de saúde na Semana Acadêmica de Planejamento. A proposta foi apoiada pelo PROPET Saúde e Pró-reitora de Extensão. A iniciativa baseada nas metodologias “Café da Equidade” e “World Café” usou os temas norteadores “cidadania exercida na saúde”, “Papel da PUC Minas na promoção e discussão da cidadania na universidade e fora dela” e “Saúde pública debatida na escola, comunidade ou ambiente de trabalho”. As discussões dos 60 participantes, em 10 mesas, foram registradas em toalhas de papel em forma de frases, desenhos e esquemas e transcritas para interpretação e apresentação à Pró-Reitoria de Extensão. Foram registradas 11 toalhas de mesa, o banco de dados para análise contou com 235 registros em forma de frases com sugestões para envolvimento entre os segmentos presentes, sete esquemas ou fluxos de interação institucional e 10 desenhos sobre os resultados da interação. Em análise linguística registrou-se 1.375 palavras com frequências variando de 1% a 5% para os vocábulos direitos, SUS, trabalho, PUC, formação, discutir, saúde pública, população, cidadania, participação social e comunidade. O Café Ideias do Projeto Observatório do Controle Social do SUS – PUC Minas Betim promoveu iniciativa facilitadora, permitindo a discussão de temas atuais que inquietam a população. Um participante ao afirmar que “A droga é um problema de saúde, e cidadania é apoiar os jovens em projetos para liberá-

los das drogas” elucida as preocupações da universidade. Estabelecer escuta ativa junto à população é estratégia para o cumprimento da missão institucional e fortalece os elos com a comunidade. A presença espontânea da comunidade demonstrou que conselheiros e usuários do sistema de saúde têm a PUC Minas Betim como referência de espaço de formação cidadã. As proposições elaboradas permitirão que a universidade conheça, ainda mais, a comunidade em que está inserida e que elabore de suas atividades de extensão voltada para as demandas da população local. Proposição reconhecida com a inserção dessa estratégia nas Semanas de Planejamento.

CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

Amanda de Lemos Mello, Marlene Gomes Terra, Sheila Koucorek

Palavras-chave: Internato não médico, Equipe interdisciplinar de saúde/educação, Pesquisas sobre serviços de saúde

APRESENTAÇÃO: A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu destinada aos profissionais da área da saúde, conforme a Lei nº 11.129. Atualmente, os programas de RMS vêm se estruturando gradativamente e conquistando o aparato legal para sua consolidação. Também, as RMS vêm buscando ocupar seu espaço na sociedade, assim como, atender aos requisitos exigidos pelas corporações profissionais. Entretanto, contrapõe-se à conjuntura hegemônica de formação de profissionais da saúde e posicionando-se na perspectiva de suprir as necessidades do SUS. A visibilidade do Residente e dos programas de RMS, também se faz fundamental frente ao

contexto de consolidação. Assim, a publicação científica pode ser vista como um meio para disseminar o conhecimento adquirido com a investigação além de permitir que os programas se posicionem dentro da comunidade científica, a fim de fortalecer redes de colaboração e obter prestígio acadêmico. Desse modo, têm-se como objetivo caracterizar os trabalhos de conclusão de pós-graduação de residentes vinculados a um programa de RMS no interior do estado do Rio Grande do Sul (RS). **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, o qual foi realizado por meio das buscas nos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) disponíveis na página de um Programa de RMS no interior do estado do RS, durante o período 2010 a 2014. Os dados foram coletados em 65 trabalhos, por meio da leitura na íntegra e analisados descritivamente. A caracterização dos estudos foi realizada por meio da utilização do cálculo da frequência relativa. Faz-se necessário enfatizar, que nem todos os TCC estavam disponíveis na íntegra e online. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O Programa de RMS do qual foram coletadas informações, teve início no ano de 2009 com três áreas de ênfase, sendo elas: Gestão e Políticas de Saúde, Atenção Básica em Saúde da Família e Atenção em Rede Hospitalar. Cada ênfase subdividia-se em áreas de concentração, as quais foram reestruturadas em decorrência da necessidade vivenciada no processo de implantação do Programa. Atualmente, as ênfases e áreas de concentração estão organizadas da seguinte forma: Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, centradas nas áreas de concentração: Crônico-Degenerativo, Materno Infantil e Onco-Hematologia; Sistema Público de Saúde, com as áreas de concentração: Atenção Básica/Saúde da Família e Vigilância em Saúde; e, Saúde Mental no Sistema Público de Saúde. Os residentes que atuam nestes cenários são das áreas profissionais:

Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Fonoaudiologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Odontologia, Educação Física, Fisioterapia, Farmácia. Dentre os aspectos avaliativos dos residentes, encontra-se a produção de um projeto de pesquisa, interdisciplinar (de 03 a 04 integrantes com, no mínimo, 03 núcleos profissionais) que deverá subsidiar a produção dos TCC, os quais serão apresentados individualmente. A orientação fica sob a responsabilidade de docentes, tutores e preceptores ligados ao RMS. Os temas dos projetos devem estar alinhavados à proposta político-pedagógica do Programa e o residente deverá produzir um artigo científico para publicação que será apresentado e defendido publicamente, mediante banca examinadora, constituindo-se como um pré-requisito para conclusão do curso. A partir da análise dos dados destes trabalhos disponíveis, as informações mais representativas de um modo geral, foram as pesquisas realizadas com profissionais/trabalhadores da área da saúde, no âmbito hospitalar e com estudos voltados a conhecer/analisar aspectos do processo de trabalho de saúde nos mais diversos serviços que os residentes encontravam-se inseridos. Quanto ao tipo de abordagem, a maioria foi qualitativa. Especificamente, os estudos da área de concentração de Atenção Básica (n=12), foram maioria estudos qualitativos e obtiveram como participantes da pesquisa integrantes das equipes de saúde (33,3%), sendo o cenário de maior evidência a Estratégia de Saúde da Família (75%). Pode-se perceber que a temática sobre Violência foi a mais trabalhada, sendo esta com enfoque sobre mulheres ou crianças. Já em relação à Saúde Mental, dos dezoito estudos analisados, 50% eram qualitativos e obtinham como participantes profissionais da área da saúde associados ou não com outros sujeitos, dentre eles os usuários (33,3%). Como cenário que maior obteve destaque, foi o ambiente hospitalar

(33,3%). Estudos (27,7%) trabalharam com a temática Tragédia/Catástrofe em uma boate ocorrida no município onde os residentes do programa atuam, seguida da temática álcool e outras drogas (16,6%). Na ênfase de Gestão e Atenção Hospitalar, pode-se analisar nove estudos da área de concentração Materno-infantil, sendo que destes, 55,5% eram qualitativos e 33,3% obtinham como sujeitos de estudo os profissionais dos serviços de saúde e/ou puérperas/gestantes. O cenário que se sobressaiu foram as unidades hospitalares (44,4%) associados ou não com outros serviços, como a Atenção Básica (33,3%) ou Estratégia da Saúde da Família (11,1%) e a temática evidenciada foi HIV/AIDS em gestantes (22,2%) ou pré-natal (22,2%). Na Crônica-degenerativa, dos onze estudos analisados, oito eram qualitativos, sendo que a maioria dos estudos (45,5%) tiveram a participação de usuários dos serviços de saúde ou pacientes diagnosticados com alguma patologia e os cenários que obtiveram maiores destaques foram os ambulatórios do Hospital Universitário o qual a RMS está vinculado (54,4%), a temática que obteve maior enfoque foram os diversos aspectos dos processos de trabalho assistencial (54,4%). Na Hemato-oncologia sete estudos foram analisados, sendo que 46,7% correspondem a trabalhos qualitativos, com a participação em 57,1% de profissionais dos serviços de saúde, sendo esses relacionados a Atenção Básica, Centro de transplante de Medula Óssea, Unidade de Pronto Atendimento ou de uma região perto município (14,2% cada) e o tema de destaque foi a doação de sangue/pacientes oncológicos (28,5%). Por fim, a Vigilância em Saúde obteve somente dois estudos analisados, sendo um quanti-qualitativo e o outro relato de experiência, onde tratavam dos indivíduos em tratamento de AIDS e a gestão desenvolvida por um residente no setor de vigilância em saúde. Com relação

a áreas de concentração anterior a reforma do plano pedagógico do programa, área de concentração Gestão e Políticas de Saúde, pode-se evidenciar seis estudos, sendo que destes havia trabalhos qualitativos, quantitativos e de reflexão (33,3% cada). Os participantes que tiveram destaque foram usuários dos serviços (50%) nos diversos serviços de referência do estado do RS e do município (83,3%). Os temas desenvolvidos nas produções foram diversos, mas o que se evidenciou foram as redes de atenção no SUS (33,3%). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Compreende-se que a RMS proporciona uma série de impactos tanto nos serviços de saúde, quanto na universidade a qual esta vinculada. Assim, as pesquisas evidenciaram que no momento em que os residentes estão inseridos nos serviços, estão repensando junto aos trabalhadores formas de potencializar ou criar estratégias para o cotidiano das práticas de assistência e cuidado. Porém, pode-se perceber que nem todos os TCC citavam no trabalho que eram integrantes e nem que o trabalho foi realizado durante a RMS. Sugere-se, que os residentes tragam essa informação como forma de compartilhar experiências e informações no meio acadêmico.

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS À FORMAÇÃO EM OBSTETRÍCIA

*Sebastiao Junior Henrique Duarte,
Richardson Miranda Machado*

Palavras-chave: Cobertura universal, Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Obstetrícia

APRESENTAÇÃO: Melhorar a saúde das gestantes constitui o quinto objetivo de desenvolvimento do milênio (ODM) e uma de suas metas é a redução da mortalidade materna em três quartos até o ano 2015. No entanto, muitos países não conseguiram

atingir esse e outros ODM. Ressalta-se que, no Brasil, houve redução no número de mulheres que morrem em decorrência da gestação e do parto, no entanto ainda há muito a ser feito no sentido de propiciar a cobertura e o acesso universal, equitativo e integral à saúde. Mesmo com o declínio da taxa de fecundidade, especialmente nos países subdesenvolvidos, muitas mulheres dão à luz em condições insatisfatórias, tanto em casa sem assistência por pessoal qualificado, como em instituições de saúde de má qualidade. Serviço de qualidade é aquele que dispõe de força de trabalho adequado com pessoal de obstetrícia competente, incluindo enfermeiras obstétricas, obstetrias e médicos. Vários países não contam com recursos humanos qualificados e a formação encontra-se abaixo do ideal, não só pela escassez de recursos físicos, materiais, insumos e equipamentos, mas também pela falta de educadores competentes. Nesse sentido é que a Organização Mundial de Saúde discute abordagens que devem contar nos planos de governo de todos os países, entre elas os incentivos para que as mulheres tenham a parturição em condições seguras de saúde por pessoal qualificado. Isso requer mudança no processo de formação, educação continuada e de educação permanente dos profissionais do campo da obstetrícia. Tomando a relevância da temática e no sentido de contribuir com a disseminação do conhecimento na área de formação em obstetrícia é que tivemos por objetivo analisar documentos oficiais divulgados pela Organização Mundial da Saúde a respeito da formação em obstetrícia. Os resultados desse estudo poderão subsidiar as instituições que formulam as diretrizes curriculares para o ensino da obstetrícia, com isso as contribuições à formação de pessoal qualificado e o potencial para a redução da mortalidade materna. Procedimentos metodológicos

Este estudo foi resultado de uma pesquisa documental com a literatura internacional referente a documentos que tratam da formação de pessoal qualificado para o exercício da obstetrícia, produzidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) nos últimos dez anos. A opção por essa modalidade de pesquisa decorre da viabilidade de localizar referências bibliográficas consideradas relevantes para a temática, tendo em vista que a OMS é uma instituição pública norteadora de políticas de saúde em nível internacional. Portanto, tivemos por base a) âmbito internacional, b) literatura que registra políticas orientadoras da formação e, c) documentos que tenham impacto na formulação de políticas voltadas a formação de pessoal qualificado em obstetrícia. Foram incluídos documentos que permitissem nortear tanto as políticas para a formação como a educação permanente em obstetrícia. Excluíram-se documentos que não tratavam especificamente da formação e/ou educação permanente. A pesquisa foi realizada em quatro etapas: 1) levantamento no site da OMS de dados referenciais disponíveis on-line, 2) construção de um banco de dados com os documentos encontrados, 3) leitura dos textos e, 4) análise e categorização dos documentos selecionados. Para a análise, destacaram-se as informações principais que permitissem uma apreensão das temáticas e discussões gerais trazidas pelos documentos. Os resultados foram organizados por meio de categorizações que possibilitaram a análise temática. **RESULTADOS:** Foram localizados 18 manuais, desses a maioria no idioma inglês, embora alguns bilíngues (inglês e português, inglês e espanhol, inglês e francês) e também poliglota (inglês, português, persa e língua indonésia). Todos tratam de políticas voltadas a formação para a qualificação de recursos humanos em obstetrícia, a partir de consensos e

produções coletivas, que contou com a colaboração de diversos autores de diferentes países, através da cooperação técnica entre a OMS, Organização Pan-Americana de Saúde, Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nursing), Confederação Internacional de Parteiros (International Confederation of Midwives), entre outros segmentos político. A leitura dos documentos possibilitou a organização de duas categorias, resumidas a seguir: Competência docente Os documentos que conferem sustentação a essa categorização revelam que a competência do educador é um componente negligenciado. Uma pesquisa sugeriu que apenas 6,6% do pessoal docente nos países em desenvolvimento têm preparo formal na educação. A qualidade dos educadores é um fator importante que afeta a qualidade dos graduandos dos programas de obstetrícia. Educadores de obstetrícia, bem preparados, poderão propiciar educação de qualidade dentro de um ambiente favorável, incluindo recursos adequados, políticas e governabilidade. A publicação competências do educador apresenta oito domínios e 19 competências recomendadas para a qualificação do professor que ensina obstetrícia. Essas competências centrais podem fornecer uma base sólida para uma melhoria significativa na qualidade dos cuidados para gestantes, mães e recém-nascidos. As competências essenciais podem ser usadas para desenvolver conteúdos curriculares e métodos de ensino inovadores. Competência do profissional. O relatório sobre o progresso da obstetrícia contou com colaboradores de várias partes do mundo e teve o envolvimento do Conselho Internacional de Enfermeiros. Nele foi destacado o papel central desempenhado por profissionais da obstetrícia. O cuidado em saúde é reconhecido como a estrutura capaz de contribuir com a cobertura universal de

saúde. Entre os requisitos apontados para o exercício qualificado da obstetrícia em todos os níveis dos sistemas de saúde, foram citados os desafios para o fortalecimento dos serviços de obstetrícia, que incluem: a) recursos humanos inadequados em todos os níveis do sistema de cuidados de saúde; b) dificuldade na retenção de profissionais de saúde em áreas rurais após a conclusão da formação; c) aumento da migração no interior dos países, regiões e no mundo; d) baixos salários, falta de incentivos de carreira, envelhecimento da população ativa e, e má imagem profissional; e) precárias condições de trabalho/ambientes; f) dificuldades na aplicação das políticas existentes; g) falta de programas de educação locais de alta qualidade; h) atraso ou respostas inadequadas às crises e / ou desastres; i) acesso limitado às tecnologias da informação e da comunicação e, j) restrições no financiamento e recursos de treinamento agravados pela situação econômica global. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A análise dos documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde a respeito da formação em obstetrícia possibilitou identificar que há definição das atribuições essenciais tanto para os educadores quanto para os profissionais que atuam na área da obstetrícia. O direcionamento estabelecido nos documentos serve de subsídio para a formulação de políticas educacionais e assistenciais capazes de contribuir com a cobertura e o acesso universal de saúde. Ressalta-se que tais documentos são de acesso universal e público. É preciso reconhecer os desafios que envolvem o controle da mortalidade materna, com destaque para os países em desenvolvimento. O enfrentamento desse grave problema de saúde pública requer, além de atuação multiprofissional, a definição das atribuições que levam a atenção qualificada. A formação de recursos humanos precisa ser considerado no contexto em que se está

inserido. No entanto, requer cuidado com a formação de contingentes, visto que é preciso números capazes de fazer a diferença na atenção qualificada à mulher, ao conceito e sua família. Recomenda-se a ampla divulgação dos referenciais da Organização Mundial de Saúde na tomada de decisão, revisão, reformulação e elaboração de diretrizes em obstetrícia, como elemento essencial para a melhoria da saúde da gestante, que constitui o quinto objetivo de desenvolvimento do milênio.

CONSCIENTIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A DOR E SUAS DIMENSÕES: UMA AÇÃO EDUCATIVA

Christiane Barbosa, Rogério Gavassa Ornella, Paulo César Carvalho, Aline Figueira Fidelis, Lucimeire Fátima Laurindo

Palavras-chave: Dor, educação profissional, educação continuada

APRESENTAÇÃO: No estudo dos sinais e sintomas das doenças, a dor é um dos sintomas mais presentes. Especialmente a dor crônica, quando vivenciada, torna-se uma experiência muito triste para o paciente e seus familiares. Isso se justifica, pois com a cronicidade, há a persistência da dor, que tem uma influência decisiva na deterioração da qualidade de vida e na atitude negativa perante a doença. O alívio da dor quer do doente, quer daqueles que com ele convivem, é uma exigência absoluta, e determina uma prioridade de ação dos profissionais de saúde. O profissional passa a ser o gestor da dor do outro, as suas ações compreendem a detecção, a avaliação e a intervenção nesse fenômeno. É fundamental saber o quanto os profissionais de saúde, que lidam com essa questão no dia a dia, estão conscientizados sobre esse problema. O suporte aos profissionais representa um

novo desafio para o nosso sistema de saúde e para enfrentá-lo é necessário conhecer as bases do problema. Para elucidação dessa questão, o objetivo desse estudo foi conhecer o nível de conscientização de profissionais de saúde de uma equipe de saúde da família sobre a dor e suas implicações. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Além do método qualitativo, este estudo foi desenvolvido com delineamento transversal e é descritivo do tipo exploratório. As questões éticas foram respeitadas, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Para compreender a conscientização dos profissionais de saúde sobre a avaliação e o manejo da dor, foi desenvolvida uma prática reflexiva norteada pelo arco da problematização de Maguerez. O arco da problematização segue cinco etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Entretanto, foram utilizadas para esta prática somente as quatro primeiras etapas. A amostra foi composta por 9 profissionais de saúde de duas equipes de saúde da família que atuam na Estratégia Saúde da Família e no Programa Melhor em Casa. O desenvolvimento desta prática foi realizado na unidade de saúde na qual as equipes estão localizadas, no município de Araraquara, interior de São Paulo, durante um período de 2 meses. A prática educativa foi organizada em 8 encontros semanais, de duas horas cada. Num primeiro momento educativo, realizou-se a observação da realidade, para saber o que os profissionais de saúde conhecem sobre o tema. Num segundo momento, houve um resgate do momento anterior e a identificação dos pontos-chave que deveriam ser trabalhados nesta prática. Num terceiro momento, foi realizada a teorização para elucidamento dos pontos-chave. Num quarto e último momento, realizou-se uma reflexão sobre a prática educativa além da proposta de

hipóteses de solução para os problemas encontrados. A coleta e registro das informações foram efetuados através de diários de campo, que foram lidos e reescritos no dia seguinte ao da atividade, para que as idéias não se perdessem, e fosse mantida a fidelidade dos acontecimentos. RESULTADOS: Para realização do primeiro momento, que visava a observação da realidade, foi necessário apenas um encontro. Neste dia, os profissionais participaram de uma dinâmica para que houvesse uma descontração e o maior engajamento na temática em questão, dor. Após a dinâmica, os profissionais foram convidados a refletir e expor para o grupo o que sabiam sobre o tema em questão. Entre as frases ditas, algumas se destacaram como: "...é difícil a gente tratar a dor..." deve perguntar para o paciente como é a dor, usar a escala de carinhas, que a dor é o quinto sinal vital e devemos lembrar que a dor pode ser ligada à morte nós precisamos de outros profissionais para cuidar melhor da dor que é preciso estabelecer vínculos com a família e mostrar que a gente se importa com a dor. Este momento foi muito importante para resgatar o conhecimento dos profissionais, mas mostra que tal conhecimento sobre o tema é muito superficial e limita as ações de saúde que poderiam ser desenvolvidas para minimizar os problemas relacionados à dor dos pacientes e o estresse dos familiares. O segundo momento ocorreu em um único encontro. Neste encontro, foi retomada a discussão do encontro anterior com a categorização de pontos chave que precisariam ser melhor elucidados sobre a temática. Os profissionais decidiram que deveriam saber mais sobre os conceitos de dor e como se dá a dor física e a dor psíquica. Também decidiram que deveriam saber quais as melhores formas de avaliação da dor e as formas de tratamento existentes, inclusive as formas não convencionais. O terceiro momento ocorreu em cinco

encontros de duas horas cada. Este foi um período de teorização, no qual foram discutidos com o grupo os conceitos mais atuais sobre o tema. Por se tratar de equipes multiprofissionais, pois havia enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, técnicos de enfermagem e psicólogos, este foi um período muito rico na construção de conhecimentos sobre o manejo da dor em todas as suas nuances. Os profissionais avaliaram que tinham pouco conhecimento sobre o tema, sabiam só o superficial e o que era restrito às suas formações, sem conhecer o que os demais profissionais poderiam fazer a respeito. O quarto momento ocorreu em um único encontro. Foi desenvolvida uma prática reflexiva e os profissionais disseram que a participação neste processo foi muito importante para eles. Foi possível perceber que esta prática trouxe contribuições no desempenho das ações de saúde que visam minimizar a dor e o seu impacto para os pacientes e seus familiares. Os profissionais propuseram a construção de um instrumento para avaliação da dor dos pacientes em cuidados domiciliares e outro para avaliar o impacto da dor crônica na vida dos familiares e cuidadores, a fim de sistematizarem suas ações e aumentar a confiabilidade no trabalho da equipe. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Como desenvolvimento deste estudo, foi possível compreender a conscientização dos profissionais quanto às questões relacionadas ao manejo da dor em pacientes atendidos na atenção básica. O arco da problematização utilizado nesta prática privilegiou a ação dos profissionais, tornando-os protagonistas do processo educativo e favorecendo uma aumento da conscientização sobre o problema. Os profissionais ficaram motivados a continuar estudando sobre o assunto e agregar novos processos de trabalho para sistematizar a assistência em saúde dos pacientes que sentem dor.

CONTRIBUIÇÕES DA APRENDIZAGEM COLABORATIVA NA EAD: ENFOQUE NO PROFESSOR, TUTOR E ALUNO

Luciana de Paula Miranda, Leila Conceição de Paula Miranda

Palavras-chave: Aprendizagem colaborativa, educação à distância

APRESENTAÇÃO: Segundo Brasil (2005) a educação à distância (EaD) é uma modalidade educacional na qual a mediação didático - pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com estudantes e professores desenvolvendo atividades educativas em lugares ou tempos diversos. Os ambientes virtuais de colaboração e aprendizagem constituem uma densa rede de inter-relações entre pessoas, práticas, valores, hábitos, crenças e tecnologias em um contexto de aprendizagem, formando uma ecologia da informação (NARDI, 1999). No ensino à distância o aluno é o centro do processo de aprendizagem e deve ser levado a desenvolver habilidades para o trabalho independente, para a tomada de decisões e esforço autorresponsável; o professor deve desenvolver no aluno a capacidade de selecionar informações, de refletir e decidir por si mesmo. É preciso lembrar que o professor deve ser, antes de qualquer coisa, um eterno estudante, pois não é o dono do conhecimento, ele é, sim, melhor conhecedor dos caminhos que levam a esse conhecimento (CHERMANN E BONINI, 2000). Para Delors (2001) o professor deve estabelecer uma nova relação com quem está aprendendo, passar do papel de 'solista' ao de 'acompanhante', tornando-se não mais alguém que transmite conhecimentos, mas aquele que ajuda os seus alunos a encontrar, organizar e gerir o saber, guiando, mas não modelando os espíritos,

e demonstrando grande firmeza quanto aos valores fundamentais que devem orientar toda a vida. Com relação ao tutor, Araújo e Figueiredo (2009), afirmam que ele é a figura responsável pela incessante comunicação que encadeia o processo de ensino e aprendizagem. Belloni (2003) destaca que o tutor deve ter a capacidade para interagir com os conteúdos e com o material didático disponibilizado e dinamizado durante um curso à distância, utilizar-se de estratégias de orientação, realizar as intervenções didáticas com a frequência necessária e ter disponibilidade para estimular a autonomia e a emancipação do aluno. Tendo em vista a expansão da tecnologia, voltada ao contexto educacional no mundo contemporâneo, torna-se de extrema relevância estudar o processo de ensino-aprendizagem envolvido nestes ambientes virtuais. Portanto este estudo trata-se de uma pesquisa que buscou verificar quais as contribuições da aprendizagem colaborativa para a Educação à Distância (EaD) enfocando o professor, tutor e aluno, como principais atores envolvidos neste processo. O objetivo geral consistiu em identificar as contribuições que a aprendizagem colaborativa na EAD proporciona ao professor, tutor e aluno no processo de ensino-aprendizagem em ambientes virtuais. Os objetivos específicos buscaram-se identificar as contribuições que a aprendizagem colaborativa na EAD proporciona para o professor no processo de ensino-aprendizagem em ambientes virtuais; identificar as contribuições que a aprendizagem colaborativa na EAD proporciona para o tutor no processo de ensino-aprendizagem em ambientes virtuais; identificar as contribuições que a aprendizagem colaborativa na EAD proporciona para o aluno no processo de ensino-aprendizagem em ambientes virtuais. DESENVOLVIMENTO: A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de uma revisão bibliográfica, retrospectiva,

compreendendo os meses entre Abril e Julho, do ano de 2013. Para levantamento dos dados bibliográficos foi considerado o período entre 1996 e 2013, ano este de finalização do trabalho. A busca pelos referenciais teóricos foi realizada pela internet, através de artigos científicos disponíveis nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library Online). RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Embora existam estudos que abordem a temática da EAD no Brasil, quando se fala em contribuições da aprendizagem colaborativa, enfocando os diversos sujeitos envolvidos no processo (professor, tutor e aluno), percebe-se que esse tema ainda é pouco estudado. Verificar as contribuições que a aprendizagem colaborativa na EAD proporciona ao professor, tutor e aluno no processo de ensino aprendizagem em ambientes virtuais tornam-se importante, pois assim, foi possível entender que o processo de ensino aprendizagem constitui-se num saber coletivo, onde cada sujeito tem seu papel muito bem definido quando se trata de ensino à distância. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A modalidade de EaD ganha, a cada dia, mais espaço com o reflexo dos benefícios do uso da Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) na educação e as mudanças significativas nas estratégias de ensino aprendizagem. O momento é de transformação na educação e trabalhar com as tecnologias e com as novas propostas contribui para a criação de um novo momento, rompendo com metodologias tradicionais e instrucionistas (RODRIGUES E CAPELLINI, 2012). Conclui-se, com este estudo, que o ambiente de aprendizagem colaborativa favorece o processo de ensino aprendizagem do grupo, possibilitando a troca de saberes, o interacionismo e a capacidade criativa e autônoma dos envolvidos.

CRENÇAS E PRÁTICAS DE EDUCADORES NA SAÚDE INFANTIL: UM ESTADO DA ARTE

Andréa Leite de Alencar, Ana Cely Sousa Coelho, Brenda dos Santos Coutinho, Andreza Dantas Ribeiro, Iani Dias Lauer-Leite, Wanessa Hellen Serrão Moura

Palavras-chave: crenças-e-práticas, saúde-escolar, educação-infantil

APRESENTAÇÃO: O plano nacional de educação (PNE) estabeleceu objetivos para a garantia do direito a educação básica com qualidade. Segundo dados do Observatório do PNE, de 2012, o Brasil possui 23,5% de crianças de 0 a 3 anos e 82,2% de 4 a 5 anos na escola, despontando o que antes era de responsabilidade exclusiva das famílias agora é comum e parte significativa das funções dos professores. Para que as crianças disponham de seus direitos na educação infantil é válido que os educadores, além do compromisso com o desenvolvimento e aprendizagem, gere o diálogo com a saúde, sendo necessária a reflexão crítica sobre as informações que possuem sobre o processo saúde-doença das crianças brasileiras, para isso, a qualidade na formação desse profissional é indispensável. Deste modo, este estudo objetiva analisar as crenças e práticas dos profissionais da educação infantil na creche e pré-escola referente à promoção e prevenção em saúde a partir de publicações científicas das diversas áreas que abrangem o tema, pertencentes à literatura nacional para a identificação do pensar dos educadores brasileiros acerca desta questão. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com o emprego do método da revisão integrativa, que possibilita agrupar as temáticas e os resultados obtidos nos estudos que trabalham o assunto. A revisão integrativa pressupõe fases que

devem ser obedecidas para a elaboração da mesma, o estudo adotou essas etapas para a sua construção. O questionamento de base do trabalho foi: Quais as crenças e práticas docentes na educação infantil sobre a promoção e prevenção em saúde no ambiente escolar? Para o levantamento dos artigos na literatura, procedeu-se com a busca na Biblioteca virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram utilizados, para a seleção dos artigos, os seguintes descritores: “crenças e práticas”, “saúde escolar”, “educadores infantis”, “educação nutricional”, “saúde na creche”, “ações educativas” e “higiene na escola”. Os critérios de inclusão definidos para a escolha dos artigos foram: artigos publicados em português na íntegra, que retratassem o assunto referente à revisão integrativa, publicados nas bases de dados selecionadas, que contivessem em seus títulos e/ou resumos os descritores supracitados e disponibilizassem o acesso completo online, entre os anos 2000 e 2015. A partir da escolha dos critérios de pesquisa, foram eleitos 23 artigos que se enquadravam no estudo, atentando para as duplicações nas bases de dados, porém após a leitura minuciosa, 14 artigos compuseram a amostra final. A análise compreendeu a leitura e releitura dos artigos, e posterior preenchimento do instrumento de coleta dos dados. Em seguida, as produções foram organizadas pela similaridade de conteúdo com conformação empírica, estabelecendo-se duas categorias. RESULTADOS: A partir da definição dos critérios de inclusão, a estrutura de análise foi composta por dados inteiramente nacionais, com a seleção de 14 artigos, sendo 12 indexados exclusivamente na base de dados LILACS e 2 encontrados em ambas, LILACS e BDENF. Os anos de 2008 e 2013 foram os de maior contribuição para o estudo, correspondendo a 21,43% cada.

Os periódicos de maior aporte, satisfazendo 57,14% do total foram: A Revista de Ciência e Saúde Coletiva, Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, Revista de Nutrição e a Revista Mineira de Enfermagem, cada uma concebendo 14,28% da amostra. Em relação à formação profissional dos autores, a enfermagem teve a maior representatividade com seis (42,86%) estudos. A partir da leitura das pesquisas foram estabelecidas duas categorias empíricas: Os Educadores e a saúde infantil e a capacitação do profissional da educação infantil em saúde. A maioria dos estudos abordados revela que as professoras de educação infantil não atribuem a promoção à saúde das crianças como uma responsabilidade, muitas vezes, conferindo à totalidade do encargo, somente aos pais, em especial as mães, ou não consideram a instituição de ensino como o principal meio de obtenção de informações sobre a saúde, aferindo o adoecimento das crianças a causas exteriores a creche ou pré-escola, resistindo em relação à avaliação do seu trabalho. Outras adotam uma atitude de aceitação ou conformismo em relação a alguns acontecimentos na infância, admitindo que estes sejam decorrentes das fases de crescimento e desenvolvimento, assinaladas por descobertas. Porém, alguns estudos mostram que as educadoras consideram as atividades que vislumbrem a saúde da criança importante, como por exemplo, estarem vigilantes para a prevenção de acidentes domésticos, inserir na dieta das crianças uma alimentação saudável diversificada, com o consumo de frutas, legumes, verduras, atuar como um modelo social (teacher modeling) para as crianças durante as refeições e lanches. Entretanto, alguns confiam esta ação aos profissionais de saúde ou, então não cogitam realizar atividades educativas por relatarem a falta de condição do ambiente de trabalho. Alguns estudos mostram que

os profissionais da educação, também expõem a seriedade de orientar e educar as crianças, seja no dia-a-dia ou através do lúdico, utilizando recursos como fantoches, desenhos e peças teatrais para promover saúde. Considerando o exposto, esses profissionais devem ser “conscientizados” do papel que desempenham como sujeitos ativos desse processo, pois é observada uma maior aderência dos educadores quanto à função de professor e da escola na promoção de hábitos saudáveis, quando alertados sobre a sua estima. Nos artigos analisados, também foi levantado que os profissionais carecem da orientação básica para melhor desenvolverem os trabalhos que fazem com a criança e, são conscientes de que, somente a vivência com os seus próprios filhos ou no cotidiano com o grupo infantil é que lhes dá um pouco mais de conhecimento, nesse caso, o empírico e senso comum. Sendo observada a deficiência no conhecimento das profissionais de educação infantil nas pesquisas é relevante a capacitação, para atingir um grau plausível de atenção à criança usuária de creche e pré-escola. Devendo ser incluído no currículo desses profissionais, tanto na formação, quanto na educação continuada, às múltiplas especificidades que possam interferir na saúde da criança, tendo os profissionais da saúde uma meta de oferecer uma parceria coadunada em princípios e ações com os do setor da educação, compartilhando a sua prática de cuidado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A maioria dos artigos que compuseram essa revisão foi de natureza qualitativa, nos anos de 2008 e 2013, com a maior participação da enfermagem. As categorias empíricas levantadas são complementares e mostra a principal abordagem dos estudos, a primeira reflete a crença da ausência de responsabilidade quanto à promoção da saúde infantil pelos profissionais e a resistência relacionada à avaliação do seu trabalho. A segunda mostra a prevalência

do conhecimento empírico ou do senso comum na tomada de decisões por estes profissionais, ressaltando a necessidade do trabalho entre a saúde e a educação e a capacitação do professor na promoção e prevenção em saúde infantil.

CRITÉRIOS DE QUALIDADE PARA FORMAÇÃO DOCENTE COM USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO FRENTE À MISSÃO FORMATIVA DO CEFOPE/RN

Renata Galvão Diniz do Nascimento e Silva

Palavras-chave: formação docente, qualidade social, cefope-rn

Apresentação: Os trabalhadores de nível médio representam um contingente importante numericamente no sistema de saúde, configurando-se em mais da metade dos trabalhadores da área. As Escolas Técnicas do SUS - ETSUS são instituições públicas formadoras dos trabalhadores de nível médio, atendendo aos objetivos do SUS, possuindo a capacidade de descentralizar seus cursos, mantendo os processos administrativos centralizados. Para isso, utilizam as unidades de saúde como espaços de aprendizagem e qualificam pedagogicamente os profissionais de nível superior dos serviços para atuarem como professores. Além disso, as ETSUS adequam seus currículos ao contexto regional, tendo como modelo pedagógico a integração ensino-serviço, além do trabalho e a pesquisa como princípios educativos. Para inserir-se na docência das ETSUS, os profissionais de nível superior dos serviços participam de um processo de capacitação pedagógica que são ofertadas exatamente porque o profissional do serviço ao exercer a docência nas ETSUS, muitas vezes não possui formação específica, além de possuir vínculo precário com as

escolas, falta de tempo para estar na sala de aula, devido as jornadas exaustivas de trabalho, e para participar dos momentos presenciais nos cursos de capacitação pedagógica. Diante destas dificuldades, a descentralização dos cursos faz com que o docente fique mais distante da sede da Escola, onde acontece a capacitação pedagógica impedindo sua participação em todos os momentos presenciais, dificultando ainda mais o exercício de suas atribuições como professor. Diante do desafio de ser professor é necessário promover a formação que qualifique este profissional para o exercício em sala de aula e fora dela, podendo utilizar-se das Tecnologias da Informação e Comunicação – TIC, de modo que possa assumir a missão formativa que tem o Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde Dr. Manoel da Costa Souza – CEFOPE e o seu compromisso ético-político de realizar a formação de trabalhadores da saúde críticos, reflexivos e criativos, capazes de contribuir para a transformação da realidade na qual vive e atua. **Desenvolvimento:** Este estudo se propõe a identificar critérios de qualidade para a formação deste docente com utilização das TIC no processo educacional, inclusive a distância, frente a missão formativa do CEFOPE, que é “contribuir para a ordenação da educação profissional em saúde através da formação inicial, continuada e técnica de nível médio, visando o desenvolvimento integral do cidadão e a qualidade da assistência prestada à população”. Assim, considerando o que já foi exposto, a questão que norteia este estudo é a seguinte: Quais são os critérios que agregam qualidade em formação docente mediada por TIC na perspectiva da missão formativa do CEFOPE? Diante da questão norteadora deste estudo que aponta para o seu objetivo geral - identificar critérios de qualidade para cursos de formação docente com a utilização das TIC - fizemos a opção

de desenvolver uma análise de abordagem qualitativa, que considerará a importância da compreensão da dinâmica das relações sociais, presentes tanto nos processos formativos como nas regulamentações legais referente à EAD, Educação Profissional e Formação de Professores, e que representam a base empírica deste estudo exploratório. **Resultados:** Este estudo está em desenvolvimento e os resultados serão apresentados brevemente. **Conclusões:** Cada vez mais necessitamos de práticas de formação docente que prime pela qualidade e busque uma formação que esteja de encontro com o Sistema único de Saúde e suas necessidades. O profissional da saúde precisa estar preparado para o enfrentamento da sala de aula com qualidade social e compromisso.

CUIDANDO DO CUIDADOR: UM APRENDIZADO NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Pedro Marinho dos Santos Junior, Andréa do Nascimento Serpa Rodrigues, Ana Cristina Martins Uchoa Lopes, Mayrla Diniz Bezerra

Palavras-chave: Educação Profissional, Autocuidado, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: Ampliar a dimensão do autocuidado no cotidiano do trabalho em saúde é um desafio constante para a integração entre técnica e humanização. O presente trabalho surgiu do encontro entre duas práticas educativas: O Curso Técnico de Enfermagem e a Residência Integrada em Saúde, ambos oriundos da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará. Relata a experiência da prática cuidando do cuidador, realizada com a equipe do Curso Técnico de Enfermagem da Escola de Saúde Pública do Ceará. A Residência Integrada em Saúde configura-se em modalidade de especialização Lato Sensu

para a formação em serviço de profissionais aptos para a atuação nos diversos cenários e metodologias propostas pelo Sistema Único de Saúde. O Curso Técnico de Enfermagem faz parte da Política Nacional de Educação Permanente e do Programa de Formação de Trabalhadores de Nível Médio para Saúde (PROFAPS) e contribui de forma direta para as configurações da rede de saúde e as ações na atenção básica. Realizado por meio da Diretoria de Educação Profissional em Saúde (DIEPS), através da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) em parceria com a Secretaria de Saúde do Ceará (SESA), possui como público alvo auxiliares de Enfermagem com atuação no SUS. Com uma carga horária de 1.200 horas divididas entre teoria e prática nas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Policlínicas e Centros de Atenção Psicossocial. O Curso Técnico em Enfermagem utiliza como estratégia pedagógica a Metodologia da Problematização como estratégia pedagógica para orientar a construção do conhecimento no contexto da práxis. METODOLOGIA: Realizado em Maranguape, região metropolitana de Fortaleza, capital do Ceará, iniciou as atividades em 31/03/2014 com previsão para finalizar em 15/10/15. Atualmente, com 26 alunos atuando nos campos de estágio curricular obrigatório, todos moradores da região em questão, portanto conhecedores das potencialidades e fragilidades da rede de saúde da região. No cenário de práticas do CAPS ad em Maranguape, essas duas modalidades de ensino e aprendizagem se encontram. O artigo relata a experiência da prática cuidando do cuidador com alunos do curso Técnico em Enfermagem, de forma integrada entre Educação Profissional em Saúde e Residência Integrada em Saúde, nos meses de junho e agosto de 2015. A importância do trabalho integrado entre as duas equipes, reside no fortalecimento

da rede de atenção psicossocial (RAPS), do próprio território, que encontra nas alunas do curso técnico o perfil conjunto de moradoras da região e profissionais da saúde (agentes comunitárias de saúde, agentes de endemias), que buscam ampliar suas qualificações profissionais e conhecem as demandas territoriais de onde habitam. Outra questão relevante das ações da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará é a perspectiva da interiorização do SUS em suas práticas de assistência, transformação cultural, formação de lideranças políticas e construção de cidadania através da saúde. Durante o percurso formativo, a equipe passou pela vivência do serviço no CAPS ad em Maranguape, onde foi convidada para participar de momentos em cuidados psicossociais, no qual as Enfermeiras tutoras da equipe e o residente em Terapia Ocupacional participaram como facilitadores das atividades. No primeiro momento uma roda de conversa sobre saúde mental do trabalhador é problematizada. O trabalho da equipe Técnica de Enfermagem é vital para a concretização do Sistema Único de Saúde, no entanto do ponto de vista da Saúde Mental, o cotidiano imerso no estresse ocupacional, nas relações sociais desses profissionais com os usuários e demais trabalhadores em saúde, além da cinética ocupacional de seus procedimentos técnicos, ocasiona sobrecarga psicofísica cumulativa. Com o tempo, a rotina se instala em um processo de produção de saúde no qual o corpo do profissional tende a ser percebido enquanto máquina. Essa lógica da produção fabril, representada nos momentos de aprendizagens, surge no gestual de anotar, mensurar, decorar os procedimentos, protocolos ou surge na fala de uma das participantes ao dizer que “esquece de si” quando entra na rotina do trabalho. Momentos do cuidar de si podem contribuir para a sensibilização de outras possibilidades de entender o

corpo no cotidiano profissional. No grupo, falar sobre essa sobrecarga abre espaço para outras aprendizagens e convivências. Reconhecer as próprias dificuldades no outro contribui para a humanização das relações profissionais. O diálogo sobre as questões de sobrecarga emocional emerge como elementos reconhecíveis no cotidiano laborativo. Em seguida, as Práticas Integrativas e Complementares e práticas da Educação Popular em Saúde foram utilizadas por meio das Práticas Corporais e da dialogicidade sobre a questão do cuidar de si para cuidar do outro. RESULTADOS: Trabalhos com técnicas respiratórias, musicalização, relaxação muscular progressiva e shiatsu, foram algumas técnicas utilizadas. O momento de cuidado psicossocial surge como novidade e espaço potencializador de reflexões sobre a saúde mental do trabalhador em saúde, enquanto elemento básico do seu processo formativo e de atuação profissional. O grupo trouxe para as vivências concepções pessoais sobre religiosidade, processos de saúde e doença, sofrimento psíquico no cotidiano e suas práticas de autocuidado, identificadas nas atividades de lazer. Quando problematizada a questão do cuidar de si através de métodos e técnicas específicas, realização do acolhimento, escuta e potencialização, apenas 5 participantes relataram a busca por estratégias para lidar com o estresse diário com objetivos de melhorar o cuidado com os usuários do SUS. No entanto todos os participantes reconheceram elementos do estresse laboral presente em suas práticas de Enfermagem. Dificuldades de caráter religioso sobre as práticas em saúde forma colocadas por alguns participantes. O orientalismo sugerido como ação contra as doutrinas de alguns participantes foi contornado com breves contextualizações a respeito do funcionamento das técnicas e proximidade com o universo cultural das religiões de matrizes cristãs.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A percepção dos participantes trabalhadores e usuários do próprio Sistema Único de Saúde foi a última questão abordada. Ponto fundamental para o entendimento de um sistema que se concretiza em cada processo de cuidado produzido e consumido no ato de cuidar de si e do outro. As vivências podem possibilitar a sensibilização para a percepção do corpo e do cotidiano como espaços necessitados de cuidados. Também foi possível realizar intervenções direcionadas para o entendimento do corpo como primeira ferramenta de atuação em saúde, porém não como corpo máquina, mas, enquanto organismo integrado com o meio que necessita de cuidados e afetividades potentes para a construção de redes solidárias em saúde.

CURSOS OFERTADOS PELO CANAL MINAS SAÚDE: PERCEPÇÃO DE PROFISIONAIS DE SAÚDE E GESTORES EM TRÊS MUNICÍPIOS DE GRANDE PORTE NO ESTADO DE MINAS GERAIS, BRASIL

Lizziane D' Ávila Pereira, Roseni Rosângela Sena, Kênia Lara Silva

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Processo de Trabalho, Atenção Primária

Este estudo analisa a percepção dos profissionais de saúde e gestores municipais que atuam na atenção primária sobre a contribuição dos cursos realizados pelo Canal Minas Saúde no seu processo de trabalho. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) é uma estratégia proposta pelo governo federal para a recomposição das práticas da formação, da formulação de políticas e controle social no setor da saúde, instituída em 2004 e reformulada em 2007 pela Portaria GM/MS nº 1.9961,2.

O foco do estudo aqui apresentado recaiu sobre o Canal Minas Saúde, criado em 2008, como uma ferramenta do sistema estadual de saúde utilizada para oferta de cursos, na modalidade a distância, para apoio à operacionalização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando implementar o Programa de Educação Permanente a Distância (PEPD). Trata-se de uma rede multimídia, que associa a tecnologia televisiva à tecnologia de informática para oferta das estratégias educacionais³. Para realização do estudo, optou-se pela abordagem qualitativa e a metodologia descritivo-exploratória, com orientação teórico-metodológica da dialética. O cenário do estudo foi composto pelos municípios de Montes Claros, Juiz de Fora e Uberlândia, por serem os municípios mineiros que possuem o maior número de trabalhadores certificados nos cursos realizados pelo Canal Minas, no período de 2011 a 2013, conforme a base de dados disponibilizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Foi excluído o município de Belo Horizonte por contar com uma proposta própria de educação permanente, o que poderia interferir na análise dos dados, uma vez que a proposta era obter uma percepção geral dos profissionais e gestores municipais sobre os cursos ofertados pelo Canal Minas Saúde. Os participantes foram 39 profissionais que atuam nas equipes de atenção primária dos três municípios que constituem o cenário do estudo e três representantes da gestão municipal. Como critério de inclusão para os profissionais que atuam nas equipes de atenção primária, considerou-se os profissionais certificados no mínimo em três cursos realizados pelo Canal Minas Saúde entre 2011 e 2013, cujo público-alvo envolvia profissionais que atuam na atenção primária; registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vinculado a estabelecimentos cujo tipo seja posto de saúde, centro de saúde/

unidade de saúde, unidade mista; fazer parte da categoria profissional elencada na Política Nacional de Atenção Básica como pertencente à equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família e estar atuando em algum dos três municípios cenário. O atendimento aos critérios de inclusão foi identificado inicialmente pela análise do banco de dados do Canal Minas Saúde e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, no mês de maio de 2014, identificando 65 potenciais participantes. Destes, foram excluídos os participantes que: não aceitaram participar da pesquisa (cinco) que, no momento da entrevista, não estavam atuando nos municípios (oito) em estabelecimentos vinculados à atenção primária (quatro) ou estavam afastados do serviço, por motivo de férias (um) ou de licença médica (seis), além dos três que participaram do pré-teste. O critério de escolha dos representantes da gestão foi a vinculação com a atenção primária e a disponibilidade para participação do estudo. Os dados foram coletados nos meses de junho, julho e setembro de 2014 por meio de entrevista individual com roteiro semiestruturado, com duração aproximada de 20 minutos. A transcrição das entrevistas e a análise do material foram realizadas pela pesquisadora e os dados foram submetidos à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, seguindo-se as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados/inferências e interpretação⁴. Em todas as etapas da realização desse estudo, foi considerada a Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde⁵. Da análise, emergiram as categorias empíricas: 'Interesse pela capacitação', 'Necessidade de qualificar o trabalho', 'Vivências na prática', 'Melhorando o curso' e 'A gestão nos processos de capacitação pelo Canal Minas Saúde e de Educação Permanente'. A análise dos dados, na primeira categoria, evidenciou os aspectos vinculados à realização dos cursos

pelos profissionais que atuam na atenção primária. Foi possível apreender aspectos que facilitaram a participação, como a busca pela ampliação dos conhecimentos e aperfeiçoamento profissional e as vantagens da modalidade a distância. Contudo, os profissionais reconhecem que aspectos relacionados à forma de oferta podem interferir de forma favorável ou não na participação. Na segunda categoria, foi revelada a possibilidade dos conhecimentos teórico-técnicos proporcionados pelos cursos contribuírem com a prática e vice-versa. Evidenciou-se a importância de os profissionais de saúde estarem motivados para aprender e do envolvimento profissional dos demais colegas de trabalho, potencializando o trabalho em equipe. Os participantes reconhecem os limites impostos pelas diversidades do território de atuação, especialmente os aspectos relacionados ao suporte da gestão. Na terceira categoria, evidenciaram-se as situações relatadas pelos participantes do estudo como exemplificadoras da apreensão do conhecimento e transformação da prática. A análise dos dados revelou que em sua maioria a incorporação do conhecimento se dá de forma mais individual e pontual, vinculados aos ciclos de vida e principais condições de saúde. Os participantes também mencionam as tentativas para a articulação ensino e serviço, mas insuficiente para impactar a qualidade do cuidado. Na quarta categoria, foi possível conhecer as sugestões dos participantes do estudo na oferta dos cursos pelo Canal Minas Saúde no intuito do mesmo contribuir para a transformação da prática para a qualificação da produção do cuidado. Foram verificados aspectos vinculados à ampliação da oferta dos cursos, tanto em relação a temas como aprofundamento e atualização dos conteúdos, desenvolvimento de estratégias para favorecer a participação, valorizando o trabalho e os trabalhadores e a proposta metodológica que possibilite

um processo formativo mais significativo e efetivo. Na quinta categoria foi possível conhecer as percepções dos profissionais que atuam na gestão municipal acerca dos cursos ofertados pelo Canal Minas Saúde, revelando o reconhecimento dos avanços proporcionados por esta ferramenta na realização de práticas educacionais, contudo a necessidade de avançar numa oferta mais sinérgica com as necessidades do território para que se insira de fato na política municipal sem gerar ações concorrentes e prejuízos na organização da assistência. Conclui-se que a oferta de cursos pelo Canal Minas Saúde requer incorporar os pressupostos da educação permanente em saúde para viabilizar a comunicação entre os diversos profissionais e possibilitar a articulação dos saberes necessários à transformação da prática.

DA SENDIBILIZAÇÃO A REFLEXÃO: A IMPORTÂNCIA DA TANATOLOGIA NOS CURRÍCULOS EM ENFERMAGEM

Layla Oliveira Campos Leite Machado, Márcia Maria de Medeiros, Marcia Regina Martins Alvarenga

Palavras-chave: Tanatologia, Acadêmicos de enfermagem, Currículo

INTRODUÇÃO: Pode-se afirmar que a forma de morrer contemporaneamente é diferente da experimentada em tempos passados, não morremos mais em casa, rodeados por familiares ou amigos, geralmente as mortes são constatadas em um ambiente hospitalar, onde não há espaço para cerimônias ou rituais subjetivos (MEDEIROS, 2008). O número de tarefas dos profissionais de enfermagem e alto fluxo de rotatividade dos leitos hospitalares cercam a morte de eventos mecanicistas, que causam embaraço e desconforto para esta categoria profissional. A relação que cada sujeito tem com a morte é única, não

tendo o mesmo significado para todos, o inquietante sentido que este fenômeno possui é visível. O pavor, o luto coletivo, os tabus, e até mesmo considerá-la um assunto interdito, são reações comuns quando esta temática se aproxima da realidade das pessoas. As subjetividades criam diferentes formas para lidar com a finitude o que implica diretamente na atuação dos profissionais de saúde que tem em seu cotidiano profissional um compromisso com a vida de seus pacientes, e lidar com o risco de morte pode tornar-se um momento difícil e delicado, originando um presságio de culpa, medo e até mesmo conturbação. No contexto da Tanatologia, o ser humano frente ao processo morte/morrer não deve estar relacionado com uma traqueostomia a ser aspirada, um acesso a ser puncionado, ou uma sonda a ser inserida (SANTOS, 2014). Dessa forma, esta afirmativa torna perceptível a carência de conhecimentos a respeito do processo morte/morrer por parte dos profissionais de enfermagem, tornando a assistência de enfermagem limitada (SHIMIZU, 2007). OBJETIVO: Evidenciar a importância da Tanatologia para os currículos em enfermagem. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de característica descritiva, exploratório, iniciado por meio de pesquisa bibliográfica. Realizou-se busca da literatura nas bases de dados SciELO, Medline, Lilacs, em bancos de teses e dissertações e em livros, que tratassem sobre os temas: Tanatologia, estudantes de enfermagem, educação em enfermagem. Os artigos utilizados foram publicados no período de 2001 a 2015. RESULTADOS: O episódio decisivo na relação com a morte não é o processo biológico existente, mas sim, a reflexão de que somos finitos e que ela chegará a todos. Os cursos da área da saúde, principalmente os de Enfermagem, tem se apropriado de um perfil mais humanista, exigência proposta pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, porém, algumas brechas ainda dão margem

para que essa teoria humanista não seja exercida em seu êxito. Neste sentido temos o vislumbre das aulas de Anatomia, que ocorre logo ao primeiro ano da grade curricular do curso de Enfermagem, onde neste primeiro encontro com o universo do profissional enfermeiro, um cadáver, ou uma peça anatômica, caracterizado pela retirada de identidade humana, quando posicionado frente ao aprendiz. Este momento é de grande anseio e conflitos de emoções, inúmeros pensamentos são alavancados pelos acadêmicos de enfermagem, porém quase nenhum sentimento é discutido neste momento, já que a finalidade das aulas de anatomia são totalmente direcionadas a um espaço baseado no processo de ensino aprendizagem. Este é um de seus primeiros contatos com a vida profissional, o que pode gerar uma reprodução em múltiplos âmbitos, causando conflitos e desconforto pessoal. A fragmentação do ensino em disciplinas que acabam por transpor o corpo (o futuro paciente) em células, tecidos e sistemas, contribui para um fator de risco eminente, a dessensibilização dos futuros profissionais em relação à questão do processo morte e morrer. Outro fator que é considerável neste contexto, refere-se à formação dos profissionais de saúde, que fortalecem a ideia da realização de um trabalho visando à promoção, recuperação e a preservação da vida, destituindo-os da competência para lidar com a morte e com o morrer de forma mais reflexiva. Ainda existem muitas questões sobre o processo de morte e morrer e sua relação direta com o processo de formação dos acadêmicos de enfermagem, observando que a abordagem dessa temática é rápida e superficial na graduação. A forma com que as Instituições de Ensino Superior deveriam aprofundar as competências e habilidades desenvolvidas pelos graduandos sobre o processo de morte/morrer tem sido amena, se não diminuta (OLIVEIRA, 2007). Norbert Elias (2001) preconiza que a morte não

é terrível, passa-se ao sono e o mundo se finda, afirmando que o homem é o único ser vivo que tem certeza que morrerá. Em outra circunstância, também discorre que há uma tendência ao crédito da imortalidade, apartando-se da ideologia da morte, justificado pelo evento tecnológico avançado no tratamento e prevenção de doenças. Podemos dizer que esse quadro sofreu uma alteração quando do surgimento da Tanatologia, criada pela psiquiatra norte-americana Elisabeth Kubler-Ross. A Tanatologia nasceu na década de 60 e trouxe grande mudança na área interdisciplinar, propondo o alavancar e o conscientizar sobre o tema morte junto ao público mundial (KOVACS, 2008). Esta área do conhecimento tem como objetivo humanizar as relações no momento da morte. Fica claro que a morte não tem o mesmo significado para todos, e as tensões provocadas no momento que ela ocorre podem ser divergentes, caminhando desde a raiva, a tristeza, a barganha, a negação, entre outros (SANTOS, 2009). O preparo dos acadêmicos de enfermagem para lidá-lo com a morte é imprescindível, no entanto, salienta-se que somente a criação de disciplinas remetidas ao processo de morte ou ao morrer, como a Tanatologia, não seria totalmente resolutive, sem que haja o comprometimento do trabalho interdisciplinar, envolvendo todos os docentes de enfermagem, já que a maioria assume a docência em campo prático com os discentes. A morte é fato no cotidiano profissional da saúde, porém vários estudos realizados com docentes de enfermagem demonstram a fragilidade quanto ao enfrentamento da morte por parte dos enfermeiros. Tal fato foi observado em outra pesquisa com enfermeiros docentes da UTI, que atestou que a morte de pacientes durante o estágio supervisionado, provoca bloqueios quanto ao ocorrido, gerando sentimento de responsabilidade e insegurança do educando frente ao

fenômeno da finitude humana (GUEDES, OHARA e SILVA, 2008). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Assim sendo, podemos refletir que na graduação de enfermagem se tem efetivo preparo curricular para meios tecnológicos e tipos de assistências para cura ou tratamentos de enfermidades, voltada à defesa da vida, mas não para lidar com os cuidados relativos à morte. Neste cenário compete ao educador uma abordagem multifatorial, educando para a descoberta de valores morais e éticos diante do cenário do processo morte/morrer. Assim, a Tanatologia, quando apresentada aos acadêmicos de enfermagem de forma prenunciada contribuirá positivamente para melhor prestação de cuidados ao paciente no processo de morte/morrer. Dessa forma, espera-se que ocorra junto aos acadêmicos de enfermagem maior sensibilização em relação ao fenômeno da morte e conseqüente humanização da sua prática no trato com pacientes que estejam fora das possibilidades de cura terapêutica, sendo possível formar profissionais que sejam capazes de assistir tanto a vida quanto a morte. É indispensável contribuir para o crescimento do conhecimento através da aprendizagem significativa sobre o tema Tanatologia, positivando a consciência acadêmica sobre o processo tanatológico.

DIABETES MELLITUS: CONHECIMENTOS, ATITUDES E HÁBITOS ALIMENTARES DE PACIENTES DE BODOQUENA/ MS

Flávia Gida Zanetti, Mara Lisiane Santos, Vera Lucia Kodjaoglanian

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Alimentação Saudável, Conhecimento e Atitudes

APRESENTAÇÃO: O Diabetes mellitus (DM) vem se destacando no cenário das doenças contemporâneas, considerada como uma

das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCTN) mais comuns, com grande impacto na saúde pública. Caracterizado como uma síndrome de etiologia múltipla, o Diabetes Mellitus apresenta hiperglicemia crônica e distúrbios metabólicos de carboidratos, em decorrência da alteração da ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. O aumento da incidência de casos das DCNT está fortemente relacionado ao estilo de vida, influenciados por padrões de consumo não saudáveis, como a industrialização, a mecanização da produção e a urbanização. No Brasil em 2013, 6,2% da população brasileira de 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, o equivalente a 9,1 milhões de pessoas. O diagnóstico precoce do Diabetes Mellitus auxilia na prevenção ou no retardamento das complicações da doença, juntamente com uma conduta e adesão terapêutica adequada. Podemos definir a adesão terapêutica como o grau que o paciente incorpora as instruções veiculadas por um profissional da saúde em relação a medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilo de vida. Vale ressaltar que a terapia nutricional é um importante fator na conduta terapêutica, o qual proporciona mudanças de hábitos alimentares dos portadores da doença, com intuito de evitar o descontrole metabólico e o aparecimento de complicações grave da doença e/ou o controle das mesmas. É de fundamental importância o envolvimento do indivíduo neste processo de adesão terapêutica como agente ativo, considerando seus hábitos alimentares anteriores, uma vez que estes são reflexos de suas origens culturais, regionais e são profundamente influenciados pelo poder aquisitivo do indivíduo. O conhecimento técnico sobre as melhores opções alimentares para quadro clínico não indica a correta adesão do diabético ao tratamento, porém funciona como um instrumento propulsor de

mudanças, quando a interesse. O presente estudo teve o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade da assistência aos portadores de Diabetes Mellitus, buscando analisar os conhecimentos e atitudes sobre a patologia e hábitos alimentares praticados pelos diabéticos do município de Bodoquena. Com intuito de entender a baixa adesão terapêutica que refletem no alto custo para a saúde pública e a baixa resolubilidade das ações educativas. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de uma pesquisa seccional, que irá buscar compreender o conhecimento e atitudes dos indivíduos sobre o Diabetes Mellitus e seus hábitos alimentares. O estudo foi constituído por usuários atendidos, incluídos no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – HIPERDIA, da rede municipal de saúde de Bodoquena, com diagnóstico de Diabetes Mellitus (tipo 1 e 2), em atendimento no período de maio a setembro de 2015. Foram excluídos os pacientes que, apesar de preencherem os critérios de inclusão, tenham sua capacidade de comunicação e compreensão prejudicada, pessoas com dificuldade de compreensão e/ou comunicação. A coleta de dados foi realizada nas unidades de Estratégia Saúde da Família - ESF e perante a ausência do usuário portador de diabetes mellitus nos encontros do HIPERDIA, buscou localiza-los através de contato telefônico e visita na residência. O preenchimento do questionário foi realizado pela pesquisadora e por ACS que se disponibilizaram para a aplicação do formulário de forma voluntária, sendo os mesmos capacitados para a execução desta atividade, afim de não prejudicar a veracidade das respostas. A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Antecedendo a realização da entrevista, todos os participantes convidados e que

aceitaram ser incluídos como sujeitos, foram informados sobre a pesquisa, os objetivos, a metodologia empregada, inexistência de riscos atuais ou potenciais, a razão de sua escolha como participante e a necessidade de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em linguagem acessível à clientela. A entrevista constitui-se no preenchimento de formulário composto por três blocos. O primeiro bloco refere-se aos dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, profissão, número de filhos, renda familiar, número de membros da família). O segundo bloco é relativo aos hábitos alimentares praticados pelos usuários (número de refeições, ingestão hídrica, preparo dos alimentos) e uma avaliação qualitativa do consumo alimentar, mediante um questionário de frequência alimentar. O terceiro bloco refere-se aos questionários Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) e Diabetes Attitudes Questionnaire (ATT-19), ambos os questionários traduzidos e validados no Brasil por Torres; Hortale e Schall (2005). Resultados e/ou impactos A amostra do estudo foi composta por 51 indivíduos, predomínio do sexo feminino (60,8%), com idade média de 58,5 anos (desvio padrão de 14,9 anos), casados ou em união estável (82,4%), com ensino fundamental incompleto (66%), aposentado (35,3%), renda familiar de 1 a 2 salários mínimos. Residentes em casa própria na área urbana do município, com esposo e filhos e possuindo mais de 3 filhos. Em relação às comorbidades encontrou-se 54,9% dos entrevistados com Diabetes Mellitus possuíam Hipertensão Arterial ou Doenças Cardiovasculares, 35,3% não possui doença associada ao Diabetes Mellitus e 9,8% apresentam outras. Após aplicação e avaliação do questionário de frequência alimentar que apresentavam opções de consumo diário, semanal,

quinzenal, mensal e nunca. Os alimentos com consumo diários mais citados pelos entrevistados foram leite desnatado, biscoito de água e sal, margarina convencional, arroz, pastel, maçã, feijão carioca, alface, carne bovina magra, suco artificial convencional em pó e entre as opções de doce foram citados bala, canjica, arroz doce e doce de leite. Os alimentos mais citados na opção de nunca consumidos, foram iogurte light, biscoito waffer light, maionese light, cereais matinais, empada, pera, soja, espinafre, hambúrguer, suco artificial diet e pirulito. Com relação aos questionários Diabetes Knowledge Questionnaire (DKN-A) e Diabetes Attitudes Questionnaire (ATT-19), que buscaram analisar os conhecimentos e atitudes dos usuários entrevistados identificaram-se uma média de 6,14 com desvio padrão de 2,59 para o teste DKN-A e no teste ATT-19, 49 das 51 pessoas (96,1%) obtiveram escore inferior a 70, caracterizando atitudes negativas dos entrevistados perante ao Diabetes Mellitus. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir da análise dos questionários de frequência alimentar notou-se que os diabéticos do município de Bodoquena possuem baixo consumo de alimentos light, integrais, diet e frutas, com pouca diversidade entre os alimentos consumidos diariamente. Entre o grupo dos carboidratos destacou-se maior consumo diário de arroz branco, “chipa” ou pão de queijo, pão francês e biscoito e água/sal, considerados de alto índice glicêmico. Verificou-se ainda um consumo diário de frutas e verduras relatado pelos pacientes diabéticos de ambos os sexos, fato positivo, pois, contribui com a ingestão de fibras da dieta e desta forma auxilia o controle da glicemia. Em relação ao teste DKN-A e ATT-19, notou-se uma atitude negativa dos diabéticos perante aos seus conhecimentos e atitude relacionados ao Diabetes Mellitus. Portanto pode se concluir que há

necessidade de se reforçar as orientações nutricionais dos diabéticos, bem como maiores explicações sobre a importância das modificações nos hábitos alimentares inadequados e adesão ao tratamento para o controle da patologia e prevenção das complicações agudas ou crônicas associadas à doença. O processo periódico de educação e o aconselhamento nutricional tornam-se indispensáveis para se alcançar melhores índices de adesão terapêutica, contribuindo assim para melhoria da saúde e qualidade de vida destes pacientes.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DA SITUAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA DOS GRUPOS E/OU EMPREENDIMENTOS ECONÔMICOS SOLIDÁRIOS DA REDE DE SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA DE SÃO PAULO

Ana Luisa Aranha e Silva, Thais Fernandes Rojas, Ricardo Santoro, Júlia Bazani da Silva, Evelyn Sayeg, Fernanda Braz Tobias de Aguiar, Lucy Aparecida de Oliveira, Heloisa Garcia Claro

Palavras-chave: saúde mental, economia solidária, extensão universitária

Esta pesquisa participante, de corte transversal e de caráter censitário está realizando o Diagnóstico Participativo da situação sócio econômica dos grupos e/ou empreendimentos econômicos solidários da Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo. As Redes de Saúde Mental e Economia Solidária são movimentos sociais organizados que têm o objetivo de aumentar o potencial de renda dos trabalhadores que são usuários dos serviços de saúde mental por meio da inclusão produtiva; produzir autonomia, emancipação e exercício da cidadania; reduzir a situação de vulnerabilidade pessoal e social; fomentar a lógica do trabalho cooperado e associado; e resgatar valores da cultura local com formas

sustentáveis de produção. Objetivos da pesquisa: Realizar o diagnóstico da situação sócio econômica dos empreendimentos econômicos solidários da Rede de Saúde Mental e Economia Solidária do Estado de São Paulo; Aplicar o Instrumento diagnóstico, participativo e socioeconômico nos grupos e/ou empreendimentos participantes do projeto em todas as regiões de abrangência da Rede; Elaborar relatório de sistematização e avaliação dos dados levantados; Elaborar relatório de análise de viabilidade econômica dos grupos e/ou empreendimentos diagnosticados. Métodos: O número corresponde a cerca de 150 projetos de geração de trabalho e renda, oficinas de trabalho ou empreendimentos econômicos solidários vinculados à Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo, organizada em 07 (sete) regiões do Estado de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de Instrumento de Coleta de Dados desenvolvido pelo Grupo Interdisciplinar de Estudos de Saúde Mental e Economia Solidária da EEUSP (Anexo). Os dados foram hospedados na Plataforma Google Drive para construção e alimentação do banco de dados e realização de tratamento dos dados pelo Microsoft Excel. A análise dos dados utilizou o Software SPSS, Versão 20.0. A realização do Diagnóstico Participativo da situação socioeconômica dos grupos de geração de trabalho e renda, oficinas de trabalho e/ou empreendimentos econômicos solidários desenvolvidos nos serviços e saúde mental, públicos ou privados, ou independentes, e que são vinculados à Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo é uma ação fundamental para o avanço de suas organizações, para a eleição de metas que aperfeiçoem suas atividades econômicas e para o aprimoramento das políticas públicas para o setor. O presente estudo teve início após a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP segundo as diretrizes da Resolução

196/96 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Está em fase de conclusão de coleta dos dados: deadline em 18 de setembro de 2015. Os dados serão apresentados no Congresso da Rede Unida.

DIÁLOGOS ENTRE EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO POPULAR NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS NO CONTEXTO DO ESPAÇO EKOBÉ - UECE

Vera Lúcia de Azevedo Dantas, Vera Lucia de Azevedo Dantas, Mayana Azevedo Dantas, Antonio Edvan Florencio, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Jair Soares Sousa

Palavras-chave: educação popular, graduação, práticas pedagógicas

O Espaço Ekobé - Fortaleza -CE, vem desenvolvendo há aproximadamente 10 anos, ações de cuidado, educação popular transversalizadas pelas linguagens da arte e em um processo de diálogo permanente entre atores e atrizes dos movimentos populares, dos serviços de saúde e da universidade. Neste diálogo tem protagonizado ações de formação em educação popular e práticas populares de cuidado que envolve esse conjunto de atores. Este trabalho objetiva refletir sobre os princípios e práticas pedagógicas que tem sido delineados em sua experiência e as possíveis contribuições para a formação dos estudantes de graduação no contexto da UECE. Para construção desse relato trabalhamos com abordagens metodológicas da educação popular, especialmente o círculo de cultura, a sistematização de experiências e as narrativas autobiográficas dos sujeitos que protagonizaram esses processos. Durante o segundo semestre de 2014 e o ano de 2015, o espaço tem promovido processos formativos relativos à permacultura, Reiki e farmácia viva sempre envolvendo esse conjunto de sujeitos. Os processos

construídos sob a ótica da educação popular estão ancorados principalmente nos círculos de cultura, nas vivências e práticas de cuidado e nas linguagens da arte e com a referência de princípios como o diálogo, a amorosidade e a construção compartilhada do conhecimento. No ano de 2015 o espaço tem acolhido estudantes de graduação dos cursos de enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social e educação física no contexto de disciplinas em geral articuladas previamente com discussões sobre políticas de saúde, práticas integrativas e complementares e educação popular. Vivenciar essas possibilidades pedagógicas e de cuidado tem propiciado a aproximação de estudantes e professores com outras ações do espaço e a busca desses estudantes para envolvimento via projetos de extensão e pesquisa junto ao espaço, assim como a proposição de outras ações curriculares no espaço ampliado o universo de cursos e de sujeitos que vivenciam suas práticas. Esse diálogo aponta para outras abordagens práticas pedagógicas no contexto da formação

DISPOSITIVOS IDENTIFICADOS NA REGIÃO OESTE DE SAÚDE – SANTA CATARINA FAVORÁVEIS AO FOMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Natalia Hoefle, Maria Elisabeth Kleba, Giselle Mascarello de Oliveira

Palavras-chave: Educação permanente em saúde, Integração ensino serviço, Políticas de saúde

APRESENTAÇÃO: De acordo com a Portaria GM/MS nº 1996/2007 a Educação Permanente é um conceito pedagógico, que implica maior aproximação entre ensino e serviços de saúde, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano do trabalho. Essa política de formação

deve considerar as especificidades e desigualdades regionais, as necessidades dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2007). Deste modo, Ceccim& Feuerwerker (2004), discorrem que cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, analisar e interpretar informações sobre a realidade e construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes. A noção de quadrilátero na formação em saúde – ensino, gestão, práticas de atenção e controle social – é importante, pois propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para promover mudanças. A Educação Permanente em Saúde (EPS) como dispositivo contribui para disparar processos e produzir inovações para gerar transformações nos sujeitos com capacidade de intervir na realidade e de transformá-la a partir da relação ensino-aprendizagem (FRANCO, 2007). Este estudo objetivou identificar dispositivos existentes que favorecem a educação permanente em saúde na Região Oeste de Santa Catarina. METODOLOGIA: Trata-se de um recorte do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Enfermagem, desenvolvido no primeiro semestre de 2014, tendo como método a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA). A PCA favorece a busca do conhecimento com vistas a provocar mudanças na realidade, o que requer participação dos sujeitos envolvidos no processo de pesquisa. A PCA, em sua implementação divide-se em cinco fases: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação (TRENTINI; PAIM, 2004). Para coleta de dados foram aplicadas entrevistas aos componentes da câmara técnica da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES), aos professores representantes das Instituições de Ensino Superior (IES) na CIES, ou que trabalhavam

com a temática de EPS e análise documental dos Planos Municipais de Saúde (PMS) dos municípios da Região Oeste de Saúde disponíveis na página on-line da Secretaria Estadual da Saúde de Santa Catarina e das atas das reuniões da CIES no período de 2008 a 2013. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) sob protocolo nº 031/CEP/2014, sendo obtido consentimento livre esclarecido (TCLE) de todos os participantes. RESULTADOS: Os dispositivos encontrados no estudo para a promoção da EPS na Região foram categorizados em três tipos: a) instituídos a partir do Ministério da Saúde para orientar e coordenar a implementação da EPS, como: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a Comissão Intergestores Regional (CIR) e a CIES; b) instrumentos de gestão, que instituem a EPS como responsabilidade em nível municipal, como os PMS dos municípios de abrangência da Região Oeste de Saúde; e, c) os programas, projetos de pesquisa e extensão desenvolvidos pelas IES da Região. Em relação à PNEPS, instituída pela Portaria 1996/2007, constitui-se como um conceito pedagógico, no setor da saúde, para fortalecer relações entre ensino e o serviço de saúde (BRASIL, 2007). É compreendida pelos participantes como um “dispositivo de crescimento, amadurecimento, de potencialização das pessoas, quando ela é compreendida na sua lógica”. A CIES e CIR, instituídas pela Portaria 1996/2007, são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS. A CIES foi apontada como espaço que favorece a articulação das IES da Região, por meio do qual estas discutem e podem contribuir no processo de EPS, com ações voltadas ao ensino, ao desenvolvimento profissional, ao fortalecimento da gestão e do controle social em saúde. No período do estudo, foi

constatado um processo de reestruturação da CIES na região, sendo manifestada pelos entrevistados a preocupação com o andamento das atividades e com a capacidade das pessoas envolvidas para reinventar a CIES, de maneira criativa. Os entrevistados destacam que “A CIES está ressurgindo das cinzas”, “passamos por um processo de desmobilização por pessoas e instituições e agora estamos retomando novamente a força motriz do que movimenta esta ideia que é a EPS”. Para a consolidação da CIES na Região Oeste de Saúde um dos desafios apontados é a falta de compreensão de alguns gestores membros da CIR, quanto à CIES e suas atribuições: “às vezes a CIR não entende que a CIES é um espaço que não é [simplesmente] subordinado a CIR”, é também um espaço colaborativo. Nesse sentido a CIR entrava o processo de EPS na Região, quando não delibera pauta e tampouco promove espaços para que o assunto seja discutido com os participantes. Em relação aos PMS, instrumento que direciona as políticas de saúde, elencando os compromissos e as prioridades de saúde de cada município (BRASIL, 2009), percebeu-se baixa inserção da EPS. Dos 25 municípios contemplados no estudo, 24 Planos Municipais de Saúde estavam disponíveis na página on-line da SES-SC, mas apenas sete relativos à gestão de 2014/2017 e 17 da gestão 2010/2013. Nos Planos, o tema EPS foi identificado com frequência relacionado aos programas setoriais coordenados pelo Ministério da Saúde, tais como: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do homem, saúde do adolescente, saúde do trabalhador e vigilância em saúde, com o intuito de qualificar a atenção básica. Apenas três municípios têm contemplado em seu PMS um item específico à EPS, na perspectiva de expandir e efetivar os programas de educação continuada e viabilizar atividades de educação permanente junto a CIES. Dos programas, projetos e ações em

desenvolvimento pelas IES: de acordo com a análise das atas da CIES Oeste, ao longo da história da CIES na Região as IES têm sido parceiras no desenvolvimento de ações de educação permanente. Os registros evidenciam que a primeira atividade realizada com recursos da CIES teve como parceira a Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), que foi o “Seminário de prevenção da dengue e febre amarela”. Em 2009 e 2010 foram realizados em conjunto com a CIES: o Curso de Urgência e Emergência (Unochapecó); a Oficina para Revisão do Plano de Ações Regionais de Educação Permanente em Saúde (PAREPS), mediado por professores da Unochapecó; o curso de Saúde Mental na Atenção Básica desenvolvido pela Unidade Central de Educação Faem Faculdade (Uceff Faculdades). Em 2011 e 2012 foram promovidos: III Seminário de Zoonoses; II Oficina de capacitação sobre animais peçonhentos e plantas tóxicas na Macrorregião do Extremo Oeste II SC; II Seminário de Gestão do Trabalho na Saúde; I Seminário de Educação Permanente em Saúde. Atualmente, muitas das atividades de educação em saúde que vem sendo realizadas pelas IES na região estão ligadas à componentes curriculares dos cursos de Enfermagem e também à projetos de pesquisa e extensão. Estas atividades são pensadas em conjunto com os diferentes sujeitos envolvidos com a realidade do território, buscando-se, desta forma, fortalecer a articulação do ensino com o serviço e a comunidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Neste estudo identificamos importantes dispositivos e suas influências na Região Oeste de Saúde para o fomento da EPS. Muitas atividades já foram realizadas, mas há muito que avançar para a efetividade da integração ensino-serviço na Região, para o que os gestores assumem papel fundamental em sua construção.

DIVERSIDADE CULTURAL NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DAS COMUNIDADES RELIGIOSAS DE CULTURA AFRO-BRASILEIRA

Sandra Ceschin Fioravanti

Palavras-chave: Saúde, Doença, Cultura, Religião, Afrobrasileira, Educação

Introdução: Os conceitos de saúde, doença e cuidado são resultados da construção histórica social de diferentes realidades, compõem uma ampla rede de valores, crenças, saberes e práticas de cuidado que são herdados culturalmente. A cultura é percebida como um sistema simbólico, ao qual o homem percebe e interpreta o mundo condicionando os seus diferentes comportamentos em relação à vida. O conceito de cultura tem sido evocado no ensino e no trabalho em saúde, porém explorado de forma superficial. O modelo de saúde hegemônico tem mostrado-se incapaz de atender de forma integral o ser humano diante de sua complexidade, demonstrando a necessidade da criação de novos paradigmas na atenção em saúde. Para a construção de um modelo diferencial que seja capaz de responder melhor as necessidades de saúde de toda uma população, se faz necessário considerar a diversidade cultural presente em toda sociedade. Deste modo se torna relevante reconhecer que o modelo biomédico não é o único sistema de saúde que oferta possibilidades de interpretação do processo de saúde/doença, sendo múltiplos os caminhos em busca de um itinerário terapêutico que traga maior sentido ao adoecimento para a população. As comunidades religiosas de cultura afro-brasileira apresentam-se como importantes espaços de promoção do cuidado e um campo fértil na produção do conhecimento, destacando-se por sua relação com as práticas de cuidado

com o corpo e a saúde à partir de suas concepções mágico-religiosas. Possibilitam através do seu sistema de crença múltiplas escolhas para uma abordagem em saúde mais integrativa. Possuem um modelo de atenção estruturado em valores tradicionais que contribuem de forma relevante para a compreensão da cultura relacionado ao processo de saúde/doença. As práticas de cuidado oferecidas nessas comunidades se dão por uma variedade de recursos naturais, como a fitoterapia e o toque sensível, revelando-se como mais um recurso entre as diversas opções dentro do pluralismo terapêutico brasileiro. Ofertam trocas de saberes compartilhadas, estimulam o protagonismo e a autonomia do cuidado, aproximando-se melhor da política de humanização proposta pelo Sistema Único de saúde/SUS. As práticas de ofertadas nas comunidades religiosas de cultura afro-brasileira assumem um papel complementar do cuidado, atuando de forma simultânea e não excludente da assistência baseada no modelo biomédico. Favorecem a ampliação de espaços saudáveis de promoção de saúde e prevenção de agravos em classes sociais em estado de vulnerabilidade. Estimulam a participação popular coletiva e a inclusão social, valorizando o sujeito como produtor da sua própria história de vida. Objetivo(s): o presente estudo busca contribuir na visibilidade da cultura popular religiosa afro-brasileira, como apoio terapêutico para os problemas relacionados ao processo de saúde e doença. Pretende gerar uma reflexão no campo da educação sobre a potencialidade da abordagem cultural pela perspectiva da saúde. Esforça-se em demonstrar a necessidade de aprofundamento no conceito de cultura pela perspectiva antropológica sobre a relação saúde, cultura e sociedade como um desafio no trabalho e na formação em saúde. Pretende construir possibilidades de escuta e acolhimento dos discursos

da população de cultura religiosa afro-brasileira e suas particularidades baseadas na tradição mágico-religiosa pela sua relação com o processo saúde/doença. Incentivar diálogos entre o conhecimento científico e a cultura popular para o desenvolvimento do processo educacional e das práticas de atenção com maior grau de adesão, satisfação e efetividade. Metodologia: O estudo é fruto de recortes e adaptação do artigo científico apresentado no curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, para obtenção de título de bacharel no ano de 2014. Realizou-se um levantamento bibliográfico de conclusão parcial, com metodologia de pesquisa exploratória, por meio das fontes de informações disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com um recorte transdisciplinar apoiada nas leituras de produções relacionadas com o tema Religião, Saúde e Cultura Afro-brasileira, apoiando-se em políticas públicas de promoção, atenção integral e educação em saúde. Observou-se a escassez de publicações que abordam o tema em específico, ou seja, a correlação da religião afro-brasileira com a promoção do cuidado e a abordagem da diversidade cultural na educação em saúde. Resultados: os resultados demonstram a necessidade de aprofundar as discussões de elementos que permitam a transferência dos conhecimentos da cultura popular afro-brasileira, no sentido de compreensão do fenômeno religioso, como parte integrante das experiências vividas e na valorização da subjetividade do ser humano. Tal como reconhecer a atuação dessas comunidades como complementar as políticas públicas de promoção propostas pelo SUS. Aponta-se a fragilidade com que o conceito cultural é abordado nos centros de educação em saúde, sendo que a identidade da sociedade brasileira é constituída pela diversidade cultural. Considerando a importância dos limites e das possibilidades de práticas educativas,

a partir de uma abordagem cultural no sentido de permitir possíveis interpretações para o processo saúde/doença, propõe-se contribuir na abertura para a construção de novos caminhos com maior interação entre o ensino/comunidade/trabalho pela perspectiva da saúde, aproximando-se de uma atenção culturalmente sensível, ausente de preconceitos. O olhar revela o fortalecimento do vínculo através da dinâmica curador e doente como importante elemento de adesão as práticas de cuidado, expressando a satisfação na escolha do itinerário terapêutico que ocorre de forma mútua e compartilhada. Conclusão: O baixo investimento ao conceito cultural sob a perspectiva antropológica evidencia a necessidade de mudança nos parâmetros educacionais dos centros de ensino em saúde. Tal compreensão se torna fundamental para a formação e a atuação no trabalho em saúde coletiva, para uma abordagem mais integrativa e humanizada. É possível afirmar que à frente da diversidade cultural, é relevante que o profissional de saúde reconheça a cultura afro-brasileira como integrante da atenção em saúde. Estas comunidades, à partir de suas regras e visão de mundo aos quais extrapolam os valores do modelo biomédico, possibilitam uma construção coletiva de promoção em saúde, formando uma rede de apoio social fortemente baseada nas relações interpessoais, estimulando redes de solidariedade e o fortalecimento da singularidade dos sujeitos. A necessidade do cuidado cultural reorienta os modelos de educação em saúde, ampliando as ofertas de atuação diante da diversidade cultural brasileira. Desta forma estes espaços comunitários se revelam como um ambiente de produção do cuidado e um espaço rico para a produção do conhecimento, transformando a atenção em saúde em uma ato de cidadania e de inclusão social.

DO PRIVADO PARA O PÚBLICO: RACISMO INSTITUCIONAL UM OBSTÁCULO A EQUIDADE PARA A SAÚDE NO BRASIL

Angela Ernestina Cardoso de Brito, Eunilson Dias Santos, Nadir Cardoso de Brito, Janice Pimenta Borém

Palavras-chave: privado, público, racismo institucional, equidade, saúde

Este trabalho objetivou discutir o racismo institucional na área da saúde, e as possibilidades de ações que erradiquem os efeitos perversos dessa prática. Estudos indicam de que raça é um fator condicionante de acesso a serviços de saúde, sendo os brancos, os que fazem maior uso deles e por mais tempo (CUNHA, 2004, p.108). Nesta perspectiva o racismo institucional entendido como a forma de racismo que se estabelece nas estruturas de organizações da sociedade e nas instituições, pode ser traduzido em ações e mecanismos de exclusão perpetrados pelos grupos racialmente dominantes. Trata-se de um trabalho de cunho bibliográfico com pesquisa em fontes primárias e secundárias. Consideramos que o combate e a prevenção ao racismo institucional na saúde demandam medidas não apenas de caráter normativo ou proibitivo, mas ações efetivas que busquem a equidade e permitam, ao mesmo tempo, a elaboração de políticas públicas eficazes para combater as adversidades impostas ao seguimento populacional negro em decorrência do preconceito racial e exclusão social vivenciados historicamente. O racismo institucional e seus desdobramentos: O racismo institucional pode ser definido como o fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço adequado e profissional para os usuários em decorrência de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele pode

ser detectado nos processos, atitudes e comportamentos que resultam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereótipos racistas que causam desvantagens a pessoas de minoria étnica (KALCKMANN, 2007, p.146). A prática do racismo institucional na área da saúde afeta preponderantemente as populações afrodescendentes. Na maioria das vezes não se tem a noção real do racismo embutido nas organizações públicas e privadas, sobretudo, porque o Brasil edificou-se sobre o mito da democracia racial, o que dificultou a tomada de consciência política e social por parte da sociedade brasileira. Em nosso país, pode-se dizer que o racismo institucional manifesta-se em privilegiar a população branca, mas também em ações e atitudes para controle, manutenção e propagação dessas prerrogativas via apropriação do aparelho estatal. Em detrimento do racismo no plano individual, que se aproxima do preconceito, quando um indivíduo se coloca na posição de superior ao outro por conta de sua cor, o racismo institucional é disseminado quando as estruturas e instituições, públicas e/ou privadas de um país, atuam de modo diferenciado em relação a determinados grupos em função de suas características físicas ou culturais. Ainda quando o resultado de suas ações – como as políticas públicas, no caso do Poder Executivo – é assimilado de forma diferenciada por esses grupos. O racismo sai da esfera privado e passa para o público. A população negra vem sendo discriminada nas unidades de saúde, como usuários e como profissionais. Os serviços de saúde, por meio de seus profissionais, aumentam a vulnerabilidade desses grupos populacionais, ampliando barreiras ao acesso, diminuindo a possibilidade de diálogo e provocando o afastamento de usuários (KALCKMANN, 2007, p.146). Estudos evidenciam que há desigualdades importantes entre a saúde

de brancos e negros, e entre homens e mulheres, explicitando interações sinérgicas entre desigualdades sociais, raciais e de gênero. Não há como desconsiderar o peso da dimensão étnico racial nos profundos problemas sociais que assolam o Brasil, bloqueando relações, possibilidades de participação, inibindo aspirações, mutilando práxis humanas, acentuando a alienação de uns e de outros, indivíduos e coletividades (KALCKMANN, 2007, p.147). A discriminação por cor[1] perpassa por meio de mecanismos de expressão que não transgridem abertamente essas normas, infere diferenças importantes no acesso e na assistência nas diferentes esferas da sociedade, como, na educação, ocasionando menor oportunidade de escolarização. Na polícia e outras forças de autoridade e controle social, pode se constatar prisões ilegais e detenções arbitrárias, “As discriminações e os racismos são componentes essenciais na conformação da sociedade brasileira e operam menos no plano individual e mais no plano institucional e estrutural (SILVÉRIO, 2002, p.223)”. Estas discrepâncias no âmbito dos direitos e do espaço público determinam as manifestações do racismo institucional. Resultados e/ou impactos: Na área da saúde, estudos recentes têm demonstrado que as desigualdades quanto à saúde e à assistência sanitária dos grupos étnicos e raciais são explícitas e que, das configurações de tais desigualdades, o racismo é a mais preocupante. O racismo reduz as possibilidades de diálogo das pessoas com os serviços, reflete na autoestima e, concomitantemente, interfere na saúde, especialmente na saúde mental dos usuários. Preponderante nos serviços de saúde reforça, quando não agrava, a exclusão social. A ‘invisibilidade’ das doenças, por “falta de pesquisas”, que são mais prevalentes no seguimento populacional negro, a exclusão da questão racial nos mecanismos de formação, a

dificuldade de acesso aos serviços de saúde, as qualidades da atenção à saúde, assim como o acesso aos insumos, exemplificam diferenças consideráveis nos perfis de adoecimento e morte entre negros e brancos. Na perspectiva de Guimarães (2007) vivemos em um país notadamente racista, se por esta prática entendermos a proliferação de práticas de discriminação e de atitudes preconceituosas que atingem prioritariamente os negros, os mestiços e pardos. Práticas que por sua vez, diminuem as oportunidades dos negros de competir em condições de igualdade com pessoas mais claras em basicamente todos os âmbitos da vida social. A questão da raça/etnia na saúde deve ser entendida como um tema transversal, que exige profissionais de diferentes esferas e setores da saúde sensibilizados para transformarem a indignação frente aos dados em ações concretas no Sistema Único de Saúde. Embora segundo Cunha (2004). Entretanto, é possível notar a nítida falta de trabalhos nacionais que contemplem o recorte étnico/racial no estudo de diferenciais no acesso aos serviços de saúde e na sua respectiva utilização, sejam da rede básica e/ou dos serviços especializados (CUNHA, 2004, p.108). Considerações Finais: Considerando que a população autodeclarada afrodescendente representa mais de 44% da população brasileira, poucas informações sobre seu bem-estar e saúde podem ser reunidas. Ademais, salientamos a importância do quesito cor no Sistema de Informação de Saúde, essa informação, pode dar significativas indicações sobre as condições de vida e saúde da população negra e promover políticas públicas para este seguimento. A população negra tem peculiaridades médicas relacionadas à sua etnia e às disparidades raciais e socioeconômicas incidindo numa maior morbidade e mortalidade dependente do tipo de problema médico associado.

Para prevenir e minimizar os efeitos do racismo institucional é importante apontar essas disparidades e os encaminhamentos cabíveis. Necessário também inserir programas de educação contínua da comunidade e iniciativas objetivando saciar necessidades específicas de grupos étnicos/raciais diferentes (ROCHA, 2000, p.2). O racismo caracteriza-se como um fenômeno ideológico e complexo, cujas manifestações, embora variadas e diversas, estão ligadas à necessidade e aos interesses, de um grupo social que atribui uma imagem pejorativa a outros grupos. O desafio de enfrentar o racismo institucional cabe a toda sociedade, principalmente, dos dirigentes das organizações e instituições públicas responsáveis em promover e operar as políticas públicas de atendimento a estas populações. Nesta perspectiva, impõe sermos ofensivos no combate a estas práticas e atuar junto à sociedade civil organizada para ampliar e qualificar a reflexão e o debate sobre desigualdades raciais e combate a prática nociva de racismo institucional.

DO QUADRILÁTERO AO PRISMA: INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO E A CONFIGURAÇÃO DE ESPAÇOS GESTORES NA EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO EM SAÚDE

Carine Vendruscolo, Marta Lenise do Prado, Maria Elisabeth Kleba

Palavras-chave: Integração Ensino-Serviço, Ensino

Apresentação: A participação desperta no homem a possibilidade de construir a história por meio da responsabilidade social, como sujeito comprometido e protagonista dos movimentos que vivencia (FREIRE, 2005). A gestão no âmbito dos processos de educação em saúde precisa estabelecer compromissos com componentes de

uma rede operacional. Essa perspectiva organizacional é observada nas estratégias de articulação interministerial, com vistas à reorientação do ensino na saúde, como é o caso do Programa de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde). Nessa perspectiva, são recomendadas estratégias autoavaliativas, para promover o acompanhamento em relação ao cumprimento das metas e objetivos dos projetos (BRASIL, 2007). É proposto o diálogo entre os diversos sujeitos: na universidade, na Secretaria de Saúde e na comunidade. A cogestão desses processos pressupõe comando horizontal, em que todos os sujeitos influenciam a construção do conhecimento. Ceccim e Feuerwerker (2004) defendem o “quadrilátero da formação para a área da saúde” – ensino, gestão, atenção e controle social –, para a gestão da educação no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). O ideário dessa figura pressupõe que cada face estabeleça fluxos e interlocutores específicos, com motivações diferentes. O objetivo do presente trabalho foi analisar como ocorre a representação dos quatro segmentos que compõem o quadrilátero nos espaços colegiados de integração ensino-serviço do Pró-Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Desenvolvimento: Trata-se de um estudo de caso, realizado com representantes dos quatro segmentos que fazem parte do Comitê Gestor Local (CGL) e da Comissão Coordenadora Geral (CCG) do Pró-Saúde – proposta integrada da Unochapecó, Secretaria da Saúde de Chapecó e Gerência Regional de Saúde. Para a produção e registro das informações foram realizadas entrevistas com 11 sujeitos, cinco membros do CGL, três da CCG e três que faziam parte de ambas as estruturas, os quais representam os diferentes segmentos do quadrilátero. Realizaram-se seis momentos de observação de reuniões, registradas em Diário de Campo, instrumento com notas de

observação descritivas (aspectos relevantes de organização, planejamento e dinâmica das reuniões); e reflexivas (processos de diálogo, participação, conflitos) e outras observações do entrevistador. Os dados foram analisados a partir da proposta operativa para “análise de dados qualitativos” de Minayo (2010). Foi obtido parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o número 242.966/2012, atendendo aos critérios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 466/12. Os participantes foram identificados por codinomes e letra correspondente ao segmento representado (gestão - G, atenção - A, controle social - CS e ensino - E). No que se refere à implicação da Instituição de Ensino Superior (IES), como parte integrante do quadrilátero, em estruturas como as instâncias colegiadas de gestão do Pró-Saúde, observam-se atitudes contrastantes entre os sujeitos que a representam. Existem situações conflituosas que envolvem, sobretudo, os segmentos ensino e serviço, por conta da defesa de interesses de um e de outro. Nessa relação de alteridade entre diferentes saberes (teoria e prática) nem sempre flui, naturalmente, o livre movimento dos sujeitos, na direção da práxis (FREIRE, 2011). Os interesses individuais, por vezes, se sobrepõem à prerrogativa constitucional que atribui ao SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. De outro lado, a participação dos usuários em instâncias de decisão na área da saúde é um direito garantido por lei no Brasil, mediante ação denominada de controle social, exercida em especial nos conselhos gestores. O usuário é o cidadão que faz uso do serviço, mas que, em tese, não deveria pertencer a um dos outros lados do quadrilátero (gestão, atenção ou ensino). Pode-se refletir que qualquer representante de qualquer um dos vértices do quadrilátero poderia ser duplo

representante, o que, contudo, para garantir e respeitar o princípio doutrinário da lei, não deveria ocorrer. O que se percebe, portanto, nas instâncias de gestão do Pró-Saúde, é que a participação do controle social é pouco frequente e que, quando ocorre, nem sempre o representante é o usuário (no sentido esperado) do serviço, mas outro membro do Conselho Municipal da Saúde (CMS). Vale lembrar que o CMS, por conta da paridade, é composto por usuários, prestadores de serviço, trabalhadores ou gestores. Nessa perspectiva, a participação do controle social no quadrilátero apresenta uma distorção – poder-se-ia chamar de “desvio de prisma” – o que acaba por comprometer a paridade que se deseja nesse processo. Os gestores (Secretários Municipais de Saúde) são representados, via de regra, por coordenadores de serviços no âmbito da Secretaria de Saúde. Representar pressupõe que indivíduos, nomeados para agir no interesse de grupos, tenham tempo para se apropriar do processo, além de habilidades de comunicação para se relacionar com os demais e para negociar (ABERS; KECK, 2008). A representação dos segmentos nas instâncias de gestão colegiada do Pró-Saúde ocorre de maneira heterogênea. A gestão da saúde e controle social são os segmentos que menos se envolvem, já os segmentos ensino e serviço, entre acordos e divergências, têm construído um caminhar coletivo, representados, da seguinte maneira: no ensino estão representados gestores da IES, docentes e estudantes; no serviço, se fazem presentes gestores, profissionais/trabalhadores. O segmento gestão – no caso, ligada ao serviço de saúde – embora menos presente, quando representado, se faz por meio de coordenadores de departamentos (atenção básica, vigilância epidemiológica, entre outros), por indicação do Secretário Municipal de Saúde, e nunca na sua presença, em pessoa. Já o controle social tem no

usuário/cidadão, um sujeito poucas vezes representado, de fato. Considerações Finais: Considera-se que a interação efetiva entre os segmentos que fazem parte do quadrilátero produz nos sujeitos um compromisso com a efetiva gestão do Pro-Saúde, por meio de relações de vínculo e responsabilização entre estudantes, usuários, professores, profissionais, gestores e outros parceiros na produção dos processos de educação e de cuidado em saúde. Assim, o complexo sólido que representa essa alteridade entre os segmentos, estaria mais relacionado com um “prisma” do que com uma figura de apenas quatro lados. O prisma pode ser utilizado para refletir raios luminosos e, utilizando-se dessa metáfora, podemos supor ainda, que há muitas arestas a serem ajustadas em relação a esses espaços de aprendizado da democracia. Contudo, se já existem reflexos provocados pela ação do quadrilátero, certamente as rodas de cogestão em processos educativos na área da saúde têm gerado oportunidades significativas para a conformação de, por que não dizer, “prismas da formação e da educação na saúde”, que traduzem a complexidade, a riqueza e a potência de tais processos.

DOCÊNCIA COM FOCO NOS ENCONTROS DE APRENDIZAGEM: ENSI-G-NAMENTOS NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

Daniela Dallegrave, Ricardo Burg Ceccim

Palavras-chave: Residência em Saúde, Saúde Coletiva, Avaliação de Tecnologias Educacionais em Saúde

Apresentação As Residências em Saúde são programas de educação pelo trabalho para profissionais da saúde. No Brasil, não há currículo para este tipo de formação. Nas práticas pedagógicas realizadas nestes

programas, observa-se que os signos do trabalho em saúde produzem aprendizagens e conformam os encontros de aprendizagem. Esses encontros de aprendizagem são tomados como potencialidades de produção de aprendizagens inscritas no corpo, aquelas que provocam marcas e produzem ensinamentos. Neste trabalho, a escolha por utilizar a grafia ensinamentos está embasada em Deleuze (2010) e refere-se ao entendimento dos signos do trabalho em saúde como capazes de produzir aprendizagens singulares. Esta grafia fala da possibilidade de abertura de espaços ao protagonismo destes signos, mas também da possibilidade de que eles escorram e saiam da cena de ensinagem a qualquer instante. Os saberes aqui reunidos são fruto de uma tese de doutorado em educação defendida na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Brasil) no ano de 2013 e intitulada “Encontros de aprendizagem e governa mentalidade no trabalho em saúde: as Residências no País das Maravilhas” (Dallegrave, 2013). Um dos objetivos foi reunir um conjunto de elementos a fim de sistematizar e construir aporte teórico para o conceito de encontros de aprendizagem nas Residências em Saúde. Desenvolvimento do trabalho O desenho de pesquisa contou com a análise das normativas vigentes no Brasil sobre as Residências em Saúde, seu entrelaçamento com conversas com participantes dos Encontros – Gaúcho e Nacional – de Residências e do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, eventos ocorridos em 2012. Acolheu também manifestações livres e interessadas em expressar experiências de aprendizagem nas Residências em Saúde. A docência nas Residências em Saúde é realizada por profissionais da assistência ou da gestão em saúde, os quais geralmente não possuem qualquer formação para execução desta tarefa pedagógica (Fajardo, 2011). Estes profissionais são chamados

de preceptores e possuem a função de acompanhar outros profissionais durante o programa de Residência. Em geral, o profissional aprendiz (denominado residente) não possui experiência prévia de trabalho na área da saúde, configurando suas primeiras experimentações no mundo do trabalho. Esta função preceptoria, ou seja o acompanhamento como exercício da docência, representa a possibilidade de coletar todas as potências dos encontros de aprendizagens, os quais são capazes de ensinar a pensar modos de cuidar diferentes a cada situação de atendimento realizado pelo profissional residente. Esses encontros de aprendizagens nas Residências aparecem na tese como a possibilidade de violentar o já instituído para produzir novos sentidos ao cuidado. São ainda possibilidades de habitar com amor onde poderia prevalecer uma maquinaria escolar ou os regramentos advindos do trabalho. São possibilidades de furar a instituição, de forçar o vazamento. São, sobretudo, possibilidades de torná-la suscetível aos prazeres das relações afetivas, dos furacões afetivos que colhem devires do trabalho e devires da aprendizagem. O que há de movimento em cada um deles. O que faz movimentar cada um de nós, presentes na cena de ensinagem. A vontade de potência de cada um multiplicando as possibilidades de ser. De ser-cuidado, de ser-cuidador, de ser-que-ensina-a-cuidar. Os devires emergem dos convites para experienciar (que se presentificam na educação no trabalho). Experienciar novos modos de estar ali, da produção de outros-em-nós, a partir da multidão que já somos. Nesses convites, somos fabricantes intensivos de aprendizagens no mundo do trabalho. É a possibilidade de se surpreender com a multidão que é o outro que está ali junto na cena de cuidado. Resultados e/ou impactos Os encontros de aprendizagem nas Residências em Saúde são constituídos por: 1) uma ética do acompanhamento

que se dá na relação entre preceptor e residente; 2) por um acoplamento das potências e capturas da educação e do trabalho e 3) pela possibilidade de produzir projetos pedagógicos singulares em substituição a currículos-programa. A ética do acompanhamento produz os devires do trabalho e da aprendizagem. No acoplamento educação-trabalho nas Residências, as potências de um vão propondo ao outro processos de reflexão e as capturas de um, colocando protocolos para o exercício do outro. Os projetos pedagógicos singulares seriam produzidos no trabalho, com orientação às aprendizagens, assim como aos preceptores/docentes e residentes/alunos. Nesta construção de projetos pedagógicos singulares se considera os indivíduos que estão sendo formados pelas Residências, suas trajetórias individuais, suas necessidades percebidas de formação. E neste contexto não faria sentido a determinação de tempo total para formação (início e fim do curso), nem a definição prévia de um currículo-programa, com disciplinas ou outros modos tradicionais pensados para a educação, como a educação em módulos, ou séries a serem percorridas por um grupo, onde todos deveriam sair com as mesmas competências, para se ter um certo perfil de egressos. Os projetos pedagógicos singulares, em oposição aos currículos-programas em que todos os alunos “recebem” todos os componentes da formação da mesma forma, apresenta sustentabilidade ao se centrar nas aprendizagens e não nos conteúdos. Provoca também reconhecimento de si aos participantes da cena de aprendizagem, isto é, ao preceptor, ao residente e também a quem está sendo cuidado. É com o trabalho que a aprendizagem acontece, construindo autonomias e produção de perguntas e problematizações onde no currículo-programa estão localizados os conteúdos. O projeto pedagógico singular seria, então,

um conjunto de ações pedagógicas, um arranjo gestor e operador da aprendizagem, resultante de discussão e construção coletiva, protagonizadas pelo sujeito que está na condição formal de aprendiz – o residente – e com a proposta de ultrapassar os saberes já sedimentados. Considerações finais A proposta de um projeto pedagógico singular, em que fossem possíveis trajetórias individuais de aprendizados, itinerários formativos e desafios ao pensamento, com organização de currículos singulares, provocação e questionamento a serviço do aprender, “narraria” um currículo de saberes a serem adquiridos.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE CIRURGIÕES-DENTISTAS DO SERVIÇO PÚBLICO

Poliana Gomes

Palavras-chave: Capacitação de Recursos Humanos, Educação em Saúde, Promoção da Saúde

INTRODUÇÃO: Historicamente o desenvolvimento conceitual e metodológico do termo saúde orientou-se na noção de que saúde corresponde a ausência de doenças. Na odontologia, esta concepção levou à hegemonia um modelo de atenção à saúde bucal com enfoque prioritariamente curativo. Este modelo tem se mostrado insuficiente para explicar os diferentes perfis epidemiológicos bem como incapaz de produzir mudança significativa no cenário da saúde bucal do brasileiro. A transformação deste modelo tem sido amplamente estimulada e nesta trajetória destaca-se a proposta do Ministério da Saúde para a reorganização da atenção básica, almejando a integralidade da assistência a população, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A educação em saúde é uma das práticas

que integram a rotina da ESF, que pode ser operacionalizada com base no enfoque da promoção de saúde ou no enfoque higienista. Para a abordagem promotora de saúde, esta atividade deve ser um campo multifocal, permitindo intercâmbio de informações entre o saber científico o saber popular e a construção de uma visão crítica dos problemas de saúde. Envolvendo conhecimento, conscientização e aquisição de habilidades, uma vez que os processos educativos e os de saúde-doença incluem tanto conscientização e autonomia quanto a necessidade de ações coletivas e de participação. No entanto, muitas vezes, a educação em saúde é ainda definida como uma estratégia para fazer as pessoas mudarem comportamentos, assumindo um papel racionalista e higienista, de um processo tradicional que, geralmente, impõe normas e condutas, responsabilizando e culpabilizando os indivíduos por seus problemas de saúde. Assim também os processo educativo definirá se o profissional motivou o educando a internalizar e ter instrumentos para modificar determinantes do processo saúde-doença ou somente criou um processo de depósito de informações. **OBJETIVO:** Analisar o conceito e as práticas de educação em saúde de cirurgiões-dentistas que atuam dentro da estratégia de saúde da família, de oito municípios do estado do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina. **METODOLGIA:** Pesquisa do tipo descritivo com abordagem qualitativa e quantitativa. A população-alvo constou de cirurgiões-dentistas inseridos na ESF em cinco cidades da região do Alto Vale do Itajaí e três municípios do noroeste Rio-grandense, no Rio Grande do Sul. A amostra é não probabilística e foi obtida por conveniência, tendo como único critério o aceite. A coleta de dados deu-se através de entrevista estruturada gravada. O roteiro da entrevista foi efetuado em duas partes: a primeira parte teve por objetivo

caracterização dos sujeitos, mediante obtenção de dados sobre: gênero; tempo de atuação no serviço público; tempo de obtenção do título de cirurgião-dentista; idade; atuação profissional. A segunda parte constou de duas questões norteadoras: “O que você entende por educação em saúde” e “Relate como são as ações de educação em saúde em seu local de trabalho”. O método de análise dos dados para segunda parte da entrevista foi análise temática, empregando o método de Bardin, transcrevendo as evocações, identificando os núcleos descritivos dos objetos em estudo, pré-análise, categorização, agrupamento e registro das evocações. Para cada categoria foi calculada a frequência relativa. **RESULTADOS:** Um total de vinte cirurgiões-dentistas integrou a pesquisa, dos quais 40% eram do sexo feminino e 60% do sexo masculino. As idades dos participantes variaram entre 24 e 61 anos, sendo 40,3 anos a idade média do grupo. Com relação ao tempo de atuação no serviço público, identificou-se uma variação entre um e trinta e dois anos, sendo que 80% ficaram na faixa de 01 até 20 anos. O tempo decorrido desde a obtenção do título variou de 01 e 38 anos. A maior frequência (45%) foi para espaço compreendido entre 11 e 20 anos. Quanto às evocações para o conceito de educação em saúde, a categoria Enfoque de Promoção da Saúde foi a mais frequente (59%); e a frequência da categoria Enfoque Higienista foi de 41%. Com relação às práticas educativas desenvolvidas, as Práticas Tradicionais foram citadas por 93% dos pesquisados e somente 7% deles abancaram na categoria Práticas Inovadoras. **DISCUSSÃO:** No que se refere à conceptualização, houve o predomínio das evocações relacionadas a Promoção da Saúde, entendendo educação em saúde para a formação de sujeitos críticos pensantes, capaz de avaliarem suas posturas, do meio em que estão expostos, que articulem, questionem as dificuldades, potencializem

a otimização de qualidade de vida, atuando de modo reflexivo e autônomo. Sendo assim capaz de realizar as escolhas mais saudáveis que terão reflexo em sua vida. No entanto, as práticas revelaram-se como ações tradicionais preventivas, focalizadas em normas de higiene, onde a prática educativa é confundida e limitada a intervenções tradicionais preventivas. A educação para a boa higiene, descende de leitura educacional dos anos 60 e 70 autoritária, tecnicista e biologicista, quando educação limitava-se a campanhas sanitaristas. Estas práticas não se enquadram hoje nos padrões de exigência da ESF, que surge na lógica de promoção e prevenção, rompendo com este modelo normatizador. Assim também levantamos alguns aspectos que possam ter orientado essa dicotomia nas falas dos profissionais, que seriam o próprio reflexo do modelo de formação destes profissionais, em sua maioria formado pelo modelo flexneriano, que se caracteriza por ser hospitalocêntrico, biologicista, fragmentado, que trabalha com repasse de informações de modo verticalizado, como também a estrutura que é oferecida para atuação profissional. A desvalorização da educação em saúde, culturalmente vista como atividade subjetiva de menor valor que as curativas e por fim o tempo de atendimento clínico que acaba por vezes somente suprimindo a demanda curativa reprimida não conseguindo prover ações educativas. **CONCLUSÃO:** Imposto esta ambiguidade entre falas e práticas dos profissionais acreditamos que é relevante propiciar espaços para discussão com o objetivo de se buscar consistência conceitual aliada à efetivação das práticas educativas, que atendam as reais necessidades do modelo de atenção à saúde definido pelos pressupostos do Sistema Único de Saúde. Partindo do intento que aprender não é um mero domínio de técnicas, habilidades e muito menos memorização teórica. E, sim é a aquisição de capacidade de explicar, de aprender e

compreender, de enfrentar criticamente situações. A concepção deve estar voltada a problematização, deve ser pautada na escuta qualificada, ou seja, primeiro ouvir para depois poder instrumentalizar o educando para que possa atuar como agente de transformação no seu meio. Visando assim uma cisão entre conhecimentos, sejam estes científicos, tecnológicos e saberes de culturas múltiplas e coexistentes numa mesma dinâmica. Formando-se cidadãos-críticos – pensantes, que se entendam capaz em todos os meios, sendo ativos políticos e socialmente.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA PARA A PREVENÇÃO DE DST'S EM ADOLESCENTES

Marcilene Batista Costa, Gabriele Pedroso Vasconcelos, Kamille Herondina Maia Martins, Melina de Figueiredo Miranda, Nádia da Costa Sousa, Yane Santos Almeida

Palavras-chave: Adolescência, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Prevenção

APRESENTAÇÃO: Adolescência é o período de transição entre a infância e a vida adulta, fase em que ocorrem os impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social, onde os indivíduos começaram a se esforçar para alcançar seus objetivos, tanto os relacionados às expectativas culturais da sociedade quanto ao que diz respeito à conquista de sua liberdade¹. O Estatuto da Criança e do Adolescente², regido pela Lei 8.069 de 1990, aponta que adolescência é a faixa etária compreendida entre 12 a 18 anos de idade. Nesta fase ocorre o fenômeno biológico conhecido como puberdade, onde há algumas mudanças que caracterizam-se pela menarca nas meninas entre 10 e 13 anos de idade e, a se menarca nos meninos por volta dos 12 aos 14 anos de idade³. A

necessidade de contato com uma pessoa do sexo oposto é algo inevitável nesse período, em que a curiosidade os induz a buscar relações cada vez mais íntimas. É nessa fase, por meio do namoro que a vontade de permanecer cada vez mais tempo ao lado da pessoa, de maneira gradativa os leva a selecionar o parceiro certo para experimentar seus limites até que a sua primeira relação sexual aconteça⁴. Os jovens não buscam informações concretas sobre os problemas provenientes de uma prática sexual irresponsável, acreditam-se livres de serem atingidos por consequências como, por exemplo: doenças sexualmente transmissíveis. Todavia quando estão cientes das problemáticas de uma prática irresponsável, são julgados pela sociedade por estarem iniciando sua vida sexual cedo demais, com isso eles passam a ter vergonha de atividades simples como a compra de um preservativo em uma farmácia, por exemplo, levando este adolescente a uma relação sem o uso e métodos preventivos e o pré-dispondo a uma gravidez precoce ou até mesmo uma DST⁵. Nas adolescentes, as DST's representam sério impacto na saúde reprodutiva porque podem causar esterilidade, doença inflamatória pélvica, câncer de colo de útero, além de interferir negativamente na autoestima⁶. Somado a isso, a saúde sexual dos adolescentes passou a merecer atenção especial dos profissionais da saúde, quando se comprovou a existência de doenças específicas que afetam essa faixa etária, doenças essas inclusive, incuráveis como é o caso da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS^{7,8}. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento dos adolescentes, com intuito de precaver cada vez mais essa faixa etária onde estimativas apontam um crescimento significativo de contágio. **METODOLOGIA:** A pesquisa realizada representa uma ação de saúde preventiva implementada como parte da metodologia

de Ensino Aprendizagem baseada na Problematização, centrada na teoria do Arco de Maguerez, que visa o conceito de práxis: aprender fazendo⁹. Trata-se de um estudo bibliográfico, onde foram realizadas revisões bibliográficas a cerca da temática, com abordagem quantitativa e qualitativa que são, respectivamente, a utilização de dados matemáticos em conjunto com a estatística para descrever os resultados obtidos e uma descrição subjetiva a respeito do assunto onde não podem ser quantificados¹⁰. Trata-se ainda de um estudo exploratório-descritivo, em que os dados foram obtidos por meio de questionários, respondidos por 63 alunos do ensino médio entre a faixa etária de 14 a 21 anos, estudantes da escola São Felipe no Bairro da Matinha, região periférica da cidade de Santarém-Pará. A aplicação do questionário foi adotada em dois momentos, um antes do dia da palestra (dia 27/09/2013), para a verificação do conhecimento prévio dos pesquisados a respeito do assunto e outro após a realização da palestra (dia 23/10/2013). **RESULTADOS:** A pesquisa demonstrou que quando perguntou-se sobre a iniciação da vida sexual do adolescentes, 38 (60,32%) afirmaram já terem tido sua primeira relação sexual e 25 (39,68%) garantiram não ter vida sexual ativa, antes da palestra. Dentre os 38 que já possuem vida sexual ativa, 10(26,31%) tiveram sua primeira relação com idade inferior a 14 anos, 24 (63,15%) com idades entre 14 e 16 anos, e 4 (10,54%) com idades entre 17 e 19 anos. Fato que é confirmado pela Organização Mundial da Saúde¹¹, que aponta a iniciação sexual dos jovens na maioria das vezes se dá entre a idade de 12 e 17 anos. Os mesmos se confirmaram em questionário realizado após a ação. Apesar de terem uma vida sexual precoce, os adolescentes na maioria das vezes possuem conhecimentos sobre os riscos de um envolvimento sexual sem a devida proteção. Essas informações são de

competência da família, uma vez que esta é primordial para a formação da personalidade e do desempenho dos papéis sexuais de seus filhos¹. Embora o diálogo sobre sexualidade não seja aberto, é a família quem fornece as primeiras noções sobre o que é adequado ou não. Contudo, os meios de comunicação influenciam muito mais do que a família quando se trata de sexualidade, uma vez que estes bombardeiam diariamente os jovens com informações distorcidas na maioria dos casos. Observou-se ainda que os mesmos possuíam conhecimento prévio sobre o que é DST, porém muitos deles não conseguiram identificar as doenças expostas. Dos questionários observados antes da palestra, 59 (93,65%) afirmaram que HIV/Aids é uma DST, contra 4 (6,35%) que afirmaram não ser. Com relação à Sífilis, 48 (76,20%) alunos a identificaram como uma DST, enquanto que 15 (23,80%) deles disseram não ser; no caso da Hepatite B, 21 (33,33%) a reconheceram como uma DST contra 42 (66,67%). As doenças Tuberculose, H1N1 e Dengue não são DST's, porém, com exceção da Dengue, a maioria dos adolescentes as classificou como tal patologia. As informações repassadas durante a palestra alcançaram resultados positivos, pois com a análise dos dados percebeu-se que nos questionários preenchidos após a ação, os alunos conseguiram classificar de forma correta as doenças apresentadas. Ao analisar a pergunta "Você sabe como evitar uma DST?", percebeu-se que antes da palestra, 52 (82,53%) alunos garantiram saber como evitar as DST's, e este índice melhorou significativamente após a palestra, apontando que 60 (95,23%) afirmaram ter conhecimento de como prevenir uma Doença Sexualmente Transmissível. Desse modo nota-se como a ação promovida atingiu as expectativas almejadas, os alunos conseguiram classificar os preservativos como a principal maneira de prevenção a contrair uma doença

sexualmente transmissível no decorrer de sua vida. Quando a informação é repassada e a população tem a consciência das responsabilidades e riscos que envolvem uma relação sexual sem a devida proteção e que isso pode acarretar danos a sua saúde, elas se protegem muito mais¹. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As atividades de promoção da saúde são necessárias nessa fase, visando sempre a melhoria do bem estar dos adolescentes e diminuindo o índice dessas patologias nesta população. Diante desta realidade, percebeu-se que para a conscientização do jovem acerca da prevenção, não é suficiente apenas conhecer os métodos, mas também saber sua eficácia, sua importância, o acesso a eles, a forma correta de sua utilização e as possíveis consequências de não usá-los. É importante salientar que as campanhas de prevenção a DST's devem continuar de forma mais intensa, tendo como principal foco a faixa etária que está iniciando sua vida sexual. Sendo assim, a saúde dos adolescentes necessita de um olhar diferenciado e multidisciplinar, a fim de assegurar a passagem por essa etapa da vida (adolescência) com riscos biológicos ou emocionais reduzidos, por meio do cuidado com abordagem técnica segura e humanizada.

EDUCAÇÃO NUTRICIONAL COM CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR COMO FERRAMENTA DE TRABALHO PREVENTIVO NA ATENÇÃO BÁSICA

Flávia Gilda Zanetti, Vera Lucia Kodjaoglanian

Palavras-chave: Educação nutricional, Alimentação saudável e Alimentação escolar

Educação nutricional com crianças em idade escolar como ferramenta de trabalho preventivo na Atenção básica
Flávia Gilda Zanetti **APRESENTAÇÃO:** Com a elevação da incidência de doenças crônicas

não transmissíveis, nota-se uma maior preocupação com a alimentação, com isto a educação nutricional voltada às crianças tem sido muito valorizada, uma vez que estão aptas a aprender rapidamente e aceitar uma grande variedade de alimentos, quando estimuladas. O comportamento alimentar de um indivíduo tem suas bases fixadas na infância, transmitidas pela família e sustentadas por tradições, por isto a participação e a cooperação dos pais neste processo é fundamental, para que os mesmos compreendam as consequências dos distúrbios alimentares identificados na infância e suas causas negativas na saúde das crianças. A infância é um período de intenso desenvolvimento físico e intelectual, marcado por um gradual crescimento da altura, ganho de peso e desenvolvimento psicológico. A alimentação inadequada nessa fase da vida pode ocasionar déficits no desenvolvimento físico e cerebral trazendo inúmeros prejuízos a saúde desta criança. Hábitos alimentares inadequados proporcionam deficiências crônicas de vitaminas e minerais (principalmente ferro, vitamina A e iodo), cerca de 1/3 das pessoas não atinge seu potencial em desenvolvimento intelectual e de crescimento. Em casos graves, essas deficiências podem resultar em cretinismo, cegueira, anemia, comprometimento do desenvolvimento imunológico, dentre outras doenças e incapacidades. A intervenção, da educação nutricional, em um estágio precoce, previne doenças, promove uma vida mais saudável, com tudo possibilita um desenvolvimento adequado físico e psicológico a esses indivíduos. A alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano com qualidade de vida e cidadania. A necessidade de maior cuidado em relação à alimentação de crianças em fase escolar

decorre principalmente do fato de nessa fase da vida ocorrer à incorporação de novos hábitos alimentares, implicando o conhecimento de novos sabores, texturas e cores, experiências sensoriais que influenciarão diretamente o padrão alimentar a ser adotado pela criança. Possivelmente a implantação de atividades de educação nutricional nas escolas, possibilitará às crianças a obtenção de conhecimentos básicos sobre alimentação e nutrição e incentivando assim uma melhor aceitação dos alimentos, proporcionando um comportamento alimentar, condizente com a saúde. O processo de Educação Nutricional é importante para despertar no indivíduo o interesse pela alteração de seus hábitos alimentares, levando em consideração suas crenças, sua cultura e seus costumes. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Esta pesquisa foi desenvolvida nos anos de 2012 a 2014 no município de Bodoquena/MS, decorreu-se através de ações em quatro escolas municipais e um centro de educação infantil da rede municipal de ensino, envolvendo anualmente 1.230 crianças com idade de 3 a 15 anos, as cozinheiras das unidades escolares e os pais destes alunos. As ações iniciaram-se através de reuniões com os pais dos alunos para apresentar o projeto aos pais e explicar os benefícios de uma alimentação saudável no processo de desenvolvimento de seus filhos e os reflexos dessas mudanças em seu convívio familiar. A segunda etapa do trabalho foi desenvolvida com as cozinheiras e auxiliares de cozinha da unidade escolar selecionada, mostrando-as a importância de um controle de qualidade rigoroso das refeições oferecidas e os benefícios de incentivar os alunos a proporcionarem seus alimentos sozinhos, do modo self-service proporcionando um aprendizado de caráter permanente. E a terceira etapa das ações contemplou avaliação nutricional dos alunos, aplicação do teste de aceitabilidade

da alimentação escolar, através da escala hedônica (Resolução FNDE/CD N° 32, 10 de agosto de 2006) e ainda à realização de palestras e teatros com os alunos com intuito de incentivar a alimentação saudável dessas crianças em fase escolar, refletindo no cotidiano de seus familiares normalmente portadores de alguma patologia de caráter nutricional. Foram solicitados aos alunos que todos realizassem um desenho ou uma redação para demonstrar o que entenderam sobre alimentação saudável. Para a realização de uma fundamentação teórica foi desenvolvido uma revisão bibliográfica, utilizando livros e artigos científicos publicados em Português, de 1985 até o presente ano. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Após a realização das atividades da pesquisa foi exposto no mural da escola o cardápio proposto para a Alimentação Escolar e notou-se uma postura de maior interesse dos familiares dos alunos em relação ao acompanhamento do cardápio e maior solicitação de informações as merendeiras. Em relação às merendeiras notou-se maior valorização destes profissionais no ambiente escolar, além de maior comprometimento das mesmas em orientar os alunos no momento do porcionamento das refeições. A pesquisa buscou explorar a valorização e a importância deste profissional nas atividades escolares. Verificou-se através dos desenhos desenvolvidos pelos alunos, uma boa compreensão sobre hábitos alimentares saudáveis discutidos nas palestras e teatros. Os desenhos ficaram expostos em sala de aula e debatidos em conteúdo programático, com auxílios dos professores. O teste de aceitabilidade da Alimentação Escolar foi realizado conforme orientado manual para aplicação dos testes de aceitabilidade no Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE e identificou que no ano de 2012, 83% respondeu que adora e/ou gosta das preparações e apenas 3% detesta. Em 2013 houve um aumento nos

percentuais na opção de adora e/ou gosta das preparações sendo 89% e mantendo 3% entre os escolares a opção de detesta. E em 2014 obteve 84% na opção adora e/ou gosta das preparações e mantendo 3% na opção de detesta. Concluindo uma boa aceitação da alimentação escolar entre os alunos. Na comparação entre os anos pesquisados avaliação nutricional dos alunos, segundo a classificação da WHO, 2007, notou-se maior percentual de alunos dentro da faixa de peso adequado, sendo no ano de 2012 64%, 2013 70% e 2014 70%. Os valores encontrados de alunos com baixo peso foram de 8% no ano de 2012, 6% em 2013 e 6,5% em 2014. E em relação aos alunos com excesso de peso, observou-se uma redução gradativa no percentual, em 2012 28% , 2013 24% e 2014 23,40%. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A escola é uma importante janela de prevenção às doenças crônicas não transmissíveis. A formação dos padrões alimentares das crianças depende principalmente da orientação dos pais e da escola, que devem atentar para a importância de consumir alimentos saudáveis e também oferecer esses alimentos a criança. Notou-se que as atividades desenvolvidas neste estudo proporcionaram aos alunos novos conhecimentos sobre alimentação dentro do ambiente escolar, refletindo em seus hábitos alimentares. Os alunos foram observados durante uma semana no momento que consomem a merenda escolar e notou-se a redução do consumo de balas e refrigerantes adquiridos fora do ambiente escolar, além do aumento do consumo de verduras e também a cobrança desse hábito entre os próprios alunos. Portanto pode se concluir que há necessidade de se reforçar as orientações nutricionais no ambiente escolar com os alunos e seus familiares, bem como maiores explicações sobre a importância das modificações nos hábitos alimentares inadequados. O processo periódico de educação e o aconselhamento nutricional tornam-se indispensáveis para se

alcançar melhores índices de adesão sobre hábitos alimentares saudáveis, contribuindo assim para melhoria da saúde, qualidade de vida desses alunos em sua fase escolar, refletindo no cotidiano de seus familiares com intuito de prevenir do aparecimento de doenças de caráter nutricional ou retardar as complicações da doença já existente.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA DIMINUIÇÃO DE INCIDENTES EM UM CENÁRIO DE TERAPIA INTENSIVA

Ana Paula de Andrade Silva, Benedito Carlos Cordeiro

Palavras-chave: Enfermagem, Terapia Intensiva, Erros de Medicação

APRESENTAÇÃO: O incidente pode gerar dano e acarretar aumento do tempo de permanência e do custo da internação, causando impactos psicológicos. Dados do Instituto de Medicina/EUA indicam que erros associados à assistência à saúde causam entre 44.000 e 98.000 disfunções a cada ano nos hospitais dos Estados Unidos. Esse quantitativo problematiza a questão do dano oriundo da assistência à saúde na área hospitalar, salienta a abrangência e magnitude da sua ocorrência e traz para uma reflexão crítica sobre o cuidado. Nessa proposta reflexiva sobre ações cuidadoras, a formação para área da saúde é um importante cenário na transformação das práticas profissionais e da própria organização de trabalho, uma vez que problematiza os incidentes ocorridos no preparo e administração de medicamentos endovenosos na instituição hospitalar e proporciona assistência segura aos clientes. A partir da relevância social da temática segurança medicamentosa, surgem questões como o envolvimento dos profissionais na fase da terapia medicamentosa e a possibilidade de articulação de mudanças no

trabalho, na sistematização do cuidado, na educação, nas relações dos saberes técnicos e científicos para mitigar na fase da terapia medicamentosa, em decorrências dessas reflexões, desse desconforto operacional. Assim sendo, verifica-se a necessidade de problematizar o processo laborativo cotidiano da terapia medicamentosa endovenosa a fim de propor uma reflexão sobre os possíveis incidentes. Assim, acredita-se que a Educação Permanente em Saúde pode contribuir no sentido da prevenção de erros medicamentosos provocados pelos trabalhadores de saúde, especialmente a enfermagem por atuar diretamente na administração medicamentosa. O estudo faz parte da dissertação de mestrado intitulada: Educação permanente uma estratégia para diminuição de incidentes em um cenário de terapia intensiva que se encontra em curso. O objetivo deste trabalho é realizar uma reflexão teórica sobre a contribuição de processos de educação permanente em saúde na prevenção de incidentes dentro de um serviço de terapia intensiva. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Para o desenvolvimento deste estudo, foram consultadas as seguintes fontes: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do ano 2004; o capítulo de administração de medicamentos do livro Fundamentos de Enfermagem de POTTER e PERRY; a Política Nacional de Segurança do Paciente do ano 2014 e a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS do ano 2013. Foi realizada uma leitura flutuante do material e posteriormente, as informações foram agrupadas e cruzadas possibilitando, assim, uma reflexão teórica que embasou este estudo. Na Política Nacional de Educação Permanente buscaram-se os elementos necessários para uma formação problematizadora voltada para o cotidiano dos trabalhadores de saúde na perspectiva da unidade de terapia intensiva; no livro de Fundamentos de Enfermagem,

buscou-se desenhar as ações esperadas na prática laborativa da equipe técnica na terapia medicamentosa endovenosa e as características da assistência da equipe técnica de saúde prestada que se associam ao aparecimento dos incidentes no preparo e administração dos medicamentos no setor investigado; na Política Nacional de Segurança do Paciente buscou-se integração com todos os processos de cuidado com objetivo de prevenir e reduzir a incidência do dano e na Política Nacional de Atenção Hospitalar buscou-se correlação das ações e serviços no âmbito do SUS que proporcione uma assistência segura, seja integrante à rede de atenção à saúde seja de articulação com programas e políticas prioritárias à formação em saúde. Nessa proposta reflexiva crítica sobre ações cuidadoras a formação para área da saúde tem um importante cenário na transformação das práticas dos profissionais e da própria organização de trabalho a fim de problematizar os incidentes ocorridos em unidade hospitalar com uma finalidade de propor assistência segura aos clientes. **RESULTADOS:** A análise dos materiais possibilitou ver a importância de processos educativos que tragam a realidade para o cenário de reflexão e pensamento. Nesse sentido a EPS é considerada como uma maneira de (trans) formar um trabalhador crítico e reflexivo e capaz de rever suas práticas modificando-as. Ao analisar a PNEPS, observou-se que a metodologia aplicada expõe o cotidiano laborativo respeitando o conhecimento e experiências que a pessoa possui; e propõe uma reflexão e re-pensar o trabalho vivo, construir uma atividade político-pedagógica pautada na articulação entre trabalhadores do SUS, ensino, gestão e atenção à saúde; o livro de Fundamentos de Enfermagem a semiotécnica do preparo e administração do medicamento de forma segura; a PNSP fomenta a prevenção e redução da incidência dos danos e na Política Nacional de Atenção

Hospitalar no sentido de fomentar as ações de promoção da cultura de segurança em ação à saúde com ênfase na ‘prática de ensino-aprendizagem’ e aprimoramento organizacional. Cabe ressaltar que estudar os incidentes é uma estratégia para oportunizar educação e evitar o processo de responsabilização individual. A preocupação da construção de elos na rede do SUS mediante integração de encontros e reflexões sobre experiências vivenciadas na terapia intensiva e articulação entre as políticas, uma vez fundamentado na semiótica do preparo e administração do medicamento com finalidade de garantir um cuidado em unidade intensiva favorável à administração medicamentosa segura visando instigar uma reflexão sobre a presença de incidentes que podem ser causados na terapia medicamentosa endovenosa aos clientes internados sob os cuidados das diferentes equipes de saúde no centro de tratamento intensivo, assim contribuindo para se repensar a realidade, inculcando uma mentalidade de prevenção ao erro e permitindo o empoderamento do conhecimento do procedimento correto e seguro nas ações realizadas, de modo que possam contribuir para transformação dos conhecimentos capazes de mediar propostas efetivas no processo de proteção aos clientes usuários dos serviços, objeto vivo do processo de cuidado. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Considerando a necessidade de formação permanente dos trabalhadores de enfermagem da unidade de terapia intensiva, observou-se que a reflexão teórica possibilitou aproximações profícuas entre a metodologia problematizadora e a prevenção de incidentes na direção da minimização de erros no preparo e administração de medicamentos endovenosos na rede hospitalar. Assim, espera-se que tal reflexão e apontamento tragam benefícios coletivos ao oferecer subsídios técnicos para todos os trabalhadores de saúde que atuam nos

cuidados intensivos e que estes reconheçam na educação permanente um espaço para falar, ouvir e aprender a aprender. Tais benefícios serão estendidos para os usuários e para o serviço como um todo. Que este estudo venha originar reflexões que possam orientar o processo de construção compartilhada de conhecimentos; contribuir com estratégias para renovar as práticas a fim de minimizar os incidentes no preparo e administração dos medicamentos endovenosos na atenção terciária por meio do grupo de educação permanente do município.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E OS CURRÍCULOS FORMADORES DA ÁREA DA SAÚDE

Acácia Priscilla de Souza Lírio, Renato Izidoro da Silva, João Sampaio Martins, José Carlos Godoy

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Currículo, Formação em Saúde

APRESENTAÇÃO: Este artigo aborda a relação entre a Educação Permanente em Saúde (EPS) e os currículos formadores na área da saúde. O conceito de EPS será aqui entendido tanto como uma “vertente pedagógica que coloca o cotidiano de trabalho ou da formação em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilitam construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano” (CECCIM, 2005, p.161) como uma política de educação na saúde. O conceito de currículo, por sua vez, será aqui discutido sob o olhar da perspectiva pós-crítica e baseado nas contribuições dos Estudos Culturais, que segundo Marlucy Paraíso (2004) “deve promover o ‘diálogo’ entre as diferentes culturas e estabelecer o questionamento e a problematização

da produção tanto da diferença como da identidade”, ou seja, preocupa-se com as conexões entre saber, identidade e poder, enfatizando o conceito de discurso. O objetivo principal deste estudo é investigar, por meio de metodologia bibliográfica, como tem sido abordada a relação entre a EPS e os currículos formadores na área da saúde, por meio das teses (1) e dissertações (4) defendidas no Brasil, nos últimos 10 anos. Objetivamos, para isso, identificar as perspectivas teóricas discutidas nos textos; as concepções de currículo discutidas; e as principais categorias analíticas utilizadas pelos autores. DESENVOLVIMENTO: Nossa metodologia do estudo consistiu-se em uma pesquisa bibliográfica com características quanti-quali; a pesquisa foi realizada no Banco de Teses da CAPES; compreendido como nosso banco de dados. Para o procedimento de busca no referido banco de dados, considerando que nosso tema central envolve termos compostos como EPS (Educação Permanente em Saúde) e currículos de formação em saúde, optamos, após algumas tentativas que geraram registros impossíveis de serem tratados no atual momento de nossa pesquisa, em face dos prazos institucionais pré-estabelecidos, pelo termo composto “educação permanente em saúde”, por ser capaz de restringir adequadamente a amostra à dimensão temporal de nosso trabalho o que nos levou a uma ocorrência de 55 registros. Com esta nova quantia, apesar de ainda superior às condições atuais da pesquisa, preferimos realizar uma leitura seletiva, enfocando três critérios básicos. O primeiro levou em consideração a presença das palavras “educação permanente em saúde” nos títulos e nos resumos dos textos; o segundo referiu-se ao período de conclusão dos trabalhos (teses ou dissertação) corresponder aos últimos dez anos; e o terceiro crivo exigiu que os textos estivessem escritos em língua portuguesa.

Responderam aos critérios onze (11) textos, no entanto, quando realizamos a investigação no buscador do GOOGLE e/ou no site da Instituição de Ensino Superior (IES) na qual os trabalhos foram defendidos, só conseguimos encontrar nove (09) textos completos. É válido ressaltar que o Banco de Teses da CAPES não armazena as teses e dissertações na íntegra, limitando-se apenas aos resumos, e por isso precisamos realizar essa pesquisa nos sites de busca mencionados. Outra questão importante é que a escolha do primeiro critério, citado anteriormente, levava em conta que a discussão sobre a EPS, estando nos resumos, supostamente garantiria também que fosse esta uma discussão relevante nos trabalhos. Finalizada esta primeira etapa de seleção das teses e dissertações que versam sobre a EPS de modo stricto sensu, partimos para a leitura seletiva dos 9 textos encontrados, agora com apenas um critério, que os mesmos apresentassem a palavra “currículo” no corpo do texto. Para tanto, realizamos essa tarefa por meio da ferramenta “localizar” disponibilizada pelo formato de arquivo digital Acrobat Reader (PDF). Com isso, localizamos 5 textos, entre teses (1) e dissertações (4), que consistem a amostra do presente artigo. A opção por esta sequência lógica se deve ao nosso desejo de discutir os currículos formadores em saúde a partir da EPS. Selecionada a mencionada amostra, lançamos sobre ela a seguinte pergunta: é possível pensar um currículo a partir da EPS? Se a resposta for afirmativa, como os currículos formadores em saúde se relacionam com a EPS? Esta relação tem sido discutida por alguns autores (Ricardo Burg Ceccim & Laura C. Macruz Feuerwerker, 2004a e 2004b; Dolores Araújo. Maria Claudina Gomes de Miranda. Sandra L. Brasil, 2007) na tentativa de romper com o modelo hegemônico dos currículos formadores na área da saúde no Brasil, buscando através da EPS construir

uma interlocução entre ensino, gestão, atenção e controle social - Quadrilátero da Formação em Saúde - no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com as Instituições de Ensino Superior (IES). Pensando em discutir estas questões, primeiramente apresentaremos as principais teorias sobre currículo e suas bases epistemológicas. Na sequência, exibiremos a caracterização e análise dos textos selecionados pela pesquisa. Por fim, apontaremos quais são os limites e as possibilidades para a construção do conhecimento curricular a partir da EPS, considerando a hipótese de que essa última está fundamentada em uma perspectiva pós-estruturalista em face da hegemonia posta pelos atuais currículos de formação em saúde. RESULTADOS: Para a caracterização e análise dos 5 textos selecionados pela pesquisa, além de uma leitura mais atenta dos títulos, resumos, palavras-chave e CONSIDERAÇÕES FINAIS (de alguns textos), realizamos uma busca pela palavra “currículo” no interior dos textos. Quando encontrada, recorreremos tanto a uma leitura do parágrafo em que ela foi encontrada quanto àqueles anteriores e posteriores à sua ocorrência. Paralelo a isso, construímos uma tabela para organizar e armazenar os dados referentes ao tema currículo presente no contexto de trabalhos acadêmicos sobre EPS. Após a leitura, conforme indicamos acima percebemos que a palavra “currículo” não se apresentou diretamente no título, nas palavras-chaves, nos resumos e nas considerações finais. As discussões dos trabalhos se concentram, de forma geral, em aspectos relativos à necessidade de mudanças da formação da área da saúde e/ou na implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Essa concentração sugere apesar da ausência do termo “currículo” nessas partes dos trabalho, uma preocupação com o currículo da formação em saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Por

fim, ponderando que o objetivo geral do nosso artigo foi investigar como tem sido abordada a relação entre EPS e os currículos formadores na área da saúde segundo algumas dissertações e teses, algumas questões surgiram. Primeira: os textos não definem o que eles chamam de currículo; segunda: não abordam de maneira direta as concepções de currículo; terceira: não versam sobre as diferentes especificidades ou dimensões curriculares: currículo oficial, formal, real, explícito, ensinado, aprendido, oculto, nulo. No entanto, apesar desses problemas, conseguimos visualizar nos textos a relação que os autores tentaram estabelecer entre a EPS e os currículos formadores, mas nem todos os textos lançaram propostas de como essa relação poderia ocorrer. Além de não apresentarem os limites e possibilidades para mudanças nos cursos de graduação da área da saúde. Acreditando que a discussão trazida neste artigo não se encerra por aqui, buscamos com ele entender que existem limites para a relação Educação Permanente em Saúde e os currículos formadores na área da saúde. Sendo que, esses limites se encontram tanto nas universidades quanto no campo prático da atuação profissional. Mas, de todo modo, as possibilidades continuam sendo tecidas e inventadas nas mais diferentes esferas - ensino, no serviço, na pesquisa, na atenção e no controle social – dessa relação.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM UMA OFICINA DE SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO DOCUMENTAL

Analice Aparecida dos Santos, Marcelo Dalla Vecchia

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Saúde Mental, Estudo documental

De acordo com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS

(2009), a Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia que propõe uma forma de aprendizado de acordo com a realidade da prática diária do trabalho do profissional. Pressupõe que os processos de formação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do seu trabalho cotidiano, e considera que as necessidades formativas e de desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas demandas de atenção à saúde dos usuários atendidos pelos serviços. Ao discorrer a respeito da introdução desse novo método de aprendizagem, Ceccim (2005) afirma que a EPS é uma estratégia fundamental de formação com o intuito de orientar o desenvolvimento dos profissionais e também das estratégias de trabalho e práticas em saúde. Buscam-se viabilizar ações intersectoriais, para sanar a histórica fragmentação entre os níveis de atenção à saúde, e dar visibilidade aos determinantes sociais do processo saúde-doença. A EPS pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, em que a formação contemple a possibilidade e oportunidade de transformação do ambiente profissional. A proposta é que os trabalhadores aprendam a aprender e considerem as necessidades de saúde das pessoas, transformando as práticas profissionais e de organização do trabalho (MS, 2009). A EPS não deve assumir um papel tradicional da educação de somente mudar ou incorporar novos elementos à prática dos trabalhadores. Ela também tem como objetivo gerar uma “desacomodação” dos saberes e práticas já existentes. Deve-se tentar constituir uma espécie de tensão entre o que já se obteve de conhecimento e o que há por saber. A necessidade de mudança ou de crescimento vem da percepção de que a maneira com que se está trabalhado é insatisfatória, criando assim um “estranhamento da realidade”, e o desejo de incorporação de novos elementos às práticas ou aos

seus conceitos (CECCIM; FERLA, 2008). O presente trabalho relata uma pesquisa desenvolvida em nível de iniciação científica cujo objetivo foi identificar e categorizar as práticas de uma Oficina formativa em Saúde Mental, de acordo com os princípios e diretrizes apontados na PNEPS, como indispensáveis para que uma prática seja considerada EPS. Para o desenvolvimento do trabalho foram estabelecidas categorias daquilo que se faria necessário para que uma prática tenha os princípios de uma EPS, e em seguida os relatos de uma Oficina de Saúde Mental, desenvolvida com os profissionais de uma Unidade Básica de Saúde, foram analisados e categorizados. Após esse trabalho, aprofundou-se a revisão bibliográfica acerca do tema, procurando na análise justificar as categorias através da literatura consultada e trazendo trechos dos relatos como exemplificação das categorias e dos discursos que estas articulavam. Como forma de melhor sistematizar as categorias, estas foram divididas entre os quatro eixos propostos pelo “Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde”. Trata-se de uma proposta estabelecida por Ceccim e Feuerwerker (2004), em que os autores propõem eixos básicos para o desenvolvimento da formação em saúde: ensino, atenção, gestão e participação social. Essa proposta tem como princípio a reorientação da educação em saúde através das modificações das práticas e o desenvolvimento de dispositivos que proporcionem momentos de escuta das necessidades dos profissionais. A proposta do Quadrilátero inclui-se nos esforços por avançar em uma política nacional de formação desenvolvimento de profissionais de saúde que inclua as ações de educação permanente como elemento estruturante (Ceccim & Ferla, 2008). Após a análise observou-se que o trabalho desenvolvido na Oficina de Saúde Mental cumpre com a proposta de uma prática embasada

em EPS no que tange aos aspectos de (a) ensino, apresentando-se em relatos que demonstram questões como levar em consideração os conhecimentos e experiências dos participantes; considerar a necessidade de flexibilidade no planejamento dos encontros como forma de incorporar as necessidades formativas dos participantes; modificar as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento; o cuidado dos coordenadores em estarem atentos às demandas levantadas pelos profissionais e preocupação em proporcionar momentos de reflexão da prática; (b) atenção, nos trechos que demonstram a aplicação da teoria apreendida à prática e à tomada de consciência da importância do trabalho em equipe; possibilidades de aprendizagem por meio das experiências desenvolvidas no trabalho e a incorporação do ensino e aprendizagem na vida cotidiana profissional (c) gestão, presente nos relatos acerca de que os trabalhos desenvolvidos também se pautavam nas necessidades de saúde dos profissionais. No que diz respeito à participação social não é possível identificar aspectos dentro do relato, pelo fato de que talvez não fosse esse o objetivo dos coordenadores das Oficinas. A Oficina de Saúde Mental desenvolvida na UBS não tinha como proposta inicial se tratar de um trabalho de EPS, porém com o desenrolar das Oficinas, foi demandado por parte dos funcionários um trabalho em que fosse possível refletir sobre o processo de trabalho e as dificuldades que eles possuíam no que diz respeito ao trabalho em grupo. Ficou evidenciado que o processo da Oficina, antes mesmo dessa demanda oficial, já apontava para os princípios da EPS, mas ao ser apresentada a dificuldade dos participantes, os coordenadores das Oficinas suspenderam a sua proposta inicial e começaram a trabalhar com os profissionais com o objetivo de sanar as

dificuldades e procurar soluções para os problemas apresentados pela equipe. Conclui-se, portanto, que trabalho foi desenvolvido com base nas premissas de uma EPS, pois foram construídas propostas de soluções dos problemas em conjunto com todos os participantes. Não é possível afirmar que as soluções apresentadas foram efetivamente implementadas, pois os relatos se referem apenas às Oficinas. É importante salientar que tratava-se de Oficinas que faziam parte de uma pesquisa de mestrado. A inserção na UBS por meio da pesquisa-ação perdurou, no entanto, sua análise extrapola os objetivos desta pesquisa. Há uma limitação na análise pelo fato de que a pesquisadora não participou das Oficinas, tendo acesso somente aos relatos de outra pessoa. Isso proporciona limitações quanto à questão subjetiva das Oficinas. No entanto, o objetivo principal de analisar os pontos de EPS que podem ser observados nos relatos foi cumprido, apontando que há muito de uma proposta de EPS dentro desses relatos das Oficinas.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NAS SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

Renata Fonsêca Sousa de Oliveira, Nathalia Hanany Silva de Oliveira, Janete Lima de Castro

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Comissão de Integração de Ensino-Serviço, Educação na Saúde

INTRODUÇÃO: A realização das políticas públicas de Recursos Humanos em Saúde, na perspectiva de um sistema político democrático no Brasil, vem colocando em evidência a necessidade de compreender a relação entre trabalho e educação, sob um novo olhar. O Artigo 200 da Constituição

Federal do Brasil de 1988 afirma que, cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de outras atribuições, nos termos da lei: “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”¹. Nessa perspectiva, instituiu-se em fevereiro de 2004 através da Portaria nº 198 GM/MS a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), tendo como ênfase a formação e o desenvolvimento de trabalhadores, posteriormente substituída pela Portaria GM/MS nº 1996 de 2007. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é compreendida como estratégia de reestruturação dos serviços e a sua proposta preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), estrategicamente prevê transformar e qualificar as ações e os serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas e de saúde. Nessa nova concepção, a prática do aprender e do ensinar se incorporam e se relacionam nos ambientes de ensino-serviço. Ademais, é importante compreender a importância de se fazer educação na saúde, com vista a repensar nas práticas de educação na saúde, romper com o modelo tradicional de saúde vigente, bem como promover a EPS. Diante desse contexto, a presente pesquisa tem como objetivo identificar a existência da Política de Educação Permanente em Saúde nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde da região Nordeste do Brasil e se há a participação dessas instituições nas Comissões de Integração de Ensino-Serviço (CIES) e se executam atividades de educação na saúde. Esta pesquisa faz parte do projeto de “Apoio à Estruturação da Rede de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no SUS”, realizada pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ObservaRH/UFRN). O referido projeto tem como propósito contribuir para a qualificação da área de Gestão de trabalho e Educação na Saúde do SUS. Para a elaboração desta pesquisa, abarcou-se como referência o relatório

“Diagnóstico das Estruturas de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde no Brasil”, que visa compreender a forma de organização e funcionamento das estruturas de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde da região Nordeste do Brasil, sendo realizado no período de novembro de 2012 a abril de 2014. MÉTODO DO ESTUDO: Trata-se de um estudo descritivo, com uma abordagem qualitativa. Os dados do referido relatório foram coletados através de um levantamento a partir de um formulário. Para o presente trabalho, foram destacadas as informações sobre as estruturas de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde das instituições pesquisadas e as atividades desenvolvidas. Os sujeitos informantes foram os alunos dos Cursos de Especialização e de Aperfeiçoamento em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde desenvolvidos na modalidade de Educação a Distância, curso este desenvolvido pelo Observatório RH da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - em parceria com o Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do MS, que teve como intuito qualificar os processos de Gestão do Trabalho e da Educação no âmbito do setor público, através da capacitação dos técnicos que atuam nas dimensões política, técnica e administrativa. Salienta-se que o quantitativo de alunos matriculados no curso de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde foram 664, sendo que destes, 578 foram alunos no curso de Especialização e 86 do curso de Aperfeiçoamento. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Participaram da pesquisa 128 instituições, sendo 8 secretarias do âmbito estadual e 120 secretarias do âmbito municipal. Os resultados apontaram que apenas 38,2% das secretarias investigadas afirmaram existir em suas instituições a Política de Educação Permanente em Saúde.

Compreende-se que esse quantitativo é insuficiente, levando em consideração a importância dessa política, uma vez que proporciona aos profissionais de saúde que repensem suas práticas, compreendam os seus processos de trabalhos e busquem superar as dificuldades individuais e coletivas. Estudos como o de Ceccim, corroboram com tal ideia, ao mencionar a existência dessa política como “um ato político de defesa ao trabalhador do SUS”⁴. Em relação à participação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde nas Comissões de Integração de Ensino-Serviço - instância esta que participa da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde, bem como da elaboração de projetos de mudança na formação e na reorganização do serviço-, verificou-se que apenas 46,3% dessas secretarias participam. Porém, segundo a Portaria GM/MS nº 1.996 de 2007, preconiza-se que nenhum município deverá ficar sem sua referência a uma CIES3. Constatou-se que 56,9% das instituições executam atividades de educação na saúde, a qual pode proporcionar mudanças nas práticas dos profissionais, refletindo assim, na qualidade do serviço prestado à comunidade. Vale salientar que “a educação permeia todas as fases da vida do homem, sendo imprescindível nas relações pessoais, sociais e políticas”⁵. Por conseguinte, quando bem planejada e desenvolvida, a educação é capaz de produzir mudanças positivas nos ambientes de trabalho, no sentido de efetivar ações para o enfrentamento dos desafios gerados no trabalho diário. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados encontrados possibilitaram identificar que apesar de a maioria das instituições executarem ações de educação na saúde, as secretarias investigadas ainda não instituíram formalmente uma Política de Educação Permanente na Saúde em suas instituições, como também não participam das Comissões de Integração

de Ensino-Serviço. Tais aspectos suscitam a necessidade da discussão e a ampliação do debate acerca da Educação Permanente em Saúde, bem como o conhecimento e/ou reconhecimento, por parte das instituições, de que é necessária a indução de mecanismos que gerem a valorização e o desenvolvimento do profissional. Diante desse contexto, sugere-se que as instituições de saúde viabilizem a implantação e o fortalecimento da Política de Educação Permanente em Saúde, de modo a qualificar os gestores e os profissionais de saúde para a implantação, implementação ou redirecionamento de suas ações, possibilitando contribuir decisivamente para o desenvolvimento da gestão pública, especialmente na área de Gestão de Trabalho e da Educação na Saúde.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO INTERIOR DO ESTADO DO AMAZONAS – ESTUDO DE CASO NA REGIÃO DE SAÚDE RIO MADEIRA/AM

Fabiana Mônica Martins, Júlio César Schweickardt

O objetivo da dissertação foi propor um debate referente às experiências de Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais de saúde no interior do Estado do Amazonas e identificar o processo micropolítico da EPS com esses profissionais, tomando como um caso a Região de Saúde Rio Madeira/AM. Compartilhamos o pensamento de Michel Foucault quanto à produção do discurso, em que os principais atores foram os profissionais de saúde do SUS da Região. Estabelecemos diálogos sobre o processo de trabalho deles e, partindo dos enunciados (gravados e redigidos) formamos categorias com referência ao desenho do Quadrilátero da Formação – assistência, ensino, gestão e participação. Foi um ensaio para desenvolvermos nossa capacidade da prática discursiva no sentido

de agenciarmos a positividade do discurso e do saber, ou seja, valorizarmos a produção enquanto processo. Vivenciamos a dinâmica de aprender a aprender no convívio com as realidades aonde visualizamos a Educação Permanente em Saúde no mundo do trabalho, inclusive do nosso, e que se tornou significativa por interrogar as questões que pertencem à relação entre o trabalho e o trabalhador no cotidiano. Contagiar-se dessa produção de mundo, superou as nossas categorias e se tornou uma mágica Mandala Amazônica que possibilitou reflexões e a concretização de um trabalho alegre e gratificante. Tivemos a oportunidade de relatar e nos implicar com a experiência, vividas em ato – elas vêm encharcadas no seu conteúdo e na modelagem dos saberes desenvolvidos no cotidiano da pesquisa e do trabalho no SUS –, com destaque nas dimensões micropolíticas das potências territoriais. Portanto, a introdução da EPS nessa modelagem pode ser uma estratégia fundamental para um novo cenário de consolidação do SUS. Para seguir adiante, sem a pretensão de concluir esse estudo, queremos pontuar ainda algumas implicações de nossos aprendizados nos territórios das matas, dos pequenos municípios, das estradas nas águas e no ar, dos igapós, dos banheiros, da rua, das praças, dos movimentos no cotidiano do trabalho em saúde no interior do Amazonas. Foi esse movimento da mandala, do banheiro da Educação Permanente em Saúde que nos encharcou e a cada ida e vinda dos territórios (no vai e vem do banheiro que toca e transforma as barrancas dos rios, na Mandala Amazônica) íamos refletindo, dialogando, construindo conexões, com os moradores dos locais, com os trabalhadores e até mesmo com as crianças na praça aonde foram produzidos muitos ‘encontros’. Reaprendemos que a nossa EPS também estava acontecendo naquele encontro e que é viva em ato, sendo de fato, aprendizagem no cotidiano, especialmente, tem potência

no enunciado de cada trabalhador do SUS. A imagem do caboclo no rio nos reporta a esse processo, de conduzir a canoa, respeitando as curvas do rio (respeitando os processos de ensino-aprendizagem), os banheiros provocados pela passagem de outros barcos (maiores), ou seja, a condução da EPS no cotidiano é como a rabetá, pois desvendar essa condição de aprendiz no dia a dia e jogá-la para os telhados (tornar conhecido) é ainda um desafio. Nesse sentido, tornar visível a dimensão micropolítica do trabalho em saúde foi uma experiência singular, tendo em vista as diferentes naturezas tecnológicas que compõem as ofertas dos serviços para o cuidado (Merhy, 2013). Nelas incluídas interseccionadas a participação, o ensino formal e cotidiano, a gestão – todas desenvolvidas nas unidades de cuidado em ato –, que dão visibilidade ao movimento produzido nestes caminhos (muitas vezes das águas), que não se colocam em linha reta e não são finitos, mas se apresentam em movimento como o vai e vem do banheiro. Esse movimento mágico que inundou e inunda nossas vidas faz-nos lembrar o Apuizeiro, com suas raízes persistentes buscando a seiva, os novos caminhos para não se ‘enquadrar’ na condição que lhe foi colocado. Como o Apuí, fruto que alimenta grande parte da população das aves da mata amazônica, queremos também contribuir com a produção do conhecimento nestes cenários vivos de produção da saúde. Foucault afirma que é necessário tomar a palavra e sermos envolvidos por ela, para que sejamos conduzidos além dos discursos. Contagiar-se dessa produção de mundo é como a nossa mágica mandala que possibilitou reflexões e a concretização de um trabalho mais alegre e gratificante, apesar dos conflitos, dificuldades. Tivemos a oportunidade de relatar e nos implicar com a experiência, vividas em ato – elas vêm encharcadas no seu conteúdo e modelagem dos saberes desenvolvidos no cotidiano da pesquisa e do trabalho no SUS –, com

destaque nas dimensões micropolíticas das potências territoriais. Não se trata de uma verdade absoluta, muito menos de uma nova verdade sobre a formação na saúde, mas é sim, para nós um emaranhado de conexões, de verdades locais, talvez até provisórias, mas que apostam nas potências de seus atores. Trazendo para a cena um feixe de luz da experiência com seu Pedro (pescador e morador local), acreditamos que a introdução a EPS nessa modelagem pode ser uma estratégia fundamental para um novo cenário de consolidação do SUS. A produção do conhecimento com a integração ensino-serviço através dos internatos rurais, do Projeto VER-SUS (Vivências e Estágios nas Realidades do Sistema Único de Saúde), da EPS em Movimento, da Formação de Docentes em EPS, pode possibilitar/ativar as vivências significativas para a melhoria do cuidado à saúde e a identificação das potências dos municípios. Aliado a esses processos, entendemos que a EPS acontece todos os momentos que as equipes de saúde e gestores estejam problematizando a sua prática de trabalho. A EPS se revela naquilo que não vemos, porque queremos traduzi-la em cursos e capacitações. A EPS está numa simples roda de conversa e nos encontros pedagógicos. Nesse sentido, apontamos a relevância da CIES (Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço) no seu potencial para fomentar e estimular as práticas de formação e desenvolvimento na saúde bem como de mobilizar os gestores do SUS e as instituições formadoras para a construção de propostas colaborativas. As Políticas de Saúde a serem implementadas nos municípios, suas portarias emitidas, viabilizam movimentos de reformulação e criam demandas por formação dos profissionais (conteúdo a ser discutido e aprofundado futuramente). Esse processo produz a necessidade de aprendizado que extrapola a modalidade de treinamentos tradicionais. São processos que gritam por

outras fontes de informação, como por exemplo, estruturar rodas de conversa e de estabelecer redes de torças com instituições, com consultores ou parceiros. Prova disso, as experiências positivas de muitos discursos trazidos até aqui, ou seja, está em nós a construção do cotidiano através da pedagogia da roda e das redes de interação. Assim, podemos partir ‘da e para’ a realidade dos cenários do campo (também do cotidiano dos trabalhadores) com as lentes de um caleidoscópio, com o olhar vibrátil capaz de reconhecer o trabalho como princípio educativo, valorizando os espaços de debate e problematização, aceitando ativamente os processos de mudança.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Márcia Schott, Maria Helena Salgado Bagnato

Palavras-chave: educação continuada, políticas públicas, recursos humanos em saúde

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas na área de concentração de Ensino e Práticas Culturais, ano 2013. Este estudo trata aspectos da educação dos trabalhadores da saúde. Objetivou-se analisar a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no estado de São Paulo. Com vistas a alcançar um maior entendimento do contexto no qual se insere a PNEPS e do qual ela emerge realizou-se exaustiva consulta a fontes secundárias e revisão de literatura que resultou numa ampla abordagem dos três temas centrais deste estudo: o trabalho, a educação, a política. Por fim tratou-se da PNEPS em SP. Esse

estado conforma 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS's) responsáveis pelas 62 Regiões de Saúde que agregam os 645 municípios. Toda Região de Saúde tem um Colegiado de Gestão Regional (CGR) representativo. Cada DRS conta com um Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS (CDQS) e um Núcleo de Educação Permanente (NEPS) os quais tem papel central na implementação da PNEPS no estado (VIANA et al., 2010). Além da análise documental foram realizadas entrevistas e aplicados questionários as representantes dos CDQS e NEPS. A amostra final de participantes foi composta a partir de seis (6) entrevistas realizadas com representantes de cada uma das cinco CIES sendo que em três (3) delas foram entrevistadas duas (2) pessoas, totalizando assim nove (9) sujeitos. A participação restante se deu através da resposta individual de cinco (5) questionários. Desta forma o número total de participantes na pesquisa foi de quatorze (14) indivíduos: CDQ (10), NEP (3) e DRS (1). Portanto 10 DRS tiveram representação na pesquisa sendo 5 pela entrevista e 5 via questionário. Os demais (7) não participaram por não terem respondido o questionário encaminhado. A instituição dos Pólos de Educação Permanente em Saúde (PEPS) pela Portaria Nº 198/GM/MS de 2004 foi precedida pela implementação em 1997 dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Pólos-SF), instituídos em vários estados do país. No estado de SP foram instituídos 5 Pólos-SF: Pólo da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), Pólo de Santos, Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para o Programa de Saúde da Família de Marília, de Ribeirão Preto e de Botucatu (VIANA et al., 2008, SILVA, 2009). Viana et al. (2008) investigaram o processo de transição dos Pólos-SF para os PEPS em SP e concluíram que essa transição dos Pólos

no estado teve como “aspectos positivos o fortalecimento da estratégia de Saúde da Família e a compreensão de que os antigos Pólos foram embriões dos Pólos de Educação Permanente em Saúde” (VIANA et al., 2008, p. 183). Os Pólos-SF tinham entre suas fragilidades: restrição na oferta de cursos, domínio das instituições de ensino superior em detrimento dos demais participantes, capacitação restrita a algumas categorias profissionais (VIANA et al., 2008). Esses pontos não foram identificados apenas em SP, pois em geral houve uma ruptura na transição dos Pólos - SF para os PEPS. A fragmentação foi um eixo desorganizador do processo, pois a transição dos Pólos-SF para a Política (PEPS) não foi planejada e imprimiu uma descontinuidade que pode ter tido êxito em alguns casos, mas resultou em perdas e desgastes em outros (GERSCHMAN e SCHOTT, 2010). A partir de 2007, com a instituição das novas diretrizes da Política através da Portaria 1996/GM/MS, decidiu-se que oito (8) Comissões de Integração Ensino Serviço (CIES) substituiriam os oito (8) Pólos de Educação Permanente de SP mantendo o arranjo locorregional já existente. No entanto os CDQ's já haviam sido criados justamente para fortalecer a Educação Permanente em Saúde em SP e tiveram papel fundamental na implementação da PNEPS, pois tinham maior interlocução com os CGR(s) assumindo um papel de articulador regional (VIANA et al., 2010). Neste cenário o papel das CIES(s) instituídas passou a ser repensado levando a uma reorganização dessas estruturas no ano de 2009 numa oficina coordenada pelo Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS (CEFOP) (CEFOP, 2011). A partir de então, as oito 8 CIES existentes (correspondentes aos antigos PEPS) foram reduzidas a cinco (5) correspondendo agora as cinco (5) macrorregiões de saúde de SP no sentido de facilitar a inclusão regional e incentivar uma função articuladora da

integração ensino e serviço: CENTRO-SUL, LESTE, OESTE, NOROESTE E NORDESTE. Percebe-se que de fato o estado de SP criou uma instância própria na estrutura administrativa responsável pela formação e educação continuada na área da saúde no âmbito do SUS não previstas na Portaria 198/2004 e que também não foram instituídas posteriormente pela Portaria 1996/2007. Mesmo que não houvesse mudanças nas diretrizes nacionais da PNEPS, as ações de EP na área da saúde em SP estariam a partir de 2007 sob responsabilidade direta ou indireta das instâncias estaduais competentes, CDQ(s) e NEP (s,) ao menos na localidade de cada DRS. No entanto esse arranjo não impediu que o estado mantivesse a estrutura macrorregional dos Pólos de EP e instituisse as CIES(s) conforme previsto pela Política. Houve uma mobilização da SES e COSEMS/SP para que as diretrizes nacionais fossem implementadas (SES e COSEMS-SP, 2007). A reestruturação das CIES(s) de SP em 2009 resultou de um diagnóstico de que esta instância não tinha ainda conseguido assumir o papel previsto na Portaria 1996/2007 pois as funções eram desempenhadas pelos CDQ's e NEP's como a cooperação técnica aos CGR(s). Este estudo constatou que as CIES's previstas como substitutas dos PEPS não estão consolidadas no estado e suas atribuições são desenvolvidas mais pelas instâncias próprias da gestão estadual da saúde em SP. Observou-se ainda que os CGR's não são condutores da implementação da Política como previsto pela Portaria, pois tratam das questões relativas à PNEPS muito mais via representantes indicados pelos gestores e que são assessorados pelos DRS(s) nas atividades relativas à Educação Permanente em Saúde como na construção e desenvolvimento dos PAREPS. Constatamos ainda que o financiamento da Política é de difícil execução mesmo com as novas diretrizes e que a participação do setor

público é prevalente principalmente por parte da gestão da saúde e da formação sendo praticamente inexistente a participação da gestão da educação e dos serviços privados. Percebemos que as compreensões de EP dos sujeitos participantes tem concordância com a noção de educação permanente em saúde difundida pela OPAS e adotada pelo Ministério da Saúde. Esta análise revela que apesar da implementação desta Política estar em curso ela parece mais retida na intenção de EP que numa inserção real dessa educação no cotidiano dos trabalhadores da saúde, explicitando assim certa distância entre o pretendido e o realizado, não apenas pelas recontextualizações inerentes à circulação do texto político, mas por contradições próprias (BERNSTEIN, 1996; BALL, 2002.). A Portaria 1996/2007 tanto reproduziu dificuldades natas, como a participação do quadrilátero (ensino, gestão, atenção e controle social) sem dispositivos de articulação interinstitucional, quanto introduziu uma diretriz que parece não favorecer ao desenvolvimento da EPS que é a condução pelos CGR's. Por fim as dificuldades para implementação das diretrizes da Política terão que ser superadas no contexto da constituição em curso das Redes de Atenção à Saúde e dos desafios de uma gestão regional.

EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA ESTRATÉGIA EFICAZ COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NA MELHORIA DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE

Andreia Rejane Rodrigues Ferreira

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Gestão do Trabalho em Saúde, Processo de Trabalho em Saúde

APRESENTAÇÃO: A educação permanente em saúde, como estratégia sistemática e

global, pode abranger em seu processo várias ações específicas de capacitação e aprendizagem e requer elaboração, desenho e execução a partir de uma análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere. Neste sentido, é entendida nesse trabalho como uma estratégia eficaz para os desafios da gestão, no que se refere à melhoria dos processos de trabalho e de educação em saúde no município de Nova Olinda do Norte-Am. As metodologias inovadoras aplicadas nas práticas de serviço de toda a equipe, bem como a trajetória percorrida, são propostas para melhorar e intensificar as ações em saúde, pois muito se espera das equipes, contudo precisamos compartilhar das mesmas experiências que deram resultados satisfatórios e reconhecer o ambiente de trabalho como fonte de inspiração e aprendizado, embasados na tríade: usuário, trabalhador de saúde e gestão. A proposta é resgatar a relação do compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e usuários do serviço com a finalidade de melhorar a ação compartilhada de todos os entes envolvidos do SUS e assim potencializar o processo de trabalho a partir da construção de saberes. DESENVOLVIMENTO: Identificação, explicação e análise do problema: A gestão de saúde de Nova Olinda do Norte, está habilitada para a gestão plena na Atenção Básica, sendo os serviços de média e alta complexidade de responsabilidade da gestão estadual. O município possui 85% dos profissionais de saúde com vínculo empregatício de caráter temporário, pois ainda não realizou concurso público para a contratação dos mesmos. Quando tratamos da questão do vínculo de emprego, nos deparamos com os primeiros nós críticos da nossa temática. A insegurança, a instabilidade e a rotatividade de profissionais, gera uma descontinuidade nos processos de trabalho, que

permanentemente precisam ser revistos, não por razões operacionais ou de cunho organizacional, mas principalmente por recondução de gestores que trazem consigo metodologias próprias de trabalho ou pouca experiência que afetam significativamente o cotidiano e comprometem a adesão e comprometimento da equipe. A educação permanente além de ser uma prática educativa que possibilita a formação de todos os profissionais, envolvendo a gestão compartilhada e as experiências vivenciadas pela troca de saberes, resgata a relação do compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e usuários do serviço com a finalidade de melhorar a ação compartilhada de todos os entes envolvidos no âmbito do SUS e nas suas redes de atenção e serviços. Dependendo das estratégias utilizadas, esse processo educativo pode torna-se uma ferramenta que propiciará eficácia na melhoria dos processos de trabalho ou poderá ser um custo a mais, onerando despesas, desperdiçando tempo laboral, desinteresse no aprendizado e ineficiência nos resultados. Proposta de Intervenção: A proposta é resgatar a relação do compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e usuários do serviço com a finalidade de melhorar a ação compartilhada de todos os entes envolvidos do SUS e assim potencializar o processo de trabalho a partir da construção de saberes, através da Educação Permanente em Saúde. Para orientar nosso trabalho, buscamos na Política Nacional de Educação Permanente o esboço para orientar nossas estratégias e atingir nosso objetivo. O modelo apresentado tem como objetivo utilizar a problematização como eixo em que se integram as diversas ações específicas, sistematizando uma sequência que vai da prática à informação, da informação à aquisição de competências e capacidades, da aquisição à programação de soluções práticas. "Considerar esta

seqüência é de vital importância, porque o acesso a informações e conhecimentos tem muito pouco significado se antes não se tiver refletido e identificado, na prática, os problemas.” (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2006). Se desejamos alcançar os princípios do SUS e se quisermos melhorar os serviços e o ambiente de trabalho, precisamos de profissionais devidamente valorizados e investidos de todas as ferramentas possíveis para o desenvolvimento salutar, e isso requer uma permanente ação educadora. 2.3 – Proposta de avaliação das ações planejadas Para avaliação e acompanhamento das ações, faz-se necessário a construção de indicadores a serem utilizados para medir o grau de cumprimento das ações e/ou dos resultados, são eles: PROBLEMA 1: Ausência de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e usuários do serviço. INDICADOR: Criação dos Colegiados Gestores Locais nas Unidades Básicas de Saúde, a partir da resolução do CMS, no mês de outubro; PROBLEMA 2: Descontinuidade nos processos de trabalho. INDICADOR: Organização dos protocolos de atendimento; Número de oficinas realizadas; PROBLEMA 3: Ausência da ampla e ativa participação dos profissionais, seja na concepção dos conteúdos propostos ou na organização das estratégias nos processos de Educação Permanente. INDICADOR: Participação de todos os profissionais nas reuniões de planejamento das atividades mensal, em cada Unidade Básica de Saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: No cotidiano, muitos são os problemas enfrentados nos ambientes de trabalho, impactando na qualidade das atividades laborais e processos de trabalho. Dentre esses problemas, destaca-se a carência de espaços de diálogo e gestão compartilhada, onde o trabalhador incorpore o seu papel como protagonista (sujeito) nos processos decisórios de planejamento e implementação no seu local de trabalho, aliado ao desconhecimento

dos instrumentos legais e normativos que permeiam questões relacionadas à sua própria prática profissional. Acreditamos que resultados positivos poderão ser alcançados, à medida que conseguirmos a demonstração dos processos e resultados obtidos na prática, mediante novos desenhos institucionais inovadores e eficazes. A avaliação de resultados tem importância na análise dos sucessos alcançados e das limitações enfrentadas no decorrer da aplicação do projeto, facilitando a construção de novos apoios e o desenvolvimento de novas práticas onde todos os profissionais se sintam envolvidos como parte integrante e motivados nesse processo de trabalho, porque aprender e compartilhar são ferramentas nas atividades do cotidiano, proporcionando crescimento nas práticas em serviço. Ao mesmo tempo, espera-se contagiar os gerentes de equipe a serem também um agente de transformação e inovação no seu local de trabalho e progredir com espírito de coordenador. Em nossa realidade, as equipes de saúde promovem momentos de reflexão sobre o trabalho realizado em parceria com a Ouvidoria e Conselho Municipal de Saúde, buscando melhorar o desempenho e satisfação da comunidade, motivando-nos a enfrentar as possíveis resistências de alguns profissionais que ainda encaram sua função como meros operadores ou repetidores de práticas previamente estabelecidas.

EDUCAR PARA O MEIO AMBIENTE NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Cinoélia Leal de Souza, Cristina Setenta Andrade, Adélia Reis

Palavras-chave: Ensino Superior, Educação Ambiental, Saúde Ambiental, Meio ambiente, Currículo

APRESENTAÇÃO: A Educação Ambiental na formação do ensino superior constitui

uma ferramenta imprescindível para a implicação das pessoas frente à necessidade de construir uma sociedade crítica e ativa diante da relação saúde/ambiente e da necessidade de preservação do meio ambiente, pois se reconhece o espaço universitário como território pulsante de movimentos de mudança importante para aplicação desses preceitos pelo acúmulo de saberes e produções. O homem é um componente do meio em que vive, e a forma com que ele utiliza os recursos disponíveis no meio ambiente gera resultados tanto para ele mesmo quanto para os outros componentes, por isso é crucial que o mesmo esteja sensibilizado para a necessidade de mitigar os impactos das suas ações sobre o ambiente. Dessa forma, a Educação Ambiental nasce como um processo que conduz a um saber ambiental materializado nos valores éticos e nas regras políticas de convívio social e de mercado, que implica a questão distributiva entre benefícios e prejuízos da apropriação e do uso da natureza (SORRENTINO, 2005). A forma com que o homem enxerga os recursos naturais disponíveis na sua própria realidade pode determinar se as ações dele para com esses recursos serão nocivas ou não, se trarão ou não impactos ao meio ambiente e consequências para a sua própria saúde, por isso, a Educação Ambiental deve fazer parte do cotidiano das pessoas. Couto e Bryan (2005) relatam que as questões do desenvolvimento sustentável estão em relação direta com as funções da universidade uma vez que a educação é essencial para suscitar mudanças no comportamento esperado do indivíduo enquanto que a investigação e a inovação social, científica e tecnológica funcionam como alavancas do desenvolvimento sustentável. Moisés et al. (2010) concluem ainda que a educação em saúde, a Educação Ambiental e a mobilização social são processos permanentes de transformação social, pois contribuem para o exercício

democrático do controle social em ações de saneamento do meio. OBJETIVO: Buscou-se analisar a Educação Ambiental nos cursos de graduação da área de saúde de instituições públicas de ensino superior do estado da Bahia. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Optou-se por uma pesquisa qualitativa e quantitativa com abordagem descritiva e exploratória em que foram coletados e analisados nos programas e ementas de disciplinas de dezesseis cursos de graduação na área de saúde em quatro universidades. Posteriormente foi aplicado um questionário semiestruturado a estudantes e professores dos cursos de graduação em saúde das instituições de ensino estudadas. A primeira técnica utilizada para a coleta dos dados foi de fontes secundárias para análise documental, sendo que “esta visa estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionadas” (RICHARDSON, 2008, p.230). Cada curso de graduação em saúde tem em média 5 anos de duração, e cada semestre tem uma média de seis disciplinas. Foram analisadas aproximadamente 1020 ementas e programas de disciplinas para identificar 60 ementas e programas de disciplinas por curso com aproximação com a temática ambiental. A análise iniciou a partir das matrizes para identificação de programas e ementas dos cursos de graduação em saúde, das quatro universidades estaduais da Bahia, onde foram selecionadas as disciplinas dos cursos que apresentaram aproximações com a questão ambiental. Matrizes dos cursos de graduação em Saúde das Universidades Estaduais do Estado da Bahia: Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia e Psicologia: A segunda técnica utilizada para a coleta dos dados, de fonte primária de informação, foi a entrevista para completar e enriquecer os dados obtidos de documentos, como também possibilitar a obtenção de dados diretamente do

sujeito entrevistado, ou seja, suas atitudes, valores e opiniões. Ocorreu de forma intencional a partir de dados obtidos de fontes secundárias. RESULTADOS: Os resultados apontaram que as disciplinas específicas sobre a temática ambiental na saúde, nos cursos de graduação em saúde, são prioritariamente oferecidas nos dois primeiros anos de estudo. Dos dezessete cursos de graduação em saúde estudados, quatorze apresentam, no mínimo, uma disciplina específica sobre a temática ambiental na saúde, dois cursos apresentam três disciplinas e quatro cursos não apresentam nenhuma disciplina sobre Meio ambiente e Saúde na sua matriz curricular. Os estudantes avaliaram a matriz do curso em que estuda como ruim em relação ao ensino de questões sobre o meio ambiente, contudo reconhecem a importância da discussão ambiental na saúde. A frequência com que os professores abordam as questões ambientais em suas aulas foi apontada como raramente, e a interação das temáticas saúde e meio ambiente nas suas aulas não é praticada com frequência. Os professores referem sobre que tipo de questão relacionada ao meio ambiente costumam abordar em suas aulas. Pouco percebeu-se no discurso dos professores sobre a existência de alguma atividade de pesquisa e extensão que aborde a relação saúde e meio ambiente em suas atividades desenvolvidas na universidade, e ainda notou-se que os mesmos desconhecem a existência de grupos de pesquisa ou extensão desenvolvidas na universidade por outros pesquisadores. Nos cursos de graduação em saúde das universidades estaduais da Bahia também existe uma predominância de conteúdos voltados quase que exclusivamente para a relação parasito-hospedeiro-ambiente. Essas disciplinas focam principalmente as doenças infectocontagiosas e direcionam para a prevenção de agravos, deixando muitos

aspectos importantes como secundários, a exemplo, pode-se citar as áreas de vulnerabilidade, as dificuldades de acesso à saúde devido dificuldades ambientais, ou mesmo uma discussão mais profunda sobre território em saúde. Muitos cursos apresentaram componentes curriculares que se aproximam da discussão interdisciplinar entre saúde e Meio ambiente, mesmo não sendo uma disciplina específica sobre o tema ambiental, a exemplo das disciplinas Saúde Coletiva e Epidemiologia. As disciplinas e/ou módulos de Saúde Coletiva destacam-se, de forma positiva, pois na sua própria concepção trazem o componente da interdisciplinaridade, na identificação dos problemas e necessidades da população e do ambiente, buscando analisar e intervir com conteúdo diverso com que se integram no aprendizado. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Percebe-se que apesar das mudanças curriculares, pelas quais os cursos de graduação em saúde vêm passando ao longo dos anos, o modelo de formação profissional apresenta foco em técnicas e práticas não preventivas. Tal situação evidencia um distanciamento na relação saúde/ambiente e na proteção ambiental. Isto faz com que os cursos de graduação em saúde minimizem associações entre doenças/saúde e questões ambientais, levando-se em conta que tais questões devem ser tratadas como tema transversal na graduação em saúde, sinalizando claramente a necessidade de mais discussões e melhor incorporação da temática ambiental no campo da saúde. Sabe-se que a universidade exerce um papel importante na sociedade, como instituição de formação de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, na produção científica e nas atividades de extensão, ambas as responsabilidades das instituições de ensino superior. Há claramente uma carência na oferta de atividades de extensão que relacione Meio Ambiente e Saúde, nas instituições estudadas. Tal

fato sugere a urgência de incorporar-se, no ambiente universitário, a comunidade interna e externa, comunidades, alunos, famílias, professores, para que as barreiras ou potencialidades derivadas da ação homem/ambiente e ambiente/homem sejam estudadas, discutidas e minimizadas, quando necessário.

EDUCASAÚDE E A RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL COLETIVA: PERFIL DA PRODUÇÃO DO PROFISSIONAL RESIDENTE

Aliriane Ferreira Almeida, Belchior Puziol Amaral

Palavras-chave: Produção de saberes, Produção científica em Saúde Coletiva, Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, EducaSaúde, Produção do profissional residente

A Residência em Área Profissional da Saúde constitui-se em ensino de pós-graduação lato sensu, destinada às profissões que se relacionam com o trabalho na área de saúde, sob a forma de especialização em área profissional caracterizada por educação em serviço e realizada sob supervisão docente-assistencial. A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tem 10 anos, com 07 turmas concluídas e este ano soma 7 categorias profissionais: psicologia, enfermagem, artes, pedagogia, serviço social, terapia ocupacional e educação física. A área profissional da Saúde Mental Coletiva corresponde à área de conhecimento especializado em Saúde, designada como Saúde Mental ou Atenção Psicossocial, abrangendo a gestão, a atenção, a formação e a participação social nos termos do Sistema Único de Saúde (SUS),

da Política Nacional de Saúde Mental e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental/ Intersetorial. O percurso formativo de 24 meses é distribuído em atividades práticas, teóricas e teórico-práticas que envolvem circulação e permanência em cenários de atuação em atenção psicossocial, promoção da saúde mental e educação em saúde mental, no âmbito do SUS, nos municípios de Novo Hamburgo, Canoas, São Leopoldo, Viamão e Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. As atividades e o fazer pedagógico para as Residências foram pensados com objetivos de aperfeiçoamento e a especialização dos trabalhadores da área da saúde, visando à elevação dos padrões de desempenho ético, profissional e científico, em consonância aos princípios e diretrizes do SUS, colaborando para o seu desenvolvimento. Dentro desta perspectiva, o Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde) aposta que a produção dos saberes não corresponde apenas à construção do conhecimento, mas às práticas de conhecer. A formulação de ações em rede na produção de saberes nos serve à intenção de colocar em movimento, de maneira articulada, o conhecimento, a intervenção e a autoria, incentivando a produção educativa e coletiva da saúde. Como atores desta produção, temos os profissionais residentes vinculados ao Programa, que devem atender à entrega de Trabalho Final (Trabalho de Conclusão de Residência - TCR) que pode apresentar características de produção científica, técnica ou artística, e deve ser realizado sob supervisão temática e metodológica por orientador com titulação acadêmica mínima de mestrado e correspondente à temática e metodologia escolhida. Esta pesquisa buscou identificar e caracterizar esta produção científica dos profissionais residentes do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva (período de 2010 a 2013). Os TCRs de 2014 ainda não foram

disponibilizados no Repositório Institucional utilizado como fonte de dados, sendo assim, não foram analisados. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva, que está em andamento, sendo um recorte de pesquisa quanti-qualitativa sobre a produção científica da rede de conversações do EducaSaúde. A metodologia utilizada para os resultados preliminares aqui apresentados se constituiu de: a) busca bibliográfica inicial no repositório acadêmico da UFRGS, o Lume, através de termos gerais como “residência and saúde” “residência and saúde coletiva” e depois através da pesquisa pelo termo integral “Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva”. Também foram verificados todos os registros constantes no acervo “Trabalhos de Conclusão de Especialização – Ciências Humanas” com a busca pelo nome do curso, visto que ele estava ligado à Faculdade de Educação. Os registros encontrados foram reunidos e filtrados (critério: ser de fato do referido Programa) totalizando um universo de 62 trabalhos na categoria Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)- Especialização em Educação em Saúde Mental Coletiva. Os residentes realizaram essa especialização como integralização da carga-horária teórica vinculados ao Programa, assim, do universo de 62 TCCs, tivemos um total de 18 TCRs indexados no Lume. O tratamento dos dados foi feito através de planilha Excel e as análises se focaram no perfil temático. Para isto, foram analisadas as palavras-chave, que são termos com a função de sintetizar o conteúdo do documento facilitando a sua recuperação em buscas bibliográficas. Assim, num primeiro momento foram extraídas 62 palavras-chave. Duplicações, por motivos como digitação diferenciada entre maiúsculas e minúsculas, foram corrigidas manualmente e os termos diferentes para expressar o mesmo conceito, para fins da pesquisa, foram padronizados, exemplos: Sistema Único de Saúde e SUS (padronizado

para SUS; Residência Multiprofissional e Residência Multiprofissional em Saúde (padronizado para Residência Integrada Multiprofissional em Saúde). As palavras-chaves mais recorrentes foram as que indicam a grande área temática dos TCRs: Saúde Mental Coletiva (06 ocorrências), Saúde Mental (06 ocorrências) e Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (05 ocorrências), porém, a análise mostrou uma grande dispersão no uso de termos e conceitos, totalizando uma variedade de outros 38 termos utilizados, que correspondem a maior parcela das 62 encontradas inicialmente. Em razão deste desdobramento, surgiu a necessidade de maiores subsídios para estudar este perfil temático. Neste segundo momento, buscou-se identificar, através dos resumos dos TCRs, enunciados que pudessem servir de chaves para abrir as caixas-conceitos de cada uma destas produções científicas. Os enunciados não são necessariamente transcrições de trechos do resumo, pois foram coletados pelos pesquisadores e, ao contrário das palavras-chave, se propõem a ser livres, sem intenção de sintetizar o conteúdo do Trabalho, mas sim ampliá-lo, sem exaustividade de termos e, por isso, se constituem num exercício de trazer em outro olhar desta produção, olhar que busca a (re) significação do que foi expresso em outro momento pelos residentes, e que trazem seus processos de construção de saberes na escrita. Os enunciados dialogam com as palavras-chaves e com os princípios norteadores do fazer pedagógico dentro da rede EducaSaúde e também se constituem em processo metodológico. Com o mapeamento desta produção científica - ou produção de sab(s)eres partiremos para uma segunda etapa: a avaliação do fazer-se(r) da produção de saberes, na qual o foco principal será qual a produção de afetos resultantes dos Trabalhos de Conclusão de Residência em Saúde Mental Coletiva.

Esta etapa prevê a revisitação do espaço de produção, seja ele o espaço subjetivo de autoria, através da fala dos residentes, quanto o espaço objetivo de ação da pesquisa realizada (exemplo: instituições). Com estes resultados será possível também um maior (re)conhecimento tanto do processo de construção dos Trabalhos de Conclusão quanto do seu ponto originário, ou seja, as práticas pedagógicas desenvolvidas dentro e fora de sala de aula, construindo um vértice-qualificação desses caminhos.

ENFATIZANDO A SAÚDE BUCAL NO PET-REDES: OS DIZERES DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Juliane Seger Falcão, Gabriele Lucas Ferrarezi, Alessandro Diogo De-Carli

Palavras-chave: saúde bucal, atenção psicossocial, drogas

APRESENTAÇÃO: Este estudo faz parte do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde- Redes de Atenção (PET-Redes) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), intitulado “Apoio ao usuário de Álcool, Crack e outras drogas na rede de Atenção Psicossocial”. A motivação para este estudo foi a de que, ao longo das atividades desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS-AD), os acadêmicos de Odontologia perceberam que os usuários do serviço tinham muitas necessidades odontológicas acumuladas, as quais seriam, paulatinamente, tratadas no Complexo de Clínicas da Faculdade de Odontologia da UFMS. Considerando o processo saúde-doença dessa população e como resultado de problematizações nos trabalhos em grupos, consideramos que, além de ações odontológicas assistenciais, seria necessário compreendermos como estes sujeitos percebem sua própria saúde bucal, para que ocorresse o entendimento

mais amplo do porquê de tantas demandas odontológicas nesse grupo, que pode ser considerado de grande vulnerabilidade. A percepção dos sujeitos sobre como procede sua situação de saúde é importante, para que então o mesmo possa procurar por ações assistenciais e preventivas. O objetivo deste estudo foi de compreender a percepção de usuários de álcool/outras drogas em relação à saúde bucal. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO.** Método do estudo: Estudo qualitativo, realizado no CAPS-AD de Campo Grande (MS), de agosto de 2014 a maio de 2015; aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS (protocolo 545.606). Participaram do estudo todos os 38 voluntários, do sexo masculino e usuários de álcool e outras drogas, que frequentavam o grupo de apoio “Rodas de Conversa”. A amostragem foi definida por exaustão, considerando que o universo dos sujeitos em questão foi ouvido. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, cujo conteúdo foi transcrito, lido exaustivamente e submetido à Análise de Conteúdo (Bardin, 2007)¹. Resultados encontrados na pesquisa Desta análise, emergiram as seguintes categorias textuais: 1. Cuidado em saúde bucal; 2. Efeitos das drogas sobre a saúde bucal; 3. Acesso ao tratamento odontológico; 4. Consequências para o autocuidado/autoestima; 5. Hábitos populares. Os indivíduos relataram como, ao longo de sua vida, ocorreram os cuidados com a saúde bucal, os quais foram realizados ou não, pelos pais/mãe; alguns declararam que nunca tiveram esse cuidado: “eu nunca tive auxílio de pai e mãe, eles nunca me incentivaram a ter uma higienização bucal, de falar vai escovar os dentes. Então meus dentes mesmo são precários.” (A13P2) “depois que a gente veio pra cidade que vi escova, antes nem sabia o que era escova e pasta de dente.” (A19P2) “aos 11 anos que eu vim pra cidade que conheci dentista pela

primeira vez.” (A2P1) Alguns mencionaram os efeitos que as substâncias causaram: “a boca fica seca por causa da droga, quando a gente faz o uso. A gente cospe e parece que sai um monte de “nevinha”, e o dentista disse que a saliva ajuda a proteger os dentes.” (A5P2) “a pipa é aquele da antena que você usa, aquilo lá vai esquentando, e vai queimando a boca, a gente só percebe depois que passa o efeito, mas quando você tá fissurado você queima até o beijo, queima tudo, você tá lá fissurado, queima os dedos, fica escuro, aquilo derrete o dedo e você fica até sem digital...” (A15P2) “eu vou te falar, a pasta base mexe com a cárie, por que inflama e tudo mais, começa doer tudo a gengiva, ardendo, daí onde coloca a prótese dói demais.” (A13P2) “...cocaína não tira apenas o esmalte, mas a sensibilidade, gosto, você não sente gosto de nada.” (A6P2) “sua boca fica com mau cheiro, e o seu parceiro que fica junto, já vai saber que você tá com problema de droga, tá na boca o gosto da droga.” (A2P2) “as vezes cozinha a boca da gente, não conseguia comer, o álcool cozinha a boca da gente, fica sensível, o dente ficava mole, mordida e quebrava o dente, o álcool destruía o dente, ele ficava bem molinho, parecia dente de leite, cozinha a boca da gente...a gente é bem relaxado mesmo.” (A8P1) O acesso ao serviço odontológico foi uma das dificuldades relatadas: “faltam postos que façam o atendimento, às vezes você precisa por uma dentadura e você faz o tratamento e tem que esperar 1 ano, e tem uma fila quilométrica, por isso as pessoas quase não procuram, caso não tenha paciência ela abandona.” (A1P1) “Eu nem procuro, isso gasta dinheiro, demora demais, para arrancar um dente eles demoraram, eu arranco um dente no mesmo dia.” (A16P2) Em relação à própria aparência, muitos deles, quando sob efeito do uso de drogas/álcool não se importavam com sua apresentação e sorriso: “quando você tá

fazendo uso de álcool, você nem se preocupa com a sua aparência, às vezes nem lembra de ter que escovar os dentes, você dorme tarde e nem vê, daí vai estragando cada vez mais.” (A11P1) “eu tinha vergonha de sorrir com esse monte de dente faltando” (A1P7) Para superar as dificuldades relacionadas ao acesso ao serviço de saúde bucal, os entrevistados citaram a utilização de hábitos populares: “Can-tan-tan é uma folha de um mato que tem espinho, quando você toca nela ela dá uma coceira que é um veneno... faz com que o dente pare de doer, porque ele mata a raiz do dente, só que ele faz com que o dente quebre todinho, quebra o dente todo em volta, arreventou o dente todo em volta, e ficou só a tampa.” (A1P4) “a maneira de escovar é que eles usam um tal de chuá, o creme dental lá da região onde eu nasci é isso, eles raspam essa planta, e pega e passa no dente e aquilo que é a pasta de dente.” (A1P5) “eu coloquei solução de bateria nos meus dentes, eu estava numa fazenda trabalhando, tava difícil o acesso à cidade, eu não tava aguentando de dor, coloquei solução de bateria naquele dente que tava doendo, passou a dor, matou a raiz, mas passou um tempo ele começou a quebrar, quebrou o vizinho de um lado, do outro.” (A18P1) **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Concluiu-se que, para os sujeitos em questão, a saúde bucal ainda é algo distante tendo em vista que muitas são as dificuldades encontradas pelos entrevistados, principalmente no que se refere ao acesso ao serviço odontológico e aos efeitos produzidos pelo consumo de substâncias lícitas/ilícitas. Nessa perspectiva, há que se considerar ainda mais os reflexos dos determinantes sociais em saúde, os quais podem estar relacionados ao acúmulo de necessidades de tratamento odontológico, o que implica maior vulnerabilidade a grupos populacionais específicos.

ESPECIALIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA E O NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO PROFISSIONAL ATUANTE DO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PARÁ

Thais Ferreira Barreto, Marcilene Batista Costa, Veridiana Barreto do Nascimento

Palavras-chave: oncologia, enfermagem, satisfação

APRESENTAÇÃO: Câncer ou enfermidades oncológicas são denominações utilizadas para descrever um grupo de doenças que se caracterizam pela anormalidade das células e sua divisão excessiva. A oncologia por sua vez é a ciência que estuda o câncer e como ele se forma, instala-se e progride, bem como as modalidades possíveis de tratamento¹. A atuação do enfermeiro em Oncologia cresceu com o advento dos ensaios clínicos conduzidos com novos agentes terapêuticos quimioterápicos. Estes ensaios clínicos trouxeram a necessidade de um trabalho conjunto da equipe multidisciplinar voltada para o cuidado do paciente com câncer². A especialidade de enfermagem oncológica tem seu marco inicial nos Estados Unidos, na década de 1970. A atenção dos profissionais de saúde em oncologia foi se expandindo, fazendo com que a prática acadêmica começasse a se tornar atuante na comunidade, favorecendo assim, o crescimento, o desenvolvimento e a ampliação da enfermagem em oncologia, o que estimulou o desenvolvimento desta especialidade. Em 1975, foi criada a Oncology Nursing Society (ONS) que desde então, lidera as organizações científicas mundiais de Enfermagem em Oncologia³. No Brasil, a organização das enfermeiras na área oncológica inicia-se em 1983, por ocasião do XXXI Congresso Brasileiro de Enfermagem, realizado em São Paulo. Nesta oportunidade, em uma reunião de enfermeiras da área oncológica, desencadeou-se o processo de

organização da categoria em nível nacional, que culminou, em 1984, com a criação da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica do Estado de São Paulo (SEOESP)². Em 1986, teve início o Programa de Residência em Enfermagem Oncológica no Instituto Nacional do Câncer- INCA, que confere aos seus egressos o título de Especialista em Enfermagem em Oncologia, de acordo com a resolução 259/01 do COFEN estabelece padrões mínimos exigidos para registro do profissional como especialista na modalidade de Residência em Enfermagem. A especialização de Enfermagem em Oncologia foi regulamentada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394/19964. Objetivo: Avaliar o nível de satisfação do profissional de enfermagem dentro do setor de oncologia em Santarém-PA. Desenvolvimento: Trata-se de um estudo bibliográfico, descritivo-qualitativo, realizado com três profissionais especializados em oncologia, onde foi aplicado questionário com 17 perguntas abertas no dia 06 de junho de 2015. Este estudo foi desenvolvido de acordo com a Resolução N° 196/96 da CNS, da qual as pessoas envolvidas na pesquisa tiveram garantidas o seu anonimato. Os resultados foram para fins acadêmicos, respeitando a integridade e a voluntariedade do pesquisado. Desse modo, foi feito um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que visou a aceitação dos participantes para responderem de livre e espontânea vontade ao questionário. Resultados: Participaram da pesquisa três profissionais de enfermagem especializados em oncologia, sendo as três do sexo feminino. Ao realizar entrevista com as enfermeiras especialistas em oncologia que desenvolvem suas atividades em Santarém-PA, foram levantados os perfis socioeconômicos e algumas questões referentes aos seus trabalhos. Aos quais descreveremos as mais relevantes. No questionário aplicado

observou-se que durante a vida acadêmica, duas entrevistadas (66%) afirmaram não ter recebido nenhuma orientação a respeito de que especialidade seguir, enquanto que apenas uma (34%) afirmou ter sido orientada. O recém-formado na busca pela inserção no mercado de trabalho não seleciona uma área de maior interesse ou de maior habilidade e conhecimento, já desenvolvidos. Devido a competitividade, nem sempre lhe é dada a possibilidade de definir ou escolher a área de atuação⁵. Perguntou-se quanto tempo levaram para entrar no mercado de trabalho, e obteve-se como resposta que todas levaram cerca de 1 ano para conseguir o primeiro emprego. No município de Santarém é perceptível a dificuldade dos recém-formados terem um acesso imediato ao mercado de trabalho pela grande demanda de novos enfermeiros a cada ano, além da escassez de oportunidades para aqueles que não dispõem de uma experiência prévia. Quando perguntou-se sobre a remuneração, afirmaram ter uma renda mensal inferior a R\$3.000,00. No Brasil a desvalorização do profissional de Enfermagem, independente da sua área de especialização, ainda perpetua, pois na maioria dos estados brasileiros este profissional não é adequadamente remunerado. Dessa forma comprova-se que a questão salarial não é o interesse primordial quando se decide seguir essa área, tendo-se em vista o prazer no exercício profissional. No questionamento: “Qual a principal dificuldade encontrada para o seu ingresso no mercado de trabalho?”, relataram que a concorrência foi a principal dificuldade encontrada. Como na maioria das profissões a concorrência é a que mais dificulta o ingresso do graduado ao mercado de trabalho. Em Santarém, especificamente na área da enfermagem, é perceptível a dificuldade ainda maior, pois existem 3 faculdades que formam juntas mais de 240 enfermeiros

por ano, aumentando a concorrência. As oportunidades da primeira inserção no mercado de trabalho como enfermeiro é mediada por cargos públicos, que estão atrelados a uma política de assistência à saúde, que não exige, necessariamente, uma experiência profissional prévia. Já no setor privado, além de menor demanda de cargos para enfermeiros, exige-se experiência clínica prévia, pois o enfoque no trabalho está direcionado ao gerenciamento de unidades⁵. De acordo com a pergunta sobre se as entrevistadas indicavam tal especialidade para outros profissionais, duas relataram que sim, uma vez que o trabalho com os pacientes é gratificante, cria-se um laço com os enfermos e família. Considerações finais: A Oncologia é uma especialidade composta por grandes desafios desde seus diagnósticos, intervenções cirúrgicas, diferenciados tipos de tratamentos e as constantes inovações da medicina, o que requer uma capacitação dos profissionais. É necessário ressaltar que a presença do enfermeiro nas unidades que atendem pacientes oncológicos é essencial, sendo extremamente relevante a sua especialização, pois a fundamentação técnico-científica, discernimento, responsabilidade e prática clínica subsidia o planejamento da assistência aos clientes e no gerenciamento e coordenação da equipe. Com esta pesquisa, observou-se que a maioria das especializações de Enfermagem em Oncologia disponíveis são de instituições privadas e/ou a distância o que dificulta o ingresso de graduandos em enfermagem, além da pouca oferta no município de Santarém-PA. Notou-se também que a questão salarial é insatisfatória, mas segundo a entrevistada, a função exercida recompensa a remuneração deficiente. Por fim, esclarecer e direcionar o aluno a cerca das especializações existentes na enfermagem faz-se de grande importância.

ESPECIALIZAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO EM AUDITORIA E PESQUISA E O NÍVEL DE SATISFAÇÃO DE UM PROFISSIONAL ATUANTE NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PARÁ

Nádia da Costa Sousa, Kamille Herondina Maia Martins, Marylin Neves Nogueira

Palavras-chave: Especialização, Enfermagem, Auditoria e Pesquisa, Tendência de Mercado

APRESENTAÇÃO: A palavra auditoria tem sua origem no latim “audire”, que significa ouvir. Sua prática tem sua origem na área contábil, cujos fatos e registros datam do ano 2600 A.C. Esta técnica se fixou no século XVII, pela Revolução Industrial nas grandes empresas. A auditoria é um sistema de revisão e controle, para informar a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento, utilizadas para buscar a satisfação das necessidades em relação à qualidade da assistência prestada. Sua função não é somente indicar as falhas e os problemas, mas também, apontar sugestões e soluções, assumindo, portanto, um caráter eminentemente educacional. Na área da saúde, teve início no século XX e foi inicialmente utilizada com esse propósito, isto é, como uma ferramenta para verificar a qualidade da assistência prestada. Na auditoria Hospitalar são verificados os aspectos organizacionais, operacionais e financeiros. A auditoria geralmente é composta por diferentes profissionais, que realizam a análise qualitativa e quantitativa do prontuário previamente ao faturamento e posterior a ele verificando as glosas efetuadas e redigindo relatórios finais para a tomada de decisão. A análise ao que tange as atividades de enfermagem, podendo ser realizada tanto qualitativamente quanto quantitativamente, é caracterizada pela auditoria em enfermagem que está inserida

na auditoria hospitalar. Constitui o meio pelo qual o Departamento de Enfermagem verifica se os resultados atingidos na assistência de enfermagem prestada estão de acordo com os objetivos traçados. Ela também pode ser entendida como uma avaliação sistemática da assistência de enfermagem, verificada através das anotações de enfermagem no prontuário do paciente e ou das próprias condições destes. **METODO:** Para a realização deste trabalho realizou-se uma entrevista através da aplicação de um questionário com a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a um profissional de enfermagem especializado em Auditoria e Pesquisa na cidade de Santarém-Pará, objetivando entender melhor a rotina do profissional auditor, assim como o nível de satisfação na área atuante. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A auditoria de enfermagem surgiu em decorrência da necessidade de avaliar e auditar pontos polêmicos nas contas médicas hospitalares e laboratoriais. O curso de Pós-graduação em Auditoria em Enfermagem foi criado para garantir o aperfeiçoamento profissional contínuo dos enfermeiros, promovendo a participação na direção, organização, planejamento, delegação, supervisão, avaliação e execução de ações preventivas, educacionais na área de auditoria, visando à qualidade da saúde do paciente. Esta especialização no Centro Universitário São Camilo no Espírito Santo possui uma carga horária de 504 horas com grade curricular composta por: Acreditação de Organização e Serviços de Saúde; Auditoria em Conta; Auditoria em Qualidade; Bioestatística; Bioética; Epidemiologia; Fundamento de Custos; Metodologia da Pesquisa Científica; Negociação; Responsabilidade Civil em Auditoria em Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem aplicada à auditoria; Tecnologia da Informação. Na área de enfermagem, os serviços de

auditoria servem como um instrumento de controle da qualidade do trabalho realizado pela equipe de enfermagem, mas também funcionam como controle de gastos dentro das instituições, principalmente as hospitalares. A entrevistada cujo codinome definimos PACIÊNCIA possui 32 anos, concursada, concluiu sua pós-graduação no ano de 2011 na Faculdade Integrada do Tapajós (FIT) localizada no município de Santarém-Pará, após um ano de formada começou a trabalhar na área em que fez sua pós-graduação, ganhando uma renda mensal de dois salários mínimos, esta porém não é sua única fonte de renda, utiliza como meio de transporte carro próprio. Sua dificuldade de ingressar no mercado de trabalho se deu por falta de concursos e por salário baixo em sua área de especialização, possui carga horária de 44 horas de trabalho semanais. A partir da presente pesquisa verificou-se que PACIÊNCIA possui sua especialidade com registro no COREN, amparada pela Lei 7.498/86, art. 11 que reconhece a função do enfermeiro(a) auditor(a) na equipe de trabalho, ratificado pelo Decreto Lei 94.406/87, art. 8º, inciso I, alínea “d” afirmando que este garante melhorias dos indicadores de saúde, fiscaliza e realiza relatórios, autoriza e audita procedimentos ambulatoriais, realiza protocolos de atuação ao SUS, atuando privativamente a consultoria, auditoria e a emissão de parecer sobre matéria de enfermagem, devendo ainda ter uma visão holística, como qualidade de gestão, qualidade de assistência e quântico – econômico – financeira, visando sempre o bem estar do ser humano. Para a entrevistada a Cidade de Santarém-Pará oportuniza formas de aprimoramento profissional por meio de aperfeiçoamento educacional e cursos profissionalizantes, uma vez que as rápidas transformações sociais passam a demandar cada vez mais das Universidades posicionamentos e respostas às várias

indagações e necessidades decorrentes da realidade social. Neste sentido, exigem-se novos cenários e propostas de ensino, com o intuito de fomentar a formação de profissionais fundamentada em práticas que incorporem a reflexão contextual da realidade, mediada por um processo de ensino-aprendizagem interativo por meio do qual se consolidem atitudes de autonomia, criatividade, cientificidade, cooperação, flexibilidade e negociação entre outras. Na rotina de trabalho PACIÊNCIA afirma atender ao usuário do SUS, prestar orientação e esclarecimentos, realizar visita técnicas/hospitalar, auditorias, perícias médicas e regulação de sistema SISREG-DATASUS. Auditoria é definida como uma atividade específica do Sistema de Controle e Avaliação que requer observações comprovadas de atos e fatos, análise de relatórios e registros de procedimentos quer individuais, quer coletivos, concomitante ou posterior às ações que possam estar determinando alterações na eficácia dos serviços. O trabalho do enfermeiro auditor apresenta-se como uma tendência de mercado, sendo um ramo em ascensão com vertentes de enfoques diversos, como auditor de contas, qualidade da assistência na pesquisa e processos. A valorização do enfermeiro auditor é uma realidade nas instituições hospitalares que visam neste profissional à consolidação do atendimento prestado por suas equipes uma vez que, segundo a entrevistada, o auditor pode atuar também junto a Comissão do Ministério da Saúde, ser auditor fiscal e às oportunidades de crescimento profissional existentes na sua área apreendem a área contábil e financeira. Por esse motivo PACIÊNCIA recomenda aos profissionais, a especialização de auditoria e pesquisa, pois estes poderão ser capacitados a lidar com lideranças, atuar em equipe multiprofissional conhecer os aspectos técnicos científicos da área de saúde, trabalhar com honestidade,

ponderação e bom senso, agindo sempre dentro dos preceitos éticos de sua profissão, favorecendo assim a atuação direta do cidadão ao sistema SUS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por meio deste trabalho observou-se a importância da especialização em auditoria e pesquisa, assim como o nível de satisfação do entrevistado, uma vez que este sabe que por meio da auditoria, é possível verificar a qualidade da assistência prestada ao cliente, sendo uma área notadamente em expansão na saúde. É primordial que os enfermeiros se conscientizem do seu papel, afim de melhor se prepararem para esta atividade, criar novos processos de trabalho e propor modelos educativos que permitam a qualificação do pessoal de modo a minimizar as falhas identificadas, tornando assim os serviços de auditoria uma ferramenta de controle da qualidade do trabalho realizado pela equipe de enfermagem.

ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS EM SAÚDE E NA PSICOLOGIA: UMA ANÁLISE DE DOCUMENTOS DE DOMÍNIO PÚBLICO

Aline Lopes Santana, Marcelly Alpiano Rocha, Jefferson Souza Bernardes

Palavras-chave: Estágio Curricular Supervisionado, Saúde, Psicologia

Desde a criação do Sistema único de Saúde (SUS) as políticas públicas de saúde no país vêm preconizando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho em saúde para atender aos princípios do atendimento integral, universal e equânime, o que envolve novas perspectivas de relação entre docentes, estudantes e Instituições de Ensino Superior (IES) com a sociedade (MATTOS, 2008). Os Estágios Curriculares Supervisionados têm funcionado como um

dos principais pontos de articulação do ensino na rede de saúde uma vez que costumam ser o “momento em que o estudante entra em contato direto com a realidade de saúde da população e do mundo do trabalho” (COSTA; GERMANO, 2007, p. 707). No entanto, para Pedro Demo (2001), os estágios são concessões à prática, sua presença nos currículos é residual, são mal organizados, sem acompanhamento de qualidade por parte dos cursos e por parte dos responsáveis no local do estágio. O presente estudo objetiva identificar, problematizar e discutir as concepções e modelos de Estágios Curriculares Supervisionados em Saúde no Brasil, com ênfase na Psicologia. Orientada pelo referencial teórico-metodológico das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos, a pesquisa procedeu por meio da Análise de Documentos de Domínio Público (SPINK, P., 2013). O foco foi em documentos que regulam e orientam os estágios e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos da Área da Saúde. Os documentos foram procurados por seu conteúdo utilizando buscadores eletrônicos (SPINK et al, 2014) e arquivados em mídia digital. As DCN foram acessadas por meio do portal do Ministério da Educação (MEC). Tal busca e identificação gerou 50 resultados: 19 resoluções, 14 pareceres, 8 leis, 4 decretos, 2 medidas provisórias, 2 decreto-lei, 1 portaria. A partir daí, foram produzidos dois instrumentos: quadros para organizar todas as informações; e uma linha cronológica para compreender o processo histórico. Realizou-se a leitura exaustiva de cada documento para fazer a Transcrição Sequencial (NASCIMENTO; TAVANTI; PEREIRA, 2014) e, a partir daí, foram identificados os Repertórios Linguísticos (ARAGAKI; PIANI; SPINK, 2014, p. 229). Por meio da análise foi possível perceber que as concepções de estágio se agrupam em quatro conjuntos de sentidos (SPINK;

MEDRADO, 2013): - Trabalhista, formado por repertórios como orientação educativa vocacional, competências próprias da atividade profissional, trabalho do estagiário, trabalho produtivo. Os sentidos produzidos a partir desses documentos são que o estagiário é parte da mão-de-obra das indústrias e empresas. - Tecnista, são as concepções que reforçam a prática enquanto aplicabilidade da teoria e/ou repetição de procedimentos e técnicas. Produz-se a partir de repertórios como formação técnico-profissional, supervisão, experiência prática, técnicas de estudo e ação, treinamento supervisionado, prática de intervenções preventiva e curativa. - Formalista, é identificado a partir de documentos que descrevem, de forma hegemônica, aspectos formais/legais da prática de estágio, como documentação necessária para o estabelecimento do vínculo, locais de estágio, formas de avaliação, carga horária, tempo de estágio e outros. - Formativo, composto por repertórios como aluno, graduando, processo de formação, processo educativo, processo de formação. Esse conjunto de sentidos é produzido por documentos cuja origem vincula-se mais aos campos e órgãos da educação ao passo que preconiza a articulação entre as IES e as empresas/serviços. As concepções e modelos de estágio emergentes ao longo dos anos permitem reflexões acerca de suas definições e funcionamentos atuais. Sua origem vinculada a indústria e a concepções Trabalhistas, o Tecnicismo atrelado ao ensino profissional e centrado em técnicas e procedimentos, o Formalismo que tende a burocratizar e legalizar os processos de ensino e aprendizagem, associam-se a concepções Formativas e modelam o Estágio Curricular Supervisionado nos cursos de graduação da saúde, inclusive da Psicologia, atualmente. Nas diretrizes dos cursos de saúde, aprovadas entre 2001 e 2004, “o estágio curricular é parte obrigatória dos

currículos no processo de formação superior” (SANTANA, 2015, p. 24). O caráter Formativo do estágio corrobora com o compromisso que as diretrizes têm segundo Mattos (2006), com as mudanças na formação, ao posicionar a Universidade perante seu compromisso social. Todavia, os repertórios linguísticos das DCN falam da permanência de concepções Formalistas, Tecnicistas e Trabalhistas. As DCN apresentam rupturas e permanências nas concepções de estágio que podem ser pensadas a partir da discussão suscitada por Feuerwerker e Almeida (2003) em torno da indefinição que apresentam no que diz respeito à formação por competências. Para os autores, as diretrizes propõem a formação por competências e a superação dos modelos tradicionais, mas não explicitam orientações que norteiem essa superação. No que concerne à Psicologia, as características tecnicistas que o estágio e a formação mantêm dificultam a aproximação com os modos de promover o cuidado propostos pelas políticas públicas de saúde. A delimitação de alguns períodos do curso para a realização de práticas, não oportuniza, por exemplo, o aprofundamento da vivência do estudante nas relações de ensino-serviço-comunidade de modo que a formação se dê no e para o serviço. Os estudantes não têm como conhecer o território e o serviço, portanto, não experienciam o desenvolvimento do vínculo. Somado a isso, o posicionamento das instituições formadoras enquanto responsáveis por programar e supervisionar os estágios produzem a noção hierárquica de que a universidade está acima dos serviços de saúde, dificultando a criação de espaços coletivos em que os trabalhadores, os alunos-estagiários e os professores-orientadores possam, em conjunto, interrogar e analisar o seu cotidiano de trabalho (SILVA; CABALLERO, 2010). A articulação entre o universo do trabalho e o

ensino se apresenta como uma alternativa na construção de experiências que priorizem a formação de recursos humanos para a saúde pública em busca de superar o tradicional modo das instituições formadoras de produzir e formular conhecimentos que sustentam paradigmas tecnicistas e cartesianos, produtores de procedimentos e não de processos de cuidado (CECCIM, 2010). Nesse sentido, destacam-se dois movimentos: - a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída pelo Ministério da Saúde em 2004, para articular a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o SUS (BRASIL, 2004). A estratégia de Integração Ensino-Serviço faz parte da PNEPS, e se desdobra em projetos, como o Ver-SUS e Aprender SUS, e programas, como PET-Saúde e Pró-Saúde, que ajudam a orientar a formação para: o trabalho coletivo pactuado, articulado e integrado; a qualificação da atenção à saúde individual e coletiva; a excelência da formação profissional; e o desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE et al, 2008); - e a Resolução nº 350, de 9 de junho de 2005 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova diretrizes gerais para a autorização, reconhecimento e renovação de cursos de graduação da saúde. Tal Resolução reitera a necessidade de formar profissionais com perfil, número e distribuição adequados ao SUS e estabelecimento de projetos políticos-pedagógicos compatíveis com a proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais, comprometidas com a integralidade, a multiprofissionalidade e a produção de conhecimento, coerentes com as necessidades sociais (BRASIL, 2005). Preocupa-se com as demandas sociais, político e econômicas para a abertura dos cursos, além da orientação dos cursos estarem voltados para o atendimento das necessidades de saúde da população. Tais

processos apontam para uma perspectiva de formação orientada para o ensino em serviço, na qual teoria, prática e pesquisa dialogam em torno das questões de saúde demandadas pelas necessidades de saúde da população e pelos princípios do SUS, sendo fundamental a noção de rede para essa construção.

ESTRATÉGIAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA CUMPRIMENTO DAS CONDICIONALIDADES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM DUAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Thaís Fernandes Amorim, Raylane Marques de Barros Cruz, Renata Matos e Matos, Adriano Maia dos Santos

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Pobreza, Política Social

INTRODUÇÃO: A incorporação da alimentação como direito social foi um dos grandes avanços nas políticas públicas brasileira. Nesse sentido, a nutrição e alimentação devem ser compreendidas como constituintes de requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde (BRASIL, 2012). Contudo, a insegurança alimentar e nutricional que decorre da falta de qualidade e/ou de quantidade adequada dos alimentos ainda é comum provocando manifestações biológicas como a fome e má alimentação que vai além de uma questão fisiológica. (CORRÊA, 2007). Segundo Castro (2001), a fome e a má alimentação e nutrição por serem fenômenos sociais somente por meio de ações sociais e coletivas, como a implantação progressiva de políticas públicas de segurança alimentar e nutricional, poder-se-ia transformar em realidade o direito humano universal à alimentação. Nesta perspectiva, o Programa Bolsa Família (PBF) tornou-se o principal

programa de transferência de renda do país (BRASIL, 2010). O PBF foi criado, em 2003, como medida provisória de distribuição de renda (Decreto nº 132/2003) e transformado em Lei, em 2004 (nº 10.836/2004). Para atingir seus objetivos, o PBF possui três eixos: 1) alívio imediato da pobreza pela transferência de renda; 2) direitos sociais básicos na área da saúde, educação e assistência social; 3) ações e programas que objetivam o desenvolvimento da família saindo da situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2004). O PBF prevê contrapartidas ao recebimento do benefício ao exigir das famílias participantes o cumprimento de um conjunto de condicionalidades, que se expressam em compromissos na área de educação e saúde (BRASIL, 2006). Para tal cumprimento, os profissionais de saúde são fundamentais, sobretudo os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que possuem contato regular com os usuários da Estratégia de Saúde da Família e os serviços de saúde, de modo a contribuir para cumprimento das condicionalidades relacionadas à saúde, bem como sinalizar às famílias que estão em condições de vulnerabilidade (CARVALHO, ALMEIDA, LAIME, 2014). Essa pesquisa teve como objetivo analisar as estratégias desenvolvidas por Agentes Comunitários de Saúde para que as famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família cumpram as condicionalidades relacionadas aos serviços de saúde e discutir as transformações operadas pelo PBF na realidade social das famílias assistidas. METODOLOGIA: O estudo é de caráter qualitativo, pois busca firmar conceitos e dar maior profundidade ao objeto de estudo. A pesquisa foi realizada em duas Unidades de Saúde da Família (USF) de um município da Bahia. O critério para escolha foram as USF que possuíssem maior número de famílias cadastradas ao PBF; USF da zona urbana; equipes completas. Para conformar os sujeitos, utilizou-se quatro grupos de representação selecionados

intencionalmente: 1) gestores do PBF; 2) profissionais de saúde de nível superior; 3) ACS; 4) beneficiários do PBF. Com os grupos 1, 2 e 4 foram realizadas entrevistas semiestruturadas e para o grupo 3 foi feito um grupo focal. A análise de dados foi orientada pela análise de “conteúdo temática”, que para Minayo (2007) é constituída pelas seguintes etapas: 1 – Ordenação dos dados; 2 – Classificação dos dados; 3 – Análise final dos dados. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira (Parecer: nº 1.001.227). RESULTADO E DISCUSSÃO: A fome ainda é uma realidade na população brasileira mesmo com todos os programas sociais criados pelos governos para tentar mudar esse panorama (FAO, 2014). Dentre as ações governamentais, o Programa Bolsa Família, que visa o alívio imediato da pobreza com a distribuição de renda e a tentativa de mudar a vida das famílias beneficiárias, tornando-as aptas para o mercado de trabalho (BRASIL, 2004). O município estudado possui muitas famílias beneficiárias e nas entrevistas com os gestores percebemos que o programa mudou a realidade dessas famílias cadastradas proporcionando melhores condições de vida, como constatado na fala do gestor 2: “o PBF é de extrema importância para as famílias trazendo uma melhora na sua qualidade de vida e proporcionando que elas tenham acesso aos direitos básicos como saúde, educação e assistência social. São ações como essas que a gente percebe o quão é importante um programa de transferência de renda nesse porte, nesse nível com essas dimensões”. Os territórios das USF apresentam um cenário socioeconômico muito desfavorável. Ainda assim, as falas dos profissionais da USF convergiram com os gestores quando se referem às mudanças positivas operadas pelo PBF no cotidiano das

famílias assistidas: “[...] muitas famílias têm apenas a renda do programa para sobreviver. [...] no geral, o programa trouxe um mínimo de dignidade, mudando a realidade das famílias desse bairro” (Profissional de Saúde 2). Corroborando as falas anteriores, os relatos dos beneficiários revelam que PBF mudou a realidade de suas famílias, uma vez que garante, ao menos, as refeições. As pessoas que recebem o benefício têm livre arbítrio de como gastá-lo, mas percebe-se, no discurso, que o dinheiro é mais destinado para alimentação das famílias: “o dinheiro ajuda muito, não falta mais comida, pelo menos o básico arroz e feijão e, também, já consegui comprar cama, armário aqui pra casa com esse dinheiro” (Beneficiário 2). O PBF ao criar condicionalidades para as famílias cumprirem induz o acesso à saúde, com isso, os profissionais de saúde utilizam essa ferramenta para assistir o máximo de famílias: “Algumas vezes, a gente utiliza o PBF como moeda de troca com as famílias. A gente tem que manter o cartão de vacina em dia, aí a gente fala: - se você não vier, eu vou mandar cortar seu bolsa família, mesmo a gente sabendo que a unidade não tem esse poder de mandar cortar o benefício, cessar o benefício, mas a gente falando isso, ela acaba trazendo, então a gente consegue acompanhar essas famílias por conta do bolsa família” (Profissional 1). Nas falas dos gestores e profissionais da saúde é comum a compreensão das condicionantes, mas na fala dos beneficiários, parecem entender como tendo que cumprir para não configurar na perda do benefício: “a gente sabe que tem esses deveres, então a gente cumpri pra não perder o dinheiro senão vai fazer falta” (Beneficiário 7). Talvez essa compreensão deva-se a condição de miséria em que vivem a baixa escolaridade e por toda uma vida de exclusão dos direitos sociais. O ACS é visto como protagonista no âmbito da saúde, uma vez que têm acesso às casas das famílias e são moradores do

bairro. Assim, vivenciam, também, toda a dificuldade enfrentada pelos beneficiários do PBF. Tal evidência apareceu em todos os grupos de entrevistas: “o ACS que é, em minha opinião, um personagem principal dentro da área da saúde, ele é o principal mobilizador, principalmente pra essa função da condicionalidade da saúde” (Gestor 2). CONCLUSÃO: O estudo sinaliza que as famílias beneficiadas passaram a ter condições mínimas de dignidade e cidadania e mesmo o benefício sendo um valor relativamente baixo, tornou-se um complemento de ajuda ou mesmo a única renda mensal para muitas famílias. Mas como todo programa, precisa ocorrer uma melhora na fiscalização das famílias que possuem ou não o perfil para o cadastramento, assim como capacitações aos ACS para um acompanhamento mais qualificado.

ESTUDO DE EGRESSOS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA/ENSP/FIOCRUZ: CONHECENDO A REALIDADE DO MUNDO DO TRABALHO

Maria Alice Pessanha Carvalho, Regina Ferro Lago, Helena Maria Seidl Fonseca, Teresa Cristina Neves, Swheelen de Paula Vieira

Palavras-chave: residência multiprofissional, egresso, saúde da família

APRESENTAÇÃO: A Residência Multiprofissional em Saúde da Família/ENSP/FIOCRUZ teve sua primeira turma em 2005 e em março de 2014 iniciou sua 10^a turma. Seu público está voltado aos profissionais de nível superior da saúde (enfermeiros, psicólogos, odontólogos, nutricionistas e assistentes sociais) como modalidade de formação especializada em serviço com a interface ensino-trabalho-cidadania. Objetiva promover o desenvolvimento de atributos por parte

da equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) para que esta atue nas atividades de cuidado, supervisão e gestão junto às equipes de saúde da família. A ESF tem como princípio a reorganização da prática assistencial com novas bases e critérios, em áreas geográficas delimitadas, onde os indivíduos, famílias e comunidade são o foco central da atenção para melhoria das condições de vida. Um dos pontos principais do processo de trabalho da ESF é o estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde, a família e a comunidade, oferecendo espaço para a construção de corresponsabilidade nos compromissos relacionados ao processo saúde-doença. Desta forma, surge uma nova demanda de qualificação de profissionais de saúde com um perfil de competências que possa atender e viabilizar a renovação das teorias e das práticas no campo da Saúde Pública no Brasil. Assim, a consolidação da ESF, o envolvimento de um número considerável de profissionais de saúde em suas ações e a necessidade de qualificá-los - além do décimo aniversário de realização da Residência - evidenciaram a importância de se conduzir um estudo sobre os egressos desse curso. O objetivo geral desta pesquisa é conhecer e analisar a inserção no mundo do trabalho dos egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/ENSP/FIOCRUZ que concluíram o curso no período de 2007 a 2014, visando avaliar os objetivos e competências desenvolvidos no curso. Seus objetivos específicos são: traçar o perfil do egresso dessa Residência; registrar as considerações do egresso sobre a formação oferecida pelo curso; identificar a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos na prática em equipe; identificar as maiores dificuldades do egresso no exercício da sua profissão; conhecer a necessidade de educação permanente e avaliar a pertinência dos objetivos/competências educacionais no processo de

trabalho do egresso. Desenvolvimento do trabalho Neste estudo estão sendo utilizados métodos quantitativos e qualitativos de forma combinada. A abordagem quantitativa foi desenvolvida por meio de um questionário auto-aplicado, de respostas fechadas e preenchimento online que incluiu perguntas de cunho sócio-demográfico (sexo, idade e profissão), questões relativas à esfera da formação e do trabalho, como inserção no campo de trabalho, função(ões) desempenhada(s), carga horária, faixa salarial e outros cursos realizados, além de questões sobre as percepções dos egressos sobre a importância do curso em suas vidas profissionais. Os dados foram dispostos em tabelas com frequências absolutas e relativas. A abordagem qualitativa está em andamento e consiste na realização de 10 entrevistas com roteiro semi-estruturado nas quais estão sendo abordadas as expectativas dos sujeitos quanto à Residência, as trajetórias profissionais empreendidas e suas percepções sobre vários aspectos do curso. As entrevistas serão analisadas por meio da análise temática. Este estudo foi submetido ao Comitês de Ética da ENSP03/04/2015 sob o número CAAE: 41688114.6.3001.5279. Resultados Os resultados são preliminares, visto que a pesquisa ainda está em andamento. A primeira etapa foi realizada no primeiro semestre de 2015. Foram enviados questionários por email, para preenchimento eletrônico, para 100% dos egressos (total de 177). Obteve-se retorno de 109 questionários (61,6%), o que foi considerado satisfatório tendo em vista que estudos de egressos costumam ter baixo retorno de resposta. Dentre os 109 respondentes, a maioria, 95 (87%), é composta por mulheres e 87 (85%) graduaram-se em universidades públicas. A distribuição dos números e percentuais de questionários respondidos por categoria profissional é a seguinte: assistente social

- 12 (11%); cirurgião-dentista - 27 (25%); enfermeiro - 28 (26%); nutricionista - 22 (20%) e psicólogo - 20 (18%). Após o término do curso, 93 (85%) já residiam ou continuaram residindo no estado do Rio de Janeiro, predominantemente nas capitais: 70 (75%) no município do Rio de Janeiro e 14 (15%) em Niterói. Quanto à situação de trabalho, do total de respondentes 69 (63%) foram contratados imediatamente após a conclusão do curso e 17 (16%) em menos de 1 ano. Uma maioria expressiva permanece na área da saúde: 87 (80%). Destes, 85 (98%) estão atuando na esfera pública. Ainda dentre os que estão no campo da saúde, 48 (55%) estão desempenhando atividades de assistência e gestão diretamente relacionadas à atenção primária. No tocante ao vínculo empregatício, dentre os egressos que permanecem na saúde, uma minoria é composta por servidores públicos pois 19 (22) % são estatutários. A maioria, 54 (62%), está empregada pelo regime da CLT. A percepção sobre a aquisição de competências para atuação foi bastante positiva: 72 (66%) declararam que, após terminar a Residência, se sentiram “muito” preparados para atuar, 32 (32%) “razoavelmente” preparados e apenas 2 (2%) “pouco” preparados. A avaliação geral do curso acompanhou estas percepções, uma vez que 65 (60%) conferiram ao curso o conceito “ótimo”, 42 (38%) “bom” e apenas 2 (1%) regular/ruim. Considerações finais Os resultados acima correspondem à primeira fase da pesquisa - que consistiu no preenchimento de questionários - e sua análise ainda não foi concluída. Mesmo assim, estes resultados indicam que a Residência cumpre seu objetivo principal, pois seus egressos estão atuando na área da saúde, na atenção primária em sua maioria, tanto na gestão quanto na ação direta com a população. Além disso, a maioria dos egressos tem avaliação bastante positiva sobre a qualidade do curso e sua

contribuição para sua capacidade de atuar. No momento a pesquisa está em sua 2^a fase, que compreende as entrevistas com os egressos. Aspectos qualitativos serão explorados e relacionados às informações obtidas pelo questionário. A conclusão do estudo propiciará a reunião de um amplo conjunto de informações, tanto sobre o perfil dos egressos, quanto sobre a sua inserção no mundo do trabalho e poderá trazer subsídios para a unidade formadora reformular sua estrutura curricular, a relação com os cenários de prática, a prática da preceptoria e, desta maneira, contribuir com a melhoria contínua dessa formação.

ESTUDO DO CORPO E DA IMAGEM CORPORAL EM ADOLESCENTES DO ENSINO FUNDAMENTAL DE UMA ESCOLA PÚBLICA

Sandra de Matos Botelho da Costa, Monica Tereza Christa Machado, Lilian Koifman

Palavras-chave: corpo, imagem corporal, ensino fundamental

APRESENTAÇÃO E OBJETIVO: pesquisa desenvolvida com jovens do oitavo ano de uma escola pública em Niterói, RJ. O estudo sustentou-se nos conceitos de Marcel Mauss (Técnicas Corporais) e de Pierre Bourdieu (Campo e Habitus) como referenciais teóricos relativos à socialização do corpo. Em relação à imagem corporal, pautou-se nos conceitos de Schilder e Tavares. Teve como Objetivo geral observar a relação dos adolescentes com seu corpo e com sua imagem corporal, na perspectiva do cuidado integral à saúde e como Objetivos específicos: 1) conhecer o significado do corpo e da imagem corporal nesses adolescentes; 2) verificar a influência da mídia em relação à observação do seu corpo e da sua imagem corporal; 3) averiguar a influência da família e da escola no tocante à observação do corpo e da

imagem corporal. **DESENVOLVIMENTO:** a pesquisa, de desenho qualitativo, utilizou os seguintes procedimentos metodológicos: oficina de desenho da figura humana, aplicação de questionários e de entrevistas semiestruturadas, grupo focal e observação participante. A professora que lecionava a disciplina de Ciências na escola também foi convidada a participar de uma entrevista semiestruturada, por ser uma profissional atuante com os jovens, há mais de vinte anos, no colégio onde foi realizada a pesquisa. Para a análise do conteúdo das falas dos adolescentes, durante a realização do grupo focal e das entrevistas, foi adotada a técnica de análise de conteúdo. A análise dos dados foi organizada em torno das seguintes categorias estabelecidas pela pesquisadora, na fase exploratória da pesquisa: corpo e imagem corporal, mídia, família e escola. A partir da coleta de dados emergiu, espontaneamente, a categoria saúde. A escola se apresenta como um local apropriado para o desenvolvimento das ações de prevenção e promoção de saúde junto aos adolescentes, as quais devem ter um cunho de continuidade em articulação com os setores de educação e saúde. É de fundamental importância a participação dos professores, os quais devem manter um diálogo constante e aberto com os jovens. A perspectiva da atenção integral à saúde (prevenção, promoção e atenção) de crianças, adolescentes e jovens do ensino público no intuito de integrar as práticas no âmbito das escolas e das unidades básicas de saúde, com destaque para a atenção primária em saúde, através da Estratégia de Saúde da Família, foi observada durante o trabalho de campo com os jovens do oitavo ano do ensino fundamental. A integração e a reflexão das vivências dos estudantes estimulados pela pesquisa em relação à imagem corporal foram potencializadas pela participação ativa da professora de ciências. Ela citou a importância da saúde dos

adolescentes em dois momentos distintos: destacando a questão da obesidade e da forma física e fazendo alusão à importância da atividade física desenvolvida nos projetos sociais existentes no bairro onde se localiza a escola. Destacou a observação da cultura da magreza entre os jovens e ressaltou que aqueles que não se enquadram no modelo idealizado têm a socialização dificultada. Ressaltou a importância de se fomentar, junto à escola, políticas de educação e saúde que tenham o intento de estimular nos jovens um maior interesse no conhecimento sobre o próprio corpo e a imagem corporal. As orientações contidas nos Parâmetros Nacionais Curriculares do MEC/SEF preconizam que educar demanda a articulação de conhecimentos, atitudes, aptidões, comportamentos e práticas pessoais que devem ser aplicados e compartilhados no ambiente escolar, no intuito de favorecer o desenvolvimento da autonomia dos jovens. **RESULTADOS:** poucos estudos têm investigado a satisfação corporal dos adolescentes através da pesquisa qualitativa em saúde. Evidenciou-se que os padrões socioculturais advindos da família, da escola e de influências da mídia podem interferir no funcionamento da dinâmica corporal dos adolescentes de ambos os sexos de forma distinta. Entre os meninos, há o estímulo para a prática de esportes e ganho de massa muscular, o que contribui para uma facilitação na aceitação dos seus corpos, enquanto que às meninas são atribuídas demandas relativas não só a realização de esportes. A expectativa em relação ao emagrecimento parece tornar mais evidente a insatisfação com o próprio corpo nas adolescentes do sexo feminino. Em relação à categoria saúde, cabe destacar que há semelhanças no modo de observação dos jovens de ambos os sexos. Demonstraram, além da preocupação com a estética corporal, que os cuidados com o corpo aparecem como

fator importante na condução de uma vida saudável. Já em relação à satisfação com o corpo e a imagem corporal, a observação se deu de forma diferente entre os adolescentes do sexo feminino e masculino, conforme apreciado na teoria estudada. A satisfação com a imagem corporal é uma questão, sobretudo na adolescência, mais relacionada com o sexo feminino, quando o corpo define seu formato. Geralmente as meninas são mais críticas com sua imagem corporal do que os meninos. A insatisfação com a imagem corporal foi observada mais frequentemente nas adolescentes que apresentavam percepção de sobrepeso, mesmo que de forma mínima. Desejam ser mais magras, confirmando a teoria de que a satisfação com a imagem corporal está relacionada com a aparência. Os resultados indicaram que as jovens com sobrepeso almejam emagrecer por acharem que o excesso de peso desfavorece a convivência entre os pares, muito embora apenas duas estivessem, aparentemente, com o peso um pouco acima do esperado para o tipo físico apresentado. Os adolescentes do sexo masculino quando apresentam baixo peso, querem aumentar o tamanho corporal, principalmente na busca de mais massa muscular; quando mais baixos, mostram desejo de terem maior estatura. Os adolescentes, mesmo pertencendo a uma classe social mais simples, confirmaram que possuem conhecimento sobre o tema saúde, afirmando o trabalho desenvolvido nas aulas de Ciências, desenvolvido de forma bastante dinâmica e integradora pela professora, e a facilidade de acesso a informações através dos meios de comunicação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** conquanto a mídia e a cultura social estimulem determinado padrão de forma física para os adolescentes de ambos os sexos ficou claro, com a pesquisa, que a cultura advinda da família, da escola e do meio encoraja a busca por um corpo com

ênfase à saúde, facilitando a satisfação corporal. A necessidade de formulação de políticas públicas capazes de contemplar os adolescentes em suas demandas, mesclando os segmentos atrelados ao seu desenvolvimento, como a escola, a família, os serviços de saúde, a cultura e os esportes é destacada pelo UNICEF. A participação da professora de Ciências foi fundamental no desenvolvimento da pesquisa. A partir da observação da importância da imagem que o jovem tem de si foi possível perceber a relevância de se dar continuidade ao estudo com alunos do ensino universitário, uma vez que muitos deles ingressam na universidade bem jovens. Observa-se que, cada vez mais a educação, como elemento favorecedor da construção da autonomia para a tomada de decisões, revela-se essencial para a adoção de comportamentos de valorização da vida.

EXPECTATIVA DO ESTUDANTE INGRESSANTE NO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO NO ANO DE 2015

Katiele Dalla Vécchia Pereira, Fabiana Aparecida da Silva, Irenizia Marques Quinteiro de Almeida

Palavras-chave: Estudantes, Educação Médica, Expectativa, Ensino

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho faz parte do projeto de pesquisa "Percepções dos docentes e dos estudantes acerca do processo de implantação do curso de medicina na Universidade do Estado de Mato Grosso (Unemat), sendo aqui apresentado um dos objetivos do projeto, que visa identificar quais são as expectativas do estudante ingressante no curso de medicina. **DESENVOLVIMENTO:** Para o levantamento de dados foi aplicado um questionário aos ingressantes no curso de medicina da Unemat de 2015 contendo 18

questões. O questionário foi aplicado na primeira semana de aula na finalidade de obter as respostas antes do aluno identificar a cultura organizacional do curso e/ou ser influenciado por professores e alunos veteranos, para que fosse capaz de respondê-lo seguindo suas reais expectativas. O projeto foi aprovado pelo CEP Parecer nº1. 115.266. Aqui são apresentados dados do perfil dos alunos e dados qualitativos referente a pergunta considerada elemento central da pesquisa: “Em linhas gerais, descreva o que você espera do curso de medicina da Unemat.” RESULTADOS: Ao todo, 64 alunos participaram da pesquisa, com ingresso no primeiro e no segundo semestre de 2015. A idade dos estudantes variam de 18 a 43, com moda em 19 anos, sendo 39 do sexo feminino e 25 masculino. Os acadêmicos são oriundos das cinco regiões do Brasil, com predomínio da região centro-oeste e sudeste, com os maior prevalência dos estados de Mato Grosso com 14 alunos, Goiás com 13, Mato Grosso do Sul e Minas Gerais, com 6 alunos cada. Para analisar os dados qualitativos as repostas foram transcritas num texto com identificação do aluno por código, realizou-se uma leitura exaustiva, buscando os principais termos, os quais foram agrupadas de acordo com os núcleos do sentido conforme o método de Minayo (2010) resultando em quatro categorias (C): “C1 formação de qualidade”, “C2 mercado de trabalho”, “C3 humanização” e “C4 foco institucional”. A categoria C1 foi a mais evidente nas respostas dos acadêmicos. A maior preocupação dos ingressantes é a qualidade da formação que obterão ao longo do curso, nos aspectos teóricos e práticos. São descritas características que o curso deve possuir para que forme bons profissionais, como o estímulo a independência, exploração do potencial acadêmico, pró-atividade e motivação. É possível identificar ainda em C1 a auto cobrança excessiva dos acadêmicos em

relação ao seu desempenho, como na fala de P23, que ao dizer que “o objetivo é ser, no mínimo, um excelente médico” coloca o mais alto índice como o mínimo a ser atingido. Termos como “grande profissional”, “melhores médicos”, “ótima formação” e “capacidade de me destacar” são diversas vezes citados e deixam evidente que o ingresso chega à universidade com grande expectativa de sucesso. Associada à qualidade de formação, alguns dos alunos citam em suas respostas que almejam adquirir no curso capacitação para ingressar no mercado de trabalho. Mais do que conhecimento, os alunos querem estar aptos para a vida profissional e ingressarem na prática médica logo após a sua formação. Como exemplo, temos a resposta de P28: “Espero ter o suporte necessário para adquirir um bom conhecimento profissional e ao final do curso estar preparado para o mercado de trabalho.”. É possível identificar que os alunos de medicina da Unemat já ingressam na universidade com o pensamento da medicina humanizada defendida pelas Diretrizes Curriculares de 2014. Em C3, temos um significativo número de acadêmicos que ressalta a importância do médico em ir além da fisiopatologia da doença e focalizar o paciente como um todo. O aluno P6 responde “Espero que a formação médica siga os parâmetros do PBL moldando o profissional para um perfil mais humanizado, próximo das comunidades, com a carga de conhecimento necessária para lidar com as mais diversas situações da vida e morte com decência e respeito ao ser humano e seus sentimentos, crenças e costumes.” Fatores como respeito e humanidade são descritos para além da relação médico-paciente, sendo identificados como necessários para as relações interpessoal entre os próprios alunos, como relatado por P33: “Um curso que incentive os alunos a serem companheiros visando o solidário

e também a não competição entre os acadêmicos, formando profissionais aptos a ver o ser humano como um todo.”. A última categoria identificada, C4, refere-se aos valores de foco institucional. O curso de medicina da Unemat é recente, aberto em 2012 e, por isso, ainda está em processo de estruturação física e adaptação pedagógica. Este fato reflete na opinião dos ingressos que comparam o curso novo com cursos antigos, deixando de forma implícita a insegurança por estar em um curso ainda sem reconhecimento oficial, como deixa evidente o P6: “Espero que o curso tenha qualidade quanto os cursos de medicina mais antigos”. Os alunos identificam a necessidade da Unemat explorar os três pilares universitários de ensino, pesquisa e extensão dentro do curso de Medicina, evidenciando o interesse por atividades extraclasse. Além da melhoria pedagógica, os acadêmicos almejam melhoras na infraestrutura do curso, como na resposta de P44: “Espero que exista ferramentas necessárias e suficientes para que eu tenha uma ótima formação médica. Isso inclui professores qualificados, laboratórios bem estruturados e os recursos exigidos para o curso de medicina”. Os alunos citam construção de laboratório, aquisição de livros e aumento do corpo docente como melhorias necessárias ao curso de medicina da Unemat. Outro ponto que merece atenção ainda na C4 consiste na assimilação feita pelo aluno P9 de que a universidade pública não pode ser boa, caracterizando como inatingível a qualidade de ensino em um curso público: “Espero que a universidade me forneça os subsídios necessários para me tornar uma boa médica, porém acredito que isso seja utópico porque, por ser pública, o maior esforço será meu mesmo. Sonho com melhoras na estrutura”. Tal opinião, porém não é unânime, uma vez que o aluno P35 acredita que são as universidades públicas as que fornecem melhores condições de

formação: “(...) Pois, como uma universidade pública, deve formar os melhores médicos do mercado.” CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estudante ingressante no curso de medicina da Unemat busca em sua universidade uma formação boa, para que possa se inserir satisfatoriamente no mercado de trabalho. A medicina idealizada pela maioria desses alunos foge do padrão superespecialista e mecanicista das faculdades tradicionais, evidenciando enquadramento do aluno ao método de ensino ativo adotado pela Unemat, que tem como foco formar um profissional generalista que pratique a medicina humanizada. Por ser um curso recente e não ter formado uma turma, a medicina na Unemat causa insegurança nos seus ingressos, que apesar de saberem das dificuldades enfrentadas por um curso em formação, possuem a esperança de melhorias na universidade e se mostram abertos para a auxiliarem na consolidação da qualidade do curso.

FORMAÇÃO DE PROFESSORES BACHARÉIS NO COTIDIANO DA ESCOLA: UMA CONTRIBUIÇÃO NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

Cristiano Oliveira de Souza, Maria José da Silva Lopes

Palavras-chave: Bacharel em Docente, Formação Pedagógica, Oficina Pedagógica

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho intitulado “Formação de Professores Bacharéis no Cotidiano da Escola: uma Contribuição no Processo Ensino-Aprendizagem” consiste em um projeto de intervenção que tem por objetivo analisar e minimizar as dificuldades enfrentadas pelos bacharéis em enfermagem no início da docência em um Centro Estadual de Educação Profissional situado no território de identidade Sertão Produtivo no estado

da Bahia. Com a expansão da Educação Profissional e Tecnológica de nível médio no estado da Bahia houve um aumento considerável na quantidade de professores bacharéis em enfermagem nos Centros de Educação Profissional. Em contrapartida a esse aumento está a pouca formação para executar a prática docente do Bacharel em Enfermagem, visto que a grande maioria das matrizes curriculares, dos cursos de enfermagem na modalidade bacharelado, primam, exclusivamente, por formar profissionais para a assistência direta aos enfermos e não levam em consideração a necessidade de formar enfermeiros docentes. Esse trabalho de intervenção promoverá, na comunidade escolar, uma reflexão sobre a necessidade de realizar oficinas pedagógicas com o intuito de minimizar as dificuldades didático-metodológicas enfrentadas pelos bacharéis em enfermagem na docência em educação profissional e tecnológica.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O presente trabalho foi, inicialmente, desenvolvido por meio de uma pesquisa bibliográfica. A referida pesquisa foi produzida a partir de material já elaborado, constituído de livros e revistas, disponíveis na rede mundial de computadores e impressos. A revisão ao material bibliográfico possibilitou a identificação de dificuldades e potencialidades dos bacharéis professores e a elaboração de oficinas pedagógicas que objetivam a diminuição das fragilidades e o incentivo às potencialidades. As oficinas pedagógicas identificadas e sugeridas pelo referido projeto serão executadas com os bacharéis em enfermagem, equipe pedagógica e articulação do eixo tecnológico Ambiente e Saúde do Centro Estadual de Educação, durante o ano letivo de 2016 com encontros mensais que se efetivará na última semana de atividade complementar de cada mês. Acreditamos que as oficinas pedagógicas possibilitarão a criação de um

ambiente interativo, permitindo a troca de experiências e conhecimentos em prática didática e metodologia do ensino entre os bacharéis e a equipe pedagógica do Centro. A coordenação, o planejamento e a aplicação das oficinas pedagógicas ficarão sobre a responsabilidade da equipe de coordenação pedagógica e da articulação do eixo tecnológico: ambiente e saúde.

RESULTADOS E/OU IMPACTOS: A partir das dificuldades encontradas na literatura e das observações feitas no cotidiano escolar foi realizada a elaboração de oficinas pedagógicas que minimizarão as fragilidades da formação dos bacharéis no Centro em estudo. As oficinas pedagógicas serão dispostas respeitando a seguinte ordem: Oficina 01: Dificuldades didático-metodológicas dos bacharéis em enfermagem. Na oficina introdutória deverá ser realizada uma discussão que terá o propósito de investigar as principais dificuldades didático-metodológicas enfrentadas na prática docente e as situações que potencializam ou fragilizam essas dificuldades na perspectiva dos enfermeiros. As dificuldades e situações relatadas deverão ser trabalhadas pela equipe pedagógica nas próximas oficinas. Oficina 02: O Aluno da Educação Profissional Tecnológica. Nessa etapa será feita uma reflexão do perfil do estudante de Educação Profissional Tecnológica refletindo seu desenvolvimento social e afetivo, suas motivações e aprendizagem no ambiente educativo escolar. Oficina 03: Concepção histórica da Educação Profissional Tecnológica. Durante essa etapa irá se considerar a relação de educação e trabalho, repensando o papel da educação profissional na formação do cidadão para o atual mundo do trabalho. Oficina 04: Aspectos legais da Educação Profissional Tecnológica. Será feita uma análise reflexiva da Constituição Federal Brasileira de 1988, da Lei 9.394/96, Lei e Diretrizes e Bases da Educação brasileira,

e da resolução nº 6, de 20 de setembro de 2012 do Conselho Nacional de Educação que define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional Técnica de Nível Médio. Oficina 05: O Planejamento na Educação Profissional Tecnológica. Será refletida a importância do planejamento do ensino para a elevação da qualidade do processo de ensino e aprendizagem levando em consideração o PPP - Projeto Político Pedagógico do Centro e refletir a forma de seleção dos conteúdos trabalhados com os estudantes. Oficina 06: A prática do Planejamento. Realização de oficinas práticas de elaboração de plano de aula e plano de curso. Oficina 07: O aprendizado pedagógico. Serão refletidas as diversas estratégias utilizadas nos espaços coletivos do processo ensino-aprendizagem, as atividades de estudos individuais e em grupos, os estudos de textos e as críticas em relação à aula expositiva. Oficina 08: A Avaliação da Aprendizagem. Será refletida a função da avaliação nas diferentes perspectivas no processo educativo e sua importância para o sucesso do processo, análise dos tipos de instrumentos avaliativos e mecanismos para a recuperação da aprendizagem; além de analisar a postura avaliativa durante os estágios curriculares. Oficina 09: A tecnologia aplicada à metodologia do ensino na educação profissional. Refletir o papel das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) para aperfeiçoar o processo de ensino e aprendizagem do estudante da educação profissional. Oficina 10: Avaliação do projeto. Analisar as contribuições do projeto de intervenção na prática profissional dos enfermeiros bacharéis professores da educação profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A elaboração desse trabalho foi executada no curso de especialização, em nível de pós-graduação lato sensu, de Metodologia do Ensino para a Educação Profissional ofertado pela Universidade do Estado da Bahia em parceria com a

Superintendência de Educação Profissional do estado da Bahia. E será aplicada no Centro de Educação profissional no decorrer do ano letivo de 2016. Embora planejado para ser realizado em um Centro de Educação Profissional, situado no interior da Bahia, pode ser aplicado em diversas instituições de ensino, de nível médio e superior, que admitam professores oriundos de cursos na modalidade bacharelado. É importante que as diversas particularidades da instituição de ensino e da região sejam levadas em consideração na adaptação das oficinas. Ao decorrer do processo de aplicação das oficinas pretende-se proporcionar aos professores bacharéis uma reflexão crítica da sua prática pedagógica, auxiliando no desenvolvimento da construção do perfil do professor em consonância com o Projeto Político-Pedagógico da Instituição Educacional; auxiliar, também, no planejamento das aulas, conectando os objetivos da mesma com o processo avaliativo elaborado pelo docente e sensibilizar da necessidade da utilização de metodologias variadas para melhorar o desempenho dos estudantes. Ao fim do processo espera-se que os docentes com formação bacharelada consigam reconstruir seus conhecimentos didático-metodológicos possibilitando uma prática docente mais eficaz e frutífera, aumentando, conseqüentemente, a qualidade do processo de ensino e aprendizagem.

FORMAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA E SUA RELAÇÃO COM A MEDICINA DE FAMÍLIA

João José Batista de Campos, Francisco Torres González, Manuel Gurpegui Fernández de Legaria, Arthur Vizzotto Zolin, Gabriela Cristine Queiroz Maria, Maria Soledad Quesada Muñoz

Palavras-chave: Educação Médica, Currículo, Saúde Coletiva

O interesse em compreender as diferenças e semelhanças entre o sistema de saúde na Espanha e no Brasil, como um campo de conhecimento e formação educacional nesta área, reside no fato de que ambos os sistemas consideram a Atenção Primária à Saúde como a principal estratégia do sistema. No ano de 2014, o sistema nacional de saúde espanhol apresentava uma cobertura de 100% da população, sendo que 80% dos gastos em saúde era público, o que representava 7,6% do produto interno bruto (PIB). Deste total o gasto farmacêutico era em média 25% do total e desde o ano 2002 toda a gestão do sistema de saúde foi transferida para as Comunidades Autônomas, completando assim o processo de descentralização, que previa a constituição espanhola de 1978. A comparação do sistema de saúde espanhol deve ter em conta as dimensões dos dois países: enquanto a dimensão do Brasil corresponde a 17 vezes o território da Espanha com os seus 504.030 Km², para uma população de 47 milhões de espanhóis, que é 4,3 vezes menor que a brasileira. É necessário também assinalar, que em termos de pirâmide populacional existe um grande envelhecimento da população espanhola. A Faculdade de Medicina da Universidade de Granada (UGR), com quase 500 anos de existência, incluiu no seu projeto pedagógico correspondente à nova formação curricular, induzida pelo processo de Bolonha, o internato médico de um ano na 6^a série, que começou a sua primeira oferta do que passou a se chamar de GRADO em setembro de 2015, mantendo ainda uma estrutura de ensino tradicional da 1^a à 5^a série. Analisar a educação médica na graduação no que corresponde à Saúde Pública, Medicina Preventiva e Atenção Primária, dentro do Currículo da Faculdade de Medicina da Universidade de Granada e sua relação com a Medicina de Família, na formação médica, dando especial

importância à opinião dos estudantes, foi o objetivo desta investigação. Foram utilizados dados quantitativos, como uma estratégia de aproximação com a realidade e aprofundando a complexidade dos temas tratados e implicados, utilizando também a abordagem qualitativa, na percepção dos representantes eleitos dos estudantes de Medicina, de cada uma das seis séries do curso, dos principais professores da área de Saúde Pública envolvidos com o curso e com os gestores do curso de Medicina. As técnicas de investigação utilizadas foram as seguintes: grupo focal de discussão com os delegados dos estudantes de medicina, entrevistas semiestruturadas com os professores e gestores responsáveis pela graduação médica sobre a sua percepção sobre o currículo efetivamente executado e não apenas o prescrito no projeto pedagógico do grado de medicina. Todas as entrevistas e o grupo focal foram executados por um só entrevistador, em forma oral, gravada e transcrita por estudantes de medicina brasileiros, colaboradores desta investigação e uma estudante espanhola da 3^a série do curso de medicina da UGR. Com esta estratégia procuramos garantir uma maior validade dos dados coletados, uma vez que os problemas e limitações de um determinado método puderam ser compensados de alguma forma, com o uso de outros procedimentos investigativos, como a análise de documentos e inclusive através de conversas informais com alguns professores e estudantes do curso considerados como informantes chave. Os aspectos éticos e legais da pesquisa foram aprovados por parte do Comitê de Ética para análise de projetos de investigação do respectivo Centro de Estudos e os participantes firmaram o consentimento informado, depois de serem explicados os objetivos gerais do estudo e assegurada a confidencialidade de suas identidades. Impactos na visão dos protagonistas: os

estudantes. A partir das opiniões dos estudantes recolhidas no grupo focal e em entrevistas de forma específica, pôde-se extrair os temas centrais que mais os preocupam em relação à formação médica em geral e em Medicina Familiar y Comunitária em particular. Destaca-se, a pouca motivação existente de grande parte do professorado, como se cita a continuação: "...hay profesores que dan la sensación de que están porque tienen que estar y no tienen ninguna motivación ni ninguna gana de formar ni a médicos ni a personas realmente. Van, imparten una clase y no se preocupan de si se ha entendido, si realmente se puede hacer de una forma más fácil de entender o tampoco entienden a veces cuando quieres transmitirles tu opinión como estudiante; es un trabajo más y no se esfuerzan por mejorarlo". (Estudiante 8) Outro assunto que desperta grande interesse dos estudantes são as atividades práticas em relação a carga horária teórica, que desenvolvem durante o curso, que consideram insuficientes e não estão de acordo com o estipulado no Plano de Bolonha, segundo seus critérios, tal como se expõe na citação seguinte: "Hay asignaturas que se centran mucho en transmitirnos de forma teórica algo que se va a llevar a cabo de forma práctica, el sistema de enseñanza en este tipo de asignaturas no debería ser así y en lugar de tener más horas teóricas respecto a la práctica, se debería invertir: tener más horas de prácticas con respecto a la teoría. No podemos consentir que en una asignatura donde nos enseñan a relacionarnos con el paciente tengamos una práctica de una hora en toda la asignatura" (Estudiante 7) Para muitos estudantes na raiz de todos os conflitos que se apresentam esta a falta de adequação por parte das Faculdades de Medicina ao novo plano de estudos, à luz do Plano de Bolonha: "... la adecuación de las asignaturas al Plan Bolonia está íntimamente relacionado con el

profesorado; nosotros tenemos asignaturas que no han cambiado prácticamente nada (ni la teoría, ni la práctica, ni la forma docente) de Licenciatura a Grado y son dos sistemas completamente distintos. Son dos sistemas que buscan, uno la evaluación final y otro la evaluación continuada; uno que busca la clase magistral frente al otro que promueve la participación del alumnado, el primero se centra en el profesor y el segundo en el alumno, entonces son dos sistemas que no se pueden igualar, realmente solo hemos tenido una asignatura que siga el Plan Bolonia." (Estudiante 5) Os resultados apontam que para uma mudança real no processo de ensino e aprendizagem, são necessárias mudanças profundas de metodologias, aonde os estudantes venham a ter um papel mais ativo. Além disso, deve ser aumentada a importância da Medicina de Família, como disciplina acadêmica, e, portanto, a presença do referido campo de conhecimento e prática dentro da Universidade. Destacaram que a avaliação contínua do processo de educação permanente em saúde é um componente chave, para os ajustes necessários e a busca persistente de acumulação de poder técnico e político para a institucionalização e sustentabilidade de uma mudança efetiva do GRADO na Espanha. No entanto, a condução do processo de mudança não é simples e não se deve improvisar. Existe a necessidade de uma ação estratégica para a construção de canais de discussão e de comunicação coletiva, sendo a acumulação de poder por parte da área da Medicina de Família, necessária para se conseguir a transformação e diminuir a resistência interna, especialmente nesta nova etapa de mudança do prédio da Faculdade de Medicina para o Parque Tecnológico da Saúde. Esta investigação foi vinculada e apoiada pela Rede "Maristán" (www.redmaristan.org) e financiada pela CAPES e pela Universidade Estadual de Londrina.

FORMAÇÃO PARA O TRABALHO INTERDISCIPLINAR: A PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES DOS CURSOS DE FISIOTERAPIA DO BRASIL

Leticia Stanczyk, Adenauer Gauglitz, Janainny Magalhães Fernandes, Adriane Pires Batiston, Laís Alves de Souza Bonilha

Palavras-chave: Estudantes, Educação interprofissional, fisioterapia,

INTRODUÇÃO: O Ensino Interprofissional em Saúde é, atualmente, a principal estratégia de formação para que profissionais se tornem aptos a desenvolver o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde. Para promover a integração conceituada e esperada no trabalho em equipe interprofissional, o Ministério da Educação, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), vem incentivando a reorganização dos cursos de graduação da área de saúde, oferecendo cooperação técnica, operacional e financeira, através de projetos e programas para que a universidade possa fazer um trabalho articulado com a gestão e com os serviços públicos de saúde. Neste sentido, foi investigada a visão de estudantes do curso de fisioterapia a respeito do trabalho interdisciplinar e refletido sobre práticas acadêmicas multiprofissionais na graduação. **MÉTODOS:** Este foi um estudo transversal realizado com estudantes concluintes (último ano) do curso de fisioterapia de todas as regiões do Brasil. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário de avaliação da aprendizagem interprofissional, o Readiness Inter professional Learning Scale (RIPLS), que conta com questões objetivas que abordam os aspectos do trabalho interprofissional de um determinado grupo. Utilizaram-se ainda algumas questões acerca da participação em projetos de pesquisa, extensão, movimento estudantil e em atividades

multidisciplinares e específicas do núcleo da fisioterapia. As respostas foram analisadas a partir de estatística descritiva. **RESULTADOS:** Participaram deste estudo 140 discentes da fisioterapia de todas as regiões do país, das quais a maior frequência de respondentes foram do Nordeste (45,0%) e Sul (33,6%), seguido das regiões Centro-Oeste (14,3%), Sudeste (6,4%) e Norte (0,7%). A média etária dos participantes foi de 24,12 e mais ou menos 4,23 anos de idade, sendo a maioria do sexo feminino (80,0%) e estudantes de Instituições de Ensino Superior privada (72,1%), além de 30,7% ser membros do movimento estudantil. As respostas provenientes das questões estruturadas sobre os aspectos do trabalho em equipe, da efetiva colaboração com outros profissionais de saúde e dos aspectos da formação interprofissional, mostraram que 34,3% dos estudantes participaram de projetos multiprofissionais durante a graduação. Observamos também que foram mais frequentemente citadas atividades de ensino em pesquisa e em menor frequência as atividades de extensão quando questionados sobre quais os dispositivos para a formação profissional do fisioterapeuta são mais importantes ou mais potentes para o mundo do trabalho. Outro resultado relevante é que maior parte dos estudantes considera mais frequentemente como muito importante as atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvidas especificamente no âmbito da fisioterapia do que as atividades realizadas em conjunto com estudantes de outros cursos. Os resultados provenientes do Readiness Inter professional Learning Scale (RIPLS) mostraram que os entrevistados mantiveram um padrão de respostas nas opções 5 (Concordo fortemente) e 4 (Concordo) da escala de Likert, assim para fins de análise, consideramos que as respostas relacionam-se com opiniões e comportamentos incorporados pelos estudantes (concordo

fortemente) ou opiniões que não necessariamente se refletem na prática desses alunos (concordo). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As DCN do curso de fisioterapia estabelecem critérios de competências e habilidades que devem ser trabalhadas ainda na graduação, incluindo a atuação multi, inter e transdisciplinar. Quando se observa uma concordância maior dos estudantes para o exercício de práticas individuais de núcleo e de pesquisa em prol de ações coletivas, de extensão e em equipe, é preciso repensar o modelo que se tem e o que se quer para a saúde e sociedade. A existência de um modelo formativo que visa ensinar mais a lógica de prestação de serviços individuais do que a de um compromisso político-social e coletivo nos remete a uma necessidade maior de práticas formativas com enfoque no cuidado em saúde através do exercício interdisciplinar e das práticas sociais que constroem os objetos do mundo e da sociedade, em consonância com as necessidades reais de saúde da população. Não podemos deixar de problematizar o método utilizado, visto que o questionário RIPLS não possibilita abordar dimensões mais concretas a respeito da prática e vivência reais dos entrevistados. Sugere-se, então, maiores estudos na área para compreender melhor o processo de formação em saúde para a sociedade.

FREQÜÊNCIA DE PROBLEMAS ÉTICOS DECORRENTES DA RELAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

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

Palavras-chave: Bioética, Ética, Atenção primária à saúde, Saúde da Família

INTRODUÇÃO: O Programa Saúde da Família – PSF foi reordenado como uma estratégia de reformulação e transformação do sistema de saúde da atenção primária, assim, após diversos direcionamentos em sua operacionalização, o PSF passou a ser considerado como Estratégia Saúde da Família – ESF que, define como principal ação o fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade. Desta forma, as necessidades advindas da comunidade se apresentam nos problemas biopsicossociais encontradas na subjetividade e singularidade de cada usuário. Diante da complexidade do cuidado na ESF que demanda muito mais que assistência voltada para o tecnicismo, os profissionais de saúde, em seu atendimento, observam questões referentes à ética. No que tange a operacionalização dos princípios da integralidade, universalidade e equidade no Sistema Único de Saúde - SUS, um dos principais problemas demonstrados pelos profissionais é a dificuldade em lidar com a dimensão subjetiva do cuidado. Neste contexto, não é difícil encontrar problemas éticos envolvidos na produção do cuidado, especialmente os problemas encontrados entre os profissionais das equipes de Saúde da Família, que lidam com a singularidade advinda da dos usuários da comunidade adstrita. Para que a ESF consiga dar respostas às demandas sinalizadas pela comunidade, os profissionais se deparam com alguns problemas éticos, visto que há o encontro de entre profissional-usuário, cada um com suas crenças e culturas. Os profissionais lidam também com outros aspectos como, a dificuldade no acesso a exames e procedimentos de alta complexidade, a impossibilidade do trabalho em rede, o que também pode gerar conflitos e problemas éticos em sua atuação. Neste ínterim, diante das diversas questões e problemas éticos que envolvem os profissionais da ESF, este estudo tem como objetivo descrever a frequência com

que ocorrem problemas éticos na relação entre os profissionais da equipe de Saúde da Família. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo quantitativo e exploratório. Os participantes foram 53 profissionais de nível superior (12 médicos, 26 enfermeiros e 15 cirurgiões-dentistas) que compõem as equipes de Saúde da Família de um município do sudoeste da Bahia - Brasil. Foi utilizado para a coleta de dados o Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária em Saúde - IPE/APS que contém 41 questões em escala likert que visam à mensuração de problemas éticos na Atenção Primária à Saúde. Os dados do IPE/APS estão divididos em 03 grupos e para este estudo foi abordado os dados do segundo grupo, que se refere às relações entre as equipes e é composto por 09 problemas éticos, onde, os profissionais assinalam a frequência com que vivenciam tal problema em sua atuação: nunca, raramente, frequentemente e sempre. Os dados foram analisados no SPSS 21.0. Foi utilizada a estatística descritiva com frequência absoluta e relativa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, tendo recebido parecer favorável com o nº 475.600. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Sobre a falta de compromisso e envolvimento da equipe na atenção à saúde, houve o predomínio da resposta nunca na maioria das questões dos cirurgiões-dentistas onze (73,3%), médicos sete (58,3%) e enfermeiros 15 (57,7%). As maiorias das respostas demonstram que pouco acontece este problema na dimensão da ESF. Na questão relacionada a não colaboração entre equipes, 6 (54,5%) dos médicos, 11 (44%) dos enfermeiros e 8 (53,3%) dos cirurgiões-dentistas demonstraram que nunca vivenciaram este problema, ou seja, mais da metade dos profissionais entrevistados 28 (58,8%) se deparam com este tipo problema ético na atuação profissional. A estratégia de alocar equipe multiprofissional na unidade de saúde requer uma relação de

complementaridade, com articulação dos saberes e práticas com um ideal comum, num esforço contínuo e seguindo a ideia da integração da equipe na assistência à saúde da comunidade. Na questão relacionada à falta de respeito entre os membros da equipe, em sua maioria, os médicos 9 (75%) e os cirurgiões-dentistas 12 (80%) nunca vivenciaram. E, entre os enfermeiros, 12 (46,2%) declaram nunca ter vivenciado e 12 (46,2%) vivenciaram raramente. Na questão relacionada aos profissionais não apresentarem perfil para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família, 5 (41,7%) dos médicos relataram que nunca vivenciaram, 4 (33,3%) vivenciam raramente e 3 (25%) vivenciam frequentemente. A maioria dos enfermeiros 14 (53,8%) e dos cirurgiões-dentistas 8 (53,3%) relataram que nunca vivenciaram tal problema. Na questão relacionada à dificuldade de cumprir, na prática, o papel e as responsabilidades de cada profissional da equipe de saúde da família. Dentre os médicos três (25,0%) nunca vivenciaram tal problema e seis (50%) vivenciaram raramente, dois (16,7%) vivenciam frequentemente e apenas um (8,3%) vivencia sempre o problema em sua atuação. Os enfermeiros 7 (30,4%) nunca vivenciaram, 9 (39,1%) vivenciam raramente e 7 (30,4%) vivenciam frequentemente. A maioria dos cirurgiões-dentistas 10 (71,4%) vivencia tal problema raramente em sua atuação. Estes dados demonstram que o profissional tem observado em seu âmbito de trabalho profissionais que não sabem ou compreendem seu papel social no âmbito da ESF, o que pode acarretar um mau direcionamento das ações de saúde para a comunidade. No que se refere aos profissionais se omitirem diante de uma prescrição inadequada ou errada, a metade dos profissionais médicos seis (50,0%), a maioria dos enfermeiros dezesseis (61,5%) e dos cirurgiões-dentistas onze (73,3%) nunca vivenciaram o problema. Na questão

que se refere aos usuários que pedem a um dos membros da equipe de saúde da família que os outros membros não tenham acesso a alguma informação relacionada à sua saúde, a maioria dos médicos oito (66,7%), dos enfermeiros treze (52,0%) vivenciam este problema raramente e a maioria dos cirurgiões-dentistas oito (53,3%) nunca vivenciaram tal problema. Nota-se que os profissionais médicos e enfermeiros encontram este tipo de problema em sua vivência mais vezes que com cirurgião-dentista. Referente aos funcionários da UBS levantarem dúvidas sobre a conduta do médico da equipe da ESF, a metade dos profissionais médicos seis (50,0%) nunca vivenciaram tal problema e quatro (33,3%) vivenciam raramente. A maioria dos enfermeiros onze (44,0%) vivencia o problema raramente e nove (36,0%) nunca vivenciaram e a maioria dos cirurgiões-dentistas oito (57,1%) afirmou nunca ter vivenciado este problema em sua atuação. Com relação aos usuários pedirem a um dos membros da equipe de saúde da família que os outros membros não tenham acesso a alguma informação relacionada à sua saúde, mesmo em situação em que seja necessária a participação da família no cuidado, dentre os médicos cinco (41,7%) nunca vivenciaram tal problema e cinco (41,7%) vivenciam raramente. Os enfermeiros doze (46,2%) nunca vivenciaram e onze (42,3%) vivenciam raramente. E, a maioria dos cirurgiões-dentistas nove (60,0%) nunca vivenciou este problema. Sabe-se que a confidencialidade na atenção à saúde é um direito de todo usuário, está descrito na Carta dos Usuários do SUS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Percebe-se que a resposta nunca teve maior prevalência, o que demonstra que os problemas éticos em relação à prática da equipe na Estratégia Saúde da Família não estão ocorrendo pouco, o que se torna algo positivo. Em contrapartida, a minoria dos profissionais respondeu que

vivencia o problema ético raramente e frequentemente, o que denota que ainda assim os problemas éticos acontecem no âmbito do processo de trabalho da equipe Saúde da Família e precisam ser observados para que não atrapalhe a atenção à saúde dispensada aos usuários.

GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: DESAFIOS, DESEJOS E POSSIBILIDADES

Liliana Santos

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Bacharelado, Possibilidades

APRESENTAÇÃO: Este estudo trata dos Cursos de Graduação na área da Saúde Coletiva (CGSC) e sua contribuição para o enfrentamento dos desafios apontados pelo trabalho na Saúde. Trata-se de um estudo de caso que analisou o desenho curricular e o cotidiano de um CGSC; buscando aproximações e afastamentos entre o currículo do curso descrito e o trabalho no espaço da Saúde Coletiva, em especial no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS) local. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** As técnicas utilizadas foram análise documental, diário de campo, entrevista semi-estruturada e grupo focal. A análise do material foi realizada partindo dos referenciais da formação orientada pela memória de inovação. O processo de análise do material se deu no traçado de relações entre a formação graduada e as necessidades do mundo do trabalho, apontadas por gestores entrevistados. Didaticamente, Os componentes curriculares se organizam em torno de eixos por campo de conhecimento, sendo eles Ciências Sociais Básicas e Aplicadas em Saúde Coletiva; Ciências da Vida e Tecnológicas em Saúde; Ciências da Saúde Coletiva e Conteúdos e Atividades Integradoras. O curso tem carga horária

total de 2.708 horas, assim distribuídas: 2.300 horas (84,93%) para os conteúdos disciplinares e atividades curriculares obrigatórios, e 408 horas (15,07%) para os conteúdos curriculares optativos e atividades complementares. Tendo em vista as diretrizes da flexibilidade curricular e a autonomia dos estudantes, cabe refletir sobre a distribuição da carga horária entre componentes obrigatórios e optativos. Tanto na entrevista com gestores, quanto nos grupos focais com estudantes, foram demarcadas as necessidades de sanitaristas em vários espaços do SUS, trazendo importantes contribuições partindo da chegada dos estudantes em estágios e práticas integradas. Os entrevistados apontam ainda para a necessidade de a formação ser efetivamente vinculada ao mundo do trabalho e às necessidades da população. Os resultados apontam para a análise de que a formação graduada em Saúde Coletiva poderá contribuir para o enfrentamento dos desafios apontados pelo trabalho na Saúde Coletiva Brasileira, na medida em que estabelecer diálogos efetivos e movimentos articulados entre a universidade e o âmbito das práticas na Saúde Coletiva, seja junto ao Sistema Único de Saúde e outras políticas sociais, bem como nos demais espaços, como os movimentos populares, produzindo conhecimento de forma coordenada e conectada às inovações produzidas no cotidiano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Como perspectiva apontada pelos participantes do estudo foi possível perceber uma tendência para o aumento dos CGSCs e, ao mesmo tempo, a necessidade de fortalecimento dos vínculos e diálogos, seja na perspectiva dos espaços democráticos de debate e organização mais amplos, seja no espaço local, na perspectiva da intersectorialidade. As formas de tratar a educação dos profissionais da área de Saúde e os desafios a serem enfrentados para a construção cotidiana de inovações faz com que se considere a

perspectiva de organização de espaços de articulação e debates, a fim de aprofundar questões centrais, como a elaboração dos referenciais curriculares e a regulamentação profissional. Uma nova forma de inserção profissional vem se configurando e gerando acalorados debates, porém ainda com pouca sistematização e operacionalização. Define-se outra perspectiva: a ação das instâncias de participação (especialmente o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva - FGSC e Coordenação Executiva dos Estudantes de Saúde Coletiva - CONESC) para a organização de debates e agendas comuns. Do horizonte de desafios e perspectivas levantados, destacam-se o estabelecimento de interações e intenções tendo como foco as ações intersetoriais, no sentido de promover o reencantamento da Universidade, na proposição de alternativas à crise do ensino universitário. Nesse contexto, o desenvolvimento dos CGSCs tem demonstrado esforços no sentido de promover a integração entre a formação acadêmica e o conjunto das relações sociais, considerando a observação cotidiana das atividades acadêmicas em sala de aula, bem como nos contextos de práticas nos quais se inserem. Discussões sobre campos de práticas e estágios, bem como a inserção de estudantes nos cenários de projetos interinstitucionais e pesquisas interdisciplinares desde o início da formação vêm abrindo caminhos para a concretização de uma nova formação universitária.

GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA NO BRASIL: ONDE ESTÃO ATUANDO OS EGRESSOS FORMADOS POR ESSA GRADUAÇÃO?

Michel Reina Pino, Allan Gomes de Lorena, Marcela Soares Silveira Lima, Marco Akerman, Liliana Santos

Palavras-chave: Levantamento, Graduação, Egressos, Saúde Coletiva

A possibilidade de criação de cursos de graduação na área da Saúde Coletiva vem sendo abordada desde a década de 1980, quando era discutido o ensino de Saúde Coletiva em relação às demais formações e apontada à necessidade de antecipação da formação do sanitarista. Teixeira (2003) descreve o contexto de discussão que apontou a necessidade de criação de uma formação graduada que incorporasse o conjunto de práticas e saberes do sanitarista, ressaltando importantes encontros nos quais essa temática foi abordada. Segundo a autora: [...] em setembro de 2002 foi organizada uma Oficina de Trabalho, reunindo dirigentes da UFBA, representantes de Universidades, Ministério da Saúde, OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) e ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), com o objetivo de analisar a pertinência e viabilidade de criação do curso na atual conjuntura, levando-se em conta o desenvolvimento teórico-conceitual da área de Saúde Coletiva e a experiência acumulada no processo de reforma do Sistema de Serviços de Saúde Brasileiro, especialmente as tendências de mudança do modelo de atenção à saúde e as demandas do mercado de trabalho no setor (UFBA/ISC, 2002). Os debates travados durante a Oficina conduziram à conclusão de que é oportuno avançar na elaboração do projeto político-pedagógico do curso, bem como ampliar a reflexão em torno da pertinência de sua implantação, não só na UFBA, mas em outras instituições de ensino superior no país (TEIXEIRA, 2003, p. 163). No decorrer do texto, Teixeira destaca, entre os principais motivos para a criação dos cursos de graduação na área de Saúde Coletiva, a necessidade de encurtar o tempo da formação, evidenciando a importância dos conhecimentos de Saúde Coletiva e contribuindo para a reorientação dos modelos de atenção. Dessa forma, profissionais de Saúde Coletiva estariam

inseridos no cotidiano de todos os serviços e não exclusivamente no âmbito da gestão mais central, como ocorre tradicionalmente. Portanto, o objetivo geral desta pesquisa foi de realizar um levantamento nacional dos egressos da graduação em saúde coletiva no Brasil tendo como objetivo específico identificar e analisar as áreas de atuação, atividades desenvolvidas, faixa salarial, vínculo empregatício e outros aspectos relacionados ao mercado de trabalho do Bacharel em Saúde Coletiva, também, identificar e analisar as áreas de atuação nos cursos de pós graduação stricto sensu e/ou lato sensu em Saúde Coletiva. Para identificar e analisar as áreas de atuação, atividades desenvolvidas, faixa salarial, vínculo empregatício e outros aspectos relacionados ao mercado de trabalho do Bacharel em Saúde Coletiva, realizaram uma investigação analítico-descritiva através de estudo longitudinal de seguimento sob o auxílio de coleta de dados feito por meio de entrevistas autopreenchidas em ambiente virtual. O período de investigação corresponde aos anos de 2012 – 2014. Analisamos que 42,4% dos egressos de saúde coletiva estão atuando no mercado de trabalho de acordo com sua área de formação e 57,6% não estão trabalhando. Observamos que a maior dificuldade encontrada pelo os egressos é a falta de abertura do mercado de trabalho, dedicação exclusiva a pós graduação, emprego anterior a graduação. A falta de abertura do mercado de trabalho pode ser uma variável interessante para discutir a permanência dos alunos na graduação em saúde coletiva, visto que, as primeiras turmas que se formam são “responsáveis” em abrir os caminhos para as próximas turmas de formados. E também, procurar analisar quais são os nós críticos que impedem a atuação do sanitarista nas unidades de saúde, quais são os conflitos e interesses da pouca flexibilidade dos serviços

de saúde em abarcar um novo profissional de saúde que têm atuação voltada para o SUS e quais caminhos burocráticos, legais e administrativos seguir para criar o cargo de sanitaria em concursos públicos nas esferas municipal, estadual e federal. Quanto ao tipo de vínculo empregatício destes egressos/as, identificamos que os formados em saúde coletiva possuem contrato por tempo determinado ou prestação de serviços, são servidores estatutário ou institucional e estão assumindo cargos comissionados, ou seja, cargos de confiança por indicação política. Ainda possuem vínculo celetista ou trabalhista e estão trabalhando por contrato de experiência. Notamos também que os egressos possuem outro tipo de vínculo empregatício como bolsistas consultoria e vínculo privado. Contudo, 61,1% dos egressos de saúde coletiva estão na pós graduação e 38,6% não fazem nenhum tipo de pós. Muitas vezes, a pós graduação pode ser um dispositivo para que estes mesmos ex-alunos permanecem no campo da saúde público-coletiva, por mais que seja no ambiente acadêmico, já que os/as mesmos/as não encontram abertura do mercado de trabalho. Se a escolha por um curso de graduação pode ser atribuída à “vocação” sentida no momento do vestibular, a opção por um curso de pós-graduação há de estar permeada pelas possibilidades de pesquisa e especialização vislumbradas no decorrer da graduação e, obviamente, pelas alternativas oferecidas nos mercados de trabalho. Gomes e Goldenberg. (2010) Detectamos que 67% dos egressos estão na pós La tu sendo atuando na especialização, aperfeiçoamento e residência. E, 33% dos egressos em saúde coletiva estão no mestrado e doutorado realizando suas pesquisas na pós graduação na área: 1) política, planejamento e gestão; 2) educação e promoção da saúde; 3) epidemiologia, 4) vigilâncias; 5) informação e comunicação em saúde; 7) ciências sociais e humanas em saúde. Quando investigamos

os cargos, funções e locais de trabalho que os egressos em saúde coletiva têm ocupado após se formarem. Identificamos que a atuação do sanitaria de graduação circula em todos os níveis de atenção a saúde e gestão no SUS. Encontramos sanitarias desta graduação trabalhando em departamentos de atenção de especializada (com foco em HIV/AIDS), atenção básica, vigilância em saúde e atenção hospitalar. Também, ocupando cargos como diretores de unidade de saúde, consultoria técnica, coordenador de vigilância epidemiológica em saúde, coordenador de política de saúde (saúde do idoso) e diretor de hospital. Há também egressos/as atuando como sanitaria em secretarias municipais de saúde na condição de apoio institucional, ocupando espaços na vigilância em saúde como sanitaria e na vigilância sanitária como fiscal sanitaria. A iniciação científica levantamento dos egressos de saúde coletiva tratou de cuidar de múltiplos objetivos acerca da graduação em saúde coletiva buscando uma resposta comum: onde estão os sanitarias formados por essa graduação? Tratou-se de um levantamento simbólico daquilo que acreditamos quando falamos na potencialidade das graduações em saúde coletiva no fortalecimento do SUS enquanto um sistema de saúde ético-estético-político como sugere Armani (2006) em sua tese de doutoramento intitulada formação de sanitarias: cartografias de uma pedagogia da educação em saúde coletiva, “vejo, sobretudo, uma formação de sanitarias entremeada por movimento territorial de cruzamentos criativos e inventivos na constituição de indivíduos e de coletivos organizados para a produção em saúde, notadamente, quando: [...] h) produz um trabalhador atuante, de maneira crítica, sensível, afetiva, e inventiva nas práticas em uma equipe de saúde; um trabalhador conhecedor, não só das funções essenciais da saúde pública, mas aberto à

emergência de inovações, de um conceito ampliado de saúde e da clínica, capaz de produzir visibilidade as condições subjetivas e experiências da vida dos indivíduos – um sanitaria/generalista no contexto de uma política pública de expressão e afirmação da vida na diversidade.”

HEPATITES: ANÁLISE DE FOLDER EDUCATIVO SEGUNDO PRESUPOSTOS DE ZABALA

Simone de Deus Anzoategui, Idalina Cristina Ferrari, Rogerio Dias Renovato, Maria Jose de Jesus Alves Cordeiro, Antonio Sales

Palavras-chave: hepatites, aprendizagem, educação em saúde

APRESENTAÇÃO: As hepatites virais constituem um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo. São doenças provocadas por diferentes agentes etiológicos com tropismo hepático que apresenta características clínicas e ambulatoriais semelhantes, porém com importantes particularidades, classificadas como A, B, C, D e E. A distribuição das hepatites virais é universal, sendo que a magnitude dos diferentes tipos varia de região para região. Possuem grande importância pelo número de pessoas envolvidas e pela possibilidade de complicações das formas agudas e pelo médio e longo prazo quando da cronicidade. Em sua maioria as hepatites se mostram de forma silenciosa e passa despercebida pela população e pelos profissionais da saúde, até o momento em que os sinais e sintomas começam a aparecer e a doença se manifesta (Ministério da Saúde, 2012). As hepatites do tipo B, C e D apresentam formas de infecção tanto agudas quanto crônicas, quando a doença persiste no organismo por mais seis meses. Uma das principais estratégias de promoção e prevenção de saúde empregadas pelos

setores responsáveis pela saúde pública brasileiro são as campanhas de comunicação a respeito dos problemas relacionados à saúde que afligem a população, que visam a promoção, prevenção e detecção precoce das hepatites. Porém, muitas vezes o objetivo pretendido pelas campanhas nacionais não é alcançado. Ao receber o material didático-educativo, na maioria das vezes, a população não percebe a sua importância e apresenta dificuldades em apreender o conteúdo como relevante para sua vida pessoal e familiar. Além disso, outro ponto a ser ressaltado é quando os profissionais da saúde possuem o material didático-educativo, porém, possuem alguns impedimentos para a divulgação, como a falta de conhecimento sobre a temática e a sobrecarga de trabalho que na maioria das situações, não favorece o aproveitamento deste material como instrumento de promoção e prevenção de saúde. Dessa forma, este trabalho possui como objetivo analisar, a partir das teorias de aprendizagem de Antoni Zabala (1998), um folder educativo elaborado pelo Ministério da Saúde sobre as hepatites B e C, propondo uma reflexão sobre o processo de aprendizagem de conteúdo. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo exploratório, realizado por meio de pesquisa bibliográfica e análise documental de material educativo elaborado pelo Ministério da Saúde do ano de 2015, neste caso, um folder direcionado à população. A partir da perspectiva de Zabala (1998), sobre a aprendizagem dos conteúdos segundo sua tipologia, buscou-se analisar e refletir sobre a possibilidade do alcance do material educativo. RESULTADOS: Zabala (1998), relata que por trás de qualquer prática educativa sempre há uma resposta, a “por que ensinamos” e “como se aprende”. Ao observar o folder elaborado pelo Ministério da Saúde, entende-se que ele é informativo, pois apresenta conteúdos conceituais (hepatites, drogas, injeções,

tatuagens, gestação) contribuindo para que tais conceitos sejam explorados pelo educador popular em saúde. Além disso, verificamos que possui um enfoque de redução de danos, principalmente quando na figura em relação a utilização de drogas ilícitas, enfatiza: 'não compartilhe material para preparo ou uso de drogas'. Assim ao invés de indicar o não uso de drogas, orienta sobre a forma mais adequada de utilização. Neste caso percebe-se a utilização de conteúdo de cunho procedimental, visto que orienta o modo de fazer, além de pretender induzir o leitor a uma determinada atitude. O autor argumenta que as aprendizagens dependem das características singulares dos aprendizes, correspondendo em grande parte às experiências que cada um viveu desde o nascimento. Enfim, a maneira e a forma de como se produz as aprendizagens são resultados de processos que sempre são singulares e pessoais. Nesse enfoque pedagógico deve se dar a atenção à diversidade da população como eixo estruturador. O folder analisado mostra na sua figura de capa uma área urbanizada com uma população de jovens estudantes e adultos trabalhadores, dessa forma de acordo com os pressupostos de Zabala (1998), o folder foi direcionado à população de área urbana. Os esquemas de conhecimentos são a configuração da estrutura cognitiva do ser humano, conforme os pressupostos do construtivismo relatados pelo autor. Estes esquemas se definem como as representações que uma pessoa possui, num momento dado da sua existência, sobre algum objeto de conhecimento que ao longo da vida são revisados, modificados, e se tornam mais complexos e adaptados a realidade (ZABALA, 1998). O material em análise encontra-se disponível no site do Ministério da Saúde, para ser amplamente divulgado no território nacional, porém verificamos que a forma de abordagem dos conteúdos conceituais,

procedimentais e atitudinais deveriam considerar a especificidades de cada região, ressaltando a importância de que é importante o fortalecimento das parcerias com o Governo do Estado e Secretarias de Saúde do Município. Em relação ao título observamos que se encaixa na definição de Conteúdos Conceituais e Factuais, pois além de abordar os conceitos de Hepatites e suas variedades, também descreve o nome, Hepatites B e C, informando sobre as doenças que o material educativo vai abordar. O material vem ao encontro da análise proposta por Zabala (1998) sobre a tipologia de conteúdos, quando apresenta a temática e logo em seguida traz o conceito, das doenças apresentadas. Conforme o autor sem essa associação eles se converteriam em conhecimentos mecânicos. Quando no final do folder orienta-se sobre procurar um profissional da saúde ou ir à busca de mais informações no site do Ministério da Saúde, entendemos como um Conteúdo Atitudinal. Nesse sentido verificamos uma associação com a descrição de Zabala (1998) relacionada a aprendizagem de uma norma em segundo grau, que conforme descrição do autor, ocorre quando existe uma conformidade que implica certa reflexão sobre o que significa a norma e que pode ser voluntária ou forçada. Ainda segundo o autor, o primeiro grau envolve a aceitação, muito embora não se entenda a necessidade de cumpri-la. O leitor lê o informativo e aceita a informação. O terceiro grau ocorre quando se dá a interiorização das normas básicas de funcionamento da coletividade, ou seja, quando o resultado proposto na informação é apreendido. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Ao refletirmos sobre o processo de ensino aprendizagem da população de forma geral, bem como em cada indivíduo, verificamos a importância dos diferentes objetivos no que se propõe a ensinar e também de seus conteúdos. Considerando as características de cada

indivíduo e o estilo de cada educador, A nossa atuação como profissional de saúde deve ser harmônica com as intenções e o que entendemos e sabemos do ser profissional, na qual refletimos também sobre a prática do cotidiano, o quanto se torna necessário a análise e essa modificação para que possamos melhorar a educação em saúde da população.

IDENTIDADE E INSERÇÃO PROFISSIONAL DO SANITARISTA: APROXIMAÇÕES ENTRE DUAS PESQUISAS ACERCA DA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA/PÚBLICA

Jussara Lisboa Viana, Allan Gomes de Lorena, Elizabete Cristina Fagundes de Souza, Marco Akerman

Palavras-chave: Saúde Coletiva, estudo de egressos, identidade

Atualmente, na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e na Faculdade de Saúde Pública (FSP) da USP estão em produção duas pesquisas versando sobre a Graduação em Saúde Coletiva, sendo elas, uma Iniciação Científica (IC) com o tema "Em busca da identidade profissional da graduação em saúde pública/saúde coletiva: narrativas e reflexões de sujeitos implicados" e uma Dissertação de mestrado intitulada "Sanitaristas no SUS: quando os novos profissionais entram em cena". Nesse sentido, resultado da integração dos autores, temos como objetivo dar movimento acerca da produção intercessora do conhecimento sobre a identidade e inserção profissional do sanitário produzida na UFRN e na USP. O campo da Saúde Coletiva, historicamente, colocou no mercado de trabalho profissionais formados em pós-graduação nas modalidades lato e stricto sensu. Ao inserirem-se profissionalmente esses pós-graduados ocupavam cargos de sanitários.

A necessidade da profissionalização para o campo da Saúde Coletiva fez surgir os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva, que se expandem pelo país em 2009 através do Programa REUNI. Os discursos para criação destes cursos apontavam para a qualificação de profissionais engajados com o Sistema Único de Saúde e que consolidassem a Reforma Sanitária Brasileira. Enfatizavam que o SUS precisava de um graduado em Saúde Coletiva, com perfil profissional que o qualificasse como um ator estratégico e com identidade específica não garantida por outras graduações disponíveis (BOSI, 2009; PAIM, 2009). Segundo Oliveira e Retour (2010) a inserção profissional como tema de pesquisa é relativamente recente e surge com múltiplas interpretações para o momento da vida do indivíduo que busca representar: entrada na vida ativa, transição profissional, transição escola-trabalho, entre outros. Ainda, a identidade profissional Nóvoa (1997) não é um dado adquirido, não é uma propriedade, não é um produto. A identidade é um lugar de lutas e conflitos, é um espaço de construção de maneiras de ser e estar na profissão. Nesse cenário de inserção de um novo ator da saúde identificamos poucos estudos que versavam sobre essa temática. Assim objetivamos com a finalização da Iniciação Científica e da Dissertação cumprir os seguintes objetivos, respectivamente: identificar as percepções dos estudantes de Saúde Pública sobre suas identidades profissionais, e analisar a inserção e atuação profissional de egressos do curso de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Vale ressaltar que apesar da nomenclatura, a graduação da UFRN constrói-se formalmente com o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva da ABRASCO, há o reconhecimento nacional quanto ao fato de esta graduação pertencer ao campo da Saúde Coletiva e está em processo a mudança no nome do curso para Bacharelado

em Saúde Coletiva, em tramitação nos colegiados universitários. Implicados com a graduação, enquanto estudante e egresso desenvolvemos estudos com abordagem qualitativa de caráter exploratório inspirada no conceito de Merhy (2004), onde o sujeito militante coloca os sujeitos que estão na produção do Sistema Único de Saúde (SUS) e que investigam suas próprias práticas na produção de conhecimentos, tão implicados com a situação que, ao interrogar o sentido das situações em foco, interrogam a si mesmos e a sua própria significação enquanto sujeitos de todos esses processos. Ou seja, os sujeitos que interrogam são ao mesmo tempo os que produzem o fenômeno em análise e, mais ainda, são os que interrogam o sentido do fenômeno partindo do lugar de quem dá sentido ao mesmo, e neste processo criam a própria significação de si e do fenômeno. No tocante à dissertação a produção da coleta dos dados acontece a partir da técnica de Grupo Focal com egressos do curso e entrevistas individuais com técnicos das instituições principais da gestão dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde no município de Natal, capital do Rio Grande do Norte. No que se refere aos resultados obtidos na iniciação científica, foi possível verificar que a identidade profissional dos sanitaristas em formação pela USP se dá pela forma complexa, inseparável da experiência da dúvida e da incerteza. Os estudantes da graduação em saúde pública a partir de suas trajetórias acadêmicas, profissionais, experienciais e vividas na faculdade pensaram em abandonar o curso devido ao desinteresse/decepção com a formação, falta de informações sobre o mercado de trabalho e receio/medo frente a um curso novo. No entanto, os/as alunos/as que se aproximaram de atividades extracurriculares no cotidiano dos serviços de saúde como o VER-SUS, PET-Saúde e Estágio adquirem uma identidade sanitaria

devido ao contato com a prática profissional. Assim, a identidade profissional para Dubar (2000) é: “um fenômeno complexo, produto dos mecanismos de socialização (...) do indivíduo e que apresenta continuidades e descontinuidades (...) sempre forjada num jogo de interações sociais onde o contexto organizacional, as características biográficas do indivíduo e os seus percursos formativos desempenham um papel fundamental”. Ainda, as narrativas produzidas com estes mesmos alunos sobre as expectativas, razões e motivos de cursar a graduação, futuro profissional e genealogias com o curso apontam, segundo Merhy (2007) que não há nunca uma identidade individual ou coletiva, que fica para sempre no tempo em nós. Ela está sempre em produção. Partindo de certo território, abrindo-se para outros possíveis. Produzindo mapas, desenhando cartografias. E para Bauman (2005), na modernidade líquida, há uma infinidade de identidades à escolha, e outras ainda para serem inventadas. E Hall (2006) entende que uma identidade fixa e estável, foi descentrado, resultando nas identidades abertas, contraditórias, inacabadas, fragmentadas, do sujeito pós-moderno. Além disso, a identidade e a inserção do sanitaria é peripatética (Lancetti, 2006) praticada em movimento talvez mais fluoxinária e rizomática, com seus processos de recomposição intensiva sempre em andamentos e abertos a exterioridade centrada nos percursos, nas articulações com o fora, nas conexões, nos planos de consistência que se conquista. Por fim, entendemos que as dúvidas quanto à construção do campo da Saúde Coletiva com a chegada dos novos profissionais, permanecem. Existem centenas de egressos atuando em todas as regiões do Brasil. É nesse contexto que surge a necessidade de discutir a profissionalização dos estudantes e egressos que estão na graduação em saúde coletiva/saúde pública, monitorar os

egressos que estão e/ou não estão atuando no mercado de trabalho, acompanhar a regulamentação da profissão e debater a identidade profissional. Desta forma os resultados, de ambas as pesquisas, poderão contribuir tanto para adequações na formação quanto para elucidar questões ainda não exploradas e estudadas.

IDENTIDADE PROFISSIONAL DO SANITARISTA (DE GRADUAÇÃO)

Allan Gomes de Lorena, Marco Akerman

Palavras-chave: Identidade profissional, sanitaria, graduação

Em um discurso, Jürgen Habermas disse que “Toda obsessão tem raízes biográficas”. Explicava como sua história de vida direcionou e influenciou seus estudos. Tomando emprestadas suas palavras, posso dizer que também são biográficas as raízes de minha relação com a Saúde Pública e a minha experiência profissional-acadêmica é um fator decisivo para a escolha do presente trabalho, tendo como fio condutor a minha formação enquanto graduando em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). As experiências da Universidade Federal do Acre (UFAC), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e outras instituições de ensino superior demonstram que é possível formar sanitarias na graduação, mas o objeto desta iniciação científica não é de discutir a possibilidade de a graduação formar sanitarias, mas sim trazer o debate da identidade profissional. Nóvoa (1997) explica que “(...) a identidade não é um dado adquirido, não é uma propriedade, não é um produto. A identidade é um lugar de lutas e conflitos, é um espaço de construção de maneiras de ser e estar na profissão”. Muito se fala dos limites e possibilidades da graduação em saúde coletiva, a visão dos

coordenadores sobre essa graduação, do romantismo dos cursos de graduação em saúde coletiva para o fortalecimento do SUS, mas, pouco se fala da identidade profissional dessa graduação. Nesse sentido, a pesquisa “em busca da identidade profissional da graduação em saúde pública/saúde coletiva: narrativas e reflexões de sujeitos implicados” teve como objeto investigar as distintas percepções dos estudantes de saúde pública da Universidade de São Paulo (USP) sobre suas identidades profissionais, mercado de trabalho e formação acadêmica. Trata-se de uma investigação qualitativa e exploratória organizada em três eixos: I. Informação bibliográfica e Saúde Pública, eixo que procura apresentar e discutir temas relacionados ao processo histórico relativo à consolidação do pensamento científico, constitutivo da ciência moderna, seus fundamentos ontológicos, epistemológicos e lógicos; II. Narrativas e sujeitos implicados, busca-se a garantia de um método científico inovador de cogestão do processo de trabalho colaborativo, compartilhando saberes, produzindo conhecimento e intervenção, ou seja, um eixo vivo da pesquisa científica. É destinado para os estudantes construir suas narrativas, buscando explorar aspectos de interesse e que façam sentido para os alunos em saúde pública como: trajetória de vida na universidade, atividades realizadas na faculdade e experiências vividas na graduação; III. Identidade, Sociologia e Saúde Pública, eixo interdisciplinar voltado para a construção da identidade profissional do sanitaria a partir da produção científica de Claude Dubar, sociólogo francês que estuda identidade no trabalho. E Zygmunt Bauman, sociólogo polonês versando sobre as identidades no que denomina de modernidade líquida e Stuart Hall, sociólogo inglês que estuda as identidades culturais na interface da pós-modernidade. A identidade é algo que carregamos durante toda a nossa vida desde o momento que nascemos até

o momento que morremos, está sempre em constante metamorfose conforme vivemos e experimentamos a nós mesmos. Para Dubar (1997) as identidades que assumimos, se constituem em um movimento de tensão permanente entre os atos de atribuição e os atos de pertença. E, Bauman (2005), que na modernidade líquida, há uma infinidade de identidades à escolha, e outras ainda para serem inventadas. Já que Hall (2006) entende que uma identidade fixa e estável, foi descentrada, resultando nas identidades abertas, contraditórias, inacabadas, fragmentadas, do sujeito pós-moderno. “A escolha por saúde pública se deu devido ao interesse pela área da saúde. A princípio, a definição do curso veio com a curiosidade do que se tratava efetivamente a ideia de saúde pública, foi como um tiro no escuro, sem a certeza do que se esperar de um curso novo” (Sanitarista em formação). “Acho que a minha história com a graduação é antes dela, quando fui estagiário da SESAP por dois anos. A experiência mais marcante naqueles dois anos foi trabalhar na divisão de atenção básica e em algum ponto da trajetória, estar próximo da divisão de atenção especializada, urgência e emergência, saúde da família e saúde bucal. Quando terminou o estágio e o ensino médio, queria fazer uma graduação “parecida” com a minha vivência na SESAP. Conheci os cursos de saúde coletiva da UFPR, UFRGS e UFRJ, o que me fez pensar nesses vestibulares. Contudo, vi que a USP tinha aberto em seu vestibular o curso de saúde pública... achei interessante, parecido com o curso de saúde coletiva, gostei das disciplinas e decidi prestar o vestibular.” (Sanitarista em formação). As identidades que vão se constituindo nesse processo de dúvida e incerteza é apoiado na especificidade que cada ser conduz seus processos identitários oscilando como diz Dubar (1997) entre o estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural. No que concerne a construção de um mercado de trabalho

para o graduado em saúde pública, Oliveira et al. (2013) diz que formalizado enquanto carreira, ainda não. O mercado de trabalho para as novas profissões é algo que surge paralelamente ao desenvolvimento dos cursos. Desta forma, o mercado de trabalho para o profissional de Saúde Pública está em construção [...] O campo da Saúde Coletiva carece de profissionais com formação ampliada de Saúde Pública/Coletiva, que trate a saúde em sua visão global e integradora e que seja capaz de dialogar com os demais profissionais da área da saúde. A minha experiência com a graduação sempre foi mais fora do que dentro, por entender que a saúde pública se faz fora da sala de aula. Quanto ao futuro profissional sou bastante otimista (talvez otimista até demais) quanto à inserção do sanitário nos serviços de saúde. Ou pode dar muito certo ou pode dar muito errado, mas pela as minhas andanças e coisas que fui/vou fazendo, tenho boas expectativas. (Sanitarista em formação). Portanto, quando olhamos para a vida destes sujeitos dando atenção aos processos biográficos que estes/as mesmos/as se sujeitam a partir de suas escolhas, aptidões e vontades realizamos “a construção biográfica de uma identidade profissional e portanto social, os indivíduos devem entrar em relações de trabalho, participar de alguma forma das atividades coletivas em organizações, intervir de uma maneira ou de outra em representações. Esta perspectiva ancora a identidade na experiência relacional e social do poder e, portanto, faz das relações de trabalho o “lugar” em que se experimenta o enfrentamento dos desejos de reconhecimento em um contexto de acesso desigual, movediço e complexo ao poder” (Dubar, 1997). A identidade profissional do sanitário é peripatética (Lancetti, 2006) praticada em movimento (...) bem como outras possibilidades de conexão com os fluxos da cidade e da cultura (...) talvez mais fluoxinária e rizomática, com seus processos

de recomposição intensiva sempre em andamentos e abertos a exterioridade (...) centrada nos percursos, nas articulações com o fora, nas conexões, nos planos de consistência que se conquistam. É um “mundo dionisíaco do eternamente-criar-a-si-próprio, do eternamente-destruir-a-si-próprio (...) Esse mundo é a vontade de potência - e nada além disso! E também vós próprios sois essa vontade de potência - e nada além disso!” (Nietzsche, 1978).

INFLUÊNCIAS DA RELAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA FORMAÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL DOS EGRESSOS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, APÓS 2001

Thayline Cardoso, Bianca Joana Mattia, Maria Elisabeth Kleba

Palavras-chave: Enfermagem, Formação, Integração Ensino-serviço

APRESENTAÇÃO: Nadécada de 80 começaram a surgir novos arranjos organizacionais para o setor saúde no cenário nacional. As novas propostas tinham como finalidade proporcionar uma melhor organização do sistema de saúde, trazendo os pressupostos de equidade, integralidade e universalidade, como princípios norteadores das políticas no setor saúde. Para possibilitar o trabalho em saúde nessa nova organização, surge a necessidade da formação de profissionais generalistas, capazes de atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, além de ser capaz de ter uma visão para além dos aspectos biológicos, uma visão integral do processo saúde-doença. Tendo em vista essa necessidade, inúmeros movimentos foram protagonizados pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) em relação à formulação de Diretrizes para os Cursos de Graduação em Enfermagem. Assim, em 2001 foram aprovadas as novas

Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em enfermagem, embasados na Lei de Diretrizes e Bases de 1996. Dentre vários aspectos que foram abordados pelas novas DCN, ressaltamos a relação ensino-serviço como um dos principais e mais influentes no processo de construção do saber do profissional de Enfermagem. A integração ensino-serviço permite ao aluno conhecer a realidade da saúde local, colocando-o frente à situações que estarão frequentemente presentes na sua vida profissional. Ainda, fortalece a responsabilidade pela formação profissional para todos os atores envolvidos no processo. Além disso, torna-se espaço privilegiado de Educação Permanente em Saúde. Dessa forma o objetivo desse trabalho é reconhecer como a Integração Ensino-Serviço influencia na formação do profissional com perfil para atuar no Sistema Único de Saúde. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O resumo é parte de uma revisão integrativa acerca das mudanças ocorridas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Graduação em Enfermagem, influenciadas pela implantação do SUS. A busca foi realizada no site da BVS, utilizando os descritores “Diretrizes Curriculares” and “Enfermagem”. Foram utilizados os filtros idioma português, o texto completo disponível, e o tipo de arquivo, sendo selecionados somente artigos. A busca resultou em 70 artigos que foram lidos e organizados em uma planilha no aplicativo Excel. Os artigos repetidos ou que não correspondiam à temática e ao interesse das autoras foram excluídos, resultando 35 artigos que foram lidos e categorizados, sendo que uma das categorias é a: relação ensino-serviço. RESULTADOS: Dos trinta e cinco artigos lidos, 71% falam que a relação ensino-serviço tem influências na formação profissional. É fundamental que ocorra a articulação entre o ambiente de estudos e o ambiente de práticas, possibilitando ao

estudante vivenciar situações que estarão presentes no seu futuro ambiente de trabalho, além de garantir a articulação entre teoria e prática durante a graduação. Essa integração envolve no processo educacional, todos os profissionais presentes no serviço, tornando-os parte do processo e oportunizando a troca de experiências e conhecimentos. É fundamental, para que esse processo ocorra que exista a parceria “enfermeiro - professor - aluno” a fim de facilitar a integração entre todas as partes envolvidas, possibilitando o desenvolvimento do compromisso ético político. As principais temáticas abordadas nos estudos foram: Cenários de Prática, Formação Integral e Dimensões do Cuidado. Em relação aos Cenários de Prática: os autores ressaltaram a necessidade de diversificação dos cenários de prática, afim de que o aluno vivencie inúmeras situações que estarão presentes no ambiente de trabalho. É importante ainda oportunizar aos estudantes conhecer diversos campos de prática, tornando-os enfermeiros aptos a atuar em diferentes contextos. Além disso, nas DCN podemos constatar a intenção de formar um profissional que seja capaz de atender às necessidades do campo da saúde com iniciativa, reflexão, motivação, liderança, e que dessa forma, atue com competência e profissionalismo em todas as áreas do cuidado. Sendo assim, para que seja possível formar profissionais capazes de atender aos indivíduos com integralidade, as escolas devem estar comprometidas com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo capazes de produzir conhecimento relevante para a realidade da saúde em suas diferentes áreas, constituindo-se ativas participantes dos processos de educação permanente. Ainda, foi possível visualizar nos estudos algumas lacunas relacionadas aos cenários de prática, como a dificuldade de cenários de prática disponíveis, constituindo-se um desafio para

a integração ensino-serviço. Em relação a Formação Integral a implantação das DCN implica em um novo desafio de formar enfermeiras com competência técnica e política, como sujeitos sociais dotados de conhecimento, de raciocínio, de percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, sendo capacitados para intervir em contextos de incertezas e complexidade. A formação Integral é primordial para que aconteça a integração efetiva entre o ensino e o serviço, garantindo a atenção de qualidade e seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). E por último no que diz respeito as Dimensões do Cuidado os autores dos estudos defendem que o enfermeiro generalista é aquele que teve oportunidade de prática em todos os cenários do cuidado e estão aptos a atender às demandas do “cuidar” em qualquer esfera da saúde. Dessa forma, podemos dizer que são impostos simultaneamente, para as escolas e para o sistema de saúde desafios como a ampliação da clínica, a articulação entre individual e coletivo, a construção da integralidade da atenção, do trabalho em equipes matriciais. A fim de formar profissionais comprometidos com a saúde da população e preparados para atuar no campo da saúde, amplia-se a integração ensino-serviço e as instituições de formação acadêmica para a área da saúde, principalmente as universidades públicas, assumem importante pesquisa e formulação de conceitos sobre as práticas de saúde, tendo em vista que os campos de práticas e estágios se mostram ricos em situações concretas, frente a situações limites onde o futuro enfermeiro possa desenvolver seu compromisso ético-profissional. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Podemos compreender a relação-ensino serviço como peça fundamental para a formação de profissionais generalistas capazes de atender à população de forma integral, em todos os níveis de atenção.

Podemos considerar um avanço pensar que ao centrar a formação na pessoa a ser profissionalizada, poderíamos construir a cidadania do sujeito e contribuir para formação de profissionais mais comprometidos com a saúde do coletivo. É importante ressaltar a necessidade de diversificação dos cenários de prática, tendo em vista a possibilidade de o estudante estar diante de inúmeras situações - problema que poderão acompanhá-lo na carreira profissional, tornando-o um profissional preparado para lidar com as adversidades. Compreendemos então, que a integração entre ensino-serviço é o principal eixo capaz de instrumentar os futuros enfermeiros a serem competentes e reflexivos aptos a atender a população de forma integral, de acordo com os princípios do sistema de saúde, prestando assistência em todos os níveis de atenção.

INSTITUCIONALIZAÇÃO DE UMA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE EM NITERÓI/RJ: IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO ACADÊMICA EM MEDICINA, ENFERMAGEM E JORNALISMO

Matheus Sousa dos Santos, Lucia Cardoso Mourão, Marcos Paulo Fonseca Corvino, Lizandra Aparecida Machado Barbosa, Mariana de Barros Araujo, Thalles Spinelli Rodrigues

Palavras-chave: Saúde do adolescente, Implicações profissionais, Formação em saúde

APRESENTAÇÃO: A adolescência é um período de transição entre a fase adulta e a infância, marcado por diversas transformações biopsicossociais. O estímulo a participação social dos jovens contribui não apenas com o seu desenvolvimento pessoal, mas com o desenvolvimento das

comunidades em que estão inseridos. Dentre as ações que concorrem para tal fim incluem-se as de promoção a saúde realizadas em parcerias com os profissionais dos vários setores que lidam com questões inerentes a esse grupo etário. A prática de educação em saúde para os adolescentes que deve ser realizada intersetorialmente constitui-se em um desafio aos profissionais da saúde, da pesquisa e da educação. Nesse contexto, uma encomenda foi feita pela escola, aos profissionais de saúde, de pesquisa, que atuam da área de abrangência de uma policlínica regional de saúde, para reduzir a vulnerabilidade desses indivíduos aos riscos à saúde, bem como desenvolver sua cidadania. As reflexões que fazemos nesse estudo baseiam-se na análise das implicações dos bolsistas de iniciação científica da UFF, que participam da pesquisa sobre as implicações dos profissionais de ensino, saúde e educação desses estabelecimentos envolvidos, visando compreender o impacto dessa experiência para o desenvolvimento de suas competências e habilidades profissionais. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: descrição da experiência ou método do estudo: Desde 2012, os alunos da disciplina Trabalho de Campo Supervisionado II, do terceiro e quarto período do curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF), orientados pela sua preceptora, a equipe de saúde da Policlínica Sérgio Arouca e do Instituto Vital Brazil desenvolvem ações de promoção a saúde com os adolescentes do Colégio Estadual Guilherme Briggs. Tal prática originou um projeto de pesquisa que incorporou bolsistas de iniciação científica dos cursos de Medicina, Enfermagem e Jornalismo, da UFF. A política de iniciação científica tem a proposta viabilizar o desenvolvimento de habilidades que permitam a iniciação do aluno no campo da pesquisa. A luz dos conceitos da Análise Institucional francesa

Lourau-Lapassadena, que são apropriados na Saúde Coletiva no Brasil, objetivamos analisar a prática interdisciplinar que se institui entre os profissionais das organizações de saúde, educação e pesquisa envolvidas nas ações intersetoriais de educação e saúde dos adolescentes da região de Santa Rosa no município de Niterói/RJ. A Análise Institucional é uma abordagem que busca a transformação das instituições a partir das práticas e discursos dos seus sujeitos. Para tanto, utiliza-se de um método constituído de um conjunto articulado de conceitos, através de uma interação entre os atores envolvidos para que haja uma reflexão sobre o fazer individualizado, individualizante e corporativista confrontando-o permanentemente com a forma como se pratica e se vive a cidadania nos dias de hoje. No desenvolvimento dos trabalhos utilizou-se a abordagem da Análise Institucional em sua vertente socioclínica institucional. Para tanto se observou as características presentes nessas intervenções como: os contextos e as interferências institucionais; as transformações que ocorreram no contexto à medida que o trabalho de intervenção avança; a encomenda e a demanda; a análise das implicações; a participação dos sujeitos no dispositivo de intervenção; a intervenção e a intenção da produção de conhecimentos; a aplicação da modalidade de restituição e os analisadores que fazem a instituição falarem. Em encontros socioclínicos com representantes de cada instituição, desvelamos, coletivamente, como as instituições que nos atravessam possibilitam a auto e heterorrealização no processo de subjetivação a que estamos todos expostos. A prática interdisciplinar de vários profissionais de saúde propicia a formação de cidadãos mais autônomos, críticos e comprometidos socialmente, com valores de solidariedade, respeito e transformação de sua realidade sócio-

econômico-cultural. O diálogo entre as áreas, biomédicas e humanas, e a relação entre elas implica na potencialização do contato com outras formas de conhecimento e metodologias a fim de atingir um objetivo comum. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa: O projeto cursa e se desdobra com a realização das atividades educativas planejadas. A pesquisa contribui de modo significativo para formação interdisciplinar entre os discentes envolvidos. Os bolsistas avançaram na sua inserção no âmbito das atividades de pesquisa proporcionando uma capacitação profissional mais consistente. A realização de várias ações incluindo a dinâmica de grupo com os alunos do ensino médio, em substituição a tradicional aula expositiva, a fim de despertar um maior interesse nos adolescentes, teve uma avaliação positiva de todos os participantes. A criatividade dos bolsistas em desenvolver uma atividade mais lúdica e atrativa, através de um jogo de perguntas e respostas despertou a maior participação dos alunos do nível médio e concorreu para que expandissem o seu campo de interesse e aprendizagem. No convívio entre bolsistas e alunos houve ruídos na comunicação, o que gerou o pedido de emprego de termos mais familiares para facilitar o entendimento do que era explicado. Na Medicina e na Enfermagem, é exigido do acadêmico o domínio de termos técnicos da área da saúde. A adequação da linguagem mais próxima da realidade daqueles adolescentes foi um exercício de capacitação desses futuros profissionais. O emprego de uma linguagem simples, objetiva e coloquial, características comuns no Jornalismo, fora ressaltada nas reuniões que antecederam a visita à escola. Ao final das intervenções, para aperfeiçoar esse contato com os adolescentes, foi proposta pelos bolsistas uma caixa, para deixarem perguntas, observação e críticas a

serem trabalhados nos próximos encontros. Além disso, um novo meio de interação foi proposto pelos graduandos por meio da página Dr. Dúvida no Facebook (<https://www.facebook.com/drduvida>), que se constitui em um canal pelo qual os alunos possam tirar dúvidas virtualmente, caso não queiram se expor perante os colegas. A Internet é um meio muito utilizado pelos jovens para encontrar respostas sobre a sexualidade. O Dr. Dúvida, estratégia ainda em aperfeiçoamento, não substitui o profissional de saúde, mas fomenta o debate sobre as questões mais apresentadas pelos alunos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A produção em equipe foi vista como benéfica para os sujeitos envolvidos, uma vez que, para os adolescentes e, também, para os professores ficou a demanda de mais dinâmicas, com abordagens diferentes, como o consumo inadequado de álcool na adolescência, por exemplo. O reforço do pressuposto da formação interdisciplinar como possibilidade de ampliação dos objetivos educacionais da Universidade, fomentado neste projeto de iniciação científica, foi uma dos principais resultados obtidos na interação entre os graduandos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Jornalismo. Essa aproximação entre os diferentes campos potencializa uma formação mais ampla, mais humana e diversificada. O estímulo à interdisciplinaridade permite selecionar percursos mais adequados ao perfil profissional coerentes com as necessidades da sociedade, além de ser benéfica para o diálogo com outras formas de conhecimento e outras metodologias. A influência desse estudo na formação é uma inovação devido à forma articulada entre ensino, serviço e comunidade, ao mesmo tempo em que desenvolve uma produção acadêmica de pesquisa articulada interna e externamente à universidade.

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: DESAFIOS À CONSTRUÇÃO DE REDES ENTRE O MUNDO ACADÊMICO E O MUNDO DO TRABALHO EM SAÚDE

Gisele Iopp Massafra, Simone Edi Chaves

Palavras-chave: Redes de Saúde, Quadrilátero

APRESENTAÇÃO: A partir de um amplo debate na sociedade brasileira, surgiu uma proposta de política pública estimulada pelo movimento sanitário que se institucionalizou e foi acolhida na Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1988). Como pressuposto conceitual o SUS define que a saúde é um direito de todos e um dever do estado, sendo que seus princípios e diretrizes defendem a atenção integral em saúde, a equidade, universalização do acesso com participação popular. Assim, espera-se que as ações e políticas de saúde possam, em alguma medida, atuar em um modelo assistencial que atenda as necessidades básicas da população, que seja descentralizado e que se fortaleça em uma rede articulada de serviços. (BRASIL, 1988). Para tanto, ao longo deste tempo de implementação do SUS tem se trabalhado numa perspectiva de atenção à saúde – de cuidado, que seja baseado no princípio da integralidade. Para isto, às políticas públicas tem apostado numa reorganização do modelo de atenção, fortalecendo a articulação entre os serviços, ou seja, promovendo a implantação das redes de atenção à saúde (RAS's). Esta proposta permite ofertar segurança e qualidade no atendimento à saúde da população, no tempo certo, com custo certo e com responsabilização sanitária e econômica na população adscrita. (MENDES, 2011). Além das RAS's, subentende-se a necessidade do aprimoramento na qualidade da formação

dos profissionais de saúde, visto que na Constituição Federal de 1988, artigo 200, inciso 3 atribui ao SUS a ordenação a formação na área da saúde. Para que ocorra esta formação e o desenvolvimento dos trabalhadores desta área, deve haver o envolvimento das três esferas de governo, das instituições de ensino, dos serviços de saúde e do controle social. (BRASIL, 2009). Para Ceccim e Bilibio (2002) há registros de investimentos na formação em saúde introduzindo a relevância da articulação ensino-serviço, porém, pouco se descreve sobre a articulação entre ensino-serviço-gestão-controle social articulado com as graduações na área de saúde. Este entrelaçamento é definido pelos autores como “O Quadrilátero da Formação”, termo descrito como “Construção e organização de uma gestão da educação na saúde integrante da gestão do sistema de saúde, redimensionando a imagem dos serviços como gestão e atenção em saúde e valorizando o controle social”. Para estes mesmos autores, o investimento não deve estar voltado apenas para um setor. O entrosamento entre a comunidade, a gestão seja ela pública ou privada e os docentes, devem estar em constante alteridade, engajados em um mesmo propósito, o da melhoria na saúde da população, ou seja, novas propostas de uma saúde equânime e de qualidade para todos. Para isto, se fazem necessários estudos e discussões mais aprofundados, vislumbrando articulação entre as quatro faces do quadrilátero (ensino, gestão, atenção e controle social), pois se acredita que a partir desta junção, novas ideias serão expostas partindo da formação, conhecimento e vivência de cada profissional, principalmente na escuta dos atores que compõe o controle social. Objetivos: o objetivo do estudo é propor um Plano de Ação para o fortalecimento de rede de saúde articulada na perspectiva do Quadrilátero da Formação no município de Pato Branco – PR. Objetivos específicos:

Identificar de que modo funciona a rede de saúde na perspectiva do quadrilátero da formação do município tendo como escuta os atores que compõe as faces o do quadrilátero da formação em saúde; Mapear os nós críticos da rede no município de Pato Branco – PR e as pautas necessárias para efetivar as agendas na perspectiva da integração ensino-serviço tendo como escuta os atores que compõe o conceito do quadrilátero da formação em saúde. A escolha do tema justifica-se pela vivência da mestranda como protagonista na formação de profissionais de saúde como coordenadora de um Curso de Graduação de Bacharelado em Enfermagem no município de Pato Branco, onde se preocupa em formar cidadãos críticos, reflexivos, humanistas, mas que atendam e conheçam todos os princípios e diretrizes do SUS, resultando em profissionais preparados para atender as necessidades da população. Para isso, percebe-se que a relação ensino-serviço-gestão e controle social devem estar imbuídos neste processo. METODOLOGIA: A pesquisa terá abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. O local de escolha para desenvolvimento da pesquisa será o município de Pato Branco – PR, o qual está localizado no sudoeste do Estado do Paraná com área total de 539,029 Km² e população estimada de 78.136 habitantes. (IBGE, 2014). Todos os participantes estão vinculados com o serviço público de saúde do município em estudo e com as instituições formadoras que atuam com atividades acadêmicas nestes serviços. Serão quatro usuários que representarão o segmento controle social onde serão escolhidos de modo aleatório, quando estiverem em atendimento nos serviços de saúde do município. Serão entrevistados quatro enfermeiros que correspondem ao segmento da atenção à saúde, que atuam em unidades básicas de saúde, que recebem estudantes e docentes da instituição formadora. Quatro docentes, representando o segmento formação que

atuam em atividades práticas nas unidades básicas do município. E, finalmente, quatro gestores dos serviços de saúde do município, representando o segmento gestão. Os dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada. As entrevistas serão agendadas previamente, gravadas e serão realizadas fora de horário de trabalho ou em momentos que não comprometam a atuação dos participantes. Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, estão baseados na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (Brasil, 2012), que estabelece os parâmetros éticos para realização de pesquisas com seres humanos. Todos os participantes da pesquisa receberão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), informando a natureza do estudo e garantia de anonimato e desistência da participação em qualquer momento da pesquisa. Seus nomes serão preservados, sendo utilizados fictícios. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Espera-se que com este trabalho, os nós críticos da rede de saúde do município, sejam pontuados e posteriormente com a aproximação da Instituição de Ensino, com os Serviços de Saúde e os usuários do município sejam estabelecidas estratégias de melhorias para a saúde da população. A vivência da mestranda contribuirá nas propostas para as melhorias bem como no comprometimento de formação de enfermeiros com olhar crítico sobre a saúde, preocupados em atender as necessidades sociais com ênfase no SUS assegurando a integralidade da atenção e a qualidade e a humanização do atendimento.

INTEGRAÇÃO DE ENSINO-SERVIÇO: ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Jullyanne Heringer Cordeiro Ornelas, Maristela Dalbello-Araujo

Palavras-chave: Educação permanente em saúde, Educação, Serviços de saúde, Integração docente-assistencial

Desde o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira existe a preocupação com as temáticas da formação profissional e da integração entre os sistemas de saúde e de ensino. A importância dessas temáticas é tamanha, que a Constituição Federal de 1988 e as Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que referendam o Sistema Único de Saúde (SUS), definiram em seus textos como competência do sistema de saúde brasileiro a tarefa de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Contudo, a revisão de literatura aponta que a formação de profissionais habilitados para atuar em coerência com os princípios e valores do SUS e atender as reais necessidades de saúde da população, ainda consiste em um dos principais desafios para a consolidação do nosso sistema de saúde. Também aponta que no escopo de políticas do SUS, a de formação é uma das áreas menos problematizadas, apesar de sua importância nos debates travados sobre o sistema de saúde brasileiro. Observa-se que os modelos hegemônicos de formação ainda têm foco na doença, privilegiam os aspectos biológicos em detrimento dos psicológicos e sociais, são medicalizantes, centrados em procedimentos e limitados aos hospitais como cenário de aprendizagem. Além disso, problemas como a desarticulação entre as instituições formadoras e as de serviços e a dissociação entre os mundos do ensino e do trabalho destacam a complexidade dessa temática. Para a superação do descompasso existente entre as necessidades de saúde da população e o ensino, é preciso que os setores da saúde e da educação firmem uma permanente parceria e que os processos formativos sejam orientados para e pelo trabalho. Assim, tornou-se necessário implantar uma política voltada para os recursos humanos em saúde. Em 2003 o

Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), responsável pela formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, tendo a Educação Permanente (EP) como estratégia fundamental para a recomposição das práticas na área. Apresentada ainda em 2003, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) somente foi instituída no ano seguinte pela Portaria nº 198 GM/MS. Essa política foi definida como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da área da saúde, com o objetivo de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, cumprindo a meta de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem. Para a sua condução, foram instituídos os Pólos de Educação Permanente, que são instâncias interinstitucionais e locorregionais de gestão da Educação Permanente em Saúde (EPS) e deveriam funcionar como rodas de debate e construção coletiva, promovendo mudanças nas práticas de saúde e nas práticas de educação na saúde. Ainda que a PNEPS tenha sido reformulada em 2007, pela Portaria nº 1.996 GM/MS, ambos os documentos ministeriais afirmam a Educação Permanente em Saúde como o conceito pedagógico que viabiliza relações entre ensino, ações e serviços, ou seja, o encontro entre os mundos da formação e do trabalho a partir do pressuposto da Aprendizagem Significativa – que produz sentidos – e da reflexão crítica sobre a realidade das práticas e dos serviços. Desse modo, a EPS pode ser definida como o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho e/ou da formação em saúde em análise. No contexto dos processos de mudança da formação dos profissionais de saúde, merecem destaque as iniciativas de integração ensino-serviço que, em

conformidade com a PNEPS, emergem como uma possível resposta do Ministério da Saúde aos modelos tradicionais de formação que não se mostraram suficientemente capazes de responder, de maneira adequada, às necessidades de saúde individuais e coletivas. A integração ensino-serviço consiste no trabalho coletivo, pactuado e integrado entre estudantes, docentes e trabalhadores da área da saúde (inclusive gestores), e ainda, em uma estratégia de formação e educação permanente dos profissionais de saúde que utiliza a face assistencial do sistema de saúde como recurso pedagógico. Seus objetivos são a qualificação da assistência individual e coletiva, da formação profissional e do desenvolvimento dos trabalhadores do setor. Integrar ensino e os serviços é uma tendência importante no campo da formação profissional em saúde e a revisão de literatura destaca algumas iniciativas nesse sentido que, ao longo dos últimos anos, promoveram mudanças consideradas substantivas nos processos formativos da área: o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área da Saúde, o AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da Saúde, e mais recentemente, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e o PET-Saúde Redes. Tais iniciativas apresentam uma perspectiva de ensino-aprendizagem que rompe com históricas dicotomias como, por exemplo, pensar e fazer, e possibilita a integração entre habilidades teóricas e práticas, entre diferentes saberes, projetos, atores e segmentos sociais. Essa perspectiva de aprendizagem, que encontra sustentação na integralidade e vai ao encontro da proposta da PNEPS,

promove experiências significativas ao compreender que o conhecimento humano é construído e processado na medida em que se reflete sobre a ação, do pensamento sobre o vivido no concreto do trabalho. Nessa perspectiva, a aprendizagem está diretamente relacionada à experiência que o indivíduo vive, ou seja, à sua vivência, podendo esta ser, dentre outros, prazerosa, mobilizadora ou desconfortável. Assim, considerando a importância de acompanhar tais iniciativas na direção de mudar os processos de formação profissional na área da saúde, realizamos uma pesquisa tendo como cenário o PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial, uma das iniciativas de integração ensino-serviço do município de Vitória-ES. Esse Programa foi desenvolvido a partir da parceria entre a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), no período de agosto de 2013 a julho de 2015. A parceria elegeu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Vitória como foco das atuações e teve como cenários de prática duas Unidades de Saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) e uma equipe do Consultório na Rua (CnaR). Estiveram envolvidos no Programa 36 discentes de sete diferentes cursos de graduação e 06 docentes dos cursos da área da saúde da UFES, 18 profissionais que atuaram como preceptores dos alunos, além dos gestores, e usuários dos serviços municipais de saúde. Nesta pesquisa optamos por abordar os discentes e nos propusemos a analisar as vivências desses estudantes que participaram do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial. A pesquisa teve base na abordagem qualitativa e para alcançar o objetivo proposto, acompanhamos as experiências de quinze acadêmicos dos cursos contemplados pelo Programa. Destes, oito foram entrevistados individualmente e sete produziram diários

de campo entre janeiro e junho de 2015. A análise do conteúdo das entrevistas e dos diários de campo revelou intensas vivências que produziram contato com desconfortos e outras mobilizadoras de afetos positivos que os alunos afirmaram ter repercutido em seu processo de formação pessoal e profissional. Por isso tudo afirmamos que se torna necessário fortalecer as iniciativas de integração ensino-serviço nas instituições de ensino superior, nos serviços de saúde e junto à comunidade, de modo a assegurar sua sustentabilidade no processo de construção de sistemas de saúde escola.

INTERDISCIPLINARIDADE NO CURRÍCULO: COMPREENSÃO DE COORDENADORES DE CURSOS DE FARMÁCIA

Iane Franceschet de Sousa, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos

Palavras-chave: interdisciplinaridade, currículo, educação farmacêutica

A formação dos profissionais de saúde, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), exige mudanças curriculares desafiadoras. Para os gestores dos cursos de graduação em saúde, espera-se que busquem rever seus currículos à luz de novas propostas, contemplando o desenho e a implementação de um currículo integrado, interdisciplinar, centrado no aluno e baseado em metodologias ativas. A postura interdisciplinar é condição exigida para o sucesso na efetivação do currículo integrado, mostrando que, de fato, a integração e a interdisciplinaridade andam juntas. Diversos autores enfatizam que a integração se refere à organização das disciplinas num programa de estudos, como uma formalidade da interdisciplinaridade. Sem dúvida, a integração é um passo prévio à interdisciplinaridade, ou seja, a integração

leva a interação, que é uma condição para efetivação da interdisciplinaridade. A própria estrutura linear de um currículo organizado por disciplinas, mesmo que estas se subdividam em núcleo comum e parte diversificada, é o principal empecilho à consecução de um trabalho interdisciplinar, pois a estrutura linear em si já é uma forma de provocar a “compartimentalização” do saber em conteúdos estanques. A modificação na estrutura curricular seria então, ao lado de outras, uma das providências a serem tomadas para atingir a prática interdisciplinar. Considerando a necessidade de readequação do ensino dos profissionais de saúde com vistas a cumprir os critérios estabelecidos pelas DCNs, esta pesquisa teve como objetivo investigar a compreensão do que se entende sobre a interdisciplinaridade no currículo dos cursos de graduação em Farmácia de Instituições de Ensino Superior na Região Centro-Oeste, sob o olhar dos coordenadores desses cursos. MÉTODO DO ESTUDO: A pesquisa utilizou a abordagem qualitativa, sob os pressupostos da Fenomenologia, através do método do fenômeno situado, o qual foi aplicado em três etapas: descrição, redução e interpretação fenomenológica. Foram entrevistados 16 coordenadores de cursos de graduação em Farmácia da região Centro-Oeste, autorizados pelo MEC e cuja matriz curricular encontrava-se em conformidade com as DCN estabelecidas pela Resolução CNE/CES nº2, de fevereiro de 2002. A pergunta norteadora foi: “Como você compreende (o que significa para você) a interdisciplinaridade no currículo?” As entrevistas foram efetuadas no período de junho de 2011 até junho de 2012. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS, sob o protocolo nº 1886 de 25 de novembro de 2010. RESULTADOS: Em relação ao enfoque da interdisciplinaridade no currículo, os depoimentos foram interpretados conforme

as convergências e divergências dos discursos, identificando-se vinte e quatro unidades de significado a partir das falas dos entrevistados. Seguem alguns trechos e suas interpretações, relacionados ao significado da interdisciplinaridade no currículo: A) A interdisciplinaridade significa interligar uma disciplina a outra. B) A interdisciplinaridade significa que uma disciplina complementa a outra. C) A interdisciplinaridade significa interrelacionar uma disciplina isolada com a outra, em algum momento do curso. D) Interdisciplinaridade significa entender todo o contexto de disciplinas ministradas durante o curso. E) A interdisciplinaridade é a associação de diversas disciplinas, conteúdos, ensinamentos, seguindo uma linha de raciocínio que ligue uma disciplina à outra. F) Interdisciplinaridade significa associar todos os conhecimentos e aplicá-los de forma ampla. G) Exercer a interdisciplinaridade é muito difícil, o acadêmico tem só uma noção da relação entre uma disciplina e outra. H) A interdisciplinaridade tem que acontecer dentro do currículo, tentando criar espaços para que os conteúdos possam conversar, para que os conteúdos possam ter sentido para o acadêmico. I) A interdisciplinaridade é necessária para dar sentido ao conhecimento visto nas disciplinas. J) A interdisciplinaridade permite que as disciplinas abordadas em um dado momento possam auxiliar na compreensão de outros conteúdos que serão aplicados mais adiante na própria vida profissional do farmacêutico. K) A interdisciplinaridade ocorre na matriz curricular com lições e disciplinas que abordem as várias áreas que o farmacêutico vai atuar. L) A interdisciplinaridade tem como objetivo integrar todos os conteúdos de forma que satisfaçam os objetivos do curso. M) A interdisciplinaridade é a integração de conteúdos, ajudando a “amarrar” as disciplinas dentro do currículo para que o futuro profissional possa resolver

problemas práticos. N) A interdisciplinaridade pode ser entendida como uma fusão de disciplinas e conteúdos. O) A junção de áreas, como a Farmacologia e as Análises Clínicas, possibilita ao acadêmico uma visão mais ampla. P) Ser interdisciplinar é entender sobre todas as áreas de atuação do farmacêutico, de medicamentos, análises clínicas e alimentos. Q) Interdisciplinaridade significa associar os conteúdos das áreas de formação do farmacêutico (análises clínicas com medicamentos). No entanto, na prática, isso não é possível. R) A interdisciplinaridade deve existir para que o farmacêutico possa conhecer todas as áreas em que ele pode atuar. A interdisciplinaridade é compreendida no currículo como um “juntar de disciplinas” sem levar em consideração a cooperação e a interação, aproximando-se de um currículo multidisciplinar. Isso reflete a própria realidade de trabalho dos entrevistados, que atuam em cursos com currículos multidisciplinares. A integração é citada em alguns depoimentos como forma de caracterizar a interdisciplinaridade. No entanto, o fato do termo “integração” ser basicamente introduzido para designar o estabelecimento de uma hierarquia dos conteúdos das matérias, seja na busca de uma ordenação horizontal ou vertical, poderia levar a uma caracterização de multidisciplinaridade ou, no máximo, de pluridisciplinaridade, em que a preocupação primeira seria a justaposição de conteúdos de disciplinas heterogêneas, ou a integração de conteúdos de uma mesma disciplina. O termo “interdisciplinaridade” é tomado, por muitos entrevistados, apenas como meio para atingir a integração. A integração seria, então, efetivamente o produto final e não etapa para a interdisciplinaridade. Entretanto, a tônica principal da interdisciplinaridade seria a “interação” e o objetivo final seria o estabelecimento de uma atitude dialógica, tendo-se em vista a compreensão e a modificação da própria

realidade. Determinados termos utilizados nas falas, como “amarrar”, “juntar” e “fundir”, remetem à ideia de um currículo fixo e engessado. No entanto, o sentido real da interdisciplinaridade é o de tornar o currículo mais fluído para que os conteúdos possam conversar entre si. Alguns depoimentos evidenciam uma dificuldade concreta em realizar mudanças efetivas nos currículos de Farmácia, assim como a dificuldade em compreender a proposta interdisciplinar. De fato, isso reflete a própria formação acadêmica dos entrevistados, fragmentada e voltada para as especialidades. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Para que a interdisciplinaridade seja efetivada na formação do farmacêutico é necessário, primeiramente, que cada docente compreenda que seus conhecimentos são limitados e provisórios. O movimento em prol da interdisciplinaridade implica em mudanças no cotidiano, em uma desconstrução ou ruptura com a prática tradicionalmente feita e estabelecida. Ser interdisciplinar pressupõe o desapego, o rompimento das amarras de um ensino cristalizado, significa a busca por um novo território, mas sem a segurança daquilo que já é sabido e consagrado. Portanto, é preciso que haja reflexões de práticas e teorias para que a interdisciplinaridade seja exercida, onde todos os atores envolvidos, como coordenadores de curso, professores e alunos, cultivem a humildade nos relacionamentos interpessoais, sendo este o maior fundamento da interdisciplinaridade. Todavia, apenas a interdisciplinaridade não garante um ensino adequado, mas permite que se faça uma reflexão crítica sobre o trabalho educacional visando a inserção de novos valores filosóficos e científicos que ultrapassem o enfoque fragmentado e descontextualizado do ensino, procurando transformar as práticas para que se tornem mais desafiadoras.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E LINHA DE CUIDADO DE HOMENS COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL NO SETOR DST-UFF/NITERÓI

Kelly Cristina da Silva Cunha, Rebecca Faray Ferreira Lopes

Palavras-chave: itinerário terapêutico, saúde do homem, Doenças Sexualmente Transmissíveis

APRESENTAÇÃO: O itinerário terapêutico (IT) pode ser descrito como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos que envolvem práticas individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos, na tentativa de solucionar seus problemas de saúde. Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é direito do homem ter acesso à assistência à saúde de maneira contínua e integral. Em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrareferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção. Permite a articulação e qualificação das ações preventivas e assistenciais executadas pela rede de serviços de saúde, desde a Atenção Básica até os outros níveis de atenção, com maior resolutividade e humanização. Para DST não foi encontrado uma linha de cuidado específica. Produzido pelo Ministério da Saúde o “Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis” apresenta recomendações para atenção às DSTs de maneira continuada envolvendo prevenção, diagnóstico e tratamento.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Participando de um Projeto de Iniciação científica sobre itinerário terapêutico e linha de cuidado de homens portadores de DST, o contexto em que ocorreu a

coleta de dados foi no Setor DST localizado em Niterói no campus “Valonguinho” da Universidade Federal Fluminense, setor responsável por diagnóstico e tratamento de DST. Entre os sujeitos que participaram da pesquisa, foram selecionados homens com diagnóstico de DST. Foram convidados a participar da entrevista, o contato aconteceu pessoalmente, com homens que vinham até o ambulatório para consulta, realização de exames, encaixes e uma exceção acompanhante que já havia se tratado anteriormente no Setor. A partir da aceitação inicial do sujeito, explicávamos o propósito da pesquisa e usamos Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCE), pois estávamos também utilizando um roteiro de pesquisa vinculado ao nosso projeto de iniciação científica. As abordagens aconteceram na sala de espera antes dos atendimentos.

RESULTADOS OU IMPACTOS: Quando pesquisamos sobre linha de cuidado, Na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem encontramos um pouco da presença do direito do homem a essa assistência contínua e integral: “Assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrareferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção. Permite a articulação e qualificação das ações preventivas e assistenciais executadas pela rede de serviços de saúde, desde a Atenção Básica até os outros níveis de atenção, com maior resolutividade e humanização.” Para a DST não foi encontrado uma linha de cuidado específica. Em algumas referências bibliográficas em sites do Ministério da Saúde encontramos o “Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis” com recomendações para essa atenção continuada envolvendo prevenção, diagnóstico e tratamento. **ANALISANDO OS**

CASOS: Os pacientes não procuram a clínica de imediato, pois só após ir a um primeiro local de atendimento ou conversando informalmente com conhecidos ficam sabendo da existência de um local apropriado para a procura deles, em sua maioria procuram os serviços quando já está comprometendo a relação sexual, a vida cotidiana. Os pacientes chegam ao serviço de saúde, desconfiados de estarem com câncer e não de ter DST. Grande parte dos diagnósticos são de HPV por já terem ambulatórios direcionados a Hepatites virais e AIDS. A indicação do setor está presente nas falas de todos os homens entrevistados. Ao surgimento dos sintomas, a resolução por conta própria (uso de ervas, uso de produtos comerciais, etc.) configura as primeiras atitudes tomadas pelos entrevistados. Ainda não se tem uma linha de cuidado para DST, como se pode ter atenção a esse grupo de doenças? Com a falta de investimentos em serviços especializados, há um estresse cotidiano dos profissionais que lutam por uma melhor qualidade de atendimento e reconhecimento. A linha de cuidado inclui a prevenção, educação em saúde entre outros fatores, porém com essa falta de estrutura, reconhecimento e repasse de verbas infelizmente o trabalho do setor se reduz ao muito mal ao diagnóstico e tratamento, mesmo com o aumento DST ainda falta há invisibilidade deste grupo de doenças. A atenção básica falha, não acolhe esse usuário e logo manda para outro lugar acarretando problemas. Os encaminhamentos são um problema. Outro problema que percebemos a falta de preparo dos profissionais de saúde no diagnóstico de DST, um caso recente de um paciente que chegou ao Setor estava com hérnia, foi encaminhado mesmo sem ter sido examinado nem pretado atenção em seus sinais e sintomas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A atenção precária do SUS às DSTs justifica ainda a existência de grandes números de casos mesmo tendo maneiras de

controle e prevenção. Portanto, as doenças sexualmente transmissíveis deveriam ser mais notadas pelo ministério da saúde, pois se tornaram um grande problema de saúde pública.

ITINERÁRIOS DE FORMAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO PET SAÚDE PUC-SP E TERRITÓRIO DA FÓ/BRASILÂNDIA (2012-2014)

Edna Maria Severino Peters Kahhale, Maria Cristina Vicentin, Mirian Conceição, Elisa Zanerato Rosa, Debora Saes, Bianca Leal, Marcos Amaral, Andreia Fischer

Palavras-chave: itinerários, protagonismo, cuidado

APRESENTAÇÃO: A formação dos profissionais de saúde implica acolher a complexidade que permeia o SUS, aproximando-se dos cotidianos de trabalho e da experiência concreta dos sujeitos. Os Ministérios da Saúde e da Educação têm implementado políticas de formação que privilegiam, dentre outros aspectos, a integração ensino-serviço, como o Programa Nacional de Reorientação Profissional para a saúde (Pró-Saúde) e o Programa Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde). Neste trabalho nos propomos a discutir alguns encontros produtivos entre a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e serviços da Supervisão Técnica de Saúde Fó/Brasilândia do município de São Paulo, no âmbito do Programa PRO PET SAÚDE III (saúde mental), mais especificamente aquelas derivadas do desenvolvimento na pesquisa- ação Aprimoramento do cuidado em saúde mental no território da Freguesia do Ó e Brasilândia: a presença da Atenção Básica (PET-Saúde 2012-2014) que buscou apoiar o aprimoramento do cuidado em saúde e da construção de redes, por meio da produção de mapas de itinerários de

cuidado/autocuidado dos usuários inseridos em ações de saúde mental. Trabalhar com os itinerários de cuidado e autocuidado implica considerar: os modos de vida das pessoas; as singularidades dos territórios e a articulação de redes comunitárias, de saúde e intersetoriais. Deste modo, os “mapas” podem funcionar como metodologia de produção e avaliação do cuidado. Ou dito de outra forma, como crivo de análise e de intervenção a um só tempo, ativando o protagonismo de usuários, trabalhadores/preceptores, alunos e outros atores envolvidos no processo. Nesta apresentação destacaremos: a experiência como dimensão central da formação, o que nos fez trabalhar com a ideia de itinerários de formação; a cogestão da pesquisa e da formação que supõe a ampliação do protagonismo dos atores. COGESTÃO Na perspectiva da participação que nos orientou no desenvolvimento da pesquisa-ação, o principal desafio era o de “transformar a prática em saúde sobre sujeitos em uma prática com os sujeitos”, com base nos princípios da indissociabilidade entre gestão e cuidado, da transversalidade (ampliação da comunicação; produção do comum) e do fomento do protagonismo das pessoas, preconizados pelo Sistema Único de Saúde. Esse princípio também nos foi válido para a tríade pesquisa-formação-assistência. Deste modo, surgiram alguns desafios: a inserção da pesquisa nos espaços cotidianos dos serviços; a criação de dispositivos de cogestão do planejamento e da execução das atividades entre preceptores/trabalhadores, tutores/docentes e alunos/bolsistas; a análise permanente dos efeitos do percurso e a produção da formação e do conhecimento como itinerário vivo. Tal direção ética-política fez com que a pesquisa-ação se desse de forma cogestionária, exercitando diferentes planos de pactuação, realização e avaliação ocorridos no comitê gestor

(gestores dos serviços e supervisão técnica de saúde, controle social, universidade), na rede (matriciamento); nos serviços e junto às mini-equipes (reuniões). Do mesmo modo, a cogestão da pesquisa se deu no grupo tutorial, de forma que as reuniões sistemáticas entre preceptores, bolsistas e tutores e coordenação PET ampliavam a análise e os compromissos com as ações de assistência. Na direção da participação do usuário na pesquisa, não apenas a pactuação do ponto de vista ético foi bastante trabalhada, mas foi incentivado o seu engajamento na construção dos itinerários, de forma a refletir sobre o cuidado e o autocuidado em saúde com as equipes de saúde. A constituição de um grupo coeso e com processos coletivos de gestão permitiram rearranjos organizacionais no território em que algumas intervenções da pesquisa-ação extrapolaram os serviços de origem do preceptor, constituindo equipe de trabalho em compartilhamento entre diferentes serviços. ITINERÁRIOS DE FORMAÇÃO A aproximação dos discentes ao território privilegiou a experiência prática: junto com preceptores e demais trabalhadores dos serviços envolvidos, os discentes vivenciaram os diferentes cuidados em saúde produzidos pela Rede Freguesia do Ó/Brasilândia, assim como seus dispositivos de trabalho (reuniões de equipe, reuniões de matriciamento, fóruns, plenárias de saúde, dentre outros). A imersão nas experiências do cuidado em saúde mental e o acompanhamento dos itinerários de cuidado dos usuários inseriram os atores num processo de estudo e reflexão permanente tanto sobre a complexidade das condições de vida de pessoas com transtornos psíquicos e/ou abuso de álcool e outras drogas, quanto dos recursos do território e do processo de trabalho em saúde. A partir das inquietações e questionamentos vivenciados na prática,

traçamos diferentes estratégias para aproximação das produções teóricas capazes de referenciá-las, como leituras, conversas com gestores e trabalhadores, oficinas, seminários e entrevistas. As trocas e processamento sobre as atividades foram garantidos e acolhidos sistematicamente em encontros dos grupos tutoriais na Universidade. Tais reuniões abriram espaço para a compreensão em conjunto das políticas públicas, dos programas e estratégias desenvolvidos nos serviços, sendo assim, lugar de troca e formação. Também utilizamos como estratégia a realização de seminários e oficinas de metodologia do cuidado e do trabalho em saúde, envolvendo docentes, discentes, profissionais de saúde e gestores. Estes se organizaram em torno das questões que os temas, situações e casos acompanhados na pesquisa colocavam: mapas de itinerários, função apoio, cuidado em rede, entre outros. A noção de itinerário de formação se impôs a nós como uma metodologia de formação que privilegia a produção de um plano comum, o da experiência formativa, reunindo a diversidade dos atores na singularidade de seus percursos e no plano intensivo dos mesmos. A ideia de itinerários de formação (Jean Oury) ressalta que a formação implica numa transformação do sujeito que se engaja neste trabalho. Isso desloca o aprendizado somente relacionado a ideia de conteúdo ou de uma transmissão cognitiva. Neste encontro de saberes, não saberes e entre saberes, a construção dos mapas de itinerários de formação (de alunos, profissionais, docentes) suscitaram conexões entre as pessoas e produziram questões que orientaram os estudos, trabalhando a relação teoria-prática. O itinerário de formação permitiu experimentar a um só tempo as ideias de território, de singularidade, de produção de comum, dialogando com o itinerário de cuidado. CONSIDERAÇÕES FINAIS Neste

percurso: a) a relação com o território orientou-se não apenas pelo desejo de um aprendizado técnico e específico de cada área, mas pelo contato com outros fluxos: administrativos, políticos, sociais, comunicativos e afetivos; b) o estreitamento das relações e de espaços de compartilhamento entre profissionais nos serviços e entre serviços, entre IES e serviços, potencializou e qualificou as possibilidades do trabalho compartilhado, bem como construiu gradativamente outras pistas para a formação em saúde. c) O estreitamento das relações e os modos cogestionário da pesquisa-ação, fomento à produção de conhecimento científico e composição nos espaços de formação acadêmica dos saberes produzidos na prática cotidiana dos cuidados em saúde.

MANOEL DE BARROS, PAULO FREIRE E ADOLF SANCHEZ VAZQUEZ: UMA REFLEXÃO TEÓRICA SOBRE A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Eluana Borges Leitão Figueiredo, Mônica Villela Gouvêa, Ana Lúcia Abrahão, Carla Gouvêa

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Educação em Saúde, Políticas Públicas de Saúde

Apresentação: A Universidade Federal Fluminense (UFF) no estado do Rio de Janeiro criou em 2011, um Mestrado Profissional em Ensino na Saúde (MPES): Formação Docente Interdisciplinar para o Sistema Único de Saúde (SUS) cuja missão é formar trabalhadores/preceptores com visão crítica e ampliada da sociedade, qualificando-os para a construção de práticas de ensino coletivas, interdisciplinares e criativas, comprometidas com a transformação da realidade e dos serviços. Uma das linhas de pesquisa do MPES apresenta a Educação

Permanente em Saúde (EPS) como proposta político-pedagógica baseada na aprendizagem significativa e na perspectiva de transformação das práticas profissionais. Com vistas à iniciativas que visam à transformação do cotidiano do serviço, as autoras têm se aprofundado no estudo da EPS, acreditando neste conhecimento como componente decisivo para efetivação de mudanças nos espaços produtores de saúde, em que educar para o trabalho deve deixar de ser a transferência de recursos cognitivos para tornar-se a formação de intelectuais do setor da saúde (CECCIM, 2008). O estudo tem por objetivo promover o diálogo entre os pressupostos da EPS e referenciais teóricos no sentido de dar visibilidade à importância do investimento na qualidade da formação dos sujeitos-trabalhadores da saúde. Método do estudo: Trata-se de uma reflexão teórica desenvolvida durante as atividades do MPES e parte da dissertação: Educação Permanente em Saúde: inventando desformações, defendida no ano de 2014. Para o estudo, procurou-se promover uma articulação reflexiva entre os princípios da Educação Permanente em Saúde por meio da Política Nacional de EPS e a obra de Manoel de Barros (Livro sobre nada), Paulo Freire (Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa) e Adolfo Sánchez Vázquez (Filosofia da Práxis). Tal articulação foi desenvolvida a partir de uma questão que norteou a imersão na obra dos três autores de referência: como a EPS pode romper com um ensino transmissor e tornar-se uma estratégia de transformação da formação em saúde? Tomou-se como desafio selecionar trechos das obras e articular os achados em um quadro criado para análise e correlação dos conceitos. Resultados: A partir da construção do quadro, foi possível correlacionar inicialmente a importância das obras e a relação com os cenários de formação em saúde. Manoel de Barros, por

exemplo, revelou em sua obra o desejo de buscar a experiência do novo afastando-se dos imperativos técnicos e tradicionais das formas cristalizadas; Paulo Freire contrapôs-se à educação bancária, tecnicista e alienante, já Adolfo Sanchez Vazquez produziu uma interpretação humanista da filosofia de Marx articulada ao seu conceito de práxis. A partir da imersão nas obras dos três autores foi possível perceber a necessidade de uma formação que favoreça o transver de sujeitos e cenários, na direção da práxis transformadora e libertadora. A busca e a correlação entre as obras revelaram a EPS como estratégia político-educativa com contribuições individuais, sociais e institucionais que podem advir das diferentes formas de ver, perceber e exercer a formação em saúde, bem como, a educação continuada, transmissora e tradicional como uma formação que precisa ser ultrapassada por sua incapacidade de incorporar o novo, mantendo as mesmas expressões e linearidades descontextualizadas da vida real. Na obra de Freire foi possível observar a importância de uma formação com reflexão crítica sobre a prática, dada pelo autor como uma exigência da relação teoria/prática em que o educando deve assumir-se como sujeito que produz saber, contrapondo, assim, a lógica de transmissão de conhecimento. “É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática” (FREIRE, 1996, p.22). Tal formação é também considerada na Política de Educação Permanente, que considera a aprendizagem significativa e a reflexão coletiva como forma de romper com o ensino transmissor. Manoel de Barros, por sua vez, traz uma contribuição à formação profissional ao evocar o potencial libertário e transformador e ao estimular a capacidade de criar, de voar e de transver o mundo. Considerando que as poesias de Barros são marcadas pela inquietação e estranhamento da realidade, o poeta e sua obra ressaltam a

importância do rompimento com as formas endurecidas do pensamento e com as práticas lógicas do “ensinar” e do “fazer” para instaurar o novo. O pensamento do autor é completamente conectado ao que prevê a EPS, uma vez que se apresenta como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, tendo como ponto de partida o estranhamento da realidade. Neste sentido, Adolfo Sanchez Vasquez, dialoga com ambos os autores quando vê a práxis como uma verdadeira revolução, como um ato de atingir o problema pela raiz, de olhar a realidade com outros modos de ver, e como o poeta, de transver. Assim, com esse panorama teórico foi possível perceber a necessidade dos processos de formação socialmente comprometidos com as diversas realidades que lhes são apresentadas, e que transcendam dialeticamente do plano teórico ao prático, pautados não mais na técnica e no fazer, mas na reflexão e nos processos que produzam e gerem mudanças sociais. Fazendo analogia com os pressupostos da EPS, percebe-se que nela (EPS) existe possibilidade de incorporação do “novo” a partir da problematização do processo de trabalho. A política de EPS expressa a necessidade de ruptura com estruturas rígidas e hierarquizadas de ensino e de serviço e com suas formas retas e acostumadas do produzir saúde. Prevê também, por meio de um olhar renovado, a transformação das práticas, ou seja, o operar de uma práxis revolucionária. Assim, a efetivação da EPS como prática formativa do trabalho em saúde é um desafio na educação brasileira, uma vez que as práticas tradicionais, historicamente constituídas, promovem o distanciamento entre formação e trabalho. O resultado esperado pela EPS é justamente a democratização dos espaços de saber, do fazer, do ensinar e do aprender. Considerações Finais: A articulação teórica apresentou a proposta

da Educação Permanente em Saúde como uma oportunidade de transcender os métodos tradicionais de ensino para operar a construção de conhecimentos fundamentados na liberdade individual e coletiva de forma que possam incidir em transformações sociais em quaisquer cenários, sejam os da educação ou os da saúde. O diálogo entre a EPS e os teóricos evidenciou que a EPS potencializa dispositivos pedagógicos capazes de propiciar o retorno à criação e aos novos modos de ver, rever e transver a educação. Espera-se com a reflexão contribuir para os movimentos de mudança na formação dos trabalhadores de saúde, assim como, ressignificar com a contribuição dos autores, produções científicas, na direção da aprendizagem ancorada no cotidiano do processo de trabalho e nas necessidades dos usuários.

MATERIAL DE EDUCAÇÃO AMBIENTAL COMO ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DA LEPTOSPIROSE PARA UMA COMUNIDADE URBANA REASSENTADA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

Graziella Chaves Trevilato, Marilise Oliveira Mesquita, Luiza de Holleben Saraiva, Michelle da Silva Schons, Márcia Monks Jantzen, Maria Isabel Ferreira Garcia, Michele Paula Pretto

Palavras-chave: educação em saúde, reassentamento urbano, leptospirose

APRESENTAÇÃO: A contaminação ambiental produzida por assentamentos irregulares e sem saneamento básico tem importante impacto na saúde dos moradores. Acúmulos de resíduos sólidos em torno das residências e das ruas atraem animais sinantrópicos, como os ratos, e com eles doenças para a população, como a leptospirose. A

leptospirose consiste em uma doença infecto-contagiosa aguda, que acomete animais e homens e é causada por uma bactéria do gênero *Leptospira*, que tem sido amplamente divulgada como causa de adoecimento em comunidades pobres, produzindo incapacidade temporária, internação hospitalar e maior incidência de morte em crianças e idosos. O rato é o portador universal da leptospirose, porém os animais domésticos, assim como o homem, são portadores acidentais, que adoecerão ao contrair a enfermidade. Os cães podem ser reservatórios e fontes da bactéria, sendo um potencial transmissor da doença para os humanos. A resistência da bactéria *Leptospira* em ambientes úmidos deve ser considerada como fator de risco. A remoção dos restos de água e de alimentos do ambiente, a canalização de cursos de água e a drenagem de esgotos, são procedimentos determinantes para o controle das vias de transmissão da leptospirose. Os moradores do reassentamento alvo deste estudo eram provenientes de área irregular sem saneamento básico. Teve-se por objetivo conhecer a percepção ambiental e os riscos à saúde dos moradores de um reassentamento urbano em Porto Alegre/RS, identificando problemas e construindo possíveis soluções, materializadas em um material de educação ambiental com as demandas específicas desta comunidade. **DESENVOLVIMENTO:** Foram realizadas 89 entrevistas domiciliares para aplicação de um questionário com perguntas estruturadas e semiestruturadas, sobre os hábitos e costumes da comunidade com relação ao ambiente, cuidados com os animais de estimação, presença de animais sinantrópicos e manejo dos resíduos sólidos domésticos. As visitas nos domicílios foram realizadas semanalmente e tiveram início em novembro de 2011, finalizando em dezembro de 2012. A participação dos moradores da comunidade através das entrevistas deu-se de forma voluntária e sigilosa através do uso do termo de

consentimento livre e esclarecido. O critério de inclusão para a entrevista foi o domicílio apresentar pelo menos um cão, o entrevistado ter acima de 16 anos. Também foram efetuadas 142 coletas de amostras de sangue nos cães dos domicílios para identificar a prevalência de Leptospirose canina na comunidade. As amostras foram enviadas para o Laboratório de Leptospirose do Instituto Desiderio Finamor (IPVDF-FEPAGRO Saúde Animal), localizado em Eldorado do Sul, região Metropolitana de Porto Alegre, RS, Brasil, e testadas para sorologia anti-leptospira. A técnica utilizada pelo laboratório de Leptospirose do IPVDF é a Soroaglutinação Microscópica (SAM), sendo utilizados no diagnóstico 18 sorovares de leptospira: *L. australis* (Ballico), *L. autumnalis* (Akiyami A), *L. ballum* (Mus 127), *L. canicola* (Hondutrecht), *L. copenhageni* (M 20), *L. celledoni* (Celledoni), *L. cynopteri* (3522 C), *L. hardjo* (Hardjoprajitno), *L. icteroahemorrhagiae* (RGA), *L. javanica* (Veldratbataviae 46), *L. panama* (CZ 214), *L. pyrogenes* (Salinem), *L. pomona* (Pomona), *L. tarassovi* (Perepelitsin), *L. wolffi* (3705), *L. castelonis* (Castellon 3), *L. bataviae* (Van tinen) e *L. saxkoebing* (Mus 24). Esta técnica permite determinar de forma quantitativa o título dos anticorpos para cada uma das sorovarietades presentes da bactéria, considerando positivos os animais que apresentem títulos iguais ou superiores à 1:100, conforme proposto pela Organização Internacional para Saúde Animal (OIE), Organização Pan-americana de Saúde (OPS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS). Foram avaliadas as frequências de animais soropositivos e as frequências das sorovarietades encontradas. A última etapa do trabalho foi elaborar um material de educação ambiental a partir dos dados coletados nas entrevistas domiciliares. As ilustrações deste material foram feitas com imagens de autoria de uma das alunas, e com fotos de moradores, devidamente autorizadas,

mediante termo de autorização de uso de imagem para fins didático-pedagógicos e acadêmicos. Para ilustrar de uma forma original e atrativa, parte das ilustrações foram fotos de pessoas e animais da própria comunidade, e o restante foram gravuras inéditas elaboradas por uma integrante do grupo de pesquisa. Para o material foram selecionados temas que implicavam na prevenção de doenças e promoção da saúde desta comunidade. A editoração gráfica e a impressão foram realizadas pela Gráfica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da instituição envolvida sob o número 20648. A cada entrevista realizada era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, colhida a assinatura e deixada uma via do termo com o entrevistado. **RESULTADOS:** Das 142 amostras de sangue canino analisadas, 19,7% (26 cães) foram soropositivos para leptospirose. As sorovarietades mais frequentes foram *Icterohaemorrhagiae* (46%) e *Canicola* (27%). Apenas 29% das pessoas entrevistadas afirmaram saber que o cão pode transmitir leptospirose. Com relação à presença de animais sinantrópicos, 100% dos domicílios, no novo reassentamento, apresentavam pelo menos um tipo destes animais, e a maioria deles mais de um, como: ratos, carrapatos, pulgas e pombos. Quanto à segregação dos resíduos sólidos em recicláveis e não recicláveis, 60% dos entrevistados disseram que faziam a separação do lixo, e o motivo principal para a segregação, em 68% das respostas, foi à geração de renda. A linguagem do material educativo necessitou ser acessível a um público com baixa escolaridade, pois esta foi uma característica observada nas entrevistas. Das pessoas entrevistadas, 57% delas apresentavam apenas o ensino fundamental incompleto. De 89 entrevistados, uma pessoa apresentava o ensino superior incompleto e nenhum

entrevistado possuía graduação em ensino superior. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O material produzido foi uma sistematização dos dados coletados sobre a percepção ambiental dos moradores do reassentamento urbano, para auxiliar na promoção da saúde e prevenção de doenças, em especial a leptospirose, por se tratar de uma doença muito comum em locais sem saneamento e com forte presença de ratos. A comunidade foi reassentada em uma localidade diferente do local de origem, com saneamento básico, infraestrutura e equipamentos urbanos. Contudo, antigos costumes ainda permanecem, como a prática de acumular materiais recicláveis em torno da residência, o que torna o ambiente propício à atração de ratos, trazendo riscos à saúde dos vizinhos e da própria família. Estas questões ambientais observadas devem ser tratadas com prioridade, para que o viver neste novo local seja um espaço de promoção de saúde para toda a comunidade. Deve-se destacar a importância do trabalho de educação e conscientização ambiental como um concreto instrumento de prevenção de zoonoses, sendo essas ações parte da promoção e vigilância em saúde.

MATERIAL EDUCATIVO SOBRE PREVENÇÃO DE QUEDAS EM PESSOAS IDOSAS: UMA ANÁLISE SEGUNDO OS PRESSUPOSTOS DE ANTONI ZABALA

Adriana de Almeida Teles, Silvia Regina Souza de Azevedo, Antonio Salles, Rogério Dias Renovato, Cassia Barbosa Reis

Palavras-chave: Práticas Educativas, Ensino/aprendizagem, Educação em Saúde

APRESENTAÇÃO: Estudos vêm apontando a escola como local para produzir reflexões, portanto, todo processo educativo, seja ele escolar ou não, para produzir os efeitos esperados deve ser um espaço

para o desenvolvimento de habilidades, enfatizando que os educadores devam ter clareza sobre o seu papel no processo de ensino/aprendizagem. Logo, a escola, ou qualquer outra instituição de ensino deve ser um espaço de desenvolvimento de habilidades não somente cognitivas, mas sim de formação de cidadãos com sua plena autonomia (ZABALA, 1998). Nesta perspectiva do autor, todo material produzido para fins educativos deve contemplar ou ter a finalidade da formação do ser na forma integral, como um todo. Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo analisar um material didático confeccionado pelo Ministério da Saúde, sobre Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas, sob a ótica do processo de ensino/aprendizagem, proposto por Antoni Zabala. METODOLOGIA: As diversas maneiras de se classificar os conteúdos são propostas por Cool (apud Zabala, 1998), como sendo, conceituais, procedimentais ou atitudinais, em que é perceptível, que tais classificações não são distribuídas de maneira uniforme nos períodos de aprendizagem. Uma vez que provavelmente nos cursos iniciais exista uma distribuição mais equilibrada desses conteúdos, priorizando os procedimentais e atitudinais e após os conteúdos conceituais é que prevalecem. Alvarez Méndez (2002) deixa claro que o conhecimento advém de uma construção histórica e social dinâmica que precisa de contexto para ser entendido e interpretado, portanto, o ensino não pode ser encarado como uma transmissão de conteúdos curriculares do docente para o discente, mas uma constante troca de conhecimentos. Paulo Freire (2011) reforça a ideia de que o educador deva ser democrático, crítico, forçando a capacidade de crítica do educando, a curiosidade, a insubmissão. Portanto, o educador deve possuir algumas características tais como ser criador, instigador, inquieto, curioso

e persistente contribuindo assim para a busca de sua autonomia no processo ensino/aprendizagem do educando. Zabala reforça essa ideia, quando diz que, de modo geral, os que ensinam procuram educar comunidades, produzindo práticas didáticas diferenciadas com a finalidade de disparar as diversificadas aprendizagens dos indivíduos, dando assim oportunidades de desenvolver de melhor maneira possível as suas capacidades diversas. Zabala (1998) preceitua que para que o processo ensino/aprendizagem ocorra com êxito se faz necessário a realização de alguns questionamentos, como, quem são os sujeitos a quem quero educar? Que sabem eles em relação ao que quero ensinar? Que experiências tiveram? O que são capazes de aprender? A aprendizagem factual para esse autor refere-se aos conteúdos de aprendizagem simples, como a memorização e a repetição verbal, uma vez que existem fatos que precisamos memorizar as datas, os nomes, a idade de uma pessoa, etc. A aprendizagem conceitual refere-se a conceitos e princípios cujos termos são abstratos e que permitem ao sujeito um aprendizado significativo, valorizando o conhecimento prévio de cada um. O estudo é classificado como revisão bibliográfica exploratória, tendo como base principal o autor Antoni Zabala e seus escritos. Segundo Lakatos e Marconi (2009), revisão bibliográfica é aquela que apresenta um trabalho resumido da literatura especializada sobre determinado tema, dando uma visão abrangente de achados relevantes. Resultados: O material didático avaliado é um folder do Ministério da Saúde, com o tema Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas. Foi realizado uma análise do conteúdo com o pressuposto teórico de Antoni Zabala aqui explanado, relacionando este material segundo a tipologia dos conteúdos propostos pelo mesmo, que são

os factuais, conceituais, procedimentais e atitudinais. O título Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas está relacionado ao conceito de conteúdo atitudinal que diz respeito aos valores, atitudes e normas que o indivíduo se submete, pois é um fato que os idosos são mais suscetíveis a quedas que resultam em prejuízos pessoais, familiares e para o sistema de saúde. Na frase “cair não é normal” e “Atenção: as quedas podem ser um sinal de que alguma coisa não vai bem...” Trata-se de conteúdo conceitual, uma vez que ambos têm como denominador comum a necessidade de compreensão. “Cair não é normal” é um conceito construído ao longo da experiência humana e consolidado pelas pesquisas científicas. A expressão “as quedas podem ser um sinal de que alguma coisa não vai bem...” reforça o conceito expresso anteriormente e traz em si mesmo o conceito de normalidade na saúde. Os escritos: “O que você pode fazer para prevenir quedas: (...) pratique exercícios físicos regularmente; consulte um médico oftalmologista uma vez por ano (...)” A reflexão sobre a própria atividade permite que se tome consciência da atuação, ou seja, é imprescindível para conhecer as chaves do conteúdo para poder melhorar sua utilização. A frase: “o que se pode fazer” é um conteúdo procedimental que tem a intenção de conduzir à atitude de uma prática contínua. “Prevenção de quedas em casa: (...) ao acordar, levante-se devagar da cama(...)” “Prevenção de quedas na rua: (...) ao sair para as compras, use sacolas pequenas(...)” São conteúdos procedimentais embasados no conceito de que cair não é normal. O conteúdo factual refere-se ao conhecimento de fatos, acontecimentos, situações, dados e fenômenos concretos e singulares; a idade de uma pessoa, a conquista de um território, a localização, os nomes, os códigos, um fato determinado num determinado momento, etc. Há um fato implícito nessa orientação:

o idoso tem propensão para cair e a sua queda tende a trazer maior desgaste do que quando ocorre na juventude. Trata-se de um fato já comprovado pela experiência e pelas pesquisas. Considerações finais: Ao refletirmos sobre nossa real função social enquanto educadores, é perceptível o quanto ainda está arraigado em nossas práticas e pensamentos, o modelo tradicional de ensinar e ver o outro, como tendo apenas suas capacidades cognitivas a serem desenvolvidas e aprimoradas. Assim, acabamos por repetir conteúdos, limitando o processo ensino/aprendizagem a um único modelo e não respeitando esse indivíduo e principalmente, não valorizando-o em sua integralidade e diversidade. Não estamos propondo aqui que todo referencial teórico construído até o momento para o processo de ensino/aprendizagem seja ignorado, até porque, é todo esse acervo que nos dará condições para refletir sobre que se deve saber, o que se deve saber fazer e como se deve ser. São questionamentos que o autor Zabala nos sugere como indicadores dos conteúdos apreendidos e aprendidos. Portanto, faz-se necessário que nossa intervenção enquanto educadores, seja no sentido de formar cidadãos, com sua plena autonomia, dando-lhes condições para que se formem enquanto sujeitos dignos e plenos, empoderados de seus direitos. Pois somente a partir disso, estaremos assumindo nossa função social. Diante do exposto, acreditamos que através do material analisado (folder) o processo ensino/aprendizagem para os idosos ocorra de maneira natural, fazendo com este instrumento educativo na prática cotidiana proporcione uma reflexão de suas atitudes, bem como, dos riscos a que são expostos. E que a partir disso, consiga incorporar novos hábitos para uma melhor qualidade de vida.

MESTRADO PROFISSIONAL E ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA: SIMILARIDADES E DIFERENÇAS NA FORMAÇÃO

Gideon Borges dos Santos, Virginia Alonso Hortale, Katia Mendes de Souza, Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira

Palavras-chave: Saúde Pública, Mestrado Profissional, Formação

APRESENTAÇÃO: O estudo parte do pressuposto de que ainda existem vestígios de incertezas sobre a identidade do Mestrado Acadêmico (MA) em relação a do Mestrado Profissional (MP) para consolidar políticas e práticas educacionais em nível de pós-graduação stricto sensu no campo da Saúde Pública. Ao buscar uma especificidade para o MP em Saúde Pública, interrogamos, o que ele, ao se instituir, procurou, do ponto de vista epistêmico, conservar ou romper com os modelos de formação dos MA. Que elementos próprios os cursos de MP tem para se distinguir do MA? Que características comuns à pós-graduação stricto sensu o MP busca conservar? E, partindo dos elementos próprios ao MP e comuns ao MA, em que medida pode-se afirmar que o MP está cumprindo a sua vocação heurística e inovadora de formar para o trabalho em saúde? A pesquisa teve como objetivo geral analisar, numa perspectiva comparada, as principais características dos cursos de Mestrado Acadêmico e Profissional em Saúde Pública no Brasil. Como objetivos específicos: 1) Identificar características comuns e próprias do MA e do MP em Saúde Pública; 2) Analisar os componentes curriculares dos cursos credenciados em ambas as modalidades; 3) Identificar elementos que permitam construir para o Mestrado Profissional brasileiro uma definição própria. A abordagem é qualitativa e no processo de coleta de dados fizeram-

se análise de registros escritos e entrevistas com os coordenadores dos programas e cursos. **METODOLOGIA:** Utilizaram-se os seguintes critérios para a seleção: cursos em funcionamento no período de 2002 a 2012; submetidos a pelo menos duas avaliações da CAPES; que não tenham sido descredenciados no período estudado. A fonte de dados utilizada foi: legislação (de 1965 a 2012 - total de 23 documentos); propostas dos cursos (27 propostas de MA e 11 de MP); produtos dos cursos (566 de MP e 758 de MA); entrevistas com coordenadores de cursos selecionados (10 entrevistas). Utilizou-se a análise de conteúdo para a análise dos dados da legislação, proposta e produtos dos cursos. Para as entrevistas, a análise de discurso foi utilizada. Utilizaram-se as seguintes categorias para a análise das propostas de curso: justificativa para o curso; critérios para o credenciamento de orientadores; relação academia e contexto profissional; estrutura curricular; trabalho final; sistema de avaliação externa. **RESULTADOS:** Observou-se que as propostas de curso são descritas de forma superficial, às vezes sem atender aos quesitos pertinentes do formulário online da Capes ou fazer referência explícita (TCC, corpo docente, dentre eles). No que diz respeito às parcerias e, em alguns casos, não está explícita a relação academia-contexto profissional. A estrutura curricular é descrita superficialmente, de forma pouco clara. Embora existam diferenças entre as regiões Nordeste, Sudeste e Sul no que diz respeito à algumas categorias de análise, identificou-se uniformidade na apresentação dos relatórios, o que poderia servir para atender somente aos critérios definidos pelos Comitês de Avaliação. Com relação aos tipos de produto, constatou-se que 70, 35% dos formatos dos TCC de MA foi de dissertação e que 88,52% de MP foi de dissertação. Embora não seja previsto, 11 TCC de MA apresentaram recomendações.

Já para o MP, em torno de 47% dos TCC não fizeram recomendações ou ela não é explícita. O berço da diferença entre o MA e o MP está, sem dúvida, na legislação que regula e organiza a pós-graduação brasileira. Isso, não somente porque é quem inicia a instituição desta nova modalidade de formação ao nível stricto sensu, mas o caráter formal das leis, foram a elas que as instituições recorreram quando decidiram oferecer cursos de MP numa época em que pouco se sabia a respeito da identidade desta modalidade e que ainda sofria grandes resistências por parte de alguns segmentos institucionais, sob o argumento de desqualificar a pós-graduação brasileira. Uma resposta conclusiva às questões “o que é o mestrado profissional?” e “como ele se distingue do acadêmico?” não seria possível sem recorrer às práticas de formação stricto sensu e sem buscar na história da pós-graduação as razões de sua finalidade para avaliar em que ela deixou de cumprir o seu papel ao ponto de provocar mudanças na sua estrutura, sem sequer ter a clareza necessária para isso. De fato, ao longo dos anos, percebe-se que as ideias sobre o MP amadureceram, ao menos no aspecto formal das leis, a fim de produzir certa estabilidade a essa modalidade. Contudo, viu-se também questões que embora de extrema importância para o MP, ainda carecem de amadurecimento, como é o caso da relação academia-serviço. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A análise das propostas mostra que não há distinção absoluta entre as características das modalidades de mestrado, nem do ponto de vista da finalidade nem da organização curricular. Por estar consolidado e com regras definidas, o MA tende a ser mais homogêneo, ao passo que o MP apresenta características diversas. Contudo, é notória a promessa de predomínio de atuação do MA na formação de docentes e de pesquisadores, enquanto no MP predomina a formação para o serviço. Isso levaria o MP a se portar

mais como estratégia de reprodução de conhecimento, diferentemente do MA em que a produção de conhecimento é amplamente reconhecida. Quanto aos produtos finais, apesar de aparentar maior diversidade de produtos, a tendência é que produtos acadêmicos, como artigo e dissertação predominem, tanto no MA quanto no MP. Já o tema da avaliação é melhor estruturado no MA, ainda que em ambos, ela seja feita de maneira informal, como baixa produção e dados. Chama a atenção a falta de informações em ambos os cursos. Pretendeu-se com esta investigação ampliar a produção de conhecimento na área de avaliação educacional no campo da saúde pública. A análise comparada dos elementos formativos da pós-graduação stricto sensu em saúde pública, com outras experiências nacionais pode contribuir com propostas voltadas para as necessidades do sistema de saúde brasileiro e com a formação em nível stricto sensu para o SUS. Portanto, ao entender a necessidade de consolidar no Brasil a modalidade de formação Mestrado Profissional, a qual pressupõe a integração teoria-prática, esta projeto de investigação pretendeu buscar respostas para os desafios do processo de trabalho e aperfeiçoamento institucional no campo da saúde pública brasileira, especialmente, a formação de quadro de gestores para o SUS, principal foco dos cursos de MP em Saúde Pública brasileiros. Espera-se que os resultados desse estudo ofereçam à Capes critérios específicos de avaliação para os cursos de MP e ofereçam às instituições de ensino critérios de avaliação interna dos cursos de MP. Espera-se também com os resultados deste estudo que se possa elaborar critérios de avaliação de impactos do MP no campo da saúde pública e auxiliar no aumento da produção de conhecimento sobre currículo e processos de formação em saúde.

METODOLOGIA ATIVA E SUA IMPORTÂNCIA NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE PERIGOSOS POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Silvia Regina Souza de Azevedo, Ângelo Rodolfo Santiago, Fausi Padilha Gonçalves, Rogério Dias Renovato

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem, Metodologia ativa, Medicamentos Potencialmente Perigosos

Apresentação: Nos setores de Unidade de Terapias Intensivas (UTI) e Unidades Semi-Intensivas (USI), a abordagem dos erros de medicação e suas consequências para o paciente e equipe de enfermagem merecem destaque uma vez que a terapia medicamentosa é complexa e a administração de inúmeros Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPPs) associados à gravidade e instabilidade clínica dos pacientes, justifica uma avaliação centralizada, pois nessas circunstâncias, as consequências podem ser ainda mais dolorosas (TORFFOTETTO; PADILHA, 2006). Os Medicamentos Potencialmente Perigosos (MPPs) são aqueles que segundo Cohen (2014) possuem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização. Sakata (2010) justifica o uso frequente destes medicamentos, pois grande parte dos pacientes internados no setor UTI experimenta sensação de dor, medo e ansiedade, portanto, a administração de analgésicos e sedativos é fundamental para dar conforto ao paciente, reduzindo assim, o estresse e evitando o retardamento na recuperação e no desmame ventilatório. No Brasil, a administração de medicamentos é uma atividade cotidiana, de responsabilidade

legal da equipe de enfermagem, em todas as instituições de saúde (SILVA et al., 2007). O Decreto nº 94.406/87 que regulamenta a Lei nº 7489, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 311/2007 (direitos, deveres, responsabilidades e proibições). É proibido segundo o Art. 30 – Administrar medicamentos sem conhecer a ação da droga ou sem certificar-se da possibilidade dos riscos. Portanto neste contexto, é exigido que todos os profissionais envolvidos nesta assistência sejam qualificados para tal valorizando suas experiências e vivências profissionais e conforme preceitua Murback (2008) a educação continuada não é apenas transmissão de conhecimentos científicos, mas, também uma transmissão de atitudes em relação à utilização desses conhecimentos, portanto para entender na essência educação continuada apenas como uma transmissão de saberes e é uma visão simplista, educar exige também rever conceitos, mudar atitudes e ser capaz de agir como agente transformador. Neste cenário surgem as metodologias ativas envoltas em uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem críticos-reflexivos, no qual o educando participa e compromete-se com seu aprendizado. O método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e à aplicação dessas soluções (LUCKESI, 2007). O objetivo do estudo e realizar um ensaio teórico e reflexivo sobre a metodologia ativa em saúde e suas contribuições para assistência de enfermagem frente à administração de MPPs por profissionais

de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. Desenvolvimento do Trabalho: Para este estudo utilizaremos a abordagem metodológica de ensaio teórico e reflexivo, consistente em uma exposição lógico-reflexiva com ênfase na argumentação e interpretação pessoal, para expor ideias científicas ou filosóficas (SEVERINO, 2000). Resultados: De acordo com Luz (2000) nas instituições hospitalares, a enfermagem desempenha importante papel na preparação da infraestrutura para a realização segura e eficaz dos procedimentos médicos e de enfermagem, além de ações assistenciais, orientação e educação preventiva, visando ao autocuidado, facilitando a reintegração social do paciente, no Brasil, a equipe de enfermagem representa o percentual mais significativo de pessoal, chegando a atingir em alguns casos cerca de 60% nas instituições hospitalares. Convém ressaltar que a proposta pedagógica a ser utilizada na continuidade da formação em saúde necessitará considerar os trabalhadores como sujeitos de um processo de construção social de saberes e práticas, preparando-os para serem sujeitos dos seus próprios processos de formação ao longo de toda a sua vida (MANCIA; CABRAL; KOERICH, 2004). Nesta conjuntura, o ser humano na concepção de Bagnato é um sujeito que se constitui nas relações consigo mesmo, nas relações com outros sujeitos, com os meios de comunicação, com religião, famílias, com acesso a novos conhecimentos e lugares que vai ocupando. Para essa pensadora do campo da Educação em Saúde, o conhecimento do outro é construído e desconstruído no diálogo, na diversidade de vozes, através das palavras, dos gestos e das ações (BAGNATO; RENOVATO, 2006). Para Amorin (2001) a linguagem assume um papel de destaque em um diálogo, pois é nela que acontecem as trocas e os acolhimentos. Assim, o educador em saúde atuará como mediador cultural no sentido

de decodificar a linguagem técnica utilizada e estabelecer as interlocuções do grupo com outros saberes. É esperado propiciar condições para que os indivíduos adquiram uma linguagem que busque a reflexão de suas experiências, para transformá-las em projetos mais amplos de responsabilidade social (BAGNATO; RENOVATO, 2006). É primordial destacar que o mundo global não comporta mais profissionais limitados apenas a sua função, mas necessita que estejam preparados para a vida e sejam capazes de mobilizar e articular conhecimentos, valores e habilidades na tomada de decisões frente a qualquer problema/situação, os profissionais de enfermagem necessitam ser competentes em uma prática mais abrangente, sem se abstrair dos conhecimentos primordiais para o desempenho de sua função (FERREIRA, 2003). Portanto, entende-se que desta forma para que tal objetivo seja alcançado deve-se utilizar as metodologias ativas, uma vez que é através da problematização como estratégia de ensino-aprendizagem - cuja finalidade é motivar o profissional – que ele diante do problema, se detém, examina, reflete e inicia o processo de produção do seu próprio conhecimento e assim seu autodesenvolvimento contribuindo para sua própria formação (MITRE, 2008). Considerações finais: A partir do estudo realizado entende-se que a metodologia ativa para a qualificação desses profissionais seja de grande valia para a assistência de enfermagem frente ao tema proposto. Uma vez que desenvolve nestes profissionais a capacidade do pensar, refletir e da habilidade resolutiva no que se refere à resolução de problemas, desenvolvendo ações de saúde e, principalmente, comprometidos com a construção do seu próprio conhecimento, valorizando o ser humano e a vida. Porém, acredito que a metodologia ativa frente à assistência de enfermagem na administração de MPPs ainda é um desafio à sua

implantação, pois a enfermagem ainda está atrelada ao processo do fazer dissociada do raciocínio clínico e reflexivo. É primordial destacar que somente através de uma prática reflexiva, crítica e principalmente comprometida com o processo de cuidar pode-se promover a autonomia, o diálogo, a troca de experiências e vivências profissionais.

METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO: APLICAÇÃO DO ARCO DE MAGUEREZ NO HEMOCE EM FORTALEZA

Gabriela Silva Santos, Luiz Torres Raposo Neto, Tatyane Oliveira Rebouças, Eliziê Pereira Pinheiro, Paulo Ayslen Nascimento Macêdo, Alexandre Bayma Rebouças

Palavras-chave: Ensino, saúde, Formação,

INTRODUÇÃO: A preocupação com a formação e a busca por novas formas de ensinar na área da saúde existem desde a metade do século XX, quando as instituições de ensino superior são convidadas a analisar seus métodos, técnicas nos processos ensino-aprendizagem, rompendo com paradigmas nos modelos de ensino tradicional, melhorando a práxis pedagógica passando por transformações através de metodologias ativas. O trabalho foi realizado na disciplina de metodologias ativas no curso de mestrado ensino na saúde da Universidade Estadual Do Ceará (UECE), onde foi desenvolvida a experiência utilizando as metodologias ativas, através da problematização, aplicando a técnica do Arco de Magueréz, no centro de hematologia e hemoterapia do ceará (HEMOCE). O Arco de Magueréz tem como ponto de partida e de chegada a realidade social através de um processo reflexivo sobre determinado aspecto extraído, observado ou vivido. **OBJETIVOS:** Desenvolver uma atividade com a metodologia da problematização,

aplicando a técnica do Arco de Magueréz, avaliar a metodologia da problematização como um processo crítico-reflexivo e discutir as dificuldades encontradas pelos profissionais do Hemoce e sua aplicação à realidade. **MÉTODOS:** O Arco de Magueréz foi aplicado no Hemoce, durante um dia, onde se deu por um processo de cinco etapas, que se desenvolvem a partir da: observação da realidade, pontos chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. O grupo de aplicadores é composto por cinco mestrandos e duas pós-graduandas em enfermagem do trabalho que foram dirigidos a uma sala de aula reservada antecipadamente com pedido de permissão prévia para aplicação do trabalho. Todos os profissionais do Hemoce foram convidados, porém, apenas seis pessoas compareceram a sala para a aplicação do Arco. Entre eles, uma assistente social, uma pedagoga e quatro profissionais de enfermagem, sendo duas enfermeiras e duas acadêmicas de enfermagem do 9^o semestre. Foi feita uma explicação sobre os objetivos da visita e a proposta de estudo, enfatizando na explicação das metodologias ativas e na problematização do trabalho, até mesmo para sanar dúvidas que poderiam surgir durante a construção do Arco de Magueréz. Para um melhor desenvolvimento da atividade foi solicitado ao grupo que escolhesse um relator e um coordenador, já preparando o grupo para sua autonomia. **RESULTADOS:** No desenvolvimento do processo, é necessário garantir algumas características, como as descritas a seguir, e conseqüentemente, conquistar resultados desejados na direção da autonomia dos profissionais. Os atributos são que eles que problematizam a parcela da realidade associado ao foco do estudo, assim, selecionam um problema e buscam a solução para ele. A relação teoria e prática são constante, em uma dinâmica de ação - reflexão - ação, tendo características

transformadoras. A aplicabilidade das cinco etapas do Arco de Magueréz está descritas a seguir. Na primeira etapa é a observação da realidade social, real, pelos profissionais, a partir de um tema ou unidade de estudo, o grupo de profissionais faz uma análise e rapidamente identifica o problema. A segunda etapa é a identificação dos pontos chaves e suas variáveis que podem contribuir para compreensão e solução do problema. A terceira etapa é o momento do estudo em que as informações precisam ser analisadas, fundamentadas, embasadas, discutidas, buscando explicações acerca da realidade observada e a compreensão dos pontos chaves através de uma investigação em várias fontes como livros, periódicos especializados dentre outros. Na quarta etapa o grupo buscou as fontes de informações que deram subsídios às propostas de suas hipóteses, perceberam a ligação das hipóteses com os pontos chaves e verificaram se suas hipóteses de solução são aplicáveis a realidade. A quinta etapa é aplicação à realidade, o grupo de profissionais identificou com possibilidades para aplicar á realidade e tentativas de mudanças para solucionar o problema. O grupo de mestrandos e pós-graduandos que aplicou a atividade pediu que o grupo participante relatasse como foi à experiência de participar da atividade. Eles citaram que realizar esse trabalho foi muito significativo, pois conseguiram obter alguns conhecimentos e saberes construídos em equipe que até então não era percebido entre o grupo, as idéias compartilhadas reforçaram a importância do trabalho em equipe e a valorização individual, como propostas de mudança em sua realidade. Destacaram também como positivo o conhecimento das metodologias ativas para o processo de ensino-aprendizagem, já que dos seis participantes, apenas dois conheciam a problematização. Reconheceram o Arco de Magueréz como método de ensino para uma

aprendizagem formativa e crítica. Quando pedido que fossem relatados os obstáculos os componentes disseram que sentiram dificuldades pela falta de conhecimento sobre a metodologia e que algumas etapas se mostraram semelhantes no momento, como hipóteses de solução e aplicação à realidade. Foi percebido pelo grupo de aplicadores da atividade que alguns fatores limitaram o desenvolvimento amplo da metodologia, pois apenas seis funcionários participaram da atividade e um encontro para aplicação do arco na realidade do hemocentro na análise do grupo foi considerado insuficiente. A sugestão encontrada pelos dois grupos foi de dividir as etapas do arco em dois momentos, um primeiro momento para as fases de identificação e pontos-chaves (etapa um e dois), e o outro momento para teorização, construção de hipóteses e aplicabilidade (etapa três, quatro e cinco), tentando conseguir também uma participação maior dos funcionários, a partir de uma maior divulgação e explicação do Arco de Magueréz. **CONCLUSÃO:** Para causar um efeito e direcionamento adequado utilizando as metodologias ativas, é necessário que os participantes assimilem, compreendam e acima de tudo acreditem no seu potencial pedagógico e incluam como motivação, energia, disponibilidade intelectual e valorizem a forma de trabalho, pois várias são as condições que podem aparecer no cotidiano e impedir seu objetivo. É possível afirmar que os participantes da metodologia da problematização, ao desenvolver as cinco etapas do Arco de Magueréz, envolveram-se numa ação pedagógica de transformação. Possibilitando um olhar cada vez mais crítico para atuar na realidade social, auxiliando no processo de renovação e superação de sua acomodação, levando ao exercício da práxis e desenvolvendo novas ações numa prática pedagógica libertadora. Assim ressaltamos a contribuição que a aplicação da metodologia

da problematização, através do Arco de Maguerez, trouxe aos mestrandos e pós-graduandos, um enriquecimento ao nosso conhecimento, como profissionais da saúde e docentes.

METODOLOGIAS ATIVAS: REFLEXÕES SOBRE O ENSINO APRENDIZAGEM NA ENFERMAGEM

Eliza Hidalgo, Marcia Regina Alvarenga

Palavras-chave: Ensino-Aprendizagem, Metodologia Ativa, Enfermagem

Introdução: O ensino-aprendizagem pautado na teoria das metodologias ativas tem como suporte o princípio teórico da autonomia. Objetivo: apresentar um estudo bibliográfico sobre o ensino-aprendizagem na área de enfermagem sob a ótica das metodologias ativas. Metodologia: estudo de revisão integrativa de literatura. Resultados: os resultados mostram que as metodologias ativas de ensino têm como fundamento processos de ensino-aprendizagem que estimulam os alunos de enfermagem a uma reflexão crítica entre teoria e prática, onde o aluno a partir de formulações de questões problemas passa a desenvolver as possíveis soluções. Conclusão: As metodologias ativas são as melhores opções de ensino/aprendizagem no curso de enfermagem, pois as mesmas promovem condições para que o aluno seja sujeito capaz de aprender a aprender, isto é, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser, consequentemente garantindo que o cuidado de enfermagem seja de qualidade, eficiente e resolutivo. Palavras chave: Ensino-Aprendizagem. Metodologia Ativa. Enfermagem.

MICROPOLÍTICA E DOCÊNCIA PROTAGONISTA NOS CURSOS DE SAÚDE: UMA INTERVENÇÃO TRANSDISCIPLINAR

Cristina Miyuki Hashizume

Palavras-chave: trabalho, formação em saúde, docência

O presente trabalho tem por objetivo problematizar junto com professores da saúde a formação nos cursos de saúde da Universidade Estadual da Paraíba. METODOLOGIA: a intervenção consistiu em encontros em que se convidavam professores interessados no tema. Os temas discutidos no encontro foram às condições de trabalho docente, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Saúde e metodologias ativas que poderiam ser recontextualizadas à luz da realidade por nós vivida na instituição e nos territórios. Também houve encontros com professores do curso de Psicologia, envolvidos com disciplinas e projetos de Saúde Coletiva que se dispusera a conversar sobre o tema. RESULTADOS E ANÁLISES: a amplitude do projeto ficou restrita ao curso de Psicologia, especificamente a professores que tinham alguma motivação em relação ao tema. As políticas de intensificação do trabalho na universidade inviabilizaram a participação de alguns professores. Percebemos que os atravessamentos políticos e éticos do curso impediam a priorização do debate sobre ensino. Apesar de poucos encontros, as interações com os professores do curso nos mostraram a necessidade de se discutir ensino frente às adversidades das condições de trabalho. As metodologias ativas propostas no presente curso foram importantes para pensarmos uma docência mais centrada no aluno e na população atendida. Concluímos que os debates sobre o ensino de saúde estão atravessados por

questões ético-políticas que desvirtuam a discussão técnica com disputas que pouco contribuíam para resolver dilemas da formação em Psicologia. Reconhecer tais atravessamentos e problematizá-los é uma forma de avançarmos nessa discussão.

MOTIVOS RELACIONADOS AO ATRASO VACINAL EM CRIANÇAS COM IDADE MENOR OU IGUAL A UM ANO

Francisco Ariclene Oliveira, Francimirley Aprígio Pena, Emessandra Clementino da Silva, Aviner Muniz de Queiroz, Maria Ivanilza da Silva, Cristiana Ferreira da Silva, Denizelle de Jesus Moreira Moura

Palavras-chave: Criança, Vacina, Calendário vacinal

APRESENTAÇÃO: Uma maneira muito eficaz de se prevenir contra diversas doenças é a vacina. Quando ocorre na primeira infância, há uma relevante ação de prevenção de doenças infectocontagiosas, doenças estas que podem levar ao óbito e a graves sequelas em crianças no Brasil e no mundo (PUGLIESI, TURA, ANDREAZZI, 2010). Trata-se de um procedimento altamente viável e com excelente custo-benefício, visto que o custo com a vacinação de doenças imunopreveníveis é muito menor que o valor dispensado a indivíduos acometidos por tais enfermidades (FEITOZA, PEREIRA, LANNES, 2010). A taxa de mortalidade entre menores de um ano de idade no Brasil apresenta queda contínua, com uma redução de 59,7% no período de 1990 a 2007. Esse declínio é resultado do aumento da cobertura vacinal, da terapia de reidratação oral e da ampliação dos serviços de saúde como, por exemplo, o pré-natal. Porém, mesmo o Brasil sendo um dos países mais completos quando se trata de imunização, algumas doenças estão apresentando-se como reemergentes. Apesar da eficácia

comprovada das vacinas na prevenção de doenças, o cotidiano de trabalho de uma das autoras do estudo em sala de imunização lhe fez perceber quão inúmeros são os casos de crianças com vacinas atrasadas. Diante disso, surgiu o seguinte questionamento: quais os motivos relacionados ao atraso vacinal em crianças com idade menor ou igual a um ano? OBJETIVOS: Nesse contexto, esse estudo objetiva identificar quais os motivos relacionados ao atraso vacinal em crianças com idade menor ou igual a um ano. Conhecer os motivos que levam ao atraso vacinal pode contribuir no planejamento de estratégias que minimizem tal situação com vistas a atingir e manter as coberturas vacinais em níveis altos e homogêneos com conseqüente redução de doenças e melhoria na saúde das crianças. METODOLOGIA: Foi realizada uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 115 pais ou responsáveis por crianças com idade igual ou menor a 1 ano com vacinas em atraso atualmente ou em períodos anteriores, em consonância ao calendário ministerial. Os dados foram coletados com os pais/responsáveis dessas crianças que compareceram à sala de vacina de duas unidades básicas de saúde da família no período da coleta de dados. A amostragem se deu por conveniência. Foram excluídos os pais ou responsáveis que, mesmo referindo atraso vacinal, não levaram cartão de vacina. Foi realizada observação não participante com registro em diário de campo. A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2015 em duas unidades básicas de saúde da família, localizadas na área urbana do município de Maracanaú/CE. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um formulário estruturado elaborado pelas pesquisadoras, com perguntas relacionadas às características sociodemográficas, vacinas em atrasos e seus respectivos motivos. Após a coleta, os dados foram

tabulados com o auxílio do programa Excel, com análise estatística univariada, apresentados em tabelas e analisados à luz da literatura sobre o assunto. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Metropolitana de Fortaleza, com o número do parecer 922.270, os pais/responsáveis pelas crianças foram convidados a participar do estudo mediante a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esclarecemos os objetivos, riscos e benefícios do estudo. Ressaltamos o anonimato dos participantes, a fidedignidade das informações e demais preceitos éticos conforme determina a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. RESULTADOS: A maioria das crianças (66,9%) tinham idade entre 7 e 12 meses; e 58 (50,4%) eram do sexo masculino. De 38 (33%) crianças que tinham idade entre 1 e 6 meses, apenas 19 (16,5%) estavam em aleitamento materno exclusivo (AME) e a média de idade em que as demais interromperam foi de 3 meses. A maioria dos responsáveis pelas crianças eram adultos jovens, com idade entre 25 e 35 anos (52,1%); 58 (52,1%) eram casados; e 93 (80,8%) eram de cor/raça não branca. Observou-se uma baixa escolaridade, pois cerca de 31 (26,8%) tinham o ensino fundamental e médio incompletos. Sobre a ocupação, 59 (51,3%) participantes informaram que não tinham emprego formal e 76 (66%) tinham renda familiar entre 1 e 2 salários mínimo com média de R\$1.182,00. Observou-se que as vacinas BCG e Hepatite B foram as que mais tiveram atrasos, uma com 66% e a outra com 65,2%, devido a maioria das crianças não terem recebido as vacinas ao nascer. A Pentavalente e a Pneumocócica mostraram um maior número de atrasos na primeira dose (48,6% e 33% respectivamente), com consequente atraso nas demais. A Meningocócica e Tríplice Viral, foram as vacinas que tiveram o menor percentual de atrasos, uma com 23 (20%) e a outra com 11

(9,5%) crianças em atraso. Entre as crianças com atraso vacinal, o motivo mais relatado foi a falta da vacina tanto nas maternidades, quanto nas unidades básicas de saúde, sendo que 143 atrasos foram referentes à BCG e Hepatite B e 59 referente às demais vacinas. A falta de conhecimento dos responsáveis pelas crianças e/ou orientação dos profissionais de saúde sobre as vacinas, acarretou o segundo maior motivo dos atrasos, seguindo de falta de tempo (82 motivos), esquecimento (62) e rotina da UBASF (14). CONSIDERAÇÕES FINAIS: O atraso vacinal das crianças menores de um ano deve ser acompanhado com bastante atenção, fazendo com que essas crianças recebam todas as doses, incluindo os reforços, para que assim estejam realmente imunizadas. Os dados obtidos no estudo demonstraram que é baixa a proporção das crianças com vacinas em dia, ao se considerarem as metas preconizadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI). Esses atrasos não devem ser somente relacionados aos responsáveis pelas crianças, nem tampouco apenas às equipes da saúde, deve ser uma responsabilidade de todos. Porém, para obtermos maior êxito na cobertura vacinal, cabe aos profissionais de saúde participarem mais ativamente na busca ativa de crianças em falta com a vacinação, através da revisão sistemática dos cartões, de uma maior efetividade nas visitas domiciliares e nas orientações necessárias para cada vacina. Os resultados encontrados nesta pesquisa visam contribuir no planejamento de intervenções a fim de modificar a cobertura vacinal das crianças. Sugerimos também que mais estudos sejam desenvolvidos sobre esta mesma temática, em diversos cenários e com outras faixas etárias.

NOVAS PRÁTICAS NO ESTÁGIO EM SAÚDE DA COMUNIDADE NO CURSO DE MEDICINA DA UFMS

Joaquim Dias da Mota Longo, Ana Rita Barbieri, Luiza Helena de Oliveira Cazola, Rafael Garanhani

Palavras-chave: Educação, Medicina, Integração

APRESENTAÇÃO: Há cinco anos, após a mudança do Projeto Pedagógico do Curso de Medicina, aprovado pela Resolução COEG nº 122, de julho de 2010 e alterado pela Resolução COEG nº 178, de 1 de dezembro de 2010 em decorrência de proposições do Ministério da Educação e da Saúde para aproximar o ensino médico aos cenários da prática da atenção básica à saúde, o Estágio em Saúde da Comunidade I, do quinto ano do curso de medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul foi contemplado com um aumento significativo na carga horária. Com isso os alunos passaram a permanecer 360 horas em atividades práticas, com aportes teóricos, distribuídas em nove semanas, tendo como princípio a Estratégia da Saúde da Família. Isso exigiu reestruturação da disciplina e novas formas de inserção nos campos de prática. Este trabalho tem por objetivo relatar a experiência docente na reinserção acadêmica no serviço e comunidade. EXPERIÊNCIA: A reorganização do estágio foi iniciada em 2012 com um planejamento que envolveu: (1) a negociação junto à Secretaria de Saúde de Campo Grande (SESAU); e (2) conteúdos e metodologias inovadoras. No planejamento da disciplina ficou definido que os acadêmicos precisariam desenvolver atividades em conjunto com os profissionais sendo corresponsáveis pela saúde da população. A partir do planejamento, com apoio teórico, os alunos são orientados a ter um olhar ampliado sobre a saúde da

coletividade, contribuindo para a melhoria de um indicador de saúde e, sob o ponto de vista do indivíduo, precisam fazer a assistência integral, em forma de estudo de caso prático, a um indivíduo doente. Os conteúdos selecionados são voltados à atenção primária e sua organização, modelo assistencial e clínica ampliada com enfoque integral baseada em evidências. São abordados: Política Nacional da Atenção Primária, Redes de Atenção à Saúde, Ferramentas de Abordagem Familiar, Indicadores de Saúde, protocolos e manuais do Ministério da Saúde voltados à atenção primária, com sua aplicação. Alguns assuntos recebem maior ênfase devido à sua abordagem restrita na formação como: saúde do idoso, saúde mental, violência e vulnerabilidade, sempre com ênfase na atenção primária. Também, as aulas teóricas são ministradas como aulas expositivas dialogadas com exercícios e atividades em sala de aula, seminários com a visualização dos serviços existentes e sua abrangência no município e busca de referencial teórico. Nas atividades práticas, os acadêmicos realizam o atendimento médico por meio de consultas integrais, com participação de outros profissionais, incluindo os presentes no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nas regiões por ele cobertas. Além das atividades clínicas, devem conhecer a realidade e espaço geográfico local, realizar ou acompanhar atividades desenvolvidas na UESF na sala de vacinas, pré-consulta, curativos, inalação, odontologia, farmácia, além de realizar atividades educativas, contribuir na educação permanente e realizar visitas domiciliares com todos os profissionais que as realizam. Em parceria com a SESAU foram identificadas Unidades de Estratégia da Saúde da Família (UESF) e médicos que aceitassem o papel de preceptores dos acadêmicos, sem nenhuma forma de incentivo financeiro. O início foi bastante difícil. Eram necessários ao menos

6 preceptores para que os alunos pudessem ser distribuídos em duplas. RESULTADOS: Do início do processo até setembro de 2015, passaram pela disciplina 240 alunos distribuídos em 24 grupos, os quais experimentaram essa nova metodologia que permitiu que os mesmos incorporassem novas atitudes a partir de uma vivência participativa em atenção primária. No que diz respeito aos indicadores de saúde, até o momento os acadêmicos deixaram como contribuição, 120 projetos de intervenção, colaborando para modificar a situação epidemiológica local com atuação em diversos campos como: coleta de colpocitologia oncótica; avaliação integral dos hipertensos e diabéticos com inspeção e exame de pés diabéticos e exames laboratoriais em conformidade com protocolos; investigação de doença renal em diabéticos; avaliação integral de idosos, desenvolvimento do Escore de Framingham em diversas UESF; educação e formação de equipe para urgências pré-hospitalares; educação em saúde para diferentes grupos; dentre outros. Foram conduzidos aproximadamente 96 estudos de caso, com a realização de diagnósticos e intervenções importantes em pacientes com câncer, síndromes, hanseníase na sua forma multibacilar em estágios avançados, sífilis gestacional de difícil tratamento, acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos com pouca capacidade de aderir ao tratamento, hepatites B e C, tuberculose dentre outros, enfatizando que independentemente da gravidade do caso, todos os pacientes precisam ser cuidados no seu domicílio. Em todos os acompanhamentos, foi priorizado o tratamento, a redução do dano com a melhoria da qualidade de vida. IMPACTO NA FORMAÇÃO: Essa melhoria de qualidade no processo de ensino é registrada anualmente no Relatório de Avaliação dos Estágios Obrigatórios, publicado pela Famed/UFMS. Dados do Relatório de 2015 afirmam que, em geral 90% dos alunos avaliam o Estágio Obrigatório em Saúde

da Comunidade I como Bom/Muito Bom, índice acima do resultado geral, que é de 61,02%. Atribuem tal nota ao empenho dos docentes e dos preceptores. Os alunos afirmam que houve contato maior com a população e a possibilidade de ver mais de perto a realidade das pessoas que são atendidas na saúde pública com visitas domiciliares que ampliam a capacidade de enxergar a realidade aprimorando a formação e entendimento de como lidar com o paciente. Também os alunos apontam a importância dos preceptores da rede de atenção, sendo que 90,91% afirmam que os mesmos promovem um atendimento humanizado, com construção de vínculo singularizado, longitudinalidade do cuidado direcionado ao benefício do paciente e família e orientado à integralidade do cuidado à saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estágio ainda apresenta limites, muito deles voltados à dificuldade de manter os preceptores que têm alta rotatividade na SESAU devido a contratos temporários. Também, a UFMS não efetua pagamento aos preceptores diferentes de outras instituições que pagam bolsas e outros incentivos. No entanto, constatamos que é possível desenvolver o aprendizado no qual o aluno sente, pratica, reflete e reformula a sua prática em uma espiral ascendente com ganhos de competências a partir das atitudes e habilidades desenvolvidas. É possível constatar aprendizado quanto à longitudinalidade do cuidado, compreensão da determinação social, econômica e da escolaridade sobre o adoecimento e sobre o tratamento das doenças e condições crônicas, compreensão da articulação do cuidado em redes assistenciais, capacidade resolutiva da atenção primária quando bem feita e o êxito do trabalho em equipe. Constata-se que, a nova organização do Estágio em Saúde da Comunidade I promoveu a articulação real entre o ensino e a prática em uma parceria na qual todos ganham: alunos, serviço e comunidade.

O COMBATE E ERRADICAÇÃO DAS DESIGUALDADES RACIAIS NA SAÚDE POR MEIO DA CONSOLIDAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA - PNSIPN

Angela Ernestina Cardoso de Brito, Eunilson Dias Santos, Nadir Cardoso de Brito, Janice Pimenta Borém

Palavras-chave: desigualdades raciais, saúde, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

Este trabalho visa refletir sobre os impasses e desafios enfrentados no processo de implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- PNSIPN. A política se caracteriza como resposta do poder público através do Ministério da Saúde no combate às desigualdades vivenciadas pela população negra. Metodologicamente foi realizada pesquisa bibliográfica com base em fontes primárias e secundárias. Na perspectiva da população negra, o conceito de saúde, não está restrito apenas ao aspecto biológico, traz consigo elementos construídos historicamente e culturalmente, tais como qualidade de vida e bem-estar. Requer neste sentido ações que visem acabar com as desigualdades no acesso à saúde, as quais a população negra está submetida. Enfatizamos que estas desigualdades são consequências do racismo institucional ou estrutural a que a sociedade está inserida. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: importância e desafios de implementação. As desigualdades sociais vivenciadas pela população negra são expressas materialmente e na qualidade e quantidade de serviços sociais públicos a que esses têm acesso. Tais constatações corroboram a ideia de desigualdade social, presente nas produções teóricas e intervenções políticas neste campo, catalisam e sistematizam as

reivindicações da população negra na área da saúde, de forma a exemplificar essa especificidade tanto em âmbito nacional quanto internacional. O reconhecimento da necessidade de instituir uma política de saúde para a população negra nos obriga a várias reflexões, umas afeitas ao campo das relações raciais existentes no contexto histórico brasileiro, pautadas no racismo, outras relativas à superação dos limites do princípio da universalidade para o alcance do direito de cidadania em saúde, conforme preconizado no texto constitucional enquanto dever de Estado. Uma política de saúde voltada para a população negra se assenta, contudo, em bases constitucionais, uma vez que pela Lei 8.080/90 o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática têm a epidemiologia por baliza (BARBOSA, 2004, p.37). A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - PNSIPN pode-se dizer que se caracteriza como uma resposta do poder público através do Ministério da Saúde às desigualdades em saúde vivenciadas pelo segmento populacional negro. Significa o reconhecimento de que as suas condições de vida são consequências de injustos processos sociais, culturais e econômicos presentes na trajetória do País. A PNSIPN, de acordo com o Ministério da Saúde (2010), delimita os princípios, a marca, as estratégias e as responsabilidades de gestão, direcionadas para a melhoria das condições de saúde do segmento da população negra. Abarca ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, assim como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando a promoção da equidade em saúde da população negra (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). No que diz respeito ao Sistema Único de Saúde - SUS, a PNSIPN se insere na dinâmica do SUS, através de estratégias de gestão solidária e participativa, ressaltando

a viabilização do quesito cor, na produção de informações epidemiológicas para a determinação de prioridades e tomada de decisão; propagação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, ênfase no combate e prevenção do racismo institucional em ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2010). Na análise de Costa: O grande mérito desta Política é a abrangência que se manifestava no conceito ampliado de saúde, mas ao mesmo tempo o grande desafio, reconhecendo as fragilidades institucionais que se manifestavam na fragmentação ainda existentes. Portanto, esta Política tem este potencial de mexer nas instituições, no plano individual e coletivo para lidar com os determinantes e condicionantes sociais da saúde (COSTA, 2010, p.1). Na PNSIPN os municípios podem priorizar os eixos e diretrizes da forma como acharem melhor ou valorizando as diferenças ou particularidades locais. Os municípios, no seu planejamento, podem contemplar uma meta de redução da mortalidade materna e infantil de forma a reconhecer essas diferenças em relação às mulheres negras; assim como a ações de combate à violência expressas contra homem negro. Por outro lado, o município pode acrescentar outros fatores como avaliações e determinação e levantamento de indicadores. A estratégia de implementação desta Política é diversificada e depende da capacidade das instituições (COSTA, 2010). Resultados e/ou impactos: O que torna a PNSIPN relevante e ambiciosa é a forma de incluir questões como, a inserção do quesito cor em formulários do Programa de Saúde da Família, registros hospitalares e atestados do SUS. Porém, faz-se necessário ressaltar que, não basta somente a inclusão dos quesitos; é necessário convencer o

profissional da saúde sobre a importância da inserção destes dados. Ressalta-se o imperativo da admissão de cursos preparatórios, para funcionários, que abordem a temática racial, assim como o quesito cor, com a finalidade de sensibilizá-los para a questão. Um dos princípios fundamentais do SUS remete à equidade, isto é, os serviços de saúde devem ofertar tratamentos diferenciados e específicos para os desiguais. Nesse sentido, objetiva-se reduzir diferenças de vulnerabilidade das populações. No caso da população negra, devido ao processo histórico de exclusão social, econômica, política e cultural à qual foi submetida, tornou-se mais vulnerável às diversas patologias. Cabe aos serviços de saúde públicos oferecidos pelo Estado garantir atendimentos mais adequados, que reduzam essas vulnerabilidades. Ressaltamos a importância de estimular discussões sobre o tema, lutar pela inserção do quesito cor nos formulários de atendimento e desenvolver pesquisas que, além de atribuir visibilidade às iniquidades, possam ainda contribuir para reflexão e compreensão de como as iniquidades atuam e conseqüentemente refletem sobre a saúde da população negra. Considerações Finais: Acreditamos, tal como Lopes (2010) que o combate e a erradicação das desigualdades é desafiador no campo das políticas públicas, especialmente quando tais desigualdades são oriundas da expressão indireta de discriminação. Poder público e sociedade civil devem agir com imparcialidade no enfrentamento de práticas, que, explicitamente, desfavorecem pessoas ou grupos característicos, tendo em vista que, para eliminar as formas indiretas de discriminação, é necessário: (1) mensurar e interpretar de forma certa a magnitude e a evolução das disparidades entre os diferentes grupos; (2) revisar as práticas institucionais, de modo que as novas ações, programas e políticas sejam orientados pela noção de equidade; (3) assumir o compromisso e a

responsabilidade de oferecer tratamento diferente àqueles que estão inseridos de forma desigual, contemplando assim suas necessidades e promovendo ou efetivando o direito à igualdade de fato.

O CORPO TURBINADO NA DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA: O MECANISMO COMO RETÓRICA DE VIDA E SAÚDE

Anderson dos Santos Machado

Palavras-chave: retórica de saúde, mecanismo, divulgação científica, saúde coletiva

A partir da análise das capas de revistas de divulgação científica percebemos a influência da categoria mecanismo na construção de representações sociais imagéticas na mídia impressa. O cérebro, por seu papel relevante na sociedade ocidental contemporânea, ganha aspectos como potência, agilidade e contornos maquímicos que o equiparam com uma máquina que pode ser turbinada para máxima eficiência. Essa percepção revela que também a vida humana é reconhecida por outros campos das Biociências como sendo fruto preponderantemente de sua composição biológica, sendo cada vez mais complexificada e miniaturizada (nanobiotecnologia). A partir dessa retórica de vida e saúde, percebe-se uma normatividade sobre o que vem a ser objeto de saúde, desconsiderando outras dimensões do humano, apreendendo a mente e o corpo como subordinados unicamente ao biológico (e portanto, passível de intervenção medicamentosa e tecnológica) e desconsiderando as dimensões subjetivas do ser humano. A reflexão nos leva a questionar o quanto o imaginário social é (re)alimentado por figuras imagéticas que reforçam a separação do humano seu natural num fascínio diante das possibilidades oferecidas pelo tecnológico.

O CUIDADO À CRIANÇA COM ASMA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: MOBILIZANDO AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE POR MEIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Maria Wanderleya de Lavor Coriolano Marinus, Thaisa de Farias Cavalcanti Santos, Lidia Ruiz Moreno, Luciane Soares de Lima

Palavras-chave: Asma, Agentes Comunitários de Saúde, Educação Permanente em Saúde

Apresentação: O estudo apresentado consistiu em uma Dissertação de Mestrado cujo objeto de estudo foram os cuidados à criança com asma na Estratégia Saúde da Família, por meio de estudo quase experimental do tipo antes e depois. A asma é uma doença crônica, de alta prevalência e morbidade, que afeta de modo substancial a vida das crianças/famílias, com repercussões sobre a qualidade de vida, hospitalizações, absenteísmo escolar, rendimento escolar, faltas ao trabalho (no caso dos pais), gerando altos custos econômicos e sociais para a família e para o sistema de saúde (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O MANEJO DA ASMA, 1996; III CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA, 2002). O tratamento da asma envolve a terapia medicamentosa, somado a cuidados educativos que promovam o uso da medicação de forma adequada, cuidados com o ambiente doméstico, além de uma relação eficiente entre profissional-usuário para uma efetiva adesão ao tratamento. O controle ambiental inadequado pode ser decorrente de fatores econômicos, culturais, psicológicos, educacionais (JENTZSCH; CAMARGOS; MELO, 2006), dentre outros e requer por parte dos indivíduos/cuidadores, mudanças de comportamento inerentes a suas condições individuais que permitam minimizar o papel dos fatores desencadeantes na exacerbação da asma. O estudo teve a seguinte questão de pesquisa: "As condições ambientais dos domicílios de crianças com asma atendidas

pela Estratégia Saúde da Família podem ser modificadas a partir de uma intervenção educativa com agentes comunitários de saúde?” Este estudo visou instrumentalizar o Agente Comunitário de Saúde através de conhecimentos sobre medidas preventivas a serem efetuadas em domicílios de crianças asmáticas, utilizando na intervenção educativa metodologias ativas de ensino-aprendizagem (metodologia da problematização), em consonância com as orientações do Ministério da Saúde, no que se refere à Educação Permanente dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), apropriando-se da realidade dos sujeitos no trabalho para o processo educativo de mudança e transformações sociais (BOGUS, 2007; BEHRENS, 1999; MIRANDA; BARROSO, 2004; MENDES et al. 2007; ALVIM; FERREIRA, 2007) . Desenvolvimento do trabalho: 1^a Fase) Na fase de construção do projeto de pesquisa, no mês de setembro de 2008, foi realizado um levantamento de estatísticas de atendimento médico diário no período de janeiro a julho de 2008, para seleção dos domicílios das crianças que atendiam aos critérios de inclusão; 2^a Fase) Foram recrutados os ACS das equipes selecionadas, para preencherem uma avaliação pré-teste, abordando conhecimentos sobre mitos e crenças relacionados à asma e fatores desencadeantes. Após este contato foram realizadas visitas aos domicílios de crianças com asma no período de dezembro de 2008 a fevereiro de 2009, sendo localizados 95 domicílios. Estes foram visitados, utilizando um formulário com variáveis biológicas (sexo, idade, história familiar positiva para alergia), socioeconômicas e demográficas (renda, escolaridade do cuidador, número de pessoas no domicílio, número de cômodos), pesquisa de fatores desencadeantes (fumo, infecções de vias aéreas superiores), cuidados ambientais (limpeza do piso e móveis) e um instrumento de controle

ambiental, que consistiu em um roteiro para observação domiciliar da sala e quarto, sendo considerado o controle ambiental adequado a pontuação ≤ 15 e inadequado, > 15 . 3^a Fase) Nesta fase, realizada no período de março a maio de 2009 foi realizada uma intervenção educativa com os ACS, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Nas equipes que atendiam os domicílios selecionados havia 34 ACS. Todos aceitaram participar da intervenção. Estes foram divididos em três grupos focais para a realização de cinco encontros com cada grupo. Na intervenção educativa foi utilizada a metodologia da problematização, com o Método do Arco de Maguerez (BERBEL, 1998). A intervenção consistiu em três grupos focais vivenciais, cada um com cinco encontros e momentos de dispersão caracterizados pelas visitas dos ACS aos domicílios, com o objetivo de identificar nos domicílios problemas relacionados ao controle ambiental, que funcionaram como cenários de aprendizagem (observação da realidade), identificação das causas e explicações da situação encontrada (pontos-chave). Durante os grupos focais foram discutidos temas relacionados ao conceito de asma, uso da medicação inalatória, reconhecimento dos fatores desencadeantes (teorização) e proposição de cuidados preventivos a serem implementados nos domicílios visitados na primeira etapa da pesquisa, com utilização de um roteiro sistematizado construído pelos ACS (hipóteses de solução), visando melhorar as condições ambientais dos domicílios das crianças asmáticas. Ao final da intervenção educativa, os educandos preencheram a avaliação pós-teste, abordando mitos e crenças relacionados à asma e fatores desencadeantes para a doença. 4^a Fase) Nesta etapa, denominada fase de dispersão das atividades educativas, os ACS realizaram visitas às crianças avaliadas na primeira fase, com a proposta de utilização de

um roteiro de sistematização, elaborado pelos educandos (aplicação à realidade). O número mínimo de visitas a serem realizadas para abordagem da educação em asma era quatro. 5^a Fase) Os mesmos domicílios avaliados na primeira fase, foram reavaliados pela pesquisadora no período de julho a agosto de 2009, utilizando o mesmo instrumento de coleta de dados inicial. Resultados: Foram verificadas mudanças significativas na redução da limpeza do piso com vassoura, na redução do uso do fogão a carvão, bichos de pelúcia e no controle ambiental do quarto. O método de ensino-aprendizagem foi diferenciado quando se compara a intervenção educativa em grupos focais com os ACS e as orientações individualizadas executadas pelos ACS nas visitas domiciliares, o que pode ter contribuído para os resultados encontrados. O estudo revela limitações na prática de educação em saúde na atenção básica, os ACS não dispõem de ferramentas adequadas para realizarem ações de promoção à saúde, o foco continua centrado na doença e numa prática educativa tradicional, prescritiva, sem oportunidades de reflexão para os usuários, para o entendimento das limitações desta relação entre profissional-usuário, sendo necessária a educação permanente destes profissionais relacionando os saberes e práticas populares, com o conhecimento técnico-científico, propiciando a construção de um conhecimento duradouro e aplicável ao contexto de vida das famílias. Não foi possível apreender a relação entre usuário-ACS, como se processa esta relação, qual o grau de credibilidade, a confiança e a segurança que as famílias depositam neste trabalhador, apontando a necessidade de futuras pesquisas para elucidação desta questão e de outras semelhantes. É necessário avaliar também o tempo exigido para implementação das medidas educativas em tais visitas, o qual não pode ser reduzido, nem tampouco superestimado, sob o risco

do excesso de informações dificultar o processamento e reflexão por parte dos cuidadores. Considerações finais: O estudo ratifica a necessidade de incorporação da asma como política pública de saúde, tendo em vista a sua alta prevalência e morbidade, fundamentada na educação de profissionais de saúde e usuários como um dos principais pilares, propiciando a incorporação de informações, reflexões e construção de medidas que minimizem os riscos para a falta de controle da doença. O uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na educação permanente mostra-se como uma potencial ferramenta para a educação permanente de agentes comunitários de saúde no seu trabalho preventivo junto à população.

O CURRÍCULO COMO DIMENSÃO DO PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO

Silvio Barros Barros do Nascimento, Tatiane Aparecida Queiroz, Ana Gêssica Costa Martins, Ana Fabíola Rebouças de Souza, Jessica Rabelo Holanda, Francisca Patrícia Barreto de Carvalho, Clélia Albino Simpson, Deyla Moura Ramos Isoldi

Palavras-chave: Educação Técnica em Enfermagem, Enfermagem, Avaliação Educacional

Introdução: O Projeto Político-Pedagógico (PPP) é mais do que um agrupamento de planos de ensino, é uma ação intencional construída coletivamente e vivenciada por todos os envolvidos no processo educativo. É político porque tem um compromisso com a formação cidadã e é pedagógico, pois permite a definição de ações educativas necessárias para que as instituições de ensino cumpram seus propósitos. O currículo é um importante elemento constitutivo do PPP e corresponde à organização do conhecimento da instituição

de ensino. Não é um elemento neutro de transmissão do conhecimento, mas expressa relações de poder, interesses e forças, sofrendo, portanto, influências do meio cultural, social, político e econômico. Nesse sentido, existem diferentes formas de organização curricular que variam de acordo com as diferentes concepções de ensino-aprendizagem. Objetivo: Discutir qual a concepção de currículo presente no Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) desenvolvido pela Faculdade de Enfermagem (FAEN) da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Metodologia: Trata-se de um estudo documental que permite a identificação, a verificação e a apreciação de documentos para determinado fim, sendo na maioria das vezes de caráter qualitativo. Sua principal característica é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, sejam eles escritos ou não, que podem ser arquivos públicos ou particulares, fontes estatísticas, fotografias, objetos, entre outros. Para a efetivação do presente estudo, inicialmente foi feita uma primeira aproximação com PPP/PROFAE a partir de sua leitura e com isso, foi possível perceber algumas contradições presentes no projeto, sendo ainda visualizados os principais equívocos quanto à qualidade da formação profissional prevista no mesmo. Depois disso, sucessivas leituras foram realizadas para que se pudesse alcançar um maior aprofundamento e melhor conhecimento das discussões trazidas no PPP, analisando-se seus diferentes elementos e principalmente a matriz curricular, buscando perceber como se dá a coesão entre os elementos do projeto e qual a concepção de currículo presente no mesmo. Resultados e Discussão: Através da análise do PPP/PROFAE desenvolvido pela FAEN/UERN foi possível identificar que a concepção de currículo que esta implícita no referido PPP é a de currículo por competência, o que pode ser evidenciado em diferentes

elementos do PPP como na justificativa, nos objetivos e na matriz curricular. No currículo por competência a organização curricular preocupa-se com a definição de conteúdos que permitam ao aluno o desenvolvimento de competências que lhe possibilite atender as exigências do mercado de trabalho. Alguns fragmentos do texto que compõe a justificativa e os objetivos demonstram que o compromisso da formação proporcionada pelo PPP/PROFAE desenvolvido pela FAEN/UERN é atender as necessidades do mercado de trabalho, não havendo, portanto, a preocupação em promover uma formação que permita ao aluno atender as demandas sociais. A seguir estão expostos um fragmento da justificativa e outro dos objetivos que nos permitem perceber claramente esse compromisso: Dessa forma este curso técnico está regido por um conjunto de princípios que incluem a sua articulação com o ensino médio, orientadores da educação profissional, que são referentes a valores estéticos, políticos e éticos. Outros princípios definem sua identidade e especificidade, que se referem ao desenvolvimento de competências para a laboralidade. Qualificar profissionais para executar atividades de enfermagem nos serviços de alta e média complexidade visando contribuir para uma melhor qualidade na assistência de saúde dispensada ao indivíduo, à família e à comunidade. No que se refere à matriz curricular, esta é organizada em quatro módulos, sendo definidas em cada um deles as competências e habilidades a serem desenvolvidas pelos alunos, bem como as bases tecnológicas, ou seja, os conteúdos que serão trabalhados para que essas competências e habilidades sejam alcançadas. Tal achado corrobora com a discussão que no currículo por competência a organização curricular é centrada em módulos de ensino que são direcionados por um conjunto de saberes, conforme as competências esperadas. A partir dessa

concepção, a função do currículo passa a reorientar a prática pedagógica em torno da transmissão de conteúdos disciplinares que possibilitem a construção de competências. Ao analisar os componentes curriculares e os conteúdos trabalhados em cada um deles foi possível perceber que o currículo do PPP/PROFAE promove uma formação voltada ao âmbito hospitalar, tendo em vista que são privilegiados conteúdos de cunho biológico e curativista e que permitam a atuação do técnico de enfermagem em diferentes setores hospitalares, como pronto-socorro, centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva. Não há componentes curriculares que enfatizem a atuação do técnico de enfermagem nos demais espaços de saúde, nem discussões que possibilitem a articulação dos conhecimentos obtidos na formação com a realidade social, conforme preconizam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, em alguns fragmentos da justificativa são feitas críticas às propostas pedagógicas que enfatizam a assistência médico-hospitalar, sendo destacado que o referido PPP propõe-se a desenvolver uma formação que supere esse enfoque, o que se torna contraditório, já que o mesmo continua reproduzindo a lógica hospitalocêntrica e biomédica. Os fragmentos citados podem ser vistos a seguir: [...] é significativo os órgãos formadores que em suas propostas pedagógicas enfatizam a assistência médico-hospitalar, priorizando ações tecnicistas, de cunho eminentemente curativo, e desse modo, promovendo a desarticulação da formação profissional às mudanças ocorridas no sistema de Saúde em virtude da implantação do SUS. Dessa forma propomos neste curso a superação do enfoque tradicional da formação profissional baseada apenas na preparação para execução de um determinado conjunto de tarefas. É preciso construir projetos político-pedagógicos que sejam coerentes com as exigências impostas pelos avanços

tecnológicos e científicos, porém que não desconsiderem perspectivas de ensino que respondam às necessidades sociais da população, ou seja, é preciso formar cidadãos em áreas específicas de conhecimento, mas que também sejam capazes de buscar soluções para os problemas societários. Conclusão: O conceito de currículo abrange desde a formação do modelo curricular institucional até as ações que serão realizadas durante o processo de construção da aprendizagem, organizadas dentro do tempo e espaço escolar. Ou seja, para que os professores e a instituição possam desenvolver o currículo e as competências de seus alunos é primordial que compreendam o objetivo da formação à qual seu currículo propõe-se, para assim desenvolver o modelo de formação que almeja. De acordo com o PPP/PROFAE, essa instituição busca o currículo por competência, no qual o saber não tem mais validade em si mesmo e o aluno é visto como sujeito prático que busca aumentar sua eficácia dentro do mercado de trabalho. Nessa dimensão de currículo, o conhecimento adquire viabilidade quando o sujeito utiliza-o para auxiliá-lo a atingir as técnicas necessárias em sua área de atuação, de forma que o conhecimento passa a ser reducionista, voltando-se apenas para treinamento e execução de tarefas, sem atentar-se para o desenvolvimento crítico e reflexivo dos sujeitos envolvidos. Nesse contexto percebe-se que as escolas precisam orientar suas práticas pedagógicas, assim como seu PPP, para desenvolver o currículo de seus alunos objetivando prepará-los não apenas para o trabalho, mas também para a cidadania. As escolas devem promover o conhecimento que ultrapasse o espaço institucional, fazendo da formação um meio pelo qual se dá a construção social através da compreensão do conhecimento técnico, científico, cultural e humano, como propõe-se o currículo integrado.

O DESAFIO DE ENSINAR LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA

Marielly de Moraes, Jorge Luiz de Andrade Trindade

Palavras-chave: ensino em saúde, formação, metodologias, políticas públicas de saúde, legislação

APRESENTAÇÃO: O desafio de construir conhecimento sobre Legislação e Políticas Públicas de Saúde (LPPS) no contexto acadêmico remonta a experiência de vivências em metodologias ortodoxas que envolvem as relações de memorização de elementos textuais e numéricos distantes da linguagem dos estudantes, em especial, em se tratando de estudantes de áreas que se distanciam do Direito. Neste contexto as metodologias ativas de ensino aprendizagem se constroem como uma nova possibilidade e horizonte em um processo de vivenciar e redimensionar o tema dentro do contexto de trabalho de profissionais da saúde. Este estudo descreve a experiência de ministrar a disciplina de LPPS para uma turma de dez residentes do primeiro ano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) da Universidade Feevale, de Novo Hamburgo – RS, utilizando metodologias ativas de ensino aprendizagem, que ocorreu no primeiro semestre de 2015. **METODOLOGIA:** A motivação para a descrição desta experiência se definiu a partir do comentário de uma aluna, a qual, na avaliação final da disciplina referiu que antes de iniciá-la havia a “expectativa de ler legislações a cada aula expositiva, estudando leis de forma maçante.” Desde o aceite para ministrar a disciplina estava colocado o desafio de encontrar uma maneira de trabalhar LPPS com uma turma de residentes do PRMS de forma a instigar sua formação crítica, criativa,

responsável e comprometida, tornando as aulas interessantes e acolhendo seu cansaço proveniente da jornada intensa da residência. O desenho das aulas buscou contemplar os assuntos de forma a envolver as residentes como protagonistas de seu processo formativo, instigando seu interesse a partir de uma prática de ensino aprendizagem que contemplasse o diálogo entre os assuntos abordados e as experiências da realidade vivida no seu cotidiano e contextos de trabalho. As residentes eram provenientes de três ênfases do PRMS: ênfase em Saúde Mental, ênfase em Atenção Básica em Saúde/Saúde da Família e ênfase em Urgência e Trauma. Vale ressaltar que no primeiro dia de aula foi feita uma conversa para explicar a metodologia e conhecer as expectativas em relação à disciplina e o nível de conhecimento das alunas acerca dos assuntos que seriam abordados. Os aspectos metodológicos envolveram entre outros, a construção, pelas residentes, de uma linha do tempo da história das Políticas de Saúde no Brasil e a partir de leituras de artigos científicos e filmes que inicialmente ilustrou o contexto histórico e desde o início até o final da disciplina foi ganhando sequência, sendo preenchida com acontecimentos marcantes distribuídos ao longo do tempo, como leis, decretos, portarias, políticas e programas; que foram ganhando mais sentido ao serem agregados a essa construção. A construção se dava sempre com base na interrogação a partir de questões norteadoras e problematizações que tinham como fim a temática trabalhada e sua relação com o dia a dia das residentes. Outro exemplo metodológico utilizado para trabalhar a estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde foi a problematização gerada a partir de três casos reais vivenciados por residentes em seus campos de atuação extraídos de uma dissertação de Mestrado que tinha como tema a Residência

Multiprofissional em Saúde. Nesta atividade as residentes foram convidadas, a partir das leituras em grupo, a debater conversando com a realidade de seus campos de práticas e identificando elementos ali existentes que compunham os princípios e diretrizes do SUS, suas fragilidades e potencialidades nos casos apresentados e, inclusive nas suas vivências reais. Além destas e outras atividades propostas, foi proposta também a construção de um portfólio reflexivo coletivo, um único para todo o grupo, onde deveriam ser registrados os assuntos e processos e processos mais significativos trabalhados durante o período da disciplina e sua relação com os momentos vivenciados na Residência Multiprofissional. **RESULTADOS:** Os resultados desta experiência mostraram-se muito exitosos tanto para as alunas quanto para a docente e podem ser observados a partir da leitura de algumas falas das residentes, que foram registrados em suas avaliações acerca da disciplina no encontro de avaliação realizado no último dia de aula. “...Nos ensinou um novo modo de aprender, aquilo que antes era chato pode ser diferente, uma aula não precisa ser monótona...,” Residente A “A disciplina teve grande relevância... e propiciou reflexões quanto à teoria e a realidade. A didática foi integradora, buscou a participação das alunas, promoveu debates baseados nas vivências individuais de todas as residentes e contemplou todas as ênfases”. Residente B “A professora acolheu nosso cansaço. A disciplina foi bastante surpreendente. Tinha a expectativa de ler legislações a cada aula expositiva, estudando leis de forma maçante, quando, na verdade, aprendemos a conceituar os princípios e diretrizes do SUS, discutindo casos de uma forma leve e divertida, na medida em que nos aproximávamos da prática do trabalho nas políticas públicas de saúde.” Residente C “A atuação da mediadora contribuiu norteadando, questionando, instigando e promovendo

a discussão, relato de vivências, escuta e captação das facilidades e dificuldades. Residente D “Achei muito interessante a ideia do portfólio, pois serviu para integrar ainda mais as residentes”... Residente E “A estimulação de nossa participação em aula ocorreu de forma prazerosa, como na elaboração da linha do tempo e do portfólio”... Percebi no decorrer do semestre a turma sempre disposta nas participações e discussões dos assuntos... Residente F “A professora fazia questionamentos e posicionamentos que faziam refletir sobre a minha atuação no sistema, saia da aula com o desejo de fazer as coisas funcionarem melhor”... Residente G “Foi de extrema importância entender a legislação para além da escrita no papel, como é aplicada no cotidiano e como as políticas de saúde são boas apesar de não tão efetivas como gostaríamos...” Residente H “O fato de a professora também ter sido residente faz com que ela consiga entender melhor a nossa prática e relacionar com a teoria...” Residente I **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A disciplina possibilitou o norteamto e mediações dos discentes efetivando o papel de facilitador do professor, ora com a identificação com o lugar de docente como proponente de um problema ora como sujeito da proposta. A metodologia utilizada contribuiu para o desenvolvimento da Educação Permanente, o que era visto se intensificando ao longo do processo bem como favoreceu a constituição política das residentes contribuindo no seu processo de compreensão e qualificação do SUS. Acredito que o fato de a docente já ter sido residente e ter especial apreço à residência e ao SUS favoreceu para uma certa identificação e contribuiu no processo de ensino aprendizagem. Acredito que o grupo reduzido facilitou o desenvolvimento da metodologia, as trocas e a aproximação entre docente e residentes. Trabalhar metodologias ativas é bastante desafiador,

requer muito planejamento, reflexão e um tempo maior, pois trata-se de um processo de condução constante, por vezes cansativo, mas muito instigante; que requer ser avaliado de forma detalhada em todo o percurso. Por fim, apesar de as residentes sempre serem muito participativas, o portfólio trouxe à tona algumas reflexões muito interessantes de ordem individual e coletiva que antes não haviam se revelado nas aulas, o que aponta a importante potência deste instrumento.

O ENSINO DAS COMPLEXIDADES DO SUS NOS CURSOS DE NUTRIÇÃO NO RS

Andressa Carine Kretschmer

Palavras-chave: Formação em Saúde, Sistema Único de Saúde, Currículo

Apresentação: A saúde no Brasil é um direito social, sendo viabilizado pelo Sistema Único de Saúde-SUS, do qual foi promulgado por meio da Constituição Federal de 1988 entre seus artigos 196 e 200, (Brasil, 1988). O SUS é um sistema em constante construção, e ainda carece de profissionais capacitados para entender, propor, gerir suas políticas de atuação. A grande dificuldade atual, ainda é formar profissionais engajados com a proposta do modelo de saúde pública brasileiro (Kretschmer, Felicete, Krauser, Ubessi, 2012). Visando obter conhecimento em torno da carga horária e do número de disciplinas vinculadas ao SUS na carreira de Nutricionista no Rio Grande do Sul, resolve-se compor a presente pesquisa, com a finalidade de evidenciar a formação da carreira voltada ao SUS. Desenvolvimento do trabalho: Para averiguar o ensino buscou-se por disciplinas que contemplassem o ensino de saúde pública na graduação, através do conhecimento subjetivo do curso e do conteúdo proposto pelo enunciado da disciplina, cabe salientar que pode-se

trabalhar esta modalidade de ensino com pequenos debates em outras disciplinas, o que não fora contemplado na presente investigação. Resultados: A avaliação da amostra deu-se por dados secundários, oriundos das ementas curriculares dos cursos disponíveis online. Neste caso elencou-se para compor a amostra componentes curriculares isolados de outras disciplinas que evidenciavam claramente esta modalidade de ensino, foi o caso das disciplinas intituladas "Nutrição em Saúde Pública", "Saúde Pública", "Saúde Coletiva", "Nutrição em Saúde Coletiva", " Nutrição e Políticas Públicas em Saúde", "Práticas em Saúde Coletiva", "Introdução a Saúde Coletiva", "Gestão em Saúde Pública", "Princípios e Diretrizes do Sus", "Políticas e Gestão em Saúde Coletiva", "Políticas Públicas de Saúde", e " Saúde Coletiva: Políticas de Saúde". Excluiu-se da amostra os componentes curriculares vinculados a estágios obrigatórios de conclusão de curso, pois subentende-se que a parte prática se destina a executar o que já fora consolidado na base teórica. Resultados: Há na atualidade 23 Escolas formadoras de Nutrição no Rio Grande do Sul, destas 5 públicas (21,73%) e 18 (78,26%) escolas privadas. A média em número de disciplinas encontradas no curso foi de duas disciplinas sendo este contemplado por 12 instituições (52,17%), 7 (30,43%) cursos contaram com apenas uma disciplina, 3 cursos com três disciplinas (13,04%) e uma instituição sem nenhuma disciplina (4,35%). Dos cursos estudados três possuíam disciplinas com carga horária de 60 horas, uma universidade, cujos dados não estavam disponíveis online, uma universidade sem nenhuma carga horária para esta modalidade de ensino, 7 escolas formadoras contabilizando a carga horária das disciplinas de 120 horas, uma com o somatório superior a 250 horas, uma com apenas 30 horas, uma com apenas 50 horas, duas com mais de 100 horas, 3 com

somatório de carga horária entre 120 a 130 horas, e três com carga horária entre 70 a 90 horas. Houve 3 instituições de ensino públicas com apenas uma disciplina, o que representa o afastamento do ensino público para o público. Considerações finais: Embora difícil de se estabelecer a carga horária e o número de disciplinas ideal para a modalidade de ensino, salienta-se a importância de compreender com eficiência o Sistema Único de Saúde, e a preocupação da carência deste ensino em algumas universidades públicas e privadas do RS, ressalta-se esta necessidade para que assim os futuros profissionais quando formados compreendam a proposta e a necessidade de engajamento com a mesma.

O ENSINO E A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Débora Sakamoto Silva, Juliana do Nascimento Serra, Maria Auxiliadora de Souza Gerk, Cristina Brandt Nunes

Palavras-chave: processos de enfermagem, ensino, educação em enfermagem

APRESENTAÇÃO: A evolução tecnológica encontra-se cada vez maior e mais veloz e as instituições de saúde visam à maximização de recursos, diminuição de custos e melhoria da qualidade do cuidado prestado. A enfermagem está envolvida nessas transformações, sendo constantemente convocada a responder os recentes desafios, desenvolvendo sua equipe e fundamentando e aperfeiçoando suas atividades, o que torna imprescindível a sistematização da assistência de enfermagem (SAE). A SAE trata de uma metodologia científica que visa o emprego de um roteiro sistematizado que orienta o pensamento, possibilitando a investigação da realidade, auxiliando o enfermeiro na sua tomada de decisão e

permitindo a atuação sobre essas decisões, bem como a comunicação dos seus resultados. É considerada como organizadora do trabalho profissional, no que diz respeito ao método, pessoal e instrumentos. Tornando possível a operacionalização do processo de enfermagem (PE), cujo modelo mais conhecido e seguido no Brasil é o de Wanda de Aguiar Horta, de 1979, que possui os seguintes passos: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem. Considerado como instrumento científico norteador da prática assistencial, o PE leva à cientificação profissional almejada pelos enfermeiros, contudo ainda existem dificuldades na sua aplicação prática. Dessa forma, cabe às instituições de ensino o fomento e operacionalização de uma grande discussão a respeito do mesmo, fornecendo a estes profissionais o embasamento necessário. Considerando o exposto, este estudo teve como objetivo caracterizar a produção científica a respeito do ensino da sistematização da assistência de enfermagem. METODOLOGIA: Trata-se de revisão integrativa da literatura realizada entre março a junho de 2014. Foram rastreados artigos sobre o ensino da SAE, indexados nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDNF constantes no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e os descritores utilizados foram: "processos de enfermagem", "ensino", "educação em enfermagem" e "enfermagem". Os critérios de inclusão foram: artigos publicados no período de 2009 a 2014, em português e inglês, encontrados na íntegra de forma gratuita em meio on-line e que retrataram a temática proposta e foram excluídos aqueles que não atenderam aos critérios anteriores e/ou que estivessem repetidos. Após a seleção, os estudos foram analisados e

registrados em formulário específico para este fim, o qual orientou a coleta dos dados. A análise do nível de evidência foi realizada classificando os estudos em sete níveis. Nível 1: revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados bem delineados; Nível 2: ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível 3: ensaio clínico bem delineado sem randomização; Nível 4: estudo de coorte e de caso-controle bem delineados; Nível 5: revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6: estudo descritivo ou qualitativo e Nível 7: opinião de autoridades e/ou relatórios de especialistas. RESULTADOS: Foram identificados 341 estudos, sendo 281 indexados na base de dados MEDLINE, 36 na BDNF e 24 na LILACS. Após análise foi obtida uma amostra final de 10 estudos, sendo 5 indexados na base de dados LILACS, 3 na base BDNF e 2 na MEDLINE. Em relação ao ano de publicação, verificou-se predomínio de estudos em 2011 com quatro (40%) estudos, seguido por 2009 com três (30%) estudos. Foi demonstrada maior ocorrência de publicação na Revista Brasileira de Enfermagem com três (30%) estudos, seguida da Online Brazilian Journal of Nurse com dois (20%) estudos. Quanto ao delineamento metodológico três (30%) estudos são de revisão de literatura e um (10%) trata-se de relato de experiência, portanto não apresentam nível de evidência e os seis (60%) estudos restantes são qualitativos, classificados como nível seis de evidência. A respeito do país de origem, houve predomínio do Brasil, o qual foi responsável por oito (80%) estudos; os dois (20%) estudos restantes foram originados dos Estados Unidos e publicados em inglês. Posteriormente à análise, as informações obtidas foram agrupadas na categoria denominada ensino e nas subcategorias denominadas raciocínio clínico, pensamento crítico, teorias de enfermagem e

sistematização da assistência de enfermagem/processo de enfermagem, de acordo com suas características, podendo cada artigo ser enquadrado em uma ou mais subcategorias. Na subcategoria Raciocínio Clínico identificou-se dois estudos, os quais evidenciaram a indissociabilidade entre raciocínio clínico e sistematização da assistência de enfermagem, uma vez que os acadêmicos e profissionais percebem o mesmo como meio condutor do diagnóstico de enfermagem, favorecendo a implementação do cuidado. Essa relação íntima é permeada por desafios, pois demanda maior capacidade de pensamento crítico, bem como maior motivação e comprometimento. Sendo assim, o raciocínio clínico deve ser estimulado a partir das instituições de ensino, pautado em estratégias que fomentem o uso de habilidades cognitivas, pensamento crítico e lógico e incorporação da prática. A subcategoria Pensamento Crítico revelou quatro estudos, os quais convergem no fato de que o este tipo de pensamento é uma habilidade essencial para os enfermeiros. Para a prática de uma assistência sistematizada e de qualidade é necessário que o profissional esteja alerta todo o tempo, refletindo e analisando a situação. O pensamento crítico deve estar presente diariamente, auxiliando estes profissionais a serem hábeis, competentes e proporcionarem uma assistência de enfermagem resolutive. Mudanças nos serviços de saúde são um dos objetivos visados com a utilização desta ferramenta, contudo é observada uma desvalorização da mesma, possivelmente iniciada ainda no processo de formação deste profissional. É necessário, portanto, a adoção de estratégias durante o ensino, com vistas à incorporação do pensamento crítico ao PE. Na subcategoria Teorias de Enfermagem foi encontrado apenas 1 estudo, o qual tratou do referencial teórico de Wanda de Aguiar

Horta, que se embasa principalmente na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Conforme o estudo, para a implantação do PE é imprescindível a adoção de um referencial teórico-filosófico, o qual é representado por uma teoria de enfermagem. A Teoria das Necessidades Humanas Básicas foca na condução do ser humano ao estado de equilíbrio, atendendo suas necessidades humanas básicas. A adoção deste referencial durante as práticas dos alunos contribui para que estes possuam uma visão do paciente em sua totalidade, conduzindo à aproximação entre teoria e prática e facilitando o processo de humanização do cuidado. Assim, evidencia-se a importância do uso deste método durante o ensino, buscando uma prática pautada na ciência, ultrapassando aspectos técnicos e mecanicistas. A última subcategoria Sistematização da Assistência de Enfermagem, e, Processo de Enfermagem foi apresentado em cinco estudos, evidenciando a essência desta revisão. Com o passar dos anos e de inúmeras tentativas em ordenar o trabalho de enfermagem e desenvolver um conhecimento específico para a mesma, o PE foi apresentado como instrumento para a SAE. Porém, o ensino da mesma ainda encontra-se em descompasso com o real esperado para o futuro enfermeiro, devido frequente desarticulação entre as bases teóricas com o mundo da prática, onde o cenário ideal seria a construção de habilidades respaldadas pelo conhecimento construído e pela formação de atitudes respondendo as demandas complexas de cuidado. Assim salienta-se que para que esse descompasso entre no eixo ideal serão necessárias mudanças e investimentos e até mesmo revoluções ideológicas e normativas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante do exposto, é preciso incentivar o ensino da SAE através de metodologias que favoreçam a articulação entre a teoria e a prática, com enfoque no

desenvolvimento de habilidades como o raciocínio clínico e pensamento crítico. Neste contexto, evidencia-se a necessidade de maiores estudos sobre o assunto, enfatizando metodologias com aplicabilidade prática e de resultados efetivos.

O ESTUDO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM TESES E DISSERTAÇÕES DE TRÊS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA: AS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gabriela R B de Andrade, Jeni Vaitsman, Eliane Hollanda, Sandra V Siqueira

Palavras-chave: políticas públicas, pós-graduação, saúde coletiva

Apresentação: Este trabalho apresenta resultados de uma pesquisa realizada na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz-RJ) no Programa de Pesquisador Visitante (Fiocruz/CNPq) e finalizada em 2015. São apresentados os objetivos, conceitos, métodos e resultados de uma etapa da pesquisa. Ao final, são discutidos os desafios metodológicos do estudo e são apontadas questões para pesquisas futuras. O objetivo da pesquisa foi conhecer como o tema Políticas Públicas tem ganhado expressão nos programas de pós-graduações em Saúde Coletiva no Brasil a fim de contribuir com o debate sobre a formação em Políticas Públicas e Saúde. A literatura tem indicado uma presença crescente de disciplinas e pesquisas voltadas para o estudo das políticas públicas nas pós-graduações (Hollanda & Siqueira, 2013) e uma fragmentação teórico-metodológica na abordagem do tema (Melo, 1999; Souza, 2003, 2007). A pesquisa fez um levantamento a fim de conhecer como o estudo das políticas públicas tem se dado no produto mais imediato das

pós-graduações *stricto sensu*: as teses e dissertações. O primeiro desafio foi conceitual, no sentido de definir os estudos em políticas públicas alvo no estudo já que tanto o campo da Saúde Coletiva quanto o campo das políticas públicas, além de imbricados historicamente, se caracterizam pela multidisciplinaridade e pela diversidade conceitual e metodológica o que coloca desafios para qualquer pretensão de uma delimitação precisa (Arretche, 2003; Marques & Faria, 2013; Vaitsman et al., 2013a, 2013b). Para as finalidades da pesquisa definiu-se ‘estudos em políticas públicas’ como aqueles que se voltam para o estudo das fases de uma política pública: agenda, formulação, implementação e avaliação. As políticas públicas enquanto disciplina e campo de estudos, remetem à tradição de estudos inaugurada por Laswell na década de 1950 procurando responder à questão de o quê os governos fazem e como fazem. O campo de estudos em políticas públicas nasce, portanto, como Ciência Política e se diferencia dela incorporando uma série de ferramentas teóricas e metodológicas de outras disciplinas a fim de dar conta de seu objeto. Uma gama de pesquisas e teorias volta-se para o estudo das políticas públicas, inclusive discordando da ideia de que esse processo pudesse ser dividido em fases (Viana, 1996). No Brasil, os estudos sobre o ‘Estado em ação’ e sobre o fazer políticas públicas se iniciaram, com maior intensidade, na década de 1970, a fim de “construir modelos explicativos para as diferentes fases ou etapas das políticas públicas, com especial ênfase nas fases de formulação e implementação, procurando apreender a dinâmica que articula as várias fases do ciclo de vida de uma política” (Viana, 1996, pg.6). Aqui, os estudos em políticas públicas se desenvolveram de forma multidisciplinar, não tendo se estruturado, como em outros países, a partir de disciplinas e escolas específicas para a formação em

políticas públicas. Nesse sentido, cabe perguntar como a formação em políticas públicas no campo da Saúde Coletiva vem incorporando as abordagens do campo de políticas públicas, que em alguns contextos internacionais se conformaram a partir de disciplinas específicas (Howlett et al., 2009). Método: As teses e dissertações estudadas foram defendidas entre 2010 e 2011 em três programas de pós-graduação *stricto sensu* em Saúde Coletiva de expressão no Brasil. Foram considerados o título, as palavras-chave e o resumo para selecionar as teses e dissertações de acordo com o recorte temático definido. As referências bibliográficas de cada trabalho foram classificadas de acordo com cinco grupos pré-definidos, com o objetivo de delimitar o uso de bibliografia específica em políticas públicas. Entre 92 trabalhos selecionados, 35 foram teses e 57 dissertações. Foram classificadas 7.296 referências bibliográficas (artigos, livros e capítulos de livro), uma média de 58 por dissertação e de 113 por tese. Foram excluídas da classificação leis, normas, relatórios técnicos, reportagens, entre outros. As referências foram classificadas em cinco grupos definidos a partir de parâmetros disciplinares e teóricos tais como os definidos por Canesqui (2011), Deslandes & Iriart (2012), Minayo, (2013), entre outros. Os grupos foram: (1) Ciências Sociais e Humanas; (2) Ciência Política; (3) Políticas Públicas; (4) Saúde Coletiva; (5) outros. No ‘grupo 1’ entrou a bibliografia sobre Educação, Direito, Administração, Psicologia, Filosofia, Geografia, Antropologia, Arquitetura, Ciência da Informação, Comunicação, Demografia, Economia e Serviço Social. No ‘grupo 2’: instituições políticas, partidos, ideologia, atores e instituições político-partidárias; formação, estabilidade e mudança nas instituições políticas, comportamento político e estruturação de preferências eleitorais; correntes teórico-

metodológicas da Ciência Política. No ‘grupo 3’: processos decisórios, formulação, implementação e análise de políticas públicas, teoria das políticas públicas, variações na expansão das políticas sociais e no escopo dos welfare states (tipologias) e avaliação (não normativa) de políticas públicas. No ‘grupo 4’: história da saúde pública, epidemiologia, medicina social, planejamento em saúde, eficácia e qualidade dos serviços públicos. No ‘grupo 5’: clínica médica e estudos clínicos. Resultados Classificou-se como sendo bibliografia específica em Políticas Públicas, 6% (n=441) das referências bibliográficas; como ‘Ciências Sociais e Humanas’, 41% (n=2.975) das referências; em ‘Saúde Coletiva’, 42% (n=3.050) das referências; como ‘Ciência Política’ 4,6% (n=337) e, em ‘outros’, 6,8% (n=493). Neste último grupo entraram, na sua maioria, artigos sobre clínica médica e estudos clínicos. Entre as dissertações, 47% (n=27) não tiveram referência bibliográfica classificada em ‘Políticas Públicas’ e, entre as teses, somente uma. Os doutorandos, portanto, tendem a se apropriar mais dessa bibliografia específica do que os mestrados, o que era esperado, devido ao maior tempo e profundidade teórica exigido neste nível de formação. Os resultados atestam a diversidade disciplinar do campo da Saúde Coletiva, que é expressão tanto de uma multidisciplinaridade quanto de uma fragmentação características desse campo. Ainda que dentro do universo considerado, o peso da bibliografia classificada como ‘Políticas Públicas’ tenha sido pouco expressiva dentro do conjunto de bibliografias classificadas, viu-se que ela está presente em mais da metade das dissertações e em quase todas as teses. Considerações finais: Esta pesquisa classificou e quantificou a bibliografia de teses e dissertações de pós-graduação em Saúde Coletiva. No entanto, não foi possível conhecer, com esta metodologia, o aproveitamento da bibliografia no interior

dos trabalhos e demais aspectos relativos à consistência e à diversidade teórico-metodológica dessa produção. Procurou-se classificar uma diversidade quase inclassificável. As fronteiras disciplinares são fluidas e, em alguns casos, houve algum grau de arbitrariedade nas decisões por um ou por outro grupo. De qualquer modo, trata-se de uma primeira aproximação a ser refinada e complementada por uma abordagem mais qualitativa que possibilite revelar o que vai ‘por dentro’ de cada grupo, principalmente no das políticas públicas. Por fim, o estudo de teses e dissertações tem o potencial de contribuir com o debate sobre a formação nas pós-graduações, por tratar-se de produtos disponíveis, aprovados, validados institucionalmente e que refletem, em grande medida, o percurso feito pelos alunos. Para isso, no entanto, será necessário, nas próximas pesquisas, ampliar o universo do estudo. Segundo o Caderno de Indicadores da CAPES em 2009 havia 32 Instituições de Ensino Superior com programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, algumas, com mais de um programa.

O FENÔMENO DO SUICÍDIO NA POPULAÇÃO INDÍGENA GUARANI E KAIOWÁ: UMA COMPREENSÃO PSICANALÍTICA ENRIQUECIDA PELA EXPERIÊNCIA EM CAMPO

*Josiane Emilia do Nascimento Wolfart,
Regina Mara Jurgielewicz Gomes*

Palavras-chave: suicídio, psicanálise, indígena

O presente trabalho objetivou expor a experiência teórica sobre o estudo dos fatores apontados na literatura como os principais desencadeantes do fenômeno do suicídio na população indígena Guarani e Kaiowá, do município de Dourados-MS. O estudo ganhou novos olhares sobre este fenômeno

e seus fatores a partir da experiência de campo vivenciada pela autora. Contudo trata-se inicialmente de uma pesquisa qualitativa, que oportuniza estratégias de interpretação, participação e compreensão dos dados levantados e documental por caracterizar-se pela reprodução parcial destes dados levantados em periódicos, proporcionando novas descobertas sobre o tema. Foi apresentado material referente à diversidade cultural, crenças, costumes, mitos e tradições inerentes à comunidade indígena, que auxiliou na compreensão do funcionamento do grupo. A partir do levantamento das causas para o suicídio, apontadas na literatura, procurou-se fazer uma compreensão do fenômeno por meio do instrumental teórico da Psicanálise. Propôs-se uma análise dos possíveis determinantes psíquicos que manejam o pensamento e a conduta deste grupo, assim, pretendeu-se por meio das hipóteses levantadas compreender o que conduziu esta população ao que a literatura nomeou como epidemia de suicídio. Os principais fatores apontados para o fenômeno do suicídio indígena incluem alguns determinantes sociais, que afetam não só a saúde desta população como também sua manutenção cultural: a marginalização cultural; a retirada do *tekoha*, saída dos indígenas de suas terras. Espaço vital onde são desenvolvidas as relações sociais do grupo. A exploração da erva-mate concomitante ao processo de colonização, o interesse pela mão de obra indígena e exploração de suas terras aliado à implantação das fazendas, acarretam no processo de maior impacto para a vida desta população; exploração do trabalho indígena; problema com o abuso de álcool e drogas; situação econômica precária, falta de saneamento básico, falta de água em pontos da reserva; desemprego, moradores da reserva reclamam que não conseguem emprego na cidade e por isso passam fome e caem em depressão; falta terra

para os trabalhadores desenvolverem suas atividades agrícolas; conflitos e desajustes familiares, brigas de parentes, problemas conjugais entre os membros do grupo étnico; imposição de novas religiões como também imposição de culturas externas a cultura indígena, como novos valores e interesses do mundo capitalista. Alguns estudos apontam que estas causas são subprodutos do impacto das transformações sociais que ocorrem dentro das aldeias, influenciados pela infiltração da “sociedade nacional”, e também um resultado de conflitos internos vivenciados pelo grupo relacionados a sua organização social e política. As indagações recorrentes em relação aos fatores que desencadeiam o suicídio no grupo indígena Guarani e Kaiowá implicam na hipótese de um tipo de desordem psíquica ou a falta de estrutura emocional que garanta aos membros do grupo indígena condições para melhor enfrentamento dos problemas na reserva, sejam eles provocados por causas internas ou externas a ela. Afinal, problemas com o consumo de álcool, drogas, desemprego, desestruturação familiar, problemas afetivos entre outros, também estão presentes na sociedade não indígena. Percebe-se que a junção destes fatores provocam conflitos significativos no psiquismo dos sujeitos. O que intriga alguns pesquisadores do fenômeno, é que a população indígena usa o suicídio como meio para resolver seus problemas. Um morador da reserva Jaguapiru comentou que tem indígena que quando quer faz, não pensa duas vezes. Os estudos mostram que o resultado deste movimento foi desastroso. O produto final do choque cultural nas aldeias trouxe grandes prejuízos para a manutenção de sua vida e cultura. O suicídio não corresponde apenas ao fim de uma vida, representa também o grito agonizante pelo temor do fim de uma cultura. É o conteúdo místico-religioso que está enraizado no imaginário da cultura indígena

o responsável por promover a manutenção do grupo, contudo, está ameaçado. Este conteúdo auxiliou na compreensão de parte do pensamento do grupo naquilo que entendem pelo suicídio em sua comunidade. Na sociedade de modo geral falar de suicídio é algo que gera grande desconforto, este é ainda um assunto tabu. De acordo com a teoria freudiana, o tabu está a serviço das relações sociais em comunidade primitivas, assim sendo a escolha pela morte violenta representa a quebra do tabu de preservação da vida. Qualquer pessoa que viole este tabu torna-se um transgressor. Ao tomar a morte em suas próprias mãos, suicidando-se o indígena fica à mercê da violação do tabu. Neste caso será seu espírito que receberá a punição de ficar vagando nas proximidades de sua última morada. A alma angustada, quando é do suicida, pode ser mais perigosa que outros fantasmas, assim o indígena acredita que ela, a alma do suicida, pode voltar e levar outros membros do grupo a se matarem, o espírito ou alma anghé voltará para se vigiar daqueles que lhe fizeram mal. É possível compreender os determinantes que influenciam o ato suicida como, também, a reação dos familiares e demais membros da comunidade diante de uma morte violenta. Do ponto de vista psicanalítico supõe-se que existam no suicida indígena, impulsos inconscientes que nasceram do conflito entre as crenças, costumes e tradições de sua comunidade e seus desejos internos. Quando os membros da tribo se deparam com a escolha entre aquilo que é tradição versus aquilo que a ‘sociedade nacional’ impõe à sua cultura, algumas pessoas não conseguem renunciar ao desejo pelo novo e abandonam sua cultura. Um sofrimento surge deste conflito, o choque cultural. O caráter de violação está em renunciar sua cultura, seus valores, crenças, mitos, costumes e tentar se infiltrar em uma nova cultura, que corrompe e impõe novos modos de pensar e de viver, mas que

não respeita a subjetividade do grupo. É preciso resgatar a identidade do grupo, compreender a natureza de suas frustrações, sofrimentos e angústias. Diante das questões apresentadas, entendemos que o suicídio indígena possa ser compreendido como um grito primal desta população, um pedido de socorro. Na impossibilidade de resolverem estes conflitos internos lançam mão de um meio triste para resolução de seus problemas, o suicídio como um sinal de alerta para preservação da história e cultura do povo Guarani e Kaiowá.

O NEGRO E O INDÍGENA: RESGATE CULTURAL E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A SAÚDE

Sirlei Bortolini, Raquel Margarete de Avila, Juliano Paines Martins

Palavras-chave: negros, indígenas, culturas e saúde

O Brasil é considerado o país com a formação populacional mais miscigenada e isto se deve as contribuições que os povos colonizadores nos deixaram. Podemos destacar duas etnias que desempenharam papel relevante na formação da cultura brasileira: os indígenas e os negros africanos. Sabe-se que os indígenas já habitavam nosso território bem antes da chegada dos portugueses e espanhóis enquanto que os negros africanos foram trazidos de seus países de origem para servirem como escravos. Ambos tiveram suas crenças e liberdades violadas a partir do movimento colonizador. Índios e negros sofreram a anulação de suas culturas para atuarem na colonização brasileira. Por décadas, estas duas etnias não foram consideradas humanas e tão pouco respeitadas pelas suas crenças, cultura e saber, eram somente utilizados nos trabalhos escravos e de grandes esforços. Nessa época as mulheres

negras sofriam muito pelos maus tratos ou pela violência dos senhores, sendo usadas para o deleite dos mesmos e forçadas a se deitar com eles satisfazendo as suas volúpias sexuais. Com isso, muitas ficavam grávidas sem vontade própria e para solucionar o problema provocavam abortos por estarem grávidas dos patrões; outras eram obrigadas a forçar o aborto de seu filho querido para servirem como amas de leite para os filhos de seus opressores ou até optavam pelo aborto com o propósito de oferecer aos seus filhos uma vida digna, diferente daquela em que se encontrava. Com essa prática, muitas mulheres morriam ou enfrentavam muitos problemas de saúde. Essa realidade não está muito distante da situação atual, pois as mulheres negras da atualidade por enfrentarem muitos preconceitos possuem dificuldades em ter um emprego digno e rentável, e se estiverem grávidas essa situação se agrava ainda mais, por isso recorrem ao aborto para permanecer nas atividades produtivas. Em uma recente pesquisa do IBGE (2013) mostra que, o índice de aborto provocado pelas mulheres negras (3,5% das mulheres) é o dobro daquele verificado entre as mulheres brancas (1,7% das mulheres). Percebe-se que essa prática atinge seu maior número entre as populações negras, causado pelo enfrentamento de uma sociedade discriminatória. No Censo de 1980, os dados referentes à saúde indicavam que filhos de mães negras tem maior risco de adoecer e morrer. A expectativa de vida da população negra é de sete anos menor do que a da população branca, ou seja, a vida média do brasileiro branco é de 72 anos, enquanto a de negros é de 65 anos, mantendo esta estimativa desde 1940. Essa realidade é encontrada também no homem negro que devido aos preconceitos ocupa posições sociais de menos valia, devendo executar serviços braçais e insalubres, agravando seu estado de saúde e sua capacidade produtiva. Também verificamos esses perfis entre as

tribos indígenas que foram sendo dizimadas por questões religiosas, de posses e por doenças infecciosas, mesmo sabendo que o índio não se deixou escravizar por muito tempo e devido a sua luta pela liberdade, foram considerados "selvagens" e "não sociáveis", porém ficaram sequelas sociais que perpetuam até hoje. Estimou-se que a população indígena do Brasil, no século XVI, era de 5 milhões de pessoas e segundo dados do IBGE 2015, atualmente restam em torno de 800 mil pessoas somente. Esse impacto foi proporcionado pelas mudanças de seus hábitos, pela imposição do cristianismo ou da colonização que fazia com que esse povo trabalhasse como escravos em serviços pesados. Muitos deles vieram a falecer pela perda da autoestima causada pela desestruturação social, econômica e dos valores coletivos ou por terem adquirido doenças que não tinham como ser tratadas pelas suas práticas curativas. A medicina indígena compreende que a doença e as patologias encontram-se no corpo, na mente e no espírito, mas é no corpo que se dão as manifestações dos espíritos. Os indígenas possuem especialistas na área da saúde que podem ser chamados de pajés, xamãs, benzedores, curadores, curandeiros. Atualmente, a medicina indígena é um recurso para a cura de enfermidades graves, quando foram esgotados os recursos científicos, porque lida, principalmente, com a fé. Da mesma forma, os negros através de sua cultura trouxeram benefícios para a saúde brasileira. Somos o segundo país do mundo mais povoado por africanos, estes, apesar de não terem conseguido preservar originalmente a sua cultura devido à repressão do escravismo, influenciaram fortemente na formação da cultura brasileira por meio da culinária, musicalidade, no teatro e na religião. Nas questões de saúde o povo africano teve uma menor contribuição, porém sabe-se que também utilizavam curandeiros, quimbandeiros, feiticeiros que eram chamados na ausência

dos médicos itinerantes, que só percorriam de tempos em tempos as fazendas. "Os negros servem-se, em geral, de remédios baseados nas credences que trouxeram da pátria, atravessando o mar, e que conservam zelosamente", escreve o médico Johann Emmanuel Pohl, em 1818. Com o propósito de levar esse conhecimento para as classes educacional e da saúde, buscou-se dados que evidenciam os costumes do povo negro e indígena relacionando as expertises utilizadas e as práticas culturais aplicadas na cura, os quais geraram resultados positivos, para serem divulgados em âmbito educacional e da saúde. O Núcleo de Estudos Afro-brasileiros e Indígenas – NEABI do Instituto Federal do RS – campus Bento Gonçalves vem trabalhando esse tema junto aos alunos do instituto e com as demais escolas da região. Com isso, o presente trabalho objetiva demonstrar uma pesquisa realizada pelos integrantes do NEABI do IFRS Campus Bento Gonçalves- RS em conjunto com o Programa das Plantas Medicinais do IFRS- Bento Gonçalves, na busca pelo reconhecimento étnico-botânico das plantas medicinais utilizadas pelos indígenas e afrodescendentes no cuidado à saúde. Em vista disso foi realizada uma pesquisa bibliográfica obtendo-se maior embasamento teórico, resgatando o uso e costumes desses povos na utilização dos meios naturais e das ervas fitoterápicas para a produção e manutenção da saúde levando para o meio escolar a contribuição que essas etnias proporcionaram para a formação de nossa sociedade. Por muito tempo a educação brasileira foi orientada a suprimir estas influências até chegar ao ponto da indubitável aceitação. A lei 10.639 foi sancionada em 2003 e instituiu o ensino da cultura e história afro-brasileiras e africanas e a lei 11.645 como lei complementar a lei 10.639, acrescenta o ensino da cultura e histórias indígenas estabelece o ensino da cultura africana e indígena não apenas como orientação para o combate a discriminação

racial, mas como reconhecimento e valorização das matrizes na formação da cultura do povo brasileiro. Para nortear o cumprimento da legislação, o Conselho Nacional de Educação aprovou em 2004 e o Ministério da Educação (MEC) homologou as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para educação das relações étnico-raciais. Pelas diretrizes, o ensino deve ter três princípios: consciência política e histórica da diversidade; fortalecimento de identidades e de direitos; ações educativas de combate ao racismo e às discriminações. Buscando integrar a comunidade escolar e levar os conhecimentos práticos e da vivência usual procura-se com esse trabalho provocar reflexões sobre as multi influências, em especial as dos afrodescendentes e indígenas, que agregam conhecimentos culturais aos nossos costumes e junto com a comunidade científica traçar metas para haver uma sociabilidade de saberes a serem praticados para melhoria da saúde da população em geral, pois pensar em saúde é pensar em equidade e a diminuição de desigualdades.

O NÍVEL DE SATISFAÇÃO DE UM PROFISSIONAL ENFERMEIRO ESPECIALIZADO EM CENTRO CIRURGICO ATUANTE NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PARÁ

Nádia da Costa Sousa, Gabriele Pedroso Vasconcelos, Veridiana Barreto do Nascimento

Palavras-chave: Enfermagem, Especialização, Centro Cirúrgico

APRESENTAÇÃO: O centro cirúrgico é uma área física do hospital, com uma equipe multiprofissional, equipamento e material de consumo adequado à execução do processo cirúrgico. Ele visa atender a resolução de intercorrências cirúrgicas, por meio da ação de uma equipe integrada.

Considerando o elevado número de procedimentos realizados e a complexidade da unidade, exige do enfermeiro além do conhecimento científico, responsabilidade, habilidade técnica e estabilidade emocional. Em 1889, nos Estados Unidos da América (EUA), a enfermagem da sala de operação (SO) foi considerada uma área de especialização, tornando-se a primeira especialidade na enfermagem. Nas primeiras décadas do século XX, o enfermeiro de SO era responsável pelo preparo do ambiente cirúrgico, auxílio da equipe médica e orientação de estudantes de enfermagem. Como se percebe, a especialidade de centro cirúrgico foi sendo desenvolvida em campo prático. O início de enfermagem em centro cirúrgico, no Brasil, ocorreu devido à ausência de pessoal capacitado para atender as necessidades da equipe médica, principalmente em relação ao preparo da SO, artigos médico/hospitalares e equipamentos. O trabalho do enfermeiro de centro cirúrgico nasceu para atender as necessidades da equipe cirúrgica, isto é, houve a necessidade de desdobrar o trabalho médico ao organizar uma unidade onde fossem realizadas as cirurgias, bem como preparo de materiais e equipamentos indispensáveis ao procedimento cirúrgico, assim a enfermagem assumiu a prática no centro cirúrgico, principalmente para fiscalizar o serviço, no sentido de verificar o comprimento adequado das técnicas. MÉTODO: Para a realização deste trabalho realizou-se uma entrevista através da aplicação de um questionário com a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a um profissional de enfermagem especializado em Centro Cirúrgico na cidade de Santarém-Pará, objetivando entender melhor a rotina do profissional em centro cirúrgico, assim como o nível de satisfação na área atuante. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Considerando inexistir no COFEN uma lei

que regulamenta-se a Instrumentação Cirúrgica como ação privativa de qualquer profissão existente no contexto da área de saúde. Em 1998, foi aprovado um parecer do Conselho Nacional de Saúde, nos autos do processo 25000.0.10967/95-385, que aprova ser a instrumentação cirúrgica uma especialidade/qualificação, a ser desenvolvida por profissionais com formação básica na área de saúde. A especialidade em centro cirúrgico a partir de então vem sendo ofertada em diversas instituições na cidade de Santarém-Pará, é contemplada com um curso de especialização em Bloco Cirúrgico, ofertado pela Instituição de Ensino Superior Esperança (IESPES), tendo uma carga horária de 380h, com uma matriz curricular específica e compatível aos demais cursos, conforme a Instituição Estácio, que aborda os conteúdos de: Gerência de Enfermagem no Bloco Cirúrgico; Trabalho de Enfermagem em Central de Material de Esterilização; Sistematização do Cuidado de Enfermagem em Centro Cirúrgico; Sistematização do Cuidado de Enfermagem transoperatório; Sistematização do Cuidado de Enfermagem em Recuperação Pós-anestésica. A linha de atuação de um profissional da enfermagem especializado em centro cirúrgico na região se dá em diversas áreas e com inúmeras oportunidades, o mesmo pode trabalhar tanto na assistência, quanto na supervisão e no gerenciamento, pode atuar também no centro cirúrgico e no setor de urgência. Partindo do princípio que o enfermeiro é um profissional de extrema importância na atuação do centro cirúrgico, aplicou-se um questionário com um enfermeiro atuante na área. A entrevistada cujo codinome será Simplicidade, possui 33 anos, sexo feminino, especializada em centro cirúrgico, feita na instituição FACIMAB, no ano de 2009, sendo presencial no Município de Marabá. Relatou que a grande dificuldade encontrada pela maioria dos recém-formados é falta de experiência

após o término da graduação, porém levou apenas 3 meses para ingressar no mercado de trabalho não tendo encontrado dificuldade, pois durante academia recebeu orientações quanto a diversas especialidades. Hoje Simplicidade é contratada e trabalha no seu atual emprego a 4 anos, tendo renda mensal R\$ 4.500, carro próprio, com carga semanal de 45h, possui sua especialidade registrada no COREN. Simplicidade relatou que Santarém está começando a oferecer aprimoramento de qualidade, facilitando assim a capacitação de profissionais interessados em atuar nesse campo de trabalho, enfatizando também que uma especialização de qualidade enriquece um currículo. Evidencia-se que o centro cirúrgico sofre um aumento exponencial de complexidade tecnológica científica e de relações humanas, o que exige um novo perfil do enfermeiro desse setor, requer desse profissional capacitação para a implantação de ações que atendam a essas mudanças. Simplicidade relata que as oportunidades ou formas de aperfeiçoamento profissional que Santarém oferta está crescendo, citou as pós-graduações presenciais que temos em Santarém, mencionando também as 'à distância' que são de excelente qualidade, acrescentando as residências que estão sendo oferecidas na cidade. A rotina de todo profissional de saúde é muito exaustiva, tendo que realizar diversas tarefas durante seu período de trabalho, sua rotina de trabalho sempre se inicia na observação de tudo que irá acontecer no dia, através da análise do mapa cirúrgico por cada especialidade, verificar se as enfermeiras avaliaram a situação de cada paciente, se tudo está organizado para que assim os protocolos de cirurgias seguras sejam seguidos, percorre as salas para averiguar se algo está vencido, se a escala está correta, se alguém irá faltar, verificando também a alimentação de todos os profissionais do centro cirúrgico. Para a entrevistada o enfermeiro contém um papel

de extrema importância no centro cirúrgico, exercendo autonomia em relação à entrada de pacientes em procedimentos cirúrgicos, coordenando toda a equipe de enfermagem e técnica, gerenciando os médicos analisando se as cirurgias estão acontecendo em tempo hábil e com a qualidade necessária. O centro cirúrgico é uma especialidade que oportuniza um grande crescimento profissional, abrangendo diversas áreas em que o enfermeiro pode atuar Simplicidade afirma que dependendo do senso de liderança do enfermeiro, este pode conquistar novos encargos que vão além das suas especialidades, ela exemplifica uma enfermeira assistencial que possui essa característica, esta pode ser promovida a supervisora e posteriormente ao gerenciamento de todo o centro cirúrgico, pois o leque de áreas que o enfermeiro pode atuar é extenso. Fazer uma pós-graduação em centro cirúrgico é muito compensador Simplicidade recomenda esta especialidade, pois se trata de uma área muito boa inicialmente pelo fato das diversas oportunidades, sendo uma área promissora onde é possível verificar o avanço da tecnologia por meio de novos equipamentos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Este estudo teve como objetivo mostrar como se dá a importância do centro cirúrgico, e ainda do trabalho do profissional especializado, sobretudo para fiscalizar o serviço de enfermagem, no sentido de verificar o comprimento adequado das técnicas. Aborda de uma forma clara e precisa suas funções e cargos que o enfermeiro pode atuar, levando em conta sua rotina de trabalho, perfil socioeconômico e sua satisfação. O mesmo acomete sobre pós-graduações, especialidades e as dificuldades enfrentadas por recém-formados no mercado de trabalho. Acredita-se que o estudo apresentou pontos importantes e esclarecimentos.

O OLHAR DA TERAPIA OCUPACIONAL AO ADOLESCENTE NA AMBIÊNCIA ESCOLAR

Alessandra Pacheco Braga, Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva, Noelle Pedroza Silva, Samara Cristina Rosa de Lima

Palavras-chave: terapia ocupacional, adolescente, emoções, medo

INTRODUÇÃO: A adolescência é um período do desenvolvimento humano, de transição de criança para fase adulta. O ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) define a faixa etária adolescente entre as idades de 12 anos completos aos 18 anos. Nesta fase do desenvolvimento o adolescente passa por várias mudanças inerentes a sua vontade, de ordem biológica, física e psíquica. São transformações no corpo, na fala, no comportamento. Essas mudanças são gradativas e muito singulares a cada ser humano. Ações e reações comportamentais que diferem a cada grupo que este adolescente está inserido, podendo ter comportamento afetuoso no grupo familiar e agressivo no ambiente escolar ou vice-versa. O primeiro por se tratar do coletivo, o adolescente sofre influência de seus pares na escola, na família e comunidade, requer atenção redobrada a este ser humano em fase de transição adolescente/jovem/adulto (a), pois, é no ambiente escolar que este adolescente está livre no seu pensar com seus pares. Muito se fala dos jovens que queremos para sociedade na perspectiva do adulto que se deseja para o futuro do país, cabe um olhar cuidadoso às problematizações das temáticas de gênero, sexualidade, étnico-racial, religião, violência, drogas. Nesse sentido a Terapia Ocupacional é uma profissão de nível superior que tem como meta estudar e cuidar pelo fazer humano, respeitando e explorando sua práxis, ela cuida pelo fazer, encontra o ser e favorece o bem estar do seu cliente, sendo

a ciência que estuda e analisa a atividade humana. No campo do saber é conhecedor do comportamento natural desta faixa etária, sendo agregadora de valores a equipe escolar, estimulando o pensar em crescimento para o conhecimento, norteando a curiosidade típica desta faixa etária, ao identificar, ele interferiu em qualquer alteração nas ocupações da criança e auxilia no processo de aquisição ou de recuperação de atividades que são necessárias para o seu bem estar. **OBJETIVO:** Compreender a história de vida de seus colegas a partir da sua; respeitar as diferenças (gênero, etnia e costumes) das famílias, grupos e povos; Desenvolver habilidades sociais; favorecer e conscientizar o aluno de sua cidadania e a conscientização da valorização de si. **METODOLOGIA:** Pesquisa de cunho qualitativo por ser um meio de produção de conhecimento que não busca mensurar, medir, mas sim, compreender e buscar explicações a valores e significados num meio social. Neste tipo de pesquisa, centra-se em levantar todos os elementos que possam contribuir para a compreensão e explicação do que se está investigando e, neste processo, “as subjetividades do pesquisador e daqueles que estão sendo estudados são parte do processo de pesquisa” (FLICK, 2004, p. 22). Assim ao se entrar na escola com a proposta de elaborar um projeto terapêutico ocupacional que atendesse as particularidades do público da adolescência, intervimos. Portanto procurou-se responder a seguinte questão: Como desenvolver um projeto de mediação sociocultural para a adolescência de forma compartilhada entre profissionais da escola, alunos e terapia ocupacional, cujo foco é identificar os conceitos de violência, homofobia, gênero a partir da Terapia Ocupacional? Nesse sentido, utilizou-se para coleta de dados, oficinas de estímulo sócio afetivas, as quais tinham como meta promover o desenvolvimento cognitivo,

discutir valores étnicos culturais. Os dados foram obtidos em rodas de conversa, e pela técnica de grupo focal que se caracteriza pela coleta de dados originalmente proposta pelo sociólogo Robert King Merton (1910 - 2003) com a finalidade de obter respostas de grupos, a textos, filmes e questões. A escuta cautelosa em grupo ou individual, realizando recortes positivos para o desenvolvimento psicossocial dos adolescentes como vista a compreender a visão dos alunos quanto a homofobias, violência física e psíquica. Desta maneira, conforme estudo de Gomes (2005, p. 179) o grupo focal favoreceu, aos alunos, externarem seus sentimentos, opiniões e reações que resultariam em novo conhecimento. Para análise dos dados optou-se pela a de conteúdo de Bardin (1977), onde a autora se aprofunda na questão do método e das técnicas, respectivamente, esclarecendo que esta se divide em: a organização; codificação de resultados; categorizações; inferências; e, por fim, a informatização da análise. Ocorreu a preocupação e o compromisso ético sobre a participação e envolvimento dos sujeitos da pesquisa, bem como, na produção do documento (TCLE) para que os pais e os alunos pudessem entender a intervenção e autorizá-la. **RESULTADOS:** Trata-se de resultado preliminar da pesquisa, cujo foco é compreender como os alunos enfrentam as diferenças dentro da sala de aula. Participam dessa pesquisa alunos de 6^a a 9^a série do ensino fundamental de uma escola na zona oeste do Rio de Janeiro. Foram atendidas 8 turmas com média de 28 alunos por turma, havendo pouca repetição de turma. As oficinas ocorrem uma vez por semana, com duração de 45 minutos, onde são abordados assuntos ligados a sentimentos e a comportamentos dos alunos frente ao seu viver. Os dados coletados são obtidos por escrito, verbais e pela linguagem corporal. Já participaram desse projeto alguns professores que não

interferiram nas dinâmicas, enquanto outros se retiraram do projeto. O que demonstrou no segundo grupo que alunos se fecham e não verbalizam o que realmente querem expor em relação a seu modo de ver e sentir as coisas. Questões referentes à escola, não são veiculadas nas oficinas, pois sua meta é identificar as histórias e as experiências de vida, de cada aluno. Com o material obtido na roda de conversa e no grupo focal, optou-se por criar uma única categoria o medo, pois foi o sentimento mais expresso em todas as salas. O medo mais verbalizado entre os alunos foi o de perder a genitora, que segundo Winnicott (1983) o mesmo o vincula ao profundo sentimento de amparo, frente às adversidades sofridas ou percebidas pelos alunos em seu ambiente familiar e do seu entorno. Para esse pesquisador o medo tem percorrido um caminho de apropriações de sentido antes de chegar ao campo da saúde, mas como fenômeno social. Palavras como “ficar sem minha mãe é a ideia que mais me atemoriza”, ou “Já perdi muitas coisas, mas acho que nada se compara a perder uma mãe” ou “Se perder minha mãe eu morro”. Ao serem questionados sobre esse sentimento, os alunos traduziram nas seguintes palavras: segurança, amparo, cuidado, carinho. Portanto as oficinas de Terapia Ocupacional têm oportunizado aos alunos verbalizarem e analisarem seus sentimentos, porém para alguns ainda é muito difícil entender o que é sentimento. **CONCLUSÃO:** Faz-se necessário dar continuidade a essas oficinas para que os alunos consigam interpretar as avalanches de sentimentos e comportamentos que desabrocham nesses momentos.

O OLHAR DO TRABALHADOR EM SAÚDE SOBRE A MODALIDADE DA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Thais Paulo Teixeira Costa, Janete Lima de Castro

Palavras-chave: (Educação a distância, educação permanente, aluno, motivos de escolha, saúde)

APRESENTAÇÃO: A sociedade moderna parece viver um conflito desenfreado com o tempo e, nessa relação turbulenta, a tecnologia aparece como mediadora de ansiedades. A ordem dos relógios, aparentemente, passa a impulsionar novos desejos e sonhos de tal forma que duas palavras aparecem como protagonistas: Inovação e Tecnologia. Na sociedade do conhecimento e da informação, ressaltada por Castells (1), a educação assume o papel de destaque na medida em que se reconhece que o conhecimento é o combustível da tecnologia, como afirma Toffler (2). Tendo essa afirmação como ponto de partida, é possível dizer que inovação, a tecnologia e a educação estão intrinsecamente relacionada. Nesse contexto, a qualificação da força de trabalho não pode ser vista apenas como uma demanda do próprio trabalhador, mas também como uma necessidade dos serviços de saúde que precisam de trabalhadores que compreendam as exigências de um tempo de constantes mudanças. Na área da gestão do trabalho e da educação na saúde, a situação não se apresenta de forma diferente. Nesse sentido, o setor responsável pela coordenação da área assume a importante missão de viabilizar a política de educação permanente na instituição e garantir a existência de instrumentos e estratégias de gestão do trabalho, na perspectiva de valorização do trabalhador e da qualificação dos serviços prestados à população. Logo, ressalta-se que os profissionais do referido setor devem estar capacitados para cumprir a missão estabelecida. Com o propósito de qualificar os citados profissionais, foi concebido o Curso de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CGTES), fruto

de uma parceria consolidada entre o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho e a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por meio do Observatório de Recursos Humanos, estação de Trabalho da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, coordenada pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil. De acordo com Castro, Vilar e Liberalino (3), CGTES se caracteriza por ser direcionado à qualificação de gestores do trabalho e da educação do Sistema Único de Saúde, utilizando a modalidade de Educação a Distância (EAD) como uma estratégia educacional capaz de atingir maior número de profissionais envolvidos direta e indiretamente, nesse campo de atuação. Nesse sentido, Castro et al. (4), alerta que a “EaD tem o potencial de ampliar, cada vez mais, a inclusão educacional. Contudo, o foco não deve ser apenas ofertar cursos e ampliar a abrangência de cada curso”, mas sim, “propiciar aos alunos uma aprendizagem que tenha como característica a autonomia e a interatividade”. Para Belloni (5), a EaD surge como caminho incontornável, como uma nova solução de melhoria da qualidade do ensino, no sentido de adequá-lo ao século XXI. Tendo como base os posicionamentos dos autores citados e o contexto de realização do CGTES, apresenta-se o objetivo deste trabalho: identificar os motivos que levam o trabalhador e o gestor de saúde a eleger um curso desenvolvido na modalidade de Educação a Distância para sua capacitação. MÉTODO DO ESTUDO: Este artigo é parte de Trabalho apresentado para Conclusão de Curso de Graduação em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde/Saúde Coletiva da UFRN. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A pesquisa de campo foi realizada nos meses de julho e agosto de 2015. Foram sujeitos da investigação os alunos do curso de Gestão do Trabalho

e da Educação na Saúde, da UFRN, da turma do estado de Goiás. A entrevista foi a técnica de coleta de informação utilizada. Foram entrevistados todos os alunos que se disponibilizaram a conceder a entrevista e foi utilizado o critério de saturação das respostas. As entrevistas foram realizadas “ao vivo” ou via Skype”, dependendo da disponibilidade do entrevistador e do entrevistado. Foi elaborado um roteiro com questões abertas para fins de orientação do entrevistador. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas por meio da técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (6). O projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética, conforme determinado pela Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos da pesquisa foram informados quanto aos objetivos do estudo e quanto à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que trata da participação voluntária e anônima. RESULTADOS: A análise das entrevistas revelou que a EaD pode ser uma estratégia a ser utilizada pelos programas de educação permanente das instituições de saúde na perspectiva de garantir a participação dos gestores e equipes gestoras nos processos de capacitação, devido a sua flexibilidade de horário e da possibilidade de realizar os estudos em qualquer espaço, sem, no entanto, esquecer o critério da qualidade. Os dados empíricos da pesquisa corroboram estudos como o de Fiuza e Sarriera (7) que destacam a flexibilidade de horário e a possibilidade de conciliar outros afazeres com os estudos, como alguns dos elementos que atraem o aluno para os cursos desenvolvidos a distância. Portanto, considerando que a força de trabalho do SUS está distribuída em todos os municípios, e que muitos dos trabalhadores e/ou gestores têm dificuldade para serem liberados pelo serviço, essas características da EaD são muito valiosas para os programas de educação permanente das instituições de

saúde. Outro dado importante, evidenciado, destaca que associação das Tecnologias Educacionais com as Novas Tecnologias de Informação e Comunicação podem propiciar aos alunos uma aprendizagem que tenha como características a interatividade e autonomia. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A demanda por conhecimento se intensificou com as alterações decorrentes do mundo globalizado e seus constantes avanços tecnológicos. Nesse contexto, a EaD se apresenta como uma possibilidade para o ensino não só no Brasil, mas em todo o mundo. No setor saúde, a EaD pode fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente, possibilitando uma formação de qualidade aos trabalhadores que encontram-se nos mais distantes serviços de saúde, oportunizando trocas de experiências em diversas realidades. Ao concluir este trabalho, compreende-se que os alunos, ao escolherem a EaD, reconhecem que ela se ajusta às suas necessidades de ser um trabalhador ou gestor da saúde sem, no entanto, prejudicar a qualidade necessária aos processos educacionais. Acredita-se que este estudo poderá contribuir nas avaliações dos cursos a distância, como também para a reflexão das instituições de saúde sobre as potencialidades da Educação a Distância enquanto uma estratégia que poderá apoiar as políticas de educação permanente do SUS.

O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O USUÁRIO DE ÁLCOOL E A INVISIBILIDADE DAS REDES VIVAS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Juliana Sampaio, Thayane Pereira da Silva Ferreira, Adelle Conceição do Nascimento Souza, Rinaldo Alves Batista, Dilma Lucena de Oliveira, Luciano Bezerra Gomes, Suely Mororó Marinho, Sandra Barbosa Ferraz

Palavras-chave: cuidado, saúde mental, álcool e outras drogas

O presente trabalho tem como objetivo lançar um debate sobre a invisibilidade dos profissionais de saúde frente à potência de vida de usuários de álcool e outras drogas e sua implicação para a produção do cuidado que fortaleça as conexões de vida do sujeito. Trata de um produto da interferência da pesquisa Observatório Nacional da Produção do Cuidado à luz das redes temáticas do SUS: avalia quem pede, quem faz e quem usa, financiada pelo Ministério da Saúde, e desenvolvida junto com profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de João Pessoa. A interferência que a pesquisa produz é marcadamente a possibilidade, construída no encontro entre universidade e profissionais de saúde, de colocar em análise o trabalho cotidiano à luz da produção do cuidado, tornando todos os sujeitos nele envolvidos pesquisadores e avaliadores desta produção (GOMES; MERHY, 2014). Neste movimento de educação permanente inerente à perspectiva de pesquisa compartilhada ora assumida, são produzidos novos olhares para o cuidado, para o trabalho e para os sujeitos neles envolvidos, sejam pesquisadores, profissionais ou usuários. Assim, esta pesquisa-interferência se desenvolve a partir do acompanhamento do cuidado produzido no trabalho compartilhado entre um técnico do CAPS III de João Pessoa, dois 2 agentes comunitários de saúde (ACS) e uma enfermeira da equipe de saúde da família (eSF) para uma família com demanda em saúde mental. Este acompanhamento se desenvolve durante quatro horas semanais, entre os meses de fevereiro e agosto de 2015, sendo possível participar de reuniões do CAPS III e entre o profissional deste serviço e eSF, visitas domiciliares à família, produção de um projeto terapêutico compartilhado entre a matriarca da família e profissionais

do CAPS III, CAPS ad, Consultório na Rua e NASF, além de realizar conversas com profissionais e usuários sobre suas experiências nesse processo de cuidado. Toda a experiência foi registrada em diário de campo pelas pesquisadoras e algumas conversas e reuniões foram gravadas com o consentimento dos sujeitos presentes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo atendidas todas as exigências éticas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todo o conjunto de dados produzido nesses encontros foi processado em reunião com o grupo de pesquisa e com alguns trabalhadores mais diretamente nela envolvidos, tendo como suporte os referenciais teóricos da micropolítica do trabalho em saúde (CAMPOS; MERHY, 1996). Num primeiro momento, o CAPS III atende ao encaminhamento da família, realizando visita domiciliar, identificando três sujeitos com demanda em saúde mental e realiza a administração de medicação de depósito. Contudo, apesar da família, inicialmente e sob pressão dos profissionais, acolher esta oferta, deixa clara a recusa tanto do cuidado medicamentoso quanto institucional no CAPS. A partir dessa recusa, um profissional do CAPS passa a reunir-se com a ESF para pensar outras ofertas de cuidado territorializadas e neste momento é aberta a possibilidade de conhecer efetivamente a família. Foi possível, assim, dar ouvidos para as falas dos familiares e dos ACS que são da comunidade e convivem com a família desde a infância. Neste momento, é possível conhecer Negro-Gato, um dos membros da família que faz uso de álcool. Ele tem 40 anos e começou a beber abusivamente por volta dos 25 anos quando passou a trabalhar na companhia municipal de coleta de lixo, a partir da influência de colegas que bebiam para suportar o mal-cheiro do caminhão de lixo. Começou neste emprego com seu irmão que atualmente está para se

aposentar nesta empresa, mas foi demitido anos depois por faltar o trabalho devido à bebida. Quando está consumindo álcool, passa a maior parte do tempo no mercado do bairro junto com outros viventes da rua. Tem um grupo de amigos que bebem no bairro e há relatos de que tem uma namorada neste grupo. Quando bebe álcool, preferencialmente cachaça, não gosta de comer nem beber água. Por isso, alguns dias depois fica bastante desidratado e emagrecido. Quando se percebe debilitado, Negro-Gato volta para casa e passa uns dias sem beber, se alimentando e hidratando. Ele também suspende a bebida quando consegue algum trabalho (bico), ou quando há alguma demanda de cuidado de sua família, como quando seu irmão faleceu, ou quando seu outro irmão lhe convocou para pintar a casa e para limpar o quintal. Também não bebeu quando a equipe de saúde agendou com ele uma visita. Ao dar visibilidade a esses movimentos de Negro-Gato, os profissionais puderam ver além de quem inicialmente era apenas mais um de uma família de loucos, sendo medicalizado pelo psiquiatra do CAPS. Permitiram-se conhecer, então, um sujeito que tem vida social e cuidado consigo e com a família que na nova concepção de saúde constitui-se um espaço potente na produção do cuidado (BRASIL, 2013) Foi possível então escutar e acolher sua demanda de cuidado, a partir da qual, mesmo reconhecendo que fazia uso danoso de álcool, não desejava abstinência, nem intervenção medicamentosa que lhe “deixava avoadado”, sem conseguir trabalhar. Neste momento, foi possível à equipe reconhecer e demandar apoio para as equipes do Consultório na Rua e do CAPS ad, para a produção de cuidados mais sintonizados com os desejos de vida de Negro-Gato, que passava pela manutenção do uso do álcool e pela vivência na rua. A interferência da pesquisa se produziu em várias direções. Na equipe, que a partir da

recusa de Negro-Gato a um determinado modo de cuidado, produz novos olhares sobre este sujeito. E em Negro-Gato que na última visita realizada pela pesquisa (pois a equipe de saúde continua com o cuidado), recebe seus cuidadores animadamente, de banho tomado, há dois meses sem beber e com alguns quilos a mais, afirmando que queria se cuidar. Portanto, este acompanhamento da produção do cuidado em saúde nos revelou que os sujeitos produzem a cada dia infinitas possibilidades e conexões de vida, com, sem, ou mesmo apesar, dos profissionais de saúde. Produzir um cuidado que reconheça e legitime a autonomia do sujeito no seu modo de levar sua vida, implica em reconhecê-lo protagonista de sua própria história e da produção de seu cuidado. Este reconhecimento, por sua vez, se torna possível quando o profissional se permite olhar o sujeito, pondo a doença entre parênteses, dando visibilidade para os diferentes modos dos sujeitos de inserirem-se no mundo e construir suas redes vivas de cuidado.

O PROCESSO DE TRABALHO NA ESF E SUA POTÊNCIA NA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTOS

Adilson Ribeiro dos Santos, Alba Benemérita Alves Vilela, Rose Manuela Marta Santos, Tatiana Almeida Couto, Nathalie Oliveira Gonçalves, Edmilson Alves Santos, Tilsom Nunes Mota, Túlio Batista Franco

Palavras-chave: Trabalho, Estratégia Saúde da Família, Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada

INTRODUÇÃO: Como palco de produção do cuidado, a Estratégia Saúde da Família – ESF traz um processo de trabalho alicerçado nos pilares da promoção e vigilância da saúde, assim como da clínica, compondo este conjunto a produção do cuidado. Em

sua gênese, o Programa Saúde da Família – PSF foi formulado como programa, posteriormente definido e defendido como estratégia, especialmente a partir de 1997, data da segunda publicação do Ministério da Saúde sobre conceitos, objetivos, diretrizes e implementação do PSF. Com um modelo que coloca o profissional dentro de diversas realidades dos usuários, rompendo com uma estrutura fria (salas climatizadas), branca (existência de equipes nas mais diversas periferias), ditatorial (prerrogativa de um modelo dialógico, dentre outras), a ESF possibilitou uma maior atuação na micropolítica, ou seja, nas questões que envolvem os processos de subjetivação em sua relação com o político, o social e o cultural, sendo estes os elementos que configuram os contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva. A ESF representa, pelo menos, duas novas formas de abordagem da questão da saúde da população: primeiro, busca ser uma estratégia para reverter à forma atual de prestação de assistência à saúde; segundo, é uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde. Essa concepção é uma combinação da gestão da clínica, com a promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco – pela incorporação das ações programáticas de uma forma mais abrangente e do desenvolvimento de ações intersectoriais. Com um processo de trabalho centrado na equipe multiprofissional, em um ambiente de constantes trocas, a EPS é uma das ferramentas que tem o potencial de contribuir para a reorientação do modelo de atenção e para a consolidação da ESF como primeiro contato dos usuários ao sistema de saúde e ampliar as possibilidades de resolutividade da mesma. Ribeiro dos Santos e Coutinho (2014) trazem a EPS como uma ferramenta que pode promover a qualificação

da formação, da gestão, do aprimoramento profissional e do controle social como uma das novas modalidades de reorientação do modelo de atenção à saúde. Reconhecendo no processo de trabalho na ESF como um dispositivo na produção de novos saberes das relações entre trabalhador/trabalhador e entre trabalhador/usuário este estudo tem como objetivo analisar a produção de conhecimentos fruto dos encontros produzidos na ESF. MÉTODO: Estudo qualitativo que se ancorou na cartografia como meio para a produção do estudo. A cartografia é um dispositivo de construção de conhecimentos formulada por Gilles Deleuze e Félix Guattari. Em sua aplicabilidade, uma construção cartográfica, possibilita tornar visíveis processos que só são percebidos através do olhar vibrátil, da dilatação do corpo sem órgãos para a captação dos afetos que constroem realidades, a partir dos encontros, da pessoa enquanto singularidade com o mundo. Este estudo aconteceu em uma unidade de saúde da ESF em um município baiano. Participaram todos os trabalhadores da equipe. Os preceitos éticos foram respeitados e para tal, submetido à Plataforma Brasil e aprovado com o parecer de número 479.436. RESULTADOS: O processo de trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, pois acontece no exato momento de criação, ou seja, o cuidado é produzido sempre com base em um encontro, do trabalhador com o usuário, e com os outros trabalhadores. O produto deste trabalho é consumido no exato momento da produção. Esse trabalho resulta do encontro emocionado e criativo entre trabalhador e usuário. Nessa relação há uma lógica instrumental operando, mas, sobretudo há, nos espaços relacionais, atos de fala e escuta, toques e olhares que são constitutivos do processo de trabalho que produz o cuidado e nessa relação os sujeitos se encontram e fazem junto à produção da

saúde. Em uma tarde, dialogando com a equipe sobre a produção de conhecimento no processo de trabalho na ESF foram contornando um mapa das várias maneiras de se produzir conhecimentos nos encontros entre trabalhadores e usuários. Na nossa equipe mesmo, nós temos muito diálogo, assim, um com o outro, principalmente os agentes de saúde, então agente tenta assim fazer um tudo para que não haja diferença no equipe de trabalho. Nós temos uma experiência, um diálogo que não é de hoje trabalhamos assim. Então as informações que temos de trabalho, para os pacientes tem que ter muito diálogo um com o outro. Percebe-se o quanto alguns membros da equipe valorizam o diálogo no processo de trabalho. Adiante, no mesmo momento, as relações permeadas pelas trocas não apenas entre trabalhadores, mas também com os usuários aparece como um dispositivo importante no processo de trabalho na produção de novos conhecimentos. Os conhecimentos novos se dão também da experiência entre profissionais e moradores e a cada dia agente está aprendendo coisas novas. Aqui é a enfermeira chefe, ela traz bastante conhecimento para o posto. Com suas especificidades o processo de trabalho em saúde, considerado vivo em ato, tem a capacidade de promover processos de subjetivação e de criação de novas realidades. A base do conhecimento gerado no trabalho é a experiência, sendo assim, o trabalho é por si só gerador de novos possíveis para o cuidado em saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O processo de trabalho em saúde com sua alta capacidade de se reinventar, pode ser percebido como um local para além da produção do cuidado, mas como um local de produção de novos conhecimentos fruto dos encontros entre trabalhadores e destes com os usuários. Como uma profissional com um histórico nas ações de educação em saúde, a enfermeira aparece como uma profissional

que promove novos conhecimentos na equipe. Desse modo, percebemos que para além de momentos formais, os encontros na ESF possuem a capacidade de deflagrar novos processos de aprendizagens, o que requer novos olhares para os processos de Educação Permanente em Saúde no trabalho em saúde.

O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DOS PRECEPTORES NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Luciana da Conceição e Silva, Shirley Soares da Silva Marins do Patrocínio, Marcio Eduardo Brotto

Palavras-chave: Residência, Saúde, Educação

Este trabalho é parte do estudo realizado para o Trabalho de Conclusão da Residência. Tem como tema o processo de ensino e aprendizagem dos preceptores em uma residência multiprofissional em saúde. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde foram pensados com o objetivo de contribuir com a revisão do modelo assistencial, na medida em que podem formar um novo perfil do profissional de saúde preparado para responder às reais necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade. Elencamos como questão norteadora dessa pesquisa: Como tem sido a contribuição dos preceptores para a formação multiprofissional em saúde dos residentes, através do seu processo de ensino no e pelo trabalho, objetivando a construção de um curso de formação crítica para o SUS? O objetivo geral deste trabalho é analisar o processo ensino-aprendizagem na Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher do Instituto de atenção a saúde São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a partir do relato dos preceptores. Os objetivos específicos foram; destacar

as contribuições dos preceptores para a formação multiprofissional na RMSM; e a contribuição na construção do Projeto Político-Pedagógico da RMSM. O estudo está de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que traz diretrizes e normas regulamentadoras que devem ser cumpridas nos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos. A metodologia do estudo foi a pesquisa quantitativa e realizou-se a partir dos relatos dos preceptores do HESFA/UFRJ que pertencem às seguintes áreas de conhecimento: Serviço Social, Psicologia e Enfermagem. Dentro do total de 41 preceptores, 12 foram entrevistados, dos quais: 4 assistentes sociais, 4 enfermeiros e 4 psicólogos. O critério de escolha foi o sorteio aleatório. Utilizou-se o Roteiro de Entrevista Semiestruturada e a Análise de Conteúdo Temático para a coleta e tratamento dos dados. Podemos observar que a maioria desconhece (67%) o projeto; 42% não participaram da construção do projeto; 42% participaram da construção, mas não consideraram a participação substancial com respostas relacionadas de que os preceptores foram chamados a operacionalizar o que fora pensado; e apenas 17% afirmaram ter tido participação efetiva na construção do projeto. Um dado interessante se levarmos em consideração que 67% dos preceptores entrevistados estão inseridos no RMSM desde seu início. Ao serem indagados sobre o planejamento multiprofissional do ensino na preceptoria observa-se que 67% dos preceptores afirmaram que não há planejamento multiprofissional e quando indagamos sobre a prática multiprofissional no próprio HESFA os preceptores encontram dificuldades (25%) por questões estruturais; outros afirmaram que não há integração multiprofissional no instituto (25%) e outros ainda afirmaram que não conseguiram avaliar (25%) tendo em vista que não conheciam o trabalho das outras unidades.

Esses dados demonstram que apesar dos preceptores considerarem que o Instituto e suas unidades são avançados na intenção e em práticas multiprofissionais a realidade aponta que os profissionais possuem muita dificuldade em integrar essas práticas no cotidiano como exemplo do planejamento e do conhecimento da realidade de outros setores do HESFA. Os dados sugerem que os preceptores não estão desenvolvendo, planejando e protagonizando um trabalho que venha a contribuir para um processo ensino-aprendizagem condizente com uma formação profissional voltada aos objetivos propostos pela Residência Multiprofissional. Isto pode estar acontecendo devido à falta de participação mais efetiva dos preceptores na construção e discussão do projeto Político Pedagógico do curso; pela organização do trabalho que se desenvolve distanciada do molde multiprofissional assim como pela inexistência e fragmentação do planejamento das atividades de ensino. A falta de protagonismo dos formadores preceptores na construção do Projeto Político-Pedagógico abre a discussão para repensar a participação mais satisfatória desses no planejamento pedagógico do curso tendo em vista que esses profissionais são centrais na formação do curso com ênfase prática onde a maior parte do processo de ensino-aprendizagem realizar-se-á nos cenários de prática com a supervisão profissional dos preceptores. Percebemos também, através destes dados, que os profissionais não conseguem planejar e definir objetivos claros para a ação profissional, o que impede que eles utilizem de sua relativa autonomia para sustentarem princípios ético-políticos progressistas nos atendimentos, direcionando os instrumentos utilizados a partir de seu referencial e dos objetivos propostos. Outra tendência observada é a de que os profissionais, por não planejarem e nem refletirem sobre o exercício profissional, acabam por não destacarem as prioridades

de atendimento para a formação dos residentes, reiterando, dessa forma, o que o cotidiano impõe como prioridade, cotidiano este que tem a hegemonia do capital financeiro preconizando práticas meramente curativas e fragmentadas na saúde, além de uma defesa cada vez maior da privatização do setor. Ao refletirmos sobre a avaliação da prática profissional, consideramos que para analisar as consequências do exercício da profissão nas relações contraditórias da realidade faz-se necessário captar as referências ético-políticas e teórico-metodológicas da ação desenvolvida presentes nas estratégias, prioridades e manifestações dos profissionais. Esse tipo de avaliação não é realizada pelos profissionais que se limitam a recorrer à aparência da realidade institucional para analisarem seu cotidiano, demonstrando dessa forma que a reflexão e a relação teoria-prática, essencial a um intelectual especialmente ao vinculado às unidades universitárias, é realizada de forma superficial na realidade de trabalho desses profissionais. Uma prática mediada pelos interesses históricos das massas trabalhadoras não se materializa através da posição verbalmente declarada, mas por um conjunto de ações e mediações que materialize esse posicionamento. Desta forma, destaca-se o planejamento, individual e coletivo da prática assistencial; destacando-se, as ações relacionadas à preparação para a realização das atividades, tendo em vista os fins desejados – o planejamento. Esse processo torna-se um instrumento importante para quem faz opção por uma prática mediada pelos interesses dos trabalhadores, visto que contém a possibilidade de estruturar um conjunto coordenado de ações visando a consecução de determinados objetivos; ou seja, a possibilidade de uma prática que esteja voltada para o acesso às políticas públicas como direito e com controle social. Mas, na sociedade capitalista, o

planejamento, assim como outros, é um instrumento que pode ser utilizado para diversos fins. Entretanto, ao profissional que opta por um projeto de profissão voltado para fortalecer a saúde coletiva na perspectiva da Reforma Sanitária, coloca-se a exigência de planejamento do exercício profissional. Sem planejamento as demandas dos usuários são abordadas como “problemas” a serem resolvidos de modo pontual, sem que sejam apreendidas como expressões da dinâmica da sociedade capitalista. Desta forma, o planejamento torna-se um instrumento essencial que permite estabelecer metas, prioridades e ações necessárias, tendo em vista assegurar uma prática institucional que reverta em ganhos para a população. A falta de planejamento dificulta, ainda, a avaliação da prática profissional e a avaliação dos alunos residentes, uma vez que não se estabeleceram parâmetros, metas e prioridades. Isto influencia na qualidade dos serviços prestados e impede uma formação avaliada nas suas consequências.

O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO NA SAÚDE (PET-SAÚDE): UMA FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA PROFISSIONAIS DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AOS USUÁRIOS DE DROGAS

Ândrea Cardoso de Souza, Malena Storani Rosa, Lirys Cedro Figueiredo, Ana Lúcia Abrahão

Palavras-chave: Educação Permanente, PET, Atenção Psicossocial

O modelo de atenção preconizado pelo SUS vem se consolidando através de mudanças de paradigmas e buscando cada vez mais atender a população de maneira integral, o que exige profissionais de saúde envolvidos com o contexto histórico-social dos usuários e que possam atuar como transformadores

do processo saúde-doença. A partir da parceria estabelecida entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação com o objetivo de estimular mudanças curriculares nos cursos de graduação da área de saúde, de modo a formar profissionais com perfil mais adequado às necessidades do SUS, surgiram nos últimos anos alguns programas de destaque: o Programa de Incentivo às mudanças curriculares das Escolas Médicas (PROMED) de 2001, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (PRÓ- Saúde I e II), instituído desde 2005, e por último e com maior relevância para este estudo, o Programa de Ensino pelo Trabalho (PET-Saúde). Tendo como pressuposto a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade e uma qualificação por meio do trabalho, o Ministério da Saúde, juntamente com o Ministério da Educação, no ano de 2008, implementa uma nova estratégia para a formação de profissionais mais qualificados para a atuação no SUS: PET-Saúde, que tem como alguns de seus objetivos, contribuir para a formação de profissionais adequados às necessidades do SUS e favorecer a fixação de profissionais de saúde nos serviços. Instituído pela Portaria Ministerial MS/MEC nº 1.802/08, o PET-Saúde é direcionado às Instituições de Educação Superior (BRASIL, 2009). Destacando a importância da formação de profissionais cada vez mais implicados para a adoção de um trabalho articulado em rede e na rede e de acordo com as reais necessidades do SUS, o PET-Saúde constitui-se em um dispositivo para viabilizar programas de educação em serviço dos profissionais de saúde, estimulando sua constante qualificação e tornando-os coprodutores de conhecimentos e práticas que atendam às demandas da população. O PET-Saúde tem servido como uma ferramenta para a aproximação das políticas públicas de saúde e a prática dos profissionais em suas próprias áreas de atuação (CEZARIO, 2013). Esse encontro com a prática além

de favorecer aquisição de experiências, visa desenvolver projetos que contribuam não apenas para sua formação quanto para, em articulação com outros profissionais, criar mecanismos que contribuam para um melhor funcionamento dos serviços a que estão vinculados. O mundo do trabalho, então, é aqui reconhecido como possibilidade de aprendizado. Nesse sentido o programa encontra-se contextualizado na Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009) que defende o conceito de aprendizagem-trabalho como sendo aquela que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações e propõe que o processo de educação dos trabalhadores da saúde se faça a partir da problematização do processo de trabalho, pautando a necessidade de formação e desenvolvimento dos trabalhadores pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Tanaka et al. (2012) afirmam que o PET-Saúde é um instrumento para qualificação do serviço profissional e incentiva a integração ensino-serviço-comunidade, a institucionalização das atividades pedagógicas dos profissionais do serviço e o estímulo para a inserção das necessidades do serviço como fonte de produção de conhecimento e pesquisa na Universidade. Pizzinato et al. (2012) reforçam que com a entrada em cena de docentes e estudantes atuando junto com os trabalhadores, há certamente uma oxigenação, uma motivação que apontam para a alteração na cultura estabelecida, devendo essas serem avaliadas. O objetivo deste estudo constitui-se em avaliar se o Pet-Saúde constitui-se num dispositivo de educação permanente dos profissionais/preceptores dos serviços de saúde e identificar as ações do Pet-Saúde que os preceptores reconhecem como sendo de Educação Permanente. Este estudo consiste em uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa. Foi desenvolvida nos serviços da rede pública de saúde mental desse município que são vinculados

ao PET-Saúde Mental. Os participantes da pesquisa foram seis profissionais de saúde que atuam como preceptores do Pet-Saúde Mental no Município de Niterói. Para coleta de dados foi utilizada como técnica de pesquisa a entrevista semiestruturada com esses profissionais. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal Fluminense e recebeu parecer favorável nº 862.452. Todos participantes do estudo reconhecem o Pet como uma ferramenta de educação permanente. Acreditam que a proposta entre serviço, universidade e comunidade os colocam em movimento de aprendizado, na medida que requer um constante repensar das práticas. Relatam que consideram os espaços de discussão coletiva entre os integrantes do PET (alunos, docentes e profissionais) como a ferramenta mais potente para a EP. É necessário investimentos em dispositivos que permitam uma melhor formação e qualificação do profissional de saúde. Por um lado critica-se o processo de formação dentro das universidades por ser muita das vezes desvinculado da realidade dos serviços de saúde. Por outro, o fato dos profissionais de saúde reproduzirem um modelo centrado na doença, o que dificulta o estabelecimento de um espaço de formação mais criativo. A Política Nacional de Educação Permanente, aprovada em 2003 pelo Conselho Nacional de Saúde e instituída pela Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007, destaca o papel do Sistema Único de Saúde de ordenador da formação dos profissionais de saúde, devendo promover seu desenvolvimento científico e tecnológico. Considera a educação permanente um dispositivo pedagógico capaz de efetuar, no setor da saúde, relações orgânicas entre ensino e serviços e entre docência e atenção à saúde (BRASIL, 2009). Ceccim (2005) ressalta que a produção dessa política representou o esforço de cumprir uma das mais nobres metas formuladas pela saúde

coletiva no Brasil, que seria a de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho. Afirmo ser uma estratégia fundamental às transformações no trabalho, capaz de torná-lo um lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Trata-se de se permitir aprender de novo, de questionar um fazer que já é dado como certo e repensar se ele pode ser realizado de outra forma. Não é, contudo, tarefa fácil para um profissional, tomar o saber acumulado em sua formação e reinventá-lo ou readaptá-lo ao cotidiano sem que haja um exercício, um incentivo a essa prática, o que, muitas vezes, gera resistência por aqueles que executam o trabalho. Mudanças exigem envolvimento de diversos fatores, articulados entre si. Incorporar a educação permanente no fazer cotidiano significa reconhecê-la como política a ser adotada não apenas pelos profissionais da ponta, mas também pelos gestores e instâncias que se propõem à formação. Muitas vezes os modelos de cursos e capacitações ofertados pelas instituições de ensino superior e núcleos de educação permanente das secretarias de saúde não realizam um levantamento das necessidades e aplicabilidade desses conteúdos nos serviços e valorizam pouco a vivência dos profissionais. As barreiras impostas à implantação da educação permanente ocorrem também por parte das unidades de saúde, devido à falta de organização dos serviços e das escalas dos profissionais de modo a favorecer a criação de espaços de discussão que possibilitem uma reflexão sobre a prática e a promoção de melhorias no cuidado prestado aos usuários. Fazer caber no cotidiano dos serviços espaços de educação permanente torna-se um desafio face às inúmeras demandas, rotinas e processos de trabalho que dificultam o encontro dos profissionais.

O TEATRO NO ENSINO EM SAÚDE: ATUANDO E APRENDENDO

Jair Brito da Costa, Káriston Eger dos Santos, Ednéia Albino Nunes Cerchiari

Palavras-chave: Teatro, ferramenta pedagógica, ensino em saúde

APRESENTAÇÃO: As artes dramáticas sempre fizeram parte do contexto social das civilizações; sendo utilizadas como forma de agradecimento e adoração a seus deuses ou para simbolizar os ritos de passagem de fases da vida de seus membros. A necessidade de representar, sempre esteve presente na história da humanidade, expressando suas emoções e sentimentos em ações religiosas e/ou culturais, sendo utilizada posteriormente como atividade voltada ao entretenimento, informação ou crítica social. Assim como a arte, a ciência sempre teve sua representatividade e importância validadas junto à sociedade; podendo ser dito, inclusive, que as duas sempre caminharam juntas. Desde os tempos de Platão, o teatro vem sendo abordado com a intenção de educar. Historicamente, as atividades de expressão dramática eram estudadas e centradas com valores didáticos, ou seja, o teatro era utilizado para formar o caráter e a personalidade do homem. O teatro como ferramenta educacional é uma conquista recente e ainda pouco explorada, limitada muitas vezes ao caráter recreativo da transmissão de informações a fim de disseminar conteúdos de disciplinas diversas e no intuito do desenvolvimento de objetivos pedagógicos amplos como, por exemplo, o desenvolvimento da “criatividade”¹. A pedagogia do teatro remete às teorias contemporâneas de estudos críticos-culturais; tais como o feminismo e o pós-modernismo. Neste tipo de abordagem teatral, educadores e estudantes empregam

convenções que desafiam, resistem e desmantelam sistemas de privilégio criados pelos discursos dominantes e práticas discursivas da moderna cultura ocidental, fazendo com que esta prática da ação dramática crie espaços e possibilidades para moldar a consciência crítica, sensíveis à pluralidade, diversidade, inclusão e justiça social, propiciando a construção de um cidadão/ator protagonista na transformação de sua realidade. Neste contexto, o presente estudo teve como objetivo identificar as possibilidades educacionais da utilização do teatro como ferramenta pedagógica para o ensino em saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Para a produção deste estudo foi realizada a revisão da bibliografia em forma de revisão integrativa. Tal instrumento é caracterizado pelo potencial de integrar estudos de várias áreas de conhecimento, combinando o rigor da revisão sistêmica com a possibilidade da utilização de dados da literatura empírica e teórica direcionados à definição de conceitos, identificação de lacunas nas áreas de estudos, revisão de teorias e análise metodológica dos estudos sobre um determinado tema. A combinação de pesquisas com diferentes métodos, na revisão integrativa, amplia as possibilidades de análise da literatura em relação a seu impacto positivo ou não sobre o objeto do estudo, facilitando a assimilação do conhecimento, potencializando uma análise crítica, tanto de quem produz quanto de quem consome este produto (estudo). Para tanto, foram pesquisadas a bases de dados Lilacs, Scielo e PubMed, com os seguintes descritores: teatro educação; ferramentas pedagógicas; teatro como ferramenta educativa; teatro no ensino em saúde. A pesquisa se limitou a trabalhos publicados em língua portuguesa, que não se caracterizavam por revisão de literatura e desenvolvidos nos últimos quinze anos, ou seja, trabalhos publicados entre 2001

e 2015, da mesma forma trabalhos que não se encaixaram nestes requisitos foram descartados. **RESULTADOS:** A utilização do teatro como instrumento pedagógico baseia-se em trazer para a sala de aula, tanto na escola quanto em projetos de extensão, técnicas do teatro a fim de aplicá-las na comunicação do conhecimento, propiciando a vivência “real” da problemática do assunto. As possibilidades do teatro como um instrumento pedagógico são conhecidas; esteja o estudante como espectador (ator passivo) ou como protagonista (ator ativo), visto que tal ferramenta é um excelente meio para vivenciar um determinado tema ou impactar emocionalmente o espectador, gerando reflexões sobre determinada questão educacional. Esta é, portanto, nossa proposta de intervenção, ou seja, a utilização do teatro pelo educador, neste caso, no ensino em saúde. A arte é libertadora. Dentre as artes o teatro é, sem dúvida, expressão libertadora por excelência. Possibilita “re/viver” sentimentos e situações sem barreiras de tempo e espaço, vivenciar fatos reais ou do imaginário do autor, propiciando o resgate do indivíduo e da sociedade². Neste contexto, as práticas voltadas ao ensino em saúde devem se apoderar das técnicas próprias do fazer teatro no sentido de tornar presente e vivo a inserção do estudante no mundo dos cuidados com a saúde. As teorias pedagógicas de cunho crítico preconizam o ensino que leve em consideração o contexto histórico do sujeito (estudante)³, desta maneira, as práticas voltadas ao ensino dos cuidados com a saúde, ao se apropriarem de um fato que seja de interesse da comunidade, favorecem o desenvolvimento desta temática de forma reflexiva com os sujeitos envolvidos, criando soluções em conjunto, por meio da vivência teatral de tal fato⁴. Pode-se utilizar, por exemplo, o consumo

de álcool ou outras drogas por menores ou ainda a obesidade infantil, problematizar tal tema com a comunidade, levantar casos conhecidos junto aos estudantes, trabalhar suas causas, efeitos e possíveis soluções. O próximo passo seria a montagem do espetáculo e o direcionamento ao tipo de público. Com isso teríamos a efetivação da prática do ensino em saúde de forma significativa para dada comunidade, por intermédio do teatro, no sentido de tornar vivo ou visível tal fato, seus desdobramentos sociais e possíveis soluções ao mesmo. Ao ser incorporado ao processo de criação da cena pedagógica, o estudante toma para si a corresponsabilidade do ato educacional⁵, tornando-se ator ativo do processo ensino-aprendizagem, vendo em si um “ator” social ativo e com reais possibilidades transformadoras de sua realidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O educador deve ter claro que o teatro é arte, e como tal seu objetivo é o sentimento de aceitação em relação ao seu tema, desta forma, quanto maior o envolvimento da comunidade com a temática do teatro, maior a possibilidade desta aceitação. Na escola ou projetos de extensão, é possível que os estudantes vejam no teatro uma nova e dinâmica alternativa de aprendizagem, atraídos pela natureza participativa e autoral da oportunidade de vivenciar novas e reais situações e personagens no “palco”. Fica evidente, com este estudo, que a utilização do teatro como ferramenta pedagógica aplicada ao ensino em saúde pode ser muito eficaz para a aprendizagem dos temas relacionados aos cuidados com a saúde, consolidando-se como uma estratégia alternativa e viável para a produção e disseminação do conhecimento.

O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES SOB O OLHAR DO GESTOR MUNICIPAL: MEDICALIZAÇÃO DO PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM?

Sandie Lauren Kahl Mueller Kovalski, Dominique Corso Bittencourt, Elisete Mariane Neumann, Thiago Pereira Kovalski, Regina Helena Medeiros

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Crianças e Adolescentes, Políticas Públicas, Medicalização do Processo Ensino Aprendizagem

INTRODUÇÃO: O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é o transtorno mais comum em crianças e adolescentes, com ocorrência entre 3 a 5% das crianças em várias regiões do mundo onde tem se estudado. O TDAH é caracterizado pela junção de basicamente três sintomas: desatenção, impulsividade e hiperatividade física e mental. Ele tornou-se ao longo dos últimos anos um assunto extremamente comentado no mundo todo, com a grande propaganda da indústria farmacêutica sobre o fármaco cloridrato de metilfenidato, comercialmente conhecido como Ritalina®, que prometia controlar os seus sintomas. A sociedade necessita de formas de tratamento das hiperatividades menos invasivas e mais naturais, buscando tornar a vida das crianças e adolescentes portadoras do TDAH a mais normal possível, permitindo assim melhor qualidade de vida para as mesmas. **OBJETIVO:** avaliar junto aos gestores municipais da área de abrangência da 5^a Coordenadoria Regional de Saúde as políticas públicas relacionadas ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade em crianças e adolescentes junto aos segmentos da saúde e/ou da

educação. **PERCURSO METODOLÓGICO:** A metodologia utilizada foi a quali-quantitativa. A pesquisa passou por aprovação junto a gestora da 5^a Coordenadoria Regional de Saúde, bem como da Comissão Integrativa Regional, com representantes de todos os municípios da área de abrangência desta coordenadoria de saúde, sendo realizada no dia 10 de setembro de 2013, no município de Canela-RS. Os participantes da pesquisa foram os gestores municipais dos 49 municípios da área de abrangência da 5^a Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Os dados foram coletados através de um questionário estruturado, o mesmo foi entregue aos gestores que o retornaram através de correspondência interna à 5^a CRS. A participação deles foi voluntária. Com base nos resultados obtidos através do questionário, os dados foram inicialmente tabulados e transformados em gráficos e tabelas e posteriormente analisados com base no referencial teórico construído, bem como distribuídos em dez categorias como: 1) TDAH é um problema? 2) Qual é o tamanho do problema? 3) Como e quem diagnostica? 4) Há programa e/ou política sobre o TDAH municipal? 5) Abordagem medicamentosa 6) Outras abordagens para o TDAH 7) Rede de cuidados para o TDAH 8) Educação Permanente em Saúde para o TDAH 9) Programas de Saúde Escolar 10) Legislação x TDAH. **RESULTADOS:** Obteve-se retorno de 26,5%, o equivalente a 13 dos 49 municípios convidados a participar da pesquisa. Os gestores responsáveis pelos dados foram em sua grande maioria representantes da área da saúde, porém obteve-se também o retorno de dois municípios que responderam o questionário com a percepção da educação, o que permitiu uma breve caracterização de como o TDAH estava sendo abordado por essas duas áreas. É importante salientar que a baixa adesão no retorno dos dados da pesquisa, talvez estivesse relacionada

a inexistência de uma política municipal nesta temática. Percebeu-se que 84,6% dos participantes relataram que o TDAH é um problema em seu município e 84,6% deles não possuíam indicador de incidência de casos de TDAH. Ao questionar os gestores municipais referente a existência de algum protocolo para diagnosticar casos de TDAH em crianças e adolescentes, 77% responderam não possuir. Os critérios utilizados para diagnóstico eram consultas com especialistas como, psiquiatra, neurologista, pediatra e neuropediatra. Alguns diagnósticos são realizados também por clínico geral e pedagogo além de outros profissionais como os professores. Observou-se, também, que 77% dos municípios não possuíam política ou programa municipal de atendimento integral a crianças e adolescentes com TDAH. Dentre os municípios que não possuíam uma política nessa área, 63,6% deles demonstraram interesse em possuir. Em 61,5% dos municípios existia registro do número de casos com abordagem medicamentosa, sendo que o metilfenidato (psicoestimulante) foi o fármaco relatado em 77% dos casos para o tratamento do TDAH, a Imipramina (antidepressivo) em 15,4% e a Risperidona (antipsicótico) em 7,6% dos casos. Apenas 2 municípios relataram o número de usuários de medicamento, reafirmando que não se tinha controle do número real de usuários em nível municipal. Em 92,3% dos municípios não havia protocolo de tratamento para o TDAH. Quanto às outras abordagens para o TDAH, em 100% dos municípios as crianças e adolescentes eram encaminhados para atendimento psicológico, 84,6% relataram que as crianças e adolescentes faziam uso de medicação para controle do TDAH, 77% dos municípios possuíam encaminhamentos para neurologista para avaliação do problema, 69% encaminhavam as crianças e adolescentes para consultas

psiquiátricas, 61,5% dos municípios as crianças e adolescentes com TDAH faziam acompanhamento com psicopedagogo, 23% utilizavam grupos, 15,6% utilizavam a ludoterapia como método de abordagem no enfrentamento ao TDAH, 15,5% utilizavam a arte-terapia para trabalhar com as crianças e adolescentes com o TDAH, e 7,7% dos municípios as crianças e adolescentes eram atendidos por serviços de homeopatia, fonoaudiologia, consultas com médico clínico geral e serviço de psicoterapia. Em 75% dos municípios não havia fluxograma ou protocolo para encaminhamento de casos. Em 69,2% não existia ambulatório ou serviço específico para transtornos de aprendizagem. Quanto aos municípios respondentes, 77% não haviam estratégias de Educação Permanente em Saúde relacionada à temática e 69,3% relataram interesse em ampliar o tema durante sua gestão, 23% dos municípios responderam não ter interesse e 7,7% não responderam a questão. Em 53,8% dos municípios não havia Programa de Saúde do Escolar apenas 30,8% responderam que tem um programa voltado para a temática, 7,7% responderam que ainda não tinham, porém demonstravam interesse em possuir e 7,7% não responderam a questão. Em 61,5% dos municípios não tinham conhecimento sobre o projeto de Lei 7.081 de 2010 que está tramitando no senado, o qual dispõe sobre o Diagnóstico e o Tratamento do TDAH e Dislexia na Educação Básica. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Analisando as respostas dos municípios ficou claro como o conhecimento sobre leis federais é muito limitado em nível municipal, justificando capacitações aos gestores neste sentido. Conclui-se que a baixa adesão dos participantes pode ser considerada relevante, uma vez que se pode relacioná-la ao conhecimento restrito ou limitado dos gestores municipais sobre o tema, bem como a inexistência de serviços, programas

ou políticas específicas para o TDAH em crianças e adolescentes em nível municipal. O enfermeiro, como profissional coordenador do cuidado, tem um importante papel relacionado ao TDAH, buscando articular saúde x educação x família x crianças e adolescentes, através de abordagens inter e transdisciplinares em saúde, sensibilizando gestores para efetivação de políticas e programas específicos para o atendimento integral a crianças e adolescentes com esta necessidade. Deve também lutar contra a medicalização do social e do processo ensino-aprendizagem, ampliando pesquisas nesta temática e buscando outras abordagens, a exemplo das práticas integrativas e complementares de cuidado no Sistema Único de Saúde. Ainda ficam perguntas pendentes e sugestões de novos estudos, onde se possa desmistificar a psiquiatrização do TDAH, questionar as formas diagnósticas e os tratamentos/abordagens meramente medicamentosos ainda vigentes. Chama-se à atenção também para a necessidade de uma maior abordagem deste tema junto às universidades, tanto em nível de ensino, como na área de extensão e pesquisa, uma vez que praticamente na área da saúde, esta temática passa despercebida.

O VER-SUS COMO METODOLOGIA ATIVA DE APRENDIZAGEM E SEUS IMPACTOS NO PROCESSO FORMATIVO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Diego da Silva Ferreira, Francisco Mardones dos Santos Bernardo, Amiry Monteiro Sanca, Jhennifer de Souza Góis, Milena Bezerra de Oliveira, Jenniffer de Souza Serafim, Emilia Soares Chaves Rouberte, Thiago Moura de Araújo

Palavras-chave: Acontecimentos que Mudam a Vida, Sistema Único de Saúde, Participação do Cidadão

APRESENTAÇÃO: O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído em 1990, a partir da Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990), apresenta-se como uma contra hegemonia ao processo de privatização de serviços que vem ocorrendo desde a ascensão do neoliberalismo. Trata-se de uma estratégia recente, instituída em paralelo ao sistema capitalista, impossibilitando a implementação do projeto integralmente e constitui-se como uma rede organizada e hierarquizada que oferece diversos serviços de promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação e atuação profissional. Com os impulsos do movimento de Reforma Sanitária instigando a reformulação do conceito de saúde, o SUS é efetivado compreendendo que os serviços de saúde públicos devem ter um viés democrático. Dessa forma, como ferramenta de promoção, fortalecimento e consolidação do SUS, no ano de 2002, surgiu um projeto denominado: Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde Brasil (VER-SUS BRASIL, 2013). Desde a implementação da Política de Educação Permanente, em 2006, o VER-SUS adéqua-se como estratégia de efetivação para os futuros profissionais do Sistema Único. O objetivo é instigar a formação permanente e a participação de diversas áreas do conhecimento promovendo a interdisciplinaridade entre os saberes profissionais, empenhados em prol dos princípios e diretrizes normativas do SUS. O projeto intenciona forjar profissionais militantes, incitando uma formação reflexiva e crítica dos estudantes e movimentos sociais para que possam agir como atores políticos protagonistas, capazes de promover transformações na conjuntura social. O VER-SUS, por meio das vivências possibilita que os indivíduos desconstruam concepções limitadas sobre o processo produtor de saúde. Envolvendo-os em um olhar totalizador, fundamentado pelo conceito ampliado de saúde de saúde, nos quais os fatores ambientais, sociais,

culturais e políticos são determinantes e condicionantes para a promoção da saúde e prevenção de doenças permitindo uma visão horizontal sobre este conceito. Para sua implementação e efetivação, no Ceará, o referido projeto é custeado pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), Ministério da Saúde e Rede Unida. Atualmente o projeto é vinculado a Rede Unida. Participam das vivências: estudantes de graduação e de cursos tecnólogos, residentes de saúde e membros de movimentos sociais. **Objetivo:** O presente trabalho consiste na socialização das experiências, sensações e percepções vivenciadas no VER-SUS ocorrido na cidade de Fortaleza por seis acadêmicos, sendo três do curso de enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), duas acadêmicas do curso de serviço social da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e uma acadêmica de enfermagem da Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF). **MATERIAL E MÉTODO:** Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo do tipo relato de experiência, realizado durante a vivência dos 06 acadêmicos que estiveram imersos durante nove dias, entre 24 de janeiro e 01 de fevereiro de 2015. As informações foram coletadas por meio de pesquisa documental e análise dos relatórios produzidos a partir da vivência e por meio da experiência dos acadêmicos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Durante a vivência do VER-SUS foi proporcionado à visita a diversos locais e contato com dispositivos de saúde: a Comunidade Indígena Jenipapo – Kanindé; o acampamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); Unidades Básicas de Saúde (UBSs); o Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto; o CAPS Geral V (localizado no Bom Jardim); o qual funciona em parceria com o Movimento de Saúde Mental do Bom Jardim (MSMCBJ); o Hospital Infantil Albert Sabin; o Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ); a 1^a Coordenadoria Regional de Saúde/Fortaleza;

o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop); o Centro Urbano de Cultura, Arte, Ciências e Esporte (CUCA) e a praia de Sabiaguaba. O contato proporcionado pela imersão nos possibilitou conhecer como estão estruturados e organizados os serviços de saúde através do contato real com a dinâmica de funcionamento do SUS. Este contato nos proporcionou desenvolver o senso reflexivo-crítico mais apurado dando os subsídios necessários para uma formação técnica, científica, cidadã e política. Destarte, enfatizamos que o processo vivenciado ratificou o quanto são importantes as nossas ações como protagonistas na construção de um SUS no qual suas diretrizes e regulamentações sejam realmente concretizadas, pois a consolidação do sistema passa por conquistas e desafios que requer uma conduta diferenciada. A vivência fez com que percebêssemos o contraste entre teoria-prática, que na maioria das vezes, infelizmente, não corresponde à realidade e demanda social, sendo assim, necessita de adequações para sua efetivação. Os conhecimentos adquiridos e compartilhados nestes locais ocorreram por meio de um espaço dinâmico e interativo que favoreceu o despertar da nossa militância, no sentido de passar a considerá-la como um dos meios capazes de buscar um sistema na qual os seus princípios sejam realmente implementados e respeitados. Esta experiência foi crucial para aguçar a nossa criticidade no processo formativo e na futura atuação enquanto profissional incitando a proatividade e proficiência em prol do SUS. A vivência foi uma oportunidade de intercâmbio entre diversos saberes, discussões sobre a conjuntura política do SUS e o estímulo para que busquemos os subsídios necessários para provocar mudanças que contribuam de forma positiva para o processo formativo e sociedade. Este tipo de contato estimula o trabalho em equipe, desenvolvimento

e aperfeiçoamento de habilidades e competências possibilitando a relação de interdisciplinaridade dos envolvidos ampliando a concepção de saúde e mostrando que todos possuem um papel de extrema importância na consolidação do SUS. Relacionar-se com os outros viventes possibilitou a percepção de que o conhecimento entre as diversas áreas do saber contribuem de forma significativa para a compreensão da conjuntura social-política incitando uma reflexão conjunta que proporcione uma visão holística e integral do indivíduo aumentando o ensejo por um processo formativo intenso e dinâmico pautado nos princípios éticos, morais e científico. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A vivência experienciada contribuiu de forma positiva nos diferentes aspectos do processo formativo, contemplando as esferas política, social, técnica, intelectual e científica pautada em princípios éticos e morais estimulando a formação de profissionais aptos a atuarem nas diversas conjunturas sociais e hierarquizadas do SUS. Os legados deixados pelo VER-SUS são inegáveis, pois contribuíram marcadamente para uma formação acadêmica diferenciada com o ensejo da busca do conhecimento, preparo profissional, engajamento e envolvimento com o SUS embasado na reflexão, criticidade e compreensão da conjuntura complexa do SUS por meio de uma conduta cidadã, ativa, ética, responsável, coletiva, democrática e fundamentada em conhecimentos científicos, da conjuntura social e da realidade do SUS. O VER-SUS apresenta-se como possibilidade de transformação de um sistema formativo engessado, verticalizado. Frente a isso, tal projeto, seguindo os traços da epistemologia freiriana proporciona o entendimento da dimensão dos sentidos, e propõe pensar a realidade na qual nos inserimos, compreendendo que o pensamento é conduzido conforme a situações concretas que visualizamos.

OBJETO E PESQUISADOR, A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO IN-MUNDO

Ana Lúcia Abrahão, Paula Cerqueira, Magda Chagas, Leila Vianna, Nereida Santos, Monica Rocha, Maria Amelia Costa, Patricia Albuquerque

Palavras-chave: Pesquisa, Redes de Atenção, Micropolítica

APRESENTAÇÃO E OBJETIVO: A construção do Sistema Único de Saúde tem marcado o esforço de coletivos de trabalhadores que imprimem ao espectro do sistema sua própria e singular forma de agir, e, sobretudo de significá-lo. O resultado da intensa atividade dos trabalhadores e gestores é a de um Sistema de Saúde que tem uma enorme potência de se produzir como tal, atuando com uma força instituíste em interseção permanente com o que está instituído. As recentes diretrizes de construção de um sistema que tenha por base as redes de cuidado, parte do pressuposto de que estas atuam como linhas de produção, acionadas pelos trabalhadores no âmbito do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde. Estas redes são operadas por processos de trabalho estruturados pelos trabalhadores na sua micropolítica, isto é, a partir de diferentes projetos que se interpõem em um intenso processo produtivo, em redes, onde opera uma importante capacidade inventiva do trabalhador, o que agrega grande possibilidade de realização ao SUS. Somado a este panorama geral, as inúmeras situações descritas no campo da saúde, como é difícil o acesso aos serviços, as experiências em diversas áreas do Sistema Único de Saúde, com foco nas inovações no modo de produção do cuidado e os numerosos casos de usuários que vivenciam formas e modos de cuidado singulares são focos da pesquisa, "Observatório Nacional da Produção de Cuidado em

diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa." Uma investigação em âmbito nacional, mas que neste trabalho, toma como foco a questão construída a partir do problema que se estabelece na prática e nos processos de composição do campo de pesquisa. Um exercício para os pesquisadores que convoca mudanças paradigmáticas na construção do conhecimento. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Ao tomarmos como objeto de investigação a avaliação da produção do cuidado e não uma avaliação sobre o cuidado, ou, ainda, uma avaliação sobre os indicadores epidemiológicos dos impactos do cuidado para as condições de saúde da população, neste caso estamos assumindo que o cuidado é produzido no encontro. Logo, nos remete a um deslocamento do lugar de pesquisador que observa e interpreta para o encontro. Um estar com aquele que demanda cuidado, com o trabalhador de saúde nos seus locais de trabalho e com os gestores em diversos espaços, inclusive nos espaços informais de gestão que acontecem na vida cotidiana dos trabalhadores. A problemática da produção do cuidado em redes de atenção complexas nos convoca a experimentação de modos de investigação que sejam capazes de produzir análise a partir do ato cuidador. Nesta direção, fizemos opção por uma orientação que não aparta sujeito e objeto, mas que implica o pesquisador no seu objeto convoca-o a multiplicidade de mundos e o convida para se encharcar de mundos (Abrahão et. al, 2013). Uma vez que a investigação se dá a partir do encontro, passamos a considerar que o olhar do outro, nesse encontro, compõe o território da investigação, dito de outro jeito é considerar como abordagem para a pesquisa o perspectivismo. O objeto de investigação dessa pesquisa é composto por vários pontos de vista, incluindo aqui a

implicação do pesquisador. Uma produção das várias formas de existir no mundo para além da que estamos habituados nos serviços. Um exercício de desaprender, problematizar e colocar em análise as marcas, os constructos centrados e estabelecidos como verdades. O uso das narrativas foram fundamentais neste processo e foram sendo construídas pelos pesquisadores e são um dos planos que se tomou nesta construção da pesquisa, pois como nos diz Réne Schéerer (2005) "Desembaraçar-se de tudo o que imobiliza, que sedentariza: palavra-refrão." Se há algo, antes de tudo, que aprendemos com ele, que dele guardamos que é sua marca própria e sua luz, é exatamente esse apelo a reativar sem parar o movimento. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** O exercício de se experimentar em grupo e singularmente nesta dobra do perspectivismo e da implicação, tem possibilitado, ao grupo de pesquisadores um reposicionamento de conceitos, reconstrução de outros e avanços importantes na construção de conhecimento sobre a constituição de redes dentro dos serviços. A produção de um campo de pesquisa que rompe com a dicotomia objeto/pesquisador, colocou em "destaque as micropolíticas imanentes" (Rodrigues, 2011: 236) do processo de cuidar, deixando vir para a cena os acontecimentos ruidosos, repetitivos, silenciosos e/ou silenciados, presentes e constitutivos das conexões e arranjos produzidos entre os pesquisadores. Assim, está se configurando, pois estamos em processo de produção da investigação, uma produção intensa de conhecimento, entre os pesquisadores e por parte de quem faz o cotidiano acontecer, de quem está ligado ao processo de cuidar, pois é a prática o lugar da produção de conhecimento (Merhy, 2013). Na construção da investigação, buscamos ir para além da lógica do apreender "o engendramento daquilo que, ao tornar-se "objeto", se vê sujeitado às ações de outro e/

ou outrem” (Rodrigues, 2011: 236) em suas diversas racionalidades, lógicas e sentidos, partimos do entendimento de que o usuário não se encontra na condição de objeto e sim se localiza no lugar do protagonista do seu próprio modo de existir. Produz suas próprias conexões e modos de estar na vida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Estamos compartilhando os encontros com uma escuta e debate a partir dos microprocessos de cuidar, com muita negociação entre os serviços. Nesse sentido o desafio de conhecer o usuário, identificando os equipamentos por onde transitou, bem como as suas conexões existenciais, ou seja, os vínculos, contatos que ele constrói além do serviço, ampliando o nosso interesse para elementos relativos ao modo de andar a vida, indo para além da lógica da clínica, nesta experimentação em ato no plano do cuidado é viver o nomadismo e o acontecimento no ato. Nesse exercício de olhar em nós essa produção para poder olhar-nos outros e nas redes encontramos conceitos ferramentas, que nos auxiliam, como a noção de afecção espinoziana. Isto porque toda experiência de assistência, de gestão, assim como a da própria vida é uma experiência com as afecções da existência ou com isso que se produz a partir de nossa posição no mundo, como corpo em encontro com outros corpos que assim se afetam de modo alegre ou triste. Reconhecer essas afecções em nós e nos encontros nas redes traz para a cena as produções de sentidos que se encontram em ação sobre o tratar, o cuidar e gerir. Sobre sentidos dos processos coletivos em ato e a forma como suas redes são fabricadas com vistas a produzir o cuidado em saúde. Em conexão com o exercício de desaprendizagem e com a noção de afecção o próprio conceito de rede passou a ser explorado de outra forma. Há um deslocamento do reconhecimento de uma rede somente a partir de seus fluxos e protocolos para o de sua fabricação como rede viva, mutável, dinâmica, imprevisível,

em acontecimento, em ato a partir de cada encontro entre o trabalhador, os usuários e a gestão. A partir desse entendimento da rede como um espaço de produção de vida, o encontro da pesquisa nas redes vem produzindo muitas zonas de visibilidade e dizibilidade da forma como essas redes operam.

OS DESAFIOS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NUMA MICRORREGIÃO DO MATO GROSSO DO SUL

Sandra Fogaça Rosa Ribeiro, Cátia Paranhos Martins, Guillermo Johnson, Cibele de Moura Sales, Beatriz Ravazine, Gabriela Markus

Palavras-chave: educação permanente em saúde, gestão, trabalhadores de saúde

Apresentação: Diante dos avanços e retrocessos do Sistema Único de Saúde (SUS), após a sua regulamentação na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), é primordial ampliar a compreensão sobre os processos de construção da saúde como direito, envolvendo a gestão e a educação em saúde. Os princípios do SUS – universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e controle social – imprimem ao Sistema uma nova organização do trabalho em saúde. Buscam promover o acesso da população aos bens e serviços de saúde e romper com o modelo biomédico, ao considerar as múltiplas dimensões do processo saúde-doença. Além disso, a descentralização e regionalização, como princípios organizativos, demandam uma gestão compartilhada entre as esferas federal, estadual e municipal. A regulamentação da Lei nº 8080, de 1990, foi um avanço do movimento da reforma sanitária. Entretanto, passados mais de duas décadas, o modelo vigente não é suficiente

para operacionalizar o novo projeto preconizado pelo SUS. Na gestão federal, diversas regulamentações foram seguindo-se, buscando dar suporte ao novo modelo. Conforme previsto no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) e, atualmente, no Contrato Organizativo de Ação Pública - COAP (BRASIL, 2014), há a necessidade da constituição e funcionamento efetivo de Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a Educação Permanente em Saúde (EPS), fundamental para subsidiar tal transformação. Diante do exposto, a pesquisa “Educação Permanente em Saúde: processo de gestão e formação num núcleo regional de saúde do Mato Grosso do Sul”, financiada pelo FUNDECT/DECIT-MS/CNPq/SES Nº 04/2013, foi iniciada em novembro de 2013. O objetivo foi investigar os processos de gestão e Educação Permanente em desenvolvimento numa microrregião de saúde no Mato Grosso do Sul. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia fomentada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, que desde 2003 tem o intuito de transformar o cotidiano do SUS em espaço de formação do trabalhador por meio da reflexão crítica (BRASIL, 2007). Reconhece os trabalhadores como sujeitos ativos de seus próprios conhecimentos, construindo significados conforme suas experiências. O eixo central consiste no pensamento crítico/produtivo refletido na resolução dos problemas encontrados na realidade (FREIRE, 1983; MERHY, FEUERWEKER, CECCIM, 2006). Método: Para esta investigação, a metodologia foi de ênfase qualitativa e privilegiou a dimensão subjetiva dos fatos, considerando a natureza biopsicossocial que os permeou, possibilitando a apreensão dos significados contidos nos discursos dos sujeitos (MINAYO, 1994). A partir do método dialético, foi utilizado para coleta de dados uma combinação metodológica com a realização de dois grupos focais com

os técnicos, entrevistas com os gestores e observação participante no Núcleo Regional de Saúde. Os preceitos éticos foram respeitados, sendo a pesquisa aprovada no Comitê de Ética da Universidade Federal da Grande Dourados, conforme parecer nº CAAE/20029613.5.0000.5160. O roteiro para condução da investigação no grupo focal e na observação participante foi composto das seguintes questões norteadoras: facilidades e dificuldades do processo de EPS na microrregião; principais temas desenvolvidos; repercussões da EPS na condução da gestão municipal e regional; repercussões na atenção à saúde por meio da Rede de Atenção à Saúde; e, por fim, repercussões da EPS na saúde mental dos trabalhadores. Os relatos dos sujeitos nos grupos focais, as entrevistas e as anotações em diário de campo constituíram-se no material de análise. Dentre as categorias destacam-se: os desafios da formação; os diferentes formatos da Educação em Saúde; o trabalho em rede; e as repercussões na saúde mental dos trabalhadores. Resultados: De forma bastante sucinta, esses resultados apontam o papel em construção da rede de atenção, das esferas estadual, municipal e regional na organização das ações de Educação Permanente em Saúde. Indicam também as contradições da EPS, pois há dois polos opostos, a educação continuada, com ênfase nos cursos e capacitações técnicas, e, de forma concomitante, a Educação Permanente centrada na análise e intervenção nos processos de trabalho. Os resultados indicaram tanto a falta de compreensão dos gestores e dos técnicos a respeito da Educação Permanente em Saúde e a dificuldade de colocá-la em prática, quanto revelaram experiências exitosas, sugerindo perspectivas favoráveis no crescimento da EPS na região. Além disso, indica que a EPS e a saúde mental desenvolve-se numa relação que mostra duas faces de uma mesma moeda. Por um

lado colabora para a promoção da saúde mental dos trabalhadores do SUS, nos momentos em que é desenvolvida como espaço de formação do trabalhador, por meio da reflexão crítica. A reflexão possibilita, dentre outros aspectos, que o trabalhador construa coletivamente estratégias de superação dos desgastes e sofrimentos enfrentados no trabalho em saúde. Por outro lado, constitui-se em desgaste, quando fica reduzida a cursos realizados de forma fragmentada, acarretando incumbências para o trabalhador que os fez, retornar para o serviço e de forma solitária implantar algo que os demais não têm nenhum conhecimento. O trabalho em rede foi apresentado como algo a ser consolidado, constando-se avanços na aproximação entre municípios da mesma região, em torno de um mesmo projeto, mas ainda com dificuldades de ajustes no que se refere à definição dos temas desenvolvidos, nem sempre consoante com os interesses e necessidades da rede. Os produtos finais da pesquisa foram uma cartilha propositiva e um site que visam ampliar o diálogo sobre a temática e sua interface com as demais políticas do SUS. O material didático busca, de forma acessível, apontar alguns caminhos e incentivar os espaços de reflexão como primordiais para a transformação do SUS. Considerações Finais: De forma geral, os trabalhadores reclamam da formação que vem sendo desenvolvida, qualificando-a como inadequada. Os gestores também reclamam da falta de compreensão dos trabalhadores, da falta de envolvimento. Pode ser que as duas reclamações sejam legítimas, requerendo uma transformação, fruto de uma ação conjunta de todos os envolvidos na Educação Permanente em Saúde, trabalhadores, gestores, universidades e usuários. As experiências de regionalização das ações de Educação Permanente em Saúde, de solidariedade entre os trabalhadores de diferentes

municípios poderão, porventura, repercutir de forma a qualificar as ofertas e as redes de atenção à saúde. Espera-se que este projeto fortaleça a Educação Permanente em Saúde como um dispositivo favorável na qualificação dos gestores e dos trabalhadores para o enfrentamento dos desafios inerentes à construção do SUS.

OS DESAFIOS DA EXPERIÊNCIA DOCENTE: TEORIA, PRAXIS E COMPROMISSO COM A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA

Elenita Sureke Abilio, Conrado Neves Sathler, Catia Paranhos Martins

Palavras-chave: Psicologia da saúde, Ensino em saúde, Extensão universitária

As mudanças históricas da formação com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) trazem atualmente a exigência de um novo perfil profissional. Esse novo perfil direciona as necessidades de mudanças curriculares para atender as demandas pedagógicas do ensino que vislumbram competências e habilidades diferenciadas. A experiência descrita neste trabalho se refere a um projeto de extensão estruturado a partir da experiência docente em Psicologia da saúde na Faculdade Anhanguera de Dourados/MS, em parceria com os docentes do curso de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e, ainda, desses mesmos docentes com seus pós-graduandos que se apresentam também como atores no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HUGD) o que expande o campo de análise da Saúde Coletiva. Para a graduação a proposta é pensar a formação dos alunos atendendo às necessidades de saúde e parâmetros da profissão, já para a RMS a

proposta é ampliar o campo de análise das demandas advindas da prática do trabalho vivo em ato Merhy (2002) e intervir em casos com maior complexidade relativa à rede de saúde. A aposta se deu junto à Secretaria Municipal de Saúde de Dourados no investimento no projeto de extensão intitulado Acompanhamento e Apoio Técnico ao Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). A implementação do projeto se deu pela formação teórica e avaliação do processo com encontros presenciais de seus atores, estudos teóricos e discussão das práticas na experiência do estágio.

OS DESAFIOS QUE PERMEIAM A PRÁTICA DOCENTE EM ENFERMAGEM

Edlamar Kátia Adamy, Carine Vendruscolo, Jean Wiliam Bender, Josiane Rodrigues França, Karine Pereira Ribeiro, André Lucas Maffisoni, Iselda Pereira, Alcione Pozzebon

Introdução: O enfermeiro docente tende a deparar-se com inúmeros desafios no processo de ensino de graduação superior, pois sua formação é mais voltada para a assistência do que para a atuação na docência. Freire (2005) afirma que os homens são seres inacabados, porém, também são seres históricos e, como tal, têm a consciência de tal inconclusão. Nessa perspectiva, considera-se que o docente enfermeiro deve estar sempre em busca do novo, para auxiliar os acadêmicos no processo de construção do conhecimento. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) enfatizam características consideradas essenciais para o perfil do egresso/profissional enfermeiro, dentre as quais a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para o exercício da enfermagem, com base em um rigor científico e intelectual, sempre pautado em princípios

éticos (BRASIL, 2001). Isso reforça a responsabilidade dos enfermeiros docentes que devem estar preparados para encarar a sociedade globalizada, em constante avanço tecnológico, com vistas ao fomento do pensar crítico, ancorado em competências éticas e de cidadania, autonomia e capacidade para resolver problemas. Assim, o docente deve saber que seu papel não é o de transmitir conhecimento, mas de envolver-se em um universo no qual o cuidar significa aprender e ensinar, estando em constante reflexão sobre seus saberes e modos de ser enfermeiro docente (SEBOLD; CARRARO, 2013). Freire (2009) também problematiza o processo de ensinar como uma prática que não se resume em transferir conhecimento, mas pressupõe reflexão crítica, exige pesquisa, conhecimento, respeito, autonomia, bom senso, curiosidade, generosidade, humildade, entre outras competências. Objetivo: Identificar desafios que permeiam as práticas do docente/enfermeiro em duas Universidades Públicas do Oeste de Santa Catarina, com cursos de graduação em Enfermagem. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e com abordagem qualitativa. Para a realização da pesquisa foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os participantes, sendo quatro docentes da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e seis docentes da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), os quais atenderam critérios de inclusão e exclusão sendo estes: atuarem há mais de dois anos nas instituições envolvidas, ter experiência em docência na enfermagem há mais de cinco anos, além de mostrarem interesse para participar da entrevista. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, e analisadas a partir do método proposto por Minayo (2011). O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UDESC, sendo aprovado sob

parecer nº 953.083. Resultados: Observou-se que os principais desafios que permeiam a atividade como professor enfermeiro tem a ver com o exercício da docência e sua relação direta com a formação pedagógica deficitária dos enfermeiros, sobretudo quanto ao desconhecimento de abordagens metodológicas mais ativas, a serem aplicadas no processo de ensino-aprendizagem. Contudo, nota-se que os professores conhecem a importância da formação pedagógica para exercer essa função, além de considerarem a necessidade de estar em permanente processo de construção do saber, para propiciar ao acadêmico uma formação mais ampla e qualificada. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) foi identificada como elemento de instrumentalização do docente enfermeiro, num processo de aprimoramento contínuo, pautado nas dificuldades encontradas no dia a dia, tanto nas atividades em sala de aula, quanto nas práticas em diferentes cenários que fazem parte da formação em enfermagem. Para Waterkemper e Prado (2011), as metodologias ativas favorecem o processo de educação, auxiliam no processo onde o acadêmico cria sua própria opinião, contribuindo assim, para a construção do ensino livre de opressão e o desenvolvimento de um ser mais crítico e reflexivo. Nessa direção, auxiliam o professor, pois o mesmo passa a ser protagonista do ensino, intermediando e norteando o aprender do acadêmico. Emerge a necessidade de mudança e transformação no contexto educacional, na perspectiva de que a educação permanente dos docentes proporciona a compreensão para planejar, analisar, implementar e avaliar a prática centrada na compreensão dos estudantes, organizando currículos que estimulem a exploração e investigação das ideias centrais da disciplina, permitindo que os alunos ampliem e apliquem o que sabem (GEMIGNANI, 2012). Freire (2011)

pondera que o desenvolvimento da atitude crítica, consciência que faz com que o sujeito transforme a realidade, permite que esses temporalizem espaços geográficos e construam a história pela sua própria atividade criadora. Nesse sentido, elementos fundamentais a atividade docente são a comunicação e o diálogo, como fontes de saber e de ensinar. Ainda, para Freire (2005), ensinar pressupõe a reflexão crítica sobre a prática, o que configura a “práxis” (ação-reflexão-ação) como possibilidade transformadora da realidade, como fonte de conhecimento reflexivo e de criação que os seres humanos realizam de forma dialógica entre si, e mediados pelo mundo. É nessa direção que o docente, para o alcance da prática reflexiva, deve ser capaz de organizar uma pedagogia construtivista, criar situações de aprendizagem, corrigir por intermédio do diálogo estabelecido com a realidade, levando o futuro profissional ao desenvolvimento do pensamento crítico e da autonomia (FARIA, CASAGRANDE, 2004). Considerações finais: O papel do docente enfermeiro na formação dos futuros profissionais de enfermagem vai além do conhecimento técnico-científico, perpassando por uma postura ética e humanitária, que sirva de exemplo aos educandos, além de habilidades metodológicas que facilitem a construção e apropriação do saber. Isso será possível quando o professor reconhecer a incompletude do saber profissional, o que exige uma atitude humilde, pautada na dialogicidade e na liberdade de expressão, a partir da compreensão do educando como ser único. Cumpre destacar a relevância desses achados para a reflexão sobre a importância de processos educativos orientados por uma pedagogia crítica e libertadora, no âmbito da enfermagem em Santa Catarina, além de trazer à tona o importante debate sobre os desafios que permeiam a prática do enfermeiro

docente. Neste contexto, destaca-se a necessidade do envolvimento institucional no planejamento e oferta de programas de desenvolvimento docente que desperte o desejo da mudança e que os ajude a caminhar no planejamento e aplicação de novos arranjos metodológicos. O processo de capacitação de docentes universitários de forma participativa e dialógica, mostra-se eficaz visando a (trans)formação de suas práticas de ensinagem (MENDONÇA et al., 2015). No entanto, na busca de seu constante aperfeiçoamento, o professor enfermeiro precisa preocupar-se com a própria formação de maneira contínua, para que possa contribuir com os educandos – futuros profissionais enfermeiros – na descoberta de conhecimentos que os habilitem a serem cidadãos autônomos, críticos e reflexivos.

OS SABERES E SABORES DA INTERDISCIPLINARIDADE COMO PRÁTICA INOVADORA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Lidiane de Fátima Barbosa Guedes, Arlene de Queiroz Alves, Sandra Cabral Portella

Palavras-chave: interdisciplinaridade, Política Nacional de Humanização, saúde, formação

O presente trabalho objetiva apresentar um relato de experiência acerca do Café Científico e Cultural com saúde, evento ético-formativo, idealizado desde o ano de 2013 pelo curso de Enfermagem da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), na cidade de Salvador-BA. Trata-se de uma atividade semestral, com caráter de extensão, que visa promover e estimular o exercício da convivência interdisciplinar entre os estudantes dos cursos de Enfermagem e Biomedicina, a partir do protagonismo e autonomia dos mesmos,

bem como a produção e compartilhamento de trabalhos científicos que tenham a interdisciplinaridade como foco. A composição teórico-metodológica do evento é fundamentada na Política Nacional de Humanização (PNH), do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a humanização entendida como: “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde; os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.” (BRASIL, 2009). O Café Científico tem como Objetivo Geral promover espaços de trocas de experiências interdisciplinares na produção de saberes e práticas em saúde, envolvendo estudantes e professores dos cursos de saúde da EBMSP, a partir da referência do Núcleo Comum; e Objetivos Específicos: experimentar novos modos de ensino aprendido na formação ético-estético-político do profissional de saúde; promover encontros de produção coletiva de saberes e práticas que envolvam temáticas interdisciplinares em saúde; estimular reflexões acerca da indissociabilidade entre a teoria e a prática do cuidado humanizado em saúde e convocar os estudantes a atuarem enquanto sujeitos autônomos e protagonistas do processo de ensino aprendido. Sabe-se que o exercício da transversalidade enquanto princípio da PNH é um desafio para a construção de novas formas de atenção e gestão em saúde. Assim, discutir e experimentar esse exercício na graduação dos cursos de saúde se constitui em elemento de extrema importância para o aumento da comunicação intra e intergrupos. Se na PNH temos como norte transversal a aproximação entre trabalhadores, usuários e gestores, no campo acadêmico, tal aproximação convoca os estudantes, professores e gestores em

saúde, a um deslocamento ético, afetivo e político. Nesse sentido, o acontecimento do Café torna-se um espaço potente para a troca de experiências na perspectiva interdisciplinar no campo da saúde. Os sujeitos envolvidos são estudantes e professoras do 1^o semestre dos cursos de Biomedicina e Enfermagem através dos componentes Ética e Bioética, Metodologia Instrumental, Psicologia e Saúde; e estudantes e professora do 2^o semestre de Enfermagem do componente Desenvolvimento do Ciclo de Vida. A realização do Café Científico está atrelada às seguintes etapas: 1^a Etapa: Apresentação da proposta do evento aos estudantes, no início de cada semestre letivo, em concomitância à apresentação dos planos de ensino dos componentes as professoras responsáveis por esses componentes discutem a proposta da atividade avaliativa, nomeada de Encontros Interdisciplinares para o Café Científico; 2^a Etapa: Preparação para a atividade avaliativa dos Encontros Interdisciplinares para o Café Científico – em cada componente curricular, a professora trabalha, por equipe de estudantes, a escolha de temáticas relevantes e transversais nos campos - da Saúde, Ética e Bioética e Psicologia - que se desdobram, por exemplos, em debates voltados aos Direitos Humanos, à diversidade sexual e gênero, às Políticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, descriminalização do aborto e às questões étnico-raciais, sociais, culturais e políticas. 3^a Etapa: A organização dos Encontros Interdisciplinares para o Café Científico: requer dos professores envolvidos participação em reuniões semanais para alinhamento teórico, metodológico e logístico das atividades, e supervisões sistemáticas das equipes de estudantes de cada componente curricular. Em média há uma distribuição de 10 a 12, cada uma com 8 a 10 estudantes, participando, em média, 100 estudantes, e

4 apresentações por dia. 4^a Etapa: Momento de integração para os Encontros Interdisciplinares para o Café Científico: é promovido um momento de integração entre os estudantes desses diferentes componentes curriculares - em local que comporte em média 100 pessoas; 5^a Etapa: Realização dos Encontros Interdisciplinares para o Café Científico: durante 8 semanas os estudantes compartilham a apresentação dos seus trabalhos temáticos durante 30 minutos, utilizando-se de recursos artísticos. Nessa ocasião, os modos de pensar e agir o cuidado em saúde se amplia na direção da interdisciplinaridade, onde o diálogo e a produção de sentidos em saúde acontecem a partir da convivência entre os diferentes sujeitos e saberes. 6^a Etapa: Momento de Avaliação – A avaliação das apresentações é feita a partir de um Barema, previamente apresentado aos estudantes, embasado nos seguintes critérios: Habilidades Conceituais (comunicação e participação); Habilidades Procedimentais (cumprimento do roteiro e articulação conceitual com a proposta da interdisciplinaridade); Habilidades Atitudinais (criatividade), valendo 9 pontos. A autoavaliação, valendo 1 ponto, possibilita a reflexão crítica do processo ensino-aprendizagem dessa experiência. Essa etapa corresponde a 10 pontos da atividade avaliativa; 7^a Etapa: Escolha dos trabalhos para apresentação no Café Científico: a partir dos resultados do Barema utilizado na avaliação. São escolhidos três trabalhos para serem apresentados no Café Científico e Cultural com Saúde; 8^a Etapa: Café Científico e Cultural com Saúde: acontecimento protagonizado pelos estudantes do primeiro semestre dos cursos de Biomedicina e Enfermagem, em cumprimento aos créditos dos componentes curriculares: Metodologia Instrumental, Ética e Bioética e Psicologia e Saúde. No dia do evento, as comissões formadas pelos estudantes se incumbem de recepcionar,

acolher e estimular os seus convidados a experimentarem um ambiente de trocas entre os diferentes sujeitos e debates no campo da saúde, tendo como foco a interdisciplinaridade. Dessa forma os participantes do Café são: estudantes que integraram a etapa da atividade avaliativa dos Encontros Interdisciplinares para o Café Científico; e estudantes dos outros cursos da EBMS e/ou de outros componentes curriculares que tenham desenvolvido trabalhos e vivências com enfoque interdisciplinar no campo da saúde; professores e colaboradores da EBMS interessados em partilhar experiências artísticas culturais e científicas articuladas ao campo da saúde e interdisciplinaridade. No Café da Bahiana, estudantes, professores e colaboradores experimentarão e assistirão cenas artísticas culturais e criativas de temáticas atuais da área de saúde. O convite para os seus apreciadores apresenta as seções: Café com saúde: mesa redonda sobre o tema; Café em Cena: apresentação dos trabalhos realizados pelos estudantes da EBMS; Café com Afeto: homenagem aos professores da instituição e apresentação de sua trajetória profissional e produção acadêmica na EBMS e Café com ciência: “O que aprendi na Bahiana?” exposição de trabalhos inovadores desenvolvidos na EBMS. RESULTADOS/IMPACTOS: a partir dessa experiência, contatou-se a constituição de um espaço de mobilização dos estudantes do 1^o semestre na organização de um evento científico e cultural bem como a mobilização dos professores na proposição de temas interdisciplinares como parte do processo avaliativo; além da aproximação dos estudantes do 1^o semestre com o ambiente de produção científica e exercício de vivências interdisciplinares no campo da saúde entre os diferentes estudantes dos cursos de saúde da EBMS. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A proposta deste trabalho evidencia

a necessidade de investir na interdisciplinaridade, não apenas como um ideal a ser alcançado, mas como uma posição ética, estética e política na formação do profissional de saúde, valendo-se de uma estratégia de enfrentamento aos campos do saber ainda restritos à concepção do cuidado humanizado sob enfoque dos especialismos.

PATOLOGIAS PREVALENTES ENTRE GESTANTES DE ALTO RISCO ATENDIDAS NOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM GESTAÇÃO DE RISCO, NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM/PA

Ana Beatriz da Silva Pedroso, Simone Aguiar da Silva Figueira, Nayara Linco Simões, Edileuza Félix de Sousa, Yara Macambira Santana Lima

Palavras-chave: gestantes, patologia, enfermagem

APRESENTAÇÃO: A gravidez por ser evento fisiológico e a sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma pequena parcela de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença, sofrerem algum agravo ou desenvolverem complicações, apresentam maiores possibilidades de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essas grávidas constituem o grupo chamado de gestantes de alto risco, (1) por esse motivo o estudo objetivou conhecer as patologias que mais acometeram as gestantes e as classificaram como tal no município de Santarém/PA, inscritas no pré-natal da Unidade de Referência Especializada e Centro Referência em Saúde da Mulher no período de janeiro 2010 a dezembro de 2013. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O presente estudo é documental, descritivo, de caráter retrospectivo e abordagem quantitativa e análise com base estatística

descritiva. Foram tabulados e analisados, com auxílio dos softwares Word e Excel 2013, 3.000 prontuários, no Centro Referência em Saúde da Mulher, desses, 560 foram incluídos na pesquisa e na Unidade de Referência Especializada, 271 prontuários, desses, 182 incluídos na pesquisa, totalizando uma amostragem 742 prontuários. RESULTADOS: Após a análise das variáveis identificamos que as patologias de prevalência foi ganho ponderal 205 (27,63%); seguido de Hemorragia na gestação 90 (12,13%); Doença hipertensiva específica da gestação 88 (11,86%); Soma dos Pontos 65 (8,76%); Hipertensão Crônica 51 (6,87%); Aloimunização 36 (4,85%); Sífilis 35 (4,72%); HPV 34 (4,72%); Varizes Acentuadas 30 (4,04%); Amniorrexe Prematura 24 (3,23%); Epilepsia 25 (3,37%); Diabetes Mellitus 22 (2,96%); Mioma 20 (2,70%); Problemas Emocionais Graves 20 (2,70%); Doença Renal 12 (1,62%); Toxoplasmose 9 (1,21%); Malformação Fetal 9 (1,21%); Patologia da Tireoide 9 (1,21%); Doença Cardíaca 7 (0,94%); Gestação Múltipla 6 (0,81%); Malária 5 (0,67%); Eclampsia 4 (0,54%); Diabetes Gestacional 3 (0,40%); Anomalia do Trato Genital 3 (0,40%); Hérnia Umbilical 3 (0,40%); Hepatite B 3 (0,40%); Polidramnio 3 (0,40%); Alterações do Crescimento Uterino 2 (0,27%); Hanseníase 2 (0,27%); Asma 2 (0,27%); Hemoglobinopatia 2 (0,27%); Cisto Ovariano 2 (0,27%); Gastrosquise 2 (0,27%); Gardnerella 2 (0,27%); Proteinúria 2 (0,27%); Cirurgia Ginecológica de Grande Porte 2 (0,27%); Rubéola 2 (0,27%); Gravidez ectópica 2 (0,27%); Escoliose 2 (0,27%); Hepatite C 2 (0,27%); Hérnia Inguinal 1 (0,13%); Leucemia 1 (0,13%); Hidronefrose Fetal 1 (0,13%); Molahidatiforme 1 (0,13%), Meningite 1 (0,13%); HIV 1 (0,13%); Fibromialgia 1 (0,13%); Distúrbio Alimentar 1 (0,13%); Câncer 1 (0,13%); Anemia 1 (0,13%); Linfadenopatia 1 (0,13%); Herpes Genital 1 (0,13%); Paralisia Facial 1 (0,13%); Aneurisma Cerebral 1 (0,13%);

Febre Reumática 1 (0,13%); Doença Neurológica Crônica 1 (0,13%); Albumina 1 (0,13%); Polineuropatia Periférica 1 (0,13%); Citomegalovirus 1 (0,13%); Cirurgia Ginecológica de Médio Porte 1 (0,13%) e Infecções Graves 1 (0,13%). Diante dos resultados encontrados podemos constatar que a gestação de alto risco é um grande problema de saúde pública. Várias doenças graves acometem essas gestantes e que de fato merecem uma maior atenção pelos profissionais de saúde, pois irão influenciar diretamente no desfecho da gestação, exemplo disso é a DHEG, que no estudo em questão ficou em primeiro lugar se for levar em consideração só as patologias, a qual é uma das complicações mais comuns e de maior morbimortalidade materna e perinatal, pois comprometem muitos sistemas orgânicos, como os sistemas renal, cardiovasculares, neurológico, hematológico, hepático e uteroplacentário, tais como: prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, descolamento da placenta, morte materno-fetal, crise hipertensiva, oligúria, edema cerebral, edema pulmonar, trombocitopenia, hemorragia, cegueira, acidente vascular cerebral intolerância fetal ao trabalho de parto e podendo evoluir para Síndrome de HELLP, que pode ocasionar hemorragia interna, insuficiência cardiopulmonar, acidente vascular cerebral, insuficiência renal aguda, hematoma hepático e complicações para o feto incluem deslocamento prematuro da placenta, crescimento intrauterino restrito e síndrome da angústia respiratória. Outra patologia é Hipertensão Crônica, essa doença eleva o risco dos infantis nascerem prematuros e de baixo peso, aumentando deste modo a morbimortalidade perinatal dos recém-nascidos. E a ocorrência de episódios hipertensivos no decorrer da gestação predispõe, ainda, ao surgimento de graves complicações, como hemorragias cerebrais,

coagulação intravascular disseminada, deslocamento prematuro de placenta, insuficiência hepática e insuficiência renal aguda, entre outras, patologias tão importantes quanto, citadas acima. Notamos também quanto aos resultados sobre soma dos pontos as gestantes apresentaram fatores que as encaminharam para Referência Especializada como: extremos de idade, aceitação da gravidez, paridade, condições socioeconômicas, intervalo interpartal, altura, fator Rh e hábitos, presentes na ficha de seleção de risco gestacional. É notório que a soma desses fatores foi responsável por índice considerável de encaminhamentos para os centros de referência, sendo que podem ser diagnosticados e acompanhados na atenção básica, por esse motivo destacamos a importância de trabalhar a prevenção desses fatores nas consultas do pré-natal, uma vez que a mortalidade materno-fetal ocorre em sua maioria por causas evitáveis, e logo, diminuirá a demanda de gestantes referenciadas. Outro fator é o ganho ponderal, que exerce um efeito significativo nas crescentes taxas de partos operatórios, assim como no aumento do risco de resultados perinatais desfavoráveis, como grande prevalência de fetos macrossômicos, trauma, desproporção céfalo – pélvica, asfixia e morte perinatal. Ademais, o ganho de peso excessivo durante a gestação pode elevar a ocorrência de retenção de peso pós-parto, maior associação com diabetes mellitus gestacional e síndromes hipertensivas da gravidez, fatores esses que podem ser tratados e até prevenidos na atenção básica. Considerações finais: Deste modo, fazem-se necessários treinamentos destinados aos profissionais de saúde com intuito de facilitar o entendimento sobre o uso da ficha de seleção de risco gestacional adequadamente a fim de prepará-los para melhor identificação de fatores e patologias que de fato merecem encaminhamento

para a referência. Devido à importância da classificação do risco gestacional no binômio materno-fetal é indispensável à identificação precoce destas gestações, para que assim seja possível proporcionar uma assistência adequada e obter resultados satisfatórios. Portanto, deixamos sugestões de mais pesquisas a fim de se adquirir mais conhecimentos acerca do tema. E através da nossa pesquisa fornecemos subsídios que contribuirão para novas pesquisas, melhorando a qualidade da assistência, o planejamento e a sistematização de ações que se revertam na promoção da saúde da mulher visando à diminuição da mortalidade materna - fetal.

PECULIARIDADES DE CADA GÊNERO NAS NECESSIDADES DE INTERVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS

Eduardo José Cecchin, Luiza Pinto de Macedo Soares, Karla Ferreira Rodrigues, Nevoní Goretí Damo, João Luiz Gurgel Calvet da Silveira, Carlos Roberto de Oliveira Nunes, José Augusto Bach Neto, Gabriela Tessaro Cremonesi

Palavras-chave: Diabetes mellitus, mulheres, qualidade de vida, atenção primária à saúde

As doenças crônicas não transmissíveis representam grandes desafios para os atuais sistemas de saúde e para a população atingida. Para a Organização Pan-americana da Saúde as doenças crônicas são responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais e 45,9% do total de enfermidades no mundo. A atenção continuada dos pacientes crônicos, portanto, é de suma importância para se evitar as complicações e exacerbações das patologias, que costumam interferir social e economicamente na vida de seus portadores. A diabetes mellitus (DM), por exemplo, necessita de acompanhamento

ininterrupto seja do próprio diabético (autocuidado), seja do sistema de saúde, haja vista a dificuldade de manter as mudanças nos hábitos de vida necessárias ao tratamento. Em se tratando do termo “qualidade de vida” (QV), pode ser definido como a percepção do indivíduo na sua posição no contexto da cultura e sistema de valores em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Está relacionada também ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. A utilização de instrumentos de avaliação da qualidade de vida permite uma análise mais objetiva e clara do impacto global de doenças crônicas, como a DM, na vida dos pacientes que frequentam as unidades de saúde. Dessa maneira, entender as alterações da QV em usuários portadores de DM pode resultar em melhorias nas intervenções feitas na atenção básica, melhorando assim o tratamento e a resolubilidade do trabalho em relação à doença. O estudo PRÓPET-Saúde, da Universidade Regional de Blumenau (FURB), objetivou avaliar a qualidade de vida de usuários portadores de diabetes mellitus de quatro unidades de atenção básica de Blumenau – SC, através do questionário validado WHOQOL-bref (World Health Organization Quality of Life Bref). A amostra foi de 196 retirada de uma população de 244 usuários, cujas 48 perdas se deveram a não localização dos usuários e a recusa de participação. Foram adotados os níveis de significância de $p \leq 0,05$ e de confiança de 95%. O questionário WHOQOL-bref levanta diferentes dimensões de avaliação de qualidade de vida, expressas nos domínios: físico (1), psicológico (2), relações sociais (3), meio ambiente (4) e avaliação geral da qualidade de vida (5), além de um domínio total, relativo a todos os outros cinco domínios. Em seguida, os domínios foram relacionados às categorias: sexo, tabagismo,

se usa insulina, se tem parceiro afetivo e se mora sozinho. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional de Blumenau em 24 de outubro de 2013 sob o parecer 435.159. Dos entrevistados, 58,2% (n=114) eram do sexo feminino, e 41,8% (n=82) do sexo masculino. A idade média dos participantes foi de 62 anos. Em relação à diabetes, o tempo médio de diagnóstico foi de 11 anos, sendo que 26% faziam uso de insulina, com a média de 5,79 anos de uso. Destaca-se que mais mulheres estudadas (19,9%) relataram não ter parceiro afetivo em relação aos homens (5,2%) e que 15% usam antidepressivos (contra 5% dos homens). Quando analisamos a questão 1 (Q1), que pergunta objetivamente como o usuário avalia a própria qualidade de vida, observamos que os homens se autoavaliam melhor (média de 3,86 para os homens contra 3,61 para as mulheres, sendo $p < 0,05$). Dentre as dimensões avaliadas, a mais comprometida foi o domínio físico ($3,39 \pm 0,79$). Foi identificado que 26% dos usuários obtiveram pontuação menor que três nesse quesito, classificando-se como “precisam de melhorias” na escala do WHOQOL-bref. Ao observamos a média geral da dimensão, percebemos que a mais negativamente afetada refere-se à “dependência de tratamento médico e uso de medicação” (média 2,97), sendo que as mulheres se autorreferiram significativamente pior que os homens nesse quesito. Destaca-se que 42,1% das mulheres responderam objetivamente que necessitam “bastante” ou “extremamente” de tratamento médico para levar suas vidas diárias. Além disso, as mulheres também obtiveram médias inferiores aos homens em relação à dor e desconforto (Q03), à energia e fadiga (Q10) e à mobilidade (Q15). Em relação à dor, 31,5% das mulheres responderam que a dor física impede “bastante” ou “extremamente” suas atividades diárias,

contra 19,5% dos homens. Apenas 16,6% das mulheres relataram que conseguem se locomover “completamente” (contra 32,9% dos homens), sendo que 20,1% das mulheres afirmaram não ter “nenhuma” ou “muito pouca” energia para as atividades do dia a dia, número esse que conflita com 13,4% das respostas masculinas. Em relação ao domínio psicológico, os sentimentos positivos foram aferidos através da Q5 “o quanto você aproveita seu dia?”, sendo que 23% responderam “nada” ou “pouco” e outros 30% responderam “mais ou menos”. Comparando a pergunta entre os gêneros, percebe-se que a mesma questão foi respondida como “nada” ou “pouco” por 29% das mulheres, contra 14,8% dos homens. Destaca-se, também, que em relação aos sentimentos negativos (Q26), 26% das mulheres responderam ter mau humor, desespero, ansiedade e depressão de forma “frequente”, “muito frequente” ou “sempre” durante as duas últimas semanas (os homens atingiram índice de 15% na mesma questão). Além disso, 41% das mulheres aceitam de forma “média”, “muito pouco” ou “nada” sua condição de aparência física, contra 23% dos homens. Em relação ao domínio meio ambiente, a faceta mais acometida foi a de “participação e oportunidade de recreação/lazer”, seguido de “recursos financeiros”. Destaca-se que 32,6% do geral de entrevistados responderam ter “muito pouco” ou “nada” de oportunidade de lazer, sendo que esse número atinge 40% das mulheres e 21% dos homens. Somente 9,6% das mulheres afirmaram ter a oportunidade de atividades recreativas. A questão 23, referente à satisfação com o local onde mora, obteve a maior média geral entre todas as facetas do WHOQOL-bref estudadas. A média 4,15 configura-se como “boa” na escala do WHOQOL e foi atingida, pois 86% dos entrevistados referiram estar “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” com o local onde

vivem. Não houve diferença significativa entre homens e mulheres nessa questão. Aqueles sob insulino terapia apresentaram níveis mais baixos de qualidade de vida autorreferida em relação aos demais nos domínios psicológico e de avaliação global. Ser tabagista e morar sozinho não alterou significativamente os resultados. O padrão da amostra sugere que os usuários apresentam nível regular de autoavaliação de qualidade de vida e saúde. O domínio físico foi o mais comprometido, sendo que mais de um quarto dos usuários obtiveram índices muito baixos nesse quesito e, portanto, deve haver um maior esforço interventivo no sentido de melhorar esse indicador, principalmente entre as mulheres. Além disso, sugere-se uma maior atenção psicológica aos usuários sob insulino terapia, que se autoavaliaram pior que a o resto da amostra. O estudo demonstrou que o grupo feminino tem necessidades e problemas diferentes em relação ao grupo masculino e deve, portanto, sofrer interferências focais específicas por parte de ações de saúde. Ressalta-se a necessidade de ações de cunho psicológico e de reabilitação física às mulheres diabéticas, bem como maiores ações de lazer e recreação, que faltam no local. Além disso, adicionar os temas acima citados aos grupos educativos de diabetes das Unidades pode trazer bons resultados de melhora aos índices de qualidade de vida da população estudada.

PERCEPÇÃO DE ACADÊMICOS DE MEDICINA SOBRE A AVALIAÇÃO POR MEIO DE PORTFÓLIO

Isabel Cristina Belasco, Fábio Gonçalves, Indianara Keila Pastorio, Thiago Souza Rosado

Palavras-chave: Educação Médica, Avaliação, Portfólio

Apresentação: Este trabalho trata-se de um Estudo Descritivo Exploratório Transversal, tendo como objetivo descrever a percepção dos alunos sobre a utilização do portfólio na educação médica em atividades de Prática em Saúde Coletiva. Desenvolvimento: No que tange à Medicina, a formação tradicional, ainda hoje hegemônica, decorre das recomendações elaboradas por Flexner, em 1910, que foram amplamente difundidas e resultaram em uma espécie de “modelo” a ser assumido pelas instituições formadoras. Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras (ou tradicionais), sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana-newtoniana, fragmentado e reducionista. A divisão entre o saber manual e intelectual proporcionou o surgimento de um novo método de ensino voltado às linhas de produção. Esse método tradicional segue uma prática de avaliação baseada em exames e na transmissão de informações de forma oral, na qual o aluno, um agente passivo, tende a armazenar informações num processo de memorização, sem intercâmbio externo ou experimentação ativa. Porém, a exigência de profissionais cada vez mais qualificados para a transição tecnológica, acarretou mudanças no paradigma educacional, inclusive na área da saúde, pois o paradigma vigente mostra-se insuficiente para formação humanista, já que forma profissionais mecanicistas, individualistas, acrílicos e reprodutivos do trabalho em Saúde. Assim, o método tradicional vem dando espaço para o aprendizado baseado na problematização, que visa a integração do mundo externo com o mundo interno do aluno, tornando-o um agente ativo, responsável pelo seu próprio aprendizado. Tendo a subjetividade gradativamente incorporada ao indivíduo do século XXI, a reestruturação produtiva flexível cobra habilidades advindas de uma

qualificação baseada na integralidade. Esse aprendizado baseia-se na avaliação da capacidade individual de cada estudante em fazer julgamentos, avaliar, e saber identificar os problemas mais relevantes e como resolvê-los. Esse método cumpre um papel mais eficaz e sustenta a importância da formação numa perspectiva reflexiva, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais brasileiras para formação de profissionais compatíveis com as exigências do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto surgiu o portfólio enquanto instrumento que pode favorecer a reflexão contínua do aluno e do professor sobre a qualidade das práticas educativas. No presente trabalho, foram estudados acadêmicos do curso de medicina, de uma universidade privada do interior do estado de São Paulo, que estão inseridos nos dez primeiros termos, por serem os que utilizaram da avaliação por portfólio em uma disciplina teórico-prática. A coleta de dados foi realizada através de questionário semiestruturado e a análise dos dados feita de forma a verificar os pontos mais consistentes em termos qualitativos, sendo realizada a análise por categorização das respostas, seguindo o referencial de Minayo, de análise de conteúdo. Resultados: Acerca da opinião dos sujeitos sobre a definição de portfólio emergiram as categorias: Relato, Registro, Diário, Resumo/Síntese, Método de Avaliação/Auto avaliação, Possibilidade de Reflexão, Relacionado a obtenção de nota, Espaço para expressão de sentimentos e impressões e relacionado a aspectos negativos. Dentre os achados da pesquisa, verificamos que grande parte dos sujeitos concebe o portfólio como um relato das atividades vivenciadas, alguns deles o percebem como uma possibilidade de reflexão sobre sua prática, no entanto, não houve dentre os sujeitos, quem descrevesse o portfólio como possibilidade de interrelação entre teoria e prática, o que poderia se definir

como metacognição, uma das metas do portfólio enquanto instrumento de avaliação. Percebemos também dentre as respostas certa resistência a esse instrumento de avaliação, demonstrados por respostas como “um trabalho maçante”, “método de avaliação inútil”, o que torna a utilização do mesmo infrutífera frente ao projeto de construção do conhecimento. Algo que nos chama a atenção é a fala de alguns estudantes quando referem que não houve orientação exata sobre a estrutura do portfólio, denotando talvez que o próprio docente tenha dúvidas com relação a este aspecto, o que ficou evidenciado em outros momentos quando os estudantes referiram que os docentes não fazem a leitura do portfólio com cuidado. Para os estudantes pesquisados, os critérios que avaliariam melhor o portfólio seriam a organização, a reflexão, o conteúdo, a pesquisa, a redação, o interesse, a estrutura, a participação nas aulas, pontualidade na entrega. Alguns sujeitos expressaram seu descontentamento com o instrumento, não acreditando que o portfólio possa avaliar verdadeiramente o aluno, e outros também referiram a incompreensão dos critérios utilizados, expressando a opinião de que “Não entendo muito bem os critérios, então quanto mais enrolação, melhor”. A esse propósito, Silva e Sá-Chaves (2008) chamam atenção para que quando o formando não está familiarizado com a estratégia do portfólio e/ou com mecanismos que permitam refletir sobre a própria aprendizagem, podem ocorrer alguns impactos negativos iniciais com a sua utilização. Segundo Sá de Carvalho (2010), o portfólio visa oferecer ao estudante a oportunidade de documentar sua história como uma forma de acesso ao conhecimento de si, tanto quanto ao conhecimento em geral, sendo um meio de se aprofundar, de se interrogar, de se tocar no fundo de si mesmo, sobretudo de se tentar saber quem se é. Nesse sentido, observamos entre as

respostas que um estudante referiu que um critério para ser avaliado deveria ser de “explicação e conclusão do que foi aprendido em aula juntamente com o que o aluno determinou de importante para ele”. Um fator importante a se destacar na confecção do portfólio é a regularidade nos registros. Torna-se imprescindível que o estudante se debruce sobre sua vivência de forma reflexiva e se existe uma lacuna entre o que é vivenciado e o registro, muitas informações e percepções se perdem, prejudicando a o aproveitamento do instrumento em uma de suas finalidades que é a perspectiva de reflexão sobre o processo de trabalho. Isso implica em que a prática cotidiana deva ser registrada sistematicamente para que nenhum aspecto relevante se perca. Quando a maioria dos estudantes refere que fazem anotações em seu portfólio na véspera da entrega, presume-se que muitos dados se perdem e a reflexão sobre a prática fica prejudicada. Apenas um estudante de toda a população estudada refere fazer as anotações diariamente. Quando abordados acerca do que é registrado no portfólio, emergiram nas respostas dos estudantes as categorias, Experiências vivenciadas no campo, Aulas, Pesquisas, Reflexões sobre a vivência e Aspectos importantes para o aprendizado. Um dos grandes empecilhos referidos pelos estudantes para a confecção do portfólio foi a falta de tempo. Além disso, também emergiram as categorias Falta de motivação, Dificuldade de reflexão, Dificuldade de escrever, Dificuldade em compreender o instrumento, e muitos alegaram não lembrar dos fatos. Entre as dificuldades alegadas pelos alunos também surgiram a dificuldade de expressão e de formulação de sínteses, além do que, alguns alunos referiram que não existem critérios claros para a correção dos mesmos, e que estes são desvalorizados pelos docentes. Considerações Finais: O registro diário no Portfólio, logo após as atividades é de suma

importância para que nenhum dado se perca e o processo de ação/reflexão seja efetivado, porém, com a falta de compreensão do potencial do instrumento, muitos alunos deixam de aproveitar a riqueza do mesmo para sua formação. Concluímos que o portfólio como instrumento de avaliação é potencialmente inovador e enriquecedor para a formação, porém subutilizado no contexto do curso estudado tanto pelos docentes como pelos discentes.

PERCEÇÃO DE PETIANOS SOBRE AS POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL NA FORMAÇÃO ACADÊMICA: PARTICIPANTES DO SUDESTPET E ENAPET 2014

Giuliana Amador de Barros, Patrícia Rossetti Dearo, Letícia Chiaramonte de Moraes, Fernanda Melo de Oliveira, Taina Batista Pedroso, Bruna Arcaim da Silva, Rosana Aparecida Salvador Rossit

APRESENTAÇÃO: O Programa de Educação Tutorial (PET) surgiu no ano 1979, com o objetivo de aprimorar o ensino superior brasileiro. Atualmente financiado pela Secretária de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC), o Programa é formado por grupos espalhados por todo Brasil, em instituições de ensino superior públicos e privados, sendo esses grupos constituídos por no máximo 12 alunos bolsistas e até seis não bolsistas, acompanhados por um professor tutor. Os grupos são responsáveis por desenvolver atividades extracurriculares tendo como requisito a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. As práticas que compõem o Programa têm como objetivo propiciar ao aluno vivências e experiências para além do seu curso de graduação, favorecendo a formação acadêmica e a prática profissional. Frente à ampla gama

de desafios refletidos na implantação, manutenção, sustentabilidade do Programa junto com inconstância de liberação e normatização para o pagamento de bolsas e uso da verba custeio, inúmeras mudanças nas políticas educacionais e no sistema de ingresso e permanência de estudantes nas universidades, torna-se relevante avaliar as influências do PET na formação profissional através da ótica dos integrantes acadêmicos do PET. Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo conhecer as percepções dos acadêmicos das diferentes áreas do conhecimento envolvidos no PET, dando voz para que possam expor suas opiniões acerca das potencialidades, fragilidades e sugestões na perspectiva do aprimoramento do Programa. METODOLOGIA: A metodologia do trabalho foi baseada em dois modelos de questionários que foram aplicados em diferentes eventos que reuniram alunos integrantes do grupo PET por todo o Brasil. O primeiro encontro foi o Sudeste PET, que ocorreu de 18 a 20 de abril de 2014 na cidade de Seropédica, RJ e o segundo foi ENAPET, que ocorreu de 28 a 02 de agosto de 2014, na cidade de Santa Maria, RS. Os participantes dos dois eventos foram convidados a fornecer informações sobre a sua participação a respeito do Programa de Educação Tutorial. O primeiro questionário, do tipo aberto, solicitava informações pessoais, institucionais e do grupo PET. O participante expressava sua opinião em relação a três categorias: “Que bom” apontando aspectos positivos relacionados ao PET; “Que pena”, destacando os aspectos negativos e, por fim, “Que tal”, espaço destinado ao apontamento de sugestões. A primeira coleta de dados foi realizada no SudestePET 2014. A segunda coleta de dados foi realizada no ENAPET 2014. Além do questionário aberto, também aconteceu neste evento, à aplicação de um questionário fechado, no qual os “petianos” deveriam assinalar as opções a

partir de um checklist que foi organizado com as principais categorias obtidas do questionário aberto do Sudeste PET. A amostra por conveniência foi constituída por 199 acadêmicos vinculados a grupos PET do Brasil, que manifestaram a concordância livre e esclarecida e responderam a enquete. RESULTADOS: Responderam ao questionário, 199 acadêmicos participantes do SudestePET e do ENAPET, ambos de 2014. Eles estão vinculados a 29 instituições de ensino superior (IES) brasileiras e a 64 grupos PET. Potencialidades: A percepção dos acadêmicos dos PETs foi classificada nas seguintes categorias: A categoria “Ensino” foi considerada por 91 respondentes. “Extensão” em 89 respondentes. “Enriquecimento da formação” por 111 respondentes. “Pesquisa” por 77 respondentes. “Trabalho em equipe” por 83 acadêmicos. A prática do tripé ensino, pesquisa e extensão foi citada por 36 respondentes, na categoria “Indissociabilidade”. “Multi/ Interdisciplinaridade” por 33 acadêmicos. A “Participação em eventos” por 50 respondentes. Na categoria “Tutor”, 41 respondentes consideram o tutor como uma pessoa que coordena os trabalhos com experiência e que possui uma relação horizontalizada com os acadêmicos. O “Reconhecimento na IES” foi apontado por 16 acadêmicos. “Bolsa” por 32 respondentes. Dificuldades: As dificuldades foram classificadas nas seguintes categorias: O “Uso de recursos” relacionando ao recebimento de verbas de custeio, foi mencionado por 70 respondentes. “Reconhecimento” por 60 petianos. Dificuldades em relação à “Prática do tripé” foram apontadas 38 vezes. A categoria “Bolsa” por 43 respondentes, sendo justificada pelos atrasos e por não ser suficiente para garantir os custos da permanência estudantil. Em “Apoio”, 48 acadêmicos relataram a falta de apoio das IES. A “Burocracia” por 40 estudantes. A

falta de vínculo entre os grupos PET foi apontada 44 vezes na categoria “Interação entre os grupos PET”. “Sobrecarga” por 26 acadêmicos. “Normas” por 17 respondentes. “Relacionamentos” por 20 petianos. O “Compromisso do “petiano”” foi queixa de 17 acadêmicos. “Eventos” por 9 respondentes. Sugestões: As sugestões dos acadêmicos foram divididas nas seguintes categorias: Na categoria “União dos PET”, 30 respondentes apontaram a necessidade de atividades integradas entre os grupos PETs. Relacionado à “Verba custeio”, 58 acadêmicos sugeriram maior flexibilização no uso dos recursos. Na categoria “Bolsa”, 47 acadêmicos apontaram a necessidade do aumento no valor; e, 52 desejam maior “Reconhecimento” dos órgãos públicos e da comunidade acadêmica. Na categoria “Apoio”, 42 acadêmicos sugerem que a IES e os órgãos públicos apoiem mais as atividades exercidas pelos grupos. A redução da “Carga horária” é apontada por 18 petianos. Os critérios de “Avaliação do Programa” apareceram em 46 respostas; e, 27 acadêmicos sugeriram a criação de “Novos grupos PET”. A “Infraestrutura dos eventos” foi apontada em 21 respostas, sendo sugerido melhorias na alimentação, sanitários e, principalmente, nos alojamentos. Não há dúvidas que a dinâmica da educação superior, assim como o desenvolvimento científico, cultural e tecnológico façam ressurgir ideias e criem novos argumentos para alimentar o debate em torno do PET. Isso é importante, e deve ser compreendido como defesa de pontos de vista e de expectativas que pretendem, acima de tudo, produzir um Programa acadêmico cada vez mais integrado aos avanços do mundo moderno e compreendido pela sociedade que o financia. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A presente pesquisa revela uma visão positiva sobre o PET, que fornece a oportunidade de aproximação da indissociabilidade

entre ensino, pesquisa e extensão, importante para o enriquecimento pessoal e profissional, na aprendizagem, trabalho em equipe, experiência e da possibilidade de se desenvolver projetos e pesquisas. Entretanto, é necessário que os resultados apontados e o campo político do Programa sejam fortalecidos, para haver possibilidade de novas ações e construção conjunta dos espaços e propostas para o desenvolvimento do PET, almejando reconhecimento do governo, da comunidade acadêmica e da sociedade. Portanto, é de extrema relevância avaliar continuamente o Programa, abrangendo a percepção dos acadêmicos e também de tutores e egressos. Tornar essa avaliação uma pesquisa científica confere visibilidade a essas questões e, contribui para o desenvolvimento e aprimoramento de aspectos relacionados ao Programa de Educação Tutorial.

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS E GESTORES DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DE TERESINA-PI SOBRE A INSERÇÃO DO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO BÁSICA

Carina Braúna, André Carvalho

Palavras-chave: sus, integralidade, assistência farmacêutica

Introdução: A consolidação do SUS na Constituição Federal de 1988, além de estabelecer a universalização do acesso, promoveu a descentralização/regionalização e integração com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais. A partir de então, princípios importantes vêm direcionando a política de saúde do país, tais como universalidade do acesso e integralidade da atenção e equidade. Nesse âmbito, criaram-se os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em 2008 com envolvimento de outros

profissionais no apoio às equipes mínimas de saúde da família. O presente trabalho visa investigar a importância da inserção do farmacêutico no Núcleo de Apoio à Saúde da Família da rede de atenção básica de Teresina – PI. Metodologia: Foi realizada uma pesquisa de campo exploratória descritiva com abordagem qualitativa, a partir de entrevistas semiestruturadas seguindo roteiro de condução com auxílio de gravadores de voz. A presente pesquisa foi realizada nas unidades básicas de saúde vinculadas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família NASF do município de Teresina – PI, abrangendo as regiões norte, sul e leste, com os profissionais do serviço, no período de maio a agosto de 2015. Resultados: A universalidade proporcionou a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Neste aspecto, a Atenção Básica constitui uma prioridade governamental na reorientação das políticas de saúde em nível local com a finalidade de fortalecer a “porta de entrada” do sistema. Assim, a AB fortaleceu-se na década de 1990 com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, estabelecendo a Unidade de Saúde da Família (USF) como a principal via de acesso da população ao sistema público de saúde. Nesse âmbito, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado pela portaria ministerial 154/2008, como uma estratégia inovadora, objetivando a ampliação da abrangência das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade. A assistência farmacêutica (AF) constitui uma das ações previstas em sua legislação, entretanto configura-se ausente no município estudado: “O Nasf é uma equipe multidisciplinar formada por nutricionista, psicólogos, educador físico, fisioterapeuta e assistente social, “nós prestamos um apoio às atividades desenvolvidas na saúde da família e prezamos pelos atendimentos coletivos em vez de individuais, fazemos visita

quando necessário. É uma equipe que está para apoiar a equipe saúde da família” (profissional). A Política Nacional de Medicamentos (PNM), definiu as funções e finalidades da AF no âmbito do SUS como um grupo de atividades destinadas a dar suporte às ações de saúde demandadas por uma comunidade, incluindo a aquisição de medicamentos com base na adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); a conservação e o controle de qualidade; a segurança e a eficácia terapêutica e o acompanhamento e avaliação da utilização para assegurar o seu uso racional (BRASIL, 1998), porém como pode-se ver no depoimento de um profissional: “às vezes o médico passa a medicação para o hipertenso e ele não toma direito, não toma em horários regulares, você faz anamnese no hipertenso ou diastólico: - Você toma medicação? - Tomo - Que horas? - Ah, é três vezes ao dia - Você tomou hoje? - Não ...E já são 10 horas da manhã.” “Então assim, acho que o farmacêutico era importante para orientar, para estar ali para realmente falar sobre o medicamento porque a coisa tá desgarrada. Quando a pessoa orienta e mostra o perigo que é o uso do medicamento sem prescrição ou então usar medicamento demais, acho que pode ser bom.” (profissional). Conclusão Sob a ótica da maioria dos profissionais do NASF entrevistados (83%), a Assistência Farmacêutica no município faz-se necessária de forma que garanta uma infraestrutura necessária para sua implementação, adequações físicas nas unidades de dispensação e contratação de farmacêuticos para as equipes de saúde envolvidas nos NASFs, com vistas ao trabalho interdisciplinar em saúde e à busca da integralidade da atenção e, assim, a melhoria de serviços prestados na rede de atenção básica do município.

PERCEPÇÕES E PRÁTICAS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL EM UM MUNICÍPIO NO NORTE DO CEARÁ

Janice Davila Rodrigues Mendes, Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas, Maria Socorro Araújo Dias, Daniel Rodrigues Fernandes

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

No Brasil, o movimento de reestruturação do modelo assistencial à saúde iniciou-se após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, sobretudo, a partir da criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Este programa surgiu como forma de reorganização da atenção à saúde, buscando operacionalizar os princípios do SUS no âmbito da atenção básica. Em 1997, o Ministério da Saúde reconheceu que o PSF, embora rotulado como programa, por suas especificidades, fugia à concepção usual dos demais programas concebidos, já que não era uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracterizava-se como uma estratégia que possibilitava a integração e promovia a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Desta forma, o PSF passou a ser considerado uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) entendida como uma proposta substitutiva com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. Em 1998, uma pesquisa realizada pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em convênio com o Ministério da Saúde, mostrou números alarmantes em relação à saúde bucal dos brasileiros, como, por exemplo, 29,6 milhões de brasileiros nunca tinham frequentado um consultório odontológico. Revelaram, também, que a saúde bucal estava recebendo uma parcela

escassa de recursos em relação ao total de investimentos do SUS, pois, apenas 5,24% dos investimentos em saúde se destinavam aos procedimentos odontológicos. Os resultados deste estudo motivaram o Ministério da Saúde a propor medidas que contribuíssem para a melhoria da Saúde bucal da população. Assim, como estratégia de reorganização da Atenção Primária à Saúde, houve a inclusão de equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), através da publicação da Portaria GM/MS, nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada aos municípios. Desta forma, as ações de saúde bucal foram definitivamente incluídas na ESF. Em março de 2001 foi publicada a Portaria GM/MS nº 267, que aprovou as normas e diretrizes de inclusão da Saúde Bucal na Atenção Primária. Neste contexto de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal, em 2004, o Ministério da Saúde publicou um documento contendo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Esta política teve como embasamento epidemiológico a conclusão do “Projeto SB Brasil 2003 – Condições da Saúde Bucal da População Brasileira”, e suas diretrizes tinham como objetivo principal promover uma reorganização da atenção em todos os níveis, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do processo, respondendo a uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco. Desta forma, embora tenha havido vários avanços na área odontológica, os agravos bucais e suas sequelas ainda constituem-se em problemas de saúde pública, com graves consequências sociais e econômicas. Tais agravos são facilmente prevenidos através da mudança de hábitos de higiene bucal e de alimentação da população, assim como a

realização de ações de educação em saúde. Assim, a educação em saúde bucal tem sido cada vez mais pública e coletiva. As ações de educação em saúde, numa concepção ampliada de cuidado de saúde, requerem a participação dos profissionais e usuários na mobilização, capacitação e desenvolvimento de aprendizagem de habilidades individuais e sociais para lidar com os processos de saúde-doença. Diante desse contexto, realizamos um estudo com o objetivo de analisar as atividades de educação em saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal que estão inseridas na Estratégia de Saúde da Família no município de Sobral, Ceará. O período da coleta de dados foi durante os meses de novembro do ano de 2013 a janeiro de 2014. Estas atividades foram analisadas tomando-se como referencial teórico de educação em saúde o método da Educação Popular de Paulo Freire. A pesquisa classificou-se em exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. Os sujeitos do estudo foram os cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal que compunham as equipes de saúde da família no município. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada e a observação simples e, processados através da Análise de Discurso. Na análise e discussão dos resultados, a concepção de Educação em Saúde referida majoritariamente pelos profissionais relaciona-se com o Modelo Tradicional de Educação em Saúde, baseado na transmissão vertical de informações e na superposição de saberes, visando, principalmente, mudanças individuais de comportamento, e suas práticas guiam-se metodologicamente por este modelo. Porém, alguns poucos sujeitos da pesquisa mostraram uma percepção de Educação em Saúde mais abrangente, que se aproxima do Modelo Dialógico ou da Educação Popular, envolvendo o diálogo, a troca de experiências e o “aprender/estar com o outro”. Sobre o processo de planejamento e

desenvolvimento, nota-se que a integração entre Equipe de Saúde Bucal (ESB) e equipe de saúde da família, no que diz respeito às atividades para escolares, é um processo ainda em construção, não estando consolidado na ESF. No que se refere às temáticas trabalhadas, variam de acordo com a faixa etária e condição de vida de cada grupo e os assuntos restringem-se a temas relacionados somente com a área da odontologia. Infere-se que há possibilidades da escolha das temáticas das atividades para grupos ser estabelecida apenas entre a equipe de saúde, sem que haja a participação da comunidade. As estratégias adotadas são predominantemente palestras expositivas; outros recursos audiovisuais, e técnicas como teatros, fantoches também foram expostos, mas como ações pontuais. A compreensão de participação da comunidade que a maioria dos profissionais detém refere-se apenas ao esclarecimento de dúvidas e questionamentos dos usuários. Não há o estímulo ao desenvolvimento da autonomia e ao empoderamento da população. Os profissionais encontram-se frente a diversos desafios que dificultam a consolidação de um novo modelo technoassistencial em saúde, o processo histórico de inserção da saúde bucal na ESF, a formação acadêmica dos profissionais, os programas Ministeriais, com seus protocolos e metas, os aspectos estruturais e as concepções acerca da Educação em Saúde confluem para a organização de um processo de trabalho que privilegia o Modelo Tradicional de Educação, e que faz com que este permaneça hegemônico nas práticas atuais. Nota-se a necessidade de reflexões capazes de propiciar a implementação de práticas educativas no cotidiano dos serviços, de forma conjunta, envolvendo os diversos atores e setores implicados. É fundamental, também, que as ESB revejam suas práticas, e as estratégias utilizadas, realizando avaliações periódicas,

assim, a Educação em Saúde poderia se consolidar como um instrumento efetivo a serviço da Promoção da Saúde. É necessário o desenvolvimento de políticas mais intensivas de formação de profissionais de saúde, que considerem a educação popular e o uso de metodologias ativas de ensino como método nas suas formações. Este estudo poderá contribuir para uma reflexão a respeito do tema na prática, podendo assim possibilitar a construção de um novo olhar sobre a Educação em Saúde.

PERFIL DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE SECUNDÁRIA DA REGIÃO METROPOLITANA DE FORTALEZA-CE

Francisco Ariclene Oliveira, Maria Isabel de Oliveira Braga, Antonia Ingridy Pinto de Sousa, Aviner Muniz de Queiroz, Márcia Mota da Silva, Mirian Ferreira Coelho Castelo Branco, Denizelle de Jesus Moreira Moura

Palavras-chave: Gravidez na adolescência, Complicações na gravidez

APRESENTAÇÃO: A adolescência é um período determinado pela faixa etária de 10 aos 19 anos de idade (OMS). É considerada uma fase de transição permeada por descobertas, conflitos, dúvidas, além de alterações biopsicossociais que conferem particularidades a esse período as quais devem ser consideradas visando a integralidade do indivíduo. Dentre as alterações fisiológicas, destacamos as hormonais, que levam a descoberta da sexualidade, ocasionando assim o interesse e a procura por namoro e relações sexuais. Na perspectiva do cuidado ao adolescente, ressalta-se a necessidade de troca de informações e experiências de forma a empoderar o indivíduo sobre a importância do sexo de maneira segura e consciente. Para

tal, incentiva-se o planejamento familiar com a inclusão de métodos de barreira (preservativos masculino ou feminino) que, além de prevenir uma gravidez indesejada, protege contra infecções sexualmente transmissíveis. Prietsch (2011) aponta como o principal fator causador de gravidez indesejada, os baixos índices de uso de contraceptivo, associado à falta de conhecimento destes adolescentes. Nesse contexto, Carvalho (2009) afirma que uma gravidez não planejada gera importantes repercussões na vida das adolescentes, seja no aspecto físico, psicológico e social dessas mulheres que podem não está preparadas para assumir a maternidade. A gravidez não planejada também pode resultar em altas taxas de complicações obstétricas devido à imaturidade corporal. Sabe-se que a fase da adolescência ocorre geralmente um aumento significativo no crescimento e desenvolvimento físico, o que contribui para maiores riscos de complicações maternas como: pré-eclâmpsia, anemia, parto pré-termo, infecções, entre outras. No ano de 2007, ocorreram quase três milhões de nascimentos no Brasil. Deste, 21,3% correspondem a parto de mães adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos (IBGE, 2012). O interesse pelo estudo foi despertado durante a vivência em campo de estágio na disciplina saúde da mulher, onde pudemos perceber o alto índice de adolescentes grávidas em acompanhamento de pré-natal. Diante deste contexto surgiu a seguinte pergunta: Qual o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico de adolescentes grávidas e as características de recém-nascidos atendidos em uma maternidade secundária da região metropolitana de Fortaleza-CE? Tal conhecimento subsidia o planejamento de cuidado voltado para as necessidades e singularidades desse público e, em um nível mais abrangente, fortalece ações de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde da mulher. Esse estudo objetiva

analisar o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico de adolescentes grávidas e as características dos recém-nascidos em uma maternidade secundária da região metropolitana de Fortaleza-CE no ano de 2013. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo documental, transversal, com abordagem quantitativa. A amostra foi constituída de 878 prontuários de adolescentes admitidas para realizar o parto em uma maternidade secundária de Maracanaú durante o ano de 2013. Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro de 2014 em uma maternidade no município de Maracanaú - CE. A coleta dos dados foi realizada por meio de um formulário elaborado pelas pesquisadoras com perguntas relacionadas aos dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos e características do recém-nascido. Foi realizado teste piloto onde foram coletados dados em 10 prontuários a fim de avaliar a adequabilidade das perguntas do Instrumento de coleta de dados. Após o teste piloto o formulário foi reformulado, sendo retiradas as perguntas sobre o parto e acrescentado sobre as características do recém-nascido. Tais informações foram retiradas devido sua ausência ou incompletude nos prontuários pesquisados. Os prontuários que fizeram parte do teste piloto foram excluídos da amostra. Após a coleta os dados foram tabulados e apresentados em tabelas. Os resultados foram analisados de forma quantitativa com auxílio do Programa Excel, para o cálculo de medidas da estatística descritiva para facilitar a interpretação dos resultados, os quais foram analisados à luz da literatura pertinente. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMETRO, sob o número de parecer 744.354. Após a aprovação foi encaminhado à instituição o Termo de Fiel Depositário solicitando o acesso aos prontuários. Ressalto que foram respeitados o anonimato dos participantes, fidedignidade dos dados e os demais

princípios éticos dispostos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. RESULTADOS: Os resultados constataram que 733 (83,5%) são adolescentes na faixa etária de 16 a 19 anos; 464 (52,9%) possuem o ensino fundamental II completo e 379 (43,1%) concluíram o ensino médio. A amostra apresentou-se mista quanto ao estado civil, onde 438 (49,9%) são solteiras e 437 (49,8%) são adolescentes casadas/união estável. Houve maior prevalência de gestantes pardas com 773 (88%) e, por se tratar de um município com área indígena, 4 (0,45%) declararam tal raça. Do total de adolescentes assistidas na maternidade em estudo, apenas 312 (35,5%) residiam no município de Maracanaú. Em relação ao número de gestações, foi identificado que 669 (76,2%) eram primigestas e 57 (6,5%) eram multigestas com três ou mais gestações. Entre os tipos de parto, houve um predomínio do parto vaginal, com 524 (59,7%). Quanto ao tipo de gravidez, 876 (99,9%) eram de gestação única, sendo apenas 1 (0,1%) gemelar. Em relação ao pré-natal, identificamos uma assistência deficiente onde 471 (53,6%) realizaram menos de 7 consultas e 341 (38,8%) iniciaram o pré-natal após o primeiro trimestre. Com relação aos dados no momento do parto, a maioria das mulheres (685- 78%) deram a luz com idade gestacional de 37 a 41 semanas. Apesar de a amostra tratar-se de adolescentes, o que pode pressupor uma gravidez de risco, identificamos um perfil relativamente normal entre os recém-nascidos. Tal fato pode está relacionado à maioria das adolescentes estarem na faixa etária de 16 a 19 anos o que diminui os riscos biológicos. Em relação às características do recém-nascido, 443 (50,4%) são do sexo feminino; 686 (78%) nasceram a termo; e 785 (89,3%) apresentaram peso normal, ou seja, entre 2.501 a menor de 4.000 gr. Quanto a forma de apresentação, 858 (97,6%) foram cefálicas. O valor do apagar

no 1º minuto predominou entre 8 e 10 (770 - 87,6%), mantendo esse predomínio no 5º minuto, com 864 (98,3%). CONSIDERAÇÕES FINAIS: O perfil da gravidez na adolescência evidenciado neste estudo mostra que, a maioria está na faixa etária de baixo risco (16 a 19 anos), apresentam baixa escolaridade, são solteiras, raça parda. Identificamos também predomínio das primigestas, com parto vaginal, gravidez única, número de consultas do pré-natal adequadas (7 ou mais), início das consultas de pré-natal no primeiro trimestre e idade gestacional dentro dos padrões considerados normais (37 a 41 semanas). Quanto aos recém-nascidos, foi identificado um perfil relativamente normal. Esse perfil mostra que, apesar dos avanços e da divulgação de estudos sobre essa temática, a gravidez na adolescência continua como uma prática recorrente. Com isso, reforça-se a importância de se repensar em ações associadas para as adolescentes, família e sociedade, visando diminuir o número de gravidez indesejada, tornando-se de grande importância a atuação da enfermagem.

PERFIL DE DIABÉTICOS E AUTOCUIDADO DA ESF AFONSO BALSINI DE BLUMENAU – SC

Rúbia Kaszczesen Farias, Eduardo José Cecchin, Luiza Pinto de Macedo Soares, Luiza Souza de Magalhães, Karla Ferreira Rodrigues, Francielly Carine Marques Lauer, João Luiz Gurgel Calvet da Silveira, Nevoní Goretti Damo

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, autocuidado, diabetes mellitus

As doenças crônicas, segundo a Organização Panamericana de Saúde, são responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais e 45,9% do total de enfermidades no mundo. A atenção continuada dos pacientes crônicos,

portanto, é de suma importância para se evitar as complicações e exacerbações das patologias, que costumam interferir social e economicamente na vida de seus portadores. A Diabetes Mellitus (DM), por exemplo, necessita de acompanhamento ininterrupto, seja do próprio diabético (autocuidado), seja da unidade básica de saúde, haja vista as dificuldades inferidas pelas mudanças nos hábitos de vida necessárias para o sucesso do tratamento. Deve-se considerar ainda que a Diabetes Mellitus prejudica a sociedade ao diminuir a produtividade e o tempo de trabalho dos seus portadores, causando aposentadorias precoces e influenciando nas taxas de mortalidade, além dos altos custos devido às complicações e internações, sendo elas 145 mil, em 2011, no Brasil. O surgimento e a progressão das complicações da diabetes repercutem negativamente na qualidade de vida das pessoas acometidas podendo levá-las a apresentar ou agravar quadros depressivos e de não adesão ao tratamento. Em 2011, cerca de 366 milhões de adultos no mundo eram portadores da condição. Em 2030 a estimativa é que esse número alcance os 552 milhões. A prevalência da DM nos países da América Central e Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Só no Brasil, dados de 2011 relatam que 12,4 milhões de pessoas tinham a doença, sendo que o esperado para 2030 é de que o país atinja a marca de 19,6 milhões de portadores. A presente pesquisa objetivou identificar o perfil e a aderência ao autocuidado de todos os usuários diabéticos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Afonso Balsini de Blumenau – SC, através do “Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes” (QAD), que é um instrumento validado. O QAD traduz seus resultados em domínios “alimentação geral (1)” e “específica (2)”, “atividade física (3)”, “monitorização da glicemia (4)”, “cuidados com os pés (5)”,

“medicação (6)” e “tabagismo (7)”. Cada domínio do QAD é formado por questões que pontuam de 0 a 7, sendo cada ponto relativo a um dia da semana no qual o usuário realizou a atividade questionada. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Regional de Blumenau sob o parecer 1.124673. Após calibramento, quatro pesquisadores do PROPET-Saúde da Universidade Regional de Blumenau (FURB) realizaram a aplicação domiciliar do QAD e de um questionário socioeconômico. Além disso, os pesquisadores realizaram a coleta da glicemia capilar, utilizando o mesmo glicosímetro para todos os usuários. As entrevistas foram realizadas em julho de 2015, mediante agendamento prévio via telefone, sendo considerados como perda os usuários que não se encontravam em casa ou que não atenderam ao telefone após duas tentativas. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: diagnóstico de DM, ter idade superior ou igual a 18 anos e aceitar participar da pesquisa voluntariamente, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A população efetivamente entrevistada (34) correspondeu a 60,7% da população total de diabéticos da ESF, sendo que a maioria (65%) eram mulheres, 55% acima de 60 anos, sendo 53% aposentados e 88% com apenas o 1^o grau ou menos completo (incluem-se analfabetos). Dentre os avaliados, 68% não souberam distinguir o tipo de diabetes que possuem e 65% não estavam com a glicemia controlada no momento da aferição (glicemia >150). Além disso, 35% da amostra estava sob insulino terapia. Segundo Michelset al., 2010, a análise da aderência por domínios do QAD só é possível para os domínios 1, 3 e 4, os quais possuem questões com correlação positiva. Na amostra estudada, observa-se maior comprometimento no domínio físico (aderência média de 1,23 dias - em escala de 0-7), sendo que a

questão relativa à quantidade de dias em que o entrevistado praticou algum exercício físico, como caminhar ou nadar, alcançou a menor média do estudo (aderência = 0,55 dias). Destaca-se, ainda, que o grupo sob insulino terapia se saiu melhor no domínio físico (média 1,83) do que o grupo que não usa insulina (média 0,9). Em relação à aderência medicamentosa, os usuários reponderam usar a medicação recomendada em média 5,91 dias na semana, fator esse que alcançou o melhor índice da pesquisa. O domínio “monitorização da glicemia” obteve média de 2,36 dias, sendo que entre os insulino dependentes, a avaliação da glicemia capilar era feita em média 6,08 dias da semana, contra 0,58 dias dos não dependentes de insulina. Além disso, os usuários sob insulino terapia demonstraram ter seguido a orientação alimentar em 5,5 dias, contra 2,7 dias dos não insulino dependentes. A média do domínio alimentação geral foi de 4,39, sendo que os usuários responderam que ingerem alimentos ricos em gordura, carnes vermelhas ou leite integral em média 4,9 dias na semana e que ingerem doces em média 2 dias na semana. Esse dado sugere pouca orientação alimentar da amostra estudada: apesar de ingerir doces em média 2 dias na semana, os entrevistados demonstraram imprudência na hora de ingerir alimentos ricos em gordura, carnes vermelhas e leite integral. Faz-se, portanto, notadamente necessário um trabalho de educação alimentar frente aos resultados obtidos. O grupo PROPET-saúde tem incentivado a participação dos estudantes como protagonistas de grupos de diabetes nas Unidades Básicas de Saúde, e pode, nesse caso, ser usado como fortalecedor da educação alimentar da população. Além disso, percebemos que a atividade física deve ser encarada como fator de preocupação e de necessidade de intervenção, principalmente entre o grupo

de não insulino dependentes. Segundo outros estudos, a caminhada é atividade física preferencial entre os adultos, em especial entre as mulheres, e pode ter sido evitada pelo relevo do bairro em que os entrevistados vivem. A localidade possui regiões íngremes que tornam a prática desportiva de certa forma desgastante e não há qualquer área de incentivo à prática de atividade física no bairro. A própria cidade de Blumenau tem encontrado resultados positivos com grupos de dança em determinada ESF que ajudam no preparo físico dos usuários locais, o que poderia ser aplicado no local como forma de prática integrativa entre esporte e lazer. Como os fatores mais alterados (atividade física e alimentação) referem-se a mudanças de hábito de vida, faz-se importante manter constantes os esforços de intervenção nos citados fatores, uma vez que, segundo outros estudos, tais atividades são as mais dificilmente corrigidas na prevenção e tratamento de doenças crônicas.

PERFIL E CONCEPÇÕES DE SAÚDE DOS PRECEPTORES DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO RIO DE JANEIRO

Luciana da Conceição e Silva, Marcio Eduardo Brotto

Palavras-chave: Educação, Trabalho, Residência

O tema deste trabalho é a formação em saúde na Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher do Instituto São Francisco de Assis (HESFA)/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Neste estudo mostraremos o resultado do estudo que fizemos com os preceptores. O objetivo geral é analisar o perfil das concepções, teóricas e ético-políticas, dos preceptores. A metodologia do estudo foi a pesquisa qualitativa e realizou-

se a partir dos relatos dos preceptores do HESFA/UFRJ que pertencem às seguintes áreas de conhecimento: Serviço Social, Psicologia e Enfermagem. Segundo Minayo (2010), a relevância de dados qualitativos está na amostra de pelo menos 30% de um universo. Assim, do total de 41 preceptores, 12 foram entrevistados, dos quais: 4 assistentes sociais, 4 enfermeiros e 4 psicólogos. O critério de escolha foi o sorteio aleatório. Utilizou-se o Roteiro de Entrevista Semiestruturada e a Análise de Conteúdo Temática para a coleta e tratamento dos dados. O estudo está de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que traz diretrizes e normas regulamentadoras que devem ser cumpridas nos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos. Observamos como dados da nossa pesquisa que a maioria dos preceptores é do sexo feminino (92%), contra 8% do Sexo masculino. Um dos traços estruturais do setor de serviços de saúde é a preponderância da força de trabalho feminino principalmente as que envolvem o cuidado, um fenômeno observado em todos os países. O processo de feminização é um aspecto a ser considerado neste trabalho, apesar de não ser aprofundado, tendo em vista que a questão do gênero, nos seus aspectos sociais e culturais, tais como a carga de trabalho exigido da mulher e a própria desvalorização do trabalho na saúde vêm sendo observados na área. A feminização da força de trabalho é acompanhada pela desvalorização econômica e social da atividade. Observou-se que a maioria dos profissionais preceptores possui mais de 40 anos de idade, trabalha há mais de 20 anos na instituição, está na Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher desde o início e tem vínculo estatutário com carga horária de 40 horas semanais. Quanto à categoria de análise sobre as referências teórico-metodológicas e posicionamento político-ideológico dos preceptores

verificou-se que 50% dos preceptores citaram a concepção da Organização Mundial da Saúde e, assim, percebem a saúde como bem-estar físico, mental e social, distanciando-se dos determinantes assegurados na Constituição Brasileira de 1988. De qualquer forma, 25% deles citaram a concepção da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que abarca os determinantes concretos na saúde. No entanto, 17% têm concepção eclética citando várias teorias sobre saúde e 8% apontaram a saúde apenas como ausência de doença, concepção considerada mais defasada na saúde por ser mais voltada às compreensões biologicista e curativista. É fato a existência de diversas concepções de saúde. Neste trabalho, essas concepções foram de três tipos: a de modelo Flexneriano (biomédico) – que centra o estudo na doença individual e concretamente, no qual as relações sociais vivenciadas pela sociedade não contam para o ensino médico e não são consideradas no processo de saúde-doença; a da OMS – que coloca a saúde como um completo bem estar físico, mental, e social e não apenas ausência de doença. Este conceito é bastante avançado devido ao período histórico de pós-Segunda Guerra Mundial, contudo, ainda é um conceito idealista que coloca a saúde como algo a ser alcançado e a concepção do Movimento de RSB que apresenta um conceito ampliado de saúde e assegurado na Constituição Federal de 1988, tornando-se base teórico-metodológica da Saúde Coletiva brasileira. Quanto à visão que os preceptores têm sobre o SUS os dados revelam que 35% destacam a importância da Descentralização/Regionalização; 20% consideram o SUS Formal, mas que não se efetiva na realidade; 15% destacam um programa ou Política Atual (Clínica da Família, CAPS); 15% defendem, mas apontam dificuldades; outros 10% destacam o avanço em relação à Integralidade/Universalidade/Acessibilidade; ainda, 5% não acreditam na

viabilidade do SUS. Procurou-se verificar como o SUS é visto pelos sujeitos que podem transformá-lo em realidade, tal como está definido nas legislações de saúde e diante dos desafios postos pela sociedade capitalista e as intervenções neoliberais. Uma postura de entendimento sobre a importância da construção do SUS e sua defesa crítica é essencial para o profissional formador. Referente à defesa e posicionamento do Projeto de Universidade que os preceptores defendem, verificou-se que 67% são favoráveis à Universidade Pública; 17% apontaram a qualidade da pública em relação à privada e 16% defenderam a Universidade Pública e Universal. Quando indagados sobre a privatização na saúde, 83% dos preceptores foram contrários à Gestão Privada na Universidade Pública, 9% se disseram Contra a gestão privada, mas criticam a estabilidade do servidor público e 8% disseram-se a favor da privatização em algumas instituições de saúde. Consideramos importante que esses profissionais defendam um projeto de Universidade Pública e sem a interferência da gestão privada, tal como os dados apresentados neste trabalho. Isto é muito relevante quanto ao tipo de referência de formação e crítica que a residência possibilitará. No que diz respeito ao conhecimento dos profissionais sobre a importância dos conselhos de política e de direitos na atenção à saúde da população, observou-se um distanciamento dos profissionais com esses espaços já que 42% nunca participaram dos conselhos e 25% não participam mais, apenas 33% participam ativamente. Quando perguntados se participam de outros espaços coletivos, 50% afirmam que não participam atualmente, mas já participaram; 42% nunca participaram e apenas 8% participam ativamente. Indagou-se sobre a importância dos espaços coletivos, fóruns e conselhos para a formação do Residente

do SUS e a maioria (83%) afirmou que sim. Porém, 9% desconhecem esses espaços e ainda tiveram aqueles que criticaram esses espaços (8%). De qualquer forma, mesmo os que não incorporaram a participação nesses espaços em sua prática social na saúde, a maioria reconhece a relevância da inserção dos residentes nesses espaços políticos. Constatamos que há ainda a prevalência de uma concepção abstrata sobre saúde e falta de participação dos preceptores nos espaços coletivos e políticos do SUS, essa falta de participação pode ser parte e expressão da não apreensão do significado da concepção ampliada e política de saúde do Movimento de Reforma Sanitária apesar da alta qualificação dos preceptores (especialistas sendo alguns já mestres) e trabalhando em serviços de referência, a maioria em uma Universidade Federal e estando a mais de três anos envolvido na formação de um curso de residência multiprofissional. Fato este que faz perceber que a RMSM poderia potencializar sua possibilidade de espaço Educação Permanente para esses profissionais. Também se associa a constatação, acima descrita, aos processos de vida ligada à feminização do trabalho em saúde e exploração da força de trabalho feminino na sociedade o que pode afastá-las da participação motivadas pela falta de tempo e cultura de inserção da mulher nas atividades públicas, com isso também associa-se a pouca cultura de participação política do brasileiro. Diante do enfrentamento de uma política de contrarreformas, a afirmação de um projeto profissional e político-pedagógico voltado para uma formação crítica, reflexiva, teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política é de extrema importância para a formação dos profissionais e fortalecimento do SUS, levando em consideração os dilemas entre causalidade e teleologia na realidade capitalista e os projetos profissionais e societários.

PERFIL SOCIOECONÔMICO E CONDIÇÕES DE VIDA DAS MULHERES RESIDENTES NOS RAMAIS BOM JESUS E BONS AMIGOS AM-010

Aline Sales Mendes Záu, Nicolás Esteban Castro Heufemann, Paula Andressa de Oliveira Silva, Daiana da Silva Araújo, Sandra dos Santos Freire

Palavras-chave: mulheres rurais, perfil socioeconômico, condições de saúde rural, dados estatísticos

APRESENTAÇÃO: Para executar o estudo da saúde da mulher da área rural, é necessário analisar os condicionantes biológicos e somá-los à esfera coletiva e social, uma vez que no conceito amplo de saúde, este não se reduz ao biológico, mas é também o conjunto de fatores ligados às condições de vida (BRITO; ACRI, 1991). A compreensão desses fatores do processo saúde-doença no espaço rural constitui-se uma ferramenta importante para a assistência em saúde, pois essa população possui características próprias (SANT'ANNA et al., 2011). Assim, este estudo pretende esboçar o perfil socioeconômico-sanitário e aspectos da saúde das mulheres residentes nos ramais Bom Jesus e Bons Amigos, situados da AM 010, área rural de Manaus visando analisar o panorama atual das realidades sociais e ambientais. **DESENVOLVIMENTO:** A metodologia do estudo é uma pesquisa de campo exploratório-descritiva com abordagem, predominantemente, quantitativa. Foi realizado na zona rural do município de Manaus/AM, nos ramais Bom Jesus e Bons Amigos localizados respectivamente nos quilômetros 25 e 26 da rodovia estadual AM 010. Foram entrevistadas residentes no ramal Bom Jesus e ramal Bons Amigos. Como critério de inclusão estipulou-se idade mínima de 12 anos, ter moradia fixa em um dos ramais e ser a matriarca da família. Os critérios de

exclusão foram mulheres que se recusaram a participar da entrevista, as matriarcas que por algum motivo de saúde não puderam participar do estudo e mulheres que ausentes no domicílio no período do estudo. A coleta de dados ocorreu entre setembro a outubro de 2014 com questionários que abordavam aspectos socioeconômicos, sanitários e acesso ao sistema de saúde. Posteriormente, foram armazenados e analisados com o software EPI INFO versão 7 para Windows. Esta pesquisa seguiu os princípios éticos propostos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). **RESULTADOS:** Os resultados dessa pesquisa incluem a caracterização e o estudo do perfil sócio-demográfico de 141 mulheres da zona rural de Manaus, das quais 103 são residentes no ramal Bom Jesus e 38 no ramal Bons Amigos. A média de idade dessas foi de 37 anos para o Bom Jesus, e 35,5 anos para o Bons Amigos. A apenas 7,14% das entrevistadas não chegaram a frequentar a escola e 5% têm apenas alfabetização. A maioria frequentou até a 8ª série do ensino fundamental. De acordo com o Censo Demográfico 2010, 54% da população rural têm entre um ano e sete anos de estudo (IBGE, 2011), o que não corresponde sequer ao ensino fundamental completo. Mulheres com procedência da zona urbana no ramal Bom Jesus correspondiam a 59% e no Bons Amigos 75%. Segundo o IBGE, os programas sociais do governo ajudam a manter a população em suas cidades de origem, sendo o ambiente rural visto como espaço de atração da população (IBGE, 2010). A principal fonte de renda domiciliar no ramal Bons Amigos é o salário da entrevistada, no Bom Jesus é o salário do cônjuge. Apesar disso, observa-se que no ramal Bom Jesus, 26,21% das entrevistadas também contribuem significativamente na renda. Portanto, os resultados seguem a tendência relatada no IBGE (2010), no país, 42,4% das mulheres

do campo contribuem com a renda familiar e 38,7% das mulheres chefiavam domicílios particulares. A média do rendimento domiciliar das entrevistadas do ramal Bom Jesus é de 1.400,00 reais e do ramal Bons Amigos é 1.500,00. Recebem benefício do governo 66,9% das entrevistadas no ramal Bom Jesus e 65,8%, do ramal Bons Amigos. O limite máximo de rendimento familiar per capita praticado pelo Programa Bolsa Família, que habilita a família requerer o benefício, é de R\$152,00 por mês (BRASIL, 2003). Entretanto, o rendimento familiar mensal das entrevistadas sofre oscilações, uma vez que as pessoas que sustentam a casa sejam majoritariamente trabalhadores informais, sem carteira assinada, tendo renda dependente da demanda de serviços solicitados por mês. Sendo assim, o benefício em questão, é uma fonte relevante de renda. Quando se encontravam doentes, 90,3% e 86,8%, respectivamente, do ramal Bom Jesus e Bons Amigos, procuravam a Unidade Básica de Saúde Rural São Pedro. Cerca de 70% destas mulheres participavam de programas de saúde oferecidos na UBSR. Assim, as entrevistadas têm acesso à atenção básica de saúde, cujo principal desafio é promover a reorientação das práticas e ações de saúde, de forma integral e contínua para melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2004). Apesar do vínculo com a UBS e a participação no Programa Saúde da Família, os métodos contraceptivos não utilizados por 67,75% e 50% das mulheres residentes no ramal Bom Jesus e Bons Amigos, respectivamente. Dentre os motivos estão a inadaptação ao uso do anticoncepcional oral, não adesão do companheiro ao uso do preservativo masculino e além de motivos religiosos. Nesse processo a educação tem um papel primordial, já que as modificações têm cunho cultural e, portanto, necessita da incorporação dos atores envolvidos no sistema de saúde com a intenção de facilitar

o diálogo, socializar informações e incentivar o processo de reflexão, de forma que, com a participação e o compromisso de cada um, seja possível “desconstruir” e “reconstruir” conceitos e significados (RAMOS, 2008). Surgem outros motivos, por exemplo, em relação ao abastecimento domiciliar de água em ambos os ramais é proveniente de poço distribuída através de canalização interna. O principal método para tratamento de água é a filtração e em seguida, cloração. O Ministério da Saúde (2011) preconiza filtração seguida de cloração ou fervura. Observa-se que uma porcentagem relevante das entrevistadas não está tratando a água de forma adequada, pois apenas a filtração não é suficiente para eliminar agentes microbianos patogênicos, os quais podem provocar doenças na comunidade estudada. Percebeu-se também há predomínio da fossa séptica e uma minoria possui fossa negra. A maior parte das entrevistadas utiliza a coleta pública de lixo como destino final do lixo doméstico, no ramal Bom Jesus. O ramal Bons Amigos o destino final é geralmente a queima. A inadequada remoção do lixo, utilizando queimadas, pode causar sérios problemas ambientais à saúde dos moradores que residem nessas localidades. O lixo possui na sua composição vários elementos químicos, principalmente inorgânicos, que causam a contaminação aeróbica e riscos de incêndios (CERETTA; SILVA; ROCHA, 2013). Sendo assim, percebem-se necessárias medidas públicas para melhoria das condições sanitárias e educação ambiental dessas comunidades. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O ambiente rural apresenta várias singularidades que contribuem para que a determinação social do processo saúde-doença aconteça por meio das condições de vida e de trabalho no espaço em que a população está inserida. Este estudo mostra que embora as realidades nos ramais estudados sejam distintas, o perfil das mulheres desse estudo foi

semelhante, diferindo-se, principalmente, nas condições de saneamento básico, as quais foram influenciadas pela infraestrutura característica de cada ramal. As ações dos serviços de saúde devem estimular um trabalho compartilhado com responsabilização e vínculo com a comunidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde no processo saúde - doença do espaço rural. Também se observa necessário que o Poder Público desenvolva ações visando à melhoria dos sistemas de abastecimento de água para evitar sua poluição e contaminação, além de executar programas de educação ambiental e sanitária entre os habitantes locais. A identificação do perfil das mulheres rurais constitui-se numa ferramenta para a elaboração de políticas públicas que possam atender às demandas sociais de forma eficaz, permitindo uma melhor qualidade de vida para as comunidades em questão.

PERSPECTIVAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE: O PET SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE FORTALECIMENTO DE SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Marcio Eduardo Brotto, Simone de Souza Pires, Lucia Helena de Carvalho, Vânia Cristina Portes Rego, Silvia Lucia Pereira Chagas, Hilton Augusto Koch, Mariana Xavier da Silva, Wesley Santos do Valle

Palavras-chave: Saúde, Educação, Trabalho

APRESENTAÇÃO: Com o intuito de ampliar as ações na área hospitalar, o Ministério da Saúde publicou, em julho de 2011, a portaria 1600/GM, que instituiu a Rede de Atenção às Urgências (RAU) no SUS e tem como finalidade articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde. Sequencialmente, em

outubro de 2011, a Portaria 2395/GM que trata do para o Trabalho (PET-Saúde Redes), através da execução de projeto sobre em parceria com os Departamentos de Serviço Social, Psicologia e Medicina da PUC-Rio. A proposta tem por objetivo apresentar e refletir sobre a dinâmica de um dos subprojetos do PET Saúde Redes no Hospital Municipal Miguel Couto, componente hospitalar da RAU, estando vinculado a ele o Programa SOS Emergências – que em 06 de agosto de 2012, ganha portaria específica (1663/GM), exclusivamente para dispor sobre o Programa SOS Emergências, demarcando apoio institucional e financeiro, para alcance da meta de redução do tempo de espera e de permanência dos pacientes nas emergências, de forma a garantir atendimento ágil, humanizado e com acolhimento. Neste contexto, o Hospital Municipal Miguel Couto (HMMC) apresenta importância capital na Rede de Urgência e Emergência (RUE) do SUS, principalmente ligada ao atendimento dos traumas e das urgências clínicas, o que faz se tronar polo de ações e intervenções, com destaque para o Programa de Educação relacionado às ações desenvolvidas e direcionadas ao reconhecimento do processo de trabalho e a educação permanente das equipes. Da mesma forma, previu o alcance de objetivos específicos, assim relacionados: (1) sistematizar as dinâmicas e modalidades de trabalho pactuadas e estabelecidas pelas equipes que atuam no serviço de urgência e emergência, dando ênfase aquelas que se referem às relações interprofissionais e de atendimento a população usuária que acessa o serviço; (2) Verificar as transformações no perfil epidemiológico da população que acessa aos serviços de urgência/emergência e a incorporação de avanços terapêuticos, tecnológicos e organizativos específicos dos serviços, para atendê-las e (3) Realizar levantamento sobre a representação dos profissionais acerca de seu fazer profissional e da atuação em equipe interdisciplinar

diante às demandas apresentadas pelo serviço de urgência/emergência, delimitando temáticas de interesse para reflexão e estudos coletivos e permanentes que podem gerar novas práticas. **DESENVOLVIMENTO/METODOLOGIA:** Para estabelecer novas sínteses e contribuições, iniciou-se um processo de uma pesquisa exploratória e analítica, de abordagem qualitativa e quantitativa. O desenho da pesquisa envolve discentes e docentes do curso de serviço social da PUC-Rio e um conjunto de preceptores, que na condição de profissionais do Hospital Municipal Miguel Couto, atuam e permitem, através do PET Saúde, o desenvolvimento de ações que busquem consolidar o espaço institucional do hospital, não só como assistencial, mas também como um campo de ensino, pesquisa e extensão universitária. Sua execução metodológica envolve a apresentação de dados decorrentes da sistematização de dinâmicas de trabalho pactuadas pelas equipes que atuam no serviço de urgência e emergência, dando ênfase aquelas que se referem às relações interprofissionalismo. Os dados, decorrentes de ações no período de 2012 a 2014, também consideram a incorporação de avanços terapêuticos, tecnológicos e organizativos específicos dos serviços, bem como a realização de levantamento sobre a representação dos profissionais acerca de seu fazer individual e em equipe interdisciplinar. Considerando o grande número de profissionais que atuam no hospital, delimitou-se uma amostra de no mínimo 20% (120), para participação inicial na pesquisa, garantindo-se a representação de todos os setores do hospital. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** No decorrer da inserção e aplicabilidade da pesquisa, foi possível observar que 68% dos entrevistados (81), integram o quadro de servidores estatutários e efetivos do hospital, o que demonstra uma vinculação que prevê uma vinculação de longa permanência dos profissionais, apesar do imaginário que se

cria de que há uma grande rotatividade de funcionários no serviço público de saúde. Isso se confirma, quando percebemos, que 59% destes que são servidores (48), atuam na unidade hospitalar, na execução de ações de urgência e emergência, há mais de 10 anos. Se de um lado, verificamos aspectos positivos deste cenário, potencializador de ações contínuas e articuladas, capazes de permitir a sistematização histórica das práticas desenvolvidas pela unidade hospitalar, de outro esta conformação temporal, demonstra a existência de relações profissionais e institucionais solidificadas ao longo dos anos. Ao tratarmos da temática do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, percebemos pouco entendimento acerca dos conceitos, acarretando o desafio do exercício desse tipo de prática no cotidiano institucional. Essa dificuldade conceitual se reflete quando percebemos que 45% profissionais (54) conseguem definir sua prática de forma majoritária como multidisciplinar, mesmo sem conseguir compreender seu significado. Ainda sobre este aspecto, observamos que ao somar o conjunto de respostas que define sua prática de forma multidisciplinar e de ambas, identificamos que 67% dos profissionais (80) dizem atuar de forma multidisciplinar, quando apenas 37% (44) conseguiu definir de forma correta o trabalho multiprofissional. Ao indagar-se sobre qual a categoria que melhor realiza esse trabalho, o equívoco se torna ainda maior, uma vez que grande parte informa que seu próprio setor consegue atuar dessa forma, ou informa que nenhum setor do hospital se integra. Assim, para além destes resultados preliminares, agregando-se outros aspectos como a falta de incentivo e valorização profissional, a inadequação de estruturas físicas; dentre outros, é a proposta de trabalho em vigor se propõe a oficinas e cursos de extensão que abordem de forma permanente, a discussão de temas como: processos de trabalho em saúde;

especificidades do processo de Trabalho na Urgência e Emergência Hospitalar; saberes profissionais e cotidianos do fazer; interpelações entre interdisciplinaridade e multidisciplinaridade; planejamento em saúde; análise institucional e relações de poder na concepção do fazer Saúde; ações integrativas em saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O PET-Saúde Redes tem como tarefa a partir dos resultados finais da pesquisa dentro do Subprojeto “Processo de trabalho e educação permanente: pelo fortalecimento de serviços de urgência e emergência integrados e de qualidade”, fazer a devolução dos resultados aos profissionais que atuam no Hospital Municipal Miguel Couto e ainda indicar e desenvolver estratégias para melhorias no processo de trabalho das equipes da unidade visando potencializar a qualidade dos serviços. Dentre as estratégias propostas, a executar em nova fase do projeto, destacam-se: Realizar oficinas de trabalho norteando a importância da ação multidisciplinar e interdisciplinar no processo de trabalho em saúde; Instituir um espaço de integração entre a família, o paciente e a equipe multiprofissional; Realizar workshops sobre instrumentos e técnicas de intervenção de cada categoria profissional; Ampliar a realização de estudos de casos entre profissionais de diferentes serviços, estabelecendo uma dinâmica problematizadora do cotidiano da prática profissional; e Iniciar curso de extensão problematizando os entraves identificados no processo de trabalho.

PESQUISA GENEALÓGICA DA LEI DO AUTISMO, Nº 12.764 DE DEZEMBRO DE 2012, QUE INSTITUI A POLÍTICA NACIONAL DE PROTEÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Monica Moreira Rocha Rocha, Rejane Soares, Flávia Freire, Priscila Alves, Sheyla Bello Jardim, Flávia Nascimento, Polyana Esteves Esteves, Polyanna Mendes

Palavras-chave: Autismo, Política Pública, Genealogia

Esse resumo apresenta o resultado parcial de uma pesquisa sobre a Lei nº 12.764 de dezembro de 2012, conhecida como a lei do autismo que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Essa pesquisa está inserida no projeto do Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde, que tem como meta a sua implementação em diversas Universidades do país, constituindo assim, uma rede de pesquisadores e de investigações que tomam as leis, decretos, programas como dispositivos para a implementação de políticas públicas. O observatório tem como objetivo, a partir do dispositivo das leis, tomar como análise e campo de investigação o agir e a intencionalidade dos atores sociais interessados nas políticas de saúde e da produção do cuidado. Aqui iremos compartilhar a análise do 3º Vetor de investigação, a saber: genealogia da referida lei. A hipótese para a investigação desse vetor é que para proposta da Lei, na sua formulação foi pautada na demanda de um determinado segmento da sociedade em razão de necessidades específicas, as quais são identificadas pelas práticas discursivas científicas do campo da reabilitação com especialização em autismos, são elas: a fonoaudiologia, neuropediatria, psiquiatria, psicologia, pedagogia. O 3º Vetor de investigação contempla os seguintes objetivos: a) identificar a matriz discursiva de cientificidade sobre o autismo, a qual sustentou a proposição da lei; b) Conhecer as motivações da lei em questão, a motivação

de seus formuladores e as motivações de seus demandantes. A metodologia para esse estudo é a de análise documental da formulação da lei nos seus procedimentos, remontando seus trâmites de legalização, bem como entrevistas de seus principais atores proponentes e formuladores. Uma investigação genealógica tem por finalidade apreender os acontecimentos para e, na formulação da lei. Longe de ser uma montagem linear dos fatos “concretos”, os quais apontam os movimentos dos atores sociais. Mas, antes de tudo, é apreender os acontecimentos e agenciamentos que tais movimentos ganharam força e discursividade para a formulação da lei. Portanto, não se trata de tomar a genealogia como método, se não que tomá-la como o próprio objeto da investigação. Marcar a singularidade dos acontecimentos, “escutar” à polifonia discursiva dos atores envolvidos, apreender os agenciamentos coletivos de enunciação do dispositivo da lei e dá visibilidade aos agenciamentos maquímicos dos corpos. Dito de outro jeito, a lei produz discursividades e produz também corpos desejanter pelos direitos que ela prevê e garante. Deste modo, a investigação genealógica exige dos seus pesquisadores uma reconstrução do percurso da formulação da lei, ligando cenas, fatos e acontecimentos em seus múltiplos efeitos. O agir genealógico prescinde da relação linear de temporalidade ou mesmo, a relação inequívoca de causalidade, pois o que está em jogo na reconstrução genealógica do percurso da formulação da lei é exatamente o jogo de poder dos atores sociais. Análise Parcial dos resultados da investigação genealógica. Embora não tenha sido proposta inicialmente a investigação de outros dispositivos legais, a investigação genealógica da Lei Federal permitiu visualizar o encadeamento de outras leis estaduais e municipais de interesse para esse estudo, que serão apresentadas em um dado recorte para atender a finalidade

desse resumo. Em âmbito estadual a Lei 6169//12 que dispõe da Implementação dos centros de reabilitação integral para criança e adolescente portadoras de Deficiência Mental e autismo. A Lei 6807/14, a qual obriga os órgãos públicos e os estabelecimentos privados a dar preferência no atendimento, não retendo em filas, pessoas portadoras do transtorno do espectro do autismo (TEA). Em âmbito municipal a Lei 5.573 /13 que dispõe sobre os instrumentos de vigilância e rastreamento precoce do autismo nas Unidades Públicas de Saúde e Educação Municipais e dá outras providências. Nesse dispositivo chamam atenção os seguintes artigos: Art. 1º Para efeito do art. 378 da Lei Orgânica do Município ficam adotadas ações de vigilância precoce do autismo nas Unidades Públicas de Saúde e Educação Municipais, especialmente em crianças de seis meses a dois anos de idade; Art. 2º Os profissionais das áreas de saúde e educação devem ser sensibilizados acerca dos sinais de risco de autismo, conforme os mais atuais instrumentos disponíveis; Art. 3º (...) as crianças deverão ser cadastradas num censo único da Prefeitura, a fim de poder ofertar os devidos tratamentos que possibilitem uma vida funcional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir do estudo genealógico da Lei Federal encontramos uma consonância de outros dispositivos, os quais corroboram a prerrogativa da Lei que toma o diagnóstico como norteador de acessibilidade a produção do cuidado em saúde e a educação, atribuindo o autismo como campo de intervenção da reabilitação. O principal impacto da Política dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro Autista assegurada pela Nº 12.764, diz respeito ao diagnóstico precoce, gerando dessa forma uma grande demanda de intervenção precoce para os serviços. Outro efeito desse dispositivo é que a precocidade nesse diagnóstico desconsidera que a criança pode apresentar outros déficits de

aquisição e desenvolvimento de linguagem os quais se assemelham sob o ponto de vista das competências comunicativas e de linguagem com as características descritas na Lei, mas que pertencem a outros distúrbios específicos de linguagem – DEL, tanto os primários - sem fatores etiológicos estabelecidos, como aqueles secundários, ou seja, decorrentes de déficits sensoriais como, por exemplo, o caso da surdez. Não menos importante para análise multivetorial, em decorrência da precocidade do diagnóstico, é o seu efeito nas relações e investimentos afetivos e emocionais da criança com os seus pares e na expectativa de inclusão social.

PET SAÚDE: UMA REFLEXÃO NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Ana Kelly Adriano Viana, Ronize Fernandes Silva, Eddie Willian de Pinho Santana

Palavras-chave: Saúde, Formação Profissional, SUS

Na tentativa de refletir sobre a atual formação do profissional de saúde, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), em parceria, lançaram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Para auxiliar a atuação do Pró-Saúde, o MS criou, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). O programa de Educação pelo trabalho foi instituído pela Portaria Interministerial 1.802 em 26 de agosto de 2008. Esse programa “constitui-se em um instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivências, dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde

- SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Esse programa dentro da Universidade Estadual do Ceará possui vínculo com os municípios de Pacatuba, Fortaleza e Maracanaú. Possuindo nove grupos dentro da Universidade. O grupo analisado possui seis preceptores, doze monitores e um tutor, sendo os monitores acadêmicos de cursos como Psicologia, Medicina, Serviço Social, Enfermagem, Nutrição e Ed. Física. Dessa forma, o Programa de educação para o trabalho em Saúde vem mudando a formar dos estudantes entenderem a prática em saúde, possibilitando que esses possam fazer vivências dentro do SUS e possa conviver com outros profissionais. Esse programa tem como proposta mostrar aos alunos, deste os primeiros semestres na universidade, o atendimento dentro do SUS, como também o conhecimento das políticas públicas voltada para seu público e as demandas existentes. Ele também possibilita aos estudantes que esses conheçam a precarização que o SUS vem sofrendo e que se questione o modelo existente O presente trabalho tratará das mudanças ocorridas em mais de um ano no programa em profissionais, docentes e acadêmicos que participam do Grupo Materno-Infantil no município de Pacatuba com vínculo com a Universidade estadual do Ceará, fazendo com que se possibilite a reflexão de como esse trabalho possibilitou uma mudança na concepção de saúde dos sujeitos e como isso reproduziu nas suas práticas e atitudes. Entendendo que “o Homem se constrói ao construir sua realidade. A sociedade passa a ser imprescindível para a compreensão do homem; do humano. Não pode se conhecer o humano se não pelas suas relações com as formas de vida e as relações sociais.” (BOCK,2007) As ações que foram desenvolvidas são as seguintes atividades: Levantamento bibliográfico sobre os temas relacionados ao programa; Leitura, discussão e fichamento dos artigos

referentes aos temas; Capacitação em pesquisa qualitativa e quantitativa; pesquisa de campo: pré-teste, coleta e análise dos dados, redação dos resultados e elaboração dos relatórios da pesquisa; Levantamento de dados demográficos e epidemiológicos de gestantes, puérperas e crianças até dois anos de idade; Inserção no território; Observação para acompanhamento do fluxo de atendimento nos três níveis de atenção; Pesquisa de campo. Ocorreram oficinas como estratégia de ação com a comunidade e nelas combinamos atividades em grupo, rodas de conversa, apresentação dialogada, vídeos, dinâmicas entre outras para articular ensino, pesquisa e extensão e estimularem a reflexão dos sujeitos. Começando a pensar nas mudanças causadas pelo PET-Saúde, podemos observar que o conceito de “saúde” mudou para seus integrantes, pois se começou a ter um entendimento mais amplo de saúde que nos permitiu entender os fatores como a moradia, a falta de recursos e a cultura de cada comunidade influenciam nesta. Assim, entendemos que “a definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (..)” (FIUZA; JUNIOR; RIBEIRO; NETO & OLIVEIRA) Outro ponto colocado foi questão da própria formação dos alunos. Uma aluna de psicologia participante desse programa relatou que esse projeto possibilitou que esta pensasse em uma psicologia não voltada só para clínica, mas também voltada para a comunidade, fez também com que essa questionasse a atuação dos psicólogos dentro do SUS, pois para ela, no início de sua entrada no programa, entendia que o trabalho do psicólogo dentro das unidades de saúde seria semelhante ao modelo clínico, mas depois da sua experiência no PET-Saúde, esta observou o trabalho do psicólogo no SUS não era só esse modelo, mas também abrangia grupos e uma psicologia voltada

para a comunidade. O PET-Saúde também possibilita uma sensibilização em relação aos serviços prestados e uma conscientização dos direitos dos profissionais e usuários dos SUS. Através disso, muitos profissionais levam as pautas do SUS assumindo como suas bandeiras de luta uma saúde pública de qualidade e a não privatização do SUS. Essas pautas também são levadas para dentro das Universidades sendo debatidas dentro do Movimento estudantil e de eventos na Universidade, por exemplo, dentro da UECE ocorre todo início de semestre a Acolhida da Saúde que tem como propósito levar o debate em relação à atuação dos estudantes de saúde dentro do SUS. Assim, podemos afirmar que alguns objetivos do PET-Saúde foram cumpridos como: II - estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação; VI - sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira; (Ministério da saúde, 2008) O programa também permite a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade entre estudantes e profissionais de todas as áreas da saúde permitindo que esses conheçam as especificidades e as demandas de cada profissional e que também possam pensar formas de atuação em conjunto. Apesar de todas as potencialidades existentes dentro do programa podemos apontar algumas críticas como os horários entre preceptores e monitores não coincidirem, como uma necessidade maior dentro da Universidade de eventos que possam mostrar as vivências do PET. O PET-Saúde constitui como um programa essencial a construção do

indivíduo e também, do profissional que esse quer ser, dessa forma entendemos que o programa auxilia na formação e prática desses possibilitando uma vivência mais profunda dentro do SUS. Esse também serve como meio de levar os estudantes a questionar a precarização existente nas unidades de saúde e as condições de trabalho dado a esses profissionais. Assim, entendemos que o programa tem caráter transformador na vida pessoal e profissional de seus participantes, contribuindo deste a formação curricular destes como também na humanização de suas práticas.

PET-VIGILÂNCIA EM SAÚDE - ODONTOLOGIA E PACIENTES DIABÉTICOS

*Ana Elisa Ribeiro, Márcia Helena Baldani,
Rosiléa Clara Werner, Dayane Bobato*

A Diabetes foi considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1097, um problema de saúde pública. A classificação atualmente está dividida em quatro classes clínicas segundo a OMS, a Associação Americana de Diabetes e SBD, estando presente a DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e a DM gestacional. Estabelecendo a DM como um problema de saúde público e segundo a Lei N 11.347, de 27 de Setembro de 2006, fica sob responsabilidade do Sistema Único de Saúde fornecer o amparo legal ao paciente portador da DM, estando o mesmo no direito de receber diagnóstico e tratamento do diabetes nas unidades de saúde, além de medicação e acompanhamento rotineiro do usuário. Além de ser um assunto de interesse público, cabe também ao programa PET-Vigilância, o qual está inserido no estudo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre as quais a DM, fazer uso de suas atribuições

e buscar melhorias para o percurso da doença. Unindo o diabetes mellitus ao programa PET, nasceu a ideia de investigar o perfil de pacientes portadores da mesma, usuários do SUS e residentes no bairro Jardim Paraíso, na cidade de Ponta Grossa e atendido pela Unidade de Saúde Cleon de Macedo, na qual um grupo PET está inserido e foi o responsável pelo desenvolvimento um projeto de pesquisa visando identificar os pacientes que necessitam do uso de insulina diariamente. Estabelecendo uma ligação com a Odontologia, percebe-se que o DM exige conhecimento específico dos profissionais, sendo necessário saber diagnósticas, orientar e acompanhar os pacientes diabéticos e buscando obter dados concretos, questões norteadoras foram direcionadas aos pacientes, em relação à presença de xerostomia, uso de próteses, higienização, entre outros dados que serão discutidos posteriormente. Aprovado em 2013, o PET-VS se configura como um espaço multiprofissional e integra estudantes de Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Medicina, Educação Física e Serviço Social. Foi desenvolvido um estudo do perfil destes indivíduos, através de visitas domiciliares para aplicação de um questionário pré-testado (parecer COEP 172.965), as quais eram acompanhadas por Agentes Comunitários de Saúde. A equipe fez um levantamento do número de pacientes portadores de DM, que fazem o uso contínuo de insulina e outro passo do projeto foi a criação de um ficha de visita domiciliar, a qual contém dados abrangentes das diversas áreas envolvidas no estudo. As visitas domiciliares foram realizadas uma vez por semana conforme disponibilidade das alunas e das ACS, avisando previamente os pacientes e solicitando a participação dos mesmos no presente estudo. A entrevista ocorreu em forma de diálogo, tendo como devolutiva aos pacientes, esclarecimentos de dúvidas, informações sobre a doença,

métodos de prevenção de agravamentos, dicas de como melhorar a condição atual, entre outros pontos abordados. Após coleta dos dados, as alunas retornavam à unidade de saúde e em conjunto preenchiam a ficha do paciente descrevendo toda visita domiciliar e as informações coletadas na mesma, objetivando repassar as mesmas para os profissionais da unidade, solicitando se necessário auxílio da equipe em prol dos pacientes visitados. A equipe conseguiu efetuar as 30 visitas domiciliares (das 31 visitas programadas), sendo o questionário preenchido conforme a condição de cada paciente permitiu. Quando questionados sobre a xerostomia, em linguagem coloquial “boca seca”, quatorze pacientes relataram portar este sintoma, dois não responderam e outros 14 disseram não notar a alteração a qual é um dos sintomas mais comuns em portadores de DM, também incluindo polidipsia, poliúria-nictúria, polifagia, emagrecimento rápido, dentre outros. Segundo YAMASHITA et al. (2013), a diminuição do fluxo salivar e o nível de glicose alterado pode facilitar a instalação de infecções fúngicas e o desenvolvimento de doença periodontal, entrando em cena neste momento, a participação do cirurgião dentista, que é o profissional habilitado para identificar e instruir o paciente a respeito desta alteração. VARGAS, A.C. (2012) relata que a diminuição da produção de saliva é referida por 10 a 30% dos pacientes diabéticos, e como consequência pode causar úlceras, queilites, língua fissurada e dificuldade de fixação de próteses dentária. Como devolutiva aos pacientes que responderam positivamente à presença de xerostomia, os mesmos foram orientados a fazer ingestão constante de água, uso de enxaguantes bucais, controle glicêmico, utilização de ferramentas que estimulem a produção de saliva (gomas de mascar sem açúcar) e se necessário recorrer ao uso de saliva artificial. Os pacientes visitados

também foram questionados quanto ao uso de prótese, 19 são portadores e 11 não. Resultado que condiz também com o estudo de TRUNKL, M.M et al. (2012), no qual 64% dos pacientes referiram usar algum tipo de prótese. O dado coletado caracteriza um índice de perda dentária elevada, estabelecendo assim uma relação entre a doença periodontal e a diabetes, uma vez que, àquela quando não tratada pode acarretar em perdas dentárias. Entretanto o uso disseminado de prótese entre os pacientes avaliados não está relacionado somente à presença da DM, outros fatores podem culminar no edentulismo e conseqüentemente no uso de próteses, dentre os quais pode-se citar a doença cárie, traumatismo dentários, atitudes dos profissionais de Odontologia e da população, acessibilidade e utilização dos serviços odontológicos, motivos de ordem econômica, entre outros, contudo a DM descontrolada ou a falta de correta atenção ao paciente portador, pode ocasionar o desenvolvimento de outras patologias que culminam na perda de dentes. Após os paciente serem questionados sobre o uso de prótese, a pergunta seguinte foi relacionada ao uso das mesmas no período noturno, dentre os 19 usuários que responderam positivamente ao uso, 13 relataram manter as próteses na cavidade oral durante a noite enquanto 6 afirmaram retirar para dormir. O resultado obtido vai de encontro com um estudo realizado por BOMFIN I.P.R., et al. (2008), realizado na cidade de João Pessoa/PB, no qual 71,2% dos 94 pacientes abordados pela pesquisa, relatam dormir com a prótese, fato que pode desencadear a presença de lesões bucais, principalmente em associação com outros fatores como a má higienização, mal adaptação das peças e tempo de uso. Os pacientes que afirmaram dormir com a prótese foram orientados a remover a mesma durante o período de repouso, sendo informados sobre os

riscos que poderiam estar submetidos caso continuassem com o hábito atual. Segundo uma pesquisa realizada pela Universidade de Ribeirão Preto, por PINTO, C.C.M, et al. (1999), dentre lesões mais comuns de serem encontradas em relação ao uso de prótese, pode-se citar a candidíase, hiperplasia fibrosa, queilite angular e ulcera traumática, notando-se a importância de se estabelecer um diagnóstico precoce, iniciar o tratamento e garantir prognósticos favoráveis, visando melhorar a qualidade de vida do portador da prótese, sendo o cirurgião dentista uma importante ferramenta para se obter este resultado, estando o mesmo, preferencialmente, inserido dentro de uma equipe multiprofissional, cuja capacidade de fornecer um suporte integral para o paciente. Além do atendimento propriamente dito, a prevenção e promoção de saúde oral também têm papéis decisivos na cultura de uma condição bucal adequada, pois uma escovação realizada de forma correta, com escova macia e dentifrício específico, reduz consideravelmente os níveis de biofilme e colabora para uma adequada saúde oral. Desta forma, um paciente diabético deve ser tratado normalmente, principalmente se houver um diálogo entre a odontologia e a outras áreas envolvidas.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: CONHECENDO O NÍVEL DE DEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA-ES

Gracielle Pampolim, Fabíola dos Santos Dornellas, Vanezia Gonçalves da Silva, Luciana Carrupt Machado Sogame

Palavras-chave: Idoso, Funcionalidade, Políticas de Saúde

APRESENTAÇÃO: Nos últimos anos a população mundial vem sofrendo uma

significativa e constante reestruturação demográfica, realidade esta que se mostra cada vez mais evidente em países subdesenvolvidos, como é o caso do Brasil. Concomitantemente a essa reestruturação demográfica, é possível observar também uma alteração no perfil das morbidades que acometem essa população, com um importante aumento na incidência de doenças crônicas, que por vezes culminam em déficits nos campos físico, psíquico e principalmente social. Essa tendência incitou diversas discussões e movimentos sociais pró-envelhecimento saudável (de forma biopsicossocial), que culminaram na realização das Assembleias Mundiais sobre o Envelhecimento, organizadas pelas Nações Unidas em 1982 e 2002, e que tiveram como produto Planos Globais de Ação, que por sua vez, direcionou as ações dos países envolvidos nos assuntos tangentes à atenção a pessoa idosa. No Brasil, ocorreram movimentos similares e ao longo da década de 1990 até o início de século XXI. Em resposta as diversas diretrizes da Constituição Federal e ferozmente estimulada pelos debates mundiais acerca do tema, foram promulgadas várias políticas setoriais de proteção ao idoso. Dentre elas, na esfera da saúde, temos a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), promulgada pela Portaria 2.528 de 19 de outubro de 2006. A PNSPI formula-se através de uma série de outras políticas e leis e vem para cumprir com exigências nacionais e internacionais firmadas ao longo dos anos. Em sua constituição a PNSPI assume que o principal problema que pode afetar o indivíduo idoso a perda de sua capacidade funcional, ou seja, das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Sabe-se que a manutenção da capacidade funcional é um processo dinâmico e multifatorial, caracterizado por aspectos físicos e mentais.

Dessa forma, entende-se por que a avaliação dessa funcionalidade no idoso tornou-se um importante instrumento de análise da condição de saúde dos idosos. Com o intuito de atender as exigências internacionais firmadas a partir da II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, a PNSPI traz o cuidado domiciliar como principal vertente da atenção ao idoso, e para isso ela aponta a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal elo de comunicação entre o idoso e o sistema de saúde. Através de seu foco na atenção primária, a ESF é levantada como importante instrumento para prevenção e cuidado à esse extrato populacional, baseando-se na perspectiva de promoção de ações e elaboração de programas de orientação, informação e apoio aos idosos e seus familiares (que representam os atores principais nesse cuidado), visando sempre a manutenção do idoso na comunidade e no convívio familiar, proporcionando a este um envelhecimento ativo, autônomo e saudável. Todavia, para que essa função seja efetivada de forma adequada, faz-se de extrema relevância que as equipes da ESF conheçam as necessidades e características da população assistida. OBJETIVOS: Verificar e classificar o nível de dependência funcional de idosos restritos ao lar adscritos a uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Vitória-ES. METODOLOGIA: Trata-se de estudo descritivo, quantitativo, do tipo transversal, com amostra de conveniência de 178 idosos (idade maior ou igual a 60 anos de idade), que representou 60% da população de idosos restritos ao lar da USF pesquisada. Realizou-se, entre abril e novembro de 2014, entrevista semiestruturada, sendo coletadas as variáveis: sexo, idade, raça, situação conjugal, escolaridade, renda, ocupação e arranjo familiar; e avaliação funcional através da escala Medida de Independência Funcional (MIF), a partir de onde os idosos foram classificados em quatro grupos: Dependência Completa, Dependência

Modificada 'A' (assistência de até 50% na realização da tarefa), Dependência Modificada 'B' (assistência de até 25% na realização da tarefa), e Independência Modificada a Completa. A análise dos dados deu-se de forma descritiva através do programa SPSS Statistics. A realização da presente pesquisa foi aprovada pelo CEP/EMESCAM sob nº 918.025. RESULTADOS: Dos idosos entrevistados a maioria eram mulheres (80%), na chamada "4^a idade" (72%), que se auto referiram brancas (74%), viúvas (63%), de baixa escolaridade (52%) e renda (40%), aposentadas (61%), convivendo com cuidadores (83%) e coabitando em residências multigeracionais (53%), com média de idade de 83,82 ± 7,81. A pontuação média da MIF foi de 87,42 ± 36,84, nas subdivisões da escala, a média da MIF Cognitiva foi de 25,49 ± 11,04 e da MIF Motora, 61,93 ± 28,22, indicando uma população com a funcionalidade graduada em Dependência Modificada 'B' (assist. até 25%). No que concerne a classificação, 52% dos idosos apresentavam nível de dependência funcional preservada, sendo classificados com Independência Modificada a Completa. Entre os que apresentaram comprometimento funcional, 45% apresentavam Dependência Modificada 'B' (assist. até 25%), 39% Dependência Modificada 'A' (assist. até 50%) e 16% foram classificados com Dependência Completa. Vale ressaltar que 20% da população estudada eram considerados restritos ao leito. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Verificamos que a maioria da população estudada são funcionalmente independentes, e na estratificação quanto a graduação dos dependentes, encontramos uma maior ocorrência de idosos com nível mínimo de dependência. De acordo com o proposto pela PNSPI, a manutenção da autonomia e independência do idoso, deve ser baseado nos cuidados domiciliares e tem como objetivo mantê-lo ativo no convívio em

comunidade. Este cuidado é atribuído ao familiar, que por vezes não tem preparo para tal função. Neste contexto, temos a ESF, designada pela PNSPI, que deve atuar como facilitador desse cuidado por meio de ações educativas e orientações aos familiares e idosos. Tendo posto, e levando-se em consideração a realidade encontrada na presente pesquisa, conjecturamos sobre a visível necessidade de se prestar uma maior atenção à essa população, proporcionando a estes o que lhe é de direito concedido pelas políticas em vigor no país. Dessa forma, compreendemos a relevância dessa temática nas agendas governamentais de planejamento das ações de intervenção na saúde da pessoa idosa.

POLÍTICAS DO DESEJO: PROJETO ROSÁLIA NA RUA – A VIABILIZAÇÃO E A EXTENSÃO DO CUIDADO ATRAVÉS DE AÇÕES EXTRAMUROS REALIZADAS POR PROFISSIONAIS DE UM CENTRO DE SAÚDE

Fernanda Gama Lessa, Eliana Maria Freitas Aguiar, Eliane Mantovani Lucas Pereira, Francielly Damas Albino, Jorge Mendes Ávila, Maria Leomênia Sardenberg, Marilsa Sebastiana Arantes de Souza, Paulo Rogério Alves

Palavras-chave: atenção básica, cuidado, apoio matricial, articulação, rede, ações extramuros

O seguinte trabalho trata de relatar o desejo de alguns profissionais e o processo pelo qual um projeto foi idealizado e vem sendo escrito a partir da demanda de uma usuária gestante. O Centro de Saúde Jardim Rosália é um serviço da Atenção Básica e localiza-se na cidade de Campinas/SP fazendo parte do Distrito de Saúde Norte. O serviço atende uma população de alta vulnerabilidade com cerca de 9500 pessoas

e possui duas equipes ampliadas de Saúde da Família, sendo campo de formação para a Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva, além dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e farmácia. Atualmente a equipe é composta por 12 Agentes Comunitários de Saúde, três enfermeiros, treze técnicos e auxiliares de enfermagem, uma técnica de farmácia, uma agente administrativa, uma farmacêutica, um psicólogo, três médicos generalistas, dois médicos ginecologistas, dois pediatras, três auxiliares de serviços gerais, dois vigilantes, uma dentista, uma agente de saúde bucal, duas recepcionistas e um coordenador. Estão inseridos no serviço três médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade e uma terapeuta ocupacional residente Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva. O desejo de concretização do projeto surgiu por meio da demanda de uma usuária do serviço de saúde. Conhecida por transitar pelo território e ter residido na rua, ser etilista, tabagista e usuária de substâncias psicoativas (SPAs), M. Teve confirmada sua gestação na vigésima semana, após várias pedidos de atenção e cuidado dentro do centro de saúde. Além de manifestar desde a confirmação da gravidez o desejo em ter a criança. M. e seu companheiro J. vivem juntos em um barraco nos fundos da casa de um parente, localizado em um dos bairros mais vulneráveis em que o centro de saúde é referência. J. é também etilista e usuário de SPAs, e igualmente à M. demonstra desde o início o desejo em ter esse filho, dando contorno e cuidado a esta no período da gestação. A equipe local de referência assumiu o cuidado do caso, possibilitando à M. maior atenção por meio de visitas domiciliares semanais e acompanhamento da mesma durante todo o pré-natal realizado pelo centro de saúde e no pré-natal de alto risco realizado

pelo CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher/Unicamp. Em havendo a identificação da complexidade do caso e suas reais dificuldades em manejá-lo. Não apenas clinicamente pelos profissionais do centro de saúde - no que diz respeito à população social, econômica e culturalmente empobrecida a qual faz uso de SPAs e álcool - pensou-se em possíveis ações extramuros que pudessem ser efetivas para promover e capacitar os profissionais diante de tais questões, visando a efetividade do projeto não apenas para este caso, mas como para todos os casos com problemáticas semelhantes. Sendo assim, deu-se origem ao projeto 'Rosália na Rua' cujos objetivos gerais são caracterizados pela ampliação da oferta de atenção a usuários de SPAs no território e ampliação do conhecimento da equipe e trabalhadores sobre saúde mental, redução de danos e atenção ao uso de álcool e drogas. Percebeu-se a necessidade de ampliação de articulação intersetorial, envolvendo inicialmente serviços de saúde e assistência, além da formação de rede entre o centro de saúde e serviços da atenção especializada como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) e o Consultório da Rua. Por meio do apoio matricial, foram realizados diálogos e discussões do caso de M., sendo constatada pelos serviços a necessidade de se trabalhar na atenção básica com a clínica de redução de danos, considerando que este foi um desejo dos próprios profissionais em se envolver com tal temática através de uma capacitação e instrumentalização da equipe. Tal capacitação objetiva especificamente a ampliação das ofertas realizadas a partir do centro de saúde para usuários de SPAs: ofertas de ações voltadas à promoção, prevenção e reabilitação a ser desenvolvida no território e em articulação com outros serviços. Também a extensão do acesso de usuários de SPAs à unidade de saúde, aos trabalhadores e ao cuidado. A metodologia

vem sendo construída, constituindo-se de quatro eixos: 1. Formação em Saúde – tem como estratégia a capacitação da equipe por meio da vinda dos redutores de danos ao centro de saúde durante três reuniões gerais mensais no período de duas horas cada uma, assim como a circulação de profissionais em outros serviços de saúde a fim de vivenciar e se apropriar de outras formas de cuidado; 2. Articulação de Rede – tem em vista a circulação dos usuários na rede percebendo-se assim a necessidade de articulação e o fortalecimento da mesma e inserindo nesta dinâmica a circulação dos profissionais de saúde no território e a realização de um mapeamento em relação à população de rua e usuários de SPAs; 3. Assistência – visa a realização de visitas domiciliares, visitas na rua e nos locais de uso de SPAs colocando o território como um lugar de potência e de possibilidades de ações e também ampliando as ações de cuidado para dentro do centro de saúde; 4. Prevenção e Promoção de Saúde – visa a estruturação de intervenções que podem ser desenvolvidas com a população de rua, usuários de SPAs e com as famílias que estejam envolvidas com esse tipo de demanda, ampliando e promovendo vínculos. Fora realizado o primeiro encontro formativo com a equipe de redutores de danos conforme pontuado nos métodos de estudo. Inicialmente, houve neste encontro uma breve apresentação da política de redução de danos e esclarecimentos quanto aos materiais utilizados no cuidado da população de rua e usuários de SPAs. Em um segundo momento - através de uma oficina instrutiva - pôde-se conhecer e manusear todos os materiais e os insumos utilizados pelos redutores em seus campos de atuação e o esclarecimento das diferenças entre o que são considerados insumos e o que não se pode considerar um insumo. Por meio da oficina foi possível elucidar diversas dúvidas advindas dos

profissionais da equipe do centro de saúde e dar continuidade na promoção do vínculo entre os serviços, fortalecendo-se a rede de saúde. Mensalmente, é realizada a reunião do projeto 'Rosália na Rua' havendo discussões acerca das ações e intervenções que vêm ocorrendo ao longo do tempo dentro do centro de saúde, entre quais são as maiores demandas encontradas e acolhidas durante aquele período e como o projeto pode se fortalecer enquanto instrumento de extensão do cuidado. No caso de M., e agora com o nascimento de sua filha B., tem sido possível a continuidade do acompanhamento longitudinal e integral da família. M, B. e J. continuam sendo assistidos pela equipe do centro de saúde por meio do vínculo que fora artesanalmente costurado e que pôde ser fortalecido e estabelecido através de ações voltadas tanto para dentro como para fora do serviço, conferindo potência ao território no que se refere ao cuidado do usuário.

POSICIONAMENTO DAS ENTIDADES MÉDICAS ACERCA DAS MUDANÇAS NA FORMAÇÃO MÉDICA PROPORCIONADAS PELA LEI 12.871/2013 QUE INSTITUI O PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Mayara Santana de Freitas, Catharina Leite Matos Soares

Palavras-chave: Entidades médicas, Formação Médica, Programa Mais Médicos

APRESENTAÇÃO: A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, institui o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e têm como principais objetivos, reduzir as desigualdades regionais na área da saúde; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no país; aprimorar a formação médica; ampliar a inserção

do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS e fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço. Para a consecução de tais objetivos do Programa, a lei sugere também a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência médica, assim como o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica no País. Esse Programa tem sido polêmico, com discursos controversos observados nas entidades de classe da sociedade civil, nas escolas médicas, no âmbito dos gestores, entre outros. Nesse sentido, o presente artigo tem o propósito de discutir o posicionamento das entidades médicas acerca das mudanças produzidas na formação médica pela lei 12. 871/2013 no período de 2015 a 2017. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Foi acompanhado de abril a setembro de 2015, diariamente, os sites do Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (FENAM). Na visita diária desses sites foram selecionadas matérias publicadas que tratava do tema em estudo e uma vez selecionado, a mesma foi processada em matriz de análise contendo o título da matéria, a data da veiculação, o site da publicação e o conteúdo. Foram incluídas apenas as matérias que tratavam do tema nos aspectos relativos a formação médica que por sua vez foi categorizado levando em conta o conteúdo da lei 12.871, a exemplo das mudanças na Residência médica, ampliação de vagas nos cursos de medicina, criação de novas escolas médicas, mais especialidades, entre outros. Por fim, buscou-se identificar os principais fatos produzidos no período estudado. **RESULTADOS:** A análise das notícias publicadas nos sites investigados aponta um conjunto de fatos produzidos que parecem estar em oposição ao governo vigente e seus projetos estratégicos na área da saúde. O Programa, Mais Médicos foi

objeto de discussão recorrente, estando presente em várias notícias, quer seja de modo direto nas críticas enunciadas sobre o referido programa, quer seja nas respostas dadas pelas entidades, objetivando opor-se a ele. Houve pronunciamento acerca do sistema de supervisão e tutoria previsto pelo programa, que na visão das entidades, corresponde a um ponto de fragilidade. Essas fragilidades estariam relacionadas a presença de médicos sem supervisores indicados, alto número de médicos por supervisor, excesso de carga de trabalho para os supervisores. Ademais, foi citado também o desenvolvimento do módulo de acolhimento destinado aos médicos intercambistas do Programa como situação problema na implementação do programa, pela habilitação de médicos não aptos; e, o descumprimento das metas previstas para ocupação na atenção básica. As entidades manifestaram-se também em defesa dos médicos brasileiros que no primeiro ano do programa, representaram um quantitativo mínimo em relação ao total de médicos do programa. O Programa, Mais Médicos foi abordado também no que tange a abertura de novas vagas e cursos de medicina. Para as entidades, o aumento de vagas deveria se dar no âmbito das escolas públicas e privadas já reconhecidas, uma vez que consideram que a formação nas escolas e cursos recém-criados pode significar a desqualificação da força de trabalho médica, já que tal formação se daria sem a necessária infra-estrutura e corpo docente. Houve pronunciamentos também sobre o (re) ordenamento de vagas nas residências médica. Para as entidades analisadas, as universidades devem possuir autonomia na seleção dos seus alunos. Esse assunto veio atrelado a outro programa do governo federal o PROVAB, que concede bonificações aqueles médicos que prestarem serviços durante um ano na atenção básica, de modo que compromete a entrada por mérito. Um último elemento do programa

referido pelas entidades investigadas foi a questão do médico intercambista, que para elas, a atração desses profissionais não resolverá os dilemas da assistência médica no Brasil. As entidades médicas referidas nesse texto, apontam que a problemática da ocupação das áreas de difícil acesso da atenção básica reside na infraestrutura para o desenvolvimento da prática médica nesse nível de atenção, ou seja, é um problema relativo às condições de trabalho. Outro Programa elaborado pelo Governo Federal alvo de crítica pelas entidades médicas foi o "Mais Especialidades". Para eles, extensão do Programa, Mais Médicos, o novo Programa consiste em um equívoco, uma vez que a de definição de especialidades médicas é competência da sociedade de especialistas e não do governo federal. Embora apareça esse posicionamento negativo em relação ao Programa, a mesma entidade apresenta o contraponto do Conselho Brasileiro de Oftalmologia que reconhece a importância da inserção da Oftalmologia na Atenção Básica, por exemplo, com vistas a implementar a prevenção e controle das causas evitáveis de cegueira e deficiência visual. O decreto 8.467 referente ao "Cadastro Nacional de Especialistas", foi amplamente discutido no segundo semestre de 2015. O texto original permitia ao governo interferir de forma unilateral no modelo de formação de médicos especialista no Brasil. Segundo as entidades, essa medida interferia na autonomia Associação Médica Brasileira – AMB, e dos programas credenciados de residência médica que definiam os critérios rigorosos para os títulos de especialistas, o que para eles, levaria à precarização da formação com o intuito de garantir quantidade de profissionais especialistas em detrimento da qualidade da formação. A falta de diálogo do governo com as entidades médicas envolvidas na formulação do decreto, também foi alvo de críticas, além de considerar a

política de governo como fragmentada, descontínua, com vistas à atender interesses eleitoreiros. Após intensa mobilização e pressão das entidades médicas, com apoio de parlamentares, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso público de reescrever o Decreto nº 8.497/15, publicado pela Presidência da República. A nova versão do texto foi elaborada por uma comissão composta por representantes do Governo, das entidades médicas e de deputados federais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As leituras do conteúdo das mensagens publicadas nos sites das entidades médicas apontam certa oposição aos projetos e políticas em curso conduzidas pelo governo federal, no segundo mandato do governo de Dilma Rousseff. Não por acaso tais fatos são produzidos por essas entidades uma vez que há na agenda governamental nesse momento um conjunto de ações que tratam da força de trabalho médica. Observa-se certa tendência desqualificadora no discurso produzido pelas entidades. Ora elas tendem a desqualificar a ação em curso usando a retórica de que tais ações podem causar “riscos a população carente” ou “trata-se de uma conduta irresponsável”; ora utilizam as ações para proteger “o exercício da medicina” e “formação médica de qualidade”.

POTENCIALIZANDO O DESENVOLVIMENTO GERENCIAL POR MEIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Bruna Pedrosa Canever, Paulo Fernando Capucci, Pollyanna Mayara da Silva Câmara, Jose Domingos Severo, Vanilda Moreira Silva, Ana Honorato

Palavras-chave: Educação Permanente, Gestão em Saúde, Gerentes de Unidades de Saúde

APRESENTAÇÃO: Norteadas pela política

de Educação Permanente (EP) proposta pelo Ministério da Saúde, seguindo os pressupostos do SUS, as diretrizes de EP da Organização de Saúde, Associação Saúde da Família (ASF) Sul é um espaço de articulação interinstitucional que visa orientar e construir iniciativas políticas para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde. A EP almeja ainda ancorar a prática de trabalho no dia a dia dos profissionais de saúde, melhorar os processos no trabalho e o papel desempenhado pela gestão, além de potencializar a corresponsabilização e cogestão do serviço. Para o desenvolvimento das ações de EP é de fundamental importância o envolvimento ativo de toda a equipe institucional, bem como de nossos gestores nas unidades de saúde gerenciadas pela parceira da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, ASF-Sul. Nesta perspectiva, a partir das necessidades apontadas pelos gestores das unidades, foram criados Grupos Técnicos (GT) com a proposta de participação ativa dos gerentes, com intuito de aprofundar discussões acerca dos desafios enfrentados no processo cotidiano de trabalho. Este relato tem como objetivo apresentar a experiência da oficina de composição dos GT, e ainda os resultados da oficina do GT Desenvolvimento Gerencial das Áreas de Apoio. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO** A oficina para a composição dos GT ocorreu no dia 31 de julho de 2015, após saber da necessidade dos gerentes e planejar as ideias para desenvolver um encontro de forma participativa, foram criados nove Grupos Técnicos, a saber: GT Assistência Farmacêutica, GT Gestão da Assistência Clínica, GT de Regulação, GT Educação Permanente; GT Desenvolvimento Gerencial Assistencial; GT Cumprimento de Metas de Produção; GT Qualidade da Informação; GT Desenvolvimento Gerencial das Áreas de Apoio; GT Equipe Mínima Assistencial e de Apoio. A metodologia utilizada foi participativa a partir da

estratégia de dinâmica do World Café, que promove a fácil integração e circulação dos participantes. Assim, cada gerente recebeu um Folder, com o nome dos GT, objetivos e principais ações estipuladas preliminarmente, para posterior construção conjunta com a equipe que iria compor. Foram dispostas no ambiente, mesas com os GT específicos e um facilitador da equipe técnica para incitar debates e esclarecer o propósito inicialmente pensado para cada GT. A cada 20 minutos os participantes circulavam entre os grupos, sendo que ao final todos tiveram a oportunidade de conhecer, expor e contribuir em cada GT. Em seguida, foi entregue um formulário com o nome de todos GT para que cada participante pudesse colocar em ordem de prioridade em qual GT gostaria de participar. Após esse momento, realizaram uma avaliação do dia demonstrando interesse e expectativas em iniciar esse novo modelo de trabalho. Após a definição da composição dos GT, no dia 18 de setembro de 2015, foi realizado o encontro que foi o marco inicial do nosso Projeto de Educação Permanente ASF-Sul intitulado como “Potencializando o Desenvolvimento Gerencial”, trabalhando diretamente com assuntos referentes ao GT Desenvolvimento Gerencial das Áreas de Apoio; com todos gerentes dos serviços de saúde da ASF-Sul (Capela do Socorro e Parelheiros). Entende-se que o Desenvolvimento Gerencial das Áreas de Apoio seja a busca pela ampliação e consolidação do papel do gestor em relação às demandas da organização. Com isso, nossos gestores precisam ter ferramentas avançadas e conhecer modelos de trabalho em gestão que lhes permitam analisar seu contexto de atuação, rever suas atitudes e pensamentos e garantir resultados nesta que é uma área tão complexa. Após a definição a respeito desta oficina, iniciou-se o processo de desenvolvimento de um manual de normas de procedimentos para adiantamento de caixinha (verba destinada

a todas as unidades de saúde gerenciadas pela ASF, para aquisição de material ou contratação de serviços que não são subordinados ao processo normal de contratação) e comprovação de despesas, para ser entregue aos gerentes durante o encontro. Este documento servirá de base para consulta a fim de sanar dúvidas a respeito da melhor utilização desta verba e comprovação de despesas, respeitando as normas da organização e a legislação vigente. Ao longo da reunião foram abertas discussões sobre o cotidiano de cada serviço de saúde em relação às questões de Manutenção (Predial e Equipamentos) e a utilização da verba de Caixinha, para que juntos pudéssemos apontar as dificuldades encontradas e direcionar os gestores de modo que tais dificuldades não venham a causar descontinuidade no atendimento à população. Foi aberto também um espaço para as perguntas dos gerentes de cada serviço a respeito do tema, uma caixa com perguntas enviadas anteriormente pelos próprios gerentes circulou entre os participantes, que faziam o sorteio de uma pergunta, que era lançada a todos. Logo após a discussão sobre o ‘caixinha’ iniciou-se a segunda pauta a respeito do setor de manutenção, onde também foram abordados diversos assuntos do cotidiano dos serviços de saúde relacionados à área. Também com o mesmo formato, após a fala da responsável pelo setor de manutenção, todos tiveram a oportunidade de levantar seus questionamentos, tendo sido estes esclarecidos de forma que todos tivessem entendimento dos procedimentos adotados pelo setor de manutenção. Ao final todos realizaram uma avaliação sobre o dia trazendo os pontos positivos e as sugestões para poder sempre aprimorar estes momentos. **RESULTADOS:** A partir deste movimento de composição dos GT’s, e da primeira oficina desenvolvida pelo GT Desenvolvimento Gerencial das Áreas

de Apoio, foi perceptível o envolvimento e comprometimento dos gerentes no processo de construção coletiva. Essas iniciativas co-responsabilizam e possibilitam a autonomia fazendo com que os gerentes sintam-se parte do processo, trazendo contextos reais em que se pode, planejar e desenvolver Educação Permanente no seu cotidiano, trazendo assim real significado para a prática. Temos como ideal desenvolver uma práxis de apoio e cogestão em saúde a partir do método Paideia, onde um coletivo possa discutir e democratizar as decisões, trabalhando como uma gestão compartilhada sem hierarquias e principalmente utilizando o encontro com o outro para produção de afeto, ampliando assim a capacidade de desenvolver uma consciência crítica perante as práticas vivenciadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** Considera-se que o primeiro passo para dar início ao desenvolvimento das habilidades gerenciais de nossos gestores foi dado, e mesmo que ainda a curto prazo já é possível ter frutos e diretrizes de quais caminhos podemos trilhar para alcançar os melhores resultados. A autonomia na tomada de decisão, a criticidade, a união e o espírito de equipe são elementos que legitimam verdadeiramente um coletivo, onde há troca de experiências, construções significativas para avançar numa perspectiva de melhoria dos processos de trabalho e em consequência maior resolutividade e assistência de qualidade a população.

PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE DO ADOLESCENTE

Inez Silva de Almeida, Maria Teresa Colão Gonçalves, Thais Priscila Machado Baptista de Souza, Tamara Paiva

Palavras-chave: Adolescente, Educação em Saúde, Enfermagem

Este estudo trata das práticas educativas em saúde do adolescente. As atividades de educação em saúde requerem conhecimentos e habilidades para lidar com os grupos humanos, como no caso dos adolescentes (Almeida, Amaral, Gomes, Dias, Silva, 2014). A adolescência é uma fase do desenvolvimento que compreende as mudanças biopsico e socioculturais do ser humano. Esse período entre a infância e a vida adulta é caracterizado pelas mudanças físicas, mentais, emocionais, sexuais e sociais, além dos esforços do adolescente para alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade. É importante ressaltar que ocorre uma enorme variabilidade no tempo de início, duração e progressão do desenvolvimento de cada indivíduo, com marcantes diferenças entre os sexos, grupos étnicos e sociais, estado nutricional, fatores familiares, ambientais e contextual (Oliveira, Ressel, 2010). A educação em saúde, neste momento da vida, é uma ação primordial, e tem por objetivo compartilhar com os adolescentes saberes em saúde, promovendo, prevenindo e diminuindo os danos à saúde. Por definição, as atividades educativas significam uma unidade de pessoas empenhadas em recíproca interação psicológica, onde os membros podem estar no mesmo ambiente ou distantes fisicamente, mas interagindo através de algum meio de comunicação (Souza, Brunini, Almeida, Munari, 2007). **Objetivo:** descrever as práticas de saúde com adolescentes, sustentada na problematização proposta Paulo Freire. **Metodologia:** A metodologia empregada foi quantitativa e observacional. As dinâmicas favorecem o entendimento das representações dos clientes, possibilitando a interação e o exercício de educação em saúde, bem como fortalecem o vínculo entre a clientela e o serviço. Além disso, a atividade possibilita conhecer as representações que os adolescentes fazem do meio social

e coletivo em que estão inseridos. Ocorre inicialmente a preparação do ambiente e dos materiais utilizados, antes da chegada dos clientes. Esses vêm para consulta médica no ambulatório e chegam com antecedência, momento que é aproveitado para a realização das práticas educativas. Os adolescentes são separados dos pais nos grupos de adolescentes e levados ao espaço preparado, e ali são incentivados a interagir uns com os outros, criam vínculos com a equipe de enfermagem e as acadêmicas. Essa atividade inicia-se com a apresentação das acadêmicas de enfermagem e da enfermeira responsável; logo após é solicitado um tema escolhido e todos os presentes são convidados a participar. Sempre é feita uma primeira dinâmica para descontração e apresentação, que serve para diminuir a timidez e conhecer um pouco os participantes. Tanto nas dinâmicas em grupo como na sala de espera são aproveitados os ambientes dinâmicos de pessoas que aguardam atendimento em saúde. São recursos para promover o cuidado através do processo educativo. O processo educativo que mistura saberes científicos e populares, articulando ensino e pesquisa possibilita novos conhecimentos de caráter emancipatório constituídos a partir do movimento de troca e construção entre os saberes. Os cenários da sala de espera e dinâmicas de grupo devem considerar a realidade das pessoas, compreendendo sua inserção sociopolítica e humanitária, constituindo-se um desafio na prática de promoção à saúde (Acioli, 2008). As práticas educativas realizadas têm um objetivo também voltado para o cuidado, pois é nesse espaço que o saber é construído e onde os vínculos entre usuários do serviço e profissionais de saúde são firmados (Rodrigues et al., 2009). Assim, espaços de diálogo e debates contribuem para o estreitamento das relações entre clientela e serviço. São utilizadas dinâmicas

lúdico-pedagógicas que proporcionam aos participantes desse processo educativo a construção do conhecimento, e os adolescentes assumem seus papéis como protagonistas deste processo de organização do saber. Entende-se como atividades lúdico-pedagógicas uma possibilidade de conduzir as práticas educativas de maneira que o ensinar e o aprender se tornem ações interligadas, aspecto fundamental ao desenvolvimento do ser humano. São jogos ou atividades que estimulam a criatividade e reflexão, que não valorizam a competição, e sim a participação. Isso permite um maior acesso ao campo de possibilidades para a imaginação, a criatividade, o desenvolvimento cognitivo e corporal, o reconhecimento da identidade do adolescente e a interação social. **Resultados:** São realizadas atividades grupais uma vez por semana, com duração de aproximadamente 40 minutos. Desde o início de atuação do projeto, em março de 2013 até agosto de 2015, foram atendidos cerca de 624 adolescentes com média de seis por semana. Os adolescentes se colocam de forma participativa, por meio das dinâmicas e atividades propostas, e percebe-se claramente sua necessidade de verbalizar seus conflitos e demandas. Observa-se a importância das atividades de promoção, educação em saúde e prevenção de doenças e agravos neste público. É característica normal dos adolescentes buscar grupos de pares, assim, o atendimento grupal em saúde, para eles, torna-se facilitador da expressão dos seus sentimentos e um local para troca de informações e experiências. O grupo possibilita o diálogo, a reflexão, a conscientização e oportuniza trocas de conhecimentos e formação de vínculo. À medida que as ações são realizadas, os adolescentes percebem a importância da transformação da sua realidade, bem como da mudança de postura para o fortalecimento de sua saúde. Após o grupo, os adolescentes

registram seus nomes e suas idades em uma folha de atividades de produção do serviço, e são questionados sobre sugestões de temas para serem abordados nos próximos encontros. São avaliadas as sugestões para escolha do tema, planejamento das dinâmicas utilizadas, preparação do material necessário, além da confecção dos folders para cada tema. Imediatamente após o grupo, faz-se uma reunião com a enfermeira responsável para discussão e avaliação da atividade desenvolvida, e são feitos registros, em ata, do quantitativo de participantes e da temática desenvolvida. A partir das respostas aos questionamentos ao final das atividades, foi observado que os adolescentes têm demandas de educação em saúde sobre o que gostariam de dialogar. Assuntos como Doenças Sexualmente Transmissíveis, Drogas, Gravidez na adolescência, Violência, Depressão, sobre orientação sexual e transexualidade têm sido solicitados como temas a serem desenvolvidos. Impactos na saúde: As atividades de educação em saúde têm sido uma prática intensamente profícua, pois permitem a interação da equipe de enfermagem com a clientela, proporcionam um trabalho educativo, favorecem a divulgação de informações envolvendo a desconstrução de tabus e mitos da população, e possibilita a troca de diálogo e formação de vínculos. Nesse sentido permite ao adolescente uma maior autocompreensão e incentiva que o mesmo seja o protagonista de sua saúde. Considerações Finais: Este trabalho é uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional também para o enfermeiro que, com seu conhecimento técnico-científico e sua aproximação com a comunidade, divide os saberes, experiências e vivências e pode correlacionar a teoria aprendida na graduação com a realidade, além de desenvolver a criatividade, sensibilidade, empatia e comunicação com públicos diversos.

PRECEPTORIA EM UMA UNIDADE HOSPITALAR: A PRÁTICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE COMO ANALISADOR DA INSTITUIÇÃO FORMAÇÃO EM SAÚDE

Marcelle Martins de Moraes Sanches, Lucia Cardoso Mourão, Ana Clementina Vieira de Almeida

APRESENTAÇÃO: Nesta pesquisa realizada durante o Curso de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde refletimos sobre a formação pedagógica em saúde através das ações de preceptoria, realizadas em uma unidade hospitalar do município de Duque de Caxias – RJ. A dificuldade dos profissionais de saúde em exercerem a função de preceptores no cotidiano de suas práticas, de maneira à contribuir com a formação do estudante de graduação e pós graduação em saúde que aí busca sua profissionalização é o desafio cotidiano desses sujeitos, que necessitam conciliar as atividades diárias de cuidado e gestão, com as de preceptoria. As mudanças conjunturais que exigem implementar novas políticas de formação profissional na saúde, busca a integração entre os serviços de saúde e a academia, mas para tanto, é necessária a realização de uma formação e/ou uma aproximação de uma cultura pedagógica para os profissionais de saúde exercerem com competência, além das funções técnicas que lhe são atribuídas, uma prática de aprendizagem crítico-transformadora. Há hoje uma grande preocupação em relação à competência dos profissionais de saúde para atuar como preceptores. Na prática observa-se que os preceptores, assim como a maioria dos docentes universitários, dominam os saberes profissionais, o que é essencial para qualquer tipo de formação, mas não aplicam com propriedade os saberes pedagógicos, necessários à organização de ações formativas, tais como a compreensão dos objetivos dos diversos processos de ensino-aprendizagem e as diferentes modalidades

de avaliação. Atuam de maneira intuitiva, reproduzem modelos de formação pelos quais vivenciaram quando alunos, confundindo transmissão de informação com ensino. Entendendo-se a preceptoria, como uma ação voltada ao ensino em situações clínicas reais no próprio ambiente de trabalho, destaca-se a preceptoria como processo capaz de favorecer práticas reflexivas e de gestão coletiva do trabalho alinhada à educação permanente. Diante da problematização realizada sobre o cotidiano das práticas de preceptoria na formação dos profissionais de saúde, definimos como objetivo geral deste estudo analisar o processo de institucionalização da preceptoria em saúde em uma unidade hospitalar geral do município de Duque de Caxias, visando contribuir para a capacitação dos profissionais de saúde no exercício das funções de preceptoria e o consequente ensino de qualidade no serviço. O referencial teórico-metodológico selecionado para apoiar essa reflexão é o da Análise Institucional, pois tem por objetivo compreender uma determinada realidade social e organizacional, a partir dos discursos e práticas dos sujeitos. Os dados coletados foram analisados à luz dos conceitos de instituição, nos seus momentos instituinte, instituído e de institucionalização; de implicação e de analisador, concebidos pela Análise Institucional Francesa, preconizadas por René Lourau e George Lapassade. Com o resultado deste estudo visamos contribuir para ampliar o conhecimento sobre a formação em saúde como prática inerentemente desenvolvida no cotidiano dos profissionais de saúde. **METODOLOGIA:** Este estudo com abordagem qualitativa tem desenho socioclínico institucional que lança mão dos conceitos da Análise Institucional, na perspectiva da análise das práticas profissionais em saúde. A abordagem socioclínica institucional são intervenções que envolvem atividades de análise de grupo, acompanhamento das práticas

profissionais e atividades de pesquisa. O estudo foi realizado em uma instituição pública de saúde, do Município de Duque de Caxias no estado do Rio de Janeiro, no período de setembro de 2013 a agosto de 2015. Os sujeitos da pesquisa envolvidos foram os profissionais de saúde contratados ou servidores, que exercem ou exerceram função de preceptor na unidade hospitalar escolhida. Realizamos a coleta de dados através de entrevista semiestruturada, de uma oficina de trabalho com os preceptores selecionados, em setembro de 2014 e das anotações das pesquisadoras em um diário de pesquisa. Da análise dos dados coletados e à luz dos conceitos de instituído, instituinte, institucionalização, implicação e analisador, sistematizamos os eixos temáticos que denotam o papel do preceptor na unidade hospitalar e como sua atuação influencia na instituição formação em saúde e identificamos o analisador que permitiu a instituição preceptoria em saúde falar. Resultados: Da leitura e releitura dos dados produzidos, emergiram os seguintes eixos temáticos que foram objeto de reflexão sobre o papel do preceptor na unidade hospitalar e como sua atuação influencia na instituição formação em saúde à luz dos conceitos apresentados: o ser preceptor, satisfação em receber graduandos, dimensões do exercício do preceptor: prática reflexiva x produtividade/produzibilidade, Institucionalização da preceptoria, o desenvolvimento do estágio de acordo com as características dos acadêmicos. A partir da análise desses dados, a pesquisadora identificou dois analisadores que permitiram a instituição preceptoria em saúde falar: Convite aos preceptores na participação da pesquisa e o tempo como fator determinante na preceptoria. Tanto os eixos quanto os analisadores foram analisados à luz do referencial da análise institucional francesa Lourau-lapassadeana, sobretudo a partir dos conceitos de instituído, instituinte, institucionalização, implicação

e analisador. Considerações Finais: A partir do referencial teórico metodológico da Análise Institucional, entendeu-se a preceptoria como uma instituição que em seu movimento dialético, envolve o confronto entre os aspectos instituídos e instituintes na prática dos preceptores, revelando sua institucionalização a partir da criação de uma nova ordem ou da transformação da instituição preceptoria já existente. A preceptoria em saúde é uma função educativa que é exercida no processo de trabalho dos profissionais. Neste estudo o conceito de preceptoria é tomado como uma ação implicada dos sujeitos que tem a responsabilidade com a consolidação dos pressupostos do Sistema Único de Saúde. A ação dos preceptores não são neutras e necessitam estar em constante análise. As contribuições trazidas pelos participantes sobre as possíveis maneiras de melhorar a preceptoria nos hospitais públicos onde o ensino é realizado a partir das práticas assistenciais podem ser parte integrante da formação de todo profissional de saúde. A implementação dessa política poderá contribuir para a formação e desenvolvimento de competências desses profissionais e dos acadêmicos que são ensinados por eles, além de uma aproximação maior entre os diferentes profissionais que exercem a função de preceptoria. Espera-se com isso que o programa de preceptoria se desenvolva com maior adesão por parte dos profissionais e que os mesmos se sintam acolhidos pela Instituição e possam se enxergar na importância desse processo.

PRÓ-ENSINO NA SAÚDE: ANÁLISE DE 28 PROJETOS E O IMPACTO COMO POLÍTICA INDUTORA DAS ÁREAS DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

Silvia Helena Arias Bahia, Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Palavras-chave: Educação Superior, Saúde, Educação de Pós-Graduação

APRESENTAÇÃO: Os setores da saúde e da educação veem nos últimos anos provocando debates, no sentido da implementação de políticas indutoras, onde se observa, dentre outros, dois movimentos importantes, a reorganização da atenção primária, e a formação profissional na área da saúde, ambas, essenciais para a integração ensino-serviço, considerada estratégia fundamental para a consolidação do SUS (BRASIL, 2007). Dentre essas políticas, destaca-se o programa PRÓ-ENSINO NA SAÚDE que em 2010 aprovou 31 projetos ligados a Programas de Pós-graduação (PPG) *stricto sensu*; este prevê a implantação de redes de cooperação acadêmica, com o objetivo de fortalecer, expandir e qualificar a atenção básica, por meio da produção de pesquisas científicas e tecnológicas, assim como, pela formação de mestres, doutores e pós-doutores na área do ensino na saúde (CAPES, 2010). O Programa surge da parceria da CAPES com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/MS, dentro do Programa Nacional de Apoio ao Ensino e à Pesquisa em Áreas Estratégicas – PRONAP e nesse contexto desempenha importante papel no processo de fortalecimento das ações estratégicas propostas pelo governo, pois se propõe a promover e ampliar a formação docente, fortalecendo a área de ensino na saúde como campo de produção científica de excelência, nas áreas temáticas e estratégicas: da gestão do ensino na saúde; currículo e processo ensino-aprendizagem na graduação e pós-graduação em saúde; avaliação no ensino na saúde; formação e desenvolvimento docente na saúde; integração universidades e serviços de saúde; políticas de integração entre saúde, educação, ciência e tecnologia; e tecnologias presenciais e a distância no ensino na saúde. O estudo se propõe a analisar os projetos, aprovados no Edital

Pró-Ensino, segundo distribuição geográfica; vinculação do projeto aos programas de pós-graduação; área temática; composição da equipe; perfil profissional do Coordenador da equipe, proposta formativa (mestrado, doutorado e estágio pós-doutoral), e articulação com outras políticas indutoras. **DESENVOLVIMENTO:** Estudo qualitativo e descritivo, utilizando-se análise documental de 28 Projetos encaminhados pelos Coordenadores. O projeto tem o Parecer nº 492.974 - CEP/UNIFESP. **RESULTADOS:** Mais da metade (54,9%) das propostas aprovadas foram da região sudeste, não havendo registro de projetos da região norte. A análise concernente à vinculação do projeto a instituições públicas e/ou privadas mostrou que a grande maioria vinculou-se a instituição pública, tanto entre as instituições líder e /ou responsável (23 de 28), como entre as instituições participantes e /ou corresponsável (07 de 10). Identificou-se a participação de 55 Programas de Pós-Graduação (PPG), cuja análise segundo as áreas de conhecimento e de avaliação da CAPES, mostrou que a Ciências da Saúde e afins (74,5%), foi à área de conhecimento predominante; e dentre a área de avaliação, destacaram-se medicina e enfermagem. Em relação à área temática, se observou maior interesse pelas áreas temáticas: “formação e desenvolvimento docente na saúde” e “currículo e processo ensino-aprendizagem na graduação e pós-graduação em saúde” (15 e 14 projetos, respectivamente). Dentre as de menor procura evidenciaram-se as de “gestão do ensino na saúde”, e a de “políticas de integração entre saúde, educação, ciência e tecnologia” com atenção de sete e oito projetos, respectivamente. A área temática “avaliação no ensino na saúde” foi a de maior interesse nos projetos da região sudeste e centro-oeste; na região sul destacou-se a área de “formação e desenvolvimento docente na saúde”. Chamou atenção entre os projetos da região nordeste, o fato de que as áreas de “avaliação no ensino na saúde”

e de “formação e desenvolvimento docente na saúde” não foram de interesse em nenhum projeto. Em relação à constituição da equipe de pesquisa, observou-se ampla participação de Docente/Pesquisador (329 / 87,7%), e uma representação ainda muito tímida dos técnicos (18 / 4,6%). O gênero feminino foi predominante em todas as categorias. Quando se analisou algumas características relativas ao perfil profissional dos Coordenadores, notou-se que a maioria das coordenações foi desempenhada por mulheres (64,29%). Quanto à variação das profissões de formação entre os mesmos, observou-se a presença de nove diferentes profissões, sendo 07 da área da saúde e 02 de áreas afins. A medicina mostrou-se predominante em ambos os gêneros. Em relação à inserção discente e proposta formativa apresentada nos projetos, estima-se a oferta de vagas para formação de 411 profissionais da área da saúde e afins, assim distribuídos: vagas em nível de mestrado (213 / 51,1%), sendo que destas, apenas seis estão especificadas como mestrado profissional (MP); seguida de vagas para o doutorado (154 / 38%), e ainda 44 (10,9%) vagas para o estágio pós-doutoral. Registra-se também, a proposição / nucleação / criação / implantação / de 07 MP em ensino na saúde; criação de 02 MP na área da saúde; implantação de 01 MP em Saúde e Medicina Laboratorial; e proposição de 03 MP: Vigilância em Saúde Ambiental, Saúde da Família e Saúde Mental. Notou-se ainda que as regiões Sudeste (45,4%) e Sul (31,4%) ofertaram maior número de vagas, acompanhando o número de projetos aprovados (SE = 15 e S = 07 projetos) no programa. A oferta para o mestrado foi predominante em todas as regiões à exceção da região sul, onde predominou o doutorado. No contexto da regionalização, quatro projetos (FMRP/USP, FM/USP, UNIFESP e FMABC) se comprometeram a estimular a redução das assimetrias inter e intra-regionais da pós-graduação brasileira,

em especial nas regiões Amazônica, Nordeste e Centro-Oeste. A FM/USP e a FMABC pretendem responder a este objetivo credenciando vagas em seus PPG. A UNIFESP propõe-se a criar e consolidar no período de execução do Projeto dois núcleos disseminadores regionais nas cidades de Belém (PA) e Maceió (AL) por meio do fomento de ações formativas, investigativas e trabalho conjunto na área do ensino na saúde. A análise evidenciou ainda, que treze IES pretendem promover o intercâmbio de conhecimentos, estimulando o estabelecimento de parcerias (redes de pesquisa e/ou consórcios interinstitucionais) entre IES, serviços públicos de saúde e outras instituições, capacitadas a desenvolver estudos, que, de forma articulada, implementem pesquisa, tecnologias e inovações na área do Ensino na Saúde. O Pró-ensino na Saúde se insere num grupo de políticas indutoras (VER SUS e APRENDER SUS, o PROMED, o PRÓ-SAÚDE, o PET SAÚDE, residências multiprofissionais, dentre outras) implementadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação, desta forma, cabe destacar que a grande maioria (19) das IES participantes do Pró-Ensino já estabeleceu e/ou desenvolve parceria com esses programas e políticas, dentre esses (as) chama atenção a adesão aos Programas de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-SAÚDE) e Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE). CONSIDERAÇÕES FINAIS: a análise permite inferir que esta iniciativa tem importante potência de integrar as práticas de saúde e espaços formativos pós-graduados, tanto para a produção de conhecimentos quanto à qualificação dos profissionais que atuam no ensino em saúde, na perspectiva de uma formação coadunada com os princípios do SUS.

PROBLEMATIZAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DA EXPERIÊNCIA CURRICULAR DO CURSO TÉCNICO EM ANÁLISES CLÍNICAS DO CEFOPE/RN

Flávia Andrea Belarmino de Medeiros, Ana Larissa Fernandes de Holanda

Palavras-chave: educação profissional, SUS, problematização

A educação e o currículo são partes integrantes e ativas de um processo de produção e criação de sentidos, de significações, de sujeitos. Este trabalho tem como objetivo apresentar o plano de curso do técnico em análises clínicas da escola CEFOPE/RN. Nossos alunos são trabalhadores do SUS e muitos desconhecem ou têm visão equivocada do Sistema. Alienados em relação ao próprio processo de trabalho. Dessa forma, o currículo proposto pela escola técnica do SUS - CEFOPE/RN foi organizado na perspectiva da integração do trabalho, da ciência e da cultura. Currículo, não no sentido de transmitir a cultura de uma sociedade, e sim como campo de luta e significados de concepções de vida social. Sendo assim, o CEFOPE/RN construiu o Plano de Curso Técnico de Nível Médio em Análises Clínicas, com carga horária de 1.440 horas com sua organização curricular dividida em três módulos: Módulo I (Contextualizando e Organizando o Cuidar em Saúde com carga horária de 280 horas); Módulo II (Organizando e Realizando Ações em Análises Clínicas com carga horária: 420 horas e Estágio curricular de 80 horas, totalizando 500 horas); Módulo III (Organizando e Realizando Ações em Análises Clínicas II com carga horária equivalente a 540h e estágio curricular de 120h, totalizando 660 horas). O trabalho teve como eixos: a cidadania, compreendida como produto da práxis social, o respeito às experiências e aos saberes prévios

dos alunos. O processo de conhecimento ocorreu por meio do método histórico – dialético. A partir dele, mergulhou-se em determinadas categorias, como a matéria, a consciência e a prática social, levando em consideração a existência de uma realidade que se apresenta com suas contradições e com possibilidades de transformações. Nesse cenário emergiu uma proposta educativa transformadora que objetivou a participação do aluno como ator em destaque nesse processo. E ao mesmo tempo, fez o docente assumir a posição de mediador ou facilitador da relação ensino-aprendizagem. Fundamentando-se numa concepção crítica das relações existentes entre educação, sociedade e trabalho e em princípios que reconhecem o aluno como sujeito ativo de seu próprio conhecimento, construindo significados a partir da sua realidade pautando-se no princípio: ação-reflexão-ação. Assim como, incorpora valores éticos, políticos e conteúdos históricos e científicos que caracterizam suas práticas, de forma a proporcionar a compreensão das dinâmicas sócio-produtivas das sociedades modernas.

PROFISSIONALISMO NA PERCEÇÃO DE PROFESSORES E ALUNOS DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

Adriane Pires Batiston, Aline Gangi Turino Battini Basso, Fernando Pierette Ferrari, Arthur Almeida de Medeiros, Laís Alves de Souza Bonilha

APRESENTAÇÃO: A Fisioterapia no Brasil é uma profissão bastante recente que vem sendo construída ao longo dos últimos 45 anos, desde que se legitimou como profissão de nível superior em 1969. Durante este período histórico, podem-se destacar importantes momentos, que em maior ou menor grau, contribuíram para o cenário atual da Fisioterapia no Brasil. A forma como

se organiza como profissão e a visão que a sociedade tem do fisioterapeuta refletem a maneira como a profissão se construiu nas esferas técnico-científica, política, cultural e social. Apesar de importantes transformações ocorridas na sociedade, e especialmente no modelo assistencial de saúde no Brasil e nos processos de formação de profissionais de saúde, pode-se observar que, na prática, o fisioterapeuta ainda é fortemente relacionado ao perfil técnico, reabilitador, com um fazer profissional voltado ao tratamento de doenças, cuidado individual, utilização de tecnologias duras, formação centrada em especialidades e atuação predominantemente nos níveis de média e alta complexidade. Apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais definirem as competências gerais e específicas esperadas para o profissional fisioterapeuta, cada vez mais, surge a necessidade de se investigar e discutir as repercussões de alguns valores e comportamentos dos profissionais e o impacto destes para o próprio profissional, para usuários de ações e serviços, para os trabalhadores, para a categoria profissional e para a sociedade como um todo. Apesar de pouco pesquisado no Brasil, o profissionalismo tem ganhado força na literatura científica, especialmente na educação médica, indicando a necessidade de se desenvolver conceitos e possibilidades de avaliação de valores abstratos que, apesar da difícil mensuração, são desejados na prática profissional cotidiana. Os esforços para se definir o profissionalismo servem como condutores adicionais de mudança para transmitir significados tanto para os profissionais, conferindo uma identidade comum, como para o público, identificando o valor da profissão e ao que ela se dedica. Em relação à fisioterapia, no ano de 2000, a American Physical Therapy Association (APTA), identificou sete valores fundamentais para o profissionalismo na Fisioterapia: 1. responsabilidade;

2. altruísmo; 3. compaixão/cuidado; 4. excelência; 5. integridade; 6. dever profissional e 7. responsabilidade social. A fim de iniciar um estudo mais aprofundado sobre valores e comportamentos comuns aos Fisioterapeutas brasileiros, este trabalho realizou uma primeira aproximação com o intuito de coletar informações sobre quais valores compõem o profissionalismo na percepção de professores e alunos de cursos de graduação em Fisioterapia. MÉTODO DO ESTUDO: Para a realização deste estudo foi elaborada uma oficina que contou com 14 fisioterapeutas professores de cursos de graduação e 5 estudantes de cursos de fisioterapia em diferentes níveis e provenientes de diferentes regiões do país. Os 19 participantes receberam canetas coloridas e um bloco de tarjetas que eram preenchidas com afirmações sobre a atuação do fisioterapeuta, relacionando-a com o profissionalismo ou falta dele. As tarjetas preenchidas foram trocadas várias vezes entre os participantes que concordavam ou não com a afirmação, a idéia foi que todas as afirmações produzidas pudessem ser avaliadas por todos os participantes. Ao final da dinâmica foi montado um painel, baseado nos sete valores fundamentais eleitos pela American Physical Therapy Association (APTA) para a avaliação do profissionalismo. As tarjetas elaboradas pelos participantes foram analisadas por todo o grupo e então foram alocadas no painel compondo indicadores para cada um dos sete valores. RESULTADOS: A análise dos resultados demonstrou considerável aproximação entre a percepção dos participantes deste estudo sobre comportamentos e ações que compõem o profissionalismo em Fisioterapia e os indicadores definidos pela APTA. Foram citados pelos participantes comportamentos referentes aos sete valores fundamentais, sendo que mais frequentemente houve a citação de ações referentes aos valores 3 e 4. Em relação ao valor 1. responsabilidade,

observou-se que os profissionais consideraram relevante que o fisioterapeuta estabeleça comunicação adequada com pacientes e familiares, mantenha o paciente informado e ativo em seu processo terapêutico, documente adequadamente suas ações e estabeleça vínculo com pacientes e familiares/cuidadores. O valor 2. altruísmo teve apenas uma citação referente a importância do fisioterapeuta priorizar as necessidades do paciente em detrimento de suas próprias. O valor 3. compaixão/cuidado refere-se a identificação do profissional com o paciente, o olhar holístico e o respeito às necessidades e valores do outro, neste item foram identificados pelos participantes comportamentos como o cuidado humanizado, a necessidade do trabalho em equipe para o cuidado integral, a importância de identificação de determinantes do processo saúde-doença para um cuidado efetivo e a defesa de princípios como a equidade e integralidade. O valor 4. excelência, refere-se a atualização científica, desenvolvimento de conhecimentos e aplicação destes na prática, este item recebeu o maior número de citações, reforçando a idéia de que o fisioterapeuta possui, ainda, uma formação técnico-centrada, com valorização de tecnologias duras e leveduras em detrimento de tecnologias leves, sendo o saber científico e especializado bastante valorizado entre os participantes deste estudo. O valor 5. refere-se aos princípios éticos e padrões profissionais e foram citados como indicadores o respeito aos princípios éticos e bioéticos na prática profissional e o cuidado com a privacidade dos pacientes. No que tange ao valor 6. dever profissional, os participantes identificaram ações como atuar em todos os níveis de atenção, estar atento e combater práticas que comprometam a profissão e atuar como educador e gestor. No que se refere ao valor 7. responsabilidade social,

foram considerados comportamentos relativos ao profissionalismo: conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde, atuar como agente empoderador de sua comunidade, participar e apoiar representações políticas, técnico-científicas e sociais da profissão e atuar de forma a responder as necessidades da população. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir dos resultados encontrados foi possível identificar algumas aproximações entre os valores fundamentais para o profissionalismo definidos pela APTA, baseando-se na realidade americana e a percepção de um grupo de fisioterapeutas docentes e estudantes de graduação em fisioterapia brasileiros. Observou-se que os valores relacionados à excelência e à compaixão/cuidado foram mais reconhecidos pelos participantes, confirmando as raízes da profissão no Brasil, que relacionam-se à reabilitação, ao cuidado individual e à valorização de conhecimentos técnico-científicos. Os resultados deste estudo auxiliarão no processo de tradução, adequação cultural e validação do instrumento desenvolvido pela APTA para avaliação do profissionalismo entre os fisioterapeutas brasileiros, contribuindo para seu desenvolvimento tanto na formação de futuros profissionais, como nos processos de trabalho e cuidado.

PROJETO PRÓ- SAÚDE/ PET SAÚDE – REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE – REDE CEGONHA DO MUNICÍPIO DE PACATUBA, CE: TRAÇANDO O PERFIL SOCIOECONOMICO DAS GESTANTES ATENDIDAS NA REDE MATERNOINFANTIL DE JANEIRO A JULHO DE 2014,

Eddie William de Pinho Santana, Ronize Fernandes Silva, Renan Cunha da Silva, Glauca Posso Lima

Palavras-chave: PET- Saúde RAS, Rede Cegonha, Pacatuba

APRESENTAÇÃO: O PET-Saúde caracteriza-se como uma estratégia diferenciada de formação, dentro das metas do Pró-Saúde, voltada para a melhoria da atenção básica no Brasil. trabalhando com uma nova metodologia de grupos de aprendizagem tutorial em áreas prioritárias para o SUS. Nesse processo os alunos de graduação da área da saúde são inseridos no território, bem como nos diversos espaços dos serviços. É oportunizada ao estudante a integração entre ensino, serviço e comunidade, na qual eles vivenciam a interação com a realidade do território e o cotidiano dos serviços de saúde para a que tenhamos profissionais cientes da realidade que irão encontrar nas unidades de saúde do Brasil. A Universidade Estadual do Ceará (UECE) em convênio com a secretaria municipal de saúde do município de Pacatuba, CE, desenvolve um projeto Pró- Saúde/ Pet Saúde – Redes de Atenção em Saúde – Rede Cegonha, que conta com um tutor da universidade, seis preceptores do serviço de saúde do município e 12 alunos de oito cursos de graduação da área da saúde (medicina, enfermagem, nutrição, biologia, educação física, veterinária, psicologia e serviço social). Dentro das atividades desenvolvidas pelo nosso projeto destaca-se uma pesquisa sobre o perfil das gestantes atendidas no município. OBJETIVOS: O objetivo do presente trabalho é, portanto, descrever o perfil das gestantes atendidas em quatro unidades básicas de saúde e uma unidade hospitalar do município. METODOLOGIA: A pesquisa foi de cunho quantitativo, transversal e exploratório. Foram aplicados questionários com perguntas relativas a dados socioeconômicos, a saúde da gestante e sobre o parto a um total de 237 gestantes atendidas em quatro unidades básicas de saúde da família e no hospital municipal. As

entrevistas foram conduzidas pelos alunos bolsistas participantes do projeto, com a supervisão dos preceptores e do tutor. Os dados referentes aos questionários foram tabulados analisados estatisticamente. RESULTADOS: Os resultados serão discutidos aqui. Os dados mostram que as gestantes acompanhadas nos Postos de Saúde (72%) não apresentavam risco de morte para a mãe nem para o bebê, e que no hospital (28%), existe o risco de morte para um deles ou para ambos. Isso se deve ao fato de que as gestantes de risco são naturalmente encaminhadas para o atendimento hospitalar. A faixa de renda familiar predominante entre 1 à 3 salários mínimos, 49,6%, somada a faixa com menos de 1 salário mínimo, 23,3%, totalizam 72,9% o que demonstra a precariedade de condições financeiras, uma vez que a renda atende de 3 a 4 pessoas nas necessidades gerais, como moradia, alimentação, vestuário, educação, lazer etc. Além disso, o percentual que não sabe informar a renda é expressivo, 26,3%, que abrange as menores gestantes, que provavelmente ainda estudam, e as pessoas economicamente inativas – donas de casa e pessoas que dependem de pensões ou de programas assistencialistas. Um percentual de 58,1% das gestantes apresenta escolaridade de nível médio; 33,9% das gestantes apresentam escolaridade de nível fundamental e 4,2% das gestantes apresentam escolaridade de nível superior, revelando que 96,2% das gestantes tem acesso à educação, contudo, há falta informação, de infraestrutura e/ou de oportunidade, pois apenas 4,2% conseguem alcançar o nível superior. 72% das gestantes apresentam marido (37,3%) ou companheiro (34,3%) e 25,4% ainda estão solteiras, revelando a busca de estabilidade conjugal, emocional e financeira para enfrentar a nova etapa de vida, pois o casal é mais aceito pela sociedade, uma vez que ainda guarda traços arcaicos da estrutura paternalista da sociedade brasileira - época

de submissão da mulher. Apenas 16,2% apresentam mais de três gestações; 83,8% apresentam uma (41,9%) ou duas (41,9%) gestações, refletindo a efetividade das medidas de controle de natalidade iniciado no final da década de 90, como camisinha, pílulas anticoncepcionais, diafragma, DIU (Dispositivo Intrauterino), ligadura de trompas, vasectomia etc. Além disso, a mulher inserida no mercado de trabalho implica uma redução da fecundidade, pois a preocupação com a carreira e com os estudos podem deixar a família em segundo plano. Tendo como base que todas as gestações chegaram a termo sem intercorrências, 99 gestantes apresentam 1 filho, 99 gestantes apresentam 2 filhos, 27 gestantes apresentaram 3 filhos e 11 gestantes apresentaram 4 filhos, logo há um total de 422 crianças para 236 mães, gerando uma taxa de fecundidade de 1,79, taxa negativa; isso reflete o decréscimo da fecundidade nacional que já está bem próximo de 2, implicando a taxa de reposição da população, estabilizando o número de indivíduos, pois o crescimento é mínimo, passando para a diminuição do número de indivíduos. As gestantes apresentaram várias modas para as idades, contudo apresentou maior frequência à idade de 26 anos, com 16 repetições (6,84%), seguida pelas idades de 20 (15 repetições; 6,41%) e as idades de 18, 19 e 21 com 14 repetições (5,98%) cada uma. A média das idades das gestantes foi de 25 anos. Foram acompanhadas grávidas em todas as idades gestacionais, sendo constatado que as gestantes são sedentárias, pois apenas 16 gestantes (6,8%) realizam atividade física, predispondo mais fatores de risco à gravidez. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante do perfil socioeconômico das gestantes de Pacatuba, município com aproximadamente 50 mil habitantes e pertencente a zona metropolitana de Fortaleza, fica clara a necessidade de um atendimento materno infantil integrado em seus diversos níveis de

atenção, bem como uma assistência social atuante, para garantirmos que as mulheres tenham uma gestação acompanhada e tranquila e um parto seguro para a gestante e para o bebê. Vale destacar também a grande importância de projetos como o PET Saúde/RAS na formação dos nossos alunos, pois essa experiência impar de trabalhar dentro da realidade do território e do serviço em contato direto com a realidade da saúde e vivenciando a interdisciplinaridade e a multiprofissionalidade das ações de atenção saúde vai com certeza produzir os profissionais engajados que precisamos.

PSICOLOGIA, APRENDIZAGEM E SUS: PERSPECTIVAS DE FORMAÇÃO ATRAVÉS DO VER-SUS

Fabiana Andressa Rodrigues da Silva, Daniel Viana Abs da Cruz, Júlia Leffa Becker Schwanck

Palavras-chave: formação, ver-sus, psicologia, sus, estágio

INTRODUÇÃO: O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) têm a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de prevenção de doenças, promoção e atenção à saúde. Para o desenvolvimento pleno do projeto se faz necessário ajuda de colaboradores, entre os quais está a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). OBJETIVO: Descrever as ações do SPE realizadas nas escolas públicas de Campo Grande/MS durante o 1º semestre de 2015. METODOLOGIA: Análise dos relatos de experiência elaborados pelos acadêmicos dos cursos de farmácia, fisioterapia e extensão da UFMS, que estão disponíveis no fórum destinado ao SPE no ambiente virtual de Educação à Distância da UFMS. RESULTADOS: Em Campo Grande, as ações do projeto SPE foram realizadas em 15 escolas municipais e 4 escolas estaduais.

Os temas a serem desenvolvidos por escola foram escolhidos em reunião, onde deveria estar presentes as três vertentes responsáveis: acadêmicos, representante da escola e representante da saúde. Ao todo foram realizadas 12 oficinas sobre sexualidade e saúde reprodutiva, 14 sobre prevenção das DST, HIV e Aids, 12 sobre gêneros, 04 sobre adolescência, juventude e participação, 03 sobre raças e etnias, 01 sobre diversidades sexuais e 11 sobre álcool e outras drogas. Abordando assim todos os temas propostos pelo projeto. O público dominante foram alunos do 7º ao 9º ano do ensino fundamental e duas escolas trabalharam com turma da Educação de Jovens e Adultos (EJA). Observou-se que apenas 9 escolas contaram com o auxílio do profissional da saúde durante suas ações. Em contrapartida, em todas as escolas os profissionais da educação auxiliaram de alguma forma. Somente em 03 escolas houve realização de uma ação coletiva, onde os alunos participantes do projeto demonstraram aos demais alunos da escola o que aprenderam durante o SPE. CONCLUSÃO: Pode-se observar que para os acadêmicos o projeto SPE foi um desafio devido algumas dificuldades encontradas, mas serviu para o desenvolvimento, aprimoramento e consolidação de experiências práticas profissionais em cuidado em saúde. O SPE foi desenvolvido conforme as necessidades da escola, e possibilitou a participação efetiva dos adolescentes nas iniciativas referentes à prevenção.

QUESTÃO SOCIAL: QUAIS SEUS REBATIMENTOS NA POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA O SUS?

Luciana da Conceição e Silva, Marcio Eduardo Brotto

Palavras-chave: neoliberalismo, Saúde, residência

Nesse artigo discutiremos a concepção e desenvolvimento da Questão Social como resultado do conflito entre capital e trabalho e o processo de surgimento das políticas sociais como uma forma de enfrentamento de suas expressões. Consideramos que as características das políticas neoliberais possuem implicações na política de Recursos Humanos na saúde apesar de também considerar as possibilidades dessa formação para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a consequente redução dos níveis de pobreza e desigualdade. Para isso, discutiremos a atual política de Formação de recursos humanos no Sistema Único brasileiro (SUS), em especial, as residências multiprofissionais que visam formar profissionais para um trabalho com consciência sanitária na saúde cujos princípios visam fortalecer, como prescrito em legislação, um SUS universal, integral e de qualidade. No entanto, o conflito desses objetivos prescritos com a realidade de precarização neoliberal da política de saúde e de reestruturação produtiva que, com reflexo na saúde, flexibilizam as relações de trabalho, nos fazem perceber que essa assimetria é parte e expressão da Questão Social de uma sociedade contraditória. O Ministério da Saúde (MS) vem apoiando Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) desde 2002. O estabelecimento de financiamento regular para os Programas de Residências Multiprofissionais de Saúde no Brasil e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política, tem por objetivo, segundo o Ministério da Saúde, possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho técnico-assistencial do SUS. Tal realidade demonstra a centralidade da formação para o trabalho em saúde que, no caso das residências, se torna um

espaço privilegiado por se tratar de uma formação no e pelo trabalho. Hoje, as RMS encontram-se atreladas ao um contexto de grandes disputas, lutas políticas e sociais, que exigem que os sujeitos envolvidos assumam posição de protagonistas deste processo. Na saúde brasileira existe a disputa entre o projeto da Reforma sanitária da década de 1980 que influenciou a construção constitucional do Sistema Único de Saúde versus o projeto privatista a partir da década de 1980 influenciado pela ideologia neoliberal. No campo da saúde, a educação pelo trabalho é considerada uma possibilidade para o desenvolvimento de novos perfis profissionais que visem à integralidade da atenção, princípio que norteia o SUS. Assim, a RMS é concebida com o objetivo da formação de profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, constituída como estratégia de mudança da formação dos trabalhadores da saúde, com construção interdisciplinar, trabalho em equipe, educação permanente e, portanto, de reorientação das lógicas assistenciais. O que se agrega a esta nova modalidade de formação resultam em ações educativas centradas nas necessidades de saúde da população, na equipe multiprofissional e uma possibilidade de maior institucionalização da Reforma Sanitária Brasileira, que vem ao encontro do que preconiza os princípios do SUS. Interessa-nos saber se, na tentativa de efetivação do SUS em tempos de hegemonia neoliberal, a indução de políticas públicas com interferência direta no modelo educacional vai contribuir para o aprimoramento da formação profissional na perspectiva da educação permanente ou se é mais uma estratégia de estruturar a rede de saúde através da oferta de um campo de prática precarizado para os profissionais de saúde. Tendo em vista que nessa estratégia de formação pelo trabalho o governo estabelece uma forma de contrato aviltante, temporário e precário. Exclui do trabalhador

o direito à férias e licença remunerada além do 13^o salário, FGTS, adicional de insalubridade e estabilidade. Obriga os bolsistas a pagarem o INSS como contribuinte individual, sem que haja contribuição patronal ao invés de instituir um plano de carreira para os profissionais da saúde o que consequentemente fortaleceria de fato o SUS. Soma-se a este fato a precarização dos serviços de saúde em si submetendo os profissionais já inseridos no trabalho no SUS dentro de dinâmica contrária aos princípios sanitários do sistema de saúde, tendo em vista, a fragmentação da seguridade social, a real precarização da implementações dos cursos de residência pelo país, a falta de integralidade dos serviços o que compromete a realização de um trabalho multiprofissional e intersetorial, agregado a estas questões está a crescente privatização dos equipamentos e da gestão do trabalho em saúde. Indagamos o porquê de ao invés do investimento na qualidade dos Serviços de saúde - para que assim o perfil de profissional possa se adequar ao processo de trabalho condizente com as propostas do SUS - a política de formação vem focando na expansão de vagas para especializações através do trabalho com carga horária elevada (exigindo-se dedicação exclusiva) e salário (bolsa) abaixo do piso normal de um profissional de saúde (apesar da bolsa das residências serem maiores que muitos salários pagos a profissionais de saúde tanto em algumas empresas privadas quanto em muitos concursos públicos, porém destaca-se que a carga horária do residente é 60 horas semanais). Dessa forma, apesar dos esforços do movimento sanitário para uma formação em saúde articulada aos princípios do SUS, atual proposta de residência multiprofissional, em tempos neoliberais, pode fortalecer ainda mais a lógica do mercado nas políticas de saúde. Observamos a influência neoliberal tanto na substituição de profissionais estáveis e

vinculados aos serviços por força de trabalho mais barata, temporária e precarizada, quanto na tentativa de “interiorizar” e expandir ações de saúde no país sob a lógica de inserção de residentes em áreas com a atenção mal estruturada sem garantias de articulação de espaços e profissionais formadores para tutoria, supervisão e docência o que compromete, além da qualidade da expansão desses serviços, a própria formação. No caso brasileiro, entre as particularidades da “questão social” está de um lado a superexploração do trabalho, de outro, uma passivização das lutas sociais que historicamente foram mantidas sob controle do Estado e das classes dominantes. Segundo a autora, a “flexibilização/precariedade” do trabalho entre nós não pode ser creditada somente à crise recente do capitalismo, pois essas características fazem parte da nossa característica de exploração do trabalho. A manutenção de um fluxo permanente de demissões e contratações, ou seja, de uma política de substituição dos trabalhadores, que, assim, não conseguem, na sua maioria, ultrapassar os anos iniciais da carreira além de reduzidos custos do passivo trabalhista, reduz também os custos de seleção. O atual quadro das políticas sociais aprofunda a precarização do padrão de proteção social - por meio da centralidade da assistência social focalista - e a “passivização” dos trabalhadores e movimentos sociais. É fato que se aumenta o grau de precarização e flexibilidade do trabalho aumenta, na mesma proporção, sua exploração. Sabe-se da funcionalidade que os processos de precarização e contratação possuem como fonte de “barateamento” do valor trabalho e como sua utilização tem sido cada vez mais recorrente em diversos setores do mundo do trabalho, inclusive nos recursos humanos da saúde. É preciso destacar que enquanto a lógica neoliberal - nesses moldes do SUS - não for enfrentado de forma estrutural, seja

com o fim do subfinanciamento do nosso sistema de saúde público, seja na disputa do perfil de formação dos trabalhadores da saúde, seja na regulação das especialidades e residências de acordo com as necessidades de saúde da população e não do mercado, seja na criação de estratégias de absorção desses profissionais pelo SUS público e não pela rede privada ou pública terceirizada, o caminho de fortalecimento do SUS será mais dificultoso.

REALIDADE X POSSIBILIDADE: DA FORMAÇÃO SUPERIOR PARA DOCÊNCIA EM SAÚDE, UMA VISÃO CURRICULAR DE UM DOCENTE ENFERMEIRO

Jair Rosa dos Santos

Palavras-chave: Formação, docência, currículo

Este resumo expandido abordará temáticas complexas e polêmicas, porém atuais enfatizando temas como currículo, formação superior e docência em saúde na perspectiva do entrelaçamento e na construção de um saber científico no processo de ensino-aprendizagem para a formação profissional e na atenção a saúde nos moldes do Sistema Único de Saúde (SUS). No decorrer desse processo são apresentadas diversas políticas com o objetivo principal de colaborar para uma qualidade da assistência em saúde, fortalecendo o processo de formação para um sistema de saúde vigente no Brasil. Portanto, seguiram os preceitos do estudo exploratório por meio de uma revisão da literatura do tipo descritiva, que apresenta um conteúdo resumido da literatura especializada de um determinado tema, tendo como base citações teórico-científicas, em particular os escritos por profissionais de educação e saúde. Currículo é definido como conversa complicada de cada indivíduo com o mundo e consigo mesmo, devendo proporcionar ao sujeito

o entendimento dessa experiência, pois o currículo é um texto que tenta direcionar o leitor, porém isso acontece de forma parcial. Entretanto outros estudiosos relatam que o processo de aprendizagem apresenta uma complexidade que reflete no conhecimento diverso, caracterizando o aprender individual, motivacional e comportamental, além da docência apresentar-se como mediadora desse processo que reflete sobre o que se faz e o que se está fazendo. Neste sentido (Tadeu e Moreira), reforçam que a ideologia e o currículo não apenas se refere à reprodução educacional, mais apresentam tendência de classe que é de imensa importância, não podendo aqui ser ignorada. O objetivo principal foi possibilitar a articulação de temas como formação superior, docência em saúde e abordagem curricular. Tal iniciativa deu-se após a leitura, discussão e articulação de temas relacionados à disciplina de currículo em saúde do programa de mestrado ensino em saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e o profissional da saúde como docente. A formação em saúde mostrou-se como um processo de grande movimentação em diversas direções, envolvendo-se com situações contraditórias, e conflitantes, mas também na produção de possibilidades de negociação e atribuição de significados que configuram os espaços de aprendizagem em saúde no contexto social e do SUS. Na construção da docência mediadora no processo de ensino-aprendizagem faz-se necessário o cotidiano reflexivo entre o que se faz e o que se deve fazer junto aos alunos, profissionais e sociedade. O currículo, originária do latim pode ser considerado uma perspectiva da centralidade dos saberes podendo ser o caminho privilegiado na educação escolarizada, procurando estreitar as fronteiras não só entre os conhecimentos, mas entre esses saberes e os saberes cotidianos, verificando dessa forma uma democratização curricular contemplando vários saberes. O

conhecimento não é um ato individualizado, mas sim um processo construtivo entre educadores e educandos, na formação dialógica de conhecimento do mundo. Portanto considera-se que a educação é uma área de pensamentos e práticas de projeção de ideias individuais e coletivas, ideologias e valores que almejam ser desenvolvidos para serem compartilhados com o outro em suas propostas impostas ou ocultas. Dessa forma fica evidente que, para descobrir a realidade, é preciso ir além do discurso que se elabora sobre a mesma. A realidade educativa ainda é muito obscura, aí a necessidade de um exame analítico e não apenas nas impressões. Nessa perspectiva sociológica para integração curricular da saúde, na formação profissional destacam-se ainda a necessidade de humanização do conhecimento em um processo construtivo, gradual, que se realiza através do elucidar conhecimentos e sentimentos, com a finalidade de humanizar a ação para o ato de cuidar. Conclui-se que historicamente o professor recebe essa identidade de docente, pelo seu dinamismo mutável, resultado de um processo de experiências concretas, determinando suas ações com suas realidades vivenciadas e desenvolvidas no seu cotidiano. Neste sentido, afirmar-se que o ser docente é apresentado como alguém que deve ajudar o próximo, ensinar para a vida e ser mediador de conhecimentos, estudos e sempre interagindo e dialogando com seus alunos, para que o ser humano seja visualizado de forma holística e jamais fragmentado. Faz-se necessário avançar não apenas no preparo de um novo profissional, mas, acima de tudo, de um indivíduo crítico, cidadão, preparado para aprender a criar, a propor, e a construir. Portanto, resumem em uma característica formativa de um currículo por conceitos, valores individuais de características sociais e culturais diferentes, questões que vão ao encontro de uma construção democrática do currículo.

REDE CEGONHA NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL: ANÁLISE DOS INDICADORES DE MORTALIDADE E MORBIDADE

Patricia Marques Magalhães, Vera Lucia Koadjaoglanian, Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, Mortalidade Materna, Mortalidade Infantil

A atenção pré-natal no Brasil, há décadas vem sofrendo alterações e implantando políticas públicas de saúde cujo principal propósito é a melhoria da qualidade assistencial prestada ao binômio mãe-filho. Diante desta preocupação o Governo inicia alterações nas redes assistenciais, desde a implantação do Programa de Saúde da Família até a organização das Redes de Atenção. Desta forma, em 2011 é lançada a Rede Cegonha (RC), que prioriza a atenção desde o planejamento familiar, passando pela atenção pré-natal até os cuidados integrais da criança até dois anos de idade. A formulação e a execução de políticas públicas para a saúde materno-infantil no Brasil instituiu-se a partir da década de 1970, com objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade destes grupos. (CARNEIRO, 2013; DA GAMA AZEVEDO, 2006). A Rede Cegonha é uma estratégia instituída no Sistema Único de Saúde que tem o objetivo de organizar uma rede de cuidados que garanta atenção integral às mulheres. O direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento. Tem o intuito de garantir também à criança o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade, assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. (CAVALCANTI,

2010; DA SILVA, 2011). O problema que constitui o fio condutor para deste estudo e análise dos indicadores de saúde associados à Rede Cegonha (RC), antes e após a sua implantação no estado de Mato Grosso do Sul. Por ter participado da implantação da Rede Cegonha nas equipes de Estratégias de Saúde da Família em um município deste Estado e estar à frente da coordenação da Atenção Básica, houve a necessidade de investigar o que ocorria em todo o estado com a implantação da RC e proceder a uma comparação entre as diferentes macrorregiões de saúde, verificando se ocorreu ou não a melhoria de indicadores de saúde e, por acreditar que esta estratégia, pode alavancar avanços na saúde materno-infantil. Diante do exposto, este trabalho teve por objetivo analisar a implantação da Rede Cegonha no Estado de Mato Grosso do Sul, através da análise dos indicadores de mortalidade e morbidade materno-infantil antes e após a implantação da Rede Cegonha. No estudo foram comparados indicadores da Matriz Diagnóstica da Rede Cegonha, dos municípios de Mato Grosso do Sul. As análises foram feitas separadamente por Macrorregião de Saúde, sendo elas quatro Macrorregiões: Campo Grande (34 municípios), Corumbá (2 municípios), Dourados (33 municípios) e Três Lagoas (10 municípios). Para o estudo foram coletados dados de dois períodos distintos, antes e após a implantação da Rede Cegonha no Estado: janeiro de 2011 a março de 2012 e janeiro de 2013 a março de 2014, correspondendo respectivamente aos períodos de 1 ano e três meses antes e 1 ano e três meses após a implantação da Rede Cegonha no Estado. O período de abril de 2012 a dezembro de 2012 foi excluído por corresponder a nove meses (período de uma gestação), durante o qual houve a implantação da estratégia Rede Cegonha no Estado. A construção do banco de dados foi através de informações coletadas no

DATASUS, banco de indicadores do Estado, na homepage oficial da Secretaria Estadual de Saúde. Os dados analisados foram os indicadores de atenção da Rede Cegonha: número de sífilis congênicas notificadas e números absolutos de óbitos materno, infantil e neonatal. A Rede Cegonha foi implantada em todos os 79 municípios de Mato Grosso do Sul, propondo ações inéditas frente a assistência materno-infantil, como a distribuição dos testes rápidos e alocação de recursos a todos os municípios. Observou-se que o número de casos de sífilis congênita notificados obteve um aumento de 78,98% no período posterior a implantação da Rede Cegonha em Mato Grosso do Sul, com 157 casos confirmados no período anterior e 281 casos após sua implantação. A macrorregião de Três Lagoas foi a que obteve um aumento de 100% dos números de casos quando se comparado os períodos analisados. Logo em seguida a macrorregião de Dourados apresenta o segundo maior aumento com 86 casos notificados. A macrorregião de Campo Grande tem o maior número absoluto de casos notificados após a implantação da Rede Cegonha (176 casos), mas apresentou um aumento de 67,62% quando comparados seus períodos estudados. Corumbá foi a macrorregião que anterior à implantação da Rede Cegonha não apresentava nenhum caso de sífilis congênita, mas após a implantação confirmou três casos. Em Mato Grosso do Sul, houve uma queda de 46,51% no número absoluto de óbitos maternos, com a redução de 43 para 23 casos confirmados no período avaliado, a Macrorregião de Corumbá foi quem apresentou a maior redução, zerando o número de casos que antes à implantação eram de sete casos confirmados. Dourados teve uma redução de 50% nos óbito maternos, seguida da macrorregião de Três Lagoas (42,86%) e Campo Grande uma redução de 21 para 15 casos, com uma variação de 28,57%.

Referentes aos óbitos infantis houve uma queda em 2,76% no Estado, sendo que foram registrados 54 óbitos a menos nos períodos analisados. A macrorregião de Corumbá foi quem apresentou a maior queda (8,47%), seguida por Campo Grande e Dourados. Os óbitos neonatais foram o que apresentaram uma maior variação, sendo que houve uma redução de 54 óbitos nos períodos analisados, com uma variação a menor de 11,39%, chamando a atenção para Macrorregião de Campo Grande que apresentou uma redução de 14,56%. Corumbá apresentou uma menor variação com apenas 4,44%. A guisa de conclusão, considerando a Rede Cegonha, como uma política de saúde orientada ao pré-natal, parto, nascimento e acompanhamento da criança até os 2 anos de idade, considerando os números encontrados, tal política ainda necessita de maior envolvimento das equipes de saúde, mudanças de práticas assistenciais de saúde e facilidade do acesso e qualidade do atendimento. Os resultados finais do estudo serão encaminhados à Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS), a título de conhecimento, para auxiliar no entendimento e auxílio de novas estratégias ou manutenção das já existentes para a efetividade da Rede Cegonha.

REDE DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TRAUMA NO ÂMBITO DA ALTA COMPLEXIDADE DO SUS

Ana Alice Brites de Barros, Allesyane Cleyti da Silva, Natali Calças

Palavras-chave: Trauma, Urgência, Redes de Atenção, SUS

RESUMO EXPANDIDO: trauma pode ser definido como uma lesão física causada por ações externas lesivas ou violentas ou pela introdução de substância tóxica no organismo, e também pode acarretar em

dano psicológico ou emocional. Além disso, o mesmo é um agravo que pode gerar várias doenças e representa um problema de saúde pública de grande magnitude no Brasil, uma vez que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população, com profundas repercussões nas estruturas sociais, econômicas e políticas de nossa sociedade. Os cuidados assistenciais da rede inibem as reinternações precoces. Deste modo, a organização das linhas de cuidado (LC) com o uso de ações gerenciais resolutivas da equipe de saúde é ponto chave na desospitalização segura. O objetivo deste estudo foi identificar o perfil dos usuários residentes no território da Unidade Básica de Saúde Jardim Seminário internados por trauma no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande (MS). Trata-se de um estudo de caráter descritivo, transversal, conduzido no Hospital Santa Casa de Misericórdia em Campo Grande (MS), onde a Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), por meio de seus acadêmicos (petianos) dos cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, psicologia e nutrição, desenvolveram atividades extracurriculares através do Programa de Educação para o Trabalho: PET SAÚDE REDES/ URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. Os critérios de elegibilidade e inclusão para participar da pesquisa foram pacientes internados no hospital por trauma e residentes da região Jardim Seminário, Campo Grande (MS). Os critérios de exclusão foram pacientes menores de 18 anos, indígenas e não residentes na região analisada. O hospital dispunha ao Programa, multiprofissionais da saúde (preceptores) que no primeiro momento indicavam aos petianos a admissão de pacientes traumatizados internados no período de Janeiro à Maio de 2015. Em um segundo momento, os petianos que foram divididos em duplas, acessou o Sistema eletrônico do hospital para pesquisa de identificação dos pacientes e informações

da internação; e posteriormente foi aplicado um questionário referente ao perfil sócio demográfico com os mesmos, após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido. As informações contidas no questionário foram tabuladas em Microsoft Excel e realizadas porcentagens e médias das variáveis. Foram coletados dados de 100 pacientes, sendo esta amostra composta de 24 (24%) mulheres e 76 (76%) homens. A faixa etária com maior prevalência foi entre 18 a 38 anos responsáveis por 59 (59%) das internações, acompanhada pela idade entre 39 a 59 anos 26 (26%), 60 a 80 anos 13 (13%) e > 81 anos 2 (2%). Em relação ao estado civil, 43 (43%) dos pacientes eram casados, 32 (32%) solteiros, 13 (13%) divorciados, 7 (7%) em união estável e 5 (5%) viúvos. Estes resultados corroboram com os analisados em um hospital de referência ao trauma em Curitiba, que ao avaliarem os pacientes atendidos, observaram a prevalência de internações de pacientes jovens do sexo masculino, em idade produtiva, vítimas de acidentes de trânsito. Este perfil vem de encontro com os dados apresentados pelo Ministério da Saúde em 2008, onde às causas externas foram de maior proporção nas internações da população jovem (15 a 39 anos). Em relação ao mecanismo de trauma do presente estudo, a maior prevalência foi de acidente motociclístico com (48%), seguido de acidente automobilístico (23%), força corporal (9%), queda (5%), atropelamento (5%), ferimento de arma branca (4%), queimadura (3%), ferimento de arma de fogo (2%) e acidente ciclístico (1%). Ainda, nos dados relatados pelo Ministério da Saúde em 2008, as principais causas de trauma foram colisões e atropelamentos provenientes de acidentes de trânsito, sendo os motociclistas responsáveis por 60% (240) das vítimas. O trauma causa importantes consequências sociais e econômicas, pois além das lesões poderem ocasionar óbito ou incapacidade, temporária ou permanente,

elevando o custo com a recuperação e a piora da qualidade de vida, fatores que preocupam o Sistema Único de Saúde. Essa epidemiologia tem impelido os serviços de atendimento de emergência no Brasil e em todo mundo a se organizarem para atender às cinco grandes vertentes do controle ao trauma: prevenção, atendimento pré-hospitalar, atendimento intra-hospitalar, reabilitação e plano de atendimento a catástrofes e grandes desastres. A Santa Casa de Campo Grande, conforme Portaria nº 2.809, a Rede de Urgência e Emergência (RUE) vem instituindo este processo de controle ao trauma com serviços executados para melhor atender o usuário, mesmo com as mudanças físicas e tecnológicas da porta de entrada de emergência, adequação da ambiência, com vistas a viabilizar a qualificação da assistência, observando os pressupostos da Política Nacional de Humanização. A organização desses processos de trabalho surge como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades. O usuário deverá ser assistido de forma integrada, sendo possível somente se o serviço estiver organizado em rede. Em relação aos aspectos legais do presente estudo, dentre os traumas encontrados em maiores abrangência destaca-se o acidente automobilístico, sendo que dos 23% identificados, somente 9% usavam cinto de segurança. Considerando os 48% de acidentes motociclísticos, 17% usavam capacete e 31% dos usuários que relataram estar sem o uso do mesmo. Entre os menores índices dos aspectos legais estão o uso de EPIs e uso de substâncias psicoativas com 1% e 8%, respectivamente que afirmaram estar usando equipamentos de proteção ou ter usado, e o restante relata não ter usado ou não se aplica. Dentre as lesões corporais afetadas pelos traumas que apresentaram

maior prevalência no presente estudo destacam-se as lesões anatômicas da extremidade inferior, superior e superfície externa. Lesões no crânio apresentaram quinta posição, apesar dos altos índices de ausência do uso do capacete. Tais prevalências também foram detectadas, em um estudo realizado no Hospital Municipal Dr. José de Carvalho Florence, em São José dos Campos em 2003, onde nos seis primeiros meses do estudo identificaram que das 976 lesões anatômicas, os membros inferiores obtiveram maior prevalência (258) seguido pelos membros superiores (211) e cabeça (202), sendo que esta última apresentou gasto médio de internação de R\$ 684,83. Diante das cirurgias realizadas devido aos traumas descritos no presente estudo, foram identificados que 17% dos usuários necessitaram de procedimento neurológico, 10% torácico, 5% abdominais, 65% ortopédicos e 3% plástico. Dentre as condições de alta apresentadas aos pacientes do estudo, 61% apresentaram limitações moderadas. Tais limitações demonstram a diminuição da qualidade de vida do paciente traumatizado. Deste modo, torna-se imprescindível a articulação de políticas e programas voltados para o enfrentamento de reestruturação e educação de vítimas de traumas, bem como aprofundar sobre o cuidado que tem sido dispensado aos portadores de traumas nos serviços de saúde, quer sejam públicos, ou privados. Espera-se que a população acometida por agravos decorrentes de traumas seja amparada em qualquer nível de atenção do SUS, de modo que a atenção básica e os serviços especializados estejam preparados para o acolhimento e encaminhamento dos pacientes para os demais níveis do sistema quando este se fizer necessário através de sua evolução dentro de cada serviço oferecido no âmbito assistencial.

REDE ESCOLA E A FORMAÇÃO EM SAÚDE- RELATO DE PESQUISA

Larisse Raizza dos Santos Cavalcante, Aline Lopes de Santana, Cássia Palmeira Felizardo dos Santos, Marcia Rafaella Ferreira de Mendonça, Marcelly Alpiano Rocha, Jefferson de Souza Bernardes, Mayara Suzy Santana Camelo

Palavras-chave: Redes- escola, estágios curriculares supervisionados, integração ensino- serviço

INTRODUÇÃO: O campo da formação profissional em saúde no Brasil, atualmente, enfrenta o desafio de ampliar, aprofundar e executar articulações entre os cursos de graduação em saúde e as redes de atenção em saúde. Historicamente, a formação dos cursos da saúde, boa parte das vezes, orienta-se para o universo do mercado privado, sustentado por lógicas neoliberais, distante da saúde pública brasileira. Na rede de serviços os profissionais recém-formados apresentam poucas competências e habilidades para a atuação no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). É comum ouvirmos dos mesmos que não se sentem preparados para a atuação na Rede de Saúde. Com as recentes políticas orientadas para modificações das graduações dos cursos da saúde e transformações das práticas cotidianas de trabalho, o Ministério da Saúde em parcerias com o Ministério da Educação, desenvolveu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com diversos Programas e Ações (BRASIL 2009). Por meio da Estratégia de Integração Ensino, Serviço, Gestão e Controle Social, Tais Programas e Ações conquistam espaços de diálogos e encontros nas redes. A estratégia visa a produção de perfis formativos comprometidos, críticos, sensíveis às demandas de saúde da população atendida em seus territórios,

articulados aos princípios do SUS. A Rede-Escola é um dos principais dispositivos orientadores da formação para as necessidades de saúde da população, a partir dos princípios do SUS. E o ponto central desta articulação centra-se nos Estágios Curriculares Supervisionados. Definidos na Lei 11.788/08 como “ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação” (BRASIL, 2008). OBJETIVOS: Essa pesquisa objetiva investigar as Redes-Escola no campo da saúde no Brasil. identificá-las e caracterizá-las; identificar concepções e modelos de estágios curriculares supervisionados vinculados à saúde; problematizar as relações entre as Redes-Escola e os modelos de estágios. Para tanto, estão sendo realizados paralelamente quatro planos de pesquisa: as Redes-escola em saúde no Brasil; concepções e modelos de estágios curriculares supervisionados; as relações entre Redes-escola em saúde e os estágios curriculares supervisionados em Psicologia; concepções e modelos de estágios curriculares supervisionados: análise das referências científicas encontradas nas bases de dados. METODOLOGIA: Fundamenta-se no referencial teórico-metodológico das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos (SPINK, 2013). Deste modo, utilizou dois procedimentos metodológicos – Pesquisa Bibliográfica e Análise de Documentos de Domínio Público (SPINK, P. 2013) – como caminho para o estudo do conhecimento científico como um ato social e coletivo. Tais procedimentos foram realizados com base em dois eixos temáticos: o dos Estágios e o da Rede-Escola. A Análise de Documentos de Domínio Público ocorreu por meio de busca ativa na internet. Buscou-se: as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde e leis que regulamentam

o estágio no Brasil; documentos por meio do vocábulo “Rede-Escola” e “Rede-Escola SUS”. A Pesquisa Bibliográfica foi feita no Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, na Biblioteca Virtual em Saúde e na Biblioteca da Universidade de São Paulo, com os Descritores (DeCS) Estágio, Redes de Apoio Social, Redes Comunitárias e Serviços de Integração Docente Assistencial. RESULTADOS: A busca e a identificação de documentos de domínio público resultaram em 50 documentos dentre Leis, Resoluções, Portarias e DCNs; e cerca de 19 documentos sobre iniciativas de Rede-Escola (notícias, eventos, folders, apresentações em congressos, dissertações). Por meio da Pesquisa Bibliográfica dos Descritores (individualmente, em pares, trios e quarteto) encontrou-se 1.029 referências. Foram construídos quadros para visualizar informações (como por exemplo: autoria, título, ano) e uma Linha do Tempo que apresenta modificações nas concepções de estágio ao longo do tempo. A partir dos documentos de domínio público localizados foi possível realizar as primeiras aproximações e identificar algumas experiências de Redes-Escola em estados e municípios do país. As experiências identificadas foram: Pernambuco, Paraíba, Ceará e Bahia (estaduais) e, também, Ribeirão Preto e Porto Alegre (municipais). Nas primeiras aproximações com o tema, foram encontradas experiências importantes em alguns pontos do país. A existência de iniciativas próximas ao estado de Alagoas abre um importante espaço de diálogo na construção de uma Rede-Escola neste local. Nas experiências encontradas, destacam-se os estados de Paraíba e Pernambuco, em que se notou o desenvolvimento de dispositivos de diálogo entre academia e serviços via convênios de trabalho em parceria por meio de espaços de cogestão, criação de fóruns, estratégias

de formação (CEFOR-RH/PB e FormaSUS-PE) e incentivo à preceptoria. Percebe-se a convivência de diversos conceitos de Rede-Escola simultaneamente. Entretanto, não se pode perder de vista movimentos que avançam as ações e possibilidades do próprio conceito de Rede-Escola. Em se tratando dos estágios, a partir da análise dos repertórios linguísticos dos documentos de domínio público foi possível perceber que o modo como eles estão organizados dificultam a aproximação com os modos de promover o cuidado propostos pelas Políticas Públicas de Saúde. A delimitação de alguns períodos do curso para a realização de práticas, não oportuniza, por exemplo, a longitudinalidade preconizada pelo SUS, nem o aprofundamento da vivência do estudante nas relações de ensino-serviço-comunidade de modo que a formação se dê no e para o serviço. Os estudantes não têm como conhecer o território e o serviço, portanto, não experienciam o desenvolvimento do vínculo. Somado a isso, o posicionamento das instituições formadoras enquanto responsáveis por programar e supervisionar os estágios produz a noção hierárquica de que a universidade está acima dos serviços de saúde, dificultando a criação de espaços coletivos em que os trabalhadores, os alunos-estagiários e os professores-orientadores possam, em conjunto, interrogar e analisar o seu cotidiano de trabalho na medida em que exercitam ações em equipe e potencializam a multiprofissionalidade, bem como a interdisciplinaridade norteadas pelos cuidados integrados (SILVA; CABALLERO, 2010). CONCLUSÃO: A pesquisa está em andamento, o que foi apresentado acima são os resultados iniciais. Busca-se nessa segunda fase aprofundar as buscas por documentos e as análises dos materiais já encontrados. Nota-se que iniciativas de Redes-Escola em Saúde estão surgindo em alguns estados do país e que as discussões sobre o Estágios Curriculares

Supervisionados são fundamentais para sua consolidação. Este projeto está sendo realizado em parceria com a Comissão de Integração Ensino- Serviço (CIES) do estado de Alagoas, a qual está acompanhando o desenvolvimento e contribuindo com o levantamento de informações relevantes para a pesquisa.

REDUÇÃO DE CUSTOS ATRAVÉS DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NOS REGISTROS DE CURATIVOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Thiago Pereira Kovalski, Nilva Lúcia Rech Stédile, Sandie Lauren Kahl Mueller Kovalski, Regina Helena Medeiros, Anderson Kahl Beck

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva, Educação permanente em saúde, Prescrição de Enfermagem, Registros de Curativos

INTRODUÇÃO: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) consiste em um setor hospitalar altamente especializado, que tem como função a vigilância contínua de pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, os quais possuem condição de restabelecimento ou melhora na qualidade de vida. Porém necessitam de intervenções rápidas e precisas, que tem por objetivo oferecer suporte, monitorização hemodinâmica, metabólica, nutricional, ventilatória e reabilitação. Analisa-se a estreita relação entre a auditoria e os serviços contábeis, no sentido que estas sejam confiáveis, adequadas, totais e seguras. A educação permanente em saúde é definida como processo pedagógico de aprendizado no âmbito do trabalho e da formação em análise, implícita e conjunta em nível de políticas públicas, instituições

e dos profissionais de modo geral, sendo o ponto central a porosidade à realidade mutável constante das ações e dos serviços de saúde. Sabe-se que, com os extremos de idade aumenta a propensão a déficits imunológicos e de cicatrização, retardando o processo de recuperação destas lesões. Além de que permanecem mais tempo internados na UTI, apresentam a média dos escores de Braden mais baixas e condições clínicas de maior gravidade. Para que os serviços de saúde sejam pagos pela prestação de cuidados é necessário que estes estejam prescritos de forma adequada e os procedimentos sejam registrados no prontuário do paciente, evitando-se não conformidades e glosas nas contas. Não conformidade é todo e qualquer erro ou inadequação ao processo de trabalho de enfermagem visto através de uma auditoria. Os cuidados de enfermagem que não são prescritos, checados e executados de forma adequada trazem prejuízo econômico ao serviço de saúde e déficit no cuidado, ou seja a glosa. Assim as inconformidades podem ser reduzidas com o desenvolvimento de um programa de educação continuada, supervisão e auditorias. OBJETIVO: Avaliar a relação existente entre a educação permanente com as prescrições, a execução e o registro dos curativos de enfermagem e o impacto financeiro gerado na UTI. PERCURSO METODOLÓGICO: Trata-se de um estudo avaliativo com vistas ao aprimoramento dos registros de enfermagem, aos cuidados e o seu impacto financeiro na administração hospitalar, o qual foi realizado em uma UTI adulto de um hospital-escola do interior do Rio Grande do Sul, entre os meses de setembro e outubro de 2013, com capacidade para 10 leitos. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição em 12 de setembro de 2013, através do protocolo nº 38/2013. Este estudo se assemelhou à uma auditoria nos prontuários dos pacientes internados,

com a finalidade de avaliação e melhoria do serviço na unidade. Inicialmente, avaliaram-se os prontuários realizando a busca de dados como idade, sexo, motivo de internação, agravantes de saúde, cuidados de pele, as prescrições e registros destes. A coleta de dados se deu sempre ao final da tarde, de segunda a sexta-feira, pois na instituição as prescrições iniciam às 19 horas, com validade até as 18 horas e 59 minutos, ou seja, de 24 horas. Fez-se uma intervenção aliado à educação continuada da instituição, capacitando os profissionais de enfermagem da unidade em todos os turnos de trabalho. Envolvendo 18 (dezoito) técnicos de enfermagem e 5 (cinco) enfermeiros da UTI, com base nos protocolos de cuidados da própria instituição. Quanto à realização adequada das prescrições de enfermagem e a importância de cuidados processo gerencial, econômico e financeiro. Após esta intervenção foi realizado um novo processo de coleta de dados durante 6 dias, contudo com projeção nos custos para 30 dias. A realização das prescrições de enfermagem é dividida entre os três turnos, por isso, às vezes um longo período de tempo transcorre até o início da execução programada do processo de enfermagem, facilitando as alterações no quadro do paciente e consequentemente na prescrição, o que pode predispor o erro se o enfermeiro não estiver atento constantemente ao cuidado do paciente. Este processo ocorreu por um período de 15 dias, com projeção dos resultados para 30 dias. Após a coleta dos dados, os mesmos foram classificados e divididos por categorias, das quais geraram melhor representação e análise da caracterização da unidade e dos cuidados de enfermagem, relacionados diretamente com a prescrição de curativos. RESULTADOS: Com os resultados foi possível realizar um cálculo estimado dos prejuízos da instituição com as glosas geradas pelas não conformidades

do serviço no quesito prescrição, execução e registro dos curativos, resultando em déficit econômico. Os motivos mais frequentes para internação foram: pós-operatório imediato de grande porte, sendo a cirurgia cardíaca (24%) e de trato gastrointestinal (19%), seguindo pelas alterações de nível respiratório com necessidade de ventilação mecânica (19%). A média de idade dos pacientes é de 59 anos. O tempo médio de internação foi de 19 dias e 14 horas, com uma taxa de ocupação na UTI de 92%. Através de capacitações, e da educação permanente, ocorreu o planejamento de intervenção para melhoria serviço, uma vez que este torne-se sustentável e venha a gerar lucro. Os resultados obtidos com esta segunda etapa do estudo, foram comparados aos primeiros, em forma de estatística total e percentual, para que com este método fosse possível verificar a importância das capacitações nos serviços de saúde, acarretando em melhoria através da qualificação dos profissionais. As prescrições de enfermagem específicas para curativos realizados antes da capacitação com prescrição e checagem adequada foi de 70% e as prescrições de forma inadequada correspondem à taxa de 30%. Após esta etapa fora realizado uma reunião com cada turno e equipe, para que assim pudessem ser esclarecidos os resultados obtidos e a importância do trabalho de educação permanente em saúde. As informações fornecidas pelo serviço de auditoria da instituição indicam que o pagamento por curativo na instituição se dá por acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e o Sistema Único de Saúde (SUS), em que todos os curativos realizados e registrados na instituição, recebem um valor único de R\$ 32,40. Utilizando este valor como base de cálculo, sabe-se que o número de 160 curativos, corresponde à 30% do total de não conformidades, ao projetar a pesquisa para 30 dias o índice de glosas pode chegar à R\$ 10.368,00. É fundamental ainda que

se observe os curativos que necessitam ser executados mais de uma vez ao dia, devendo ser adequadamente prescritos e registrados, para assim evitar novas não conformidades, glosas e prejuízos. Após a capacitação ocorreu então uma nova coleta de dados, que se deu em 6 dias, na qual o índice de conformidades foi de 91%. Com base nos valores repassados pelo serviço de auditoria foi possível calcular aproximadamente sua projeção para 30 dias, obtendo-se o custo aproximado de glosas em R\$ 2.268,00. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados mostram que a educação continuada em uma UTI pode reduzir o índice de não conformidade de 30,94% para 9,33%. Ao avaliar estes dados observa-se que, através da educação permanente em saúde, direcionada diretamente aos déficits dos setores, foi possível reduzir 78% dos custos com curativos em UTI. Investir em capacitações e supervisão continua dos gastos é uma forma de manter a qualidade do cuidado e o programa de coberturas tecnológicas nos serviços.

REFLEXÕES FRENTE A UM PROJETO PEDAGÓGICO BASEADO NOS CURRÍCULOS EM SAÚDE E DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Caroline Amaral, Tiago Amador Correia, Odival Faccenda, Marcia Maria de Medeiros, Marcia Regina Martins Alvarenga

Palavras-chave: Currículo, Diretrizes para Planejamento em Saúde, Projeto Pedagógico

Introdução: As práticas educativas estão intrinsecamente ligadas às teorias da educação, estas por sua vez, possuem um histórico de evolução e mudanças na decorrência dos anos. Revisando o contexto histórico cronológico é possível observar as mudanças no processo ensino-aprendizagem, destacando, a forma de se

pensar e compreender o currículo dos cursos de graduação em saúde. Como fonte transformadora há as contribuições realizadas pela sociedade, no papel de filósofos, sociólogos, antropólogos, cientistas e demais estudiosos da área assim como a legislação vigente, a qual regulamenta/normatiza os cursos de graduação no Brasil, por meio da Constituição Federal de 1988 e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior N° 9394 de 1996. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1996). A discussão sobre o currículo do curso de medicina teve início a partir da disciplina de Currículo em Saúde ofertada pelo Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, a qual propôs a análise e reflexão sobre o Projeto Pedagógico (PP) mediante o proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). O presente estudo alvitra o olhar ao PP do curso de Medicina da Universidade Federal da Grande Dourados do Estado de Mato Grosso do Sul, realizando uma análise crítica com o que preconiza a legislação, compreendendo o currículo como o cerne determinante do perfil formador do aluno egresso. Objetivo: Analisar um PP de um curso de medicina baseado nos currículos em saúde e DCN. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva, de caráter analítico. Utilizado os bancos de dados online da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scielo Brasil e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Pesquisa realizada em Junho de 2014, utilizando as palavras chaves: Currículo em Saúde; Diretrizes Curriculares Nacionais; Projeto Pedagógico. Critérios de inclusão: publicações que discursavam sobre as palavras chaves selecionadas e que caracterizavam o contexto histórico referido. O critério de escolha do PP de uma Universidade da Região considerou o contexto em que os pesquisadores estão

inseridos. Resultados e Discussão: O PP deve estabelecer um processo permanente de reflexão e discussão dos problemas, em busca de alternativas viáveis à efetivação de sua intencionalidade. Sua construção passa pela questão da autonomia da Instituição, deixando entrever seu comprometimento com a busca da qualidade da educação que se propõe trabalhar (ALBERTO, 2008). As DCN dos cursos de graduação de Enfermagem, Medicina e Nutrição regulamentada no Parecer CNE/CES 1133/2001, constituem orientações para elaboração dos currículos, assegurando flexibilidade, diversidade e qualidade da formação oferecida aos estudantes, a fim de, garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL, 2002). As DCNAS, trazem como orientações o formato mínimo de construção de um PP, o qual deve conter: perfil do formando egresso/profissional; competências e habilidades; conteúdos curriculares; estágios e atividades complementares; organização do curso e acompanhamento e avaliação. Orientam ainda que, a formação do profissional médico deve ser generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado para atuar pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Adquirir habilidades e competências gerais e específicas na atenção básica, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente são parte dos objetivos das diretrizes. As DCNAS, esclarecem ainda, quanto à organização curricular do curso, ou

seja, o PP deve ser construído coletivamente junto com o currículo do Curso, o qual deve despertar compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais, regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural. Além disso, reforça a importância da avaliação e acompanhamento permanente através de competências, habilidades e conteúdos curriculares. Ao analisar o PP do curso medicina da UFGD-MS, observa-se que o mesmo cumpre parcialmente as orientações das DCNS. Traz sucintamente a identificação do curso e suas características gerais, ressalta a importância de um currículo integrado, construído de forma coletiva, porém não descreve de que forma essas ações serão executadas e efetivadas, ainda construído em estrutura metodológica em forma de disciplinas que não se articulam entre si, caracterizando a fragilidade da construção de um currículo em saúde e um PP. Quanto à concepção do curso traz como relevante a elaboração de um currículo integrado unindo as grandes áreas do conhecimento sem perder o foco de qualidade na formação médica. Discute pontos importantes como o de assegurar ao aluno conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que possibilitem a formação profissional; atendimento integral físico, mental e social; racionar e agir de forma crítica na interpretação de dados, na identificação da natureza dos problemas e na resolução destes; contribuir para a promoção da saúde, prevenção das doenças e a reabilitação dos incapacitados, levando em conta as condições socioeconômicas e culturais da comunidade; exercer a profissão de forma ética, capacitar-se continuamente e exercer a medicina da família e comunidade. O perfil do egresso visa formar o profissional médico com sólidos conhecimentos técnico/científicos fundados sobre as bases humanistas; postura ética,

consciência e responsabilidade social e compromisso com a cidadania; com capacidade para atuar frente às doenças mais prevalentes, utilizando, com propriedade, exames complementares; com capacidade de atuação em equipe multiprofissional; com capacidade para atuar em pesquisas com vistas ao desenvolvimento da própria capacidade de aprender a aprender. O currículo do curso de medicina da UFGD e seu PP ainda sofrem grande influência das metodologias tradicionais de ensino e aprendizagem. Diferente do preconizado pelas DCNS, nas quais, os currículos em saúde juntamente com o PP deve ser um processo, uma práxis em que ocorrem múltiplas transformações que lhe dão sentido, valor e significado particular; sendo uma construção histórico-social. Considerações Finais: As DCNAS são um grande avanço para que as instituições de ensino, no qual desperta à mudança no processo de ensino e aprendizagem, que não mais era viável frente a todas as transformações sofridas pela sociedade. O método antigo de ensino e aprendizagem que perpetuou por décadas começa a mostrar fragilidades necessitando ser repensado. Em se tratando dos currículos em saúde no Brasil tivemos fortes influências do modelo norte-americano que se caracterizava pela prática fundamentada no hospital-escola, currículo com fragmentação do conhecimento em função de processo de especialização, metodologias de ensino tradicionais e centradas no professor e na doença e não no indivíduo como um ser integrado na sua singularidade social. Frente a todas essas reflexões surge a necessidade de repensar a forma de se fazer educação no país, reformulando os PP e estruturando o currículo em saúde, embasados pelas DCNS, que orientam a prática em saúde através de um currículo moderno e integrado que define um plano pedagógico com uma organização institucional articulando

trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade. A formação deve ultrapassar a lógica disciplinar com base nos referenciais de interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e metadisciplinaridade; incentivando a discussão compostas por pessoas livres, capazes de atuar como sujeitos, perante o saber que constroem seres capazes de comunicar esse saber, de forma que sua responsabilidade perante a sociedade seja sempre presente e atuante.

REFLEXÕES SOBRE A POSSIBILIDADE DE INTEGRAÇÃO DO SERVIÇO EM SAÚDE NA ACADEMIA

Cristiane Trivisoli da Silva, Marlene Gomes Terra, Janice Sarubbi de Moares, Keity Lais Soccol, Amanda Mello, Mariane Xavier, Valquíria Toledo Souto

Palavras-chave: Integração ensino serviço, Formação acadêmica, Sistema único de Saúde

APRESENTAÇÃO: a integração entre o ensino e os serviços de saúde apresenta-se como uma estratégia para qualificação da assistência em saúde. Para isso, foram definidas diretrizes a fim de desencadear o processo de integração da formação com os diferentes cenários de produção de cuidados à saúde, tais como: as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES); a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a reformulação de Diretrizes Curriculares Nacionais da Saúde, o Pró-Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET), entre outros (DCN). Em destaque na formação acadêmica, temos o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o Pró-Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, o PET-Saúde, que foram implantados a partir de 2006. Estes

programas objetivam promover mudanças na formação na área da saúde, tendo em vista a integração educação e do trabalho na saúde, a fim de fortalecer a integração ensino-serviço. Porém, a discussão em torno da integração ensino-serviço em saúde na academia ainda é insipiente, pois está atrelada às possibilidades de aperfeiçoamento dos modelos de formação profissional articulada à realidade social, em consonância com a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A inter-relação entre a formação teórica do SUS e a realidade vivenciada no contexto dos sistemas e serviços públicos de saúde, evidencia um descompasso o qual é agravado pelos modelos de formação, de gestão e de atenção em saúde hegemônicos que perpetuam no cenário acadêmico. Dentre estes descompassos, está o distanciamento das instituições de ensino com as instituições de serviços de saúde, fortalecendo o desencontro do diálogo para superação desta dicotomia. Para isso, salienta-se o papel da integração ensino e serviço que vem recebendo maior destaque na formação acadêmica e nos cenários das pesquisas em saúde. Esta integração não é apenas entre o serviço e a academia, mas também refere-se à integração da pesquisa e do ensino com as necessidades reais dos cenários de saúde. A articulação da pesquisa com o ensino e os serviços de saúde pode se constituir em uma estratégia pedagógica para qualificar a assistência em saúde. Embora se reconheça que a pesquisa está vinculada à academia e a assistência aos serviços de saúde, essa dicotomia faz com que haja um modelo de formação dissociado, gerando um distanciamento entre a formação e as diversas modalidades de práticas que se materializam nos serviços. Nesse sentido, nosso estudo foi proposto na tentativa de buscar investigar essas problemáticas que envolvem o desafio da integração entre a formação

e a qualificação do SUS, em especial da academia, dos serviços com a pesquisa. Em especial, quando são consideradas as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em saúde, que exigem das instituições de ensino superior, uma formação comprometida com os princípios do SUS. Desenvolvimento do trabalho: a fim de fomentar novos estudos acerca desta temática, apresentamos como proposta de pesquisa o projeto “a produção acadêmica de enfermagem: possibilidade para integração ensino-serviço em saúde” que encontra-se em fase de implementação. Este estudo tem o objetivo de analisar como a produção acadêmica de enfermagem pode subsidiar o planejamento e desenvolvimento de ações de integração ensino-serviço, na perspectiva dos estudantes da graduação. E é norteado pela seguinte questão de pesquisa: a produção acadêmica de enfermagem subsidia o planejamento e desenvolvimento de ações de integração ensino-serviço? Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória a qual foi realizada em um Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde de uma universidade do interior do Rio Grande do Sul. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas semi estruturadas através de um instrumento para enunciação dos dados de identificação dos participantes da pesquisa, com questões orientadoras que convergiam com o objetivo da pesquisa.

REFLEXÕES SOBRE PRÁTICAS SEXUAIS, DE ACESSO E USO DO PRESERVATIVO MASCULINO POR ADOLESCENTES E JOVENS DE UMA ESCOLA PÚBLICA DE CAMPO GRANDE-MS

Léia Conche Conche da Cunha, Maria Celina Recena, Mara Lisiane dos Santos

Palavras-chave: preservativo, adolescente

APRESENTAÇÃO: Este resumo relata uma pesquisa que buscou conhecer as práticas sexuais e de acesso e uso do preservativo masculino por adolescentes e jovens de uma escola pública de Campo Grande/MS, com o objetivo de fornecer subsídios para ações educativas em relação à abordagem de educação sexual nas escolas, bem como de identificar e avaliar as estratégias de acesso ao preservativo por adolescentes e jovens. Constituiu parte da dissertação de mestrado de uma das autoras, apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e Fiocruz – Mato Grosso do Sul. Foi pautada pelas questões éticas da Resolução nº. 466, de 12 de dezembro 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde, que normaliza as pesquisas envolvendo seres humanos. Observa-se nos últimos anos aumento do número de pessoas infectadas com o vírus do HIV na faixa etária de 13 a 19 anos no Brasil. Outro alerta é que mesmo adolescentes e jovens tendo elevado conhecimento sobre as formas de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, ainda verifica-se tendência de crescimento do HIV entre eles. Outra preocupação está relacionada ao número de gravidez na adolescência que em algumas regiões do município de Campo Grande ultrapassam a 30% das gestações registradas pelo sistema único de saúde (SUS). O preservativo apresenta-se neste contexto como a tecnologia mais segura na prevenção das IST e também para prevenir a gravidez indesejável. Sendo assim, o estímulo, a oferta e o acesso aos métodos de prevenção são demanda prioritária da atenção básica para a garantia da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil, conforme os princípios e diretrizes do atendimento ao público em questão. DESENVOLVIMENTO: A pesquisa foi realizada no primeiro semestre de 2014, com aplicação de um questionário,

respondido por 63 alunos, com idade entre 14 e 23 anos de idade, referente às características sócio-demográfica, práticas sexuais, acesso e uso do preservativo masculino. Passou por análise estatística, utilizando-se o programa estatístico SigmaPlot, versão 12.5, considerando um nível de significância de 5%. Resultados: De forma geral, a maior parte dos alunos entrevistados era do sexo feminino (79,4% - n=50), tinha entre 14 e 19 anos (84,1% - n=53), estava solteiro ou namorando (87,3% - n=55), cursava o 2º ou o 3º ano do ensino médio (69,8% - n=44), estudava no período matutino ou noturno (87,3% - n=55), era de etnia parda (65,1% - n=41), era evangélico (58,7% - n=37), apresentava renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos (65,1% - n=41), não trabalhavam (69,8% - n=44) e moravam com os pais (mãe: 74,6%; pai: 50,8% - n=32) ou irmãos (65,1% - n=41). Com relação às práticas sexuais, acesso e uso do preservativo masculino e passaram pela análise estatística, identificou-se que 52,4% (n=33) dos participantes, ainda não tinham iniciado a vida sexual e os demais 47,6% (n=30), sim. Destes, 33,3% (10) usavam camisinha em todas as relações sexuais; 40% (n=12) usavam mais da metade das vezes que tinha relações; 6,7% (n=2) em menos da metade das vezes; e 20% (n=6) nunca usavam. Nesse grupo, os motivos mais citados para não usar camisinha foram: não ter dinheiro para comprar (93,3% - n=28); a parceira ou a respondente usar anticoncepcional (36,7% - n=11); e não ter camisinha na hora "H" (n=33,3% - n=10). 57,1% (n=36) dos adolescentes e jovens receberam orientação sobre o uso adequado do preservativo e 41,3% (n=26) não receberam nenhuma informação. Ainda, 46% (n=29) disseram que sabiam colocar corretamente a camisinha masculina, enquanto que 38,1% (n=24) relataram não saber ou tinham dúvidas em colocar a camisinha. Em relação às atitudes

tomadas pelos adolescentes e jovens ao precisar de preservativo, as mais relatadas foram: compro na farmácia (55,6%, n=35); pego no posto de saúde (22,2%, n=14); e pego com um amigo (9,5%, n=6). A maioria dos alunos acha importante facilitar o acesso da camisinha aos adolescentes e jovens (93,7%, n=59), porém, boa parte deles respondeu que não recebeu ou pegou preservativos na unidade básica da saúde da família (UBSF), nos últimos 12 meses (69,8%, n=44) e 93,7% dos entrevistados acham importante o acesso ao preservativo para adolescentes e jovens. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os dados mostram que a maioria dos adolescentes e jovens não se previne adequadamente das infecções sexualmente transmissíveis e de gravidez indesejada. Muitos apresentam dúvidas em relação à colocação do preservativo masculino e em geral o adquirem em farmácias e, portanto, dependem de recursos para tal, não buscando nas UBSF que tem distribuição gratuita, mesmo tendo conhecimento da disponibilidade do insumo de prevenção nas unidades básicas de saúde. Verificou-se ainda que os adolescentes banalizam a transmissão de IST, apresentam dúvidas relacionadas a colocação adequado do preservativo e dificuldade de acesso ao insumo de prevenção. Fato que promove a manutenção das estratégias existentes de acesso ao preservativo, bem como de atitudes resistentes às novas tecnologias e às estratégias simples de acesso. Sendo assim, o cenário, aponta para a importância de desenvolver e fortalecer projetos de educação sexual que promovam reflexões e informações claras e atualizadas sobre o risco de IST, transmissão vertical, métodos de prevenção e contracepção e sua eficácia, dentre outras. Essas discussões são legítimas e asseguradas pela Lei de Planejamento Familiar. Mesmo que o atendimento para adolescentes não seja abordado de forma específica, deve prevalecer o caráter

universal da lei, assegurando acesso ao serviço, aos métodos contraceptivos e ao planejamento familiar, garantindo a escolha dos indivíduos dessa faixa etária. Embora o estudo tenha sido centrado em uma escola, pode indicar reflexões e instigar novas pesquisas que contribuam para ações educativas no campo da sexualidade. Espera-se que tais reflexões possam auxiliar os adolescentes e jovens a tomar suas decisões com responsabilidade e adequado esclarecimento. Finalmente, conhecimento e esclarecimento, nem sempre são suficientes na garantia do acesso ao preservativo. Portanto, torna-se fundamental a ampliação de estratégias e espaços que facilitem a promoção do acesso ao preservativo por adolescentes e jovens com menor constrangimento em prol do sexo seguro e responsável.

RELATO DE CASO CLÍNICO: UMA PROPOSTA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE COM HANSENÍASE

Nádia da Costa Sousa, Gabriele Pedrosa Vasconcelos, Veridiana Barreto do Nascimento

Palavras-chave: Hanseníase, Diagnósticos, Sistematização da Assistência de Enfermagem

APRESENTAÇÃO: A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, ainda considerada um problema mundial de saúde pública, se caracterizando por apresentar lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente os da face, membros superiores e inferiores, podendo comprometer também articulações, gânglios, olhos, testículos e outros órgãos. Tem como agente etiológico o bacilo *Mycobacterium leprae*, que ao ser eliminado para o meio exterior por uma pessoa doente sem tratamento, pode

infectar outras pessoas suscetíveis por meio das vias aéreas superiores. A maneira mais eficaz de prevenir o aumento de casos novos é o diagnóstico e o tratamento precoce dos casos existentes, assim como a detecção dos contactantes que ficam susceptíveis à doença devido ao contato prolongado e íntimo com os casos existentes. Atualmente, a Poliquimioterapia (PQT) instituída garante a cura dos pacientes, que diagnosticados precocemente não evoluem para incapacidades graves. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é importante para o cuidado e tratamento adequado, que se dá através da identificação dos diagnósticos de enfermagem, seguido do planejamento, intervenção e avaliação dos resultados. **METODO:** O trabalho tem como objetivo sugerir a implementação da SAE para um homem com diagnóstico de hanseníase, que não realiza o tratamento e não recebe acompanhamento da equipe de saúde. Os dados (entrevista, anamnese, exame físico) para o levantamento do caso clínico foram coletados por acadêmicos de enfermagem durante a aula prática da disciplina de Endemias da Amazônia no município de Santarém no Estado do Pará. Após avaliação clínica, elaborou-se um plano de cuidados individualizado conforme a Nursing Intervention Classification (NIC) sugeridas para os diagnósticos de enfermagem para o caso específico. **RESULTADOS:** O entrevistado cujo codinome definimos L.C.S., 38 anos, pardo, brasileiro, solteiro, alcoólatra, ensino fundamental incompleto, carpinteiro, mas está desempregado à dois anos, reside na Trav. Resistência, bairro do São Cristóvão, no município de Santarém/PA, em casa de alvenaria com seis cômodos, localizada em uma rua pavimentada, com saneamento básico inadequado e pouca infraestrutura: o esgoto é à céu aberto e com presença de um depósito público de lixo ao lado de seu terreno, existem vários gatos que

ficam próximo a sua residência. A água utilizada pela família é proveniente da rede pública. L.C.S. vive com a mãe, que é hipertensa e participante do Grupão da UBS do seu bairro. A renda familiar mensal é de um salário mínimo. L.C.S. queixa-se de artralguas frequentes nos membros na hora do repouso, presença de diversas lesões com perda de sensibilidade nos pés, o hálux do pé esquerdo foi amputado em consequência das lesões, possui ressecamento evidente da pele. L.C.S. é dependente de álcool o que o impossibilita de aderir ao tratamento, por conta disso não faz uso de nenhuma medicação. A área de residência de L.C.S. é coberta pela a equipe de Estratégia da família, porém o paciente não aceita visita. De acordo com a análise do caso clínico elencou-se seis diagnósticos e possíveis ações de enfermagem: Diagnóstico 01: Risco de contaminação por doenças infecciosas (hepatite A, leptospirose, dengue) relacionadas à presença de um acúmulo de lixo ao lado da residência, identificado após a observação de uma lixeira pública nas proximidades da residência, para que este problema seja amenizado propõe-se que a equipe de saúde realize junto a população ações educativas e de conscientização para a coleta seletiva do lixo, assim como a mudança da lixeira para outro ponto mais distante da residência do paciente. Diagnóstico 02: Risco de doenças intestinais (cólera, amebíase, giardíase, ascaridíase) relacionada à utilização de água para o consumo sem o devido tratamento, uma vez que a água utilizada pela família de L.C.S. não obtém tratamento adequado, para o qual foi determinado ao enfermeiro demonstrar por meio de analogias a quantidade de microorganismos que podem estar presentes em água contaminada expondo a necessidade de se utilizar cloro ou filtro na água antes do consumo. Além da importância de se lavar regularmente os depósitos de água, uma vez que estes podem

acumular sujidades; Diagnóstico 03: Risco de transmissão da infecção para os contatos intradomiciliares relacionada a não adesão ao tratamento pelo paciente, a hanseníase é uma doença transmissível, o risco está ligado ao contato por pessoas com formas contagiantes multibacilares que não estão em tratamento, para diminuir o risco cabe a enfermagem o deve de explicar ao paciente a importância da adesão ao tratamento expondo as formas de contaminação da doença e explicitando a necessidade de uma higienização satisfatória para que as chances de contaminação seja diminuída. Diagnóstico 04: Risco de deterioração da cartilagem em MMSS e MMII relacionada a pouca lubrificação das articulações evidenciadas por artralguas o qual a principal medida de prevenção está justamente na detecção e tratamento precoce da doença, diagnosticando o paciente na forma inicial, quando o tratamento é feito em um tempo menor e com menor probabilidade de complicações reacionais. Diagnóstico 05: Diminuição ou ausência de sensibilidade em mãos e pés, em virtude de que a piora da sensibilidade de mãos e pés é uma das características marcantes dos agravos da doença, para isso foi determinado ao enfermeiro fazer avaliação e monitoramento sensitivo e motor monitorando o aparecimento de fontes de pressão e atrito além de cor e temperatura da pele. Diagnóstico 06: Ressecamento tissular nos membros superiores e membros inferiores, com risco de integridade da pele prejudicada devido desidratação e MMSS e MMII, sendo necessário o encorajamento para ingestão adequada de água a fim de garantir uma ótima hidratação e lubrificação da pele monitorando-a e documentando mudanças na pele e mucosas. Através da entrevista verificou-se a falta de informação referente ao diagnóstico, manifestações clínicas e tratamento da hanseníase, fazendo-se necessárias a implementação

e fortalecimento de ações educativas para amenizar o estigma, o medo, o preconceito e consequentemente exclusão social do paciente, ressaltamos ainda a ausência das visitas domiciliares da equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família-ESF, uma vez que o paciente é alcoólatra e representa para a comunidade uma fonte de contaminação, pois não realiza tratamento para hanseníase. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Por meio deste trabalho observou-se a importância do acompanhamento dos casos de hanseníase pela a equipe de profissionais da ESF, uma vez que, por meio desta, é possível realizar o levantamento das reais necessidades do paciente assim como sistematizar a assistência de enfermagem para uma melhor qualidade dos cuidados. É primordial também que a equipe de saúde se conscientize do seu papel como educador objetivando um serviço de qualidade para a comunidade e minimizando os riscos de contaminação de diversas doenças.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ACERCA DA AIDS ENTRE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA

Jéssica Freire Rangel, Patricia Alencar Dutra, Anna Jessyca Andrade Lacerda, Priscila de Vasconcelos Monteiro, Maria Lucia Duarte Pereira, Ana Caroline Lima Vasconcelos

Palavras-chave: AIDS, adolescentes, representação social

APRESENTAÇÃO: As doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e a AIDS são problemas que deram destaque aos adolescentes no campo da saúde. A adolescência é uma fase da vida, em geral, saudável e o exercício da sexualidade é frequentemente se inicia nesta idade tem tido consequências para as quais é necessário um olhar mais cuidadoso (TAQUETTE et al, 2011). As representações sociais (RS) fornecem elementos de

caracterização de como grupos de pessoas pensam e agem diante de um fenômeno. Reconhecer os elementos que constituem das representações a respeito da AIDS fornece pistas sobre as cognições que se relacionam com os comportamentos perante a doença (NATIVIDADE, CAMARGO, 2011). Entende-se nesse sentido que o adolescente atribui ao HIV/AIDS posturas de maior ou menor autocuidado na saúde ou de adesão às práticas de prevenção. Logo o objetivo do presente estudo é identificar as RS da AIDS entre estudantes ensino médio de uma escola pública. Desenvolvimento do estudo: Participaram da pesquisa 84 estudantes do ensino médio de uma escola pública da região nordeste do Brasil, com idades entre 13 e 22 anos, sendo 62% do sexo feminino e 38% do sexo masculino. Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica de associação livre de palavras (TALP) antes (pré-teste) e depois (pós-teste) das intervenções, sendo utilizado o estímulo indutor "AIDS". As ações abordaram temas relacionados à AIDS, como se pega e como se protege contra ela; sobre os outros tipos de DST's; ciclo menstrual; preservativos e métodos. Os dados do questionário com o teste de associação livre de palavras foram organizados em um banco de dados e processados no software Ensemble de programm permettant l'analyse de sévocations (EVOC) para a obtenção do quadro de quatro casas e identificação dos elementos estruturais da representação social (VERGÈS, 1999). Após obtenção de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará (Protocolo nº 1.050.064/2015), contatou-se a escola, solicitou-se autorização para os pais dos menores de 18 anos de idade e agendaram-se os momentos de coleta de dados com todos aqueles que consentiram participar. Resultados e/ou Impactos O intuito de pedir que os participantes preenchessem o

talp antes da intervenção foi entender qual termo introdutor a AIDS vem à mente deles de acordo com seu conhecimento prévio. No quadro de quatro casas resultante do pré-teste, observou-se os termos 'doença', 136 vezes, e "sexo", 71 vezes, no quadrante superior esquerdo, compondo o núcleo central da representação por terem maior importância atribuída e uma frequência mais elevada. O ponto de corte definido foi uma frequência alta e Rang menor que 2,5. Na primeira periferia ou quadrante superior direito, encontraram-se os termos "morte", 52 vezes, "camisinha", 33 vezes e "medo" 26 vezes. Os termos que a compõem se organizam ao redor do núcleo central, pois guardam relação com os elementos "doença" e "sexo". Na segunda periferia ou quadrante inferior esquerdo, a única palavra foi "doenças" com uma frequência de oito vezes. Por fim, no quadrante inferior direito, os elementos de contraste são aqueles com menor frequência e rang elevado. As palavras mais repetidas foram "cura", 9 vezes; e "depressão", "descuido", "sangue" e "transmissão", 8 vezes cada uma. A seguir, foram realizadas as intervenções e optou-se em retornar a escola para aplicar o talp como um pós-teste. O intuito de pedir que os participantes preenchessem o talp depois da intervenção foi identificar o conhecimento adquirido por eles a partir do conteúdo abordado. Com isso, obtemos no núcleo central do pós-teste as palavras 'doença', 'doenças' e 'sexo'. Já no quadrante superior direito, a palavra de maior frequência foi 'morte', 29 vezes. No quadrante inferior esquerdo a palavra 'DST' 9 vezes; e no quadrante inferior direito as palavras "cuidados" e "medo" 8 vezes cada uma. Ao que foi percebido nos núcleos centrais de ambos os testes, a palavra 'doença' e 'sexo' no pré-teste, relacionada aquela com a AIDS e está com uma das formas de transmissão da AIDS. No pós-teste foi incluído a palavra 'doenças', relacionando a AIDS ao

aparecimento das doenças oportunistas em detrimento do sistema imunológico e de práticas não saudáveis. As palavras 'doença' e 'doenças' não foram homogêneas por apresentarem contextos diferenciados. Na primeira periferia, observou-se que as palavras tiveram uma semelhança, pois o pré-teste apresentou as palavras 'morte', 'camisinha' e "medo"; e o pós-teste apresentou como palavra morte com a maior frequência. Entende-se que a 'morte' é a palavra de maior frequência por ainda ser considerada como a principal consequência esperada pela AIDS, não desaparecendo após as intervenções educativas. O "medo" mostra o que os jovens ainda sentem em relação à doença, evidenciando a presença de sentimento negativo pela doença, mas ficando evidente que após as intervenções administradas na escola a palavra sumiu do quadro do pós-teste, diminuindo esse sentimento. A 'camisinha' aparece no pré-teste por ser conhecida pelos jovens como a principal forma de evitar a doença. Na segunda periferia, o pré-teste pôde apresentar apenas a palavra 'doenças', sendo mostrado o agravante de que foi uma palavra pouco lembrada ou influente diante dos jovens antes das intervenções. Percebeu-se que esta palavra tornou-se núcleo central do pós-teste. Já no pós-teste, apareceu apenas à sigla DST, por associar essa palavra a AIDS como uma doença sexualmente transmissível (DST) e a relacioná-la também com o aparecimento das outras doenças transmitidas sexualmente. Os elementos de contraste encontrados não obtiveram relação, por todas as palavras serem diferenciadas. No pré-teste, pode-se relacionar que "cura" teve maior frequência pela presença de sentimento positivo pela doença e pelos jovens acharem que a doença pode ser curada, porém essas respostas estão de acordo com não vivenciadas intervenções. A "depressão" aparece como um fator agravante e limitante para

as pessoas que vivem com a doença e/ou que não aceitam sua condição. A palavra 'sangue' é conhecida por ser a principal via de transmissão da doença; e a 'transmissão' abrange como a doença chega à pessoa. O pós-teste traz como caracterização as palavras "cuidados" e "medo", estas podem demonstrar que a partir das intervenções os jovens aprenderam que existe a necessidade de cuidados para não contrair a doença e em relação à doença propriamente dita, mas ainda existe a presença do medo diante das ações relacionadas a adquirir a enfermidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A adolescência é um período que se concentra a maioria dos casos de DST's e é nela que se deve propiciar a maior quantidade possível de informações a respeito do tema (THEOBALD et al, 2012). Portanto, é uma fase de transição que necessita de uma atenção especializada principalmente ao que se refere à saúde sexual e reprodutiva. No que se refere aos conhecimentos gerais relacionados às DST's, podemos observar que esse tema não é totalmente desconhecido pelos adolescentes deste estudo. Contudo o conhecimento e desconhecimento se mesclam nas questões analisadas. Diante disso, é possível observar a importância da aproximação do profissional de saúde em locais de presença significativa de adolescentes, para assim, ajudá-los e instruí-los em certas situações como a vítima de violência sexual. Portanto, as intervenções implementadas, além de terem trazido ganhos nos conhecimentos e atitudes dos jovens sobre DST/HIV/aids, apontaram fragilidades que precisam ser mais bem manejadas, com intervenções mais duradouras e focadas em suas necessidades.

RISCOS ASSOCIADOS A QUEDA DE IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Caroliny Oviedo Fernandes, Adrielly Brites Mascarenhas, Ariza Barbosa do Nascimento, Bruna Barbosa Maguin Morilo, Liz Andrea Pretto, Paula Peixoto Canuto, Patrícia de Souza Brandão, Maria da Graça da Silva

Palavras-chave: acidentes por quedas, idoso, enfermagem

INTRODUÇÃO: Nos últimos 50 anos a população brasileira quase triplicou e esse crescimento populacional veio acompanhado também do aumento do número de idosos. Em 2010 a população idosa passou a representar 10,8% da população nacional, sendo um total de 20,5 milhões. Concomitantemente a essas transformações, ocorrem mudanças no perfil de morbimortalidade da população, o que gera preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos (1). O Brasil em 2025 ocupará o sexto lugar em número de idosos, totalizando cerca de 32 milhões representando um aumento de 15 vezes dessa população, enquanto que a população geral crescerá apenas cinco vezes nesse mesmo período (2). Diante dessas expectativas se faz relevantes estudos de quedas em idosos por acarretar problemas clínicos e de saúde pública devido à alta incidência, às complicações e aos elevados custos assistenciais, sendo que cerca de 30% das pessoas com mais de 65 anos são vítimas de quedas pelo menos uma vez ao ano (3). Além de repercutir nos cuidadores familiares que assumem nova rotina e cuidados especiais em função da reabilitação ou adaptação do indivíduo após a queda. As possíveis causas dessas quedas são divididas em fatores de risco intrínsecos e extrínsecos. De modo geral, os fatores intrínsecos compreendem as alterações fisiológicas do envelhecimento, bem como as condições

patológicas e as reações ao uso de fármacos. E os fatores extrínsecos, englobam os perigos ambientais e as situações sociais de risco. (4,6) Com isso o objetivo desse trabalho é identificar os principais fatores de risco que corroboram para a ocorrência de quedas em idosos a partir da pesquisa em bases de dados on-line nos últimos cinco anos. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com os artigos pesquisados na Biblioteca Virtual em Saúde a partir dos descritores: acidentes por quedas, idoso, enfermagem. A amostra final constituiu-se de sete trabalhos completos publicados entre os anos de 2010 e 2014, no idioma português. Também se fez uso da técnica de análise temática de conteúdo, identificando cinco temas principais, e a partir disso, os dados foram analisados, segundo os seus conteúdos, pela estatística descritiva, utilizando frequência simples e percentual. **RESULTADOS:** Os acidentes por quedas são, de maneira geral, episódios multifatoriais, os quais envolvem: 1) Riscos relativos ao perfil dos idosos, 2) Riscos relacionados aos fatores extrínsecos, 3) Riscos relacionados às alterações fisiológicas, 4) Fatores cognitivos e 5) Fatores medicamentosos. Seis artigos apontaram que a idade dos idosos que apresentam maior incidência está entre 65 e 79 anos, dado apontado por seis estudos (85,7%) devido às alterações fisiológicas do envelhecimento. Além disso, as quedas ocorrem mais no sexo feminino devido a crescente maior desta população quando comparada ao sexo masculino e, provavelmente, por um maior índice de mortalidade no sexo masculino e maior expectativa de vida na população feminina. A baixa renda per capita, identificada por três estudos (42,8%), aumenta o risco de queda devido a relação com a baixa escolaridade que juntamente com as implicações do envelhecimento, dificulta a compreensão e seguimento das orientações

(4,6,9-12). Nos fatores extrínsecos cinco publicações (71,42%) destacam as quedas em idosos devido a maior permanência em casa, muitas vezes sem um cuidador (5,6,9,10,12). Somente um estudo afirmou que a prevalência de quedas foi evidenciada no ambiente exterior da residência considerando vias públicas, calçadas e quintais por conta das atividades rotineiras e independentes que alguns idosos praticam (4). Seis artigos (85,71%) descrevem a prevalência de quedas em idosos em suas próprias residências, destacando-se principalmente por rampas, degraus, escadas, tapetes, móveis e objetos pontiagudos (4-6,9,10,12). Três artigos (42,85%) apontam que os locais que proporcionavam maior risco de quedas foram respectivamente: a cozinha, quarto, banheiro, corredor e quintal, relacionados a frequência de quedas em mulheres por exercerem atividades domésticas, principalmente na cozinha. Ainda sobre os fatores extrínsecos o banheiro se destaca por propiciar quedas pela falta de corrimãos ou barras de segurança, presença de pisos inadequados, escorregadios e ausência de tapetes antiderrapantes. Com relação ao corredor, os artigos referenciam que por ser uma passagem que interliga os cômodos, a má iluminação e a ausência de corrimãos propiciam o risco de quedas nesse espaço. Já o espaço externo, que seria o quintal, é considerado como risco iminente de quedas devido à presença de batentes, degraus, escadas e pisos escorregadios (4,6,10). O processo de envelhecimento vem acompanhado de alterações fisiológicas que limitam as funções do organismo, se tornando risco para queda associado aos fatores intrínsecos, sendo citado por seis artigos (85,7%)(4,5,9-12). A osteoporose tem forte relação com quedas, fraturas e declínio da capacidade funcional e da qualidade de vida do indivíduo, pois estes apresentam alteração postural, distúrbio da

marcha e desequilíbrio corporal. Com o avanço da idade, há diminuição da visão e perda parcial da audição, esses fatores foram citados por cinco estudos (71,4%) como risco para queda, pois a visão e a audição são fontes importantes para captação de informações ao nosso redor e na condução dos movimentos do corpo (4,5,10-12) Na mesma proporção anterior também foi evidenciada a diminuição da força muscular e disfunção do aparelho locomotor pela interferência no equilíbrio e instabilidade da locomoção e marcha(4,5,9-12). O envelhecimento possibilita a existência de uma gama de fatores, que por sua vez, podem aumentar o risco de quedas tais como depressão e declínio cognitivo (4,5,9,12). Verificou-se a importância de uma avaliação cognitiva realizada pelos profissionais de saúde, sobretudo pelo enfermeiro (4,9). Dificuldades com a memória são queixas frequentes no atendimento ao idoso. A manutenção de uma memória adequada é vital no envelhecimento visto que está relacionada à autonomia e independência. Os transtornos de humor, ansiedade e isolamento social comprometem a saúde favorecendo o declínio cognitivo consequentemente aumentando o risco de quedas (4,5,9). O envelhecimento é gradual e inerente ao ser humano, sendo cada vez mais relevante diante de suas peculiaridades. Ligado ao processo de envelhecimento, está o controle de doenças, muitas vezes conseguido por meio do emprego regular de medicação (13) . O uso contínuo de medicamentos foi citado como fator de risco por cinco artigos pesquisados (4,8-12). Verificou-se que os idosos vítimas de quedas usavam maior quantidade de medicações concomitantes, principalmente nos casos de polifarmácia, potencializando os riscos de efeitos adversos e interações medicamentosas (4,10,12). Assim, pode haver o aumento da fragilidade do idoso e a

predisposição a esses acidentes (13). As medicações específicas destacadas foram: os anti-hipertensivos (42,8%), seguido pelos psicotrópicos (28,7%). Também foram citados os hipoglicemiantes, antidepressivos, diuréticos, anti-inflamatórios não-esteroidais, analgésicos, digitálicos, tópicos oculares e antiparkinsonianos. Neste sentido, drogas que alteram a atenção, respostas motoras e pressão arterial merecem maior atenção (4,9-12). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As publicações estudadas trazem contribuições significativas ao conhecimento produzido na área de enfermagem, haja visto que identificar os fatores de risco de queda em idosos é o primeiro passo na busca por soluções. Também se salienta a total utilização de dados quantitativos após as intercorrências de quedas, e o fato de que não houve estudos com enfoque na prevenção das quedas. Frente às lacunas apontadas, fica evidente a necessidade de estudos qualitativos com enfoque na prevenção desses agravos, uma vez que são fundamentais para que o enfermeiro tenha uma visão crítico-reflexiva. Observou-se que, sempre há a soma de diversos fatores que envolvem os acidentes por quedas em idosos, por isso, efetuar um cuidado de qualidade pautado em referenciais teórico-metodológicos é de suma importância.

SABERES POPULARES EM DIABETES: A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Andréa Leite de Alencar, Noyana Latoya Campos Soares, Ana Beatriz da Silva Pedroso, Liliane Cristina Silva Felix, Nayara Linco Simoes, Edileuza Felix de Souza, Simone Aguiar da Silva Figueira, André Augusto Ramos Pinheiro Lemos

Palavras-chave: saberes populares, prevenção em diabetes, educação em saúde

INTRODUÇÃO: O Diabetes mellitus é uma doença crônica caracterizada por um transtorno metabólico e hiperglicêmico, resultante de defeitos da secreção e/ou ação da insulina no qual envolve processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção de insulina, entre outros. Pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Os pacientes não dependem de insulina exógena para sobreviver, porém podem necessitar de tratamento com insulina para obter controle metabólico adequado. Atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico de DM com utilização da glicemia: Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual, aquela realizada a qualquer hora do dia independentemente do horário, maior que 200 mg/dL; glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL e glicemia de 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose maior que 200 mg/dL. O pré-diabetes é o estado em que o indivíduo apresenta valores de glicemia de jejum alterada, ou seja, os valores são menores que o valor estabelecido para classificar como diabetes mellitus, porém superiores quando comparados ao valor de referência normal. Reconhecendo a importância da detecção precoce dos fatores de riscos que podem desencadear o diabetes mellitus, o presente estudo tem por objetivo avaliar o conhecimento prévio sobre o diabetes entre os moradores de um bairro localizado na periferia da cidade de Santarém/PA, além de traçar o perfil socioeconômico e glicêmico, no momento da ação. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo e descritivo. Para a elaboração do estudo, foi realizada uma ação em saúde no dia 29 de agosto de 2014 pelos acadêmicos e docentes do curso de Enfermagem da Universidade

do Estado do Pará, juntamente com a enfermeira e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do bairro. Na ocasião, foi feita a aferição da Pressão Arterial, do Índice de Massa Corporal-IMC e da glicemia capilar dos entrevistados, além da realização de palestras e distribuição de cartilhas nas quais discorriam sobre a prevenção e o cuidado com o diabetes. Após as palestras, aplicou-se um questionário estruturado com 15 perguntas fechadas relacionadas a dados demográficos e socioeconômicos como idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, renda familiar, também quanto ao conhecimento sobre o diabetes, o que fazer para evitá-lo e como tratá-lo, ao uso dos serviços de saúde e consumo de medicamentos caso fossem diabéticos. Responderam aos questionários 41 pessoas a partir dos 18 anos de idade, todas moradoras do bairro onde a ação foi realizada. Resultados: Das 41 (100%) pessoas submetidas ao questionário, a idade variou entre 19 a 83 anos, sendo que a maioria, 32 (78,05%), eram adultos e 9 (21,95%) eram idosos. Com relação ao sexo, 30 (73,17%) eram do sexo feminino e apenas 11 (26,83%) eram do sexo masculino. Quanto a escolaridade observou-se que 16 (39,03%) não haviam concluído o Ensino Fundamental, 6 (14,63%) concluíram o Ensino Fundamental, 6 (14,63%) não concluíram o Ensino Médio, 9 (21,95%) possuíam o Ensino Médio, apenas 1 (2,44%) tinha o Ensino Superior e 2 (4,88%) não informaram a sua escolaridade. A glicemia dos entrevistados variou da seguinte forma: 27 (65,86%) pessoas tiveram glicose menor que 100mg/dL, ou seja, a maioria possuía o nível de glicemia sob controle. No entanto, 6 (14,63%) tiveram glicemia maior que 100 e menor/igual a 125mg/dL o que significa que estes indivíduos precisam ter maior cuidado para não evoluir, futuramente, ao diabetes. Por fim, 8 (19,51%) tiveram um resultado igual/maior que 126mg/dL, sendo

que estas pessoas precisam repetir o teste e fazer um acompanhamento médico para ter um diagnóstico definitivo. Quanto às que sabiam o que é diabetes, 28 (68,30%) disseram conhecer a doença e 13 (31,70%) afirmaram não saber o que é diabetes. Apesar da maioria dos entrevistados terem conhecimento sobre o diabetes notou-se que uma parcela significativa ainda desconhece essa patologia. Este dado é um alerta, pois há uma disponibilização de informações bastante ampla em meios de comunicação, unidades de saúde entre outros e por algum motivo não tem chegado essa informação as pessoas. Esta falha pode estar atribuída à prevenção primária, pois é onde principalmente deveriam haver atividades que sensibilizam e informam a população acerca dos problemas de saúde buscando prevenir complicações. Com relação a prevenção do diabetes, 26 (63,41%) responderam que sabiam o que fazer para evitá-lo e 15 (36,59%) responderam que não sabiam, verifica-se assim, que a maioria tem algum conhecimento em relação aos cuidados com o diabetes. Quando questionadas se eram portadoras de doença, 35 (85,37%) pessoas disseram não ter e 6 (14,63%) afirmaram ser portadoras de diabetes. A quantidade de pessoas que relataram ter um acompanhamento com o profissional de saúde foi de 19 (46,30%), e 21 (51,20%) responderam que não faziam nenhum acompanhamento e apenas 1 (2,40%) não respondeu a questão. Esses resultados revelaram que os participantes do estudo realizam algum tipo de acompanhamento que inclui a prevenção e/ou tratamento de saúde, sendo citado pela maioria o exame preventivo do colo uterino e apenas uma pequena parcela relatou ter realizado teste de glicemia como medida para verificar seu estado de saúde. Quando questionados a respeito da frequência com que realizam exames de rotina, 23(56%) revelaram fazer

exames de rotina e 18(44%) disseram não fazer. Quanto ao intervalo de tempo que são realizados o exame verificou-se que a maioria dos entrevistados, 17 (41,50%) não respondeu a questão, 10 (24,40%) pessoas responderam realizar o exame anualmente, 8 (19,60%) disse fazer exames a cada seis meses, a quantidade de pessoas que realizam exames de rotina a cada dois meses é de 2 (4,90%), a cada três meses 2 (4,90%), e 1 (2,40%) disse fazer a cada cinco meses e um (2,40%) disse fazer somente na gravidez. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por ser uma patologia de alta prevalência no mundo com um aumento gradativo das estatísticas e complicações sérias em longo prazo, é necessário que sejam implementadas ações como a educação em saúde principalmente na atenção básica, a fim de prevenir e sensibilizar a população a mudar seus hábitos para que garantam uma melhor qualidade de vida. Diante disso, o enfermeiro possui fundamental importância enquanto educador na atenção primária, uma vez que é o profissional que tem maior contato com os pacientes, pois através de sua arte do cuidar acaba construindo vínculos que ajudam a levar as informações de maneira mais clara e direta.

SAÚDE DO IDOSO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL: COMO OCORRE ESSA RELAÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR?

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima, Janete Lima de Castro, Kenio Costa de Lima

Palavras-chave: Recursos humanos, saúde do idoso, projeto pedagógico

Nas três últimas décadas, o processo de transição demográfica vem acontecendo em todo o mundo com um crescimento bastante significativo da população idosa. Ademais, sabe-se que o envelhecimento

populacional está ocorrendo de forma mais acelerada em países emergentes do que em países desenvolvidos, sobretudo, em um contexto de significativa pobreza e desigualdade social. Estima-se que nos próximos trinta anos o número de idosos em todo o território brasileiro será em torno de sessenta e cinco milhões, representando cerca de 25% de toda a população. Com o aumento da expectativa de vida e, por conseguinte, do quantitativo de pessoas idosas, nota-se uma forte dependência desse grupo etário às ações e aos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2005, 70% dessa referida população já dependia totalmente do sistema público de saúde brasileiro. Entretanto, a qualidade da assistência ofertada a essa clientela está aquém das necessidades que esta requer. Tal situação que demonstra a importância de investimentos para enfrentar o fenômeno populacional presente na atualidade e previsto para agravar-se nos próximos anos. Para qualificar a assistência ofertada à população idosa, é preciso, primeiramente, investir na qualificação da força de trabalho presente nos serviços de saúde, sejam de caráter público ou privado, para atuar na perspectiva da promoção do cuidado integral, interdisciplinar e intersetorial. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), publicada em 19 de outubro de 2006, através da Portaria n.º 2.528 GM/MS, aponta diretrizes essenciais para o alcance desses propósitos, incluindo a formação de recursos humanos. Além da PNSPI, o Estatuto do Idoso, publicado em 1º de outubro de 2003, através da Lei nº 10.741, é outra normativa que norteia a construção de ações sociais e de saúde para garantir a proteção das pessoas idosas e aborda a problemática da qualificação de recursos humanos em saúde. O Artigo 22 do citado Estatuto demanda a inserção de conteúdos relativos ao processo de envelhecimento, à desconstrução de preconceitos e à

valorização social dos idosos durante a formação dos profissionais de saúde⁴. Todavia, nos Projetos Pedagógicos (PP) das graduações da área da saúde, ainda é pouco expressivo o ensino do cuidado à saúde do idoso, bem como não há uma oferta significativa de processos de capacitação para qualificar os profissionais que já atuam nos serviços de saúde. Os profissionais de saúde ingressam no mercado de trabalho com pouco preparo para lidar com as reais necessidades de saúde da população idosa, tornando-se limitados para realizar trabalhos intersetoriais, tais como o desenvolvimento de ações com os profissionais do setor da assistência social. Essa situação torna-se ainda mais grave no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), que tem o papel de reorientar a assistência à saúde na atenção básica e, por conseguinte, nos demais níveis de atenção do SUS. Ademais, de acordo com a PNSPI, cabe à ESF realizar o cuidado integral ao idoso. Nesse sentido, o presente estudo teve o objetivo de analisar os aspectos referentes à saúde do idoso e ao envelhecimento humano abordados na formação dos profissionais de nível superior que atuam na ESF. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com uma abordagem qualitativa. Para identificar os referidos aspectos, foi realizada uma busca documental dos PP dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Definiu-se a UFRN como objeto de trabalho desse estudo por ser a Instituição de Ensino Superior (IES) mais antiga do estado do Rio Grande do Norte (RN), realizando a formação de cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos há quase sessenta anos. Ademais, há três anos consecutivos a UFRN é considerada a melhor IES do Norte e Nordeste do Brasil, de acordo com os critérios de avaliação do Ministério da Educação, servindo como referência para as demais IES nacionais. Em seguida,

a análise dos documentos foi realizada por meio da técnica da Análise de Conteúdo, utilizando o procedimento da categorização. A busca, bem como a análise documental, ocorreram no mês de agosto de 2015. Por tratar-se de uma pesquisa de caráter documental, ressalta-se que não foi preciso enviar o presente estudo para apreciação e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) vinculado ao Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL/UFRN). Para facilitar a compreensão dos resultados, a análise dos dados foi dividida em duas categorias: 1) desenvolvimento de competências e habilidades profissionais e 2) estrutura curricular. No que se refere à primeira categoria, notou-se que os PP dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da UFRN estão em consonância com as competências e habilidades gerais previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), estabelecidas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996), almejando uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva aos seus alunos. Tal formação possibilita que os egressos e futuros profissionais atuem de forma integral em todos os níveis de atenção do sistema de saúde. Entretanto, nas três graduações não está previsto o desenvolvimento de competências e habilidades específicas para atuar frente às necessidades de saúde da população idosa, sobretudo, no que se refere à atuação profissional que propicie o desenvolvimento da autonomia, do protagonismo e da independência do ser que envelhece. Quanto à segunda categoria, notou-se que não há nenhum conteúdo curricular específico referente à saúde do idoso e aos cuidados geriátricos nas referidas graduações. Como nos PP dos cursos analisados não está previsto o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais para atuar no cuidado integral à saúde do idoso, acredita-

se que essa ausência seja a justificativa para não haver conteúdos específicos que possibilitem tal desenvolvimento. Vale salientar que na graduação em Enfermagem, a saúde do idoso é abordada juntamente com os demais ciclos de vida (saúde da criança, saúde do adolescente e saúde do adulto) nos componentes “Atenção Básica e Saúde da Família”, “Estágio Supervisionado II: Enfermagem na Atenção Básica e Saúde da Família” e “Enfermagem em Clínica Ampliada”. Todavia, esse tipo de abordagem tende a secundarizar os aspectos sociais, econômicos e subjetivos presentes no processo de saúde e de envelhecimento, caracterizando-se pelo reducionismo do cuidado biomédico e paliativo à saúde do idoso. Com a realização deste estudo, espera-se que seja realizada uma revisão dos PP dos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia da UFRN, cuja formação dos alunos e futuros profissionais seja voltada para atender às demandas da sociedade e do SUS. Nesse caso, que na formação dos já mencionados profissionais sejam englobados todos os aspectos para suprir as exigências de saúde da população idosa, através de uma metodologia de educação multi, intra e transdisciplinar. Além disso, acredita-se que a presente pesquisa poderá auxiliar também na orientação da formação presente em outras IES com perfil organizacional e institucional semelhante ao da UFRN, ou que estejam inseridas em contextos com perfil demográfico e social semelhante ao do RN e ao do Brasil.

SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM DURANTE OS PRIMEIROS CONTATOS COM A PRÁTICA PROFISSIONAL: UMA INTERVENÇÃO DIALÓGICA

Natali Portela, Cibele de Moura Sales

Palavras-chave: Estudantes de enfermagem, Saúde mental, Promoção da saúde, Educação em enfermagem

Para muitos jovens, a entrada e a permanência no ensino superior representam uma crise psicossocial. Algumas exigências da vida universitária são potencialmente desencadeadoras de adversidades que podem exercer influência negativa no aspecto emocional. Neste contexto, os graduandos em enfermagem estão entre os que mais apresentam sinais de sofrimento psíquico no enfrentamento de dificuldades relacionadas a atividades acadêmicas (CERCHIARI, 2004). Este aluno é frequentemente colocado em novos contextos na sala de aula, em laboratórios e na prática do estágio, porém nem sempre está amadurecido psicologicamente para as situações enfrentadas, principalmente os do segundo ano, quando normalmente iniciam-se as atividades práticas. Esta fase é potencialmente geradora de conflitos que podem repercutir negativamente não apenas na saúde mental do aluno como também na aprendizagem. Sensações de tensão, ansiedade e insegurança em relação a capacidade em desenvolver procedimentos, lidar com pacientes, familiares, docentes e equipes de trabalho são recorrentes entre estes acadêmicos. O contato com a doença, o sofrimento humano e a morte costumam despertar angústias e questionamentos em relação à escolha profissional. Estes estudantes percebem as limitações de sua atuação e de seus conhecimentos, sendo comum o surgimento de sentimentos de incerteza, decepção e impotência (NOGUEIRA-MARTINS, 2002). Trata-se de momento delicado da graduação que requer atenção e cuidado, haja vista a necessidade de valorização das dimensões éticas e humanísticas da formação. É relevante lembrar ainda que a enfermagem é uma graduação com uma extensa carga de

atividades semanais, onde as queixas relacionadas ao cansaço físico e mental são frequentes. A construção das atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a Enfermagem foi influenciada pelas conquistas políticas da Reforma Sanitária brasileira e pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo, um dos princípios doutrinários do SUS, a integralidade, ganha relevância no processo de formação em enfermagem. As Instituições de Ensino Superior (IES) devem estar conscientes de seu papel para a formação integral do enfermeiro, que, segundo as diretrizes, ultrapassa a transmissão de conhecimentos técnicos, abrangendo a necessidade de desenvolvimento sociocultural e psicológico do estudante para que se atinja o perfil profissional desejado. Logo, neste primeiro contato com a prática em enfermagem esse aluno precisa ser acolhido integralmente, e não reduzido apenas a uma feição de sua dimensão humana ou a uma demanda específica, no caso, o seu saber intelectual. As conclusões de estudos sobre as experiências acadêmicas que interferem no equilíbrio psicoemocional do universitário indicam a necessidade da implementação de medidas que busquem a minimização de conflitos que incidem sobre a vida do estudante (BORBA, 1997; JONES e JOHNSTON, 2000; LUCHESE e BARROS, 2002; KAWAKANE e MIYADAHIRA, 2005; MOSCARITOLLO, 2009; DIAS et al., 2014; e outros). Desse modo, muitas universidades públicas brasileiras possuem algum tipo de assistência psicossocial voltada à comunidade acadêmica, e, desde 2004, somos responsáveis pelo Serviço de Atendimento Psicológico (SAP) ao corpo discente da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS. Nestes anos de escuta clínica dentro de uma IES, pudemos acompanhar muitos destes conflitos psíquicos junto aos graduandos em enfermagem desencadeados pelo primeiro

contato com a prática profissional. Consideramos o atendimento psicológico a estes estudantes de extrema relevância, contudo, não se trata de atividade curricular inserida no ensino, mas sim de uma oferta de assistência com limitações, que não consegue contemplar a todos. Neste trabalho, buscamos superar algumas limitações do SAP, construindo uma estratégia mais ampla voltada à saúde mental destes universitários. Visamos promover uma reflexão junto a alunos do Curso de Enfermagem sobre as experiências iniciais de contato com a prática, com ênfase na dimensão psicossocial, com o intuito de contribuir para a formação de um profissional de saúde crítico, reflexivo, humanista e mais fortalecido emocionalmente. Trata-se de uma pesquisa de mestrado em andamento, com metodologia participante e interventiva, onde serão produzidos encontros semanais com um grupo fechado de alunos da segunda série do curso de enfermagem da UEMS, com o intuito de formar rodas de conversa a respeito das vivências relacionadas aos primeiros contatos com a prática profissional. Faremos destas rodas momentos propícios à construção de um conhecimento a partir do próprio grupo, e de uma práxis social capaz de transformações. Os caminhos para a melhoria da saúde mental dos alunos de enfermagem serão uma produção coletiva, buscando a não hierarquização do saber especializado da posição de pesquisadora, e em concordância com os referenciais dialógicos que orientam o trabalho. O compartilhamento de experiências e a reflexão crítica da realidade (FREIRE, 1975) geram um caráter terapêutico e pedagógico nestes encontros, com potência a atuar positivamente na saúde mental dos alunos. O papel terapêutico acontece ao falar sobre os sentimentos, pensamentos e atitudes despertados por este período da graduação com colegas que se

encontram em situação comum, em um ambiente confortável, de escuta, seguro e acolhedor, capaz de propiciar a interação uns com os outros e o estabelecimento de vínculos, permitindo identificações interpessoais e promovendo uma reflexão subjetiva que favorece a elaboração. A dimensão pedagógica está na ação de problematizar as experiências, no diálogo entre sujeitos que se colocam e, ao mesmo tempo, ouvem as falas dos outros que repercutem em cada um, sociabilizando saberes, promovendo uma discussão e reflexão conjunta de possíveis estratégias de superação e com vistas a uma formação mais autônoma. Desta maneira a aprendizagem torna-se um processo dialógico e horizontal, onde aprendemos a partir das relações que estabelecemos com os outros (PICHON-RIVIÈRE, 1998). Nossa experiência de mais de uma década a frente do SAP, em conjunto com a revisão de outros estudos desenvolvidos no Brasil e no exterior que tiveram como foco a saúde mental do estudante de enfermagem, fazem com que acreditemos que o resultado direto desta estratégia de intervenção em desenvolvimento promoverá uma maior confiança e autonomia nos alunos que estão iniciando o contato com a prática profissional, repercutindo positivamente em seu processo de formação. Além disso, os resultados dessa pesquisa podem ser utilizados para minimizar déficits existentes na relação estudante/instituição; para embasar avaliações e futuras melhorias da estrutura curricular e metodologias de ensino; para contribuir na criação de ações no cotidiano universitário a fim de torná-lo mais produtivo e menos ansiogênico e estressante; e para incitar no graduando de enfermagem uma reflexão sobre seu percurso acadêmico, que o auxilie futuramente nas complexas situações em seu ingresso no mundo do trabalho. Entendemos que um dos objetivos da

graduação em enfermagem é produzir um profissional de saúde capaz de realizar uma assistência que compreenda o usuário de forma integral. Logo, é relevante que este profissional, em seu processo de aprendizagem, vivencie a integralidade em seu cotidiano na universidade, com estratégias pedagógicas que também considerem seus aspectos psicológicos e sociais. Assim, torna-se fundamental que os fatores emocionais ligados à prática assistencial de profissionais de saúde sejam percebidos e cuidados nas ações vinculadas ao ensino, construindo então um ambiente psicologicamente receptivo e acolhedor nas experiências em sala de aula e estágios, atenuando o estresse relacionado ao processo de formação. Esperamos que as conclusões deste trabalho desencadeiem reflexões e discussões entre todos envolvidos no processo de formação do enfermeiro a respeito das múltiplas dimensões que influenciam sua aprendizagem, e que devem ser consideradas, não apenas para que possamos formar um trabalhador de saúde comprometido com os princípios do SUS como preconizam as diretrizes, mas também um profissional realmente humanista, crítico, reflexivo e ético.

SE VOCÊ QUER PRENDER, NÃO É SEGURO: PROBLEMATIZAÇÃO DA MEDIDA DE SEGURANÇA E DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Luana da Silveira, Ana Isabel Pereira Moreira, Carolina Cordeiro Gonçalves, Isabella Bittar, Leniara Barreto, Jéssica Pereira Silva, Patrícia Durans, Vitor Duncan Marinho

Palavras-chave: medida de segurança, internação compulsória, saúde mental, direitos humanos

O presente trabalho possui como objetivos a problematização da aplicação da Medida de Segurança (MS) reduzida à internação, assim como o questionamento sobre a construção do discurso que embasa esse tipo de prática, tendo-se como base a perspectiva foucaultiana, e usando-se como casos analisadores o caso de Almerindo, relatado no documentário *A Casa dos Mortos* (DINIZ, 2009), e o discurso sobre o “louco criminoso” produzido pela psiquiatra no documentário “Crônicas (Des) medidas” (ALVAREZ, 2014). A MS é uma sanção prevista pelo Código Penal Brasileiro para casos em que o autor do delito é considerado doente mental incapaz de entender o caráter ilícito do ato ou determinar suas ações. A partir da criação do Código Penal de 1940, a periculosidade passa a ser o motivo da execução da medida de segurança, como forma de proteger a sociedade daquele que “é perigoso”. Esta medida é prevista no Código Penal Brasileiro para casos em que o autor do delito é considerado “doente mental” e incapaz de entender o caráter ilícito do ato, sendo classificado como inimputável e não passível de pena, substituindo-se a pena pela aplicação da medida de segurança que institui o tratamento obrigatório. Apesar de o tratamento ambulatorial ser uma das determinações possíveis para o cumprimento da medida, na maioria das vezes, é determinado que seja cumprida através da internação em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Instaurado o incidente de insanidade mental o acusado é encaminhado ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) para exame médico-legal, que normalmente acarreta internação compulsória de longo prazo. Nesse aspecto, de acordo com Foucault, o discurso psiquiátrico em matéria penal tende a possuir um caráter muito mais moral que técnico-científico pautando-se em uma visão do louco como um “monstro perigoso”. A presença da periculosidade

ligada à figura do louco faz com que o efeito do delito cometido por este seja potencializado e visto como justificativa para que este seja afastado do convívio social, atribuindo-lhe vários comportamentos “anormais”. Esta problemática também é feita por Canguilhem (1966), que ao contrapor o modo de pensar da medicina de sua época, entendia a “doença” como produtora da perda de funcionalidade individual. Mesmo que esse comportamento “anormal” pudesse estar correlacionado à causa e efeito de um comportamento, por ser singular a cada indivíduo, impossibilitaria a causa do mesmo efeito em todos, tornando ilógica e reducionista a generalização. Segundo dados coletados pelo Senso, em 2011, 63% dos internos no HCTP Heitor Carrilho (RJ) que estavam em MS não deveriam estar internados, assim como ocorre com Almerindo, que pelo delito de lesão corporal leve, em 1981 foi internado no HCTP para realização de laudo psiquiátrico, realizado 6 meses depois, e foi sentenciado a cumprir 2 anos de MS após 3 anos de internação, permanecendo ainda em 2008, ano do documentário. Dessa forma, considerando que Foucault chama de controle da virtualidade, do comportamento que o sujeito pode vir a apresentar, percebe-se que o período das internações passa a ter tempo indeterminado, já que a medida de segurança não atua somente como uma penalidade pelo delito cometido, mas, sobretudo, para o controle e segurança social, e só será extinta quando houver um laudo psiquiátrico, atestando a cessação da periculosidade do interno. A internação compulsória de pessoas em sofrimento psíquico autoras de delitos viola diversos princípios da Constituição, como o da razoabilidade do prazo processual e o da proibição de penas cruéis ou de caráter perpétuo, assim como contraria a Lei nº 10.216. Vale ressaltar que práticas como essas são mantidas por discursos morais que, como aponta Foucault, conseguem

englobar em si as características de serem, ao mesmo tempo discursos de: poder, porque interferem diretamente sobre a vida de alguém; verdade, devido a legitimidade gerada pela figura que os produz e que fazem rir por seu caráter moral e pouco científico. Assim como o discurso produzido pela psiquiatra em questão que revela uma tendência em tratar o paciente por esse “monstro” construído por um misto de: a) aspectos morais, onde se ressaltam questões religiosas como exemplos de seu comportamento “nefasto”; b) um raso conhecimento científico, evidenciado quando se coloca uma autodepreciação e exclusão da sociedade como formas de tratamento; c) ignorância de uma individualidade, verificado quando se afirma que “todos de seu tipo” são iguais e; d) ênfase na impossibilidade de redenção, quando se diz que o paciente não responde ao tratamento e deve ser isolado. É através da criação da figura do “louco perigoso” que a psiquiatria se legitima, passando a subsidiar o poder judiciário, tendo em vista, a sua suposta competência referente à determinação do “grau” ou mesmo da existência de periculosidade ou de sua cessação. Devido ao status atribuído à psiquiatria de saber científico sobre a loucura e ao direito de um saber sobre a conduta legal, quando proferido por um psiquiatra, esse discurso é tomado como científico e quando usado por um juiz é dado como correto. Sendo assim, a aliança destes aparece para sociedade e ganha status de verdade inquestionável. Vale ressaltar que é justamente a produtora desse discurso a responsável por dar o veredito sobre o caso. Casos como esses mostram como a análise de Foucault, 40 anos após suas aulas, é atual e o discurso ainda é perpetuado por alguns profissionais de saúde mental, com efeitos gerados em medidas aplicadas em relação a pessoas em sofrimento psíquico em conflito com a lei, acreditando-se serem essas a matriz de diversos preconceitos, e que são os

mesmos a base para medidas de isolamento e dificuldades para inclusão, até mesmo na rede substitutiva. Se a medida de segurança frequentemente acarreta internação compulsória e os HCTP's não oferecem efetivamente o tratamento obrigatório instituído por ela, por que não determinar que seja cumprida em tratamento na rede de atenção psicossocial? A reforma psiquiátrica brasileira avança a passos lentos no que diz respeito ao "louco infrator", sendo preciso questionar a aplicação da medida de segurança e a necessidade de um dispositivo como o HCTP para que se possa discutir o fim dos manicômios judiciais como parte necessária na efetivação desta reforma. Tais práticas desafiam o campo da saúde mental coletiva a produzir intervenções jurídico-políticas e socioculturais, para além das teórico-conceituais e técnico-assistenciais, como aponta Amarante (2000), para o que a formação-intervenção tem papel fundamental na transformação dos modos de saber e lidar com a loucura.

SINTOMAS DEPRESSIVOS EM DIABÉTICOS USUÁRIOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM BLUMENAU- SC

Juliana Cecconello, Rafaela Roedel, Alessandra Martinenghi, Luiza Pinto de Macedo Soares, Eduardo José Cecchin, Miria de Souza Effting, Karla Ferreira Rodrigues, Nevoní Goretti Damo

Palavras-chave: Depressão, Diabete Mellitus, Atenção Primária à Saúde

A Diabetes mellitus (DM) é uma condição que necessita de acompanhamento ininterrupto, seja do próprio diabético (autocuidado), seja do sistema de saúde, haja vista a dificuldade de manter as mudanças nos hábitos de vida necessárias ao tratamento. É considerada problema de

saúde pública de grandes proporções e de difícil controle, uma vez que sua prevalência, morbidade e mortalidade aumentam progressivamente em escala internacional. Para tanto, o acompanhamento ideal do paciente diabético deve envolver também a esfera psicológica, pois a saúde mental desses pacientes tem relevância no que se refere à adesão ao tratamento e às consequentes complicações da doença. Sabe-se, por exemplo, que a depressão é fator de risco para a piora do controle glicêmico e está presente em 20-30% dos diabéticos. Pesquisas sugerem que o risco de desenvolver depressão aumenta em pessoas com diabetes, sendo essa a justificativa das altas taxas relatadas acima. Em 2000, a Organização Mundial da Saúde estimou que a depressão era a primeira causa de incapacidade e a quarta principal causa de anos de vida perdidos por incapacidade. Estima-se que em 2020 a condição atinja o segundo lugar nesse ranking. Esta pesquisa objetivou identificar o perfil e a possível presença de sintomas depressivos em usuários portadores de diabetes mellitus da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Germano Puff de Blumenau – SC. A coleta de dados foi realizada por cinco bolsistas calibrados do PROPET-Saúde da Universidade Regional de Blumenau, em julho de 2015, em visita domiciliar pré-agendada via telefone com os usuários. Os critérios de inclusão da pesquisa foram: diagnóstico de DM, ter idade superior ou igual a 18 anos e aceitar participar da pesquisa voluntariamente, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Aqueles que não responderam ao contato telefônico e não foram encontrados em casa após duas tentativas foram considerados como perda. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Regional de Blumenau em 25/06/2015 sob o parecer de nº 1.124.673. Neste trabalho, foi aplicado o "Patient

Health Questionnaire – 9" (PHQ-9), além de um questionário socioeconômico elaborado pelos autores. O questionário PHQ9 é um instrumento de autoavaliação, consolidado, que identifica a presença e o grau de severidade dos sintomas depressivos, sendo utilizado por vários autores para o acompanhamento da patologia em pacientes portadores de doenças crônicas. Ele trabalha com nove itens de avaliação, sendo que cada um pontua um dos nove critérios para diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DSM IV). Sua avaliação é focada nas últimas duas semanas do paciente e a cada um de seus itens é dado um escore de zero a três (sendo zero nunca ter sentido o problema apresentado, um ter sentido em vários dias, dois em mais da metade dos dias e três quase todos os dias). Assim, o questionário traz um escore de 0 a 27, sendo que, segundo os critérios, com escore entre 0 e 4 o sujeito não apresenta sintomas depressivos; entre 5 e 9, são encontrados sintomas mínimos; entre 10 e 14 configura-se sintomas depressivos leves; entre 15 e 19 a apresentação é moderada e entre 20 e 27 os sintomas são classificados como severos. Para o diagnóstico do Transtorno Depressivo o paciente deve pontuar a primeira ou a segunda questão com escore dois ou três. Em seguida, deve apresentar pelo menos cinco critérios ao total com escore dois ou três, sendo que o último critério ("pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a") pode ser pontuado como um, dois ou três para ser significativo. Por último, a décima pergunta que questiona o grau de dificuldade que os sintomas causaram no dia-a-dia do paciente, deve ser pontuada de um a três. Foram entrevistados 34 usuários, o que correspondeu a 57,6% da população de diabéticos da ESF. A maioria eram mulheres (58%), a média de idade foi de 61 anos, sendo os extremos 25 e 94

anos de idade e a maioria (64%) acima de 60 anos. O nível de escolaridade encontrado foi de 61% com apenas o primeiro grau parcial ou completo, sendo que 38% da amostra pertence à classe social D com o rendimento familiar entre R\$ 1.085,00 e R\$ 1.734,00. Dentre os avaliados, a maioria casados (44%), apenas dois usuários moram sozinhos e 58% estão aposentados. A média de tempo de diagnóstico de DM é de 9,94 anos, sendo que apenas três usuários não fazem uso de nenhum medicamento e 20% faz uso de insulino terapia. Quando questionados sobre o uso de medicamentos para depressão, apenas 23% (n=8) afirmaram estar em tratamento. Desses oito usuários, apenas dois apresentaram diagnóstico de depressão ao responderem o PHQ-9, sendo que um apresentou depressão leve e, o outro, depressão moderada. Em relação à apresentação e nível dos sintomas, 29% não apresentaram sintomas significativos para quadro depressivo. Sintomas mínimos foram encontrados em 26% da amostra, sendo que a conduta nesse caso seria o suporte da equipe de saúde e a orientação de reavaliação no caso de mudança do quadro. Foram encontrados 29% com sintomas leves, sendo necessário para esses pacientes um suporte, orientações sobre o quadro e início de tratamento com medicação ou acompanhamento com a psicologia. A população de 8,8% com sintomatologia depressiva moderada deveriam iniciar tratamento medicamentoso ou psicológico. Sendo obrigatórias ambas as terapias para os dois usuários (5%) com sintomas graves. Mesmo sendo qualificados os sintomas depressivos da amostra, apenas cinco usuários (14%) foram diagnosticados com Transtorno depressivo maior pelo questionário, sendo que apenas três já fazem uso de medicação específica, um possui depressão leve, três a patologia é apresentada de forma moderada e um está com o transtorno de apresentação severa,

sendo que esse não está em tratamento. Ao analisarmos cada item do questionário, observa-se que o mais pontuado foi a pergunta “com que frequência nas últimas duas semanas se sentiu cansado/a ou com pouco energia” com 52% da amostra pontuando dois ou três nesse critério. Vale ressaltar que 44% da amostra afirmou ter alguma dificuldade em seu cotidiano por causa de algum ou todos os sintomas apresentados. Não foi avaliado a presença de Diabetes Mellitus e Transtorno Depressivo nesses pacientes possui alguma relação. Entretanto, percebe-se que como as duas patologias coexistem leva a aferir a hipótese de uma forte relação, a ser comprovada em futuras pesquisas. Entretanto a implicação dessas comorbidades na prática clínica é incerta, e mais estudos sobre o assunto devem ser realizados. Considerando os resultados, esta pesquisa sugere que tanto os espaços de formação devem se voltar para intervenções mais ativas junto ao diabético, de forma multiprofissional e interdisciplinar, em sua mudança de estilos de vida. Ofertar atividades voltadas para a melhoria do componente de saúde mental dos usuários e a introdução deste tema junto ao planejamento das ações da unidade de saúde. Como exemplos, temos as rodas de conversa e convivência entre diabéticos, presença de matriciamento da saúde mental junto a ESF, oferta de eventos de convivência para todos os portadores de condições crônicas, além da divulgação e socialização destas experiências.

TECNOLOGIA DIGITAL DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO - TDICS: UM ALIADO A EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE

Caroline Amaral, Odival Faccenda, Marcia Maria de Medeiros, Kátia Gianlupi, Marcia Regina Martins Alvarenga

Palavras-chave: Educação Continuada em Saúde, Educação à distância, Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação

INTRODUÇÃO: A Educação Continuada em Saúde (ECS) pode ser considerada o objeto de ligação entre as necessidades de aprendizagem e aprimoramento e as necessidades do mundo do trabalho, englobando os grupos dos profissionais atuantes ou não e transpassando as questões pessoais e unisetoriais, é a ferramenta de aprimoramento dos expedientes humanos das instituições, a qual transcende o cenário dos problemas pontuais do ambiente onde se trabalha e ponderam questões relevantes a diversos segmentos da instituição como um todo. Essas características a torna amplamente utilizada como instrumento de formação e desenvolvimento dos trabalhadores voltados à saúde (CECCIN; FERLA, 2013, BRASIL, 2004). No que tange especificamente aos profissionais da enfermagem, verifica-se que desde a graduação de enfermagem há a prática de atividades direcionadas a educação continuada, uma vez que a profissão exige busca constante por aprimoramento, tendo em vista que a ciência e o saber científico não são estanques e que estão em constante evolução, além disto, é uma das funções do profissional enfermeiro é coordenar o setor de educação continuada das instituições, que quando instituído e funcionante, o processo de ensino e aprendizagem passa a ser parte das atividades diárias das organizações de saúde e dos profissionais que ali atuam. Neste âmbito de constante aprimoramento, se ampliarmos o olhar para a educação no todo, constata-se que no contexto global de desenvolvimento humano e tecnológico, houve uma valorização da informação de acesso rápido e fácil (BRASIL, 2004). Com relação à da educação brasileira e seus avanços técnicos e científicos, verifica-se o surgimento das tecnologias de informação

e comunicação – TICs e as tecnologias digitais da informação e da comunicação – TDICs a qual necessita da utilização de um computador, tablet ou smartfone com acesso à internet. Tais tecnologias permitiram uma difusão e interação dos saberes, de forma dinâmica e rápida. Outro fato característico das TDICs é a possibilidade da comunicação ocorrer de forma autêntica, independente, instantânea, sem limitar-se aos espaços físicos existentes, permitindo que os interlocutores se encontrem mesmo distantes (DAGOSTIN; RIPPA, 2014; ARAUJO; LOUREIRO; FREIRE, 2014). Essa nova configuração no âmbito da educação proporcionou o aperfeiçoamento, a difusão e maior adesão da modalidade de Educação a Distância – EAD, a qual de acordo com artigo 1^a do decreto 5.622/2005 caracterizam-se “como modalidade educacional na qual a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação” possibilitando o desenvolvimento de atividades tanto do professor quando do aluno, de lugares diferentes em horários distintos (RODRIGUES; PERES, 2008). Com a EAD a educação deixou de estar restritas as salas de aulas, livros, e giz e passa a fazer parte do espaço cibernético. A prática da EAD no campo da saúde é uma realidade. A discussão sobre tal temática surgiu da proposta de trabalho do Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, o qual objetivo desenvolver uma plataforma virtual embasa na EAD, para que profissionais enfermeiros possam utilizar como aporte teórico ao desenvolvimento pessoal e profissional mediante a realização de EPS, o presente resumo traz dados preliminares sobre a opinião dos profissionais quanto à importância do ambiente cibernético. Objetivo: Criar um espaço virtual embasado na Educação a Distancia, para o

desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde para os enfermeiros atuantes no município de Dourados, Mato Grosso do Sul. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com a utilização da entrevista estruturada, e análise quantitativa dos dados, usando como caminho metodológico a pesquisa de campo. As entrevistas foram realizadas entre os meses de junho e setembro de 2015. Foram entrevistados 136 enfermeiros, assistencialistas e gerenciais, atuantes no Hospital Universitário da Grande Dourados e Hospital da Vida, ambos localizados no município de Dourados no Estado do Mato Grosso do Sul. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Objetiva-se com a ECS encontrar soluções a partir dos anseios por conhecimento acompanhado de dificuldades enfrentadas no ambiente de trabalho, o cenário de desenvolvimento da ECS considera a bagagem de experiências e as vivências dos envolvidos, sem que o saber do educador seja tido como superior em relação ao educado e, assim, originar mudanças no desenvolvimento das atividades profissional, na própria organização do trabalho e nas atividades de ensino. Partindo dessa premissa e acreditando que a educação é tida como um processo dinâmico e contínuo, através do qual o conhecimento se constrói nas discussões pessoais utilizando-se do pensamento crítico-reflexivo, acrescida da compreensão de que as relações interpessoais geram um comprometimento pessoal e profissional, faz com que as ações de ECS, tornem os profissionais capacitados para exercer mudança no ambiente de trabalho (PASCHOAL; MANTOVANI; MÉIER, 2007). Compreendendo o universo da ECS atrelando a ele a dinamicidade do novo leitor no espaço cibernético foi perguntado a 136 enfermeiros se achavam interessantes uma plataforma virtual que tratasse de ECS, destes 96,3% assinalou que acham interessante e 3,7% não opinaram sobre.

Esse valor é expressivo o que reforça o pensamento que o uso das tecnologias nasceu para “influenciar e modificar a rotina pessoal, social e profissional, facilitando a conexão entre os indivíduos, entre as empresas” assim como, permite a “disponibilização da informação a todos aqueles que têm acesso a um desses mecanismos tecnológicos”. Outro fato característico deste novo contexto é a possibilidade da comunicação ocorrer de forma autêntica, independente, instantânea, sem limitar-se aos espaços físicos existentes, permitindo que os interlocutores se encontrem mesmo distantes, “concede uma aparente aproximação” (Liedke, 2014, p. 120). A educação deixou de estar restrita as salas de aulas, livros, e giz e passa a fazer parte do espaço cibernético. Novas constantes nos parâmetros de ensino e aprendizagem transformam a forma de construção do conhecimento e a metodologia de ensino (RODRIGUES; PERES, 2008). A prática educacional em ambientes virtuais na enfermagem já ocorre em diversos seguimentos por meio da EAD, método que auxilia os docentes e discentes na averiguação de suas ações desenvolvidas no cotidiano, possui um caráter interativo, o que possibilita “redimensionar o espaço entre os diferentes atores envolvidos”. Permite que ambos desenvolvam um papel ativo no processo de ensino e aprendizagem, uma vez que “interagem, virtualmente nas tarefas postadas, bem como no decorrer da disciplina” (SOUZA, 2013, p. 01).

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Ponderando o sobrescrito e tendo em vista a importância da ECS no âmbito da enfermagem, sabendo que ela é uma das atividades inerentes ao enfermeiro e de grande importância, possuindo o poder de modificar ações, qualificando a assistência de enfermagem prestada, considerando os avanços do mundo globalizado e a difusão ao acesso as redes cibernética é importante divulgar

como mais uma possibilidade da busca pelo conhecimento a utilização da TDICs, uma vez que a tecnologia digital não se encontra fixa e estanque, esta a disposição do usuário em vários locais, incluindo a sua casa, permite a interatividade, contando com a flexibilidade de horários e a comodidade de ser utilizado quando e onde quiser o que vem a ser uma aliada fundamental para busca de informações e troca de experiência, no intuito de aprimorar as trocas de saberes realizadas dentro das equipes durante as ECS.

TEMA: PERFIL VOCACIONAL E APTIDÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA, DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL, PELA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Joao Vitor Galo Esteves, Carlos Eduardo Aguilera Campos, Ana Laura Brandão, Fernanda Pereira de Paula Freitas, Aline Cardoso Lins

Palavras-chave: Educação Médica, Medicina de Família e Comunidade, Especialidades Médicas

Apresentação No Brasil, desde a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF) cerca de 55 mil equipes foram credenciadas, mas o número de equipes é aquém das necessidades. Entre as causas para a falta de médicos na ESF estão a formação inadequada dos profissionais, a baixa procura dos médicos pela especialidade e a falta de recursos e de compreensão dos gestores sobre a Atenção Básica. A dificuldade em completar equipes de Saúde da Família com médicos de família com a especialidade pode ser proveniente, dentre outros aspectos, do baixo número de graduandos interessados em exercer a MFC no futuro. A especialidade MFC tem seu próprio campo teórico que vai gerar determinadas competências, habilidades e ferramentas de atuação. Estas

devem ser ensinadas, desde a graduação, para se alcançar uma boa performance profissional. Esta clínica exercida de forma multidimensional é talvez a principal característica que diferencia a MFC da grande maioria das especialidades. Para que o ensino desta especialidade se dê de forma satisfatória é necessário que as condições de ensino, nas universidades, abranjam também este caráter multidimensional, e não estejam apenas centradas no diagnóstico biomédico. Este representa o grande desafio do aparelho formador médico no Brasil e no mundo (Olesen, 2003). Um conjunto importante de escolas médicas no Brasil e no mundo buscam adequar seus conteúdos curriculares para suprir a APS com este especialista (Gonçalves, 2009). Segundo a experiência de médicos da ESF, muitos alegam não ter sido dado destaque a capacitação para exercer a APS na graduação (Gonçalves, 2009). Quando ocorriam era em uma carga horária irrisória com relação ao total do curso. Existem dois importantes desafios para os profissionais que atuam na APS: a grande abrangência do trabalho e a necessidade de uma abordagem multidimensional ou biopsicossocial (Gonçalves, 2009). Avaliando o processo de ensino médico nos Estados Unidos, Bland et al. (1995) encontraram que estudantes de medicina predominantemente entram na escola médica com a preferência por carreira em APS, entretanto, esta vai diminuindo ao longo do tempo. O estudo concluiu também que a obrigatoriedade de estágios e o tempo de estágio na APS, com experiências longitudinais longas, de mais de um ano de duração, estavam fortemente relacionados à escolha dos estudantes pela APS. O referido estudo recomendou as seguintes medidas para aumentar o número de formandos na especialidade nos EUA, quais foram: criação de departamentos acadêmicos em medicina familiar; mudança de cultura da escola médica, valorizando a

APS; mudar a política de admissão de alunos, incluindo tipo e composição de bancas por Médicos Familiares; aumentar o número de clínicas aptas a receber o aluno em tempo integral, estabelecer estágios longitudinais em APS; obrigatoriedade de estágio em APS no terceiro ano; e estabelecimento de um programa de aconselhamento vocacional com acompanhamento e avaliação de impacto. (Blandet al., 1995). Segundo Romano (2008), os MFC pesquisados valorizaram o vínculo e a humanização da relação médico-paciente, considerados assim, como uma prioridade. A maioria dos médicos relatou sentir-se pouco seguro ou totalmente inseguro diante de “conflitos psicológicos” como demanda. O que os interessou na MFC foi a ideologia do trabalho, com enfoque na prevenção, na prática generalista, na ampliação do olhar, para além da doença. Além disso, Vieira (2015) entrevistou egressos de cursos de medicina de instituições de ensino localizadas no estado do Rio de Janeiro que optaram pela formação e atuação na MFC. A análise documental de currículos e os projetos pedagógicos assim como as entrevistas apontaram para a frágil contribuição da graduação em medicina para a sensibilização dos futuros médicos quanto à escolha e atuação futura na MFC. (Vieira, 2015). Considerando o exposto, o objetivo do trabalho é avaliar o perfil vocacional de estudantes de medicina segundo características ligadas à prática da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e os motivos de interesse e desinteresse em seguir esta especialidade e compará-lo à literatura internacional. Desenvolvimento do trabalho Neste sentido, a principal metodologia adotada no trabalho foi a aplicação de um questionário de auto resposta em estudantes do 6º ano de medicina, concluintes do curso em 2015. O questionário foi constituído a partir de atributos, características ou aspectos

peçoais considerados ideais para o exercício desta especialidade, a partir das seguintes fontes: Ministério da Saúde do Brasil; Princípios da Medicina Familiar definidos na literatura por docentes de MFC europeus e norte-americanos e revisão bibliográfica com artigos que abordaram o mesmo tema. O questionário continha 20 questões sobre características relacionadas ao desempenho da MFC, e duas questões abertas a respeito do interesse e desinteresse pela especialidade. Estas questões refletem a auto percepção do aluno sobre a respectiva característica. Cada questão foi formulada como uma afirmativa, a qual o aluno deveria atribuir uma nota de 1 a 5, segundo a escala de Linkert. Sendo 1, “Discordo Completamente”, e 5, “Concordo Completamente”. Desta forma, a pontuação final atingida pela soma das respostas tem o valor máximo de 100. Os dados foram tabulados e analisados e as questões abertas foram listadas. Resultados e/ou impactos Foi observado que somente 15% (n=136) dos estudantes afirmaram ter interesse em cursar a especialidade. A pontuação média atingida pelo total de alunos foi de 72,7 ± 10,1, indicando uma amostra bastante dispersa. Neste sentido, foram destacadas as características mais ligadas à prática da Medicina em geral, enquanto atributos comuns, de forma geral, aos estudantes de medicina e médicos, tais como: “Tenho interesse de saber e aprender coisas novas ou desconhecidas”, “Tenho Pensamento Crítico”, “Respeito e valorizo o trabalho de outras categorias profissionais da saúde”. Contudo, analisando somente os alunos que afirmaram ter interesse pela especialidade, percebemos pontuação média de 81,2 ± 6,34, revelando uma amostra com padrão de resposta mais coeso. Desta forma, observamos que características mais ligadas à prática da MFC destacam-se nas respostas destes indivíduos, tais como: “Tenho sensibilidade para as questões sociais”, “Gosto de trabalho social e comunitário”, “Costumo valorizar os aspectos culturais

do processo saúde-doença”, “Costumo valorizar os aspectos emocionais do processo saúde-doença”. Este dado revela que este grupo possui atributos comuns aos indivíduos pertencentes, e que estas se destacam frente às características gerais de médicos e estudantes de medicina. Além disso, as características que se destacaram dentre os alunos que possuem interesse em cursar a MFC são amplamente citadas na bibliografia existente. Considerações finais Desta forma, buscamos identificar características pessoais ligadas ao perfil vocacional para a MFC, bem como possíveis motivos de interesse e/ou desinteresse pela especialidade. Neste sentido, pudemos observar que os estudantes que manifestam interesse pela MFC possuem perfil vocacional distinto do corpo de alunos de uma forma geral, e também apresentam características pessoais que favorecem a atuação e/ou escolha pela especialidade. Os resultados deste estudo podem constituir importantes norteadores para o ensino e a prática da MFC nas Faculdades de Medicina, uma vez que apontam quais os atributos e características que podem ser aprimorados entre os estudantes de forma a desenvolver uma maior aptidão e interesse pela especialidade. A necessidade de estágios curriculares mais intensos e prolongados de forma a aumentar a aquisição destes atributos seria também necessária uma vez que estes estágios aumentariam o contato dos alunos com os especialistas e docentes em MFC. Além disso, faz-se necessária também a análise qualitativa dos motivos apontados pelos discentes para escolher ou não atuar dentro da especialidade.

TÍTULO: AUDIOVISUAL SOBRE VISITA DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA, COMO PRÁTICA EMANCIPATÓRIA: QUE ÓCULOS VOCÊ USA?

Miriam de Toledo Leitão Figueiró, Célia Maria Sivalli Campos

Palavras-chave: Pesquisa Ação, Visita Domiciliar, Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde, Enfermagem de Atenção Primária

TEMA: O objeto deste estudo é o audiovisual pedagógico que tem como tema a Visita Domiciliar (VD) emancipatória. A VD é um instrumento do trabalho em saúde, utilizado tanto para a captação de necessidades de saúde, no âmbito do coletivo, quanto para o cuidado em saúde de indivíduos e famílias (Campos et al, 2014). Sendo assim este estudo teve como finalidade contribuir com o aprimoramento das práticas do enfermeiro na Atenção Básica (AB) para que sejam implementadas em resposta às necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais. A problematização desenvolvida em estudo anterior (Forlin, 2014), que serviu de base para o presente estudo, mostrou que embora tenha passado por várias reorientações ao longo do processo histórico-social do cuidado, a Visita Domiciliar (VD) não sofreu alterações na sua essência, dado que hegemonicamente é guiada pelos saberes da clínica. Ao se pensar em um instrumento de apoio para a área da saúde indutor de mobilização e reflexão acerca das práticas desenvolvidas pelo enfermeiro e suas especificidades, tomando como referencial os pressupostos da Saúde Coletiva, acreditamos que o processo de produção coletiva do audiovisual se encaixa com a abordagem emancipatória preconizada nesse estudo, que pressupõe a participação dos sujeitos envolvidos na construção dos conhecimentos acerca dos problemas de saúde que afetam os grupos sociais que pertencem ao território da área de atuação desses profissionais. A construção coletiva do material pedagógico audiovisual sobre a VD realizada por enfermeiros teve como pretensão promover a reflexão crítica acerca do trabalho em saúde, mais particularmente no âmbito da AB. OBJETIVO GERAL: construir audiovisual pedagógico

sobre a VD para processos educativos que pretendam introduzir conceitos da Saúde Coletiva. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: elaborar um vídeo sobre a VD na perspectiva emancipatória e produzir material gráfico que sirva de guia para a utilização do vídeo em processos educativos. Metodologia: Esta pesquisa configura-se como qualitativa, desenvolvida nos moldes da Pesquisa-Ação (PA) Emancipatória (Cordeiro, Soares e Campos, 2013; Soares, Cordeiro e Campos, 2013), coerentemente com as características do objeto do estudo, o conhecimento de enfermeiras sobre uma prática de trabalho (VD), e ao arcabouço teórico do estudo, o marxismo. A Educação Emancipatória se embasa nos pressupostos e diretrizes da Saúde Coletiva e pressupõe a incorporação do caráter histórico-social do processo saúde-doença. A saúde, nessa abordagem, é vista como o resultado do embate entre os potenciais de fortalecimento e de desgaste resultantes dos perfis de reprodução social, que se diferenciam entre si, a depender da inserção social dos indivíduos (Soares, 2007). Os conceitos que ancoraram a apresentação da VD foram: Necessidades de Saúde e Trabalho em Saúde (Campos, 2009), Reprodução Social e Determinação Social do Processo Saúde-Doença (Viana, Soares, Campos, 2013). Participaram do vídeo cinco enfermeiras que atuam na AB na área pertencente à Supervisão Técnica de Saúde Butantã (STS) e de outras STS que compõem a Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste, inclusive a autora dessa pesquisa. Colaboraram também uma Agente Comunitária de Saúde, um usuário da USF Jd Boa Vista e trabalhadoras da EEUUSP. CRITÉRIO DE INCLUSÃO: enfermeiras deveriam ter o trabalho envolvido com a AB e se voluntariarem a participar. A gravação foi feita a partir de roteiro desenvolvido em pesquisa anterior (Forlin, 2014). RESULTADOS E ANÁLISE: Os resultados desta pesquisa são um audiovisual sobre uma VD realizada por enfermeira de uma

equipe de saúde da família de uma UBS e um material gráfico que descreve e analisa as cenas do vídeo. Este material se propõe a ser um guia para a utilização do vídeo como instrumento para a apresentação e discussão de conceitos do campo da Saúde Coletiva. O título do vídeo tem a intencionalidade de promover reflexão sobre o processo de trabalho em saúde na particularidade da AB. Na área da saúde o conhecimento que tem predominância é o pautado nos saberes da clínica médica (os primeiros óculos usados pela enfermeira e ACS), que respondem a parte das necessidades, aquelas já instaladas no corpo bio-psíquico individual. Buscou-se mostrar a VD fundamentada nos conceitos da Saúde Coletiva (segundos óculos), que possibilitam o reconhecimento de necessidades de saúde de indivíduos por referência ao grupo social a que pertencem e a proposição de respostas a elas, em práticas que transcendem aquelas que incidem apenas no indivíduo. O resultado deste estudo, o audiovisual, contribuiu com o processo educativo de trabalhadores de saúde em duas perspectivas: a) no processo de produção coletiva do audiovisual (elaboração do roteiro e gravação do vídeo), processo que permitiu o aprimoramento do conhecimento de conceitos da Saúde Coletiva, com ênfase nos de Necessidades de Saúde e Trabalho em Saúde. b) na produção do audiovisual e do guia que o acompanha, os quais serão distribuídos em serviços de saúde para subsidiar processos educativos. O audiovisual também poderá ser utilizado em instituições de ensino voltadas à formação de trabalhadores da área da saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A VD emancipatória proposta nesse processo educativo contemplou os seguintes aspectos destacados no roteiro que serviu de base para a confecção do audiovisual: ser identificada como um instrumento para reconhecer as condições de trabalho, vida e saúde dos indivíduos, famílias e

grupos sociais pertencentes ao território que compõem uma UBS, possibilitar a identificação da heterogeneidade das necessidades de saúde desses grupos e estimular a compreensão relacionada à dinâmica social e das relações entre as formas de adoecer e morrer, as percepções acerca das políticas de saúde e o papel do Estado, além de estimular a participação social nos espaços legitimados. Consideramos que o audiovisual, nesse sentido, se constitui como importante ferramenta a ser utilizada nos processos de formação e capacitação. O vídeo pode propiciar discussões e posicionamentos referentes à realidade vivenciada, compartilhamento de conceitos, estimular reflexões e críticas, sensibilização, entre outros. A efetividade dessa proposta pedagógica teve como eixo norteador o aprofundamento dessas questões que envolvem o encontro entre a teoria e a prática, elas se complementam e acabam por resultar em uma prática de saúde crítica, reflexiva e transformadora. A gestão dos serviços de saúde deve garantir espaços para o desenvolvimento de processos de educação emancipatória que visem à construção conjunta de respostas às necessidades de saúde dos grupos sociais que compõem os territórios para o aprimoramento das práticas em saúde.

UMA ABORDAGEM GENEALÓGICA DA POLÍTICA NACIONAL QUE INSTITUI AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: REVISITANDO ARQUIVOS

Rafael Cardoso Chagas, Carla Pontes de Albuquerque, Angela Santos, Giane Serra, Maria Alice Peçanha de Carvalho, Leila Vianna, Flávia Fasciotti

Palavras-chave: Residências em saúde, Genealogia, Micropolítica

INTRODUÇÃO: Este trabalho é parte das

análises iniciais realizadas pela pesquisa “Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde”, eixo 6 sobre a política nacional que institui as residências multiprofissionais em saúde, aprovada em forma legal no ano de 2005 com a Lei nº11129. O objetivo deste trabalho é apresentar algumas questões, sobre a constituição da política, produzidas por meio da abordagem genealógica. Nos últimos anos, o tema das políticas de formação de trabalhadores em saúde tem ganhado centralidade, seja em estudos acadêmicos, em projetos de gestão ou na articulação dos dois, na perspectiva de servir como estratégia de mudança dos modelos de atenção à saúde, que caminhem na direção da consolidação do SUS. Embora, hoje, exista uma vasta quantidade de estudos sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), poucos trabalhos têm se dedicado, de forma mais sistemática, à política que trata das residências multiprofissionais. O tema das residências multiprofissionais em saúde, além de se inserir nas abordagens críticas em torno da formação, ganha relevância pela polifonia em cena que existe em torno dele, ainda pouco estudada pela saúde coletiva, onde a estratégia da Educação Permanente em Saúde (EPS) é apenas uma das ideias presente. Com o tema das residências, abre-se a possibilidade de se analisar os saberes e as relações de poder, em perspectiva histórica, que se formaram e possibilitaram a emergência de uma política que traz para o campo da educação a temática da formação multiprofissional em saúde. A proposta é debater, no âmbito da análise das políticas de formação em saúde, questões que se apresentam de maneira singular na política pública que dispõe sobre as residências multiprofissionais no setor saúde. Para tanto, como se verá adiante, não se partirá de um modelo geral, nem tampouco, tem-se a pretensão de criar um

modelo de observação universal. Nesse sentido, pretendeu-se investigar a política como uma construção social e histórica, inserida nas práticas sociais dos sujeitos concretos, permeadas por relações de poder e saber. Portanto, a partir da abordagem genealógica de uma política específica de Estado objetivou-se analisar os mecanismos que permitiram a racionalização de certas práticas, possibilitando a emergência de uma política enquanto regime de governo. DESENVOLVIMENTO: Nesta pesquisa, não se pretendeu fazer apenas uma leitura da legislação e documentos oficiais e relacioná-los, simplesmente, ao contexto sócio-político com objetivo de traçar uma história linear social das residências multiprofissionais no Brasil. Um estudo deste tipo levaria a um entendimento muito limitado da política, reconhecendo esta tão somente como fruto de pressão de alguns setores sociais que encontram um ambiente institucional específico e uma conjuntura política mais favorável para emplacar suas reivindicações. Tomando a genealogia como referencial metodológico, buscou-se, em um levantamento inicial de documentos sobre a política, analisá-la para além de uma sucessão de fatos históricos. Assim, a perspectiva anti-historicista, presente na noção de genealogia, foi fundamental para perceber a constituição de uma política levando em consideração as rupturas, as descontinuidades e as lutas pelo exercício do poder que nunca cessam, mesmo com a institucionalização em forma legal. Dessa forma, procuramos fazer uma leitura mais apurada da legislação encontrada, buscando nas justificativas e textos que a embasava mais do que só artigos e parágrafos poderiam nos dizer. Também foram analisados outros documentos oficiais, como os produzidos pela CNRMS. Ademais, a partir de indícios encontrados nos documentos oficiais, analisamos outros documentos, os quais não foram

produzidos fora do âmbito governamental. Para melhor compreensão, os dividimos sob a nomenclatura de “documentos oficiais” e “documentos não oficiais. Com esse primeiro contato com os arquivos, produzimos algumas questões iniciais que serviram para indicar alguns caminhos, que serão úteis no andamento da pesquisa. RESULTADOS: Na pesquisa inicial de alguns documentos percebemos que a história das residências é contada sempre tendo como ponto de partida, no caso das uniprofissionais não médicas, nos anos 60 e no caso das multiprofissionais nos anos 70, sob a denominação de medicina comunitária. No entanto, nesses documentos não se aborda o teor dessas experiências fundadoras. Não necessariamente, como os documentos levam a crer, tais experiências representam um ponto na história que ficou no passado, mas provavelmente permanecem, dando um caráter de multiplicidade à política e não de unidade. No caso das residências uniprofissionais (não médicas), por exemplo, seria interessante analisar os saberes sobre competência profissional que estão em jogo e as relações de poder em que se inserem e produzem. Sobre as residências com caráter multiprofissional, pode-se investigar criticamente o saber acerca do termo medicina comunitária, sua relação com a medicina tradicional e com o próprio campo da saúde coletiva. Outro tema citado pelo documento, ao abordar uma justificativa sobre o surgimento de experiências de formação multiprofissional, é o programa de saúde de família. Nesse caso, torna-se necessário, também, fazer uma abordagem crítica sobre tal saber, as relações de poder estabelecidas em torno dele e sua articulação com projetos de formação. Observando, de forma mais apurada, a Lei Federal, as portarias e outros documentos não oficiais, descobriu-se que existem uma variedade de sujeitos e tensões que precisam ser trazidos para

análise. Uma política constituída no âmbito de 2 ministérios já indica a necessidade de investigar a forma que cada instituição enxerga tal política. Certamente, elas têm visões diferentes sobre o processo. Mas, mais do que isso, os sujeitos envolvidos diretamente com a política, que pertencem a esses ministérios, também trazem para cena contornos que não são determinados pela gestão central dessas instituições. O mesmo ocorre com os membros da CNRMS: suas intenções e atuação não podem ser reduzidas à opinião oficial das entidades que os indicam, apesar desta ser também uma fonte importante para esta pesquisa. Neste levantamento inicial feito para este primeiro delineamento da pesquisa encontramos documentos não oficiais. Estes documentos indicaram que outros setores se organizam por fora da institucionalidade da política, mas com o objetivo de disputá-la. Além dos fóruns de categorias específicas, envolvidos diretamente com o cotidiano das residências, como os coordenadores e os residentes, existiram organização de encontros que formaram uma rede de discussão e intervenção em torno do tema que escapa da institucionalidade governamental. Esses atores, que podem ou não estar inseridos nas ações de governo, mas que participam ativamente da política, pensando esta em seu caráter amplo, devem ser considerados a título de investigação. CONCLUSÃO: Através de um levantamento inicial de arquivos e uma visão mais ampla sobre o processo de constituição da política nacional de residências multiprofissionais em saúde, muitas questões, que estão para além do arcabouço jurídico e das ações governamentais, foram trazidas para a reflexão nesse trabalho. Seguindo por esse caminho, algumas ferramentas teóricas podem ajudar a indicar trajetórias possíveis a serem percorridas no andamento da pesquisa, apontando na direção de abordar a emergência de uma política enquanto

um processo complexo, perpassado por interesses individuais e coletivos, saberes e poderes diversos que se materializam no cotidiano das práticas sociais.

USO DE TECNOLOGIA LEVE PARA O AUXÍLIO NO ATENDIMENTO A MULHER SURDA

Gabriela Silva Santos

Palavras-chave: Mulher, Surdez, Assistência à saúde

INTRODUÇÃO: na vida acadêmica dos enfermeiros, dos médicos, ou até mesmo de outras especialidades a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS), nunca foi introduzida de forma obrigatória para o cumprimento da grade curricular, onde um dos desafios que temos durante a nossa vida é a manutenção da saúde, prevenindo alguns possíveis problemas e cuidar daqueles que se instalarem. Sabendo que os princípios que regem o SUS são a equidade, integralidade e a universalidade e a assistência à saúde é fundamental para todos os seres humanos, e tendo como referência este pensamento e a convivência com pessoas surdas, que uma das autoras, sentiu necessidade de elaborar um instrumento que auxiliasse profissionais enfermeiros, a um atendimento mais qualificado às pessoas surdas. OBJETIVOS: Apresentar uma tecnologia leve que facilite o atendimento de enfermagem à mulher surda, por meio do estabelecimento de uma comunicação eficaz entre profissionais e a comunidade surda. Elaborando uma cartilha destinada ao atendimento de enfermagem à mulher surda a fim de incentivar o profissional a se qualificar para atender este público. DESENVOLVIMENTO: Trata-se de um estudo metodológico realizado em Fortaleza/CE no período de agosto de 2013 a maio de 2014. Onde os dados foram apresentados mediante

o conteúdo de uma cartilha. Os temas abordados incluem: surdez, preconceito versus conscientização, legislação do surdo, língua de sinais, legislação da Saúde da mulher no Brasil, Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, cuidados durante o atendimento de enfermagem e informações gerais acerca da cultura surda. A elaboração da cartilha se deu em quatro etapas, descritas a seguir: Primeira etapa: revisão de literatura, onde foi feita a seleção de artigos pertinentes ao tema e construção de planilha a fim de aperfeiçoar a organização dos dados da pesquisa; Segunda etapa: definição do conteúdo da cartilha, onde foi selecionado o que era mais relevante para o conhecimento do profissional enfermeiro, buscando um texto mais sucinto com linguagem simples, porém com relevância científica; Terceira etapa: elaboração dos layouts, onde foi feita a seleção de ilustrações de modo a favorecer a visualização das informações relatadas e tornar a cartilha mais atrativa e interativa com o leitor; Quarta etapa: verificação ortográfica e impressão do material. Após a conclusão das pesquisas de textos relacionados, a seleção dos tópicos a serem abordados e a escolha das imagens, foi realizada a revisão de todo o conteúdo abordado na cartilha a fim de identificar erros ortográficos. Em seguida foi enviada para uma gráfica, a fim de que fosse verificado o layout e a impressão do material. RESULTADOS: o desenvolvimento de uma cartilha destinada às mulheres surdas tem como intuito discorrer sobre o conceito de surdez e a conduta do profissional de enfermagem diante de um paciente surdo, facilitando o atendimento e apresentando como peculiaridades situações como o que fazer e o que não fazer diante de uma consulta com o surdo, mas especificamente com a mulher surda, submetendo-se ao sexo que mais procura por atendimento de saúde. A construção do material visa ajudar

os profissionais de enfermagem, utilizando-se de abordagem dinâmica, por meio de figuras ilustrativas e curiosidades acerca da cultura surda com a finalidade de incentivar o aperfeiçoamento profissional para melhor assistir o público-alvo. O conteúdo a cartilha foi exposto em nove tópicos. O primeiro tópico foi à apresentação, onde foi descrito a proposta dos autores, para a criação da cartilha e questionamentos a cerca de seu contato com a comunidade surda ou, se ele estava preparado a prestar um atendimento humanizado. O segundo tema abordado foi à definição de surdez e a forma dela (congenita ou adquirida). O terceiro tópico trata sobre o preconceito versus conscientização. E relata um pouco da história do surdo como as dificuldades encontradas frente uma sociedade preconceituosa que os julgava como pessoas fora dos padrões “normais”, sendo isolados assim da sociedade. E, relata também, que a própria comunidade surda, passou muito tempo para entender a importância da comunicação por meio de sinais. O quarto tema proposto traz a legislação do surdo, contando de onde surgiu, a inspiração para a criação das Libras, mostra a lei que defende o uso da língua de sinais e trata como crime barrar ou retardar o uso desta. O quinto tema abordado foi a Língua de Sinais, instigando o profissional a aprender e mostrando a legislação que reconhece a Libras. Com o sexto tópico a Legislação da Saúde da mulher no Brasil, foi apresentada toda a legislação que defende os direitos da mulher, as políticas públicas e as conquistas. O sétimo traz a Sistematização da Assistência de Enfermagem como um facilitador no atendimento a mulher surda, além de mostrar o passo-a-passo do atendimento. A oitava abordagem da cartilha descreve os cuidados durante o atendimento de enfermagem, estabelecendo as condutas para um bom atendimento e dicas que facilitem o entendimento da mulher surda e

informações do que não se deve fazer, a fim de evitar constrangimentos. Para finalizar a cartilha, com o nono tema, trouxemos informações gerais sobre os surdos para que o profissional possa conhecer mais sobre a comunidade surda, essa parte da cartilha também contém informações como: senso demográfico e escolar, como funciona o telefone para surdos, a função do closedcaptions, a inserção das letras do alfabeto em sinais, dúvidas frequentes, os aplicativos que auxiliam na comunicação entre outras curiosidades. CONSIDERAÇÕES FINAIS: com o estudo foi possível concluir que as mulheres surdas enfrentam grandes dificuldades na busca de atendimento, devido o desconhecimento e falta de experiência por parte dos profissionais. Com isso o cliente é forçado a levar um acompanhante, para a consulta, a fim de tentar estabelecer um diálogo com o profissional, o que muitas vezes pode como consequência causar constrangimento e a omissão de algumas informações relevantes para o diagnóstico. Outro fator que pode ser tido como dificultador do processo é o fato de que algumas vezes o próprio acompanhante não tem tanto conhecimento das Libras ou não compreende o que foi dito pelo profissional, não passando as informações necessárias e de forma correta. Sendo assim, a disciplina que ensina Libras na grade curricular dos profissionais da saúde, poderia ser incluída para que se tenha uma noção mínima, ou conhecimento suficiente para otimizar o atendimento e os resultados esperados. Outro motivo relevante do quão importante é conhecer Libras, foi quando uma das autoras do artigo teve contato com algumas pessoas surdas e a mesma não se sentiu confortável diante a situação, não sabendo como se comunicar e nem entendendo o que estava se passando.

VISÃO MULTIDIMENSIONAL SOBRE SEXUALIDADE DO IDOSO

Odair Queiroz Holanda, Rosana Alves de Melo, Amanda Karla Alves Gomes e Silva, Johnatan Dantas Oliveira Freitas, Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes

Palavras-chave: Sexualidade, Idoso, Envelhecimento

APRESENTAÇÃO: O envelhecimento no Brasil é um fenômeno que têm repercutido bastante nos últimos anos, principalmente com o aumento da expectativa de vida brasileira. Porém, ainda hoje os idosos sofrem com a discriminação, no qual existe a concepção retrógrada de que a terceira idade é sinônimo de doença e invalidez (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007). Quando se pensa em sexualidade na velhice vêm à tona mitos e tabus estereotipados pela sociedade, resultando na ideia de que os idosos são pessoas assexuadas. Nesse sentido, a sexualidade do idoso, parte da compreensão de que ela deve ser considerada na sua totalidade, deste modo, sendo vista no seu sentido holístico. Portanto, não apenas como um fator biológico, como também por aspectos sociais, psicológicos e culturais. Diante disso, o aumento crescente da população idosa traz consigo novos desafios e necessidades que visam à promoção e melhora significativa da qualidade de vida, também considerando a sexualidade como parte importante (ALENCAR et al., 2014). Embora a sexualidade e o envelhecimento sejam vistos de forma distante. Ela faz parte do cotidiano e das relações interpessoais dos seres humanos ao longo de todas as fases da vida, estando presente desde o nascimento até a morte, uma vez que, as funções sexuais permanecem de forma continuada, mesmo na terceira idade, devendo ser preservada e respeitada (BASTOS et al., 2012). Desta forma, a

construção dos aspectos levantados nesse estudo poderá contribuir para melhorar os fatores que envolvem a qualidade de vida na terceira idade, além disso, as informações trazidas são de fundamental importância para sociedade, em geral e para os profissionais de saúde, permitindo visualizar a sexualidade na velhice sob um novo olhar, o que trará benefícios mútuos. Diante do exposto, o objetivo desta produção consiste em compreender a sexualidade em seus aspectos sociais, psicológicos, biológicos, culturais e a influência destes sobre a qualidade de vida em idosos. **METODOLOGIA:** Trata-se de revisão bibliográfica, com dados extraídos por meio da busca do banco de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS). Também foi usado nessa revisão capítulo de livro. Ademais a busca enfatizou artigos publicados entre os anos de 2005 a 2015, com o idioma em português. Os descritores (DeCS) utilizados foram: sexualidade; idoso; qualidade de vida, doenças e envelhecimento, no qual foram delimitados 14 artigos. **RESULTADOS:** A sexualidade vai além do ato sexual, sendo vivida sob diferentes formas de expressão, podendo ser desde a ternura ao contato físico, como a troca de olhares e carinhos, desenvolvendo assim laços de amizade, compreensão, intimidade, prazer e confiança. Cada pessoa sente a sexualidade de uma forma única e peculiar, em qualquer fase da vida, possuindo uma dimensão que engloba outros valores. Assim, é necessária a estimulação e discussão sobre o assunto, pois um idoso com conhecimento e informação sobre suas limitações e a respeito da sua sexualidade, poderá manter uma atividade sexual satisfatória (FRUGOLI et al., 2011; VIANA et al., 2010). O processo de envelhecimento leva a transformações físicas naturais a senescência, estando envolvidas nessa fase as mudanças

anatômicas e funcionais (FERNANDES, 2009), o que acaba interferindo na prática sexual. Destacam-se também as mudanças hormonais, que afeta principalmente a fase reprodutiva da mulher, neste sentido essas alterações perturbam a vida sexual na terceira idade (BASTOS et al., 2012). No entanto, com os avanços na indústria farmacêutica a atividade sexual na terceira idade também aumentou, expondo essa população a risco de doenças sexualmente transmissíveis, destacando-se a AIDS. Estudos apontam que o aumento dos casos de doenças sexualmente transmissíveis no idoso também está relacionado à omissão desta problemática nas campanhas educativas de prevenção. Desta forma, o idoso acaba não sendo contemplado (LAROQUE et al., 2011). Outro aspecto importante no que diz respeito à sexualidade dos idosos, sendo uma questão pouco enfatizada, são os paradigmas formados referentes à autopercepção, vista de maneira errônea na qual a sociedade e o próprio idoso centram-se em determinadas atribuições da pessoa idosa como algo inadmissível, baseando-se em mitos, tabus, levando tal questionamento a uma prerrogativa da possibilidade da manifestação de que a sexualidade é algo restrito, somente aos mais jovens (VIANA et al., 2010). Formulado a partir da ideia que os idosos não são pessoas atraentes fisicamente, não tem interesse por sexo e que são incapazes de sentir algum desejo sexual, ao considerarem a velhice um estado de doença e de incapacidade, que impede os idosos de pensar e até mesmo de ter uma vida sexual ativa. Sendo essa perspectiva incorreta gerada pela ausência de informações esclarecedoras referente ao assunto (FRUGOLI et al., 2011). Reforçando esse ponto de vista, muitos idosos ficam envergonhados ao conversar sobre sua sexualidade por medo de serem mal interpretados em relação à sua moralidade, aceitando de forma pessimista a sua vida

sexual, reflexo do preconceito construído durante as etapas da vida, de que a sexualidade está restrita ao sexo, embora muitos idosos considerarem importante manter a sexualidade deixando de praticá-la, relacionando a idade com a perda da virilidade sexual e a diminuição da libido sexual (BASTOS et al., 2012). A auto-imagem influencia significativamente na sexualidade da pessoa idosa. Quando o idoso percebe a mudança física em seu corpo devido à idade, isso acaba por prejudicá-lo tornando menos ativo sexualmente, de modo que são incapazes de sentir algum estímulo e diminuindo o interesse sexual (VIANA et al., 2010). Em relação aos profissionais de saúde, percebe-se a falta de informação, preparo e segurança no atendimento de idosos, em dúvidas e questões a respeito da sexualidade, além do constrangimento ao abordar os idosos. A equipe de saúde possui a responsabilidade de transmitir confiança, conhecimento e segurança ao discutir a sexualidade para que esse público alvo continue a manter hábitos sexuais que vão desde um afago, carinho, abraço, beijo, ao contato físico, proporcionando um novo sentido a sexualidade em idosos, esclarecendo as várias dimensões da sexualidade, orientando os cuidados que devem ser tomados para possibilitar a satisfação individual e coletiva (ALENCAR et al., 2014). Assim, mostramos que também na velhice as pessoas podem ser produtivas, o que permite “transformar também o idoso comum, rompendo com os obsoletos estereótipos os quais eles muitas vezes têm contato. Dessa forma, eles vão se sentir estimulados a também procurarem aperfeiçoar suas relações interpessoais” (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007), proporcionando melhora na auto estima. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A sexualidade humana, principalmente no que engloba os idosos, é uma abordagem muito significativa e de grande relevância, porém muito pouco

enfatizada pela própria sociedade, devido à maneira errônea de ver essa questão, considerando que é sempre atribuído ao idoso a imagem de um indivíduo incapaz e impossibilitado de vivenciar determinadas experiências. Ressaltamos que a própria sociedade tem o papel de auxiliar na quebra desses tabus e mitos, a fim de aperfeiçoar e desmistificar uma visão preconceituosa e que impede o bem estar do idoso. A oferta de estudos que abordem os diversos aspectos que interferem na sexualidade do idoso e a visão multidimensional dos fatores influenciáveis na qualidade de vida desses, deve ser foco de análise para uma avaliação crítico-reflexiva sobre essa temática, para que possamos favorecer as discussões sobre os diversos temas que englobam a vida e saúde da pessoa idosa e contribuir de forma positiva na quebra de paradigmas.

VIVÊNCIAS NA REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA: FORMAÇÃO ACADÊMICA E HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

Aline Missel, Gustavo Roese Sanfelice

Palavras-chave: Deficiência física, Reabilitação, Humanização da saúde

A concretização de ações mais humanizadas e propostas de formação que contemple os aspectos inerentes à humanização dos serviços de saúde passam por diversos aspectos. Encontram-se desafios éticos relacionados aos ideais de humanização das práticas de saúde, de essencial relevância, uma vez que o processo de reabilitação de pessoas com deficiência física é sustentado por princípios como a integralidade e inclusão social, dentre outros, demandando a revisão das práticas cotidianas, de modo a promover a cidadania desses indivíduos. Pelo que foi exposto, pensar coerentemente o contexto de implicações, valores e relações

entre pacientes e equipe profissional é o que serve de fundamento ou direcionamento para o trabalho adequado e de qualidade. Da mesma forma que a pessoa com deficiência física vive situações de incerteza em relação às suas próprias limitações, o mesmo ocorre com o profissional de saúde envolvido em sua reabilitação, pois o mesmo tem de descobrir quais são as necessidades individuais relevantes, procurando sempre valorizar as potencialidades do indivíduo. Na tentativa de compreender as atuações dos profissionais de saúde em relação à atenção humanizada de pessoas com deficiência física, é que levou ao desenvolvimento dessa pesquisa, que consiste em analisar e interpretar os discursos e as práticas de profissionais que atuam em instituições de reabilitação. A pesquisa utilizou discursos, ações diárias e da convivência, para verificar como esses profissionais de saúde entendem e percebem as questões relacionadas à atenção humanizada, como também, identificar as contribuições da formação acadêmica na aquisição de conhecimentos nessa temática. O presente estudo é um recorte da dissertação para a obtenção do título de Mestre em Diversidade Cultural e Inclusão Social pela Universidade FEEVALE/RS, caracteriza-se como qualitativo e descritivo, tendo como objetivo investigar as percepções e as atuações de profissionais da área da saúde nos aspectos relacionados à inclusão social, humanização da saúde e formação acadêmica. O estudo foi executado em duas (2) instituições de reabilitação do município de Porto Alegre/RS e o período de coleta de dados foi de 07 de junho a 20 de agosto de 2013. Para tanto, a amostra foi constituída de seis profissionais, sendo dois médicos, dois fisioterapeutas e dois fonoaudiólogos. Foram submetidos a entrevistas semiestruturadas e observações de atendimentos, permitindo atuação sobre uma variedade de evidências em condições contextuais de reputação do processo.

Foram observados quatro atendimentos de cada profissional, de pacientes que apresentam algum tipo de deficiência física, associada ou não à deficiência intelectual, não importando a idade e o sexo. Tendo em vista a relevância dos aspectos éticos que devem permear todo o processo de pesquisa científica, o projeto da dissertação foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) imediatamente após a aprovação pela banca qualificadora, a fim de analisar os aspectos éticos envolvidos (Plataforma Brasil protocolo de número 15725913.8.0000.5348). Para a análise dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin (2011), que resultou em três categorias: Aspectos sociais do sujeito; Atuação e conhecimento em relação à inclusão social e formação; e A concepção de humanização da saúde. Na interpretação das informações, ficou explícito que os profissionais percebem “o paciente” como um sujeito envolvido por fatores socioculturais e que determinam todas as ações e reações no processo saúde-doença. Mas em alguns casos, na prática, essas percepções não se concretizaram, onde “o paciente” apareceu como um “corpo-objeto” fragmentado e submisso à manipulação. As práticas em saúde passam a ser questionadas por apresentarem-se mais objetivas e dispendiosas com a adoção das tecnologias modernas e, ao mesmo tempo, muito pouco humanizadas. Um dos principais fatores mencionados é a formação eminentemente tecnicista do profissional de saúde, sentindo-se inseguro e despreparado para uma prática mais ampliada e humanizada. Em consenso, os profissionais citaram que não receberam informações durante as suas formações acadêmicas, tanto teórica como prática, sobre atenção humanizada. Situação preocupante, onde o processo de formação profissional deve ser uma construção baseada no desenvolvimento de conhecimentos, ideias e de valores determinados não apenas

pelo setor acadêmico, mas econômicos, políticos, sociais e culturais. Amorim, Moreira e Carraro (2001) chamam a atenção para o paradigma predominante na formação dos profissionais de saúde voltado para o modelo biológico que dificulta a visão do indivíduo como um ser integral e interfere na compreensão do processo saúde-doença. Os autores sugerem uma revisão nos programas de formação dos profissionais de saúde, ressaltando que não se pode mais aceitar o bom desempenho técnico sem que o mesmo esteja vinculado à cidadania e à ampla visão da realidade no contexto em que vão atuar. Para Vilela e Mendes (2003), é fundamental que a universidade tenha responsabilidade social na formação dos seus alunos, assim como trabalhar os conceitos de equidade, acesso universal e qualidade no atendimento. Para um resultado de grande relevância em relação às mudanças necessárias na estruturação da formação acadêmica, a teoria associada à realidade social dos sujeitos envolvidos é o que determinará a qualidade das ações em saúde. Somente partindo desta perspectiva é que os docentes terão condições profissionais e pessoais para transmitir conhecimentos técnicos associados à atuação humanizada. É importante para a efetivação destas propostas, uma formação acadêmica em que estes princípios sejam considerados e, mais que isso, que estes pressupostos sejam protagonistas no processo de formação profissional, juntamente com as questões técnicas. É essencial que haja equilíbrio entre a capacitação científica e a formação humanística, que privilegie uma visão abrangente e multifatorial de saúde, bem como a sensibilidade no processo de lidar com a realidade psicossocial das pessoas com deficiência física em processo de reabilitação. No caso das instituições pesquisadas, constatou-se que as questões de acessibilidade e a utilização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) estão

intimamente ligadas à inclusão social e ao processo de reabilitação. Demonstrando claramente que a inclusão social de pessoas com deficiência física depende de vários setores interconectados, onde o papel da formação acadêmica e de efetivas políticas públicas em relação à saúde e a acessibilidade são fundamentais. No entanto, existem avanços importantes em relação a políticas públicas e legislação nesses setores, mas há a falta de eficiência e eficácia dos mesmos. Sendo um dos motivos, a carência em capacitação sociocultural e humanizada dos profissionais envolvidos nas práticas em saúde. Este estudo retrata a complexidade da reabilitação de pessoas com deficiência física, que agregam elementos essenciais ligados à saúde, educação, acessibilidade e cidadania. Espera-se que a pesquisa traga subsídios empíricos e teóricos para discutir o processo de inclusão social no âmbito da reabilitação, onde as práticas em saúde têm ocupado lugar de destaque nas atuais propostas para a construção de atuações humanizadas, no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso.

VULNERABILIDADE AO USO DE TABACO ENTRE ACADÊMICOS, DE CURSOS DAS ÁREAS DE CIÊNCIAS HUMANAS, EXATAS E BIOLÓGICA, DE UMA UNIVERSIDADE DO SUL

Shayane Luiza Rebelatto, Greice Cristine Schneider, Lucimare Ferraz

Palavras-chave: Uso de tabaco, Estudantes, Prevalência

APRESENTAÇÃO: O tabagismo, é considerado uma dependência química decorrente do uso de substâncias psicoativas. Também acarreta maior vulnerabilidade às doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças bucais e outras. Considerado um

dos principais fatores de risco para mais de 50 outras doenças, destacando-se as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas¹. **OBJETIVOS:** O objetivo desse estudo foi analisar a dinâmica do uso de tabaco entre acadêmicos, de cursos das áreas de ciências humanas, exatas e biológica, de uma universidade do Sul. **METODOLOGIA:** O estudo caracteriza-se por uma pesquisa documental, de caráter exploratório-descritivo com delineamento de um estudo transversal. A população do estudo foi composta por 282 acadêmicos dos cursos das áreas do conhecimento: saúde, humanas e exatas. A pesquisa foi realizada por meio de um questionário estruturado e as informações necessárias para contemplar os objetivos foram obtidas por meio da aplicação de um questionário elaborado com bases nos instrumentos de coleta e já utilizados em estudos brasileiros. Os dados tiveram análise por meio de técnica descritiva. **RESULTADOS:** Segundo a entrevista realizada com acadêmicos dos cursos de medicina, direito e engenharia, 25,2% deles, relatam já terem utilizado tabaco alguma vez na vida. E de acordo com esses dados, os cursos de medicina e direito apresentaram uma prevalência semelhante, de 51,5% no curso de medicina e 50% no curso de direito, o que os difere do curso de engenharia em que apenas 38,5% dos acadêmicos já tenham experimentado tabaco uma vez na vida. Na mesma direção, quando os universitários são questionados com a frequência com que utilizam o tabaco 3,8% dos acadêmicos do curso de engenharia relatam fazer uso diariamente ou quase todos os dias, enquanto que no curso de medicina nenhum estudante relatou consumir tabaco de forma diária. De acordo com o sexo dos indivíduos entrevistados houve uma diferença significativa entre homens e mulheres em relação ao uso do tabaco. O sexo feminino relatou que 36,4% já experimentaram tabaco uma vez na

vida, enquanto que no sexo masculino esse índice foi de 56,2%. Em relação a frequência com que faziam uso de tal substância, 10,2 % dos entrevistados relataram utilizar tabaco uma ou duas vezes. Já o consumo semanal ou diário do tabaco novamente apresentou uma prevalência maior para o sexo masculino que teve índices de 4,7% e 3,1% respectivamente, enquanto que no sexo feminino esses números de 1,9% e 1,3%. Referindo-se ao semestre em que estavam cursando a faculdade, 54,8 (n=155) dos entrevistados nunca experimentaram tabaco na vida. E dentre os que consumiam a maior prevalência foi o uso de uma ou duas vezes na vida, em que 12% , 11,4% e 6,9% dos acadêmicos do primeiro, terceiro e último ano respectivamente utilizaram tabaco. Diariamente ou quase todos os dias, apenas 6 (2,1%) acadêmicos referiram que fazem uso. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A prevalência do tabaco não apresentou-se elevada, porém levando-se em consideração todos os malefícios que o tabaco causa no organismo, evidencia-se a necessidade de prevenção ao uso entre os acadêmicos e sugere-se a necessidade de políticas de intervenção no meio acadêmico.

Relatos de Experiências

“CONSTRUINDO PONTES ENTRE A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA E A GESTÃO EM SAÚDE”: CONTRIBUIÇÕES DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Uliana Pontes, Kessiane dos Santos Vallerio, Lara Luiza Silva de Souza, Mariana Rodrigues Gramático, Paula Starling, Valeria Rossato, Jane de Carlos Santana Capelli

Palavras-chave: Comunicação e Divulgação Científica, Educação em Saúde

APRESENTAÇÃO: Considerando a imensa produção e oferta de conhecimentos sobre saúde e ciência e o cenário de implantação de campus de interiorização da UFRJ, mostrou-se oportuna a criação, em janeiro de 2010, do projeto de extensão “Construindo Pontes entre a Evidência Científica e a Gestão em Saúde”, cuja proposta é sensibilizar e capacitar gestores, usuários e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e outros atores sociais para uso ético e crítico do conhecimento científico em saúde. Composto por equipe multidisciplinar, que envolve docentes e graduandos de diferentes cursos oferecidos no campus e alunos de Ensino Médio, o “Construindo Pontes” desenvolve diversas estratégias para aproximar a produção acadêmica das demandas sociais, além de colaborar com a formação profissional por meio de sua inserção em disciplinas eletivas e obrigatórias, dentre outras ações. O objetivo deste trabalho é relatar principais resultados do projeto. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O “Construindo Pontes” iniciou-se em 2010 com oficinas de busca e uso de informação nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) macaenses, das quais participaram equipes de saúde e membros do projeto. Em 2011, passou a ofertar vagas aos estudantes de Medicina para Iniciação Científica (IC), fortalecendo a articulação extensão-pesquisa. No âmbito extensão-ensino, atividades do projeto passaram a ser desenvolvidas e ofertadas dentro de disciplinas obrigatórias, pontualmente. Lançou uma página na internet, voltada para divulgar eventos e experiências em Divulgação Científica em saúde, além da agenda própria, em 2012. Ainda em 2012, promoveu o 1^a encontro anual “Saúde, Mídia e Informação” (SMI), que agrega estudantes e profissionais de Saúde, Educação e Comunicação e já está na 4^a edição. A programação do SMI traz palestrantes convidados e sessões

orais onde autores submetem trabalhos científicos e relatos de experiência sobre divulgação científica em saúde. As melhores submissões recebem menção honrosa. No biênio 2012-2014, o projeto inseriu-se no ProSaúde PET, trabalhando uso de informação e cuidado de pessoas com diabetes ou hipertensão em ESF locais. Ampliou parcerias em 2013, inserindo-se em escolas públicas e privadas da região, desenvolvendo materiais educativos e jogos didáticos que contribuem para o ensino e a divulgação de ciências. Também em 2013, recebeu menção honrosa na Semana de Integração Acadêmica do campus pelo jogo didático desenvolvido por aluno de Ensino Médio, com a colaboração de um graduando em Licenciatura em Ciências Biológicas. Em 2014, iniciou os encontros “Curta com a Gente” (Curta), onde vídeos curtos estimulam debates de temas atuais em Saúde, Ciência e Sociedade; destaca-se a participação de alunos de áreas, como Direito e Engenharia, interessados em discutir temas como sexismo e inclusão de pessoas com necessidades especiais. A página na internet, os “Curta” e a edição anual do SMI foram as principais atividades extensionistas do projeto em 2015, que também manteve a articulação pesquisa e extensão ao longo do ano, por meio da participação de alunos de IC e de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Até o momento, os grandes entraves para o projeto, que dificultaram cumprimento de algumas metas, foram os recursos financeiros e estruturais limitados; as greves universitárias, que alteram o calendário acadêmico e, conseqüentemente, a disponibilidade de compatibilizar a agenda dos graduandos com a dos parceiros locais; e mudanças na gestão municipal da Saúde, que provocaram mudanças nas equipes que já tinham consolidada a parceria com o projeto. **RESULTADOS:** Ao longo de sua existência, o “Construindo Pontes” recebeu

em sua equipe graduandos de Enfermagem e Obstetrícia, Farmácia, Licenciatura em Ciências Biológicas, Medicina e Nutrição, contribuindo para que estes graduandos tivessem experiências de trabalho em equipe multidisciplinar. Logrou êxito no envolvimento de diversos dispositivos e atores sociais em suas atividades: ESF, escolas públicas e particulares de ensino fundamental e médio e seus corpos sociais. Este intercâmbio de experiências e conhecimentos permitiu aprimorar tanto a formação dos graduandos, que puderam conhecer diferentes realidades de busca, validação e uso de conhecimento científico para o cuidado em saúde, quanto para a formação continuada dos profissionais de saúde e educação das entidades parceiras. Gerou a produção de Iniciação Científica de dez acadêmicos de Medicina e do TCC de uma acadêmica de Enfermagem; tais trabalhos abordaram diversos temas transversais às questões de saúde, mídia e sociedade: consumo, propaganda e infância; uso de informação para prevenção e cuidado de pessoas com doenças crônicas; imagem profissional, status, poder e mídia; contribuições de revistas semanais de informação na divulgação de assuntos relacionados à saúde; dentre outros. Ao colaborar com disciplinas eletivas e obrigatórias dos cursos de Enfermagem e Obstetrícia, Farmácia, Licenciatura em Ciências Biológicas, Medicina e Nutrição, ainda que de forma pontual, pôde também oferecer as perspectivas da divulgação científica e da pesquisa em saúde para os estudantes destas turmas, lembrando que a divulgação científica ainda é tema pouco explorado nos currículos universitários brasileiros, embora a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde proponha estimular os profissionais de saúde a colaborarem e se beneficiarem de ações de difusão da ciência. As principais metas para o biênio 2016/2017 são: aprimorar a

página na internet, sistematizar e fortalecer os encontros “Curta com a Gente” e ampliar a programação e participação de diferentes atores no encontro anual Saúde, Mídia e Informação. CONCLUSÕES: Pode-se concluir que, mesmo com a escassez de recursos e com uma pequena equipe de trabalho, o projeto de extensão universitária “Construindo Pontes” conseguiu articular ensino, pesquisa e extensão para a promoção da Divulgação Científica em Saúde e fortalecer a cooperação entre a universidade e a rede SUS local. São valorizados pela equipe responsável o pensar e o agir em saúde de maneira ética, articulada, intersetorial, integral e interdisciplinar e almeja-se incrementar as ações voltadas para ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, minimizar as desigualdades, promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, e contribuir para o aumento da resolubilidade do SUS, metas que são alcançadas também por meio de ações que busquem a democratização do conhecimento de modo ético, crítico, amplo e responsável. Percebe-se que as atividades extensionistas são uma oportunidade valiosa para a proposta de mudanças e melhorias na formação curricular, pois induz a oferta de novas disciplinas e permite que os graduandos interajam na rede pública de saúde, conhecendo outras formas de atuar junto aos trabalhadores já formados. Tais experiências certamente contribuem para a formação diferenciada dos alunos envolvidos diretamente e para a sensibilização dos demais aos temas abordados no projeto.

**“GIREI MINHA VIDA E EXISTÊNCIA”:
REDES QUE FORTALECEM A VIDA E O SUS**

Beatriz Cabral de Vasconcellos Vinhas

Palavras-chave: Rede Unida, Relato de Experiência, Formação

Relato de experiência sobre uma graduanda em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo, que participou do 11^o Congresso da Rede Unida como bolsista do PET Construção de Rede de Cuidado em Saúde da Mulher e da Criança, com o objetivo de evidenciar a potência dos encontros que emergem do espaço desse Congresso. Atuei como Bolsista do PET Construção de Rede de Cuidado em Saúde da Mulher e da Criança, na Universidade Federal de São Paulo- Campus Baixada Santista, de seu início no segundo semestre de 2012 até o encerramento em Dezembro de 2014. Nesse período tive a oportunidade de conhecer e vivenciar o serviço no Sistema Único de Saúde em Santos, a partir de uma posição muito rica e pouco conhecida, com o olhar de uma “petiana”. Acompanhei as atividades relacionadas à Rede Cegonha, como Grupo de Gestantes, estudo de prontuários de pré-natal, orientação alimentar de gestantes, Visitas Domiciliares com Agentes Comunitários de Saúde, fluxo de encaminhamento de gestantes de risco, com a diferença de poder refletir sobre essas vivências na academia junto aos gestores do serviço em que estávamos inseridas e docentes da Universidade que pesquisam dentro da área. Nesse olhar único de “petiana”, me descobri encantada pela Rede de Cuidado do Sistema Único de Saúde em sua teoria e revoltada com a consolidação que observava na prática. Com isso, descobri no SUS meu foco de atuação mas não pela temática específica do meu PET. No primeiro semestre de 2014 seria realizado o 11^o Congresso da Rede Unida - “Girar Vida, Políticas e Existências: a delicadeza da Educação e do Trabalho no cotidiano do SUS” e, como havia uma verba do Programa PET – Pró – Saúde para atividades complementares, foi decidido custear a viagem de alguns estudantes representando suas respectivas frentes de atuação, no caso, Saúde da Mulher e Criança e Saúde Mental. Assim, recebi a notícia de

que iria para Fortaleza com minha colega, Fernanda, graduanda em fisioterapia, e então a experiência de tecer Redes iniciou, na consolidação de nós feitos com a força do afeto e na abertura para o encontro. A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (BONDÍA, 2001). Apesar do tempo que trabalhamos juntas no PET, nos (re)conhecemos e aproximamos mais durante a viagem. Fiquei alojada por dois dias no Centro de Formação e Capacitação Frei Humberto do MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra), onde estavam muitos outros estudantes de vários lugares, inclusive membros do MST que tive o prazer de conhecer, principalmente, pelo quarto que fiquei. Lá conheci Maria, mulher de muita força que apresentaria um trabalho no último dia. Por surpresa assisti sua apresentação, um projeto incrível envolvendo Universidade e Movimentos Sociais para promover ações de Saúde e Educação Ambiental no Sertão do Ceará, guardo como recordação o livro que ganhei. Nos dois últimos dias fiquei num Hostel, que também recebeu outros congressistas, lá conheci uma nutricionista e um enfermeiro de estados diferentes, que tenho vínculo até hoje por meio de redes sociais, pessoas que realizam trabalhos incríveis, que tenho muito prazer em acompanhar e trocar experiências do SUS que da certo. Durante os quatro dias de imersão naquele gigantesco evento com

tantas atividades acontecendo ao mesmo tempo, me senti peculiarmente atraída por um determinado espaço, a tenda do VER-SUS (Vivências e Estágios da Realidade do Sistema Único de Saúde), projeto viabilizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida. Um projeto realizado por estudantes construindo vivências do SUS para os outros estudantes, com objetivo de conhecer a rede de cuidado e produzir reflexões sobre saúde e suas interfaces. Ouvi histórias de “versusianos” do nordeste até o Sul e descobri que logo voltaria para São Paulo ganhar minha mochila. Voltei para Unifesp com laços (re)conhecidos e fortalecidos, novos nós espalhados pelo país e um sonho: participar do VER-SUS. O Congresso foi em Abril, em Maio me aproximei da Comissão VER-SUS São Paulo, Junho realizava minha inscrição e em Julho fiz as malas para conhecer o município de São Bernardo do Campo e os serviços de saúde da cidade. Foi uma semana muito especial e de muito aprendizado, voltei para casa com uma certeza, iria ajudar na organização do próximo. E então fortalecemos a Comissão VER-SUS São Paulo, viabilizando a edição de Verão em Santos, Mauá, Guarulhos e São Paulo (Brazilândia). Toda essa vivência me permitiu enxergar para além das críticas, da menina que caiu de paraquedas com seis meses de graduação dentro de um Programa de Saúde de Família, para ver um mundo de possibilidades. Segundo Bondía (2001), a experiência não é o caminho até um objetivo previsto, até uma meta que se conhece de antemão, mas é uma abertura para o desconhecido, para o que não se pode antecipar nem “pré-ver” nem “pré-dizer”. Reconheço a dialética dessa rede que permanece em movimento e, por isso, fica mais rica à medida que potencializa suas trocas, pois pude sair da zona de conforto do meu limite espaço-problema na oportunidade de conhecer outros contextos, com iguais ou diferentes problemáticas, que demonstraram que uma ação realizada no

Norte pode funcionar no Sudeste, e que algo que foi potente para um lugar não funcionou em outro. A Rede Unida foi um disparador em minha produção de redes e meu divisor de águas, ao possibilitar encontros com pessoas que acreditam e constroem o SUS que dá certo, oxigenando minha formação. “Girei minha vida e existência” para um caminho de muita luta.

(RE)SIGNIFICADOS DOS PROCESSOS DE ENSINAR E APRENDER NA UNIVERSIDADE ABERTA À MATURIDADE

Vitoria Regina Quirino de Araujo, Ana Luiza Morais de Azevedo, Manoel Freire de Oliveira Neto

Palavras-chave: Educação Permanente, Educação Inclusiva, Universidades Abertas

APRESENTAÇÃO: Uma das etapas da vida mais desafiadora é o envelhecimento. Com suas peculiaridades e complexidades ele deve ser compreendido de forma ampliada a partir dos aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos, sociais e das condições históricas, econômicas e políticas em que a pessoa idosa está inserida, em uma correspondência entre a concepção cultural da velhice e as ações voltadas às pessoas que estão envelhecendo. Contemporaneamente, importantes mudanças ocorrem no campo dos estudos do envelhecimento e no cotidiano dos idosos propiciando a esses, compreensão e motivação para a vivência da velhice com seus ganhos e perdas. Múltiplos espaços são oferecidos para a educação das pessoas idosas, inclusive no âmbito das universidades, sendo complementares para a formação especial e em perspectiva ampliada. Em diversos países, entre eles o Brasil, a universidade tem exercido a função de oferecer programas voltados à locus educação de adultos maduros e idosos,

sendo tais modalidades denominadas por Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI). As UnATI inserem-se no conceito de educação permanente, proposto pela UNESCO, em que o aprendizado está presente ao longo da vida, de forma constante, interativa e cumulativa, oportunizando uma série de atividades intelectuais e culturais, as quais contribuem para o envelhecimento bem-sucedido. Nessa perspectiva, em 2008 foi criada Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) a Universidade Aberta à Maturidade (UAMA) com o objetivo de atender a demanda educativa de idosos e contribuir para a melhoria das capacidades pessoais, funcionais e sociais a partir da formação especial para a pessoa idosa. Objetivo: A partir da prática da docência com idosos de 60 a 91 anos, o objetivo pretendido com essa partilha é suscitar reflexões acerca do papel do docente. Ao professor cabe a missão de ensinar e ao aluno o dever de aprender, na vivência com os idosos, tais atribuições ganham re (significados) e os alunos também ensinam aos professores. **METODOLOGIA:** A característica metodológica da UAMA/UEPB oportuniza a formação especial nas várias áreas do conhecimento a turmas formadas exclusivamente por pessoas idosas. Atualmente, quatro turmas com cerca de cinquenta alunos de 60 a 90 anos exercitam a troca de conhecimento, socialização, reflexões e vivências acerca do envelhecimento, constituindo-se em uma proposta que possibilita a valorização da sabedoria acumulada e a inclusão social da pessoa idosa. Em um período de dois anos (quatro semestres), os idosos vivenciam atividades teóricas, práticas e extracurriculares a partir das seguintes disciplinas: Eixo 1) Saúde e Qualidade de Vida: Educação para Saúde Integral, Psicogerontologia, Qualidade de Vida e Envelhecimento Ativo, Biogerontologia, Nutrição, Atividade Física na Terceira Idade, Fisiogerontologia, Farmacologia

para Terceira Idade. Eixo 2) Educação e Sociedade: Cultura e Cidadania e Arte e Lazer: Educação e Meio Ambiente, Leitura e Produção de Textos, Filosofia, Cultura e Cidadania, Língua Estrangeira, Turismo na Terceira Idade, Direito do Idoso, História e Conhecimentos Gerais da Atualidade. Eixo 3) Arte e Lazer (Atividades Extracurriculares/Opcionais): Ginástica Funcional, Dança, Coral, Visitas Culturais, Passeios e Excursões, Arte e Cultura. Eixo 4) Conclusão de Curso: Memorial Descritivo. Para o cumprimento do conteúdo programático a UAMA conta com um grupo de docentes da Universidade Estadual da Paraíba, interessados nos diversos aspectos referentes ao estudo do processo de envelhecimento, que voluntariamente e contando com o aval dos respectivos departamentos, cedem parte de suas cargas horárias para o desenvolvimento das atividades com os idosos. **RESULTADOS OBTIDOS:** A vivência com os idosos da Universidade Aberta à Maturidade por suas características de formação especial possibilitam a ampliação da compreensão acerca da docência. Nessa experiência, a função docente cujo objetivo é predominantemente o ensino, tem identificação com o conceito de Ensino das teorias da Psicologia da Aprendizagem que une e (res) significa os processos de ensinar e aprender. Na prática docente com os idosos é possível vivenciar e compartilhar conceitos, teorias e temáticas do envelhecimento, tendo o respaldo das situações por eles vividas, indo, no entanto, para além da visão científica que direciona os aspectos referentes ao processo de envelhecer. Com eles o saber científico, supostamente o único constituído, autorizado e comprovado pode ser acompanhado e confrontado pelo conhecimento vivido, sentido, percebido, sem as amarras da ciência e com a validação das experiências ao longo do tempo. Na vivência com os idosos a relação professor

e aluno é naturalmente reelaborada, e a tendência tradicional de considerar o professor como a peça central do processo é redefinida. Na vivência de ensinar as pessoas idosas o professor tem o papel de facilitador e condutor, despertando a aprendizagem já presente na vivência do educando. A relação educativa estabelecida é democrática e participativa e em uma via de mão dupla. A aula enquanto modelo didático assume características diferenciadas sendo um lugar de encontro, de interação social e intercâmbio de experiências e de gratidão favorecendo a construção de um conhecimento social e culturalmente compartilhado. Pela vida vivida, com seus erros e acertos, o conceito da aprendizagem ganha significados. Os novos conhecimentos somam-se aos já existentes e despertam a vontade de aprender, sendo essa o principal elemento da aprendizagem. O aprendizado ganha valores práticos e relevantes para a vida do aluno idoso, e a prática docente se revela em uma rica e desafiadora oportunidade de troca recíproca em que ensinar assume sentidos e significados próprios. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A vivência na docência com os idosos é uma intrigante reelaboração dos aspectos relativos ao ensino e aprendizagem. É um desafiador exercício para a profissão docente, de empatia, de inspiração e de reconhecimento à sabedoria acumulada. É a revalorização dos momentos vividos, das experiências, desde as complexas às mais simples, com a compreensão de que todas são necessárias para a construção do ser e de quem se pretende vir a ser. Se por vezes há restrições nas habilidades físicas e/ou mentais, que podem se configurar como um aspecto limitante para alguns seres que ilusoriamente perseguem o mito da juventude eterna, o contraponto que os idosos oferecem com generosidade é a profusão de legitimidade, autenticidade, ousadia, vontade de aprender e coragem

de viver o hoje. Com os idosos, ensinamos, aprendemos e aprendemos a ensinar. Para além de conteúdos estabelecidos, aprendemos sobre a vida e a vivê-la de forma desafiadora e leve, intensa e prazerosa.

A 'LUDICIDADE EM SAÚDE' NO COMBATE AO TABAGISMO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO TUTORIAL INTERDISCIPLINAR DO PROGRAMA PET SAÚDE EM VITÓRIA DA CONQUISTA/BA

Níliá Prado, Rodrigo Damascena

Palavras-chave: Formação em Saúde, Tabagismo, ludicidade em saúde,

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo, e um dos mais importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias. Contudo, é no cenário municipal que as ações educativas são operacionalizadas e a Atenção Primária à Saúde (APS) têm sido um relevante espaço neste processo de cessação do tabagismo e conscientização dos indivíduos sobre os riscos desta prática para a saúde, por alcançar a comunidade de forma contínua e nos territórios da sua realidade concreta. Por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de uma equipe multiprofissional, caracterizada por um comportamento compartilhamento de saberes (Starfield, 2002) (VilasBôas et al, 2014), viabiliza-se um entrelaçamento de práticas comunitárias, promovendo um olhar holístico para os desafios encontrados no cotidiano que permite direcionar os pontos críticos primordiais para a práxis (Brasil, 2001). No atual processo de reorganização do sistema de serviços de Saúde no Brasil vem favorecendo a discussão e implementação de estratégias, com o objetivo de preparar os

futuros profissionais de saúde para atender a uma nova práxis sanitária (Almeida Filho, 2011). Ou seja, uma formação em saúde, que constitua sujeitos capazes de ver e entender o mundo de forma holística, em sua rede infinita de relações, em sua complexidade e perceba o valor da interdisciplinaridade e a necessidade de situar a importância das necessidades da coletividade nos desafios, dúvidas, e interrogações da atuação profissional (Haddad et al, 2009). Desta forma, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) foi implementado no Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) campus Anísio Teixeira da Universidade Federal da Bahia, implantado desde o ano de 2006, como parte do processo de expansão e interiorização do ensino superior federal do país aderiu ao PET Saúde desde o ano de 2008, estabelecendo parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Vitória da Conquista, e outra Instituição de Ensino Superior (IES), a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), e envolvendo os cursos de graduação em enfermagem, farmácia, nutrição, psicologia, biologia e o curso de medicina da UESB, tendo como preceito a interdisciplinaridade. Orientados pela necessidade de transpor práticas setorializadas e fragmentadas, algumas atividades desenvolvidas foram permeadas pela abordagem lúdica e educativa em saúde, que possibilita o processo de aprendizagem, o desenvolvimento pessoal, social e cultural, facilitando os processos de sociabilização, comunicação e construção do conhecimento, o que nos faz vislumbrar uma "convergência entre o saber e o fazer". Este estudo resgatou a experiência exitosa de um grupo terapêutico de combate ao tabagismo que buscou inter-relacionar as práticas e ações de saúde de uma equipe multiprofissional com a ludicidade, com o intuito de facilitar a compreensão do usuário sobre o problema e permitir a sua

percepção como sujeito autônomo capaz de enfrentar a sua realidade. Além disso, possibilitou reflexões e a problematização sobre a necessidade de mudanças no perfil de formação acadêmica dos estudantes e da conduta multiprofissional. Primordialmente, os profissionais da ESF e do NASF que realizaram os grupos foram capacitados para o cuidado e atenção em saúde ao tabagista, pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) do município. O Grupo terapêutico foi coordenado e conduzido por uma equipe de profissionais de saúde da USF (médica e enfermeira) e do NASF (farmacêutico, nutricionista, profissional de educação física, fisioterapeuta e psicólogo), alguns destes preceptores do PET Saúde. Além disso, participaram das atividades dos grupos, estudantes bolsistas e voluntários do PET Saúde, que receberam orientações dos profissionais da unidade capacitados previamente. O "Grupo Terapêutico de Abordagem ao Fumante" foi realizado na Unidade de Saúde da Família (USF) da Urbis V no ano de 2013. Com o intuito de associar abordagens não terapêuticas e compartilhar informações de uma forma lúdica, foi encenada uma peça de curta duração intitulada "O Julgamento do Cigarro" criado pela médica da unidade e pelos discentes do PET. A encenação teve como base um júri onde o cigarro (um cooperador fantasiado) era o acusado e faz a sua própria defesa. Do outro lado, tinha o advogado de acusação, e no centro o juiz. A peça iniciou com o juiz expondo os motivos daquele julgamento e passa a palavra para que "o cigarro" fizesse sua defesa. Naquele momento, "o cigarro" expôs suas opiniões na tentativa de comprovar a sua inocência. Dentre os argumentos destacou o fato de o cigarro 'trazer prazer', ser "companheiro", não forçar ninguém a comprá-lo, assumindo uma postura de vítima diante de uma 'sociedade injusta', pois segundo o mesmo, 'ele não causava tantos males assim'. Após expor sua

defesa, a palavra foi passada ao advogado de acusação, que expôs os motivos para que o cigarro fosse condenado. Levanta como principais pontos a questão dos problemas à saúde causados pelo tabagismo, aos gastos com a aquisição de cigarros e a dependência gerada pelo mesmo. Esses pontos foram apresentados de forma bem dinâmica, com a interrupção frequente do "cigarro" expondo sua defesa, e a intervenção do juiz tentando retomar a ordem. Por fim, o juiz, juntamente com os participantes, dá a sentença final: condenado. A peça dura em torno de vinte (20) minutos e tem como objetivo facilitar o conhecimento sobre os malefícios do cigarro, tanto para a saúde quanto financeiramente. Entretanto, o principal ponto é levá-los a refletir, a partir dos argumentos do "cigarro", quais são os argumentos utilizados por eles mesmos, em seu subconsciente, para continuarem fumando, tais como, "o cigarro traz prazer", "ele não faz tão mal assim", "olha quantas pessoas fumam e não morrem de câncer?", dentre outros. Após a encenação, foram apresentados na mesma sessão os malefícios causados pelo cigarro com suas substâncias tóxicas e os métodos para cessação do vício do tabaco (Parada Abrupta e Parada Gradual). Os participantes foram estimulados a refletir e debater sobre qual o método de cessação do tabagismo seria mais adequado ao seu perfil. As abordagens lúdicas associadas à terapia permitem a instrumentalização sobre o 'brincar' sendo pertinentes para um engajamento profissional em ambientes onde se propõe um trabalho em equipe multiprofissional, que visa à humanização das instituições de saúde. O indivíduo, seja o usuário ou o profissional de saúde (graduado ou graduando), após a participação em um grupo de educação em saúde percebe que a palavra autonomia, "no seu sentido etimológico" impera, pois o objetivo destes encontros é pensar os indivíduos

como sujeitos autônomos, é considerá-los como protagonistas nos coletivos de que participam como protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde. Por fim, percebe-se que o resultado deste processo de educação terapêutica, que busca aliar conhecimento científico e ludicidade no âmbito dos serviços e do sistema de saúde, orientados de modo a garantir ações de saúde integral, resultaram, de fato, em melhores formas de encaminhar, minimizar ou resolver os problemas de saúde, garantindo qualidade de vida à população e contribuindo para a integralidade das ações, um dos objetivos do SUS.

A “GINCANA FORMATIVA” COMO MECANISMO DE METODOLOGIA ATIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

André de Castro Rocha, André Luís dos Santos

Palavras-chave: metodologia ativa

1 – Introdução: no atual contexto social, no qual os meios de comunicação estão potencializados pelo avanço das novas tecnologias e pela percepção do mundo vivo como uma rede de relações dinâmicas e em constante transformação, tem-se discutido a necessidade de urgentes mudanças nas instituições de ensino superior visando, entre outros aspectos, a reconstrução de seu papel social. Na área de saúde, surgem questionamentos sobre o perfil do profissional formado, principalmente, com a preocupação relativa à tendência, à especialização precoce e ao ensino marcado, ao longo dos anos, por parâmetros curriculares baseados no relatório de Flexner. A ênfase na sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos de curso, a organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade, a

valorização do ensino centrado no ambiente hospitalar enfocando a atenção curativa, individualizada e unicausal da doença produziram um ensino dissociado do serviço e das reais necessidades do sistema de saúde vigente. Dessa forma, as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) apontam para uma mudança nesse cenário, estabelecendo em sua descrição que o graduando em medicina deva ter autonomia no processo de ensino-aprendizagem, valendo-se do estudo prévio e do aprendizado prático, mesmo que em situações simuladas, a fim de se avaliarem os erros eventualmente cometidos. As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas. A problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, esse poderá exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões. Assim, este relato de experiência se propõe a descrever como se deu a realização da “Gincana Formativa” aplicada na FMUFG para os discentes do segundo período do curso de medicina e analisar criticamente os aspectos suscitados pela atividade no contexto atual das demandas da área da saúde no país, verificando sua produtividade quanto ao cumprimento dos objetivos almejados e o seu papel como mecanismo de metodologia ativa no novo cenário educacional da área da saúde.

2 - Desenvolvimento: a Gincana Formativa foi uma atividade bastante diferente do que os acadêmicos de Medicina da Universidade Federal de Goiás estavam acostumados

a participar. A turma foi dividida em 11 grupos, sendo cada um deles composto por 10 alunos. A primeira tarefa proposta a cada grupo foi colher uma anamnese numa Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), buscando qualquer tipo de paciente, e qualquer tipo de história clínica. Após colhida a anamnese, os alunos deviam se basear no caso clínico apresentado nela, e formular objetivos de aprendizagem. Os objetivos de aprendizagem nada mais eram que assuntos relacionados à doença apresentada no caso clínico, mas que estavam ligados às disciplinas da grade curricular, que são elas: anatomia, fisiologia, histologia, bioquímica, semiologia e imagenologia. Portanto, cada grupo formularia 6 perguntas, que deveriam estar, cada uma delas, dentro de algum dos objetivos criados pelo grupo. Após a formulação dos objetivos de aprendizagem, das perguntas e das respostas, os 11 grupos tiveram que disponibilizar, via internet, as suas histórias clínicas para que todos os grupos pudessem lê-las e estudá-las, assim como os objetivos de aprendizagem para que todos pudessem se preparar para os 6 aspectos que poderiam ser cobrados nas perguntas. O final da gincana aconteceu de forma presencial, todos os grupos se reuniram na faculdade para a atividade. Para iniciar a atividade dois grupos foram sorteados e deveriam se “enfrentar” num duelo de perguntas e respostas. Sob a forma de sorteio, um determinado grupo X escolhia duas disciplinas, que estavam representadas pelo seu respectivo objetivo de aprendizagem, para desafiar um determinado grupo Y com as suas perguntas. O grupo Y tinha 3 minutos para elaborar suas respectivas respostas e após o término do primeiro desafio, os papéis se invertiam. Ao final dessa rodada, o grupo X dava lugar a um grupo Z, e iniciava-se uma outra rodada, até que os onze grupos tivessem participado da atividade.

3 - Resultados e Impactos: para John Dewey,

filósofo, educador, pesquisador norte-americano e criador da Teoria da Indagação, são determinados problemas ou situações os responsáveis por gerarem dúvidas capazes de promoverem descoberta, experimentação e reflexão dos estudantes. Daí surge a importância da necessidade de se aprender a aprender do graduando em medicina, que passa a participar do processo de ensino-aprendizagem de forma ativa, construindo conhecimento e integrando conteúdos. Esse foi o principal ponto positivo da Gincana Formativa, a integração de conteúdos e a participação ativa destes no processo de aprendizagem. A proposta de se retirar de um caso clínico, objetivos que estivessem relacionados com as diversas disciplinas da grade curricular dos alunos de medicina foi bastante proveitosa. Além disso, o trabalho em equipe também deve ser evidenciado nessa atividade. Trabalhar em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalho, com base no conhecimento do trabalho do outro e valorização da participação deste na produção de cuidados. Significa construir consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto de profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de adquiri-los. Significa também a utilização das interações entre os agentes envolvidos, com vistas ao entendimento e ao reconhecimento recíproco de autoridades de saberes e da autonomia técnica. Outro resultado bastante importante da realização dessa atividade foi a diversidade encontrada nos pacientes abordados nas histórias clínicas, desde crianças até idosos, negros e brancos. Isso fez com que os alunos pudessem conhecer mais sobre o perfil das enfermidades encontradas em indivíduos diferentes, e assim lidar melhor com as particularidades de cada indivíduo.

4 - Considerações Finais: a metodologia de ensino ativa colocada em prática com a Semana Integradora na

FMUFG demonstra a preocupação por parte dos docentes em acompanhar as profundas mudanças curriculares para melhorar a formação do profissional da área da saúde. Assim, apesar de alguns problemas técnicos e de falta de organização, a experiência da Gincana Formativa foi bastante enriquecedora, tanto para os alunos quanto para os professores participantes, uma vez que todos os envolvidos tiveram que estudar bastante sobre o assunto para que os “duelos” não servissem apenas como uma brincadeira de perguntas e respostas, mas para que houvesse uma discussão que trouxesse alguma forma de aprendizado para os alunos. São atividades como essa que transformam a educação médica e a humanizam cada vez mais, com o intuito de formar profissionais mais preocupados com o bem-estar do paciente e dessa forma, segue-se lutando e acertando nas escolhas do presente para se sonhar com as perspectivas de um futuro melhor.

A ALMA DO CUIDAR NO AMAZONAS: A PRODUÇÃO DE VIDA E A VIDA INVENTADA PELO MITO

Gabriela Braga Bordon

Palavras-chave: VER-SUS, Saúde, Vida, Educação em Saúde, Amazonas, Lenda

Aqui relato uma experiência rica de viver o SUS do estado do Amazonas através do projeto VER-SUS (Vivências e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde) que é viabilizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida. A experiência de se deslocar em direção ao novo na curiosidade de desvendar as inúmeras formas de produzir vida do meu país. Sou filha de um Brasil de muitos Brasis, de muitas histórias, muitas culturas, muitas pessoas, muita riqueza. Sou nascida e criada na

cidade de São Paulo, estudante, graduanda em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Acredito que nosso saber tem que ser ampliado às especificidades e peculiaridades do território brasileiro para nos afirmarmos como sanitaristas. O projeto VER-SUS já me proporcionou imergir no meu lócus de vida, a capital-metrópole-caótica São Paulo e outras cidades do estado, mas sair da minha zona de conforto me proporcionou encontros de muito afeto com vidas e realidades vivas. “La do alto, o viajante noturno tem a sensação de que um rio de histórias flui na cidade invisível.” (HATOUM, 2008). Sobrevoar o Amazonas já proporciona um presságio da imensidão do que esta por vir, mas só aos olhos; quando se esta em solo ou em água em contato com as vidas diversas se tem a dimensão real e encantada da diversidade que compõe esse lugar. São as pessoas, as paisagens, a natureza bruta que invade o cotidiano, as narrativas, os movimentos, a vida que corre pelos rios. Me deparei com a alma do cuidar, desde a acolhida das boas vindas ao afeto no compartilhamento dos dias com mais oito estudantes da área da saúde do estado do Amazonas e profissionais e usuários do município de Presidente Figueiredo. A refeição farta que me recebeu com Tambaqui e farinha do Uarini, me alimentou da fome das horas de viagem e alimentou minha alma com o calor e ternura daquelas pessoas. O prato que alimenta o corpo, ali alimenta e perpetua a cultura e ligação com as raízes daquele povo. Nos dez dias que passei no Amazonas me alimentei da história do lugar e de realidades ricas. A valorização e ligação forte desses indivíduos com suas origens além de serem externadas através do alimento também se concretizam na narrativa. Choquei-me quando uma das estudantes e companheira de vivência não quis se banhar por estar menstruada e temer o boto, me referindo à MELLO, 2013

“A lenda inventada vira vida. E nunca mais se acaba”. Paulistana que sou e crescida cercada do cinza me choquei e me encantei pela pureza e singeleza e mais que isso pela essência do que ali estava colocado. Se identificar com a essência de sua terra e valorizar as suas origens de forma cotidiana traz um reconhecimento mais fácil aos seus pares, por aqueles que compartilham o território com você. Vê-se na narrativa e ação tanto dos estudantes que participaram do VER-SUS como dos profissionais daquele município que a essência dos atos de saúde que já produziu, produz e produzirá é o reconhecimento das necessidades daquela população. São condições adversas e muito peculiares que tornam o ato de produzir saúde um desafio no Amazonas, mas estes parecem serem movidos por se reconhecer no outro. “[...] um dos pontos nevrálgicos dos sistemas de saúde localiza-se na micropolítica dos processos de trabalho, no terreno da conformação tecnológica da produção dos atos de saúde, nos tipos de profissionais que os praticam, nos saberes que incorporam, e no modo como representam o processo saúde doença.” (MERHY,2014) Profissionais trabalhando em estruturas muito precarizadas narram o amor e reconhecimento da necessidade do outro como disparadores da sua labuta. O olhar para o outro e enxergar talvez não os mesmos caminhos e realidades mas a mesma origem incorpora no profissional e naqueles futuros profissionais um saber que não é técnico mas que se traduz na alma do cuidar. Não são apenas os profissionais nativos que apresentam esse sentimento e ação. Conheci Stella Nery, uma assistente social de Fortaleza, CE que esta há 17 anos em Balbina, a zona rural de Presidente Figueiredo. Um lugar esquecido pelas autoridades políticas, as ruas são tristes e o clima é melancólico, essa atmosfera expressa um pouco da guerra que se passou durante

a construção da Usina de Balbina no período da ditadura. Stella coordena o projeto caminhos da cidadania, e tenta resgatar e manter aceso no coração de crianças e jovens a alegria para que possam seguir na vida. Enfrentam um grave problema de drogas com os jovens e tentam encontrar mesmo na precariedade e esquecimento do lugar formas de produzir vida. Fica claro que o que move essa mulher é o amor e comprometimento com aquela população. A população tem um encanto que poderia ser narrado em uma lenda, lenda essa que se tornou vida aos meus olhos. Estar em contato com a natureza ainda tão bruta, com a cultura ali tão preservada te envolve e te desperta para um novo agir como indivíduo e como profissional da saúde, te mostra a fé no sentido mais singelo, esse encanto tem o poder de capturar muitos, sejam os nativos, sejam os forasteiros. Fui capturada pelo encanto, pelo lugar, pelas pessoas e por essa vivência, vi mais uma vez o poder transformador do projeto VER-SUS. Com o projeto esses estudantes e professores estão produzindo um banheiro, essa palavra do vocabulário dos amazonenses significa uma sucessão de ondas no rio que são provocadas por algo e neste caso são provocadas pela alma do cuidar, que estes têm em si e que querem compartilhar com os demais. Sofri por partir e ter que me despedir daquele lugar e de pessoas com tanta alma e afeto, mas voltei transformada, alimentada por um pedaço da história do meu país, pelo carinho e fé daquelas pessoas. Avancei um pouco mais no meu caminho para me tornar sanitarista. Trouxe comigo o poder de disparar um banheiro, mesmo que entre tanto concreto. Precisamos ter a dimensão do poder dos nossos sentimentos na produção de saúde, precisamos colocar alma e afeto nos nossos atos.

A ATENÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS - A EXPERIÊNCIA NA ILHA DO COMBÚ

Maria Eunice Figueiredo Guedes, Fabiana Lima e Silva, Camila Neves da Silva, Cristianne Pinheiro Silva, Telma Cavalcante da Silva, Mariana Emi Yoshikawa Pamplona

Palavras-chave: Violência, cidadania, atenção e prevenção, comunidades ribeirinhas

A Saúde física e mental relaciona-se com os corpos sociais e as inúmeras relações humanas: afetivas, trabalhistas, culturais e suas consequências, pois os sujeitos que estão sendo submetidos a processos disciplinares, à modelação e submissão e às práticas sociais e dos vários profissionais de saúde vão constituindo hoje a chamada subjetividade moderna. Diversos grupos sociais lutam, ao longo dos anos, por uma assistência à saúde diferenciada e por políticas de prevenção e assistência, que não os veja simplesmente compatologias ou sintomas. Além de todas as necessidades da população, os indivíduos devem ser atendidos nos aspectos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com ações que viabilizem a articulação da saúde com outras políticas públicas geradoras de qualidade de vida e melhoria dos níveis de saúde. Existe a necessidade de reflexão sobre a intervenção em saúde junto a comunidades ribeirinhas que têm maiores dificuldades de acesso a serviços, precariedade de retaguardas e que demandam intervenção e cuidado e estratégias por parte dos órgãos formadores e profissionais de como intervir de forma humanizada e garantindo cidadania aos usuários/as dos serviços. Este é nosso objetivo com o trabalho que desenvolvemos pelo projeto de extensão "Promovendo os Direitos Humanos, Saúde e Cidadania através do apoio e atenção a mulheres, crianças e adolescentes vítimas

de violência doméstica e sexual" desde 2013 que é financiado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA), e tem como uma das áreas de atuação as 05 micro áreas da comunidade da Ilha do Combú/ Belém. O trabalho é uma ampliação da intervenção tradicional em psicologia, buscando trabalhar os sujeitos sociais inseridos na sua realidade específica de modo a desenvolver suas potencialidades e sua capacidade de lidar com as dificuldades. O primeiro passo foi buscar conhecer a realidade da comunidade, com as informações foi possível perceber a dificuldade de acesso a serviços básicos de água, coleta de lixo e saneamento, além de dificuldade na saúde e educação, visto que a maioria dos serviços só estavam disponíveis em Belém. Uma das ações desenvolvidas pelo projeto foi o atendimento psicológico, com moldes de plantão psicológico que consiste em uma escuta inicial e acolhimento das demandas trazidas pela pessoa, modalidade de atendimento esta realizada em algumas clínicas-escola, com essa escuta buscou-se verificar as principais demandas individuais e coletivas para estudar novas intervenções, além disso, essa foi solicitação dos profissionais de saúde da USF que presenciavam seus pacientes em sofrimento psicológico. Outra ação ainda no início é a formação de grupos de jovens, idosos e mulheres, tendo em vista que estes são os principais afetados pelo isolamento, falta de atividades profissionais e recreativas na comunidade, situação essa que por vezes levava no caso dos jovens ao envolvimento em festas, abuso de álcool e drogas; e por outro lado as mulheres e idosos com a situação eram levados a conviver com a solidão, ócio, levando-os a quadros depressivos. No sentido da violência e seus impactos as principais queixas se referiam a violência doméstica (ocorrendo de forma bastante velada), sexual (casos com crianças, visto que algumas vezes os pais saem de casa

para trabalhar e as crianças ficam sozinhas e expostas a desconhecidos e até conhecidos que veem essa oportunidade para cometer o abuso), além de furtos, roubos e latrocínios cada vez mais presentes na realidade daquela comunidade. Em ambas as ações o foco é promover a cidadania através da atenção e prevenção das vítimas de violência, melhorando desta forma a saúde desta população, considerando a saúde como um bem estar biológico, psicológico e social. Baseamos nosso trabalho com grupos e oficinas visando promover a saúde mental e resgatar a autoestima de grupos socialmente vulneráveis. A metodologia de oficinas advém da reflexão já realizada largamente por grupos de universidades; profissionais de Psicologia, Pedagogia, Serviço Social, entre outros. Este instrumental metodológico (oficinas/trabalhos de grupo) mantem um diálogo com filosofia da pesquisa-ação e tem, na base teórica da Saúde coletiva alguns dos seus referenciais.

A ATUAÇÃO DO RESIDENTE E O DESAFIO DA INTERDISCIPLINARIEDADE - RELATO DE EXPERIÊNCIA DOS RESIDENTES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA EM UM CENTRO DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS - SC

Beatriz Ferrari, Bruna Veiga de Moraes, Fabiane Elisabetha Ribeiro, Mariana Lenhani Martignago, Martha Arduim Magalhães, Rafaela Grübel Werlang, Renata Marques da Silva

Palavras-chave: Residência Multiprofissional, Interdisciplinariedade, Processo de trabalho

APRESENTAÇÃO: As Residências Multiprofissionais em Saúde da Família constituem-se em uma modalidade de

pós-graduação lato sensu destinadas às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço. São orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma parceria entre Ministério da Saúde e da Educação, objetivando a inserção qualificada de profissionais no SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) prevê que os residentes tenham contemplados em seu processo de trabalho espaços específicos de cada categoria profissional, visitas domiciliares, participação em grupos, reuniões de equipe, períodos teóricos, reuniões mensais com tutores, preceptores e coordenação da residência. Também são garantidos semanalmente ambientes de aprendizado e troca entre os residentes, que estimulam a criatividade e autonomia no seu processo de trabalho, e que possibilitam discussões teóricas e acerca do que é enfrentado no cotidiano do Centro de Saúde (CS). Pretendemos neste resumo problematizar os desafios e potencialidades da atuação interdisciplinar encontrados no cotidiano das residentes do Programa REMULTISF da UFSC em parceria com a Prefeitura Municipal de Florianópolis-SC (PMF) em um CS. METODOLOGIA: A Atenção Primária em Saúde (APS) do Município de Florianópolis conta com 49 CS com equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) organizados em cinco Distritos Sanitários (DS): Centro, Continente, Leste, Norte e Sul. Este relato de experiência compreende a realidade de um CS localizado no DS Sul, campo de atuação de diversos programas que visam a integração ensino-serviço, dentre eles a REMULTISF. Atualmente o referido CS configura-se em duas equipes básicas de saúde, uma de saúde bucal modalidade I e conta com o Núcleo de Apoio

à Saúde da Família (NASF) tipo II. A equipe de residentes é composta por profissionais de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Odontologia e Serviço Social. Na maior parte do tempo, a equipe de residentes fica alocada no mesmo CS, porém, as profissões que compõem o NASF também têm atuação em outros CS's. Além das atividades específicas de cada categoria e do processo de trabalho cotidiano desenvolvido no CS, na semana típica das residentes, são destinados dois períodos para atividades multiprofissionais: projeto integrado e atividade compartilhada. O projeto integrado é um momento em que os residentes se reúnem para planejar, organizar e executar ações que sejam demandas do serviço e do território (oficinas, ações do Programa Saúde na Escola - PSE, grupos, entre outros). Essa atividade é realizada em um turno semanalmente. Já a atividade compartilhada é um encontro para discussão e aprofundamento teórico de temas relacionados ao processo de trabalho específico do CS. Para essa atividade são acordados responsáveis que mediarão as discussões. A atividade ocorre em um turno por semana entre os residentes, sendo uma vez por mês com a presença dos preceptores. Estes espaços de articulação são complementares e embasam a construção interdisciplinar através da busca dialética entre ação e reflexão. A partir desses momentos são planejadas, elaboradas, executadas - nesses ou em outros espaços - e avaliadas ações junto ao restante da equipe e em articulação intersetorial. Como exemplo, a articulação intersetorial que perpassa o PSE em duas instituições de ensino localizadas na área de abrangência do CS, onde foram realizadas oficinas lúdicas trabalhando o conceito ampliado de saúde, uso abusivo de tecnologias e apresentação do cordel da saúde em atividade festiva na escola. Além disso, são realizadas avaliações dos componentes do Programa. Também identificamos que a partir desses espaços

multiprofissionais são planejadas as ações voltadas à melhoria da ambiência, que reflete positivamente no CS como um todo, tanto no cotidiano de trabalho bem como no acolhimento da população usuária. Foram realizadas ações nas salas de espera com oficinas de artesanato, reflexologia podal e apresentação da equipe de trabalho atuante no dia. Ainda nesses espaços, elaboramos material informativo sobre o CS, apresentando a composição das equipes, os grupos disponíveis e horários, como também a divulgação de espaços de controle social como o Conselho Local de Saúde. Com a finalidade de ser distribuído nos momentos em que estivermos em eventos na comunidade e no CS. O Conselho Local de Saúde (CLS) em nosso território encontra dificuldades na sua consolidação, devido a baixa adesão da comunidade nesse espaço de articulação. A necessidade do fortalecimento do CSL é uma pauta constante tanto nas reuniões de equipe quanto nos momentos de articulação entre os residentes, havendo também participação desses profissionais nas reuniões do CSL. Outro ponto sempre relevante nesses espaços é a discussão do processo de trabalho do residente, pois há questões envolvidas no serviço que por vezes destoam da própria proposta do Programa. Entendemos ser primordial problematizar alguns assuntos e questionar a realidade que se encontra, para que possamos nos posicionar eticamente diante de situações adversas respaldadas sempre pelo Programa. RESULTADOS: A interdisciplinaridade se apresenta como um desafio a ser compreendido no cotidiano de trabalho das equipes, pois sabe-se que o processo de aprendizado durante a graduação da maioria dos profissionais de saúde foi, e ainda é, voltado ao modelo biomédico, que atua de forma fragmentada e que prioriza o conhecimento técnico. Por essa falha na formação que percebemos e damos muito valor aos espaços e momentos

multiprofissionais que temos dentro da residência, como já explicados no decorrer do relato, a oportunidade de vivenciar esse processo diferenciado de aprendizado e experiência, vimos que em algumas residências não existem esses momentos. Percebeu-se que a sensibilização da equipe frente a esses espaços de construção multiprofissional e interdisciplinar é essencial para que esse ambiente seja valorizado, pois muitos profissionais estão centrados nas consultas médicas, voltada as enfermidades pontuais e não ao atendimento do usuário de forma integral. Desejamos que os profissionais reconheçam a importância desses períodos, que lutem por espaços semelhantes em suas agendas e que estejam cientes que utilizamos para o planejamento de ações, bem como reflexões acerca do processo de trabalho diante da conjuntura do SUS. Algumas limitações também influenciam na construção de espaços interdisciplinares como por exemplo a falta de recursos humanos, que acaba impossibilitando a participação de alguns profissionais nesses momentos, e também, como citado anteriormente, a falta de percepção dos profissionais da importância desses encontros. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A residência constitui-se como uma modalidade diferenciada, visto que promove a integração do conhecimento teórico e prático. Além disso, desafia o residente a desenvolver sua capacidade crítica frente aos desafios do SUS, frente ao modelo biomédico - muito discutido, todavia ainda não superado - é a fragmentação do conhecimento acadêmico. Por essa razão, valorizamos a formação de profissionais para o SUS na modalidade de residência, visto que consegue unir a reflexão teórica com o conhecimento advindo da prática, buscando produzir um novo modelo de cuidado em saúde através de profissionais comprometidos com a atuação interdisciplinar.

A CONTRIBUIÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA CRACK É POSSÍVEL VENCER NO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA ATRAVÉS DO PET-SAÚDE - REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Amanda Souza Rodrigues, Denis Fernandes da Silva Ribeiro, Marcelle Coutinho Herédia dos Reis, Rogério da Silva Ferreira, Giovane Oliveira Vieira

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, Atenção Primária à Saúde, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde

Apresentação: O controle sobre o uso e dependência de drogas lícitas e ilícitas é alvo de variadas políticas públicas em diversas partes do mundo, fundamentalmente pelo crescimento do uso destas substâncias. Dentre as estratégias para abordagem intersetorial deste problema está o Programa "Crack, é Possível Vencer" que tem o relevante desafio de articular a prevenção ao uso, atenção integral ao usuário de crack e combate ao tráfico, embasando-se na reorientação do modelo assistencial preconizado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica e pela Política Nacional de Saúde Mental. O eixo de formação profissional, no caso as Universidades, também deve dispor de ferramentas para mudança do panorama da problemática do uso, abuso de dependência de álcool, crack e outras drogas, no intuito de reorientação do modelo assistencial, uma das ferramentas é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) Redes de Atenção Psicossocial, que foi adotado pela Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy – UNIGRANRIO, no município de Duque de Caxias - RJ e que visava promover mudanças no processo formativo dos acadêmicos da referida universidade, estimular a parceria e estreitar

o vínculo entre essa unidade de ensino e os serviços de saúde. Este relato tem o objetivo de descrever a experiência da equipe do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial no dispositivo da Atenção Básica, identificando as principais atividades realizadas para contribuir com a implantação do Programa “Crack, é Possível Vencer” no município de Duque de Caxias, RJ. Desenvolvimento do trabalho: Este trabalho configura-se em um relato da experiência vivida pela equipe do PET-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial na Unidade de Saúde da Família Jardim Gramacho, Duque de Caxias - RJ, no período de julho de 2014 a julho de 2015. As atividades foram realizadas pela equipe do PET-Saúde na Atenção Básica, composta por uma preceptora, enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Jardim Gramacho, e dois acadêmicos do curso de enfermagem da UNIGRANRIO. Resultados e impactos: Dentre os dispositivos de atuação da equipe Pet/Saúde-Rede de Atenção Psicossocial, que foram o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) Renato Russo; a Equipe de Consultório na Rua; a Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo; estava a Atenção Básica, cenário da experiência aqui relatada, que foi representada pela Unidade de Saúde da Família, localizada no bairro Jardim Gramacho, município de Duque de Caxias - RJ. Os trabalhos na atenção básica tiveram início com atividades de ambientação para os acadêmicos, através de apresentação e conhecimento das equipes da ESF, assim como, o conhecimento da estrutura e da dinâmica de funcionamento da unidade de saúde da família. Após esta ambientação foi realizada uma descrição teórica detalhada do território de atuação, seguida de realização de visitas aos principais pontos do cenário de atuação, onde a equipe do PET-Saúde realizou visitas e conheceu os dispositivos da Rede Intersetorial de Jardim Gramacho. Desta forma, a equipe do Pet-Saúde pode ter subsídios para identificar os

dispositivos e atores locais que poderiam colaborar com as futuras ações da equipe na contribuição da implantação do Programa Crack, é Possível Vencer. A fim de facilitar o estreitamento do vínculo com as equipes da ESF e atores locais, além de esclarecer as atividades e propósitos do PET-Saúde na contribuição da implantação do Programa Crack, é Possível Vencer no município de Duque de Caxias, foram realizadas rodas de conversas temáticas com estes atores. Após a sensibilização das equipes e principalmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), através das rodas de conversa, foram levantados os usuários de álcool, crack e outras drogas das suas áreas adscritas, no intuito de realizar a busca ativa dos usuários que relataram para os ACS o desejo de suspender o uso de drogas. Nesta perspectiva, a equipe do Pet-Saúde construiu um instrumento para guiar a busca ativa dos usuários e realizou o agendamento das visitas domiciliares (VDs) para abordagem dos usuários. A busca ativa viabilizada pela VD foi fundamental para o desenvolvimento das ações na unidade. Esses momentos foram oportunos para a elucidação de dúvidas sobre a crença de que a internação seria a única alternativa de cuidado para usuários de drogas, percepção ainda comum por parte dos usuários. Trabalhar juntamente com as equipes da ESF corroborou com o fortalecimento da articulação do ensino e serviço, visto que esta parceria qualifica a atenção prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), através da reformulação e aprimoramento da prática e ensino em uma perspectiva multiprofissional. Considerações finais: A experiência na Atenção Básica contribuiu para o alcance dos objetivos do Pet-Saúde/Rede de Atenção Psicossocial no município de Duque de Caxias - RJ, fundamentalmente na articulação do ensino e serviço para traçar estratégias na atuação na prevenção e no tratamento do uso e abuso do álcool, crack e outras drogas. Para o ensino, o Pet-Saúde/

Rede de Atenção Psicossocial na Atenção Básica proporcionou o enriquecimento teórico e prático dos acadêmicos, uma vez que os mesmos tiveram oportunidades de viver a integração dos saberes, o que permitiu a conexão entre os saberes dos discentes com a expertise dos profissionais da prática e com os atores locais. Para a ESF de Jardim Gramacho, a vivência contribuiu, sobretudo, para a mudança do olhar profissional à problemática de álcool, crack e outras drogas, a qualificação da assistência prestada por estes profissionais, uma vez que estes se mostraram mais comprometidos e implicados com a realidade da saúde mental no Sistema Único de Saúde. Importante salientar que as estratégias utilizadas na atenção básica, tais como busca ativa, visita domiciliar, o acolhimento e o estabelecimento do vínculo, têm grande potencial no acompanhamento dos sujeitos com transtornos relacionados ao uso de álcool, crack e outras drogas, uma vez que estas promovem a humanização do atendimento, propiciando uma saúde integral, equânime, humanizada e de qualidade. Desta forma, foi possível que estes profissionais vislumbassem a possibilidade de aplicação destas práticas da AB para o cuidado com os usuários de drogas, já que, muitas vezes, estes se sentiam despreparados para o trabalho em saúde mental, em especial na problemática álcool e drogas.

A CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO

André Bubna Hirayama, Alline Karolyne Cândida da Silva, Bárbara Oliveira Silva, Bárbara Lopes Martins, Jordanna Sousa Rocha, Bruno de Jesus Silva Oliveira, Jaqueline Francisca de Jesus Oliveira, Heloisa Silva Guerra, André de Castro Rocha

APRESENTAÇÃO: O Programa Saúde na Escola (PSE) faz parte de uma política intersetorial entre Saúde e Educação, instituído em 2007. A base deste programa é a articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde, que se unem para promover saúde e educação integral, voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira. Este relato descreve a experiência de acadêmicos de Medicina da UFG na participação em uma atividade do PSE, que, por meio da disciplina de Saúde Coletiva, mantém contato com as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) logo no primeiro ano de graduação. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de inserção precoce de alunos de medicina, nas unidades de saúde da família, por meio da participação em uma atividade do Programa Saúde na Escola e relacionar esta inserção com a formação de profissionais críticos e aptos a atuar e melhorar a realidade. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Os acadêmicos desenvolveram uma ação educativa em junho de 2014, em uma escola municipal, na área de abrangência da UBSF Jardim Mariliza em Goiânia-Goiás, como parte do Programa Saúde na Escola. Juntamente com a enfermeira e a médica da UBSF, atenderam crianças de 2^o e 3^o anos, na faixa etária de 6 a 7 anos. Para a realização da ação, foram organizados em subgrupos pela professora para a participação nas atividades de avaliação médica, exame de acuidade visual, aferição de pressão arterial, avaliação da saúde e higiene bucal, aferição do peso e altura para cálculo do Índice da Massa Corporal (IMC). Alguns aspectos chamaram a atenção dos acadêmicos durante a participação nas atividades, um deles foi à necessidade da assinatura de termo de consentimento pelos pais ou responsáveis das crianças a serem atendidas, e o uso de prontuários na escola, diferentes dos que são usados na UBSF. Outro aspecto ressaltado pelos discentes foi que a médica

da UBSF, cubana e participante do Programa Mais Médicos, não possuía ainda fluência na língua portuguesa, o que para os outros profissionais e estudantes de medicina não representava problema, mas o mesmo não aconteceu com as crianças. Observou-se que muitas delas não entendiam o que a médica falava e, ao serem indagadas sobre sua saúde, algumas diziam que não sabiam falar “inglês”. Esta situação provocou uma indagação entre os acadêmicos sobre um possível comprometimento do atendimento das crianças por essa dificuldade na comunicação. Outro aspecto observado foi que, durante os procedimentos no PSE, a enfermeira solicita a fotocópia da caderneta vacinal do aluno para verificar se está atualizada, e, caso não esteja, as crianças são encaminhadas para o CAIS para atualizar o cartão de vacinas. Durante os exames e procedimentos realizados, destacaram-se: 1- na verificação do peso e do perímetro da cintura - diferenças nas estruturas corpóreas entre as crianças. Observou-se que algumas são bastante magras e outras obesas, o que pode ser o reflexo da alimentação em suas casas, requerendo um acompanhamento nutricional; 2 - a ausculta cardíaca e pulmonar permitiu o reconhecimento de uma criança com bradicardia, que foi encaminhada a um endocrinologista pela médica; 3 - pelo exame de pele, a médica percebeu em duas crianças a presença de pequenas manchas hipocoradas, muito semelhantes às manchas de Pitiríase Versicolor, o que foi medicado com a prescrição de pomada para o tratamento dermatológico; 4 - No exame da acuidade visual, percebeu-se a necessidade do profissional de saúde ter paciência, saber conversar com as crianças e esperar o tempo de cada uma; ressaltando ainda um aspecto abordado pelos professores de semiologia: nenhuma criança é igual à outra, pois cada uma apresenta uma dificuldade e um modo único de demonstrar com os dedos das mãos a imagem que estava visualizando; 5

- Na avaliação de saúde bucal, destaca-se a importância de identificar as necessidades de saúde bucal dos escolares, possibilitando o planejamento das ações a serem desenvolvidas, pois o cirurgião dentista pesquisava a existência de anormalidades dentofaciais, analisava a estética dental, presença de fluorese dentária, cárie dentária, doença periodontal e necessidade de tratamento, e observou-se que mais de 80% das crianças atendidas tinham cárie e/ou outra alteração bucal que necessitava ser encaminhada para o tratamento odontológico. Um fato interessante foi que as duas únicas crianças sem cárie eram irmãs, o que sugere atenção dos pais delas com relação à escovação dos dentes e a ingestão de alimentos cariogênicos. Além disso, notou-se também que as crianças, assim como qualquer indivíduo, apresentavam um perfil psicoemocional diferente, já que algumas tinham bastante medo de aferir a pressão, enquanto outras tinham curiosidade em saber qual o “barulhinho” que seu coração faz. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Esta experiência demonstrou a importância da participação do jovem acadêmico na realização do PSE, pois esta atividade contribui para a formação integral do futuro médico por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Sem esse contato “precoce”, o resultado é um estudante que, no final do curso, tem conhecimento das diferentes teorias biomédicas, mas apresenta deficiências nos aspectos de habilidades e atitudes para o relacionamento com o ser humano que tem à sua frente, o que compromete a relação médico-paciente. O Ensino Médico atual reconhece a necessidade de preparar o graduando para lidar com os determinantes do processo saúde-doença e para atuar no cuidado à saúde em uma perspectiva

interdisciplinar e intersetorial. Experiências cada vez mais cedo com a comunidade, em especial com crianças, amadurecem o lado humanístico do graduando, fazendo-o perceber que cada paciente é único e precisa ser tratado de acordo com seu contexto sociocultural e psicológico. Além disso, notou-se a importância do Programa Mais Médicos para as comunidades antes desassistidas; em que pesem o reconhecimento de algumas falhas; como a precária paramentação da profissional e a sua insuficiente preparação na língua portuguesa. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O futuro médico necessita vivenciar a visita às UBSF e acompanhar os programas de saúde ali realizados, como o PSE relatado, já no início de sua graduação, antes de ser um interno. Estas visitas favorecem a visão do paciente inserido na sua família e contexto sociocultural, possibilitando ao acadêmico, a abertura a um trabalho de parceria, colaboração e mútuo aprendizado. Primeira, dessa forma, pela formação médica mais humanista, abandonando a Medicina meramente curativista.

A CRIAÇÃO DA JORNADA ALAGOANA DE SAÚDE

Geyssya Morganna Soares Guilhermino, José Douglas Tobias Magalhães M Silva, Renato Cavalcanti Barreto, Raissa Lorena Bandeira Landim, Jesianne Nataly Macedo de Araujo, Nadja Romeiro dos Santos, Sandra Bomfim de Queiroz

Palavras-chave: saúde pública, educação, Alagoas

APRESENTAÇÃO: A criação e a regulamentação do SUS, no final da década de 1980, mais precisamente em 1988 mudou radicalmente a estrutura e a organização dos serviços de saúde no Brasil. A institucionalização dos princípios

da universalidade, da integralidade e da equidade, bem como das diretrizes operacionais baseadas na descentralização, regionalização, hierarquização e na participação popular (controle social), demanda aos profissionais da saúde uma forma de atuar distinta, que além de incorporar esses princípios e diretrizes deve estar fundamentada na ação intersetorial e no empoderamento (empowerment) da população (Haddad et al., 2010, p. 386). Contudo, a consolidação desses princípios passa, necessariamente, pela mudança no processo de formação dos profissionais, pois ainda vigora, no ambiente formativo da maioria dos cursos de graduação e pós-graduação, lato e strictu sensu, uma visão predominantemente biomédica do processo saúde-doença e uma forma de organização curricular centrada na transmissão de conhecimento, hierarquizado e verticalizado¹. Tais desafios impõem árduas tarefas a todos que estão envolvidos com a implementação do SUS. As atividades de caráter teórico-prático, em que o aluno começa a vivenciar suas primeiras experiências no sistema público de saúde, envolvem idas a campo, sistematizadas de acordo com os conteúdos e desenvolvidas com base em roteiros prévios, recebidos pelos alunos sob a forma de cadernos impressos e discutidos com os professores antes da visita à rede. Mais do que uma atividade prática, essas vivências representam a oportunidade de observação e reflexão dos conteúdos teóricos, aprofundando o caráter transversal do eixo da saúde coletiva sobre a formação do aluno³. Partindo dessas observações a Liga Acadêmica de Saúde Pública/Coletiva - LASP da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL surge para ampliar o conhecimento do aluno acadêmico através do ensino, pesquisa e extensão, em parceria com o projeto VER-SUS. Entendendo a ausência, necessidade e importância de se ter um evento em

nosso estado em foco e oportunizando o debate dos diversos objetos da saúde pública e coletiva além de sua interface com a formação, discutindo e atualizando profissionais que atuam ou atuarão no SUS. O evento foi planejado pelos próprios acadêmicos desenhando uma programação dotada de temas relevantes e atuais para a defesa e aprofundamento de temas vitais para construção de um SUS com qualidade. Dessa forma a Jornada Alagoana da Saúde é uma colaboradora para formação de profissionais críticos sociais e defensores de um sistema de saúde pública que passa por constante mudança e crescimento desde sua criação. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, que se propõe descrever a construção da Jornada Alagoana da Saúde, sendo um evento da Liga Acadêmica de Saúde Pública de uma universidade estadual do estado de Alagoas. A jornada é realizada por membros LASP e do VER-SUS de diversos cursos, tendo assim um caráter multidisciplinar, buscando a interdisciplinaridade e realiza as atividades formativas, utilizando como instrumento de levar conhecimento através do seminário, das mesas redondas, debates e oficinas. Com temas ligados à Saúde Coletiva e ao Sistema Único de Saúde (SUS), que são de vital importância não apenas para o crescimento profissional, mas para a própria implementação do SUS. No mesmo evento, concomitante a jornada foi promovido um fórum científico de saúde coletiva com o objetivo de trazer para dentro do evento um espaço de incentivo a produção científica na área de saúde pública/coletiva, como também expondo boas e inovadoras experiências como é o caso do projeto “Comunica Saúde”, que tem por objetivo levar informações e educação em saúde através de acadêmicos e profissionais a população em geral. Acontece as quintas-feiras no período de

11h as 12h, na rádio difusora na capital do estado. Outra experiência inovadora é o “VER SUS”, projeto estratégico do Ministério da Saúde e da Associação Brasileira da Rede Unida que insere acadêmicos de diversos cursos, mostrando vivências do SUS em diversas unidades básicas de saúde nos diferentes municípios alagoanos. Outro projeto apresentado foi “Os Guerreiros da Saúde”, no qual tem por objetivo primário a elaboração de um guia de saúde e atuação educativa para escolares, nos quais são potenciais multiplicadores. Ao final do evento, foram selecionados novos membros da Liga Acadêmica de Saúde Pública. Foram selecionados 25 membros que darão sua contribuição e continuidade a LASP e outras Jornadas. Dessa forma, é evidente a contribuição da Jornada Alagoana da Saúde tanto para a formação acadêmica quanto para a implementação do SUS, através das atividades desenvolvidas. Resultados e/ou impactos: A Jornada Alagoana da Saúde tem colocado estudantes e profissionais da área de saúde em geral em contato com os conhecimentos de saúde pública e do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de que se entenda a abrangência e importância de funcionamento de boa qualidade uma rede de assistência a saúde tanto para a população como para os profissionais, contribuindo para o bem estar e melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Aprimora o conhecimento científico no que diz respeito à saúde pública e SUS, através de palestras, seminários, oficinas e mesas redondas. Atua em áreas onde a relação acadêmico-comunidade serve como meio de aprendizado sobre o funcionamento do nosso sistema de saúde. Desenvolve Fórum científico associado a projetos de pesquisa que tem como objetivo sanar necessidades específicas da melhoria de serviços, promoção da saúde e de oferecer veracidade científica como retorno a sociedade de serviços com a qualidade necessária para suprir as reais

necessidades da população, a qual não pode ficar a mercê dos interesses mesquinhos e estreitos daquelas pessoas que veem saúde exclusivamente como um negócio ou fonte de gerar riqueza. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É evidenciada a cada Jornada Alagoana da Saúde que está na III edição o compromisso da LASP com o conhecimento e aprendizado dos acadêmicos participantes na área teórico por via de diversos cursos, palestras, seminários e oficinas ministradas e presididas por acadêmicos membros da liga e principalmente por profissionais e especialistas ligados à área de saúde pública, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, odontólogos, dentre outros profissionais da área de saúde, tendo sempre como finalidade de favorecer progressivamente a implementação desenvolvimento do SUS integral equânime e universal para os mais de 200 milhões de brasileiros.

A CULINÁRIA BRASILEIRA: UMA FERRAMENTA EDUCAÇÃO EM SAÚDE, SOB A ÓTICA DA CULTURA NEGRA

Rute Ramos da Silva Costa, Debora Silva do Nascimento Lima, Gabriela Rangel dos Santos Pereira, Ana Laura Nunes, Mariana Fernandes Brito de Oliveira, Alexandre Brasil Fonseca

Palavras-chave: promoção da saúde, educação em saúde, cultura afrobrasileira

INTRODUÇÃO: A culinária brasileira pode ser descrita como o resultado do complexo processo histórico cultural que o constituiu. A agregação de alimentos de distintas regiões do mundo possibilitou uma fonte de vegetais e animais ainda mais ampla. Diversas espécies nativas são importantes alimentos da cozinha brasileira, utilizados tradicionalmente pelos povos indígenas e que foram progressivamente incorporados a outras receitas, principalmente pelas

mãos negras (Reifschneider, Nass, Henz, 2014). Modos de preparo e de comer dos indígenas, africanos, europeus e de outros povos deram sentido e significado ao alimento, transformando-o em comida brasileira, expressão de brasilidade. Cada grupo étnico adicionou ou subtraiu hábitos, costumes e necessidades alimentares. Esses contribuíram com vários elementos, plantas, animais e condimentos, assim como preferências, proibições e prescrições, associações e exclusões (Canesqui, 2005). A cozinha brasileira é poesia, conhecimento, disputas e trocas. Expressa a constituição da sociedade brasileira, baseada em injustiças sociais, que se refletem na própria culinária, haja vista o imperialismo cultural eurocêntrico e a persistência no país de um imaginário étnico-racial que privilegia a branquidão e estima principalmente as raízes européias da cultura, em detrimento das demais (SANTOS, 2009). Essa violência simbólica ao arcabouço cultural não hegemônico, precisa ser superada através da educação em saúde. Nesse sentido, a utilização da culinária de matriz africana enquanto eixo estruturante da promoção da saúde pode atender ao princípio da Carta de Ottawa de “Desenvolvimento de habilidades pessoais”. Pode também significar um reforço de luta contra o racismo e a discriminação racial, nos distintos espaços públicos, reconhecendo os saberes e práticas populares de saúde, preservados ao longo dos anos, o fortalecendo uma identidade negra positiva e possibilitando a redução das vulnerabilidades, como orienta a Política Nacional de Saúde Integral da População negra (BRASIL, 2007). **DESENVOLVIMENTO:** Este resumo apresenta as experiências do projeto de extensão universitária denominado “A culinária afro-brasileira como promotora da alimentação saudável” cujos objetivos foram: Promover práticas alimentares saudáveis, utilizando a culinária

afro-brasileira enquanto ferramenta pedagógica junto à Jovens e Adultos. As ações foram desenvolvidas no município de Macaé, em uma escola de bairro periférico e alcançou a 390 pessoas. Previu-se a realização de uma série de etapas as quais serão apresentadas a seguir: Construção dos referenciais teóricos; materiais educativos e dinâmicas de grupo; Elaboração dos planos de trabalho; A aproximação do público e o a execução das ações. A construção de referenciais teóricos de temáticas que subsidiassem o arcabouço conceitual do projeto foi considerada uma ação atemporal e contínua, diante da necessidade de aprofundamento e ampliação do conteúdo de suporte às práticas educativas e à constituição de relatórios e resumos para divulgação científica e de extensão. Neste sentido, elaborou-se um acervo cujo teor tem sido apresentado e discutido semanalmente em reuniões da equipe do projeto. Os temas elencados foram: “Socioantropologia da alimentação; Culinária afro-brasileira; Educação em saúde e saúde da população negra”. A elaboração de planos de trabalho para as quatro oficinas previstas em projeto foi uma das ações desenvolvidas pelas bolsistas e foi uma ação “imprescindível para a eficácia e a efetividade das iniciativas e a sustentabilidade das ações de EAN” (Brasil, 2012, p.29). A execução desta tarefa também contribuiu para a qualificação da formação das bolsistas no perfil de educadoras em saúde e o processo de planejamento das iniciativas, que gerou envolvimento e compromisso. A aproximação com os participantes foi considerada indispensável, pois a utilização de uma metodologia dialógica compreende a aproximação dos sujeitos, o conhecimento do trabalho já desenvolvido sobre a temática de interesse, a ambiência, momentos de diálogo e o estabelecimento de acordos para ajuste dos interesses de ambas as

partes. (BRASIL, 2012). As oficinas educativas ocorreram junto aos estudantes do EJA e consistiram de 4 etapas: A primeira denominada “Os aromas da África no Brasil” consistiu de dinâmicas lúdicas, criativas e compartilhadas. O objetivo foi apresentar componentes da culinária africana e a suas influências na constituição da alimentação brasileira. Para iniciar, previmos uma dinâmica para aproximação e apresentações dos participantes e da equipe do projeto por intermédio de ferramenta lúdica. Em seguida desenvolvemos a dinâmica “O mapa da África e seus países, os alimentos e as preparações alimentícias correspondentes”. Nesta atividade foi apresentado o mapa da África com os nomes e as divisões territoriais dos países que a integram e cada estudante pode descrever nome de alimentos que são mais comuns nestes locais ou que supõem serem de origem africana. Para dar continuidade, realizamos a dinâmica “Sensações”, onde todos os participantes puderam utilizar os sentidos do corpo para identificar os temperos e alimentos empregados na composição da culinária afro-brasileira. O objetivo desta ação foi que o estudante percebesse que boa parte dos temperos utilizados em preparações brasileiras são oriundas ou empregados na culinária da África, que por sua vez, também recebeu influências da Índia, da Europa e etc. e ainda, algumas comidas, no Brasil, alcançaram características peculiares, por causa da associação às práticas alimentares dos indígenas que aqui habitavam. Em seguida trabalhamos o sistema alimentar hegemônico, segundo uma perspectiva crítica, associando-o ao projeto de sociedade estabelecido pelo governo, além disso, tratamos dos impactos a saúde e ao meio ambiente. Previsimos dar visibilidade, não só ao alimento, mas aos trabalhadores do campo, aos atravessadores e os beneficiadores dos alimentos, refletindo ainda sobre o direito humano à alimentação

saudável e adequada. Por fim, a última oficina, previu a construção de conceitos sobre a alimentação saudável, através de um grupo de diálogo mediado por quatro princípios do MREANPP, a saber: 1- Sustentabilidade Social, ambiental e econômica; 2- Abordagem do sistema alimentar na sua integralidade; 3- Resgate e valorização da cultura alimentar local e respeito à diversidade de opiniões e perspectivas considerando a legitimidade dos saberes de diferentes naturezas (cultura, religião, ciência); 4- A comida e o alimento como referências; valorização da culinária enquanto prática emancipatória e de autocuidado dos indivíduos. RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES: Esse projeto permitiu experimentar as propostas da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que objetiva a promoção a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e públicas. Possibilitou a formação profissional em saúde mais próxima à cultura afrobrasileira, ponte para o acesso à saúde da população negra. Consideramos que o acercamento com a temática culinária afro-africanidades, contribuirá para uma formação cidadã deste graduando de cursos da saúde, que assegure uma postura de educador e profissional de saúde consciente do combate a discriminação étnico-racial e construtor de uma consciência crítica sobre o processo saúde-educação-cultura dos distintos grupos populacionais. Ainda, os estudantes se apropriaram dos conhecimentos e práticas sobre a culinária afro-brasileira enquanto potencial pedagógico em educação alimentar e nutricional, uma ferramenta que dialoga com a vida e a história dos brasileiros. A valorização da comida e da culinária brasileira e todos os sentidos e valores a ela atribuídos, foi para esta experiência, uma escolha acertada. Por

meio desta estabelecemos um enfrentamento as propostas iníquas da indústria de produtos alimentícios, que sugerem cada vez mais a não prática da culinária e o uso de seus produtos prontos para comer. Além disso, nos munimos de esperança e assumimos estes princípios em nossa prática dialogada com a comunidade local e que nos pareceram exitosas em todas as suas etapas.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E AS NECESSIDADES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS

Gabriela Markus, Flávio Aparecido Zanaldi, Conrado Neves Sathler, Cátia Paranhos Martins

Palavras-chave: Educação, Sistema Único de Saúde, Trabalhador de Saúde

INTRODUÇÃO: Este trabalho faz parte do projeto de extensão: Acompanhamento e Apoio Técnico ao Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) realizado pelos alunos do estágio supervisionado em Psicologia Social e Comunitária. Estudos que tratam da precariedade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) destacam sua rápida formação e carecerem de atualizações cotidianas. Eles participam de situações nas quais surgem questões diversas e, frequentemente, não têm com quem conversar para resolver as dúvidas e dificuldades, gerando frustrações diante de cobranças e expectativas não atingidas (RIBEIRO, AMARAL, STALIANO, 2015). O principal objetivo deste trabalho foi contribuir com as Ciências da Saúde por meio da compreensão do funcionamento de equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e, também, levantar dados sobre a saúde dos agentes e sua formação, observar se a Educação Permanente em

Saúde (EPS) acontece em seu dia-a-dia, bem como, intervir facilitando esse processo. A EPS é a formação no próprio ambiente de trabalho, uma estratégia para a qualificação dos ACS e um espaço à sua voz. Em vista disto, este trabalho buscou compreender se a EPS está ou não acontecendo em uma Unidade Básica de Saúde do município de Dourados, em que momentos ocorrem e quais estratégias foram criadas para facilitar este processo. Há carência de estudos que analisem e compreendam como o trabalhador lida com o sofrimento e o que pode ser aprimorado ou inserido. 1.1 Educação Permanente em Saúde. A EPS é uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para o desenvolvimento e formação dos trabalhadores de saúde, ela sugere a problematização das práticas cotidianas no próprio ambiente de trabalho. É o mundo da formação dentro do mundo do trabalho; de acordo com Ceccin (2005), é quadrilátero que envolve: atenção, gestão, ensino e controle social. A EPS toma como ponto de partida a realidade local do trabalho, juntamente com a gestão e a participação popular para avaliar, repensar as práticas e encontrar soluções para as dificuldades. A EPS é embasada na Lei 200 da Constituição Federal de 1988, no inciso III, no qual o SUS é o responsável pela formação dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 1988). Há uma diferença entre educação permanente e educação continuada, a última é feita através de cursos para o aperfeiçoamento da profissão, num modelo acadêmico, já a EPS é a formação no dia-a-dia, por meio do ensino e aprendizado no contexto do trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; MERHY, 2005). 1.2 Agente Comunitário de Saúde. Em 1990 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que levou à institucionalização do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 (NASCIMENTO; CORREA, 2008). O ACS atua na Estratégia Saúde da Família, na Atenção

Básica, segundo os princípios do SUS. O agente é o elo entre os serviços de saúde e a população, e deve morar na região em que atua. Como formação, é exigido desse profissional o Ensino Fundamental completo e o curso de qualificação básica (RIBEIRO, STALIANO, AMARAL, 2012; BRASIL, 2002). As principais atribuições deste profissional são: promoção e prevenção de doenças, educação em saúde, análise da comunidade, saneamento básico e melhoria do ambiente, participação das reuniões da ESF, registros para controle da saúde e visitas domiciliares (BRASIL, 2002). 2. METODOLOGIA: A pesquisa apresentada é um relato de experiência, de natureza qualitativa, “um vaivém entre observação, reflexão e interpretação” (GIL, 2002, p.90). Como procedimento de coleta de dados foi realizada uma pesquisa bibliográfica, observação participante e rodas de conversa com os ACS (GIL, 2008). A observação participante pressupõe que o pesquisador compartilhe das ações no campo de pesquisa, com um diário de campo consolida e registra este trabalho. Na roda de conversa acontecem construções e reconstruções através de uma reflexão crítica da realidade, na qual os sujeitos negociam falas e experiências, percebendo possibilidades de ação (SAMPAIO et al, 2014). A análise dos dados seguirá os procedimentos da Análise do Discurso, compreendendo-a como associada a posições sócio-históricas e produtora de práticas sociais (FOUCAULT, 1969/2008). Buscar-se-á com esta pesquisa analisar os discursos do dia-a-dia dos ACS, observar processos de EPS e possíveis facilitadores dessa prática que podem contribuir para a formação, repensar o cotidiano e oportunizar um espaço de ressignificação do trabalho (MARTINS; MALAMUT, 2013). RESULTADOS PARCIAIS: A pesquisa ainda está em andamento, com os resultados parciais percebe-se a ausência da escuta e raramente há um espaço de diálogo na

equipe. Nas reuniões observou-se que as ACS pouco trocam experiências. Apesar de gostarem do trabalho, as ACS sentem-se frustradas por não conseguirem auxiliar a população como gostariam nos problemas que encontram. O plano de carreiras mal formulado, o baixo salário e a desvalorização por parte do governo e outros profissionais também causam desconforto. Percebeu-se que eles entendem o conceito de saúde de forma ampliada, não apenas a relação saúde-doença, mas como resultante de influências ambientais e de alegrias e tristezas da população que acompanham de perto. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Para a facilitação da EPS espaços de diálogos sobre as necessidades da população e os processos de trabalho precisam ser abertos para tornar o trabalho mais participativo em prol da saúde dos trabalhadores e usuários.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE TRANSVERSALIZADA NAS AÇÕES DE TUTORIA E SUPERVISÃO DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Melissa de Azevedo, Daniele Fraga Dalmaso, Heloisa Germany, Vivian Perez, Carla Cristiane Freire Corrêa, Flávio Wanderlei Gomes da Silva, Poala Vettorato

Palavras-chave: Educação Permanente, tutoria e supervisão, Projeto Mais Médicos para o Brasil

APRESENTAÇÃO: O objetivo deste trabalho é descrever o desenvolvimento do primeiro Encontro de Supervisão Locorregional do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) realizado pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). A atividade foi realizada no município de Passo Fundo no Estado do Rio Grande do Sul e foi direcionada aos médicos participantes do PMMB supervisionados pela Instituição Supervisora (IS) UFFS, alocados em

municípios da Macrorregião Norte do RS. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O Programa Mais Médicos para o Brasil, lançado em julho de 2013 pelo Governo Federal, faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), e está pautado em três grandes eixos: ampliação e melhoria da infraestrutura da rede de atenção à saúde, formação profissional para o SUS e provimento emergencial. No âmbito do Programa foi instituído o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que inclui o provimento emergencial de médicos para atuação em unidades de atenção básica à saúde. Durante a permanência no PMMB, os médicos participam de processos de aperfeiçoamento profissional, numa perspectiva de Educação Permanente, mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior, que envolverá atividades de ensino, pesquisa e extensão, e são acompanhados por tutores e supervisores de Instituições Supervisoras, na proposta de Supervisão Acadêmica. Conforme a Portaria Nº 585, de 15 de Junho de 2015, a Supervisão Acadêmica é um dos eixos educacionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil, responsável pelo fortalecimento da política de educação permanente através da integração ensino-serviço no componente assistencial da formação dos médicos participantes do Projeto. Esta ação visa contribuir para o fortalecimento do SUS, da Atenção Básica, da Educação Permanente em Saúde, da Integração ensino-serviço e, da articulação dos eixos e ações educacionais do PMMB. Neste contexto, uma das atividades de Supervisão Acadêmica previstas no Projeto é o Encontro de Supervisão Locorregional que se propõe a realizar um espaço coletivo de ensino-aprendizagem onde as práticas e as realidades de saúde vivenciadas pelos médicos do Projeto são compartilhadas e aperfeiçoadas, levando em consideração a

singularidade e as características de uma determinada região, na lógica da Educação Permanente. Durante esses encontros são desenvolvidas atividades específicas com o grupo de médicos supervisionados para levantamento das experiências assistenciais em saúde daquela região, além da oferta pedagógica sobre, por exemplo: discussões de caso, atualizações sobre manejos e protocolos clínicos, levantamento de necessidades e dificuldades das ações em ato, questões interculturais do cuidado ou outro tema percebido como relevante pelo supervisor, tutor ou pelos próprios médicos. Os participantes da supervisão Localregional compreendem os médicos do Programa ou projeto, os supervisores acadêmicos, o tutor acadêmico, os gestores municipais, o coordenador do Distrito Sanitário Especial e o Ministério da Educação - MEC (por meio da Equipe de Apoio Institucional e Equipe Central da Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde da Secretaria de Educação Superior, a -DDES/SESu/MEC). De acordo com a realidade, outros atores podem compor o espaço, tais como referências descentralizadas do Ministério da Saúde, Ministério da Educação, assessoria da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O Rio Grande do Sul conta com cinco Instituições Supervisoras responsáveis pela tutoria e supervisão dos médicos do PMMB alocados em municípios nas sete macrorregiões de saúde do estado. Nesse contexto, a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) assumiu em setembro/2014 a tutoria e supervisão dos médicos participantes do PMMB alocados nos municípios da Macrorregião Norte. Seguindo as diretrizes do programa, no dia 24/10/2014 realizou-se o primeiro Encontro de Supervisão Localregional do PMMB da UFFS no município de Passo Fundo/RS, contando com a participação 131 médicos do PMMB alocados em 84 municípios da Macrorregião Norte do estado, tutor da

UFFS, supervisores, equipe descentralizada de Apoio Institucional do MEC, assessora da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tutor da Secretaria Estadual de Saúde (SES RS) e equipe do TelessaúdeRS. Durante essa reunião foi apresentado o tutor da UFFS e informado sua inclusão como Instituição Supervisora responsável pela Macrorregião Norte do RS, que anteriormente era supervisionada pela IS Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Após, realizou-se uma atividade de educação permanente com a equipe do TelessaúdeRS como ferramenta de apoio à qualificação do cuidado. Por último, cada supervisor reuniu-se com seu grupo de médicos supervisionados para roda de conversa e troca de experiências e vivências, buscando realizar levantamento das ações assistenciais em saúde daquela região, possibilitando compartilhamento e discussões de caso, levantamento de necessidades e dificuldades das ações no território, e/ou outra questão percebida como relevante pelo supervisor, tutor ou sugerido pelos médicos. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: O encontro contou com a presença de 131 médicos do Programa Mais Médicos alocados em 84 municípios da Macrorregião Norte do RS (37 municípios da 6^a CRS; 15 da 11^a CRS; 15 da 15^a CRS e 17, da 19^a CRS); 16 supervisores e um tutor da UFFS, além da equipe descentralizada de Apoio Institucional do MEC, assessora da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), tutor da Secretaria Estadual de Saúde e equipe do TelessaúdeRS. O encontro proporcionou o primeiro contato presencial entre o novo tutor, supervisores e médicos, possibilitou o alinhamento de fluxos da tutoria e supervisão, combinação dos encontros mensais, além de ofertar processo de educação permanente através de uma das ofertas educacionais já disponíveis do PMMB, o TelessaúdeRS. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O Encontro de

Supervisão Localregional, utilizado como estratégia pedagógica da supervisão, é um espaço que possibilita uma ação potente capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde com objetivo de qualificar a Atenção Básica e fortalecer o SUS. Quando trabalhamos com propostas de mudanças em processos de trabalho o espaço coletivo se mostra rico e efetivo, pois as reflexões acolhidas pelos demais se reconfiguram em alternativas para que o médico retorne ao território na aposta de acreditar para fazer diferente. A invenção para cuidarmos das pessoas dentro da proposta da Saúde Coletiva, se faz necessária e contínua, permeando brechas de acreditarão em áreas muitas vezes tão remotas e esquecidas, onde a produção de saúde baseada na ação médica se configura muitas vezes como consultas padronizadas e não singularizadas e integradas.

A ESCUTA E OS ENCONTROS: POTÊNCIAS E DESAFIOS NA FORMAÇÃO MÉDICA

Marien Édina Foresti, Ana Maieli Hoinatz Schmitz, Alexandre Amorim

Palavras-chave: Formação, Medicina, Desafios, Acolhimento

Apresentação: Frente a tantos desafios existentes na formação médica, este trabalho trata de uma reflexão acerca destas trincheiras que permeiam a realidade de futuros profissionais da saúde. Partindo da visão de duas estudantes do terceiro semestre do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul – campus Passo Fundo, o principal objetivo deste relato é apresentar a forma como os atuais desafios impactam na carreira médica e os modos como podemos enfrentá-los. A experiência prática e teórica de um ano de Saúde Coletiva, as vivências intensivas no

Sistema Único de Saúde (SUS) e a relação com profissionais que nos instigam a melhorar a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o que nos oferece embasamento para desenvolver a válida reflexão. Desenvolvimento do trabalho: Frente às novas configurações dos cursos de Medicina do país, aquilo que já foi barreira no que diz respeito à formação de futuros profissionais da saúde caminha para a desmistificação. É através da aproximação com o SUS, via imersões e práticas de vivências, que nos é permitido, desde o princípio da academia, treinar um olhar mais acolhedor e compreensivo. Despertar a sensibilidade em estudantes da área da saúde compõe-se como uma tarefa eminentemente desafiadora. Ter a sensibilidade despertada - o corpo afetado - não é tarefa menos árdua na composição deste duplo desafio. Se partirmos do pressuposto da troca, na perspectiva da produção do cuidado, somos lançados a oferecer ao outro aquilo que temos dentro de nós (com todos os nossos nós). Percebemos o quanto é fundamental, por exemplo, conquistar e manter vínculo com as famílias do território. A prática do acolhimento é uma ferramenta que humaniza essa dinâmica do cuidado para com o outro. É através das múltiplas formas de escuta, diálogo e percepção que se estabelecem os encontros. A escuta, neste caso, pode ser entendida como um processo solidário, capaz de produzir autonomia e libertação. Para tanto, considerando o ensinar e o aprender sobre o cuidado como o principal itinerário pedagógico e a relação disto com o desenvolvimento de sensibilidades, faz-se necessário pensar sobre as tecnologias utilizadas nestes processos. Para Merhy, as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos

materiais. (COELHO & JORGE, 2009). Elencamos então como desafiador e potente o desenvolvimento da habilidade de escuta do futuro profissional médico. Essa tecnologia leve - comunicacional, afetiva, relacional - promove uma melhora na qualidade do atendimento, e se traduz de maneira mais efetiva no tocante à produção do cuidado. Ressaltamos também neste movimento a necessidade de valorização da atenção primária, bem como o seu ensino-aprendizagem, pois o profissional médico atuante nesse segmento consegue ser mais efetivo na resolução de problemas crônicos e complexos que aparecem junto com o avanço da idade, cenário típico da contemporaneidade. Nesse contexto, os profissionais da saúde precisam estar preparados para acompanhar e decidir a melhor estratégia de manejo clínico dispensada aos pacientes, bem como a disponibilização de informações acerca dos riscos e medidas preventivas a serem adotadas, sem esquecer de que estes corpos inscrevem-se num cenário maior, composto por seus desejos, percursos próprios, percepções de corpo e de vida. As tecnologias leves são aí extremamente significativas, uma vez que são produzidas no trabalho em operação, condensam em si as relações e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização. São, enfim, tecnologias produtoras de encontros. Nesse sentido, defendemos que as melhorias no método de ensino que aproxima os acadêmicos do SUS podem ser potencializadas se incorporarmos no processo de trabalho e no processo formativo as tecnologias leves, no encontro entre trabalhadores, estudantes e usuários. Por meio das vivências em território com a qual o nosso curso tem se organizado, a troca de experiências de vida tem nos solicitado a urgência de repensar os espaços de encontro como produtores de outros olhos e ouvidos. Invenções que

nos permitam impulsionar transformações reais, mediante o estabelecimento de transversalidades e conexões entre atores - docentes, profissionais, estudantes e usuários (AMORIM, CHARNEY & CECCIM, 2014). A vivência, diante disso, acontece nos territórios e comunidades, transformando esses em espaços pedagógicos, onde são desconstruídas neste processo quaisquer relação de passividade do(s) ator(es) que participam. (AMORIM & CHARNEY, 2008). Vivenciamos, por exemplo, a potência da realização de mapeamento dos municípios, auxiliando na identificação de microáreas mais vulneráveis a exposição às DSTs. Trabalhos que promovam diálogos sobre sexualidade, diversidade sexual e direitos humanos, suscitam a formação de jovens mais comprometidos com o autocuidado. Tais ações difundem os esclarecimentos e formas de prevenção, potencializando o trabalho das equipes da atenção básica articulando políticas públicas como saúde e educação. Há a necessidade de trabalhar o despertar da sensibilidade emocional daqueles que nos cercam, no entanto percebe-se, que em quase totalidade dos métodos de ensino no país, isso compõem-se de forma quase que irrelevante. Como define BOFF: "O que se opõe ao descuido e ao descaso, é o cuidado" e assim nos faz pensar o cuidar como uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. E, através dessa troca de experiências entre profissionais e pacientes, prima-se pela reflexão e constante busca por soluções criativas e adaptáveis para os embargos de acesso com qualidade aos serviços de saúde. As ininterruptas melhorias na produção do cuidado nos serviços prestados que constituem o principal ponto de contato dos usuários com o SUS - atenção básica - revelam-se como produto dos inovadores projetos pedagógicos de cursos em saúde no país.

Novidade esta que estimula, tanto o futuro profissional, quanto os trabalhadores a investirem seu afeto no cuidado à população que procura as ESF's. Resultados e/ou impactos: Percebe-se, portanto, que existe uma tendência de não valorização da escuta e dos encontros. Ouve-se, mas nem sempre se escuta de fato o outro. Cabe lembrar ainda que formas de ensino-aprendizagem tradicionalistas tem apresentado baixíssima capacidade de produzir cuidado integral, pois o impacto da atenção medicalizada e do aprendizado fragmentado é a verticalização, o uso do comando e o baixo desenvolvimento de autonomias ou da capacidade de invenção (AMORIM, CHARNEY & CECCIM, 2014). Nenhuma técnica ou tecnologia dura são capazes de surtir efeito isoladamente. Elas só são úteis quando complementam a tecnologia leve. Todo e qualquer usuário, merece uma saúde de qualidade e esse é, sem dúvida, o maior desafio, sejamos "ensinantes" ou "aprendentes". Considerações finais: Consideramos, por fim, a necessidade de valorizar a "porta de entrada" das inúmeras demandas em saúde - a Atenção Básica. Implicados em uma formação diferente da clássica, podemos interagir de forma efetiva (e afetiva) com o SUS percebendo o quão importante é o trabalho em equipe que tem nos permitido um conjunto de experiências vividas, inscritas num determinado quantum de tempo, e num platô espacial, que deixam marcas, transformam quem as vive. (AMORIM & CHARNEY, 2008). Neste contexto, o trabalho multidisciplinar suscita os diferentes saberes e modelos possíveis que ativem a capacidade de tais atores intervirem de maneira criativa no pensar, sentir e querer aprendido e cuidado em saúde. (AMORIM, CHARNEY & CECCIM, 2014).

A EXPERIÊNCIA DE UM EVENTO ENTRE A SABEDORIA COLETIVA E O CONHECIMENTO CIENTÍFICO

Nilton Bahlis dos Santos, Alessandra dos Santos, Antonio Cordeiro, Mercia Maria Santos, Nathielly de Souza Campos, Paula Bortolon, Rita de Cássia Machado da Rocha, Rodrigo Vieira Ribeiro

Palavras-chave: Cibercultura, Saúde, Novas Formas de Produção de Conhecimento, Congresso Acadêmico

APRESENTAÇÃO: Uma das questões constituintes do movimento da Reforma Sanitária, foi a compreensão de que a produção de conhecimentos na área da saúde não era apenas a produção de um saber "científico", construído nas Universidades e organizações de pesquisa. Ela seria, também uma produção de conhecimento produzida como resultado da experiência prática da população na área da saúde, isto é, o que chamamos de Sabedoria Coletiva. Ocorre no entanto, que a especialização e desenvolvimento tecnológico crescente da área da saúde, e o desenvolvimento de estruturas hiper centralizadas, levaram a que se processasse uma separação entre a sabedoria coletiva e o conhecimento científico. A Internet e a conseqüente explosão da quantidade de informações em escala global, provocada pela interligação em escala, criou condições para que se recolocasse o conhecimento de uma nova maneira: Com o acesso a todo tipo de informações e as mais variadas formas de conhecimento e educação, relativizou-se a importância da estrutura de produção de conhecimentos nos padrões da ciência institucionalizada e ampliaram-se as possibilidades de crítica a seus resultados; Com a criação de novas formas de produção de conhecimento, através de processos coletivos e de colaboração

online, se impulsionou a construção de novas metodologias e práticas; Ao evidenciar o caráter coletivo da produção de conhecimento, se colocou em cheque a organização da cultura vigente e de controle do patrimônio intelectual; Viabilizando uma alternativa à avaliação dos pares (de especialistas), através de múltiplos processos de validação social. Ao construir um espaço de comunicação horizontal, a Internet criou condições para que esta sabedoria coletiva se expressasse, saindo do espaço localizado onde aparece e, transformando-se em parte de um processo mais complexo de produção de conhecimento; permitindo a ciência e o processo de conhecimento que não se restrinja mais a cientistas e pesquisadores profissionais. O surgimento de ambientes virtuais extremamente complexos, construídos pela Internet, colocam em questão as formas tradicionais usadas pela academia para a “comunicação científica”. Paralelamente aos processos centralizados e estruturados em tecnologias de controle, através de mediadores, surgem processos de produção de conhecimento emergentes, estruturados em redes sociais, comunidades virtuais e práticas de educação em rede. Isso traz como alternativa aos processos de validação por “pares”, diversas formas de validação social. O Grupo de Pesquisa “Tecnologias, Culturas e Práticas Interativas e Inovação em Saúde”, que tem como laboratório de experimentação o Núcleo de Experimentação de Tecnologias Interativas da Fiocruz (Next Fiocruz), desenvolve uma linha de pesquisa para estudar as novas formas de produção de conhecimento que emergem na educação, pesquisa e saúde, conforme as redes sociais se tornam mais complexas e diversificadas. Esse trabalho se propõe a apresentar uma reflexão sobre a experiência da organização de um Congresso na Internet pelo Next/Fiocruz: a I Conexão Internacional de Saúde e (Ciber) Cultura. A organização deste congresso virtual surgiu por ocasião da organização da

Semana Nacional Ciência, Cultura e Saúde, pela “Rede Saúde e Cultura”, projeto do Ministério da Cultura (Minc) em parceria com a Fiocruz. A Rede Saúde e Cultura teve como um dos seus principais objetivos a promoção da qualidade de vida através da ampliação de ações integradas entre saúde e cultura e teve como proposta principal promover o diálogo entre diferentes atores das áreas da saúde, cultura, educação, meio ambiente, desenvolvimento científico, tecnológico e social, bem como entre ativistas dos movimentos sociais ligados à saúde e cultura. **METODOLOGIA:** A ideia inicial era criar um site para divulgação de um evento físico, no qual fosse possível administrar as inscrições no Congresso. Porém, quando isto estava sendo pensado, considerou-se criar um evento de forma a permitir uma experiência via Internet, ampliando o espectro de suas atividades e o seu alargamento para além do evento físico planejado. Dessa reflexão resultou a proposta de realização da “I Conexão Internacional de Saúde e (Ciber) Cultura”. Enquanto a “Semana Nacional Ciência, Cultura e Saúde”, foi organizada em modo presencial, no período de 3 a 5 dezembro de 2012, as atividades da I Conexão Internacional de Saúde e (Ciber) Cultura, realizada pela Internet, ocorreram no período de 8 de novembro a 21 de dezembro de 2012. Além do debate virtual sobre os trabalhos apresentados, foi organizada uma mesa redonda online -, ou e-Mesa - intitulada “Práticas e ações culturais nas redes” através de uma sessão do Google Hangout, e transmitida via Youtube e gravada. Participaram desta e-Mesa, pesquisadores da Espanha, Portugal e do Brasil. **RESULTADOS:** O evento se realizou via rede social da Internet, por um dispositivo que vinha sendo criado pelo Next/Fiocruz para a Rede Saúde e Cultura, e se propôs a explorar as possibilidades de sincronizar processos de expressão da sabedoria coletiva com os processos próprios das

atividades acadêmica e de pesquisa. Ele teve como objetivo mapear, registrar e discutir atividades culturais, de alguma forma registradas, divulgadas ou armazenadas na Internet, que pudessem contribuir com a promoção e a pesquisa relacionada à cultura, saúde e ao bem estar social, e avançar na reflexão sobre novas formas de produção de conhecimento e de patrimônio intelectual. Pretendendo se diferenciar dos eventos acadêmicos habituais, a “I Conexão Internacional de Saúde e (Ciber) Cultura” abriu espaço para expressão e debate de diferentes saberes e se propôs demonstrar e dar voz ao espírito contestador, dinâmico, criativo e reflexivo, presente na cultura da Internet. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este congresso respondeu as necessidades que se colocam atualmente, referentes à popularização da Ciência, entendida como um processo ampliado e emergente de produção de ciência a partir de dinâmicas sociais e ao germinar de novas práticas culturais na área de Saúde. Com este evento foi possível experimentar a possibilidade de reunir em um mesmo evento, pesquisadores, educadores, profissionais, técnicos, e ativistas das áreas da saúde, da cultura e da Internet e estudar formas de viabilizá-la; além de experimentar uma série de questões relacionadas a novas formas de produção e validação de conhecimento e de utilizar, de forma alargada, formas de organização criadas pela academia. Isto é, estudar novas formas de pensar e construir um “congresso científico”. Além disso, a experiência permitiu vivenciar algumas das diversas oportunidades do uso integrado das redes sociais, associados à academia e à participação direta da população. Tão importante quanto foi a possibilidade de consolidar uma forte percepção de que a validação social pode ajudar a ampliar os campos de ação da pesquisa científica e seus resultados.

A EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA: VIVÊNCIA EM CAMPO

*Josiane Emilia do Nascimento Wolfart,
Adolfo Henrique Costa Santos*

Palavras-chave: vivência, equipe multiprofissional, saúde indígena

Este resumo traz parte da experiência de estágio de alguns integrantes do programa de residência multiprofissional em saúde, com ênfase na atenção à saúde indígena. Inicialmente o programa de residência proporciona um estágio que se inicia no hospital. Neste estágio, os integrantes da residência percorrem alguns setores como: maternidade, clínica cirúrgica, enfermaria pediátrica, UTI adulto, UTI pediátrica, Banco de Leite Humano, psiquiatria, dentre outros. O objetivo desta inserção no setor é proporcionar ao residente sua iniciação na prática cotidiana do hospital e atuação junto com a equipe do posto. Desta forma, o residente pratica a assistência direta ao usuário e também pode manter contato com a rede de Atenção à Saúde. Entendo que a assistência é integral e que ultrapassa os muros do hospital - um passo importante, uma vez que o programa também proporciona o estágio na rede. De acordo com o período do rodízio do programa, o residente tem trinta dias para transitar pelo setor e conhecer sua rotina. No caso da Psicologia, por exemplo, o residente atendendo grande parte dos casos que necessitam de acompanhamento psicológico. Estes casos são repassados pelos preceptores e por outros profissionais do setor. A nutrição também desenvolve seu trabalho em acompanhamento com o preceptor do setor, assim como a enfermagem. Vale ressaltar que o programa de residência acontece em um hospital universitário vinculado ao Sistema Único

de Saúde, que atende a população de 34 municípios vizinhos ao município de Dourados/MS. O hospital atende também a população indígena que reside no local. Em um segundo momento os residentes da ênfase indígena deixam o hospital e vão a campo conhecer as reservas indígenas Jaguapiru e Bororó. Este é um momento importante onde cada residente pode entrar em contato com o subsistema de atenção à saúde indígena, bem como contato a população em seu território. No hospital os residentes também entram em contato com a população indígena, contudo, mesmo que o programa tente promover uma atenção diferenciada a este grupo, tentando adaptar sua prática a realidade cultural e social do grupo, ainda assim muito desta prática fica a desejar. São muitos os atores envolvidos na produção de saúde e nem todos estão dispostos a modificar sua prática para atender uma população tão distinta. Sabemos que a política de saúde indígena defende a atenção diferenciada que leve em consideração as realidades locais e as especificidades culturais de cada grupo étnico, por vezes ficamos a mercê de uma força maior. O modelo biomédico ainda domina a frente do cuidado em saúde, neste território hospitalar ficamos fragilizados ao pensar o cuidado a saúde indígena. O estágio se inicia com uma reunião no Polo Base da SESAI. Temos contato com alguns trabalhadores e preceptores (vinculados ao programa de residência) da saúde indígena. Nesta reunião são repassadas orientações quanto a nossa atuação na comunidade. Logo em seguida somos convidados a embarcar no território. Nosso estágio iniciou-se no posto de saúde Pà Kwara Rendy. Esta unidade é composta por enfermeira, nutricionista, psicólogo – atuante em duas unidades de saúde – médico pediatra, médica ginecologista, odontólogo, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem, recepcionista e auxiliar de serviços gerais. Destes trabalhadores

apenas os médicos e o dentista não são indígenas. O posto conta com uma sala de ginecologia, sala para atendimento médico pediátrico, sala de atendimento odontológico, sala para reuniões de equipe, copa, unidade de farmácia e almoxarifado, banheiros para funcionários e usuários e uma recepção de espera. As condições do prédio são precárias, muitas vezes faltam materiais para os procedimentos médicos e de enfermagem. A equipe improvisa algumas medidas para poder executar seu serviço. Os agentes comunitários de saúde realizam visitas nas casas para avaliar as condições de saúde, se as vacinas estão em dia, etc. É por meio deles que chegam algumas demandas de atendimento à unidade. Quando a necessidade, outros profissionais também vão até a casa dos moradores. Acompanhamos algumas visitas com a enfermeira do posto. Em uma visita fomos à casa de uma puérpera. Conversamos sobre aleitamento materno e o ganho de peso do bebê. Em outra visita fomos à casa de um senhor que apresenta problemas com álcool, está desempregado e depressivo. Disse que não consegue emprego na cidade e por isso bebe para esquecer as dívidas. Conversamos com ele para colher mais informações de seu estado emocional, nos colocamos a disposição para acompanhar o caso durante o período do estágio, junto com a equipe do posto. O estágio na comunidade indígena nos coloca frente à sua realidade, nos insere dentro de seu território. São pessoas com necessidades específicas que precisam ser respeitadas. Sua forma de organizar-se e manifestar-se é singular, é preciso cuidado e respeito ao entrar neste território. Cada grupo tem sua maneira própria de entender e organizar o mundo. São diversas manifestações políticas, culturais, religiosas, econômicas que perpassam este ambiente. Os primeiros dias de estágio em campo nos ensinaram o quanto é preciso ter humildade para adentrar este território. O morador

nos convida a entrar em sua casa e ali somos convidados a ouvir suas queixas, seu modo de pensar, suas crenças. Mais uma vez ficamos fragilizados e ao mesmo tempo tocados com tamanha riqueza cultural. É esta riqueza que nos exige pensar e repensar nossa prática em saúde. Cada dia, somos chamados a construir uma nova prática em saúde. Repensar o cuidado, pois os meios convencionais de se fazer saúde podem não atender uma realidade tão singular. A realidade da aldeia nos mostra que ainda há muito por fazer. O desafio para as equipes de saúde é promover a saúde em um ambiente onde à pobreza e a falta de recursos sanitários limita a promoção de saúde. O estágio continua e os desafios da residência também. A prática seja ela no âmbito hospitalar ou na comunidade indígena nos coloca frente às provocações do trabalho não prescrito. Pensar a saúde indígena em sua forma integral, contemplando suas especificidades etnoculturais e geográficas, se constitui um desafio ainda maior.

A EXPERIÊNCIA DO GRUPO COMO EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA COMUNIDADE PORTINHO/PARNAÍBA-PI

Antonio Ciro Neves do Nascimento, Paula Evangelista Ferreira, Nágila de Azevedo Marques

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Programa de Educação para o Trabalho, Grupo Terapêutico,

A Educação Permanente em Saúde como centro privilegiado da aprendizagem, através da transformação no pensamento da educação na saúde, tem como proposta a busca do processo de trabalho ressignificado. Nesse sentido surge o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde, que consiste em um dispositivo de educação permanente em saúde de

reorientação da formação profissional para as necessidades do Sistema Único de Saúde – SUS buscando articular ensino, pesquisa e extensão financiada pelo Ministério da Saúde, através das Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. O Programa de Educação pelo Trabalho visa propiciar a articulação ensino-serviço-comunidade pelo aprendizado a partir dos fazer dos serviços do SUS, construindo conhecimentos para transformar a realidade. No caso da experiência de Parnaíba o PET Saúde – Rede de atenção trabalha a modelagem de Redes de Atenção (RAS) para o fortalecimento da mesma, que propicia a articulação ensino-serviço-comunidade pelo aprendizado a partir do fazer nos serviços do SUS, construindo conhecimentos para transformar a realidade. Para atingir tais perspectivas as ferramentas de aproximação e conhecimento da realidade devem dar conta de dimensões ampliadas de saúde e de estratégias de construção de vínculos e afetos capazes de firmar propostas coletivas e conjuntas que consigam superar o projeto de enfraquecimento e precarização do SUS – sistema único de saúde e seus trabalhadores. A perspectiva de trabalho do PET se propõe nova em aspectos metodológicos, mas acima de tudo vivenciais, ricos de possibilidades no cotidiano dos serviços, espaço privilegiado de conteúdo e fazeres do fazer saúde. A cartilha do projeto traz como objeto de atuação do PET Saúde – Redes de Atenção consiste em desenvolver o processo de modelagem Rede Cegonha e da Rede de Atenção Psicossocial no município de Parnaíba. Esta proposta visa qualificar estudantes e profissionais para o SUS, de forma a contribuir para o desenvolvimento de linhas de cuidado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Rede Cegonha. O Ministério da Saúde através da Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, no âmbito do SUS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e

com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, ampliando e promovendo o acesso da população, de forma a garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. A RAPS é uma forma de organização da atenção à saúde, considerando a importância da criação de serviços substitutivos ao modelo hegemônico, a organização de um processo de trabalho com enfoque no território e abordagem na família. Nesse sentido, o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) Redes de Atenção traz a proposta de trabalho junto à Rede de Atenção da cidade de Parnaíba, procurando compreender a política de saúde mental e a organização da RAPS no município. Aqui resgato as atividades desenvolvidas na comunidade Portinho, zona rural Parnaíba/PI, em especial o Grupo de Respeito e União Dedicado ao Outro (GRUDO) - grupo terapêutico. Durante o período de territorialização, com visitas pela comunidade, constata-se que as principais demandas que chegavam à equipe de petianos eram pessoas com sofrimentos psíquicos leves e moderados e ainda pessoas que fazem consumo de álcool e outras drogas. A primeira demanda - transtornos mentais comuns (TMC) - constituem sintomatologias que podem ter manifestações somáticas, sendo questão de saúde pública, são os casos de sintomas ansiosos, depressivos que, mesmo não satisfazendo todos os critérios diagnósticos de doença mental, apresentam uma elevada prevalência na população, entretanto, apenas uma pequena parte deles é identificada e tratada, aumentando o sofrimento individual e com implicações socioeconômicas significativas. Na segunda demanda, observou-se que dentre os transtornos detectados, há predominância de transtornos relacionados ao uso de

substâncias psicoativas, onde produzem impacto na vida do indivíduo e dos familiares envolvidos. A principal queixa vem de usuários que recorrem às drogas para tentar resolver dificuldades afetivas, familiares e sociais. Desta forma, o uso continuado altera o equilíbrio do organismo, adaptando-se a presença da substância química com tendência a aumentar e manter o efeito. A partir desse ponto as dificuldades como crises familiares, financeiras, sociais exacerbada, favorecendo sérios problemas de saúde - físico e psíquico - tendo relato de suicídio. Assim, além das visitas domiciliares e atendimentos pontuais, surge a ideia do grupo terapêutico como espaço de escuta entre pares, permitindo um conhecimento do outro e a si mesmo. O Grupo de Respeito e União Dedicado ao Outro (GRUDO) foi a estratégia de possibilitar o enfrentamento das dificuldades e potencializar indivíduos empoderados com as demandas de sua comunidade. Os encontros do GRUDO aconteceram uma vez ao mês na comunidade Portinho, revezando entre a igreja católica e a escola municipal da comunidade e seu objetivo é fomentar a participação social da comunidade, apoio comunitário, dar vazão as principais demandas em saúde mental e o desenvolvimento da autonomia desta comunidade. Desenvolveu-se a partir de temáticas que tratassem da realidade da comunidade e seus interesses, sempre os consultando e servindo como fontes disparadoras para a discussão. Configurava-se como um grupo aberto à comunidade que desejasse participar, com grande participação popular, em média 40 pessoas, desde crianças a idosos. É nesse sentido que os mecanismos como a Atenção Básica, a RAPS e programas como o PET/Saúde - Redes de atenção se justificam pela necessidade em oferecer serviços de saúde mental integrados, articulados e efetivos nos diferentes pontos de atenção, ampliando e destinando recursos também

para as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas, sendo reforçadas as diretrizes e princípios que privilegiam a ética, o respeito aos direitos de cidadania, o acesso e a qualificação das ofertas, já anteriormente estabelecidos pela Política de Saúde Mental e pela Lei 10216. As atividades PET/Saúde-Redes de atenção é o começo para isso, contudo com o término do período do programa e concomitante das atividades dos acadêmicos e preceptor, considera-se importante a Rede de Atenção Psicossocial abraçar essa ideia e possibilitar juntos a atenção básica, Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) e Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas III (CAPS-AD III), um mecanismo que possibilite a comunidade está sempre em contato com as demandas de saúde mental, seja ela os TMC's ou uso abusivo de álcool e outras drogas Este texto procura refletir como tenho buscado princípio da Educação Permanente em Saúde através das atividades do PET/ Redes de atenção, contribuindo para a melhor articulação da RAPS no território, para o acompanhamento de itinerários terapêuticos de usuários, e para potencializar o trabalho em equipe e a atuação em rede para o SUS e ainda ao início do enfrentamento a comunidade sobre os seus agravos, pois percebe-se que a comunidade tem se empoderado sobre suas demandas.

A EXPERIÊNCIA DO VER-SUS/LITORAL PIAUIENSE COMO EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Antonio Ciro Neves do Nascimento, Paula Evangelista Ferreira, Vilkiane Natércia Malherme Barbosa, Sabrina Kelly Magalhães de Araújo, Gleyde Raiane de Araújo, João Rodrigo de Moura Carvalho, Larisse de Sousa Silva

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, VER-SUS, Litoral Piauiense

Para produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, é necessário dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizando o trabalho em equipe e construir pactos de convivência e práticas que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde. Assim cresce a importância de que as práticas educativas configurem dispositivos para a análise de experiências locais, da organização de ações em rede/em cadeia, das possibilidades de integração entre formação, desenvolvimento docente, mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde, fortalecimento da participação popular e valorização dos saberes local. Este trabalho tem como objetivo apresentar a experiência do VER-SUS/Litoral Piauiense e perceber a sensibilização de práticas em Educação Permanente em Saúde para acadêmicos e futuros profissionais de saúde. A noção de "quadrilátero da formação" embasa uma invenção do Sistema Único de Saúde (SUS) para marcar o encontro da saúde com a educação: a Educação Permanente em Saúde - sugestão de uma ligação orgânica entre ensino (educação formal, educação em serviço, educação continuada), trabalho (gestão setorial, práticas profissionais, serviço) e cidadania (controle social, práticas participativas, alteridade como movimentos populares, ligações com a sociedade civil). Pensar em Educação Permanente em Saúde é pensar em uma maneira de atuar diante das demandas que vêm emergindo no processo de saúde. EPS pretende contribuir de forma significativa no campo do trabalho e atuação profissional, tendo como foco a problematização do próprio fazer. Educação Permanente em Saúde seria não apenas

uma prática de ensino-aprendizagem, mas uma política de educação na saúde, esforço de nomeação da ligação política entre Educação e Saúde. Acreditamos que os estágios e vivências constituem importantes dispositivos que permitem aos participantes experimentarem um novo espaço de aprendizagem que é o cotidiano de trabalho das organizações e serviços de saúde, entendido enquanto princípio educativo e espaço para desenvolver processos de luta dos setores no campo da saúde, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ético e politicamente com as necessidades de saúde da população. Então, como o projeto Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS/Brasil), enquanto dispositivo, pretende estimular a formação de trabalhadores para o SUS, comprometidos eticamente com os princípios e diretrizes do sistema e que se entendam como atores sociais, agentes políticos, capazes de promover transformações? Aqui trago a experiência do VER-SUS/Litoral Piauiense como projeto motivador e transformador na atuação profissional de acadêmicos engajados com o SUS. O VER-SUS possibilita o despertar de uma visão ampliada do conceito de saúde, abordando temáticas sobre Educação Permanente em Saúde, quadrilátero da formação, aprendizagem significativa, interdisciplinaridade, Redes de Atenção à Saúde, reforma política, discussão de gêneros, movimentos sociais, questões que estão intrinsecamente relacionadas à saúde, ao SUS. A vivência é um processo de imersão teórica, prática e vivencial dentro do sistema de saúde dos territórios de abrangência. A imersão é uma metodologia onde o participante fica 24h por dia, durante todo o período da vivência, disponível para atividades do projeto. É criado então um espaço necessário para realização de observações e vivências frente à realidade do Sistema Único de Saúde, participando e

interagindo em grupos. O Piauí é o estado marítimo de menor litoral, apenas 66km de extensão, começando na Barra das canárias (Ilha Grande do Piauí) – na fronteira com o Maranhão, perpassando pelos municípios de Parnaíba e Luís Correia, indo até a Barra da Timonha – na foz do rio São João da Praia (Cajueiro da Praia), na fronteira com o Ceará. É uma área estratégica de vivência pois, com uma área pequena envolvendo esses quatro municípios, percebemos como se dá a dinâmica do Sistema Único de Saúde nessa região. A partir destas questões, o Projeto VER SUS – Litoral Piauiense engloba os municípios de Cajueiro da Praia, Ilha Grande, Luís Correia e Parnaíba, através de um processo de cooperação técnica e científica entre docentes e acadêmicos das Instituições de Ensino Superior (IES) de Parnaíba e as Prefeituras Municipais destes municípios, tendo o objetivo de fortalecer o Coletivo do VER-SUS em Parnaíba, assim como em todo o estado do Piauí, ainda ter as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios do litoral piauiense, sensíveis a proposta da Saúde Coletiva, iniciando o diálogo entres estes pares, tendo o Sistema Único de Saúde grande agente destas transformações. A vivência iniciou no dia 01 de março de 2015 e contou com 30 acadêmicos divididos nas áreas de enfermagem, medicina, psicologia, fisioterapia, serviço social, educação física, odontologia e farmácia dos municípios de Parnaíba, Teresina, Floriano e Picos. Como pressupostos, trabalhou-se com a concepção de educação libertadora e com a relação profunda da Universidade com os movimentos sociais no campo da saúde, compreendendo que a experiência deveria encantar e implicar existencialmente os estudantes. Assim, o coletivo atuou de forma protagonista durante em diversos cenários durante 12 dias, desenvolvendo um processo de formação política e fortalecimento político afetivo. As atividades

desenvolvidas de dividiram entre visitas (ida ao campo), sarau de afetos (atividades desenvolvidas pela comissão e/ou viventes) ciranda de vínculos (rodas de conversa com convidados) e diário de afecções (relatórios individuais e em grupos). Tivemos as seguintes visitas: Movimento Sem Terra (MST) no Assentamento Cajueiro, associações de pescadores, marisqueiras, catadores de caranguejo e rendeiras, à gestão de saúde dos municípios e à regional da macrorregião litorânea, à atenção primária, secundária e terciária, à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), aos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro Especializado em Assistência Social (CREAS), sempre dos quatro municípios envolvidos. Nas cirandas de vínculos sempre recebíamos a visita de profissionais referentes às visitas realizadas para discutir sobre as atividades do dia. Temos então Educação Permanente em Saúde como estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva. A experiência do VER-SUS/Piauiense se finda em 12 de março de 2015 e com ela a proposta era contagiar com um sentimento de missão cumprida e “passando o bastão” para aqueles que ali estavam e se interessariam na continuidade do projeto nas próximas edições. É nesse sentido que trazemos Educação Permanente em Saúde como centro privilegiado da aprendizagem, através da transformação no pensamento da educação na saúde, com a proposta que busca o processo de trabalho ressignificado. Foi unânime o interesse em continuar promovendo o VER-SUS no Estado, e, levando em consideração que foi alcançado os quatro Coletivos geograficamente distantes: Picos, Floriano, Teresina e Parnaíba.

A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COMO ESPAÇO DE REFLEXÃO DA SUBJETIVIDADE HUMANA

Ednéia Albino Nunes Cerchiari, Daniela Sottili Garcia, Rodrigo Hakira Minohara

Palavras-chave: saúde mental, educação em saúde, emoções

APRESENTAÇÃO: A vida afetiva, ou os afetos – emoções e sentimentos -, abarcam muitos estados pertencentes a gama prazer-desprazer, como, por exemplo, a angústia em seus diferentes aspectos – a dor, o luto, a gratidão, a despersonalização. A emoção é um estado agudo e transitório, por exemplo, a ira. Já o sentimento é um estado mais atenuado e durável, por exemplo, a gratidão, a antipatia (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2008). Para estes autores as emoções e os sentimentos são como alimentos para o psiquismo e estão presentes em todas as manifestações da vida do homem o qual necessita dos mesmos para dar cor e sabor a vida, orientando e auxiliando nas decisões. São, portanto, elementos importantes para o homem, que não pode se compreender sem os sentimentos e as emoções. Saber e compreender o mundo que nos rodeia é fundamental para que possamos estar nele. A apreensão do real é feita de modo sensível e reflexivo e, portanto, realizada pelo pensar, sentir, sonhar, imaginar. Considerando, a importância do estudo e aprofundamento da subjetividade humana para a comunidade acadêmica e em geral propôs-se o oferecimento do Ciclo de Debates - Temáticas psicanalíticas e suas interfaces na teoria e na prática o qual abordou os seguintes temas: Amor e Amizade; Subjetividade; Culpa e Gratidão; Criatividade; Humor; Luto e melancolia; O corpo na contemporaneidade. Desta forma, o presente estudo tem como objetivo relatar a vivência no Projeto de Extensão intitulado

“Ciclo de Debates: Temáticas Psicanalíticas” desenvolvido na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – UEMS o qual teve como objetivo geral: Participar efetivamente na Atenção à Saúde Mental e Educação, no Município de Campo Grande/MS, ampliando as ações da universidade junto à comunidade, principalmente em relação às atividades de promoção, recuperação e manutenção da saúde mental. **DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE EXTENSÃO:** O projeto foi desenvolvido através da metodologia participativa, ou seja, a partir das necessidades dos cursos da unidade de Campo Grande onde as atividades foram discutidas, elaboradas, organizadas e executadas com a participação dos responsáveis pelos parceiros. Os encontros ocorreram no último sábado de cada mês das 08h00min às 12h00min e foi desenvolvido da seguinte forma: duas mesas redondas uma com profissionais de várias áreas do conhecimento sobre um dos temas escolhidos previamente: psicanalista; psicólogo; psiquiatra; sociólogo; filósofo; antropólogo; artista; jornalista e; outros para o debate do tema e na segunda mesa um estudo de caso apresentado por um estudante de um dos cursos da UEMS também relacionado ao tema que foi debatido pelos profissionais da mesa e pelos participantes. O Estudo de caso podia ser: casos do cotidiano divulgados na mídia; poemas; mitos; contos; contos de fadas; fábulas; filmes; teatro; pintura; escultura; música e outras linguagens e, teve como produto final a publicação de um livro onde cada tema debatido compôs um capítulo do livro. Para a execução dos debates o projeto contou com a parceria junto aos cursos de Turismo, Unidade de Campo Grande, o qual disponibilizou estudantes capacitados para a elaboração, divulgação e execução do evento atividade científica; Letras com habilitação em Espanhol e Inglês; Bacharelado em Letras; Mestrado

em Letras; Artes Cênicas; Pedagogia e parceria com a Sociedade Psicanalítica de Mato Grosso do Sul a qual intermediou a participação dos debatedores psicólogos, psiquiatras e psicanalistas. Resultados: Os encontros ocorreram nos dias: 29/03; 26/04; 31/05; 28/06; 30/08; 27/09 e 06/12/2014 das 08h00min às 12h00min. Ao término de cada evento foi realizada uma pesquisa de satisfação. Com a realização dos seis temas, obtivemos o total de 476 participantes destes, 192 responderam a pesquisa de satisfação. Os itens avaliados foram: 1) Divulgação: 65% de satisfação; 2) Recepção e Cerimonial: 85% de satisfação; 3) Organização das Atividades Culturais: 85% de satisfação; 4) Duração do Café Cultural: 79% de satisfação; 5) Espaço/Instalações/Ambiente: 62% de satisfação; a maioria dos debates ocorreu na Unidade da UEMS, Escola Irmã Bartira, Bairro Arnaldo Estevão de Figueiredo; 6) Qualidade do cardápio: 85% de satisfação; 7) Decoração do local: 69% de satisfação; 8) Temática do debate: 95% de satisfação. 9) Palestrantes/Debatedores: 96% de satisfação; 10) Temática/Habilidades/Artista: 87% de satisfação; 11) Duração da apresentação Cultural: 78% de satisfação; 12) Recursos para apresentação Cultural: 80% de satisfação; 13) Comunicação e Expressão do artista: 87% de satisfação. **IMPACTOS:** Científico - Acreditamos que houve impacto científico na formação de recursos humanos e na área de conhecimento específico sobre a natureza humana tornando os participantes multiplicadores de um novo olhar para dimensão humana, especialmente àqueles que já estão exercendo a docência na educação; Tecnológico - Diante das incertezas e inseguranças vivenciadas pelo homem nos dias atuais e conseqüentemente sem saber o que fazer para minimizar o impacto destas vivências no cotidiano o presente projeto buscou propiciar um espaço de reflexão de diversas áreas

do saber em busca de compreender os novos modos de subjetivação e de existir do homem no mundo contemporâneo. Em razão da profundidade dos debates os mesmos estão sendo compilados para publicação de um livro “online”, preferencialmente, no e-book da UEMS para atingir o maior número possível de leitores; Econômico - Ao considerarmos o número de participantes diretamente atingidos pelas temáticas desenvolvidas acreditamos que o presente projeto serviu de Capacitação para os participantes sem custo algum para a instituição assim como a curto, médio e longo prazo o ganho em prevenção à saúde mental e física é incalculável especialmente, em se tratando de futuros profissionais na área da educação e saúde assim como futuro pais: educadores. Ou seja, tanto na educação informal quanto na educação formal o impacto econômico é incalculável; em se tratando de prevenção o valor é imensurável; Social - Ao refletirmos sobre os sentimentos do ser humano e suas vicissitudes nas relações pessoais, interpessoais e intrapsíquica e refletir sobre os novos modos de subjetivação do homem, os participantes puderam compreender o ser humano como unidade biopsicossocial; conhecer alguns conceitos da Psicanálise e seus modos de entender o homem e sua importância para a educação e a aprendizagem; entender como se dá o desenvolvimento psicológico do ser humano e a formação da sua personalidade; ampliar a sensibilidade, o olhar e a escuta através dos ensinamentos da psicanálise; tornar-se curioso da organização do psiquismo humano, através da discussão do funcionamento mental normal e patológico extraídos dos debates. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Acreditamos que o conhecimento adquirido por meio dos debates proporcionou o desenvolvimento de algumas habilidades e competências nas relações vivenciadas no cotidiano com isso,

as relações interpessoais tendem a serem mais assertivas diminuindo a intolerância, os preconceitos e de uma forma geral a violência. Acreditamos, portanto, que relações afetivas estáveis, seguras e vigilantes fortalecem o vínculo entre pais e filhos; professores e estudantes facilitando a comunicação, permitindo a valorização, o fortalecimento, a motivação do ser e a colocação de limites tão necessários ao desenvolvimento humano saudável; tudo isso pode tornar o indivíduo menos suscetível às psicopatologias, especialmente à dependência química.

A FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR ATRAVÉS DA METODOLOGIA DA OFICINA

Maria Luiza Marques Cardoso, Mônica Hallak Costa

Palavras-chave: Metodologia para o trabalho em saúde, Oficina em dinâmica de grupo, Trabalho interdisciplinar, Residência Multiprofissional em Saúde

APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DA INTERVENÇÃO: A presente comunicação objetiva apresentar o relato de uma intervenção promovida pela equipe de profissionais residentes do curso de pós-graduação Residência Multiprofissionais em Saúde da Família, realizado em Betim/MG através da parceria entre a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e a prefeitura do município. As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) se constituem como uma alternativa proposta pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, para o fortalecimento de práticas interdisciplinares em saúde e para a formação de profissionais que sejam capazes de construir uma leitura crítica das dinâmicas de trabalho

encontradas no contexto da saúde pública. Além disso, espera-se que esses profissionais, após os dois anos de formação, possam atuar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006). Em Betim, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) foi instituída em 2014 e aglutina profissionais de cinco áreas: enfermagem, fisioterapia, odontologia, psicologia e serviço social, distribuídos em duas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS). Quando inseridos nesses campos de prática, os residentes têm o apoio de um preceptor de campo da sua categoria profissional e recebem orientação teórica e metodológica realizada por professores tutores da Pontifícia Universidade Católica da Minas Gerais. A experiência aqui relatada envolveu todos os profissionais da Residência no desenvolvimento de uma proposta de intervenção voltada para os agentes comunitários de saúde e lideranças comunitárias da região. O projeto da intervenção foi elaborado sob a supervisão das autoras deste trabalho, a partir de um diagnóstico realizado nas duas unidades de saúde onde os residentes atuam. No diagnóstico foram detectadas dificuldades dos agentes comunitários de saúde e lideranças comunitárias compreenderem o fluxo para os encaminhamentos em casos que envolviam violências em suas diversas formas, abuso e violação de direitos ou mesmo condições patológicas agudas ou crônicas em saúde. Reconhecendo a importância do processo permanente de qualificação das ACS's e seu papel multiplicador junto à comunidade, a intervenção propôs a realização de encontros periódicos para tratar de temas relevantes para o Programa Saúde da Família, promovendo um espaço de interlocução entre os residentes, profissionais de saúde, lideranças comunitárias e representantes sociais. A intervenção visou sensibilizar as ACS's,

lideranças comunitárias e representantes de instituições sociais acerca de temáticas que envolvem a saúde da mulher, do homem, saúde mental, saúde da criança/adolescente, saúde do idoso e questões ligadas às diversas formas de violência e violação de direitos que atravessam essas temáticas. Nesse contexto, objetivou-se permitir a compreensão da complexidade das demandas relacionadas à Saúde da Família, bem como os fluxos das redes de assistência disponíveis no município de Betim e região metropolitana de Belo Horizonte/MG. Assim, pretenderam-se capacitar os participantes dos encontros para se tornarem multiplicadores dos conhecimentos, vivências e experiências compartilhadas. A escolha da metodologia da Oficina: desenvolvimento do trabalho para a condução dos encontros, os residentes, orientados por nós, elegeram a metodologia da Oficina. Como ressalta Afonso (2006), a Oficina é direcionada para o trabalho com grupos, com número variável de encontros que têm foco em uma ou algumas questões centrais que o coletivo se dispõe a trabalhar. É útil nas áreas da saúde, educação e ações comunitárias. A Oficina propõe um trabalho que utiliza a difusão de informações e conhecimentos sobre o tema foco do encontro. Contudo, o trabalho envolve ainda, de forma fundamental, o processo de elaboração dos significados afetivos e vivências relacionadas ao tema pelos participantes. Por isso, a Oficina não é uma proposta apenas pedagógica-educativa. Por outro lado, não é um grupo de terapia, pois possui um tema-foco e é sobre ele (e não sobre questões pessoais) que os participantes devem trabalhar suas emoções e experiências. Essa proposta se baseia na articulação de contribuições de teorias sobre os pequenos grupos: a Teoria de Campo de Kurt Lewin, a Psicodinâmica Grupal em Freud, Bion e Foulkes, o Grupo Operativo de PichonRivière. Considera ainda as contribuições de Paulo Freire e sua

Pedagogia da Autonomia, bem como a importância da análise das instituições para a construção da proposta de uma oficina em contextos institucionais (AFONSO, 2006). Os desafios do trabalho interdisciplinar com as oficinas: resultados e considerações para o desenvolvimento da intervenção, os residentes se dividiram em dois grupos, atuando cada um em uma das UAPS envolvidas na RMSF. Cada grupo elaborou seu projeto de intervenção com o cronograma dos encontros com as ACS's, lideranças comunitárias e representantes de instituições sociais, detalhando as etapas a serem realizadas durante cada encontro. Os cronogramas montados nos indicaram a dificuldade dos residentes compreenderem a orientação teórica e a condução metodológica das oficinas. Os cronogramas haviam sido organizados com poucos espaços para a promoção do debate e do compartilhamento das experiências entre as próprias ACS's, lideranças e representantes institucionais. O foco mostrou-se basicamente informativo, ou seja, os participantes deveriam receber uma série de informações acerca dos temas, mas não havia uma previsão consistente no cronograma de momentos para trocas e vivências compartilhadas. Como pano de fundo desta constatação e aproveitando as reflexões propostas por Dimenstein (2001) e L'Abbate (2003) sobre a implicação dos profissionais no contexto da saúde coletiva, analisamos algumas questões que deveriam ser consideradas por nós na orientação dos residentes para o desenvolvimento do projeto. Entre elas, destacamos três: 1) A formação dos profissionais da saúde para trabalhos prioritariamente individualizados. O trabalho com um grupo, como na proposta da intervenção, era entendido como trabalho com um aglomerado de indivíduos isolados que circunstancialmente eram colocados juntos, desconsiderando-se as relações e o potencial grupal para a

construção coletiva de estratégias de ação e de produção de conhecimento. 2) A reprodução pelos residentes de um modelo histórico de aprendizagem que se baseia na transmissão de informações, em que o professor ou aquele que detém o saber deve transmitir o seu conhecimento a ser aceito, compreendido e repetido pelo aluno ou, neste caso, pelo participante das oficinas. Modelo este que ainda é dominante na formação acadêmica e que estava sendo ali reproduzido. 3) A dificuldade de um diálogo efetivamente interdisciplinar. A demarcação por especialismos, presentes em comentários como "esta questão não é da minha área" promovia um distanciamento que fazia com que o próprio grupo de residentes tivesse muita dificuldade de funcionar efetivamente como grupo. Nesse contexto, decidimos trabalhar, durante as reuniões com os residentes para monitoramento do trabalho, utilizando-nos da própria proposta da Oficina: criar, nas orientações, um espaço para a difusão de informações, mas também e especialmente, para o compartilhamento dos desafios gerados pelo distanciamento entre a formação tradicional em saúde, calcada no modelo biomédico curativo individual, e as orientações não só da Oficina, mas também das próprias diretrizes do SUS. O resultado foi um grande engajamento de todos os residentes, com abertura para escutar as percepções dos colegas de outras formações, para articular saberes e para apostar nas oficinas como metodologia rica de trabalho grupal. Ao final das oficinas, observamos que, de fato, foram criados espaços para que a compreensão e a mudança de visão sobre as realidades vividas pelos participantes fossem construídas pela importante articulação entre conhecimentos, experiências vividas e os significados afetivos que essas experiências evocam.

A IMPORTÂNCIA DA ALTERIDADE NO COLETIVO DO TRABALHO: UMA EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Bruna Pedroso Canever, Paulo Fernando Capucci, Pollyanna Mayara Câmara, Ana Honorato

Palavras-chave: Educação Permanente, Alteridade, Problematização

APRESENTAÇÃO: Tendo como premissa a reestruturação de prática de saúde e a qualidade dos serviços oferecidos torna-se preeminente a releitura dos modelos de educação em saúde promovidos pela Educação Continuada e Educação Permanente, preconizados pelo SUS, que desencadeie nos modelos de gestão e de postura profissional mais eficiente e humanística. Assim, a proposta de modelo pedagógico para gestão da Organização Social de Saúde Associação Saúde da Família (ASF) – Sul traz como movimento inicial envolver a equipe gerencial, abarcando apoiadores locais e regionais, supervisores técnicos e coordenador, para que num processo encadeado, se reflita nas demais práticas de desenvolvimento gerencial do território. O desafio é integrá-los quanto um grupo envolvido e coeso, à frente para experimentar um modelo onde todos contribuem para mobilizar as competências desejadas, intelectuais, emocionais, pessoais e comunicacionais, com capacidade em impactar na atenção em saúde e gestão do cuidado. O objetivo deste relato é apresentar a experiência de um encontro afetivo entre a equipe técnica da ASF-Sul, englobando gerentes das áreas, apoiadores locais e regionais, supervisores técnicos, coordenador regional.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Pautado num diagnóstico realizado nas Unidades de Saúde, a equipe gerencial da ASF-Sul sinaliza para uma proposta de um

desenvolvimento gerencial participativo, onde a identificação, sistematização das demandas e das propostas de solução, são apresentadas nos Grupos Técnicos (GT), compostos com os gerentes dos equipamentos de Saúde. Para este fim, a equipe de Educação Permanente elaborou o “I Encontro de Educação Permanente para a Equipe Gerencial” para afinar as relações interpessoais e a metodologia aplicada pelos apoiadores com vistas a facilitar a atuação dos GT. Visando criar um ambiente propício à reflexão e um “olhar” para si mesmo como indivíduo e como educador, cujos valores e vivências dão sentido às relações, foi preparada a sala de acolhimento do grupo, ambientada com a temática “I have a dream” numa alusão aos 52 anos do discurso do ativista Martin Luther King, uma vez que o “I Encontro de Educação Permanente para a Equipe Gerencial” ocorreu no dia 28 de agosto, mesma data do discurso ocorrido em 1963. A sala teve o intuito de sensibilizar à equipe sobre os valores e expectativas-sonhos que cada um tem e que ecoam nos anseios coletivos, como o que foi vivenciado na manifestação presidida por Martin Luther King em seu discurso pronunciado nas escadarias do Monumento à Lincoln. Imagens e frases sobre o discurso foram dispostas na sala para apreciação da equipe com espaço para reflexões e disponibilidades de trocas. Em continuidade, todos os participantes se dispuseram em círculo na sala e foi apresentado um vídeo introdutório de comédia, cuja temática retrata o ambiente de trabalho com as funções de chefia e subordinado, abordando falhas de comunicação provenientes do discurso ininteligível do chefe, em nada compreendido pelo interlocutor. O intuito desta apresentação consiste em aplacar um pouco a tensão ou expectativas do grupo, desconstruindo os conceitos de hierarquia, trazendo todos para uma posição mais horizontal e confortável para trabalhar e

dialogar entre pares. A exibição do vídeo proporcionou a descontração e várias risadas do grupo, encorajando o espaço para as interpretações e depoimentos de situações similares vivenciadas. Desdobrando a conexão entre a importância da comunicação qualificada e a prática dos valores que almejamos para as transformações em saúde, nesta atividade, a Educação Permanente, concretizou com as interações espontâneas dos participantes, a análise crítica da realidade e entraves na gestão, visando uma atuação mais participativa e problematizadora. Em seguida, durante a aplicação da ‘Dinâmica da Teia’, foi explicado ao grupo, como, para a composição da “teia”, a participação compete a todos os presentes, com a utilização de um rolo de barbante. A primeira pessoa segura o rolo, direcionada pela temática – “Quais dos principais entraves/desafios enfrentados na relação de trabalho do dia-a-dia?” se pronuncia, e arremessa o barbante ao próximo parceiro de sua escolha, segurando a ponta. E assim segue a dinâmica até o último participante. Na apreciação pelo grupo, sobre a formação da “teia”, compete adentrar na discussão de como todos os entrelinhamentos do barbante simbolizam e exemplificam os nós críticos vivenciados no trabalho, de como estão relacionadas e encadeadas algumas questões trazidas à tona e que conseqüentemente a solução advém do grupo, do coletivo. É imprescindível ressaltar como o diálogo e a Metodologia da Problematização apontam para um caminho de referência que permitem o desenvolvimento da habilidade gerencial para tomada de decisões de gestão mais acertadas. As hipóteses de solução são apresentadas então coletivamente, de forma espontânea e o grupo decide se aquela proposta satisfaz para que o barbante retorne seu caminho de desfazimento da teia. Um a um dos desafios e problemas explicitados são confrontados com propostas de solução e segue-se o

movimento até que a linha volte ao início da trajetória. Com o desmanchar do “desenho” da problemática, o grupo obtém um aprendizado intuitivo da importância acerca da participação colaborativa, com base numa compreensão multidimensional. No decurso do encontro, o grupo é direcionado a outro momento, cuja proposta é que a equipe evolua na prática da Metodologia da Problematização para a condução dos Grupos Técnicos, a serem formados junto aos gerentes dos equipamentos de Saúde dos territórios. Se o desempenho dos GT está relacionado à habilitada facilitação dos apoiadores locais e regionais, supervisores técnicos e coordenador é apresentado o exercício seguindo o Método do Arco, como ferramenta de qualidade de gestão, os casos da ouvidoria. A atividade seguiu o passo a passo do método, mas de forma intuitiva, para posteriormente ser apresentada a metodologia como base teórica.

RESULTADOS E/OU IMPACTOS: O I Encontro de Formação em Educação Permanente para a Equipe Gerencial apresentou-se como um dia intenso em atividades e imersão, onde aspectos como empatia, tolerância e afeto foram evidenciados em várias oportunidades de interação e relações dos profissionais ao longo do período, com vistas a alcançar o aprimoramento da corresponsabilização e cogestão do serviço. Alguns depoimentos e conversas em pares ressaltaram como espaços em educação permanente promovem o aprender: a comunicar-se, a resolver conflitos, colaborar no desenvolvimento gerencial, e finalmente na mudança da práxis. Auxiliar e facilitar os GT como ferramenta de gestão participativa, proporciona ao indivíduo a ressignificação de sua atuação e seu papel dentro dos processos de trabalho. Cada etapa prevista pelo “Método do Arco” norteou a construção do conhecimento em equipe, confrontando a realidade com as diversas vivências e conhecimento dos profissionais, de forma construtivista. Este exercício proporciona

a inovação na forma de interpretar ou de avaliar a realidade apresentada. Com isso, espera-se que haja uma transformação ao buscar as soluções participativas no enfrentamento dos problemas gerenciais do território. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Durante a realização deste encontro, assumindo o compromisso em buscar o conhecimento e colaboração dos diferentes profissionais envolvidos, considera-se alcançado o objetivo esperado em iniciar o exercício de desenvolvimento gerencial pautado no equilíbrio entre a flexibilidade e a organização (onde há hierarquia, normas, maior rigidez) dos processos de trabalho, que reflète no investimento de um modelo participativo, voltado à melhoria da oferta de serviço de saúde.

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE RELACIONADA À EXECUÇÃO DE CURATIVOS NUMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Claudia da Cruz Paris, Carol Lanne Moura, Joana D'arc Alves da Silva, Nadja de Carvalho Moreira de Oliveira

Palavras-chave: atenção básica, educação continuada, assistência de enfermagem

APRESENTAÇÃO: Trata-se de um Relato de Experiência vivida em uma UBS na cidade de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, na sala de curativos, os quais são realizados por profissionais despreparados para a execução da técnica. Além disso, a sala é inapropriada para tal prática. Conta com um tanque, onde todos os pacientes indiscriminadamente têm seus pés lavados, um após o outro, insumos pouco diversificados e em quantidade muito limitada, além de reduzido quantitativo de E.P.I. (equipamento de proteção individual). Não há bandejas disponíveis, nem mesmo campos estéreis. Baseados no que afirma a

Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências, em seu artigo 11º, são atribuições PRIVATIVAS DO ENFERMEIRO, consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem. Isto posto, entendemos a relevância da Consulta de Enfermagem no cuidado aos pacientes com úlceras venosas. Desta fazem parte o Exame Físico e a Anamnese, nos quais o enfermeiro deve ter olhar o holístico para com o paciente, visando seu bem-estar, numa perspectiva que leve em consideração todos fatores relacionados ao processo de adoecimento. Além disso, apesar de o Técnico ou Auxiliar de enfermagem serem autorizados pelo Código de Deontologia de Enfermagem a executarem curativos, é impossível que estes sejam feitos sem a supervisão técnica e orientação do profissional Enfermeiro. Sendo assim, decidimos realizar a capacitação, sem desconsiderar a questão da sensibilização do quadro de funcionários, visando o papel do enfermeiro como educador e transmissor de conhecimento na objetivação de promover o bem-estar da comunidade. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 198/GM/MS em 13 de fevereiro de 2004, institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. A educação tem por objetivo ampliar a competência do profissional, ofertando-lhe ferramentas técnicas científicas para que este, de forma autônoma, possa solucionar determinadas situações cotidianas. A mesma é reconhecida como trabalho que articula a atenção à saúde, a formação, a gestão e o controle social para a transformação das práticas de saúde e da organização no trabalho. A educação permanente consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser

potencializado, a fim de promover, além da capacitação técnica específica dos sujeitos, a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes. Entendemos então, que a Educação Permanente em Saúde promove processos formativos estruturados a partir de problematização do seu processo de trabalho, cujo objetivo é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tornando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde. **OBJETIVOS:** Este trabalho tem por objetivo apresentar uma experiência vivenciada em uma UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) do município de Duque de Caxias/Rio de Janeiro por discentes do curso de Enfermagem da Universidade UNIGRANRIO, do nono período, realizando Estágio Integralizador com a docente Enfermeira Mestranda Nadja Moreira. **METODOLOGIA:** A experiência deu-se pela vivência das práxis in loco na sala de curativos de uma UBS. Sendo a úlcera venosa, um problema de saúde pública, caracteriza-se pela principal causa de acesso à UBS pelos pacientes que frequentam a sala de curativos durante anos, sem apresentar melhora. Observamos lesões com más condições de cicatrização e o tratamento em desacordo com as principais recomendações da literatura, sendo necessário repensar a organização dos serviços para atender melhor essa população. Os pacientes que comparecem para a realização dos curativos diariamente têm lesões crônicas por muitos anos sem evolução clínica. Isto despertou-nos a atenção para a técnica empregada nesses pacientes, e tomamos a iniciativa de realizar a Educação Permanente na Unidade sobre Curativos. **RESULTADOS:** Com o apoio da direção da Unidade marcamos data e hora e divulgamos com cartazes o tema a ser palestrado, além da divulgação “boca-boca”. Realizamos a palestra que teve duração de

aproximadamente 1h30min., com auxílio visual de data show, apresentando slides ilustrados e de forma dinâmica. Também foram confeccionados folders explicativos. Além disso, foi disponibilizada uma apostila digital, no formato PDF, a qual foi enviada para os presentes via e-mail. Houve uma adesão de aproximadamente 50% (cinquenta por cento) do quantitativo de funcionários da unidade. Houve, por parte de alguns, certa resistência à capacitação, o que se deve também ao fato de a educação permanente ser situação estranha para estes e pouco frequente. Apesar disso, os que estiveram presentes, participaram ativamente do evento, fazendo anotações e alguns comentários positivos. Sabemos que, capacitações esporádicas proporcionam efeitos efêmeros. Todavia, esta foi nossa tentativa de disparar na unidade a percepção por parte da chefia de enfermagem de que o papel do Enfermeiro é não somente o de assistência de saúde, mas também o de educar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A educação permanente representa ferramenta de suma importância no desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência e profissão. Cabe ao enfermeiro, detectar em sua equipe, fragilidades técnico-científicas, dirimindo erros, evitando a iatrogenia, e contribuindo para a diminuição das desigualdades entre profissionais, sejam eles do serviço público ou privado. Não é concebível que haja diferença de capacidade entre os servidores de saúde destes serviços, quando a população atendida é vitimada por uma segregação social que atinge diretamente a saúde. Esta passa a ser direito não mais de todos, mas somente de alguns, aqueles financeiramente mais abastados, enquanto que aos menos favorecidos resta um serviço público, rotulado como ineficiente e indigno dos mais ricos. No SUS, o sistema interage para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Seus princípios doutrinários rezam a universalidade, equidade e integralidade.

Tal sistema e tais princípios participam conjuntamente da efetivação da democracia brasileira, a partir do momento em que, todo cidadão tem o direito de acesso à saúde, em seus variados níveis de atenção. A UBS, que compõe o nível primário desta atenção, o qual deve ser porta de entrada para o sistema, não deve de forma alguma configurar espaço de discriminação e desigualdade para a população.

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE: O PROCESSO DE ESTÁGIO ELETIVO DO PROFISSIONAL-RESIDENTE EM SAÚDE COLETIVA

Mayara Carneiro Alves Pereira

Palavras-chave: Educação Permanente, Ensino e Serviço, Estágio Eletivo

APRESENTAÇÃO: Entendendo a Educação Permanente a partir da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e da Portaria GM/MS nº 1.996 do Ministério da Educação de 20 de agosto de 2007 que propõem a aprendizagem significativa, a transformação das práticas profissionais por meio de reflexão crítica, problematização, organização e transformação do processo de trabalho, o presente relato de experiência objetiva compartilhar as vivências do processo de ensino em serviço a partir das possibilidades proporcionadas pela Residência Integrada em Saúde (RIS), vinculada à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). A implantação desta Residência objetiva a interiorização da educação permanente interprofissional, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde e Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Ceará, com intuito de vincular a possibilidade de ensino e serviço nos diversos municípios. Dentre as ações propostas pela RIS está a de estágio eletivo, que representa a vivência do profissional-residente fora do cenário de prática de

lotação em que a característica principal é a imersão completa em outro cenário de prática, que poderá ser fora do município ou estado da RIS, sendo previsto no Projeto Político Pedagógico e no Regimento Interno da RIS-ESP/CE a partir da escolha do residente, e posterior apresentação à Coordenação da ênfase por escrito, justificativa e objetivos coerentes com a formação para qualificação da atuação na ênfase de origem. **METODOLOGIA:** Objetivando desenvolver ações respeitando o tripé de estudo do campo da saúde coletiva: Gestão e planejamento, Epidemiologia e Ciências Sociais, a ênfase em Saúde Coletiva busca desenvolver práticas voltadas à Gestão, mas sempre considerando a importância e a discussão de as Práticas de Atenção e Cuidados à Saúde e a importância do trabalho em equipe e da necessidade de articulação com os profissionais do serviço. Neste sentido, de forma prática, o processo do eletivo pode ocorrer em trinta (30) dias corridos, existindo a possibilidade de escolha em mais de um campo de estágio, ao que poderá ser fracionado em no máximo duas partes, tendo quinze (15) dias corridos cada uma, não podendo ultrapassar 30 dias corridos a soma das frações. Dentro desta proposta, optou-se por vivenciar a realidade de dois serviços do município de Piri-piri, Piauí, sendo eles 3^a Coordenadoria Regional de Saúde do Piauí (CRS) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ambos no início do segundo semestre deste ano. A escolha deste município se deve ao fato de já ter sido destaque na Atenção Básica do Piauí, por ter as práticas mais desenvolvidas do Piauí no que se refere às atividades propostas pela Atenção Básica e ao fato da residente possuir conhecimento da realidade local, por meio da participação no projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) desenvolvido em parceria com a Universidade Federal do Piauí (UFPI) e a Secretaria da Saúde do município de Piri-piri-PI no ano de 2012. Já a opção

pelos serviços de Gestão e Atenção Básica, respectivamente, se dá devido à proposta de atuação dentro o tripé de estudo do campo da saúde coletiva. Desenvolvendo-se assim uma problemática e uma consequente necessidade de atuação nestes locais. **RESULTADOS:** Com o intuito de tecer reflexão crítica acerca da saúde, especialmente no que diz respeito à Saúde Coletiva, acredita-se na importância de desenvolvimento de estágio eletivo na realidade da 3^a CRS e no NASF, principalmente com o intuito de dar continuidade ao processo iniciado pelo Ministério da Saúde com o projeto de VER-SUS, uma vez que representa uma estratégia do Ministério da Saúde e do Movimento Estudantil da área da saúde de aproximar os estudantes universitários do setor aos desafios inerentes à consolidação do SUS, representando um compromisso do gestor com a aprendizagem dos estudantes/profissionais que se preparam para este setor. Sendo uma oportunidade de vivenciar os desafios, as dificuldades e os avanços deste sistema, fazendo com que profissionais em formação problematizem a organização dos serviços de saúde nas diferentes regiões do país. Essa proposta de estágio eletivo tem o intuito de provocar novas práticas, aprendizados, dificuldades, potencialidades e reflexões, sempre em consonância com um posicionamento teórico-crítico. Reconhecendo a Coordenação Regional de Saúde como uma instância administrativa, técnica e política da Secretaria Estadual de Saúde (SESAPI) localizada nos Territórios de Desenvolvimento do Piauí, tendo como ação estratégica o fortalecimento da descentralização das ações da política estadual de saúde nos municípios da área de abrangência do território através do apoio técnico aos municípios no cumprimento das suas atribuições e responsabilidades gestoras; do apoio técnico aos municípios para ajudá-los a garantir a integralidade da atenção à saúde e através do apoio técnico às secretarias municipais de saúde

na implementação de ações de atenção integral à saúde no âmbito da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de agravos à saúde. E reconhecendo também o NASF como parte da atenção básica que não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Devem contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações do NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e outras. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Entendo a saúde em sua concepção mais abrangente, como uma tarefa complexa diante da diversidade de conceitos e práticas realizadas, sendo uma coprodução em que homem e mundo constroem e atribuem significados aos processos, existindo sempre uma mútua atualização. E reconhecimento que unidades políticas e territoriais (ensino e serviços) devem atuar em conjunto para a formulação de estratégias de ensino, gestão setorial, qualificação da atenção em linhas de cuidado, fortalecimento do controle social e inter setorialidade. A partir da articulação entre Ensino, Serviço e População, objetivando a vinculação como Estratégia fundamental para o desenvolvimento da Gestão, Atenção à Saúde, Ensino e Controle e Participação Social. Dentro desse pensamento, buscou-se conhecer como estão desenvolvidos os processos de trabalho do CRS e do NASF, a fim de ampliar concepções de saúde coletiva a partir da percepção da realidade de outro

cenário, mais especificamente em outro estado. Percebeu-se assim a importância dessa possibilidade de articulação com outras realidades proposto pelo programa de residência, engrandecendo ainda mais a formação profissional e possibilitando contribuições para os serviços que recebem os residentes.

A IMPORTÂNCIA DA EXTENSÃO NA GRADE CURRICULAR DO RESIDENTE: A EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA UEPA

Sidney de Assis da Serra Braga, Alzilene Pereira Cordovil, Lays Ariane Teixeira dos Santos, Lanna Xantipa de Oliveira Lemos, Rudnelson Vieira Magalhães Dias, Talita Silva Souza, Edielen de Lima Souza, Luiz Heitor Barros Menezes Cabral

Palavras-chave: Extensão, Residência Multiprofissional, Saúde da Família, UEPA

APRESENTAÇÃO: Os Projetos de Extensão são conjuntos de ações processuais e contínuas de caráter educativo, social, desportivo, cultural, científico ou tecnológico, com objetivo definido e prazo determinado. As atividades de extensão são regulamentadas pela Resolução 09/2007 do Conselho Coordenador de Ensino, Pesquisa e Extensão. Esta Resolução define extensão como o elo de integração das atividades universitárias com os diversos segmentos da comunidade interna e externa. É importante a integração da extensão para a pós-graduação, em especial aos programas de residências. Nos últimos anos, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como política pública nacional, tem-se destacado como modelo estratégico de reorganização da atenção básica, fundamentado na lógica da vigilância à saúde. Implantada em todo o Brasil como o principal meio para a reordenação da atenção à saúde, suas

ações representam a concepção de saúde centrada na promoção da Qualidade de Vida (QV), por meio da prevenção, promoção e recuperação da saúde. A integração da extensão na formação do residente no âmbito da atenção básica, trás consigo um grande avanço para a melhoria da qualidade de vida da comunidade e melhor aprendizado dos residentes. Quanto a ESF, essa atualmente torna-se um espaço não só de trabalho, mas do aprendizado como novas práticas para o conhecimento. Dentre os pilares do conhecimento, a extensão esta envolvida com os elementos que trazem um grande impacto no processo de formação do residente, a população, o controle social, a equipe da unidade, as escolas do bairro, dentre outros, são convidados a pensar e a produzir espaços de saúde, de qualidade de vida. **Objetivo:** Dessa forma, este estudo tem como objetivo relatar a experiência dos profissionais integrantes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade do Estado do Pará (UEPA), no desenvolvimento de práticas de assistência e educação em saúde através de três projetos de extensão: Projeto Uepa nas Comunidades; Projeto Hansen Pará e Projeto Residência nas Comunidades. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** trata-se de um relato de experiência, onde se descreve experiências do residentes de Saúde da Família da Uepa em três projetos de extensão. Este trabalho está sendo desenvolvido por meio das atividades relacionadas ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEPA, dentre os quais participaram três categorias profissionais residentes: Enfermagem, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. As atividades que ocorrem têm como base três momentos: logística e planejamento; atividades de assistência e educação em saúde e relatório e discussão de atividades realizadas. Participam das atividades os profissionais residentes

que desenvolve o projeto e também os profissionais da instituição/setor/local onde é feita a ação, são eles: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, serviços gerais, agentes comunitários de saúde (ACS) e comunidade. As atividades, dependendo do projeto, desenvolvem-se uma vez no mês ou semestre. **LOGÍSTICA E PLANEJAMENTO:** comunicação e articulação local com o município onde será desenvolvida a ação, discussão sobre a contrapartida de cada setor (transporte, alimentação, insumos, serviços) e necessidades de demanda para os serviços a serem realizados na ação. Atividades de assistência e educação em saúde: são os serviços desenvolvidos na comunidade. Dependendo do projeto, as atividades variam. No projeto Uepa nas Comunidades, o qual pertence a Pró-reitoria de Extensão da UEPA são realizadas atividades de assistência através de consultas médicas, de fisioterapia e de enfermagem, procedimentos de verificação de P.A, Verificação de glicemia, avaliação física, atenção à saúde bucal, brinquedoteca e educação em saúde, ambiental e tecnológica onde os residentes trabalham junto aos profissionais da comunidade e os acadêmicos da Universidade, unindo saberes de diferentes áreas do conhecimento. No Projeto Hansen Pará, projeto no qual o foco é a busca ativa de casos de hanseníase em vários municípios do Estado, concentra profissionais da área da saúde e tecnologia da informação, foi desenvolvido por pesquisadores da Universidade Federal do Pará (UFPA), que possui parceria interinstitucional (a exemplo a USP/RP, Universidade de São Paulo - Campus Ribeirão Preto) e internacional (Universidade do Colorado - EUA), de acordo com o CNPQ. Os residentes atuam em grupos de busca ativa, junto aos pesquisadores, para averiguação de casos de hanseníase em escolares e seus comunicantes. Geralmente essas buscas se iniciam pelas escolas, onde primariamente

é realizada uma palestra com os escolares e os profissionais da escola, além de consultas com os indivíduos já diagnosticados nas unidades de Saúde. Também é realizada uma capacitação dos profissionais das Unidades de Saúde envolvidas na ação. No Projeto Residência nas Comunidades, desenvolvidos pelos próprios residentes, possui o apoio da UEPA e da gestão do município onde serão realizadas as ações. Geralmente as atividades concentram-se às atividades de enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional, educação em saúde e, atualmente em parceria com a residência de medicina de família e comunidade, também da UEPA. **RESULTADOS:** Acreditamos que estas atividades estão sendo muito importantes, pois além de aprimorar nossa capacidade de transmissores de conhecimento de forma horizontal, nos torna pessoas comprometidas com a saúde do outro, como também favorece o fortalecimento do trabalho junto à equipe. Assim, conseguimos prestar assistência integral e humanizada não somente com os usuários, mas também com os nossos colegas de trabalho. Dessa forma, esses espaços podem construir momentos de debate e articulação, oportunizando o conhecimento e o reconhecimento do valor de cada trabalhador na produção de ações de saúde e construir novos significados para o trabalho de cada profissional. A RMS configura-se como promotora da saúde da comunidade e dos profissionais que atuam na ESF, uma vez que a atividade desenvolvida originou-se de uma construção conjunta das Instituições e dos residentes que atuam nesta, ressaltando a importância do cuidado a estes profissionais que cuidam da saúde da população. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência destacada mostra a RMS enquanto processo indutor de transformações das práticas de formação e atuação no setor saúde, além de contextualizar a educação permanente,

buscando construir um espaço de reflexão frente aos hábitos desenvolvidos. Observa-se também que algumas experiências tornam-se exitosas quando há uma sintonia e corresponsabilização entre os diversos profissionais, tornando a Residência Multiprofissional em Saúde mais integrada a ESF e Atenção Primária de Saúde. O residente egresso torna-se um profissional diferenciado, com amplas competências e habilidades no componente clínico e na resolução de situações-problema.

A IMPORTÂNCIA DAS METODOLOGIAS ATIVAS NA PROMOÇÃO DO EMPODERAMENTO DA PESSOA IDOSA

Christopher Wallace Souza do Nascimento, Daiane de Souza Fernandes, Fernanda da Silva Lima, Thaís Regina Alencar Fonseca, Thiago do Reis Oliveira Costa, Tiago de Nazaré das Chagas e Chagas, Monick Franco Ribeiro, Joanna Angélica Azevedo de Oliveira

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho visa relatar a experiência de acadêmicos, ao desenvolverem ações educativas para idosos, membros do grupo de um projeto de extensão universitária denominada Idoso Saudável, bem como demonstrar a importância das Metodologias Ativas na educação em saúde como ferramenta para o fortalecimento do empoderamento da pessoa idosa. O projeto, fundado no primeiro semestre de 2015, foi elaborado por uma docente da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal do Pará, com o objetivo de fomentar estratégias de educação em saúde com idosos, da cidade de Belém-PA, visando o desenvolvimento de estratégias relacionadas ao envelhecimento ativo, assim como outras questões de pertinência à saúde da pessoa idosa. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A educação em saúde abrange práticas para a mudança de hábitos e modos

de vida das pessoas, seja individualmente ou coletivamente ocasionando a melhora da qualidade de vida e saúde. No entanto, vale ressaltar que a educação em saúde é muito mais que a transmissão unilateral de informações, ela envolve a troca de saberes, compartilhamento de experiências, e requer metodologias de ensino interessantes para o seu público, no intuito de sensibilizá-los acerca da temática abordada. Para o idoso, a utilização de metodologias ativas potencializa a troca de saberes, fato muito inerente a este público. Diante disso, ao pensarem as ações educativas para os idosos do grupo, a equipe do projeto percebeu a necessidade de utilizar Metodologias Ativas, visto que insere o educando ativamente na construção de seu conhecimento, de forma participativa e autônoma, tornando o processo de aprendizado mais agradável e dinâmico. O intuito das ações foi de empoderar os idosos acerca de si, de sua saúde e os cuidados necessários, além de seus direitos e deveres enquanto cidadãos, objetivando resgatar a independência e promover o empoderamento dos mesmos. O empoderamento está associado com habilidades e autonomia para solucionar os próprios problemas, e uma vez que o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doenças orgânicas, é possível denotar o elo entre o empoderamento e a saúde, tal como a importância de ambos. Os encontros do grupo ocorriam mensalmente onde, para cada dia, havia uma temática central, e a mesma era abordada de duas formas diferentes: a primeira era através de uma palestra, onde um profissional adequado para o tema discorria sobre o assunto em questão, levando sempre em consideração o perfil do público, que necessita de uma linguagem mais acessível a seu entendimento. A segunda forma era através de alguma tecnologia

educativa desenvolvida pelos acadêmicos, sob a orientação da docente, utilizando as Metodologias Ativas, para tornar o momento de aprendizado mais lúdico e divertido. Por estar dentro de uma faixa etária onde as Doenças Crônicas Não Transmissíveis são mais prevalentes, a equipe do projeto abordou patologias como a Diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia e a importância da alimentação adequada para o controle das mesmas. O Estatuto do Idoso e os direitos sobre a Previdência Social também foram abordados, a pedido dos membros do grupo, como também a importância do autocuidado com o corpo através de atividades e exercícios físicos e o cuidado com a autoimagem. As tecnologias educativas utilizadas envolveram bingos, jogos de perguntas e respostas, rodas de conversa, dinâmicas e demais metodologias que estimulasse a participação ativa do público. Também objetivavam evidenciar a eficácia das ações educativas, no que se refere ao grau de aprendizado do grupo com o que foi compartilhado, pois este era o espaço em que eles eram mais estimulados a comentarem o que aprendiam e as suas experiências cotidianas. Algumas datas festivas também foram comemoradas no intuito de facilitar o processo de socialização entre os membros do grupo e com a equipe do projeto. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Desde o início do Projeto, os idosos demonstraram estar bastante interessados com as atividades que os acadêmicos haviam programado. A cada encontro, os acadêmicos procuravam estimular cada vez mais a participação do público nas atividades desenvolvidas, deste modo, durante as temáticas abordadas ou aplicação das tecnologias educativas realizadas, os ouvintes participavam de maneira ativa. De acordo com os temas, realizavam muitas perguntas, sempre contextualizando com suas vivências. Foi possível perceber o quão eficaz é a utilização

de metodologias ativas para tornar o idoso o protagonista principal da (re) construção de seu conhecimento, pois esse tipo de estratégia estimulou o compartilhamento de experiências, fazendo-os perceber que também eram detentores de saberes, o que facilitou o processo de ensino-aprendizagem com grupo. Além disso, ocorriam premiações e sorteios de brindes que os incentivaram a participação e a assiduidade com os dias do encontro. A soma de todas essas estratégias resultou no processo de resgate do empoderamento dos idosos, pois foi possível estimulá-los e capacitá-los a tomarem suas próprias decisões, através da educação em saúde, trabalhada de forma atrativa e divertida, aduzindo que o processo ensino-aprendizagem também pode ocorrer de formas não tradicionais. O projeto também possibilitou à equipe do projeto aperfeiçoarem suas estratégias enquanto educadores em saúde, por meio do planejamento e da construção de atividades, fazendo com que os mesmos trabalhassem em equipe. As experiências adquiridas também possibilitaram aos acadêmicos ter uma visão mais sensível acerca da pessoa idosa, percebendo a necessidade de oferecer uma assistência integral na vida profissional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O projeto é um grande aliado à saúde dos idosos e da comunidade, pois, além de fortalecer o vínculo deles com a Universidade, as ações educativas realizadas estimularam o resgate/promoção do empoderamento, como também os tornaram agentes capazes de modificar a sua realidade familiar através do compartilhamento de todos os conhecimentos adquiridos. As temáticas tratadas nas ações educativas refletiam no modo de vida dos idosos, visto que eles participavam na construção do conhecimento. As informações eram relevantes, pois tratavam de assuntos relacionados à saúde dos idosos ou até mesmo seus direitos na sociedade, e

a metodologia utilizada proporcionou também a interação social. Com isso, percebe-se o quão importantes são as Metodologias Ativas na educação em saúde como estratégia para o fortalecimento do autogerenciamento da pessoa idosa, visto que é uma prática relevante que proporciona aprendizado e, de maneira ativa, este público adquire conhecimentos para uma maior qualidade de vida, como também tem estimulado a autonomia e a independência. Ressalta-se cada vez mais a aplicação deste método por profissionais ao trabalharem educação em saúde, não apenas com idosos, mas com usuários de todas as faixas etárias.

A IMPORTÂNCIA DE CONHECER O TERRITÓRIO EM SAÚDE NA ÓTICA DO ACADÊMICO DE MEDICINA

Vinicius Paiva Cândido dos Santos, Laysa de Souza Chaves Deininger

Palavras-chave: Território, Atenção Básica, Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO: O Sistema Único de Saúde (SUS) abriga como maior premissa de sua gênese proporcionar o acesso à saúde como direito constitucional para toda a população, sem discriminação nem distinção qualquer, por meio de um sistema que detém a capacidade de atender as necessidades de saúde de todos os cidadãos de forma integral, equânime e universal. Para efetivação dos princípios do SUS na atenção primária à saúde, lança-se como instrumento a territorialização, visto que é um processo de extrema importância, pois define o local de atuação dos serviços do primeiro nível de atenção à saúde e adscrive a população sob sua responsabilidade, auxiliando ainda, na compreensão dos determinantes e condicionantes do processo saúde/doença. A atenção primária tem o dever de ser

porta de entrada principal no sistema de saúde, visto que possui grande capilaridade e conseqüentemente maior proximidade das principais necessidades de saúde no âmbito individual e coletivo. Dessa forma, a experiência para o conhecimento a cerca do território em saúde, se fez de extrema importância para a identificação dos fundamentos essenciais de assistência do SUS, e ainda, contribuiu significativamente para a formação pessoal e profissional para o curso de medicina, haja vista, que apenas vivenciando tais verdades in loco, é possível desenvolver consciência crítica para, futuramente, prestar assistência médica de forma qualificada, humana e que entenda o sofrimento dos usuários. Assim, o estudo objetivou apresentar o conhecimento adquirido sobre o território em saúde na ótica do acadêmico de medicina. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência advindo das atividades processuais da disciplina de Atenção a Saúde I do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, realizadas no período de 25 de agosto a 01 de setembro de 2015, e teve como objetivos visitar o território, conhecer o território área, conhecer as microáreas e acompanhar a rotina do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no território. Tudo isso na Unidade de Saúde da Família (USF) Alto do Céu III, situada no bairro Alto do Céu em João Pessoa na Paraíba. Os agentes comunitários de saúde foram acompanhados em suas atividades no território adscrito no bairro, onde foi encontrada uma área com casas, em sua maioria, feitas em alvenaria e com tijolos aparentes, energia elétrica e alguns pontos comerciais pequenos localizados em rua dita como principal. Contudo, ao adentrar mais na comunidade, foram identificadas vielas sem calçadas e esgotos a céu aberto, evidenciando a falta de projetos de aplicação efetiva do saneamento básico por parte das autoridades locais.

Isso acarreta na propagação de doenças específicas pela falta de esgotamento e distribuição qualificada de água para a população. Algumas casas se encontravam em ruas de barro que frequentemente eram alagadas pelas chuvas, tendo barreiras de alvenaria feitas para impedir que a água, que se misturava com o esgoto presente na rua, entrasse em suas residências. Além disso, tal território abrigava boa quantidade de famílias que tinham a reciclagem como fonte principal de subsistência, gerando acúmulo de materiais em demasia. Isso acarreta na proliferação de agentes etiológicos como o *Aedes aegypti* e ratos, além de insetos e demais pragas urbanas que favorecem a disseminação de doenças nocivas à comunidade. O território também faz parte da faixa de delimitação de conflitos entre gangues organizadas que controlam o tráfico de drogas na região. Isso gera um clima de confronto diário para as famílias que residem nesse fogo cruzado de interesses marginais, bem como, dificulta o acesso de estudantes e pesquisadores para realização das atividades em favor do desenvolvimento da saúde local. Além disso, a área é formada por grande quantidade de indivíduos que possuem diabetes e hipertensão, bem como a incidência considerável de casos de tuberculose por ser um território que margeia áreas próximas ao sistema prisional do município. Tal fato gera a necessidade de um acompanhamento longitudinal que permita vínculo efetivo do usuário ao plano de cuidado que contribuirá paulatinamente para sua longevidade e qualidade de vida. Para somar aos gargalos estruturais e sociais do local apresentado, o território contava ainda com a ausência de dois ACSs para suprir a demanda total exigida. Conseqüentemente, tal fato sobrecarregava alguns agentes de saúde que lutavam para possibilitar o máximo de atendimentos possíveis dentro de suas capacidades humanas, pois, apesar dos esforços, duas

microáreas estavam descobertas de visitas desses profissionais, deixando diversas famílias do território adscrito da USF sem visitas domiciliares e assistência adequada. Impactos Apesar dos desafios foram encontrados ACSs atentos e com grande empatia para cuidar dos que se encontravam sob sua responsabilidade. Homens e mulheres que entendiam o lugar que estavam e promoviam o acesso qualificado, dentro do possível, à saúde que é direito constitucional de todos os brasileiros. Ainda mais, quando se trata de um território com grandes vulnerabilidades, fato que motiva um maior cuidado e assistência eficaz em vista da manutenção do bem estar daqueles usuários do SUS. Assim, com auxílio dos ACSs, foi possível observar um território com poucos recursos fundamentais para uma vida satisfatória da população local, além da notória deficiência de condições estruturais e sociais necessárias à qualidade de vida e à saúde. Tais condições tornam-se gargalos basilares de impedimento da atenção à saúde bem estruturada com base nas necessidades da população, pois o desenvolvimento da infraestrutura e de serviços básicos locais deve caminhar junto às ações do sistema único de saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir da inserção no território pôde-se conhecer a realidade das iniquidades sociais existentes no local, observando de forma ampliada, o processo que influencia diretamente no adoecimento das pessoas, e ainda, instigando o acadêmico na percepção da importância dos serviços de atenção primária estarem próximos aos usuários, e para isso, atuarem diretamente no território sobre sua responsabilidade. Assim, é imperioso ressaltar que conhecer o território in loco foi imprescindível para a formação pessoal e profissional, além de contribuir para maior compreensão e abertura para o desenvolvimento de um médico mais humano e ciente das responsabilidades inerentes a profissão,

visto que, todos os profissionais atuantes na saúde, devem levar atendimento com qualidade a todos que necessitam de assistência, atentando para os árduos anos de estudo de formação de um profissional “especialista em gente, em seres humanos”.

A IMPORTÂNCIA DOS PROFESSORES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DA CRIANÇA INTERNADA NO AMBIENTE HOSPITALAR “ABCG” – SANTA CASA

Maria Aparecida de Oliveira do Amaral, Mari Sandra Rodrigues Aquino Maschio, Maria José dos Santos, Vera Aparecida Varzim Cabistany

RESUMO: Enfatizar a importância do acompanhamento pedagógico por parte da equipe de professores da classe hospitalar durante a internação do aluno/paciente colaborando na sua recuperação e promovendo o vínculo do aluno com a escola, esclarecendo à família a importância da permanência do aluno continuar matriculado na escola usufruindo de seus direitos estabelecidos em lei garantindo seu processo de escolarização, oferecer dentro do ambiente hospitalar um espaço adequado para o desenvolvimento no processo ensino-aprendizagem objetivando efetivar o sistema educativo na formação do indivíduo levando-o a compreender a realidade por meio de suas experiências e as práticas realizadas no leito hospitalar. **METODOLOGIA:** A elaboração deste relato de experiência tem a intenção de levar ao público a conhecer o trabalho desenvolvido da classe hospitalar, é apresentado em alguns momentos por parte do aluno alguns transtornos emocionais causados pela internação assim como a raiva, insegurança, incapacidade e frustração que podem prejudicar na recuperação do paciente, porém o processo de ensino-aprendizagem é desenvolvido através da equipe de

educadores comprometida na execução dos conteúdos pedagógicos através de atividades planejadas e adaptadas conforme as especificidades individuais de cada aluno preparando-o para sua rotina escolar, considerando que a escola é o espaço privilegiado de socialização e de produção de conhecimento na qual assume uma função essencial de formação e de transmissão de todo o conhecimento com a utilização de recursos como brinquedos, livros de literatura, dramatizações, músicas, jogos pedagógico-recreativos, computador (softwares educativos), atividades escritas e lúdicas. **HISTÓRICO DO ATENDIMENTO:** A Associação Beneficente Santa Casa de Campo Grande- MS é considerada a quarta maior instituição, desse grupo filantrópico, no Brasil. em 1996, o serviço de atendimento educacional na Classe Hospitalar Santa Casa teve início em parceria com a Secretaria de Educação de Estado com a instituição. Primeiramente foi cedida uma pedagoga para o setor de pediatria (6º andar) no horário vespertino logo depois, o atendimento pedagógico passou a funcionar em uma pequena sala de recreação do setor de psicologia, sob a responsabilidade da pedagoga. Em 1997, o atendimento se estendeu ao Centro de Tratamento de Queimados, 2º andar em 2007 o serviço foi ampliado, também a psiquiatria e oncologia, destinando novos profissionais para os respectivos setores. A Classe Hospitalar Santa Casa desenvolve seu trabalho pedagógico educacional nos setores de Pediatria, UTI Infantil, Hemodiálise, Oftalmologia, Cirurgia Plástica, Queimados, Cardiologia, Neurologia, Maternidade e Psicologia. Com a vinda dos computadores o atendimento pedagógico pode se valer de mais de uma ferramenta educacional, onde os alunos passam a sentir satisfação na aprendizagem. Com este atendimento a criança ganha atenção individualizada ou em grupo com professores capacitados, jogos pedagógicos, conteúdo escolar atualizado,

quebra da rotina, amenizando o impacto da hospitalização, reduz a evasão escolar e repetência além de melhorar a sua auto-estima. A classe hospitalar atende a alunos matriculados ou não no ensino regular nas modalidades de educação infantil, ensino fundamental e médio das escolas estaduais, municipais e particulares de Mato Grosso do Sul, outros estados e países vizinhos. As aulas são planejadas para atender as necessidades pedagógicas e educacionais dos alunos, respeitando o ano ao qual estão matriculados, suas condições de saúde e manter vínculo positivo nas relações e para isso são utilizados brinquedos, livros de literaturas, jogos pedagógicos, recreativos, computador, vídeos, atividades escritas, produções artísticas sobre datas comemorativas e discussões dos temas transversais. Faz-se o envio para a escola de origem das atividades desenvolvidas pelos alunos e elabora-se relatório do desempenho desses pacientes que permanecem internados no período superior a sete dias, além das orientações e encaminhamentos para alunos que estão fora da escola para o ensino comum ou atendimento domiciliar. O atendimento também é feito na sala de recreação (brinquedoteca), que se localiza no 6º andar, nesse espaço é desenvolvida atividades lúdicas, recreativas e pedagógicas, em que prepara a criança para enfrentar as necessidades afetivas e os conflitos normais da própria idade. Quando a patologia impossibilita a ida da criança na sala pedagógica, este atendimento é realizado no leito, sendo um trabalho individualizado, mediante as condições do aluno/paciente respeitando seus limites patológicos. Este serviço existe desde 1996, no Setor de Pediatria, estendendo-se em 1997, ao Setor de Queimados. **O PAPEL DO PEDAGOGO NO AMBIENTE HOSPITALAR:** O profissional que trabalha na área de saúde deve zelar pelo bem estar físico e psíquico do aluno/paciente o pedagogo possui um papel muito importante e vem conquistando

seu espaço e a classe hospitalar é um desses espaços. A educação é fundamental e deve estar presente sempre independente das condições que a pessoa se encontre, pensando nisso, o educador deve buscar novas formas, inovar e incrementar para assim conseguir estimular a aprendizagem em alunos/pacientes que de alguma forma, por estarem em um ambiente estranho sentem-se fragilizados. A respeito do papel do professor que atua no hospital, Ceccin e Fonseca in “O trabalho pedagógico-educacional em classe hospitalar”, enfatizam que a classe hospitalar requer professoras com destreza e discernimento para atuar com planos e programas abertos, móveis, mutantes, constantemente reorientados pela situação especial e individual de cada criança ou adolescente sob atendimento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A pedagogia hospitalar acontece de forma articulada entre professor/aluno, mãe e equipe multiprofissional, buscando a construção do conhecimento em uma prática permeada por valores humanos. Com o objetivo de oportunizar as crianças hospitalizadas experiências variadas suscitando atividades favoráveis ao seu desenvolvimento, provendo assim, sua autonomia, seu senso de responsabilidade, a expansão de potencialidades e o equilíbrio emocional, bem como o desenvolvimento intelectual, social e afetivo em interface com os demais processos de tratamento de saúde das crianças atendidas neste hospital.

A INSERÇÃO NOS MOVIMENTOS SOCIAIS E O REFLEXO NA PRÁTICA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Catheline Rubim Brandolt, Márcia Yane Girolometto Ribeiro, Tanise Martins dos Santos

Palavras-chave: movimento sociais, atenção básica, multidisciplinariedade

INTRODUÇÃO: O presente trabalho relata a experiência da nutricionista e psicóloga que participam do movimento social de uma cidade na região centro-oeste do Rio Grande do Sul e propõe-se apresentar reflexo desta vivência na prática de atuação na Residência Multiprofissional (RM). No Brasil os movimentos sociais ganharam importância a partir da década de 1960 quando a população estava insatisfeita com as transformações ocorridas tanto no campo econômico e social, entretanto na década de 1950, os movimentos nos espaços rurais e urbanos já adquiriam visibilidade. O seu conceito é utilizado por autores de diversos quadrantes teóricos que entendem como à ação coletiva de um grupo organizado que tem como objetivo alcançar mudanças sociais por meio do embate político, dentro de uma determinada sociedade e de um contexto específico. Desse modo, citamos como exemplo, o surgimento do movimento popular de caráter reivindicatório no final dos anos de 1970 e início dos anos 1980 como o Movimento da Reforma Sanitária que pretendia a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, justiça social, descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma. Assim surge o Sistema Único de Saúde (SUS) ao qual sofreu inúmeros avanços e destacamos um de seus princípios que julgamos indispensável para sua permanente construção que é o controle social garantido constitucionalmente na participação do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução. Em face de algumas fragilidades que este sistema enfrenta, surge em 2005 uma proposta de política de formação profissional para o SUS, ou seja, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, desenvolvido pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde. Neste contexto, o objetivo deste relato de

experiência é descrever a importância da inserção nos movimentos sociais e o reflexo dessa vivência na prática da residência multiprofissional. **DESENVOLVIMENTO E RESULTADOS:** A inserção na militância surgiu a partir da experiência de extensão em que participaram as atuais residentes através das Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) que propõe um espaço de educação em saúde contra-hegemônico, horizontal, participativo e multiprofissional, com uma reflexão sobre a realidade social, educacional e da saúde brasileira. É um estágio de vivência que permite aos participantes experimentarem um novo espaço de aprendizagem que é o cotidiano de trabalho das organizações e serviços de saúde propondo atividades de aprofundamento teórico, a partir de seminários e oficinas didático-pedagógicas sobre aspectos da gestão do sistema, estratégias de atenção, exercício do controle social e processos de educação na saúde e no campo. O VER-SUS possibilita o despertar de uma visão ampliada do conceito de saúde, abordando temáticas sobre Educação Permanente em Saúde, quadrilátero da formação, aprendizagem significativa, interdisciplinaridade, Redes de Atenção à Saúde, reforma política, discussão de gêneros, movimentos sociais, questões que estão intrinsecamente relacionadas à saúde, ao SUS. O VER-SUS originou-se pela necessidade de abordar a realidade da saúde pública brasileira, a qual era precariamente elucidada, mesmo em Universidades Federais. As edições realizadas no RS têm atingido esse objetivo efetivamente, por serem construídas por movimentos sociais feminista, indígena, população negra entre outros). Neste espaço é possível reconhecer principalmente o lado “ser político” em cada vivente imerso bem como pode-se obter um diálogo permanente com os formadores de opinião através dos movimentos sociais que são convidados a compartilhar suas

histórias de sujeitos ativos. O impacto desta vivência permite refletir no campo prático da residência multiprofissional um olhar mais crítico e reflexivo do processo de trabalho buscando o diálogo contínuo com a equipe de saúde como também permitindo a problematização e debates acerca da forma como as questões de saúde pública e coletiva são abordadas no sistema de saúde, bem como são transmitidas para a população. Além disso, notamos que os profissionais da saúde engajados na militância de múltiplos grupos, gênero e culturas conseguem compreender não só do ponto de vista individual/clínica, mas para além da demanda do processo saúde-doença. Com isso, é importante ressaltar que a sensibilidade presente na escuta, aconselhamento, construção coletiva e reconhecimento da importância de cada membro do grupo ou no caso dos sujeitos que compõe a comunidade atendida bem como relevância de suas vulnerabilidades e potencialidades, são notadas e equiparadas com mesma relevância, assim muitas propostas direcionam-se às ações voltadas para uma educação popular junto aos usuários. Outra questão é a construção de vínculo e empatia, que sai da teoria e se aproxima da realidade, já que devido às vivências na militância, por vezes há uma maior implicação já que se experimentou enquanto grupo as dificuldades e potencialidades da construção de confiança e vinculação em outro ambiente e pessoas. Ainda é notável o embasamento crítico durante os debates em sala de aula e por momentos no serviço, quando a RM assume a posição de questionar e disparar novos projetos de planejamento no trabalho. Conhecer e reivindicar os direitos e deveres de participação em espaços de controle social também são características presentes na maneira de atuar no cotidiano. Se somos atores ativos das cenas de formação e trabalho, os eventos em cena nos produzem

diferença, nos afetam, nos modificam, produzindo abalos em nosso “ser sujeito”, colocando-nos em permanente produção. O permanente é o aqui-e-agora, diante dos problemas reais, pessoas reais e equipes reais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A implicação nos movimentos sociais para as atuais residentes em saúde, implica na própria construção de suas formas de atuação no serviço, como disponibilidade em levantar questionamentos, realizar reflexões críticas sobre como é alcançado e a importância do trabalho em equipe, reconhecendo os múltiplos posicionamentos e contribuições ao cuidado integral do usuário, bem como apresenta possibilidades de não alienação perante o sistema que por vezes recai a rotina queixosa. Assim sendo, participar da militância possibilita reconhecer que há em todos agentes políticos que planejam, desejam e lutam por ideais, só que durante os espaços de construção vivenciados nos movimentos sociais instigam a força e necessidade em se reconhecer como membro importante do grupo e notar demais sujeitos que lutam por questões próximas ou iguais. Portanto, o homem é um ser autônomo e também é ser da práxis (ação e reflexão) capaz de agir sobre a sua realidade sendo o verdadeiro ator social e sujeito do próprio processo de desenvolvimento.

A MULTIDISCIPLINARIDADE NO VER-SUS SERGIPE 2015/2 E A APLICAÇÃO DO MÉTODO JOSUÉ DE CASTRO

Nathália de Mattos Santos, Matheus Coutinho Alves

Palavras-chave: multidisciplinaridade, vivência, método, SUS

APRESENTAÇÃO: Em julho de 2015, aconteceu o VER-SUS Sergipe 2015/2, no Centro de Formação Canudos, localizado

no Assentamento do MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra) Moacir Wanderley no município de Nossa Senhora do Socorro. Nessa ocasião, participaram 50 viventes, entre estudantes de diversos cursos da área da saúde – Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Terapia Ocupacional – e militantes de movimentos sociais do campo e da cidade: MST e MOTU (Movimento Organizado dos Trabalhadores Urbanos). Além dos viventes, 12 facilitadores (estudantes da área da saúde que eram integrantes da Comissão Organizadora) também participaram da vivência. Durante e após o VER-SUS Sergipe 2015/2, houve uma reflexão, sob a perspectiva de facilitadores, acerca do impacto positivo que essa oportunidade de vivência interdisciplinar gerou na concepção dos viventes sobre o trabalho coletivo entre profissionais de diferentes áreas e a repercussão que isso gera na resolutividade e na qualidade da assistência em saúde. Pretende-se fazer uma análise de como o planejamento metodológico desse projeto, sobretudo através da aplicação do método do Instituto Josué de Castro (IEJC), influenciou na construção, em cada um, do senso de valorização da atuação em equipe; com isso, passa-se a entender a intersecção entre os saberes, o diálogo saudável e o respeito mútuo como formas de contornar limitações estruturais e qualificar o serviço prestado. O Instituto Josué de Castro foi o responsável pelo aprimoramento do método político-pedagógico homônimo, construído desde o início da década de 1990 pelo MST nas Oficinas Organizacionais de Capacitação, OFOC's, cujo objetivo era, por meio do trabalho em cooperação, despertar nas famílias assentadas a necessidade de ruptura com a ordem social vigente. Dentre os vários pilares pedagógicos que estruturam esse método, destacam-

se aqueles que foram a base do VER-SUS Sergipe 2015/2: Tempos Educativos, Trabalho, Gestão Democrática, Coletividade e Mística e Valores. É necessário destacar que não existe uma fórmula teórica para reproduzi-lo; a construção acontece através da materialização dos elementos citados em cada realidade, adaptando-os às devidas especificidades. A vivência do método promove o reconhecimento das contradições existentes na sociedade capitalista em que vivemos, ao passo que forja novas formas de sociabilidade livres do fardo histórico do nosso tempo. Há, a partir disso, a compreensão de que não é possível manter a neutralidade em um contexto de divisão em classes – e esse é o gatilho para entender a necessidade de uma transformação social justa e equânime. Nesse raciocínio, encontra-se o SUS: um sistema de saúde público, universal e gratuito que faz contraponto a uma sociedade regida pelo lucro e pela competitividade. O VER-SUS Sergipe 2015/2 se propôs a aprofundar a consciência de que foi a luta unitária de trabalhadores que gerou e sustenta esse sistema frente à tentativa de mercantilização da saúde e que, independente do setor de participação (gestor, trabalhador ou usuário), é importante enxergar-se enquanto responsável pela sua defesa. Um requisito para esse fim é a ruptura, através do trabalho multidisciplinar, com os valores que incitam a rivalidade entre categorias profissionais e a supervalorização de egos. Repensar o serviço de saúde a partir da integração da equipe é essencial para o fortalecimento do SUS. Diante dessa relevância, a multidisciplinaridade esteve presente transversalmente em todas as etapas de construção e vivência do VER-SUS Sergipe 2015/2. Buscou-se sempre contemplar o maior número de cursos da saúde: para o processo de formação da Comissão Organizadora/Facilitadores, o projeto foi amplamente divulgado em redes

sociais e para centros acadêmicos de vários campi do estado; durante a seleção de viventes, esse critério foi indispensável – o principal reflexo disso foi a representação de quase a totalidade de universidades e campi do estado que ofertam tais cursos, além da preocupação em garantir a mesma diversidade entre os viventes de outros locais. Apropriando-se do método do IEJC, os viventes foram agrupados em Núcleos de Base (NB), grupos fixos durante toda a vivência que consistem na unidade mínima da gestão democrática, pois garantem a participação de todos e todas nas decisões que interferem na dinâmica versusiana. Já que a relação entre os membros de cada NB seria intensa ao longo dos dias, eles foram compostos de forma a assegurar a diversidade interna entre áreas e faculdades. Além disso, nas visitas aos dispositivos da Rede de Saúde e às áreas de movimentos sociais, eles eram redistribuídos em Grupos de Vivência (GV) para promover interação entre pessoas de diferentes NB's. Através da observação durante e após o VER-SUS Sergipe 2015/2, os facilitadores compreenderam que a melhor forma de romper preconceitos e de aprender a atuar em equipe é por meio da convivência contínua; portanto, houve o primeiro passo no trajeto até esse objetivo. Garantir a pluralidade, entretanto, não é suficiente para a integração que foi planejada; para tanto, é preciso que os viventes operem coletivamente. Posto isso, cada dia da vivência foi estruturado em Tempos Educativos, como sugere o método do IEJC. Essa é uma forma de organizar o tempo que frisa a repercussão que atitudes individuais têm para a totalidade dos participantes, além de preconizar que o indivíduo seja participante ativo de cada etapa do processo, e não apenas receptor de decisões. Nesse modelo, não há supervalorização do conteúdo formal em detrimento de outros momentos,

como espaços pessoal, de socialização e de execução de tarefas (cuidados com a estrutura do local e com a disciplina para o andamento dos Tempos). Cada atividade – seja de formação, de trabalho ou lúdica – foi pensada de forma intencional para a construção de sujeitos conscientes e transformadores. Para cada um dos dez dias de vivência, foi designado um eixo temático que norteou as discussões e/ou a visita aos serviços de saúde e às áreas de movimentos sociais. A essência do planejamento da grade diária feito pela Comissão Organizadora foi a garantia de uma abordagem ampla, que valorizasse igualmente todas as áreas que compõem o SUS. Um dos instrumentos utilizados para esse fim foi a presença de facilitadores externos de debates que representassem diferentes profissões, o que enriquece o processo de formação ao passo que apresenta o tema sob diferentes perspectivas, além de romper com o paradigma do modelo médico-centrado. Seguindo essa linha, em cada dispositivo visitado, tentava-se proporcionar o diálogo dos viventes com vários profissionais que exerciam distintas funções na equipe de saúde. O VER-SUS Sergipe 2015/2 acarretou impactos na organização interdisciplinar dos estudantes, o que se deu de diferentes maneiras. Uma delas foi a inserção em centros acadêmicos – ou criação dos que ainda não existiam – para, além de outros objetivos, disseminar princípios de trabalho em coletividade dentro dos respectivos cursos e promover uma inédita integração entre eles em lutas e atividades. Também com a intenção de fortalecer o empenho unitário pelo SUS, muitos viventes se somaram a movimentos sociais, como o Movimento Popular de Saúde (MOPS) e o Levante Popular da Juventude, no qual foi estruturado um Coletivo de Saúde Estadual. Além disso, eles se uniram com o intuito de produzir trabalhos, a partir da experiência que tiveram, para diversos

eventos acadêmicos. Por fim, corroborando a eficácia da forma de construção do VER-SUS Sergipe 2015/2, houve um expressivo crescimento da Comissão Organizadora, que hoje já abrange a maior parte dos cursos e campi da saúde do estado.

A MÚSICA COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO NA EDUCAÇÃO FÍSICA NO ENSINO FUNDAMENTAL: REFLEXÕES

Maryeli Cavalheiro de Campos, Lourdes Lago Stefanelo, Ednéia Albino Nunes Cerchiar

Palavras-chave: cantigas, educação infantil, cantigas de ninar

APRESENTAÇÃO: A música é uma linguagem universal capaz de provocar sensações e emoções, faz parte das mais diversas ocasiões da vida afetiva, cognitiva e motora e se manifesta por meio da organização e relacionamento expressivo entre o som e o silêncio. No contexto escolar a música torna-se um instrumento e ferramenta indispensável ao professor de Educação Física no aspecto motor e social, estimulando a criança de forma motivadora, facilitando a elaboração de movimentos com criatividade (BRASIL, 1998). A Educação Física deve estar integrada à proposta pedagógica da escola considerando a criança em sua totalidade. Com base nesta afirmação a Educação Física deve realizar e desenvolver atividades no âmbito escolar, proporcionando vivências e situações bem parecidas e próximas da realidade do dia-a-dia da criança. O professor ao inserir atividades com músicas e simples como, por exemplo, as rodas cantadas, brincadeiras cantadas e as cirandas, propõem uma realização e participação ativa no processo de ensino-aprendizagem, estimulando o raciocínio e a motricidade fazendo-a desfrutar de várias e diversas práticas corporais, dominando o corpo no espaço, identificando as partes

e as funções do corpo em movimento. Com base na Lei nº11.769 sancionada em 18 de Agosto de 2008, a música se torna um campo obrigatório em toda a educação Básica não só no Ensino Infantil, mas também no Ensino Fundamental. As crianças mesmo ainda antes do nascimento são envolvidas com o universo sonoro, pois na fase intrauterina os bebês convivem com um ambiente de sons provocados pelo corpo, pelos movimentos e pela voz da mãe, constituindo assim um material sonoro para eles. A memória fetal é responsável por preparar o vínculo entre a mãe e o filho depois do corte do cordão umbilical. Depois do nascimento, as músicas que acalmam e embalam o sono dos bebês fortalecem esta memória sonora e fortalecem o vínculo com a mãe. Já no período pré-escolar, na creche e na escolinha, as canções de ninar aproximam as crianças do professor (POLATO, 2012). Quando a criança já escuta em casa as canções de ninar, ao escutar estas canções na escola a aproximação com o professor se torna muito mais orgânico. No entanto, se não é um repertório que a criança está acostumada, o professor pode desenvolver esta percepção na criança e trazer este ambiente aconchegante. De acordo com Referencial Curricular Nacional para a Educação infantil, a música deve ser inserida nas instituições de educação infantil sempre respeitando o nível de percepção e desenvolvimento musical das crianças e também respeitando suas faixas etárias, bem como as diferenças socioculturais das crianças. O principal foco do conteúdo deve ser a possibilidade de desenvolver a comunicação e expressão por meio da música. Deverão ser trabalhados como conceitos, sempre num processo contínuo e deve englobar: a exploração de materiais e a escuta de obras musicais para propiciar o contato e experiências com a matéria-prima da linguagem musical: o som e o silêncio; a vivência da organização dos sons e do

silêncio em linguagem musical pelo fazer e pelo contato com obras diversas; a reflexão sobre a música como produto cultural do ser humano é importante forma de conhecer e representar o mundo. Os conteúdos podem ser tratados em contextos que incluem a reflexão sobre aspectos referentes aos elementos da linguagem musical. Reconhecimento e utilização expressiva, em contextos musicais das diferentes características geradas pelo silêncio e pelos sons: altura (graves ou agudos), duração (curtos ou longos), intensidade (fracos ou fortes) e timbre (característica que distingue e “personaliza” cada som). Reconhecimento e utilização das variações de velocidade e densidade na organização (se refere a maior ou menor concentração de eventos sonoros numa determinada unidade de tempo) e realização de algumas produções musicais. Participação em jogos e brincadeiras que envolvam a dança e/ou a improvisação musical e repertório de canções para desenvolver memória musical são sugestões de repertório para esta faixa etária. Segundo Patita (2013), a música na Educação Infantil, além de desenvolver a criatividade da criança a música faz com que as mesmas se sintam desinibidas numa convivência coletiva. As brincadeiras que envolvem música e movimento são de suma importância nesse estágio da Educação Infantil porque permite que as crianças desenvolvam autonomia em seus próprios limites. A brincadeira se caracteriza por alguma estruturação e pela utilização de regras, na brincadeira a existência de regras não limita a ação lúdica, a criança pode modificá-la, ausentar-se quando desejar, incluir novos membros e novas regras de acordo com sua criatividade. Desta forma, o objetivo deste estudo é refletir sobre a importância da música como um método de ensino aprendizagem a ser desenvolvido na Educação Física no ensino infantil. **DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO:**

O presente estudo teve como fio condutor a pesquisa bibliográfica sobre o tema na qual pudemos constatar que a escola deve ampliar o conhecimento musical do aluno, oportunizando a convivência com os diferentes gêneros, apresentando novos estilos, proporcionando uma análise reflexiva do que lhe é apresentado, permitindo que o estudante se torne mais crítico. De acordo com a afirmação, percebe-se que a música exerce uma influência na criança, seja emocional, cognitiva, corporal. Muitas vezes as experiências em música são muito fortes, mas também, difíceis de serem comprovadas porque justamente, cada criança corresponde ao estímulo de uma forma, não existindo, portanto uma fórmula. No entanto, a diversidade musical traz uma oportunidade maior de vivências e comparações que formarão um bom e adequado vocabulário infantil. Assim, é importante que os professores de Educação Física reflitam sobre a utilização da música e a insira no seu planejamento, criando estratégias que se voltem a essa área, incentivando a criança a estudar e participar das aulas seja através da prática com instrumentos musicais ou atividades que envolvam música, auxiliando no processo de aprendizado do aluno na Educação Infantil. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por meio desse estudo evidenciou-se que diversas áreas do desenvolvimento infantil podem ser estimuladas com a utilização da música nas aulas de Educação Física. Conforme essa perspectiva, ela é tida como um universo que conjuga expressões de sentimentos, valores, culturas, ideias, facilitando a comunicação da criança consigo mesma e com o meio em que vive, pois atende diferentes aspectos do desenvolvimento humano: mental, social, emocional e físico. Sendo um agente transformador que facilita o processo de ensino aprendizagem, a música pode se tornar um método de desenvolvimento progressivo de movimentos corporais dentro

da Educação Física. Neste sentido, este estudo pode apenas acrescentar e suscitar a discussão sobre a importância da música e sua interligação com a Educação Física dentro do ensino infantil com o intuito de fortalecer e ampliar a função do professor de Educação Física, não somente como um instrutor de jogos, mas um orientador da arte de viver bem.

A MÚSICA E A LUDICIDADE NOS CENTROS DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Nayaf Criss Nelson Lopes

Érica Cardoso dos Reis¹; Kawane Lopes Alexandre¹; Narliene Lipu Gonçalves Turibio¹, Nayaf Criss Nelson Lopes¹; Margareth S. D. Giacomassa² UEMS-Caixa Postal 351, 79.804-970-Dourados-MS, Estudantes do Curso de Enfermagem da UEMS/MS. ² Orientadora, Professora do Curso de Enfermagem da UEMS, Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. APRESENTAÇÃO: Este trabalho é um recorte das atividades em oficinas desenvolvidas no projeto de extensão: Práticas diárias em cuidados e educação nos centros de educação infantil de Dourados/MS número: 177308.815.1776.18042014. A musicalidade faz parte das atividades e ações realizadas nos centros de educação infantil (CEI) na socialização, educação integral, alimentação, atividades lúdicas, interação entre adultos e crianças entre outras possibilidades. A presença da música na vida das crianças é iniciado em sua família, sociedade de convívio e quando junto com outras crianças faz com que aconteça o processo vital de sociabilidade ampliando o desenvolvimento de novas experiências e aprendizados. Quando a criança inicia o processo de educação escolar nos CEI, a musicalidade é parte importante das diversas atividades lúdicas e educacionais desenvolvidas pelos

professores e educadores. Através da música os CEI's estabelecem limites entre as crianças e também auxilia os educadores a programar metodologias de aprendizado e introjetar modos de cuidados em saúde com simples canções educativas que retratam alguma forma de viver e maneiras de expressão. Quando uma criança começa a ter curiosidade em aprender tudo que esta ao seu redor ela aprende facilmente canções, letras de músicas e canta levando ao amadurecimento pessoal e enriquecimento de conhecimento. A musicalidade também serve como estímulo no processo de escolarização, pois retratam números, alfabeto, símbolos, gravuras, ética, consciência cidadã, levando a criança no caminho reflexivo sobre os modos de agir, delimitando seus gostos, preferências musicais, personalidade, considerando que a convivência com outras crianças também se torna mais fácil, pois cada novo aprendizado leva ao compartilhamento com outros colegas as novidades. A musicalidade une as crianças para uma relação interpessoal, que ajuda no aprimoramento das relações intersociais, além de promover diversões no dia a dia em casa como também dentro dos centros de educação infantil juntos com os educadores e crianças que sempre tem convivências. Quando os educadores e professores trabalham com música nas atividades com as crianças nos CEI's se faz necessário estabelecer critérios de seleção direcionados para selecionar variados tipos de músicas de diversas regiões para que a criança não conheça apenas um tipo de cultura musical mais tenha conhecimento das diversidades forma de fazer música e sua representatividade típicas de cada região que compõe nosso país. A introdução da música no fazer diário estabelece respeito entre os pares e inclusão na diversidade cultural, aprimorando limites ou regras que podem ser aprimorados no desenvolvimento da troca de experiências entre as crianças

e educadores. Quando a criança escuta música, ela se concentra e tende a acompanhar fazendo movimentos com o corpo e cantando e isso desenvolve senso do ritmo nos pequeninos, pois aprendendo a ouvir, a criança pode repetir uma música, recriando-a, desse modo é importante que os educadores, valorizem o ato de criação da criança, para que ele seja significativo no seu contexto de desenvolvimento. Portanto os educadores, que também são modelos de imitação da criança, e nesse ínterim que ser criativo, crítico na escolha dos ritmos quer seja músicas clássica infantis ou nas novas formas de musicalidade moderna tornam o trabalho interessante culturalmente e com o desenvolvimento de conceitos de musicalidade na infância. OBJETIVOS: O objetivo desta oficina é aprimorar a inserção da musicalidade no cuidar e educar diário no CEI, para construção da identidade musical aprendendo e convivendo para respeitar as diversidades de ritmos e sua aplicação na qualidade de educação e atenção integral. METODOLOGIA: Este é um projeto em desenvolvimento com cronograma previamente marcado visando a participação do maior número possível de membros da equipe, sua efetivação ocorre através de roda conversas, diálogos interativos teóricos e práticos com novas possibilidades de desenvolver atividades educativas e lúdicas com as crianças no CEI. A descoberta pedagógica metodológica dos professores e educadores ocorre junto com a equipe integrante do projeto ressaltando a importância de realizar as atividades utilizando a inserção de músicas para promover a educação em saúde com as crianças e educadores nos CEI's. Antevendo uma mudança em conhecimento sobre música e nessa finalidade as crianças começaram a pedir aos pais também novos estilos musicais e estarão desenvolvendo sua preferência musical. RESULTADOS: Ao estimular os profissionais da educação

infantil que atendem crianças em CEI espera-se instigar a utilização da música nas atividades educativas e recreativas. Propiciando a estimulação da criança a conhecer as diversas culturas através da musicalidade e contribuir com a livre expressão na interface da expressão corporal. Espera-se igualmente o desenvolvimento de uma identidade de conhecimento amplo e integral correlação a diversidades musicais em ritmos e culturais presentes em nosso país que podem não serem conhecidas futuramente em todo seu desenvolvimento de inovações durante toda vida. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Considerando ser esse um projeto em andamento e com caráter de continuidade o desenvolvimento das habilidades e competências para educação em saúde estão sendo desenvolvidos satisfatoriamente. O desenvolvimento das habilidades aplicando-as nas práticas é uma maneira de desenvolver e aprimorar conhecimentos para o próprio dia como também para a atuação e aplicação no setor de trabalho. Levando as crianças a desenvolver o raciocínio para que possa aprender a interagir entre si e com os adultos sem receios ou medos. Como também sem preconceitos com relação à diversidade musical, assim aprender desde pequenos a interagir com outras pessoas e respeitar as diversidades culturais, desse modo à musicalidade levam elas a um novo mundo de descobertas que ocorre a cada dia fazendo com que haja melhorar relação entre profissionais e as crianças dos Centros de educação infantil. Resulta em um ambiente mais harmonioso onde as crianças gostam de estar, pois se sentem estimuladas para as novidades da música que favorecerá o desenvolvimento intelectual e da linguagem, melhorando a concentração na hora de aprender. Outro fator relevante do uso da música em CEI é com relação a coordenação motora grossa e

fina desenvolvendo sua estrutura emocional e psicológica lhe fornecendo bases para uma vida mais saudável, levando a criança a ter espírito de equipe e aprimorar o trabalhar em grupo. Acrescenta-se que é uma experiência na área de licenciatura no aprimoramento dos acadêmicos de enfermagem em seu perfil profissional. AGRADecIMENTOS: Para: PAE Programa de Assistência Estudantil/UEMS; PVUI, Programa Vale. Universidade Indígena.

A PARTICIPAÇÃO DO PET-SAÚDE NA REORGANIZAÇÃO DE PROCESSOS DE TRABALHO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE

Marsam Alves de Teixeira, Rejane Malaggi, Arthur Alves de Teixeira, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: PET-Saúde, Educação em saúde, Educação ensino-serviço

APRESENTAÇÃO: A Política Nacional de Atenção Básica define que a Atenção Básica em Saúde tem como característica um conjunto de ações voltadas ao indivíduo e coletividades, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) definiu a Estratégia de Saúde da Família como modelo de organização prioritário para a sua expansão e consolidação. O agentes Comunitários de Saúde (ACS), são profissionais essenciais deste modelo de atenção estes têm dentre suas atribuições: trabalhar com adscrição de famílias; acompanhamento das famílias por meio de visita domiciliar; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde. Ao considerar o trabalho

desenvolvido pelo ACS como estratégico para o desenvolvimento das ações da equipe de saúde e ainda, observando uma série de limitações no processo de trabalho dos mesmos, apontados por uma equipe de uma Unidade de Saúde (US) no município de Porto Alegre, viu-se a necessidade de promover educação permanente como forma de reorganização do trabalho. O planejamento da educação permanente foi realizado com a ajuda dos monitores do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que buscou contribuir com a resolução dos nós críticos apontados nos processos de trabalho dos ACS. O PET-Saúde, inserido no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, consiste em romper com a formação tradicional de profissionais de saúde na perspectiva técnico-especialista de desarticulação entre teoria e prática, e avançar para uma formação mais próxima da realidade, em que os serviços de saúde se constituem em cenários de práticas para os alunos. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO O presente trabalho se constitui de um relato de experiência, onde se descreve o impacto do PET-Saúde sobre os processos de trabalho dos ACS em uma Unidade de Saúde da Família no município de Porto Alegre/RS. As atividades de intervenção constituíram-se de ações de educação permanente divididas em dois módulos paralelos: um estruturado em teoria, baseado em estratégias motivacionais e discussão dos processos de trabalho, e outro mais voltado para a prática, com discussão de casos e seus respectivos encaminhamentos pensados na lógica do cuidado integral. O processo iniciou-se com a observação dos fluxos internos da unidade. Após duas semanas de observação participante e escuta atenta dos nós críticos identificados pelos profissionais da equipe, os monitores do PET/SAÚDE reconheceram a possibilidade de intervenção sobre vários aspectos dos processos de trabalho da unidade. O acesso

dos usuários ao serviço era restrito, pois tinham que comparecer na unidade de saúde durante a madrugada na tentativa de garantir atendimento médico, pois este atendimento era realizado de acordo com a ordem de chegada, salvo os casos considerados de urgência. O acolhimento dos usuários era realizado somente pelos profissionais da enfermagem, que devido à sobrecarga de trabalho, tinham que atender os usuários de forma rápida e superficial, sem possibilidade de desenvolver um atendimento humanizado e de acordo com as diretrizes e os princípios do SUS. Apesar de serem considerados qualificados para suas funções, os monitores registraram situações específicas de desconhecimento de encaminhamentos e consequente falta de integração destes com o restante da equipe. A partir destas experiências é que se desenhou a proposta de intervenção do PET, incluindo estratégias de educação permanente com os ACS e demais membros da equipe. A complexa dinâmica do trabalho, a desgastante rotina da unidade e os ruídos decorrentes das inter-relações pessoais, demandaram um trabalho diário de aperfeiçoamento para que a equipe se tornasse coesa e cooperativa, trabalhando em prol do bem coletivo. A educação permanente é de suma importância para a renovação das práticas de saúde em busca da solução dos problemas advindos da comunidade. Nesta perspectiva, promovemos na equipe o levantamento das práticas de trabalho desenvolvidas e discutimos possibilidades de melhoria no processo de trabalho durante os momentos de educação permanente e diariamente nos mais variados espaços. São necessárias mudanças nas práticas de saúde, pois apesar da saúde da família possibilitar a construção de práticas de saúde mais solidárias e acolhedoras, ainda continua permeável ao modelo hegemônico que corrompe o processo de trabalho. Baseando-se nesse pressuposto, o grupo PET optou, num

segundo módulo, por trabalhar o tema integralidade junto aos processos de trabalho discutidos no módulo anterior, na lógica da identificação de necessidades da população, observadas no cotidiano de trabalho dos ACS. Com o intuito de fomentar as discussões sobre cuidado integral e a relevância do trabalho do ACS, promoveu-se o aporte teórico sobre o conteúdo, intercalado com atividades práticas que, posteriormente, eram discutidas em rodas de conversas tendo os monitores do PET como facilitadores do processo de aprendizagem. A aprendizagem é produzida a partir das relações interpessoais, e entre estes atores e a própria natureza, não sendo originária apenas de reflexões individuais, entendemos que a presença de acadêmicos poderia enriquecer o aprendizado da equipe, visto o conhecimento científico recentemente aprendido na academia e suas consequentes discussões, que criam um espaço oportuno de trocas e reflexões fundamentais ao aprendizado. IMPACTOS Atualmente os ACS participam de diversas atividades dentro da unidade, porém, enfatizamos a importância da participação dos ACS na realização do acolhimento, pois sendo moradores do território e conhecendo as características locais e a realidade de vida de boa parte dos moradores, contribuem ainda mais com o fortalecimento da Política de Promoção da Equidade em Saúde. Cabe destacar que entre as principais dificuldades enfrentadas neste processo de mudança, foi a resistência dos ACS em desenvolver atividades internas e a dificuldade dos mesmos na definição e direcionamento de alguns casos, problema este que vem sendo trabalhado diariamente com a revisão do fluxo de encaminhamentos da demanda espontânea e demais rotinas da unidade junto à preceptoria do PET. CONSIDERAÇÕES FINAIS O atual contexto dos serviços de saúde, representado pelas mudanças nos processos de trabalho e a incorporação de novas práticas neste setor, faz como que

se torne necessária a participação ativa de cada agente envolvido neste processo para que a assistência aos usuários seja realizada de maneira satisfatória. As discussões levantadas a partir do movimento criado pelo PET, possibilitaram a mobilização dos ACS e o seu envolvimento com as atividades internas da equipe, qualificando o atendimento ao usuário, o fortalecimento do vínculo e reforçando o elo entre a equipe. O desenvolvimento da educação permanente rompeu com a prática mecanicista e nos levou a repensar rotinas e adotar uma conduta no sentido de todos assumirem a responsabilidade de agentes de transformação, promovendo um cuidado integral e humanizado aos usuários. A inserção de alunos nos serviços de saúde e o desenvolvimento de atividades de campo agregaram valor ao ensino e estimulam a educação permanente em saúde.

A PESQUISA NA ZONA RURAL: IMPACTO NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Paulo Souza Monteiro, Etna Kaliane Pereira da Silva, Danielle Souto de Medeiros

Palavras-chave: saúde do adolescente, saúde da população do campo, formação em saúde

APRESENTAÇÃO: As comunidades rurais encontram-se, em maioria, imersas em condições de vulnerabilidade envolvendo má distribuição de terras, dificuldade de acesso a serviços educacionais e de saúde, ineficiência econômica, isolamento, transporte inadequado e pouco incentivo ao lazer e a cultura. No que concerne às populações quilombolas de zona rural, somam-se a esses fatores, o processo histórico de resistência à discriminação, opressão e racismo. A adolescência é caracterizada como uma importante etapa do desenvolvimento humano, abrangendo

transformações de cunho biológico, físico, cognitivo e cultural. Essas transformações associadas a determinantes sociais e políticos podem afetar direta ou indiretamente o processo saúde-doença dos adolescentes. O projeto ADOLESCER, Saúde do adolescente da zona rural e seus condicionantes, surge na perspectiva de investigar os determinantes sociais, as condições de saúde, o acesso e utilização dos serviços de saúde dos adolescentes atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do Pradoso, zona rural de Vitória da Conquista, BA. O projeto engloba dois componentes sendo um de natureza quantitativa e outro de natureza qualitativa. Ressalta-se que a proposta desse projeto ocorreu mediante inserções anteriores de discentes e docentes nas comunidades estudadas. Este ensaio descreve as principais facetas da experiência dos pesquisadores do projeto Adolescer, e a importância do mesmo na formação em saúde dos atores envolvidos. Método de Estudo O atual trabalho procurou compreender a experiência dos pesquisadores na realização do componente quantitativo do Adolescer, sendo este um estudo transversal, de abordagem domiciliar, realizado em 21 comunidades rurais, dentre elas 9 comunidades quilombolas. Realizou-se inicialmente mapeamento territorial e sensibilização com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde. A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e maio de 2015, através de visitas domiciliares. O grupo de pesquisa Adolescer é composto por estudantes dos cursos de enfermagem, farmácia, medicina, nutrição e psicologia; profissionais do serviço, sob orientação de uma coordenadora geral, professora da universidade. Este ensaio compartilha a experiência de três pesquisadores que participaram ativamente de todas etapas do trabalho de campo da pesquisa. Impacto da Experiência Adentrando na zona rural As comunidades estudadas possuem diferentes

condições de acesso, o que proporcionou aos pesquisadores vivenciar algumas das dificuldades enfrentadas pelas populações residentes. As condições de acesso englobam estradas em más condições, domicílios sem acesso por veículos, vias íngremes e lamaçais em períodos chuvosos impedindo e/ou dificultando a mobilidade da população. Ao adentrar à comunidade, os pesquisadores se depararam com realidades diversas envolvendo situações de vulnerabilidade, comunidades com características de favelas, condições precárias de moradia, dificuldades socioeconômicas e de convivência com a seca. Observou-se, contudo, ações de políticas públicas que interferiram positivamente na vida da comunidade, a exemplo do programa de transferência condicional de renda e programa de habitação rural, evidenciando a importância da interferência do estado na transformação de determinadas realidades sociais. O contato do pesquisador com realidades diferentes, abrangendo questões culturais, geográficas, financeiras, de escolaridade, permitiu ao mesmo a oportunidade de ultrapassar as cercanias universitárias, com reflexões críticas acerca do seu processo de formação. Trabalho com adolescentes A estratégia de abordagem domiciliar ocasionou na desconstrução de alguns paradigmas padronizados nos processos de pesquisa com adolescentes, hegemonicamente realizados no âmbito escolar. Essa estratégia foi escolhida com o objetivo de abarcar adolescentes fora da escola. Desta forma, tornou-se necessária a reinvenção de técnicas de abordagem e de convencimento para consentimento e assentimento de participação na pesquisa. A faixa etária dos pesquisadores, em sua maioria jovens adultos, e a distribuição de entrevistadores por sexo, facilitaram o desenvolvimento das atividades com os adolescentes. A opção por trabalhar com a faixa etária orientada pela OMS

(indivíduos entre 10 e 19 anos), foi mais um dos desafios, haja vista a faixa ampla com questionário único, levou os pesquisadores a um maior exercício de adaptação do processo de entrevista, a fim de garantir a manutenção da padronização, assim como da compreensão por parte do entrevistado. Multidisciplinaridade da equipe: A composição da equipe com estudantes e docentes de diversos cursos de graduação em saúde e profissionais do serviço, promoveu maiores discussões intra e extra campo sobre o tema de estudo e do próprio processo de pesquisa em sua integralidade. Os desafios e intercorrências compartilhados durante a pesquisa de campo obtiveram maior resolutividade devido à orientação por diversas correntes teóricas, exemplificando a importância do trabalho multidisciplinar. Estudantes como supervisores de campo Foram atribuídas algumas funções de liderança envolvendo supervisão e organização da pesquisa de campo a alguns estudantes, proporcionando aos mesmos a iniciação ao processo de pesquisa em suas várias etapas, desde o planejamento e execução até a produção do conhecimento, experimentando as dificuldades e facilidades inerentes a todo processo de pesquisa, a saber, complexo em sua grandeza. O trabalho em dias e horários não convencionais exigiram um maior comprometimento com a pesquisa. Fez-se necessário o trabalho de campo aos sábados e domingos ou horários de almoço, devido as peculiaridades envolvendo acesso aos adolescentes, a exemplo dos que trabalhavam, estudavam ou realizavam atividades nos dias e horários úteis. A pesquisa como processo formativo: O processo de pesquisa, para além do contínuo desvendamento da realidade, ofereceu aos participantes a oportunidade de formação crítica. O adentrar em realidades vulneráveis contribuiu para formar pesquisadores mais comprometidos com a realidade social e

com o compromisso de transformação da mesma. A pesquisa com adolescentes de zona rural proporcionou uma nova visão do 'fazer' saúde, estendendo esse fazer a questões mais amplas como: direito à moradia, condições de locomoção, direito à terra, lazer, educação, serviços de saúde, direito humano à alimentação adequada, questões essenciais ao sujeito em desenvolvimento. O contato com as populações em seu território demonstrou aos estudantes a importância da relação do indivíduo com seu meio, seu contexto de vida. Nas comunidades tradicionais, como as comunidades quilombolas, isso é ainda mais perceptivo. A história de resistência e de negação de direitos interfere na vida atual de seus moradores, tendo estas condições de vida desiguais em relação a moradores de comunidades não quilombolas da mesma área de abrangência, algo até então desacreditado por muitos dos pesquisadores e profissionais do serviço. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As questões evidenciadas nesse relato ressaltam a importância da pesquisa na formação universitária. O processo de pesquisa vivenciado por estes pesquisadores ofereceu uma visão acurada, não apenas dos procedimentos metodológicos da pesquisa, mas também do contexto no qual ela foi realizada, assim como da proposição de futuras intervenções. Ressalta-se que a formação universitária se baseia em um tripé indissociável: ensino, pesquisa e extensão. A pesquisa *Adolescer*, que nasceu de uma extensão anterior, pode servir como apoio a futuras intervenções e/ou novas propostas de pesquisa e extensão, elucidando o processo cíclico e interconectado da produção do conhecimento.

A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O PROCESSO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Anna Paula Lé Queiroz, Jaqueline Simionatto, Suzi Rosa Miziara Barbosa

Palavras-chave: Instituição de longa Permanência, produção do cuidado, formação profissional

APRESENTAÇÃO: Estudos têm demonstrado um rápido crescimento e intenso da população idosa e sua inserção nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Esse aumento da população idosa em contraste com a taxa de fecundidade que, vem sofrendo queda acentuada causando mudanças no perfil de saúde da população que já não sofre com doenças agudas, mas sim crônicas. As doenças crônicas degenerativas são patologias não transmissíveis, porém possuem complicações, dentre elas podemos citar: Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, respiratórias, osteomusculares e certos tipos de câncer. Essas patologias estão relacionadas à incapacidade funcional encontrada em idosos, contribuindo para diminuição de sua qualidade de vida. Entretanto, apesar do surgimento de doenças crônicas, houve um aumento da expectativa de vida, que precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida para que o indivíduo envelheça de forma saudável e ativa. Nesse contexto, surge um novo paradigma de saúde para o idoso e um desafio para a sociedade, pois a longevidade tem implicado em mudanças culturais, econômicas, institucionais, políticas, sociais, de valores e na configuração dos arranjos familiares. Nesses arranjos podemos citar a introdução da mulher no mercado de trabalho. Pois, o seu papel antes de cuidadora passou a ser de trabalhadora. Nesse "cenário" apesar da Legislação Brasileira estabelecer como dever das famílias o cuidado com seus dependentes, esse cuidado por várias razões se tornou escasso e essa responsabilidade começou

a ser compartilhada com o Estado e com o mercado privado por meio das Instituições de Longa Permanência para Idosos. As ILPI são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas para domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania, ou seja, seus objetivos são assistência aos idosos sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social. Deve estar fundamentada com os princípios da universalização, equidade e integralidade e dispor recursos de saúde para cada residente em todos os níveis de atenção, bem como providenciar o encaminhamento imediato dos idosos ao serviço de saúde, caso se faça necessário. Essas instituições necessitam de uma equipe multiprofissional que possa desenvolver um trabalho articulado direcionado a produção do cuidado. A produção do cuidado em saúde tem a necessidade de eixos para potencializar os processos terapêuticos, como a criação de vínculo, sendo este um redirecionamento para um modelo de atenção à saúde e transformação das práticas. A produção do cuidado envolve tecnologias leves (das relações); as leve-duras (do conhecimento técnico); e as duras (dos recursos materiais). O processo de trabalho baseado nas tecnologias leves, leve-duras e duras são condições para que o serviço seja produtor do cuidado e contribuam para o processo de formação profissional. A formação profissional pode ser ampliada transformando a relação entre discentes, docentes, universidade e comunidade no processo de ensino-aprendizagem. A metodologia ativa tem permitido a articulação entre diversos eixos e a universidade, um processo de análises, estudos, pesquisas que se baseiam em formas diferentes no processo de

aprendizagem, utilizando experiências reais ou simuladas através de resolução de problemas e superação de desafios tendo o docente como um facilitador para alcançar seus objetivos deixando o aluno de ser um sujeito passivo e ser um protagonista e construir seu próprio conhecimento. O nosso objetivo foi trabalhar na perspectiva da produção do cuidado de idosos de uma instituição de longa permanência, com um olhar voltado para melhoria e manutenção da qualidade de vida. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Foram desenvolvidas ações preventivas, intervenções assistências e educativas, em uma ILPI em Campo Grande/MS, baseada na promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida. Foram selecionados 30 idosos pela instituição e acompanhados de Março a Setembro de 2015 com uma frequência de duas vezes por semana. Cada idoso selecionado era feita a leitura do prontuário, avaliação e reajustes de acordo com a necessidade apresentada. Foi trabalhado a produção do cuidado com tecnologias leves e leve-duras oportunizando o estabelecimento de vínculo, sendo repetido durante toda semana. Dessa maneira as ações estavam sempre em permanente processo de avaliação, (re)planejamento, execução e (re)avaliação. **RESULTADOS:** Observou-se a melhoria da qualidade de vida diante das sessões realizadas, uma maior colaboração dos pacientes no tratamento e conseqüentemente a criação de vínculo com os idosos institucionalizados, além de a prática colaborar para formação profissional do acadêmico. A prática extramuros possibilitou aos acadêmicos envolvidos a vivência do trabalho em equipe, a busca de maiores conhecimentos, práticas de prestação de assistência, e ainda contribuir com a ILPI por meio de embasamento técnico-científico e novas formas de cuidado ao idoso. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As instituições em conjunto com

as universidades deveriam ofertar desde o início a oportunidade de prática junto a esse público. A implantação desse projeto possibilitou ofertar a essa população uma nova forma de produção do cuidado e melhor qualidade de vida. Essa vivência nos mostrou o significado do trabalho na saúde, onde ao mesmo tempo em que produzimos o cuidado, produzimos a nós mesmos como sujeito. Isso se tornou mais atraente como opção profissional de se trabalhar com idosos após a graduação, além de contribuir para o processo de formação oferecendo ferramentas para o desenvolvimento de habilidades e competências. A formação profissional tem sido trabalhada de forma a propiciar os discentes a sair para vivências práticas. O desenvolvimento dessas atividades de ensino, pesquisa e extensão na área da gerontologia, oportuniza ao acadêmico um processo de formação com uma visão crítica e ampla, atuação interdisciplinar, exercício da responsabilidade social, ética e cidadania. Atualmente, as novas metodologias ativas têm focado as práticas extramuros e ela nos oferece uma forma diferente de processo de ensino-aprendizagem, motiva os acadêmicos a alcançarem seus objetivos, despertando suas curiosidades, levando-os a pensarem e a serem indivíduos críticos, criando autonomia, permitindo o desenvolvimento de capacidades, conhecimentos para uma melhor formação e principalmente aprender o que é trabalho em equipe, pois um indivíduo só se forma como um ser humano à medida que se relaciona e possibilita uma leitura sólida sobre a realidade em que vivemos.

A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOÃO PESSOA-PB COMO FERRAMENTA DE INTEGRAÇÃO ENTRE A RESIDÊNCIA

MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Laurycelia Vicente Rodrigues, Daiane Veloso de Araújo, Enildo José dos Santos Filho, Karoline Linhares Mota Rodrigues, Larissa Raquel Gonzaga da Silva, Mayara de Melo Pereira, Ana Claudia C.P. Vasconcelos

Palavras-chave: Integração, promoção da saúde, saúde da família

As práticas alimentares saudáveis são essenciais para o crescimento, desenvolvimento e manutenção da saúde. Nas últimas décadas, o processo de transição nutricional, tem contribuído para o surgimento de Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) acarretando diversos danos à saúde dos indivíduos e coletividades. Nessa perspectiva, a Atenção Básica à Saúde, sobretudo a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem se destacado como espaço estratégico para implementação de atividades ligadas à promoção da alimentação saudável. Tornando-se assim território produtivo para a construção de novos saberes, corroborando para a formação de indivíduos mais conscientes e responsáveis com sua saúde. Este trabalho trata-se de um relato de experiência vivenciada em uma Unidade de Saúde da Família (USF) no município de João Pessoa-PB, mediante uma intervenção educativa voltada para a melhoria dos hábitos alimentares dos usuários do serviço. Tal iniciativa foi construída por meio do Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) vincula a Secretaria Municipal de Saúde do Município de João Pessoa-PB e a Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba- FCM/PB, de graduandos de Nutrição do Estágio Supervisionado em Saúde Coletiva (ESSC) e do programa de extensão popular “Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição

na Atenção Básica” (PINAB). Os dois últimos vinculados à Universidade Federal da Paraíba (UFPB). A RMSFC tem como objetivo integrar e fortalecer as características e funcionamento dos cenários de práticas, promove a articulação com ESF de saúde e serviços da rede municipal de saúde, de forma a proporcionar mudanças no processo de trabalho nos cenários de prática; assim como contribuir para formação de profissionais com uma visão mais crítica e ampliada do processo de cuidado em saúde. A RMSFC atua desde março de 2015 em diversas USF de João Pessoa. Este estudo se refere à experiência realizada na USF Vila Saúde, localizada no bairro do Cristo Redentor, na qual a equipe multiprofissional RMSFC é integrada por fisioterapeuta, enfermagem e nutricionista. As condições de infraestrutura e de saneamento básico do território de atuação são bastante precárias, dispõe de alguns equipamentos sociais (Igrejas, escolas, campo de futebol, parque de exposição e alguns pontos comerciais), e apresenta um contexto de insegurança, marcado por situações de violência, decorrentes sobretudo do tráfico de drogas. O ESSC, vinculado ao Departamento de Nutrição da UFPB, é realizado por estudantes no sétimo período do curso de Nutrição e busca estabelecer uma relação teórico-prática acerca do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e da ESF. Nessa direção, são desenvolvidas várias atividades ligadas à promoção da saúde e ao cuidado prestado aos usuários. O PINAB está vinculado aos Departamentos de Nutrição de Promoção da Saúde da UFPB, desenvolve ações de promoção da saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) orientados pelo referencial teórico-metodológico da Educação Popular em Saúde (EPS). Atua em comunidades do território ligado à USF Vila Saúde, e conta com a participação de 17 alunos de graduação de diferentes

curso dentre estes nutrição, odontologia, terapia ocupacional, psicologia, fisioterapia, geografia e direito. A atividade foi desenvolvida no grupo de HiperDia, que acontece quinzenalmente no salão de uma Igreja do território. Conta com a participação voluntária dos usuários de ambos os sexos da comunidade Jardim Itabaiana I. A atividade relatada neste trabalho foi uma ação conjunta com vários profissionais, dentre eles: Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), enfermeira, graduandos de Nutrição, extensionista do PINAB, além da equipe multiprofissional da RMSFC. Inicialmente realizou-se o jogo “Bingo dos alimentos” que consistiu em sortear a imagem do alimento em que o participante da atividade marcava na sua cartela o alimento sorteado. Dessa forma, a atividade prosseguiu até o primeiro participante completar sua cartela. No sentido de valorizar a participação, o vencedor foi contemplado com um prêmio. Em seguida foi realizada uma “roda de conversa”, com o foco na promoção de hábitos alimentares saudáveis. Nessa perspectiva, foram enfatizando as características de cada alimento da cartela do bingo, estimulando o seu consumo de forma adequada. A partir do diálogo foi possível constatar baixa ingestão de frutas, fibras e elevado consumo de carboidratos simples, bem como alto teor de lipídios pelos integrantes do grupo de HiperDia. Esse tipo de alimentação favorece ao surgimento e agravamento de DCNT como: diabetes, hipertensão, sobrepeso e obesidade. Considerando que o grupo era formado por hipertensos e diabéticos, surge uma preocupação quanto ao tipo de alimentação utilizada no cotidiano dessa população, tornando-a mais propensa a desenvolver complicações decorrentes de suas doenças de base. Diante disso, ressalta-se a importância do desenvolvimento de ações educativas voltadas para a promoção da saúde no

sentido de contribuir para a qualidade de vida desta população. É importante destacar que o uso de uma abordagem mais participativas e lúdica favoreceu o dinamismo e a expressão dos usuários, fomentando o esclarecimento de dúvidas acerca do consumo dos alimentos. Para tal, a “roda de conversa” emergiu como uma estratégia potente para o processo de troca de saberes entre profissionais-residentes-estagiários-extensionistas e usuários. Ressalta-se que a articulação entre RMSFC, estagiários de nutrição e extensionistas constituiu um aspecto favorável tanto no âmbito da implementação da atividade como do ponto de vista da formação dos acadêmicos envolvidos. Ademais a extensão popular pode favorecer o desenvolvimento de um olhar crítico-reflexivo diante das dificuldades vivenciadas pela comunidade, sendo de grande importância a integração do trabalho da extensão junto aos estagiários e residentes que atuam na USF estudada. Entretanto, é importante destacar, as dificuldades referente ao consenso das agendas dos profissionais envolvidos nas atividades. Apesar do estímulo as ações coletivas no âmbito da USF, é fato que no cotidiano do processo de trabalho, as atividades individuais ainda são privilegiadas em detrimento das ações de promoção da saúde. O que nos leva a repensar as práticas desenvolvidas no âmbito de trabalho e como poderíamos oxigenar os atores desse processo, contribuindo com mudanças de costumes antigos e fortalecendo as ações voltadas a prevenção e promoção da saúde. Por outro lado, essa experiência evidencia a importância do fomento à integração entre os processos de educação e formação dos profissionais de saúde, envolvendo desde a graduação, até instâncias como Residência e iniciativa de extensão.

A PROPOSTA DO CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA PARA FORMAÇÃO PERMANENTE DE PROFISSIONAIS DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA II DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO QUE ATUAM NAS REDES DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS

Ândrea Cardoso de Souza, Lorena Figueiredo Souza, Elisângela de Souza Onofre, Ana Lúcia Abrahão, Francisco Leonel Fernandes, Maria Alice Bastos, Júlio Cesar Nicodemos, Sâmara Silva Moura

Palavras-chave: Educação Permanente, Álcool e drogas, Atenção à saúde

O uso de álcool e outras drogas tem sido problematizado em várias esferas da sociedade brasileira. As consequências do abuso destas substâncias são múltiplas e percebidas em vários setores. Por afetar tanto a saúde individual quanto à coletiva, este fenômeno exige uma abordagem que agregue prevenção, tratamento, organização de práticas e serviços assistenciais e formulação de políticas públicas específicas. A crítica ao modelo de atenção focado na doença ocupa lugar fundamental no debate sobre a formação em saúde, convocando pesquisadores e profissionais à construção de estratégias que ampliem este entendimento, deslocando as práticas pedagógicas da doença e centrando-as no sujeito. Construir espaços pedagógicos no e a partir do trabalho constitui o desafio da formação que ganha densidade quando o usuário faz uso de álcool e drogas de forma abusiva. Isso aponta a necessidade de construir uma nova maneira de se produzir saúde, em uma ampla rede de serviços públicos. Este trabalho consiste em apresentar uma proposta de formação cujo objetivo consiste em qualificar profissionais para o cuidado aos usuários de drogas e favorecer a qualificação das redes de

cuidados aos usuários de drogas. O CRR para Formação em Crack, Álcool e outras Drogas da Universidade Federal Fluminense - UFF foi um dos 49 Centros Regionais de Referência aprovados pelo edital nº 002/2010/GSIPR/SENAD do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído pelo decreto 7.179 de 20 de maio de 2010. Os CRR são centros vinculados a instituições de ensino, destinados à formação permanente dos profissionais que atuam nas redes de saúde, assistência social e segurança pública, bem como daqueles que atuam no Ministério Público, Poder Judiciário e entidades que prestam apoio a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas. Essa iniciativa favoreceu a interlocução com a formação de profissionais de saúde, protagonistas do cuidado em todos os níveis de atenção, para o cuidado de usuários de crack e outras drogas. O CRR-UFF entende que para avançar na assistência de usuários de álcool e outras drogas é preciso investimento maciço na formação permanente dos diversos profissionais nela envolvidos, para além de ações pontuais de discussão. Além disso, é necessário familiarizá-los com os diversos aspectos envolvidos na atenção, desmistificando, dessa maneira, a visão tão arraigada de que o cuidado dessa população deve ser feito por especialistas. Em função da prevalência atual do uso de drogas e, em especial, pelos comprometimentos decorrentes do uso do crack, essa concepção do trabalho é insustentável. Os profissionais das diversas áreas - saúde, assistência social, segurança, educação precisam estar comprometidos com o enfrentamento desta problemática. As capacitações precisam objetivar, além de trabalhar o conteúdo proposto, a produção de interesse pelo desenvolvimento de um cuidado diferenciado, pautado em práticas integrais, no estabelecimento de vínculos, no acolhimento e na corresponsabilização da atenção aos usuários. O CRR-UFF se

alinhou com Merhy, Schiffler (2010), quando este diz que as redes de serviços são fontes inesgotáveis de produção sistemática de novos conhecimentos e práticas – e a universidade como cenário onde essa produção pode alçar um estatuto científico próprio enquanto pesquisa com a potência de excitar o debate e o processo social em curso nas práticas dos serviços, e o que é decisivo, colaborando para que estes rompam o isolamento em que uma prática cega, não afetada pela crítica, corre o risco de encarcerá-los condenando-os à uma dinâmica institucional iatrogênica. Destarte, se o exposto acima soa bem e já se aplica em alguns campos da saúde, temos de ressaltar aqui a novidade de tudo isso no que concerne ao campo das drogas. É verdadeiramente impressionante o tabu que até hoje cerca as possibilidades de estudar e intervir nesse campo de uma maneira aberta – o que só agrava o problema. A atitude mais favorável de um enquadramento correto já é há muito conhecida, mas sua aplicação prática é recentíssima. A articulação da universidade com os serviços de saúde na concepção de um centro de referência para formação é fundamental para agregar o saber universitário com a experiência clínica da assistência, tornando esse saber mais vivo e próximo da realidade dos profissionais. Além disso, faz-se necessário ter a universidade como protagonista na produção de conhecimento sobre novas práticas no cuidado com usuário de álcool e outras drogas. Até a promulgação da política do Ministério da Saúde para atenção integral ao usuário de crack, álcool e outras drogas, a ótica predominante no campo da saúde era predominantemente médica e/ou psiquiátrica. A política do Ministério da Saúde tem a vantagem de trazer para dentro desse campo a reflexão sobre a multifatorialidade envolvida no problema do uso / abuso de crack, álcool e outras drogas, apontando a complexidade da questão, evitando assim

uma abordagem reducionista do problema. Novas práticas em saúde com essa população devem, portanto, levar em conta essa complexidade. A universidade pode contribuir na construção e avaliação dessas novas práticas e no diálogo com outros campos de conhecimento envolvidos com a questão. Contribuir para a qualificação de profissionais para desenvolverem uma atenção integral aos usuários de crack, álcool e outras drogas, proporcionando aos alunos o contato com a realidade vivida por pessoas em sofrimento psíquico, introduzindo-os na clínica da atenção psicossocial e ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas dentro da perspectiva da Política do Ministério da Saúde para atenção integral para usuários de álcool e outras drogas. Desde sua implantação, o CRR já qualificou 653 profissionais da região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. A proposta pedagógica do CRR-UFF foi embasada nos princípios que orientam a educação permanente em saúde. Enfrentar a questão da droga, tomando-a como principal elemento, dispensando o sujeito do processo, compromete uma assistência baseada nas tecnologias leves, que têm um compromisso permanente com a tarefa de acolher, responsabilizar, resolver e dar autonomia. Para favorecer a construção do cuidado em saúde mais afeito às tecnologias leves, o CRR-UFF prioriza a formação para o trabalho dentro da perspectiva da redução de danos, preconizada pela política de atenção integral a usuários de drogas do Ministério da Saúde. Trabalhar dentro da perspectiva de redução de danos, que resgata o usuário em seu papel autoregulador, sem a demanda imediata da abstinência, exige o atravessamento do problema do estigma relativo ao uso de drogas, já que é necessário reconhecer os recursos de cada um e dar suporte para que o sujeito formule suas estratégias possíveis de cuidado. Desta forma, os cursos oferecidos pelo

CRR-UFF abarcam os conteúdos específicos adequados ao público alvo visado, mas tem a desconstrução dos estigmas relativos a usuários de álcool e drogas como tema transversal trabalhado nas aulas, através de aulas expositivas e oficinas de trabalho.

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL COMO MEIO DE QUALIFICAÇÃO PARA O TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Valeria Baccarin Ianiski, Camila Eichelberg Madruga, Sara Gallert Sperling, Marli Kronbauer, Maria Cristina Ehlert

Palavras-chave: Saúde da família, Educação continuada, Atenção primária à saúde

Apresentação A atenção básica se constitui como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), orientando-se “pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (BRASIL, 2012b, p. 19). Tem entre suas diretrizes o desenvolvimento de ações que impactem nos condicionantes e determinantes da saúde da população, desenvolvendo ações articuladas com os vários pontos de atenção das redes e políticas públicas. A atenção básica consolida-se como uma estratégia para o desenvolvimento de ações que visam à promoção, proteção e recuperação da saúde em um determinado território, evidenciando a importância da qualificação do profissional de saúde. Nesse contexto, inserem-se as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, instituídas pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que objetivava a qualificação dos profissionais de saúde, integrando as áreas da saúde e educação (BRASIL, 2005). Conforme o Art. 3º, § 2º da Resolução nº 2, de 13 de abril de

2012, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, as residências multiprofissionais “constituem programas de integração ensino-serviço-comunidade [...] particularmente em áreas prioritárias para o SUS”, orientadas pelos princípios e diretrizes do mesmo (BRASIL, 2012a). Considerando a complexidade do cuidado ofertado pela atenção básica, instituíram-se as residências multiprofissionais em saúde da família, visando qualificar os profissionais para atuarem na porta de entrada do sistema. Assim, este trabalho objetiva contribuir para a discussão acerca da importância da residência multiprofissional na qualificação do profissional atuante na saúde da família. Desenvolvimento: As residências multiprofissionais são estruturadas por meio das atividades de formação e de ensino em serviço, que perfazem uma carga horária de 5.760 horas, distribuídas em 60 horas semanais durante dois anos. Os profissionais residentes inserem-se nos processos de trabalho das equipes de saúde, contribuindo na realização das diferentes ações que compõem o trabalho na atenção básica, onde se destacam atividades comunitárias (escolas, creches, praças, reuniões com a comunidade), grupos de saúde, atendimentos individuais, acolhimento de demanda espontânea, atenção domiciliar e articulação com as instituições da rede de atenção. Além do ensino em serviço, são desenvolvidas atividades de formação voltadas à articulação teórico-prática e análise acerca do trabalho desenvolvido pelos profissionais da saúde. A estrutura da residência multiprofissional contribui para uma vivência intensa da realidade dos serviços de Atenção Básica, o que proporciona ao profissional uma gama de experiências no âmbito da promoção, proteção e recuperação da saúde. Impactos: A Atenção Básica que temos hoje é o resultado da experiência acumulada de vários atores na consolidação do Sistema Único de Saúde. O alto grau de capilaridade

e proximidade com a vida das pessoas é que se faz o diferencial deste sistema de saúde que avisa atender a todas as pessoas. A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2012b). Sendo a Atenção Básica o primeiro contato do sujeito com o serviço, é necessário que este de conta de um conjunto de ações de saúde que envolva o âmbito individual e coletivo em que este está inserido, proporcionando atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, associados à gestão do cuidado, dinamicidade e resolutividade da assistência (BRASIL, 2012b). O processo de trabalho dos serviços de atenção básica, por desenvolver-se tão próximo à realidade de vida da população, incorpora o cuidado de um amplo leque de demandas e condições de saúde. Conforme Mendes (2015), a atenção básica atende uma demanda ampla quantitativamente, que envolve principalmente o cuidado de condições de saúde crônicas. O autor destaca também que o trabalho vai além dos diagnósticos, dado a quantidade também significativa de problemas gerais e específicos. Outra característica da demanda na atenção básica são as variações sazonais e temporais, embora o cuidado de questões crônicas se mantenha ao longo do ano. O processo de trabalho apresenta ainda a necessidade de intervir no âmbito do cuidado preventivo, envolvendo a prevenção de fatores de risco, rastreamento de doenças, imunização e vacinação, estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis, dentre outros (MENDES, 2015). Outra demanda de trabalho na atenção básica é a atenção domiciliar, desenvolvida por toda a equipe multiprofissional. Portanto, diferentemente do olhar reducionista da atenção básica como espaço de cuidados simples e básicos,

observa-se que a atenção básica atende uma demanda complexa, o que requer a qualificação permanente e o olhar sensível à realidade dos profissionais de saúde. Os serviços prestados possuem uma complexidade e necessidade de intervenções articuladas tanto intersectorialmente quanto nos vários níveis de gestão do SUS. Neste sentido, a qualificação do profissional que atua na AB, torna-se imprescindível. Por meio da educação permanente, se dá também a qualificação que permite aos profissionais atuantes de diferentes áreas um maior desenvolvimento de suas capacidades, auxiliando na melhoria e garantia da qualidade da atenção (CARDOSO, 2012). Desta forma, verifica-se que a educação permanente, também considerada como um desdobramento de mudanças na formação dos profissionais de saúde constitui-se como um importante instrumento de aperfeiçoamento, proporcionador de aprendizagens e reflexões críticas sobre o processo de trabalho bem como, a transformação das práticas profissionais na equipe de saúde (CARDOSO, 2012). Considerações finais: A complexidade do trabalho na atenção básica necessita aperfeiçoamento e aprimoramento dos profissionais que nela irão atuar. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família, caracterizada como um dos meios para a educação permanente contribui de forma significativa na formação dos profissionais de saúde, preparando-os para uma atuação qualificada na AB e com conhecimentos práticos na mesma.

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE E O SABER POPULAR SOB O OLHAR DA PRECEPTORIA NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO

Rosangela Maiolino, Alice Monerat, Thais dos Santos Sena

Palavras-chave: residência multiprofissional, saúde da família, participação popular, educação, preceptoria, diagnóstico situacional participativo

Apresentação: O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil ainda apresenta desafios. Contudo, em nível internacional, o país se destaca em sua atuação sob princípios e diretrizes legítimas como a universalização, a integralidade do cuidado ao cidadão e a participação popular. Nas últimas décadas, muitos conceitos foram reforçados para o fortalecimento das políticas e ações adotadas. Relacionado a isso, ganha a visibilidade do Governo Federal a necessidade de reformular a política de recursos humanos quanto à qualificação, o desenvolvimento e criação de espaços de discussão sobre educação permanente, e formação de profissionais com ampliada capacidade crítica e reflexiva na saúde coletiva, como é o caso das Residências em Saúde. Nesta conjuntura, têm-se a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) como proposta educacional e experienciadora, proporcionando espaços críticos pautados nos conhecimentos abrangentes em saúde pública. Busca-se conviver em nível regional, no espaço de atuação das Equipes de Saúde da Família participantes, integrando a equipe, com expectativas intervencionistas no território adscrito. Mediante a este cenário e após a construção e apresentação do diagnóstico situacional de nosso território pelas residentes, desenvolvemos este estudo objetivando o relato das experiências vividas enquanto preceptoras da Residência Multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família da ENSP. Nosso quadro de

residentes é composto por quatro categorias profissionais: uma Cirurgiã-Dentista, uma Psicóloga, uma Nutricionista e uma Enfermeira, alocadas em nossa área de trabalho, o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), localizado no Complexo de Manguinhos, no Rio de Janeiro. Estas iniciaram suas atividades junto à equipe em maio de 2015. Ao chegarem, sentiram a necessidade de estudar e compreender a história do território adscrito, que atende as comunidades Vila São Pedro (VSP) e Comunidade Agrícola de Higienópolis (CAH). Então, aproveitaram uma tarefa disciplinar da grade curricular e manifestaram o desejo de elaborar um mapa falante com a equipe. Construído em forma de maquete, o mapa teve a proposta de oferecer aos moradores do território a oportunidade de sinalizar, através de placas de papel ofício colorido, potencialidades e necessidades de onde vivem, construindo conceitos a partir de seus próprios saberes. Desenvolvimento do trabalho: Construindo o Diagnóstico Situacional: O diagnóstico situacional corresponde a um método de reconhecimento da mobilidade territorial, auxiliando no entendimento sociocultural, ideológico e econômico local. O dinamismo envolvido permite correlações geográficas e epidemiológicas, de modo a associá-las às condicionalidades de saúde e aos aspectos macrosociais. Sendo assim, a residência tem como proposta acadêmica construir o diagnóstico situacional das comunidades, cobertas pelas equipes de Saúde da Família onde estão inseridos os residentes. O trabalho das nossas residentes baseou-se na construção de um mapa falante complementado por um vídeo expositivo, mostrando o seu passo a passo. O mapa era o traçado do território adscrito, com suas ruas, becos e equipamentos/rede presentes. Os moradores abordados eram questionados com perguntas simples e objetivas: “O que você acha bom aqui na

comunidade?” e “O que deveria ter aqui onde você mora?”, e respostas básicas surgiam como: paz, creches, remoção do lixo, água encanada, campo de futebol, acesso à internet, dentre outras. Essas viravam placas coloridas e eram afixadas pelos próprios no local selecionado. O vídeo também incluiu depoimentos de moradores apontados como mais antigos da região que narram, desde o início, a história das comunidades, envolvendo exposição de fotos antigas do território e acontecimentos históricos que contribuem, inclusive, para o entendimento da dinâmica de construção das moradias (formatação de casas geminadas, de modo a não desmoronarem no terreno de manguezal). Observou-se que na comunidade mais afetada pela violência local, a VSP, poucos moradores contribuíram na construção do trabalho, e os moradores antigos e lideranças comunitárias recusaram-se a participar de relatos, fotos, filmagens e gravações. Já na CAH, todos os moradores abordados contribuíram com o processo, tornando expressiva a participação popular no contexto. É fundamental ressaltar a importância da colaboração dos profissionais da Equipe de Saúde da Família participante na construção de ambos os materiais, vídeo e mapa. A equipe, além de atuar diária e diretamente com a população, conta com o binômio morador-profissional que são os Agentes Comunitários de Saúde. Resultados e/ou impactos: Refletindo acerca do saber construído pelas comunidades. Após a apresentação do material, percebemos que diante do cenário delineado, há muitas ações interventivas e necessidade de parcerias entre os equipamentos sociais regionais e não regionais, pois as problemáticas ligadas à sociedade demonstram a importância do estreitamento de laços com a população. Acreditamos que a equipe de saúde da família, preceptoria e residentes tiveram a oportunidade de sensibilizar seus processos de trabalho, através desta rica ilustração

territorial que contribui no fortalecimento dos grupos educativos, salas de espera e reuniões comunitárias; bem como aos residentes, a inserção dos mesmos no território com visão mais apurada, facilitando o planejamento de ações prioritárias com a equipe mediante o levantamento no diagnóstico. Com o fortalecimento dos grupos educativos com temas da saúde, percebemos hoje uma crescente participação popular, proporcionando maior interatividade com os usuários do sistema, ampliando nossa escuta, acolhimento e humanização. Dessa forma, acreditamos que as atividades de estágio são de suma importância para a formação profissional, uma vez que o estágio é um processo pedagógico de formação profissional que tenta criar um elo entre a formação teórico-científica e a realidade do meio. Considerações finais: A metodologia de oficinas pedagógicas valoriza a construção de conhecimentos de forma participativa e questionadora. Para tanto, podem ser desenvolvidas através de dramatizações, painéis, brincadeiras populares, jogos educativos, produção de maquetes, dentre outros. Esses espaços oportunizam a comunicação, contextualização, estabelecimento de vínculos e construção coletiva do saber. Visto isso, compreendemos que a liberdade de expressão proporcionada pelas oficinas pedagógicas contribui significativamente para a formação de profissionais críticos e reflexivos. Inclusive a metodologia adotada fomenta a co-responsabilização pelas decisões tomadas, tornando o sistema de saúde mais justo e igualitário. Logo, torna-se fundamental o caráter participativo de profissionais de saúde e comunidade, onde diferentes saberes têm igual valor e importância. Assim, o educar é desinstalar. O educador não é aquele que reproduz, mas o que desperta consciência, fazendo-nos acreditar que a educação é uma troca, onde todo saber é

relativo, portanto, todos são sujeitos do processo. A educação deve possibilitar ao homem aprender a reconstruir, devendo transformar a realidade, vez que o homem é um ser inacabado, e está em constante busca. Todos os participantes do trabalho aprenderam com esta dinâmica. Somos profissionais e vivemos as fragilidades e potencialidades do ambiente em que trabalhamos. As fragilidades nos emocionam e as potencialidades, fortalecem. De forma local, podemos vivenciar o SUS, sendo nossos sonhos tal qual são suas diretrizes e princípios. E como se ouvia na música de fundo do vídeo expositivo: “Pois paz sem voz, paz sem voz... não é paz, é medo! Às vezes falo com a vida, Às vezes é ela quem diz: Qual a paz que eu não quero conservar para tentar ser feliz”. (Música Minha Alma – A paz que eu não quero – O Rappa).

A RETOMADA DO VER-SUS EM ALAGOAS

Raissa Lorena Bandeira Landim, José Douglas Tobias Magalhães da Silva, Luciano Tiburcio Silva, Luis Fernando Hita, Bianca Carvalho de Assis, Sandra Bonfim de Queiroz, Jesianne Nataly Macedo de Araújo, Nadja Romeiro dos Santos

Palavras-chave: saúde coletiva, vivências, Alagoas

Uma das premissas básicas do ensino superior é a integração entre formação, trabalho e desenvolvimento social, o que constitui um grande desafio¹. A interdisciplinaridade é fundamental para atender às necessidades humanas de uma forma ampla, tarefa impossível de ser realizada de maneira uni-disciplinar. Estamos nos referindo aos diversos saberes constituídos que dão, dentro da sua construção teórico específico, uma leitura suficientemente validada que

possa entender o ser humano dentro de determinado contexto². O SUS necessita de profissionais capacitados para atuar com competência na área da saúde pública, questão trabalhada nos serviços por meio do desenvolvimento de programas de educação continuada e reuniões científicas. Entretanto, ainda é visível na rede pública de saúde o despreparo técnico-científico e político de alguns trabalhadores, concomitantemente a essa constatação, alia-se o fato das instituições de ensino superior (IES) da área da saúde seguirem uma linha de formação baseada mais no modelo biomédico do que nos paradigmas da Saúde Pública. Neste contexto, em 2002 o Ministério da Saúde cria a Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais da Saúde, objetivando aproximar estudantes do desenvolvimento de projetos que visam estabelecer uma política de educação para futuros profissionais do SUS. Para isto surgiram diversas propostas para que o aluno tivesse uma experiência ainda na graduação, entre elas a Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), que teve como versão piloto a vivência no Estado do Rio Grande do Sul, sendo posteriormente ampliada para outros estados brasileiros. Foi inserido na política de Educação para o Sistema Único de Saúde (EducarSUS) concebida pelo Ministério da Saúde com a finalidade de discutir e objetivar uma formação de qualidade para o SUS, capacitar profissionais de saúde, estimular a mudança curricular na graduação e especialização dos cursos da área da saúde, bem como a educação popular em saúde, utilizando práticas inovadoras de educação na área³. A vivência é um processo de imersão teórica, prática e vivencial dentro do sistema de saúde dos territórios de abrangência. A imersão é a metodologia aplicada ao VER-SUS, neste modelo de ensino o participante fica 24h por dia, durante todo o período

da vivência, disponível para atividades do projeto. É criado o espaço necessário para realização de observações e vivências frente à realidade do Sistema Único de Saúde, participando e interagindo em grupos. São previstas atividades de aprofundamento teórico, a partir de seminários e oficinas didático-pedagógicas sobre aspectos da gestão do sistema, estratégias de atenção, exercício do controle social e processos de educação na saúde e no campo. O VER-SUS possui duração de 7 a 15 dias, de forma transdisciplinar, com a participação de estudantes de graduação de diversas áreas, residentes, técnicos e movimentos sociais. Nesse período, os participantes interagem por meio de diálogo e troca de experiências relacionadas às vivências de cada dia. São disponibilizados para os participantes: hospedagem, alimentação, transporte e material didático⁴. O projeto VER-SUS que ressurgiu no Estado de Alagoas, em janeiro de 2015, e representou a ampliação da experiência de estágio e vivência na área da saúde, de forma interdisciplinar, agregando diferentes cursos. No ano anterior Acadêmicos da saúde que tinham criado a Liga Acadêmica de Saúde Pública - LASP da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas UNCISAL, sentiram a necessidade de elaborar práticas na realidade do SUS, principalmente no interior do estado e então se depararam com a existência de um projeto, que era o VER-SUS. Em busca de mais informações de como fazer a adesão ao projeto foram ao 11^o congresso da Rede Unida em 2014, colheram informações e contatos e com a adesão de outros acadêmicos que também tinham vontade de trazer o projeto para Alagoas. Após buscas por colaboradores foi criada uma parceria com o projeto VER-SUS de Pernambuco que disponibilizou 13 vagas para acadêmicos alagoanos vivenciarem nas cidades de Caruaru e Goiana, na intenção de que ao retornarem contribuiriam

para incorporar essa experiência em nosso estado. Com o retorno iniciou-se a formulação de como faríamos a edição de Verão 2015 a qual depois de várias formações e contatos, realizamos nossa vivência em Arapiraca. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** É um estudo descritivo sobre retomada do VER-SUS no estado de Alagoas. O VER-SUS vem com a proposta interagir com vários cursos, tendo assim um caráter multidisciplinar, buscando a interdisciplinaridade e realiza uma interação as atividades formativas, utilizando como instrumento de levar conhecimento através de vivências, debates e oficinas. Com temas ligados à Saúde Coletiva e ao Sistema Único de Saúde (SUS), que são de vital importância não apenas para o crescimento profissional, mas para a própria implementação do . Além disso, o VER-SUS trouxe uma imersão no conhecimento teórico-prático sobre a dinâmica da realidade cotidiana do SUS. Foram introduzidos 40 acadêmicos que durante oito dias no município de Arapiraca, puderam ver o quadrilátero; atenção, gestão, formação e participação, fundamental para oportunizar assim um debate de determinadas questões que são pouco priorizadas na formação inclusive com profissionais e usuários de uma realidade diferenciada do cotidiano acadêmico, pois foi principalmente a atenção primária foco das discussões dentro dos estágios de vivências. Na imersão do VER-SUS foi encontrado um sistema mais estruturado de profissionais mais comprometidos e boas experiências dando assim uma oxigenação na luta e defesa do SUS e da importância da boa qualidade do atendimento. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** O VER-SUS mostrou ser um importante meio de compreensão e sensibilização colocando estudantes e profissionais da saúde e inclusive de outras áreas em geral em contato com SUS, a fim de que se entenda a abrangência e importância de funcionamento de boa qualidade uma

rede de assistência a saúde tanto para a população como para os profissionais, contribuindo para o bem estar e melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Aprimora o conhecimento científico e traz choque de realidade no que diz respeito à saúde pública e SUS, através das vivências e discussões . Atua em áreas onde a relação acadêmica-comunidade serve como meio de aprendizado sobre o funcionamento do nosso sistema de saúde. Desenvolvendo um espírito de militância, de luta e defesa do tanto pelo que precisa melhorar associados aos projetos de pesquisa que tem como objetivo sanar necessidades específicas da melhoria de serviços e de promoção da saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por meio do programa, os viventes puderam aprimorar seus conhecimentos científicos sobre saúde pública e o SUS. Além disso, a vivência trouxe a eles o sentimento de pertencimento ao SUS, enquanto profissional ou usuário, e o entendimento da importância de uma rede de assistência à saúde de qualidade, equânime, universal e pública para garantia da cidadania do povo. Para os estudantes da área da saúde, lançou-os como construtor do sistema e aflorou sentimentos de humanização no trabalho. E principalmente, o VER-SUS proporcionou um choque de realidade, colocando cada vivente como críticos do sistema de saúde, objetivando a melhoria do serviço e da promoção da saúde.

A SAÚDE MENTAL DO UNIVERSITÁRIO: UM DESAFIO DA FORMAÇÃO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Natali Portela, Catia Paranhos Martins, Elenita Sureke Abilio, Conrado Neves Sathler

Palavras-chave: Educação em Saúde, Saúde Mental, SUS

Este relato de experiência apresenta algumas

reflexões e questionamentos sobre a saúde mental do estudante universitário a partir das vivências de profissionais inseridos em diferentes contextos na Educação Superior do Mato Grosso do Sul. Os seguintes olhares foram somados aqui da responsável pelo Serviço de Atendimento Psicológico ao estudante da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (SAP/UEMS), de dois docentes do Curso de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e da coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da UFGD. Nossas experiências como docentes na gestão e na assistência estudantil permitem-nos transitar nos espaços de sala de aula, nos campos de práticas e no atendimento psicológico, principalmente com os alunos dos cursos de graduação e pós-graduação oriundos da Psicologia, Enfermagem e Nutrição que apontam aspectos importantes sobre a saúde mental dos futuros trabalhadores da saúde. As questões relacionadas ao mal-estar dos universitários surgidas durante a formação demonstram desafios e dificuldades de adaptação a uma nova realidade. Os estudantes precisam adquirir e conciliar conhecimentos técnicos e éticos com as responsabilidades inerentes à vida universitária: as incertezas ao tomar decisões significativas para o futuro, a carga horária considerada por eles exaustiva, as novas demandas, as dinâmicas curriculares, a constante insegurança nos estágios e demais atividades práticas, o encontro com a diversidade de sujeitos e comunidades são dentre outros fatores apontados como motivos de angústia e sofrimento. Na aproximação dos estudantes de graduação e pós-graduação com o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente nos campos de estágio e na formação em serviço, que caracteriza a Residência Multiprofissional, eles trazem questionamentos sobre como lidar com o que é humano e com os limites

éticos, políticos e institucionais. O encontro com as desigualdades sociais e iniquidades, principalmente a miséria de algumas comunidades, e também com a dor, o adoecimento e a morte são dimensões do trabalho em saúde que merece maior escuta e acolhimento na formação universitária. Estudos recomendam às universidades estarem mais atentas ao período da graduação, promovendo discussões em relação aos sentimentos despertados pelo contato com a prática e ações que possam garantir uma visão mais integral do aluno (CASATE e CORRÊA, 2006; SOUSA et al., 2013). Somado a isso, o Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis ao mapear a vida social, econômica e cultural dos estudantes de graduação presencial de todas as Universidades Federais Brasileiras, aponta que 43% dos estudantes pesquisados reportaram dificuldades significativas em relação à adaptação às novas situações (mudança de cidade, moradia e separação familiar, entre outras) e 47,7%, portanto quase a metade, relatou ter vivenciado uma crise emocional nos 12 meses anteriores à pesquisa. O estudo destaca também o aparecimento significativo de dificuldades emocionais como ansiedade, insônia, alterações do sono, sensações de desamparo/desespero/desesperança, sensação de desatenção/desorientação/confusão mental, timidez, depressão, medo/pânico e problemas alimentares (FONAPRACE, 2011). Acrescentamos ainda o recente alerta publicado na Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), por Oliveira e Padovani (2014), sobre a vulnerabilidade e sofrimento psíquico de uma parcela expressiva de universitários indicando a necessidade de desenvolvimentos de novas pesquisas frente às diferentes demandas estudantis que visem "(...) a melhoria do processo de adaptação e consequentemente a

melhoria da saúde, qualidade de vida e desenvolvimento das potencialidades dos universitários.” (OLIVEIRA e PADOVANI, 2014, p. 995). Dentre as nossas preocupações, destacamos a importância de formar os futuros profissionais do SUS comprometidos com os princípios de integralidade, equidade e universalidade na construção da saúde como direito e dimensão da cidadania. Nossas atividades e discussões estão alinhadas com a Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS (PNH) que visa ampliar as formas de fazer e pensar a clínica, de democratizar a gestão do trabalho e do cuidado. Em síntese, temos nos debruçado sobre as seguintes questões: como ampliar o compromisso ético-político e formar profissionais comprometidos com o SUS e com o enfrentamento das iniquidades em saúde? Como construir estratégias de formação e de cuidado dos futuros profissionais do SUS? E como aproximar a Universidade da comunidade? Para Ceccim e Ferla (2008), no ensino em saúde, a produção de subjetividade é uma dimensão ainda pouco considerada nos processos de formação e destacam que os projetos pedagógicos não estão restritos ao âmbito profissional. Os Projetos atingem, sobretudo, “(...) as relações humanas, o acolhimento e a própria qualidade de vida dos trabalhadores, pois se refletem em seu prazer, sua saúde, sua auto-estima (...) vão além do ambiente de trabalho ou da sala de aula, extrapolando para o mundo da vida” (CECCIM e FERLA, 2008, p.451). Sendo assim, tais projetos indicam quais sujeitos e valores buscaram formar em nossa atuação profissional. Ao focarmos a formação para o SUS, merecem reflexão os discursos e as práticas contrárias à construção da saúde pública de qualidade. Tais posicionamentos apresentam-se na ideia recorrente de usufruir das bolsas oferecidas pelo Estado brasileiro para alcançar um posto de trabalho na saúde

suplementar, nas formações ainda centradas nas clínicas individual, biológica e hospitalar e no baixo compromisso dos projetos pedagógicos com as políticas públicas e com a cidadania, dentre outros aspectos. De nossas experiências que almejam uma formação alinhada com os princípios do SUS e da PNH, destacamos as atividades práticas intercaladas com rodas de conversa visando o acolhimento e a escuta do estudante, além das contribuições técnicas e ponderações éticas inerentes ao trabalho em saúde. Ao problematizar o cotidiano do SUS, ambicionamos como resultado contribuir na formação de profissionais implicados com o enfrentamento das iniquidades e demais desafios da saúde pública, exercitando o trabalho em equipe multiprofissional, a ampliação da clínica, a humanização das práticas, o fortalecimento do controle social e o fomento de uma rede de cuidados (BRASIL, 2010). Por fim, consideramos a necessidade de maior debate entre toda a comunidade acadêmica e parceiros sobre a criação e implantação de medidas curriculares e extracurriculares que busquem minimizar conflitos incidentes sobre a vida estudantil e a promoção da saúde mental do estudante. A saúde mental dos futuros profissionais do SUS relaciona-se às mudanças necessárias para democratizar a convivência entre professores e alunos, teoria e prática e aproximar o ensino do serviço.

A TELE-EDUCAÇÃO COMO FERRAMENTA DE POTÊNCIA PARA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - UMA EXPERIÊNCIA DA ATENÇÃO BÁSICA

Scheila Mai, Fabio Herrmann, Gustavo Guthmann Pesenatto, Maiara Bordignon, Janainny Magalhães Fernandes, Vania Dezoti Micheletti

Palavras-chave: Telessaúde, Tele-educação, Atenção Básica à Saúde, Educação permanente

INTRODUÇÃO/OBJETIVOS: No mundo, ao longo das últimas décadas, o desenvolvimento tecnológico trouxe muitos avanços e importantes contribuições para a área da saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que as tecnologias de informação e de comunicação contribuem de forma significativa para a prestação de cuidados na saúde pública, principalmente, em países em desenvolvimento (OMS, 2012). Na perspectiva de compartilhar conhecimentos, melhoria da qualidade da assistência prestada, ampliação e oferta de ações das equipes de saúde, assim como, mudança das práticas de atenção e da organização do processo de trabalho, foi instituída a portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, que redefine e amplia o Programa de Telessaúde no Brasil, passando a ser chamado de Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (BRASIL, 2011). O Telessaúde Brasil Redes, na Atenção Básica (AB), propõe desenvolver ações de apoio a atenção, a saúde e a educação permanente das equipes, que tem por objetivo ampliar a resolutividade da AB, por meio das estratégias ofertadas de Teleconsultoria, Segunda Opinião Formativa, Telediagnóstico e Tele-educação. Diante do exposto, neste trabalho buscou-se relatar uma experiência no que se refere à utilização da Telessaúde por meio da tele-educação em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Porto Alegre - Rio Grande do Sul. Métodos: Trata-se de um relato de experiência vivenciada na Atenção Básica quanto à utilização da Telessaúde por meio da tele-educação, envolvendo uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no sul do Brasil. O Telessaúde dispõe de diversos dispositivos de Tele-Educação que visam promover a educação permanente à

distância e em serviço para os profissionais de saúde, entre eles: web palestras, cursos, pílulas de sabedoria (avaliações críticas realizadas pela equipe de Telessaúde sobre evidências controversas da literatura científica), biblioteca online com produções científicas, livros, protocolos, manuais, entre outros. Em um turno na semana ocorre na USF reunião de equipe, momento em que o serviço de saúde é fechado para o atendimento à população e a equipe se reúne para discussão de pautas internas, processo de trabalho, discussão de casos, assim como para realização da educação permanente. Ao tratar de educação permanente, alguns dos métodos que a equipe utiliza são os dispositivos que a Tele-Educação oferece, por meio das Web palestras que são gravadas e disponíveis em ambiente virtual. É uma das formas mais acessíveis de educação permanente disponibilizada off-line. **RESULTADOS:** O advento da informatização na Atenção Básica tem oportunizado e potencializado a utilização da Telessaúde pelas Equipes de Saúde da Família. Acredita-se que este fato tende a melhorar o nível de resolubilidade da AB, aumentar a qualidade da assistência à saúde do indivíduo/família/comunidade, minimizando os encaminhamentos desnecessários para as redes de referência; além de instrumentalizar cientificamente os profissionais de saúde para melhor acolher, compreender, responder às necessidades apresentadas pela população e promover a integralidade do cuidado. A tele-educação tem sido um instrumento utilizado com frequência nas reuniões de equipe, em que as temáticas das web palestras são definidas com base na preferência dos profissionais da equipe, sendo possível identificar uma aproximação com as demandas locais, assim como a relação com o perfil epidemiológico da população. Podendo citar algumas das temáticas abordadas: Tuberculose na Atenção Primária; Tratamento de Feridas;

Urgência e Emergências com enfoque na Reanimação Cardiopulmonar; Protocolos e Fluxograma de Processo de Trabalho; Atualização do Calendário Nacional de Vacinas, Hanseníase, Meningites, Chikungunia, entre outros temas. As web palestras têm uma duração que varia entre trinta minutos a uma hora, dependendo da temática abordada, sendo que ao término da palestra, destina-se um tempo para a equipe discutir sobre o tema abordado. Destaca-se que as web palestras são fornecidas em tempo real pela Rede da Telessaúde do estado do Rio Grande do Sul, no entanto, como não possuem uma periodicidade, dificulta um planejamento prévio para equipe parar suas ações/atividades, como: as consultas agendadas, os grupos, os atendimentos, as visitas domiciliares, o acolhimento para acompanhar online as web palestras. Ressalva-se, que a baixa qualidade ou ausência de conexão à internet e a falta de informatização nas Unidades de Saúde da Família também dificultam o acesso em tempo real às web palestras. Para tanto, os momentos de educação permanente têm se constituído em espaços de grande aprendizagem, troca de experiências, atualização e formação em serviço, que tem possibilitado o aperfeiçoamento profissional e que subsequentemente reflete na qualidade da prestação de serviços à população. Alguns desafios permeiam a ampliação do serviço da telessaúde, de forma mais específica a tele-educação nos serviços de saúde, como à baixa qualidade ou ausência de conexão à internet, poucos pontos de rede disponíveis, e a falta de informatização nas Unidades de Saúde da Família, a dificuldade da gestão em assumir a tele-educação como uma prática associada e necessária, que complementa às demais atividades dos serviços de saúde, assim como uma oportunidade de educação permanente, que pode impactar na prestação de serviços, na diminuição dos

encaminhamentos desnecessários para as redes de referências e melhorar o processo de trabalho das equipes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As atividades de telessaúde para a Atenção Básica são de apoio na perspectiva da educação permanente, tendo, portanto, como contribuir na ampliação da autonomia e da capacidade resolutive dos serviços prestados. Além disso, as atividades devem ser baseadas na melhor evidência científica disponível, adaptada para as realidades locais e seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). As práticas de Telessaúde vêm crescendo, ampliando as discussões que devem ser pautadas e assumidas pela gestão como uma estratégia inovadora e necessária para o aperfeiçoamento das equipes de saúde, garantindo o acesso aos dispositivos que a Telessaúde oferece. Deste cenário, emerge a dificuldade de tornar a tele-educação uma rotina dos serviços de saúde. Para tanto, o envolvimento dos profissionais é essencial à implantação e efetivação das ações do Telessaúde; permanece, assim, o desafio de institucionalizar e incorporar o Telessaúde como um instrumento de transformação no cotidiano dos profissionais de saúde. Para tanto, é necessário que a Rede de telessaúde organize suas ações com maior antecedência, especialmente de tele-educação, e que se garanta divulgação aos serviços de saúde, possibilitando maior acesso dos profissionais de saúde aos dispositivos que o telessaúde oferece.

A TUTORIA NO PROCESSO DE FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL: A EXPERIÊNCIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Alzira Maria Baptista Lewgoy, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Maria Ines Reinert Azambuja, Luiz Fernando Calage Alvarenga

Palavras-chave: Ensino, Currículo, Serviços de Integração Docente-Assistencial, Relações interprofissionais

APRESENTAÇÃO: O trabalho em equipes multiprofissionais apresenta-se como requisito fundamental para o bom funcionamento dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Apesar das importantes mudanças curriculares ocorridas nos cursos da saúde após a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a formação de profissionais da saúde ainda acontece muito restrita ao núcleo profissional, com currículos que pouco preveem a interação entre estudantes de diferentes cursos de graduação. Em 2012, por uma iniciativa da Coordenadoria de Saúde (CoorSaúde) da Pró-Reitoria de Graduação (PROGRAD), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) passou a oferecer uma disciplina inovadora, com caráter interprofissional, denominada 'Práticas Integradas em Saúde I'. No segundo semestre de 2015, a disciplina foi oferecida para estudantes de 15 cursos: Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social, Medicina Veterinária, Ciências Biológicas, Farmácia e Políticas Públicas. Professores e estudantes são distribuídos em grupos de dois professores tutores e oito estudantes de diferentes cursos de graduação. A disciplina contempla atividades de concentração (encontros do conjunto de professores e estudantes) e atividades vivenciais desenvolvidas nos cenários de prática. O método de ensino utilizado tem na tutoria a estratégia central. O processo tutorial construído na 'Práticas Integradas' é presencial e ancorado na metodologia da problematização a partir da vivência dos estudantes em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e nos territórios correspondentes. **OBJETIVO:**

Descrever a experiência dos professores tutores da disciplina 'Práticas Integradas em Saúde I' em duas Unidades de Saúde da Família (USF) de Porto Alegre, no período de 2012 a 2015 – USF Divisa e USF Estrada dos Alpes. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Uma questão inicial e das mais importantes a serem trabalhadas com os estudantes é o conceito de território. Após encontros iniciais de apresentação da disciplina e do distrito docente-assistencial onde ela se desenvolve (Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal de Porto Alegre), cada pequeno grupo começa sua atividade prática pelo reconhecimento do território de abrangência da Unidade de Saúde da Família. Para isto, os alunos recebem preliminarmente material de leitura sobre conceitos de território e a relação entre território e saúde, um caderno para registro de observações, impressões e dúvidas que surjam a partir desta incursão no campo guiada pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Após cada saída a campo, retorna-se à USF onde, em roda de conversa, tutores, estudantes e as ACS discutem as observações e as possíveis implicações do observado na vida daquela comunidade. Outras atividades de campo realizadas envolvem conversas com lideranças comunitárias (presidentes de associações de moradores, liderança do quilombo dos Alpes), visita a instituições locais (escolas, biblioteca comunitária, Conselho Local de Saúde, por exemplo), acompanhamento de visitas domiciliares realizadas pelas ACS e equipe de saúde, vivências na própria Unidade, por meio de conversas com profissionais das equipes de saúde sobre o funcionamento de uma USF, as atividades que os profissionais realizam os espaços de trocas interprofissionais, os desafios (como o processo de implantação do e-SUS na Atenção Primária) e as dificuldades relacionadas ao contexto (violência, toque de recolher). Os registros, frutos de todas estas vivências e das rodas de conversa

sobre elas, sua correlação com o material teórico disponibilizado, são consolidados pelos estudantes em um portfólio individual, instrumento de acompanhamento da aprendizagem utilizado pela disciplina. RESULTADOS: Os professores tutores – com o apoio da literatura indicada, das problematizações advindas das trocas de vivências e informação com os serviços sobre o território e seus equipamentos sociais, sobre o funcionamento das Unidades, das redes de serviços locais e regionais (serviço social, educação, outros níveis de atenção do SUS) – procuram estimular trocas de conhecimentos e percepções entre os estudantes e entre eles e os trabalhadores da saúde. O propósito é o conhecimento, no grupo, sobre os outros cursos, as formações profissionais e as experiências dos trabalhadores do SUS, movidos pelo diálogo de respeito às diferenças de posição e de reconhecimento de pontos de sintonia. Neste processo de aprendizagem, os tutores são facilitadores que criam possibilidades, auxiliam, acompanham e avaliam. Ao mesmo tempo em que os tutores ensinam, também aprendem. Da mesma forma, com os profissionais das USF, em especial, com as ACS, principais parceiras nas incursões pelos territórios. A tutoria assume, então, uma forma ampliada e participativa. Investe na troca de afetos, ou seja, promove a proximidade e a empatia que favorece a confiança para se estabelecerem espaços de fala e escuta entre estudantes – currículos - trabalhadores da saúde. A experiência da tutoria em uma atividade de ensino interprofissional vem se constituindo a cada encontro, de forma processual e que ganha visibilidade no seminário integrado final, onde todos os grupos de estudantes, tutores e trabalhadores em saúde se encontram para compartilhar experiências e apresentar os produtos construídos nas diferentes Unidades de Saúde da Família. Tais produtos têm se materializado na

forma de relatórios, mapas, vídeos, edições de jornais com informações sobre os territórios. Os produtos resultam de processos participativos e dialógicos, com informações vivas e falantes. Além disso, a visibilidade também se expressa pela reflexão, não apenas sobre o fazer em saúde, mas sobre a universidade pública na (re) estruturação dos currículos dos cursos de graduação. A complexidade das situações vivenciadas tem mostrado o distanciamento que existe entre a formação e a prática profissional e o importante papel do ensino tutorial para o desenvolvimento de competências culturais e relacionais, imprescindíveis ao exercício das profissões da saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O cenário de práticas onde as vivências dos estudantes estão sendo desenvolvidas tem possibilitado a ampliação da compreensão de como se produz saúde no cotidiano da Atenção Primária à Saúde. Como proposta de metodologia na formação em saúde, a tutoria exercida e experienciada de forma participativa, tendo o tutor como ator nos processos e não somente condutor, facilita e qualifica aprendizagens de estudantes e trabalhadores que vivem e (re) significam ao (re) conhecerem os territórios de atuação acadêmica e profissional. A formação integrada e interdisciplinar é um processo permanente de qualificação e atualização, postura necessária ao deciframento cotidiana da realidade pautada pela complexidade e heterogeneidade. Um dos desafios é o de investigar e enxergar novas possibilidades de pensar e agir conjuntamente diante das dificuldades encontradas.

A UTILIZAÇÃO DA POESIA COMO UM INSTRUMENTO DE FEEDBACK NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Ricardo Henrique Vieira Melo, Rosana Lúcia Alves Vilar, Antônio Medeiros

Junior, Francijane Diniz Oliveira, Ligiana Nascimento Lucena, Nayara Santos Martins Neiva Melo, Marise Soares Almeida, Tházia Costa

Palavras-chave: Retroalimentação, Serviços de Integração Docente-Assistência, Educação

Apresentação: A oportunidade de dar, receber e retribuir feedback (retroalimentação), durante as atividades pedagógicas na graduação dos cursos da área da saúde, contribui para a prática reflexiva dos discentes e docentes, acerca de suas vivências. Um feedback construtivo, conforme Zeferino et al. (2007), é mais efetivo quando for: assertivo (claro, direto, objetivo); respeitoso (horizontalizado, consensual); descritivo (relato da ação/atividade); oportuno (momento e local adequado); específico (singular). Seus reflexos reverberam importante acuidade na aprendizagem e no desenvolvimento profissional contínuo, por promover conscientizações coerentes sobre o que fora vivido. Para isso, requer um comprometimento recíproco entre quem dá e quem recebe (observador e observado), podendo também ter uma função motivadora na execução de uma ação, intervenção ou tarefa. Uma das maneiras de aumentar a precisão dos seus resultados é modificar a forma de transmissão da informação, via uma troca, interativa, compartilhando ideias, sentimentos e experiências. Bodernave (1991) afirma que todo feedback, enquanto recurso de comunicação, está associado a alguns elementos básicos do ato comunicativo: contexto (situação em que acontece); interlocutores (sujeitos participantes); mensagens (conteúdos compartilhados); signos (simbologia da representação); e meios empregados na interação (diálogo, verbalização). E, por se tratar de uma devolutiva, uma retroalimentação, este

tema possui consonância com a Teoria da Dádiva (MAUSS, 2005), em relação aos movimentos de doação, recepção e retribuição. Um Dom ou Dádiva (são sinônimos) significa uma teoria geral da obrigação de dar, receber, retribuir os bens simbólicos e materiais de forma contínua por meio de relações sociais (LACERDA; MARTINS, 2013, p. 195). É um sistema de ação social que enfatiza a dimensão simbólica circulante, aparentemente gratuita, porém interessada. A consciência desses aspectos facilita a concretização da cidadania participativa e dos sentidos da convivência comunitária, assegurando o direito de receber, juntamente com a oportunidade de propor, criar, intervir, retribuir, tornando o processo interativo educador/educando um caminho em direção a uma aprendizagem mútua e significativa. A linguagem poética faz uso de uma combinação de palavras capaz de explorar sentidos, sentimentos e expressões, enfatizando a subjetividade. Apresentamos uma iniciativa que buscou utilizar a força simbólica da poesia para estimular as sinapses subjetivas capazes de mobilizar impulsos criativos nos participantes. Assim, este texto relata a experiência de uso da Síntese Poética enquanto instrumento para feedback no processo ensino/aprendizagem, contextualizada na articulação entre Academia, Comunidade e Estratégia Saúde da Família (ESF), durante a disciplina Saúde e Cidadania I (SACI), nos cursos de graduação da área de saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Desenvolvimento do Trabalho: Trata-se de um relato de experiência, de natureza qualitativa. Cada Grupo Tutorial (Tutor, Preceptores, Monitores, Discentes) acompanhou as ações cotidianas de uma Unidade Básica de Saúde da Família (USF). A disciplina Atividade Integrada de Educação Saúde e Cidadania (SACI) envolve, simultaneamente, ações de ensino, pesquisa

e extensão, e se coloca como iniciativa de flexibilização dos Projetos Pedagógicos dos Cursos da Área da Saúde, sendo desenvolvida com um programa estruturante de educação, formalizada e integralizada nos currículos acadêmicos como uma disciplina obrigatória ou optativa e complementar, ofertada semestralmente aos alunos matriculados no primeiro ou no segundo período dos cursos. Inicialmente são feitos passeios exploratórios no território e visitas aos equipamentos sociais da área adscrita (creches, escolas, conselho comunitário, clubes de mães, etc.), contemplando também, nesta aproximação, o processo de trabalho da unidade de saúde acompanhada. Posteriormente os discentes elaboram um mapa social sobre o que foi observado e etnografado e selecionam um problema para enfrentamento, após rodas de discussões acerca dos nós críticos e governabilidade. Em seguida os estudantes fazem a construção coletiva de um projeto de intervenção na comunidade, com o matriciamento (facilitação) dos Tutores e Preceptores, ou participam de projetos de intervenção integrados às atividades das unidades de saúde. Os poemas são recitados após a execução projetos de intervenção na comunidade, e tratam de um enquadramento (frame) poético sobre o percurso do Grupo Tutorial (GT) em cada semestre letivo. Posteriormente foram analisadas as narrativas reflexivas dos discentes, contidas em portfólios de aprendizagem, através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), segundo orientações de Lefevre e Lefevre (2005). Fizemos um tratamento (análise) das narrativas reflexivas dos discentes a partir de rodas avaliativas e de registros em portfólios de aprendizagem, com o intuito de melhor compreender a percepção dos participantes acerca do uso deste instrumento na rotina do Grupo Tutorial de Monte Líbano, no Município de Natal (RN). A questão norteadora foi: o que essa síntese poética oferece a você?

Resultados e/ou Impactos: As respostas foram decompostas, recompostas, tabuladas e organizadas, conforme a Técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que permite o resgate de representações sociais acerca de um determinado tema naquela coletividade singular. Sua matéria-prima é o pensamento expresso na forma de discursos feitos pelos sujeitos sobre um assunto específico. As ideias semelhantes ou complementares (divergentes) emitidas por cada participante foram agrupadas em categorias. Neste coletivo particular, 11 sujeitos elencaram 21 ideias/registros (iguais ou diferentes), agrupadas em cinco categorias. Em seguida foi registrada a frequência de cada uma indicando o percentual de cada ideia compartilhada pelo grupo. Não encontramos ancoragens nesse corpus de análise. Finalmente, foi elaborado um discurso (em primeira pessoa) como se fosse de um sujeito (coletivo) que avaliou a oferta da síntese poética: “Oferece uma avaliação ampla e poética do processo vivido na intervenção. Resume de forma dinâmica, coerente e alegre, o que foi discutido em cima da reflexão de cada um. Fiquei impressionado ao ver que os versos sintetizavam minha opinião. Identifico que a organização metodológica e o conteúdo qualificam a abordagem da construção coletiva. Sem palavras para expressar tamanha satisfação na realização deste trabalho com nossa equipe. Fiquei muito contente, adorei. Representou fielmente, não apenas os sentimentos do autor, mas também as impressões da turma. Com palavras muito bonitas, em forma de uma bela poesia, sintetizou e concluiu com “chave de ouro”. Meus parabéns. Continue escrevendo” (Turma Saci 2014.1-GT: Monte Líbano). Verificamos que esta prática estimulou um circuito de trocas positivas, integrando instrumentos formais da ciência com a realidade social, numa perspectiva interativa centrada no desenvolvimento de

habilidades comunicativas, dialógicas e de solidariedade reflexiva frente a situações comuns. A consciência desses aspectos facilita a concretização da cidadania participativa e dos sentidos da convivência comunitária, assegurando o direito de receber, junto a oportunidade de propor, criar, intervir, retribuir, tornando o processo interativo educador/educando um caminho em direção a uma aprendizagem mútua e significativa. Considerações Finais: A arte de ensinar e de aprender pode ser aprimorada com o uso regular de feedback. A síntese poética foi efetiva enquanto estratégia motivadora; indutora do pensamento crítico sobre a realidade vivenciada; e contribuiu com o ideário de que a formação dos sujeitos ocorre na micropolítica da vida, pela partilha individual e coletiva, transformadora, capaz de mobilizar aspectos subjetivos, emocionais, cognitivos e afetivos nos participantes, associado aos interesses mais instrumentais. As reflexões apresentadas apontaram aspectos relevantes e confluentes com a Teoria da Dádiva, com relação à obrigação e a liberdade de dar, receber e retribuir os benefícios materiais e simbólicos, que fundamentam a constituição de vínculos sociais e facilitam a ampliação das formas de ensino/aprendizagem, através de experiências mais integradoras, participativas, lúdicas, leves e capazes de promover autonomia e emancipação.

A UTILIZAÇÃO DE METODOLOGIAS ATIVAS NO ENSINO DE BIOQUÍMICA CAPILAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camila Panzetti Alonso, Ednéia Albino Nunes Cerchiarri, Rogério Renovato

Palavras-chave: Metodologias ativa de ensino-aprendizagem, Bioquímica, estudantes de farmácia

Apresentação e Objetivos: As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a graduação em Farmácia defendem a formação de um profissional generalista, crítico e reflexivo, capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Para tanto, as DCN se basearam no Parecer nº 1300 do Conselho Nacional de Educação, de 2001, que consideram que os alunos dos cursos de graduação devem aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer e aprender a viver juntos (SOUSA, 2014). Para Anastasiou (2003) os elementos da discussão da ação do docente são exatamente os que se referem ao ensinar, ao aprender e ao apreender, pois muitas vezes estas ações não são executadas como ações conjuntas, pelo fato de muitos docentes ainda acreditarem que ensinar é a apresentação de conteúdos na forma de exposição, onde o professor fica como fonte de saber, transmitindo as informações e os alunos são apenas receptores. A globalização e a facilidade de acesso da população às informações por meio de mídias digitais traz a necessidade de um repensar da prática docente, a fim de agregar maior conhecimento, tornar a sala de aula mais dinâmica e proporcionar a quebra do paradigma professor-aluno, onde o aluno não deve mais ser visto apenas como um ser passivo, mas estimulado a construir seu conhecimento, sendo o professor o facilitador desse processo de aprendizagem (LIMBERGER, 2013). Nessa nova era da educação, é necessário o docente entender e se posicionar nesse contexto, voltando seu olhar para os alunos e perceber que a aula totalmente expositiva é monótona, não cativa a atenção dos alunos e, conseqüentemente, não permite a apreensão de conhecimentos (JUNIOR, 2009). Assim, para que haja uma prática efetiva, que englobe tanto a ação de ensinar como a de apreender em um processo de parceria entre professor e aluno, de maneira a superar a exposição tradicional como única forma de explicitar

conteúdos, é que se inserem as estratégias de ensinagem (ANASTASIOU, 2003). Desta maneira, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivenciada como docente no curso de Farmácia do Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN) utilizando as estratégias de ensinagem como ferramenta de construção do conhecimento, bem como as repercussões positivas no processo de aprendizagem dos alunos envolvidos no processo. Desenvolvimento: O assunto abordado foi bioquímica capilar e os procedimentos estéticos de alisamento, onde é possível a discussão sobre os aspectos químicos e bioquímicos da queratina, sua estrutura proteica e a influência do pH; aspectos biológicos relacionados ao couro cabeludo, produção de sebo, forma do fio e as fases de crescimento capilar, bem como os aspectos químicos dos alisantes capilares e os danos à saúde causados, especificamente, por produtos contendo formol, o que é proibido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por causar irritação ocular, dermatites, quedas capilares e, até mesmo, câncer de vias aéreas superiores através da inalação de vapores tóxicos emitidos durante o procedimento de alisamento (HALAL, 2014; DELFINI et al., 2011). As aulas aconteceram semanalmente por 3 semanas consecutivas e participaram das aulas trinta alunos do oitavo semestre do curso na disciplina de Tecnologia de Cosméticos. As estratégias escolhidas para as aulas foram baseadas nas estratégias de ensinagem (ANASTASIOU, 2005), trabalhando-se com oficinas e utilizando estudo de texto, tempestade de ideias/cerebral, aula expositiva dialogada, painéis, bem como vídeos e um jogo tipo quizz. Como aporte teórico foram escolhidos os artigos de Abraham et al. (2009a, 2009b) “Tratamentos estéticos e cuidados dos cabelos: uma visão médica”, partes 1 e 2. Na primeira aula, os alunos foram divididos em quatro pequenos grupos e receberam assuntos diferentes dentro

do tema. Os grupos construíram painéis com a síntese do assunto e cada grupo elegeu um aluno para apresentação do conteúdo. Neste caso, o painel foi utilizado para a construção do conhecimento e discussões e, segundo Anastasiou (2005) esta estratégia permite a habilidade de atenção e concentração, síntese de ideias e a formação de argumentos. No segundo encontro, inicialmente foi realizada uma tempestade cerebral com a pergunta “O que é alisamento capilar?”, em que os alunos foram dando opiniões utilizando frases curtas, sendo importante ressaltar que nessa técnica não há certo ou errado (ANASTASIOU, 2005). Após, foi realizado um estudo de texto, utilizando os artigos de referência teórica, para que os alunos pudessem discutir e relacionar com o que foi dito durante a atividade de tempestade cerebral. No terceiro e último encontro, foi utilizada a estratégia de um jogo tipo quiz, a fim de motivar os alunos para a busca de conhecimentos para a sua formação profissional (JUNIOR, 2009) e aula expositiva dialogada, sendo o forte dessa estratégia o diálogo, com espaço para questionamentos, críticas e a síntese do assunto (ANASTASIOU, 2005). Resultados: Durante as atividades, foi possível perceber a participação ativa dos alunos e o envolvimento com as tarefas e também foi possível verificar a construção e desconstruções do conhecimento e a possibilidade de relacionar os conteúdos dos três encontros. Os alunos discutiram sobre a influência do pH de xampus e condicionadores na fibra capilar. Houve muitos questionamentos sobre outros assuntos relacionados, como o uso de xampus sem sal, o uso de suplementos vitamínicos para crescimento capilar, entre outros. Os alunos acreditavam que apenas formol alisava e “descobriram” que há outros tipos de alisamento e que estes últimos são permitidos pela ANVISA e, ainda, puderam ter uma análise crítica e reflexiva com relação aos riscos que são

expostos os profissionais cabeleiros durante a realização deste procedimento. Na última aula, os alunos foram convidados a fazerem uma avaliação da metodologia aplicada e muitos se manifestaram dizendo que desta maneira “aprendem mais” e que são capazes de “entender melhor” o conteúdo, pois os assuntos tratados estão relacionados com o cotidiano das pessoas. Este é um ponto positivo da utilização de metodologias ativas no processo de aprendizagem, que possibilita ao aluno o pensamento autônomo e crítico sobre o conhecimento adquirido e as evidências científicas encontradas (ZEFERINO; PASSERI, 2007). Por outro lado, os novos métodos de ensino também são desafiadores e exigem do professor a seleção de estratégias pedagógicas que possibilitem a participação ativa dos alunos, sendo importante que os docentes conheçam uma grande variedade de atividades pedagógicas e que possam combinar diferentes métodos para manter o interesse do aluno (SOBRAL; CAMPOS, 2012) e desta maneira, a utilização de diferentes estratégias de ensinagem propostas por Anastasiou (2005) foram fundamentais para alcançar os objetivos propostos. Considerações finais: A utilização das técnicas de ensinagem como metodologia ativa proporcionou um aprendizado mais dinâmico e participativo, abrindo caminho para a formação de um aluno mais crítico e reflexivo, caminho esse longo, árduo, porém possível.

A VIVÊNCIA NA FACILITAÇÃO EM METODOLOGIAS ATIVAS

*Juliana Delalibera Thobias Mendes,
Francinara Lima da Silva*

Palavras-chave: Educação em Saúde, Metodologias ativas de ensino aprendizagem, Trabalho em Saúde

APRESENTAÇÃO Este relato de experiência

reflete o processo de ensino aprendizagem de um docente no processo de formação de profissionais de saúde do SUS durante o curso de especialização *latu sensu* em Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde - GCRS e o concomitantemente o seu processo de formação na Especialização Processos Educacionais na Saúde - EPES, no período de 2013 e 2014 em Manaus/ Amazonas, concebidos pelo Instituto Sírion- Libanês de Ensino e Pesquisa que ocorrem em ondas de formação em diversas regiões do Brasil. Destacam-se ainda, sentimentos importantes vivenciados nos processos ensino aprendizagem, que influenciaram na transformação pessoal e profissional da facilitadora. Os cursos são desenvolvidos em parceria com o Ministério da Saúde, por meio dos projetos de apoio ao Sistema Único de Saúde, vinculados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (BRASIL, 2009), cujo foco principal é a qualificação profissional nas áreas de gestão, educação na saúde e atenção à saúde. Esses projetos utilizam currículos orientados por competência e metodologias ativas, além de diversificadas estratégias como a aprendizagem baseada em problemas, problematização e a aprendizagem baseada em equipes. Seguindo uma abordagem construtivista de educação, o que tem contribuído para o fortalecimento da prática pedagógica fundada nos princípios da liberdade, autonomia, respeito e crítica (BRASIL, 2007). PALAVRAS CHAVES: Educação em Saúde; Metodologias ativas de ensino aprendizagem; Trabalho em Saúde. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A educação deve promover uma vivência do todo ao ser humano, da interdependência e da transdisciplinaridade, além de possibilitar a construção de redes sociais e de mudanças (MITRE et al., 2008). O processo de facilitação iniciou-se em ondas de formação, primeiro com um curso de aprimoramento, Capacitação em Processos Educacionais em Saúde - CPES, onde 10 aprendizes estavam

em formação de facilitadores objetivando a condução de três cursos diferentes: Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde, Regulação em Saúde no SUS e Educação na Saúde para Preceptores do SUS na região de Manaus. Após quatro meses de aprimoramento, a facilitadora iniciou a sua facilitação no curso de GCRS, responsável pela capacitação de 18 especializando, divididos em dois pequenos grupos. Simultaneamente ao curso de GCRS, ocorria o curso de pós-graduação EPES, onde as facilitadoras dos três cursos tinham a oportunidade de relatar suas reflexões acerca da prática de facilitação, em um espaço de atividades dialógicas promovidas por uma gestora de aprendizagem, cujo papel era potencializar o aprendizado por meio da diversidade de experiências, num processo de educação permanente, realizado durante os nove meses do curso. O processo de Educação Permanente - EP fundamentou-se na reflexão das fortalezas e fragilidades das práticas de facilitação. Os encontros eram caracterizados pelo compartilhamento e acolhimento das conquistas, dúvidas e angústias; e pela postura aberta a escuta dos integrantes do grupo. Os encontros foram realizados em espaços coletivos que possibilitaram a articulação dos atores envolvidos neste processo, e que as percepções deles fossem transformadas ao mesmo tempo que o grupo construía a sua identidade grupal. A Educação Permanente é um “processo ininterrupto de aprofundamento tanto da experiência pessoal como da vida coletiva, que se traduz pela dimensão educativa de cada ato, cada gesto, cada função, qualquer que seja a situação em que nos encontramos, qualquer que seja a etapa da existência que estejamos vivendo” (FURTER, 1974, p. 79). Durante os cursos de Pós-Graduação utilizou-se as metodologias ativas por terem uma concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivos, no qual o educando participa

e se compromete com seu aprendizado (SOBRAL e CAMPOS, 2012). A abordagem em metodologias ativas trouxe novas perspectivas para os processos de ensino-aprendizagem da facilitadora, através da criação de um ambiente favorável para sua exposição de ideias, pensamentos e sentimentos da sua prática de facilitação vivenciada no curso de GCRS, e despertou para a construção coletiva com os seus alunos, ou colegas facilitadores, de novos conhecimentos, a partir dos conhecimentos prévios que cada indivíduo dispõe. Isso ocorreu por intermédio das estratégias educacionais utilizadas como, aprendizagem baseada em problemas, aprendizagem baseada em equipe e problematização, que são combinadas com a construção de Projetos Aplicativos, Portfólios reflexivos e de Trabalhos de Conclusão de Curso – TCC. Tais estratégias estimularam os profissionais da saúde, especializando, a construir e ressignificar saberes, ampliando suas capacidades de compreensão, análise, síntese e avaliação. O participante é o protagonista do seu processo de ensino-aprendizagem e reflete sobre sua prática de trabalho numa experiência focada na relação que envolve tanto o educando quanto o educador. Nesse sentido, “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender”. Esse círculo virtuoso alimenta o processo educacional pautado na interação entre o sujeito que aprende e o mundo (FREIRE, 2013 p.25). IMPACTOS: O processo de facilitação transformou-se em um marco na vida da facilitadora e dos seus especializando do curso de GCRS, por possibilitar mudanças de mundo e apresentar um leque de novas estratégias educacionais. A análise crítico-reflexiva do exercício em Problematização, em Aprendizagem Baseada em Problemas e em Aprendizagem Baseada em Equipes possibilitou questionamentos e reflexões sobre os métodos educacionais, os quais,

a facilitadora havia vivenciado durante toda a sua vida. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os processos de ensino-aprendizagem despertaram a autonomia e competência dos sujeitos em processo, promoveu a análise crítica sobre sua realidade e seu próprio desempenho, pois ampliou horizontes para o novo, contribuindo para a aquisição de novos conhecimentos, favorecendo a interação dos indivíduos dos mais diversos níveis de conhecimento.

A VIVÊNCIA NO VER-SUS: POTENCIALIDADES NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

Maria Luanna Caroline Silva Borges, Francielly Thomas Figueiredo, Alessandro Diogo de Carli, Rafael Aiello Bomfim

APRESENTAÇÃO: O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Com intuito de inserir os estudantes universitários na realidade do SUS e prepará-los para atuarem no Sistema de Saúde Pública Brasileiro, surge em 2002, o Programa de Estágio Observacional “Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde” (VER-SUS), tendo como base a inserção dos estudantes no SUS através de vivências no período de férias universitárias. O Ministério da Saúde, com o apoio da Rede Unida, desenvolveu o VER-SUS em parceria com as Instituições de Ensino Superior em diversos estados brasileiros. Dentre os seus principais objetivos está o de oferecer meios para que os participantes do projeto tenham oportunidade de vivenciarem a realidade do SUS, suas potencialidades, fragilidades, conquistas e desafios. Dessa maneira, o estágio propõe discussões acerca dos conceitos em saúde inseridos nas vivências e interação de conhecimentos dada pela multidisciplinaridade característica,

mostrando-se um dispositivos de ensino, pois o encontro com a realidade, o desejo de ação e as experiências vivenciadas representam uma significativa aprendizagem, pois promovem e produzem sentidos para a atuação dos estudantes. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência do VER-SUS por acadêmicos de Odontologia. A vivência aconteceu no VER-SUS de inverno, durante as férias de Julho do ano de 2014, no município de Corumbá (MS). Foram selecionados 14 acadêmicos de instituições públicas e privadas do estado de Mato Grosso do Sul, pertencentes e relacionados à cursos da área da saúde. A equipe foi composta por graduandos dos cursos de Assistência Social, Biologia, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia, além de dois facilitadores que já possuíam experiência com o VER-SUS, responsáveis pela orientação durante as visitas e pelo cumprimento do cronograma proposto. O cronograma apresentou visitas diárias aos seguintes cenários: Unidade Básica de Saúde, Unidade Básica de Saúde da Família, Centro de Especialidades da Saúde da Mulher, Centro de Apoio Psicossocial (II, Álcool de Drogas e Infância Juvenil), Santa Casa, Farmácia Municipal, Centro de Saúde João de Brito, Centro de Especialidades Odontológicas, Secretaria de Saúde e Clínica de Fisioterapia Municipal. Foi possível observar a realidade/efeitos percebidos dos cenários visitados, assim como as potencialidades e fragilidades. O Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), está presente em três unidades, sendo o CAPS II (transtornos mentais graves e severos), o CAPS AD (álcool e droga) e o CAPS I (infância juvenil). Notamos aspectos positivos em relação aos grupos e oficinas artesanais e terapêuticas, reuniões mensais com familiares, planejamento semanal com as equipes e facilidade de acesso com a parte administrativa. Em contrapartida, falta de materiais

adequados à reabilitação dos pacientes, estrutura física da unidade, falta do médico psiquiatra e alimentação terceirizada com falta de orientação nutricional faz com que o atendimento seja prejudicado. A vivência nas Unidades Básicas de Saúde apresentou pontos relevantes: o Programa Mais Médicos, com 25 profissionais atuando e a aprovação positiva da comunidade; a organização dos perfis epidemiológicos da população bem como a interação da equipe multiprofissional das unidades com os usuários. Entretanto, existem falhas recorrentes a esse sistema no que se referem à desativação das salas de vacinação, a falta de profissionais capacitados, às micro áreas descobertas devido à falta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a falta de materiais em ações preventivas. Na visita à Unidade de Saúde da Família Dr. Breno de Medeiros observamos organização no exercício de função dos funcionários da equipe. A presença de programas como o Hiperdia, o Dia da Gestante e o cronograma organizado a partir da necessidade da região, favorecendo um maior controle do desenvolvimento dessas enfermidades, bem como orientam à população a aderir os serviços que são seus por direito. A busca ativa pelos pacientes, coleta de preventivo das mulheres e as ações em creches com o apoio do NASF e voluntários, formam a base do processo de trabalho nessa unidade. Em relação à atenção secundária, visitamos duas clínicas de referência. A Clínica de Fisioterapia Municipal, inaugurada em julho de 2014, com sede própria, atende cerca de 120 usuários por dia. A equipe, no entanto, encontra-se defasada devido à falta de profissionais de acordo com a demanda de usuários. Já o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) está locado em uma residência da área central, que facilita o acesso dos usuários. Existem programas que funcionam como complementos às metas dos serviços oferecidos pela unidade, como

o Brasil sorridente. O município conta com os centros especializados em saúde da mulher e doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Os serviços oferecidos pela unidade, como o planejamento familiar, as ações preventivas, as visitas em escolas e creches e também gerenciamento de palestras que orientam a população são mecanismos complementares às propostas de educação em saúde preconizadas pela rede SUS. Em compensação, a estrutura atual está inadequada e com processo de licitação em andamento para reforma e ampliação da unidade. Para os casos de HIV, AIDS e hepatites virais a cidade possui um centro de referência, onde estes usuários têm atendimento especializado, com ações preventivas em massa (épocas festivas em que as taxas de infecção aumentam), serviços de testes rápidos e de ELISA, bem como demais serviços em psicologia e assistência social. Em relação ao setor terciário, o município dispõe de uma instituição filantrópica (Santa Casa), que atende a região de Corumbá, Ladário e Bolívia. O administrador financeiro do hospital nos recebeu e apresentou toda a equipe. O empenho desenvolvido por esse diretor e toda a sua equipe, está proporcionando à Santa Casa uma oportunidade de recondição da estrutura e uma nova meta de redução de custos e quitação das dívidas. Um dos pontos negativos é a estrutura antiga e pouca acessível que é oferecida pela instituição. Outro aspecto relevante foi a interação dos viventes, de modo que a troca de conhecimentos, dada pela multiprofissionalidade do projeto, favorecesse o protagonismo engajado de futuros profissionais da saúde. Em contrapartida à situação de saúde no Brasil, o VER-SUS dispõe de diretrizes que procuram dar suporte à formação profissional na realidade do SUS. A falta de técnicas da teoria aplicada à prática é um agravante da saúde no Brasil e é um dos pontos que

o Estágio procura desenvolver. Através da experiência proporcionada pelo VER-SUS podemos perceber a ampliação dos processos de mudança na graduação, saindo de um modelo exclusivamente teórico para um encontro com a realidade, levando o aluno à reflexão das relações entre o ensino e os serviços de saúde, aliada a participação da comunidade. Levar o acadêmico para a área de atuação amadurece a forma como ele vai lidar com os desafios referentes ao seu futuro profissional, aprendendo assim a trabalhar com o conhecimento adquirido na sala de aula e com condições reais de trabalho.

ABORDAGEM DO CÂNCER DE BOCA POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UMA CONSTRUÇÃO SIGNIFICATIVA

Glória Iara dos Santos Barros, Mônica Villela Gouvêa, Paulo Vctor Oliveira Seno, Laura Regadas da Fonseca, Ana Paula de Souza Moura, Fernanda de Marins Gomes, Sandra Lucia Fonseca Alves, Kátia Regina Fagundes de Carvalho

INTRODUÇÃO: O Programa Médico de Família de Niterói (PMF) foi implantado, no município de Niterói em 1992, com a proposta de reorientação do modelo assistencial de atenção à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. O processo de trabalho busca uma relação mais próxima com os indivíduos, famílias e comunidades, pela criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população da área adstrita ao território. Dentre as atribuições das equipes, destaca-se a assistência integral, com ênfase nas ações de promoção da saúde, e o desenvolvimento de processos participativos para a promoção da saúde, incluindo a aposta em graus crescentes

de autonomia de indivíduos e famílias. A organização do trabalho proposto pelo PMF envolveu inicialmente equipes formadas por médicos e técnicos de enfermagem, em um espaço privilegiado de atenção à saúde, justificado pela possibilidade de maior aproximação com a população em um território previamente definido. Apenas a partir de 2012 as equipes do Programa Médico de Família começaram a serem ampliadas, com a inserção de enfermeiros, dentistas, auxiliares em saúde bucal e agentes comunitários de saúde. No cenário da Estratégia de Saúde da Família, a educação permanente e o trabalho em equipe são fundamentais no processo de trabalho com a saúde das famílias, sendo porosas a todos os profissionais que compõem a equipe, em contraposição e superação às abordagens convencionais médico centradas, tecnicistas e biologicistas. Este relato tem por objetivo apresentar uma dinâmica de ação integrada envolvendo trabalhadores da saúde em uma Unidade de Saúde da Família do município de Niterói/RJ. A experiência ocorreu em julho de 2015 e envolveu uma dentista e oito agentes comunitários de saúde. Relato foi elaborado com o objetivo de ressaltar a importância educação permanente no contexto do trabalho em saúde. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Na comunidade, foram diagnosticados cinco casos de câncer bucal em fase avançada nos últimos três anos. Trata-se de uma comunidade em que a população está exposta a vários fatores de risco para o câncer bucal como o tabagismo, etilismo e exposição ocupacional ao sol, por se tratar de bairro que concentra trabalhadores de estaleiros e pescadores profissionais. Diante dos casos diagnosticados e com o conhecimento da magnitude do câncer como um problema de saúde pública, a equipe de saúde entendeu que uma ação importante seria motivar os agentes comunitários de saúde para a abordagem do câncer bucal durante as

visitas domiciliares e em ações de educação em saúde, como por exemplo, em sala de espera na unidade. Em conversas iniciais os agentes comunitários não aceitaram bem a ideia de abordar o câncer bucal, alegando que não se sentiam seguros com o tema, embora já tivessem realizado ações de educação em saúde sobre vários outros temas como câncer de mama e colo de útero, doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, doenças respiratórias, dentre outros. Solicitaram então que a dentista da unidade apresentasse uma aula. Diante da solicitação de uma aula, a equipe começou a debater como abordar a temática com os ACS, fugindo ao modelo tradicional de transmissão de conhecimentos, numa perspectiva da aprendizagem significativa. A aprendizagem significativa é o conceito central da teoria da aprendizagem de David Ausubel. Trata-se de um processo por meio do qual uma nova informação relaciona-se, de maneira substantiva (não literal) e não arbitrária, a um aspecto relevante da estrutura de conhecimento do indivíduo. Em outras palavras, novos conhecimentos vão sendo adquiridos à medida que vão se relacionando com o conhecimento prévio que o aprendiz possui. Nessa lógica, optou-se por uma ação envolvendo as seguintes etapas: a) os ACS foram provocados a pensar sobre o tema, trazendo para uma roda de conversa memórias de casos que tivessem vivenciado; b) na roda de conversa, a dentista estimulou os ACS a pesquisarem sobre o tema, utilizando para tanto questões usualmente feitas pela comunidade; c) os ACS pesquisaram nos computadores da unidade com o apoio da dentista quando solicitado; d) os ACS retornaram à roda com dados de suas pesquisas; e) houve uma intensa troca de informações entre a dentista e os ACS sobre os dados pesquisados em fontes institucionais renomadas como o Instituto Nacional do Câncer e Organização Mundial de Saúde; f) o grupo decidiu

confeccionar materiais didáticos para ações de educação em saúde sobre a temática; g) durante todo o mês de agosto de 2015, dois agentes comunitários de saúde abordaram diariamente o tema do câncer bucal com os usuários que estavam na unidade de saúde aguardando por alguma consulta, curativo ou retirada de medicamento; h) a pedido dos ACS, a dentista acompanhou as primeiras atividades em sala de espera; i) em nova roda de conversa o grupo considerou que a insegurança inicial estava totalmente superada. RESULTADOS: Os agentes comunitários de saúde relataram que com a ação interativa proporcionada pela abordagem nas rodas de conversa, conseguiram se aproximar do tema de forma mais descontraída e acabaram se apropriando do assunto a partir dos debates e da construção coletiva do material educativo. Relataram também que foi a melhor experiência que tiveram de planejamento de sala de espera, atividade que desempenham sobre temas diversos há mais de um ano nesta unidade. A ação mostrou que o estímulo à reflexão coletiva sobre o tema serviu para que os profissionais se empenhassem e valorizassem seu trabalho. A partir da ação dos ACS nas salas de espera, a equipe de saúde bucal pode perceber uma maior demanda por investigações de alterações nas mucosas bucais e por agendamento de pacientes que não faziam consultas odontológicas com regularidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Dentre todos os envolvidos nas ações de atenção à saúde, o agente comunitário de saúde é o profissional que atua muito próximo à comunidade, e dessa forma o seu trabalho pode se traduzir em transformações que efetivem a prevenção e a promoção da saúde. Nas atividades de educação em saúde, a atuação do ACS, pela transmissão de informações básicas, pode contribuir para fortalecer a capacidade da população no enfrentamento dos problemas de saúde.

O desconhecimento e a insegurança acerca do câncer bucal foram ultrapassados com a ação de Educação Permanente em Saúde, o que reforça a potência desse trabalho nas equipes de saúde. A experiência fortaleceu os laços entre os componentes da equipe e proporcionou maior qualidade na abordagem da temática pelos ACS, gerando reflexos positivos para os usuários. Desta forma a equipe superou a perspectiva da reprodução de conteúdos em nome da aprendizagem significativa. A equipe avaliou que a iniciativa relatada foi bem sucedida em especial por ter se baseado na participação ativa, na integração entre teoria e prática e na aprendizagem colaborativa no enfrentamento de situações reais.

AÇÃO EDUCATIVA COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA GASTROENTERO COLITE AGUDA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cilânea dos Santos Costa, Danielle Cristina Gomes, Micarla Priscila Silva Dantas, Rayane Santos de Lucena, Cecilya Mayara Lins Batista, Jéssica Barros Rangel

Palavras-chave: Gastroenterocolite aguda, educação em saúde, prevenção

A educação em saúde é um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade. A realização desta em âmbito hospitalar possibilita torna-se essencial tendo em vista que algumas internações podem ser evitadas por meio do estabelecimento e realização de um autocuidado satisfatório.

A gastroenterocolite aguda compreende um problema de saúde pública de grande relevância, sendo uma das principais causas de mortalidade infantil, a doença é perpassada por fatores biológicos, econômicos, sociais, ambientais, culturais e de saúde sendo prevalente nos países subdesenvolvidos, onde os níveis de desigualdades sociais são mais expressivos. Em nível de Brasil verifica-se que as taxas de mortalidade infantil têm nas regiões Norte e Nordeste sua incidência maior, em comparação ao resto país, o equivalente a 63,40% na primeira e 53,64 na segunda, tal fato se vincula a pobreza e ao precário saneamento básico das regiões. Isso reflete o quadro de iniquidade em saúde no país, no qual as crianças que residem nas regiões mais pobres têm mais risco de vir a óbito, em face dos determinantes socioeconômicos e ambientais. Além dos elementos citados a população encontra entraves no processo de saúde e doença na fragilidade do acesso a saúde nessas regiões, em face, da cobertura deficitária da atenção básica em atender as suas necessidades de saúde. Na pediatria do Hospital Universitário Ana Bezerra percebe-se a partir das nossas intervenções junto às famílias das crianças e adolescentes internados que esses dados se confirmam, sendo as principais causas da gastroenterocolite aguda identificadas pela equipe de residentes multiprofissionais, o desmame precoce, introdução de uma alimentação inadequada para a idade da criança, condições precárias e/ou nulas de saneamento básico, falta de acesso a água tratada, contaminação dos alimentos e condições de moradia deficitárias, tais fatores que tem ocasionado a reincidência da transmissão fecal-oral, o que conseqüentemente, levam as reinternações por desidratação, infecções intestinais e desnutrição. Tais dados e fatores só evidenciam que para solucionar os quadros de mortalidade infantil que

envolve múltiplas determinações, é preciso apreender que a saúde da população está para além dos aspectos biológicos, enquanto apenas ausência de doença. Faz-se necessário investir em políticas sociais de forma, que rompa com essas iniquidades em saúde e atendam as reais necessidades da população. Com base no que foi exposto este resumo apresenta como objetivo principal relatar a realização de uma atividade com metodologia lúdica e educativa, com o tema “Como prevenir a gastroenterocolite aguda?”, para as acompanhantes das crianças internas no HUAB. O HUAB corresponde a uma unidade de ensino de média Complexidade ambulatorial e hospitalar, referência no atendimento materno infantil para toda a região do Trairi, localizado na cidade de Santa Cruz- Rio Grande do Norte. A referida instituição tem como missão “Prestar assistência materno - infantil qualificada e humanizada, de referência regional, servindo a um ensino voltado para uma formação cidadã.” O hospital é considerado Hospital Amigo da Criança pela UNICEF desde 1996. O HUAB desenvolve na enfermagem pediátrica o projeto de extensão intitulado “Empoderamento” que visa proporcionar as/aos acompanhantes das crianças internas o conhecimento de novas informações e formas de cuidado com a saúde das crianças possibilitando para estes a capacidade de promover mudanças no seu estilo de vida e cuidados com sua família. O referido projeto é desenvolvido pela equipe de profissionais da residência multiprofissional do referido hospital, composta por assistente social, enfermeira, fisioterapeuta, farmacêutica, nutricionista, odontólogo e psicóloga. As atividades ocorrem semanalmente, nas terças-feiras à tarde para os acompanhantes e crianças internadas na enfermagem pediátrica do referido hospital. O presente resumo expõe a atividade que foi realizada intitulada

“Como prevenir a Gastroenterocolite aguda?” que aconteceu da seguinte forma, cartazes ilustrativos demonstravam o que se trata esta patologia e qual seu reflexo nas internações e óbitos infantis, quais os sintomas mais comuns, como realizar seu tratamento e de forma podemos prevenir. Para garantir o envolvimento das crianças utilizou-se uma música educativa ilustrando quais os momentos essenciais e indispensáveis para a lavagem das mãos. Dando sequência optou por realizar uma dinâmica com os pais e acompanhantes de algumas crianças que estavam internas com o intuito de envolvê-los cada vez mais na discussão, então foi realizado o vedamento dos olhos de cada participante e estes tiveram aplicados em suas mãos tinta sem cheiro acreditando que seria um hidratante e que eles a partir disto deveriam demonstrar como realizam a higienização das mãos em casa. Após a realização da dinâmica das mãos, estas eram encostadas sob uma folha de cartolina branca para posterior avaliação dos locais que apresentam mais risco e que passam despercebidos nos afazeres diários. Por fim, foi discutido e ensinado a técnica correta de lavagem de mãos, a forma de realizar a higienização de alimentos e utensílios, assim como os cuidados que devemos ter com a água. Notou-se a partir dos reflexos das mãos expostos na cartolina de alguns dos acompanhantes, que estes não realizavam a higienização correta das mãos e que as novas informações foram muito bem assimiladas pelo público presente, que se mostrou participativo e tirando as dúvidas que os afligiam sobre cada tema. E, assim forma compartilhadas por eles as práticas diárias de como realizavam cada procedimento e como iriam realizar a partir daquele momento. A realização desta atividade também foi de grande relevância para os profissionais tendo em vista que no contexto hospitalar, o aumento nos registros do índice de Infecção

Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) pode estar relacionado a não compreensão por parte de alguns profissionais de demais envolvidos na assistência, da importância do ato de lavar corretamente e periodicamente as mãos. A partir da realização desta intervenção corrobora-se a importância da realização destas em âmbito hospitalar como importantes ferramentas de estratégia preventiva que pode e deve ser construída em conjunto (profissionais de saúde, criança, família, comunidade e sociedade em geral). A prevenção e promoção da saúde configuram-se como um caminho eficaz para a redução dos índices de internação e adoecimento de nossas crianças.

AÇÃO EDUCATIVA SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Lydia Aroz D'almeida Santana, Lucas de Almeida Silva, Talita Batista Matos, Tuany Santos Souza, Ana Cristina Santos Duarte, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Palavras-chave: Ensino, Aprendizagem, Uso Racional de Medicamentos

APRESENTAÇÃO: O movimento inovador nas metodologias de ensino e aprendizagem encoraja o aluno a se inserir no processo de obtenção de conhecimento. Dessa maneira é que se organiza esse trabalho, buscando demonstrar a importância da apropriação do conhecimento pelo discente para além do simples repasse da informação, dessa forma, objetivou-se relatar a experiência da aplicação de metodologias de aprendizagem numa escola, enfatizando o processo de construção do saber, associados à necessidade do desenvolvimento de novas concepções sobre o homem e sobre a sociedade. **DESENVOLVIMENTO:** Em um cenário de mudanças constantes,

que envolvem não só questões culturais, mas também sociais, políticas, morais e espirituais, a busca de novas concepções sobre o processo de ensino e aprendizagem orienta-nos a buscar um novo modo de agir dentro dos espaços reservados para a educação. Esse conceito contraria o que é apregoado pelo ensino tradicional através dos “programas rígidos e seletivos, de caráter sacramental”, que forma alunos passivos e simples depositários. É nesse contexto que se constrói esse trabalho, utilizando metodologias ativas para transmitir conhecimento sobre o uso racional de medicamentos, que é abordado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) da seguinte forma: “uso racional dos medicamentos requer que os pacientes recebam medicamentos apropriados para sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo possível para eles e sua comunidade”. Todavia, o que tem sido observado é que a realidade se contrapõe à proposta da OMS, sendo assim, informar e discutir sobre o tema é uma forma de minimizar o gasto farmacêutico, que atualmente vem tornando-se uma ameaça à sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde de muitos países, inclusive do Brasil. Trata-se de um estudo descritivo acerca de uma experiência vivenciada por quatro discentes do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), em atividade proposta pela disciplina Processo Ensino-Aprendizagem em Ciências da Saúde, referente ao desenvolvimento de uma ação educativa acerca de um tema de livre escolha dos mestrandos no ambiente escolar, em que fossem aplicadas estratégias de ensino abordadas durante o curso. A atividade foi desenvolvida em um período de três horas em uma turma de Educação de Jovens e Adultos (EJA) de uma escola da rede pública

da cidade de Jequié, no estado da Bahia. O horário da aula foi cedido pela docente do dia, estipulado em acordo prévio com a diretora da instituição. A turma se constituía por 32 estudantes, sendo 18 homens e 14 mulheres, com faixa etária entre 18 e 45 anos. O primeiro momento da atividade educativa limitou-se aos mestrandos se apresentaram à turma, explicando o objetivo da atividade a ser realizada. Em seguida, foi utilizada a estratégia de ensinagem tempestade cerebral acerca do tema “uso racional de medicamentos”, expressando por meio de uma frase escrita o que eles compreendiam sobre o assunto. O momento posterior pautou-se na estratégia exposição dialogada, com a dinâmica dos “mitos e verdades” como prévia para as discussões levantadas na exposição. Como forma de avaliação dos conhecimentos apreendidos, e também como retribuição à oportunidade de execução da atividade, realizou-se um jogo, “quiz”, com premiação à turma. Por fim, foi entregue aos alunos individualmente, uma avaliação da atividade realizada.

RESULTADOS E IMPACTOS: A aula foi iniciada mediante a divisão dos alunos em 4 grupos para a realização da tempestade cerebral, no intuito de criar um espaço de discussão de acordo com a questão norteadora do tema: “O que vocês entendem por uso racional de medicamentos e plantas medicinais?”. Essa metodologia é uma possibilidade de estimular a geração de novas ideias de forma espontânea e natural, onde não há certo ou errado. Tudo o que for levantado será considerado, solicitando-se, se necessário, uma explicação posterior do estudante. Nessa oportunidade os alunos puderam discutir e formar um conceito sobre o tema, embasados nas suas próprias convicções e experiências vivenciadas em relação ao uso de medicamentos e plantas medicinais. No início do levantamento de conhecimentos houve a participação da maioria dos discentes, estabelecendo-

se uma correlação com a aprendizagem significativa dos sujeitos, à medida que os seus conhecimentos prévios auxiliaram na construção e absorção de novos saberes. Pôde-se verificar através de diversas falas que há uma forte influência do saber popular atrelado aos conceitos sobre uso racional de medicamentos e plantas medicinais. Embora o censo comum tenha prevalecido, percebeu-se que os alunos possuem conhecimento sobre a dualidade do uso de medicamentos, isto é, seus riscos e benefícios. Após o momento inicial de discussão foi apresentado o conceito original sobre o uso racional de medicamentos e procedeu-se a aula através da exposição dialogada, aplicando-se a dinâmica dos “Mitos e Verdades”, com o intuito de que houvesse participação dos alunos durante toda a aula. Nessa metodologia há um processo de parceria entre professores e alunos durante o desenvolvimento do conteúdo, propõe-se aos alunos a realização de diversas operações mentais, num processo de crescente complexidade do pensamento. Reforça-se que o ponto de partida é a prática social do aluno. Durante a problematização transcorrida em cada afirmativa proposta, foi possível extrair dos grupos suas dúvidas e discuti-las de forma a suscitar nos alunos a possibilidade de construção de um olhar reflexivo e cuidadoso quanto ao uso correto de medicamentos e plantas medicinais, dado que esse tema é de extrema relevância para a saúde pública, haja vista o grande número de efeitos indesejáveis e aumento da morbimortalidade causadas pelo uso incorreto e indiscriminado de determinadas substâncias. Após a exposição dialogada, foi realizado um “quiz” com perguntas objetivas, a fim de avaliar o aprendizado da turma. Os alunos participaram intensamente das discussões, sendo percebida a expressão verbal de cada um frente ao restante do grupo, levando em conta as atitudes diante

das críticas habituais, até a decisão da resposta. Com a finalização do “quiz”, os alunos preencheram uma ficha de avaliação das atividades realizadas quanto ao seu conteúdo, clareza das apresentações, metodologia empregada e o aprendizado da turma. 62,5% dos responderam que a clareza e o conteúdo apresentado foram excelentes enquanto que 37,5% disseram que foram bons. No tocante a metodologia, 68,8% disseram que foi excelente, 21,8% bom e apenas 9,4% responderam regular. Em relação ao aprendizado da turma, 59,4% disseram que foi excelente, 28,1% bom, 9,4% regular e 3,1% ruim.

CONSIDERAÇÕES FINAIS Com a finalidade de obter um ensino mais eficiente, a disciplina Processo Ensino-Aprendizagem em Ciências da Saúde permitiu aperfeiçoamento de novas técnicas didáticas (metodologias) tornando assim, a educação mais prazerosa e inovadora. Os recursos didáticos utilizados nesse estudo foram bastante dinâmicos, garantindo resultados eficazes no processo de “ensinagem”, apesar de exigir extremo planejamento e cuidado na execução da atividade elaborada. As novas formas de pensar e atuar na educação cria possibilidades de formar cidadãos críticos e criativos, com condições aptas para inventar e serem capazes de construir cada vez mais novos conhecimentos. No entanto, processo de Ensino/Aprendizagem está constantemente aprimorando seus métodos para a melhoria da educação e dos educadores, de forma que a atividade proposta auxiliou de maneira essencial para construção no nosso saber e a troca de informações com os alunos.

AÇÃO VOLUNTÁRIA – 3º EVENTO CULTURAL E SOCIAL DAS NAÇÕES

Maykon Leal Felipe Leal Rodrigues Senossien

Palavras-chave: Enfermagem, Hipertensão, Diabetes, Promoção da Saúde

Dia 09 de Maio de 2015 os acadêmicos de enfermagem do período diurno participaram da ação voluntária da polícia militar na igreja Assembléia de Deus Nova Aliança do Brasil no bairro Coopmath sobe a vigência da professora mestranda Ariane Calixto da Universidade Anhanguera Uniderp. Na ação os acadêmicos participantes ficaram em um posto estratégico com a identificação do curso em banner, disponíveis folders sobre hipertensão e diabetes, prancheta de controle de quantas pessoas se dirigiram ao posto de enfermagem para aferirem a pressão arterial. Orientar as pessoas que procuraram a ação para aferirem o nível de pressão arterial sobre os riscos que trás para a saúde, e como o serviço de saúde pode contribuir com medicamento nos programas de Hipertensão e Diabetes, as pessoas portadoras dessas patologias. Orientação sobre a diminuição do sal, alguns alimentos que podem ser prejudiciais levando ao aumento dos triglicerídeos, a obesidade que grande parte dos portadores de hipertensão tem o índice de IMC acima do recomendado, orientar por meio dos folders o índice considerado bom, regular e o de risco relacionado aos níveis adequados. A hipertensão, ou pressão alta existe quando a pressão medida varias vezes por um profissional de saúde é igual a 14 por 9 ou maior. Hipertensão é uma doença comum que acomete uma em cada cinco pessoas. Entre os idosos ela chega a acometer uma em cada cinco pessoa. Maior parte das pessoas não tem sintomas. Por isso é chamada de ‘doença silenciosa’ a pesar da ausência de sintomas a pressão arterial elevada pode causar danos a saúde e até a morte. Diversos fatores influenciam os níveis de pressão arterial como: obesidade, tabagismo, diabetes, fatores genéticos, colesterol, álcool, sal e estresse

entre outros casos na idade avançada têm-se vulnerabilidade maior. Diabetes com vários tipos, I quando o organismo quase não produz insulina, este tipo de diabetes se desenvolve em qualquer idade sendo mais comum em crianças e adultos jovens. Tipo II não insulino dependente é o tipo de diabetes mais comuns desenvolve-se normalmente em adultos com mais de quarenta anos de idade. Tipo III gestacional relacionada à gravidez, durante a gestação algumas mulheres tendem a desenvolver esse tipo de diabetes que pode desaparecer após o nascimento do bebê. Porém há uma grande tendência de que estas mulheres desenvolvam o diabetes tipo 2 mais tarde. Alimentação é muito importante para que o nível de açúcar no sangue seja controlado e alguns devem ser evitados como açúcares refinados, mel, doces, geléias, bolos, chocolates, tortas, balas, sorvete, produtos de confeitaria, preparações salgadas, álcool, biscoitos recheados, produtos industrializados, pizzas, farinhas (mandioca, milho e trigo), massas em geral. Foi posto uma bancada com identificação em banner, folders sobre o que é hipertensão e diabetes, prancheta para controle de quantas pessoas aderiram à ação voluntária em busca dos recursos, voltada para comunidade da região. Os participantes aferiram P.A e deu orientação sobre programas de hipertensão e diabetes como base de alerta sobre os problemas que essas patologias podem levar a complicações na saúde. Pode-se observar que a população tanto feminina como masculina daquela região ainda tem dúvidas sobre a hipertensão, alguns possuíam a doença outros tem o nível regular, porém ambos não sabem o valor de uma pressão normal e quadros elevados hipertensivos, na experiência ouve relatos de AVC, diabetes, Angioplastia, derrames, infarto agudo, hipotensão e varias perguntas. Crianças também aderiram ao programa e aferiram a P.A e a principal dúvida foi: criança

tem hipertensão? E cadê aos acadêmicos explicar que crianças adquirem hipertensão e foram mencionados os alimentos que devem ser evitados, a importância que certos alimentos fazem no organismo que leva ao "coração saudável", a atividade física para acabar com o sedentarismo e diminuição do sódio. Tanto a população como os acadêmicos, teve aprendizagem e pode-se concluir que a hipertensão é preocupante e um problema de saúde pública, e no último dado do ministério da saúde cerca de 78% da população mundial possuem hipertensão e 22% não sabem ou não apresentaram quadros nem sintomas sobre a patologia, e 1 em cada 5 pessoas desenvolve por herança genética, e os hábitos de vida saudável, atividade física, sono regular, diminuição do estresse são os principais meios de prevenção e são imprescindíveis.

AÇÕES EXTENSIONISTAS EM ASSISTÊNCIA AO PORTADOR DE HTLV EM SÃO LUIS DO MARANHÃO

Adna Nascimento Souza, Thyago Leite Ramos, João Victor de Sousa Garcia, Graça Maria de Castro Viana, Vitor Pachelle Lima Abreu, Gilvania Melo da Rocha, Georgia Thamyres Leite Ramos, Ariádina Alves dos Santos

Palavras-chave: Vírus 1 Linfotrópico T Humano, Assistência à Saúde, Prevenção de Doenças

RESUMO: O vírus linfotrópico de células T humano HTLV I/II é responsável por afecções neurológicas e do sistema linfático, apresenta alta prevalência no Brasil e principalmente no Estado do Maranhão, porém esta virose é negligenciada. Dada importância é evidenciada pelo projeto "Serviço de assistência ao portador de HTLV em São Luís do Maranhão: seguimento

clínico/laboratorial e terapêutico". Este trabalho com pacientes com sorologia positiva por ELISA para HTLV I/II pela triagem do HEMOMAR, avaliando-os clinicamente através dos integrantes do projeto, realiza-se o teste confirmatório por Wester-blot e então passam por acompanhamento clínico periódico. Participam também de ações de aconselhamento promovidas pelo projeto juntamente com familiares e a comunidade assistida pelo projeto no Hospital Getúlio Vargas em São Luís - MA sobre os meios de prevenção e sobre os cuidados necessários aos portadores de HTLV de acordo com as prováveis complicações motoras e neurológicas que a infecção traz. INTRODUÇÃO: O vírus linfotrópico de células T humano tipo 1 (HTLV-1) é endêmico em várias regiões do mundo, como no sul do Japão, Caribe, África, América do Sul e Ilhas da Melanésia. No Brasil, o vírus está presente em todos os estados onde foi pesquisado, com prevalências variadas. Estima-se aproximadamente 2,5 milhões de pessoas infectadas. O HTLV-2 também se encontra presente, mas os portadores, em sua maioria, permanecem assintomáticos por toda a vida (ROMANELLI et al, 2010). Apesar de aparentemente semelhantes, apenas o HTLV-1 é sabidamente imputado como principal causador de doenças graves no hospedeiro infectado (YDY et al, 2009). A transmissão ocorre principalmente por via transfusional, através da recepção de componentes celulares sanguíneos contaminados. A transmissão entre parceiros sexuais ocorre com maior frequência do homem portador para a mulher (taxa de risco de 61% em 10 anos). No aleitamento materno a transmissão se dá pela presença de linfócitos contaminados no leite. A transmissão vertical também pode ocorrer por outras vias, provavelmente intrauterina ou perinatal, porém com menor frequência (4% a 14%). Outra via de transmissão conhecida é pelo compartilhamento

de agulhas por usuários de drogas intravenosas. (ROMANELLI et al, 2010). A resposta exacerbada induzida pelo HTLV-1 é capaz de desregular o sistema imune, com intensa resposta inflamatória, que afeta não só o Sistema Nervoso Central, como já comprovado, mas diversos tecidos (VALE, 2013). As manifestações neurológicas ocorrem principalmente por mielopatia na medula torácica baixa. O vírus está associado ainda a Leucemia/linfoma de células T do Adulto, por mecanismos fisiopatológicos diferentes da mielopatia e ocorre em geral após a terceira década de vida. (CARNEIRO et al, 2002). Apesar da importância clínica e epidemiológica e da crescente preocupação do Ministério da Saúde com a infecção por HTLV, são escassos estudos e assistência acerca desta doença no Estado do Maranhão. Deste modo, a preocupação com a virose é relevante e contribui enormemente, não só para a execução das ações de controle a serem desenvolvidas pela Vigilância epidemiológica municipal e/ou estadual, como também para reduzir a gravidade da infecção ou da doença instalada e informar a população. A partir de tudo isso, o projeto "Serviço de assistência ao portador de HTLV em São Luis do Maranhão: seguimento clínico/laboratorial e terapêutico" busca, de modo geral, confirmar o diagnóstico de infecção por HTLV 1 ou 2 em doadores de sangue no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Maranhão (HEMOMAR) por meio de teste sorológico Western Blot, estimar a prevalência de infecção por HTLV 1/2 entre os doadores de sangue no Estado do Maranhão e acompanhar o paciente soropositivo, dando o seguimento clínico necessário e orientando-o. METODOLOGIA: Os doadores de sangue detectados soropositivos para HTLV pelo método ELISA através da triagem do HEMOMAR são recebidos no ambulatório de Infectologia do Hospital Getúlio Vargas e, como os mesmos não tem como realizar exame confirmatório,

uma vez que a rede laboratorial municipal ou estadual não realiza este teste, estes são avaliados clinicamente, com preenchimento de uma ficha padrão contendo variáveis demográficas (sexo, idade, local de residência, profissão, grau de instrução e estado civil) e sendo submetidos ao teste confirmatório Western Blot, que, a partir dos anticorpos detectados, identifica o tipo de infecção, se é pelo vírus HTLV-1 ou pelo HTLV-2. (YANG, 2009) Os pacientes com resultado sorológico confirmado são convidados a participar do projeto de extensão da Universidade Federal do Maranhão: “Serviço de assistência ao portador de HTLV em São Luís do Maranhão: seguimento clínico/laboratorial e terapêutico”, com seguimento prospectivo e serão submetidos periodicamente à avaliação clínica que inclui exames de rotina, radiológicos e neurológico, observando a Escala de Espasticidade, a Escala Motora e os Reflexos Profundos e tratamento das complicações decorrentes da infecção pelo vírus. DISCUSSÃO E RESULTADOS: O projeto atende mensalmente cerca de 20 pacientes com sorologia positiva encaminhados pelo HEMOMAR, todavia, segundo dados estatísticos fornecidos pelo mesmo, há cerca de 500 novos casos de sorologia positiva no Estado do Maranhão. Vale ressaltar que esses dados refletem apenas a triagem da pequena parcela de doadores de sangue que são infectados, daí a importância do olhar do poder público sobre esta virose e a conscientização da população sobre ela. Além do mais, o projeto auxilia no cuidado do paciente com outras afecções de saúde, uma vez que nem sempre o indivíduo apresenta apenas o HTLV I/II como infecção e suas apresentações clínicas, mas também outras DST's, como sífilis, HPV, HIV, gonorréia, até transtornos psiquiátricos, procedendo, com terapias medicamentosas e encaminhamentos médicos. Vale ressaltar ainda que, na

maioria das vezes, os pacientes chegam ao ambulatório do projeto com informações distorcidas ou imprecisas fornecidas pelos próprios funcionários do centro de saúde em que foram diagnosticados, assim como há adultos pacientes que há muito tempo apresentam afecções clínicas, inclusive desde a infância, porém sem diagnóstico ou há pouco tempo diagnosticado, retardando o tratamento e piorando o prognóstico. Ultimamente o projeto, o único serviço a dar assistência ao paciente portador do vírus HTLV I/II no estado do Maranhão, tem recebido pacientes encaminhados pela Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação tamanha a demanda, que parece aumentar, apesar do trabalho realizado pelo projeto, ainda é insuficiente para a realidade do estado. CONCLUSÃO: A infecção pelo HTLV I/II possui índices alarmantes no estado do Maranhão, porém é negligenciado pelo governo nas esferas municipal, estadual e federal. O projeto encaminha os pacientes para o teste confirmatório e fornece acolhimento, assistência médica aos pacientes e familiares sintomáticos ou não, além de informação sobre prevenção e aconselhamento, contribuindo para melhoria de vida da população.

AÇÕES INTERDISCIPLINARES DE EDUCAÇÃO E SAÚDE NA COMUNIDADE: UMA EXPERIÊNCIA ACADÊMICA

Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho, Lia Dias da Costa, Graziela Alebrant Mendes, Nara Marisco, Cristiane Giacomolli, Elisete Cristina Krabbe, Milene Almeida Ribas

Palavras-chave: Educação, Saúde, Comunidade, Interdisciplinaridade

Introdução: A Secretaria Municipal de Educação e Saúde de Tupanciretã/RS e o Centro de Atendimento ao Educando (CAE) da cidade, em parceria com a Universidade

de Cruz Alta, realizaram no dia 07 de novembro de 2014 a 3^a Feira de Saúde. A Casa de Cultura Mariano Beck e a Praça Coronel Lima receberam o evento, que reuniu estudantes da rede pública local e comunidade em geral, em uma grande convergência cultural, coordenada por diversos atores da saúde e da educação. Peduzzi (2005) desenvolve o conceito de trabalho em equipe como uma modalidade de trabalho coletivo, em que se configura a relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes, a busca de consenso com base na prática comunicativa, isto é, na comunicação orientada para o entendimento, permite a construção de um projeto assistencial mais adequado às necessidades de saúde da comunidade, ao invés de apenas reiterar o projeto técnico dado a priori. Diversas ações de proteção, promoção e prevenção que integram saúde e educação foram efetivadas no evento. Os profissionais que estiveram participando do evento atenderam tanto o público jovem, como adultos e idosos, movimentando de forma surpreendente e positiva a cidade de Tupanciretã/RS. Objetivo foi de integrar acadêmicos da saúde na comunidade proporcionando a formação de profissionais habilitados a compreender a saúde da população no contexto da atenção básica, além de capacitá-los a atuar de forma interdisciplinar em ações de promoção e prevenção da saúde. A definição de uma política municipal de educação em saúde, especialmente se pautada pelos princípios da educação popular, tem o papel importante de induzir novas práticas nos serviços de saúde, propiciando uma valorização do saber popular e do usuário, fazendo ver aos profissionais o caráter educativo das ações de saúde, facilitando a participação de importantes atores sociais da comunidade no processo de construção da saúde (ALBUQUERQUE, 2004). Descrição da experiência Projeto PIBEX/UNICRUZ, no

qual participaram uma população em torno de 2.000 pessoas: alunos da rede pública, Grupo Gestor Municipal (GGM/SPE) e comunidade em geral. Todas as intervenções e atividades foram executadas na praça central da cidade pelos acadêmicos dos cursos da saúde da UNICRUZ (Fisioterapia, Biomedicina, Enfermagem, Medicina Veterinária e Estética e Cosmetologia). Ações buscando diagnósticos, promovendo conhecimentos para a melhoria da saúde, levando à reflexão e tomada de atitudes impactantes numa melhor qualidade de vida foram efetivadas. Resultados e/ou Impactos: O curso de Biomedicina trabalhou informações gerais sobre a prevenção e controle dos diabetes e hipertensão arterial, além de outras dicas de saúde. Aplicou teste de tipagem sanguínea, glicose, no qual 66 pessoas participaram, sendo 53,03% (n=35) do gênero feminino e 46,97% (n=31) do gênero masculino. Com o percentual de idade de 12 a 78 anos. Deste percentual 23% (n=15) estavam em jejum, e o restante 77% (n=51) não estava. Das pessoas participantes, 15% (n=10) tem diabetes e 85% (n=56) não possuía a doença. O curso de Enfermagem deu orientações de como fazer o autoexame de mama e aferiu da pressão arterial. Do autoexame de mama, 53 pessoas participaram, de 13 a 72 anos, sendo 6% (n=3) do sexo masculino e 94% (n=50) do sexo feminino, entre elas 18% (n=9) fazem o autoexame em casa, o restante 82% (n=41) somente em consultório. Com referência a pressão arterial, 118 pessoas participaram, de 13 a 79 anos, sendo 32% (n=38) do sexo masculino e 68% (n= 80) do sexo feminino. Os valores considerados normais: pressão sistólica entre 10 e 14 cm de Hg (100 e 140 mm) e pressão diastólica entre 6 e 9 cm de Hg (60 e 90 mm), entre eles 18% (n=21) estavam com a pressão arterial alterada e 82% (n=97) estavam com a pressão normal. Do público participante, 32% (n=38) fazem uso de medicação e 68% (n=80) não fazem

uso de medicação. O curso de Medicina Veterinária trabalhou informações gerais sobre zoonoses (doenças e infecções transmitidas para o homem através dos animais), 203 participantes, sendo 68% (n=138) do gênero feminino e 32% (n=65) do gênero masculino, 9% (n=18) diziam saber o que são zoonoses e 91% (n=185) diz não saber. Somente com o conhecimento podemos prevenir as zoonoses. Portanto é preciso a mudança de atitude, que deve ser estimulada entre as crianças, adolescentes e adultos jovens na escola e na comunidade. Sabemos que há carência de trabalhos educativos com a comunidade sobre a promoção do bem-estar animal e o controle de zoonoses (SOTO et al., 2006). Acreditamos que o conhecimento transmitido pelos acadêmicos do curso de Medicina Veterinária orientando medidas de prevenção e promoção da saúde a toda a comunidade escolar contribuirá para que zoonoses deixem de ser um problema grave de saúde pública. O curso de Estética e Cosmética, aproveitou o dia ensolarado e quente e orientou a forma correta de se usar o protetor solar e evitar o câncer de pele, devido a seu fator, pelas grandes incidências de raios UVA/UVB e também realizaram atividades com o público, como limpeza de pele, sobrancelhas e maquiagem. Já o curso de Fisioterapia realizou uma Oficina Pedagógica coordenada pelos acadêmicos do curso, atuantes no Projeto Potoc da Prevenção, Projeto do Programa Institucional de Bolsas de Extensão (PIBEX/ UNICRUZ), foi uma das principais atrações da Feira da Saúde de Tupanciretã. A Oficina Pedagógica, tinha como tema “Alunos do ensino fundamental e médio: conhecimento e preconceito sobre o HPV”. O Projeto “Potoc da Prevenção” resultou na criação de um concurso estudantil de painéis. A competição educativa mobilizou alunos do Ensino Fundamental e Médio. Totalizou 11 trabalhos apresentados pelas escolas, três

foram premiados e um recebeu menção honrosa de criatividade. Considerações Finais: O trabalho desenvolvido se mostrou bastante proveitoso tanto para a comunidade quanto para os estudantes participantes. O trabalho revelou que práticas interdisciplinares podem ser o fio condutor para facilitação da integração entre formação e serviço, na qual o cuidado integral, de acordo com as necessidades sociais da população, requer o compromisso de todos seus atores. Os profissionais que estiveram participando do evento atenderam tanto o público jovem, como adultos e idosos. A participação de ambos em diversas ações de proteção, promoção, prevenção e assistência que integram saúde e educação contribuiu para o fortalecimento de uma cultura de valorização da vida e promoção à saúde que inclui a prevenção e o acesso aos recursos necessários para a sua efetivação.

ACOLHIMENTO E INTEGRALIDADE NO CUIDADO: TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS E SUA IMPORTÂNCIA NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Wânia dos Santos Weingartner Matos, Anna Paula Lé Queiroz, Ariele dos Santos Costa, Fernando Pierette Ferrari

Palavras-chave: Acolhimento, integralidade, criação de vínculo, formação profissional

APRESENTAÇÃO: O acolhimento é um conceito que se estabelece para expressar as relações entre usuário e profissionais de saúde, sendo ele uma das diretrizes de maior relevância na política de humanização do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse acolhimento implica em uma relação cidadã, humanizada e de escuta qualificada, para obter uma resolutividade do atendimento, adequação do serviço às necessidades dos usuários, além de ser

um importante instrumento na construção de vínculo. Criar vínculos significa ter relações próximas e claras, se sensibilizar com as dificuldades, a fim de favorecer uma intervenção ampla e que possa melhorar a qualidade da assistência. Sabe-se que a busca de transformações no processo de formação de profissionais de saúde traz muitas mudanças, dentre elas, a integralidade no cuidar. A integralidade está presente nas conversas e nas atitudes dos profissionais, que buscam ir além de suas demandas específicas, sendo mais capazes de acolher e estabelecer vínculos visando assim às necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. O nosso objetivo é relatar a percepção dos discentes sobre acolhimento e integralidade no cuidado na estratégia saúde da família do município de Campo Grande. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: No decorrer da graduação, aprendemos que a formação de um profissional não se resume apenas no aprendizado de competências e habilidades de ordem técnica, precisamos de articulação teórica - prática em torno da concepção ampliada do processo saúde-doença em todos os níveis de atenção à saúde. O curso de Fisioterapia na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul através de um projeto pedagógico, inovador com novas formas de ensino, está adequando-se à formação de profissionais críticos-reflexivos – desenvolvida na disciplina de Tópicos Especiais I, nós tivemos oportunidade de levantar informações dos usuários da estratégia saúde da família do bairro COHAB. Os acadêmicos foram divididos em grupos com finalidade de acolher uma família durante o semestre. As visitas domiciliares iniciaram-se com conversas informais para a construção de um mapa conceitual, a fim de visualizar o processo de trabalho existente no serviço de saúde. A elaboração do mapa conceitual foi um instrumento flexível usado como meio de avaliação e recurso

de aprendizagem, que leva a profundas modificações na maneira de ensinar, avaliar e aprender. No transcorrer das visitas, percebemos a necessidade de ampliar o foco do trabalho realizado, propondo atividades de educação em saúde visando promoção e prevenção. Foi elaborado, por este grupo, um plano de intervenções para a família, na qual a primeira fase constituiu-se na construção do “Pentágono do Bem-Estar” para avaliação do estilo de vida dos indivíduos, onde os componentes avaliados foram características nutricionais, atividade física habitual, comportamento preventivo, relacionamentos e nível de stress. Na segunda fase, foram aplicadas “tarjetas” como uma forma dinâmica de identificação situacional do indivíduo - foram divididas em duas etapas com: perguntas que você deve fazer a si mesmo e análise para solução de problemas. Os próprios usuários identificaram suas potencialidades e fragilidades de acordo com as perguntas que lhes eram feitas. Na terceira fase, aplicamos uma dinâmica sobre alimentação e orientações de hábitos alimentares através da pirâmide alimentar, considerando que a nutrição é um dos principais determinantes da saúde e do bem estar. Na quarta fase, aplicamos intervenção sobre problemas com o sono e inatividade física, pois sabemos que sono adequado influencia muito na longevidade e bem-estar do ser humano e a prática regular de exercícios físicos acompanha-se de benefícios que se manifestam sobre todos os aspectos do organismo. Na quinta fase do processo, construímos com a família um gráfico para análise do humor, sendo o estilo de vida e a alteração do humor a forma com que as pessoas vivenciam a realidade e conseqüentemente fazem suas escolhas, este gráfico analisou a mudança de humor dos indivíduos em diferentes períodos do dia de uma forma lúdica. Após o diagnóstico situacional, propusemos

a família que levassem propostas de resolução para os problemas encontrados, priorizamos o que tinham para nos mostrar. Os usuários apresentaram fragilidades tanto nos aspectos físicos como psicológicos. No que se refere ao conhecimento sobre alimentação observou-se que as noções que eles trouxeram foram construídas através do estilo de vida e meios de comunicação, sendo que nem sempre essas noções se traduzem em conhecimentos ou estabelecem uma alimentação saudável. Com a investigação da dinâmica da alimentação pode-se afirmar que a educação alimentar da família apresenta lacunas para orientações de hábitos alimentares, que podem ser implementadas visando a formação de conceitos e as mudanças de comportamento. Verificou-se a necessidade dos usuários, de praticarem atividade física, ressaltando que ela deveria ser realizada com indicação e acompanhamento de um profissional. Foram ainda identificados aspectos comuns de variações de humor nos resultados apresentados. Dentre os benefícios das propostas estava a melhoria do convívio tanto no quesito familiar e social, promover o bem-estar físico e mental consequentemente melhora da qualidade de vida. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Observou-se diante das visitas realizadas, colaboração, responsabilidade, compromisso da família e isso facilitou a criação do vínculo, fortalecendo ações e atividades de ensino e assistência, colaborando para nossa formação profissional devido à experiência vivida. Vimos que mesmo inseridas na estratégia, essas famílias ainda apresentam fragilidades que precisam ser acompanhadas mais de perto pelas equipes. O acolhimento, como prática de saúde desencadeou transformação no nosso processo de trabalho e consequentemente a postura diferenciada contribuiu para colaboração dos pacientes. Sendo assim a formação

de profissionais sob o ponto de vista da integralidade significa mudar o modelo tradicional de formação e reorganizar os serviços e processos de trabalho que neles estão inseridos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As ações nos territórios de prática favoreceram a construção de vínculo e confiança entre discentes e usuários, permitindo uma intervenção individual e voltada para mudanças de comportamento e promoção da saúde. Os serviços precisam ser mais qualificados, mais humanizados e mais acolhedores para se produzir saúde e para que os usuários tenham mais condições e atitudes de se responsabilizarem e traçarem sua trajetória. Nessa perspectiva a capacidade de ouvir e dialogar com os pacientes, entender acerca das suas necessidades, terem uma fundamentação integral do ser humano é importante para que o profissional seja capaz de assumir uma nova visão da realidade e também propor soluções para os problemas neles existentes.

ADOLESCÊNCIA SOB A CONCEPÇÃO DE ESCOLARES DAS TRÊS ÚLTIMAS SÉRIES DO ENSINO FUNDAMENTAL

Évany Maria Umbelina Amorim Smith, Ana Caroline Batista da Silva, Ingrid Raiane Renê Cordeiro, Chistopher Wallace Souza do Nascimento

Palavras-chave: Adolescentes, Educação, Saúde

APRESENTAÇÃO: A adolescência é uma fase que constitui uma transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada por mudanças biológicas, psicológicas e sociais. Deve-se levar em consideração que o perfil dessa fase da vida é muito mais abrangente, uma vez que varia de acordo com o contexto histórico-social, ou seja, os valores, o entretenimento, a perspectiva da

sociedade sobre o adolescente, a linguagem e outros comportamentos sociais estão em constante mudança no passar das décadas e são variáveis de acordo com a sociedade. A enfermagem tem um papel fundamental no planejamento de ações educativas que visem atender de forma global esse grupo. Objetivamos conhecer a concepção de adolescentes sobre o tema adolescência e discutir as diferentes concepções de adolescentes diante da adolescência. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório de caráter descritivo. Realizado com turmas de 6^ª, 7^ª e 8^ª série do ensino fundamental da Escola de Aplicação da Universidade Federal do Pará, totalizando três dias. Tendo como critério de inclusão a disponibilidade das turmas para a atividade proposta. As ações educativas decorreram ao longo de 3 dias, sendo cada dia com uma turma diferente, onde era discutido um tema central: Adolescência. O primeiro momento da ação tinha como intuito a socialização entre acadêmicos e alunos, em que todos os presentes deveriam se apresentar dizendo seus nomes e idades, em seguida foi proposta a formação de três grupos, em números de membros proporcionais, de acordo com a afinidade. Cada grupo possuía dois acadêmicos como monitores, responsáveis por orientar quanto à execução da atividade. Foram disponibilizados materiais como revistas, jornais, lápis de cor, tesouras, cola, canetas e duas cartolinas por grupo. Cada grupo possuía uma cor de cartolina específica para ajudar na diferenciação dos demais. O primeiro cartaz a ser feito foi dividido em duas partes: “O que é adolescência?” e “Como está sendo a adolescência para você?”, o segundo foi elaborado de acordo com subtemas sorteados entre os grupos, que foram: “Problemas na adolescência”, “Saúde na adolescência” e “Puberdade”. Os grupos utilizaram os recursos fornecidos

para elaborar colagens, desenhos e palavras expressando suas concepções sobre as temáticas propostas. Após a construção, os grupos socializaram as ideias expressas para os demais e, com base no exposto, os acadêmicos comentaram o que foi abordado. Como forma de avaliação, foram distribuídas folhas A4, e os alunos foram conduzidos a dobrar e rasgar o papel, que ganhou o formato de uma camisa, chamada de “Camisa da Adolescência”, que tinha o objetivo de receber a síntese de tudo o que eles apreenderam durante a atividade através de uma palavra, frase ou qualquer outra forma de expressão escrita por eles. Ao final, as “Camisas da Adolescência” eram penduradas em um varal, chamado “Varal da adolescência”. A turma da 6^ª série era composta por quantidades iguais de meninos e meninas, a faixa etária, era de 11 a 14 anos, com predominância de 12 anos. Na divisão dos grupos, formaram-se um de meninos, um de meninas e outros por ambos os sexos. Em “O que é a adolescência?” conceituaram como algo que está entre a infância e a fase adulta, implícito na frase “um divisor de águas”, também trouxeram o estudo como atividade presente nessa fase e retrataram as mudanças corporais citando a menstruação e a maturação corporal. Amizade e brincadeiras e uma maior preocupação com a autoimagem também foram abordadas. No tópico “Como está sendo a adolescência?”, colocaram, ainda que superficialmente, o namoro como característico desse período. A tecnologia se faz presente na interação entre eles, através das redes sociais, bem como outras formas de entretenimento, como jogos e a música. A 7^ª série, por sua vez, ao conceituar o que é adolescência, destacou como necessidade a vaidade e a aparência. Afirmaram também que adolescência é ter responsabilidade, estudar, diferenciar certo e errado e uma fase de maturação no sentido de mudanças corporais. No cartaz denominado “Como

está sendo?”, o amor aparece como um dos principais quesitos na vida do adolescente, em contrapartida, os fracassos de relacionamentos amorosos também foram evidenciados. Além disso, as redes sociais e a tecnologia, também foram uns dos itens observados e representados como algo do cotidiano com uma importância bastante significativa para eles. Importante destacar algumas características citadas somente pelos meninos e outras somente por meninas. A importância da liberdade foi uma dessas características, criticada pelas meninas, e ao dizerem que a adolescência não está sendo como deveria, demonstram uma frustração nesse aspecto da liberdade. Relataram sentir mais necessidade em ter privacidade. Algo que as diferenciou dos meninos também foi o pensamento em relações amorosas, que elas destacaram bastante, incluindo o início de relações sexuais, ao contrário dos meninos que não citaram nada relacionado a esses aspectos. Já a 8^a série quando questionada sobre “O que é adolescência?” foi bem unificada quanto às suas descrições. Amor, namoro, paixões e vaidade são temáticas que, no geral, foram mais apresentadas pelas meninas, onde expuseram a ideia de que é nesta fase que novos sentimentos surgem. Os estudos foram brevemente citados como parte importante da adolescência. A família foi mencionada como parte fundamental. Mostraram também a importância que a boa aparência tem para um adolescente, pois é nesta fase que começam as mudanças corporais e eles notam mais o próprio corpo. As amizades neste momento são de grande importância para a convivência social, tantos os amigos pessoais como os virtuais tem enorme significância. A adolescência está sendo para os meninos, em sua maioria, o interesse por práticas de exercícios físicos. Consumir foi abordado tanto pelos meninos quanto pelas meninas,

onde eles relatam a necessidade de adquirir objetos (principalmente ligados à tecnologia), interesse exposto através de frases como “eu preciso disso” e “compra mãe”. Colocaram o uso de drogas como um acontecimento problemático comum, que pode ocorrer na adolescência devido à curiosidade, bem como a gravidez, resultado de uma relação sexual sem proteção. Os alimentos não saudáveis são colocados como algo cotidiano, por mais que saibam do “mal que eles trazem” continuam a consumi-los. RESULTADOS: As preocupações com as mudanças do corpo foram relatadas de forma mais intensa pelas meninas, evidenciando a elevação da vaidade. Em relação a “namoro”, 7^a e 8^a séries aparecem com maior frequência, principalmente pelas meninas, enquanto que a 6^a série mostrou como algo ainda a ser iniciado. A consciência a respeito do surgimento da responsabilidade também apareceu de forma geral nas atividades, podendo-se inferir que esses adolescentes têm noção do processo de amadurecimento por qual estão vivenciando. E também foi possível afirmar que nas diferentes séries, a faixa etária é fundamental para o nível de entendimento do que é a adolescência pelos alunos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante do que foi exposto, torna-se nítido a importância de desenvolver ações educativas que visem atender de forma integral à saúde dos adolescentes, esclarecendo dúvidas e sensibilizando-os na prevenção de doenças, de acordo com as especificidades de cada adolescente. Frente a essa realidade, os enfermeiros precisam buscar aprofundar conhecimentos através da pesquisa sobre essa etapa da vida do ser humano, dentro de um contexto sociopolítico e cultural. Desta forma poderão planejar uma assistência de qualidade, voltada para as necessidades dessa população de forma integrada.

ALGUMAS PALAVRAS SOBRE O PROJETO RONDON/MS: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA ACADÊMICA

Rafaela Sona Fernandes, Margareth da Silva Coutinho

Palavras-chave: Projeto Rondon, Extensão universitária, Cidadania

O presente trabalho descreve a experiência de uma acadêmica de odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) na campanha de julho/agosto de 2015 do Projeto Rondon/MS, desenvolvida na cidade de Ladário-MS. Este trabalho visa destacar a importância de projetos como este, tanto para melhorar a qualidade de vida da população local, quanto para agregar à formação acadêmica futuros profissionais mais conscientes e humanizados. O Projeto Rondon/MS é uma organização sem fins lucrativos que tem por missão mobilizar a juventude universitária a fim de estimular uma consciência crítica a respeito das realidades do Estado de Mato Grosso do Sul, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e solidária. Este projeto de extensão se baseia na filosofia humanista de Cândido Mariano da Silva Rondon, renomado coronel engenheiro, conhecido atualmente como Marechal Rondon. Ele comandou diversas comissões de linhas telegráficas no Amazonas e no Mato Grosso, que foram muito importantes para o avanço da comunicação no Brasil e para o povoamento e desenvolvimentos dessas regiões. Estas comissões o levaram a se deparar com diversos grupos indígenas que não haviam tido contato com a civilização. Estas experiências despertaram nele o sentimento de compaixão, sentimento este que, juntamente a sua ideologia positivista, o fez criar o Serviço de Proteção ao Índio em 1910, com o objetivo de defender um tratamento mais

humanitário aos indígenas e integrar esses povos à sociedade. (TACCA, 2002) O caráter pacifista, humanista e assistencialista de suas comissões foi copiado para diversos programas da atualidade, inclusive para o presente projeto, que estendeu esta filosofia para a parte mais carente da população sul-mato-grossense, que assim como os índios que Rondon encontrou em suas expedições, são também marginalizados na sociedade cotidiana. Seguindo esta linha de pensamento, foi realizado nos dias 18 de julho a 7 de agosto de 2015 uma campanha do Projeto Rondon/MS na cidade de Ladário/MS. Esta contou com a ajuda de 28 universitários voluntários, um coordenador e uma médica veterinária professora da UFMS, os quais ficaram hospedados na Marinha do Brasil. As áreas de graduação dos acadêmicos eram diversas como por exemplo, odontologia, enfermagem, letras, pedagogia e jornalismo. Isso possibilitou uma integração multidisciplinar na qual cada um tinha algo a acrescentar e algo a aprender. A equipe de odontologia, da qual a acadêmica em questão fez parte, era composta por quatro universitários, sendo dois da UFMS e dois da Universidade Anhaguera-Uniderp. Logo nos primeiros dias, foram realizadas reuniões com o secretário municipal de saúde de Ladário, Dr. Cleber Colleone, para diagnosticar a situação de saúde bucal da população local e traçar um plano de ação para esta comunidade. As ações então planejadas tinham objetivos claros e divididos em faixa etária. Para as crianças de 0 a 4 anos buscaram viabilizar o primeiro contato delas, de forma lúdica, com os métodos de higiene oral e com o cirurgião dentista. Para o público de 6 a 12 anos a finalidade era elucidar sobre a evolução da doença cárie e como preveni-la, focando na melhor técnica de escovação, correto uso do fio dental, alimentação saudável e na importância do comparecimento frequente no cirurgião dentista. Já para a população

de adolescentes e adultos o intuito era explicar sobre os riscos de desenvolvimento de câncer bucal, relatando a importância do autoexame. Informar sobre a transmissibilidade de algumas doenças pela boca, salientando a origem, sinais clínicos e formas de prevenção. Além de mostrar o modo correto manejo da prótese dentária. Para alcançar estes objetivos foram utilizados materiais lúdicos e/ou ilustrativos como dentes de EVA decorados, macro modelo odontológico, uma arcada dentária de isopor em tamanho ampliado, escova de dente, fio dental, uma fantasia de dente, teatro de fantoches com personagens voltados para odontologia, flipchart feito também de EVA explicando o processo de evolução da cárie, jogos recriados para odontologia como “odontodamas”, jogo da memória e dominó, desenhos para colorir, datashow, próteses dentárias para demonstração de higienização e armazenamento, assim como um banner auto explicativo e distribuição de panfletos sobre câncer bucal. As diversas atividades foram desenvolvidas no Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI) Neusa Assad Malta (23/07), no CEMEI Ernesto Sassida (27/07), na Casa de Acolhimento de Ladário (27/07), no bairro Seac de Ladário juntamente com a Operação Ágata, ação cívico social realizada pelas forças armadas nas regiões de fronteira (29/07). Também na Escola Municipal de extensão rural Maria Ana Ruso (30/07 e 4/08) e na feira de Ladário (01/08), onde foi desenvolvido o dia “D” do Projeto Rondon/MS com estandes de cada equipe de atuação disponibilizando informações, entretenimento e prestações de serviços gratuitos à população. Nos últimos dias, as atividades foram realizadas nas Escolas Estaduais Leme do Prado (3/08) e 2 de setembro (5/08). Além dessas atividades foi também realizada, com ajuda da equipe de odontologia, uma triagem nos adolescentes que residiam na Casa de

Acolhimento de Ladário, adolescentes estes que foram afastadas do convívio familiar por decreto judicial. Esta triagem, feita pela dentista Rena Vaz, tinha por objetivo o preenchimento de uma ficha que dá a eles a oportunidade de participarem do programa “Turma do Bem”, um programa de dentistas voluntários que se dispõem a oferecer atendimento odontológico gratuito, para adolescentes que não têm condição de pagar. As consequências dessa campanha na população local não podem ser mensuradas em curto tempo, por se tratarem de ações de promoção e prevenção de saúde que atuam melhorando a qualidade de vida a longo prazo. Entretanto, através de depoimentos de ladarenses que vivenciaram as ações, é possível identificar o incrível impacto positivo que o Projeto Rondon/MS teve nesta comunidade. Como por exemplo no seguinte depoimento de Malquisua Dias Rota da Costa Carvalho, 52 anos, professora da E.E. Leme do Prado: “...o projeto vem em boa hora e trouxe para eles mais experiência de como eles devem fazer com a higiene bucal... eu gostaria que voltassem outras vezes porque eles aprenderam muito com a demonstração dos acadêmicos...”. Porém, a maior mudança se encontra realmente na acadêmica em questão, que relata ter uma nova visão sobre a sociedade e sobre o seu papel neste meio social. Após essa experiência ela acredita em um país melhor para todos, mais igualitário e justo, e sabe que para que isso aconteça ela deve fazer sua parte sendo uma profissional mais consciente da realidade ao seu redor, exercendo a sua cidadania e doando parte do seu tempo para auxiliar ao próximo. Concluímos que esta campanha é importante pois teve efeitos benéficos e direto na população ladarense, proporcionando um intercâmbio social entre os universitários e a comunidade. Capacitou a comunidade local para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e

saúde, viabilizou a aplicação extramuros dos conhecimentos aprendidos em sala de aula, demonstrou a importância do trabalho em equipe e ensinou a superar as adversidades encontradas. E, despertou na acadêmica citada neste relato, o ideal humanista como o de Marechal Rondon, que seria muito bem-vindo na sociedade atual que prega o individualismo e descaso com os outros.

ANALISE DA FERRAMENTA PEDAGOGICA DO MÓDULO SISTEMA NERVOSO: RELATO DE VIVÊNCIA

Alisson Cleiton Cunha Monteiro Monteiro, Bárbara Maria Soares Wanderley, Kerle Dayana Tavares Lucena, Salomão Nathan Leite Ramalho, Lucas Pereira Oliveira, Anne Karolline Mendes Silva, Ingrid Freire Figueiredo, Ana Luísa S Simões Brito

Palavras-chave: sistema nervoso, avaliação, anatomia

INTRODUÇÃO: O módulo Sistema Nervoso que versa sobre a anatomia humana é uma disciplina tradicional dos cursos da área da saúde, sendo considerada básica para a formação do profissional da saúde, tendo sua história confundida com a história da Medicina. Contudo sua relação interdisciplinar torna-se imperiosa com alicerces das disciplinas profissionalizantes dos cursos da área de saúde. Docentes e discentes constituem uma peça fundamental para contribuir no processo ensino aprendizagem. As percepções e sugestões das partes se tornam relevantes nas propostas para melhoria da qualidade do ensino. Com as frequentes vertentes transformadoras observadas na conjuntura mundial, a universidade tem, hoje, o dever de proporcionar ao estudante uma formação ímpar para que ele possa almejar tornar-se um profissional livre da visão unilateral que absolutiza valores e crenças dos grupos

sociais, com um perfil crítico e criativo frente às distintas situações do cotidiano, com bom domínio da tecnologia em vigência, de dinâmica em grupo e destreza na comunicação. A Anatomia Humana constitui uma disciplina da área de conhecimento que se denomina ciências morfológicas, cujos conhecimentos são indispensáveis para uma formação ético-profissional de qualidade no âmbito da saúde. Nesse contexto, torna-se de fundamental importância a busca de métodos inovadores que facilitem o processo de ensino e aprendizagem. Para tanto, o educador precisa construir práticas pedagógicas inovadoras que possam coadunar o domínio dos conteúdos específicos, como também dos pressupostos pedagógicos envolvidos no processo de ensino e aprendizagem. As práticas devem ser transformadas para formar profissionais generalistas com competências e habilidades para atender os usuários do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, a prática escolar consiste na concretização das condições que asseguram a realização do trabalho docente. Tais condições não se reduzem ao estritamente “pedagógico”, já que a escola cumpre funções que lhe são dadas pela sociedade concreta que, por sua vez, apresenta-se como constituída por classes sociais com interesses antagônicos. A prática escolar assim, tem atrás de si condicionantes sociopolíticos que configuram diferentes concepções de homem e de sociedade e, conseqüentemente, diferentes pressupostos sobre o papel da escola, aprendizagem, relações professor-aluno, técnicas pedagógicas etc. Fica claro que o modo como os professores realizam seu trabalho, selecionam e organizam o conteúdo das matérias, ou escolhem técnicas de ensino e avaliação tem a ver com pressupostos teórico-metodológicos, explícita ou implicitamente. **OBJETIVOS:** baseado nos relatos de experiência de acadêmicos objetivou-se identificar a

existência de níveis aumentados de tensão e pressão ao corpo discente dos cursos de graduação em medicina, durante as avaliações práticas da disciplina de anatomia humana. Tais fatores podem alterar o comportamento funcional na esfera acadêmica, afetando assim o rendimento cognitivo, como exposto o indivíduo a um estresse mental momentâneo. Fator esse que diminuirá certamente a capacidade cognitiva do indivíduo. Descrevemos e discutimos, dentro do campo acadêmico, as consequências certamente desfavoráveis da ansiedade gerada nas avaliações práticas tradicionais de anatomia, modelo adotado por várias Faculdades e Universidades atualmente. **METODOLOGIA:** trata-se de um relato de experiência produzido por discentes do segundo período do curso de graduação em medicina durante as práticas do módulo Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos, no período de agosto a outubro de 2015. Utilizou-se para coleta de dados um roteiro semiestruturado com questões norteadoras que expressassem de forma resguardada e anônima a sua real satisfação no desenvolver das avaliações nos laboratórios de anatomia do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba. Os dados estatísticos foram analisados e nos permitiram identificar os aspectos relacionados a satisfação discente quanto a ferramenta pedagógica elaborada e ofertada por muitas ementas dos referidos cursos, pertinente aos módulos e/ou disciplinas no curso de graduação em medicina, bem como será exposto nos nossos resultados. **RESULTADOS:** Uma boa parte dos professores, provavelmente a maioria, baseia sua prática em prescrições pedagógicas que viraram senso comum, incorporadas quando de sua passagem pela escola ou transmitidas pelos colegas mais velhos; entretanto, essa prática contém pressupostos teóricos implícitos. Por outro lado, há professores interessados

num trabalho docente mais consequente, professores capazes de perceber o sentido mais amplo de sua prática e de explicitar suas convicções. Inclusive há aqueles que se apegam à última tendência da moda, sem maiores cuidados em refletir se essa escolha trará, de fato, as respostas que procuram. Deve-se salientar, ainda, que os conteúdos dos cursos de licenciatura, ou não incluem o estudo das correntes pedagógicas, ou giram em torno de teorias de aprendizagem e ensino que quase nunca têm correspondência com as situações concretas de sala de aula, não ajudando os professores a formar um quadro de referência para orientar sua prática. Foram analisados as respostas dos entrevistados e os alunos criticaram a antecedência da prova prática do Módulo Sistema Nervoso, colocando o quão tenso era o processo de ensino-aprendizagem. Eles ficavam confinados em uma sala, incomunicáveis, aguardando sua vez de realizar a prova. Além disso, foi ressaltado o pouco tempo para realização da atividade proposta, considerando que são apenas dois minutos por cada bancada num universo de cinco, ou seja, o aluno tem dez minutos para terminar a avaliação. Outro fator negativo foi a colocação das peças na montagem da prova, o alfinete que se posiciona na estrutura anatômica é colocado na divisão e não na peça certa, o que gera confusão no entendimento ao aluno. Os professores do módulo ao analisarem a crítica dos alunos foram intransigentes e revelaram um engessamento do processo de ensino-aprendizagem. Coube ao coordenador do módulo ampliar o debate e fomentar novas práticas e metodologias ativas para reorganizar o módulo, porém as resistências são muitas por parte dos profissionais mais antigos que foram formados numa educação bancária e tradicional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** observamos a urgente necessidade de suscitar discussões e reflexões sobre

a prática pedagógica, já que muitos educadores têm buscado novas alternativas para proporcionar um ensino coerente com as mudanças da sociedade, e dúvidas têm pairado no ar. Portanto, a pesquisa irá contribuir de forma positiva para entender-se que, apesar da relevância da execução de avaliações práticas na disciplina, é necessário ponderar sobre formas complementares como subsídio para otimizar o aprendizado teórico-prático, com o intuito de melhor avaliar o corpo discente. Salienta-se a importância de adotar estratégias e métodos que minimizam a ansiedade e o transtorno causado por formas de avaliação vigente.

ANÁLISE DA FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

Alecsandra Ferreira Tomaz, Vitória Regina Quirino de Araújo, Risomar da Silva Vieira

Palavras-chave: Formação, Fisioterapia, Reflexões

APRESENTAÇÃO: Visando atender às atuais exigências para a formação em saúde, sobretudo, a fim de acompanhar a realidade social atual, transformações necessárias e em diversos níveis ocorreram nos vários cursos da área no país. No cumprimento às determinações das Diretrizes Curriculares para os cursos de Fisioterapia, foi aprimorado o Projeto Político Curricular, com um padrão básico de referência a partir da renovação das condições acadêmicas do ponto de vista teórico-metodológico, científico, bem como técnico-profissional, visando a uma formação profissional em fisioterapia que capacite o profissional para atuar no mundo do trabalho com o conhecimento atualizado, ampliado e com as devidas habilidades e competências. Nesse aspecto, os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia se relacionam com todo

o processo saúde-doença do indivíduo, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fisioterapia. A necessidade de um Projeto Pedagógico, alicerçado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais de Fisioterapia, deve apresentar uma estrutura curricular coerente com os objetivos do Curso e com o perfil delineado para os egressos. Uma das formas de realizar tal acompanhamento junto ao Projeto Pedagógico se faz, atualmente, através do Núcleo Docente Estruturante, criado em 2010 pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES), pois suas atribuições abrangem a contribuição para consolidação do perfil profissional do egresso do curso; busca zelar pela integração curricular interdisciplinar entre as diferentes atividades de ensino presentes no currículo; indicação de formas de incentivo ao desenvolvimento de linhas de pesquisa e extensão, de acordo com as necessidades da graduação, do mercado de trabalho e em consonância com as políticas públicas relativas à área de fisioterapia, além de zelar pelo cumprimento das Diretrizes. **OBJETIVOS:** Com tal entendimento, nos propusemos a identificar as principais questões que influenciam a formação acadêmica no curso de fisioterapia de acordo com o Projeto Pedagógico Curricular vigente e as suas respectivas Diretrizes Curriculares, a fim de propor medidas de intervenção buscando contemplar a estruturação e operacionalização do Projeto Político Curricular de forma a contribuir para a formação em fisioterapia. **METODOLOGIA:** A Metodologia da Problematização (BERBEL, 1998) foi a adotada, sendo a primeira etapa a de observação da realidade acadêmica, com vistas à identificação de problemáticas que influenciam a formação. Sequencialmente, foi feita a definição e reflexões dos pontos-chaves. A terceira etapa caracterizou-se pela

coleta das informações acerca dos problemas identificados, sendo adotados Roteiros de Análise direcionados à investigação em documentos como: Projeto Pedagógico, Diretrizes Curriculares Nacionais, Relatórios do ENADE e da Comissão Permanente de Avaliação (CPA). Na quarta etapa foram feitas propostas iniciais de intervenções, a fim de contemplar as propostas de reestruturação, operacionalização e efetivação, visando sobretudo, a integralização do Projeto Político Curricular (PPC). RESULTADOS: Após a análise documental, identificamos as principais fragilidades, as deficiências estruturantes, metodológicas, as necessidades de ajustes, os nós críticos. Entre as necessidades de mudanças para a formação, urge o repensar nos modelos metodológicos. Tais questões se destacaram na análise do PPC e nos instrumentos formais de avaliação, ENADE e Relatório da CPA, apontando vulnerabilidades em aspectos como: Planejamento e organização das aulas ou estágio supervisionado; Instrumentos de avaliação utilizados pelo professor; Capacidade de provocar reflexões que instiguem atividades futuras e Incentivo à participação crítica do aluno; Metodologias pouco inovadoras no processo ensino/aprendizagem. Como propostas de intervenções, foram realizadas oficinas e discutidos, junto ao corpo docente, temas como: o conceito de currículo, reflexões acerca de habilidades e competências à luz das DCN; atualizações dos docentes acerca dos investimentos institucionais sobre os modelos de PPC de forma a viabilizar uma construção de um projeto curricular que se articule à novas possibilidades metodológicas, incluindo ações que promovam a integração de saberes. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Ao final da análise acerca das questões da formação em nosso curso de fisioterapia, temos a compreensão que a proposta de intervenção teve início, embora entendamos que a educação em

saúde demanda ainda mais esforços coletivos no sentido de ampliar a compreensão acerca da relevância na elaboração de um Projeto Político Curricular em Saúde, contemplando os seus vários aspectos. Almejamos que haja por parte de cada um de nós, docentes, maior investimento para a adoção de práticas metodológicas mais efetivas e adequadas, a fim de contribuir com a formação ampliada do fisioterapeuta, tendo como referencial o Sistema Único de Saúde, enquanto ordenador na concepção de recursos humanos na área de saúde.

APRENDIZAGEM COLABORATIVA NA COMUNIDADE DE PRÁTICAS: INTERAÇÃO E AUTONOMIA PARA A QUALIFICAÇÃO DO TRABALHADOR DO SUS

Fernanda Ferreira Marcolino, Thiago Petra, Juliana Rodrigues Vargas, Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti

Palavras-chave: comunidade de práticas, educação à distância, aprendizagem colaborativa

APRESENTAÇÃO: No âmbito da formação pedagógica dos trabalhadores da saúde pública observamos que, a partir do universo de possibilidades advindas das novas tecnologias de comunicação e informação, ainda há dificuldades existentes no desenvolvimento de novas abordagens educacionais ou no uso dinâmico e potente destas tecnologias. Partindo de uma discussão acerca dos conceitos de educação permanente em saúde e aprendizagem colaborativa, o objetivo deste relato é analisar o ambiente de cursos da plataforma colaborativa Comunidade de Práticas do Ministério da Saúde, a partir das suas possibilidades de interação e autonomia do aprendiz. DESENVOLVIMENTO: A CdP foi criada com a proposta de se constituir

como dispositivo de encontros, de compartilhamento e de reflexões, reunindo tecnologias de informação à prática de saúde na Atenção Básica. Foi lançada no dia 7 de março de 2012, durante o I Fórum Nacional da Atenção Básica, em Brasília/DF. Inicialmente, o foco da plataforma era o de promover o sentido de comunidade e o aprendizado entre os participantes até que, em 2014, a organização da IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família criou uma dinâmica no evento que movimentou a plataforma virtual. O evento valorizou as experiências cotidianas e estimulou o protagonismo local dos milhares de trabalhadores, gestores e usuários do SUS e reuniu quase 4 mil relatos de experiências em saúde de todo país. Nesse mesmo período também foi incorporado um espaço estruturado e específico para o processo de ensino e aprendizagem: o ambiente de cursos, com a proposta de cursos co-instrucionais. A CdP desenvolveu uma estrutura que permite a valorização da contribuição do aluno. O material é disponibilizado e, em cada apresentação, há o espaço de interação assíncrona. Não há um fórum isolado do que é discutido, e as interações são diferentes em cada material disponibilizado. Outro ponto estimulado é a abertura dos cursos, por meio do uso da licença Creative Commons, que permite que o aluno possa baixar e replicar em outros ambientes, podendo modificá-lo, com base no movimento REA (Recursos Educacionais Abertos). Por último, o aluno tem a autonomia de participar do curso conforme seu tempo. Enquanto uns realizam todo o processo em poucos dias, outros podem acessar este ambiente em meses. Não há uma motivação para a linearidade do curso, o que podemos considerar como uma experimentação de abertura e autonomia não tão comuns nos cursos tradicionais e outros AVAs. Como curso co-instrucional, o aluno é o sujeito de sua aprendizagem e

cria redes com outros alunos e o próprio ambiente. Para estimular o protagonismo do aluno e o acesso a outros espaços, existe a figura do facilitador, o qual não é o de tutor nem de professor. Seu papel essencial não é o de ensinar ou responder as dúvidas sobre o conteúdo técnico apresentado aos educandos do curso, mas de auxiliá-los no uso da metodologia proposta com suas ferramentas, além de incentivá-los a trocar experiências e conhecimentos sobre as temáticas apresentadas, de uma forma horizontal, promovendo o protagonismo do aluno e da rede e a produção do conhecimento coletivo. É importante frisar que em todo o contexto da CdP, com ambientes de comunidades, perfis sociais, ambiente para compartilhar relatos de experiência e um chat público, os cursos são mais uma oferta de aprendizagem. Assim, como se explora a interação, a colaboração e o compartilhamento de práticas dos trabalhadores, a CdP também se coloca a frente de uma discussão de educação problematizadora e conectada. RESULTADOS: O primeiro curso da CdP foi lançado em fevereiro de 2014 e, até outubro de 2015, há oito cursos abertos com temáticas envolvendo as práticas integrativas e complementares, as doenças crônicas, além da facilitação em ambientes de aprendizagem colaborativa, a qual é exercida na CdP. Esse modelo inovador, aberto e dialógico, nos apresenta como desafio a baixa taxa de concluintes. No conjunto de todos os cursos, a Comunidade de Práticas teve 20.107 participantes (até o dia 15 de outubro de 2015) e média de 16,15% concluintes. Estes números são apenas uma “fotografia” dentro de uma lógica aberta de educação. Entretanto, entre os concluintes a avaliação se revela positiva e pode ser evidenciada em comentários registrados. Alguns relatos de avaliação evidenciam a constituição da aprendizagem significativa, no que se refere à construção

de sentidos para o objeto do conhecimento. O conteúdo do curso relaciona-se aos conteúdos prévios do aluno, exigindo dele uma atitude favorável capaz de atribuir significado próprio ao conteúdo que assimila. Também, é imprescindível incorporar o ensino e o aprendizado ao cotidiano do trabalho, no sentido de provocar a reflexão e as mudanças nas práticas, alinhado ao referencial teórico da Educação Permanente em Saúde. Desse modo, o conteúdo do curso e as atividades dos facilitadores problematizam o próprio fazer e colocam as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores. Outro ponto importante é eleger a equipe como ponto de interação, de modo a evitar a fragmentação disciplinar. A possibilidade de troca de experiências entre os profissionais teve impacto positivo para os participantes do curso e esteve presente em algumas avaliações, evidenciando a potência da construção conjunta e o apoio entre pares. As tecnologias de comunicação e informação propiciam um alto poder de interação entre os participantes, rompendo com a ideia de espaço e tempo, o que era distante pode se tornar perto. A dimensão do tempo e do espaço é instituída a partir das necessidades, dos interesses e da vontade dos aprendizes, ampliando as possibilidades da educação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir dessas citações, podemos considerar que a CdP se coloca no desafio de estimular a aprendizagem colaborativa, adotando uma abordagem significativa, dialogando com a realidade do profissional da saúde. Em cada conteúdo disponibilizado, cria um espaço de interação, que não é destacada em um fórum separado (que prevê uma síntese de todo o material disponibilizado). A interação, a troca, e a abertura do ambiente são evidenciadas pelos relatos, que revela a colaboração no processo de aprendizagem. Como uma plataforma de colaboração

aberta, a abordagem pedagógica da CdP incita o usuário a se colocar numa postura de responsabilidade de sua própria aprendizagem. Num formato experimental, é preciso avaliar outras questões, como esta influencia para a autonomia do trabalhador da saúde no âmbito virtual, ou dos próprios coletivos que se formam na CdP; se há, de fato, uma utilização de todas as ferramentas e espaços oferecidos; se há uma transformação do profissional em sua prática.

ARTICULAÇÃO NACIONAL DE EXTENSÃO POPULAR (ANEPOP): EDUCAÇÃO POPULAR E PROTAGONISMO ESTUDANTIL COMO ORIENTADORAS DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Islany Costa Alencar

Palavras-chave: Educação Popular, protagonismo, formação

Participar é uma forma de exercer direitos políticos e sociais garantidos pela constituição, a partir da intervenção nos processos políticos, sociais e comunitários, influenciando nas decisões de interesses coletivos. Um dos espaços que se pode encontrar uma participação efetiva é nos movimentos e práticas sociais. Por muito tempo a extensão universitária apoiou e desenvolveu ações com movimentos de organização política e social. No entanto, é possível perceber que poucos foram os movimentos políticos organizados pela Extensão Universitária, podendo-se destacar a criação do Fórum de Pró-reitores de extensão das Universidades Públicas Brasileiras, o FORPROEX, na década de 1980, o que acabou ocasionando a ressignificação e valorização da extensão como atividade da universidade. A partir de diversas insatisfações e manifestações com o cotidiano universitário, fruto do

autoritarismo e pelas desigualdades sociais, em 2005, surge a Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP), liderada por estudantes universitários ligados ao movimento estudantil, que começaram a liderar movimentos de resistência ao modelo hegemônico dominante nos eventos de extensão, buscando a garantia dos direitos aos movimentos populares. Com a criação da ANEPOP, foi possível garantir a organicidade política, teórica e objetiva a um movimento de cunho popular. Considerando a importância da construção de espaços de protagonismo estudantil, com uma visão crítica em torno da realidade social inserida e, ao existir uma articulação com os diversos atores sociais envolvidos em ações de extensão universitária e a construção de uma rede permanente de comunicação, espalhadas pelo Brasil; orientadas pelo referencial teórico metodológico e ético da Educação Popular, conforme sistematizada por Paulo Freire, dentre outros, a ANEPOP, se propõe a estar colaborando efetivamente com espaços de troca de experiências e reflexões no âmbito da Extensão Popular por considerar que estes fortalecem as práticas de participação e educação popular na formação universitária. Como objetivo inicial a ANEPOP configura-se como uma estratégia de encontro e aproximação entre os extensionistas de todo Brasil, visando desenvolver ações que articulem ensino e pesquisa, com o intuito de acolher as demandas dos setores marginalizados da sociedade, fomentando com a garantia dos seus direitos em espaços de organização e emancipação. Constitui-se um trabalho que se propõe a estabelecer relações democráticas, horizontais, dialógicas, democráticas, comprometidas e interculturais capazes de transformar a realidade social existente. Nacionalmente, diversos coletivos vêm se aglutinando através da ANEPOP, aprimorando as perspectivas de luta e avanços para a

extensão popular em distintas localidades e instituições, constituindo uma rede de troca de experiências e partilha de estratégias. Constituem-se como membro da ANEPOP, estudantes, professores, técnicos e participantes de movimentos populares ligados a estas ações de extensão. Devido a ANEPOP, ter uma amplitude nacional usaram-se de diversas estratégias, além dos encontros presenciais, foram utilizados recursos virtuais para a construção coletiva e compartilhada das suas discussões. Sua estruturação foi estabelecida da seguinte forma: 1) Encontros Virtuais de caráter organizativo ou de formação, com uso de equipamentos audiovisuais para conectar seus participantes nas discussões em ambientes virtuais; 2) Encontros Presenciais, na participação da organização de eventos locais, regionais e nacionais e encontros com a Coordenação Nacional para planejamento das ações; 3) Sistematização – no qual ocorre a o registro escrito, áudio visual, artístico, das experiências que se encontram em torno do movimento nacional de Extensão Popular através da produção de artigos, livros, trabalhos, apresentação em eventos e manutenção de um blog. Em sua caminhada, a ANEPOP vem contando com o apoio, vínculo e construção conjunta com outros coletivos nacionais de Educação Popular, marcadamente: a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS), a Rede de Educação Popular e Saúde (REDEPOP) e o GT de Educação Popular da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em suas várias práticas nacionais, estaduais e municipais. Em parceria com esses coletivos, através do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde, a ANEPOP vem, desde 2009, participando ativamente da construção e implementação da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS). No qual, fruto dessa articulação com a

política, em 2014, foi construída e está em andamento uma proposta de mobilização e formação da ANEPOP, através do VEPOP-SUS: Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no Sistema Único de Saúde que corresponde a um Programa de apoio e fomento às experiências de Extensão Popular em Saúde, de maneira integrada com os grupos, movimentos e iniciativas de saúde do campo popular do Brasil, com apoio da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde e que busca o desenvolvimento da 4^a Mostra Nacional de Experiências e Reflexões em Extensão Popular e o I Encontro Nacional de Extensão Popular. Nos últimos anos, a ANEPOP vem empreendendo importantes frentes de interação política e reivindicativa: diálogo com o Fórum de Pró-Reitores das Universidades Públicas Brasileiras (FORPROEX), pautando um tipo diferente de fazer extensão e uma proposta diferente de vivência universitária; insistência na socialização da discussão da extensão popular em vários eventos pelo Brasil, difundindo e dando visibilidade às práticas e trazendo novos atores para a luta; apoio às iniciativas que se constroem e os coletivos que se interessam em discutir extensão popular e criar práticas nesse sentido. Deste modo, podem-se destacar as contribuições em torno da experiência da ANEPOP, como: a melhor compreensão do extensionista popular no seu campo de ação, a partir de uma leitura crítica da realidade; a ampliação do protagonismo estudantil; o reconhecimento pela universidade da Extensão Popular enquanto espaço capaz de gerar transformação social e o maior desenvolvimento da participação popular e estudantil nas políticas públicas. Enquanto fragilidade destaca-se, a mobilização constante de novas pessoas

na ANEPOP, visto que a sua rotatividade é grande, devido ao seu público alvo ser principalmente estudantes universitários; a pouca visibilidade da experiência e a pouca participação efetiva nas reuniões virtuais e o próprio afastamento fruto das distâncias. No entanto, a ANEPOP, continua sendo um espaço de encontro; de mobilização; de troca; em que permite um diálogo político; propositivo e plural; a partir de um olhar e uma escuta diferenciada; buscando a formação de profissionais com outro referencial ético e social; valorizando o respeito aos saberes e buscando o desenvolvimento nacional, através do diálogo da universidade com a sociedade e seus diversos grupos.

ARTUR BISPO DO ROSÁRIO: CAMINHOS ENTRE A LOUCURA E A ARTE SOB O OLHAR DA TERAPIA OCUPACIONAL

Eliane Santos Silva Nascimento, Patrícia Cristina dos Santos, Lilian Kauany Virginia Santos, Rogerio Andrade dos Santos

Palavras-chave: Arthur Bispo do Rosário, Terapia Ocupacional e grupo de atividade, Luta Antimanicomial

Arthur Bispo do Rosário era natural de Japarutuba Sergipe, sendo este o seu nome de batismo, filho de Adriano Bispo do Rosário e Bladina Francisca de Jesus. Nasceu em 14 de maio de 1909, segundo registros da Marinha de Guerra do Brasil, onde serviu de 1905 a 1933. O passado de Arthur Bispo do Rosário é praticamente desconhecido, sabe-se apenas que era negro marinho, pugilista, lavador de ônibus e guarda-costas. O início do seu período de internação se deu a partir de um surto psicótico onde o mesmo relatou ter visto Cristo descendo à terra, rodeado por uma corte de anjos azuis, afirmando ter recebido a missão de recriar o universo para apresentar a

Deus no dia do juízo final. Foi ícone para o movimento da luta antimanicomial que consistiu em quebrar a lógica seguida por um modelo biomédico que visava apenas à doença, classificando-o em seres normais e patológicos, onde historicamente os critérios técnico-científicos que davam a base da gestão da loucura estabeleceram uma relação social com o louco que o privava de assumir o contato social que todo cidadão está submetido, estabelecendo uma relação de tutela, que impossibilitava o sujeito de direitos e deveres. Dessa forma, uma parte significativa de sua vida passou internado no manicômio Juliano Moreira, onde foi diagnosticado com esquizofrenia paranoide, e lá viveu durante 49 anos, destes, ficou 7 anos fechado em seu quarto, quando iniciou a produção do estandarte com as linhas que retirava do seu uniforme azul. Neste espaço, Bispo tornou-se mundialmente conhecido por suas produções artísticas, sendo que toda sua arte centrava-se em torno de sua realidade, cumprindo ordens das vozes para reconstruir o mundo em preparação ao juízo final. Diante do exposto, este trabalho objetiva tecer uma reflexão, sob a ótica da Terapia Ocupacional, da relação entre Bispo do Rosário, a loucura e a produção de vida pela arte. O presente estudo, consistiu em revisão da literatura sobre a história de Arthur Bispo do Rosário juntamente à referenciais teóricos em terapia ocupacional. Esta reflexão é parte integrante de um trabalho final apresentado em uma disciplina do III Ciclo do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe (UFS). Suas obras ganharam destaques internacionais entre elas: O Manto Azul que foi construído sem tempo pré-determinado com fios desfiados do uniforme manicomial para ser usado por ele, "Jesus", durante o julgamento final, com cor igual ao manto do menino Jesus na Igreja Matriz de sua cidade natal, Japarutuba - SE, cor que servia também de senha para visitantes serem

autorizados a entrar em seu quarto, ter direito a salvação, e ter seu nome bordado na lista dos salvos na parte interna do Manto, enquanto que na parte externa ele bordava a representação de todas as obras de arte produzidas, como um inventário do mundo reconstruído. O Estandarte foi feito como os estandartes que são erguidos nas procissões de sua cidade natal, porém com retalhos de tecidos de cama e de sua história, possuindo áreas temáticas: área com a história geral do mundo que ele viu nos jornais que lia; área dos esportes que já praticou, inclusive pugilismo; e área da geografia dos lugares que passou, possivelmente quando marinho. A Arca de Noé é uma representação pessoal do mundo catalogado para seu projeto de mundo novo, uma vez que a maioria das suas centenas de obras eram miniaturas de tudo que existe no mundo atual para ser guardada como matrizes para a reconstrução do novo mundo após o julgamento final. Diante de tudo, era com as suas obras que ele se sentia vivo, sempre evitando falar do passado, retratando apenas sua missão enquanto presente e futuro no mundo. Desconstruía para se construir, a lógica de organizar os objetos em uma sequência que não era linear, mas não deixava de ser sequência, porque o que para ele era importante, era a forma que se identificava, se construindo e não perdendo sua essência, o que para muitos era apenas um aglomerado de sucatas, para ele o belo de sua arte ia além da aparência, mas sim o que realmente era significativo para o mesmo. E o que deixa bem claro quanto a isso é o manto feito com fio de linhas azuis onde o mesmo precisava desconstruir o uniforme da instituição, mas cada cor, que ele utilizou naquele manto, os nomes bordados, tudo tinha uma relação com a espiritualidade, Bispo dizia que esse manto seria utilizado no dia do juízo final e por isso expressava bastante significado, já que era para um dia muito importante.

Contudo, entendemos que este trabalho nos trouxe uma reflexão quanto as perspectivas da Terapia Ocupacional, enquanto uma profissão que trabalha com as atividades, o fazer humano, e tecendo uma reflexão da produção de vida e existência de Bispo através de seu fazer, carregando de sentido e significado sua loucura materializada em sua arte, revelando a estratégia de vida dentro da clausura. A linguagem da arte e do fazer ultrapassa a linguagem da ciência e da biomedicina, deixando a história e o legado de um artista, ou de um “louco”, como resistência à este espaço, na tentativa de recriá-lo, ou como adequação a este espaço para existir e o que nos reflete a isso é o processo histórico da Terapia Ocupacional que se desenvolveu referenciando-se com o fazer humano envolvendo-se e constatando que “a vida humana constitui-se em uma de suas dimensões num continuo incessante de atividades” assim afirmando que o ser humano está, intensamente envolvido com a produção de vida, de modos de estar no mundo e com a própria fabricação de mundo, que é também processos de produção de subjetividades. Assim era a forma que Arthur Bispo encontrava de se comunicar com o mundo ao seu redor, expressando o seu interior. Alguns autores fazem reflexões baseando-se na filosofia onde retratam uma transformação na compreensão de atividades na Terapia Ocupacional como algo da ordem do sujeito e do coletivo, perpassando por fluxos de sentidos culturais, étnicos, econômicos, anímicos, de gênero sociais, histórico, no sentido de o que existe é atividades dos sujeitos encarnados no mundo da ordem de um exercício de um poder produtivo, e não apenas de uma dominação e repressivo.

AS AULAS DE EDUCAÇÃO FÍSICA COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NA SOCIALIZAÇÃO DE ESTUDANTES DO ENSINO MÉDIO

Alessandra Cavalheiro Vieira, Lourdes Lago Stefanelo, Ednéia Albino Nunes Cerchiari

Palavras-chave: ensino médio, socialização, aulas de educação física

APRESENTAÇÃO: Nos dias atuais a escola precisa se preocupar com a formação de cidadãos capazes de socializar seus conhecimentos em função dos interesses coletivos. Para isso deve-se educar as crianças e jovens, para que reconheçam seus direitos a oferta de atividades, dentro da escola podendo assim usufruir delas de acordo com as suas motivações. Acreditamos que a escola é um espaço de educação e de valores como: ética, meio ambiente, orientação sexual, pluralidade cultural, trabalho, consumo e saúde. Devendo contemplar o desenvolvimento pleno dos indivíduos em sua formação, dando-lhes acesso ao trabalho e ao exercício da cidadania, além de levar o estudante a compreender a realidade por meio de suas experiências e das práticas realizadas no ambiente escolar. Segundo Kruppa (1994) a escola é uma instituição social, por suas ações repetitivas exercidas por grupos sociais com papéis distintos, diretor, professores e alunos, acabam transformando em regras, em normas sociais que se organizam inclusive o espaço físico da escola. Essas regras e fins específicos da escola, como uma instituição social, podem e devem ser modificada quando não atender as necessidades que coletivamente os homens determinaram para ela. Quanto à liberdade de atuação corporal dos alunos a escola avançou pouco, sempre com regras que submetem os alunos a ficarem parados. De acordo com Freire, Scaglia e Alcides (2009) a Educação

Física traz para debate em educação uma importante proposta, a de libertar os alunos do confinamento em sala de aula, pois não é possível querer que as crianças mantenham a atenção após horas de mobilidade corporal. **DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO:** O estudo ocorreu através de observação participativa e atuação prática durante o Estágio Curricular III no Ensino Médio (BRASIL, 1998), com duração de dois meses com ocorrência de uma vez por semana com duração de 50 minutos de aulas. Os participantes da pesquisa foram 22 alunos do 1º Ano “C” do Ensino Médio do período matutino da Escola Estadual Cel. Pedro José Rufino. Foi aplicado um questionário composto de perguntas abertas, sendo respondida apenas pelos alunos, contribuindo para o diagnóstico das melhoras na socialização da turma. As questões foram: Como você vê as aulas de Educação Física no Ensino Médio? Como deveria ser? A carga horária de Educação Física é suficiente? Qual a quantidade ideal de aulas de Educação Física? É importante ter aulas de Educação Física no Ensino Médio? Como avalia as aulas aplicadas pela estagiária? Os resultados obtidos foram analisados através de uma análise crítica descritiva. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Durante as aulas de Educação Física foram observados acordos de rotina entre professores e alunos. Após as observações e sondagens realizadas foram procuradas atividades que buscassem atingir o objetivo proposto pelo Referencial Curricular de Ensino Médio. As observações foram fundamentais para propor as seguintes atividades que foram realizadas pela estagiária: trabalhar a união do grupo, criando limite e respeito entre os mesmos; proporcionar atividades de concentração, companheirismo e espírito de equipe; proporcionar atividades para a aquisição de coordenação motora, consciência de cooperação e promover efetivamente a

cooperação entre os alunos; trabalhar a sensibilização dos adolescentes em relação ao movimento corporal e o ritmo e sua capacidade de criação com atividades lúdicas. Para alcançar estes objetivos foram utilizadas como estratégia a prática de atividades físicas com materiais conhecidos dos estudantes, tais como: bolas, jogos de mesa, rede de voleibol, pneus, raquetes de tênis, etc. Além de materiais diferenciados como: bolas de betone, dado gigante, vídeos, etc. A Proposta era que todos pudessem participar das mesmas atividades, ao mesmo tempo compartilhando materiais com os colegas. As atividades foram pesquisadas e aplicadas pelos próprios estudantes, sempre voltadas para a cooperação onde todos ganhavam. Foram trabalhados os seguintes conteúdos: Esportes e Atividades Rítmicas e Expressivas. Com o objetivo de que os alunos deveriam adotar atitudes de respeito mútuo e cooperação para solucionar conflitos nos contextos das práticas corporais. Entendendo-os como possibilidades de aprendizagem e posturas não discriminatórias diante da pluralidade de manifestações das diversas culturas, expressando sua opinião de forma clara, ordenada e objetiva frente às situações de injustiça e preconceito. Utilização de diferentes fontes de informações para pesquisar sobre elementos da cultura corporal. Identificando e executando elementos básicos de uma determinada modalidade. Contextualizar a histórica e culturalmente essa modalidade esportiva. A avaliação foi realizada por meio da observação diagnóstica contínua e sistemática, analisando a participação dos alunos nas aulas em geral e não só nas atividades práticas, já que por não terem costume de participarem sempre de atividades conjuntas muitos tinham dificuldades de interagir com os colegas com atitudes egoístas e individualistas. Foram ministradas doze aulas práticas com

a turma. Os estudantes foram avaliados quanto ao seu crescimento qualitativo e participativo, onde é um desafio para os adolescentes que tem dificuldades de falar ou realizar atividades em público. A avaliação é vista pela Escola como um processo pelo qual todos os alunos devem passar, sendo realizada de forma contínua, sistemática e integral ao longo de todo processo de ensino-aprendizagem. Um dos critérios para se observar o crescimento dos alunos é o seu interesse às propostas e sua dedicação às atividades. Em poucas aulas obtivemos progressos que poderiam ter sido maiores se a carga horária assim o permitisse, já que o Ensino Médio possui apenas uma aula semanal de Educação Física. O progresso individual observado e a autocrítica são muito importantes, pois assim estamos contribuindo para que os adolescentes de hoje sejam cidadãos capazes de opinar em diferentes situações de vida no futuro. Em relação à opinião dos alunos sobre as aulas aplicadas pela estagiária, com uma diversidade de atividades, 99% afirmaram ter gostado das aulas, sugerindo que tivesse participação dos alunos na escolha dos esportes aplicados, relataram que as aulas do professor regente deveriam ser mais como a da estagiaria por haver interação de toda a turma, fazer todos participarem da mesma atividade, trabalhando em grupo, unindo a turma e desfazendo “panelinhas”, trouxe mais aprendizado e motivou os alunos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A Educação Física é decisiva na formação dos seres humanos, uma vez que educa para viver corporalmente para desenvolver aquilo que chamamos de corporeidade, isto é, o atributo que permite ao ser humano estar no mundo. Assim como qualquer outra disciplina escolar, a Educação Física precisa definir seus conteúdos. Como a preferência e satisfação pela disciplina de Educação Física é adotada pela maioria dos alunos de Ensino Médio as aulas de Educação Físicas

se bem planejadas e trabalhadas propiciam o desenvolvimento da socialização dos alunos. Nesse sentido o professor precisa inovar sempre e fazer a diferença. Por fim, a Educação Física, no ambiente escolar, tem que ser trabalhada de forma que integre todos os alunos nas atividades propostas pelo professor, possibilitando ao aluno perceber suas capacidades e dificuldades.

AS IMPLICAÇÕES DO VER-SUS: COMISSÃO LOCAL DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO MUNICIPAL

Douglas Marcos Pereira de Paula, Lucas Rodrigues Reis

Palavras-chave: VER-SUS, Educação Permanente, Protagonismo Estudantil

APRESENTAÇÃO: Um dos desafios enfrentados hoje na área da saúde é realização do trabalho interdisciplinar. Segundo Faria (2009), o processo de trabalho em equipe, integral e eficiente gera diversos indicadores positivos para a prática dos serviços. Entretanto, a formação acadêmica e profissional na área da saúde, que se transformou num processo de alta complexidade, em virtude do acelerado crescimento dos conhecimentos disponíveis e dos limites do alcance da especialização como recurso para atribuir núcleos de saberes para as diferentes profissões, já não dá conta deste trabalho em equipe. Sendo assim, é perceptível a distância do discente da prática multiprofissional e interdisciplinar, para além, o estudante está inserido no contexto de fragmentação entre ensino e serviço. Dentro das ações que buscam a mudança nos modelos de ensinar saúde, o projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) propõe o cotidiano do SUS como ferramenta de ensino-aprendizagem, possibilitando aos estudantes uma aproximação com a

realidade do sistema e utilizando a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como prática transformadora do trabalho dentro dos serviços de saúde. Sua organização local se dá pelo protagonismo estudantil. Estudantes, geralmente membros de Coletivos Estudantis, que organizam e fazem gestão do projeto. Sendo assim, são estes os responsáveis por criar uma comissão local de organização, composta por estudantes, universidades e representantes das secretarias municipais de saúde entre outros. Este relato dará ênfase na organização do projeto trazendo o estudante enquanto protagonista desta ação. **METODOLOGIA:** A primeira edição do projeto em um município do interior de Minas Gerais foi recebida com grande zelo e apreço. O primeiro contato com o Gestor do Município que possui 90 mil habitantes foi estimulante e estavam presentes seus apoiadores, representantes de faculdades locais, profissionais de saúde, gestor hospitalar, gestor da Atenção Primária e as Referências Técnicas do Município. Nesta reunião, foi esclarecidos e amostrados todo material sobre o VER-SUS, os objetivos e seus impactos para a vida acadêmica dos estudantes e para o município, bem como o estudo sobre a Rede de Atenção à Saúde realizado pela comissão. Ao final desta reunião, O gestor assinou o termo de consentimento, comprometimento e apoio a organização do projeto. A primeira edição se inicia. Neste Momento diversos foram os desafios: falhas de comunicação entre Rede Unida e estabelecimentos orçados, site da plataforma hospedeira do projeto, entre outros. Contudo, um grande desafio identificado foi a participação da Secretaria Municipal de Saúde no processo organizativo. O Gestor municipal e as referências técnicas mantiveram ausentes em todo momento. Chamados o tempo todo para colaborar com os problemas inerentes a logística, formação, informação

acerca do município estes, se mostraram impossibilitados de amparar a comissão local a qual fazem parte. Ora pelos compromissos inadiáveis, ora por delegarem a comissão – os estudantes – a “autonomia” das decisões. Finalizada a primeira edição. A devolutiva, fase em que os estudantes conversam com os representantes da Secretaria Municipal de Saúde, o Gestor Municipal e as referências técnicas não demonstram satisfação pela justificativa de que o VER-SUS pudesse ter como proposição um projeto de intervenção para o município. Dessa forma, a possível segunda edição, seria submetida à uma análise mais “seletiva” de aceitação do projeto no município ou não, visto que os representantes da secretaria buscavam intervenções a curto prazo, porém a perspectiva do projeto é formar permanentemente os estudantes. **RESULTADOS:** Iniciado os trabalhos para segunda edição do projeto no município. A comissão de organização convidou profissionais de saúde do município, usuários e a faculdade local para fazer parte dessa segunda vivência. Com o estudo e projeto pronto foi marcada uma reunião com o Gestor municipal e referências técnicas. Nesta reunião, já não fazia parte todo o corpo da Rede de Atenção a Saúde. O Gestor avaliou o projeto como negativo, sem propósito e ônus para o município fazendo duras críticas à organização, ao modo de formação e ao uso dos recursos públicos dizendo não concordar com outra edição no município e rever esta formação tentando buscá-la para os profissionais já nos serviços. Diante da negativa de uma nova edição, profissionais de saúde se retiraram da comissão de organização ficando com os estudantes a tentativa de resgatar o projeto no município. Dessa forma, os estudantes, alguns participaram enquanto viventes, escreveram uma carta de exposição dos motivos onde citaram as mudanças no processo formativo acadêmico com a

participação do VER-SUS e sua importância enquanto mudanças no modelo biomédico centrado curativista. Pautaram o Conselho Municipal de Saúde expondo estes motivos, depoimentos, vídeos e historicidade do projeto e os conselheiros revogaram a recusa de uma nova edição do projeto no município. Sendo assim, solicitou a assinatura do termo de compromisso, comprometimento e apoio do Gestor municipal, bem como acompanhamento e orientação de todo o processo de organização. Com a assinatura, o VER-SUS foi viabilizado. Contudo, e devido os entraves dessa ação, a Secretaria Municipal de Saúde em nome da “autonomia do sujeito”, abandonou os estudantes desafiando-os ainda mais nas tomadas de decisão para que houvesse a segunda edição do projeto com êxito e efetividade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Organizar o VER-SUS é uma tarefa complexa e que demanda de muitas habilidades, articulação política e, sobretudo o protagonismo estudantil. Durante o processo de organização, foram necessárias diversas vezes uma intervenção do funcionamento do Sistema de Saúde Local: suas interações, limitações e composições. Se na primeira edição, não havia clareza sobre todo o funcionamento da Rede de Atenção a Saúde e houve o “abandono” da parte gestora, foi possível imaginar desafios maiores, tanto na comunicação – no que se refere na amistosidade, quanto no processo organizativo. Sendo assim, nesta segunda edição, mesmo com os diversos impedimentos, explícitos – como portas abertas ao único hospital da cidade - e implícitos como a informação dos serviços sobre a chegada dos viventes, sempre sendo solicitada à comissão de organização uma autorização da Secretaria Municipal de Saúde. Estas ações não-ação, tornaram mais longínquos os caminhos para obter uma vivência plena dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que desestimulou a comissão de organização local, fortaleceu a

luta, emancipação dos estudantes enquanto atores do próprio percurso de formação e que deseja um SUS possível. Percebemos o quanto é frágil a Gestão Municipal no que se refere ao conhecimento, à produção acadêmica acerca dos serviços, desconhecadora das novas tecnologias tanto duras, leveduras quanto as leves, ou seja, relacionais. Contudo, a Academia também é carente na integração ensino-serviço-comunidade tratado em diversos textos como estudo Quadrilátero da Formação para Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social de Ceccim e Feuwerker (2004).

ATENÇÃO BÁSICA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO DA FÓ E BRASILÂNDIA: O ITINERÁRIO DO PET SAÚDE MENTAL PUC-SP (CURSOS DE PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL) E SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SÃO PAULO

Edna Maria Severino Peters Kahhale, Elisa Zanerato Rosa, Maria Cristina Vicentin, Mirian Ribeiro Conceição, Bianca Leal, Thainá Minici Greco, Emiliano de Camargo David, Isabella Almeida

Palavras-chave: cuidado, saúde mental, itinerário

APRESENTAÇÃO: Este trabalho apresenta o percurso e alguns efeitos da pesquisa-ação Atenção Básica e aprimoramento do cuidado em saúde mental no território da FÓ/Brasilândia (transtornos mentais e álcool e outras drogas), desenvolvida no âmbito do PET-Saúde (2012-2014) que focalizou o fortalecimento do trabalho em rede e a atenção em saúde mental na Atenção Básica (AB) no micro-território de duas UBS's, envolvendo a rede de atenção psicossocial. A pesquisa-ação orientou-se pelas questões: Quais são os casos/demandas em

saúde mental (SM) neste micro-território? Como tem se dado o cuidado em saúde e a produção de redes, principalmente na relação AB e rede psicossocial? Quais os principais desafios relativos à atenção integral em SM, a partir da compreensão dos itinerários de cuidado? Como o trabalho com itinerários pode ser instrumento de avaliação, monitoramento e intervenção nos casos? Descrição: A pesquisa-ação teve duas etapas. A primeira, realizada de agosto-setembro de 2012 teve o seguinte percurso: a) conhecimento dos micro-territórios e da trajetória das UBS's na atenção à SM; c) conhecimento da rede de SM e outras dimensões do território; d) aproximação aos casos de SM (por meio de amostra, com dados de prontuários e conversas em reuniões de equipe) com análise de algumas pistas relativas à estas demandas, às modalidades de atenção e ao processo de trabalho aí envolvidos. A segunda, realizada de outubro de 2012 a junho de 2014, visou: identificar os itinerários de cuidado/auto-cuidado dos usuários já inseridos em ações de SM e a rede em suas potências e desafios; construir subsídios para o aprimoramento do cuidado em saúde e para a construção de redes. Os itinerários foram compreendidos como práticas individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos pelos indivíduos de forma a visibilizar suas redes de sustentação, suas referências na vida pessoal, familiar, comunitária e na cidade, seus itinerários singulares (Gerhardt, 2006; Dalmolin, 2006). Este instrumento foi trabalhado na perspectiva da reabilitação psicossocial, pautando-se pela invenção de estratégias para as singularidades de cada usuário/território, bem como para a produção de redes de negociação e trocas direcionadas a participação social e a construção de novas ordenações para a vida. Optou-se pela estratégia de visualização dos itinerários na forma de mapas, com

visualização gráfica das relações sociais e das trajetórias de vida. Tal instrumento também potencializa a comunicação entre equipes, profissional-usuário e planejamento de ações individuais, locais e setoriais compartilhadas. O itinerário é, assim, uma ferramenta da clínica ampliada no território, articulado à singularidade de vida do usuário, além de sinalizador da ação em rede, funcionando, portanto, como crivo de análise e de intervenção a um só tempo. Foram trabalhados os itinerários de treze casos - geridos por um preceptor e dois estudantes - que desafiavam a equipe pela complexidade das necessidades colocadas mas que também: evidenciam a potência dos serviços e da ação em rede. O caso opera como caso-traçador que permite examinar “em situação” as maneiras como se concretizam, na prática, processos de trabalho complexos, que envolvem um importante grau de autonomia dos profissionais (Feuwerker e Mehry, 2011). O caso foi trabalhado nas reuniões de equipe e/ou de matriciamento, com o próprio usuário e família, nas ações relativas ao seu PTS, nas relações no território e na articulação de redes, com procedimentos e tempos singulares em função de cada caso. De forma geral, os procedimentos consistiram de: - conversas com o usuário (pactuação da pesquisa e narrativa de história de vida/genograma; pesquisa sobre itinerários); - acompanhamento das atividades relativas ao caso (visita domiciliar; reuniões; consultas); conhecimento do PTS; - construção do mapa de itinerários (na forma de ecomapa) com sugestões e desdobramentos no PTS; - conversa final com usuário e com a equipe sobre o Ecomapa e o percurso da pesquisa, sendo, deste modo, ações indissociadas do produção do cuidado. Os casos foram trabalhados nas seguintes perspectivas: a) análise dos mapas de itinerários (ecomapas), na perspectiva das redes de saúde/sociais e outras e do cuidado no território; b) análise

do processo de trabalho: integralidade da atenção e gestão do cuidado; c) relação pesquisa-assistência; d) perspectiva(s) singular(es) do caso (tais como questões etárias, de gênero, vulnerabilidades) . Na perspectiva da pesquisa-participativa/interventiva (Campos et al, 2008), que orientou este trabalho, fez parte do percurso a proposição de encontros formativos (oficinas e seminários de metodologia do cuidado e do trabalho em saúde), envolvendo docentes, discentes e profissionais de saúde nos quais as ferramentas da pesquisa bem como as questões dela desdobradas foram partilhadas e debatidas. Resultados Os principais efeitos do encontro da pesquisa com o serviço, bem como as questões suscitadas pelos casos foram: reaproximação e mesmo vinculação de casos distantes/esquecidos ou difíceis para as equipes; complexificação dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) e ampliação dos itinerários de cuidado; elaboração de PTS mais articulados entre UBS e outros serviços de saúde/SM; ampliação da visão de profissionais e estudantes sobre a realidade do usuário; ampliação da reflexão dos modos de fazer o cuidado em saúde; produção de novos arranjos organizacionais para a gestão do cuidado (criação da reunião interprofissional na equipe UBS Tradicional, com matriciamento; ampliação da periodicidade do matriciamento bem como dos modos de realização do apoio matricial); estreitamento das relações entre profissionais nos serviços e entre serviços, potencializando o trabalho em rede e a corresponsabilização; pesquisa como instrumento de ampliação da participação dos usuários na gestão do seu PTS. O final da pesquisa suscitou o diálogo com diferentes desafios na forma da produção de novos projetos: a) projeto de formação e intervenção integrada entre a AB e rede atenção psicossocial para a linha de cuidado álcool e outras drogas por meio

de um trabalho em cogestão em rede; b) construção da Oficina de Itinerários no Caps Adulto que ampliou a participação dos usuários nas atividades do serviço, por meio da co-gestão da atividade e da ampliação da apropriação dos recursos do território pelos usuários; c) apoio da UBS ao desenvolvimento de projetos comunitários de idosos e adolescentes. Considerações Finais: Em tal processo de formação compartilhada, a universidade vem ampliando seu papel de apoio às equipes nos processos de trabalho, em relação de cumplicidade com os agentes das práticas, o que tenciona a reinvenção e ampliação de estratégias pedagógicas que superem a mera transmissão de conhecimentos e considerem as especificidades de cada realidade, a construção de modos de agir frente à complexidade dos desafios na saúde, a ampliação da grupalidade e da corresponsabilização, as transformações de concepções e a construção de novas referências, bem como de laços afetivos e afinamento de um projeto coletivo.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA COMUNIDADE RIBEIRINHA DE PASSO DO LONTRA: UMA FERRAMENTA TRANSFORMADORA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

Roberta Silva de Paola, Viviane Silva Borghi, Mayumi Leticia Ticiane Tsuge, Fernanda Bocchi Monteiro, João Ricardo Filgueiras Tognini, Ana Paula de Assis Sales da Silva

Palavras-chave: pantanal, atenção básica, multidisciplinar

APRESENTAÇÃO: A atenção primária é o primeiro nível de contato da comunidade com sistema único de saúde. Levando a saúde o mais próximo possível das pessoas. Existem demandas sociais crescentes por uma atenção primária em saúde que seja

interdisciplinar e que se aproxime ao máximo da realidade dos pacientes para assim intervir de maneira mais efetiva. O projeto Atenção Básica em Passo do Lontra, nasceu em 2009 a fim de desenvolver experiência em atenção primária construída a partir da imersão na realidade da comunidade Passo do Lontra. Uma comunidade ribeirinha as margens Rio Miranda no Pantanal Sul Mato-grossense, município de Corumbá. É realizado atendimento multidisciplinar mensal na Base de Estudos do Pantanal (BEP) da Universidade Federal de Mato do Sul. OBJETIVOS: O projeto visa oferecer um atendimento multiprofissional, integral e humanizado a comunidade, proporcionando aos acadêmicos da área de saúde o aprendizado centrado na práxis em que o conhecimento teórico é fortalecido pela vivência. Trazendo à tona a importância da determinação social do processo saúde doença, especificamente no caso da medicina colocando-o numa inserção mais precoce dentro da vivência de atenção básica. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: O projeto desenvolvido na BEP é vinculado a Universidade Federal do Mato Grosso do Sul e envolve acadêmicos e seus preceptores das áreas de medicina, enfermagem, odontologia e farmácia responsáveis - com participações esporádicas de equipes de nutrição e fisioterapia - pelo atendimento mensal (durante dois dias) nos consultórios da BEP na comunidade do Passo do Lontra. A comunidade não alcança o número de mil habitantes tendo características peculiares como a dificuldade de acesso geográfico cuja cidade mais próxima se localiza a aproximadamente 200 km. Apresenta uma população predominantemente analfabeta, de baixa renda, sem saneamento básico, com pouco acesso aos meios de comunicação com uma rotina dependente das cheias do pantanal e com muita violência sexual. A cada visita são realizadas cerca de 30 atendimentos a livre demanda pela

equipe multiprofissional. O projeto prevê ainda realização da promoção de saúde e empoderamento da população acerca de agravos frequentes por meio de campanhas, visitas, conscientização. Conta-se ainda com o apoio da prefeitura de Corumbá – da qual a comunidade pertence geopoliticamente - que envia medicamentos para uso da equipe e também uma equipe para vacinação humana e animal. RESULTADOS: Podem-se sintetizar os pontos positivos em dois vertentes: para a população e para academia. Quando observamos sob a ótica da academia analisa-se que o aprendizado do acadêmico inserido nesse projeto é construído a base da experiência com a inserção do mesmo no contexto familiar, social e cultural da população enfrentando os mesmos desafios de infraestruturas e acesso, possibilitando a solidificação de um conhecimento previamente adquirido. A vivência conjunta da adversidade e a proximidade que prepondera entre profissionais e pacientes favorece a construção de relações horizontais tanto entre a equipe multiprofissional quanto com pacientes evidenciando a importante relação vínculo, atenção primária e relacionamento profissional - paciente. Valoriza-se ainda uma abordagem integrativa, multidisciplinar e holística em todos os âmbitos, rompendo a tradicional setorização da saúde. A ampliação dos conhecimentos de estudantes em cenários diversificados de assistência a saúde é também elemento essencial ao projeto. Há ainda a chance de compreender que a vida humana é determinada socialmente em todas as suas dimensões, inclusive a da saúde. Assim, vemos que acesso a saúde não é o único fator de adoecimento de uma população, mas que o grau de desenvolvimento e as relações de estabelecidas em cada formação social também devem ser levados em consideração quanto ao modo de adoecer de uma população. A integração

ensino-serviço-comunidade em que harmonização criteriosa nesta relação entre o aluno e preceptores, os saberes científicos e tecnológicos e as necessidades de saúde caracterizam esse projeto e aprofunda o conceito de extensão popular cujos muros das universidades são quebrados e o atendimento centrado na necessidade da comunidade é desenvolvido pautado em suas reais demandas. No contexto da medicina em si, nota-se um grande avanço ao romper com a lógica especialista da formação médica, influenciada pelo antigo relatório flexner. O acadêmico do curso de medicina se vê inserido dentro da atenção básica com o real trabalho multidisciplinar, algo distante da realidade do curso e ainda tem a comprovação do poder resolutivo da atenção básica quando bem trabalhada. Tudo isso influencia positivamente na formação aproximando o acadêmico e ainda atende as diretrizes curriculares do curso de medicina que preconizam uma formação generalista, crítica-reflexiva. Já observando os benefícios sob a ótica populacional, tem-se que os atendimentos oferecidos na BEP melhoram a qualidade de vida da população pantaneira, tanto pelas orientações quanto pelos tratamentos oferecidos. A população que raramente teria condições de visitar um centro de saúde consegue tratar e discutir sobre os agravos mais comuns na região, tendo acesso a exames simples, preventivo e vacinações. A relação profissional da saúde-paciente humanizada e próxima tem boa recepção da população e aberta a aprender durante as ações de promoção à saúde. **CONCLUSÃO OU HIPÓTESES:** A atenção básica deve ser porta de entrada preferencial do cidadão ao Sistema de Saúde, cujo enfoque principal se dá por meio da prevenção e promoção da saúde, sendo fundamental o vínculo criado na relação com o paciente, em que se salienta um atendimento integral, holístico e contínuo. Formando, assim, a base do sistema de

saúde e se articulando com os demais níveis de atenção, para formar uma rede integrada de serviços, organizada em consonância com a comunidade, a fim de atender suas reais demandas, fortalecendo um conceito amplo de saúde. O projeto desenvolvido na BEP permite o acesso à saúde trazendo à tona para a essa população a importância da saúde como direito. Ainda, proporciona aos acadêmicos, vivências edificadas a partir da experiência contextualizada e solidifica os conceitos de multidisciplinaridade, integralidade fundamentais para a formação de profissionais mais humanizados e capacitados a atender a real demanda da população. Assim humaniza e democratiza o acesso a saúde e prova ao participante que a atenção básica deve ser à base de um sistema de saúde em busca de excelência.

ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE COM INFECÇÕES OPORTUNISTAS DECORRENTES DO HIV/AIDS: UM RELATO DE CASO

Mayara Bontempo Ferraz, Aline Bergman de Souza Herculano, Anna Caroline Milani, Aryne Arnez, Camila Nunes de Souza, Ramon Moraes Penha

INTRODUÇÃO: A Acquired Immunity Deficiency Syndrome (AIDS) é uma doença infectocontagiosa causada pelo vírus Human Immunodeficiency Virus (HIV). Sua replicação viral causa consequente depressão imunológica dos linfócitos T helper ou T-CD4+, desencadeando diversas infecções oportunistas. Estima-se que 734 mil pessoas vivem com HIV/AIDS no Brasil em 2014. Ainda é comum pacientes que não realizam o tratamento antirretroviral ou que realizam de forma interrompida. A Neurocriptococose é uma doença oportunista que acomete pacientes com HIV/AIDS. É causada pela levedura *Cryptococcus neoformans* que leva à

infecção primária pulmonar e o sistema nervoso central é envolvido quando ocorre disseminação hematogênica. As infecções podem comprometer o cérebro, meninges, ou rede vascular cerebral. É considerada a principal micose que atinge o Sistema Nervoso Central (SNC) em que o *Cryptococcus* apresenta uma predileção pelos espaços perivasculares, ocasionando a meningoencefalite. Os principais sintomas são: cefaleia, fadiga, confusão mental, náuseas e vômitos. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino, 36 anos, natural e residente de Campo Grande-MS. Diagnóstico de HIV há 4 anos, tratamento irregular com TARV (terapia antirretroviral). Usuário de drogas ilícitas e etilista. Morava com a esposa. Foi admitido dia 30.06.2015 no Pronto Atendimento Médico de um hospital de ensino, apresentando dor epigástrica, emagrecimento, anorexia, afasia, parestesia em membros inferiores, dois episódios de febre 39°C e crise convulsiva. No dia 10.08.2015 foi admitido pela equipe multidisciplinar na enfermaria DIP (Doenças Infecto Parasitárias). Apresentava sinais vitais estáveis, à avaliação de dor foi obtido 3 pontos na escala numérica (0 a 10), acordado, desorientado em tempo e espaço, verbalizando, hipocorado (+3/+4), hipoativo e restrito ao leito por contenção mecânica, em respiração espontânea, precaução por contato, acesso venoso central duplo lúmen em jugular esquerda, raízes residuais dos elementos dentários 36 e 47; elemento dentário 46 com mobilidade grau 2, proeminências ósseas visíveis, abdômen escavado, hiperemia em glândula (+2/+4), lesões abertas em membros superiores (MMSS) oriundas de contenção mecânica, com pele perilesão ressecada, margens regulares e leito hipocorado com esfacelo difuso e amplitude de movimento restrito a dor. **ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL:** As condutas de enfermagem foram amparadas pela Sistematização da

Assistência de Enfermagem (SAE). Primeiramente foi coletado o histórico de enfermagem, constituído pela história pregressa e exame físico. Em seguida foram elaborados os diagnósticos de enfermagem, sendo os principais: Integridade tissular prejudicada caracterizado por tecido lesado; Risco de infecção relacionada a procedimento invasivo, desnutrição, alteração na integridade da pele e diminuição de hemoglobina, Déficit no autocuidado para banho, alimentação, higiene íntima e vestir-se caracterizado por capacidade prejudicada de realizar as atividades; Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais caracterizado por mucosas pálidas, peso do corpo 20% ou mais abaixo do ideal e tônus muscular insuficiente; Risco de glicemia instável relacionado ingestão alimentar insuficiente e condição de saúde física comprometida; Mobilidade física prejudicada caracterizada por instabilidade postural e redução nas habilidades motoras finas e grossas; Dor aguda caracterizado por autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor; Risco de confusão aguda relacionado a desnutrição, uso inadequado de contenção, dor, mobilidade prejudicada; e risco de aspiração relacionado a alimentação enteral, capacidade de deglutição prejudicada, tosse ineficaz e alterações do nível de consciência. Para a continuidade da SAE, foram realizadas prescrições de enfermagem diárias, reavaliações dos diagnósticos de enfermagem e evolução da condição clínica da paciente. As principais intervenções foram: introdução de protocolo para cuidados com dispositivos invasivos e de prevenção de úlceras por pressão (UPP), promoção do autocuidado, controle hídrico, sinais de congestão pulmonar e sinais vitais, solicitação de avaliação e acompanhamento psicológico e do Serviço Social, tratamento das lesões resultantes da contenção

mecânica assim como a conscientização dos profissionais sobre os cuidados com esta técnica. O paciente evoluiu com progressão das lesões em MMSS para tecido de epiteliação e surgimento de UPPs em região sacral, medial de joelhos e maleolar. As intervenções fisioterapêuticas foram precedidas da avaliação neurológica do paciente. Os objetivos do tratamento visaram a normalização do tônus, a manutenção da amplitude dos movimentos, prevenção de encurtamentos musculares e instalação de deformidades, a manutenção e incremento da força muscular respiratória e periférica, a redução dos efeitos deletérios provocados pelo repouso prolongado no leito, a redução da incapacidade funcional, a manutenção dos níveis adequados de oxigenação, a prevenção de infecções pulmonares e a manutenção do volume e capacidade ventilatória. Condutas assumidas para atingir os objetivos propostos foram: estímulo à realização de atividades funcionais e básicas da vida diária, exercícios ativos assistidos, ativos e ativos resistidos, sedestação fora do leito, ortostatismo e treino de marcha assistidos, exercícios respiratórios, posicionamento terapêutico no leito e oferta adequada de oxigênio. O desfecho global obtido ao final do tratamento não foi o esperado devido a piora progressiva do estado clínico do paciente, entretanto a fisioterapia atingiu alguns dos objetivos propostos, como manutenção das amplitudes de movimento, da permeabilidade das vias aéreas, da ausência de infecções pulmonares e evitar a instalação de deformidades. O paciente evoluiu com piora da funcionalidade, redução da força muscular periférica e referindo quadro algíco intenso à mobilização passiva dos seguimentos corporais. A contribuição farmacêutica ocorreu através da monitorização da terapia medicamentosa, a partir da verificação de possíveis interações e reações adversas,

bem como dos exames laboratoriais, pois o paciente apresentava anemia grave. Foram utilizadas terapias farmacológicas para neurocriptococose com Anfotericina B desoxicolato 30mg/dia, Fluconazol 400mg intravenoso 12/12h, e infecção por citomegalovírus com Ganciclovir 250mg/dia intravenoso. O esquema terapêutico para neurotuberculose foi utilizado Estreptomicina 1g/dia intravenosa, Etambutol 1200mg/dia via oral, e Levofloxacin 1g/dia intravenoso baseado na literatura para tratamento multidrogaresistente, pois o paciente não apresentou melhora utilizando apenas o esquema base. Também foram monitorados os níveis séricos de enzimas hepáticas e função renal, dada hepato e nefrotoxicidade das drogas em curso, porém os valores destas permaneceram aumentados, mas sem prejuízos ao paciente levando em consideração à relação custo-benefício da farmacoterapia. O acompanhamento nutricional procedeu com a realização da avaliação nutricional com o paciente logo na admissão. Foram considerados antropometria, avaliação clínica, exames laboratoriais e histórico dietético para diagnóstico nutricional. Observou-se à avaliação clínica presença de asa quebrada, perda da musculatura temporal, ossos proeminentes, perda importante de tecido adiposo e massa magra. Exames laboratoriais indicavam anemia normocítica e normocrômica, com redução de proteínas totais e albumina. À avaliação global o diagnóstico nutricional foi desnutrição grave. Foi procedido o planejamento das necessidades calóricas: 35 kcal/kg e 1.3 g/kg de proteína caracterizando uma dieta hipercalórica e hiperproteica, recebendo inicialmente dieta via sonda nasoenteral. Após 20 dias de terapia nutricional não se obteve mudanças no diagnóstico nutricional. Com isso nova oferta foi estabelecida: 40 kcal/kg e 1.5g/kg de proteína. Nas condutas

odontológicas devido a presença de ressecamento de mucosa labial foram feitas emulsificações com ácidos graxos essenciais, para o acúmulo de secreção seca foi realizada a orientação da equipe quanto a remoção com clorexedine 0,12% durante a realização da higiene oral e com relação a presença de raiz residual foi feita a exodontia do elemento dentário sob antibioticoprofilaxia dado risco do desenvolvimento de endocardite infecciosa. **CONCLUSÃO:** Paciente encaminhado para reabilitação em outra instituição de saúde no dia 04.09.2015 com as orientações e encaminhamentos da equipe multiprofissional para a equipe local. Mesmo com o desfecho clínico desfavorável do paciente, a equipe multiprofissional esteve presente durante todo seu período de tratamento evitando maiores complicações decorrentes do longo período de internação, promovendo o conforto e realizando um atendimento humanizado e individualizado.

ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL AO PACIENTE IMUNODEPRIMIDO: UM RELATO DE CASO

Mayara Bontempo Ferraz, Aline Bergman de Souza Herculano, Anna Caroline Milani, Aryne Arnez, Camila Nunes de Souza, Ramon Moraes Penha

INTRODUÇÃO: A infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é considerada uma pandemia mundial, tendo sido observados casos notificados em quase todos os países. Sua característica se deve pela redução progressiva dos linfócitos CD4, causando consequentemente uma depleção do sistema imunológico do organismo infectado resultando no aparecimento de inúmeras infecções oportunistas e neoplasias malignas consideradas

indicadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). A pneumocistose é causada pelo fungo *Pneumocystis jirovecii*, que acomete principalmente esses indivíduos, visto que frequentemente é a primeira infecção oportunista diagnosticada em pacientes com HIV positivo, cursando para quadro de pneumonia grave e óbito. A transmissão ainda não foi esclarecida e atualmente o isolamento desses pacientes não se faz necessário. O início dos sintomas habitualmente é insidioso, estendendo-se de dias a semanas em que o paciente apresenta febre, tosse não produtiva, dispneia podendo evoluir para franca insuficiência respiratória. **RELATO DE CASO:** Paciente do sexo feminino, 39 anos, apresentou durante 3 dias, distensão abdominal, dor difusa à inspiração profunda com irradiação para flanco esquerdo e flanco direito, placas esbranquiçadas na boca, que prejudicavam a alimentação por deixar gosto amargo, febre não aferida e desconforto respiratório aos grandes esforços. Foi admitida no dia 06/07/15 no Pronto Atendimento Médico (PAM) do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) com diagnóstico de HIV há 10 anos. Foi acolhida pela equipe da Residência Multiprofissional de Atenção ao Paciente Crítico no dia 15/07/2015 na enfermaria de Doenças Infecto Parasitárias com diagnóstico de pneumocistose. Ao exame físico da admissão apresentava sinais vitais estáveis, à avaliação de dor foi obtido 10 pontos na escala numérica (0 a 10), consciente, orientada em tempo e espaço, hipocorada (+2/+4), hipoativa e restrita ao leito. Em anasarca, respiração espontânea com máscara de Venturi em 50%, com desconforto respiratório, caracterizado por dispneia. Apresentava assimetria facial, sonda nasogástrica inserida por narina esquerda, raízes residuais dos elementos dentários 36 e 45, fratura em bordo incisal de elemento 11, expansibilidade torácica

reduzida, uso de musculatura acessória, ausculta pulmonar com estertores crepitantes e sibilos difusos em ambos os hemitórax. Abdômen globoso, ruídos hidroaéreos presentes, timpânico a percussão, fígado mensurado em 10 cm, doloroso a palpação superficial e profunda. Genitália hiperemiada (+4/+4) e edemaciada (+4/+4) em região inguinal, grandes e pequenos lábios. Dorso íntegro. Membros superiores e inferiores edemaciados, com pulsos periféricos presentes e simétricos, perfusão menor que 2 segundos e acesso venoso periférico em membro superior direito e esquerdo. DISCUSSÃO: Atendimento Multiprofissional: O HIV/AIDS por si só, leva a alterações musculoesqueléticas que não poupam o sistema respiratório e em pacientes com criptococose como infecção oportunista necessitam de reabilitação respiratória devido ao comprometimento pulmonar rotineiro. O acompanhamento fisioterapêutico e tratamento desta paciente basearam-se na manutenção da força muscular respiratória e periférica, manutenção dos volumes e capacidades pulmonares, manutenção da permeabilidade das vias aéreas, redução da necessidade de oxigênio suplementar, manutenção de valores adequados de oxigenação, manutenção da capacidade funcional e otimização do retorno venoso. As condutas de enfermagem foram amparadas pelas sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Primeiramente foi coletado o histórico de enfermagem, constituído pela história pregressa e exame físico. Em seguida foram elaborados os diagnósticos de enfermagem, sendo os principais: Integridade tissular prejudicada caracterizado por tecido lesado; Risco de infecção relacionado a defesas primárias e secundárias inadequadas, procedimento invasivos e desnutrição; Autocontrole ineficaz da saúde caracterizado

por falha em incluir regimes de tratamento á vida diária; Disposição para melhora do autocuidado caracterizado por desejo de aumentar o conhecimento sobre estratégias para o autocuidado; Volume de líquidos excessivo caracterizado por anasarca, ruídos respiratório adventícios, mudanças no padrão respiratório, hemoglobina diminuída e hematócrito diminuído; Mobilidade física prejudicada caracterizada por dispneia ao esforço e amplitude limitada de movimento; Dor aguda caracterizado por relato verbal de dor; Conforto prejudicado caracterizado por relato de falta de sentir-se a vontade com a situação; Ansiedade caracterizado por insônia, Troca de gases prejudicada caracterizado por dispneia e gases arteriais anormais. Para a continuidade da SAE, eram realizadas prescrições de enfermagem diárias, reavaliações dos diagnósticos de enfermagem e evolução da condição clínica da paciente. As principais intervenções foram: medidas de conforto para alívio e prevenção da progressão de hiperemia em região de genitália, controle hídrico, sinais de congestão pulmonar e sinais vitais, solicitação de avaliação e acompanhamento psicológico e de uma assistente social, promover momentos em que o paciente possa expressar seus medos e angustias, empoderamento ao autocuidado e orientações quanto as mudanças no estilo de vida. A contribuição farmacêutica ocorreu através da monitorização da terapia medicamentosa, verificando possíveis interações e reações adversas, pois a paciente era polimedicada. A terapia antifúngica foi iniciada pela fase de indução para pacientes HIV positivos, com Anfotericina B desoxicolato 30mg ao dia intravenosa, e fluconazol 400mg intravenoso a cada 12 horas, conforme preconizado pela literatura. Foram encontradas interações farmacológicas ao restituir a terapia antiretroviral com Nevirapina e o antifúngico Fluconazol, porém o manejo clínico

necessário era apenas a monitorização dos efeitos adversos do antiretroviral. A infusão endovenosa de Anfotericina B provocou flebite, reação adversa comum à este fármaco, sendo solucionado ao aumentar o tempo de infusão da droga. Os exames laboratoriais também foram monitorados, dada uma anemia importante, sendo necessário realizar transfusões de bolsas de concentrado de hemácias. Com relação às condutas odontológicas, devido à presença de placas esbranquiçadas em cavidade oral, sugestivo de candidíase oral, foi decidido juntamente com a equipe responsável a introdução de um bochecho de Suspensão oral de Nistatina 100.000 UI cinco vezes ao dia durante 14 dias e diante da presença de foco infecciosos em cavidade oral, foram realizadas exodontias de duas raízes residuais, a beira leito, sob anestesia local e restauração provisória de elemento dentário com lesão cariada cavitada com o material restaurador provisório. O acompanhamento nutricional ocorreu através da avaliação nutricional. Foram considerados parâmetros clínicos, antropométricos, sinais físicos, consumo alimentar e dados laboratoriais para diagnóstico nutricional. Após análise das características encontradas, classificou-se o diagnóstico nutricional em desnutrição moderada. Planejamento dietoterápico: 35 kcal/kg e 1.5g/kg de proteína: caracterizando dieta hipercalórica e hiperproteica. Alimentando-se via oral, consistência branda conforme aceitação. Após 22 dias uma nova avaliação nutricional foi realizada obtendo ganho de peso 2.2 kg, melhorando o estado nutricional. A Conduta nutricional foi mantida conforme evolução. CONSIDERAÇÕES FINAIS: De acordo com as áreas que compõe a equipe multiprofissional a fisioterapia associada as demais intervenções, foram efetivas para redução do edema presente em MMSS, MMII e tronco, melhora da função pulmonar com progressão do desmame da oxigenoterapia,

melhora dos volumes e capacidades pulmonares e otimização da capacidade funcional e para o exercício. Os cuidados de enfermagem proporcionaram a paciente maior autonomia, fortalecimento da resiliência e compreensão da importância do tratamento através de orientações sobre as patologias oportunistas, medidas de prevenção e formas de contágio e evolução da doença. Dentro da odontologia foram feitas orientações quanto a uma adequada higiene oral e encaminhamento para realização de restaurações de resina composta nos elementos dentários com restauração provisória. O acompanhamento nutricional foi fundamental para melhora do estado nutricional, reconstituindo as reservas corporais e ofertando as necessidades energéticas necessários, prevenindo a progressão da desnutrição. Assim conclui-se que o atendimento multiprofissional proporcionou um atendimento individualizado e humanizado, resultando na melhora da independência nas atividades de vida diárias, conscientização da importância e aderência ao tratamento do HIV/AIDS e a alta hospitalar no dia 12/08/15.

ATIVANDO A INTERDISCIPLINARIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A CONSTRUÇÃO DOS MÓDULOS NO CURSO DE MEDICINA DA UEMS

Iane Franceschet de Sousa, Socorro Socorro Andrade de Lima Pompilio, Mirella Ferreira da Cunha Santos, Edneia Edneia Albino Nunes Cerchiari

Palavras-chave: Interdisciplinaridade, educação médica, metodologias ativas

INTRODUÇÃO: O curso de Medicina da UEMS foi concebido a partir de quatro pilares fundamentais: (1) uso de metodologias ativas, entre elas a

aprendizagem baseada em problemas e a problematização, na qual a educação modifica sua forma “bancária”, assumindo outras perspectivas; (2) educação orientada para a comunidade, cujo enfoque é desenvolver atividades comprometidas com a saúde para todos, através das relações entre a universidade, os serviços de saúde e a comunidade; (3) diversificação de cenários de aprendizagem, com a vivência de situações reais nos serviços de saúde, viabilizando um profícuo diálogo entre teoria e prática; (4) educação centrada no acadêmico, o qual deve ter total responsabilidade pelo seu autoaprendizado, apoiado pelo professor. As DCNs para os cursos de Medicina apontam essas estratégias para a organização curricular, como fundamentais para a construção do Projeto Político Pedagógico. De fato, essas premissas deveriam fazer parte de todos os currículos dos cursos da área da saúde, as quais são compatíveis com as crescentes demandas pautadas pela conjuntura contemporânea. Observa-se, acima de tudo, que a mudança do paradigma da educação médica vem se tornando um pré-requisito para elevar o nível de saúde das comunidades. Essa necessidade de resgatar a integridade do conhecimento leva a novas abordagens, retomando-se a discussão em torno da interdisciplinaridade, a qual pode ser entendida como uma condição fundamental do ensino e da pesquisa na sociedade atual. O professor interdisciplinar é aquele que caminha na fronteira entre o seu fazer e o fazer do outro, proporcionando o compartilhamento; o diálogo; buscando incessantemente às transformações na educação. Portanto, o perfil do docente que atua nesse novo paradigma de formação médica valoriza a interdisciplinaridade. De fato, não se pode exigir que a universidade promova a formação de profissionais que trabalhem de forma interdisciplinar se não souber criar um clima interdisciplinar no

seu interior, entre docentes e funcionários. Esse trabalho pretende relatar a experiência vivenciada no Curso de Medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), durante a construção dos módulos interdisciplinares do primeiro ano, enfatizando o trabalho interdisciplinar da equipe de docentes nesse processo. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O curso de Medicina da UEMS iniciou a primeira turma em março de 2015. A construção do primeiro ano do curso ocorreu de janeiro a novembro de 2015 e foi executada pela própria equipe de docentes, com apoio técnico-pedagógico de consultoria externa. A carga-horária de trabalho para a construção dos módulos interdisciplinares totalizou 312 horas. A equipe de criação contou com 17 docentes das áreas de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia, Biologia, Farmácia e Química. Essa ampla gama de profissionais foi fundamental para que o caráter interdisciplinar nos módulos fosse valorizado. Dois desses docentes auxiliaram na criação do Projeto Pedagógico do Curso, juntamente com outros oito, os quais conceberam as premissas teórico-metodológicas para o curso de Medicina da UEMS. Como eixos estruturantes do curso estão os módulos interdisciplinares ou temáticos, possibilitando aos acadêmicos o aporte teórico das Ciências Médicas. Os módulos longitudinais servem de alicerce teórico-prático, através das atividades em diversos cenários. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** os efeitos percebidos decorrentes da experiência As atividades do primeiro ano do curso de Medicina da UEMS estão distribuídas em cinco modalidades: (1) sessões tutoriais: são atividades desenvolvidas em pequenos grupos de até oito acadêmicos, conduzidas pelo tutor docente, através da Aprendizagem Baseada em Problemas; (2) atenção à saúde individual e coletiva: contempla atividades desenvolvidas em ambientes reais da

comunidade e do sistema de saúde (unidades de saúde, hospitais, ambulatórios, etc.) e atividades em ambientes simulados e laboratórios; (3) atividades integradoras para desenvolvimento de competências: compreende atividades de reflexão individual e Tempo de Estudo Autodirigido (TEAD), em horários protegidos na estrutura curricular; (4) atividades complementares: envolve a participação de livre escolha dos acadêmicos em atividades complementares, sob a lógica da flexibilização curricular; (5) estágio eletivo: são módulos intensivos com duração de duas semanas letivas, cujo tema selecionado foi a Saúde Indígena, haja vista que Mato Grosso do Sul possui a segunda maior população indígena aldeada do Brasil. O primeiro ano do curso conta com seis módulos temáticos: Introdução ao Estudo da Medicina, Abrangência de Ações em Saúde, Concepção e Formação do Ser Humano, Metabolismo, Funções Biológicas e Mecanismos de Agressão e Defesa. Na construção de cada módulo temático, a equipe de docentes atuou de forma conjunta e interdisciplinar. A partir da ementa dos módulos, foram construídos os objetivos educacionais, que por sua vez foram elencados dentro da estratégia da ABP, através dos problemas e palestras. Os módulos longitudinais também foram produzidos em conjunto pelos docentes, que são: Interação Ensino Serviço e Comunidade (IESC), Iniciação e Fundamentos Científicos (IFC), Habilidades de Comunicação, Liderança e Gestão (HCLG), Habilidades Médicas (HM) e Suporte de Aprendizagem Multidisciplinar (SAM). Os diversos olhares possibilitaram a riqueza dos enfoques de conteúdos, sobretudo em relação à incorporação da concepção ampliada de saúde com ênfase na integralidade e no cuidado no processo de formação profissional, bem como a aprendizagem para o trabalho em equipe multiprofissional. Os docentes, durante a

construção dos módulos, demonstraram atitude de reciprocidade que impeliu à troca, ao diálogo com pares idênticos, com pares anônimos ou consigo mesmo; atitude de humildade diante da limitação do próprio saber; atitude de perplexidade ante a possibilidade de desvendar novos saberes; atitude de desafio diante do novo, desafio de redimensionar o velho; atitude de envolvimento e comprometimento com os projetos e pessoas neles implicados; atitude de responsabilidade, mas, sobretudo, de alegria, revelação, encontro, enfim, de vida. A interdisciplinaridade foi construída no encontro, e a educação só tem sentido no encontro. A educação só tem sentido na “mutualidade”, na relação de reciprocidade, amizade e respeito mútuo. O trabalho interdisciplinar vivenciado exigiu da equipe atitudes adequadas com a prática, através de um olhar diferenciado para o cotidiano, como o trabalho conjunto na busca de soluções. Afinal, a interdisciplinaridade não se ensina nem se aprende, apenas vive-se. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Um dos fatores que levaram ao sucesso na construção do primeiro ano do curso de Medicina da UEMS foi, certamente, a interação e o trabalho interdisciplinar da equipe de docentes. Durante todos os momentos de trabalho em equipe, exigiu-se dos docentes uma postura diferenciada, reflexiva, com uma bagagem cultural e pedagógica importante para organizar um ambiente e um clima de aprendizagem coerentes com a filosofia subjacente a este tipo de proposta curricular. Assim, a construção do curso exigiu do corpo docente um esforço contínuo de superação para a busca do trabalho interdisciplinar, o qual requereu a eliminação de barreiras, tanto entre as disciplinas e áreas de conhecimento, quanto entre as pessoas, implicando em um trabalho coletivo, em um planejamento conjunto e integrado. Na perspectiva de formar para a interdisciplinaridade, o docente deve estar

provido de espírito educacional que vai além da simples transmissão de conhecimentos, mas sim de uma educação transformadora, guiadora e facilitadora do conhecimento, onde o estudante é o centro do aprendizado e é dele a responsabilidade pelo mesmo. É fundamental que as Instituições de Ensino Superior criem mecanismos para qualificar seus formadores em práticas integradoras, a fim de que possam incorporar e trabalhar o ensino atrelando a interdisciplinaridade, bem como na capacitação docente em metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

ATIVIDADE EDUCATIVA COMO ESTRATÉGIA DE CAPACITAÇÃO PARA MANIPULADORAS DE LEITE HUMANO PASTEURIZADO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO GRANDE DO NORTE

Rayane Santos de Lucena, Samira Fernandes Moraes dos Santos, Arabela Vieira Clementino, Amanda de Conceição Leão Mendes, Gabrielle Mahara Martins Azevedo, Priscila Pereira Machado Guimarães

Palavras-chave: Leite humano, educação permanente, lactário

O leite materno é sinônimo de sobrevivência para o recém-nascido, portanto um direito inato. É uma das maneiras mais eficientes de atender aos aspectos nutricionais, imunológicos e psicológicos da criança no primeiro ano de vida. É um alimento completo, composto basicamente por água, proteínas, carboidratos, minerais, vitaminas e enzimas, sendo suficiente para suprir as necessidades das crianças até pelo menos os primeiros seis meses de vida e deve ser oferecido de forma exclusiva neste período. Por apresentar esta composição, se manipulado este apresenta um risco eminente de contaminação quando não são

tomados os devidos cuidados. No âmbito hospitalar, os Bancos de Leite Humano são responsáveis pela promoção do incentivo ao aleitamento materno e execução das atividades de coleta, processamento e controle da qualidade de colostro, leite de transição e leite maduro, para posterior distribuição, sob prescrição de médico ou nutricionista, aos lactentes que dele necessitam como fator de sobrevivência. Cabe destacar que mesmo após a realização dos inúmeros processos que visam garantir a qualidade desta matéria prima, a etapa de manipulação deste, por parte das lactaristas e copeiras ainda configura-se como um passo que requer muita atenção e cautela para minimizar o risco de contaminação, tendo em vista que este produto será destinado a recém-nascidos que apresentam uma condição de saúde fragilizada devido às particularidades da faixa etária. Este resumo apresenta como objetivo principal relatar a realização de um treinamento de caráter educativo realizado com copeiras e lactaristas do setor de nutrição e dietética do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). O HUAB corresponde a uma unidade de ensino de média Complexidade ambulatorial e hospitalar, referência no atendimento materno infantil para toda a região do Trairi, localizado na cidade de Santa Cruz-Rio Grande do Norte. A referida instituição tem como missão “Prestar assistência materno-infantil qualificada e humanizada, de referência regional, servindo a um ensino voltado para uma formação cidadã”. O referido hospital é considerado Hospital Amigo da Criança pela UNICEF desde 1996. Atualmente oferece serviços voltados para a saúde da mulher e da criança, com 53 leitos conforme dados extraídos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, sendo 15 leitos de pediatria, 23 leitos de obstetrícia clínica (alojamento conjunto), 06 de obstetrícia cirúrgica (alojamento conjunto), 04 de neonatologia (Berçário

Patológico); 03 leitos de ginecologia cirúrgica e 02 leitos de Clínica Geral. (CNES, 2015). Vale ressaltar que o hospital não conta com Banco de leite Humano, possui somente um posto de coleta que recebe o leite humano pasteurizado de outro Hospital Universitário do estado. Além do posto de coleta, o hospital conta com um lactário. O lactário da referida instituição é destinado ao preparo, higienização e distribuição de leite humano, preparações lácteas e fórmulas infantis, seguindo técnicas de controle higiênico-sanitário das formulações preparadas em tal unidade. Em caráter de educação permanente, periodicamente são realizados treinamentos com os manipuladores (copeiras e lactaristas) deste setor visando à atualização dos conhecimentos já adquiridos pelas mesmas, o aprimoramento das técnicas, minimizando assim o risco de contaminação. A Educação Permanente é uma política do Ministério da Saúde para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política visa trabalhar, transformar e qualificar as práticas de saúde, incluindo capacitações de gestores, acadêmicos, profissionais e representantes sociais possibilitando o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na Saúde e o desenvolvimento das instituições da qual, estes fazem parte. Embasados pela importância e eficácia da realização da educação permanente, a residente de nutrição em conjunto com suas preceptoras realizaram uma atividade lúdica sobre a manipulação segura do leite humano pasteurizado, o encontro foi realizado dia 28 de agosto de 2015, na sala de vídeo conferência do HUAB, abordaram-se todas as etapas de manipulação do leite desde sua prescrição/solicitação até a entrega nas enfermarias. A atividade contou com a participação de oito lactaristas e copeiras da instituição. A metodologia escolhida para a realização da referida atividade foi idealizada buscando a participação ativa

do público alvo tendo em vista a rotina de serviço vivenciada por elas, para isto optou-se pelo momento de reflexão inicial a cerca do papel de cada uma na saúde dos recém-nascidos, seguido da apresentação de um vídeo sobre a realização da ordenha do leite humano como instrumento demonstrativo na tentativa de conscientizá-las quanto à importância e necessidade dos cuidados na manipulação desta matéria prima. Dando continuidade foi feita a elaboração de um jogo de dominó, onde os números foram substituídos por situações que ilustram as funções do Posto de Coleta de Leite Humano existente no hospital, o fluxograma de solicitação, transporte do leite materno, importância do preenchimento correto do formulário de prescrição, procedimentos de descongelamento, porcionamento, identificação, transporte até as enfermarias dos complementos ou mamadeiras e o armazenamento e validade do leite materno descongelado. Cada participante iniciou o jogo com seis peças e algumas ficaram na reserva, o ponto de partida foi dado através da ilustração correspondente ao posto de coleta e o jogo foi seguindo até que se esgotaram todas as peças de uma das participantes. Ao final foram demonstrados por meio de projeção em slide o que representava cada peça do jogo e quais os aspectos e práticas que não podiam faltar em cada fase para garantir a oferta de leite materno livre de contaminação. As copeiras e lactaristas demonstraram-se a todo o momento ativas, participantes e ansiosas a cada jogada, possibilitando a oferta de um momento educativo que também proporcionou lazer e a partir de então elas se sentiram mais seguras e confortáveis, melhorando o contato com as nutricionistas do setor e proporcionando um momento de troca de informações sobre as dificuldades vivenciadas por elas para o cumprimento das etapas que foram discutidas durante a atividade. Portanto, a partir da realização

desta atividade enfatiza-se que se torna imprescindível para a oferta de um serviço de qualidade o estabelecimento de atividades de educação permanente com os manipuladores de alimentos, tendo em vista os impactos positivos na modificação ou inserção de novas condutas e no estreitamento do contato/relação entre todos profissionais do setor. Estas ações possibilitam também a elaboração de novas estratégias por parte das responsáveis técnicas pelo setor, perante as demandas trazidas como dificuldades, buscando o aprimoramento das técnicas e a oferta de serviços de qualidade.

ATIVIDADES EDUCATIVAS EM SAÚDE COM OS FUNCIONÁRIOS DOS CENTROS DE EDUCAÇÃO INFANTIL DE DOURADOS – MS

Julyana Alves Teixeira Borges

APRESENTAÇÃO: As práticas diárias, o cuidar e o educar devem caminhar de maneira indissociável, possibilitando que ambas as ações construam na totalidade, a identidade e autonomia da criança, envolve uma visão integrada de desenvolvimento da criança, dessa forma, os profissionais que trabalham com a criança pequena. A educação infantil é a primeira etapa da educação básica, deve ser entendida em amplo aspecto, pois ela pode integrar todas as modalidades educativas vividas pelas crianças em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social interagindo na família e na comunidade, antes mesmo de atingirem a idade da escolaridade obrigatória. Está relacionado tanto à educação familiar e a convivência comunitária, como a educação recebida em instituições específicas, como por exemplo, o Centro de Educação Infantil (CEIN). As singularidades da criança com idade de zero a seis anos solicitam duas funções importantes cuidar e educar.

Atender essas crianças em instituições de educação exige cuidados especiais, pois elas estão em formação dos traços de personalidade, e cidadania. A sociedade atualmente exige cada vez mais cedo que as crianças sejam colocadas em períodos maiores de tempo, em instituições de educação infantil, devido à entrada da mulher no mercado de trabalho essa criança é matriculada em uma instituição pública ou privada. O cuidado com a criança pequena é essencial, é relevante pensar em como estão sendo efetuados esses cuidados, pois nesse período a criança está passando pela fase de estruturação do ser (físico, psicológico e espiritual) podem interferir e/ou influenciar no crescimento e desenvolvimento delas. O universo do cuidar de crianças requer habilidades técnicas e a assistência não é só voltada para os cuidados básicos de higiene, alimentação e socialização, os cuidados são de um nível maior de complexidade. Na medida em que as crianças crescem e amadurecem, passam por estágios de desenvolvimento previsíveis que é o principal indicador de suas condições de saúde, elas precisam de adequada estimulação para efetivar o seu desenvolvimento pleno. As práticas diárias realizadas nos Centros de Educação Infantil com crianças de zero a cinco anos são permeadas pelas relações humanas de reciprocidade de influências contextuais, dentre essas destacamos aspectos interligados, tais como: os princípios e valores constituídos em ambiência cultural, familiar, sociedade fortalecendo laços de amorosidade, educação e formação ética nas crianças. A formação de profissionais educadores infantis, além de prepará-los para o desenvolvimento do projeto pedagógico demanda a inclusão de conteúdos sobre promoção à saúde, tendo como objetivo aprimorar a qualidade dos serviços prestados às crianças, reduzindo o risco de adoecimento, por ser um ambiente

de convívio social as crianças estão mais propensas a adquirir alguma patologia ou transmitir para outra criança. O cuidar e o educar são duas práticas que devem caminhar de maneira inseparável, possibilitando que ambas as ações construam na totalidade, a identidade e autonomia da criança, envolve uma visão integrada de desenvolvimento da criança, dessa forma, os profissionais que trabalham com a criança pequena devem tomar precauções para que suas práticas não se transformem em ações mecanizadas, guiadas por regras. Dessa forma, a criança é estimulada desde cedo para aperfeiçoar e criar habilidades particulares e melhorar seus pontos fracos ou dificuldades em algum aspecto. O ambiente educacional propicia a aprendizagem e o desenvolvimento das crianças, além de ser o local que as crianças passam a maior parte do dia. **OBJETIVOS:** Acompanhar atividades teóricas -práticas em cuidados e educação, através da orientação e capacitação dos educadores dos Centros de Educação Infantil de Dourados/MS, com ênfase em educação e saúde. **DESENVOLVIMENTO:** Esse trabalho é um recorte do projeto de extensão “Práticas diárias em cuidados e educação nos Centros de Educação Infantil de Dourados – Mato Grosso do Sul” iniciado em fevereiro de 2015. As atividades serão realizadas pelos acadêmicos do curso de enfermagem nos Centros de Educação Infantil Celso de Almeida e Vitorio Fedrizzi. Foram realizadas atividades diretas teóricas, amostra de vídeos, rodas de conversa e oficinas teórico-práticas com a equipe multiprofissional do CEI, as atividades são previamente agendadas na Secretaria Municipal de Educação (SEMED). A cada semana são abordados temas diferentes relacionados com a educação e saúde, como por exemplo, autocuidado da equipe multiprofissional dos CEINs; enfermagem nos CEINs cuidados em saúde na urgência e emergência; cuidando do ambiente educativo. A figura de um

facilitador/mediador do processo ensino e aprendizagem prática é importante para adequação dos temas/assuntos discutidos nos módulos teórico-práticos nas atividades educacionais. Pois acompanhar os participantes na sua dicotomia de atenção integral nos cuidados e educação com crianças requer atualizações constantes. O papel do orientador é fundamental para completar com qualidade e competência devida a proposta do projeto entre profissionais de saúde e educação. O processo da educação é desafiador aos que trabalham e se dedicam a sua causa, entretanto pensar na integralidade do ser humano e suas relações com o meio que está inserido é instigador ao educador de CEIN. Ao compreender as atividades diárias desenvolvidas nas práticas de cuidar e educar diante das inter-relações entre a equipe multiprofissional e as crianças, no cotidiano da educação infantil com a finalidade de aperfeiçoar e aplicar outras formas metodológicas para o ensino e aprendizagem dos educadores e as crianças, melhorando-se assim o processo ensino-aprendizagem. A aplicação no fazer diário se constrói esse projeto de acompanhar as oficinas nos CEINs, pois são fundamentais para aprimorar a qualidade do trabalho prestado às crianças e principalmente os cuidados oferecidos. Portanto, o cuidado com a saúde está posto como um complemento da educação, sendo que a concretude operacional das oficinas se aplica no planejamento de ações em cuidados e educação, modificando o pensar em saúde nos CEINs. E o acompanhamento é fator de avaliação das oficinas e modificações específicas em adaptar de forma lógica e racional as necessidades pontuais de cada CEIN. O acompanhante realiza avaliações em cada oficina na adequação de atividades para cada particularidade com os profissionais. **RESULTADOS:** A capacitação em educação e em saúde

de forma continuada dos profissionais atuantes em educação infantil na questão de cuidados é fundamental na qualidade da assistência integral com crianças que estão nos CEINs de Dourados. Ressalta-se a inclusão e garantia da qualidade do profissional em seu autocuidado e formas de atuação em educação com a criança pequena. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O CEIN é um ambiente especial criado para oferecer condições ótimas que propiciem e estimulem o desenvolvimento integral e harmonioso da criança sadia nos seus primeiros três anos de vida. Dessa forma, nesse ambiente, os profissionais respondem pelos cuidados integrais à criança na ausência da família, por isso que devem ser capacitados para atender de maneira satisfatória, complementar os cuidados que essa criança recebe da família. A presença ou a supervisão de um enfermeiro nos CEINs é de extrema importância, pois esse profissional encontra nesse ambiente um excelente espaço para atuar na prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde das crianças, bem como, na orientação dos familiares, treinamento e reciclagem dos funcionários que prestam o cuidado.

ATIVIDADES MOTORAS E LUDICIDADE NAS SÉRIES INICIAIS DO ENSINO FUNDAMENTAL

Alexandre Florenciano da Silva, Lourdes Lago Stefanelo, Ednéia Albino Nunes Cerchiari

Palavras-chave: lúdico, educação física escolar, brincadeira

APRESENTAÇÃO: Na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1996, com complemento da Lei nº10.793, de 2003, a Educação Física é componente obrigatório no ensino básico da educação brasileira, ela é responsável pelo desenvolvimento das habilidades motoras do educando e

deve ser considerada com o mesmo grau de importância das demais disciplinas (BRASIL, 1997). Na Educação Básica a Educação Física é muito importante, uma vez que promove o desenvolvimento do aluno, o bem estar, a saúde, a socialização, a interação entre eles, bem como o trabalho em equipe. Enfatiza a importância de respeitar o universo cultural dos alunos, possibilita explorar as atividades lúdicas e desafiá-los com atividades mais complexas, visando à construção do conhecimento. Como isso as crianças devem ser acompanhadas no momento da execução da prática das atividades lúdicas, pois, o lúdico possibilita o estudante adquirir conhecimento através da prática. Educar através do lúdico pode ser um valioso instrumento de unificação e libertação, podendo ainda possibilitar transformações. O Lúdico inserido nas atividades de Educação Física, possibilita a criança de forma espontânea a pensar, criar, seriar, classificar, combinar, simbolizar, isso ajuda a desenvolver concentração, atenção e ainda trabalha com a expressão corporal (FREIRE 2010). Awad (2011), afirma que as crianças expressam livremente seus sentimentos, desenvolvendo seus aspectos cognitivos, através da recreação, com isso a criança amplia suas experiências e seus desenvolvimentos. Ao brincar a criança vivencia várias situações dependendo da brincadeira escolhida, ela passa a ser o centro das atenções, é mãe, super herói, mocinho e até mesmo o vilão, pois, a criança cria o seu próprio mundo, isso permite possibilidades de realizar ações atribuídas para todas as brincadeiras. Com isso o jogo pode ser utilizado como ferramenta importante no desenvolvimento das aulas para o aprendizado da criança, deixando-as alegres e agradáveis. **DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO:** O estudo foi realizado por meio da observação em uma Escola Municipal na cidade de Jardim/MS, com 27 alunos sendo 11 do gênero feminino e 16 do gênero

masculino da sala do 2º ano do Ensino Fundamental. O período de observação teve a duração de duas semanas. Para realização da coleta, os dados foram anotados em caderno de anotação. Foram observadas atividades que podem ser trabalhadas de forma lúdica e motora para o desenvolvimento das crianças. A satisfação, o prazer, a diversão, a alegria vista nas crianças foram critérios utilizados para definir se as atividades eram de caráter Lúdico. Outro instrumento utilizado foi uma entrevista realizada com o Professor de Educação Física da turma, com perguntas sobre a ludicidade nas aulas. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Ao responder sobre a pergunta um (1) que trata sobre o entendimento do que seja lúdico, o professor respondeu: “É oferecer atividades para as crianças que proporcione diversão e prazer, pensando no bem estar.” Esta afirmativa vai ao encontro das definições de Freire e de Awad, que as atividades envolvendo jogos, devem ser de extremo prazer, permitindo as crianças novas experiências. A pergunta dois (2) buscou saber que tipos de atividades lúdicas o professor adotava em aula. O professor respondeu: “Intencionalidades diferentes. Rodas cantadas, alerta, elefante colorido, etc.” Nesta pergunta o professor descreveu algumas atividades que são propostas em suas aulas, atividades estas que são mais visíveis à diversão das crianças. Na pergunta três (3) em que momento você usa atividades lúdicas em sala de aula? Para essa pergunta o professor respondeu: “A ludicidade é usada em todos os momentos, pois o Lúdico proporciona para as crianças momentos de alegria”. Concordo com o referido professor, ao observar as atividades propostas nas aulas, verifiquei que a ludicidade realmente proporciona alegria e também diversão. Na pergunta quatro (4), qual a reação dos alunos frente às atividades lúdicas? O professor respondeu: “A criança tem desejo pelo brinquedo e este tende instigar a sua

criatividade. A sensação de prazer pode ser definida pela satisfação que ela encontra no brinquedo”. A afirmativa do professor deixa entender que a reação das crianças frente às atividades lúdicas, são visivelmente notadas porque elas se divertem, ficam felizes, se realizam e saem satisfeitas após a execução das atividades. Em relação a pergunta cinco (5) que busca saber como o lúdico está inserido no planejamento e qual sua importância nas aulas de Educação Física? A resposta foi: “Procuro propor atividades que não sejam complexas para as crianças, as atividades tem que ser proporcional à faixa etária, atento para atividades que não fujam do contexto lúdico. As atividades lúdicas têm sua importância, porque elas contribuem no desenvolvimento dos alunos, auxilia e ajuda no desempenho escolar”. Nesta pergunta o professor mostrou preocupação em oferecer as crianças, atividades sem dificuldades para a execução, pois, atividades complexas podem desmotivar as crianças a praticar as aulas. Tem conhecimento da importância do lúdico nas aulas de Educação Física, auxiliando na formação integral do cidadão. Ao analisar as respostas obtidas na entrevista aplicada ao professor e comparando com os teóricos apresentados que tem concepções de que as aulas de Educação Física Escolar, sendo de forma Lúdica, é fundamental para o desenvolvimento integral da criança e ainda promove o crescimento como cidadão, a ludicidade oferece, sensação de prazer alegria, um ambiente harmonioso e ainda oferece benefícios para uma vida saudável, nota-se a preocupação do Professor em aplicar em suas aulas, atividades que estejam inserido o Lúdico, buscando proporcionar diversão e bem estar aos alunos. No período de observação, pôde-se notar que algumas das atividades propostas havia certa competição entre as equipes, mas isso não impedia as atividades terem um caráter Lúdico. O Lúdico pode apresentar

um caráter competitivo, mas diferente das competições que visa rendimentos, o lúdico nas brincadeiras, proporciona para as crianças a fantasia, a superação, descontraindo-se sendo uma excelente forma de contribuição para o aprendizado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Lúdico é importante para o aprendizado, às crianças se envolvem mutuamente, desenvolvem capacidades importantes e se beneficiam de bem-estar. As crianças quando brincam desenvolvem suas habilidades motoras aprendem a trabalhar em grupo, interagem com os outros, proporcionam um ambiente harmonioso e ainda promove o crescimento como cidadão, tornando-os capazes de solucionar problemas e proporcionam a si mesmo o bem-estar. Para isso o educador deve fazer uso do Lúdico como ferramenta pedagógica para o ensino-aprendizagem, aproveitar o interesse das crianças, usar da criatividade para desenvolver outras atividades, proporcionar a elas satisfação de fazer o que achava que não conseguiria. Acredito que o papel do professor é fundamental para transmitir segurança e propor novos desafios, pois é na infância que devemos potencializar e especializar os movimentos corporais. Por fim, o lúdico permite as crianças se desenvolverem, ter um aprendizado de qualidade para a construção de uma sociedade harmoniosa.

ATUAÇÃO DA GERÊNCIA EXECUTIVA DO PROJETO UNA-SUS/UFCSPA NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Diego Menger Cezar, Luciana Bisio Mattos, Silvana Bragança, Elissandra Siqueira, Alessandra Dahmer, Maria Eugênia Bresolin Pinto

Palavras-chave: educação permanente, educação a distância

INTRODUÇÃO: O Sistema Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) conforme o Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010, com o objetivo de atender às necessidades de qualificação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS. Ela é constituída por instituições públicas de educação superior, conveniadas ao Ministério da Saúde (MS) e credenciadas pelo Ministério da Educação (MEC), para a oferta de educação à distância sendo a adesão feita mediante convênio e termo de cooperação. A modalidade de ensino a distância (EAD) apresenta diversas vantagens para o aluno, como a otimização do tempo de estudo, possibilitando ao aluno organizar os estudos de acordo com a sua rotina e realizar as atividades a qualquer horário e local, bastando apenas ter acesso à internet. A EAD também propicia a criação de novas modalidades de cursos, a incorporação de novos conteúdos, tecnologias de informação e comunicação, práticas pedagógicas e procedimentos de avaliação. O primeiro curso ofertado pelo projeto UNA-SUS da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) foi à pós-graduação lato sensu, na modalidade especialização, em Saúde da Família, cuja primeira turma iniciou em 2010. O projeto é coordenado pela UFCSPA e envolve os professores das áreas de Saúde Coletiva, Medicina de Família e Comunidade, Enfermagem e Informática. O desenvolvimento das atividades específicas da área de odontologia foi realizado em parceria com professores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O projeto UNA-SUS/UFCSPA atende aos programas Mais Médicos para o Brasil - (PMMB) e Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) disponibilizando aos participantes um conjunto de ofertas educacionais e formativas, como o curso de especialização em Saúde da Família, de caráter obrigatório

e requisito para permanência nos dois Programas e para aproveitamento do bônus de 10% para ingresso em residência aos profissionais do PROVAB. Os profissionais participantes dos programas devem dedicar 32 horas de sua semana para atividades clínicas e oito horas para estudos teóricos, sendo, posteriormente, submetidos a avaliações teóricas e práticas. Os profissionais do PMMB recebem um dispositivo móvel (tablet) que é utilizado para acessar cursos à distância oferecidos pela UNA-SUS. Esta narrativa tem como objetivo abordar a atuação da Gerência Executiva (GE) do projeto UNA-SUS/UFCSPA e a articulação com as instituições coordenadoras e integrantes do PMMB e PROVAB. Os relatos aqui apresentados possuem o recorte temporal de junho a agosto de 2015, quando iniciaram as atividades deste núcleo. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** GE do projeto UNA-SUS/UFCSPA constitui-se como um núcleo de trabalho responsável pelas ações gerenciais, acompanhamento das turmas e alunos, a organização dos momentos presenciais do curso de especialização em Saúde da Família, como aulas e apresentação de trabalhos de conclusão, além de auxiliar a coordenação do projeto na interlocução com os diferentes atores externos necessários a sua realização. A organização do núcleo se baseia em referências por estados, onde cada referência fica em permanente contato com as Comissões de Coordenação Estadual (CCE) de 7 estados (Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Roraima, Sergipe e Rio Grande do Sul), os quais o projeto oferta o curso de especialização em Saúde da Família para 1.715 profissionais pertencentes ao PMMB e PROVAB. No cotidiano do processo de trabalho, a GE busca manter contato próximo com os demais atores institucionais que compõe os programas, com o objetivo de apoiar e qualificar as atividades desenvolvidas no âmbito do curso de especialização, fazendo a interlocução entre

o projeto e as instâncias gestoras do PMMB e PROVAB. O núcleo da GE se relaciona com estes ao participar de reuniões de CCE, ao realizar o monitoramento dos alunos e andamento das turmas e ao participar das atividades presenciais. As reuniões da CCE ocorrem quinzenalmente e mensalmente. Neste espaço são planejadas, monitoradas e avaliadas as atividades relacionadas ao PMMB e PROVAB, bem como discutidas as dificuldades e situações-problema identificadas nos municípios e com os profissionais. Nesses momentos a GE estabelece relações com os apoiadores institucionais do MEC e MS, que são referência para os estados, a fim de pactuar, organizar e construir coletivamente as ações de formação e educação permanente para os participantes do PROVAB e PMMB. A GE também mantém uma interlocução com os alunos, seja diretamente, como nas atividades presenciais ou em demandas encaminhadas via tutores acadêmicos, sempre buscando evitar o distanciamento entre as partes envolvidas no processo de ensino-aprendizagem. **IMPACTOS:** Com o apoio no método de cogestão, o núcleo da GE busca construir uma relação mais circular nos processos de tomadas de decisão, e a constituição de um método que oferte espaços coletivos de discussão e análise dos processos de trabalho, incluindo os desafios a serem enfrentados, definindo tarefas com prazos e responsabilidades. Ao pensar na lógica do apoio institucional, que tem como objetivo-chave construir espaços de análise e interferência no cotidiano dos processos de trabalho, conseguimos potencializar certas análises coletivas, implementar e mudar práticas. Ao participar de momentos de deliberação junto às CCE dos estados, muitos compromissos são tratados e os encaminhamentos são construídos com a visão de cada ator envolvido neste processo, sempre buscando compartilhar a decisão tomada e acordando compromissos sujeitos a revisão entre estes atores, possibilitando

alguma viabilidade aceitável do ponto de vista de cada um. A aproximação entre o núcleo da GE e os atores institucionais envolvidos na gestão do PMMB e PROVAB encurta o tempo de resolução de problemas, evitando trâmites complexos e abertura de processos. O trabalho da GE tem se mostrado uma experiência positiva dentro da organização do projeto UNA-SUS/UFCSPA, pois o perfil articulador do núcleo possibilita a interlocução entre os demais núcleos internos e apoiadores institucionais. Buscando e compartilhando informações, saberes e processos, resultando na qualificação das atividades de EPS. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Este relato refletiu sobre a atuação e articulação existente entre a Gerência Executiva do projeto UNA-SUS/UFCSPA e as instituições coordenadoras e integrantes do PMMB e PROVAB, no que tange o acompanhamento do processo de Educação Permanente em Saúde (EPS) dos profissionais participantes. Buscou-se discutir os processos de trabalho da GE e a articulação com as instituições coordenadoras e integrantes do PMMB e PROVAB a luz de conceitos como o apoio institucional e cogestão, na busca de construir uma gestão compartilhada do processo de acompanhamento dos profissionais, tanto no que se refere à atuação “in loco” na atenção à saúde quanto no âmbito da EPS. A EPS se constitui como estratégia fundamental para as transformações do trabalho no setor saúde, a fim de que ele se torne lugar de crítica reflexiva, propositiva, comprometida e tecnicamente competente (CECCIM, 2005). Deste modo, ao refletir sobre o processo de trabalho, verifica-se que mudanças ocorrem não somente no profissional participante dos processos de aprendizagem, mas também há um constante movimento interno no núcleo da GE do projeto UNA-SUS/UFCSPA, contribuindo para uma melhor atuação nos processos de cogestão, apoio e EPS.

ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS GESTANTES ACOMPANHADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA

Cecilya Mayara Lins Batista, Jamila Silva de Sousa Paulino, Fabiana Lima Silva, Daniella Cristina de Sá Carneiro Costa Linhares, Denise Soares de Almeida, Myrna Raquel Agra Sousa, Eulália Maria Chaves Maia

Palavras-chave: Psicologia, Assistência Integral à Saúde, Gestantes

O ciclo gravídico puerperal representa para a mulher um momento de alterações hormonais, físicas e psicológicas, que podem interferir em sua saúde psíquica, por se tratar de um período vulnerável à ocorrência de crises, desencadeadas pelas profundas modificações intra e interpessoais próprias da gravidez. Sabe-se que esse processo consiste em um período que produz intensas transformações biopsicossociais, que acarretam mudanças na mulher e no meio no qual ela está inserida. Durante toda a gestação, a mulher fica propensa a sentir uma gama de sentimentos, podendo apresentar desde aumento da sensibilidade, oscilações de humor, insegurança, ansiedade, dentre outros. Didaticamente, os aspectos psicológicos decorrentes da gestação se diferenciam por trimestres. Sendo assim, o primeiro trimestre se configura a partir da descoberta da gestação, podendo surgir, por exemplo, sentimentos de ambivalência, enjoos, labilidade emocional. No segundo trimestre há a alteração do esquema corporal e a percepção dos movimentos fetais e seu impacto. No terceiro trimestre surgem ansiedades que se intensificam com a proximidade do parto, os temores do parto (medo da dor e da morte) e conseqüentemente há um aumento das queixas físicas. Vale ressaltar que essas e outras ansiedades surgem diferentemente

em cada mulher, variando segundo sua história de vida, o meio social em que permeia suas crenças e costumes. Sendo relevante ainda considerar que o ciclo gravídico-puerperal propicia mudanças à gestante, ao seu companheiro, à sua família, e também sofre influências dos fatores psicossociais. Ao contrário do que a crença popular propaga de que a maternidade é um período de alegria para a mulher, essa pode gerar muito sofrimento psíquico. Gravidez não planejada, ou mesmo não desejada, vulnerabilidade social, e fragilidade de laços afetivos, são muitas vezes fatores que desencadeiam dificuldades maiores por parte das gestantes. Essas mudanças biopsicossociais também acompanham o puerpério, período no qual a mulher e sua rede de apoio social passam a conviver com uma nova realidade com a chegada do recém-nascido ao ambiente familiar. Este processo exige de todos os envolvidos novas adaptações na rotina e na dinâmica da família. Diante do exposto, percebe-se a necessidade de intervenções psicológicas realizadas às gestantes precocemente, a fim de oferecer espaço de escuta a essas mulheres, de modo que possam ser reconhecidas suas motivações, experiências e afetividade diante do ciclo gravídico puerperal, buscando prevenir transtornos relacionados a esse ciclo, bem como oferecer suporte a essa mulher e sua família. É considerando essa realidade que o Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), na Região do Trairi do Rio Grande do Norte, unidade de referência no atendimento materno-infantil e no desenvolvimento de projetos de extensão com enfoque em equipe e atuação multiprofissional, inclusive com Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil, busca realizar acompanhamento multiprofissional para prestar um cuidado integral e humanizado às gestantes. Dentre os projetos de extensão encontra-se o intitulado “Mãe Cidadã”, que é direcionado às gestantes que fazem

acompanhamento na rede de atenção primária à saúde do município de Santa Cruz-RN e no hospital universitário, tendo como objetivo principal promover a educação em saúde, através de atividades lúdicas e educativas sobre temas que envolvem o período gravídico-puerperal, assim como identificar gestantes que necessitem de um cuidado mais especializado. Esse projeto é desenvolvido por meio de encontros semanais realizados nas dependências do Hospital Universitário, com as gestantes e a equipe multiprofissional, composta por psicólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeira, farmacêutica e odontólogo. As ações educativas desenvolvidas têm foco no período gestacional, assim como também são trabalhados temas pertinentes ao puerpério, sempre contando com a participação ativa da equipe multiprofissional e das gestantes. A partir dessa experiência, o presente relato objetiva apresentar a atuação da psicologia no projeto multidisciplinar “Mãe Cidadã”. Considerando essa experiência rica e essencial na prática do profissional da Psicologia, em que é possível uma melhor compreensão da vivência das gestantes, identificando sua forma de perceber o momento, os afetos emergentes e apresentados, assim como o apoio ofertado pela rede sócio familiar. A psicologia se propõe a realizar atividades educativas e psicoeducativas que possibilitem um espaço de acolhimento e escuta, de modo que as participantes possam expressar suas emoções, angústias e ansiedades, no sentido de auxiliá-las a compreender os aspectos psicológicos relacionados ao ciclo gravídico puerperal e como melhor lidar com essas questões. Permitindo assim um espaço acolhedor que as mesmas desmitifiquem a maternidade enquanto um período que não perpassa apenas alegrias, sendo que este consiste em um processo que provoca muitas mudanças sociais e psicológicas que acarretam

dificuldades em que a mulher pode não estar preparada para enfrentá-las. Assim, a equipe interage com as gestantes, na busca de apreender as implicações clínicas e obstétricas de cada uma, enquanto que o profissional de psicologia atua no sentido de favorecer as expressões e comunicação entre os integrantes do grupo, buscando compreender a estrutura e dinâmica de cada mulher para poder oferecer a melhor conduta. As intervenções com as gestantes têm uma perspectiva psicoeducativa, que visa promover saúde através da divulgação, esclarecimento e orientação de alguns temas, comumente geradores de ansiedade, medo ou outras fragilidades emocionais, considerando o avançar da gestação, a possibilidade ou ocorrência de intercorrências, ou já questões referentes ao parto e/ou ao puerpério. Essa intervenção psicoeducativa tem como método o esclarecimento e apoio, atuando de forma interventiva, estruturada e didática, no âmbito da psicologia da saúde, no interesse de possibilitar o maior bem-estar da gestante e do feto. Por isso, compreende-se a importância do papel da psicologia dentro do grupo multiprofissional atuando com esse público que exige tamanha atenção do psicólogo, que deve estar atento aos aspectos como a vinculação entre mãe-feto-pai, o suporte familiar e rede de apoio social presente e aspectos psíquicos da puérpera. Portanto, a intervenção da psicologia junto à equipe multiprofissional dirigida as gestantes tem possibilitado promover o cuidado integral à saúde das mesmas, compreendendo o trinômio mãe-pai-bebê e seu contexto sócio familiar. É oportuno frisar que tal intervenção não está dissociada da promoção do compartilhado inserido numa rede de atenção à gestante, bem como da produção do protagonismo e cidadania dessas mulheres. Neste sentido, a atuação do profissional de psicologia dirigida as gestantes têm favorecido as

mesmas o conhecimento e reconhecimento do momento que estão vivenciando, dotando-as de estratégias de adaptação à realidade, reduzindo ansiedades, favorecendo aspectos relacionais, e estimulando seu papel ativo em prol de uma maior harmonia frente ao ciclo gravídico- puerperal. A intervenção psicológica possibilita também a detecção de situações específicas de sofrimento psicológico durante a gestação, sendo oferecidos apoio e suporte emocional às gestantes que apresentem demandas a serem acompanhadas pelo do serviço ambulatorial da psicologia. Destaca-se que nesse momento de clarificação quanto aos processos que envolvem o ciclo gravídico puerperal a psicologia não intervém sozinha, sendo imprescindível o trabalho articulado de toda a equipe multiprofissional que se empenha em oferecer atenção à saúde integral às gestantes, acompanhadas nesse grupo promovido pelo projeto de extensão. Dessa forma, ressalta-se o trabalho de prevenção e promoção dos cuidados preconizados as gestantes, buscando prevenir possíveis situações de sofrimento psíquico durante a gravidez, ou ainda possíveis de ocorrem no parto ou no puerpério, permitindo assim, à mulher, vivenciar de forma mais saudável o ciclo gravídico puerperal, pautado na construção de um modelo assistencial no pré-natal cada vez mais humanizado e qualificado, como preconizado pelas políticas públicas de saúde.

ATUAÇÃO DE RESIDENTES FISIOTERAPEUTAS NA PORTA DE ENTRADA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Iara Pereira de Souza, Aryne Arnez, Gabriel Victor Guimarães Rapello

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde, Cuidado Intensivo, Serviço Hospitalar de Fisioterapia

APRESENTAÇÃO: Em um hospital a porta de entrada para pacientes que apresentem alterações, com risco de vida, dos pontos de vista biológicos e físicos, é constituída pelo serviço de urgência e emergência. A especialidade de fisioterapia na emergência é nova dentro desta área. Surgiu aproximadamente há três anos e visa dar suporte inicial a pacientes que dão entrada no setor de emergência com quadros graves que colocam a vida em risco. A importância do fisioterapeuta dentro deste setor destaca-se por contribuir diretamente na rapidez e eficiência dos atendimentos, bem como na evolução do quadro clínico do paciente, refletindo em menores índices de intubação orotraqueal, menor tempo em ventilação mecânica invasiva, manutenção das funções vitais de diversos sistemas corporais, prevenindo e/ou tratando doenças cardiopulmonares, circulatórias e neuromusculares/musculares, menor número de complicações, infecções e menor tempo de internação hospitalar, tendo em vista que a maior parte desses pacientes que adentram na unidade de urgência e emergência necessitam de cuidados intensivos e suporte avançado. O fisioterapeuta apto para atuar neste contexto, deve possuir conhecimento técnico e científico voltado para a área, com capacidade de decisões rápidas, eficientes e capaz de atuar de forma multiprofissional. Dentre os objetivos específicos da atuação fisioterapêutica no paciente crítico, tem-se a otimização da função ventilatória, manutenção dos volumes e capacidades pulmonares, manutenção da força muscular respiratória e periférica, manutenção de suporte ventilatório invasivo (VMI) e não invasivo adequados, manutenção da integridade da pele, posicionamento

adequado no leito, manutenção dos gases sanguíneos dentro dos valores de normalidade, entre outros. Para isso, geralmente é usada a combinação de procedimentos fisioterapêuticos, como a terapia de higiene brônquica, terapia de reexpansão pulmonar, treinamento dos músculos respiratórios, mobilização precoce e treinamento físico, posicionamento funcional e ventilação mecânica não invasiva (VMNI) em grupos selecionados de pacientes. No que se refere à utilização de VMNI, pacientes com exacerbação de doença pulmonar obstrutiva crônica (grau de recomendação A), exacerbação da asma (grau de recomendação B), insuficiência respiratória aguda ou crônica agonizada (grau de recomendação B), edema agudo de pulmão (grau de recomendação A), podem se beneficiar, e sabe-se que sua utilização é responsável pela diminuição da necessidade de intubação, da mortalidade e dos custos do tratamento, nestes pacientes. Efeitos fisiológicos importantes da técnica são a melhora do fornecimento de oxigênio, a melhora do débito cardíaco, a redução do esforço respiratório com a melhora da capacidade residual funcional e da mecânica respiratória, melhora da ventilação alveolar e diminuição da hiperinsuflação dinâmica em pacientes com diversas patologias na bomba respiratória, via aérea e parênquima pulmonar. A residência multiprofissional em Atenção ao Paciente Crítico busca oferecer o suporte necessário para a formação de profissionais capazes de atuar nesta área. Entretanto a unidade de Pronto Atendimento Médico (PAM) do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossiam (HUMAP) não possuía a inserção de fisioterapeutas, dentro do quadro de funcionários do setor. Neste contexto objetivou-se relatar a experiência da atuação das residentes de fisioterapia recém-formadas, na porta de entrada de urgência e emergência do Hospital. **DESENVOLVIMENTO DO**

TRABALHO: Este relato é fruto da permanência na unidade de urgência e emergência por dois meses e meio de duas residentes fisioterapeutas, em períodos diferentes do ano de 2015. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Atenção ao Paciente Crítico do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian/UFMS tem como objetivo preparar profissionais da saúde das áreas de Fisioterapia, Enfermagem, Nutrição, Farmácia e Odontologia para o trabalho multiprofissional e atuação no âmbito da Urgência e Emergência e Intensivismo, através da associação ensino-serviço. No primeiro ano, os residentes passam por setores de enfermagem que normalmente recebem pacientes em estados menos críticos, sem risco eminente de vida, como a Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Setor de Doenças Infecto-Parasitárias, entretanto um período é determinado para a atuação na área vermelha do PAM, onde a maioria dos pacientes encontram-se criticamente enfermos. Devido as fisioterapeutas, integrantes do programa de residência, chegarem ao serviço sem ou com pouca experiência no atendimento à pacientes graves, este período torna-se essencial na preparação a nível teórico-prático para a posterior atuação nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), ao mesmo tempo em que deve-se estar preparado para as necessidades do local mesmo sem experiência de atuação. O PAM do HUMAP é segmentado em três diferentes áreas, nomeadas de acordo com a classificação de risco dos pacientes que a compõe em verde, amarela e vermelha possuindo três, oito e seis leitos respectivamente. A área vermelha do PAM tem como perfil a permanência de pacientes sob Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) por diversos dias, tendo em vista a necessidade de cuidados intensivos e o reduzido número de leitos do Centro de Terapia Intensiva (CTI) do hospital. Devido a

este perfil, a atuação fisioterapêutica nesta unidade torna-se ainda mais relevante, tendo em vista a perda progressiva de massa muscular nos primeiros dias de restrição ao leito e na necessidade de se iniciar a programação para o desmame da VMI logo após a sua instituição, assim como recomendado. Até o mês de Julho de 2015 os profissionais fisioterapeutas que atuaram neste setor, foram os residentes de fisioterapia já que o local não contava com fisioterapeutas do hospital. Tendo em vista a falta de experiência devido ao recente término da graduação e a falta de fisioterapeutas capacitados no setor, que poderiam dar o apoio necessário, viu-se a necessidade de relatar a experiência da atuação neste contexto. **IMPACTOS:** Ao adentrar neste cenário as residentes em seu primeiro ano de atuação hospitalar, desempenharam a função de responsável pelo setor na área, não contando com a presença de um preceptor experiente para auxiliá-lo nesse processo. Desenvolveram o perfil exigido por este nível de atenção à saúde, como tomada de decisões rápidas, pensamento crítico, proatividade nas ações, embasamento teórico-prático preciso, habilidades interpessoais no que se refere ao relacionamento com a própria equipe multiprofissional, equipe médica, e com os outros profissionais do setor. Inicialmente essa situação causou ansiedade, preocupação e receio nas residentes que enfrentaram essa realidade, pois ainda que possuíssem o conhecimento teórico para prestar a assistência, a atuação prática já vivenciada era apenas a da graduação e necessitava-se de outros diversos aspectos citados anteriormente para o desempenho da função. Entretanto como descrito acima, foi possível adquirir tudo o que seria necessário com o passar dos dias, com o atender dos pacientes, com as intercorrências entre outras situações que se vivência nesse âmbito. A grande

diversidade de casos, condições clínicas, avaliação e solicitação de exames complementares junto ao médico e principalmente a condução da VMNI e VMI foram extremamente enriquecedoras e geradores de segurança para a atuação. Esta vivência demandou grande empenho por parte das residentes e além de tudo o saber lidar frente às impossibilidades da vida. Tem-se ao final do período de atuação a gratidão por todos os conhecimentos adquiridos, pela contribuição da fisioterapia para a melhora e progressão do quadro clínico dos pacientes atendidos, pela experiência vivenciada e por poder contribuir na humanização da assistência dentro do hospital. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O trabalho desenvolvido pelas residentes no PAM possibilitou identificar a importância e necessidade da atuação da fisioterapia neste nível de atenção à saúde, por auxiliar principalmente na redução do tempo de intubação orotraqueal, VMI, índice de infecção e tempo de internação hospitalar.

ATUAÇÃO DOS FISIOTERAPEUTAS RESIDENTES DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO (RS)

Barbara Zanchet, Josemara de Paula Rocha, Denise Bianchim Gomes, Patrícia Nicola, Amanda Patrícia Schönell, Kriptsan Abdon Poletto Diel, Walter Antônio Roman Junior

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Fisioterapia, Promoção da saúde

INTRODUÇÃO: A Atenção Primária em Saúde é definida por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolvem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006). Fazem parte do

sistema, além da Atenção Primária, os níveis de média e alta complexidade, onde estão inseridos os procedimentos e atendimentos especializados, exames complementares e procedimentos que envolvem geralmente a alta tecnologia aliada ao elevado custo (SGUARIO, 2008). O fisioterapeuta ao longo de sua formação é capacitado a atuar tanto na reabilitação quanto nas áreas de promoção de saúde e prevenção de agravos nos níveis individuais e coletivos. Sua participação em programas de atenção primária seguramente contribui para a transformação do quadro de saúde/doença encontrado no país. Considerando todos os problemas sociais vividos pela população brasileira, agravados pelo empobrecimento e pelas políticas cada vez mais restritivas, o setor público muitas vezes surge como única alternativa de assistência à saúde para a maioria das pessoas (VIANA et al., 2003). Com base nestes aspectos, a pós-graduação na modalidade de Residência Multiprofissional visa o treinamento em serviço dos profissionais de saúde, sendo a prática continuada à base do aprendizado de todos os envolvidos. Esta prática busca o aperfeiçoamento do profissional aprendiz nas várias situações diárias, sendo o serviço oferecido na Atenção Básica um vasto campo de aprendizado e de trabalho, onde cada ação desenvolvida pelo residente, junto ao profissional que esta na rede, objetiva mudança e sensibilização da equipe quanto ao trabalho interdisciplinar e a importância do profissional fisioterapeuta enquanto promotor de saúde. Este trabalho visa relatar a experiência da atuação dos residentes fisioterapeutas na Atenção Básica do município de Passo Fundo (RS). **Descrição do estudo:** Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência das atividades desenvolvidas pelos residentes fisioterapeutas do Programa de Residência Multiprofissional Integrada nas áreas de Atenção ao Câncer e Saúde do Idoso do

Hospital São Vicente de Paulo, Secretaria Municipal de Saúde e Universidade de Passo Fundo (UPF). As atividades foram realizadas por residentes divididos em duplas em duas unidades de saúde do município de Passo Fundo contemplando uma carga horária de 8 horas semanais por um período de dois anos. RESULTADOS: O residente fisioterapeuta, ao longo do período da especialização, vivenciou muitas mudanças na sua forma de atuação na Atenção Básica, se deparou com problemas estruturais, do entendimento da fisioterapia como profissão puramente reabilitadora e do residente visto como servidor público que deveria exercer o mesmo papel do fisioterapeuta contratado. Inicialmente os trabalhos desenvolvidos visavam apenas à reabilitação da população, o residente atuava no intuito de reduzir as demandas do profissional fisioterapeuta contratado pelo município. Após várias adequações das metodologias de trabalho, junto aos tutores e coordenadores do Programa de Residência e do papel do residente na Área da Atenção Básica como instrumento nas questões de educação em Saúde, grupos que visavam à educação em saúde e a prevenção de agravos passaram a ser formados, tendo como público principal os idosos acometidos de dores e doenças crônicas. Nos serviços de atenção à saúde, em muitas regiões do país, são criados grupos operativos, com o objetivo de educar para a saúde, promover saúde e prevenir doenças. Estes grupos operativos são definidos como um conjunto de pessoas com objetivo comum, que opera e se estrutura na medida em que se relaciona. Na atualidade, existem grupos operativos coordenados por fisioterapeutas que desenvolvem atividades educativas associadas às atividades físicas com o propósito de promoção da saúde (FORTUNA et al., 2005). Na experiência relatada, os grupos eram realizados duas vezes por semana, as atividades tinham duração de

uma hora, iniciando com uma conversa com o público atendido, para verificar a presença de queixas e dúvidas que pudessem estar relacionadas a alterações na evolução das doenças. Posteriormente eram realizados exercícios físicos e, de forma periódica e de acordo com a aceitação, realizadas rodas de conversa abrangendo temas como: percepção corporal, modo correto de realizar as atividades de vida diária, condutas não medicamentosas para o alívio da dor dentre outras. Outras ações foram realizadas em parceria com os demais residentes, compondo o caráter interdisciplinar das ações desenvolvidas. Com frequência, os residentes da fisioterapia eram inseridos junto às demandas de enfermagem e nutrição, participando de grupos de gestantes, auxiliando na sensibilização deste público quanto à preparação do assoalho pélvico para o parto, bem como, o cuidado com as mamas para a amamentação. Também foram realizados trabalhos junto a grupos de prevenção e combate ao tabagismo, realizando orientações quanto aos malefícios do tabaco a nível pulmonar e as consequências do uso prolongado do cigarro. Para cada atividade se buscava utilizar uma metodologia específica, desde recursos audiovisuais como vídeos e gravuras até rodas de conversa e produção de desenhos por exemplo. Além das atividades desenvolvidas junto à comunidade, os residentes também acompanharam o funcionamento do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador CEREST Nordeste, participando de reuniões, apurando dados sobre a saúde do trabalhador, participando de eventos e conferências nesta área. Na oportunidade foram apresentados os resultados dos dados apurados no CEREST Nordeste aos gestores e profissionais de saúde, que trabalhavam com a saúde do trabalhador, na tentativa de sensibilizar quanto à importância das notificações dos acidentes de trabalho, sendo as

subnotificações um dos grandes problemas encontrados nesta área. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O residente fisioterapeuta ao longo do seu processo de formação foi proativo no processo de mudança do seu campo de trabalho na Atenção Básica, envolvendo e estimulando os profissionais da rede e a população abrangida, que puderam encontrar no residente, um promotor de mudanças cujo objetivo era melhorar a assistência e sensibilizar a população para o autocuidado da saúde. A fisioterapia ao longo de sua história é reconhecida como uma profissão assistente no nível de atenção terciária, centrando suas ações nas áreas curativas e reabilitadoras. Entretanto, quando o profissional fisioterapeuta passa a fazer parte da equipe na atenção primária seu trabalho pode ser de grande valia nas ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e doenças, bem como educação em saúde. Uma das competências gerais da Fisioterapia, assim como das demais profissões da saúde, é a atenção básica em saúde, a partir da qual ultrapassa o modelo individualista consoante ao novo paradigma de saúde, definido nas políticas públicas de saúde do país constituindo assim a integralidade.

AURORA MATERNA: A PARTILHA DE EXPERIÊNCIAS E SABERES POR MEIO DA RODA DE CONVERSA

Stephany Anastacia Serpa Alarcon, Eunice Delgado Cameron, Marília Silveira de Mello, Thays Luana da Cruz, Cristiana de Souza Ferreira Rondon, Natália Sales Sidrins, Luciana Virgínia de Paula e Silva Santana, Aline Amorim da Silveira

Palavras-chave: roda de conversa, gestantes, puerperas

APRESENTAÇÃO: Vivida de forma única e singular, tanto pela gestante quanto pelos

amigos e familiares que a cercam, a gestação é uma fase que apresenta a necessidade de diversos ajustes organizacionais nos âmbitos da vida diária para o enfrentamento das mudanças decorrentes da gravidez. Nesse processo, determinados fatores podem influenciar na evolução da gestação como a história de vida pregressa, desejo ou não da gravidez, contexto social, emocional, assistencial e econômico, como também características da gestação a que cada mulher está exposta (VIDO, 2006). Não só no período gestacional, mas também no puerpério, período que sucede o parto, as mudanças envolvem todo o contexto da mulher, seja profissional, pessoal ou dos papéis da vivência, com repercussões nos aspectos biológicos, fisiológicos e psicológicos (PEDROSA, 2013). Desta forma, o ciclo gravídico-puerperal se trata de um momento onde é comum o surgimento de dúvidas sobre diversas questões que envolvem o corpo da mulher, sua saúde e a do bebê (PEGORARO et. al., 2010). A proposta da roda de conversa vem como um meio de esclarecimento destas dúvidas, bem como forma de preparação para as mudanças consequentes do período gravídico-puerperal. Ela propõe um estímulo a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação, sendo uma forma de construir espaços de partilha, confronto de ideias e entendimento baseado na liberdade de diálogo entre os participantes, se afirmando como uma alternativa importante para ampliar o grau de corresponsabilidade das ações na produção de saúde. Na roda, todos os participantes são desafiados a interagirem no processo, tendo o direito de usar a fala para expressar suas ideias e emitir opiniões (NUNES; BRANDÃO; VILARINHO, 2015). Portanto, esta ação educativa apresenta relevância por proporcionar interação social mediante a contribuição e

a criatividade de cada um dos envolvidos na experiência. A diversidade de saberes que a roda proporciona é uma riqueza compartilhada, todos detêm experiências diferentes e são parceiros no esforço de aprender e construir conhecimento. Durante as rodas ocorre a discussão dos temas ligados ao ciclo gravídico-puerperal e a cada encontro as pessoas contam um pouco de sua história. OBJETIVOS: Oferecer, em espaço informal, um momento de partilha e troca de experiências entre o grupo, difundindo discussão sobre os temas abordados, criando um contexto de diálogo e promovendo reflexão. Bem como, ampliar os vínculos da gestante/puérpera com acompanhantes e profissionais. E ainda, articular técnicas/estratégias com uma postura pedagógica crítico-transformadora, que viabilizaria a dinâmica do grupo, oferecendo as condições para a construção de uma consciência de grupo indispensável à construção de novas posturas diante da vida. MÉTODO DO ESTUDO: Trata-se de um relato de experiência e reflexão teórica, de Residentes de Enfermagem Obstétrica, baseado em estudo bibliográfico e em análise da vivência em campo de prática, acerca da aplicação da roda de conversa, denominada Aurora Materna, entre gestantes, puérperas e acompanhantes como proporcionador de experiências e saberes. O início das atividades ocorreu na primeira semana de setembro de 2015, em um hospital escola da cidade de Campo – Grande. O projeto consiste em encontros semanais efetuados nas quartas-feiras, devido a presença das gestantes portadoras de Diabetes Gestacional, que realizam acompanhamento na instituição. O grupo apresenta em média 20 participantes e o tema inicial da roda de conversa tratou da importância da presença do acompanhante em todo o ciclo gravídico-puerperal, sendo que os encontros subsequentes tiveram seus temas de acordo com a solicitação

dos participantes. Ao todo foram realizados 7 encontros, tendo entre os temas abordados: analgesia de parto, técnicas não farmacológicas para alívio de dor, posições de parto, DST, utensílios necessários para mala da maternidade, cuidados com o RN e primeiros socorros para RN. No grupo foram demonstradas e aplicadas técnicas referentes ao assunto da roda, que foram reproduzidas pelos participantes, como por exemplo, as posições de parto, os exercícios para alívio da dor e as manobras para desengasgar RN. Esta ação visa não somente a promoção de conhecimento como a aproximação entre equipe e os usuários do serviço, através do esclarecimento de dúvidas e transmissão de informações. RESULTADOS: O espaço livre e informal da roda de conversa permite que, a partir dos temas abordados, os participantes sintam-se confortáveis para tirar dúvidas, quebrar mitos e tabus a respeito do trabalho de parto, descobrir questões relacionadas à gestação, parto, amamentação e cuidados com o bebê, que fazem extrema a diferença no momento do parto e nos cuidados no puerpério e com o RN. Desta forma, a roda de conversa serve como meio de preparação para os acontecimentos que envolvem o período gravídico-puerperal (trabalho de parto, parto, puerpério, cuidados com RN), tanto para mulher quanto para o acompanhante de sua escolha. Neste sentido, atinge-se o objetivo de empoderar as mulheres, e seus acompanhantes, no que diz respeito à gestação e ao parto, devolvendo este último às mulheres e às famílias, conscientizando-os e lhes garantindo a autonomia para fazer suas escolhas e decisões. Além disso, a roda de conversa também serve como terapia, uma vez que, o compartilhamento de sentimentos e experiências, com pessoas que possuem realidades e vivenciam situações semelhantes, contribui para o fortalecimento das decisões e escolhas, bem como diminui a ansiedade e medo

diante dos acontecimentos previstos, como o parto. No momento em que escutam histórias bem-sucedidas de gestação, parto e amamentação, as mulheres e seus acompanhantes se fortalecem e assim podem defender com mais segurança suas escolhas, sem se deixar influenciar pelo ambiente social em que vivem ou mesmo pela opinião de profissionais pouco qualificados. Dentre seus benefícios, nota-se que efetivação da ação da roda de conversa possibilita interação entre equipe, as gestantes, as puérperas e os acompanhantes. Portanto, devido a seus resultados positivos, percebeu-se a necessidade de tornar esta atividade permanente, pois a informação é fundamental para a autonomia do cuidado em saúde, em especial no trabalho de parto e puerpério. Sugere-se então, a manutenção destas atividades e a inclusão de profissionais de outras áreas, para que contribuam para ação com conhecimentos e opiniões distintas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A roda de conversa é uma experiência que está atingindo os objetivos propostos, aumentando a interatividade e vínculo das gestantes, puérperas e acompanhantes com os profissionais da equipe de enfermagem: técnicas, enfermeiras e residentes. A reunião de grupo proporcionou um espaço de escuta e interação que, muitas vezes, não é possível pela grande demanda de serviços e atendimentos do setor da maternidade. Além disso, a abordagem dinâmica/interativa adotada possibilitou a valorização do conhecimento das mulheres sobre o período vivenciado, permitindo que opinassem e sugerissem temas de sua necessidade e interesse. Assim, foi possível esclarecer dúvidas, bem como, fornecer o empoderamento dos participantes da roda, lhes garantindo mais segurança e autonomia, principalmente em momentos de decisões e escolhas.

AUTO PERCEPÇÃO E ABORDAGENS COMUNITÁRIAS – O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A SAÚDE MENTAL

Rebeca Luiza Schulz, Conrado Neves Sathler, Catia Paranhos Martins, Ludmila de Paula Leite

Palavras-chave: saúde mental, atenção básica, agentes comunitárias de saúde, rodas de conversa

Introdução: Esta pesquisa faz parte do Projeto de Extensão Acompanhamento e Apoio Técnico do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do curso de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), tendo o objetivo de contribuir para a Ciência da Saúde através da Análise de Discurso de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) da cidade de Dourados, MS. Está em andamento um trabalho com a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) onde os estagiários têm a oportunidade de observar, apreender e propor intervenções na rotina de trabalho. Ao longo dessa experiência de estágio foi observada falta de espaço para o diálogo entre as ACS, ausência da oportunidade delas expressarem o que se passa em seu cotidiano de trabalho e, em consequência, a presença de discurso de stress, adoecimento e sobrecarga de trabalho refletindo em um alto índice de afastamentos e absenteísmo (RIBEIRO, AMARAL, STALIANO, 2015). Com isso entendemos a importância de possibilitar um espaço onde as ACS se sintam livres e seguras para tratar sobre os assuntos que se fazem presentes em seu cotidiano, através da utilização da roda de conversa. Procuramos dar o enfoque na Saúde Mental pelo fato observado que dentro da UBS e na comunidade atendida as questões de adoecimento e saúde mental não são

tratadas, segundo as ACS são negadas pelos próprios usuários com problemas desta ordem e não são discutidas nas equipes, ressaltando a necessidade de conversar sobre o tema. Para compreendermos as questões de Saúde Mental adotamos uma visão para além do modelo médico tradicional, centrado na cisão mente e corpo que vê a saúde como a ausência de doença. Segundo Morais (2005), pode-se compreender o processo saúde-doença à partir de um conceito ecológico que possibilita uma visão mais abrangente, considerando questões como a historicidade, a influência do contexto sociocultural para a definição do que são entendidas práticas de saúde, a multidimensionalidade do bem-estar do sujeito, levando-se em conta a influência das questões psicológicas, biológicas, espirituais e sociais; e a processualidade que considera o estado de saúde e doença como partes de um todo, continuado e não como estados absolutos ou estáticos independentes um do outro. Ao enxergarmos a complexa necessidade de organização do sujeito perante as diversas esferas que envolvem a saúde mental reafirmamos como o paciente que procura o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser acolhido integralmente, precisando ter a devida atenção para as questões que o adoecem e não manter o atendimento apenas concentrado no saber médico. A teoria de Merhy (1998), aponta que só uma ligação adequada entre tecnologias leves e duras é capaz de produzir um sistema de Saúde com qualidade do serviço que possui maior defesa da vida do usuário, expressado em resultados e a possibilidade de maior controle dos riscos de adoecer ou agravamento de problemas à equipe. Essa tecnologia leve-dura é constituída pela inter-relação do saber empírico dos profissionais da saúde, como exemplo as ACS, que mantêm seu conhecimento sobre saúde à partir de seu cotidiano de trabalho,

formam a equipe e pensam suas práticas e ações para o cuidado de cada caso e pela importância dada ao saber fazer organizado, estruturado, protocolado e normalizável, assim o desenvolvimento das ações resultam na produção de um maior grau de autonomia ao sujeito em seu modo de estar no mundo (MERHY, EMERSON, 1998). As ACS têm importante papel na relação de construção de vínculo entre o paciente e a UBS. Elas estabelecem um contato próximo com o usuário que possibilita conhecer suas necessidades reais e globalizadas, podendo trazer a toda a equipe as informações necessárias para um atendimento integral. As ACS também ofertam ao usuário em suas visitas um acolhimento e atendimento em saúde a partir de seu saber popular sobre como fazer saúde e também de sua posição que funciona como uma ponte entre esse saber popular e o saber científico disponível na rede. Esta proposta de intervenção tem como objetivo possibilitar a expressão das experiências das ACS com o intuito de analisar a visão das trabalhadoras sobre a saúde mental, ajudá-las a ressignificar positivamente suas vivências e a compreender os sentimentos envolvidos em seu trabalho, desmistificar algumas doenças mentais e questões envolvidas nos assuntos ainda vistos como tabus. Objetiva ainda oferecer informações que as profissionais achem importantes para compreender os quadros vistos no trabalho e possibilitar a melhor relação entre ACS e os usuários, buscando um vínculo benéfico ao usuário para que ele se sinta acolhido e atendido integralmente pelo serviço. Desenvolvimento Com a abordagem de pesquisa qualitativa, buscaremos analisar os discursos encontrados na roda de conversa para construir uma concepção de como está sendo atendido o usuário com problemas de saúde mental e como as Agentes significam o seu trabalho. Usaremos como ferramenta de coleta de dados os relatos das experiências

em um diário de bordo analisando os discursos recorrentes entre as agentes, em que pontos os discursos são parecidos e em que questões se diferenciam. Procurando classificar os resultados em categorias organizadas pelas falas recorrentes, para compreender o sentido das experiências de trabalho expostas e discutir as singularidades encontradas. Utilizando-se da teoria do Método de Explicitação do Discurso Subjacente (da Costa, 2007), a análise dos discursos nós traz a possibilidade de compreender os valores e conceitos a partir do qual se dão a construção e reconstrução de signos, símbolos e significados que permeiam as subjetividades dos indivíduos. Procurando coletar os discursos em seus ambientes naturais e informais levando em consideração o contexto que envolve as situações, no ambiente de reunião de equipe da UBS ou em uma visita familiar, a fim de manter as propriedades do contexto para a análise do discurso em questão. Considerações Finais: A pesquisa está em processo, atualmente na etapa de coleta de informações dada pelo início das rodas de conversas quinzenais sobre o tema da Saúde Mental com as ACS. Até o momento foram tratadas as questões sobre a dificuldade de acompanhar e ofertar ajuda aos usuários, o preconceito existente na comunidade sobre o adoecimento psíquico, além de questões trazidas pelas participantes que relatam histórias pessoais sobre o assunto e suas concepções sobre o processo de adoecer e/ou melhorar a saúde mental. Nas rodas de conversa fomentaremos a discussão entre o grupo, promovendo uma visão complexa do trabalho em saúde, conceito já presente no discurso de algumas ACS, que leva em conta os diversos fatores que influenciam o bem-estar do sujeito, com o intuito de estimular a visão entre elas de acolhimento do usuário em sua complexidade dentro do SUS.

AUTOCUIDADO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO SETOR DE PEDIATRIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE DOURADOS – MATO GROSSO DO SUL

Julyana Alves Teixeira Borges

APRESENTAÇÃO: O hospital é uma instituição nosocomial destinado a atender pacientes com agravos em saúde e que necessitam desse tipo de cuidado e atenção a saúde. Geralmente tem sua ação limitada a um grupo etário ou especialidade, como clínica pediátrica, clínica médica ou cirúrgica, saúde mental, atendimento em ginecologia e obstétrica e outros. É um ambiente de trabalho dos profissionais da área de saúde multiprofissional que prestam assistência direta aos pacientes. Um fator importante e decisivo no ato de cuidado esta na questão de contaminação e a relação com o lavar as mãos. Os profissionais de saúde podem carrear patógenos multirresistentes devido ao contato constante com micro-organismos, entre os pacientes e a equipe, observando que esses pacientes muitas vezes já se encontram debilitados pela sua condição de saúde, por isso é importante assegurar a consciência e constância nos hábitos de lavar as mãos. O setor de internação pediátrico tem as suas peculiaridades, pois trabalha com crianças na faixa etária neonatal a 12 anos de idade, com agravos de saúde que requerem internação e atenção especial. Por serem crianças e adolescentes em processo de hospitalização, o processo de materno está implícito e o dar colo e acarinhar a criança estão presentes pela fragilidade das doenças e muitas vezes pelas dificuldades de diagnóstico e pela longa internação, bem como os aspectos de prognósticos no processo de cura ou finitude da vida. Nesse caminho a questão de contaminação é específico e requer mais cuidados na execução de ações pela equipe, pelos familiares, outros pacientes

e visitantes. O processo de lavar as mãos esta demonstrado em várias pesquisas que reduz significativamente as contaminações cruzadas e outras formas de contaminação. Considerando que o hospital preserve com mais cuidado a vida dos pacientes e a equipe é necessário a constante re-informação e de certa maneira uma fiscalização sobre esse procedimento simples e que contribui para os cuidados com os pacientes especialmente da pediatria. Comprovadamente as mãos têm um papel importante, pois carregam um número de micro-organismos aos pacientes, por meio de contato direto ou através de objetos. Podemos citar esses microorganismos, como patógenos potenciais, exemplificando o *S. aureus*, *E. coli*, *P. aeruginosa* e *E. fecalis*, observa-se que alguns são caracterizados como multirresistentes aos antibióticos e tratamentos. Tecnicamente a lavagem das mãos é indicada no preparo de medicação, na administração de medicamentos, preparo de nebulização, antes e após a realização de técnicas específicas hospitalares, no descarte de eliminações urinárias e intestinais e líquidos corporais, antes e depois do manuseio de cada paciente, do preparo de materiais ou equipamentos, da coleta de espécimes, da aplicação de medicamentos injetáveis e da higienização e troca de roupa dos pacientes, entre tantas outras ações e atividades diretas com os pacientes internados. Reconhecidamente a importância da transmissão de infecções relacionadas à assistência à saúde pelo contato das mãos se aceita em diversas instâncias, o cumprimento das normas técnicas para a sua prevenção é limitado, principalmente entre os profissionais da equipe multiprofissional atuante em hospitais tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, sendo inferior a 50% de adesão. Atualmente, o uso de álcool em gel é igualmente citado na literatura como uma forma de aumentar a adesão dos profissionais de saúde à

limpeza das mãos e diminuir a taxa de infecção hospitalar, pois se gasta menos tempo na higienização das mãos, o produto age mais rápido e é eficaz na erradicação de micro-organismos. Ressalta-se que os estudos na literatura mundial provam que a melhor forma de prevenir infecções em ambiente hospitalar é a correta lavagem das mãos antes e após a manipulação dos pacientes. Para que seja eficiente a maneira de aumentar a adesão dos profissionais de saúde é com a implantação de programas para prevenção de infecção hospitalar ou as denominadas CCIHs (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) efetiva e um programa de educação continuada eficaz. Autores descrevem em seus trabalhos de pesquisa que após esse programas a adesão da classe médica aumentou de 40 para 53% a adesão de médicos e enfermeiros à lavagem das mãos antes do contato com o paciente e de 39 para 59% após esse contato. Segundo outros pesquisadores uma CCIH atuante consegue promover adesão de médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde para 80% e, com isso, a taxa média de infecções hospitalares diminuiu de 15,1 por mil pacientes-dia para 10,4 e 11,9 por mil pacientes-dia durante o primeiro e o segundo anos da campanha de prevenção a infecções por meio da lavagem das mãos. Seguindo esse percurso que foi realizado esse estudo com os profissionais da equipe de enfermagem no setor de pediatria de um hospital escola no município de Dourados/MS. **Objetivos** Identificar a periodicidade do hábito de auto cuidado no procedimento de lavagem de mãos na prevenção de contaminações, promoção de saúde e aderência as ações recomendada pela CCIH do hospital no setor de internação pediátrica. **DESENVOLVIMENTO:** Esse estudo foi realizado através da observação direta com a equipe de enfermagem atuante no matutino (2 enfermeiras e 8 técnicos de enfermagem) realizando

questionamentos direcionados sobre auto cuidado pessoal, educação continuada e atuação da comissão de controle de infecção hospitalar, no período de julho a agosto de 2015. **RESULTADOS:** A maioria dos profissionais eram mulheres. E, isso determinou alguns pontos importantes a serem considerados, como a não observação de autocuidado com os cabelos presos, mal uso de brincos grandes, colares, pulseiras e anéis considerando que são fontes de fixação e transmissão de microrganismos para pacientes e seus familiares). Descaso com jalecos e equipamentos de proteção individual em situações de isolamento, principalmente nos de contato. Bem como a insuficiência com orientação e educação em saúde com familiares e visitantes no quesito de lavagem de mãos e cuidados básicos em ambiente de internação. Também foi observado que no decorrer das rotinas hospitalares diárias ocorrem descuidos e descasos com o cuidado na execução de técnicas de enfermagem e com o preparo de medicamentos para administração aos pacientes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O ambiente hospitalar requer cuidados específicos e atenção da equipe nas ações de enfermagem, pela fragilidade e especificidade dos pacientes na pediatria. Para modificar a situação encontrada se faz necessária à conscientização constante sobre a importância da higiene, autocuidado e prevenção de doenças. O enfermeiro chefe do setor pode realizar ou solicitar a coordenação de CCIH e serviço de enfermagem capacitações ou reuniões, para reafirmar a importância, necessidade efetiva de educação em saúde no setor de internação de pediatria. Poderá ser implantado no hospital um serviço ou uma cartilha de orientações básicas nos cuidados nas visitas hospitalares e sobre as infecções que podem ser transmissíveis.

BRINQUEDOS CANTADOS A PARTIR DAS PRÁTICAS NA EDUCAÇÃO FÍSICA COM CRIANÇAS DE QUATRO A CINCO ANOS DE IDADE

Edilaine Menezes da Cunha, Lourdes Lago Stefanelo, Ednéia Albino Nunes Cerchiari, Mirian Eiko Suzuki Eiko Suzuki

Palavras-chave: brinquedos cantados, educação infantil, educação física

APRESENTAÇÃO: A cultura do brincar vai de geração em geração, se modificando com o tempo. Porém a riqueza do verdadeiro brincar nunca se perde, afinal, brincar faz parte da vida de qualquer criança e do ser humano. Não importa a cor, raça ou classe social, os jogos, as brincadeiras e os brinquedos fazem parte da história de vida de uma criança, oferecendo períodos de felicidade e alegria, pois essas atividades têm por características serem lúdicas. De acordo com Bregolato (2007), as crianças estão deixando de lado sua cultura de criação, apropriando-se de brinquedos industrializados, assim deixando de vivenciar experiências lúdicas essenciais para suas vidas. Em muitos casos, as crianças que brincam com brinquedos eletrônicos e computadores, ficam sedentárias e escutam repertórios musicais da atualidade que muitas vezes não proporcionam o desenvolvimento cultural. Desta forma, a significância da utilização dos brinquedos cantados durante a prática na educação física é um tema que pode proporcionar uma visão mais ampla e sensível em relação às crianças. Segundo Paiva (2000), o conceito de brinquedos cantados é comumente conhecido como brinquedos de roda, rodas infantis, rodas cantadas ou cirandas, os brinquedos cantados são atividades de grande valor educativo e folclórico, simbolizando uma infância feliz. Os brinquedos cantados são caracterizados de acordo com cada região, pois existem

modificações causadas pelas diferentes culturas dos povos. Para Awad (2011), como cada povo tem suas características e costumes, fica então difícil definir quando e como surgiram as brincadeiras cantadas ou brinquedos cantados em geral são canções compostas por letras simples e acompanhadas por gestos divertidos e dinâmicos. Paiva (2000) diz que os brinquedos cantados têm uma importância fundamental na educação infantil, pois reúnem os elementos fundamentais e expressivos da música: melodia, ritmo, harmonia, tempo e dinâmica, possibilitando unir a música à ação, utilizando movimentos que implicam no uso de grandes músculos e requerem alto grau de coordenação. As brincadeiras e os brinquedos cantados, segundo Brougère (1998), parecem ser um simples momento de recreação, mas devem ser valorizados como necessários ao programa de educação física. Segundo Awad (2011), as crianças entre quatro e cinco anos se encontram em uma fase de descobertas, do egocentrismo como uma perspectiva que a criança tem do mundo sem traduzir o que a realidade expõe. Fase onde elas querem ter o autoconhecimento, momento este, que começam a se interessar pelas letras, números e seus significados. A curiosidade, a imaginação e a imitação são bastante percebidas e os conteúdos que estimulam a fantasia, a invenção e as atividades que tentem somar às agilidades físicas serão de grande impacto no desenvolvimento das crianças. Conforme Piaget, citado por Kishimoto (2000), ao demonstrar o comportamento lúdico, a criança mostra o nível de seus estágios cognitivos e constrói conhecimentos. Nas brincadeiras, com os brinquedos e os jogos lúdicos educativos podemos favorecer o ensino-aprendizagem na criança de quatro a cinco anos de idade. Nesta faixa etária, quando a criança está brincando ela se concentra no brincar e desliga-se do mundo externo e entra em seu

mundo imaginário. Durante este processo a criança também utiliza a imitação, ela imita a mãe em suas tarefas de dona de casa, no faz de conta. Os jogos, brincadeiras e brinquedos lúdicos também desenvolvem na criança a inteligência, a memória, a interação, a coordenação motora e facilita a ter uma compreensão geral do processo de ensino aprendizagem (KISHIMOTO, 2000). De acordo com Le Boulch in Melo (1997), há uma interligação entre a voz e o movimento do corpo, na qual os brinquedos cantados trabalham que confirma sua relevância para as crianças entre quatro e cinco anos, onde o desenvolvimento lúdico permite um acesso ímpar na aprendizagem. **DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO:** Este estudo foi realizado por meio de observações e a aplicação de um questionário com a professora de Educação Física de uma escola pública no município de Guia Lopes da Laguna/MS, com uma das turmas da educação infantil e teve como objetivo analisar e descrever informações sobre o assunto relacionado à prática e ao uso de atividades com brinquedos cantados com crianças de quatro a cinco anos de idade. A turma era formada por nove meninos e dez meninas, estas crianças, foram escolhidas pela professora por terem as seguintes habilidades: andar, correr, saltar, girar, pular, rolar, imitar, dançar, saber pegar, entre outras. As observações foram realizadas durante um período de três manhãs e foi realizada somente nas aulas de Educação Física. As observações foram anotadas num diário de campo para, posterior análise e estabelecimento da relação teoria/prática. O questionário aplicado ao professor buscou coletar informações sobre sua metodologia de ensino e sobre o desenvolvimento das crianças com o foco em saber se as brincadeiras cantadas eram aplicadas e planejadas. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Por meio das observações foi possível detectar que o professor preocupava-se em

estar proporcionando atividades variadas e que mesmo intuitivamente utilizava os brinquedos cantados. Em relação ao questionário, pode-se dizer que o professor percebe a diferença do entusiasmo, da harmonia entre as crianças, mas ainda não consegue mensurar a real importância dos brinquedos cantados, aplicando-o de forma intuitiva e tratando-o como algo natural ao ser humano. Observou-se que na prática os brinquedos cantados se tornam essenciais para o aprendizado e para o aprimoramento das habilidades das crianças, mas ainda não se tornaram um método. O professor entrevistado também diz que procura organizar suas aulas de acordo com a necessidade e com a experiência que cada turma traz consigo. Por este motivo, a plasticidade da utilização das brincadeiras e a responsabilidade do professor são fatores ainda não mensuráveis. No entanto, a importância de pesquisar e discutir sobre esta ferramenta desencadeou no professor uma reflexão sobre a sua prática trazendo à luz um tema que pouco se discute nas aulas de educação física. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A escola junto com a disciplina de Educação Física deve se adequar para que a criança desenvolva suas habilidades sem perder o melhor da vida, que é a alegria de brincar uma vez que, a prática da educação física, que foi recentemente inserida na educação infantil, também é responsável pelo desenvolvimento corporal, intelectual e emocional da criança. Cabe, portanto ao professor de educação física em suas aulas preservar e registrar as expressões culturais próprias da idade infantil e fazê-las presentes no meio educacional especialmente, as cantigas de roda, pois as mesmas favorecem o desenvolvimento da consciência corporal, ritmo, lateralidade, coordenação motora ampla, além de outros conteúdos específicos. Neste contexto é possível trazer as cantigas de roda como uma ferramenta para o professor de educação

física desenvolver não somente a prática corporal e regras de jogos, mas participar culturalmente da vivência do estudante uma vez que as brincadeiras cantadas além de educativas podem ser vistas como socioculturais, com a preservação do folclore e o desenvolvimento musical de diferentes melodias e ritmos aumentando o conhecimento e fortalecendo a identidade cultural dos estudantes. O professor tem, portanto, um importante papel neste contexto: o de conhecedor e promotor do intercâmbio com o estudante, possibilitando um aprendizado divertido, favorável à criança e culturalmente rico.

CAMINHOS DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE NO CUIDADO

Rafael Cavadas, Igor Azeredo Cruz, Roberta Raupp

Palavras-chave: educação, cuidado, comunicação, saúde

APRESENTAÇÃO: A Coordenação de Comunicação é um núcleo destinado a subsidiar o Projeto Caminhos do Cuidado no contato com a sociedade civil e, em particular, com gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo com os agentes comunitários de saúde (ACS), técnicos e auxiliares de enfermagem, na temática “crack, álcool e outras drogas”. Diferentemente de uma Assessoria de Imprensa, a Coordenação de Comunicação tem um escopo mais amplo do que o relacionamento com os profissionais da mídia, cabendo a ela criar soluções e abrir canais para comunicar sobre ações e avanços do projeto em benefício da transparência, da busca por novas oportunidades de parceria e construção de redes, da troca de experiências e progresso da pesquisa científica no Brasil. Neste sentido, a Coordenação de Comunicação atua com

a perspectiva relacional da comunicação, aproximando o campo da comunicação aos três princípios doutrinários do SUS: universalidade, equidade e integralidade. Após dois anos de formação em saúde mental do Projeto Caminhos do Cuidado, houve a necessidade de investir no registro das experiências, com a finalidade de torná-las acessíveis a todos os interessados. Isso implica em criar oportunidades de acesso aos meios, canais e espaços de fala e escuta, levando em consideração as diferenças e valorizando o contexto em que as instituições de saúde e os usuários estão inseridos, assim como promover a articulação de práticas, processos, saberes e experiências. Diante disso, coube à Coordenação de Comunicação desenvolver um planejamento de comunicação, com a perspectiva de cumprir os seguintes desafios: 1) Criar o Observatório Caminhos do Cuidado, uma plataforma tecnológica de caráter inovador ao integrar conteúdos em diversos formatos para iluminar e ampliar o acesso ao tema da formação em saúde mental sobre questões relativas ao crack, ao álcool e outras drogas; bem como ofertar dispositivos de monitoramento, tecnologias de educação à distância, e propiciar a construção de redes de saberes e o fortalecimento da inteligência institucional; 2) Realizar a gestão do conteúdo, percorrendo diferentes regiões do país que se configuram em muitas oportunidades de produção de conteúdos jornalísticos e de apoio à formação em saúde mental em relação ao crack, álcool e outras drogas. Assim, a gestão de conteúdos tem papel fundamental ao estar focada em: criar um banco de pautas atualizado, com formulário específico, alinhado à agenda setting, a ser utilizado regularmente de acordo com os encaminhamentos e decisões da Coordenação do projeto, produzir conteúdos de texto jornalístico, audiovisual, fotografias e infográficos para apoiar e

divulgar ações e avanços do projeto, manter as informações disponíveis no Observatório Caminhos do Cuidado atualizadas e garantir o acesso à memória do projeto; 3) Organizar o acervo de imagens estáticas (fotografias) e em movimento (audiovisual) derivadas do sucesso da formação nas cinco regiões do país, que capacitou mais de 292 mil alunos e rendeu inúmeras imagens, vídeos e materiais que preservam a memória das experiências. Apenas no canal de vídeo do YouTube estão disponíveis 215 vídeos sobre o projeto. No site atual, há uma seção dedicada exclusivamente às fotografias de turmas e de eventos realizados pelo Projeto Caminhos do Cuidado; 4) Expandir a disseminação de informação sobre o projeto pelas redes sociais, entendendo que tais mídias têm se configurado como espaços privilegiados de relacionamento com o público, que se agrupa com seus pares e se relaciona com as mesmas a partir de seus interesses. Diante disso, a Coordenação de Comunicação adotou estratégias para difundir o Observatório Caminhos do Cuidado por meio das seguintes redes sociais: Facebook; Instagram; Twitter (integrado às atualizações da plataforma); Canal no Youtube; e Picasa (para fotos); 5) Investir na criação de uma Editoria para atender as necessidades de produção das publicações, com a criação de projeto editorial, projeto gráfico, diagramação e layout das obras sobre ações e projetos desenvolvidos pela Editoria Caminhos do Cuidado, que serão indicadas pela Coordenação do mesmo. Assim, vale ressaltar que a Coordenação de Comunicação ainda atua na implementação de novas ações, visando a qualificação do Observatório Caminhos do Cuidado, enquanto plataforma tecnológica propícia à Educação Permanente em Saúde, capaz de garantir livre acesso à informação, emancipar cidadãos e melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

CAMINHOS DO CUIDADO EM ALAGOAS E A SUSTENTABILIDADE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NA SECRETARIA DE SAÚDE DE MACEIÓ

Emilene Andrada Donato

Palavras-chave: Caminhos do Cuidado, Saúde Mental, Atenção Básica

O trabalho visa relatar a experiência do Projeto “Caminhos do Cuidado – Formação em Saúde Mental, Crack, Álcool e outras Drogas” em Alagoas e sua sustentabilidade em ações de Educação Permanente, na Secretaria de Saúde de Maceió. Foi promovido pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (RJ), o Grupo Hospitalar Conceição (RS) e a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde, no nosso caso a Escola Técnica de Saúde de Alagoas - Profa. Valéria Hora (ETSAL). Pretendeu atingir todos os Agentes Comunitários de Saúde e um Auxiliar/Técnico de Enfermagem por cada Equipe de Saúde da Família do Brasil (292.196, em dados do governo federal), e se constituiu como uma estratégia grandiosa para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e do cuidado integral. A equipe de Coordenação Estadual foi composta por uma coordenadora (psicóloga/sanitarista) e quatro apoiadoras estaduais para operacionalização dos sistemas acadêmicos e de infra-estrutura, recebendo apoio intensivo da Coordenadora Macrorregional, que se constituiu como elo entre o estado e as equipes gestoras nacionais. O projeto certificou em 60h (40h presenciais e 20h de dispersão), ofereceu material didático próprio, publicações científicas aos condutores do processo, kits (mochilas, camisas, canetas, Caderno do Aluno), usou metodologias ativas, custeou o aluguel de equipamentos multimídia, de alimentação, a contratação e o deslocamento de tutores para os municípios. Aos gestores municipais

coube: disponibilizar salas, indicar locais para refeições e liberar os profissionais em um dia útil da semana. Caso não houvesse o quantitativo necessário para realização da turma na sua localidade, garantir o transporte dos trabalhadores para compor junto com um município vizinho. De janeiro a dezembro de 2014 atingimos 100% do estado - 102 municípios, e certificamos 4.835 alunos (167 turmas). A adesão em Alagoas foi muito positiva, tendo sido acompanhada estrategicamente pelos gestores da atenção básica, com exceção de apenas um município (pela saúde mental). Foi quase unanimidade o interesse em incluir profissionais de nível superior da ESF, assim como houve solicitação de participação dos próprios secretários de saúde e de outros técnicos, inclusive de CAPS's (Centro de Atenção Psicossocial). Nessas situações, sugerimos observar o caráter multiplicador do curso, as possibilidades de otimização dos tutores/servidores municipais, bem como a construção de alternativas locais para sustentabilidade dos temas abordados. No total, formamos 50 tutores e 02 orientadoras pedagógicas – trabalhadores de saúde mental e de atenção básica como facilitadores em sala de aula, de várias regiões de Alagoas. Destes, 16 profissionais atuam na atenção ou na gestão de Maceió, o que tem nos motivado a pensar possibilidades para novos cenários de práticas, dentro da perspectiva de EPS. Identificamos que a experiência de Maceió foi muito peculiar no Projeto, sob vários aspectos. Na abordagem do conteúdo teórico em sala de aula, que perpassou três eixos teórico-práticos: Reforma Psiquiátrica, Integralidade em Saúde e Redução de Danos, contamos com profissionais redutores de danos do Consultório na Rua, o que favoreceu a apresentação e (re) conhecimento desse dispositivo pelos trabalhadores da atenção básica local, bem

como com a discussão de rede a partir do território comum de trabalho. Além disso, como houve maior complexidade para receber o curso, considerando os processos de gestão (setorializados, trocas de gestores, greve de servidores), foi preciso uma intervenção intensiva da equipe estadual. Apesar do cronograma definido, interrompemos após a conclusão da terceira turma (13 no total), para atendimento às prerrogativas necessárias. Assim, criou-se a “Comissão de Educação Permanente em Saúde – Caminhos do Cuidado” na própria SMS, que se reuniu periodicamente desde junho/ 2014 e desenvolveu ações para organização, mas também de planejamento e avaliação do pós-curso. Construímos o “Instrumento Diagnóstico do Cuidado em Saúde – Caminhos do Cuidado” (com questões abertas e fechadas) e iniciamos sua aplicação em agosto/2015. Vários gestores/representantes compuseram a Comissão, que foi sendo ampliada e localizada na Diretoria de Atenção à Saúde: DAS, Distritos Sanitários, Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família, Recursos Humanos, Saúde Mental (tutores/servidores), Consultório na Rua, Orientadora Pedagógica (servidora), Coordenadora Estadual (servidora), apoiadores da Política Nacional de Humanização e de EPS, tutora (servidora) e duas alunas (ACS's). Foram realizadas coletas de informações dos alunos, mobilização para adesão ao curso (em torno de 350 certificados), inclusive corpo-a-corpo nas USF's, o que garantiu a realização da formação, e pensadas possibilidades para aplicação coletiva do Instrumento (em auditório, por distrito sanitário ou in loco, permitindo uma roda de conversa nas próprias unidades, etc.), bem como o apoio institucional/ matricial (cogitado inicialmente como suporte e acompanhamento sistemático, especialmente pelas áreas técnicas Saúde Mental e Atenção Básica, a partir da

discussão dos resultados). Tendo em vista o contexto institucional dinâmico, com uma gestão técnica no momento que valoriza projetos inovadores, têm sido disparadas mudanças no modelo lógico de gestão e de atenção. Assim, o Caminhos do Cuidado nesse processo segue presente em dois projeto-piloto da SMS: 1. Reestruturação da assistência do oitavo Distrito Sanitário (modelo), com objetivo e metas constantes na Matriz de Intervenção do mesmo (foco na EPS e instrumentalização da atenção básica com Projeto Terapêutico Singular, Genograma e Ecomapa - elementos do curso); e 2. Matriciamento em Saúde Mental (início em agosto/ 2015), em parceria com a Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e a Estadual de Saúde (Uncisal) - Residências e Graduações, em dois distritos sanitários. Neste vimos utilizando o material bibliográfico do Projeto no processo de formação das equipes matriciadoras e demais segmentos envolvidos. Assim, a experiência de Maceió não foi encerrada na formação de turmas em 2014, pois esta foi compreendida apenas como uma etapa, um recorte de um processo maior, para o qual constituímos mecanismos institucionais visando o desenvolvimento de EPS alinhada à perspectiva de “Quadrilátero da Formação” (Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social), conforme Ceccim e Feuerwerker, 2004. Apesar do contexto político-cultural adverso, criatividade e resistência na mesma proporção foi nossa contrapartida. Os resultados em depoimentos orais e escritos, e os trabalhos apresentados no evento no final do ano (com alunos do estado) foram muito valiosos para que permitíssemos que a potência afetiva e a oportunidade de conhecimentos na área mobilizadas (e muito tempo aguardadas enquanto militantes da área), esvaecem tais como outras iniciativas proporcionalmente menores em vários aspectos de qualificação de trabalhadores. Também, as avaliações

pós-curso coletadas apontam para produção de novos sentidos, do agir mais comunicativo, de enfrentamento de resistências individuais e da própria equipe contra estereótipos e medos relacionados à loucura, drogas, pessoas em situação de rua, culturalmente vistos com lentes fantasiosas e moralistas. As reflexões provocadas sobre modos de acolher, de agir, de enfrentar as dificuldades da vida, de reforçar o lugar da doença ou da saúde, com tecnologias relacionais existentes e os instrumentos apresentados, foram novidades para o público atingido, assim como a solicitação de apoio matricial para dar continuidade com mais segurança ao processo disparado, e que em Maceió conseguimos iniciar recentemente. Outro aspecto que entendemos ter contribuído para favorecer iniciativas de continuidade do Projeto foi o perfil da Coordenação Estadual como servidora do município, de modo que se conseguiu maior institucionalidade de ações na gestão local. Destacamos também que o Instrumento de Avaliação construído foi solicitado pela gestão estadual de saúde mental para possível aplicação extensiva ao estado e apoio no diálogo com a Atenção Básica.

CAMINHOS PERCORRIDOS POR RESIDENTES DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA FAMÍLIA

Deborah Franscielle da Fonseca, Juliana Ferreira da Silva

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Educação em saúde, Promoção da Saúde

APRESENTAÇÃO: Nos últimos anos diversos esforços foram e têm sido desenvolvidos para racionalização da saúde no Brasil. Como resultado do Movimento da Reforma Sanitária, que envolveu debates e lutas democráticas pela sociedade, em 1988 a

Constituição Federal determinou a “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Ainda assim, mesmo dispendo de avanços significativos, o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta desafios para sua consolidação, dentre eles a mudança dos modelos de atenção, que inclui a transformação das maneiras em se produzir a gestão e o cuidado, sendo a formação dos profissionais de saúde, um dos importantes elementos desse processo. A partir disto, uma série de iniciativas de formação em saúde tem sido estabelecidas, com objetivo aproximar a formação profissional em saúde da realidade social e do trabalho no SUS, qualificando os profissionais para atuarem no sistema, como por exemplo as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. Criadas pela Lei nº 11.129 de 2005, estas modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu são desenvolvidos sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço e orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais. Frente a isto, objetiva-se relatar experiências de educação e promoção da saúde de Residentes de Enfermagem na Atenção Básica (AB) /Saúde da Família (SF), em um município do Centro Oeste de Minas Gerais. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência no contexto da Atenção básica, da prática profissional de duas residentes de Enfermagem, na educação e promoção da saúde, orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o principal campo de prática do Programa de Residência em Enfermagem na AB/ SF da Universidade Federal de São João Del Rei/ Campus Centro Oeste Dona Lindu (CCO). Ao início das atividades pelo Programa, realiza-se o diagnóstico de saúde na ESF onde estão os profissionais residentes, a fim de conhecer

e analisar a realidade e as necessidades locais, a dinâmica e os riscos em que a comunidade está inserida, a organização dos demais Serviços de Saúde, para então planejar e direcionar as ações de saúde. A partir disto, foram criadas e reafirmadas propostas de educação e promoção à saúde para a comunidade, junto à equipe de saúde. Enquanto atividades de educação à saúde para a comunidade tem-se a elaboração de temas e realização das Tardes Comunitárias, que são momentos de encontro para troca de conhecimentos e experiências de assuntos levantados pelos usuários, com a equipe de saúde, que ocorrem todas as quartas-feiras no período da tarde semanalmente. Os usuários participantes em sua maioria são do sexo feminino, adultos não jovens e idosos. Cada encontro acontece com uma metodologia diferente, há momentos de discussão sobre as condições de saúde, prevenção de doenças, fatos cotidianos da comunidade; momentos que englobam a saúde mental como “Pintura de mandalas”; momentos de distração e socialização como “Festa Junina na ESF”, “Cinema e pipoca na ESF”, “Tarde Dançante”, “Bingo na ESF”. Em parceria com uma Escola de ensino fundamental local, para a Campanha Nacional de Hanseníase, Verminoses, Tracoma e Esquistossomose (2015), do Ministério da Saúde, foi feita a primeira aproximação das residentes com os escolares e profissionais da educação. Inicialmente foi realizado um teatro junto à equipe de saúde sobre a Hanseníase, construção de um mural informativo sobre a doença pelos escolares na escola, e posteriormente, condução e finalização da Campanha. Outra ação em parceria com a Escola, neste momento por sua iniciativa, ocorreu a Mobilização Social “Dia M”, onde foram realizadas atividades para toda a comunidade, como música, brincadeiras, corte de cabelo, apresentações; a equipe de saúde distribuiu panfletos informativos, orientações sobre saúde da criança, da

mulher, do homem, do idoso, saúde reprodutiva e saúde bucal. Quanto às atividades de promoção a saúde, destaca-se a realização do grupo de caminhada e o grupo de práticas corporais na ESF. A idealização do grupo de caminhada e sua realização ocorreram através das residentes, inicialmente participavam apenas os profissionais da equipe e depois de algum tempo, pouco a pouco, mais um usuário se integra. Como proposta inicial, o grupo aconteceria todas as quartas-feiras pela manhã, com duração de trinta minutos, o número de participantes varia, bem como a frequência de participação e faixa etária, alguns caminham todos os dias, outros apenas na quarta-feira. O local para caminhada é plano, asfaltado, com pouco movimento automobilístico e em frente à Unidade de Saúde, propiciando a participação da comunidade e da equipe de saúde. O grupo de práticas corporais de fortalecimento musculoesquelético, já ocorria previamente na Unidade de Saúde com auxílio do profissional fisioterapeuta, as residentes agora, somam mais um saber a esta prática, na busca pela interdisciplinaridade na ESF. Algumas estratégias também foram desenvolvidas para a promoção da saúde da equipe da ESF, como a participação no grupo de caminhada, como dito anteriormente, a realização do “Dia da fruta/ ou do Suco verde”, etiquetagem de recadinhos de ingestão de água e frutas e prática da “Terapia Comunitária”. Após uma reunião sobre saúde do trabalhador, a equipe de saúde levantou e pactuou propostas para o melhoramento da qualidade de vida no ambiente de trabalho, assim surgiu a ideia em participar do grupo de caminhada ao menos uma vez na semana; trazer para o ambiente de trabalho qualquer tipo de fruta ou ingrediente para preparo do suco verde (desintoxicante) para o “Dia da fruta/ ou do Suco verde”; e etiquetar locais visíveis com recadinhos lembrando a sobre a ingestão de

água e frutas. Ainda para a equipe de saúde foi realizado um momento de abordagem a partir da Terapia Comunitária (TC) junto a outros residentes do programa. A TC tem por finalidade promover saúde mental, fomentando a cidadania, fortalecimento das redes sociais e a identidade cultural. Criada e sistematizada pelo psiquiatra e antropólogo Adalberto Barreto em 1987 na Favela de Pirambu, Fortaleza – CE. Consiste em um espaço propiciador para a fala e expressão do sofrimento, conflitos, dúvidas, possibilidades de soluções, sem risco de exclusão e sim de valorização da diferença e do referencial positivo de cada um, oportunizando a união de grupos sociais, resgate cultural e da autoestima. Assim, ao realizá-la com a equipe, os profissionais mediante o cenário da saúde macro e microrregional, puderam refletir suas práticas, reafirmar a importância do trabalho em equipe e valorizar do outro na sua singularidade. Resultados: Durante a criação e realização das propostas de educação e promoção à saúde junto à comunidade e equipe de saúde, foi possível perceber o estabelecimento de vínculo dos usuários com a equipe de saúde, o fortalecimento do trabalho em equipe e o reconhecimento do outro pelos profissionais. Além disto, as residentes puderam vivenciar a realidade social da comunidade e o processo de trabalho na ESF. Considerações finais: A criação de espaços para formação profissional em saúde tem sido amplamente discutida e valorizada na atualidade, visto a importância em se produzir saúde de qualidade para toda a população. Vivenciar a AB/ SF através da residência possibilitou a aproximação das residentes com as necessidades e realidades locais, a construção de conhecimentos em saúde e a micropolítica da equipe de trabalho, contribuindo assim para a formação profissional em saúde qualificada.

CANTINHO DA SAÚDE NA ESCOLA: UM ESPAÇO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Thais Regina Alencar Fonseca, Thais dos Santos Lima, Tiago de Nazaré das Chagas e Chagas, Christopher Wallace Souza do Nascimento, Aline Macêdo de Queiroz, Érica Vanusa Borges Gomes, Brenda do Socorro Brito Pinheiro, Thiago do Reis de Oliveira Costa

Palavras-chave: educação em saúde, adolescente, cuidados de enfermagem

APRESENTAÇÃO: No Brasil, crianças e adolescentes vem manifestando nas escolas problemas de diversas origens, o que muitas vezes passa despercebido pelos profissionais. O Estado do Pará tem apresentado uma das maiores incidências de violência nas escolas. De acordo com o Mapa da Violência, no período de 2008 a 2012, o Pará ocupou o 3º lugar no ranking nacional de violência nessas faixas etárias. No que diz respeito aos adolescentes, a Escola é o espaço institucional privilegiado para encontro da educação e da saúde: ambiente de convivência social para o estabelecimento de relações favoráveis à saúde pelo viés de uma Educação Integral. Nesse sentido, a articulação da escola e da Estratégia Saúde da Família favorece o olhar ampliado para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis entre os adolescentes, onde a enfermagem pode protagonizar e implantar o Programa Saúde na Escola (PSE). O PSE foi instituído em 2007, pelo Decreto Presidencial nº 6.286, visa contribuir para a formação integral dos estudantes por meio das ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2007).

Reconhecendo a responsabilidade das Instituições Formadoras em todo o processo para consolidação das Políticas Públicas em Saúde, a Atividade Curricular do Terceiro semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará em parceria com a ESF e a Escola Municipal adscrita no Distrito de Saúde onde a Universidade esta inserida, iniciou ação e prática educativa entre estudantes adolescentes. O cantinho da Saúde na escola iniciou a aproximação dos estudantes, com foco numa escuta sensível tentando identificar interesses e dificuldades biopsicossociais dos adolescentes. Os principais fatores de risco evidenciados a partir de estudos e pesquisas realizadas mostram que a violência impera como fator que colabora para um desequilíbrio físico e mental. A pesquisa ação é uma abordagem de atendimento com foco nas necessidades de cuidado, envolvendo avaliação e coleta desses dados, e o diagnóstico, dentro de um planejamento de implementação e análise dos dados. O processo é cíclico e as etapas são inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes (BRASIL, 2007). Objetiva-se com isso, relatar a experiência de acadêmicos na criação do Cantinho da Saúde na Escola e do protagonismo da enfermagem nesse projeto. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** As finalidades da atividade foram a criação de um espaço permanente de Educação em Saúde em uma escola de periferia da cidade de Belém do Pará, mostrando a importância da atuação do enfermeiro no atendimento ao adolescente em ambiente escolar, respeitando as etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem e a avaliação do estado de saúde dos alunos, analisando o processo de crescimento e desenvolvimento, bem como identificar situações de vulnerabilidade biopsicossocial contribuindo com a promoção de comportamentos saudáveis e diminuição da vulnerabilidade desse grupo etário. O trabalho seguiu os passos metodológicos

de pesquisa ação e inicialmente escolhemos realizar as atividades com os estudantes de 5^a série da escola, a qual possui atualmente duas salas de 5^a série escolhidas para o desenvolvimento da ação. Na primeira aproximação com a escola, a direção se mostrou receptiva a proposta disponibilizando o espaço para desenvolvermos as atividades, chamado de sala dos espelhos. Os espelhos na sala foram propositais, já que a imagem é um componente importante para conversar sobre crescimento e desenvolvimento. O encontro aconteceu com a realização de uma festa. Todos os adolescentes receberam convite com duas perguntas para serem respondidas e colocadas no baú de entrada do evento: Qual o seu sonho? Do que você tem medo? Para que a festa pudesse ser realizada todos desempenhariam uma função (garçons, DJs). Ao final abrimos o baú e sorteamos alguns convites para conversamos sobre sonho e medo, colaboração e desempenho de papéis. **RESULTADOS:** Pensar a criação do Cantinho da Saúde na Escola, sendo o primeiro grupo a realizar essa prática, foi desafiador e ao mesmo tempo nos impulsionou a aproximação com o universo do adolescente. Houve colaboração por parte dos profissionais da escola, que auxiliaram na aplicação e abordagem da ação, e também, na disponibilidade de materiais e uma sala arquitetada para a ação. As avaliações foram realizadas para acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos alunos. Definimos que a atividade deveria ser permanente na escola, abordando temas como orientação sexual, higiene, uso e abuso de drogas e realização da consulta de enfermagem. A máxima desse encontro foi o medo de perder familiares pela violência, mas os adolescentes compreenderam que isso pode acontecer também pelo cometimento de doenças ou através de comportamentos não saudáveis, como uso de drogas. É

importante ressaltar que a atividade faz parte de um processo contínuo e que os resultados são avaliados gradativamente ao término de cada etapa elaborada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A implantação do Cantinho da Saúde na Escola permite um melhor contato e aproximação para a realização do trabalho da equipe de saúde e avaliação dos resultados alcançados. Nesse sentido o processo garante a assistência de enfermagem individualizada e humanizada, compreendendo a necessidade do cuidado à saúde no contexto da educação, interagindo em uma equipe multidisciplinar, para obter êxito no objetivo. Esta ação possibilita a valorização do profissional na escola, como educador e agente transformador, esclarecendo dúvidas e atendendo universalmente, podendo diagnosticar, encaminhar, tratar e orientar na descoberta de possíveis agravos na saúde. Estes profissionais passam a participar ativamente das decisões, orientações e cuidados a todos que ali se estabelecem por grande parte do dia, ampliando e aplicando continuamente seus conhecimentos técnico-científicos. O desenvolvimento das atividades de educação em saúde dentro das escolas impacta na vida dos estudantes, pois proporciona o empoderamento dos sujeitos e conseqüentemente, mudanças no comportamento e melhorias na saúde e qualidade de vida, avaliando a possibilidade de estender o trabalho à família. Diante desses fatos, também é válido afirmar que, o Programa Saúde na Escola visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população. Os enfermeiros, ao desenvolverem educação em saúde, agem nesse objetivo. As ações educativas precisam ser executadas de forma constante e efetiva junto à comunidade, a fim de prevenir doenças, melhorar as condições de vida e saúde e, conseqüentemente, promover o bem

estar. A importância desta iniciativa não diz respeito apenas ao desenvolvimento do trabalho educativo na Estratégia de Saúde da Família, mas também na formação dos novos profissionais enfermeiros, e até mesmo na reformulação e sistematização das práticas educativas que são executadas nos variados serviços de saúde, especialmente, no nível primário de atenção.

CAPACITAÇÃO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE CALENDÁRIO VACINAL EM UMA UNIDADE DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE - MS

Paulo Guilherme Cábria, Priscila Maria Marchetti Fiorin, Tais Capilé Ramires, Nataly Mesquita Cardoso, Andressa Manoella Castro King

Palavras-chave: vacina, educação em saúde

APRESENTAÇÃO: Há duzentos anos foi desenvolvida a vacina contra a varíola por Edward Jenner. Somente em meados de 1885 foi desenvolvido por Pasteur um novo produto contra raiva e foi denominado de vacina (HOMMA et al., 2011). Com isso, no final do século XIX a meados do século XX outras vacinas foram introduzidas, por meio de antígenos inativados, polissacarídeos, agentes microbianos atenuados e proteínas. Com o desenvolvimento da tecnologia de cultura de células in vitro, várias vacinas foram desenvolvidas no início da década de 1960, como poliomielite inativada e atenuada, sarampo, caxumba e rubéola (HOMMAN et al., 2011). No Brasil, o programa nacional de imunizações é considerado como um dos modelos dentre os países em desenvolvimento, que visa ao acesso universal à população avo como crianças, adolescentes, adultos, gestantes, idosos, e índios. Os avanços possibilitaram apoio ao fortalecimento das inovações tecnológicas, construção e modernização de laboratórios

de produção garantindo o acesso universal à imunização, levando a um dos programas de imunizações mais completos (HOMMAN et al., 2011). O Brasil foi um dos primeiros países emergentes a introduzir em 2007 a vacina rotavírus, seguido de pneumocócica conjugada, meningocócica c conjugada no ano de 2010 em 2014 com as vacinas contra HPV, dTpa para gestantes e hepatite A. É fato, com o desenvolvimento do país as tecnologias estão mais acessíveis e as atualizações no calendário vacinal do programa de imunizações é constante, na qual infere a necessidade de educação continuada e permanente dos profissionais de saúde, com o intuito de garantir uma assistência de qualidade a população. Desse modo, o objetivo desse trabalho é relatar uma dinâmica sobre atualização do calendário vacinal realizada com agentes comunitários e técnicos de enfermagem de uma unidade básica de saúde, localizada no município de Campo Grande – MS e destacar sua importância para a prevenção de doenças e promoção de saúde.

DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DA AÇÃO: Cenário do estudo: O local para o desenvolvimento da ação foi uma unidade básica de saúde localizada no município de Campo Grande – MS, as atividades foram realizadas na sala de reuniões da unidade e contou com 12 participantes. Estratégias metodológicas utilizadas: Dinâmica quebra gelo: Com o objetivo de estimular a interação do grupo e reforçar o trabalho em equipe. Dinâmica educativa com o tema: Atualização do calendário vacinal segundo PNI (2014), visto que foram identificadas as dificuldades em relação a temática durante as práticas na unidade básica de saúde. Plano de ação: A ação educativa foi dividida em cinco momentos: dinâmica quebra gelo, dinâmica atualização do calendário vacinal, discussão do calendário vacinal realizado pelos grupos, avaliação das atividades e por fim café da manhã com os participantes.

Para iniciar a dinâmica de quebra gelo foi necessário dividir os participantes em dois grupos, em seguida disponibilizou-se um conjunto de palavras para cada grupo, foi proposto que o grupo formasse a frase com estas palavras e colasse em um mural. Essa dinâmica durou cerca de dois minutos e meio e a frase proposta foi “Faça do bom humor o seu aliado e você sempre acordará com o pé direito”. O segundo momento foi referente à dinâmica de atualização do calendário vacinal, os grupos divididos a princípio continuaram os mesmos, foi disponibilizado para cada grupo um cartaz em forma de tabela que continha todas as variáveis: doença que protege, esquema vacinal, dose, via de administração, idade máxima a ser tomada a vacina, efeitos adversos, e cuidados de enfermagem de acordo com a PNI (Programa Nacional de Imunização) (2014). Propôs-se então que os participantes completassem a tabela de acordo com seus conhecimentos prévios. A dinâmica foi realizada em 30 minutos, durante o desenvolvimento dessa atividade foi identificadas as dificuldades dos participantes para completar a tabela. No terceiro momento realizou-se uma discussão levantando as principais dúvidas dos participantes. Foi solicitado que uma pessoa de cada grupo apresentasse seu calendário vacinal, contendo além da vacina que estava disponível na tabela inicial, a doença que a vacina protege, o esquema vacinal, dose, via de administração, idade máxima a ser tomada, efeitos adversos e cuidados de enfermagem a serem considerados. Para que fosse feita esta discussão foi proposto que todos organizassem-se em uma roda, nesse momento levantaram-se as principais dúvidas a serem sanadas, que foram sanadas pelos acadêmicos organizadores da ação educativa. Em seguida, cada grupo retificou o seu calendário vacinal que foi fixado na sala de reunião. A quarta parte da dinâmica foi realizada a avaliação. Nesse momento foi

perceptível o quanto foi produtivo a ação educativa, pois quem se sentisse a vontade poderiam se expressar. Outro método avaliativo foi a atribuição de uma nota de zero a dez pelos participantes.

RESULTADOS ALCANÇADOS: A ação educativa contou com a participação de 10 agentes comunitários de saúde, e duas técnicas de enfermagem. Notou-se o desempenho dos participantes, que tiveram autonomia para realizar as atividades propostas e se dividiram em grupo com facilidade. Os comentários identificados foram: “ Foi muito diferente a ação, pois a maioria das capacitações são cansativas por conta de serem apenas palestras, aprendi muito. ” “A forma como foi o aprendizado ficou ótimo, não ficou muito cansativo.” “Foi muito esclarecedor.” “A dinâmica foi produtiva, pois pude tirar dúvidas e esclarecer pontos referentes ao esquema das vacinas.” Identificou-se que os participantes alcançaram os objetivos da ação, ou seja, todos participaram e pensaram em grupo, concluindo o calendário vacinal. No terceiro momento da ação, roda de conversa, pode-se perceber o quanto foi válida a capacitação. Foram esclarecidas as dúvidas, e abordado temas referente às doenças que algumas vacinas protegem. Todos participaram com muito entusiasmo e elogiaram a forma que foi abordado o assunto, pois, por muitas vezes recebiam capacitações em formas de palestra, o que relatam ser muito cansativo e desinteressante. Através dos resultados pode-se observar que puderam adquirir conhecimento em relação às atualizações do calendário vacinal, visto que as mudanças no programa nacional de imunizações são frequentes e requer uma educação continuada com os profissionais de saúde.

4 Considerações Finais Foi desenvolvida uma ação educativa com os agentes comunitários de saúde e as técnicas de enfermagem com a intenção de proporcionar conhecimentos e informações adicionais

sobre o calendário vacinal. Identificou-se que o grupo escolhido é importante, pois, no caso dos agentes comunitários de saúde, são os profissionais que estão diretamente em contato com a população e, no caso das técnicas de enfermagem, estão por várias vezes responsáveis pela sala de vacina. A dinâmica possibilitou uma troca de experiência e aquisição de conhecimentos referentes às vacinações, apesar da satisfação do público alvo torna-se necessário a continuação de ações com esses profissionais, além de conscientizá-los a estarem em frequentes atualizações, a fim de prestar uma assistência de qualidade, segura e humanizada à população.

CARACTERÍSTICAS DOS ATENDIMENTOS NA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OBSTÉTRICO DE UM HOSPITAL DE ENSINO

Caroliny Oviedo Fernandes, Thaís Mity Shirado Michels, Danilo Oliveira França de Nazareth, Rodrigo Domingos de Souza, Iluska Lopes Schultz, Cristina Brandt Nunes, Maria Auxiliadora de Souza Gerck

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica, Classificação, Resultados

APRESENTAÇÃO: A Rede Cegonha é uma rede que garante às mulheres o direito a reprodução da assistência humanizada na gestação, parto e puerpério e, às crianças um nascimento com segurança, o crescimento e desenvolvimento saudáveis. Para isso, a garantia do acolhimento e a classificação de risco em Obstetrícia é uma das diretrizes propostas pela Rede Cegonha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). A proposta é direcionar a reorganização dos processos de atendimento dos serviços obstétricos e neonatais. O conceito de atenção humanizada é amplo, mas, no contexto da assistência obstétrica e neonatal, envolve

um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e, a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (RATTNER, 2009). Assim, segundo Oliveira et al.(2012), o acolhimento corresponde à atenção integral da clientela desde a sua entrada no serviço de saúde até o momento de alta hospitalar, promovendo a saúde de forma humana. A classificação de risco em Obstetrícia é norteadora por um protocolo de atendimento e organização de fluxos, baseado nos sinais e sintomas apresentados por cada gestante e tem como finalidade ordenar a demanda do serviço e identificar a gestante crítica ou mais grave a fim de se possibilitar um atendimento rápido e seguro. O “Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (A&CR)”, lançado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2014, visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades e serviços que realizam partos, além de auxiliar o profissional de saúde a partir do julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente (BRASIL, 2014). A resposta da avaliação inicial da gestante determina a classificação de risco da mesma, e a cor indicada para cada caso, sendo: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul. Pacientes classificadas como vermelhas requerem o atendimento médico imediato, que se dá diretamente na sala de emergência em qualquer ponto de atenção e feito o transporte a um hospital, com suporte do SAMU. As classificadas como laranja devem receber atendimento médico em até 15 minutos, atentando para a prioridade do atendimento e ao seu potencial risco. Já na classificação amarela, verde e azul, as pacientes devem ser atendidas em até 30, 120 e 240 minutos, respectivamente, sendo que nas amarelas o seu potencial risco ainda deve ser levado em conta, as verdes serão atendidas por ordem de chegada e as azuis podem ser encaminhadas para a

atenção primária, garantido o seu acesso ao atendimento (BRASIL, 2014). Dessa forma, o objetivo desse trabalho é verificar as características dos atendimentos das gestantes no período de agosto a primeira quinzena de outubro de 2014 de um hospital de ensino. Descrição METODOLÓGICA: Estudo quantitativo, resultante de um projeto de intervenção proposto pelo Módulo Práticas Interdisciplinares VI do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Os dados foram coletados no caderno de controle da classificação de risco. Foram analisados dados referentes à idade, cor da classificação, conduta após a classificação, risco gestacional e origem das clientes. Resultados: O caderno de controle da classificação de risco é uma ferramenta com o intuito de verificar o controle da implantação do manual de acolhimento e classificação de risco de 2014, a organização dos fluxos e tempo de espera. Nesse período foram realizados 86 atendimentos, destes 74,4% demanda espontânea e 25,6% usuárias encaminhadas, desse total de atendimentos a maior faixa etária foi de 42 anos e a idade menor de 14 anos. De acordo com a classificação em cores, 1,2% foi classificada na cor vermelha, 10,5% na laranja, 54,7% na amarela, 26,7% na verde, 5,8% na azul e em 1,2% não houve classificação. Além disso, dos atendimentos realizados, 73,3% foram de gestantes e 26,7% de outras intercorrências clínicas. Entre as gestantes atendidas, 73% foram de baixo risco, 23,8% de alto risco e 3,2% não haviam iniciado o pré-natal na data do atendimento. De todas as usuárias classificadas, 51% foram liberadas, 19% admitidas, 2% admitidas para observação e em 28% o destino não foi especificado. Como mencionado anteriormente, um dos elementos analisado é o tempo entre a classificação e o atendimento, entretanto, no controle não constava esse intervalo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A classificação de risco foi iniciada no referente hospital, porém os resultados demonstram falta de entendimento da população a respeito do atendimento, pois a demanda espontânea teve maior índice demonstrando que a gestante procura o setor da especialidade independente das alterações cínicas que apresenta. Também é possível verificar o intervalo extenso entre as idades das mulheres. É perceptível que a maior parte das gestações são de baixo risco, abrindo espaço para se questionar se não seria mais adequado o atendimento dessas gestantes na atenção básica, demonstrando a falta de informação da população sobre os serviços de saúde e também sobre o respectivo protocolo. Além disso, a classificação em cor amarela se tornou predominante, entretanto, ainda existe uma pequena parcela que não recebeu uma classificação, apesar das diversas opções ofertadas pelo protocolo. Quando ao destino da gestante após a classificação, uma parcela considerável não teve especificações, assim como o intervalo de tempo entre a classificação e o atendimento definitivo, dificultando a avaliação da efetividade do processo. A Classificação de Risco por meio da priorização dos atendimentos baseada em critérios de risco obstétrico possibilita a melhoria da organização do setor de admissão, da maternidade e da resolubilidade dos cuidados nas emergências obstétricas. Com isto, se realizado de modo efetivo e organizado, vêm contribuir para o alcance dos princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde. Essa atividade propiciou aos estudantes uma vivência na implantação de um serviço atual. Também cabe ressaltar que as investigações sobre o acolhimento com classificação de risco obstétrico são necessárias para avaliar a qualidade do cuidado de enfermagem, a satisfação da clientela e as repercussões sobre os resultados maternos e neonatais,

bem como para orientar e organizar os cuidados de enfermagem específicos a cada quadro clínico apresentado pela população. Além disso, também se faz necessário a orientação e explanação do processo de classificação as próprias gestantes e acompanhantes para que os mesmos entendam seus critérios, funcionalidades e importância, possibilitando maior colaboração no processo de atendimento.

CASA SEGURA PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS: PROJETO DE INTERVENÇÃO DO PET SAÚDE DO IDOSO

Gracielle Pampolim, Déborah Ribeiro dos Santos, Fabiola dos Santos Dornellas, Vanezia Gonçalves da Silva

Palavras-chave: Idoso, Quedas, PET-Saúde

INTRODUÇÃO: Concomitantemente ao aumento da expectativa de vida e crescente envelhecimento populacional, é possível observar também uma maior ocorrência de doenças crônicas e déficits no campo físico, psíquico e social. Porém, o processo de envelhecimento por si só já abrange uma gama de alterações nas funções orgânicas e cognitivas, onde todos os sistemas do corpo são acometidos. Dentre essas alterações temos a diminuição da acuidade visual, alteração do sistema vestibular e redução da massa muscular e óssea, que irão interferir no equilíbrio, e quando associados a doenças crônicas e fatores externos, podem fazer com que o avançar da idade seja marcado por redução da independência funcional e aumento do risco de quedas no idoso. Estudos vem mostrando uma elevada incidência de quedas em idosos, com consequências que variam entre redução da qualidade de vida, afastamento social, risco de internações hospitalares prolongadas e, até mesmo, óbito. Fazendo com que esta temática venha a se tornar uma das grandes

preocupações quando se trata do cuidado à essa população. As causas de quedas podem ser divididas em fatores intrínsecos: alterações da senescência, condições patológicas e algumas medicações; e extrínsecos: perigos ambientais (domiciliares) e calçados inadequados. A diminuição da ocorrência de quedas pode ser operacionalizada através da adoção de medidas simples como: orientações quanto aos fatores de risco; revisão medicamentosa periódica; e, quando necessário, modificações internas nos domicílios e promoção da segurança nos mesmos. As visitas domiciliares, realizadas por profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) possibilita a identificação e, por meio de orientação, a intervenção sobre os fatores de risco, fazendo com que a ação da ESF se transforme em um importante meio de redução do risco de quedas em idosos. OBJETIVO: Descrever a experiência da realização do projeto de intervenção “Casa Segura para Prevenção de Quedas” por discentes de fisioterapia do PET-Saúde do Idoso EMESCAM. DESENVOLVIMENTO: O PET-Saúde da EMESCAM foi realizado na Unidade de Saúde José Moisés, localizada em Vitória/ES e composto por discentes dos cursos de fisioterapia, enfermagem, medicina e serviço social, e teve como foco a população idosa. As demandas de trabalho para o grupo eram direcionadas pelas equipes de saúde de acordo com as necessidades da comunidade, dentre elas tínhamos as visitas domiciliares multidisciplinares onde era possível identificar e, por vezes, solucionar situações de risco no contexto da pessoa idosa. Em uma dessas visitas foram identificados diversos fatores de risco para queda na residência de um casal de idosos, e a partir de então foi proposto um projeto de intervenção com o intuito de adequar a residência para a segurança dos idosos. Para elaboração do projeto foram realizadas três visitas domiciliares multiprofissionais

à residência dos idosos com a presença da agente comunitária de saúde responsável pela família, a assistente social e preceptora PET da unidade de saúde, a preceptora e duas discentes de fisioterapia do programa. Após a primeira visita, onde foi realizado o diagnóstico observacional quanto os fatores de risco existentes, realizou-se uma segunda visita, onde foram feitas as medições, com fita métrica simples de 3 metros de comprimento, e procedeu-se com a documentação fotográfica dos cômodos internos e da área externa da residência, com o aparelho celular da marca Samsung, modelo GalaxyYong Duos. Após, as discentes do PET-Saúde do Idoso EMESCAM, sob supervisão da preceptora de fisioterapia, elaboraram o projeto da “Casa Segura para Prevenção de Quedas”. O projeto contou, em um primeiro momento, com uma fundamentação teórica dissertando sobre a importância das adaptações para a qualidade de vida e autonomia, de forma segura, dos idosos, e em um segundo momento, foram inseridas ilustrações com fotos da própria residência, indicando as necessidades de cada cômodo e da área externa. As principais orientações foram quanto à iluminação; disposição dos móveis; retirada e/ou redução de tapetes – restringindo sua utilização, quando necessário, apenas para a modalidade antiderrapante; utilização de produtos de limpeza que não deixem o piso escorregadio; disposição de interruptores ao longo da casa; arrumação dos utensílios pessoais e domésticos de forma simples objetivando o fácil acesso; organização de fiação de telefones e outros eletrodomésticos; dentre outras recomendações que visam uma maior independência, autonomia e segurança para o idoso se locomover no interior da residência. No item cuidado com o quarto, além de orientações, a imagem mostrou a altura adequada para as camas; no item cuidados com a sala e corredor as imagens

ilustraram a necessidade, disposição e altura das barras de apoio; nos banheiros foi orientado elevação do vaso sanitário, retirada de tapetes e elevação do suporte de objetos utilizados no banho, uma vez que estes devem estar sempre ao alcance das mãos. As imagens ilustraram ainda a localização, comprimento e altura adequada das barras de apoio de acordo com cada banheiro. Para a área externa da casa, o projeto trouxe a necessidade das rampas de acesso em todas as entradas da residência, assim como a substituição do corrimão presente, que se encontrava em condições que propiciavam insegurança, por novos corrimões, em ambos os lados da rampa que liga a casa a um dos portões de entrada. A partir da finalização e aprovação do projeto por todos os atores envolvidos na sua elaboração, foi realizada a terceira e última visita para entrega do projeto, em outubro de 2013. Durante a entrega, as discentes de fisioterapia retornaram em casa cômodo da residência orientando e esclarecendo as dúvidas dos familiares quanto aos itens inclusos no projeto e reafirmando o objetivo e importância de casa um. Cabe salientar que as orientações aos familiares e aos idosos, bem como as medidas de altura, comprimento e localização de barras, camas, sanitários, e outros, estabelecidas no referido projeto de intervenção, estiveram fundamentadas no projeto arquitetônico “Casa Segura” de Cybele Barros, na Norma Brasileira 9050 e no conteúdo do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia do Ministério da Saúde, e que as modificações sugeridas necessitarão de poucas alterações na estrutura da casa, uma vez que, em conjunto com a necessidade de modificação foi inserido opções mais econômicas, como o assento elevado para vasos sanitários, possibilitando assim a minimização dos custos com as adequações. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A ocorrência de quedas em idosos é um problema grave e que pode ser

facilmente evitado com a adoção de medidas simples, que atuarão como facilitadores do dia-a-dia no ambiente domiciliar. Através da implantação do projeto descrito pudemos proporcionar a esses idosos um ambiente domiciliar mais seguro, e que possibilite a realização de suas atividades de vida diária, proporcionando assim mais independência e autonomia. Entretanto, em se tratando de um projeto cujas sugestões impliquem modificações ambientais no domicílio, deve-se sempre levar em consideração as individualidades e especificidades de cada família.

CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIAS SOBRE DROGAS: UMA APOSTA EDUCATIVA EM CAMPO DE DISPUTAS MULTIFACETADAS

Conrado Neves Sathler, Cássia Barbosa Reis, Graziela Brites Turdera

Palavras-chave: Educação em Saúde, Educação Popular, Políticas Públicas, Controle Social, Subjetividade

Apresentação: do que trata o trabalho e o objetivo Este trabalho se propõe a apresentar um percurso de (05) cinco anos de trabalho junto ao CRR – UEMS, com sede em Dourados (MS) na preparação e oferta de cursos para participantes dos Órgãos de Controle Social de vários segmentos e trabalhadores dos serviços públicos de Saúde, Assistência Social, Segurança, Educação, Proteção Integral à Criança no estado de Mato Grosso do Sul. O primeiro curso ofertado seguia uma cartilha cuja responsabilidade era da Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas e, hoje, os cursos são de responsabilidade total do próprio CRR. O objetivo desta apresentação, além da exposição dos projetos, é o de trazer a público e problematizar as tensões vividas internamente pelo grupo de professores

e nas suas relações com os participantes destes cursos. Desenvolvimento do trabalho: descrição da experiência O CRR-UEMS – “Centro Regional de Referência, Ensino, Pesquisa e Extensão sobre Drogas” foi criado para atender ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído pelo decreto Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Em resposta a um edital específico, foi posto em marcha um primeiro curso que atendia profissionais de Saúde e Assistência Social. Desde o início do CRR - UEMS, no entanto, tem sido adotada uma política de formação permanente para qualificar profissionais ligados ao campo das drogas. Agora, não somente da Saúde e Assistência, mas também da Segurança Pública, Justiça, Controle Social, Educação e da Inserção Social (cf. CRR, s/d). Na sequência, houve uma solicitação não esperada que acabou por ampliar o quadro de demandas possíveis desse grupo. A Secretaria Municipal de Assistência Social articulou com o CRR-UEMS um curso de formação de Conselheiros Municipais de políticas sobre Drogas. Deste curso podiam participar também conselheiros de outros segmentos do controle social, voluntariamente. Neste momento foram convidados profissionais para atuarem como colaboradores nas áreas de: controle social, auditoria, saúde, políticas públicas para a juventude e policiais especializados em Drogas. Esta ampliação de professores ampliou também as posições políticas do grupo de professores. O programa mais longo e de responsabilidades maiores seguiu com o curso de capacitação de agentes públicos para atuação no campo das Drogas. Este curso foi oferecido para (600) seiscientos trabalhadores de (05) cidades polo do Mato Grosso do Sul. Os trabalhos foram divididos por dois grupos fixos de professores. Como preparação, esse curso foi elaborado e discutido pela maioria dos professores, embora tenha em

seu programa pontos expostos posições não compartilhadas por todos os professores. Os eixos trabalhados neste curso foram: Drogas centradas no Sujeito, Direitos Humanos e Legislação, a Redução de Danos e os Tratamentos em Rede. Ao mesmo tempo em que transcorria o curso outros discursos vinham sendo enunciados em vários pontos sociais, entre eles: liberação já, descriminalização, despenalização e medicalização do usuário. Em outra linha discursiva proferiam-se manifestações de internação compulsória e aumento da repressão policial. Entre as instituições que disputam um lugar para serem ouvidas estão as Comunidades Terapêuticas, os grupos de Ajuda Mútua, os movimentos sociais ligados aos Direitos Humanos, os equipamentos das políticas públicas da saúde mental (redução de danos, consultórios de rua, Caps Ad, Creas, São Paulo de braços abertos) entre outros programas que levam trabalho, lazer, música, esporte e cuidados aos usuários sem exigir deles uma contrapartida. Enfim, toda complexidade que se observa neste campo pode ser notada também no grupo de professores que atuam nesse e em outros CRR. CRR: resultados e impactos Após algumas reuniões, conversas e apresentações individuais de cada item do programa do curso os eixos temáticos foram tornando-se mais uníssonos. O discurso ligado ao sujeito das drogas, talvez o mais delicado, funciona também como organizador dos demais temas. É em torno dele que se projetam e desenvolvem-se as ações práticas que dizem respeito aos trabalhadores públicos ligados a este campo. No entanto, com estas discussões fomos percebendo mais claramente o campo minado em que nos embrenhávamos: as políticas públicas fortemente rejeitadas por motivos morais e os comunidades terapêutica atacadas pelo viés metodológico. Em nossas avaliações com os participantes dos cursos a fala mais recorrente tem sido a de que o programa

é surpreendente, ou seja, quebra as expectativas comuns, e ao mesmo tempo em que desperta e atende as expectativas, sai do lugar comum da descrição das drogas e da busca de intervenções específicas sobre os usuários. E, ao contrário disso, permite pensar uma rede de serviços melhor preparada para a atenção aos diversos tipos de usuário em suas variadas condições. Pensar as drogas a partir da conceituação do sujeito das drogas e deslocar o centro dos projetos de intervenção do corpo para o social tem permitido espaço para uma discursividade menos preconceituosa e mais inclusiva, ao mesmo tempo em que denuncia a falsa questão da periculosidade e da morbidade mais intensa das drogas ilícitas, que parecem justificar com exclusividade as preocupações do Estado. Paralelamente, ocorre alguma inserção política das comunidades terapêuticas conduzidas pelos religiosos como espaços públicos de atenção aos usuários de drogas. Pois, mesmo compreendendo as posições dos conselhos de classe, principalmente da Psicologia e da Assistência Social, os apresenta de forma clara as razões das oposições e busca convencê-los da importância da abertura de suas instituições ao sistema público, não em forma de submissão ideológica, mas de proteção e ampliação dos métodos e das práticas de cuidado que são complementadas pela rede pública. Da mesma forma, observamos que as maiores resistências aos programas públicos de atendimento calcam-se nas concepções morais do sujeito e das formas de abordagem a ele. A apresentação direta, não somente expositiva, mas reflexiva e argumentada, com os argumentos postos nas perspectivas éticas, teóricas e dos resultados estatísticos que facilitam a compreensão dos pensamentos sobre a Clínica Peripatética e sobre a política de Redução de Danos (LANCETTI, 2014; MACHADO e BOARINI, 2013).

Considerações finais: A descentralização da SENAD no plano da educação popular e da formação continuada de profissionais no enfrentamento às drogas permitiu um avanço significativo do CRR – UEMS e possibilitou um debate produtivo entre correntes discursivas antagônicas e isoladas neste campo.

CINECLUBE: O ESTRANHAMENTO DO OLHAR NA FORMAÇÃO DO TÉCNICO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Gregorio Galvão de Albuquerque

Palavras-chave: cineclube, cinema, educação profissional em saúde

O presente trabalho tem como objetivo discutir a experiência do cineclube dentro da formação do técnico em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/FIOCRUZ). Historicamente o movimento cineclubista surge na década de 70 e seu debate concentrava em questões sociais, políticos e culturais, pois buscava opor as censuras e perseguições do momento histórico. Com a redemocratização, o movimento ganha outros objetivos dentro do novo contexto histórico. O cineclube configura-se como um espaço plural de debate que respondem as inquietações, as percepções e também a troca da experiência fílmica entre os espectadores. Sua dinâmica inclui além da proposta e da exibição de filmes, um debate realizado posteriormente a exibição do filme. O cineclube que compõe a formação do técnico em Educação Profissional em Saúde da EPSJV é chamado Cinenuted, ocorre em média uma vez por mês e compõe o currículo da formação do técnico em Gerência em Saúde e Análises Clínicas. O Cinenuted foi criado em 2009, pelo Núcleo de Tecnologias Educacionais em

Saúde (NUTED) como proposta do conteúdo da disciplina de audiovisual, também criada no mesmo ano. Essa disciplina faz parte da Educação Artística (Audiovisual, Teatro, Artes plásticas e visuais e Música) da formação de nível médio integrado à Educação Profissional, compondo o currículo integral da escola. De 2009 até 2011 foram realizadas doze exposições de filmes, aos sábados, e o seu público alvo era, principalmente, a primeira série do curso técnico, como parte da disciplina de audiovisual. O currículo da disciplina consistia no seu primeiro ano as sessões do cineclube; o segundo ano era realizado uma discussão teórica sobre o papel da imagem contemporânea, apresentação da história do cinema e da fotografia, as vanguardas cinematográficas, além de exercícios práticos; no terceiro ano, os alunos realizam a produção de um curta. Em 2012, o Cinenuted assume um outro lugar no currículo e passa a compor o componente curricular chamado de Atividades Diversas, realizada nas quintas-feiras e o público alvo passa a ser todo o corpo docente e discente da escola. Esse componente pedagógico é um espaço para a construção de uma parte diversificada do currículo, podendo consistir em oficinas, mini cursos, visitas guiadas, exibição de filmes entre outras ações pedagógicas. As sessões são realizadas em média uma vez por mês e tem em sua lista filmes como “A noite americana” (Truffaut, 1973), “Laranja Mecânica” (Stanley Kubrick, 1971), “Janela Indiscreta” (Hitchcock, 1954), “Pequena Miss Sunshine” (Jonathan Dayton e Valerie Faris, 2006), completando em 2015 a sua 40^a sessão. A disciplina audiovisual na primeira série passa a ter um conteúdo que dialoga com os filmes do cineclube e como eixo principal a discussão do “imaginário e sociedade” que aborda questões da imagem, do cinema e novas mídias e do cinema mundo. O Cinenuted se propõe também como um espaço de

debate e de ampliação do repertório cultural dos alunos, sem, no entanto, negar a bagagem audiovisual trazida por eles para a escola. Nesse sentido, o debate é realizado a partir das próprias impressões e estranhamentos dos alunos em relação ao filme. Os professores debatedores não levam discursos e apontamentos prontos dos filmes para o debate, a discussão surge a partir da própria experiência fílmica dos alunos. Um exemplo dessa bagagem cultural dos alunos foi após a exibição do filme “Melancolia” (Lars Von Trier, 2011) que termina com o fim do mundo, para além do literal, a partir do impacto de um meteoro contra a Terra, um aluno levanta indignado e fala: “Esse filme é uma mentira, se tivesse um meteoro vindo em direção a Terra, a NASA iria nos salvar!”. A partir dessa afirmação todo o debate do conteúdo, da temática da imagem na contemporaneidade, da forma e da linguagem do filme foi estabelecida e dialogada com os outros alunos, alguns afirmando que o fim do mundo era mais psicológico do que físico. O interessante é perceber o estranhamento dos alunos em alguns filmes e uma maior identificação com outros. O filme como “Cidadão Kane” (Orson Welles, 1941) que tem como característica suas inovações técnicas narrativas e de enquadramentos cinematográficos é recebido, em um primeiro momento, como um filme “velho” por ser preto e branco, mas com o debate essa percepção é mudada. Estranhamentos também como “vocês nunca colocam filmes com final”, fala do aluno após ver “Corra Lola, Corra” (Tom Tykwer, 1998). Filmes com temáticas mais jovens possuem maior identificação com os alunos como foi a exibição de “Juno” (Jason Reitman, 2007). O debate iniciou a partir da temática da gravidez na adolescência, mas dialogada e compartilhada, o debate caminhou paralelamente na discussão da forma como o filme traz esse conteúdo através do roteiro e da linguagem. Os

estranhamentos dos alunos e frases como “não gostei” enriquecem ainda mais o debate no cineclube. O não gostar faz parte da relação do espectador com o filme, o que não é desejável é a relação de indiferença sobre o filme porque assim o momento de ser afetado pelo filme não se estabelece nem a partir do estranhamento nem pela identificação. Na exibição do filme “O Ano em que Meus Pais Saíram de Férias” (Cao Hamburger, 2006), um aluno relata que foi o primeiro filme que ele viu no Cinenuted que tinha “começo, meio e fim” e continua “todos os outros não tinham, como o Corra Lola, corra”. O que é importante marcar é que a exibição desse filme remete a sessões do cineclube de mais de um ano de diferença para o filme da sessão daquele momento, ou seja, aquele filme que no primeiro momento foi um “não gostei” porém ficou na sua inquietude por bastante tempo, o que permitiu que o aluno estabelecesse relações entre os filmes. A realização de cineclubes em todo o percurso de formação do técnico em Educação Profissional em Saúde tem como objetivo a criação de um estranhamento nos alunos através de exposições de filmes que possuem uma linguagem cinematográfica diferenciada dos blockbusters, possibilitando a desconstrução de um olhar naturalizado sobre o cinema comercial, bem como uma aproximação do conteúdo da experiência social que é o cinema. Dessa forma, a atividade cineclubista se coloca como uma ferramenta da educação para aproximar e transformar olhares, estimulando a produção coletiva de conhecimento em contraponto ao ensino vertical, em que o aluno está posto como mero receptor passivo das informações apresentadas.

COLETIVIDADES PEDAGÓGICAS EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DA GESTÃO DO SUS COMO CAMPO DE APRENDIZADO DE RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS COM ÊNFASE EM SAÚDE COLETIVA

*Alexandre Sobral Loureiro Amorim,
Alessandra Wladyka Charney*

Palavras-chave: Educação na Saúde, Saúde Coletiva, Residência Multiprofissional

APRESENTAÇÃO: Considerando os múltiplos desafios que compõe uma gestão comprometida com os avanços do Sistema Único de Saúde no que tange à constituição de estratégias formativas e pedagógicas nas Redes de Atenção em Saúde - e sua respectiva gestão -, surgiu a proposta de conformar a Diretoria de Políticas e Ações em Saúde (DPAS) da Secretaria Municipal de Saúde de Canoas como campo de prática para residências multiprofissionais com ênfase em Saúde Coletiva (a saber: Residência Integrada em Saúde Coletiva e Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul). Como uma estratégia de integração ensino-serviço, a potência encontrava-se em aproximar os residentes (profissionais em processos de pós-graduação com possível atuação futura no Sistema Único de Saúde como trabalhadores e/ou gestores) da realidade vivenciada na gestão - e educação - da saúde. O tempo de duração do estágio e a área específica a ser vivenciada variou de acordo com as contratualizações feitas com as instituições de ensino. Foram campos vivenciais no DPAS para os residentes: a Coordenação de Educação Permanente e o Apoio Institucional para a Atenção Básica. Os profissionais da gestão destas áreas atuaram, então, como preceptores e, nesta função,

houve a possibilidade de desacomodação de certas formas estanques e inertes de gerenciamento - compostas muitas vezes por atividades mecanizadas e “rotinas de setor” e por uma divisão entre teorias e práticas além de um atrelamento exclusivamente a saberes nucleares - para aprender a compor coletivos de aprendizagem mais vivazes e fluidos, tanto por parte dos residentes como por parte destes profissionais vinculados à gestão. Tais coletivos (formados por gestores, acadêmicos, trabalhadores da assistência e usuários) compuseram destarte “coletividades pedagógicas em saúde”, que por meio de diferentes conformações e combinando os tais atores - e suas potencialidades - ao longo do tempo possibilitaram expandir a gestão da Atenção Básica e da Educação Permanente em Saúde para ampliar a formação, coordenação e a atenção dos serviços à profusão de planos de necessidades em saúde não catalogáveis e que acabavam por pedir passagem no cotidiano do município. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Ao promover a integração ensino-serviço de modo não fragmentário, desenvolvendo práticas pedagógicas que privilegiaram um processo de produção do conhecimento a partir da experiência - e não exclusivamente centrado em uma educação que se faz por treinamento-capacitação para procedimentos protocolares pré-definidos e modelizadores - a experiência de integração do ensino com o campo da gestão (e não apenas com os espaços de atenção em saúde) trouxe o desafio de desenvolver nos cotidianos de trabalho propostas que se movimentassem para a problematização de comportamentos prescritivos, para a construção de coletivos organizados produtores de saúde e principalmente para produção de experiências transformadoras na realidade presente (e futura) dos espaços de cuidado. A estratégia principal foi basear a experiência da aprendizagem no encontro cotidiano com os serviços, com

os profissionais da gestão, com espaços de reunião, com textos de apoio, entre outros. Foram garantidos ainda espaços de supervisão e problematização sobre estes encontros - com o intuito da construção do conhecimento a partir das vivências - e espaços de compartilhamento de tais experiências e aprendizados entre os atores envolvidos nos processos pedagógicos em questão. Além da integração ensino-gestão propriamente dita, foi garantida ainda a integração entre os residentes das diversas instituições de ensino e cursos, tanto nos campos específicos de atuação na gestão como em seminários integradores mensais que tiveram temas amplos de discussão e problematização (território, apoio institucional e matricial, redes de atenção em saúde, educação permanente em saúde, acolhimento etc.) pactuados junto ao coletivo de residentes, conforme as demandas reais com as quais estes estavam lidando em suas cotidianos de vivências. Nesta perspectiva, coube à gestão produzir múltiplos espaços de encontros, conexões e fluxos criando zonas de troca entre os agentes da gestão, academia, trabalhadores e usuários, visto que eram a fonte de produção de realidade, considerando esta como produtiva, organizada pelas relações e conexões compostas pelas pessoas nas instituições. A avaliação dos processos de aprendizado dos residentes foi realizada de forma contínua a partir de planos de aprendizagem singulares a cada indivíduo (com nuances determinadas pela instituição de ensino proveniente e pelo campo específico vivenciado no estágio em gestão no DPAS) que foi retomado semanalmente nos momentos dedicados à preceptoria (de modo a compor uma análise compartilhada do cotidiano vivenciado e seus percursos) e mensalmente (de maneira mais sistemática) nas reuniões de supervisão realizadas em coletivo, tendo contribuído deste modo para o melhor desenvolvimento do grupo

e da integração ensino-gestão. Os dados produzidos foram embasados nas avaliações dos próprios residentes a partir de suas vivências do campo e dos profissionais com quem interagiram (nos serviços de saúde e nos espaços de gestão) bem como a partir das narrativas produzidas pelos residentes e registradas em seus planos de ação, relatórios de atividades e diários de bordo. Avaliou-se ainda os processos de aprendizado dos gestores-preceptores, em rodas de conversa destes com os supervisores, momento onde são também resolvidas questões de nuances operacionais relativas aos campos. **RESULTADOS E IMPACTOS:** Utilizando a Educação Permanente em Saúde - a partir da teorização de Ceccim e Feuerwerker sobre o “Quadrilátero da Formação em Saúde: Gestão, Atenção, Formação, Controle Social” - pode-se pensar sobre esta integração na perspectiva de movimentos de melhoria da qualidade das ofertas de cuidado à população e dinamização de seus processos de gestão, bem como no direcionamento de uma maior democratização do espaço da Universidade, principalmente no tocante à sua relação com a formação em Saúde. Desta maneira aumenta-se radicalmente a possibilidade de construir teorias e práticas para a educação na saúde - cada vez mais próximas da realidade cotidiana das redes: coletivos, serviços, dispositivos e territórios - como um potente movimento de avanço científico, tecnológico, pedagógico e relacional para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Entendendo que é veementemente estratégico transformar os espaços formativos de onde provêm futuros profissionais da rede, torna-se essencial incluir a universidade nos espaços de construção das teorias e práticas advindas das experiências de gestão das políticas de saúde, dos profissionais nos serviços de saúde e dos itinerários traçados pelos usuários do sistema pelas redes de saúde,

assim como também retroalimentar os espaços de formação com uma pedagogia advinda das experiências e vivências em cenários onde o cotidiano das práticas se expressa, trabalhando deste modo uma construção compartilhada e solidária de sentidos (informações, ações, planos, metas, desejos etc.). Para a produção destas “coletividades pedagógicas em saúde” é preciso que, para além de um alinhamento teórico ou a mera cedência de espaços - sejam estes nos territórios, nas unidades de saúde ou mesmo na gestão -, possam ser desenvolvidas estratégias políticas de gestão que partam da implicação de estudantes, profissionais (gestores e trabalhadores) e usuários do sistema de saúde, atuando na ressignificação dos territórios de experimentação para que estes possibilitem a construção de conhecimentos em saúde capazes de disputar - ética, estética e politicamente - o modelo hegemônico de formação na saúde (atualmente centrado em um cuidado mercantilizado e biomedicalizado).

COM QUEM CONVERSAM AS AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE SOBRE SEXUALIDADE?

Ludmila de Paula Leite, Cátia Paranhos Martins, Conrado Neves Sathler, Gabriela Gabriela Rieveres Borges de Andrade, Rebeca Luiza Schulz

Palavras-chave: sexualidade, rodas de conversa, atenção básica, agentes comunitárias de saúde,

Este trabalho é um relato de experiência de estágio em Psicologia realizado através do Projeto de Extensão “Acompanhamento e Apoio Técnico do Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ- AB)”, da Universidade Federal de Grande Dourados (UFGD). O

estágio foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Dourados - MS. Foram realizadas visitas à unidade, observação do funcionamento e do trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). A partir das observações e das questões identificadas foi proposta a realização de rodas de conversa com as ACS. Foi observado que questões sobre sexualidade sempre estão presentes nas falas das ACS, mas de forma pouco clara e específica. Quando o tema vem à tona, é por meio de piadas ou indiretas, onde o assunto flui nas entrelinhas do discurso. Observou-se também que a entrega de preservativos era feita somente para os homens adolescentes e para casais jovens heterossexuais. Nas supervisões de estágio, além das discussões em grupo, foram propostas leituras a fim de compreender melhor o tema da sexualidade, assunto complexo e de difícil conceituação. Para Bearzoti (1994), a sexualidade é energia vital instintiva direcionada para o prazer, passível de variações qualitativas e quantitativas, além de ser vinculada à afetividade, às fases do desenvolvimento da libido infantil, às relações sociais, à procriação, à genitalidade, à relação sexual, ao erotismo e à sublimação. Marola, Sanches & Cardoso (2011) afirmam que a sexualidade é um processo simbólico e a constituição da identidade de um sujeito se manifesta na forma como ele vive as questões de cunho íntimo, considerando as questões éticas e morais do grupo social do qual ele faz parte. Santos (2010), cita uma definição de sexualidade da Organização Mundial de Saúde (OMS) do ano de 1975, que afirma que não apenas a sexualidade é uma necessidade básica do ser humano e que não pode ser separada de outros aspectos da vida, mas que a sexualidade não se limita à relação sexual. A sexualidade é “energia que motiva encontrar o amor, contato e intimidade e se expressa na forma de

sentir, nos movimentos das pessoas e como estas tocam e é tocada” (BEARZOTI, 1994, p. 113-117). O papel dos ACSs no Sistema Único de Saúde (SUS) também foi tema de discussão nas supervisões do estágio para a qualificação da Atenção Básica. O ACS é um profissional fundamental na construção do SUS no que diz respeito à comunicação entre o serviço de saúde e a comunidade. Tem a sua atuação voltada para o contato entre comunidade e os demais trabalhadores, possibilitando que as necessidades da população cheguem à equipe, e também levando informações sobre saúde para a comunidade. (COSTA et al., 2013). Ao longo do contato com a UBS e nas visitas domiciliares durante o primeiro semestre de 2015, foi observada a necessidade da população e das profissionais de falarem e serem ouvidas em relação às questões da sexualidade. Foram realizadas as rodas de conversa com as ACS, em periodicidade quinzenal para discutir sobre as questões da sexualidade e sobre os desafios da microrregião que trabalham. Segundo Figueiredo e Queiroz (2012), as rodas de conversa possibilitam discussões em grupo acerca de um tema, onde as pessoas podem falar suas opiniões estimulando as demais a se expressarem, criando um ambiente onde é possível se posicionar e escutar o posicionamento de todas. Assim, através do exercício da fala e do pensar compartilhado, buscam compreender determinados temas de uma maneira coletiva. As rodas de conversa se constituem, nessa experiência de estágio, em espaços participativos onde as ACS podem refletir acerca de questões do cotidiano, do trabalho, da relação com a comunidade e da sexualidade. Através das rodas realizadas com um grupo de seis ACS, foi constatado que há grande resistência por parte da população e que dificilmente há diálogo sobre a vivência da sexualidade. Algumas ACS disseram que, quando há queixas sobre este tema, geralmente são de mulheres que pedem

ajuda para lidar com a falta de desejo sexual pelos seus companheiros e de famílias fiéis a doutrinas religiosas que atribuem às ACS a responsabilidade de explicar para as adolescentes informações básicas sobre as mudanças no funcionamento do corpo durante a puberdade e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Existem, também, relatos de violência sexual e/ou doméstica. Apenas uma pequena parcela da população caracterizada como homens e adolescentes do sexo masculino e casais heterossexuais são questionados durante as visitas domiciliares se desejam ou não receber os preservativos. Para as adolescentes do sexo feminino, os preservativos são entregues somente quando suas mães ou responsáveis solicitam às ACS. Outra questão observada é que não há como conversar sobre sexualidade sem discutirmos relações de gênero. Durante as rodas de conversa, as ACSs discutiram o papel que a mulher exerce na família e na sociedade em diferentes contextos históricos, sempre pensando como era e como é hoje em dia. Algumas ACSs ao falarem das travestis que residem na região, às vezes se referem a elas no feminino e outras vezes, no masculino. A partir dessa experiência de estágio, consideramos que existem várias questões que impossibilitam o diálogo sobre sexualidade. Algumas delas são o moralismo, o discurso religioso, a tentativa de padronização das práticas e os tabus em torno das questões da sexualidade. As referências bibliográficas e as experiências na UBS nos possibilitaram entender a sexualidade de forma abrangente. Aspectos culturais, sociais, biológicos e individuais influenciam na vivência da sexualidade e nas formas de atuação dos profissionais na produção de saúde. A tentativa de normatizar a sexualidade, a partir do padrão heterossexual dominante, reforça preconceitos e cria tabus e “verdades” que não se enquadram na sociedade plural que vivemos hoje em dia. Não abordar este

tema nas UBS é como negar a existência de algo intrínseco à vida de qualquer sujeito. Refletir sobre as questões da sexualidade nas rodas de conversa pode ajudar as ACS à conversarem mais abertamente com a população.

COMPARTILHAR, VIVENCIAR: ALUNOS E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE CONSTROEM APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA EM TERRITÓRIOS DA PERIFERIA DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, SP

Paula Vilhena Carnevale Vianna, Eduardo Guadagnin, João Benício de Almeida, Alessandra Lorenti Ribeiro, Marli Ferronato

Palavras-chave: educação permanente em saúde, aprendizagem significativa, estratégia saúde da família

Apresentação: O trabalho apresenta a construção da interação ensino/serviço/comunidade a partir de uma disciplina curricular (Cidadania e Responsabilidade Social) para o primeiro ano dos cursos de biomedicina, nutrição, fisioterapia, odontologia de uma universidade comunitária de um município de grande porte do interior paulista. O município tem rede de atenção primária ampla (43 unidades básicas de saúde) e implantação recente (um ano) da estratégia saúde da família (ESF). O objetivo é avaliar como a disciplina propiciou a aproximação da universidade com a gestão e dos alunos com o território e prática dos agentes comunitários de saúde. Desenvolvimento do trabalho: A Disciplina de Cidadania e Responsabilidade Social tem como objetivo possibilitar ao aluno reconhecer-se como sujeito portador de direitos com potencial transformador de si mesmo e da realidade social, capaz de criticamente contextualizar e analisar a sociedade e sua inserção nela como sujeito, reconhecendo a saúde como direito e o SUS

como instrumento para sua efetivação. A mudança de configuração na rede municipal de saúde, que passou de 3 a 44 Equipes de Saúde da Família em 2014, possibilitou nova inserção dos alunos no campo. Visando uma aproximação que integrasse ensino/serviço de modo diferente do usual, os docentes trabalharam a partir da lógica de que o campo respondesse as necessidades da gestão, das unidades e de aprendizagem dos alunos. O trabalho foi desenvolvido em quatro etapas: a) aproximação com a SMS para discussão e elaboração conjunta da proposta. A SMS explicitou sua expectativa - conhecer como a implantação da ESF estava se dando efetivamente - e indicou as unidades de saúde da família (USF) para o campo; b) Ida da equipe de docentes às três USF selecionadas, acompanhados da articuladora e apoiadoras da atenção primária em saúde (APS). Em reunião com enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS), dialogaram acerca das expectativas de ambos os lados, entregaram roteiro descrevendo os objetivos da disciplina e acordaram o modo de avaliação do trabalho de campo. Concomitante a esta sensibilização, os alunos foram preparados para a atividade, em encontros didático-pedagógicos reflexivos sobre o conceito de direitos sociais; saúde ampliada; determinantes e condicionantes do processo saúde/doença/cuidado; ESF; forma de aproximação do território e prática do ACS; c) Os alunos foram a campo, divididos em 3 USF em períodos diferentes, acompanhados dos docentes. Na unidade, foram recebidos pelo gerente, enfermeiros e ACS. Receberam explicação sobre a unidade e a área de abrangência e foram distribuídos, em média 3 alunos por ACS, para acompanharem as visitas domiciliares. Ao final do período, em espaço comum, preencheram roteiros de avaliação - os ACS avaliaram o interesse, a postura dos alunos e as contribuições do dia para o seu trabalho

e os alunos avaliaram a prática dos ACS em relação aos fundamentos da ESF. No retorno à Universidade, os alunos consolidaram as informações obtidas e as impressões vivenciadas no território. d. Finalização da disciplina: apresentação das experiências, no formato de seminário, com a presença de representantes da gestão e dos serviços na universidade. O consolidado das avaliações foi entregue à SMS e discutido com a equipe de gestão da APS e da EP a fim de orientar outras atividades. Resultados: Cento e vinte e três alunos (22 do curso de biomedicina; 29 de nutrição, 48 de odontologia e 24 de fisioterapia) foram distribuídos em três USF e acompanharam um período de visita domiciliar de 49 ACS (em média, 2 a 3 alunos por ACS). As atividades variaram e incluíram visita a pacientes acamados, orientações relativas à dengue, cadastro de famílias, entrega de exames, visita a gestantes e puérperas, acompanhamento de portadores de hipertensão e diabetes. A avaliação foi respondida individualmente pelos agentes e em grupos pelos alunos. Cem por cento dos ACS afirmaram terem se sentido à vontade na companhia dos alunos (alunos interessados pelo território e pelas pessoas e demonstrando atitude respeitosa, acolhedora, interativa; em processo de mútuo aprendizado). A totalidade avaliou que a atividade acrescentou algo ao trabalho realizado, sendo as respostas agrupadas em quatro categorias: um dia diferente, descontraído; satisfação de poder compartilhar as atividades; percepção positiva e valorativa do próprio trabalho; contribuição para a formação dos alunos (“apresentamos umas às outras os nossos mundos diferentes”). Sugeriram que a atividade fosse mais longa; que houvesse um momento inicial, entre alunos e ACS, para o planejamento do dia; que retornem para continuidade da atividade, fornecendo orientações para os pacientes visitados. Sugeriram que os alunos levem informações

à comunidade e que acompanhem as visitas domiciliares com médicos; gostariam de receber alunos dos últimos anos. Os alunos preencheram 53 formulários de avaliação. Os princípios da ESF foram reconhecidos no trabalho dos ACS (territorialização, 100%; foco na família, 98,1%; trabalho em equipe, 92,2%; vínculo entre o ACS e as pessoas visitadas, 96,2%; integralidade das ações, 98,1%), sendo o incentivo à participação social o parâmetro de menor índice, reconhecido em 68,6% das respostas. A partir do observado e estudado, os alunos propuseram como desdobramento da atividade o planejamento de atividades educativas e de prevenção; o acompanhamento das famílias visitadas; a realização de atividades interdisciplinares voltadas à saúde em sentido ampliado e atividades técnico-assistenciais (coleta de exames, fisioterapia funcional domiciliar). A apresentação dos resultados revelou, à gestão, informações sobre o cotidiano do trabalho no território, em especial no que se refere ao potencial do trabalho do ACS, suas forças e fragilidades. Considerações finais. A efetivação da EPS ainda se constitui um desafio quanto à integração do quadrilátero gestão/atenção/formação/participação social. As novas diretrizes curriculares e a recente integração entre as ações dos Ministérios da Saúde e da Educação favorecem o desenvolvimento de estratégias educacionais que possibilitem a efetiva integração ensino/serviço/gestão. O estímulo ao uso de metodologias ativas e aprendizagem significativa possibilita mudanças na prática educativa e contribui para que a universidade se aproxime da vivência cotidiana da rede de saúde pública. O presente trabalho demonstra que, apesar dos desafios encontrados, a mudança de paradigma é possível e tem impacto positivo para ambos os lados, ensino e serviço. O planejamento pedagógico reflexivo e articulado à gestão contribuiu

para a acolhida dos alunos na unidade e para uma postura aberta, respeitosa por parte dos alunos, que apresentaram olhar sensibilizado para o fazer dos ACS e para a dinâmica do território. A avaliação foi positiva de ambas as partes. A aproximação com os agentes mudou a visão dos alunos sobre o que é a vida na singularidade de cada território, revelando a cidade como um mosaico, que influencia os modos de viver e adoecer. Outro ponto salientado foi a mudança na visão dos alunos sobre a rede pública de saúde e, especialmente, a importância do trabalho dos agentes. Os ACS, por sua vez, se sentiram valorizados, reconhecendo a importância de sua prática pelo olhar dos estudantes, resignificando, assim, o seu trabalho. O relatório da atividade possibilitou à gestão conhecer a efetivação da ESF a partir de um olhar externo. Os caminhos traçados abriram portas para a realização de atividades integradas, que canalizem os desejos despertados em alunos, agentes comunitários, profissionais, docentes e gestores para a reflexão e construção de práticas significativas do cuidar.

COMPREENSÃO E DESAFIOS DO SISTEMA DE SAÚDE AMERICANO: EXPERIÊNCIA DE DUAS INTERCAMBISTAS NOS ESTADOS UNIDOS

Leticia Antonio Costa, Kassandhra Pereira Zolin

APRESENTAÇÃO: As experiências vividas pelas acadêmicas tanto em aulas teóricas quanto em momentos práticos apontaram a pouca valorização de ações preventivas e a intensa utilização de tecnologias duras, que geram alto custo para a saúde americana. Sendo assim a realidade da saúde americana é diferente da brasileira, que é apoiada e orientada pelo Sistema Único de Saúde

(SUS). O sistema de saúde americano tem suas raízes no mercantilismo, tendo a saúde com um bem econômico e não como direito e dever do Estado, sendo assim as medidas preventivas são pouco ou quase nada valorizadas, enquanto os hospitais são à base das práticas de saúde nos Estados Unidos. Sendo assim, os gastos com saúde e a falta de cobertura para toda a população são os desafios enfrentados pelos americanos no que diz respeito ao acesso à saúde. Diferentemente do SUS, que pauta suas ações em princípios universais de acesso à saúde, o sistema de saúde americano limita o acesso àqueles que possuem algum plano de saúde ou que podem financiar o atendimento “do próprio bolso” (out-of-pocket). Os fatores associados à alto custo e baixa efetividade do sistema de saúde tem como causas a pobreza, a falta de cobertura universal de acesso à saúde, falta de investimentos em ações preventivas e de saúde pública, altos índices de acidentes, violência e gravidez na adolescência e hábitos de vida nocivos à saúde como falta de consumo de alimentos saudáveis e prática regular de exercícios físicos (RICE et al., 2014). DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A experiência deu-se no decorrer dos 14 meses de intercâmbio, por meio de matérias realizadas nas respectivas universidades onde cada aluna estava fazendo intercâmbio pelo programa do Governo Federal, Ciência Sem Fronteiras. Além do conhecimento sobre o sistema de saúde americano que as matérias proporcionaram às alunas, foi possível analisar o sistema refletindo sobre as mudanças que tramitavam no congresso Americano devido ao “AffordableCareAct” ou Obama Care, uma “tática” apoiada pelo Presidente Obama para levar saúde a um maior número de Americanos. Até o ano de 2020, espera-se que o número de pessoas sem acesso a um plano de saúde caia de 47 milhões, em 2012, para 31 milhões com o Obama Care (RICE et al., 2014). O Obama

care é mais que uma lei para planos de saúde, pois seus objetivos são encorajar a atenção primária e, promover qualidade de vida e prevenção de agravos. As aulas de Saúde de Pública ministradas às alunas também foram fontes essenciais para a compreensão das dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde americano. Apesar dos esforços nas campanhas nacionais de saúde como o “This is Public Health” (Isso é Saúde Pública, em português), que buscou mostrar aos americanos e outros residentes daquele país a intensa presença da Saúde Pública, as ações de investimentos nessa área ainda são muito reduzidas, aumentando ainda mais os problemas de saúde neste país. Outro meio de vivência foi a própria convivência com americanos, que muitas vezes pontuavam as suas reflexões sobre o sistema de saúde americano. IMPACTOS E/OU RESULTADOS: Os impactos trazidos por essas experiências foram a intensa reflexão e questionamento acerca do nosso Sistema de Saúde no Brasil. Para muitos tido como ineficaz, para as acadêmicas é perceptível que os princípios que o norteiam fazem a diferença na vida de muitos, pois a partir do enfoque na atenção primária como “porta de entrada” do sistema, é possível desafogar média e alta complexidades, diminuindo custos por meio da utilização de tecnologias leves. Assim, percebe-se que ser um país em desenvolvimento não significa ter menor capacidade na elaboração de estratégias eficazes para a resolução dos problemas dos serviços de saúde. Um Sistema de Saúde será eficaz quando existir esforços para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Investimentos em tecnologia dura como aparelhos sofisticados para diagnósticos e tratamento também são importantes e não devem ser desmerecidos, no entanto nem sempre os gastos gerados seriam necessários se outros investimentos mais baratos tivessem sido feitos anteriormente. Merhy (1999) explica que muitos são os

avanços científicos para a produção de conhecimento em saúde e a resolução de problemas. Entretanto, o crescente número nos avanços tecnológicos ainda não resolveu os problemas dos sistemas de saúde por todo o mundo, sendo assim pode-se pensar que o aumento no consumo de tecnologias não seja a resolução da crise no sistema de saúde. Porém, ao escutar ativamente o usuário do sistema de saúde para compreender que tipo de assistência está deficitária, percebe-se a falta de um atendimento humanizado, sem responsabilização do profissional perante os seus atos. Ter um serviço de saúde que não acolhe o usuário de maneira adequada irá causar por exemplo, a desinformação. No caso de Campo Grande essa desinformação cria filas imensas nas unidades de pronto atendimento, ocasionando desconforto e a falsa impressão de que precisamos de mais hospitais na capital, ao invés de mais unidades básicas para empoderar uma população e esta se tornar militante da própria saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Constatou-se por meio da experiência em terras estrangeiras que investimentos em atenção primária são uma das soluções mais baratas a serem implementadas quando comparadas aos gastos exorbitantes com média e alta complexidade. Além disso, há um intenso movimento nos Estados Unidos para alcançar a mentalidade de que prevenção é muito mais eficaz do que deixar o cliente dependente de cuidados mais complexos. Sendo assim, quanto mais preventivas as ações, menores as chances de doença, sendo assim, menores os gastos. É importante salientar que ao compreender a situação de saúde dos EUA e também vivenciá-la foi de grande valia para sedimentar o conhecimento acerca das potencialidades do SUS. Pois, mesmo compreendendo que o SUS é uma excelente ferramenta para promover a todos os brasileiros e brasileiras o direito à saúde,

que é garantido na Constituição Federal no artigo 196, ainda não observamos esse direito aplicado em sua totalidade. Diferentemente dos EUA, não é por falta de ferramentas corretas, mas sim por um problema um tanto quanto crônico de alguns brasileiros de sempre julgar as ações do Brasil, país subdesenvolvido, em relação aos países desenvolvidos. Mais do que bagagem acadêmica, o intercâmbio proporcionou uma vivência que amplia os fatos para argumentar e explicar o porquê o SUS é um ótimo sistema de saúde. Além disso, a experiência de morar fora nos abriu os olhos para ver características positivas e negativas de cada sistema, e assim em nosso cotidiano profissional poderemos juntar os pontos positivos e exercer uma prática a favor da equidade, igualdade e universalidade.

CONCEITOS DE SAÚDE E DOENÇA NA FORMAÇÃO DE GRADUANDOS EM SAÚDE COLETIVA: PROBLEMATIZAÇÕES A PARTIR DAS VIVÊNCIAS EM CAMPOS DE PRÁTICAS

César Augusto Paro, Roseni Pinheiro

Palavras-chave: Educação, Educação Profissional em Saúde Pública, Estágio, Prática de Saúde Pública, Integralidade

Apresentação: Os campos de práticas são componentes imprescindíveis da formação dos profissionais de saúde no geral e também dos sanitaristas. Estes estão previstos na própria proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos de Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO, 2015) e nos diversos Projetos Político-Pedagógico destes cursos. Silva, Ventura e Ferreira (2003) defendem que os campos de práticas na formação dos sanitaristas não devem ser observados como meros espaços para o desenvolvimento de habilidades

técnicas – ênfase comum na formação de profissionais da saúde do modo geral –, mas sim como espaços para a apreensão da dimensão praxica do objeto de seu trabalho. Neste sentido, levando em conta a dimensão política da atuação do profissional expressa em sua capacidade reflexiva, interdisciplinar e crítica, fica patente a dificuldade em restringir esse campo prático ao terreno das habilidades, da técnica e da aplicação de uma teoria. A atividade do sanitário apóia-se em um fazer que não se restringe à teoria ou aos seus desdobramentos tecnológicos, mas sobretudo em um sistema de valores éticos e políticos. Sendo o seu trabalho situado como prática social, a capacidade reflexiva e de tomada de decisões no curso do seu processo de trabalho são fundamentais. A formação profissional no campo de conhecimento da saúde coletiva deve desenvolver capacidades necessárias para o trabalho, incluindo a produção/invenção do próprio campo de trabalho do sanitário e a capacidade de operar novas mediações interdisciplinares e intersetoriais para o trabalho em saúde. Estas capacidades profissionais devem ser desenvolvidas por meio do exercício do trabalho em situações concretas, buscando ser capaz de gerar novos conhecimentos sobre os objetos de atuação, sempre tomando o próprio trabalho como objeto de análise (FERLA; ROCHA, 2014). Desenvolvimento: Este relato busca compreender e refletir criticamente as perspectivas de saúde e doença que emergem das/nas práticas de ensino realizadas em cenários diversificados de práticas de graduandos em saúde coletiva. Toma como referência a vivência do autor como professor das disciplinas Atividades Integradas em Saúde Coletiva (AISC) no Curso de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC) do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ). As AISC são atividades transversais ministradas do primeiro ao último período de formação, de cunho

teórico-prático, que objetivam desenvolver e avaliar as competências necessárias ao exercício da profissão de sanitário, tendo como suporte teórico os conteúdos das ciências biológicas, das ciências exatas, das ciências humanas e sociais, além dos conteúdos específicos do campo da Saúde Coletiva. Os cenários práticos são diversificados, abrangendo desde os diferentes níveis de complexidade dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde, incluindo-se as instâncias de gestão e planejamento, até as organizações não governamentais e movimentos sociais. Resultados: Dentre as vivências discutidas neste estudo, observa-se que há certos paradigmas que predominam no processo formativo dos graduandos, como é o caso do conhecimento advindo da Epidemiologia. Isto mantém estrita relação com o próprio predomínio do paradigma clínico-epidemiológico no setor saúde. Deste modo, urge que a formação esteja mais porosa às contribuições das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. A partir dos relatos relacionados à função social do sanitário e como este interage com os diversos grupos populacionais, problematiza-se sobre quais são as vocalizações e protagonismos dos usuários nas experiências formativas dos graduandos em saúde coletiva em campos de práticas. Retomando as críticas de Camargo Jr. (2007), questiona-se sobre a necessidade destes estudantes conseguirem compreender que a concepção de projetos de felicidade é responsabilidade e direito dos sujeitos, e não alvo da ação normativa dos profissionais/gestores da saúde. Classicamente, tem se entendido em relação ao sanitário que não constitui atribuição deste profissional práticas sob responsabilidade de outras corporações – notadamente, o diagnóstico e prescrição de terapêuticas voltadas a indivíduos –, ou seja, sua atuação é sob o corpo social e não corpos individuais, em sua dimensão biológica, que constitui o objeto da prática

clínica (UFRJ, 2010). Identificou-se nas práticas em saúde coletiva que aqui foram alvo de reflexão os mesmos entraves que Canguilhem (2005) critica na razão médica nas sociedades contemporâneas, como a dissociação progressiva entre a doença e o doente, o tratamento dos doentes como objetos e não como sujeitos de sua doença e o desinteresse pelas tentativas de compreensão do papel e do sentido da doença na experiência humana. Diante disto, faz-se necessário ampliar espaços na formação dos graduandos em saúde coletiva para a discussão sobre a dimensão do cuidado. Deve-se sempre atentá-los que por detrás de estatísticas há indivíduos, detrás de processos de trabalho há interações humanas, detrás da organização de serviços/ações de saúde há relações de poder. Neste sentido, aposta-se aqui que os campos práticos possam viabilizar a inserção destes estudantes na construção de Projetos Terapêuticos Singulares junto a outros profissionais de saúde, entendendo que este trata-se de um dispositivo potente para garantir e incentivar a autonomia e o respeito aos usuários das ações e serviços de saúde, sendo um elemento muito importante na formação deste profissional (CARVALHO; CECCIM, 2013). Considerações finais: A graduação em Saúde Coletiva trata-se de uma novidade no cenário nacional, sobre a qual ainda carecem estudos que avaliem a matriz curricular, a formação prática, a inserção de egressos no mercado de trabalho, dentre outros. Figura-se um desafio a formação de profissionais críticos, que possam fortalecer a concretização do ideário do movimento da reforma sanitária brasileira. Apesar de haver uma grande aposta na formação em saúde coletiva para suprir esta demanda, foram identificados elementos que precisam ser repensados nesta formação visando atingir este ideal. No funcionamento dos serviços que acolhem os graduandos em saúde coletiva, são diversas as racionalidades relacionadas

ao processo saúde-doença existentes. Deste modo, a formação do graduando deve ser generalista e integral para que este possa transitar nestes diferentes espaços com facilidade e destreza, compreendendo o porquê da adoção de determinado entendimento sobre saúde e doença, que, necessariamente, repercute num certo modo de fazer e conduzir as práticas cotidianas destes serviços. Para auxiliar a formação crítica e que possa construir esse conhecimento multidimensional conforme sugerido por Saippa-Oliveira et al. (2011), ressaltamos aqui o papel da instauração de um processo dialógico permanente nesta prática, num cíclico movimento de ação-reflexão-ação, ampliando os pontos de vista o confronto de enfoques nos diferentes aspectos do cuidado em saúde. Deste modo, a integralidade é entendida aqui como um conceito-chave para esta formação, dado que este princípio conlata o papel ético da universidade em formar profissionais de e para a saúde (CECCIM, 2010). Isto implica uma formação que busque compreender a dimensão ampliada da saúde, a articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares e a alteridade com os usuários para a inovação das práticas em todos os cenários de atenção à saúde e da formação profissional, assim como a escuta aos fluxos de vida na experiência concreta dos adoecimentos ou demandas por atenção à saúde e o atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; CECCIM; FEUERWERKER, 2004b; SILVA; SENA, 2008).

CONHECIMENTO DAS ADOLESCENTES SOBRE OS CUIDADOS ÍNTIMOS FEMININOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Caroline Batista da Silva, Ingrid Raiane Renê Cordeiro, Évany Maria Umbelina Amorim Smith

Palavras-chave: Adolescentes, Educação, Adolescente- saúde e higiene

APRESENTAÇÃO: A adolescência, faixa etária entre 10 e 19 anos, é o momento da vida caracterizada por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais (PROSAD, 2009). Deste modo, a adolescência é um período complexo e de considerável risco para a saúde, mas também pode ser um bom período para intervenções significativas, que contribuam com a promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis. A respeito dessa relevante contribuição, este trabalho foi realizado durante as atividades práticas do Estágio Vivencial de Educação em Enfermagem com o objetivo de desenvolvermos uma ação educativa com um grupo de adolescentes do sexo feminino e reunirmos informações acerca do conhecimento prévio das adolescentes sobre os cuidados íntimos de higiene pessoal e avaliar seu aproveitamento de aprendizagem sobre o tema. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo de caráter descritivo de abordagem quantitativa, com o objetivo de descrever o conhecimento das adolescentes sobre os cuidados íntimos femininos. O local de estudo foi uma escola de grande porte do município de Belém. A escolha deste local se deve ao fato de a mesma atender a demanda satisfatória de indivíduos que se enquadram nos critérios de inclusão, devido o número de adolescentes disponíveis no local e a necessidade de ações educativas na escola para esse público. A população que participou da ação educativa constava de adolescentes de ambos os sexos, onde todos participaram de todas as etapas. Porém, nossa amostra foi constituída por 25 meninas, com idade entre 12 a 19 anos, do ensino fundamental e do ensino médio, capazes de manter comunicação verbal, que estudam na respectiva instituição de ensino

em que aceitaram participar da pesquisa, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. A partir da autorização dada pelos dirigentes da escola e dos responsáveis pelas adolescentes, a pesquisa foi realizada através da aplicação dos questionários A e B, que continham 10 perguntas fechadas relacionadas ao tema, e diferenciados apenas pela indicação das letras A e B. As questões do questionário A, foram respondidas de acordo com os conhecimentos prévios do grupo de adolescentes acerca dos cuidados íntimos femininos. Após recolher esses questionários, foi realizada uma atividade educativa com o objetivo de repassar informações sobre o assunto abordado e esclarecer as possíveis dúvidas. Essa ocorreu na forma de um Talk Show, onde havia dois apresentadores que conduziam a atividade, uma assistente de palco que cuidava da logística, quatro universitárias para repassar informações sobre o assunto e esclarecer as dúvidas, e a plateia formada pelos alunos. Para a realização da atividade havia dois jogos da memória, um para ser usado com o grupo das meninas, e outro para ser usado com o grupo dos meninos. Cada jogo da memória continha dez figuras de peças íntimas coloridas que formavam cinco pares (calcinhas para as meninas e cuecas para os meninos). Cada par possuía uma situação problema, ou seja, cada grupo teria cinco casos para solucionar. Para finalizarmos a atividade, as dúvidas foram esclarecidas e houve a aplicação do questionário B. Com estes dois aplicativos foi avaliado o percentual de absorção das orientações repassadas. **RESULTADOS:** A análise dos dados do presente trabalho teve caráter quantitativo, onde foram consideradas as respostas do questionário A e B aplicados as adolescentes da amostra. Foram analisados comparando a quantidade de acertos antes e após a ação educativa. Por intermédio da observação do questionário A, notou-

se que as adolescentes apresentavam um conhecimento deficiente acerca do tema abordado. Todavia, a análise do questionário B, feito após a ação educativa, revelou que as mesmas tiveram um rendimento satisfatório em relação à temática abordada, ressaltando a necessidade de tais atividades, conferindo-lhes a oportunidade de serem ativas no processo de envolvimento com sua educação e saúde, uma vez que o mau hábito de cuidados íntimos na adolescência pode constituir risco de grau variável para comprometimento do projeto de vida e até da própria vida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A educação em saúde é uma ferramenta indispensável, na formação e adoção de medidas que visam à promoção de conhecimentos sobre cuidados íntimos de forma individual e coletiva e que tem como finalidade o seu bem estar. No estudo realizado optou-se por aplicar um questionário, sendo que esta metodologia favoreceu a observação dos sujeitos da pesquisa, no sentido das manifestações dos seus conhecimentos evidenciados através das opções de cada questão. Foi de grande importância a realização deste trabalho tanto para o nosso desenvolvimento acadêmico quanto pessoal, pois mostrou-nos os caminhos pelos quais a educação pode percorrer para contribuir na redução das doenças relacionadas aos maus hábitos de higiene íntima, podendo assim, no decorrer de nossa vida acadêmica, desenvolver atividades educativas e outros trabalhos voltados para essa temática.

CONSIDERAÇÕES ACERCA DE EXPERIÊNCIA DE INTERCÂMBIO DO PERCURSO FORMATIVO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Willian Pereira da Silva

Palavras-chave: saúde mental, percurso formativo, inventividade nas práticas

Este trabalho visa apresentar os reflexos e impactos de experiência resultante de um intercâmbio integrante do percurso formativo em saúde mental infanto-juvenil, onde houve trocas de experiências entre profissionais de uma rede preceptora da cidade de Recife, Pernambuco, e de uma rede em formação do município de Ipatinga, Minas Gerais. O percurso formativo tem sido uma estratégia encabeçada pelo Ministério da Saúde e que visa à formação em ato de profissionais que atuam na rede de atenção em saúde mental, facilitando espaços de diálogos entre as práxis; ademais, objetiva a ampliação de conhecimentos e embasamentos dos profissionais e de suas estratégias no cuidado em saúde. Sabe-se que o cuidado em saúde mental deve ser amparado por um constante embasamento que orienta as práticas de acordo com as políticas públicas e diretrizes norteadoras, implicando num contínuo processo de formação e inovação. Dessa forma, estas experiências permitiram uma troca e uma provocação dos profissionais, a partir da convivência com realidades outras, possíveis a partir do encontro; também dinamizaram e engrenaram movimentos nas redes. A cidade de Ipatinga está localizada no interior de Minas Gerais, a 210 km de Belo Horizonte, em Minas Gerais. A cidade possui cerca de 240.000 habitantes. Há ali um CAPS-II, em exercício desde o ano de 2004, sendo necessária a inventividade para o seu funcionamento. A situação do município sinaliza ainda para a falta de um CAPS- AD. O CAPS-i também é necessário para a efetivação dos dispositivos de serviços de saúde mental em nossa cidade. Mas cabe salientar que, apesar disso, redes tem se efetivado, já que estas se constituem e se sustentam por pessoas e não somente por dispositivos. Assim, há no município um Núcleo Infantil de Saúde Mental, com uma equipe técnica que atende os casos emergenciais (graves

e moderados) em saúde mental infantil. As demandas de saúde mental em álcool e outras drogas tendem a ser acolhidas e assistidas pelo CAPS e pelo Núcleo e também por toda a rede. Vale ressaltar ainda uma singularidade do desenho de nossa rede que consiste num investimento e fortalecimento da assistência em saúde mental na atenção básica, acreditando que toda a rede deve estar empenhada. Em cada território, no âmbito de uma unidade de saúde, conta-se com a figura de um técnico de referência em saúde mental que se incube do acompanhamento e da gestão do caso, em especial os moderados e graves de saúde mental, sem deixar de acolher os demais casos. Acolhimentos, atendimentos individuais, visitas domiciliares, discussão de casos em matriciamento, grupos de ressocialização, articulação da rede, atendimentos a familiares, articulação com práticas de estágio, construção do caso em equipe são algumas das atividades propulsionadas por tal técnico. A ação intersetorial é objetivada, articulando-se com diversos serviços de vários dispositivos: Consultório na Rua, Academia da Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, CENTROP e Projeto Videiras (dispositivos específicos à população de Rua), CRAS, CREAS, Conselho Tutelar, Judiciário, dentre outros. Recife é uma cidade com cerca de 1.700.000 habitantes. Conta com uma complexa rede de serviços em saúde pública. A capital pernambucana conta com diversos dispositivos de saúde mental, sendo 17 CAPS (dentre de Álcool e outras Drogas, Transtorno Mental e Infanto-juvenil), 4 unidades de acolhimento articuladas com CAPS, 23 residências terapêuticas, 10 ambulatórios, 6 equipes de consultórios de rua e 2 equipes de consultório na rua, 8 leitos de desintoxicação, 24 leitos integrais. Pese todo movimento de desinstitucionalização, nota-se ainda na cidade a existência de leitos psiquiátricos, como no Ulisses

Pernambucano; nota-se também um imenso esforço da rede, com profissionais empenhados e capacitados, em fazer valer a reforma psiquiátrica. Cabe sublinhar ainda práticas ímpares desenvolvidas em Recife tais como a de redução de danos através de Consultórios de Ruas, que promovem atenção a pessoas em situação de rua em uso de álcool e outras drogas e que, como um ponto da rede, se articula ao CAPS. Ademais, há um movimento singular na rede de saúde mental focada na integralidade da atenção a crianças, em especial àquelas diagnosticadas com autismo. Há práticas grupais desenvolvidas com tais pacientes, que apontam para uma eficácia e uma atenção mais potencializada e humana, focada tanto no atendimento dos pais como das crianças. A partir da interface destas duas realidades, podemos destacar avanços e desafios que se apresentam às redes de atenção em saúde mental, dentre eles: - o empoderamento e articulação da rede de atenção em saúde mental, em todos os seus pontos e em especial na atenção básica, levando em conta a territorialidade do cuidado. Isso instiga os diversos atores na responsabilização do cuidado, atentando-os para um enfoque em saúde mental que não passa pela centralização ou pela especialização, mas que se concentre na rede. Tal é a proposta de uma clínica ampliada e das ações desenvolvidas no território do sujeito foco de nossa atenção. A configuração do Programa de Saúde Mental de Ipatinga tem perseguido tal norte ao apostar na figura de uma referência técnica em saúde mental na atenção básica como estimuladora, facilitadora e articuladora de ações. Em Recife, há todo o movimento para o fortalecimento da saúde mental na atenção básica, desconstruindo práticas isoladas e ambulatoriais e promovendo uma maior comunicação entre os dispositivos da atenção básica e outros dispositivos; entretanto, é necessário

todo um movimento e construção, e até a própria dimensão do território de uma grande capital deve ser levado em consideração; - a integralidade do cuidado pressupõe um enfoque no sujeito em todas as suas dimensões, promovendo ações que visam à transversalidade do cuidado, uma atenção humanizada e construção do caso clínico pelos diversos agentes ali implicados, inclusive o próprio paciente. Em Recife, tal enfoque pode ser observado pelo via da atenção aos casos de crianças com autismo dentro dos dispositivos de saúde mental, na qual a ação articulada dos técnicos não tendia a uma verticalização, mas numa horizontalidade do cuidado, contribuindo cada profissional com seus saberes. Neste sentido, também alguns atravessamentos não se fazem tão gritantes, tais como a medicalização e a patologização no cuidado e na condução do caso. Não se observou esta hegemonia de um saber sobre outro, participando, por exemplo, todos nas conduções de grupos terapêuticos, inclusive médicos. Em Ipatinga, busca-se esta integralidade do cuidado, mas há certas dificuldades no manejo com alguns profissionais que tendem a práticas verticalizadas; mas há também ganhos, frutos de ações de tantos profissionais que buscam a mobilização da rede, pese furos e faltas, promovendo uma dinâmica e vivacidade da mesma. O matriciamento tem se constituído num importante instrumento que favorece tal dinâmica e favorece uma melhor tecnologia no cuidado. A guisa de conclusão, tal experiência promoveu uma instigação e provocação dos profissionais nela envolvidos, favorecendo a engrenagem de seus serviços; em efeito, a abertura e o encontro são chaves fundamentais para a ação em saúde mental, campo em que se preza por uma inventividade e movimentação constante. Práticas devem ser construídas, inventadas e reinventadas.

CONSTRUÇÃO DE JOGO COMO DISPOSITIVO PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Adelyne Maria Mendes Pereira, Cynthia Macedo Dias, Camila Furlanetti Borges

Palavras-chave: regionalização em saúde, jogos, game design

APRESENTAÇÃO: A experiência de construção de jogos como dispositivo de ensino-aprendizagem que deu origem ao presente artigo se realiza no âmbito do componente curricular Trabalho de Integração (TI), inserido na formação integrada nos cursos de nível médio com habilitação técnica em saúde (Análises Clínicas e Gerência em Saúde) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. O TI busca estimular aprendizagem crítica sobre um tema que mobilize conhecimentos sobre a prática dos serviços de saúde no contexto do SUS, em grupos com 10 a 12 alunos. Neste TI, abordamos a regionalização dos serviços e sistemas de saúde. Em acordo com o projeto político pedagógico do TI, o tema proposto mobiliza a integração com conteúdos que versam sobre Ciência, Trabalho, Política e Saúde, e estimula a prática investigativa. O objeto deste artigo é nossa segunda experiência docente utilizando jogos como dispositivo de aprendizagem com alunos de Ensino Médio integrado. Na experiência anterior, com o tema do desenvolvimentismo em saúde, verificamos que, ao assumirem a posição de produtores, os alunos mobilizaram saberes e habilidades, demonstrando na narrativa, nas regras e nos discursos embutidos no jogo não só a sistematização de um aprendizado factual ou processual, mas também político. Entretanto, pudemos perceber que a complexidade e abrangência do tema, associada à entrada tardia da discussão sobre jogos, dificultou

o engajamento dos alunos, levando a um processo de construção que, embora muito rico, ficou restrito em termos de tempo. Com base nessas reflexões e avaliações sobre a experiência anterior, tomamos duas decisões fundamentais: propor um tema mais próximo da realidade dos alunos e que já possuía mais material sistematizado, e provocar os alunos mais cedo no calendário de aulas para refletir sobre aspectos que embasariam a construção de jogos aplicados. Iniciamos com aulas expositivas sobre o tema, reconsiderando o lugar da prática de pesquisa: menos como uma etapa prévia à construção do jogo, e mais como uma estratégia inerente ao próprio processo, na medida em que a formulação da narrativa e das regras do jogo mobiliza a investigação mais amíuade, sempre de forma orientada e colaborativa.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: No contexto em questão, o jogo entra como meio e fim no processo de estudo e pesquisa sobre o tema da regionalização, auxiliando a visualizar, conceber e expressar os desafios e potencialidades existentes nessa estratégia de organização do SUS. Utilizamos como referência o conceito de “jogos sérios” (serious games) ou “jogos aplicados”: jogos que, além de serem divertidos, têm um propósito na vida real, e têm sido utilizados com o objetivo de conscientizar o público sobre causas políticas e sociais. Na primeira aula, depois de apresentarmos os princípios da Regionalização, procedemos à experimentação e leitura crítica sobre os possíveis sentidos emergentes das regras, do visual e da narrativa de jogos. Ficou claro que esses jogos possuem uma intencionalidade para além da imersão e diversão do jogador: transmitir mensagens e, como repercussão, mudar o comportamento dos jogadores a respeito de temas da realidade. No segundo encontro, propusemos à turma jogar o jogo desenvolvido em 2013, com objetivo de discuti-lo como possibilidade de

representação e metaforização de processos reais, expressão de ideias de seus produtores e disparador de debates; reunindo as turmas para troca de experiências. A terceira aula foi dedicada a provocar outros olhares sobre jogos conhecidos, menos com a visão de jogadores em momento de lazer, e mais de ‘desenvolvedores’, buscando “estranhar” o jogo e desvendar seus elementos estruturantes. O estranhamento desses jogos produziu o levantamento de atributos e estratégias que foram confrontadas em relação à sua pertinência para o tema da regionalização. Ao final da aula, a reflexão girava em torno da questão: “Se a regionalização fosse um jogo, como poderíamos caracterizá-lo?”. Algumas considerações dos alunos revelavam tanto uma apropriação inicial do tema quanto de possíveis atributos do jogar. Destacamos algumas considerações e metaforizações produzidas: Atores políticos participantes diretos dos processos e conflitos de regionalização podem ter suas funções e desafios estudados a fim de figurarem como personagens da narrativa do jogo; A narrativa pode ser desenvolvida de modo a retratar algo mais próximo da realidade e mobilizar a competição entre os personagens/jogadores ou estimular a experimentação de modos de gestão mais desejáveis, induzindo à cooperação entre os jogadores/personagens; Elementos como recursos financeiros, estabelecimentos e equipamentos de saúde, recursos humanos, procedimentos técnicos e indicadores de saúde, podem caracterizar o cenário e a base material do jogo, compondo metas/objetivos dos jogadores; Dados da situação de saúde da região podem ser elementos de objetivos do jogo ou mesmo embutir o elemento aleatório (sorte ou revés); Os objetivos do jogo podem retratar os elementos necessários à composição de uma região de saúde, bem como estimular habilidades requeridas de um gestor,

como o planejamento, a identificação das necessidades e a definição de prioridades para a distribuição de recursos; Do ponto de vista do usuário do sistema de saúde, sua trajetória pode inserir novos elementos, como: satisfação de necessidades e acesso. Foram realizadas ainda leituras, discussões em grupo e debates com uma convidada com experiência no processo de regionalização no estado do Rio de Janeiro. Em seguida, foram realizadas as oficinas Gamerama, que trouxeram conceitos mais sistematizados de design e game design e possibilitaram aos alunos experimentar o papel de game designers, construindo jogos simples de dados, de cartas e de tabuleiro. Nesse último rol, propusemos que eles buscassem associar a percepção da inserção de valores e sentidos nos jogos com os conteúdos estudados sobre regionalização.

RESULTADOS E/OU IMPACTOS: O acompanhamento do processo de construção do jogo nos permite afirmar que os alunos se apropriaram dos conhecimentos relativos à regionalização do sistema de saúde no Brasil, bem como dos conceitos relacionados ao game design. De tal modo que, ocupando o lugar de desenvolvedores de jogos, foram capazes de produzir suas próprias reflexões e manifestá-las sob a forma das regras e formato desse jogo, trabalhando em equipe, a partir de leituras e pesquisas. O jogo produzido, por sua vez, expressa o caminho de ensino-aprendizagem desses alunos, mas também se configura como novo produto para disseminação de conhecimentos para todos que, no futuro, vierem a usá-lo para aprender e brincar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Jogos são produtos culturais que têm, em si, uma cultura específica, composta de formas e significados. Além do conhecimento inerente aos jogos, eles também mobilizam outros tipos de conhecimento que podem ser considerados “pré-requisitos”, necessários não só no ato de brincar, mas ainda mais

na construção de um jogo que depende da aprendizagem, discussão e questionamento de processos e mecanismos. Os jogos possuem valores e ideias embutidas em suas regras, constituindo argumentos que são passados aos jogadores, representando formas de funcionamento de processos do mundo real. Evidentemente que, ao carregar valores, os jogos não determinam a compreensão e adesão imediata dos mesmos pelos jogadores: outros estudos amplificam a relação jogo-jogador, destacando o papel ativo do jogador, não só manipulando as peças e regras como também interpretando, questionando, criticando e mesmo criando novas regras e jogos. A vivência dessa fase inicial do processo de game design já demonstrou apropriação de conhecimentos, posicionamento dos alunos no lugar de tomada de decisão e compreensão da potencialidade de expressão por meio do jogo, abrindo caminhos para novos momentos de pesquisa, construção coletiva e reflexão crítica acerca do Sistema Único de Saúde.

CONSTRUÇÃO DE UM FÓRUM DE PARTICIPAÇÃO POPULAR PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Gabriel Noletto Rocha do Nascimento, Maria Salete Ribeiro, Gessica Cristina de Deus Silva, Jessica Dias Ferreira, Thais Cristina Borges Piovezan, Carla Gabriela Wunsch, Maria Auxiliadora Maciel de Moraes, Carla Rafaela Teixeira Cunha

Palavras-chave: Saúde da Família, Sistema Único de Saúde, Participação Comunitária

INTRODUÇÃO: A Clínica da Família (CF), foi pioneiramente implementada na cidade do Rio de Janeiro, com objetivo de priorizar ações de prevenção, promoção da saúde e diagnóstico precoce de doenças na Atenção

primária à saúde. Possui uma equipe multidisciplinar em que cada uma delas é responsável por sua área de abrangência (1). Cuiabá, conta com uma unidade deste porte, onde são realizadas as atividades práticas do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular (PRIMSCAV) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Há cerca de dois anos, a referida unidade veio substituir um serviço de pronto atendimento, gerando resistência por parte da população local, e dificuldade em compreender a mudança no modelo de atenção à saúde. Desta forma, houve a necessidade de se pensar em alternativas que atingissem positivamente a população da área adstrita à referida unidade, visando formas de comunicação que divulgassem os serviços ofertados e a forma de funcionamento da CF. Portanto, os profissionais da unidade, a Universidade (docentes, alunos e residentes) e Conselho Gestor local, idealizaram e implementaram o “1º Fórum da Clínica da Família: SUS e comunidade de mãos dadas”, com o principal objetivo de, por meio da Educação em Saúde, esclarecer a população sobre as mudanças ocorridas do modelo de atenção oferecido e abrir espaço de discussão para melhoria do serviço. Neste contexto, a participação popular é um dos princípios organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e se configura como força social capaz de influir nas políticas públicas para a concepção da promoção da saúde como direito, de forma democrática e participativa (3). Além disso, por meio dessa perspectiva, consideramos a Educação em Saúde uma ferramenta importante no processo de empoderamento, como instrumento formador de autonomia e cidadãos críticos, capazes de transformar sua realidade (4). Objetivo: Relatar a experiência de residentes na construção de um Fórum de participação popular para o fortalecimento da Atenção

Primária a Saúde, em Cuiabá-Mato Grosso. METODOLOGIA: Trata-se de um relato das experiências de um grupo de residentes do PRIMSCAV, composto por dois Enfermeiros, uma Psicóloga, uma Assistente Social e uma Nutricionista. O Fórum para discussão do modelo de atenção vigente foi planejado e elaborado em conjunto com servidores da CF, composta por cinco equipes de saúde da família, abrangendo três bairros da regional norte de Cuiabá, residentes e conselho gestor local (profissionais da CF e membros da comunidade). O Fórum ocorreu durante três semanas consecutivas, no mês de maio de 2015, sendo realizado um encontro para cada bairro da área adstrita à clínica, com cerca de quatro horas de duração cada um. Esses encontros ocorreram em espaços comunitários dos bairros que a CF abrange. Resultados e Discussões: Como estratégias de divulgação do Fórum foram utilizadas: panfletagem, rádio comunitária, abordagem em sala de espera e confecção de camisetas. Além disso, elaborou-se um instrumento de avaliação da atividade, composto por cinco perguntas objetivas e com espaço para discorrer sobre críticas, sugestões e elogios. Tivemos participação efetiva da comunidade, além de representantes da gestão, vereadores, lideranças dos bairros e uma adesão importante dos servidores da clínica. As discussões foram conduzidas em cada encontro pela respectiva equipe responsável, nas quais foram abordados assuntos referentes ao funcionamento da Estratégia de Saúde da Família, rotina e cronograma da unidade, prioridades das visitas domiciliares, serviços oferecidos na CF, bem como foi enfatizado a diferença entre o antigo e atual serviço, priorizando o enfoque nas vantagens de um serviço de atenção primária dentro da comunidade. Ao final de cada encontro foi disponibilizado espaço para manifestação dos presentes. Os residentes participaram de toda a organização e divulgação do

Fórum, cadastro de todos os usuários que compareceram nos encontros, além de elaborar uma carta de agradecimento e motivação que foi posteriormente entregue para cada membro da equipe e enviada ao endereço dos usuários que se fizeram presente e tornaram possível a realização dessa ação. Somando todos os encontros, participaram 149 usuários, que expuseram as dúvidas, relataram suas impressões sobre a assistência que recebem no referido serviço e avaliaram o evento. Nesta avaliação, de todos os participantes do fórum, 91,02% responderam que acharam os assuntos abordados importantes, 93,58% consideraram que suas dúvidas foram esclarecidas, 98,71% reconhecem a importância desse tipo de atividade, 93,58% acharam que o tempo de realização do Fórum foi suficiente e 94,43% sentiram-se bem recebidos. Em relação à frequência de realização desses Fóruns, predominaram as sugestões de serem trimestralmente ou semestralmente. Além disso, programar participação popular em saúde na perspectiva da Educação abrange várias dimensões: democrática, participativa, política, educativa, acolhedora e cuidadora, pois, possibilita a transformação da realidade e a interação entre as pessoas e fomenta a troca de experiências e a construção coletiva de saberes e práticas, além de implicar, por meio da abertura desses espaços de discussão uma possibilidade para o empoderamento do usuário com participação ativa junto ao serviço que lhe é ofertado, de forma que o entendimento sobre saúde alcance a coletividade e a singularidade dos indivíduos envolvidos nesse processo de construção, em seus territórios, contribuindo para a potencialização da resolutividade da atenção primária a saúde. É importante ressaltar que a implementação desse Fórum oportunizou a experiência na prática de um dos princípios organizacionais do SUS mais negligenciados, que é a participação

popular que, realizada de forma educativa, possibilita uma troca importante para atingir uma integralidade frente as demandas reais de uma comunidade que participa do processo de construção de sua assistência à saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Portanto, atividades como esta, destacam a importância da construção coletiva sobre saúde, de maneira democrática, consolidando a responsabilidade de todos os profissionais de saúde como agente multiplicador e, sobretudo de instigar o controle social das práticas de saúde, pois, a partir do conhecimento dos usuários sobre o modelo proposto, esclarece-se sobre vários requisitos de organização, territorialização, abrangência, eficácia, etc. para o controle das atividades do SUS, além da ideia de cidadania, por considerar a saúde muito mais abrangente do que simples ausência de saúde. Além disso, para a equipe da CF e para os residentes permitiu uma aproximação com a comunidade, favorecendo o conhecimento sobre os anseios e demandas da população e fortalecendo o vínculo com esses usuários.

CONSTRUÇÃO DO SABER COLETIVO: OS ENCONTROS E A SUA IMPORTÂNCIA PARA A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Daniela Aparecida dos Santos, Carine Vendruscolo, Daiana Kloh, Denise Antunes Azambuja Zocche, Iselda Pereira, Karine Pereira Ribeiro, André Lucas Maffisoni, Jean Wilian Bender

Palavras-chave: Educação Superior, Enfermagem, Orientação,

APRESENTAÇÃO: Os indivíduos, a partir de suas experiências e vivências, passam a construir conhecimentos e desenvolver competências próprias. Assim quando um grupo está envolvido por um mesmo contexto e com um mesmo objetivo, os

saberes dos indivíduos podem ser oferecidos de modo valioso para o desenvolvimento das ideias. Todas as formas de conhecimento se tornam fundamentais, nada se perde e a pluralidade das competências pode ser explorada como meio de fortalecimento, troca de conhecimentos e enriquecimento mútuo, criando-se assim, a inteligência coletiva¹. Construir com os outros é mais complexo que fazê-lo só. O tempo e as tarefas cotidianas vão deslocando a energia da criação para uma zona de conforto, e a repetição e a queixa da falta de tempo preenchem o dia e a noite. Deixar o comodismo e o conforto para produzir e construir de forma coletiva significa abdicar da autoria, dos manuais, das dificuldades e encontrar o tempo fazendo-o². Tendo em vista que o aprender coletivamente é um ato primordial para o desenvolvimento de um futuro profissional apto a trabalhar em equipe, e imbuído de características acerca de quesitos como comunicação, criatividade, responsabilidade e facilidade de relacionar-se com as diferenças, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência de um grupo de orientação coletiva e de estudos sobre educação em saúde, formado por estudantes e professores do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). METODOLOGIA: Docentes e discentes de diferentes fases do Curso de Enfermagem da UDESC reúnem-se, quinzenalmente, para o compartilhamento coletivo de produções acadêmicas realizadas no âmbito da pesquisa, do ensino e da extensão. O grupo foi batizado como “Grupo de Orientação Coletiva: Formação e Educação em Saúde e Enfermagem”. Os temas das produções estão relacionados com os processos de educação e formação em Saúde e Enfermagem. Dentre os referenciais que sustentam as discussões do grupo estão as obras de Paulo Freire³, dentre outros autores, da área da educação e da saúde. Os encontros são

mediados por professoras que ministram conteúdos relacionados à temática e que fazem parte do Grupo de Pesquisa: Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA). As produções resultantes configuram-se como Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), os quais compõem pesquisas e projetos de intervenção, ações extensionistas e iniciativas voltadas ao aprimoramento do ensino. Na medida em que os estudantes demonstram interesse e envolvimento com a temática, alguns passam a compor a iniciação científica, sendo vinculados ao Grupo de Pesquisa. O objetivo de propor essa metodologia foi para que pudesse haver o compartilhamento de ideias baseado na experiência de cada indivíduo, visando a construção e fortalecimento das potencialidades e identificação e também o melhoramento das fragilidades de cada produção. Neste formato, há a quebra da hierarquização de conhecimentos, sem distinção entre aluno e professor ou entre alunos de fases do curso mais ou menos avançadas, portanto, todas as contribuições são válidas, discutidas e posteriormente avaliadas. Esse modelo permite a interação entre os indivíduos e a inserção de novas percepções e meios contributivos. RESULTADOS: Se desejarmos formar profissionais participativos e transformar a academia em um espaço de discussão e construção de saberes, a orientação, focada apenas na exposição de determinado conhecimento pelo professor e no aprendizado do aluno, restrito somente ao que é exposto nas disciplinas e conteúdos ministrados em sala de aula, torna-se obsoleto e descontextualizado o profissional que se deseja formar. As Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Saúde e Enfermagem preveem a formação de profissionais críticos, reflexivos e participativos, sendo estes sujeitos de seus processos de aprendizagem e preocupados no aprofundamento e compartilhamento

de conhecimentos. Esse tipo de abordagem participativa, direcionada ao emprego dos conhecimentos de forma a compreender o contexto dos discentes e docentes, e, habitualmente voltado aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴, se faz necessária na formação de estudantes da área da saúde. Os discentes que, em sua formação, já começam a ter contato com práticas coletivas por via de discussões em grupo sobre determinados assuntos, estarão mais preparados para se inserir em uma forma de gestão do Sistema, tendo o perfil adequado para tanto. Além disso, a Enfermagem é uma profissão coletiva e que atua para o coletivo; o profissional gerencia e lidera a equipe, deve elaborar planos de cuidados, faz promoção e prevenção em saúde na comunidade, visa o bem-estar profissional e pessoal da equipe e população em que está inserido. Nesse sentido, considera-se como potencialidade do Grupo de Orientação Coletiva a possibilidade do encontro entre docentes e discentes que possuem interesses comuns em termos de produção acadêmica, voltada à formação do enfermeiro apto ao trabalho para a atenção às necessidades da comunidade e à qualificação do SUS. Para além, as discussões fomentam o desenvolvimento de habilidades metodológicas mais ativas, permitindo aos indivíduos serem sujeitos e protagonistas do processo de construção do conhecimento. CONSIDERAÇÕES FINAIS: No intuito de formar profissionais crítico-reflexivos, com potencial para atuar de acordo com as diretrizes do SUS, é necessário que se permitam construções coletivas, pautadas no diálogo, desde o início da graduação, trazendo estes acadêmicos para perto da realidade que encontrarão quando se depararem com a prática em saúde, exercitando os mais diferentes encontros com a diversidade e pluralidade de opiniões. A construção da inteligência coletiva do grupo em questão

tem ajudado acadêmicos das fases iniciais a se incluírem no mundo das produções científicas, como também vem fazendo com que os acadêmicos das fases mais avançadas possam praticar e desenvolver o olhar científico em seus conhecimentos. É essencial para a vida futura do acadêmico que o mesmo saiba praticar métodos de pesquisa e também, discorrer sobre assuntos algumas vezes, de conhecimento empírico, e debater coerentemente. O estímulo ao debate e ao relacionamento social entre acadêmicos de diversas fases, e diferentes opiniões, contribui ao desenvolvimento crítico e social do estudante, além de fazer com que o mesmo, desperte um olhar ético relacionado aos temas debatidos, e às diversas formas de analisar determinados assuntos. Contribuir na formação de futuros profissionais comprometidos ao trabalho em equipe, respeitando os pareceres éticos e individuais de cada um, tem por consequência um trabalho de qualidade, e uma assistência em saúde coletiva, com olhares interdisciplinares e comprometidos com a integralidade do cuidado.

CONSTRUINDO UM MAPA CONCEITUAL SOBRE A PRÉ-ECLÂMPSIA UTILIZANDO A CAIXA DOS SABERES

Celsa Silva Moura da Silva Moura Souza, Regimeire Lima, Erika Camargo, Luana Serruya, Rosana Moyses, Carolina Pinheiro, Maria Regina Torloni

Palavras-chave: educação, prática educativa, gestação

APRESENTAÇÃO: As transformações de cenários na área da saúde possibilitam valorizar a interação entre os sujeitos e a incorporação de outros saberes e da ciência. Assim a melhor forma de transmissão do conhecimento é aquela que conta com a participação do próprio

indivíduo que é alvo do cuidado, em uma interação que leve em consideração seus anseios, necessidades, particularidades e expectativas. Por isso, o momento das práticas educativas desenvolvidas de forma adequada no pré-natal podem revelar aspectos da aceitabilidade e a adesão ao cuidado favorecendo para que as grávidas sejam protagonistas na tomada de decisão. A caixa dos saberes é uma ferramenta da promoção da saúde na busca de conscientizar e apontar fatores de risco durante a gestação, de modo que isso seja captado e compreendido pelas grávidas. As metodologias educativas, quando adaptada para a necessidade local, auxiliam na construção da autonomia dos participantes. Por isso, o propósito da dinâmica “caixa de saberes” é informar acerca dos conceitos básicos de pré-eclâmpsia e da utilização dos alimentos como aliados na sua prevenção. OBJETIVOS: O objetivo da atividade é a interação e o envolvimento das grávidas de forma lúdica e participativa a fim de obter resultados mais eficazes para prevenir a pré-eclâmpsia. METODOLOGIA: A atividade foi realizada mensalmente com gestantes presentes para consulta do programa de pré-natal em uma unidade básica de saúde na cidade de Manaus, entre fevereiro a setembro de 2015. Foi utilizada a estratégia de ensinagem como ferramenta, o mapa conceitual que por meio da atividade educativa intitulada pelos moderadores como “A caixa de saberes” para incentivar a participação das grávidas de modo interativo e esclarecedor. O intuito da estratégia com técnicas pedagógicas auxilia na construção de conceitos específicos, sem desprezar os conhecimentos vividos e o contexto social de cada usuário. Essa ferramenta tem como desafio construir ao longo da dinâmica a identificação de conceitos básicos e das conexões entre os conhecimentos individuais e as informações coletivas. Isso é possível a medida que os participantes

conectam, processam e ampliam o quadro de ideais do grupo como um todo. Nesse momento o mapa conceitual possibilita que ocorra uma reconstrução de conceitos quando a mobilização ocorre de forma contínua. Isso somente é possível quando o usuário participa de toda a complementação das ideais do início ao fim. Para o grupo esse é momento da construção do conhecimento oriundo do senso comum, da ciência e dos contextos sociais que vão se ampliando na medida em que as conexões se processam e permite a elaboração da síntese de ideias e conceitos numa visão de totalidade. A atividade é realizada em pequenos grupos, média de oito gestantes, nas unidades básicas de saúde no momento anterior a consulta do pré-natal em ambiente fechado. As participantes sentam em roda e a atividade é inicialmente conduzida por uma orientadora nutricionista e/ou por uma estudante de medicina que explanam sobre a atividade, sobre alimentos regionais ricos em cálcio e sua importância na prevenção da pré-eclâmpsia e quais os principais sintomas. Posteriormente uma caixa fechada, contendo cartões com textos que simulam situações problemas do cotidiano sobre alimentação da gestante é passada no grupo e cada participante é convidado a retirar um cartão e ler para os demais o texto escolhido. Em seguida o moderador pergunta ao grupo se o cartão deve ser colado em um desenho representado por um coração feliz (situações consideradas corretas do ponto de vista nutricional) ou no outro representado por um coração triste (situações consideradas incorretas do ponto de vista nutricional e pobre em nutrientes). As gestantes do grupo optam pelo coração. E de acordo com as fragilidades de conhecimento sobre o assunto, as perguntas das participantes. Os moderadores explicam o que está em desacordo na situação simulada e quais as consequências de hábitos como os descritos

nos cartões para o aumento de hipertensão, obesidade e pré-eclâmpsia no período gestacional. Posteriormente a resposta do grupo segue uma discussão aberta, com incentivo a participação de todos os presentes baseado no conhecimento prévio de cada gestante e novas perguntas surgem e as respostas são construídas coletivamente para que o mapa conceitual seja organizado conforme a reconstrução de ideias. Cabe ao moderador o incentivo aos questionamentos sobre o tema, a ponderação de questões que estejam em desacordo. Ao término é realizado uma avaliação das informações trabalhadas pelo grupo para verificar a sistematização das principais informações geradas. Nesse processo de avaliação da efetividade da prática educativa é feito indagações do tipo: “ 1-quais os sintomas da hipertensão e da pré-eclâmpsia? 2-quais os alimentos que são fonte de cálcio ? e 3- Qual tipo de atendimento de saúde devo procurar, caso aparece os sintomas?”. Além, de uma ficha com alguns alimentos para verificar a identificação individual dos alimentos como forma de avaliação final. RESULTADOS: A atividade foi realizada em oito grupos diferentes com participação unânime das gestantes. A gestante após ler o seu cartão escolhido respondia intuitivamente àquela questão logo no início da discussão, o que levava a participação de todas pelo menos uma vez. A forma lúdica representada pelos desenhos das “carinhas” trazia desconcentração na abordagem inicial que contribuía no incentivo as primeiras indagações. Todas as perguntas endereçadas ao moderador retornavam ao grupo para que o mesmo ajudasse na construção do conceito adequado através das falas das participantes. O moderador nesse momento também trazia informações que contribuía para o resultado coletivo. Conhecimento Prévio X Conhecimento Novo: As experiências do cotidiano das gestantes eram valorizadas para formação

dos conceitos, visto que cada indivíduo traz consigo uma carga de vivência de experiências anteriores próprias e coletivas, que contribuem na construção dos novos saberes, que intensifica a idéia da autonomia do saber que leva as escolhas mais efetivas. A complementação de novas informações trazidas pelo moderador é compreendida como mais uma participação nessa reconstrução coletiva. O tempo utilizado no desenvolvimento da estratégia variou entre 40 a 60 minutos dependendo da participação e dos conhecimentos prévios das gestantes. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As participantes mostraram uma efetividade significativa quanto a participação no momento da prática. Houve o aumento da interação entre as mesmas e melhora no desempenho na construção dos novos conceitos uma vez que essa ferramenta leva em consideração que cada indivíduo traz consigo uma carga de vivência diferenciada.

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER: IMPLEMENTAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE COLETA DE DADOS BASEADO NA TEORIA DE OREM

Jéssica Dias Ferreira, Daniele Merisio Raimundi, Lorrany Campos de Queiroz, Ilma Paula Lotufo, Edilene Gianelli Lopes, Tamiris Maranhão Arruda, Maria Auxiliadora Maciel Moraes, Carla Gabriela Wunsch

Palavras-chave: Consulta de enfermagem, Autocuidado, Cardiologia

O Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM) é uma instituição de referência do Sistema Único de Saúde (SUS) que oferece assistência médico-hospitalar, ambulatorial, de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade. Além de prestar serviços ao ensino,

pesquisa, extensão, formação acadêmica de graduação em saúde, e ainda, tem avançado na formação de residências médicas e multiprofissional, com objetivo de se integrar com os serviços públicos de saúde. Com intuito de possibilitar uma formação para residência multiprofissional, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso com Ênfase na Atenção Cardiovascular, instigou-se pensar o processo de saúde no ambiente hospitalar também como promoção e prevenção de agravos. Para isso foi implementado a consulta de Enfermagem, com base na Teoria de Orem, uma vez que se fundamenta no autocuidado, permitindo a elaboração de instrumento que contemplasse, primeiramente, o desenvolvimento de práticas educativas de saúde e a emancipação dos usuários para o autocuidado. Assim, o cuidado de enfermagem com enfoque clínico e educativo a consulta de enfermagem, foi inserido no Ambulatório de Cardiologia do HUJM, pelas enfermeiras da residência multiprofissional. A atividade de consulta de enfermagem está respaldada pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009 que prevê sua realização nas instituições de saúde, pública ou privada, onde houver assistência de enfermagem, inclusive no atendimento ambulatorial, possibilitando desta forma ao profissional autonomia para prestar atendimento para além do olhar biomédico. Diante disso, houve a necessidade de se implementar os instrumentos para viabilizar a consulta de enfermagem, que pode se configurar como dispositivo para sistematização da prática, pautada nas necessidades do usuário, de forma a não priorizar unicamente os aspectos clínicos, patológicos e biológicos, mas que proporcionasse a autonomia dos usuários em seu processo de autocuidado referente aos agravos cardiológicos. Nessa linha de

pensamento, após muitas discussões e pesquisas bibliográficas sobre o tema, o instrumento de coleta de dados foi elaborado na Teoria do Autocuidado de Orem, por ser um modelo que proporciona a inserção do usuário na corresponsabilidade para o autocuidado. Desta forma, objetivava-se relatar a experiência vivenciada pelas residentes de enfermagem na implementação da consulta de Enfermagem aos usuários do SUS, atendidos no ambulatório de cardiologia do HUJM, em Cuiabá/MT. Trata-se de relato de experiência sobre a elaboração do instrumento para consulta de enfermagem, a partir da necessidade de organização, sistematização e implementação do serviço de enfermagem a nível ambulatorial. A implantação da consulta de enfermagem teve como finalidade geral implementar cuidados específicos de enfermagem a usuários com agravos cardiovasculares em acompanhamento ambulatorial. A ação pauta-se, sobretudo, na orientação sobre o tratamento não farmacológico e farmacológico, através de educações em saúde individuais e coletivas, estimulando a promoção do autocuidado e a adesão ao tratamento, melhorando assim a qualidade de vida e diminuindo o índice de hospitalização. A teoria foi escolhida para direcionar as consultas, pois, proporciona formas de desenvolver condições de atendimento, fugindo do modelo clínico biomédico centrado em sinais e sintomas, permitindo ao usuário falar livremente sobre sua vida, cuja escuta pelas residentes redireciona para a descoberta de sua potencialidade como agente autônomo no autocuidado, em relação ao processo saúde doença. Além disso, desmistifica o espaço ambulatorial a ideia de abordagem unicamente da doença, permitindo, assim, a construção de saberes sem a clássica dicotomia entre cura e prevenção, pois em qualquer lugar é espaço para se desenvolver

potencialidades e de se aprender sobre saúde. Essa discussão teórica foi conduzida pelas tutoras ao longo dos encontros tanto in loco, nas salas do ambulatório, como em reuniões semanais de tutoria. Posteriormente a escolha da teoria, elaboramos o primeiro instrumento de consulta que continha: histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem (baseado na taxonomia NANDA) e o plano de cuidados. Após a realização das primeiras consultas, percebeu-se a necessidade de modificar o instrumento, pois ainda predominava os aspectos do modelo clínico biomédico, para então adequá-lo de fato aos termos da teoria escolhida. Foram realizadas três reuniões com duração aproximada de duas horas, com todas as residentes que já haviam passado pelo campo de prática no ambulatório, junto com a enfermeira preceptora, para adequação do instrumento. Assim este novo instrumento foi organizado em três partes, sendo a primeira, o levantamento de dados, contemplando os fatores condicionantes do autocuidado, fatores do sistema de atendimento de saúde e orientação sociocultural. A segunda, requisitos universais para o autocuidado, em que se faz uma avaliação do usuário (padrões de sinais vitais e exame físico). A última parte, considerando os aspectos dos requisitos para o autocuidado, as demandas terapêuticas do autocuidado, os dificultadores e os facilitadores do autocuidado, diagnósticos de enfermagem com seu respectivo sistema de apoio e o plano de ação onde o enfermeiro orientará os cuidados de acordo com os achados iniciais, considerando a premissa de educação em saúde para potencialidade do autocuidado nos agravos cardiológicos. No transcorrer dos atendimentos realizados, observou-se a relevância desse instrumento no momento da consulta, visto que subsidia o profissional de enfermagem a coletar e

registrar as informações, e propicia análise direcionada referente ao quadro de saúde do usuário, facilitando a integração dos achados para melhor direcionar as orientações e plano de ação de enfermagem. Com as informações sistematizadas e registradas, a equipe multiprofissional de saúde consegue compreender o que é de fato uma consulta de enfermagem, pois para muitos essa prática é desconhecida e, portanto, desvalorizada, principalmente no nível terciário de atenção, em que predomina exclusivamente o modelo de atenção curativista. Esta realidade não é muito diferente na percepção dos usuários que alegaram nunca ter recebido este tipo de atendimento de enfermagem. Contudo, os que participaram das consultas expressaram sentimentos de satisfação e contentamento, pois se sentiram bem acolhidos, mostraram-se ativos e comunicativos, propiciando elaboração conjunta do plano assistencial de cuidados de enfermagem, bem como do processo educativo para o autocuidado. Até o momento, foram realizadas 48 primeiras consultas, sendo 21 homens e 27 mulheres. Outro fator relevante do atendimento singular, é que há uma efetivação dessas consultas demonstradas pelo retorno dos usuários para continuidade do acompanhamento pela enfermagem, somando-se um total de 20 retornos exclusivamente para a consulta de enfermagem. Constata-se, assim, por meio desses dados a efetividade e a aceitabilidade do atendimento de enfermagem. As fragilidades encontradas e que dificultam o andamento das consultas, são de estrutura física, em virtude da grande quantidade de profissionais e acadêmicos que atuam na mesma ala ambulatorial, favorecendo a não disponibilidade de salas para a realização dos atendimentos. A instituição por estar em processo de mudança e adaptação tem acolhido as consultas de enfermagem com

intuito de propiciar maior visibilidade e divulgação do serviço para melhor andamento dos atendimentos, que ainda são restritos devido às limitações estruturais. A implementação da consulta de enfermagem e construção do instrumento baseada na Teoria de Autocuidado de Orem proporciona uma melhora na assistência ao usuário e auxilia o entendimento das respostas dos mesmos, pois possibilita traçar os requisitos de autocuidado necessários aos usuários com agravos cardiovasculares para, posteriormente, listar as demandas terapêuticas de autocuidado, ou seja, delimitar problemas de saúde reais e potenciais, para guiar as ações educativas. Além do fato de que os dados gerados pelo instrumento de consulta fomentam novas intervenções como os encaminhamentos para outros profissionais como nutricionistas, psicólogos, bem como possibilita a orientação quanto a referência e contrarreferência do sistema de saúde.

CONTRAPARTIDAS SOLIDÁRIAS PARA VIABILIZAR ESTÁGIOS DE VIVÊNCIA: EXPERIÊNCIA DE UM COLETIVO DO INTERIOR DO ESTADO DO RS

Gabriela Dalenogare, Gabriela Fávero Alberti, Drean Falcão da Costa

Palavras-chave: VER-SUS, Coletivos de Estudantes, Formação em Saúde

APRESENTAÇÃO: O presente resumo versa sobre a experiência que a participação em um coletivo estudantil de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul – Coletivo INTENSUS: Interdisciplinaridade e Ensino no Sistema Único de Saúde – proporcionou frente ao planejamento operacional do Projeto nacional “Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde” (VER-SUS/Brasil), com destaque às pactuações com instâncias locais. As formas

de pactuações explanadas neste trabalho serão denominadas como contrapartidas solidárias, ou seja, uma forma de colaboração externa voluntária com intuito de viabilizar um ou mais componentes básicos necessários para a execução da vivência (hospedagem, alimentação e/ou transporte), sem, no entanto, utilizar recurso monetário para tal. **OBJETIVOS:** Objetivamos apresentar possíveis alternativas para viabilização logística e operacional de VER-SUS e, refletir sobre as formas de financiamento do projeto com vista a despertar para a corresponsabilidade de outros atores no processo formativo de profissionais que poderão atuar junto ao SUS. Os Estágios de Vivência, ou VER-SUS, objetivam proporcionar aos viventes (nome dado aos participantes do estágio que podem ser estudantes de graduação, estudantes cursos técnicos, membros de movimentos sociais, usuários) atividades diárias como visitas em serviços da rede de saúde como também outros setores públicos: cultura, jurídico, assistência social e educação. **METODOLOGIA:** No turno da noite, o espaço é destinado a discussões das vivências, rodas de conversa, leitura e discussão de textos. Os viventes tem a oportunidade de conhecer um pouco sobre a realidade do SUS, dialogar com profissionais, usuários e lideranças sociais, refletindo sobre as fragilidades e potencialidades da rede de atenção à saúde (RAS). A partir do VER-SUS pretende-se estimular a formação de trabalhadores comprometidos e sintonizados com os princípios e diretrizes do SUS, e ainda que se percebam como atores/atrizes sociais e agentes políticos capazes de promover transformações sociais. É um projeto que contempla o protagonismo estudantil em todo seu processo de construção e realização. Nessa perspectiva, o Coletivo INTENSUS esteve composto por estudantes de diferentes graduações na época em que iniciou suas

atividades. Atualmente, agregaram-se a esta composição profissionais, estudantes de pós-graduação e membros de movimentos sociais. Iniciou sua trajetória em 2011 paralelamente a retomada nacional do Projeto VER-SUS/Brasil. Esse Projeto, por sua vez, é coordenado por uma secretaria executiva que recebe e avalia projetos oriundos de comissões locais além de ofertar apoio técnico-operacional, formação política de facilitadores/comissões e recursos financeiros para custear hospedagem, transporte e/ou alimentação no período das vivências, quando há necessidade. O Coletivo INTENSUS constitui uma dessas comissões local vinculadas ao Projeto nacional e, portanto, responsável pelo planejamento operacional do VER-SUS, semestralmente, no município de Santiago, em articulação com a referida secretaria executiva. As comissões locais operam descentralizadas e com autonomia nas articulações com parceiros do Projeto VER-SUS. Assim, o Coletivo INTENSUS é articulador em instâncias como, Conselho Municipal de Saúde (CMS), Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), Instituição Superior de Ensino, Secretaria Municipal de Saúde (SMS) dos municípios que sediam as vivências e os serviços visitados. Essas articulações buscam pensar alternativas solidárias que viabilizem recursos necessários para a execução das vivências com vistas a minimizar o uso de recursos financeiros públicos. **RESULTADOS:** Por intermédio do Coletivo INTENSUS realizaram-se sete edições de VER-SUS, entre 2012 – 2015. Em relação à garantia de hospedagem no período de 10 dias consecutivos, a contrapartida tem sido da Universidade local, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai das Missões, URI Campus Santiago/RS que disponibiliza salas de aula, banheiros e auditórios com recursos audiovisuais. As salas de aula têm múltiplas funções e são utilizadas como dormitórios coletivos, espaço de

convivência (para realização das rodas de conversa e atividades lúdico-educativas) e dispensa (com materiais de limpeza, varais de roupas, e outros). Os colchões e roupas de cama são solicitados aos participantes e, às vezes, são emprestadas por um clube esportivo do município. Com isso, alguns efeitos foram percebidos, decorrentes destas experiências, que incidiram nos participantes da vivência e nas instituições colaboradoras. O despertar para a corresponsabilidade de outros setores públicos para com a educação tendo em vista que o SUS é porta de entrada para a formação acadêmica de trabalhadores de saúde. A saúde transversaliza outros setores, o que justifica a ideia de propor a visitação de serviços para além do setor saúde, integrando cultura, assistência social, educação e sistema jurídico. Além de que, no que se refere a repensar a formação profissional, a cada edição são ofertadas vagas a estudantes de diferentes graduações, não restritas à saúde. Outro fator relevante é que as contrapartidas solidárias favorecem a minimização da utilização de recursos públicos financeiros, além da consolidação do VER-SUS no contexto local, tendo em vista que a constante alternância no poder e o momento político atual tornam o financiamento algo incerto. Buscamos então o fortalecimento de vínculos e parcerias por entender a importância da garantia desses espaços de formação extramuros para além da vontade governista, conquistando assim um local permanente de militância em prol do SUS, na defesa da vida, no resgate e reafirmação dos preceitos da reforma sanitária. O planejamento dos Estágios de Vivência passa a ser compartilhado por outros segmentos para além de exclusivamente estudantes, sem perder o protagonismo destes últimos. Também, que a gestão do grupo e da organização logística de um Projeto de VER-SUS no âmbito local propicia o aprimoramento das habilidades

de trabalho em equipe, planejamento e gerenciamento de recursos e agenciamento do processo de trabalho além de instigar o olhar crítico dos estudantes sobre recursos e políticas públicas, compartilhamento de afazeres e responsabilidades sob a lógica da coletividade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Visto isso, a participação em um Coletivo de cunho social bem como o planejamento logístico do estágio propicia a experiência no âmbito da gestão e amplia os espaços formativos de modo a instigar a formação de trabalhadores comprometidos com as questões sociais. Por fim, essa experiência ímpar fomenta nos estudantes – logo futuros trabalhadores do sistema único de saúde – o desejo de partilhar essa luta e semear, nos mais diversificados espaços, a sustentação ética-política de acolher a vida em expansão, tramar microrrevoluções que, em longo prazo, podem vir a se tornar um grande movimento e, com isso iniciar a transformação da sociedade que desejamos. Sem sombra de dúvida o VER-SUS é um caminho viável para que se disparem processos de ressignificação, sobre o ser profissional, o ser sujeito no mundo e principalmente, sobre o próprio Sistema Único de Saúde.

CONTRIBUIÇÕES DA OFICINA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DESENVOLVIDA PELO PET PARA A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Jenniffer Francielli Sousa Alves, Bruce Daniel Queiroz, Juliane Ferreira Andrade da Fonseca, Lívia Alves da Silva, Ludmilla Campos Fernandes Silva, Rafaella Villa Moraes, Valéria Carvalho Araújo Siqueira

Palavras-chave: Educação para a saúde, Vigilância em Saúde, Estratégia Saúde da Família

O Programa de Educação pelo Trabalho para

a Saúde (PET-Saúde) é uma articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com intuito de fomentar grupos de aprendizagem tutorial através da articulação entre ensino-serviço-comunidade, tendo ações direcionadas para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). O PET-Saúde é desenvolvido por universidades em parceria com Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde, que visa a formação do aluno através do trabalho, oferecendo oportunidade de experiências e conhecimento entre profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), alunos e professores de graduação da área de saúde. Este estudo trata-se de um subprojeto do PET, o Vigilância em saúde (VS) / Rede Cegonha, que tem como proposta preparar não somente os profissionais inseridos nos serviços, mas também os alunos e professores que também irão aprender com a realidade e comunidade do local oferecendo a população um serviço de melhor qualidade conforme suas necessidades, na intenção de reduzir a morbimortalidade materna e infantil a partir dos problemas encontrados. O conceito de Rede Cegonha tem como marco legal a criação da Portaria Nº1.459/2011, consistindo assim uma rede de cuidados que visa assegurar às mulheres o direito ao planejamento familiar e atenção de forma humanizada durante a gravidez, o parto e posteriormente o puerpério, assegura também a criança o direito a um nascimento de forma segura, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, trazendo ainda como princípios a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. Este estudo trata-se de um subprojeto do PET, o Vigilância em saúde (VS) / Rede Cegonha e irá discorrer sobre a experiência das oficinas de educação permanente em saúde. O presente trabalho tem como objetivo conhecer a contribuição das oficinas de Educação Permanente em

Saúde (EPS) para a equipe de saúde da família (ESF). O PET foi implantado em uma ESF da periferia de Cuiabá-MT com duração de 24 meses. Esta unidade fica localizada na regional Leste do município, o que possui os piores indicadores de saúde de Cuiabá, segundo o Plano Municipal (2014-2017). Atualmente a unidade atende uma população aproximada de 1040 famílias cadastradas (2013), com cerca de 3 a 4 mil pessoas e com 1.419 mulheres em idade fértil-15 a 49 anos. Esta ESF foi o espaço de vivências do grupo de discentes do curso de Enfermagem, Saúde Coletiva, Psicologia e Biologia sob a orientação da preceptora, enfermeira da equipe e da tutora, docente da UFMT, onde puderam dialogar com os usuários e os profissionais, possibilitando a observação de toda a rotina do processo de trabalho e das atividades desenvolvidas. Utilizou-se para a construção do projeto de intervenção a Metodologia da Problematização, que incorpora o esquema de Arco de Maguerez, sob o olhar da Rede Cegonha. Tal arco parte da realidade social e após análise, levantamento de hipóteses e possíveis soluções, retorna à realidade. As consequências deverão ser traduzidas em novas ações, desta vez com mais informações, capazes de provocar intencionalmente algum tipo de transformação nessa mesma realidade. Para o desenvolvimento dessa metodologia, é necessário seguir alguns passos: (1) observação da realidade (levantamento do problema); (2) pontos-chaves; (3) teorização; (4) hipóteses de solução e a (5) aplicação à realidade (prática). A Metodologia da Problematização ultrapassa os limites do exercício intelectual, na medida em que as decisões tomadas deverão ser executadas ou encaminhadas considerando sempre sua possível aplicação à realidade, no campo de atuação de cada estudante. Na fase de observação da realidade e levantamento de problemas, observaram-se problemas reais

da ESF em relação às diretrizes da Rede Cegonha, sendo: baixa adesão das mulheres ao exame de colpocitologia oncótica (CCO); diagnósticos tardios de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's); subnotificação; ausência de atividades educativas voltadas as adolescentes, mulheres e gestantes e, programa de planejamento familiar ineficiente. Observou-se também a fragilidade dos profissionais de nível médio acerca do assunto, assim definiu-se a realização da EPS com o objetivo de sensibilizá-los sobre a temática e ressaltar a importância de seu papel como profissional de saúde para a comunidade. As oficinas foram divididas em três momentos, permitindo conhecer a política do PET; discussões acerca da sexualidade; e, problemas elencados como anticoncepção e câncer de colo uterino. As oficinas contaram com recursos audiovisuais e técnicas de dinamização para facilitar a interação e aprendizagem por parte dos profissionais de saúde da atenção primária. Também ocorreram nas oficinas atividades para especificar o quanto estava sendo assimilado por parte dos profissionais e avaliar se o material e as atividades propostas pela equipe PET-VS estavam sendo eficientes na construção do aprendizado proposto pela oficina. Buscou-se ouvir o que os profissionais da atenção primária queriam trazer para os temas trabalhados, como forma de participação nas oficinas, possibilitando que a equipe PET-VS pudesse dessa forma adentrar ainda mais a realidade do serviço na comunidade, bem como conhecer as dificuldades que cada profissional expôs ao grupo durante a realização das atividades. Utilizamos para a coleta de dados a entrevista semiestruturada e análise de conteúdo temática. Os profissionais relataram que as oficinas permitiram trocar experiências, esclarecimento de dúvidas, contribuir com o trabalho interdisciplinar, novos

olhares e abordagem diferenciada e que as metodologias utilizadas foram adequadas e de fácil linguagem. Como pontos negativos elencaram a dificuldade da equipe em continuar os trabalhos e a falta de iniciativa de alguns profissionais. Ainda reforçaram que gostariam de mais tempo do PET no serviço para a articulação do ensino-serviço-comunidade. Observamos que as oficinas EPS contribuem para o envolvimento de todos os atores envolvidos com resultados mais significativos do que capacitações tradicionais, pois parte de problemas reais, assim como valoriza o sujeito no processo educativo. Notamos também que nas oficinas EPS os profissionais da atenção primária tem a oportunidade de expor suas dúvidas e opiniões à cerca de problemas enfrentados na prática cotidiana da atenção primária, o que é de muita valia, pois ao expor suas dificuldades, o profissional tem a oportunidade de melhorar, superando suas limitações e de alguma forma ajudando outros colegas que possam ter dificuldades semelhantes às enfrentadas por ele na prática do serviço. É de muito valor para a equipe e para a formação profissional.

CONVERSANDO COM OS ADOLESCENTES SOBRE SEXUALIDADE E DST'S-AIDS

Cheila Maria Lins Bentes, Adriana Caroline Medeiros Tavares, Ana Caroliny Carvalho Gomes, Janielle Brasil Marinho, Lucas Ribeiro Novellino, Marcos do Nascimento Bentes, Michel dos Santos Domingos, Rina Cris Correia Rodrigues

Palavras-chave: Adolescente, Sexualidade, DST's-AIDS

INTRODUÇÃO: Marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, a adolescência é considerada um período de transição entre

a infância e a fase adulta. Nas últimas décadas no Brasil, com a expectativa de que esse segmento continue crescendo, embora em ritmo desacelerado, a geração de adolescentes e jovens de 10 a 24 anos de idade é a mais numerosa em toda a história. Reconhecendo a vulnerabilidade do grupo de adolescentes e jovens, o Ministério da Saúde estruturou o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente em nove eixos, sendo um deles a Sexualidade e a Saúde reprodutiva, por tratar-se de problemáticas relevantes nesta faixa etária (BRASIL, 2010). Objetivando propor e realizar um Projeto de Extensão e Ensino e/ou Pesquisa, voltado aos adolescentes das escolas públicas localizadas na Zona Norte da cidade de Manaus - AM, cadastradas no Programa Saúde na Escola. Tendo sua relevante importância por tratar-se de atividades educativas direcionadas ao conhecimento das transformações do corpo do adolescente e as medidas para promoção e prevenção das DST's/ AIDS, visando garantir a esta faixa etária, antes mesmo do início de sua atividade sexual, a lidar com sua sexualidade de forma responsável, segura e incentivando o comportamento de prevenção e de autocuidado. METODOLOGIA: Este Projeto de Extensão é de caráter multidisciplinar propondo realizar, planejar e desenvolver com os acadêmicos bolsistas e voluntários, atividades direcionadas a prevenção e promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva do adolescente. Utilizando a metodologia de ensino (metodologia ativas) e apresentando roteiros para diferentes situações didáticas, com o intuito de que todos os participantes se apropriem do conhecimento e possam usufruí-lo em prol da sua qualidade de vida saudável. Atividades desenvolvidas no período: vídeos explicativos e educativos sobre sexualidade e medidas preventivas das DST's/AIDS; dinâmica em grupo: conhecendo as mudanças do

seu corpo (troca de conhecimentos); Elaboração com os acadêmicos de cartazes e folderes educativos sobre a temática; aulas expositivas (método narrativo) com recursos multimídia; demonstração do uso de preservativo (atividade realizada em pequenos grupos na sala de aula); planejamento, elaboração e execução de um Workshop sobre as temáticas abordadas com o intuito de sensibilizar os adolescentes. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: Realizamos visita nas escolas estaduais acompanhado da responsável pelo Programa Saúde na Escola do DISA Norte. Descrevemos o Projeto ao(a) gestor(a) de cada escola, mencionando a importância do desenvolvimento do Programa com marcação da data conforme o calendário escolar. Desenvolvemos as atividades educativas em seis escolas públicas, com a participação de mais de mil alunos. Ao término das atividades alguns adolescentes procuravam os acadêmicos para: relatarem suas experiências, esclarecimento de dúvida, orientação em relação ao uso de preservativos e em alguns casos direcionamos ao atendimento de um profissional de saúde da Unidade Básica de Referência daquela escola. Dos vários relatos dos adolescentes, citamos aqui duas experiências bastante impactantes para a equipe. Em uma das escolas ao término da atividade, alguns adolescentes nos procuraram para esclarecer suas dúvidas, dúvidas estas que muitas vezes eram esclarecidas por pessoas da mesma idade que a sua, sem nenhuma experiência ou conhecimento do assunto, na qual eram passadas de forma incorreta e insegura, como relatou esta adolescente: "Todas as vezes que vejo um homem bonito fico molhada, fico sentindo desejo por ele. Queria entender isso, e fui tirar minhas dúvidas com uma amiga de 12 anos da mesma idade que a minha, mas ela já tem bastante experiência com essas coisas, ela me disse que todas as vezes que sentisse

isso era pra eu colocar a caneta dentro da minha vagina que iria passar a vontade e eu fui e fiz, mas só que me feriu e não gostei da experiência, pois minha mãe proíbe esses assuntos em casa". Podemos observar neste relato que muitos adolescentes, tal qual essa menina, não tinham um diálogo em casa com seus pais por falta de conhecimento sobre o assunto ou medo, mas conversar com seus responsáveis sobre sexualidade, além de ser carregada de preconceitos, vergonhas e tabus, isso porém, dificulta o diálogo, considerado essencial para as famílias, na orientação dos adolescentes para a prevenção e conhecimento do autocuidado. O segundo relato mostramos outra realidade: ao final das atividades daquela tarde uma adolescente de 13 anos fez o seguinte comentário: "Você poderia me dar mais desses impressos informativos e preservativos para eu levar para minha mãe, pois todos os dias ela fica com um homem diferente e ela não se previne. Tenho nove irmãozinhos e cada um é de um pai diferente, e tenho medo dela pegar essas doenças, tenho muita vergonha da atitude da minha mãe, quem sabe ela vendo esses panfletos ela para com isso de trocar de homem todos os dias". De fato, tratar de assuntos como sexualidade, DST'S/AIDS, significa levantar questões alusivas à sexualidade e às relações entre os gêneros, conteúdos esses que costumam ser evitados, pelos tabus que os cercam, em decorrência de razões culturais ou falta de conhecimento sobre o assunto. Apesar de os adolescentes terem conhecimento de informações de prevenção sobre DST'S/AIDS esse conhecimento é vago e não o suficiente para comportamentos sexuais livre de riscos, pois reforça a ideia de que só acontece com outras pessoas. Encarar a sexualidade e reprodução de maneira positiva e como dimensão de saúde potencializa a autoestima e fortalecem adolescentes e jovens enquanto sujeitos

sociais. É importante ao adolescente o conhecimento e funcionamento do seu corpo. Esse conhecimento os auxilia no controle da sua capacidade reprodutiva, a entender melhor como agem os métodos anticoncepcionais, a compreender e a realizar cuidados para evitar doenças sexualmente transmissíveis/HIV/AIDS e outras doenças que possam afetar a saúde sexual e a saúde reprodutiva (BRASIL, 2006). **CONCLUSÃO:** Produzir saúde com adolescentes é trazê-los para o centro do processo como sujeitos de direitos. É um recorte etário que requer atenção especial. A escola é um espaço privilegiado para desenvolver tal proposta, por agregar grandes números de adolescentes e é um espaço de socialização, formação e informação. Cooperando com informações ao adolescente para ajudá-lo na tomada de decisões relacionado à sua sexualidade e prevenção de DST's/AIDS; Realizando oficinas e palestras sobre medidas preventivas relacionadas com sexualidade e DST's/ AIDS conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, resgatando o conhecimento da equipe executora e dos adolescentes.

CRIAÇÃO E EXPANSÃO DAS RESIDÊNCIAS MÉDICAS E MULTIPROFISSIONAIS NO BRASIL - DESDOBRAMENTOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NO RIO GRANDE DO SUL

Leandro Farias Rodrigues, Maria Cristina Abreu, Daniele Fraga Dalmaso, Melissa de Azevedo, Heloísa Germany, Carla Cristiane Freire Correa, Flávio Wanderlei Gomes da Silva

Palavras-chave: residências, Mais Médicos, Rio Grande do Sul

APRESENTAÇÃO: O objetivo desse trabalho é demonstrar os movimentos e ações realizadas no Estado do Rio Grande do

Sul com vistas à discussão e efetivação da expansão dos Programas de Residências em Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC) e Residências Multiprofissionais a partir de agosto de 2015. O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), instituído em julho de 2013 pelo Governo Federal, faz parte de um amplo programa para melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), pautado em três grandes eixos: a ampliação e melhoria da infraestrutura da rede de atenção à saúde, o provimento emergencial e a formação para o SUS. Dentre as ações do eixo da formação para o SUS destaca-se a expansão da formação médica, compreendendo a ampliação das vagas para o curso de graduação em medicina e ampliação das vagas dos cursos de residência médica e a melhor distribuição de oferta destes cursos em determinadas áreas no país. O foco prioritário é nas regiões onde há necessidade de ampliar a formação desses profissionais, assim como visa também a ampliação das vagas de residência, que devem ser direcionadas às especialidades que o Sistema Único de Saúde mais necessita, como por exemplo, pediatria, medicina da família e comunidade, psiquiatria, neurologia, radiologia e neurocirurgia atendendo assim as necessidades da população de modo resolutivo e integral. No mês de agosto de 2015, no evento de comemoração aos dois anos do Programa Mais Médicos, realizado em Brasília, o Governo Federal divulgou os investimentos para a ampliação das bolsas de Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade e Residências Multiprofissionais em todo o país. Corroborando com essa proposta, nesta mesma ocasião foram lançados os editais do Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC) para a adesão de Instituições Públicas, Estaduais, Municipais, privadas sem fins lucrativos e Instituições Federais de Ensino Superior. Destaca-se que o Edital Nº 1, do MS, trata da adesão de

entes federados e instituições à concessão de bolsas do Ministério da Saúde para programas de residência médica. O edital Nº 2 do MEC, por sua vez, abre chamado para as Instituições Federais de Ensino Superior - IFES - a participarem do Edital de financiamento de bolsas para Programas de Residência Médica, em consonância com o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em áreas estratégicas e prioritárias para o SUS. Entende-se por Residência em Medicina Geral de Família e Comunidade e Residência Multiprofissional, a proposta de investir na especialização de trabalhadores das diversas profissões da saúde no desenvolvimento de competências e habilidades para a prática profissional direcionada pelos princípios do SUS. A Residência é um processo de ensino-aprendizagem para além de uma pós-graduação teórica, pois dispõe em grande parte de carga-horária prática estimulando a intervenção interdisciplinar, analítica, crítica, investigativa, resolutiva e propositiva, em âmbito técnico, administrativo e político, sempre ordenado pela proposta de cuidado integral e singular de cada pessoa e território. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Com a intenção de apoiar e incentivar a expansão e interiorização dos programas de residências no Estado do Rio Grande do Sul foi realizada, após 30 dias do anúncio feito pelo Governo Federal, a primeira Oficina Estadual sobre Residências em Porto Alegre/RS. O evento foi organizado pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS-RS), tendo sido o primeiro Estado da Federação a discutir o tema da expansão e interiorização das residências regionalmente. A oficina teve como público-alvo gestores municipais de saúde com interesse no desenvolvimento de Residência em MGFC e Residência Multiprofissional em suas cidades e foi operacionalizada pelos Diretores do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS)

da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde. Ao final desta atividade, como encaminhamento das discussões, ficou apontada a necessidade de se organizar um segundo momento de encontro, voltado aos gestores com interesse em aderir aos editais vigentes do MS e MEC para a ampliação e criação de programas de residências no estado. Este segundo momento foi realizado, alguns dias após a primeira Oficina Estadual, durante a reunião mensal da Coordenação da Comissão Estadual (CCE) do Programa Mais Médicos para o Brasil. Nesse encontro estiveram presentes 15 gestores municipais, representantes de Secretarias Municipais de Saúde, referências centrais e descentralizadas do MS, representantes de Universidades, tutores do PMMB, apoiadoras institucionais do MEC, representante da Secretaria Estadual de Saúde, assessora da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), representantes das Instituições de Ensino dos cursos EAD - UNASUS, onde foram esclarecidas as dúvidas e traçadas estratégias para implantação e apoio à operacionalização deste processo. **RESULTADOS:** Destes momentos e movimentos, foi criado um Grupo de Trabalho (GT) na Coordenação da Comissão Estadual do PMMB com a intenção de acompanhar o processo de ampliação e implantação dessas novas vagas e dos programas de residências. O GT tem como objetivo, apoiar a formulação de políticas nesse tema, compartilhar informações, trocar experiências, esclarecer dúvidas, implantar e implementar as mudanças propostas na Lei Nº 12.873 de 2013, que institui o Programa Mais Médicos para o Brasil. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esses foram os primeiros movimentos realizados no estado do RS por diferentes atores envolvidos no processo de discussão e organização da expansão e interiorização dos cursos de residência. A discussão entre essa pluralidade de atores e o apoio direto

das diferentes esferas de gestão pública foi fundamental para a organização inicial dos processos de expansão das residências, podendo também ser um fator norteador para que outros municípios e/ou instituições de ensino se juntem nessa composição propondo a expansão ou criação de cursos de residência de acordo com suas realidades locais. Com os encaminhamentos definidos e as ações já em curso, acredita-se no alcance do objetivo de ampliação das vagas de residência no estado, em especial, nas aéreas com maior necessidade da população assistida pelo Sistema Único de Saúde. Com a interiorização das vagas de residência descentralizadas da capital, se aposta na fixação de profissionais nas regiões de saúde com grande escassez de trabalhadores do campo da saúde pública. Para além das ações de provimento e fixação de profissionais, efetivar as residências fora dos grandes centros urbanos é uma necessária estratégia de formação contrahegemônica dos novos trabalhadores do Sistema Único de Saúde garantindo um cuidado longitudinal, na Atenção Básica, que construa com os usuários modos e produções de saúde singulares de cada vida e de cada território.

CURSO-DISPOSITIVO DE METODOLOGIA DE APOIO ÀS EQUIPES DE SAÚDE PARA ENFERMEIROS DE MATO GROSSO DO SUL: UMA EXPERIÊNCIA INOVADORA

Luciane Aparecida Pereira de Lima, Margarete Knoch Mendonça, Arminda Rezende de Pádua Del Corona, Viviane Torqueti Felisberto Souza, Luciana Contrera Moreno, Fabricia Rezende de Rezende, Raquel Braga Rosa

Palavras-chave: apoio institucional, co-gestão, projeto de extensão, equipe de enfermagem, rede de atenção a saúde, comunidade de práticas, comite, colegiado

APRESENTAÇÃO: O trabalho em equipe é tema de estudos em várias áreas no mundo do trabalho, é constitui um dos maiores desafios no campo da saúde. Campos (2007) desenvolveu pesquisas sobre o trabalho em equipe de saúde, desenvolvendo um método e maneiras de analisar e gerir pessoas trabalhando em conjunto. O método para análise e co-gestão de coletivos ou método da roda é utilizado para apoiar equipes interessadas em produzir valores de uso, apoia de modo simultâneo, a elaboração e implementação de projetos e a construção de sujeitos e de coletivos organizados. Esse método pode ser autoaplicável ou pode contar com o apoiador institucional. Esses apoiadores trabalham nas equipes ou nas unidades de produção, ajudando as equipes a construir espaços coletivos, nos quais o grupo define tarefas e elabora projetos de intervenção. Nesse sentido, o apoiador compromete-se com as equipes e não somente com a alta direção. Os apoiadores têm uma inserção matricial na linha organizacional e seu trabalho é mediado por contratos com a equipe. O método da roda opera com o conceito ampliado de gestão, atua com função gerencial, política, pedagógica e terapêutica, fomentando a co-gestão do trabalho em saúde. Dessa forma a equipe de enfermagem composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem constituem uma unidade de produção, no qual suas decisões e as interações determinam a qualidade do cuidado no contexto de cada serviço de saúde. O enfermeiro é o gestor da equipe de saúde na atenção básica e é o responsável técnico pelos técnicos e/auxiliares de enfermagem. Faz, portanto, necessário repensar seu papel frente a organização dos serviços de saúde a partir da sistematização da assistência de enfermagem no âmbito individual, familiar e coletivo, bem como entre a equipe de saúde como um todo. O Comitê de Gestão da Qualidade do Serviço

de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, desde 2011, é constituído por seis colegiados de 10 a 12 enfermeiros atuantes nos serviços de saúde e na gestão. Os profissionais tem realizado um pratica de co-gestão e análises no cotidiano do trabalho do enfermeiro e do seu potencial na gestão da equipe de saúde. A partir dessas análises realizamos uma parceria com o Curso de Enfermagem da UFMS a fim de propor um projeto de extensão com um curso-dispositivo de metodologia de apoio as equipes de saúde para enfermeiros como ferramenta indutora de melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, com formação de apoiadores enfermeiros, para a equipe de enfermagem no âmbito da sua própria equipe e do coletivo de enfermeiros nas unidades de produção. **OBJETIVO:** descrever a experiência da realização do Curso-Dispositivo de Metodologia de Apoio às Equipes de Saúde para Enfermeiros de Mato Grosso do Sul. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um relato de experiência da integração ensino-serviço por meio de um Projeto de extensão da UFMS, modalidade Curso coordenado por professores do curso de Enfermagem / CCBS da UFMS e enfermeiros do o Comitê de Gestão da Qualidade do Serviço de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS, no ano de 2015: Inicialmente o público alvo seriam os enfermeiros da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-SESAU/MS e de outras Secretarias Municipais de Saúde de Mato Grosso do Sul, capacitando-os por meio do Método do Apoio e de Metodologias Ativas para atuar nas equipes de saúde, , identificando e avaliando a situação de problemas e desenvolvendo um projeto de intervenção, com avaliação dos resultados junto as equipes de saúde. O curso teve o seguinte desenho: 3 Módulos Presenciais com duração de 3 dias, os quais acontecerem nos meses de junho, agosto e setembro

de 2015, onde foram desenvolvidos vários conteúdos temáticos distribuídos em três eixos: Estudos Avançados de Enfermagem, Metodologias de Ensino e Pesquisa e Co-gestão. Simultaneamente, foi ofertado uma plataforma no sistema de EAD da UFMS, onde os participantes foram inseridos por sub-turmas de áreas e especialidades, visando a troca de experiência e discussão para a construção do projeto de intervenção com sua equipe de saúde. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** No primeiro encontro apresentamos a proposta de formação de apoiadores para o desenvolvimento dos colegiados, a vivência de apoiar e ser apoiado durante encontro e intercalando oferta e demanda do grupo possibilitou a ampliação e a sensibilização de enfermeiros para aprofundamento e vivencia do método da roda. No transcórre do primeiro momento encontro do mesmo, alguns enfermeiros do Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Hospital Universitário - HUMAP/UFMS e Santa Casa de Campo Grande, demonstraram interesse em participar devido a potência do apoio do trabalho em equipe e da equipe de enfermagem, assim foram acolhidos e inseridos nas etapas presenciais e atividades a distância. Percebemos que no desenvolvimento de grupos de apoiadores para o fortalecimento dos colegiados e operacionalização das tarefas individuais do curso um aumento da co-responsabilização do cuidado em saúde entre as instituições de saúde. A grupalidade, o cuidado da equipe, o repensar das ações cotidianas, o apoio institucional e matricial, a busca de novos atores a participar do curso, a interação entre discentes, docentes e profissionais dos serviços, o aprofundamento das relações de solidariedade e vínculo entre os enfermeiros foram ganhando destaque nas rodas de apoiadores e nos colegiados existentes. Surgiram novos colegiados e a interação dos enfermeiros passou a colaboração em projetos interinstitucionais em redes

quentes nos SUS. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O apoio institucional para a co-gestão tornou-se o desejo dos enfermeiros para a democratização das relações institucionais no âmbito macro e micro das equipes de saúde e da própria enfermagem. O curso-dispositivo se tornou uma experiência inovadora no contexto dos serviços de saúde e no curso de enfermagem, fomentando novos projetos tecnológicos entre a Secretaria de Saúde de Campo Grande, demais Secretarias Municipais de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Hospitais, Universidade Federal e Estadual, o Centro CIPE no Brasil. A última etapa do curso foi a apresentação do projeto de intervenção disparados por cada Colegiado da Qualidade de Assistência de Enfermagem da SESAU e nos hospitais, durante o II Seminário da Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. O curso-dispositivo no momento do seminário consolidou um debate no decorrer de todo processo do curso, a formação de um Comitê Estadual de Práticas Avançadas de Enfermagem, Núcleos de Estudos e Pesquisa em Enfermagem nos serviços de saúde em cooperação com os Cursos de Enfermagem das Universidades, o fortalecimento do Comitê de Gestão da Qualidade do Serviço de Enfermagem da SESAU e a criação da Rede de Enfermagem de Mato Grosso do Sul. Todos esses movimentos formando um coletivo de estudos e práticas de co-gestão, para aprofundamento do método para apoio a coletivos organizados para a produção, capacidade de análise e de intervenção, bem como o exercício constante do apoio institucional como método de apoio as equipes de saúde.

DE JOVEM PARA JOVEM: SPE NO CURRÍCULO MÉDICO, RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA DE SUCESSO

Socorro Andrade de Lima Pompilio, Iane Franceschet de Sousa, Lígia Monteiro Albertini Ayach, Sônia Mara Alexandria Ferreira, Suellem Luzia Costa Borges

Palavras-chave: Educação Médica, Programas Nacionais de Saúde, Humanização da Assistência

No intuito de minimizar as vulnerabilidades sociais entre adolescentes e jovens, foi lançado em 2003, o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, cujos objetivos são: contribuir para a proteção e promoção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes e jovens; contribuir para o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS entre adolescentes e jovens escolares; fomentar a participação e o protagonismo de adolescentes e jovens; ampliar o debate sobre promoção da saúde, gênero, diversidade sexual, relações étnico-raciais, drogas, entre outros temas, por meio de ações integradas entre os setores de saúde e educação. O SPE se constitui como uma iniciativa integrada dos Ministérios da Saúde e da Educação, com apoio do Unicef, Unesco e UNFPA. Sua gestão é descentralizada e define responsabilidades para as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) com a constituição de grupos de trabalho intersetoriais. Participam desses grupos representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação, jovens, organizações da sociedade civil, universidades e outros parceiros locais. Em 2007, o SPE passa a integrar o Componente II do Programa Saúde na Escola (PSE). Em relação à forma de abordar os escolares, respeitar os saberes e partir da realidade deles é apontado como caminho, uma postura a ser adotada por todos os atores

envolvidos, educandos, professores, funcionários. É preciso interpretar o modo de viver, refletir sobre práticas que melhoram a vida, para atingir essa reflexão é necessário problematizar, democratizar, empoderar os sujeitos a partir de si mesmos para a realidade. A abrangência do Programa SPE revela em suas propostas de intervenção uma coerência política pedagógica do processo de educação emancipatória. A metodologia usada no desenvolvimento da proposta do Programa SPE cunha uma trajetória de participação construída a partir da autonomia do sujeito, reflexão da sua própria realidade no que se refere à promoção de cidadania. Frente à necessidade de desenvolver a proposta, o acadêmico se vê imerso a um grupo de escolares multiplicadores e depende dele a condução como facilitador do processo, requisitando habilidades como: saber ouvir e se fazer ouvir, promover a articulação de ideias, conviver com as diferenças, respeitar opiniões, saber conviver, ser capaz de estabelecer vínculo, ser aberto para o diálogo e algumas outras habilidades burocráticas em relação à organização dos encontros. Dessa forma, o presente trabalho relata a experiência vivenciada por estudantes do curso de Medicina da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP) durante a aplicação da metodologia do Programa SPE para adolescentes e jovens de escolas públicas do município de Campo Grande/MS. Descrição da experiência A UNIDERP oferece um curso de graduação em Medicina com um currículo inovador, capaz de responder a essa exigência e aos desafios contemporâneos. Um aspecto central do curso é a sua vinculação com a Estratégia Saúde da Família, onde os acadêmicos desenvolvem o módulo longitudinal do PINESC (Programa Interinstitucional de Interação Ensino-Serviço-Comunidade). Assim, desde o princípio de sua vida acadêmica até o

término, tem a oportunidade de conhecer o cotidiano dos serviços de saúde, em especial o da atenção primária. Em 2015, o SPE foi executado pelos segundanistas do Curso de Medicina, incorporado como componente curricular do PINESC para cumprir os objetivos relacionados à saúde do escolar/adolescente. As atividades do SPE foram planejadas em duas etapas: (1) capacitação dos acadêmicos de Medicina na metodologia do SPE e (2) multiplicação do SPE para o público escolar. Conforme as recomendações do Ministério da Saúde para o planejamento das ações, as capacitações dos acadêmicos foram executadas nos temas de maior relevância local. Para a segunda etapa, já no processo de multiplicação entre os escolares, foi realizado o levantamento da demanda local sobre os temas a serem trabalhados. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Na primeira etapa foram capacitados cento e vinte três acadêmicos segundanistas de Medicina, com um curso de carga-horária de 12 horas, que ocorreu durante os meses de março até maio de 2015. Durante a capacitação, os acadêmicos tiveram oportunidade de vivenciar a metodologia proposta pelo SPE, participando das oficinas ministradas por uma equipe de cinco docentes da Uniderp, os quais já haviam participado de um processo de formação prévio. A segunda etapa ocorreu de agosto a novembro de 2015, onde os acadêmicos efetuaram as capacitações do SPE para os escolares, em quatorze escolas públicas do município de Campo Grande, sendo cinco estaduais e nove municipais. Foram capacitados aproximadamente quatrocentos escolares do ensino fundamental II e ensino médio da rede pública de Campo Grande, nos seguintes temas: Álcool e outras drogas; Gêneros; Prevenção de DST, HIV e Aids; Diversidades sexuais; Sexualidade e Saúde Reprodutiva. A escolha do tema foi feita em parceria com a direção da escola, conforme

as necessidades existentes. As oficinas foram realizadas a partir da série de fascículos do Ministério da Saúde Adolescentes e Jovens para a Educação entre Pares, do Projeto SPE, publicada em 2011. O trabalho com os temas desenvolvidos foi realizado através de uma abordagem pedagógica que incluiu informação, reflexão, emoção, sentimento e afetividade. Ao final da primeira etapa foi oportunizada uma avaliação das oficinas desenvolvidas onde não era preciso a identificação do acadêmico. Os mesmos avaliaram em sua maioria cerca de 90% como muito positiva as oficinas, respondendo afirmativamente que adquiriram conhecimento e que os mesmos serão incorporados na vida profissional e pessoal. Em relação às questões abertas (Identifique aspectos importantes em sua opinião sobre a proposta SPE; Deixe sua sugestão para o aprimoramento do processo) para avaliar qualitativamente as oficinas apontaram o SPE como estratégia que favorece a quebra de preconceito, importante atividades para lidar com os adolescentes, etc. Em relação às sugestões, uma parte dos que responderam sinalizam desejo de maior objetividade das atividades: “A capacitação para o curso de medicina precisa ser mais objetiva. É importante conhecer o programa, saber lidar com adolescentes, mas para um curso da área da saúde não há necessidade de se focar tanto em atividades pedagógicas” (acadêmico 2). Envolver os acadêmicos com atividades diferenciadas ainda consiste em um desafio para os docentes, embora o número de acadêmicos que expressasse descontentamento fosse reduzido é importante oferecer atenção para esses dados. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A educação médica vem passando por muitas reformulações no que tange à humanização do cuidado e uma formação mais holística. Inserir projetos dessa natureza como o SPE vem ao encontro das DCNs no intuito de fomentar profissionais mais ativos e

resolutivos, capazes de promover o diálogo e autonomia das pessoas, princípios norteadores do SPE. Os facilitadores dessa mediação entre as necessidades acadêmicas e o desejo da população e do serviço em saúde, são os docentes da Instituição de Ensino Superior. Acreditar no papel transformador da educação, sensibilizar os acadêmicos para que se corresponsabilizem com a população do território onde estão inseridos faz parte da tarefa docente. O jovem aprendiz está tanto do lado de quem propõe a atividade, bem como do lado de quem aceita a proposta, ambos caminhando rumo a novas experiências e na busca de conhecimentos que promovam a saúde, a diversidade e a cultura da paz.

DESAFIOS DO CREAS NA SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Polyana Leal da Silva, Tâmina de Lima Alves, Luma Costa Pereira, Alana Libania de Souza Santos

Palavras-chave: Saúde Mental, CREAS, Atuação

Apresentação: O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), segundo a Lei nº 12.435/2011, caracteriza-se como uma unidade pública e estatal, que dispõe de serviços especializados e contínuos a indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos como: violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas (BRASIL, 2015). O papel do CREAS e competências decorrentes estão consubstanciados em um conjunto de leis e normativas que fundamentam e definem a política de Assistência Social. O serviço referência para a oferta de trabalho social a famílias e indivíduos, tendo como proposta a inclusão e garantia dos direitos dos indivíduos que vivenciam situações

de risco e vulnerabilidade de exclusão (BRASIL, 2011; Almeida et al., 2015). Diante do exposto, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais e na gestão dos processos de trabalho na Unidade, inclui a coordenação técnica e administrativa da equipe onde tem por objetivo o planejamento, monitoramento e avaliar as demandas apresentadas (BRASIL, 2011). A gestão e funcionamento do CREAS ocorrem através de infraestrutura e recursos humanos compatíveis com os serviços ofertados, trabalho em rede, articulação com as demais unidades e serviços da rede socioassistencial, das demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos (BRASIL, 2011). Sendo assim, o CREAS atende todos os públicos, incluindo pessoas em sofrimento psíquico e em uso abusivo de álcool e outras drogas, o presente estudo busca relatar a experiência de uma visita técnica realizado no CREAS do município de Guanambi-Bahia-Brasil, analisando a demanda em relação a esse público e possíveis dificuldades enfrentadas pelos profissionais do serviço. Desenvolvimento: O presente estudo trata de um relato de experiência realizado a partir de uma visita técnica ao CREAS, ocorrida no mês de agosto de 2015, sendo um dos requisitos avaliativos obrigatórios do componente curricular Enfermagem em Saúde Mental, do curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), campus de Guanambi-Bahia-Brasil. Essa visita ocorreu no CREAS do referido município, com duração aproximada de duas horas, onde foi realizada uma explanação, pelo orientador jurídico do serviço, sobre o funcionamento, demandas, principais ações, objetivos, competências, acessibilidade e rotina. A partir daí, utilizando um roteiro previamente elaborado com as docentes, as discentes foram fazendo indagações envolvendo a saúde mental. A atividade foi desenvolvida, acompanhada e orientada

pelos docentes da disciplina. Resultados e /ou impactos: A atividade possibilitou observar o enfrentamento da realidade diária do profissional que decide por atuar na prestação do serviço. O CREAS também atua na proteção dos usuários, na garantia do acesso a direitos, buscando assistir pessoas que supostamente encontram-se em violação de direitos ou que sofreram violência, buscando o fortalecimento dessas pessoas em situação de vulnerabilidade. É notória a preocupação da equipe em conseguir dar o suporte necessário aos usuários, pois estes profissionais desempenham um papel importante para as famílias que estejam passando por situações de risco e necessitam de orientações para que consigam alcançar uma resolução para as suas adversidades. O CREAS da cidade de Guanambi conta com uma equipe multidisciplinar, sendo composta por: uma assistente social, um advogado e uma psicóloga, estes realizam a busca (através de denúncias) de indivíduos que estejam sofrendo algum tipo de violência, em seguida ocorre uma averiguação no local da denúncia e o acompanhamento necessário, como inserir os indivíduos nos programas de geração de renda ou de profissionalização, bem como encaminhá-lo ao serviço, para que possa melhor atender às necessidades do usuário e acompanhamento da família, a fim de identificar quaisquer irregularidades. Quanto à demanda do serviço, este tem capacidade para atender 50 famílias, porém, atualmente atende 70, onde aproximadamente 30% dos casos de denúncia são pessoas que sofrem com algum tipo de transtorno mental, e necessitam da intervenção do CREAS por motivo de abandono, privação de liberdade, e o mau uso do benefício que o mesmo recebe. Pode-se perceber através do discurso do profissional que a equipe consegue lidar com os casos envolvendo pessoas em sofrimento psíquico ou que fazem uso

abusivo de álcool e outras drogas, realiza um trabalho em rede, fazendo articulação com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município, com o hospital geral, com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, dentre outros, e até mesmo com serviços de outros municípios, e quando necessário, faz encaminhamentos para serviços de outras competências. A prática em campo enriquece as teorias expostas em aula e elucidam a realidade local. A interação realizada entre os profissionais do CREAS e os discentes foi fundamental para a realização de uma visita eficaz e de êxito, proporcionando todos os esclarecimentos possíveis. Considerações Finais: Conclui-se que a atuação dos profissionais do CREAS é de extrema relevância, pois estes profissionais atuam no sentido de atender, assistir e promover a vinculação das pessoas que estão com seus direitos violados, bem como o acompanhamento das famílias, a fim de melhorar a convivência e buscar a efetivação dos direitos dos usuários. Desta forma, a visita criou um espaço para que as discentes pudessem conhecer o trabalho realizado pelos profissionais do CREAS e a demanda para pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Por fim, podemos perceber através da discussão, que o serviço está apto a atender e bem articulado com os outros serviços da rede, culminando assim, com uma assistência de qualidade.

DESAFIOS ENFRENTADOS FRENTE AO APRENDIZADO NAS METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO

Tiago Amador Correia, Marcia Regina Martins Alvarenga

Palavras-chave: Relato de Experiência, Metodologias Ativas,

Apresentação: O presente trabalho é relato de experiência que discute a formação na facilitação de metodologias ativas de ensino e aprendizagem na gestão da clínica no Sistema Único de Saúde - SUS. A formação dos profissionais de saúde tem sido pautada em metodologias conservadoras, sob forte influência do mecanicismo de inspiração cartesiana, newtoniana, fragmentado e reducionista; aguçando as subdivisões da universidade em centros e departamentos, e cursos em períodos ou séries e em disciplinas estanques. Surgem assim, questionamentos sobre o perfil do profissional formado com a preocupação relativa à especialização precoce e ao ensino marcado por parâmetros curriculares baseados no relatório de Flexner (MITRE, 2008). A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional surge no cenário da educação superior definindo o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual e a prestação de serviço especializado à população, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade (BRASIL, 1996). Tais prerrogativas foram reafirmadas pelas Diretrizes Curriculares, para a maioria dos cursos da área de saúde, acolhendo a importância do atendimento às demandas sociais com destaque para o SUS. As instituições formadoras são convidadas a mudarem suas práticas pedagógicas, numa tentativa de se aproximarem da realidade social e de motivarem seus corpos docentes e discentes, a tecerem novas redes de conhecimentos. As metodologias ativas apresentam-se atualmente como uma necessidade para o desenvolvimento de soluções educacionais com abordagem construtivista. Estes métodos necessitam de avanços através da inserção de avaliação formativa e de educação a distância, gerando grandes estratégias como incorporação de recursos tecnológicos, superação das distâncias continentais e melhoria da eficiência na capacitação e

educação permanente de profissionais. Segundo Cool (2000), existem duas condições para a construção da aprendizagem significativa: a existência de um conteúdo potencialmente significativo e a adoção de uma atitude favorável para aprendizagem, a postura própria do discente que permite estabelecer associações entre os elementos novos e aqueles presentes na sua estrutura cognitiva. Neste contexto, a prática docente transformadora exige responsabilidade ética do professor, por se tratar de um processo social, que acontece em um contexto histórico, político, cultural, ético e estético. Sendo a primeira exigência desta prática, entender o educando como um ser histórico que ao aprender também ensina. Assim neste espaço de respeito aos saberes, de busca do novo, de diálogo, ética, de esperança e de dedicação que o aluno e professor entram em contato com novos conhecimentos e constroem novos significados, aplicáveis a sua prática. Nisto se apresenta a docência: não há professor sem aluno e não há aluno sem professor, exige-se a presença e atuação de ambos para a prática da educação transformadora. O facilitador deve exercer todas essas ações e reflexões, incentivar a autonomia do aluno, perceber o seu ritmo de estudo e aprendizagem e negociar as relações dentro do grupo e do grupo com ele. Precisa articular e estimular a interdependência promovendo maior articulação e amadurecimento social entre pares e possibilitar a apreensão da relevância do assunto tratado, não como conjunto dos fatos conclusivos, mas de conhecimento construído pelo processo da conversação, perguntas e negociação. Objetivo: Discutir o processo de aprendizagem frente a facilitação de metodologias ativas de ensino. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência frente ao aprendizado construído através do curso de capacitação de Processos Educacionais em Saúde

ofertado pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa – IEP/HSL em parceria com o Ministério da Saúde. Realizado no município de Dourados-MS na UEMS, no qual formou seis facilitadores com duração de seis meses nos anos de 2013-2014. Realizado na modalidade semipresencial, com carga horária total de 188 horas; organizada em quatro encontros presenciais de três dias consecutivos e períodos de educação a distância. Discussão e Resultados: O aprendizado de um novo método de ensino e a aquisição de habilidades e competências para facilitar grupos frente a metodologias ativas foi desafiador. A vivência anterior em docência influenciada pela metodologia tradicional começa a sofrer progressivamente transformações. O método oportunizou conhecimento de inúmeras estratégias educacionais, que solidificaram os processos de ensino e aprendizagem, sendo elas: situação-problema, narrativas, aprendizagem baseada em equipe- team based learning, aprendizagem baseada em problemas – problem based learning, plenárias, oficinas, filmes, portfólio de realizações, educação a distância, aprendizagem autodirigida, como também contato direto com educação permanente, projeto aplicativo e trabalho de conclusão de curso. Segundo Freire (1996), os processos de ensino-aprendizagem com respeito ao discente e à sua autonomia só são possíveis se o docente tiver como característica a humildade para reconhecer a sua finitude, os limites do seu conhecimento e o ganho que terá ao interagir com o estudante. O educador ensina por meio da sua palavra e de seu exemplo, a educação transformadora exige do professor a corporificação das suas palavras para o ensino de conteúdos, habilidades e principalmente de atitudes. O Ato de educar exige comprometimento do professor com sua prática e com seu

aprendiz. Não se pode educar sem dedicação ao aluno no seu espaço e tempo, sem relacionar-se com ele, sem conhecê-lo nas suas potencialidades e dificuldades. Assim neste espaço de respeito aos saberes, de busca do novo, de diálogo, ética, de esperança e de dedicação que o aluno e professor entram em contato com novos conhecimentos e constroem novos significados. Um bom facilitador domina ações-chaves e desempenhos, deve apropriar-se de teorias interacionistas, metodologia científica, aprendizagem significativa, reflexão a partir da prática, estratégias educacionais como processamento de situações-problema e de narrativas, aprendizagem baseada em equipes, oficinas de trabalho, plenárias, portfólio reflexivo, viagens, entre outras. Além dessas estratégias educacionais, o espiral construtivista traduz a relevância das diferentes etapas educacionais desse processo como movimentos articulados e que se retroalimentam. Os movimentos são desencadeados conforme as necessidades de aprendizagem, frente a um disparador ou estímulo para o desenvolvimento de capacidades. A articulação entre a abordagem construtivista e a metodologia científica e a aprendizagem baseada em problemas são apresentadas de modo esquemático em forma de um espiral. O movimento traz como significado as etapas: Identificando o problema, formulando explicações, elaborando questões, buscando novas informações, construindo novos significados e avaliando o processo. A facilitação oportuniza o conhecimento de novas pessoas, formas de pensar, releituras, novos olhares e novos modos de interpretar e mudar a realidade. Considerações Finais: Vivenciar uma nova metodologia de ensino e aprendizagem mostrou a importância do ensino e currículo serem integrados, principalmente na teoria e a prática, entre o mundo do trabalho e o da aprendizagem,

entre processos educativos, de gestão, e de assistência na área da saúde sendo um dos fundamentos deste aprendizado. As metodologias ativas provocaram e despertaram sentimentos de mudança; abriram-se várias reflexões sobre minhas ações e condutas como profissional da saúde e como educador. Os ensinamentos foram, criativos, provocativos, corajosos e esperançosos. O aprendizado frente ao norte teórico de Paulo Freire, métodos ativos e facilitação de ensino, transformaram minha realidade, despertando atitudes que estavam inibidas e proporcionando mudanças efetivas frente a uma prática pouco resolutive. As metodologias ativas reafirmaram uma pedagogia fundada na ética, no respeito à dignidade e à própria autonomia do educando; despertaram ações críticas, analíticas e reflexivas; desenvolveram a integração do aprendizado e não a sua fragmentação; a importância da combinação entre os elementos experiência, ambiência e capacidades individuais que permitem a constituição das diferentes maneiras de aprender; desenvolvendo a aprendizagem significativa.

DESAFIOS METODOLÓGICOS NA INTEGRAÇÃO DE CONTEÚDOS: A EXPERIÊNCIA DO CURSO DE MEDICINA DA PUC MINAS/BETIM

Adriana Diniz de Deus

Palavras-chave: educação médica, integração de conteúdos, metodologia

Formar profissionais com conhecimento técnico clínico e cirúrgico que adote uma abordagem integral do ser humano, apto a trabalhar em equipes multiprofissionais em redes de atenção à saúde, comprometido com a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, familiares e comunidades tem sido o desafio

do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais-Betim. Este curso está em fase de implantação, com a primeira turma atualmente cursando o 7^o período. O projeto pedagógico tem como diferencial o fato de traduzir em suas estratégias as diretrizes curriculares do Ministério da Educação e Cultura para cursos de medicina. Podemos destacar algumas destas estratégias como: o Projeto Município Escola; o Incentivo a Pesquisa; a Capacitação em Gestão; o Mentoring e as disciplinas das Práticas Integradoras oferecidas do 1^o ao 12^o período do curso. Este trabalho pretende relatar as principais metodologias de implantação e desenvolvimento da disciplina Integradora “Introdução ao Raciocínio Clínico e Epidemiológico I” (IRCE1), com a intenção de colaborar na discussão dos diversos questionamentos metodológicos que esta proposta de integração nos coloca. O professor da IRCE I tem como diretriz coordenar a integração dos conteúdos das diversas disciplinas do primeiro período, incluindo as experiências vivenciadas pelos alunos na atenção básica, no contexto da saúde integral da mulher, com ênfase na promoção e prevenção, considerando as áreas de competência da prática médica: atenção à saúde, educação em saúde e gestão em saúde. Para tal finalidade foi imprescindível que a professora integradora conhecesse os conteúdos dos Planos de Ensino das diversas disciplinas do período. Em seguida a professora elaborou a lista dos temas eixos que seriam abordados nos encontros da IRCE I. A partir de uma tabela elaborada com a lista dos temas eixos, na vertical e o nome das disciplinas na horizontal, os professores do período, em reunião, ressaltaram os “pontos de interseção” entre os diversos conteúdos das disciplinas. A partir dos temas eixos e destes pontos de interseção foram elaborados os conteúdos

dos quatorze encontros de quatro horas de duração da IRCE 1. A seguir foram escolhidas metodologias capazes de facilitar a discussão dos temas, a integração dos conteúdos escolhidos e a maior participação do aluno no processo de ensino-aprendizagem. O primeiro tema eixo é Sexualidade. Primeiramente utiliza-se a “A Dinâmica das Frutas”, com propósito de debater sobre o corpo feminino e masculino e seus sistemas genitais e conhecer um método de educação popular em saúde. Em seguida aprofunda-se o conhecimento em anatomia com uma aula expositiva dialogada e logo após trabalhos em grupos utilizando manequins. A partir das principais dúvidas dos alunos e após leitura da bibliografia recomendada, que apresenta a fisiologia das respostas sexuais humanas e as principais teorias psicológicas do desenvolvimento da sexualidade, inicia-se um debate sobre Sexo, Sexualidade e Erótica. O segundo tema eixo: Direitos Reprodutivos e Sexuais. Após leitura da bibliografia e uma breve exposição da professora, os alunos realizam trabalho em grupo para elaboração e apresentação de um flip-chart, material didático utilizado em educação em saúde, contendo orientações sobre métodos anticoncepcionais, a ser entregue para uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Em seguida é realizada uma apresentação dialogada sobre Abordagem ao Casal Infértil e Aconselhamento Pré-Concepcional integrando conteúdos com as demais disciplinas. O terceiro tema eixo: Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Após leitura da bibliografia os alunos elaboram em grupos, utilizando internet, o material para montagem de um Álbum Seriado sobre o tema. Segue a apresentação dos grupos em plenária e o encaminhamento do material elaborado para uma das UBS onde estagiam. O quarto tema eixo: Diagnóstico de Gravidez e Primeira Consulta de Pré-natal. Após leitura da bibliografia a professora realiza uma

exposição dialogada sobre os dois temas. Os alunos apresentam suas observações sobre como estão organizados os pré-natais nas UBS onde estagiam e a professora provoca um debate sobre o acolhimento, grupos educativos, trabalho em Redes de Atenção, sobre território, visitas domiciliares, busca ativa e outros dispositivos presentes na proposta do Sistema Único de Saúde. O quinto tema eixo é o Acompanhamento Pré-Natal. Durante cinco encontros os alunos discutem os casos clínicos utilizando-se de roteiros, que foram elaborados previamente pela professora. Este debate possibilita aos alunos terem uma avaliação ampla do processo saúde doença como também permite integrar os conteúdos com as diversas disciplinas do período. Intercalando a apresentação dos casos clínicos a professora realiza apresentações dialogadas e simulações abordando os diversos subtemas. O sexto tema eixo é o Trabalho de Parto, Parto, Nascimento e Puerpério. As metodologias são variadas e foram elaboradas, entre elas: apresentação dialogada sobre vários subtemas; aulas de anatomia do assoalho pélvico com manequins; apresentação sobre os exercícios fisioterápicos para fortalecimento da musculatura pélvica; apresentação de filmes sobre partos; discussão sobre parto normal e cesarianas no Brasil; simulação do parto normal e humanizado utilizando encenação e manequins. O último tema eixo: Incentivando o Aleitamento Materno. São realizadas: apresentação dialogada sobre anatomia das mamas e abordagem da fisiologia do aleitamento materno; trabalho em grupo com manequins; discussão sobre “Hospital e UBS Amigos da Criança” e uma simulação com a participação de uma integrante da equipe do Banco de Leite do Município, onde uma puérpera com dificuldades para amamentar seu filho recém nascido solicita orientação para um dos alunos. Os conteúdos abordados e as

metodologias utilizadas necessitam de permanente aprimoramento para que os objetivos desta disciplina integradora sejam alcançados. Este esforço, realizado pela equipe de professores do período e colegiado do curso, tem sido avaliado positivamente ao se observar que a disciplina RCE 1 está atendendo as expectativas cumprindo a função a qual foi criada. Alguns aspectos organizacionais facilitam este processo de trabalho, como: a infraestrutura oferecida para esta disciplina, que conta com uma sala multimídia, um laboratório de simulação e de muitos equipamentos didáticos. O pagamento dos professores integradores de horas de dedicação, o que possibilita melhor preparação das aulas e momentos de encontro entre professores e a ajuda de um grupo de alunos monitores, mais a realização da semana de avaliação e planejamento dos professores com o colegiado do curso, que ocorre no final de cada semestre. Um dos desafios desta proposta é o desenvolvimento de habilidades necessárias ao professor integrador. Ele deve ser criativo, didático, conhecedor dos processos e programas de atenção básica, ter capacidade de agregar conhecimentos das diversas disciplinas, além de motivar a grupalidade e atitudes dialógicas entre professores do período. Torna-se importante, portanto que o curso mantenha constantes espaços de encontros entre os professores e investimento na educação permanente destes profissionais. Muito se tem discutido sobre a importância da integração dos conteúdos das diversas disciplinas inseridas no contexto do raciocínio clínico e epidemiológico e incorporados à prática em serviços de saúde para a qualificação da aprendizagem do aluno do curso de medicina. Porém, o grande desafio continua sendo como implantar esta proposta no cotidiano do ensino-aprendizagem. Como traduzir a diretriz de integralidade e a estratégia da

disciplina integradora em um efetivo processo de ensino? Como integrar e dar significado para aprendizagem de disciplinas básicas? Quais metodologias são mais eficazes? Estas são questões que devem ser constantemente realizadas e respondidas no cotidiano de quem aceita o desafio da integração como também objeto de pesquisas científicas que possam apontar caminhos mais eficientes para alcançar os objetivos propostos pelas disciplinas integradoras.

DESDOBRAMENTOS DA AÇÃO DO PET/ SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E DROGAS NO TERRITÓRIO DA FÓ/BRASILÂNDIA

Edna Maria Severino Peters Kahhale, Miriam Ribeiro Conceição, Thainá Minici Greco, Gleici D. Perosa, Debora Saes, Maria Cristina Vicentin, Elisa Zaneratto Rosa

Palavras-chave: atenção básica, formação em saúde, saúde mental

Este resumo insere-se no Pró-Saúde, Programa Nacional de Reorientação Profissional para a saúde, iniciativa recente dos Ministérios da Saúde e da Educação e Cultura visando “re-ordenar” a formação de recursos humanos na saúde por meio da elaboração de políticas de formação e desenvolvimento profissional na área. Desde 2008, a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo vem desenvolvendo o Pró-Saúde II em parceria com a Supervisão Técnica de Saúde da FÓ-Brasilândia (Zona Norte de São Paulo/Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo). Em 2012, ampliou-se a atuação com a inserção do PET/Saúde, que envolveu os serviços: UBS Silymaria e UBS Galvão, Centro de Convivência e Cooperativa - CECCO Freguesia do Ó, CAPS II Brasilândia, CAPS II Infantil Brasilândia e CAPS III AD Brasilândia, na atenção à saúde mental. O projeto pensado para ser desenvolvido pelo

PROPET SAÚDE 2012/2014 possui como objetivo geral que é identificar os casos e analisar o acesso às ações de cuidado na Rede de Saúde em relação aos problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e aos transtornos mentais no território e identificar os itinerários terapêuticos e de cuidado/autocuidado dos usuários já inseridos em ações de Saúde Mental. Relatamos aqui os desdobramentos deste trabalho de articulação universidade e serviços. Os serviços de saúde da FÓ/Brasilândia (CAPS AD, Adulto, Infantil, CECCO, UBS Silymaria e UBS Galvão) receberam bolsistas do PET/Saúde Mental e tiveram dois de seus profissionais como preceptores. As equipes foram bastante receptivas à proposta por acreditar num fomento dos debates teóricos, que viriam como auxiliares e problematizadores da prática, que somente essa composição com a universidade poderia permitir. Assim, em relação às contribuições que os estudantes fizeram aos serviços, na fase da pesquisa em que os bolsistas começaram a acompanhar o usuário selecionado e a frequentar as reuniões de equipe para discutir o caso, pudemos perceber o fôlego que ganhou o Projeto Terapêutico Singular desse usuário, além de propor outro prisma na construção desse cuidado, contaminando a equipe para pensar também outros casos. Na fase da pesquisa com foco na criação de projetos inseridos no cotidiano os serviços, por exemplo, a proposição de grupos cujo objetivo é a promoção de autonomia dos usuários através do (re)reconhecimento de recursos culturais do território, promete trazer ainda mais possibilidades de desenvolver um trabalho de base comunitária. Este trabalho está sendo desenvolvido junto ao CAPS Adulto. UBS Galvão em articulação com CAPS Infantil e AD, UBS Silymaria. Atividades que foram apoiadas inicialmente pelos bolsistas e tutores da universidade, mas que atualmente

estão sob coordenação dos preceptores e profissionais dos serviços. Em relação às contribuições da universidade, as discussões propiciadas nas reuniões entre preceptores e os seminários temáticos abertos à participação dos outros profissionais foram momentos que visivelmente aportaram à equipe questionamentos e inquietações tão necessárias ao cuidado em saúde mental praticado a partir da perspectiva da desinstitucionalização. Outro desdobramento refere-se ao enfrentamento dos dois modelos de Atenção à Saúde - o tradicional e a Estratégia de Saúde da Família convivendo até hoje nas UBS. Os Núcleos de Apoio à Saúde das Famílias apóiam somente as Equipes de Saúde da Família, restando todas as outras pessoas que não residem em áreas de abrangência destas equipes sem uma política efetiva de atenção à saúde mental. Considerando essa necessidade e as novas diretrizes, criamos na UBS Sylmaria, uma reunião de matriciamento, um modelo de atenção à saúde mental que é um espaço transdisciplinar e que tem se revelado uma estratégia interessante e inovadora de coordenação de cuidados aos portadores de sofrimentos psíquicos; permitindo a criação de redes. Esta atividade tem contado com o apoio dos gestores dos serviços e potencializado a ação dos profissionais no trabalho em rede. Com isso, é possível afirmar que a experiência de articulação universidade e serviços de saúde foi interessante, instigador e contribuiu sobremaneira para a formação dos bolsistas e para a potencialização de ações dos serviços no território da Freguesia do Ó/Brasilândia. Além de criar outros dispositivos nos serviços, não se restringindo só aos previstos nas portarias da Atenção Básica, como foi o caso do matriciamento na unidade tradicional ou programática.

DESDOBRAMENTOS NO PROCESSO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO: DIFICULDADES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Giseli Bezerra Oliveira, Fernanda Marques Sousa, Merilin Carneiro França

Palavras-chave: integralidade em saúde, educação permanente, SUS

APRESENTAÇÃO: O trabalho em questão visa discorrer sobre o processo de inserção na Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar nos serviços da rede de saúde de um município da Paraíba, a partir da vivência dos residentes. **DESENVOLVIMENTO:** De acordo com Brasil (2009), sabe-se que as residências em saúde são formuladas com base nos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS e a criação ocorreu mediante promulgação da Lei 11.129 de 2005, no intento de fomentar a especialização dos profissionais em serviço e atender as necessidades locais da população, ao passo que fortalece o processo de implementação do SUS, preparando-os para o trabalho no setor público de saúde prioritariamente. Os programas de residência multiprofissional surgiram como ferramenta da política nacional de educação permanente em saúde, as quais são voltadas aos profissionais recém-formados. Todavia se deparam com diferentes contradições desde sua formulação até a implementação, sendo questionadas quanto à jornada de trabalho e o reconhecimento para fins de inserção profissional. Contrária ao modelo tradicional de educação em saúde, no qual o conhecimento é transmitido do professor ao aluno- que até então não o detém, a proposta de educação permanente salienta a importância do aprendizado no cotidiano do serviço, considerando-o espaço de aprendizagem. Segundo Brasil (2009) ela representa uma importante mudança no processo de capacitação do

trabalhador da saúde visto que, incorpora ensino e aprendizado no cotidiano das instituições, modifica as estratégias de educação, permite a problematização do fazer profissional, fomenta a reflexão dos atores não como meros receptores e sim como construtores do conhecimento, considera a importância da interação das disciplinas na equipe de trabalho e amplia os espaços educativos fora da aula. Nesse sentido as residências multiprofissionais corroboram no processo de educação apreendendo novas metodologias de aprendizado que vão ao encontro das necessidades sociais considerando a dialética dessas relações. Entende-se que o planejamento e a implementação das residências em saúde estão trincados de contradições, concomitante atrelada ao processo de mudança nas metodologias, ainda persistem nesses programas o modelo tradicional de educação reforçado por tutores, preceptores e coordenadores. Segundo Shikasho (2013) as residências em saúde apresentam dificuldades de organização e estruturação principalmente porque não tem um referencial pedagógico de educação permanente. Em sua pesquisa a autora supracitada aponta que a visão romancista que poderia permanecer no processo de residência entrou em choque com a centralidade médica nas decisões de saúde, salientando assim que o processo de busca pela interdisciplinaridade não exclui os conflitos. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** No tocante, ao programa de Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar de um município da Paraíba, foco do estudo, semelhante à pesquisa dessa autora apresenta algumas contradições das quais salientar-se-á as principais. Essa foi implementada no ano de 2010. Chama-se atenção às inúmeras dificuldades quanto à inserção dos programas nos serviços de saúde, desde as pactuações entre coordenações do programa e do setor que

acolherá os profissionais, difícil aceitação dos coordenadores e profissionais dos serviços quanto ao recebimento de um grupo de profissionais no mesmo lócus. Além disso, percebe-se o não entendimento dos profissionais quanto ao processo de preceptoria; não entendimento dos atores sobre a proposta da residência multiprofissional; burocratização excessiva no tocante ao adentro das equipes de residentes e ao tempo de estágio; indefinições quanto ao financiamento para desenvolvimento de atividades; precárias condições de estudos e práticas; frágil implementação de ações interdisciplinares entre os residentes e entre esses e os profissionais do setor; não envolvimento dos professores para atividades de tutorias por não haver liberação de carga horária da graduação e nem remuneração, sendo esta mais uma atividade somada a sua extenuante carga de trabalho. Outra contradição que se pode apontar diz respeito ao processo de trabalho multiprofissional existente nas unidades de saúde, visto que nelas os diferentes profissionais não conseguem atuar de forma sinérgica, nesse sentido são os residentes que são tomados enquanto únicos responsáveis em fomentar nos espaços onde não há tomadas de decisão multiprofissional. E aqui, destaca-se a problemática quanto a essa incumbência, visto que quando os residentes saem desses serviços, as atividades multiprofissionais são negligenciadas pelos profissionais do setor. Semelhante a essa questão, tem-se que o modelo presente em algumas residências que afirmam trabalhar de forma multiprofissional, mas na verdade reforçam a fragmentação da prática dividindo a equipe de residentes para intervirem exclusivamente em seus núcleos profissionais omitindo-se o objetivo de trabalhar de forma conjunta com as diferentes categorias sendo usual o desmembramento da equipe. Outro ponto a ser ressaltado trata-se da não liberação de

carga horária dos coordenadores, tutores e preceptores que acumulam funções e desempenham seu papel sem o suficiente apoio institucional, o que torna difícil a continuidade das atividades assim como a disponibilidade de profissionais para desempenhar essas funções. Como não há apoio suficiente também são percebidas diferentes interpretações sobre o papel do preceptor, o que repercute nas atividades visto não haver clareza de que a intenção não é substituir os funcionários, mas repensar a prática ao mesmo tempo em que a executa. Essa questão é tão presente no hospital universitário no qual o programa está lotado como nos cenários de práticas de estágio externo. Nesses últimos houve outros agravantes, a comunicação do programa com a coordenação do hospital e dessa com os setores onde os residentes ficaram lotados, o que traz melindres na relação com a equipe. Questionamentos quanto às atribuições profissionais foram constantes entre residentes e são reflexos do não conhecimento a respeito do que faz o outro, fator corriqueiro no cotidiano dos hospitais. A carga horária excessiva dos residentes multiprofissionais, 5.760 horas/aula e a tarefa de aliar a prática com o ensino e produção científica representam um grande desafio para o avanço das práticas qualificadas e críticas em saúde. A esse respeito Shikasho (2013) defende uma assistência mais integral e humana aos residentes, pois alguns apresentam dificuldades de lidar com os desafios da saúde pública. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar dessas fragilidades o programa de residência tem apresentado muitos avanços e incentivado entre os profissionais o repensar das práticas vislumbrando a assistência integral aos usuários da saúde. Algumas das ferramentas utilizadas foram o Projeto Terapêutico Singular (PTS), projetos de trabalho com famílias e cuidadores, acolhimentos multiprofissionais, momentos de educação

em saúde, arranjos intersetoriais, check-list multiprofissional, além de momentos de visita aberta e estendida e discussão de casos multiprofissionalmente. Ações como essas são divulgadas no momento do seminário integrador, no qual os funcionários dos setores têm a oportunidade de conhecer profundamente como as intervenções foram construídas, implantadas e desenvolvidas. Ratifica-se a importância desse programa sem desconsiderar que mudanças são urgentes e necessárias, as quais podem permitir um melhor aproveitamento dessas ferramentas nos serviços e uma melhor qualificação dos profissionais para o trabalho no setor público da saúde.

DISCIPLINA DE “PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE” : METODOLOGIAS ATIVAS NA FORMAÇÃO EM NÍVEL DE PÓS-GRADUAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE

Maria Celina Piazza Recena, Alessandro Diogo De-Carli

Palavras-chave: educação, pós graduação em saúde, metodologias ativas

APRESENTAÇÃO: Este trabalho descreve os pressupostos teóricos e a experiência educacional, baseada em metodologias ativas, de organização curricular da disciplina “Promoção e Educação em Saúde”, do curso de pós-graduação stricto sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e Fiocruz – Mato Grosso do Sul. O delineamento se afasta do modelo de transmissão-recepção de informações e tem por objetivo uma dinâmica de reflexão sobre as questões abordadas buscando promover mudanças de atitudes no ambiente de trabalho dos alunos. **METODOLOGIA:** A “promoção em saúde” está vinculada a “educação em saúde” por integrar essa perspectiva com fatores

ambientais diversos, como os Determinantes Sociais em Saúde. Nas ações de promoção as mudanças serão em nível organizacional, e nas de educação em nível individual, sendo que ambas se ligam ou convergem para o reconhecimento de que são os sujeitos que movimentam as organizações. As principais abordagens sobre educação em saúde podem ser delineadas como “modelo preventivo” e “modelo radical”. O preventivo baseado nos princípios da biomedicina, com o intuito de prevenir doenças se estabelece no Behaviorismo e no individualismo. Centra-se em uma mudança de hábitos individuais que estariam provocando a falta de saúde. Nesse sentido, culpabiliza o indivíduo e o responsabiliza pelas mudanças necessárias. As críticas a esse modelo são principalmente por não considerar a influência de aspectos sociais e as características individuais, estabelecendo que dadas as informações necessárias, todos mudarão seus hábitos, sendo portanto responsáveis em caso de não assumirem essa postura. Esse modelo pode ser entendido no âmbito da educação como baseado em uma perspectiva “bancária”, que segundo Paulo Freire, usando uma metáfora, considera os educando como recipientes vazios que serão preenchidos pelo professor que é o detentor do conhecimento. O educador é o protagonista do processo. Em contraposição, Freire propõe a perspectiva libertadora/problematizadora baseada no diálogo entre educador e educando, superando as contradições que surgem no ato de conhecer e sendo assim, negando o homem como ser desvinculado do mundo e esse como uma realidade que prescinde dos homens. A perspectiva de educação libertadora coaduna-se com o “modelo radical”, que se estabelece considerando uma conscientização do indivíduo de forma crítica. Compreende a ação educativa em grupos, pois considera que a troca de ideias e o diálogo propicia a mobilização coletiva

impulsionando as mudanças necessárias. Há uma relação igualitária entre educador e educandos, sendo que os conhecimentos dos indivíduos, suas crenças e costumes são levados em consideração no processo de ensino-aprendizagem, sem imposições, no sentido da construção de sentidos. A proposta de uma promoção em saúde que supere o modelo tradicional prescritivo de educação em saúde (considerando esta um dispositivo potente para viabilizar a promoção da saúde), baseado no modelo biomédico, é um desafio que impõe questionamentos. Há muitas reflexões sobre os modelos de promoção e de educação em saúde, e os desenvolvedores desses processos são formados em cursos que, tradicionalmente, não contemplam competências da área educacional, e provavelmente, repetem modelos de ensino que vivenciaram, com grande possibilidade de manterem um processo bancário de ensino. Considerando a necessidade de uma reflexão sobre esses aspectos, o MPSF oferta, em sua estrutura curricular, a disciplina obrigatória de 45 horas-aula (3 créditos), de “Promoção e Educação em Saúde”, que já foi ministrada por três vezes, desde a implantação do curso, com o objetivo geral de : Discutir as questões teóricas e abordagens práticas da promoção e educação em saúde, com ênfase na Estratégia de Saúde da Família (ESF); e de incentivar os alunos do curso do MPSF a aprofundarem o conhecimento teórico e despertar seu interesse para a aplicação de ações de promoção e educação em saúde no cotidiano do trabalho na ESF. A abordagem metodológica apoia-se na perspectiva educacional problematizadora e busca, por meio de metodologias ativas, desenvolver um processo de resignificação do agir em saúde, que supere o modelo prescritivo e normativo, comum aos profissionais da área da saúde. Sua ementa contempla os seguintes aspectos: Processo Saúde-Doença. Promoção e conceito

ampliado de saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Bases conceituais e metodológicas da educação em saúde. Diálogo entre a ciência e a cultura popular. Referenciais pedagógicos da interface saúde/educação. As metodologias ativas são compreendidas como estratégias que privilegiam os pressupostos da educação problematizadora, centrando o protagonismo do processo de aprendizagem no aluno, respeitando sua história de vida e cultura e estimulando-o a refletir sobre essa dinâmica nas ações de promoção e educação em saúde, desenvolvidas em seu cotidiano profissional. Ao longo desses 3 anos, como desdobramento de atitude crítico-reflexivo dos docentes e discentes, esta disciplina vem sendo reconstruída, conforme potencialidades e fragilidades vivenciadas na oportunidade de sua oferta. Este processo compreende processo avaliativo constante (formativo) e, até o momento, abordou as seguintes questões: i) Processo de construção individual e coletiva do conceito inicial do grupo sobre “Promoção da Saúde” e “Educação em Saúde”, que consiste em uma proposta escrita individualmente sobre o conceito e posterior discussão em grupo com uma síntese registrada por escrito. Em seguida, os estudantes assistem vídeos como forma de conflito cognitivo sobre os conceitos construídos. ii) Interpretação e registro escrito sobre charges representativas do pensamento de Paulo Freire transpondo as situações para questões relacionadas a promoção da saúde e educação em saúde. iii) Leitura de texto sobre cultura, com discussão sobre “cultura e o paralelo com o ambiente de trabalho que cada mestrandu vivencia” e posterior registro escrito relativo a reflexão individual da seguinte questão: Você leva em consideração a cultura do grupo com o qual trabalha? Exemplifique uma situação. iv) Elaboração individual, com registro escrito, de uma Situação Problema (SP) relacionada à realidade (assistência,

gestão, etc.) dos cenários de práticas dos estudantes-trabalhadores, contextualizando-a com o processo de promoção e educação em saúde. Algumas SPs são escolhidas pelo grupo para processamento e discussão. v) Apropriação do referencial teórico sobre Mapas Conceituais, método utilizado para o processamento e discussão em grupo sobre as SPs escolhidas. vi) Elaboração individual, com registro escrito, de uma proposta de intervenção, considerando a SP já elaborada, baseada nos princípios da Andragogia e da Aprendizagem Significativa. vii) Respostas ao questionário de Avaliação da disciplina

RESULTADOS: Com base nas observações dos professores, elaborações escritas e orais relativas as propostas de atividades e respostas dos questionários de avaliação da disciplina bem como dos efeitos percebidos decorrentes da experiência educacional, relacionam-se como resultados: a percepção de maior autonomia dos alunos na busca de identificação de situações em seus ambientes de trabalho que necessitam de transformações; disposição para interpretar os condicionamentos de tais situações em um enfoque cultural, histórico e social, além de predisposição a iniciativas de mudanças em seu campo de atuação profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A disciplina “Promoção e Educação em Saúde” pode ser desenvolvida baseando-se em metodologias ativas e pressupostos da educação problematizadora conforme delineado por Freire. Há necessidade de esclarecer e discutir o propósito das metodologias adotadas pois geram insegurança em alguns alunos, que consideram que não são passadas informações. A esse respeito indicamos e adotamos o desenvolvimento de uma auto-avaliação compartilhada com o grupo em que é possível identificar mudanças entre os conhecimentos e posturas no percurso da disciplina.

DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS: UMA FERRAMENTA IMPORTANTE PARA O ATENDIMENTO HUMANIZADO NA SAÚDE SOB O OLHAR DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Rayane Santos de Lucena, Danielle Cristina Gomes, Micarla Priscila Silva Dantas, Cilânea dos Santos Costa, Cecilya Mayara Lins Batista, Jéssica Barros Rangel, Silvana Alves Pereira

Palavras-chave: Assistência integral a saúde, Formação profissional, Promoção do cuidado

Atualmente tem se evidenciado como um grande desafio para os profissionais de saúde promover o cuidado ao usuário de maneira que atenda aos princípios e diretrizes da política de humanização, que preconiza a necessidade de modificar as práticas que reproduzem a assistência curativista, dentro da dimensão anatomofisiológica e na realização de procedimentos técnicos, pautada no modelo biomédico de produzir saúde, distanciando-se da determinação social envolvida diretamente no processo saúde/doença. Esta necessidade de um atendimento integral e humanizado já era almejado pela população desde os movimentos que culminaram com a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), produto da insatisfação e das lutas sociais, legitimando para a população à saúde como um direito de todo e qualquer cidadão e dever do estado, que tem sido garantida mediante políticas públicas. O modelo de serviço deve operar sob os princípios da universalidade, a integralidade e a equidade valorizando a saúde e enxergando o usuário com um ser holístico. A partir do exposto o presente resumo tem por objetivo apresentar a estratégia realizada no Hospital Universitário Ana Bezerra, intitulada “discussão de casos clínicos” com o intuito de oferecer um atendimento

integral e humanizado, sob a visão dos residentes da equipe multiprofissional da referida instituição. O Hospital Universitário Ana Bezerra compreende uma unidade de ensino de Média Complexidade ambulatorial e hospitalar, referência no atendimento materno - infantil para toda a região do Trair, localizado na cidade de Santa Cruz- Rio Grande do Norte. A referida instituição tem como missão “Prestar assistência materno - infantil qualificada e humanizada, de referência regional, servindo a um ensino voltado para uma formação cidadã”. O referido hospital é considerado Hospital Amigo da Criança pela UNICEF desde 1996. Atualmente, o HUAB possui 53 leitos conforme dados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, sendo 15 leitos de pediatria, 23 leitos de obstetrícia clínica (alojamento conjunto), 06 de obstetrícia cirúrgica (alojamento conjunto), 04 de neonatologia (Berçário Patológico); 03 leitos de ginecologia cirúrgica e 02 leitos de Clínica Geral. Dentro dos serviços ofertados pela referida instituição encontra-se a enfermaria pediátrica (com funcionamento de unidade de observação e internação), que atende demandas locais ou encaminhadas pelas cidades circunvizinhas que tem o hospital como referência. São oferecidos atendimento de baixa e média complexidade e na ocorrência de casos de maior gravidade, é realizada a regulação para os serviços de referência na cidade de Natal, capital do estado. A fim de auxiliar na transformação desta realidade e fortalecer a realização de um atendimento humanizado, a equipe da unidade pediátrica do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB) tem desenvolvido o projeto que oportuniza a realização de discussão de casos clínicos dos usuários internos na enfermaria pediátrica, com a equipe de assistência e profissionais da residência multiprofissional da referida instituição. A discussão de caso consiste em uma roda de conversa que é realizada

semanalmente, no período da manhã, às quartas-feiras, com a equipe de residentes, composta por assistente social, enfermeira, fisioterapeuta, farmacêutica, nutricionista, odontólogo e psicóloga, e a equipe de profissionais da enfermagem pediátrica como pediatra, residentes de pediatria, estudantes de medicina e preceptores das áreas já citadas, a fim de dialogar acerca dos casos atendidos nas enfermarias da unidade pediátrica do hospital. A partir da exposição do ponto de vista de cada profissional de saúde, torna-se possível entender melhor e enxergar todos os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e auxilia na tomada de decisões por parte dos profissionais, principalmente no que diz respeito à escolha do melhor processo terapêutico que pode atuar com maior efetividade e que irão auxiliar tanto no processo de recuperação a saúde, quanto na oferta para os usuários de alternativas que podem ajudar na promoção do cuidado. A discussão de caso consiste numa proposta que objetiva apreender quais são determinantes que interferem nos aspectos da saúde dos usuários (as), bem como no seu processo de hospitalização, além de promover um espaço para formação, tendo em vista os sujeitos envolvidos na atividade estão em processo de ensino-aprendizagem. Este momento tem se apresentado como uma oportunidade dos profissionais dialogarem e decidirem sobre qual a melhor terapêutica para o usuário (a), neste sentido, a partir de uma visão ampliada de saúde, permite-se então a possibilidade de romper com a perspectiva biomédica proporcionando um atendimento mais integral e humanizado, levando em consideração todos os aspectos relacionados ao processo saúde-doença. Desta forma, a discussão de caso se insere num contexto em que permite a construção de um cuidado integral em saúde, visando à promoção da atenção à saúde da criança

e seus familiares de maneira ampliada, que percebe a totalidade e as particularidades relacionadas ao processo de saúde-doença dos sujeitos internos no serviço. Contudo, percebe-se que este exercício ainda consiste num desafio a ser enfrentado cotidianamente dentro da equipe, visto que ainda precisamos lidar e tentar minimizar alguns modos de processos de trabalho de alguns profissionais que reproduzem o modelo de saúde voltado para a cura apenas a doença, sem atentar aos determinantes psicossociais, econômicos, ambientais e culturais que permeiam o processo de saúde-doença de cada sujeito. Isto posto, percebe-se que este momento de discussão de caso realizado na pediatria do HUAB tem possibilitado transformar os processos de trabalho de modo que se aproximem das práticas de cuidado que promovam a produção de saúde do usuário abrangendo a sua totalidade. A realização desta atividade possibilita aspectos positivos para os profissionais e usuários do serviço. Para os profissionais destaca-se a possibilidade de construir novos paradigmas e formas de atuação pautados num novo modelo de atenção e cuidados com a saúde dos usuários, aos poucos as intervenções curativistas estão sendo substituídas, respeitando e trabalhando os diversos fatores que estão envolvidos e que contribuem diretamente para a possibilidade da modificação de condutas profissionais, dentre eles destacam-se os aspectos individuais de cada indivíduo relacionados à sua personalidade, os advindos de sua formação ou as experiências vividas em outros locais de trabalho. Diante deste processo de mudanças há a necessidade de co-responsabilização entre todos os envolvidos no processo de cuidado com a saúde (profissionais, rede de cuidados e usuários), possibilitando a inserção de práticas profissionais mais humanizadas e uma maior resolutividade e eficácia dos

procedimentos terapêuticos aplicados. Observa-se então que é possível inserir na rotina das práticas hospitalares a realização de momentos de discussão de casos clínicos como um espaço de enriquecimento científico para os profissionais de saúde da instituição e maior resolutividade dos casos para os usuários.

DOCÊNCIA NA SAÚDE NO BRASIL: REFLEXÕES SOBRE UMA EXPERIÊNCIA FORMATIVA DE FORMADORES

Barbara e B Cabral, Dagmar Estermann Meyer, Emília Carvalho Leitão Biato, Jeane Félix, Ricardo Burg Ceccim, Simone Edi Chaves

Palavras-chave: Gestão da Educação, Ensino na Saúde, Educação Permanente em Saúde, Integralidade, Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO: Apresentamos a experiência do Curso de Especialização em Docência na Saúde, fruto de parceria entre a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2014), em processo de finalização. Direcionado a um público de professores de diversas universidades públicas e comunitárias no Brasil, além de profissionais dos serviços de saúde, tal proposta de pós-graduação lato sensu se situa em conformidade com as atuais políticas do governo brasileiro, em especial as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação em saúde (DCN); assumindo o objetivo geral de qualificar docentes da área da saúde para promover processos pedagógicos inovadores e criativos no ensino em saúde, sintonizados às necessidades sociais e de aprimoramento do sistema de saúde. Funda-se no reconhecimento da demanda de ampliação do pensamento crítico e ação estratégica na educação profissional em saúde, visando produzir, difundir e dinamizar

processos de mudança, em estreita articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS). **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O Curso opera de forma radical com a indissociabilidade teoria/prática, que fundamenta a opção de investir em um processo de qualificação que se desenvolve sobretudo “no” e “por meio do” trabalho, inspirando-se na Educação Permanente em Saúde como modo pedagógico-político de colocar processos de trabalho docente e cotidianos reais de serviços de saúde na cena educativa universitária (CECCIM, 2005; CECCIM, PINHEIRO e MATOS, 2005). Inspirado em noções propostas por Ceccim e Feuerwerker (2004), o Curso abrange os complexos campos da “gestão da educação, integralidade do cuidado e ensino na saúde” em suas dimensões curriculares, éticas, epistemológicas e políticas, engendrando um processo formativo que intenciona formar novas gerações de formadores, mobilizados para o desenvolvimento de potências de criação e proposições diante da necessidade de mudanças na educação universitária na saúde, nas políticas e no funcionamento do sistema de saúde. A inscrição no processo seletivo para o curso ocorreu por meio de indicação de grupos de docentes/preceptores pelas universidades, mediante edital público, com a proposição de um projeto de intervenção coletivo envolvendo a realidade institucional. Organiza-se predominantemente na modalidade de educação a distância (EAD), via Plataforma Moodle, com garantia de alguns encontros presenciais nacionais e regionais. Compõe-se de períodos de concentração e dispersão, que visam fomentar a discussão e o aprofundamento crítico de leituras, o compartilhamento de experiências e a intervenção na realidade institucional de cada grupo, com acompanhamento tutorial a distância. O processo de ensino-aprendizagem assume caráter interativo, mediado nos ambientes

virtuais por um orientador de aprendizagem e/ou tutor. O acompanhamento e a avaliação do desempenho dos cursistas envolvem os instrumentos de Metacognição Narrativa, Portfólio Reflexivo e Projeto de Intervenção. O instrumento da Metacognição Narrativa (ou Narrativa Docente) apresenta-se de modo horizontal no curso, atravessando todo o seu percurso sob a forma de uma escrita de si, que se expressa por meio de movimentos singulares do pensamento, materializados em textos que permitem múltiplos retornos, retomadas e configurações. O Portfólio Reflexivo contempla um componente de registro das aprendizagens, a partir das experiências vividas nos debates, nas atividades solicitadas pelo tutor ou atividades pactuadas pelo grupo tutorial, além de instrumentos memoriais de vida e trabalho, vivências na gestão, atenção e docência, tomadas para reflexão na perspectiva de se conciliar com a heterogeneidade do coletivo, sem abrir mão da singularidade. Já o Projeto de Intervenção tem caráter coletivo, apresentado por grupos de até 3 participantes de uma mesma Instituição de Ensino Superior (IES), representando plano de ação institucional de exercício da aprendizagem e compromisso institucional com a formação. A estrutura curricular do curso apresenta-se em eixos temáticos, que atravessam todo o percurso formativo, objetivando firmar o caráter interdisciplinar da prática pedagógica adotada. Portanto, não constituem uma ordem cronológica e nem demarcam conteúdos encerrados em si, caracterizando-se como “portas de entrada” e sendo referência à abordagem de tópicos relevantes à formação, com garantia de sua transversalidade. São quatro eixos estruturantes: I. Gestão educacional e protagonismo participativo no ensino e no trabalho em saúde; II. Currículo, inovações educacionais e prática docente em saúde; III. Docência e práticas de redes na gestão,

atenção e participação em saúde e IV. O protagonismo docente diante dos compromissos da formação com o SUS. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Neste processo formativo, compreende-se a avaliação como parte do projeto pedagógico, acontecendo continuamente e permitindo identificar o desenvolvimento de cada especializando e grupos de especializando. Essa avaliação tem se desdobrado em dois movimentos contínuos e interligados: a) avaliação do processo ensino-aprendizagem, com foco no especializando e no grupo de intervenção e b) avaliação do curso. A avaliação do processo ensino-aprendizagem fundamenta-se em uma noção de reflexividade, traduzida em produção de textos de diferentes tipos (portfólio individual, metacognição narrativa e Trabalho de Conclusão de Curso, que resulta da implementação do projeto de intervenção coletivo. Nestas produções, podem ser utilizados recursos diversos (incluindo as diversas formas de expressão artística), mas privilegia-se o trabalho com a narrativa escrita, marcada pela captura de histórias de vida, de percursos e experiências profissionais. Ao construir tais narrativas, ampliam-se espaços para que os participantes compreendam o sofrimento, o significado do processo saúde-doença, a necessidade de ampliar a autonomia dos sujeitos ante o cuidado e reflexão sobre estratégias de produção de saúde que considerem a realidade do outro e sua relação com serviços de saúde. Torna-se fundamental que os cursistas mobilizem um modo ampliado e próprio de pensar o processo educacional na saúde, considerando a pretensão de que os mesmos venham a manejar diferentes saberes e criar movimentos inéditos/“inovadores” em sua atuação docente. Para a conclusão da formação, serão avaliadas as produções realizadas em cada um dos instrumentos de avaliação definidos,

incluindo a apresentação dos resultados do projeto de intervenção, de caráter coletivo. Como indicado, estamos finalizando o curso, o que impossibilita uma avaliação integral dos resultados. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Tal processo formativo ora em experimentação no país caracteriza-se pela ousadia, dada sua intenção de provocar e, sobretudo, instituir práticas pedagógicas inovadoras, que repercutam na formação dos graduandos. A matéria-prima de que se busca partir para a aprendizagem de novos modos de ensinar é o cotidiano da educação e do trabalho na saúde, em que se podem encontrar vias para uma formação profissional em saúde sintonizada com as dinâmicas e necessidades sociais com que se deparam os profissionais de saúde nas redes públicas. Apostamos que a avaliação desse processo e de cada um dos seus frutos, ao final, fornecerá balizas fundamentais para a proposição de outras estratégias voltadas para o desenvolvimento de capacidades que respondam de forma efetiva, criativa e inovadora às demandas de saúde, das políticas, do SUS e das práticas de saúde que absorverão os estudantes de graduação. O investimento de recurso público nesse tipo de curso, em um país como o Brasil, revela uma valorização da educação e da prática pedagógica como via de transformação da realidade política e social do país, o que nos investe – todas as 500 pessoas envolvidas, entre tutores, orientadores de aprendizagem, cursistas, apoiadores pedagógicos, coordenadores – de imensa responsabilidade com seus efeitos. Considera-se possível perceber que a experiência relatada está sendo desenvolvida de forma inovadora e, portanto, tem se configurado como um significativo desafio. Todavia, acreditamos no potencial dessa proposta no âmbito da (trans)formação de profissionais de saúde (docentes e profissionais em formação) no país.

DOCENTES E DISCENTES DE MEDICINA NA UEMS: A CONSTRUÇÃO COLETIVA DE UM ESPAÇO DE APRENDIZAGEM

Ednéia Albino Nunes Cerchiari, Herbertz Ferreira, Luciana de Bem Pacheco, Maria Inesila Garcia de Oliveira Montenegro

Palavras-chave: metodologias ativas de aprendizagem, estudante de medicina, médico, avaliação

APRESENTAÇÃO: O Curso de Medicina da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul/UEMS visa garantir ao futuro profissional da saúde, a apreensão de conhecimentos e a capacidade de utilizá-los em diferentes setores da prática clínica, do ensino, da pesquisa, e da gestão em saúde, assim como a capacidade de realizar uma ampla abordagem biopsicossocial, em um modelo de intervenção capaz de responder à multiplicidade de fatores que condicionam o fenômeno saúde-doença na sociedade (PPMedicinaUEMS, 2015). Na busca dessa formação, o Módulo “Habilidades de Comunicação, Liderança e Gestão” tem por objetivo contemplar as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, no que concerne aos aspectos essenciais da formação do médico em comunicação, liderança e gestão. Para isso, garante-se ao discente de medicina da UEMS uma carga horária de três horas semanais ao desenvolvimento de tais competências. Seus eixos abrangem conteúdos relativos à comunicação em geral: desenvolvimento da identidade do estudante de medicina, escuta qualificada, relação estudante-paciente, médico-paciente e comunicação não verbal, incluindo a formação em Linguagem Brasileira de Sinais (Libras), conforme as normas institucionais enfatizam a importância de se desenvolver esse mecanismo de inclusão, sobretudo no atendimento aos pacientes surdos – comunidade linguística

ainda incompreendida na maioria dos consultórios. Além dessa vertente comunicacional, são abordados tópicos relevantes ao desenvolvimento da liderança e atividades de gestão, que integram o universo de trabalho do profissional médico e temas transversais, envolvendo conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca da realidade; dentre os quais, Direitos Humanos, Educação Ambiental, Educação das Relações Étnico-Raciais e História e Cultura Afro-brasileira e Indígena, Interdisciplinaridade, dentre outros. Portanto, esse resumo tem como objetivo relatar a vivência dos docentes no referido Módulo, cognominado resumidamente apenas pela sigla HCLG – Habilidades de Comunicação Liderança e Gestão. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O curso de Medicina da UEMS foi Aprovado pela Deliberação CE-CEPE Nº 253, de 23 de setembro de 2014 e Implantado a partir de 2015. Assim, este relato se refere ao período de janeiro a agosto de 2015, nos trabalhos acadêmicos com a primeira turma. Em meados de janeiro deste ano, iniciou-se o processo de Capacitação Docente uma vez que o Projeto Pedagógico do curso de Medicina estrutura-se conforme as disposições da Resolução CNE/CES nº3 de 20 de Junho de 2014 e, em atendimento ao estabelecido em seu artigo 26, possui módulos temáticos e longitudinais construídos coletivamente, onde o acadêmico “é sujeito da aprendizagem apoiado no professor como facilitador e mediador do processo”, portanto, valendo-se das Metodologias Ativas de aprendizagem, particularmente a aprendizagem baseada em problemas e em problematização. No mês de fevereiro de 2015 foi elaborado o Manual do Docente e do Estudante do primeiro semestre o qual foi disponibilizado aos atores do processo (docentes e discentes) no início das aulas, ou seja, em março do corrente ano. Para

o segundo semestre o Manual do Docente e do Estudante também foi elaborado e disponibilizado em agosto. O Módulo “HCLG” é um Módulo Longitudinal e está estruturado em atividades educacionais, desenvolvidas em cenários reais e treinamentos simulados em laboratório, exigindo do acadêmico demonstração de conhecimento e desenvolvimento de habilidades específicas nos respectivos domínios, expressas por atitudes e posturas adequadas e éticas. Tem como Ementa os seguintes conteúdos: Ensino e Formação Médica I: O estudante de medicina; Relação estudante-paciente; Comunicação; Estudos da Língua Brasileira de Sinais (Libras): língua, linguagem e fala; a estrutura da Língua Brasileira de Sinais e Sinais Básicos para a comunicação; Liderança: Aprendendo a viver em grupo e Gestão em Saúde. Em seu objetivo geral busca propiciar ao acadêmico de medicina conhecimentos básicos sobre o Ser Humano e suas relações na ótica da Psicologia, da Psicanálise, da Psicologia Médica, da Antropologia, da Filosofia, da Sociologia, da Fonoaudiologia, da Comunicação, da Liderança, da Gestão e da Libras e Linguística promovendo um diálogo interdisciplinar. Para a execução deste Módulo o corpo docente é constituído por quatro professores sendo um Coordenador (Psicólogo/Psicanalista); um docente (Psicólogo); um docente (Fonoaudiólogo) e um docente de Libras (Linguista). A turma é composta por 48 estudantes dividida em dois grupos a fim de facilitar os trabalhos pedagógicos. Portanto, as aulas são ministradas para 24 alunos em cada turma. Os conteúdos de Libras serão ofertados ao longo de quatro anos sendo conteúdo obrigatório do Módulo. As estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas neste período foram: Tempestade Cerebral; Estudo de Texto; Phillips 66; Painéis; Seminários; Aula Expositiva Dialogada (ANASTASIOU & ALVES, 2012). A

avaliação no Curso de Medicina da UEMS é um processo permanente integrado ao modelo pedagógico adotado, permeando as diferentes instâncias das atividades educacionais desenvolvidas. Neste Módulo, o processo de avaliação busca determinar as competências adquiridas por meio de métodos quantitativos e qualitativos. Portanto, o processo avaliativo foi construído de modo contínuo, da mesma forma que a organização de conteúdos foi realizada. Para a aferição das habilidades e competências será utilizada a Avaliação Formativa e a Avaliação cognitiva. Serão realizadas várias avaliações por meio de Avaliação Diária do Acadêmico, Memoriais: Descritivos, Narrativos e Dissertativos; Vídeos; Seminários; Exame Clínico Objetivamente Estruturado (OSCE) e duas avaliações cognitivas (uma em cada final do semestre). **RESULTADOS:** No primeiro semestre tivemos como objeto de estudos e reflexões dois temas importantes na construção da identidade médica: O estudante de medicina e Relação estudante/paciente Para tanto, tivemos como disparadores os seguintes temas: O estudante de medicina - Expectativas e ansiedades em relação às escolhas realizadas (profissão, curso/instituição, localidade, entre outras); Período de transição do ciclo evolutivo do ser humano; Relação com os professores, médicos, equipe de saúde e demais profissionais da área da saúde; Relação com as instituições: universidade e outras instituições envolvidas no processo ensino-aprendizagem; Participação do estudante na vida institucional/universidade: ensino, pesquisa, extensão e diretório acadêmico; Código de Ética do Estudante de Medicina, Relação estudante-paciente: O paciente; A complexidade da dimensão humana; Natureza humana e saúde humana; Aspectos sociais, culturais e econômicos do paciente; Estar doente; Direitos e ganhos; Deveres e perdas; O estudante de medicina

e a morte (REMEN, 1993; CAPOVILLA & RAPHAEEL, 2001; ALVES, 2002; QUADROS & KARNOPP et al, 2004; BRASIL, 2005; Stewart, 2010; PORTO & PORTO, 2013). Acreditamos que uma mensagem enviada por uma das nossas alunas reflete o resultado das nossas aulas-encontros: “Professora, achei a tradução das nossas aulas! ‘A função do médico é curar. Quando ele não pode curar, precisa aliviar. E quando não pode curar nem aliviar precisa confortar. O médico precisa ser especialista em gente”, em referência ao renomado médico Adib Jatene. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Consideramos, finalmente, que o módulo HCLG é uma experiência de ensino-aprendizagem que visa, além de discutir conceitos relativos à comunicação, gestão e subjetividade humana, propiciar aos estudantes a possibilidade de reflexão, estudo e qualificação sobre o “fazer diário” de um estudante de medicina. Nosso intuito é formar médicos que possam atuar de maneira integrada e que desenvolvam instrumentos para a compreensão da complexidade do ser humano na contemporaneidade.

DOCUMENTÁRIO SOBRE EXPERIÊNCIAS EXITOSAS NO SUS NA VISÃO DOS DISCENTES DE ENFERMAGEM

Tayná Lima dos Santos, Kerle Dayana Tavares de Lucena, Isaquiane Isaquiane Alves de Araújo, Suênia Nóbrega Fernandes, Maria Alice Freire de Souza, Mayara Silva Castro

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Saúde da Criança, Saúde Coletiva

INTRODUÇÃO: O SUS é de fato e de direito um dos maiores patrimônios da sociedade civil brasileira, garantido pela Constituição Federal de 1988. Desde então o Estado deve garantir a prestação de serviços de saúde

a toda população brasileira, mediante políticas públicas e sociais. Atualmente o Sistema Único Saúde presta serviços de alta, média e baixa densidade tecnológica, que atuam desde a prevenção até o tratamento de doenças. O SUS é universal e garante integralidade e equidade aos usuários, de acordo com seus princípios doutrinários. Nessa perspectiva a gestão dos sistemas de saúde no Brasil é um grande desafio para consolidação e o bom funcionamento do SUS. Adota-se práticas administrativas, algumas complexas em função da ampla extensão dessa área e da necessidade conciliar interesses individuais, corporativos e coletivos, com finalidade de otimizar o funcionamento dos serviços de forma a obter o máximo de eficiência, eficácia e efetividade. O SUS é um sistema democrático, assim, as mudanças na prática da gestão acabam sendo favorecidas. A partir disso urge a inserção de pactos entre gestores a níveis, federal, estadual e municipal a que venham privilegiar a reorganização da lógica de gestão do sistema. É importante que o modelo de saúde vigente no país seja discutido na formação dos profissionais de saúde, considerando que será o lugar em que grande parte irá trabalhar. A reorientação do modelo assistencial implica, em repensar e reformular a organização da assistência à saúde no SUS no âmbito mais global (formulação de políticas para o setor) como também na micropolítica do trabalho em saúde, a fim de incorporar novos valores e tecnologias a essa prática. Para avançar e se contrapor ao modelo de atenção à saúde hegemônico, é necessária mudanças reais na organização da assistência, passa necessariamente pela reflexão e reorganização do trabalho em saúde, considerado o tema fundamental que subsidia qualquer discussão nesse sentido. Para tanto, é imprescindível conhecer a lógica do sistema e operacionaliza-lo como ordena as leis orgânicas de saúde. OBJETIVO:

Apresentar uma experiência exitosa do SUS na cidade de João Pessoa – PB a partir do olhar dos discentes de enfermagem. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência produzido por discentes do quinto período do curso de graduação em enfermagem, durante a execução do módulo de Atenção à Saúde V- gestão do SUS. Foi construído um documentário pelos próprios alunos como metodologia ativa do módulo. O conteúdo abordado versou sobre experiências exitosas dentro do SUS. A produção ocorreu no mês de setembro de 2015, na cidade de João Pessoa. O vídeo foi editado e compartilhado em sala de aula com os demais alunos. A turma foi dividida em quatro grupos. Cada grupo ficou responsável por investigar uma experiência exitosa na gestão do SUS. A ideia era filmar a experiência e conversar com gestores, trabalhadores e usuários acerca da experiência. Esse relato traz a cidade de João Pessoa, trabalho produzido por um grupo. Os demais produziram acerca de outras cidades. A experiência exitosa foi encontrada no Hospital Universitário da cidade, cenário de estudo. O interesse do grupo foi em mostrar o funcionamento da brinquedoteca, que é um espaço voltado para as crianças que estão hospitalizadas na clínica de pediatria do hospital e funciona como terapia complementar no tratamento das mesmas. O documentário foi feito com a autorização da enfermeira, coordenadora responsável pelo setor da Clínica Pediátrica, onde foram apresentados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para cada colaborador do documentário e a partir daí foram coletadas as informações acerca da experiência exitosa. A brinquedoteca funciona diariamente e é disponibilizada para o divertimento das crianças que estão hospitalizadas e que podem se deslocar do leito com segurança e aprovação imediata da equipe de saúde. As recreações são realizadas por voluntários e estudantes

da Universidade Federal da Paraíba, que através de projetos de pesquisa realizam atividades recreativas com as crianças, além de grupos religiosos e a própria equipe de enfermagem do setor. Com a permissão da Coordenadora do setor, nossa equipe realizou uma manhã recreativa com as crianças onde nos caracterizamos com roupas coloridas, realizamos atividades de pinturas, músicas, dinâmicas, histórias e um lanche, em conjunto com a equipe de nutrição, e através desse momento pudemos mostrar com êxito o funcionamento da brinquedoteca. RESULTADOS: As crianças interagiram muito bem com as atividades realizadas, principalmente devido a grande ausência das atividades naquele local. Tivemos também o apoio das acompanhantes, que foi primordial para a realização do documentário. Ressalta-se que o trabalho em saúde, enquanto trabalho humano, vivo em ato, é fundamental e insubstituível, sendo operado através de relações estabelecidas entre as diversas categorias profissionais e destes como os usuários. Portanto, a reestruturação produtiva que se processa na saúde é de outra ordem, não estando determinada pelos avanços tecnológicos, mas, antes, pela gestão e produção do cuidado com base em tecnologias não-equipamentos. Além de ter o privilégio de proporcionar um momento de alegria aos pequenos internos, foi possível também ver o funcionamento de um serviço público, que é de direito daquela população e que realmente está a cumprir com seu objetivo na sociedade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Fazer com que o sistema de saúde funcione com qualidade, exige dos gestores, trabalhadores e usuários, conhecerem a realidade, focalizar as políticas públicas com planejamentos e decisões racionais para priorizar esse ou aquele tipo de ação, e que tenham a maior efetividade e eficiência no uso dos escassos recursos do setor para a promoção, prevenção e recuperação da

saúde. Nesse sentido, é imperioso ressaltar a necessidade de mudança das práticas em saúde, qualificação dos profissionais com base na educação permanente em saúde e a articulação entre as instituições de ensino com os serviços. É fundamental também, no tocante à academia, que metodologias como essa sejam adotadas pelos demais módulos do curso de enfermagem e pelos demais cursos da saúde, pois faz o aluno conhecer práticas diferentes no SUS, acreditar que se pode fazer a diferença e sair da zona de conforto do modelo centrado na doença e passar a olhar o usuário no contexto da integralidade. O aluno passar a ser protagonista do processo ensino-aprendizagem e mantém uma relação horizontal com o professor, produzindo juntos novos saberes e novas práticas.

DOENÇAS QUE SE PROPAGAM NA SUJEIRA: A IMPORTÂNCIA DE METODOLOGIAS LÚDICAS PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE INFANTIL

Christopher Wallace Souza do Nascimento, Geyse Aline Rodrigues Dias, Joanna Angélica Azevedo de Oliveira, Bárbara Ravenna Florêncio, Brenda Ramos Santos, Monick Franco Ribeiro, Isis Tarcila Vital de Souza, Thais Regina Alencar Fonseca

APRESENTAÇÃO: É notório que hábitos saudáveis são um fator preponderante para uma boa qualidade de vida. Dentre esses hábitos, destacam-se os devidos cuidados com a higiene pessoal para a prevenção de agravos à saúde, como, por exemplo, doenças infecciosas, helmintíases, protozooses e demais doenças que se manifestam na ausência desse cuidado. Entre os mais vulneráveis a estes agravos, estão as crianças, devido a hábitos como a onicofagia (hábito de roer unhas), andar com os pés descalços, bem como não lavar os alimentos, as mãos e realizar a higiene

bucal corretamente ou quando necessário. Não somente maus hábitos, mas também animais de estimação não vacinados e vermifugados, o local onde esses animais costumam deixar as suas excretas e a situação de saneamento de locais comuns à rotina das crianças, como a escola, bosques, parques, o ambiente domiciliar e peridomiciliar, influenciam diretamente na condição de saúde delas, podendo deixá-las mais suscetíveis a patologias. Neste contexto, podemos destacar a educação em saúde como forma de intervir nesta problemática, uma vez que a mesma é capaz de promover transformações e mudanças de hábitos, tendo como objetivo a manutenção, a promoção e a melhora das condições de saúde da população. O público infantil é caracterizado pela hiperatividade e fácil dispersão, sendo assim, é necessária que a educação em saúde ocorra por intermédio de estratégias lúdicas, para facilitar o entendimento e a comunicação, bem como para atrair a atenção das crianças. E como ferramentas, é importante a utilização de imagens coloridas, balões e metodologias que incentivem a participação do público infantil durante todo o processo de ensino e aprendizagem. Este trabalho visa relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem, do 4^o semestre, da Universidade Federal do Pará, ao realizarem uma ação educativa com crianças, por meio de metodologias lúdicas, visando à educação em saúde como forma de atuar na prevenção de agravos e na promoção da saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A ação educativa ocorreu enquanto os acadêmicos estavam no período de aulas práticas da atividade curricular Processos Educativos em Enfermagem I, em uma escola da periferia de Belém-PA, com crianças de 6 a 8 anos, do ensino fundamental. Para tanto, os acadêmicos prepararam uma gincana interativa com os temas “Hábitos de higiene” e “Doenças que se propagam na sujeira”. Para cada

tema foi criado um dado, que, em cada uma das seis faces, havia uma figura ilustrativa. No primeiro dado, “Hábitos de higiene”, as figuras ilustravam os seguintes hábitos: lavar as mãos, escovar os dentes, tomar banho, jogar lixo na rua, roer as unhas e andar com os pés descalços. Os que se demonstravam interessados em jogar o dado formavam uma fila e, um por vez o jogava. A criança que jogou era estimulada a tecer comentários sobre o hábito ilustrado na face do dado voltada para cima ao cair no chão, se era um hábito saudável, a mesma era perguntada sobre a sua importância, e se fosse um hábito não saudável, sobre os problemas que poderiam ocasionar à saúde. Os demais participantes da ação eram estimulados a contribuir, no intuito de ajudar o colega que estava comentando. Em seguida, com base no que foi dito, a equipe de acadêmicos explanava um pouco mais, utilizando sempre uma linguagem acessível ao entendimento das crianças. O mesmo repetiu-se com as demais faces do dado sendo que, nas sorteadas, a figura era substituída por uma seta que apontava para outra figura caso a face que já havia sido sorteada caísse voltada para cima novamente. A dinâmica se repetiu com o outro dado, “Doenças que se propagam na sujeira”, cujas imagens ilustravam animais para falar de possíveis doenças trazidas por eles: um gato doente, para falar da toxoplasmose; um cachorro mal cuidado, para falar de micoses; um rato, para a leptospirose; uma barata, para a hepatite e diarreias, e duas vermes, uma para falar de ascaridíase e outra para enterobíase. Após as falas das crianças, os acadêmicos esclareciam a forma de contrair cada doença, bem como, a maneira de preveni-la, além dos sintomas, enfatizando sempre a importância dos cuidados com a higiene pessoal e do ambiente. Os escolares participaram ativamente da ação educativa, a todo o momento demonstraram-se interessados,

visto que, além de estarem recebendo um novo conhecimento de maneira lúdica, foram acolhidos por sua participação com balões decorados e presenteados com brindes de interesse infantil. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Considerar o perfil do público alvo para a elaboração da atividade foi de suma importância para alcançar os resultados esperados, uma vez que todas as estratégias utilizadas tiveram êxito. As crianças mantiveram a atenção durante a atividade, se demonstraram interessadas em participar de todas as etapas, como também realizaram perguntas relacionadas aos seus hábitos cotidianos e contavam seus relatos acerca das doenças abordadas. Como esperado, nem todas lembraram os nomes das doenças comentadas na ação educativa, uma vez que, levando em consideração que eram crianças, tratavam-se de nomes desconhecidos e de difícil memorização. Porém, o objetivo da ação não era este, e sim instruir acerca dos cuidados necessários para evitar tais doenças, as vias de transmissão e os sintomas que elas poderiam apresentar, caso as contraíssem. Atividades educativas com instrumentos lúdicos são ferramentas que fazem do educando um agente ativo, corroborando com a ação aqui relatada, já que a mesma se mostrou eficaz por manter a atenção das crianças ao que estava sendo discutido, havendo um retorno satisfatório diante do processo dialógico desenvolvido. A construção de um novo conhecimento para os participantes foi evidenciada pelas respostas corretas ao que foi perguntado após toda a dinâmica, seja coletiva ou individualmente, bem como pela participação com relatos e questionamentos sobre a temática abordada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A educação em saúde é um instrumento importante para transformar e modificar a realidade de populações vulneráveis a problemas do cotidiano, provenientes do descuido com a higiene, ela é uma

grande aliada no processo de mudança de hábitos, prevenção e promoção da saúde, o que influencia diretamente na qualidade de vida. A educação em saúde pode ser desenvolvida de diversas formas e precisa considerar o perfil e as necessidades de seu público para alcançar seus objetivos no que se refere à sensibilização e empoderamento sobre a temática abordada. Com crianças, essa necessidade está voltada para as particularidades desta fase, como a vontade de brincar e divertir-se, e, considerando isso, os educadores conseguem conquistar seus objetivos para com seus educandos.

EDUCAÇÃO EM PRIMEIROS SOCORROS E SUPORTE BÁSICO DE VIDA: APRENDIZADOS E EXPERIÊNCIAS ADQUIRIDAS EM ATIVIDADE DE PESQUISA E EXTENSÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Rodrigo Santos da Silva, Alaine Nicácio Rosa, Jessé Alves Lopes Filho, Maria Teresa Brito Mariotti de Santana

Palavras-chave: Ressuscitação Cardiopulmonar, Medicina de Emergência

Introdução: As lacunas e dificuldades no ensino universitário nos cursos de saúde, ao abranger aspectos da assistência em atenção de urgência relacionada aos primeiros socorros e suporte básico de vida levam a necessidade de entrar no campo da pesquisa e extensão para adquirir experiências e conhecimentos julgados basilares para a assistência numa perspectiva integral e humanizada do cuidado. **Objetivos:** desenvolver conhecimentos acerca do tema de primeiros socorros atrelados a participação nas atividades de pesquisa e extensão. Trata-se de um relato de experiência de estudantes durante o Programa PENSE, PESQUISE E INOVE A

UFBA – PROUFBA; iniciação de inovação tecnológica (PIBITI) e PERMANECER, realizados na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), no município de Salvador- Bahia, nos anos de 2013 à 2014, num total de quatro edições, com carga horária de 40 horas cada curso. Foram matriculados estudantes, servidores de escolas públicas do ensino fundamental, médio e superior (técnicos e professores), e profissionais liberais. Metodologia: Os cursos foram registrados no Sistema de Registro Acompanhamento de Atividades de Extensão (SIATEX), da Pró-Reitoria de Extensão (PROEXT-UFBA), que emitiu os certificados. A população-alvo foi alcançada por meio de distribuição de cartazes impressos e eletrônicos divulgados nas redes sociais e visitas nas escolas públicas. Em momentos distintos foi feita avaliação dos conhecimentos prévios (pré-testes) antes das aulas teóricas e práticas e aplicação de avaliações para mensurar conhecimentos adquiridos com o tema (pós-teste). Os conteúdos foram distribuídos pelos seguintes eixos temáticos: I - Políticas Públicas: Atenção às Urgências (atendimento pré-hospitalar) e Humaniza SUS (Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) em urgência; II - Urgência Cardiológica: ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com o uso do Desfibrilador Externo Automático (DEA); III - Urgências Traumáticas: imobilização e estabilização da coluna para o transporte seguro da vítima; intoxicação exógena, queimaduras, afogamento, ferimentos, fraturas, hemorragias; IV - Urgências respiratórias: obstrução das vias aéreas por corpo estranho (OVACE). É uma proposta pedagógica inovadora de ensino em urgência. Resultados: Características sociodemográficas dos 139 participantes, no período de 2013-2014, a idade média de 26 anos, correspondendo a um percentual 24,5% de homens e 75,5% de mulheres,

com níveis de escolaridade entre 2º grau completo (52,5%), 3º grau completo (16,5%) e 3º grau incompleto (30,2%); cor autodeclarada: raça parda (52,5%), negra (27,3%) e branca (18%). Impactos e considerações: ao se tratar de uma proposta de pesquisa e extensão, podemos observar o nível de aprendizado dos participantes ao longo da trajetória do curso, com aplicação das avaliações, e acompanhamento das necessidades e subjetividades dos alunos. A experiência vivida supriu a lacuna do aprendizado. Os eixos de AACR e Atenção às Urgências Pré-hospitalar com propostas direcionadas de acordo com o preconizado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), reforça o parâmetro ético/legal da necessidade da pré-assistência numa perspectiva humanizadora, que ultrapassa a visão biomédica de assistência meramente técnica e protocolista, que não permeia o importante aspecto do ver, ouvir e sentir de quem presta o atendimento em urgência, com uma assistência tecnicamente capaz, e humanizada em saúde e do respeito pela vida.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: EXPERIÊNCIA DE INTERAÇÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA DA UFFS/PF COM A COMUNIDADE ESCOLAR NO BAIRRO SANTA MARTA EM PASSO FUNDO/RS

Karla Munike Magri Cortez Heep, Isabel Cristina Hilgert Genz

APRESENTAÇÃO: Relato de experiência desenvolvido por um grupo de estudantes do segundo semestre de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), por meio de um Projeto de Interação com a comunidade, realizado durante as imersões/vivências no Sistema Único de Saúde (SUS), dispositivo de aprendizagem em serviço

vinculado ao Componente Curricular de Saúde Coletiva. Desenvolvido com crianças e adolescentes de uma escola estadual pertencente à zona rural e de abrangência da Estratégia de Saúde da Família do Bairro Santa Marta, Passo Fundo/RS. Teve objetivo de contribuir na melhoria das condições de higiene pessoal, alimentação, redução de doenças parasitárias e elucidar a potencialidade e as perspectivas que há em cada pessoa. DESENVOLVIMENTO: O movimento transformador em saúde se reflete na construção do SUS, desde os cuidados de atenção à saúde da população, até a formação de profissionais da saúde para atuar no sistema. As ações vinculadas à Atenção Básica apresentam complexidades relacionadas à articulação de diversos saberes, múltiplos profissionais e às diversidades presentes no cotidiano de vida e saúde das populações. Isto irá refletir-se na atuação do profissional médico, que precisa desenvolver uma adequada abordagem e efetiva transformação nesse nível de atendimento, uma síntese de saberes e interações de ações individuais e coletivas; curativas e preventivas; assistenciais e educativas. As demandas com base nas necessidades básicas envolvem um conjunto de ações médicas sanitárias e clínicas que resultam em um trabalho complexo, ao atender requisitos de alta capacidade resolutive e, ao mesmo tempo, de alta sensibilidade diagnóstica. Essas questões desafiam a formação médica orientada por uma visão mais integrada, intersetorial, visando à garantia da promoção da saúde, da prevenção de doenças, da recuperação e reabilitação a partir do cuidado integral e da responsabilidade sanitária como elementos norteadores das práticas em saúde. Dentro dessa proposta de aproximação do acadêmico com a comunidade, diagnosticando as fragilidades e potencialidades nela presentes e interagindo com atores específicos, o

Projeto de Interação foi realizado no período de março a junho de 2015, com um total de seis encontros, envolvendo 68 alunos de seis a 18 anos. Cada atividade foi preparada e aplicada da maneira mais divertida e diversificada possível, utilizando elementos da arte em saúde através da música, teatro e dança, assim como o uso de imagens, dinâmicas participativas e interativas, alimentos, escovódromo, dentre outros dispositivos para o engajamento dos alunos da escola. A escolha da comunidade escolar foi baseada nas vulnerabilidades as quais esses alunos estavam expostos e também, pela busca da coordenadora, para que a escola pudesse ser assistida de alguma maneira pelos universitários e agregar pontos positivos à formação em saúde de seus alunos. Nesse sentido, foi definido um processo de Educação em Saúde com crianças e adolescentes através de quatro encontros ou oficinas com duração de quatro horas sobre os temas: alimentação saudável, higiene, saúde bucal e conhecimento do corpo. Para cada encontro foi preparada uma metodologia participativa de envolvimento e interação com todos. Cada um dos acadêmicos tinha um determinado papel para desenvolver e juntos garantiram o desenvolvimento da atividade. Assim, no primeiro encontro, o tema foi alimentação. Com acadêmicos de palhaços, um violão e a música “O que é que têm na comida de cada criança”, elas foram apresentando-se e dizendo de que se alimentam. Em seguida, a partir de uma mesa com frutas e verduras foi feita uma roda de conversa e a dinâmica “Monte seu sanduíche”, que tratou da importância da alimentação saudável. Após, a brincadeira “Caça ao Tesouro” garantiu uma premiação igual para todos os participantes. No segundo encontro o tema foi higiene, onde se trabalhou com atividades relacionadas à higiene pessoal de maneira lúdica e com palestras envolvendo teatro com fantoches,

palhaço, vídeo, dinâmica de limpeza das mãos e a fala sobre higiene pessoal. Relacionou-se, também, a higiene da família de maneira que o conteúdo abordado pudesse ser compartilhado em casa com integrantes do núcleo familiar. No outro encontro, sobre higiene bucal, buscou-se a disponibilização de um escovódromo, escovas dentais e creme dental para que cada um pudesse, na prática, realizar a higiene da boca, a partir das orientações gerais. Assim, todos participaram e receberam as escovas disponibilizadas. Além disso, realizaram-se orientações para que as crianças e seus familiares, pelo menos uma vez ao ano, busquem atendimento odontológico na Estratégia de Saúde da Família. Por fim, a atividade de conhecimento do corpo foi através da visita ao Laboratório de Anatomia e ao Campus da Medicina da UFFS de Passo Fundo. Com o intuito de mostrar uma realidade um pouco diferente, preparou-se essa visita das séries finais do ensino fundamental que passaram a conhecer o que é uma universidade federal, buscando despertar o interesse em continuar os estudos e buscar novas perspectivas de vida.

RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Observou-se o crescente interesse dos alunos em participar e interagir com as atividades, potencializando os encontros e participando ativamente de todas as dinâmicas e atividades propostas, sendo que, a partir do segundo encontro começou a se observar uma mudança na postura em relação aos assuntos trabalhados, concluindo que as atividades estavam gerando mudanças nos participantes. A valorização, autoestima e novos horizontes aos alunos ficaram evidentes, corroborando com Leonardo Boff que afirma: “O que efetivamente conta não são as coisas que nos acontecem. Mas, sobretudo, a nossa reação frente a elas”. Isso porque o conteúdo puramente em si qualquer grupo de estudantes poderia

ir à instituição e trabalhar, porém o olhar voltado mais para o ser humano, além de ensinar novos hábitos proporcionou, com certeza, a vontade de fazer uma nova história. A constatação convicta dessa mudança, mesmo sendo demasiadamente pequena diante da complexidade das dificuldades enfrentadas, foi fundamental, pois foram ouvidas dentro da escola várias manifestações de que a instituição era esquecida por se encontrar em zona rural. Ou seja, só o fato de trabalhar com eles já mostra o quanto são importantes para a universidade. Além disso, buscou-se ao máximo mostrar novos caminhos aos alunos, mostrar que existe muito mais do que eles estavam vendo. Exemplo disso foi um simples passeio de ônibus até o centro de Passo Fundo no dia da visita à UFFS e ao laboratório de anatomia. O brilho no olhar e o sorriso no rosto ficou explícito. Pequenos detalhes fizeram a diferença na vida desses adolescentes que certamente ficarão marcadas para toda a vida. Afinal, cada um lê com os olhos que tem e interpreta a partir de onde os pés pisam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: As vivências nos serviços de saúde, territórios e realidades das comunidades no Curso de Medicina são fundamentais, a fim de conhecer as diferentes realidades e desenvolver conhecimentos, habilidades e sensibilidades de interagir em grupos, comunidades, escolas de maneira que possa não apenas tratar doenças, mas buscar a promoção da saúde, a proteção e os cuidados para evitar o adoecimento das pessoas. O trabalho de valorização, autoestima e identificação das potencialidades de vida num universo de muitas vulnerabilidades e adversidades foram sementes lançadas e gerarão frutos de vida, saúde e dignidade.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GRUPOS DE UMA COMUNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Martha Helena Teixeira de Souza, Camila Biazus Dalcin, Dirce Stein Backes, Scharllet Gasperi

Palavras-chave: profissionais de saúde, educação, saúde

APRESENTAÇÃO: A construção de um sistema de serviços de saúde democrático – universal, igualitário e integral – constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também, e essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde (ALVES, 2005). Neste contexto da rotina do desenvolvimento das ações dos serviços de saúde, encontra-se a educação em saúde. A educação em saúde é um processo de ensino-aprendizagem que visa à promoção da saúde, e o profissional dessa área é o principal mediador para que isto ocorra. Destaca-se que o mesmo é um educador preparado para propor estratégias, no intuito de oferecer caminhos que possibilitem transformações nas pessoas/comunidades (PEDRO, 2000). Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005). A atuação de profissionais de saúde com educação em saúde ocorre em diferentes cenários. Na rede de serviços junto ao Sistema Único de Saúde – SUS percebe-se que esses profissionais aproximam-se da realidade dos usuários dos serviços, facilitando troca de saberes e experiências entre a população

e profissionais de saúde, visto que cada um detém seu saber. A prática de educação com os usuários visa à prevenção de doenças, à promoção da saúde e favorece a autonomia da população envolvida, buscando torná-los sujeitos ativos e transformadores de sua realidade. Neste contexto, faz-se necessário ampliar as possibilidades de capacitação e potencialização dos profissionais de saúde para trabalhar ações de saúde, baseadas em um compromisso ético e humanizado (CECCIM, FEUERWERKER, 2004). O presente trabalho teve por objetivo relatar a experiência do trabalho de educação em saúde de docentes e discentes dos cursos de enfermagem e medicina com grupos de uma comunidade do município de Santa Maria/RS.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Este estudo foi do tipo relato de experiência desenvolvido a partir de ações de educação em saúde de acadêmicos dos cursos da saúde do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, junto a uma comunidade do município de Santa Maria/RS atendida por Unidade Básica de Saúde com Estratégia de Saúde da Família. Durante a realização de atividades práticas de acadêmicos de enfermagem e medicina é possibilitada a participação em grupos de mulheres, hipertensos e adolescentes, visando trabalhar diferentes temas sugeridos pelos participantes. O trabalho foi desenvolvido no período de março e abril de 2015. Para tanto, participaram de ação realizada em grupos que se reúnem desde o ano de 2004 nesta localidade. São grupos de mulheres e hipertensos, que se reúnem nas terças-feiras para troca de saberes. O contato com os adolescentes ocorreu na escola da comunidade e o tema principal foi a interferência do meio ambiente na saúde da comunidade. Em todas as situações utilizou-se da modalidade de rodas de conversas, possibilitando uma maior integração dos docentes, discentes e população envolvidos. Ao final de cada reunião eram

entregues materiais educativos criados com a participação de todos. RESULTADOS: No grupo de mulheres, os principais temas abordados foram a sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer de colo uterino e de mamas, violência, drogas, direitos femininos e cidadania. No grupo de hipertensos houve também a participação de acadêmicos da farmácia no qual explicaram como agem os chás no organismo. Os acadêmicos da área da saúde, além de prestarem informações aos usuários presentes no grupo, preencheram a carteira do hipertenso, falaram sobre os efeitos dos medicamentos e a importância dos exercícios físicos, estimulando a realização do grupo de caminhada na comunidade. Durante a realização das atividades educativas nos grupos, a sugestão de temas para as próximas reuniões surge da fala dos participantes, os quais priorizam temas que podem produzir mudanças em suas rotinas, favorecendo a saúde da comunidade. A atividade de educação em saúde com grupos na escola da comunidade foi organizada em parceria com os professores da instituição e o tema proposto foi a importância do cuidado com o meio ambiente para promoção da saúde. Os acadêmicos perceberam durante as atividades a importância da troca de saberes durante as reuniões com os grupos, fortalecendo o vínculo, ampliando o olhar para saúde além do aspecto biológico, possibilitando que problemas sociais sejam discutidos e as soluções sejam buscadas em grupo, fortalecendo a autonomia da comunidade envolvida. Após a realização destas atividades os acadêmicos dos cursos da saúde perceberam também que as ações de educação em saúde estão apoiadas no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada

em um conceito de saúde ampliado, considerado como fatores importantes neste processo o acesso à alimentação, escolaridade, moradia, ao trabalho, transporte entre outros. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir do trabalho de educação em saúde com grupos da comunidade é possível constatar a importância da participação de discentes da área da saúde em ações que propiciem o contato mais próximo da população, atendendo suas necessidades de acordo com sua realidade. As reuniões em grupo são eficazes para esclarecerem dúvidas não apenas sobre patologias, mas sobre o funcionamento da rede do SUS, discutir problemas da comunidade, direitos dos cidadãos, entre outros. Por meio das reuniões em grupo e a integração com a comunidade, profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde, acadêmicos de outros cursos da área da saúde, pode-se considerar a relevância destas ações, trazendo uma experiência aos acadêmicos, futuros profissionais, que atuem de acordo com a realidade da população que procura pelos serviços de saúde.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA IMPORTANTE PARA A PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL

Rayane Santos de Lucena, Danielle Cristina Gomes, Mícarla Priscila Silva Dantas, Cilânea dos Santos Costa, Cecilya Mayara Lins Batista, Jéssica Barros Rangel, Silvana Alves Pereira, Vamilson Oliveira de Pontes

Palavras-chave: Promoção da saúde, hospitalização infantil, educação em saúde

A Educação em saúde configura-se como uma ferramenta importante para a disseminação de informações produzidas cientificamente para a população em geral,

capaz de promover mudanças e reorientação dos hábitos de vida contribuindo para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado, na sua relação com os profissionais e com os gestores, a fim de alcançar uma atenção à saúde humanizada e integral. O ambiente hospitalar permite incorporar algumas ações ao âmbito das enfermarias, visando à realização de intervenções, onde não só a doença pode ser tratada mais o autocuidado e a qualidade de vida sejam assegurados com protagonismo dos sujeitos envolvidos. Este resumo apresenta como objetivo principal relatar a realização de uma atividade educativa com abordagem lúdica realizada na enfermaria pediátrica do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB). O HUAB corresponde a uma unidade de ensino de média Complexidade ambulatorial e hospitalar, referência no atendimento ao público materno-infantil para toda a região do Trairi, localizado na cidade de Santa Cruz-Rio Grande do Norte. A referida instituição tem como missão “Prestar assistência materno - infantil qualificada e humanizada, de referência regional, servindo a um ensino voltado para uma formação cidadã”. O referido hospital é considerado Hospital Amigo da Criança pela UNICEF desde 1996. Atualmente oferece serviços voltados para a saúde da mulher e da criança, com 53 leitos conforme dados extraídos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, sendo 15 leitos de pediatria, 23 leitos de obstetrícia clínica (alojamento conjunto), 06 de obstetrícia cirúrgica (alojamento conjunto), 04 de neonatologia (Berçário Patológico); 03 leitos de ginecologia cirúrgica e 02 leitos de Clínica Geral. Na enfermaria pediátrica onde são realizados atendimentos (observações internações) de baixa e média complexidade, nota-se através das vivências diárias da equipe multiprofissional, que o processo de adoecimento permeia o ambiente físico e socioeconômico onde as crianças estão

inseridas. A utilização de vários níveis de assistência à saúde (baixa, média e alta complexidade) e o enfrentamento da necessidade de internação para tratamento clínico de alguma patologia que culmina numa mistura de sensações e quebra da rotina de vida da criança e da família, fazendo com que este momento não seja bem enfrentado pelo binômio (mãe e família), dificultando muitas vezes a adesão ao tratamento e prejudicando a reabilitação da saúde do paciente. Embasados pela importância e eficácia da educação em saúde como estratégia importante para prevenção de agravos e doenças e promoção da saúde, o HUAB desenvolve na enfermaria pediátrica o projeto de extensão intitulado “Empoderamento” que visa proporcionar as/aos acompanhantes das crianças internas o conhecimento de novas informações e formas de cuidado com a saúde das crianças possibilitando para estes a capacidade de promover mudanças no seu estilo de vida e cuidados com sua família. O referido projeto é desenvolvido pela equipe de profissionais da residência multiprofissional do referido hospital, composta por assistente social, enfermeira, fisioterapeuta, farmacêutica, nutricionista, odontólogo e psicóloga. As atividades ocorrem semanalmente, nas terças-feiras à tarde, com a realização de atividades educativas com metodologia lúdica para os acompanhantes e crianças internadas na enfermaria pediátrica do referido hospital, abordando temas variados escolhidos a partir das principais demandas que culminam na internação e que estão envolvidas no processo saúde-doença. O presente relato expõe a atividade que foi realizada intitulada “Circuito da Saúde”, que abordou temáticas relacionadas ao processo de adoecimento e reabilitação da saúde durante a internação. A metodologia escolhida para a realização da referida atividade foi idealizada pela equipe multiprofissional buscando a participação

ativa das crianças, para isto optou-se pela elaboração de um circuito, semelhante à brincadeira da “amarelinha”, bem presente nas práticas da infância. Para este jogo foram confeccionados: um dado com números de 1 a 4 que indicavam quantas casas avançar e duas alternativas escritas com “volte quatro casas” e “passe uma rodada sem jogar”; Um circuito para ser fixado no chão com números, ilustrações e perguntas no decorrer do percurso; Dados menores com fotos de super-heróis para participação no jogo das crianças pequenas que não conseguiriam pular. Ao passar de cada jogada as crianças e seus acompanhantes iam compartilhando conosco quais os primeiros sintomas clínicos e qual o primeiro serviço que procuraram, a partir destas informações foi possível demonstrar para as mães/pais o funcionamento das redes de atenção a saúde e seu funcionamento. Dando sequência, questionávamos sobre como foi à consulta médica e quais as sensações e sentimentos perante o diagnóstico, passeávamos então conversando sobre como está sendo o tratamento e a importância da adesão de todos os procedimentos assim como do direito dos mesmos de conhecer porque cada procedimento esta sendo aplicado. Finalizando o circuito de cuidados a saúde era discutida a importância da responsabilização por parte de todos para a continuidade da reabilitação da saúde caso seja necessário, e sua manutenção com o apoio da criança e da família. As crianças e seus acompanhantes demonstraram-se a todo o momento ativas, participantes e ansiosas a cada jogada, possibilitando o conhecimento da realidade de cada um e o compartilhamento de anseios e dúvidas por parte das mães, que a partir de então se sentiram mais seguras e confortáveis, melhorando o contato e comportamento perante a equipe de saúde, proporcionando maior facilidade na adesão e realização dos tratamentos clínicos necessários e

possibilitando o protagonismo das mesmas no cuidado com seus filhos. Portanto, a partir da realização desta atividade enfatiza-se a importância da realização destas em âmbito hospitalar como importante estratégia preventiva que pode e deve ser construída em conjunto (profissionais de saúde, criança, família, comunidade e sociedade em geral). Pode-se compreender que a prevenção e promoção da saúde é o caminho mais eficaz para a redução dos índices de internação e adoecimento de nossas crianças. Através destas práticas pode-se promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes relacionados ao modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, empoderando os indivíduos de seu papel ativo como modificador da sociedade em que vive.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A CRIAÇÃO DE VÍNCULOS COM FAMÍLIAS EM CENÁRIOS DE VIVÊNCIAS NO SUS

Bruna de Oliveira, Lucas Henrique Lenhardt, Vanderléia Laodete Pulga, Maríndia Biffi

Palavras-chave: Educação em saúde, vivência, imersão,

APRESENTAÇÃO: A educação em saúde é fundamental para promover, proteger e cuidar da saúde da população e é um dos desafios na formação médica. Os atores sociais responsáveis pelo desenvolvimento dessa abordagem prática no SUS estão vinculados às equipes de saúde da Atenção Básica. O Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul campus Passo Fundo (UFFS/PF) tem um dispositivo pedagógico de interação ensino-serviço-comunidades que ocorre por meio de vivências/imersões junto ao Sistema Único de Saúde. Pautado

nessa ideia de concretização de vínculos a universidade proporciona aos discentes do curso de Medicina uma aproximação com famílias de municípios de realidades específicas como camponeses, assentados do Movimento de Trabalhadores Sem Terra (MST), quilombolas, indígenas e de periferia urbana. A partir disso, os estudantes refletem e compreendem as relações familiares, realizam atividades que auxiliam na avaliação do contexto familiar, convivem com sua rotina e pontuam determinantes de saúde-doença que fazem parte de suas realidades. DESENVOLVIMENTO: Por meio das vivências/imersões quinzenais os estudantes acompanham famílias previamente selecionadas que possuem especificidades, dentre as quais podemos citar: a presença de síndromes genéticas, usuários de álcool e drogas, doenças neurodegenerativas, pacientes acamados, doentes mentais e famílias desestruturadas por casos de encarceramento, ausência de saneamento básico e fragilidades devido ao luto. Assim, os estudantes convivem o dia inteiro acompanhando a rotina da família, dialogando, refletindo sobre suas particularidades, seu acesso ao SUS, suas relações interpessoais e sociais, assim como suas articulações comunitárias. Dentre as atividades realizadas é traçado um perfil da família usando instrumentos como genogramas, ecomapas, apgar, mapa domiciliar e outros dispositivos que auxiliam na Atenção Básica no atendimento, na avaliação clínica, principalmente em patologias de ordem hereditárias, ao que se relaciona com os determinantes sociais de saúde e as questões de gênero e vinculadas à violência, dentre outras. Há ainda a realização de planejamento acerca do ambiente em que vivem, sugerindo mudanças que contribuam para uma melhoria no processo saúde doença. Após o levantamento de dados e de informações pertinentes às atividades estipuladas à semana, há uma

reunião com a equipe de saúde para o repasse de conclusões e debates referente à medida que possibilitariam uma eficácia de resultados e medidas que auxiliariam ao estreitamento de vínculos, o que permitiria, quiçá, o repasse de situações intrínsecas do meio familiar e que até então são ocultas ao serviço de saúde. Todo material produzido nessas atividades é anexado ao prontuário da família, esclarecendo alguns pontos importantes e completando com os dados clínicos coletados durante as consultas médicas. RESULTADOS: A aproximação com as famílias nas vivências permitem um contato significativo sobre como se dá o mecanismo intrínseco de cada uma delas. Observaram-se muitas questões frequentes que incidem sobre os processos de saúde-doença e cuidados, destacando-se: a falta de instrução que dificulta o conhecimento sobre como usar adequadamente medicamentos e o serviço de saúde; informações referentes a dietas em períodos de tratamento; orientações sobre a higienização de ferimentos; o desamparo psicológico; a vulnerabilidade social que alguns entes estão submetidos no processo de luto ou de patologias degenerativas progressivas e a falta de informação de serviços prestados pela unidade de saúde que frequentam. Dentre as potencialidades identificadas destacam-se o efetivo trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde que atuam há muito tempo na região o que permite um estreitamento de laços e de comunicação entre elas e às famílias, possibilitando uma efetividade dos serviços desenvolvidos. O conhecimento da história da família permite uma compreensão mais segura dos processos desencadeantes que as levaram a estarem naquela estrutura hoje, permitindo uma reflexão sobre mecanismos que poderiam influenciar de modo decisivo ou coadjuvante sobre a sua realidade atual. Os exercícios de utilização de instrumentos que avaliem as condições dessas famílias

através do diálogo ou da imagem favorecem um contato mais palpável com a realidade e permitem que esses objetos sirvam de exemplo para, que, futuramente o manejo desse auxílio seja relevante e não apenas mais um artigo optativo e descrente de sua eficácia, como se observa hoje. Outro fator que levou ao debate quanto aos resultados é a possível manipulação que a família poderá fazer referente à sua história, já que é possível que boa parte de situações e dados importantes sejam omitidos aos acadêmicos, pois os vínculos são recentes. Todavia, mesmo diante de situações em que o medo, a insegurança e até mesmo o constrangimento de circunstâncias atuais ou lembranças que causam desconforto, como: o assédio sexual, a violência, o assassinato, o aborto e outras condições; acredita-se que, com o passar do tempo, e na medida em que o estreitamento dos vínculos se tornam realidade, pensa-se que fazendo uso da empatia e de uma escuta e observação qualificada e atenta, muitos indícios desses pontos serão evidenciados e decisivos na formulação de medidas que auxiliem o rumo dessas famílias e, que assim, contribua para enfrentar e superar as vulnerabilidades às quais estão presentes em seu cotidiano de vida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O exercício dessa experiência por parte dos discentes é fundamental para a formação diferenciada, permitindo a visão sobre diferentes realidades dentro de um mesmo ambiente. A partir disso, o contato posterior à graduação no exercício médico, permitirá uma bagagem repleta de situações e instrumentos não muito utilizados hoje, mas que auxiliam na detecção de problemas e soluções de diversos setores que envolvem as famílias. Quando se refere aos municípios, o envolvimento da universidade e dos discentes nessa realidade permite pontuar situações que antes não eram vistas com tanto afinco, devido à onerosidade ou a falta de tempo da gestão. Já em relação

às famílias, o convívio com os estudantes gera uma mudança na rotina e há uma construção de afeto mútuo o que permite uma facilitação nas informações necessárias para as atividades práticas. A prática de atividades que necessita do diálogo, da entrevista e da empatia, faz do acadêmico o protagonista de sua formação, aprendendo técnicas de abordagem e tomando cuidado para não ser invasivo e, ao mesmo tempo, não parecer passivo a todas as situações em que está sujeito. Assim, as vivências auxiliam não só na tentativa de elaboração de um profissionalismo humanizado, mas também na construção e aperfeiçoamento de técnicas semiológicas e clínicas, como também no exercício da relação com as pessoas, as famílias e comunidades, que serão usadas em outros componentes curriculares do curso de Medicina. Portanto, é evidente que a inovação no curso de graduação traz alguns desconfortos e desafios por parte dos profissionais que atribuíram essas atividades, aos municípios que alteram sua rotina para receber os acadêmicos e aos discentes que são levados à realidade do Sistema Único de Saúde e as famílias que possuem características peculiares. Mas, esse conjunto de agentes sociais e profissionais é responsável por permitir reflexões sobre como se pode trabalhar, estudar e estabelecer educação em saúde em locais e espaços frágeis, vulneráveis e extremamente ricos em conteúdo e rede, que é a família e sua integração às demais entidades que oferecem serviço e permitem que essas continuem coesas e funcionantes.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA OS USUÁRIOS DO SUS NA SALA DE ESPERA DO AMBULATÓRIO II DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Daniele Merisio Raimundi, Edilene Gianelli Lopes, Ilma Paula Lotufo, Izabel Aparecida Amorim Pinto, Tamiris Maranhão Arruda,

Carla Gabriela Wunsch, Maria Auxiliadora Maciel Moraes, Jéssica Dias Ferreira

Palavras-chave: educação em saúde, enfermagem, formação

O Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM) é essencialmente público, situado em Cuiabá e atende pacientes referenciados pelo SUS. Atualmente é administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) que presta serviços de assistência terciária, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade. Além disso, oferece serviços de apoio ao ensino, pesquisa extensão para a formação profissional em saúde na área hospitalar. Destaca-se o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso, com ênfase em Atenção Cardiovascular (PRIMSCAV), que está inserido no HUJM, desde 2010. Devido à manutenção de um campo de prática focada na área assistencial, com participação ativa dos residentes na reestruturação dos serviços e inovação da prática de enfermagem no âmbito ambulatorial, criou-se a consulta de enfermagem, juntamente com a Educação em Saúde com enfoque cardiovascular para os usuários no Ambulatório II. Com a implantação do Sistema Único de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, houve um maior impacto na questão da educação em saúde para a população brasileira, permitindo o profissional enfermeiro tornar-se agente facilitador da transformação do contexto de saúde na qual o usuário está inserido, com objetivo de favorecer o empoderamento, emancipação e a responsabilidade tanto pela sua saúde individual quanto coletiva. Somado a isso, os educandos transformam-se em reais sujeitos da construção e reconstrução do saber ensinado e ao lado do educador, igualmente sujeito do processo, possibilita tornar o indivíduo ativo, crítico,

independente, consciente e responsável pela sua aprendizagem (FREIRE, 1996). Cabe aos profissionais respeitarem e discutirem sobre os saberes, tanto os populares advindos da realidade do usuário quanto os da demanda clínica, no contexto da instituição de saúde. Assim, os profissionais juntamente com os usuários interagem e compartilham da compreensão e de construção do conhecimento sobre saúde em conjunto. Atualmente, alguns autores defendem que a saúde deve ser entendida dentro de um contexto dinâmico e complexo, considerando fatos intermediários, como época, momento histórico-cultural, pois a condição normal e patológica torna-se imprecisa para cada usuário que experiência o processo de adoecimento (CAMGUILHEM 2002). Considerando esse entendimento sobre saúde, para além de ausência de doença, propõe-se relatar a experiência da prática de educação em saúde com ênfase na atenção cardiovascular realizada no Ambulatório II em sala de espera, no período de março a setembro de 2015, pelas residentes de enfermagem do programa PRIMSCAV, tendo a duração máxima de 35 minutos por cada atividade. As temáticas abordadas partiram das demandas dos usuários e são relacionadas ao quadro epidemiológico regional/nacional e alguma patologia específica que são atendidas no ambulatório, bem como sobre o cuidado em saúde. Para dinâmica da condução do processo educativo utilizou-se de metodologias ativo-participativas, cuja proposta é inserir o máximo os usuários no processo de trocas de saberes e conhecimentos. Utilizou-se de cartazes com desenhos, rodas de conversa, maquetes, mitos e verdades sobre saúde e doença, instigando a participação sobre o tema discutido, permitindo tempo hábil para que eles perguntassem e respondessem os questionamentos levantados. Nesse resumo contabilizou-se o total de 20 (vinte)

práticas de educação em saúde realizadas durante os períodos de março a setembro de 2015, correspondente as duas primeiras rodadas de campos de estágio das alunas residentes no Ambulatório de Cardiologia, este situado no Ambulatório II do Hospital Universitário Júlio Muller. A quantidade programada para a prática de educação em saúde no ambulatório ocorreu em uma média entre uma a três atividades por semana. Reunindo nessas programações um total de 265 usuários participantes. No final de cada atividade entregou-se uma ficha para a avaliação da atividade com perguntas direcionadas sobre o que se discutiu durante a atividade como: “De que forma essa atividade contribuiu para sua vida?”, ou “O que você gostaria que fosse falado em outro momento?”. Essa informação teve como principal finalidade melhorar a dinâmica e o atendimento pelo serviço de enfermagem, a partir das sugestões dos usuários. Perguntas como “O que você acha que precisa melhorar?” “O que você gostaria que fosse falado em outro momento?” contidas no questionário passaram uma ideia ambígua induzindo as respostas para a insatisfação em relação ao sistema de saúde público, aos serviços governamentais. Deste modo, levantou-se a necessidade de reformulação das questões que envolvem a opinião do usuário sobre a roda de conversa. Com a reformulação das perguntas edificamos o nível de satisfação dos participantes, com questionamento como: “De que maneira você avalia a realização desta conversa?” A totalidade (100%) dos usuários considerou ótimo, e um usuário escreveu ao lado da pergunta a seguinte frase: “Está de parabéns”. “Qual sua sugestão para que possamos melhorar a maneira de realização desta atividade?” E as respostas foram: “Nenhuma.” “Com mais frequência.” “Pra mim vocês foram ótimas e não precisam, pois foram perfeitas.” “Tá bom do jeito que tá.” “Está ótimo. Continua se puder.” “Mostrar mais

imagens para facilitar a compreensão das pessoas”. No entanto, algumas facilidades e dificuldades se mostraram importantes no processo de aperfeiçoamento deste trabalho. Dentre os aspectos facilitadores estavam a receptividade dos usuários que se encontravam dispostos e cooperativos diante das atividades propostas, além disso, o trabalho contava majoritariamente com a participação da enfermeira preceptora assistencial tanto na elaboração das educções em saúde quanto na execução das mesmas. Outro ponto positivo foi o apoio da instituição com a preparação de materiais impressos e dos profissionais para sua elaboração. Contudo, as dificuldades estavam presentes na estrutura física das salas de esperas, apresentando-se como corredores que não comportavam todos os usuários dificultando maior abrangência das atividades, bem como a interrupção intermitente das chamadas para as consultas agendadas no ambulatório II. Outro e significativo achado dificultador foi a pouca participação das demais áreas da saúde nas atividades, restringindo o conhecimento das abordagens temáticas propostas. Infere-se que a contribuição da Educação em Saúde no âmbito da sala de espera da instituição hospitalar ocorreu de forma positiva, principalmente, por quebrar a dicotomia existente entre cura/prevenção, saúde/doença, curativo/preventivo. Contribuindo também com êxito para a formação em saúde dos profissionais enfermeiros, constituindo-se uma base no pensamento crítico sobre a realidade e tornando-se possível pensar em educação em saúde como formas de se reunir e dispor recursos científicos para implementação do saber. Deste modo, visou alcançar a saúde e a educação como um direito socialmente emancipatório, a partir de construção coletiva na troca de experiências singulares em saúde.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: RELATO DE UMA INTERVENÇÃO REALIZADA POR PETIANOS EM UMA ALDEIA INDÍGENA

Gessiani Fatima Larentes, Vivian Breglia Rosa Vieira, Vanessa da Silva Corralo, Renata de Macedo, Diana Zem, Eloise Berlanda, Alisson Monteiro, Tânia Mara Lara Padilha

Palavras-chave: Educação em Saúde, Outubro Rosa, PET-Saúde

INTRODUÇÃO: A Universidade Comunitária da Região de Chapecó juntamente com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e a Secretaria da Saúde de Chapecó, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde, tem promovido processos de reorientação da formação profissional, de acordo com dispositivos dos Ministérios da Saúde e da Educação. Em 2013 foi aprovado, neste contexto, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde): Redes de Atenção à Saúde da População Indígena. Tal aprovação corrobora o compromisso da instituição de ensino e do serviço público em promover mudanças na formação e nos processos de educação em saúde, com foco na realidade e ênfase nas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde. O PET-Saúde propõe o envolvimento de grupos tutoriais de estudantes, docentes e trabalhadores da saúde, organizados a partir do princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. No PET-Redes de Atenção à Saúde da População Indígena estão envolvidos professores e estudantes de dez cursos da Unochapecó, profissionais e gestores da secretaria de saúde do município de Chapecó, além de profissionais vinculados ao Pólo Base da Secretaria de Saúde Indígena. Cabe ressaltar que os cursos envolvidos no processo de reorientação da formação profissional em saúde são: Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia,

Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. Com base na compreensão de que o processo de ensino-aprendizagem se dá de forma participativa e considerando que o PET-Saúde busca qualificar ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos envolvidos, foi realizado uma ação de educação em saúde com mulheres de uma aldeia indígena como parte das ações do Outubro Rosa 2014. Objetivou-se esclarecer dúvidas frequentes com relação à saúde da mulher, além de qualificar a formação de estudantes. **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:** A proposta da atividade de educação em saúde se deu a partir de um encontro tutorial do PET. Foi solicitado ao grupo de estudantes e preceptores o planejamento de uma intervenção, que ocorresse em meio às ações do Outubro Rosa, em outubro de 2014. O grupo responsável pela atividade em uma das aldeias indígenas era composto por estudantes de psicologia, enfermagem, odontologia, nutrição e farmácia, além da preceptora e enfermeira da aldeia e de uma professora tutora do PET Redes de Atenção à Saúde da População Indígena. Após diversos encontros de planejamento, definiu-se que o método utilizado seria a dinâmica da dança circular, acompanhada de pausas para debater aspectos da saúde da mulher. O local escolhido para realização da atividade foi uma área verde, situada em frente à unidade de saúde da aldeia. A coordenação da dança e dos conteúdos ficou sob responsabilidade dos acadêmicos. Cada estudante ficou responsável por promover o debate a partir de uma informação relacionada com a sua área de qualificação profissional e que tivesse vínculo com problemas da comunidade previamente conhecidos. Todos se comprometeram a aprofundar os estudos sobre todos os assuntos, para auxiliar na condução da atividade. Os temas abordados foram: vacinação, uso de contraceptivo oral,

saúde mental/depressão, higiene bucal e autoexame das mamas. Ao final da ação foram avaliados os resultados obtidos. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Participaram da ação cerca de 50 mulheres, além da equipe de saúde da unidade de saúde da comunidade. Como primeira estratégia, de acolhimento, foi realizada uma dança circular com passos e ritmo calmos. Alguns estudantes formaram um círculo, inicialmente com os agentes indígenas de saúde (AIS), e outros se dispersaram no local e incentivaram as mulheres a se aproximarem da roda. No início algumas se sentiram envergonhadas, porém com o passar do tempo acabaram se integrando ao grupo. A metodologia da dança circular foi escolhida pelo grupo, pois esse tipo de dança acolhe e honra diferentes povos e tradições. Durante a roda compartilham-se gestos e significados de culturas diversas, não é necessário ter conhecimentos nem habilidades específicas sobre dança, basta o desejo. Entre uma música e outra o debate e esclarecimento de dúvidas acontecia. É importante destacar a participação dos AIS na roda. Os AIS são motivadores de transformação e têm papel essencial na melhoria da qualidade de vida e autonomia dos povos indígenas. Nesse contexto, a participação desses profissionais enriqueceu a roda e, concomitantemente, gerou um processo de educação permanente. A problematização, a partir da realidade, é essencial para que se promova a educação e foi isso que o grupo buscou fazer. Pode-se considerar que a grande maioria das indígenas participou de forma ativa e puderam esclarecer dúvidas em relação aos temas abordados. Um aspecto interessante diz respeito ao fato de que os questionamentos feitos por elas possuíam vínculo com a própria saúde e com a saúde de familiares. Tal situação evidencia a premissa de que a mulher é promotora da saúde, principalmente na família. Também cabe ressaltar que a atividade proporcionou

aos estudantes conhecer algumas crenças e costumes da população. Diversas vezes, durante a dinâmica, as índias relataram ações de cuidado com a saúde comuns na aldeia, mas distintas das utilizadas pela população não indígena. Ao fim de todas as danças e orientações as participantes puderam avaliar verbalmente a ação de educação em saúde. Muitas referiram satisfação com relação à abordagem utilizada e citaram a importância de poder esclarecer dúvidas relacionadas à saúde. Ficou evidente o fato de que a metodologia utilizada promoveu articulação de saberes e que a atividade ao ar livre imprimiu uma conotação de promoção de saúde e lazer. Os petianos também avaliaram a atividade de forma positiva. Um dos estudantes relatou: “foi uma experiência que será levada para toda a vida. Nós, futuros profissionais da saúde, temos compromissos para com a saúde de nossa população, seja ela de qual etnia for. Deve-se respeitar a cultura de cada povo”. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Quando se fala em educação em saúde, estão imbuídos conceitos e práticas de promoção e prevenção, que remeteu ao público participante da atividade, a preocupação não somente com a saúde das mulheres, foco da ação, mas também com a saúde da família, uma vez que se trata de mudança de comportamento, o que inclui todos os membros. A adesão da comunidade feminina e envolvimento nas atividades de orientação sobre vacinação, o uso de contraceptivo oral, questões sobre saúde mental/depressão, higiene bucal e autoexame das mamas, para prevenir doenças, certamente tornou o resultado da intervenção satisfatório. A dinâmica da dança circular inovou e facilitou o caminho para percorrer estratégias de promoção da saúde. Importante destacar que a inserção acadêmica e profissional junto a população indígena requer respeito a sua cultura, reconhecimento de seus costumes

no cuidado com sua saúde e valorização do saber popular, e o grupo tutorial levou isso em consideração no planejamento de sua vivência. Esta experiência traz consigo a responsabilidade acadêmica e profissional de promover a saúde da população a partir das necessidades e realidade identificada.

EDUCAÇÃO FÍSICA E APRENDIZAGEM LÚDICA

Adriney José da Silva, Lourdes Lago Stefanelo, Ednéia Albino Nunes Cerchiarri

Palavras-chave: educação infantil, educação física, lúdico

APRESENTAÇÃO: A realidade brasileira, assim como a de outros países, em relação à Educação Infantil passa por um período de expansão. O debate teve maior intensidade no Brasil após a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº. 9394/96, o que estabelece a Educação Infantil como primeira etapa da Educação Básica e direito da criança de zero a seis anos é dever do Estado. Desde então, estão em debate questões que dizem respeito à natureza da criança e sua infância, suas necessidades, seu processo de maturação e construção social. No que se refere à Educação Infantil, discute-se sobre sua especificidade e o currículo a ser trabalhado. Além disso, a articulação de diversos campos de conhecimento científico, as visões fragmentárias presentes na atuação dos profissionais envolvidos, sua formação e condições estruturais de trabalho (BRASIL, 1996). Dentre os saberes colocados em questão, a Educação Física tem sido alvo de pesquisa. Busca-se investigar a contribuição desse componente curricular como área de conhecimento na Educação Infantil. Ao analisar as produções veiculadas nos periódicos da Educação Física percebe-se que os estudos da área da Educação Infantil são relativamente

recentes assim como a própria Educação Infantil, que recebeu o status de primeira etapa da Educação Básica há apenas alguns anos. Toda e qualquer criança tem o direito de brincar e estudar e de acordo com a Lei 12.796/13 é dever dos pais ou responsáveis efetuar a matrícula das crianças na educação básica a partir dos quatro anos de idade. Os estados e municípios têm até o ano de 2016 para estarem se adequando e oferecendo vagas suficientes para todas as crianças desta faixa etária. Esta Lei não só garante que estas crianças sejam matriculadas, mas também que já tenham início do trabalho de seu desenvolvimento corporal, físico, cognitivo e intelectual nas escolas (BRASIL, 1996). Assim, com esta nova lei, estas crianças passaram a ter oportunidade de estarem trabalhando seu desenvolvimento dentro da escola mais cedo. Enquanto as crianças brincam, o professor de Educação Física precisa tirar proveito deste momento, propiciando momentos de lazer, oferecendo por meio de atividades físicas, conhecimentos para que estes alunos trabalhem suas habilidades motoras. De acordo com Le Boulch in Melo (1997), a criança por meio de seu próprio corpo em movimento terá a possibilidade de criar, aprender e descobrir, assim se beneficiando em seu desenvolvimento. O professor de Educação Física precisa oferecer atividades físicas de acordo com cada faixa etária e para as crianças da Educação Infantil as atividades não podem ter muitas exigências e as regras devem ser simples e bem claras para a compreensão de todos envolvidos. O professor deve estar direcionando as atividades de forma que não perca o caráter pedagógico e nem o interesse das crianças em estar participando. Muitas vezes as aulas são apenas repetições de exercícios educativos, tornando as aulas sem objetivos e monótonas. Por meio do lúdico e com a utilização dos jogos, procura-se a solução para esse problema

a fim de despertar na criança o interesse pela aprendizagem de forma responsável e prazerosa. **DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO:** Foram realizadas observações nas aulas de Educação Física com uma das turmas da Educação Infantil de uma Escola Municipal da cidade de Jardim/MS. As observações foram realizadas com o professor de Educação Física e sua turma, alunos do 1º ano, composta por 23 alunos, sendo 10 do gênero feminino e 13 do gênero masculino com idade entre seis e sete anos. O professor realizou atividades em grupo como: brincadeiras de roda, queimada, pega-pega entre outras, com o intuito de trabalhar o físico e motor bem como oferecer alegria para as crianças. As observações foram realizadas durante um período de duas manhãs, somente nas aulas de Educação Física. Foi observada a interação professor com as crianças, entre os alunos. Por meio das observações buscou-se coletar informações sobre a metodologia de ensino e sobre o desenvolvimento das crianças com o foco em saber se as atividades necessárias são planejadas e aplicadas pelo professor. As informações coletadas e observadas foram registradas em uma ficha de observação. Após a coleta de dados, foi realizada a análise das informações e, posteriormente, foi realizada a relação entre todos os dados coletados e o referencial teórico estudado. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Observamos que o uso da prática de atividades físicas usando o lúdico realmente é de extrema importância para o desenvolvimento das crianças não somente com as crianças da educação infantil, mas sim de todas as faixas etárias. Na pesquisa bibliográfica os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Infantil (BRASIL, 1998) prevê que o professor deve planejar e prever atividades que atendam as necessidades da criança. Foi observado que o professor procura administrar suas aulas de acordo com a necessidade dos alunos e de acordo com a ocasião presente, pois

houve uma manhã de muito calor e se viu a necessidade de proporcionar atividades diferenciadas. Neste dia o professor propôs aos alunos atividades dentro da sala de aula, onde possuía ar condicionado, as aulas foram de rodas cantadas e pequenos jogos. Os alunos demonstraram grande satisfação e aceitação nesta proposta como resultado. Em outro momento, as crianças na quadra de esporte participaram de atividades variadas, entre elas a atividade de queimada, atividade esta que os alunos demonstraram gostar mais, pedindo a repetição da mesma por todos os presentes. As crianças executam as atividades sempre eufóricas e interagem uns com os outros, tendo como resultado a socialização entre todos os envolvidos, tanto professor e aluno, como os alunos entre si. Em relação à ficha de observação, foi possível analisar que os alunos preferem atividades de pequenos jogos e brincadeiras cantadas, estes alunos gostam quando o professor participa junto com eles das atividades propostas. As atividades desenvolvidas possuem como objetivo principal o trabalho da socialização das crianças e como resultado final nas aulas os alunos sempre demonstrar grande satisfação e alegria em estarem participando. Os alunos em todo momento sempre preferiram estar junto com outras crianças, evitando brincarem sozinhos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Concluímos que as atividades lúdicas são recursos preciosos para que se consiga a aplicação de uma educação que tem como objetivo o desenvolvimento pessoal juntamente com cooperação, companheirismo e respeito. Sempre em parceria com a qualidade do suporte do planejamento, da preparação e da coordenação das atividades lúdicas e também na qualidade da mensagem que será transmitida para os estudantes, com preocupação quanto aos conteúdos para que seja educacional adequado e desejável. E assim, ser possível entrelaçar suporte

e mensagem produzindo um veículo adequado à formação de cidadãos plenos, éticos, autoconfiantes e construtivos. Na vida das crianças, brincar e jogar são atos cotidianos e simples. O brincar, o jogar e o brinquedo têm um papel fundamental na aprendizagem e não assumi-los na escola é uma negligência.

EDUCAÇÃO PERMANENTE AOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA PARA QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Liara Saldanha Brites, Camila Luzia Mallmann, Malviluci Campos Pereira, Talita Abi Rios, Cristianne Maria Fammer Rocha, Rafael de Freitas Gorczewski

Palavras-chave: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Política de Saúde,

Os NASFs foram criados em 2008 para apoiar a consolidação da Atenção Básica (AB), ampliando as ofertas de cuidado na rede de serviços, bem como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações (BRASIL, 2008). Configuram-se como equipes multiprofissionais, as que atuam de forma integrada com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica (eAB) para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2012a, 2012b). Nos últimos anos, a política para o NASF (parte da Política Nacional da Atenção Básica - PNAB) passou por importantes reformulações, como: a redução significativa do número de eAB e eSF por NASF; a criação do NASF 3, objetivando universalizar a implantação, com financiamento federal; a inclusão do NASF no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); e a inclusão e

alimentação das informações relativas ao NASF no novo sistema de informação da atenção básica, o e-SUS AB (MELO & ALVES, 2014). Diante deste cenário e a partir do olhar sobre esta temática em duas regiões de saúde do interior do Rio Grande do Sul (RS), começaram a serem observadas as necessidades de apoio aos trabalhadores e aos gestores. Considerando a experiência de trabalho numa Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS) e a necessidade de criação de uma proposta para conclusão de um curso de especialização, surgiu a iniciativa de ofertar um curso como proposta de educação permanente (EP) aos trabalhadores do NASF, a qual este trabalho tem por objetivo relatar. A partir de observações durante o trabalho na CRS, foi realizado um levantamento dos municípios das regiões de saúde e seu contexto para implantação ou consolidação dos NASFs. Uma das semelhanças entre ambas as regiões de saúde, é que seus 23 municípios são de pequeno porte (tipo 1, até 20.000, ou 2, de 20.001 a 50.000), sendo apenas cinco de porte 2 e seis municípios com população menor que 4.000 habitantes. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os 23 municípios em 2014 totalizavam uma população de 367.376 habitantes. Ao longo dos anos, esses municípios vêm ampliando sua cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e aderindo aos programas do MS para qualificação da AB. Porém, considerando o número de eSF (que há alguns anos era significativamente menor) e os critérios populacionais nas antigas bases legais do Programa, poucos conseguiram aderir ao NASF. Ao todo, esse conjunto de municípios possui apenas duas equipes de NASFs implantadas, duas credenciadas e três projetos em processo de credenciamento. Foram identificados, no cotidiano do trabalho na CRS, alguns nós

críticos: - Baixo investimento das gestões (estadual, federal e municipais) em EP e educação continuada aos profissionais do NASF. Os profissionais relatam que começam a trabalhar no NASF sem compreender sua prática nem como trabalhar na lógica da ESF, e, acabam estudando e experimentando sozinhos ou seguem reproduzindo a lógica da clínica individualizada para a qual tiveram formação acadêmica; - Ausência de uma Política Estadual de NASF no RS que possa direcionar o trabalho das CRS e dos municípios; - O apoio da gestão estadual e federal é maior para implantação do que nos momentos posteriores. A implantação se dá rapidamente, com poucas reflexões e levantamento das necessidades de implantação de um NASF e com base, em geral, na ausência de determinados profissionais especialistas no município e na insuficiência de recursos municipais para contratar e/ou manter os profissionais do município – cenário frequente em municípios de pequeno e médio porte; - Formação acadêmica inadequada dos profissionais do NASF para desenvolvimento de trabalho interdisciplinar na ESF e com base na Clínica Ampliada. Identificou-se um processo de trabalho semelhante ao desenvolvido nos ambulatórios especializados, sendo fragmentado da eSF e centrado no atendimento individualizado, com baixa corresponsabilidade entre os atores, o que amplia a dificuldade da CRS em apoiá-los; - Falta de experiência dos gestores municipais e trabalhadores da CRS para apoiar os trabalhadores do NASF, uma vez que os NASFs são recentes em ambas as regiões de saúde; - Poucas estratégias na CRS para conhecer o trabalho e apoiar os trabalhadores do NASF, o que dificulta o conhecimento de trabalho dos NASF e encontro entre os trabalhadores das regiões. O mapeamento foi realizado no contexto atual da gestão estadual, de poucas definições de estratégias (por se

tratar, principalmente, de um primeiro ano de governo e de contenção de despesas). Para o enfrentamento das dificuldades e produção de sentidos no trabalho, foi necessário usar da criatividade e pensar no potencial de articulação entre gestores e recursos (financeiros, humanos, estruturais) públicos. Assim, surgiu a construção de uma proposta de curso às equipes de NASF implantadas ou em processo de implantação, com objetivo de qualificar o trabalho na AB, com apoio da CRS e trocas de experiências entre os trabalhadores. O curso, a ser ofertado em data a ser acordada com os Secretários Municipais de Saúde, terá como referencial o “Curso de Apoio Matricial na Atenção Básica, com ênfase nos NASF”, ofertado no ano de 2014 pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz, em parceria com o MS (MELO & ALVES, 2014). Será realizado no auditório da CRS, contando com o comprometimento dos Secretários no deslocamento e custeio dos profissionais, com os profissionais da CRS como mediadores, com apoio do Núcleo de Educação Permanente da CRS e com a parceria da Escola de Saúde Pública do RS na certificação. Fundamenta-se na perspectiva de que o trabalhador do NASF será agente de sua aprendizagem. Será organizado em três Unidades de Aprendizagem (UA) e doze momentos presenciais. Em cada um deles, serão abordados assuntos específicos do trabalho do NASF (a lógica da ESF e as singularidades da regiões de saúde; planejamento do trabalho do NASF; trabalho em equipe; relações de trabalho colaborativas: fluxo de atendimento pactuado e mecanismos de comunicação e integração entre eSFs e NASF; consulta compartilhada; projeto terapêutico singular; trabalho com grupos; utilização do e-SUS e PMAQ na melhoria do processo de trabalho do NASF; análise do percurso do usuário na rede de saúde; análise das filas de espera como dispositivos

analísadores da rede; avaliação final e encerramento). Cada UA será composta por uma atividade presencial nos locais de trabalho, oferta de materiais didáticos de forma virtual e entrega de um texto síntese reflexivo sobre as intervenções realizadas nos territórios. Após o desenvolvimento do curso, será criado com os profissionais um instrumento de avaliação e monitoramento das atividades do NASF e agendado semestralmente um reencontro para discussão sobre o andamento do trabalho nos territórios para a criação de novas estratégias. A proposta apresentada ainda precisa avançar em algumas etapas. Deverá ser exposta aos trabalhadores da CRS, pactuada com os Secretários nas Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e com a Escola de Saúde Pública do Estado. Portanto, neste percurso poderá sofrer alterações, bem como poderão surgir dificuldades para sua efetiva implantação. Ainda assim, aposta nas habilidades pessoais, trocas de experiências e fortalecimento dos vínculos entre trabalhadores dos NASF e da CRS para qualificar a AB.

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA POTENCIALIZADORA DO CONSTANTE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL EM UM HOSPITAL DE ENSINO

Gabriel Noleto Rocha do Nascimento, Jessica Dias Ferreira, Maria Luiza de Oliveira Silveira, Lennon Rodrigues da Silva, Alessandra Emidio de Carvalho, Dayane dos Santos Souza, Carla Gabriela Wunsch, Carla Rafaela Teixeira Cunha

Palavras-chave: Educação em Enfermagem, Educação Continuada, Hospitais de Ensino

INTRODUÇÃO: Educação permanente consiste num processo contínuo de ensino-aprendizagem que visa além da potencializar

a capacidade técnica específica do sujeito, a aquisição de novos conhecimentos conceitos e atitudes ⁽¹⁾, dessa forma, configura-se em uma ferramenta fundamental para a concepção de um serviço que se aproxime cada vez mais dos ideais do Sistema Único de Saúde (SUS) por possibilitar uma integração da assistência com o ensino, pautada nas necessidades da população, fazendo com que a instituição cumpra o papel de formadora para o SUS ⁽²⁾, ou seja, é uma proposta que permite articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento das demandas reais de uma equipe de saúde, dentro do seu território de atuação, fomentando uma reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva ⁽³⁾, haja vista que os desafios da sociedade contemporânea, cada vez mais exigente, tornam frequente o surgimento de novos desafios e, conseqüentemente, demandam maior e constante aprofundamento no conhecimento sobre o papel das inovações, uma vez que os serviços de saúde são os principais responsáveis pela dinamização dessas relações, articulando a base produtiva ao processo de inovação. Tal processo se intensifica no âmbito dos serviços hospitalares por reunirem recursos mais especializados, além de modernas e densas tecnologias ⁽⁴⁾. Sendo assim, o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Adulto e do Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular (PRIMSCAV) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), tem assumido um importante papel na potencialização dessa ferramenta dentro de um Hospital de Ensino de Cuiabá ao programar ações de Educações Permanentes com as equipes em cada campo de prática, estabelecendo uma relação significativa com os enfermeiros preceptores, tanto na prática assistencial quanto nas produções científicas. Dessa forma, além de planejar e executar ações

educativas frente a problemas vivenciados na prática assistencial, orientando as equipes e discutindo possibilidades de enfrentamento, possibilita a visibilidade da atuação dos residentes em conjunto com os preceptores e atendendo a um dos princípios dessa modalidade de pós-graduação, que é o trabalho em equipe. Objetivo: Relatar a experiência de residentes na implementação de atividades de educação de um Hospital de Ensino em Cuiabá – Mato Grosso. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência das atividades de um enfermeiro residente em uma das clínicas de um Hospital Universitário de Cuiabá – Mato Grosso. Foram abordados os temas Cuidados de Enfermagem com Flebite e Balanço Hídrico. A estratégia utilizada para abordar os temas foi a Roda de Conversa, por ser um método dialógico que possibilita participação ativa, a partir da riqueza de cada um sobre o assunto (5). As atividades foram realizadas no mês de agosto de 2015. Posteriormente, foi aplicado um instrumento para avaliação das abordagens. Resultados: Participaram das ações duas equipes que atuam nos períodos matutino e vespertino, totalizando 22 pessoas, entre essas, 14 técnicos de enfermagem, 4 enfermeiros, 1 psicóloga e 3 enfermeiras residentes. Os resultados apontam que a Educação Permanente é uma ferramenta fundamental para transformação e aprimoramento das práticas profissionais bem como da organização do trabalho, pois, contextualiza as reais necessidades do serviço de saúde, tanto na perspectiva assistencial quanto administrativa, parte da identificação das dificuldades propondo soluções em conjunto e, dessa forma, favorece a atualização constante dos recursos humanos dentro do seu ambiente de trabalho, isso se evidenciou no cotidiano das equipes posteriormente a realização das ações, uma vez que foi observado um maior cuidado na prevenção dos agravos abordados, bem

como na identificação inicial de problemas, favorecendo uma comunicação entre a equipe na resolução destes. Sendo assim, as equipes alvo da ação, reconhecendo esse papel, tiveram participação ativa nessa construção coletiva do conhecimento, pois, interromperam suas atividades de rotina e colaboraram com suas experiências, colocando seus conhecimentos prévios em discussão, além disso, vêm demonstrando interesse e identificando as necessidades de aprendizagem, trazendo para a equipe novas propostas de abordagem. É importante considerar que, quando executada por residentes, gera autonomia, tornando-os também enfermeiros referência dentro da equipe de enfermagem, o que se torna uma experiência extremamente relevante por apurar o perfil de liderança necessário para gerir a equipe e cuidado. De acordo com o instrumento de avaliação, 100% avaliaram a realização de educações permanentes como “ótima”; 95,45% aprovaram a estratégia utilizada para as abordagens como “ótima” e 4,55% consideraram “boa”; 100% responderam que as abordagens acrescentaram algo novo no seu conhecimento. Todos os participantes deixaram sugestões de novos temas que estão sendo estudados pelos preceptores para futuras discussões. Dessa forma, considerando a avaliação, é motivador para nós residentes, enquanto profissionais em formação, termos essa receptividade diante das atividades que propusemos, reconhecendo a prática pedagógica com metodologias ativas, como proposta da Política de Educação Permanente em Saúde, sendo um desafio para todos que atuam no SUS, exigindo mudanças institucionais, profissionais e pessoais difíceis, lentas, conflituosas e complexas. CONCLUSÃO: Portanto, é evidente a responsabilidade do profissional enfermeiro como líder da equipe de enfermagem, gestor das unidades e preceptores de um hospital de ensino,

no qual a disponibilidade de profissionais capacitados se faz indispensável para a produção e qualidade do conhecimento, que deve ser construído e aplicado conforme a gama complexa de demandas trazidas por usuários e acadêmicos. Sendo assim, a parceria nas produções oriundas dos resultados das atividades implementadas por seus supervisionados, é uma maneira de demonstrar o comprometimento com o processo ensino-aprendizagem e, dessa forma, contribuir para uma cultura organizacional de incumbência compartilhada entre equipes e instituição. Convém lembrar que o significado e o cuidado devem estar presentes nos processos educativos para os profissionais de saúde tem um sentido de que o ideal de profissional que queremos para o nosso sistema de saúde pode ser atingido se reconhecermos as necessidades e o poder criativo de cada um, ouvir o que cada um tem para dizer e refletir sobre a prática assistencial inicialmente cheia de valores e de significados, os quais, muitas vezes se perdem pelo caminho. É necessário recuperar tais valores em nossos espaços de trabalho, nos centros formadores e nas universidades, pois, as frequentes inovações no setor saúde exigem profissionais constantemente atualizados para atender as demandas de uma clientela cada dia mais exigentes.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM MOVIMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO SUL DO BRASIL

Carine Vendruscolo, Denise Antunes Azambuja Zocche, Edlamar Kátia Adamy

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Sistema Único de Saúde, Políticas Públicas de Saúde

Apresentação: A Política de Educação

Permanente em Saúde (EPS) no Brasil ancora-se no ideário da necessidade do encontro entre gestores, formadores, trabalhadores e usuários da área – quadrilátero da educação em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004) – num movimento de atuação viva no território, em que todos os sujeitos são protagonistas. Essa ideologia sustenta que a transformação do modelo de atenção à saúde, hegemonicamente biomédico, depende da permanência de processos educativos, a partir dos acontecimentos cotidianos que permeiam o processo de trabalho, na direção do cuidado integral das coletividades. Nessa perspectiva, o Curso de Especialização e Aperfeiçoamento “EPS em Movimento” é um convite aos trabalhadores da esfera pública de atenção à saúde - Sistema Único de Saúde (SUS) - para a invenção de práticas de aprender, de cuidar e de fazer/viver a EPS como movimento, em que todos possam dar destaque a potência do trabalho vivo em ato. Considera-se que a educação no mundo do trabalho em saúde, ocorre a partir das experiências cotidianas, em que se inventam novos conhecimentos, reafirmando outros já apropriados, num agir sensível e tecnológico no campo do cuidado (MERHY, 2013). Os encontros são possíveis mediante experiências singulares, estranhamentos, incômodos e criação de diferentes formas de agir e estar com os outros (EPS EM MOVIMENTO, 2014). O território onde inserem-se as práticas de cuidado é um local promotor de encontros e trocas que potencializa a diferença e configura-se como potencial espaço de aprendizagem, mediante movimentos que ativem potências criadoras de vida (DELEUZE, 2002). A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), atendendo ação conveniada com o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (DEGES/SGTES/MS), mediante articulação do Núcleo de

Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde), lançou, em 2014, os Cursos de Especialização em Formação Integrada Multiprofissional, Educação Permanente em Saúde, Aperfeiçoamento em Atualização Multiprofissional, Educação e Ensino da Saúde – EPS em Movimento. Estes têm como objetivo ativar processos de EPS nos territórios, reconhecendo práticas e saberes existentes no cotidiano do trabalho, incentivando assim, a produção de novos sentidos no fazer saúde, a partir da invenção de práticas de aprender, de cuidar e de viver, destacando a potência do trabalho vivo em ato (EPS EM MOVIMENTO, 2014). O presente relato de experiência trata das vivências de um grupo de alunos do EPS em Movimento do Rio Grande do Sul, durante o processo de formação no referido Curso. Desenvolvimento: A turma de alunos vive em um território situado no interior do Estado do Rio Grande do Sul (RS), região sul do Brasil. Trata-se de um grupo de trabalhadores da área da saúde, dentre os quais encontram-se enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários da Saúde e Contador, todos desenvolvendo atividades de trabalho ligadas ao SUS. Convidado a refletir sobre suas vivências no cotidiano do processo laboral, o grupo tem como desafio agregar novas produções, oriundas de suas experiências e modos de existência na vida e, mais especificamente, no mundo do trabalho. A proposta os provocou no sentido de deixar-se “afectar” e, ao mesmo tempo, “rastrear” movimentos de EPS no território de atuação profissional, entendendo que não é possível mostrar como se faz, mas partindo do pressuposto que todos fazem EPS e gestão em seus espaços e modos de existência. O processo de formação acontece por meio de uma plataforma virtual, mediada por um tutor, o qual também passou por uma formação prévia de um ano para desempenhar tal atividade. A plataforma conta com

ferramentas pedagógicas, entre as quais: diário cartográfico, caixa de afecções, fórum de debates, chat e uma diversidade de material para tutoria e pedagógico. As atividades pressupõem a interação constante do grupo, virtualmente. Nessas, o aluno é convidado a narrar histórias que vivencia e/ou “rastrea” no mundo do trabalho em saúde, refletir sobre elas a partir da troca com os colegas e do apoio dos referenciais teórico-filosóficos que sustentam a EPS e o SUS. São previstos, no tempo de formação que corresponde a um ano, três momentos presenciais. Nesses, o grupo é convidado a resolver possíveis dúvidas operacionais e a compartilhar potencialidades e fragilidades da proposta. Também são realizadas avaliações e, no encontro final a apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), o qual consiste em um projeto de intervenção, relato de experiência, narrativa, entre outras possibilidades de produção oriundas da práxis – processo ação com reflexão que se fundamenta no compromisso com a transformação social (FREIRE, 2005). Ao final do curso os alunos terão o título de especialistas ou aperfeiçoamento em EPS. O diário cartográfico é uma possibilidade de produção de visibilidades e dizibilidades (novas possibilidades de ver e dizer) a partir dos acontecimentos e afecções que se estabelecem no viver a vida, dos afetos e das práticas (DELEUZE; GUATTARI, 1995). A caixa de afecções é uma caixa virtual que se configura como dispositivo para apoiar os sujeitos na construção do diário cartográfico. Até o presente, o grupo do RS desenvolveu cerca de 50% das atividades previstas no processo de formação. Como potencialidades da proposta, destacam-se as inserções criativas compartilhadas na caixa de afecções, os relatos cotidianos do processo de trabalho, mediados por reflexões que tangenciam a proposta da EPS e as avaliações positivas dos alunos

sobre a metodologia inovadora do Curso, evidenciadas nas suas falas, sobretudo durante o segundo encontro presencial. Como fragilidades, toma-se a ausência, por vezes prolongada, de alguns alunos na plataforma e algumas dificuldades operacionais com a mesma. Considera-se ainda que, após o segundo encontro, foram minimizadas algumas fragilidades, segundo os alunos, por terem compreendido o objetivo da proposta, bem como, pelo aprofundamento em relação ao referencial teórico-filosófico que fundamenta a mesma. Considerações Finais: A interação efetiva entre os alunos e com o tutor, possibilitada pelo espaço virtual (plataforma) tem provocado movimentos significativos em relação à mudança que se deseja, tanto na compreensão quanto na ação dos sujeitos, na direção da mudança de modelo e qualificação da prática em saúde. O compromisso com a EPS, por meio de metodologias de ensino mediadas por ferramentas como a caixa de afecções, o diário cartográfico e outras, tem se mostrado efetivo até o presente, em relação à compreensão dos pressupostos que norteiam a Política de EPS e o SUS, mas sobretudo, como possibilidade para o rastreamento de movimentos de EPS que acontecem no território em que atuam, nessa direção.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EPS EM MOVIMENTO: O RECONHECIMENTO DE SI COMO EDUCADOR E A PRODUÇÃO DO COMUM EM COMUNIDADE DE PRÁTICAS

Eduardo Caron, Elisabete Gonçalves Zuza

Palavras-chave: Educação Permanente, Educomunicação, cartografia

APRESENTAÇÃO: Esse trabalho encontra-se na intersecção de questões prioritárias no eixo da educação em saúde, apresentando

uma prática inovadora na formação para os SUS em ambiente virtual. O SUS é uma escola de formação e possui diretrizes para instaurar processos de Educação Permanente no cotidiano dos serviços, porém inúmeros fatores dificultam a implementação de processos horizontais participativos, que tenham como protagonistas trabalhadores, usuários e gestores nos processos de produção do cuidado. Cada vez mais os processos formativos ocorrem em ambiente virtual, que oferece extrema capilaridade, facilidade de acesso e de operação. O ensino realizado à distância está preponderantemente associado ao processo individualizado de aprendizagem, que transpõe a sala de aula para as plataformas, com roteiros estruturados de conteúdo, habilidades e uso de materiais. Escapar desta modelagem para contemplar a produção coletiva de saberes e vínculos entre os sujeitos, favorecendo a produção do comum, foram grandes desafios para os protagonistas da EPS em Movimento. Apresentamos neste trabalho alguns dispositivos desta proposta de educomunicação em saúde que abriu novas possibilidades para a educação em serviço. Somos uma comunidade de 10 pessoas formada por apoiadora, formadora e 8 tutores de 60 alunos no Estado de São Paulo, onde ao todo foram formadas 60 comunidades, parte de um grande rizoma composto por aproximadamente 500 comunidades em todas as regiões do Brasil. A EPS em Movimento foi impulsionada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde/MS em convenio com a UFRGS – EducaSaúde, em 2014 e 2015. Contou com parceiros de universidades e serviços para a elaboração do material educativo e estratégias de ensino/aprendizagem. Um programa de especialização que formou em torno de 4.600 profissionais do SUS

em todo o país. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O trabalho envolveu uma atividade permanente em ambiente virtual na plataforma OTICS-EPS em Movimento e encontros presenciais periódicos a cada 3 a 4 meses. Ocorreu em duas fases, na primeira houve a formação dos 8 tutores e 1 formadora que se constituíram em uma comunidade virtual. Na segunda, cada tutor coordenou 1 grupo virtual de participantes segundo a mesma metodologia. O modelo de plataforma que abriga a Comunidade de Práticas permitiu uma interconexão entre as diferentes comunidades através dos tutores, formadores e apoiadores. A estrutura em rizoma permitiu que tutores formador e apoiador compartilhassem os processos de trabalho realizados em seus grupos. O Trabalho na Comunidade Virtual: Adotamos o modelo de Comunidade de Práticas para ordenar o território virtual de produção coletiva de conhecimento. Cada comunidade compôs um coletivo multidisciplinar, multiprofissional e multiterritorial. Esta intensa heterogeneidade de formações, posições de trabalho e localidades de ação produziu uma constante tensão de saberes, olhares, identidades e poderes. **Abordagem cartográfica:** O participante é sempre sujeito de perspectivas que vão sendo criadas através das postagens. Sejam imagens ou textos, as postagens são subjetivas e objetivas, olham para o mundo – do trabalho, da saúde, do SUS, dos acontecimentos – e constituem produções pessoais. Uma metodologia que promove a **VISIBILIDADE** da produção do cuidado e saberes em serviço, a **NARRATIVA** e a **SENSIBILIDADE** para os encontros e afecções envolvidas, muitas vezes desconsideradas nas rotinas de controle, protocolares e prescritivas. As 4 principais Ferramentas da Plataforma: **DIÁRIO CARTOGRÁFICO:** de caráter individual e privado é um bloco de notações da experiência no mundo do trabalho, espaço central de exercício

narrativo. A privacidade garante a liberdade de expressão nos diários. O tutor ou formador tem acesso aos diários, e através da narrativa acompanha as experiências do aluno. Através do diálogos sobre o ocorrido ambos vão produzindo um reconhecimento dos movimentos permanentes, intencionais ou não, realizados enquanto educadores no mundo do trabalho, favorecendo a abertura de diferentes linhas de ação no cotidiano. **CAIXA DE AFECÇÕES:** é um espaço de expressão pessoal em ambiente coletivo, permite interação afetiva, ativa, diversas formas de linguagem e novas formas de ver, sentir. **FÓRUM:** é um espaço de produção, decisão, conflito e elaboração. Aqui se opera o direcionamento do processo de forma coletiva. Qualquer participante dispara temas, propõe problemas, e é onde o tutor ou formador se relaciona com o grupo para tratar de aspectos formativos e organizativos. **ENTRADAS:** reúnem materiais disponibilizados - textos exclusivos, artigos, ensaios, vídeos e links - cujo uso é direcionado pela motivação do usuário que compõe seu próprio acervo segundo suas necessidades, e muitas vezes compartilhada com o grupo. O tutor recorre a esses materiais em encontros presenciais, sugere consultas associadas às narrativas cartográficas e fóruns. **ENCONTROS PRESENCIAIS:** São encontros vivenciais realizados para o fortalecimento dos vínculos e produção do comum. Despertando visões, dizeres e sensibilidades. Oficinas de narrativa oral e escrita, produção de imagens, comunicação pessoal, elaborações de temas apoiados em materiais ofertados na plataforma, avaliação de processo e autoavaliação. **RESULTADOS E NARRATIVAS:** De modo geral foi a primeira vez que os participantes experimentaram a narrativa como processo educativo. Vencidas as dificuldades iniciais ou resistências relacionadas à produção escrita, auto exposição e desconfianças, nos deparamos com uma produção inédita nos

Diários Cartográficos de novas conexões com o mundo do trabalho a partir dessa prática. Nas narrativas um mundo aparece e sobre esse mundo narrado é possível indagar, ver, desver, rever, ampliar visibilidades sobre as ações de cuidado e produções de saberes no cotidiano do trabalho. Há um reconhecimento do processo educativo nestas produções e o estabelecimento de cooperação entre tutor-participante. **COMUNIDADES:** Nossas comunidades, de fato aconteceram como praças, espaços de produção de encontro, estabelecendo vínculo, relações cooperativas, conflitos e compartilhamento. O comum foi produzido nesse território, espaço de diversidade, de composição e arranjo de diferenças. Uma combinação de trabalho comum e singularidades, sem a pretensão de uma homogeneização nem unicidades de aprendizado de conteúdo ou de pontos de vista, essa foi a maior riqueza da proposta. **PRODUÇÃO HORIZONTAL:** A combinação da composição plural dos grupos, das diferenças entre os participantes, das produções narrativas singulares e do trabalho num ambiente virtual de produção do comum, resulta num processo que só se sustenta pela participação e pela oferta de saberes em roda. Os participantes se reconhecem como educadores e esse reconhecimento é fundante para a EPS. **Evasão:** Durante o processo houveram evasões de alguns alunos em nossos grupos, basicamente motivadas pela dificuldade destes com processos de ensino aprendizagem menos lineares. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A proposta de formação EPS em Movimento em território virtual, valorizando o encontro como método, foi potente por se sustentar nas experiências de cada participante garantindo a horizontalidade do processo pedagógico. O processo foi exigente, as pessoas envolvidas precisaram se dispor a navegar munidas de bússolas, as ofertadas e as que traziam consigo, sem mapas,

produzindo suas próprias cartografias, o que desmontou ao longo do processo as expectativas de receitas prontas, rendimento e obtenção de resultados próprios do modelo de educação bancária. A proposta mobiliza, conflita, produz expectativas e frustrações nos coletivos, porém garante o espaço para a interlocução entre os membros em relação às diversidades e alegrias do cotidiano do trabalho em saúde. O compartilhamento das dificuldades motiva a cooperação e sustenta a permanência no processo.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: PARA ALÉM DOS HOSPITAIS OU PRONTOS SOCORROS

Érica Duarte, Sabrina Lacerda da Silva, Izabella Matos, Alcindo Ferla, Ana Paula Gossmann Bortoletti, Fabiano Barnart, Grazieli Cardoso da Silva

Palavras-chave: atenção básica, urgência e emergência

INTRODUÇÃO: As políticas de educação e saúde voltadas para o ensino das profissões da área preconizam a transformação de cenários das práticas da formação acadêmica e o desenvolvimento de capacidades profissionais envolvendo a atenção, a gestão, a participação e a educação na saúde. Por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do Sistema Único de Saúde, está proposta a relação entre a formação e o mundo do trabalho, sendo que a produção de conhecimentos e o desenvolvimento de tecnologias, para tornarem-se conhecimentos significativos, devem estar orientados ao cotidiano do trabalho e seus problemas, envolvendo o conjunto dos atores. Por sua vez, a Política de Atenção às Urgências e Emergências, cujo componente assistencial inclui os sistemas de atenção às urgências estaduais

e municipais, tem, dentre as normativas previstas na Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. A diretriz de desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades. E também de fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos. A Atenção Básica é um dos pilares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências por ser uma das portas de entrada ao atendimento e também a vinculação realizada pelas equipes com seus usuários nos territórios de abrangência dos serviços. A atenção básica tem sido considerada como ordenadora das redes de cuidado e, para isso, conecta necessidades identificadas de saúde com as redes de serviço. No caso desse relato, considerou-se a existência de pontos de atenção anteriores à UBS, localizados no território em que indivíduos e coletivos vivem e produzem sua saúde, e que esses pontos precisam ser conectados aos demais para compor a rede de atenção. Como se trata de produzir novos olhares transversais ao ensino e à pesquisa optou-se por desenvolver um projeto no âmbito da extensão universitária. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Com base nas disposições das políticas supracitadas, está sendo executado um projeto de extensão denominado “Educação Permanente em urgência e emergência: para além dos muros dos hospitais ou prontos socorros”, institucionalizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O objetivo geral dessa

iniciativa é a realização de atividades de educação permanente, compreendida como prática de ensino-aprendizagem e como estratégia para o desenvolvimento do trabalho, a fim de contribuir com a instauração de novos processos, métodos e técnicas em urgência e emergência, inclusive com o desenvolvimento de capacidades fora dos serviços de saúde e envolvendo sujeitos das comunidades e instituições de outros setores de atuação. O projeto previu um perfil abrangente de participantes, incluindo os profissionais da atenção básica, usuários, alunos e funcionários de escolas de ensino fundamental e médio, docentes e discentes de cursos de graduação e outros interessados. O desenvolvimento dessa ação consiste na realização de atividades educativas de caráter teórico-prático, ordenadas a partir das questões do cotidiano dos participantes, a fim de contribuir com a instauração de novos processos, métodos e técnicas em identificação e ação em situação de urgência e emergência, particularmente no que se refere à prevenção de situações de risco e a conexão de iniciativas locais no interstício entre o evento e a conexão com o primeiro ponto de atendimento formal, normalmente representado pelo SAMU. Para esse relato, foi escolhida a iniciativa desenvolvida no território de uma Unidade de Saúde da Família e, mais especificamente, numa escola que mantém atividades integradas com a USF por meio do Programa Saúde na Escola. O projeto de extensão faz parte de um projeto de difusão cultural mais amplo denominado Cultur (ação) e Saúde. Ações desenvolvidas e resultados alcançados As práticas de ensino-aprendizagem, no formato de oficinas, aconteceram em três eixos de ação: escola, comunidade e equipe da unidade de saúde. Na Escola, foram realizadas oficinas com alunos e com professores. Com o primeiro grupo, os temas elencados foram primeiros socorros, enfatizando o atendimento inicial a

situações comuns no cotidiano e às condições para acionamento dos serviços de atendimento, destacando o problema do trote. As situações selecionadas partiram das questões levantadas pelos participantes diante da mobilização para refletir sobre a questão das situações de urgência e emergência identificadas no cotidiano. Na oficina com os professores, foi ampliado o conjunto de temas abordados, incluindo sintomas de convulsão e uma oficina de “chilique”. Essa última, focada principalmente em questões de escuta qualificada e identificação de sinais e sintomas de gravidade de “vida” (não centralmente de saúde) – título da ação dado pelas professoras. Uma novidade nessa escola foi as oficinas noturnas, para o público que estuda na educação de jovens e adultos. O total de participantes foi de 201 pessoas sendo nº166 alunos, nº 25 professores e nº 10 funcionários da escola. Também foi implementado o eixo de ação com a comunidade, que foi conduzido pela própria escola, realizado num sábado pela manhã e, diferente do usual, a divulgação ficou a cargo da escola. Nessa manhã, 43 pessoas da comunidade estavam presentes, colaborando com a produção de redes de conhecimentos sobre o atendimento de situações que requerem cuidados agudos. Já na Unidade de Saúde da Família a ação foi mais ampla, implementada em quatro encontros para tratar das questões levantadas pelos participantes, realizados durante as reuniões de equipe e mais duas visitas técnicas da equipe do projeto. As atividades foram divididas nos seguintes temas: porque conversar sobre situações de urgência e emergência na atenção básica? Parada cardiorrespiratória, obstrução de vias aéreas, protocolo de acidente vascular cerebral, crise convulsiva, hemorragias, pequenos ferimentos e fraturas de extremidades. As visitas técnicas foram um momento novo nas atividades, tanto para a

equipe executora quanto para a equipe da unidade, pois poder se reconhecer como ponto de atenção dentro da rede de urgência e emergência incluiu o deslocamento até o Pronto Atendimento referência da unidade e a Central de Regulação do SAMU de Porto Alegre. Posteriormente ao desenvolvimento de todas as atividades, foram realizadas avaliações a fim de obter observações dos grupos e qualificar as atividades propostas no projeto. Conclusões: A análise final da atividade, incluir reconhecer a importância de considerar outros equipamentos sociais e, mesmo espaços públicos e as residências como pontos de atenção para a rede de urgências e emergências. Essa consideração envolve tanto as ações de prevenção e gestão dos riscos, como a organização de redes colaborativas para o acionamento responsável e mais eficiente dos serviços formais e a ampliação da autonomia local para a atuação adequada em situações agudas, imprescindível para o desfecho positivo de muitas dessas situações. A gestão dos riscos, nesse caso, inclui a produção de consciência de que essas situações pertencem ao cotidiano, o reconhecimento de sinais e sintomas dos principais eventos que geram essas situações, a identificação de sinais de gravidade, a preparação prévia ao evento das condições de acionamento dos serviços (contatos, endereços corretos, capacidade de descrever os principais sintomas, preparação para a chegada dos serviços), o conhecimento sobre procedimentos recomendados e não recomendados para suporte até a chegada dos serviços, entre outras questões. Não apenas em relação às questões assistenciais propriamente ditas, mas também o reconhecimento de recursos disponíveis no território e modos de acioná-los. Também é necessário apontar a oportunidade do envolvimento da escola e dos diferentes atores que protagonizam o seu cotidiano para abordar questões de

saúde, do sistema de saúde e da produção de novas modalidades de envolvimento da população com os serviços. As modalidades de ação educativa realizadas, principalmente oficinas a partir das questões suscitadas pelo tema em diferentes grupos, pautadas na educação permanente em saúde como modo de ensino-aprendizagem intimamente articulada com o cotidiano do trabalho, foi reconhecida pelos participantes nas avaliações e demonstrou capacidade de desenvolver o trabalho, nesse caso a articulação de pontos de atenção formando redes comunidade-atenção básica-serviços especializados em urgência e emergência. Levando em consideração os aspectos propostos inicialmente na ação extensão “Educação Permanente em urgência e emergência: para além dos muros dos hospitais ou prontos socorros”, concluímos que a participação de atores de diferentes segmentos sociais e inserções no território, é fundamental para o fortalecimento de políticas públicas, para a consolidação da atenção básica como parte da rede de atenção as urgências e para a integração ensino e sistemas locais de saúde. A modalidade de extensão universitária ocupou a lacuna entre a universidade e o cotidiano da produção da saúde, mas também de articulação do ensino/pesquisa/extensão para o desenvolvimento de tecnologias relevantes para a qualificação das políticas públicas.

EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE LARANJEIRAS DO SUL - PARANÁ

Marceli Adelaine Pereira

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde, Educação Permanente, Saúde

APRESENTAÇÃO: Segundo Nascimento

(2005) a Atenção Primária à Saúde foi criada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de melhorar o acesso e potencializar a resolutividade das ações. É o primeiro nível de atenção e porta de entrada aos níveis secundários e terciários, os quais se complementam. Os Agentes Comunitários de Saúde são considerados os pilares da Estratégia de Saúde da Família, uma vez que foram criados visando envolver ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde das pessoas de forma integral e contínua, levando a saúde para mais perto da comunidade, pois os mesmos são responsáveis pelo acompanhamento das famílias de uma área delimitada, na qual eles devem residir. Tendo como enfoque a Educação Permanente em saúde o município de Laranjeiras do Sul desenvolveu oficinas de capacitações para os profissionais da Atenção Primária em Saúde, sendo esses os Agentes Comunitários de Saúde, buscando assim, implementar a Educação Permanente em saúde no processo de trabalho desses profissionais. As capacitações do município tinham como propósito buscar a integralidade dos Agentes Comunitários de Saúde com as equipes de Estratégia de Saúde da Família, abordando diversos temas, os quais se tornam “ferramentas” de trabalho através da ampliação do conhecimento, buscando formar profissionais capazes de entender o perfil epidemiológico e identificarem situações de risco em seus locais de trabalho buscando atuar na promoção da saúde. A Educação Permanente em Saúde desenvolvido no município de Laranjeiras/PR é tema deste estudo tendo como objetivo avaliar o nível de aproveitamento dos Agentes de Saúde durante essas capacitações. Objetivo geral desse trabalho foi avaliar o nível de aproveitamento dos agentes comunitários de saúde em relação à Educação Permanente realizadas no Município de Laranjeiras do Sul. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A

Educação Permanente implementada no município de Laranjeiras do Sul teve como objetivo específico capacitar os ACS para executar trabalhos no primeiro nível de atenção à saúde, garantindo cuidados à população com um grau de resolubilidade; Garantir o trabalho do ACS integrado com a equipe da Unidade de Saúde a que estiver vinculado; Fortalecer a ligação entre serviços de saúde e comunidade, ampliando o acesso à informação sobre a saúde. Compreender o processo de atuação no serviço, articulando conhecimentos técnicos ao desenvolvimento humano e social; Para o alcance dos objetivos propostos, optou-se pelo método da revisão integrativa, que possibilita sintetizar pesquisas já concluídas e obter resultados a partir de um tema de interesse. A revisão integrativa é definida como um método de avaliação crítica que agrupa resultados de estudos voltados a um mesmo tema ou objeto, com vistas a analisar e sintetizar dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico. No ano de dois mil e quatorze foram capacitados um total de 75 Agentes Comunitários de Saúde pertencentes a 11 Estratégias de Saúde da Família, sendo abordados oito temas distintos distribuídos em um cronograma mensal. As Formações foram realizadas em todas as últimas quartas feiras de cada mês com duração de quatro horas, ou seja, das 13:00 horas até as 17:00. No mês de Abril trabalhou-se com o tema do Conceito de trabalho, competências e atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde, foi ministrado por profissional advogado, no mês de Maio teve como tema a Socialização dos agentes e trabalho em equipe, com uma profissional psicóloga, mês de Junho a educação continuada foi ministrado por um professor e microbiologista, ele trabalhou sobre as doenças endêmicas e parasitárias. Já no mês de Julho foi trabalhado sobre a Saúde do Homem com um enfermeiro,

outro tema foi sobre Tabagismo trabalhado em Agosto por duas enfermeiras, mês de Setembro foi explanado sobre o Ebola também com uma profissional enfermeira, logo após foi trabalhado sobre Saúde da Mulher com a enfermeira e por ultimo foi abordado o tema da dengue que foi ministrado por uma enfermeira e uma bióloga em novembro. Em todos os encontros foram entregues antecipadamente o material para facilitar o acompanhamento dos agentes em cada tema, foi também solicitado de cada Palestrante que fizessem uma ou duas questões que seriam aplicadas no último encontro como forma de avaliação para verificação posterior do aproveitamento. Os conteúdos foram abordados por dinâmicas lúdicas, projetor, microscópio, alguns com estudo de caso para que cada um dos participantes pudesse externar seus conhecimentos, compartilhando-os com os demais membros da equipe proporcionando discussões construtivas sobre os temas abordados. Os agentes de saúde também ajudaram uns aos outros na busca de soluções para as questões levantadas. A equipe contou com palestrantes de diferentes formações, ou seja, multiprofissionais como advogados, psicóloga, professor, biólogo, enfermeiros sendo assim a EPS esteve em vários momentos presentes para a construção desses conhecimentos. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Ao término de todo o estudo aplicou-se uma “Avaliação”, com um total de 14 questões de múltipla escolha referente aos temas abordados, a qual já se tinha solicitado anteriormente pelos profissionais que realizaram o estudo. Segue o gráfico com média de aproveitamento por tema. A aplicação do Questionário teve como objetivo avaliar o nível de aproveitamento dos agentes comunitários de saúde em relação às capacitações realizadas no decorrer do ano de 2014 no Município de Laranjeiras do Sul.

Pode-se observar que o tema que mais teve aproveitamento foi o de doenças endêmicas e parasitárias com um total de 95%, logo em seguida tivemos com 87% a socialização dos agentes, saúde do homem com 79%, com 75% tema relacionado a dengue e com 73,3% tivemos o tema da saúde da mulher e também a especificação de cada função, logo em seguida com 76% encontra-se o tema de tabagismo e com 29% tivemos o tema relacionado com o ebola, onde houve as maiores dificuldades. Verificou-se que ao tabular uma Média Geral, obteve-se um percentual de 73,5% de acertos e 26,5% de erros na soma dos temas. Acredita-se que parte do percentual de erros foi devido à dificuldade de interpretação em algumas questões, porém a média de acertos foi considerada satisfatória. Com esse estudo percebe-se que a gestão do município está preocupada e comprometida com a qualificação profissional tendo como base a Educação Permanente em Saúde, pois essa é capaz de nos proporcionar uma reflexão crítica sobre as práticas assistenciais e de gestão, de como se pode ou deve-se realizar a educação aplicada ao trabalho (capacitações tradicionais), mas também a educação que pensa o trabalho e a educação que pensa a produção do mundo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** De forma geral, o processo de Educação Permanente em Saúde contribuiu para melhorar a qualificação dos profissionais, uniformizar e sistematizar um atendimento aos usuários em termos de integralidade, educação em saúde e desenvolvimento do autogerenciamento. Os profissionais fizeram uma auto-análise, colocando o modo de trabalho em questão, a fim de transformar as práticas existentes. Nesse ambiente, o espaço da aprendizagem foi deslocado para o ambiente de serviço e considerado também como fonte de conhecimento. A proposta apresentada coloca-se como uma estratégia de intervenção educativa

que amplia os conhecimentos dos sujeitos sociais assistidos nos serviços públicos de saúde. Ao final desta capacitação, os participantes manifestaram o desejo de dar continuidade às oficinas como forma de atualização da equipe de saúde no atendimento a comunidade como um todo.

EDUCAÇÃO POPULAR E PAULO FREIRE: CONTRIBUIÇÕES JUNTO AO PROGRAMA CUIDAR BRINCANDO

Daniela de Oliveira Soares, Audrey Moura Mota Geronimo, Rafael Moshage Thoma, Rosa Lucia Rocha Ribeiro, Genecilia Aparecida de Ataídes Lacerda

Palavras-chave: Educação Popular, Paulo Freire, Programa Cuidar Brincando

Apresentação: Trata-se de reflexão sobre a experiência da pedagogia de Paulo Freire durante oficina da capacitação de novos educadores do Programa Cuidar Brincando no ano de 2013. O Programa Cuidar Brincando é uma ação de extensão desenvolvida pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) que já perdura 10 anos e tem como finalidade promover o direito das crianças e adolescentes hospitalizados. O principal cenário é o Hospital Universitário Júlio Müller, mas também atua na defesa dos direitos das crianças e adolescentes hospitalizadas na rede hospitalar de Cuiabá. Conta com a participação de estudantes (graduação/pós-graduação), docentes, voluntários, servidores da UFMT e parcerias. O Programa se fundamenta em teorias, práticas, tecnologias, legislações e metodologias que auxiliam a construção da autonomia e cidadania dos usuários de saúde, em especial das crianças, adolescentes e familiares. Dentre os seus fundamentos, destaca-se a pedagogia de Paulo Freire, que tem como proposta

central trabalhar a educação como um instrumento de libertação, um processo de conscientização e empoderamento. Desenvolvimento do trabalho: Em dezembro de 2013 foi realizada uma oficina de capacitação para novos educadores do grupo, tendo sido designada a tarefa de apresentação da pedagogia de Paulo Freire como apoio teórico do Programa. Utilizou-se a metodologia ativa como forma de aprofundar os conhecimentos teóricos acerca da temática, do desenvolvimento do senso crítico e consequente processo de empoderamento que o mesmo proporciona a partir da conscientização. A atividade foi iniciada com um momento de valorização de pessoas que se destacaram pela trajetória de vida em busca da conscientização e transformação do indivíduo em prol de um coletivo, citando-se Paulo Freire, Betinho, Zilda Arms, Irmã Doroty, Chico Mendes, Nelson Mandela, Martin Luter King. Em seguida, as atividades foram divididas em cinco momentos bem definidos, que visavam promover o empoderamento dos envolvidos. No primeiro foram apresentadas imagens dos protestos populares de junho de 2013, realizando-se os seguintes questionamentos: “o que fica forte dessas passeatas para você?”, “acredita que elas promoveram alguma mudança?”, “onde você poderia fazer a diferença?”. Pretendia-se desvelar o que cada um pensava a respeito dos acontecimentos que marcaram o país, direcionando para o senso crítico de cada participante. No segundo momento, apresentou-se o vídeo “Analfabeto político”, de Bertold Brecht e se questionou a respeito do papel da política na vida de cada um e de todos os segmentos sociais, sobre o que é uma postura política e se identificavam algumas questões que se tivesse havido alguma posição crítica poderia ter mudando o resultado final. O terceiro momento foi composto por trecho de um filme que visava transmitir uma contribuição

na conscientização da existência de uma estrutura social da qual somos partes e, estando inseridos nela, a influenciemos mediante nossos atos, individual ou coletivamente. Para tanto, partiu-se dos seguintes questionamentos: “o que você faz para mudar algo que não o agrada?”, “você procura sempre atender às determinações, mesmo que não concorde com elas?”, “qual a sua colaboração no contexto coletivo?”, objetivando uma reflexão de que mesmo sendo indivíduos dotados de valores e crenças características, somos parte de um coletivo e o influenciemos pelo simples fato de fazer parte dele. O quarto momento trouxe a pedagogia de Paulo Freire de forma esquemática, sendo montada na medida em que se foi explicando, desvendando toda a proposta metodológica. Buscou-se uma forma sintética explicar o que para muitos parecia ser incompreensível e complexo. Foi na simplicidade que se tentou alcançar a compreensão. O quinto e último momento foi para mostrar a importância de cada um na luta coletiva, realizando uma retrospectiva do aprendizado e retorno com as palavras que foram sendo construídas a partir desse processo como um todo, encerrando-se a capacitação conforme o planejado. Impactos: Constatou-se que tal processo tanto favorece a autonomia do indivíduo, quanto promove o despertar de sua curiosidade, estimulando as tomadas de decisões individuais e coletivas, levando-o a se assumir e se entender como parte de um coletivo. Nesse contexto, a metodologia da problematização de Charles Maguerez norteou os trabalhos, já que é baseada na participação ativa dos sujeitos e que considera o contexto de vida, sua história e as experiências dos envolvidos, valorizando e considerando o ritmo de aprendizado individual de cada um. O principal desafio assumido para a capacitação foi transmitir a metodologia de Paulo Freire de modo que os participantes entendessem que as mínimas

ações cotidianas representam decisões políticas, precisando ser críticas e postas em prática, concretizadas. Conscientizar-se que existe uma estrutura social da qual se é parte, onde os atos a influenciam tanto individual, quanto coletivamente. A forma como cada um busca mudar o que não o agrada, é reflexo de sua bagagem política, do aprofundamento do senso crítico e do nível de empoderamento. Deve-se observar o valor da memória coletiva, da comemoração, dos rituais, dos símbolos e dos conteúdos, reconhecendo a importância da historicidade de um povo. Paulo Freire alicerçava seu pensamento na certeza da capacidade humana de construir, reconstruir, desconstruir e tornar a construir o conhecimento, ressaltando que uma mudança real na sociedade se daria justamente por meio da reflexão, defendendo como pilares de sua filosofia a conscientização e o diálogo, de forma reflexiva e participativa, mediante a escuta autêntica de modo a possibilitar o desenvolvimento da criticidade, da liderança e da autonomia. A conscientização significava uma abertura à compreensão das estruturas sociais como possíveis modos da dominação e da violência. Pregava uma metodologia que não visava ensinar o indivíduo apenas a repetir palavras, e sim a dizer sua palavra de modo a assumir conscientemente sua essencial condição humana, ressaltando a necessidade de mudança de uma consciência ingênua ou intransitiva, fruto de uma sociedade fechada, agrária e oligárquica, para uma consciência crítica, fator primordial ao engajamento ativo no progresso político e econômico do país. O processo de conscientização em si já representava uma possibilidade de mudança social ao reconhecer que leva a uma mudança de postura, saindo do individualismo e chegando a uma postura coletiva, grupal, reconhecendo na relação entre os homens uma forma de liberdade que nunca poderia ser alcançada baseada

no individualismo. A natureza coletiva do ser humano lhe possibilitava viver a verdadeira liberdade. Partiu-se no decorrer de todo o processo dos conhecimentos que cada um dos participantes já possuía, socializando-os, da mesma forma que a atividade foi finalizada refletindo o aprendizado no decorrer dos momentos propostos, tornando-os conscientes da aprendizagem e da sua própria capacidade de análise da realidade, evidenciando que ora se aprende, ora se ensina, em um processo de ir e vir que qualifica a conscientização resultante. Considerações finais: Ao se acreditar que o conhecimento é capaz de transformar as pessoas, admite-se que estas são realmente capazes de transformar o mundo. Como uma das premissas mais básicas da educação que é tornar o indivíduo o agente em um ambiente tão repleto de variáveis, pode-se afirmar que o desenvolvimento do senso crítico é essencial nesse processo. A prática é dotada da capacidade de transformar a realidade, levando o indivíduo a ser verdadeiramente livre, residindo na atitude de cada um enquanto ser político, a chave para mudar o que não está de acordo com os princípios de igualdade, liberdade e justiça. Trata-se de um exercício diário que torna possível mudar consciências, aprofundar práticas, conduzindo para um reposicionamento do seu papel enquanto cidadão.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: UM DIÁLOGO COM O PROGRAMA DE VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Carlos Alberto Severo Garcia Junior, Alice Marli Moratelli, Patrick Schneider, Josiane Teresinha Ribeiro de Souza

Palavras-chave: Educação Popular em Saúde, SUS

APRESENTAÇÃO: “Mas afinal, por que falar de Educação Popular em Saúde na universidade?” Foi refletindo sob a inquietude da pergunta que nasceu a experiência que buscamos relatar nas linhas que seguem. O Projeto VER-SUS, uma parceria entre Ministério da Saúde com Rede Unida, União Nacional dos Estudantes e Universidades permite a aproximação dos estudantes com locais de cuidado em saúde. Trata-se de ancorar a formação multidisciplinar por meio de uma proposta de imersão, onde começaram a aflorar diversas inquietações a respeito de temas, os quais se viam como essenciais para uma formação voltada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Afinal, após anos de Educação Freiriana há a necessidade de realizarmos formações para reestabelecer a essência de a Educação Popular no fazer em saúde? Neste sentido, o gênese da proposta para abordar Educação Popular em Saúde em um espaço de educação permanente veio de encontro a angústias de estudantes dos cursos de graduação de Enfermagem e Psicologia de uma Instituição de Ensino Superior do Litoral Catarinense, a Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), que ao vivenciar as práticas supervisionadas, estágios e projetos de extensão da instituição sentiram a ausência e a necessidade de um olhar dialógico, compartilhado e integral. Considera-se os espaços da academia como lugar de encontros e oportunidades para troca de saberes, a imersão do sujeito-estudante com o sujeito-usuário a fim de desconstruir uma perspectiva médico-hegemônica que tradicionalmente imperou as formações em saúde, de forma a apresentar um “que sabe” e outro que “não sabe”. Com a realização durante o período de imersão do projeto supracitado, objetivamos apresentar aos participantes envolvidos com o Projeto VER-SUS temas relacionados à Educação Popular em Saúde como artefato metodológico para uma prática dialógica e promover a participação ativa dos estudantes em seu

processo de ensino-aprendizagem. Trata-se de propor uma reflexão crítica, a partir da interferência e trocas realizadas entre estudantes de graduação, sobre modelos de formação para o SUS, isto é, ofertar um espaço de problematização sobre Educação e Saúde em meio à vivência com a interação com trabalhadores, usuários e gestores. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A construção metodológica da formação para os viventes do VER-SUS contou com diversas propostas como, rodas de conversa e dinâmicas norteadoras, vivências e momentos de compartilhamento de experiências, buscando cruzar teoria e prática sempre objetivando ao tema de Educação Popular em Saúde. Em diversos momentos havia a presença de um facilitador para conduzir a discussão ou, em uma perspectiva horizontal, apresentava-se como mediador para ancorar as falas com o objetivo proposto para a roda, respeitando cada colocação. Diante disso, o planejamento para a formação em Educação Popular em Saúde esteve inteiramente voltado à perspectiva do educador brasileiro Paulo Freire, tomando como base o Caderno de Educação Popular do Ministério da Saúde, que destaca a educação em saúde como uma prática na qual há a participação ativa da comunidade, assim como cinco princípios Freirianos, a saber: O saber ouvir, a desconstrução de uma visão mágica por meio do processo ação-reflexão-ação, aprender a estar com o outro, abandonar a criticidade absoluta ao assumir a ingenuidade do educando e, então, viver pacientemente impaciente. A formação se deu na forma de rodas de conversa, onde perguntas geradoras/problematizadoras foram disponibilizadas para auxiliar no processo de construção. Vale salientar que as perguntas geradoras não serviam como modelo engessado a ser seguido, mas sim, contribuíam com uma metodologia em que a construção parte do coletivo através de uma troca de saberes

entre os participantes. Buscou-se, com a imersão dos viventes, problematizar qual a diferença ao agregar o termo “popular” na práxis educacional e apontar possíveis caminhos para desvincular a educação de um processo vertical que perpetua na história, em que “eu” fala a “tu”, de forma a gerar um espaço de troca de saberes em que se fala “com” o outro. É importante salientar que além do vivente ter a possibilidade de tomar conhecimento sobre a educação popular em saúde, fez educação popular consigo mesmo, com o outro, no espaço de formação do VER-SUS que pode ser também considerado uma referência de movimento que objetiva orientar as ações de luta no fazer social, no coletivo em busca da cidadania e principalmente na reinvenção da vida. Para além do VER-SUS, fazer educação popular em saúde seria construir práticas juntamente com os usuários em seu dia a dia. Isto poderia denominar o que Paulo Freire chama de saber mudar, conhecer a realidade, a construção histórica e social da comunidade onde se está inserido, conhecer a si mesmo para conseguir olhar o outro, na integralidade. Paulo Freire salienta que não basta quereremos mudar a sociedade ou dialogar sobre ela, mas que se faz necessário ir além, fazer as palavras agirem, tomar impulso de ação através dos diálogos, é necessário saber fazer, como mudar e esta mudança precisa ser pensada e escalada em direção a igualdade e horizontalidade do trabalho integral e coletivo, com instrumentos criados no contato humano, nas diferentes sabedoras – populares e as científicas, pois se assim não for, se o conhecimento e ação não forem na horizontal fica-se aquém do outro e da política que orienta os direitos e deveres da população, para um resultado de empoderamento coletivo, de território, do ser humano. E é este o movimento inspirado pelo VER-SUS, a importância de conhecer as pessoas, o que as movimenta, as suas necessidades de saúde, para olhá-

las na sua integralidade, e assim construir a Educação em Saúde. RESULTADOS: Para tanto, vimos que uma formação voltada para a Educação Popular em Saúde pode oferecer frutos em longo prazo, ou seja, proporcionar uma determinada direção de discussões e reflexões partindo da premissa Freiriana. Trata-se de permitir ao ser, neste caso, ao acadêmico de graduação, ter a percepção da realidade, da aplicabilidade e da resolubilidade que tal ato promove, faz com que as atitudes tomadas como profissional sejam analisadas a partir desta perspectiva, que permite ao outro atuar como protagonista de sua própria história. O fato de não elencar um mediador para os grupos de discussões permitiu a horizontalidade e mutualidade nos processos de construção e desconstrução dos saberes. Os efeitos percebidos decorrentes da experiência relevam um desejo em contagiar outros atores com metodologias e perspectivas criativas e inovadoras, capazes de transformar as práticas em saúde e os modos de fazer gestão nos processos de cuidado e tomadas de decisões. Assim, ao apostar na inclusão de outros atores implicados com o SUS, pode-se perceber a reverberação no fortalecimento de um sistema de saúde com qualidade e para todos, por isso, o necessário investimento no protagonismo acadêmico. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O VER-SUS é um importante espaço para a construção da educação popular em saúde, mas há que se ter para além do VER-SUS espaços coletivos que movimentem e integrem os atores sociais para que não nos percamos em uma tentativa de pensar mudança, mas não fazê-la. Para isto Paulo Freire, em seus ensinamentos, nos remete a história pela qual herdamos - a de não fazer parte das escolhas e decisões da sociedade, isto é cultural, é herança histórica. A pluralidade de olhares e as realidades podem ser a chave para compreender a vida, concepções que permitam a passagem para a diferença e a diversidade.

EDUCAÇÃO POPULAR EM SERGIPE: CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO COMITÊ ESTADUAL DA PROMOÇÃO DA EQUIDADE

Maria Cecília Tavares Leite, Rosângela Marques dos Santos, Júlia Ferreira de Menezes

Palavras-chave: Educação Popular, Saúde, Promoção Equidade

Apresentação: O projeto pedagógico do curso de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe - UFS preconiza que a formação profissional deve desenvolver no discente uma postura crítica diante dos espaços e políticas nos quais se inserirem. Portanto, a construção de estratégias coletivas e individuais nos espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais devem articular as dimensões teórico/metodológica/técnico/operativa/ético/política. Dessa forma, o aludido projeto pedagógico pauta a formação do discente em experiências nos diversos espaços da sociedade, o que permite a contribuição com o processo de construção de políticas sociais alinhadas com as reais necessidades da população ao tempo em que contempla a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Para tanto, o Projeto de Extensão intitulado: “Promoção da Saúde, Equidade e Educação Popular - ampliação das trilhas, espaços e interlocutores” desenvolveu as suas atividades no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2014. Teve-se por objeto da experiência o acompanhamento do processo de construção do Comitê Estadual de Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe. Definiram-se como objetivos discutir sobre as estratégias para a realização de oficinas temáticas Pró Comitê e a Criação de Grupo de Trabalho Intersetorial para formatação da proposta

do Comitê Estadual de Promoção da Equidade e colaborar com a organização das oficinas temáticas realizadas nos municípios sergipanos. A relevância dessa ação justifica-se tendo em vista as desigualdades que marcam historicamente a sociedade brasileira na qual o tema da equidade tornou-se debate central, especialmente com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que instituiu a perspectiva da Seguridade Social, através da articulação das políticas de saúde, assistência social e previdência, quando o tema dos direitos sociais e do acesso universal às políticas sociais alargou-se em todos os setores da nossa sociedade. No campo da saúde, o tema tornou-se mais frequente a partir da década de 1980 quando a Organização Mundial da Saúde lançou as estratégias contidas no documento “Saúde Para Todos no Ano 2000”, que articula ao tema da promoção da saúde à discussão sobre necessidade de atingir as populações de todos os países independentes da condição econômica, de gênero, de raça entre outros. Desse modo, o debate sobre a garantia do acesso aos serviços de saúde tornou-se uma constante nos diversos espaços de encontros entre trabalhadores, gestores, pesquisadores e usuários, especialmente se considerarmos que a dimensão da determinação social da saúde e as imensas desigualdades sociais e econômicas que ainda marcam nosso país constituem-se em barreiras objetivas a essa garantia e, além delas outros aspectos subjetivos, culturais, também implicam no acesso aos serviços de saúde, especialmente para alguns segmentos populacionais em situação de vulnerabilidade social, tais como a população negra, ribeirinha, do campo e da floresta, LGBT, cigana, entre outras. Assim, a partir da criação pelo Ministério da Saúde das denominadas Políticas de Equidade e de Educação Popular, especialmente a partir da criação dos comitês nacionais que objetivam a implantação dessas políticas

no nível federal, nos estados e municípios, deslança-se interessante processo que problematiza especialmente o princípio da equidade e a necessidade de construção de gestão essencialmente participativa e democrática, dando sonoridade às vozes diferentes que ainda, apesar do princípio de garantia de acesso universal do nosso sistema de saúde, encontram-se excluídas desse acesso. Desenvolvimento: No aspecto metodológico destacam-se as oficinas temáticas realizadas com a População Negra e Quilombola, População do Campo, População LGBT, População em situação de Rua, Povo Xokó, grupos e movimentos da Educação Popular com a finalidade de informar, sensibilizar e mobilizar os diversos segmentos representativos das populações vulneráveis para a importância da participação social no processo de implementação de políticas públicas de promoção da equidade em saúde e sobre a proposta de criação do Comitê de Promoção da Equidade. Resultados: Desenhado como novo espaço de cogestão e participação popular, desde o seu início, o Comitê contou com a participação dos sujeitos diretamente implicados com as políticas de equidade e educação popular no nível local. As discussões que marcaram o processo de construção coletiva do comitê incluíram temas como iniquidades, determinação social da doença, vulnerabilidade social, participação popular, gestão democrática, cogestão e papel do comitê. O contexto local, apesar de apresentar avanços na área ainda é marcado pelas iniquidades sociais e pela necessidade de consolidação e ampliação do acesso universal e da gestão democrática com efetiva participação popular, o que alimentou as discussões realizadas e mobilizou os sujeitos coletivos. Neste espaço aconteceram oficinas e encontros com todos os segmentos e instituições as quais objetivaram viabilizar a legitimidade das representações, construir a proposta

do Comitê, que foi instituído formalmente durante o I Seminário de Políticas de Equidade e Educação Popular, oficializado mediante a Portaria nº 260, de 27 de setembro de 2013. O citado evento contou com a participação de aproximadamente 250 pessoas entre trabalhadores, gestores e movimentos sociais apresentando-se como uma estratégia para articular as populações vulneráveis e segmentos organizados em um mesmo processo para ampliar forças e consolidar a política de equidade em Sergipe. Esse novo espaço de diálogos tem o compromisso de contribuir com a construção das políticas de Equidade e Educação Popular em Sergipe mediante a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão ao ampliar a comunicação entre as instituições e os movimentos sociais. A experiência da extensão contribuiu com os seguintes processos, a saber: a) a produção e difusão de conhecimento científico sobre as populações socialmente vulneráveis em Sergipe e as políticas de equidade e educação popular em saúde o que resultou na elaboração de projeto de pesquisa de iniciação científica; b) fortalecimento da articulação entre ensino/serviços de saúde/movimentos sociais especialmente com a participação da equipe da UFS na organização dos processos preparatórios para a Conferência Municipal de Saúde de Aracaju; c) ampliação da percepção dos gestores, trabalhadores e sujeitos que fazem o controle social no Sistema Único de Saúde - SUS sobre as políticas de equidade e educação popular em saúde com a realização de oficina sobre as políticas de equidade para os delegados eleitos para a conferência de saúde no município aracajuano; d) aprofundamento do debate sobre as políticas de equidade e educação popular em saúde e a relação com o projeto ético-político do curso de Serviço Social com a mobilização de discentes para participarem do projeto de extensão e das

oficinas temáticas realizadas. Considerações Finais: O comitê tornou-se um espaço pedagógico de produção coletiva de Políticas de Saúde alinhadas com a realidade das populações vulneráveis, com vistas a estabelecer o princípio da participação social e colaboração na construção de redes solidárias de gestão e atenção no SUS. De forma geral a experiência da extensão viabilizou a articulação entre ensino/serviços de saúde/movimentos sociais através da continuidade da participação de docentes e discentes de forma dialógica e horizontal nas atividades desenvolvidas pelo Comitê Técnico Estadual de Promoção da Equidade e Educação Popular em Saúde do Estado de Sergipe - COEPOS.

EDUCANDO-SE NA DIVERSIDADE: UMA EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO DOCENTE JUNTO AOS PAÍSES AFRICANOS DE LÍNGUA PORTUGUESA

Marcia Raposo Lopes, Anakeila de Barros Stauffer, Ronaldo Travassos, Cristina Massadar Morel, Helifrancis Ruela

Palavras-chave: Educação Profissional, Formação docente, Cooperação Internacional

Este trabalho reflete sobre a experiência de um Curso de Atualização para Docentes da Educação Profissional em Saúde, realizado em Guiné Bissau, pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, unidade técnica científica da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Em 2004, a EPSJV foi designada como Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde (OMS) para Educação de Técnicos em Saúde pela Organização Panamericana de Saúde (Opas), sendo redesignada nos anos de 2008 e 2012. Ainda no que tange à atuação da EPSJV no âmbito internacional, em maio de 2009, os Ministros da Saúde da Comunidade

dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), reunidos no Estoril-Portugal, aprovaram o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (PECS-CPLP 2009-2012), tendo como principal meta o fortalecimento dos sistemas de saúde dos Estados Membros da CPLP, de forma a garantir o acesso universal a cuidados de saúde de qualidade de suas populações. Nesse sentido, foram estabelecidos sete eixos estratégicos de atuação, dentre os quais a formação e o desenvolvimento da força de trabalho em saúde. Nesse eixo, um dos projetos pactuados dizia respeito à criação de redes estruturantes de saúde – dentre elas, as escolas técnicas de saúde. No mês de dezembro de 2009, durante a 2^a Reunião Geral da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS), ocorrida na EPSJV, foi criada a RETS-CPLP, sendo a EPSJV definida como instituição coordenadora da Rede – função redesignada em 2013. Um dos objetivos do Plano de Trabalho proposto pela EPSJV em seu papel coordenador, para o período de 2014 a 2017, em consonância com o PECS-CPLP, se refere a “Qualificar os docentes das escolas técnicas de saúde, tanto nos aspectos técnicos quanto pedagógicos”. Tal proposta pretendeu contribuir na qualificação pedagógica de docentes das escolas técnicas de saúde dos países da CPLP, buscando aprofundar as bases teórico-metodológicas que fundamentam as práticas de educação e suas relações com a saúde. Nesse sentido, o curso visou propiciar uma formação crítico-emancipatória, em contraste com a racionalidade utilitarista instrumental que impera, usualmente, na formação docente, tendo como objetivo geral apresentar as concepções de educação e de educação técnica em saúde e sua correspondência nos âmbitos do currículo, do processo de ensino-aprendizagem, do planejamento pedagógico e da avaliação. A construção

do plano do referido curso se configurou de forma dialogada com os referidos países, através de reuniões presenciais e de consultas via internet. O curso foi financiado pela Fiocruz e pela OPAS/OMS, tendo colaboração do Ministério de Saúde de Guiné Bissau e dos países de origem dos participantes, possibilitando a formação de 26 (vinte e seis) docentes da Escola Nacional de Saúde de Guiné Bissau e 2 (dois) docentes do Instituto de Ciências da Saúde Dr. Victor Sá Machado, de São Tomé e Príncipe. O curso contabilizou 80 (oitenta) horas/aula presenciais, e se organizou a partir dos seguintes eixos temáticos: Formação e apropriação do trabalho docente; Concepções pedagógicas: o diálogo com a visão de sociedade; as implicações para a prática docente; a educação popular em saúde; Currículo: aspectos filosóficos históricos e sociais; Currículo como campo de conhecimento; Currículos de educação profissional em saúde; Planejamento: integração entre a instituição educativa e o contexto social; Organização de um planejamento de ensino: metodologia, fases e elementos componentes; Plano de curso, plano de aula, a seleção do conteúdo e dinâmicas de ensino; Avaliação e sua imbricação com as concepções pedagógicas; Concepções de avaliação; Instrumentos avaliativos; Avaliação do saber técnico em saúde. Como objetivos específicos delinearam-se: 1. Analisar as principais características das políticas de educação e de educação profissional em saúde na atualidade peruana. Proporcionar a compreensão das diferentes dimensões (psicológica, social e política) envolvidas no processo de ensino e de aprendizagem, considerando as especificidades da educação técnica em saúde; 2. Analisar as concepções de ensino e de aprendizagem expressas nas práticas educativas em saúde, a fim de contribuir para a efetiva participação da comunidade e da problematização

da realidade; 3. Conhecer as diferentes concepções de formulação do currículo que impactam o cotidiano do processo de ensino-aprendizagem; 4. Debater as concepções e sentidos da avaliação da aprendizagem, com o propósito de realizá-la de forma processual e diagnóstica para reorientar o trabalho docente; 5. Estruturar o planejamento pedagógico – plano de curso e plano de aula – considerando seus distintos componentes (objetivos, conteúdos, metodologia e avaliação), com vistas a organizar a prática pedagógica. Tanto o planejamento como o desenvolvimento constituíram-se em processo de grande aprendizagem para equipe de docentes, propiciando o conhecimento de processos educativos e culturais destes povos africanos. O principal desafio da proposta foi a concretização de uma metodologia pautada na problematização (FREIRE), valorizando as experiências formativas, de trabalho e de vida dos educandos, a fim de possibilitar uma análise crítica da práxis educativa que ressignificasse o conhecimento trabalhado em sala de aula e seus desdobramentos na vivência dos estudantes-docentes. Buscando apartar-se de processos de formação e trabalho que apresentam diretrizes prontas para o desenvolvimento das práticas, o curso propiciou o diálogo entre a discussão crítica de textos acadêmicos (quase todos brasileiros) e as experiências vividas pelos educandos, a fim de se elaborar planejamentos (planos de curso e planos de aula) que possam ser implementados em suas escolas. No que tange à avaliação do referido curso, compreendemos que essa se constitui como um momento de reflexão sobre os caminhos que o estudante-docente está construindo, demonstrando suas dificuldades, suas possibilidades, seu caminhar no processo, sempre transitório, do saber (Estéban, 1997). Buscamos instituir um trabalho pedagógico em que a

escola organize a mediação entre sujeitos coletivos e conhecimento, a fim de que estes tenham acesso ao saber e à cultura produzidos pela humanidade (Kostiuk, 1991). A partir desta concepção, a avaliação só pode se constituir de forma processual ao longo de todo o curso, tomando como referência a experiência dos discentes e sua trajetória ao longo do processo formativo: avanços teórico-conceituais e sua aplicação prática, produções, participação individual e em grupo, dentre outros. O processo possibilitou o questionamento da formação docente que, muitas vezes se constitui de forma bancária (FREIRE), desconsiderando o papel de intelectual exercido pelo docente (GIROUX), e contribuindo para que a escola ocupe um espaço de mantenedora do status quo.

ENCONTRO PAULISTA DO VER-SUS: PROPONDO REFLEXÕES E AÇÕES NO CAMPO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Allan Gomes de Lorena, Beatriz Cabral de Vasconcellos Vinhas, Emelyn Hernandes Rosa, Pedro Henrique Faria de Carvalho

Palavras-chave: VER-SUS, formação em saúde, política de saúde

As vivências e estágios na realidade do SUS (VER-SUS) de São Paulo, desde a sua primeira edição em julho de 2014 na cidade de São Bernardo do Campo, e nos municípios de Mauá, Guarulhos, Santos e Brasilândia/FÓ no verão de 2015, vem se solidificando no campo da integração ensino-serviço com a gestão municipal de diversas secretarias de saúde, o que permite estimular uma aproximação dos estudantes de graduação com os territórios e o fortalecimento dos diálogos entre gestão e serviços de saúde. Possibilita, também, encontros fundamentais dos profissionais de saúde com as pessoas que utilizam o SUS, sempre

próximo do afeto e do cuidado com o outro. Assim, surge a necessidade do VER-SUS/São Paulo (re) pensar suas práticas, suas vivências, seus objetivos e compromissos com o Projeto VER-SUS/Brasil. O Encontro Paulista do VER-SUS (ou EP-VERSUS para os íntimos) teve como mote o tema “propondo reflexões e ações no campo da formação em saúde” no intuito de fomentar o debate do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das vivências e estágios na realidade do SUS (VER-SUS) nos municípios paulistas. O referido evento contou com a participação de diversos movimentos e coletivos como: Faculdade de Saúde Pública da USP, instituição importante sobre o debate da saúde e SUS; Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), entidade histórica do movimento da reforma sanitária em São Paulo e anterior a efetivação do SUS; VER-SUS/São Paulo, coletivo de estudantes e mobilizadores dos estágios e vivências em São Paulo e os Centros Acadêmicos de Farmácia e Obstetrícia da USP, estes, protagonistas estudantis em articular o movimento estudantil de seus cursos com a pauta da saúde tendo como objetivo contribuir para o amadurecimento e fortalecimento da Comissão de Organização do VER-SUS/São Paulo. Tratou-se de um encontro com metodologias participativas com o propósito de dar movimento ao diálogo interdisciplinar e/ou transdisciplinar entre as áreas de conhecimento. Buscando participação ou cooperação entre as instituições e coletivos proponentes visando a transformação da realidade social, compartilhando conhecimentos e experiências para suscitar reflexões no campo da saúde com estudantes de saúde pública, terapia ocupacional, obstetrícia, farmácia e bioquímica, nutrição, pedagogia, biomedicina, psicologia, estudantes imigrantes, estudantes formados, estudantes de pós-graduação, integrantes de movimentos sociais, gestores do SUS

e docentes de universidades públicas e privadas. Nesse sentido, o Encontro Paulista (EP) não se trata apenas da junção de uma vogal com uma consoante, não se trata de uma sigla inocente, mas, de um conceito-força dos “inconscientes que protestam”. (Merhy, 2002). O EP inspirado sob a ótica da Educação Permanente em Saúde (EPS) teve a intenção segundo Feuerwerker, (2014) de olhar para o dia a dia, no mundo do trabalho, e poder ver os modos como se produzem sentidos, se engravidam palavras com os atos produtivos, tornando esse processo objeto da própria curiosidade, vendo-se como seus fabricantes e podendo dialogar no próprio espaço do trabalho, com todos os outros que ali estão, não é só um desafio, mas uma necessidade para tornar o espaço da gestão do trabalho, do sentido do seu fazer, um ato coletivo e implicado, a serviço da produção de mais vida individual e coletiva. Foi produzido durante os dias do Encontro Paulista novos significados para dar continuidade às vivências e estágios nos serviços de saúde em São Paulo, além de debates acerca da gestão, atenção, formação e participação cidadã, bem como, a produção de sentidos, saberes, políticas e práticas (...) O tema [propondo reflexões e ações no campo da formação em saúde] se coloca atual a cada dia e incluir os movimentos sociais e escutar a voz do coletivo continuam sendo as atitudes necessárias para pensarmos, disputarmos e rearranjarmos a vida, como diz Nichiata et al (2015). Para colocar o VER-SUS em “xeque” foi realizado uma roda de discussão para problematizar a pertinência de estágios e vivências no SUS, se este, pode ser um dispositivo de mudança na formação. Para Passos e Carvalho (2015), é necessário reorientar a formação como estratégia de intercessão coletiva pressupõe a produção de alterações nas condições de trabalho a partir da relação entre os sujeitos que participam do processo de produção

de saúde (...) [e] pensar a formação em saúde a partir da ideia de intercessão impõe que se utilizem estratégias pedagógicas que superem a mera transmissão de conhecimentos, pois não haveria um modo correto de fazer, senão modos que, orientados por premissas éticas, políticas e clínicas, devem ser recriados considerando as especificidades de cada realidade, instituição e equipe de saúde. As falas que marcavam este e os outros debates, guiado pelo o conceito de Rizoma (Deleuze e Guattari, 1995) dão movimento à produção de novas formas de subjetivação para o cuidado, o trabalho e a formação em saúde com vistas às necessidades sociais em saúde e o trabalho multiprofissional. Notamos, ainda, a multiplicidade de ideias, desejos e angústias que movem os “incontritas” paulistas do VER-SUS. Essa multiplicidade, para Pelbart (2003) pode ser concebida como um corpo biopolítico coletivo, nos seus poderes de constituir para si comunidades múltiplas, desenha assim novas possibilidades de relação com a alteridade. Para dizê-lo em termos mais filosóficos: não mais pensar segundo a dialética do mesmo e do outro, da Identidade e da diferença, mas resgatar a lógica da multiplicidade. O Encontro teve como ponto de partida e ponto de chegada cartografar regiões que ainda estão por vir, no sentido, de inovar e reinventar as próximas vivências. A realização do Encontro Paulista do VER-SUS foi possível porque podemos “parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, (...) cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço” (BONDIA, 2001). Por fim, lembra Lorena (2014) que o VER-SUS, assim como o SUS são projetos dinâmicos

que mudam, faz girar vidas e políticas (...) e o [Encontro Paulista do] VER-SUS traz a proposta de criar uma rede viva entre estudantes, usuários, militantes da saúde, trabalhadores, gestores e quem mais quiser contribuir para a mudança da realidade de saúde que nos envolvem, uma vez que, saúde é um campo social de intensas lutas e batalhas.

ENSINO DA ÉTICA E LEGISLAÇÃO PROFISSIONAL EM UM CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Adaiele Lucia Nogueira Vieira da Silva, Andreia Flaurinda de Freitas

Palavras-chave: Ética em Enfermagem, Técnicos de Enfermagem, Legislação de Enfermagem

Introdução: A formação profissional na área de enfermagem brasileira tem ganhado os holofotes, fato fortemente interligado às ocorrências éticas envolvendo profissionais de enfermagem. O termo ocorrência ética vem sendo utilizado para descrever eventos danosos, que podem ser resultantes de ações de negligência, imperícia ou imprudência, podendo expor o paciente/cliente a situações de riscos ou de danos à integridade física ou moral, mesmo que não haja a intenção deliberada desses profissionais de ocasionar esses danos ao cliente. Cabe salientar que no Brasil a enfermagem é exercida por quatro categorias profissionais: enfermeiro, técnico, auxiliar de enfermagem e parteira, sendo que cada categoria profissional tem um processo de formação próprio, caracterizado pelo desempenho de suas funções. A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem afirma que é livre o exercício da enfermagem em todo o território nacional, sendo assim as atividades desenvolvidas

pelos profissionais de enfermagem devem embasar-se nos preceitos bioéticos, éticos e legais da profissão e no Código de Ética dos Profissionais de enfermagem, assegurando a segurança do paciente, bem como a promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas. Diante disso, os profissionais de nível técnico de enfermagem, com exercício regulamentado por Lei, integram uma equipe que desenvolve, sob a supervisão do Enfermeiro, ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação referenciadas nas necessidades de saúde individuais e coletivas, determinadas pelo processo de saúde e doença. O curso técnico em enfermagem visa a formação de profissionais para atuação em serviços de saúde pública ou privada, hospitais, clínicas e outros sob a supervisão e orientação do enfermeiro, executando com segurança os procedimentos do seu campo de atuação, respeitando a legislação específica e princípios éticos. Além disso, os técnicos de enfermagem deverão apresentar bom relacionamento interpessoal, iniciativa, senso crítico e autocrítica, senso de observação acurada, iniciativa, equilíbrio emocional e realizar a assistência humanizada. A temática ética e legislação faz parte do currículo na formação dos profissionais de enfermagem de nível médio, conforme preconizado na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, todavia mesmo perante a importância desta disciplina, nos cursos profissionalizantes e até de graduação, muitas vezes não recebe a devida atenção, enfatizando apenas questões técnicas e práticas. Objetivo: Este trabalho tem o objetivo de apresentar o relato de experiência do ensino da ética e legislação profissional em um curso técnico em enfermagem. Descrição da Experiência: Trata-se de um estudo descritivo na modalidade relato de experiência, elaborado a partir da atuação como docente

no curso de técnico em enfermagem do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, com ênfase na temática: moral, bioética, ética, e legislação profissional em enfermagem. Resultados: Os conteúdos foram apresentados de forma diversificada, sejam por meio de conversas em roda, aulas expositivas, filmes ou dramatizações. As aulas tinham por objetivo: preparar o aluno para executar com responsabilidade as atividades cotidianas de enfermagem respeitando as relações humanas, a ética profissional, considerando as orientações das entidades de enfermagem no cuidado aos pacientes. As bases metodológicas trabalhadas foram: História da enfermagem; Legislação educacional, relativa à formação dos diferentes níveis profissionais da enfermagem; Lei do exercício profissional da enfermagem; Entidades da Enfermagem: Associação Brasileira de Enfermagem, Conselho Federal de Enfermagem, Conselho Regional de Enfermagem, sindicatos e suas finalidades; Noções gerais de Bioética: conduta humana, valores e significados, situações e dilemas éticos, Ética profissional: Código de Ética de Enfermagem; Relações humanas; Introdução à teoria do cuidado: conceitos; relação do cuidador com o ser cuidado; A questão da nudez; A invasão do corpo; A perda da propriedade do corpo sob a ótica do paciente e a apropriação do corpo do paciente sob a ótica do cuidador; Formas de trabalho: emprego formal, cooperativas, cuidado domiciliar, contrato temporário, trabalho autônomo, jornada de trabalho; Técnicas e princípios de anotações de ocorrências e serviços; Leis trabalhistas, contratos e organizações de trabalho. Para facilitar a explanação de alguns temas, foram exibidos os seguintes filmes: Um golpe do destino (The Doctor); Brava frente - Ana Nery; Quase deuses, Mar a dentro; Patch Adams: o amor é contagioso; O Jardineiro fiel. Após a exibição de cada filme iniciou-se uma mesa redonda para exposição e debate

sobre os principais pontos apresentados, dilemas envolvidos e postura profissional. Apesar da participação e interesse dos alunos pelo conteúdo apresentado, foi possível constatar, que assuntos referentes a “aprender a técnica” de um determinado procedimento lhes causavam maior atração, negligenciando todas as questões éticas ali presentes. Esta realidade está presente no dia a dia desta categoria profissional, onde parece sobressair o fazer de tarefas preestabelecidas, sem pensar eticamente no que se está sendo feito e porque está sendo feito. A principal dificuldade vivenciada durante o desenvolvimento da disciplina foi a sensibilização de que os preceitos éticos e bioéticos são tão fundamentais para o exercer profissional quanto a técnica de procedimentos. Constatou-se que apesar de conteúdos referentes à ética profissional fazerem parte do currículo, os conteúdos são muitas vezes descontextualizados da prática real e não permitem a criação de espaços para a reflexão necessária à decisão e condução competente, comprometida e responsável. A ementa da disciplina proposta no currículo, voltava-se apenas para o ensino deontológico, enfatizando o treinamento técnico, sem aberturas para o desenvolvimento da sensibilização, aprofundamento e análise crítica de vivências profissionais que muitas vezes ultrapassam preceitos contidos no Código de Ética. Considerações finais: A ética e a legislação são imprescindíveis para o exercício da enfermagem, além de ser inescusável o seu desconhecimento, por estarem diariamente sujeitos a ocorrências éticas os profissionais da saúde, dentre estes os técnicos de enfermagem, carecem de ter pleno conhecimento dos preceitos bioéticos, éticos e legais presentes na legislação geral e nas legislações específicas de enfermagem, que norteiam a prática do cuidado. Sendo assim, o ensino da ética e bioética precisa ser mais difundido nos

demaís níveis de formação em enfermagem, sendo necessária sua ênfase em todas as disciplinas durante toda a formação destes profissionais, associando sempre à realização de uma técnica de procedimento a um preceito ético-moral ali presente que precisa ser respeitado. É fundamental que os profissionais de enfermagem durante o seu exercício profissional, conciliem ciência e tecnologia, com um sólido embasamento ético-moral, tendo assim subsídios para atuar com competência técnica e qualificação científica, tecnológica e ética, ao deparar-se com dilemas éticos. A ética profissional precisa ser estudada de forma transversal e não apenas pontual, favorecendo a assimilação e compreensão dos princípios bioéticos, éticos e legais, garantindo uma assistência de enfermagem de qualidade, para pessoa, família e coletividade.

ENSINO DA ÉTICA, BIOÉTICA E DA LEGISLAÇÃO EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Adaiele Lucia Nogueira Vieira da Silva, Joice Barbosa Batista, Mariluci Camargo Ferreira da Silva

Palavras-chave: Descritores: Bioética, Ética em Enfermagem, Legislação em Saúde

Introdução: A atuação profissional do enfermeiro levando em consideração as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCNs) visa à qualificação do discente para o exercício da profissão, através da formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Inclui como base o rigor científico e intelectual, pautando-se em princípios éticos e legais, com subsídios para intervenção de problemas ou situações saúde-doença, bem como na identificação das dimensões biopsicossociais. Esse profissional deve exercer a enfermagem de forma

responsável, com senso social adequado e comprometido com a cidadania, sendo o principal promotor de saúde integral do ser humano. Também é válido ressaltar que as DCN's para a graduação em enfermagem preconizam o perfil profissional, competências e habilidades tanto específicas quanto gerais, essenciais para formação, e de cunho obrigatório. Tais elementos devem estar presentes no estágio supervisionado; das atividades complementares; dos projetos pedagógicos; organizações de curso ou assuntos correlacionados, sendo de suma importância e primordiais para uma formação positiva nessa área da saúde. Dessa forma, evidencia-se nas DCNs a alta responsabilização do acadêmico de enfermagem no tocante ao futuro do seu exercício profissional, considerando como uma das competências e habilidades gerais desenvolvidas pelos formandos/egressos de enfermagem, a realização dos serviços prestados e o gerenciamento do processo de trabalho, dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética e da bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional. Vale ainda lembrar que se faz fundamental e imperioso o ensino da bioética e da ética nas escolas de enfermagem determinando uma visão deontológica por meio de orientações normativas, restritivas aos conjuntos de normas e códigos os quais serão trabalhados de forma teórica e abstrata. Ou seja, inserir um modelo de saúde que exija que os sujeitos sociais prestem serviços profissionais futuros de forma humanizada, flexível, criativa, interligada a consciência profissional ao cuidado ético na perspectiva da integralidade num todo. Desse modo, as ações profissionais futuras precisam pautar-se, a partir dos principais princípios bioéticos, a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça, subsidiando assim, a qualidade na assistência prestada. Objetivo:

O presente estudo tem o intuito de relatar a experiência do ensino da ética, bioética e legislação da enfermagem e da saúde em um curso de graduação em enfermagem. Descrição da experiência: Trata-se de um estudo descritivo na modalidade relato de experiência, elaborado a partir da atuação como docentes no curso de graduação em enfermagem na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, na disciplina de Bioética e Legislação em Enfermagem e em Saúde. Resultados: Para o desenvolvimento do conteúdo programático, foram realizadas aulas teóricas e aulas práticas, e para tanto, utilizou-se as seguintes metodologias de ensino: Aulas expositivas dialogadas; Discussão de textos após a realização do estudo dirigido; Apresentação e discussão de vídeos; Discussão em grupos; Elaboração e apresentação de trabalhos – painel integrado e/ou seminários; Aulas no laboratório de informática; Elaboração e apresentação escrita e audiovisual de estudos dirigidos e/ou seminários; Elaboração e apresentação de relatórios de atividades práticas. Os conteúdos trabalhados nas aulas foram: O surgimento e evolução da bioética na comunidade científica; Conceitos básicos de bioética, biodireito, direito sanitário, vulnerabilidade, direito à saúde e direitos humanos; O enfermeiro frente aos dilemas no campo da ética e bioética: bioética e atenção à saúde; morte e fase terminal; eutanásia; remoção de órgãos; tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante; transfusão sanguínea; Pesquisa com seres humanos; Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Atenção à pessoa com deficiência e comportamentos inclusivos; Compromisso e juramento profissional. Nas aulas práticas foram trabalhados temas referentes à reprodução assistida/ planejamento familiar; relação profissional versus paciente e omissão de socorro, para aproximar a teoria à realidade vivenciada,

foi apresentada notícias atuais disponíveis em meio eletrônico que mostravam estas situações. A partir da leitura das notícias, foram discutidos os princípios bioéticos, as legislações aplicadas e a postura profissional, solicitando a elaboração de um texto reflexivo sobre cada notícia. A referida disciplina teve por objetivos: proporcionar subsídios teóricos básicos para reflexão crítica e posicionamento profissional diante dos aspectos bioéticos e da legislação em enfermagem e em saúde do exercício da enfermagem; conhecer e analisar os dilemas no campo da bioética; proporcionar subsídios teóricos a respeito da legislação que regulamenta a atenção à saúde da pessoa com deficiência; proporcionar subsídios teóricos para uma reflexão crítica-analítica da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência; realizar uma reflexão crítica a respeito de um exercício profissional voltado ao cuidado humano de modo criterioso e com responsabilidade ético-profissional fundamentado em princípios da bioética. Ainda que alcançados os objetivos propostos na apresentação da disciplina, observou-se que alguns alunos pareceram não demonstrar interesse em discutir alguns temas, e isso talvez seja decorrente de concepções prévias, envolvendo religiosidade, valores morais ou até mesmo da ausência ou insuficiência do conhecimento e da importância para com as temáticas, provavelmente desconhecidas como ciência até aquele momento. Considerações finais: Percebeu-se empiricamente que os alunos parecem priorizar outras disciplinas, básicas e específicas, ocorrendo uma “negligência” das questões bioéticas e éticas. A inserção da ética e da bioética no currículo de enfermagem pode trazer grandes contribuições para o conhecimento dos graduandos, e a possibilidade em criar um planejamento de trabalho docente que mescla a teoria com prática, criando

momentos de discussões e debates os quais geram reflexões durante todo processo de formação curricular. A transversalidade de conteúdo é fundamental para formação ética, reflexiva, consciente e responsável, com base nos princípios éticos, bioéticos e na legislação geral e específica que influencia no exercício profissional. Considerações finais: O discente necessita conhecer e compreender que os conflitos ocorrem em meio à diversidade cultural e social do meio em que está inserido, e debater o exercício profissional com preceitos bioéticos, possibilitando a capacidade de agir conscientemente de forma crítica, reflexiva e responsável. Já ao docente, compete o papel de ser o facilitador dessa formação, pautado nos problemas do cotidiano dos profissionais de saúde, e nesse caso da enfermagem. Acima de tudo, no processo de planejamento do ensino, as Diretrizes Curriculares devem determinar o norte de seu exercício diário, enriquecendo ainda mais as estruturas curriculares dos futuros colegas de profissão.

ENSINO HÍBRIDO NA FORMAÇÃO EM FISIOTERAPIA: POTENCIALIDADES, DESAFIOS E LIMITAÇÕES

Thatiane Lopes Valentim Di Paschoale Ostolin, Victor Zuniga Dourado

Palavras-chave: ensino híbrido, ambiente virtual de aprendizagem, metodologia ativa

APRESENTAÇÃO: A postura ativa do estudante na construção do conhecimento é o princípio norteador do processo de ensino-aprendizagem no ensino de Cinesiologia. Seguindo esse modelo, os módulos de Cinesiologia I e II, destinados aos estudantes de Fisioterapia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), englobam desde a revisão das estruturas anatômicas, perpassando pelo

estudo da biomecânica até a fisiologia do exercício aplicada à clínica. Estes conteúdos costumam ser memorizados pelos estudantes em modelos tradicionais de ensino centrados na figura do professor. Acredita-se que o uso de metodologias ativas vai ao encontro do perfil dos universitários da atualidade, assim como a realização de atividades não presenciais em complementaridade ao conteúdo abordado em sala de aula. Nesta perspectiva, entende-se ainda que o uso do ambiente virtual de aprendizagem (AVA) favorece o aumento do desempenho dos estudantes e o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes coerentes e contextualizadas ao flexibilizar o processo de ensino-aprendizagem; contribui na horizontalização das relações estabelecidas entre atores envolvidos e estimula o protagonismo dos alunos na busca e produção de conhecimento através da interatividade e da maior aproximação da realidade, demandas e expectativas deles advindas. Ainda neste espectro, dada a grande diversidade de temáticas e focos de atuação, a presença de monitores, atuando como auxiliares didáticos e tutores faz-se necessária como facilitadores e promotores da interação professor-aluno, além de proporcionar a vivência didático-pedagógica que fará a diferença na integralidade da sua formação. Diante disso, tem-se como propósito romper com fazeres tradicionais, estimulando que o estudante desenvolva seu papel enquanto protagonista do processo de ensino-aprendizagem. Desenvolvimento do trabalho: Implantado em 2012, os participantes desta iniciativa tem sido os estudantes de Cinesiologia do Curso de Fisioterapia da UNIFESP, Campus Baixada Santista. A experiência consiste, basicamente, na associação de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, uso de AVA e atividades de monitoria como eixos estruturantes do processo formativo. Os

módulos contam com uma página na internet em plataforma Moodle, na qual são disponibilizados inúmeros materiais em diversos formatos, assim como oferecidos outros recursos virtuais. O uso da página também figura na composição das notas, de modo que são identificados aspectos qualitativos do acesso e ponderados em sua relevância no desempenho no decorrer dos módulos. No que se refere ao módulo de Cinesiologia I, as atividades desenvolvidas presencialmente são em formato de aprendizagem baseada em problematização, intitulada Aprendizagem Ativa, segundo a estratégia *teambasedlearning* (TBL), na qual, nos primeiros minutos da aula, os estudantes são agrupados para resolução de problemas e casos clínicos. Ao longo do semestre, estes grupos são mantidos com intuito de formarem equipes. A metodologia de problematização é seguida de aula expositiva dialogada, mantendo o caráter propositivo e complementando o conteúdo abordado. Os materiais produzidos, semanalmente, são anexados à plataforma Moodle pelos estudantes. O AVA também é utilizado para disponibilização de materiais, artigos, vídeos e aplicação de questionários. Já quanto ao módulo II, as aulas presenciais configuram-se em duas etapas. A primeira, na qual é solicitado ao alunado que visualize cerca de duas a três vídeo-aulas de duração de dez a quinze minutos e acesse aos textos complementares na plataforma Moodle. Logo após, são aplicados questionários online individuais a respeito da temática abordada. Após a realização das atividades prévias, os estudantes assistem a uma aula expositiva dialogada, compondo a segunda etapa. Com a finalidade de elaborar materiais e trocar experiências entre estudantes, a monitoria emerge como espaço privilegiado de colaboração entre os alunos e reconstrução contínua da iniciativa proposta na interação do alunado-docência. As atividades deste eixo foram desenvolvidas

segundo as demandas e carências advindas dos próprios alunos, que cursam e cursaram os respectivos módulos. A princípio, foram realizadas a elaboração e a construção de materiais para estudo, ações para facilitação da aprendizagem através da prática aplicada e monitorias presenciais e à distância. Dentre os materiais confeccionados, destacam-se gravações dos movimentos humanos com descrição da ativação muscular, provas de função muscular e avaliações de goniometria, além de roteiros de estudo dirigidos, questionários, sessões tutoriais via Moodle e orientações para ensino baseado em problemas. No que diz respeito ao estudo-livre, foram disponibilizados horários semanais para a discussão dos problemas e a elucidação de dúvidas, assim como a realização de simulados práticos. IMPACTOS: Ainda em fase de análise, a iniciativa tem despertado interesse dos estudantes seja ao desafiar por meio de problemas ou através de aulas mais propositivas seja pelo uso do ambiente virtual. Há também a aproximação da prática docente, além do estímulo ao trabalho coletivo no cenário das aulas e da monitoria, tal qual a investigação e interpretação das principais demandas observadas no decorrer do processo, de modo a possibilitar o aperfeiçoamento das atividades previstas nos módulos. Cabe ressaltar que é preciso problematizar continuamente o uso do AVA para evitar incorrer numa transposição da realidade tradicional vivenciada em sala de aula para mídia, mantendo relações verticalizadas e restringindo a plataforma a uma mera "biblioteca". Além disso, observaram-se outros achados que oferecem mais qualidade no entendimento de como o alunado desfruta do AVA do que o número de acessos, sendo importante também salientar a adequação da carga horária presencial e virtual para docência e alunado. Como desafios, destacam-se a carência na

formação dos docentes atuantes; a instrumentalização pobre e inapropriada para uso de AVA; a inadequação do tempo destinado às atividades em relação às ferramentas virtuais disponíveis; a relevância da efetivação da tríade base de dados, interatividade e avaliação; e a gestão das competências, habilidades e atitudes no que se refere ao processo avaliativo e sua articulação com a proposta. A maior limitação reflete-se na falta de planejamento e contextualização da colaboração do AVA na matriz curricular, que permanece ainda sufocando os estudantes com excesso de aulas tradicionais, carga horária extensa e demanda exagerada de produtividade acadêmica. Tal experiência pautada nestes três eixos resultou também na escrita de um projeto de mestrado, ainda em andamento, caracterizado enquanto um estudo prospectivo de natureza mista, isto é, quantitativa e qualitativa, com objetivo de verificar se há correlação entre o uso do Moodle, como ferramenta complementar ao ensino presencial de Cinesiologia, e o rendimento acadêmico dos estudantes ao final dos módulos, assim como identificar as percepções do alunado acerca da experiência desenvolvida através da observação em sala de aula, escrita de diários de campo, aplicação de questionários e coleta de dados provenientes da plataforma Moodle. Os dados analisados quantitativamente serão expressos, descritivamente, em média, desvio padrão e mediana e as correlações serão obtidas com coeficiente de Pearson e regressão linear múltipla. Os achados qualitativos, por sua vez, serão abordados segundo a análise do discurso. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O projeto tem dado continuidade às atividades com a construção ininterrupta de uma base de dados para estudo no ambiente Moodle por docentes e alunos, assim como no desenvolvimento da pesquisa sobre a associação de metodologias ativas e o uso do AVA como facilitadores do processo

ensino-aprendizagem. O cenário composto na experiência tem mostrado potencial para formar profissionais para um campo abrangente, complexo e interdisciplinar como o da saúde, sendo ainda preciso explorar as dimensões ética, estética e política desta iniciativa, a transformação das relações estabelecidas, os recursos fornecidos pela plataforma, a aplicabilidade na interface saúde, corpo e educação e as possibilidades de planejamento colaborativo.

ENTRE POLÍTICAS (EPS E PNH): POR UM MODO DE FORMAR NO/PARA O SUS

Michele de Freitas Faria de Vasconcelos, Jeane Felix, Célia Adriana Nicolotti, Sônia Lievori

Palavras-chave: Educação, Saúde Pública, Formação em Saúde

APRESENTAÇÃO: do que trata o trabalho e o objetivo propõe-se refletir sobre formação no/para o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de nossas experiências junto à Rede Cegonha (RC), no Ministério da Saúde (MS), especificamente no acompanhamento da implantação dos "Centros de Apoio ao Desenvolvimento de Boas Práticas na Gestão e Atenção Obstétrica e Neonatal". Pensamos que a qualificação do cuidado em saúde passa pela experimentação de um referencial ético-político-pedagógico que se desdobra em diretrizes formativas cuja potência parece se situar na gestação de um certo modo de fazer-saber-produzir formação no SUS que se tece na indissociabilidade entre trabalho-formação-intervenção-gestão. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: descrição da experiência ou método do estudo. A RC objetiva fomentar a atenção humanizada ao pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil (até dois anos de idade). A mirada é a

qualificação de práticas de gestão e atenção obstétrica/neonatal, abarcando um conjunto de serviços, práticas de saúde, profissionais e usuárias/os, desde maternidades até atenção básica e as redes de atenção à saúde, além das esferas de mobilização social. A proposta dos Centros diz respeito a um movimento formativo com vistas a: produzir e aquecer uma rede de “maternidades de referência” que possam contribuir com a implementação e a capilarização de boas práticas de gestão/atenção ao parto/nascimento; promover espaços de qualificação na saúde materna/infantil; produzir espaços e coletivos de reflexão e qualificação dessas práticas. A ideia central é que as maternidades possam receber (presencialmente/virtualmente) trabalhadores/as e gestores/as dos pontos de atenção da rede de saúde. Nessa inserção, os profissionais visitantes podem observar/participar do desenvolvimento de atividades cotidianas e compor momentos de discussão coletiva sobre práticas locais, desenhando, um espaço formativo e de corresponsabilização pelo trabalho onde o material pedagógico seja o cotidiano dos processos de trabalho, de modo que essa experiência formativa possa refletir na qualificação de práticas de atenção/gestão obstétrica/neonatal, tanto no local em que atuam quanto nas maternidades visitadas. O referencial ético-político-pedagógico que se desdobra em diretrizes formativas para os Centros gesta-se nas articulações entre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional de Humanização (PNH), políticas do SUS comprometidas com formação de profissionais do/no/para o SUS. As estratégias de formação na RC, de nosso ponto de vista, mesclam essas duas políticas. A potência dessa mescla, parece se situar na gestação de “um certo” modo de fazer-saber-produzir formação no SUS que se tece na indissociabilidade entre trabalho-

formação-intervenção-gestão. A partir de experiências acumuladas na RC pode-se afirmar que mudar modelo de atenção/gestão materna/infantil envolve uma dimensão micropolítica, de construção de vias para produzir alterações de práticas cotidianas inscritas em cenários de trabalho também cotidianos. A (micro) política educacional na qual se respalda a RC coaduna com o sentido construído pela PNEPS e PNH, pois, para ambas, é fundamental que a formação aconteça no próprio espaço de trabalho e seja capaz de provocar mudanças nos processos de trabalho instituídos, desnaturalizando-os, transformando-os, vitalizando-os. A PNEPS e a PNH, cada uma a seu modo, propõem (des) aprendizagens em serviço, onde ensinar e aprender se incorpora nos processos cotidianos de trabalho e nos problemas/fazer/saberes ali apresentados. Nessa direção, entende-se que o cotidiano dos serviços de saúde, em suas relações com os modos de fazer atenção/gestão, é matéria constituinte e, portanto, primordial na construção de processos de formação que busquem enfrentar os desafios da concretização do SUS. Os Centros são instituições reconhecidas pela implementação de boas práticas em saúde obstétrica/neonatal. Essas boas práticas partem de indicações respaldadas num certo acúmulo de práticas e saberes institucionalizados, mas dizem respeito também a práticas contingenciais e locais, que emergem dos impasses, desafios, limites e possibilidades enfrentados no cotidiano do trabalho e que dão um colorido singular aos saberes e fazeres acumulados. No contexto da RC boas práticas referem-se, a ações críticas e éticas contextualizadas num dado espaço e tempo, num dado serviço com equipe e usuárias/os singulares e práticas conformadas a partir de saberes prescritos que foram acumulados (pelas instituições, seus profissionais e usuárias/

os) e que foram ou estão sendo torcidos, repensados, modificados. Muitas dessas práticas, por vezes desumanizadoras, têm sido naturalizadas e banalizadas em nossos serviços e é sobre elas que se quer intervir. Essas experimentações formativas tomam, a reflexão coletiva sobre situações vivenciadas nos cotidianos dos serviços como lócus educativo, entendendo as práticas de gestão e cuidado como processos pedagógicos por meio dos quais se ensina e se (des) aprende coletivamente e cotidianamente. Os processos educativos da RC também tentam se constituir simultaneamente em processos de formação-intervenção. Objetivam abrir espaços coletivos para reflexão e interferência nos processos de trabalho, envolvendo negociação e articulação de saberes e fazeres de gestores/as, trabalhadores/as e usuárias/os. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa. A partir das experiências iniciais com os Centros, constatamos que, na articulação formação-trabalho, as equipes mobilizaram esforços para qualificação de práticas de gestão/atenção obstétrica/neonatal. Indicamos aqui alguns caminhos formativos: Implementar (micro) políticas educacionais em consonância com necessidades locais, planejando coletivamente processos de formação; apoiar a constituição e/ou fortalecimento dos espaços de cogestão dos serviços de saúde; seguir o indicativo de construção de processos formativos articuladores de redes de saúde; realizar visitas técnicas a serviços de referência, entendendo-os como espaços de troca de experiências, reflexão de práticas locais, corresponsabilização pelo trabalho e mudanças de práticas; desenvolver estratégias virtuais e editoriais para socialização/publicização das experiências formativas. Num contexto formativo, que

articula formação-trabalho-intervenção-cogestão na RC, se quer: ir na contramão de uma atenção à saúde arraigada a prescrições generalizantes técnico-burocráticas e institucionais, que tendem a naturalizar e generalizar necessidades das usuárias; conformar espaços permanentes e coletivos de discussão sobre as práticas produzidas no cotidiano do trabalho; apostar na educação processual em serviço como estratégia para transformação de práticas de atenção em saúde, de mudanças nas relações entre gestores/as, trabalhadores/as e usuárias/os e de alteração nas relações entre os pontos de atenção; aumentar a capacidade de acolhimento e cuidado às ‘reais’ necessidades de mulheres e crianças singulares; diminuir iniquidades no acesso e na qualidade da atenção materna/infantil. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Aposta-se que o modo de fazer-pensar formação em saúde que viu-se desenhando/ensaiando por dentro da RC pode ser uma via, dentre tantas outras, para se por em prática princípios do SUS no cotidiano dos serviços e redes de saúde, qualificando modos de gerir e cuidar. Nessa perspectiva, esse modo de fazer-pensar formação em saúde propicia processos de ensino e (des) aprendizagem para os/as profissionais e instituições que se dispõem a utilizar situações/problemas cotidianos na reflexão/elaboração de outras propostas. Temos experimentado espaços na RC propícios para a realização de práticas pedagógicas que se tecem no cotidiano de trabalho de profissionais e que essas práticas são poderosas na direção de interferir e mudar práticas já naturalizadas em nossa cultura, inclusive, na cultura institucional dos serviços e redes de saúde. A intervenção (trans) formativa que estamos aqui propondo pode produzir perturbações no que parece óbvio, no que aparecem nas cenas instituídas da gravidez, parto e nascimento como toleráveis, não tolerando o que a maioria das pessoas acha ‘normal’/

natural/tolerável. Intervir, por meio de práticas formativas em saúde, para produzir uma instalação coletiva que possibilite o escamar de 'lugares-comuns' no que se refere à saúde, a doença, ao corpo, a normalidade, à mulher, a gravidez, a tolerância.

ENVELHECIMENTO HUMANO NO CONTEXTO ESCOLAR: CONTRIBUIÇÕES DAS METODOLOGIAS ATIVAS

Scheila Marcon, Estela Fátima Lunkes, Fátima Ferretti, Leticia de Lima Trindade, Lucimare Ferraz

Palavras-chave: idoso, ensino fundamental, metodologia

APRESENTAÇÃO: O envelhecimento populacional é um fenômeno que está acontecendo de forma acelerada em todo o mundo. Em 2020 o Brasil será o sexto país no mundo em número de idosos. Essa mudança no perfil demográfico acarreta consequências sociais, culturais e epidemiológicas. Nesta perspectiva, a Política Nacional do Idoso (1994) aponta para a inserção, nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto (BRASIL, 1994), o que é reforçado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) (BRASIL, 2006). Porém, mesmo com a criação de políticas, cabe salientar que a família é a principal responsável pelo cuidado do idoso e no contexto familiar a criança elabora como se relacionar e cuidar dos idosos, bem como, reflete sobre o processo de envelhecimento. Nesse mesmo sentido, a escola revela um espaço de aprendizagem, que pode contribuir com essa relação e na construção do conhecimento, atitudes e valores das crianças. Trabalhando nessa direção, o uso de metodologias ativas

possibilita aos sujeitos, maior sensibilização, mobilização e mudanças de atitudes (BRASIL, 2011), valorizando os conhecimentos já existentes, embasados em atividade lúdicas e contextualizadas (MAIA et al., 2012). Esta atividade é oriunda do componente curricular Ensino e Inovação em Saúde do Programa de Pós-graduação Stricto sensu em Ciências da Saúde e foi desenvolvida por mestrandas do Programa, com a tutoria dos professores, tendo como objetivo relatar a experiência de intervenção realizada com crianças do ensino fundamental sobre o processo de envelhecimento. A intervenção foi realizada no primeiro semestre de 2015 e contou com a participação de 17 crianças do terceiro ano do ensino fundamental do Núcleo Escolar Municipal Vida e Alegria de Formosa do Sul/SC, em quatro momentos distintos, conforme os objetivos traçados e mediante contato prévio com a professora para reconhecimento do perfil dos alunos. O pressuposto central da atividade esteve embasado na exploração e utilização dos conhecimentos prévios dos alunos em relação à temática trabalhada, em um movimento contínuo de problematização. Neste contexto, o primeiro momento da intervenção foi para o acolhimento, informações sobre atividades e apresentação dos alunos e mestrandas, com o relato de convivência com idosos. No segundo momento, foi realizada uma oficina com recortes e produção de painel, mediada pela pergunta: "como você vê a pessoa idosa?". Os alunos foram divididos em três grupos e cada grupo foi tutorado na realização das atividades pelas mestrandas e pela professora da turma. Após, apresentaram o painel confeccionado e, nesse momento foram exploradas as questões relacionadas às limitações comuns aos idosos, suas experiências e como as crianças podem reconhecer estratégias de cuidado e/ou auxílio aos idosos. Atualmente, a velhice está associada a doenças, a desvalorização social e a conceitos negativos. Conforme

Luchesi; Dupas; Pavarini (2012) a criança que desenvolve atitudes positivas em relação a velhice, poderá ter uma preocupação maior com o cuidado ao idoso. Trabalhando nessa perspectiva, as metodologias ativas são pertinentes para promover o processo de ensino-aprendizagem dos alunos, que assumem o papel de protagonistas de seu conhecimento e não apenas receptores de informação (MELLO; ALVES; LEMOS, 2014). A oficina é uma estratégia que promove o pensar, o descobrir, embasada na construção e reconstrução de saberes (ANASTASIOU; ALVES, 2006), contribuindo para o despertar de atitudes favoráveis em relação aos idosos. O tema seguinte abordado foi a importância do uso, armazenamento e descarte correto dos medicamentos e como as crianças podem ajudar os idosos nesse processo. Utilizaram-se caixas de medicamentos vazias, distribuídas para os alunos manusearem e verificarem o nome do medicamento e data de validade. Vários questionamentos surgiram em relação a temática, demonstrando a curiosidade e a busca pelo conhecimento dos mesmos. No terceiro momento, como forma de assimilar os conhecimentos trabalhados, utilizou-se como estratégia o que se denominou de "circuito do conhecimento". Em um papel pardo desenhou-se um circuito com casas, em que foram inseridas perguntas sobre os temas abordados. Os alunos jogavam o dado, e conforme a numeração, avançavam no circuito. A atividade lúdica gerou vários questionamentos e interação. No final de todo o processo os alunos ganharam um certificado de "amigo (a) de idosos". O quarto momento foi a avaliação da proposta, no qual evidenciou-se a satisfação das crianças em discutir o tema, apesar de distante do espaço de debate de sala de aula, e potencialidade das metodologias ativas para envolver as crianças nas atividades propostas. Durante todo o processo da intervenção, falas importantes emergiram as quais foram organizadas

e categorizadas. A primeira refere-se à representação de sentimentos em relação aos idosos, relatados nas falas: "carinho, amor, felicidade", "não troco minha vó nem por um milhão de dólares. A segunda categoria que emergiu, foi relacionada ao cuidado com os idosos: "ensinam a gente abotoar a camisa, daí quando ficam velhos, a gente que tem que ajudar abotoar as deles", "eu ajudo meu vó que não pode caminhar porque tá perdendo a memória". Também apareceram as atividades que os idosos realizam: "minha nona joga dominó", "são muito trabalhadores". A última categoria relaciona-se com as condições de saúde: "vovô usando bengala porque não consegue ficar de pé", "a nona não tem dente", "meu vó não pode trabalhar", "comem comida diferente porque tem diabete", "ficam deficientes". Conforme Luchesi; Dupas; Pavarini (2012), as atitudes começam a ser formadas precocemente e o modo com que a criança vê o idoso e o processo de envelhecimento pode ser modificado ou mantido. Corroborando com os autores, a proposta de intervenção caminhou no sentido de despertar nas crianças atitudes positivas em relação aos idosos, estimulando a reflexão e trabalhando a partir do protagonismo destas. As atividades implementadas possibilitaram aos alunos a ressignificação e o aprendizado relacionado ao cuidado do idoso e a processo de envelhecimento. As crianças participaram de forma ativa em todos os momentos, demonstrando curiosidade e interesse pela busca do conhecimento. Esses resultados foram garantidos por meio do uso de metodologias ativas, com a valorização do conhecimento prévio dos alunos, implicando-os de forma positiva na construção dos saberes. A experiência vivenciada com a intervenção no contexto escolar também proporcionou as mestrandas a aproximação com a educação básica e o desenvolvimento de habilidades para o trabalho com metodologias ativas.

REPENSANDO RESENDE: UM LUGAR DA MICROPOLÍTICA DOS ENCONTROS

Eluana Borges Leitão Figueiredo, Gustavo Adolf Fichter, Milene Santiago Nascimento, Ana Paula de Andrade Silva

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, SUS, Educação e Saúde

Apresentação: Como produzir fluxos potentes de Educação Permanente em Saúde (EPS) no cotidiano dos trabalhadores de saúde de Resende a partir da conexão e mobilização na micropolítica dos encontros e das afecções? Esta questão configura-se como ponto de partida deste relato de experiência, que surgiu como fruto de encontros potentes. Depreende-se que nos cenários de saúde do município de Resende é cada vez mais necessária a adoção de uma educação problematizadora que promova a transformação das práticas e a organização do próprio trabalho por um viés mais reflexivo e participativo. Tais aspectos posicionaram os autores, na perspectiva da EPS, para além da dimensão pedagógica, percebendo-a como importante instrumento de gestão, capaz de operar mudanças na formação e no cotidiano dos serviços de saúde, em um processo que se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho. Trata-se de um relato de experiência que aborda a construção coletiva de espaços de educação permanente em saúde no município de Resende, Rio de Janeiro. O trabalho tem como objetivo apresentar as aproximações e os caminhos percorridos por trabalhadores da saúde da atenção e da gestão na condução e formulação da política de educação permanente em saúde no âmbito municipal. Descrição da experiência: O início do processo de pensar coletivamente a Educação Permanente em Saúde no município de Resende ocorreu no ano de 2014 e foi desencadeado por meio de bons encontros. Para o filósofo

Spinoza somos corpos que se relacionam com outros corpos. Quando sofremos suas afecções, quando somos afetados pelos outros corpos, nossa potência aumenta ou diminui. Nesse sentido, ele refere “os bons encontros” como aqueles que aumentam nossa potência de agir, de ser e de pensar. O primeiro bom encontro desta experiência ocorreu entre uma trabalhadora da atenção à saúde (enfermeira do serviço de emergência) e um gestor da secretaria de saúde de Resende (economista e superintendente de controle e avaliação) que sensibilizados pela política nacional de educação permanente em saúde e por cursos voltados para a EPS (Mestrado em Ensino na Saúde da Universidade Federal Fluminense e o curso Facilitadores de EPS da Fundação Oswaldo Cruz, respectivamente) iniciaram espontaneamente modestas rodas de EPS nos espaços da secretaria municipal de saúde. No ano de 2015 outros atores aproximaram-se e compuseram o que hoje chama-se Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS), dentre eles, uma psicóloga e também representante do município na Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço (CIES) da região Médio Paraíba e uma enfermeira da unidade de terapia intensiva e mestrandia da Universidade Federal Fluminense na linha de pesquisa Educação Permanente em Saúde. Desde então, os encontros do coletivo vem acontecendo na perspectiva de fazer florescer a EPS no município de Resende. Impacto da experiência: Como resultado de uma pesquisa científica, dos processos de discussão e também de entrevistas feitas com os trabalhadores, foi criado o grupo de EPS chamado EPensando Resende com objetivo de produzir um espaço para o encontro entre distintos atores (profissionais de saúde, gestores, usuários e docentes) para discutir e analisar o processo de trabalho em saúde do município. O grupo pouco a pouco foi crescendo, tendo

visibilidade e agregando outros profissionais da rede de saúde, gestores, professores de universidades locais e usuários. Os integrantes reúnem-se mensalmente nos espaços do conselho de saúde do município e utiliza-se a metodologia da problematização e o arco de Maguerez como metodologias propulsoras de reflexão coletiva e em rede na perspectiva do trabalho e do cuidado com o cuidado em saúde. O grupo busca utilizar dinâmicas mais sensíveis que promovam a micropolítica dos encontros, dentre as quais, vídeos, músicas, poesias e textos filosóficos. À medida que o grupo foi acontecendo, percebeu-se a necessidade de que o EPensando fosse capilarizado para o interior dos serviços de saúde e estivesse mais próximo dos trabalhadores e do próprio trabalho. Para tanto, constituiu-se um núcleo colegiado com quatro integrantes de diferentes inserções no município para desenvolver projetos de EPS. Antes da conformação do núcleo, o grupo buscou apoio da Comissão Permanente de Integração Ensino e Serviço da região Médio Paraíba e promoveu a sensibilização do secretário municipal de saúde. Os encontros com o secretário de saúde oportunizaram discorrer sobre a política nacional de EPS e a necessidade de implantá-la no município de Resende. Trataremos do afeto como algo que potencializa o cuidado e que aumenta a nossa potência de agir. Então, vamos nos experimentar e vivenciar juntos os problemas de nosso trabalho. Não problemas que girem em torno de si mesmos, mas problemas cuja solução é sempre uma invenção. A compreensão desse nível de cuidado exige uma abertura ao OUTRO e a nós. Em tempos de demandas complexas de saúde, queremos outra formação: mais coerente, mais implicada e mais contextualizada. Os encontros no EPensando são em formato dialogal, participativo e descentralizado (intersectorial). Os debates são abertos. O secretário não só mostrou-

se receptivo com a proposta garantindo o apoio necessário, como também, instituiu uma portaria de nomeação dos integrantes, assegurando ao município um núcleo de educação permanente em saúde com a finalidade de estabelecer estratégias para a implementação da política de educação permanente no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Resende. O NEPS do município de Resende tem uma composição colegiada de apoio à formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde de Resende na perspectiva do que expressa a Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Tornou-se um órgão articulador e de caráter consultivo e executivo de ações voltadas para o ensino dos trabalhadores da rede de saúde. O NEPS tem como atribuições: 1-Construir coletivamente a política de educação permanente da secretaria municipal de saúde, contemplando as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde; 2-Oferecer a partir do NEPS de Resende uma equipe de apoio pedagógico permanente e de suporte aos setores da saúde no desenvolvimento de atividades ligadas à formação profissional à luz da EPS; 3-Contribuir para o desenvolvimento do trabalhador de saúde a partir de processos que fomentem reflexão crítica e implicada no próprio local de trabalho por meio de rodas mensais de EPS; 4-Favorecer o encontro da rede de cuidado no grupo de educação permanente em saúde EPensando através de discussão e problematização coletiva e a troca de saberes e experiências multiprofissionais, interdisciplinares e interinstitucionais; 5-Utilizar recursos tecnológicos de informação e comunicação que favoreçam a interatividade em rede e a divulgação de cursos e atividades de educação permanente do município de Resende; 6-Apoiar os gestores na discussão sobre EPS e acompanhar, monitorar e avaliar as

ações e estratégias de educação na saúde implementadas no município e 7- Elaborar e manter o Plano Municipal de EPS de Resende a partir do encontro anual de rodas de EPS. Considerações finais: Distante de ser uma conclusão, como um verdadeiro devir, a experiência com o grupo EPensando trouxe como resultado a importância da educação permanente em saúde em um contexto municipal em articulação com necessidade de cenários de formação desformadores voltados para promover o bom encontro dos profissionais de saúde com os seus pares, com os atores da formação e com os usuários. A EPS é, portanto, capaz de operar mudanças, bem como, contribuir para o transver de sujeitos e cenários, na direção da práxis transformadora e libertadora.

EPIDEMIOLOGIA E GESTÃO DA SAÚDE: A PRÁTICA PEDAGÓGICA E A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS COM OLHARES DIRECIONADOS PARA PRIORIZAÇÃO E RESOLUTIVIDADE DE PROBLEMAS DE SAÚDE REAIS

Antonio Flaudiano Bem Leite, Petra Oliveira Duarte, Amanda Rodrigues Lima dos Santos

Palavras-chave: Epidemiologia, Gestão da Saúde, Ensino, Aprendizagem, Sócio-construtivismo

APRESENTAÇÃO: Esse trabalho tem como objetivo apresentar a experiência da aplicação da ciência da Epidemiologia no processo de prática de Gestão em Saúde como processo pedagógico de construção de conhecimento de mudança dos problemas reais no campo da rede de saúde. METODOLOGIA: Durante os últimos dois semestres (2014.2 e 2015.1), a disciplina de Epidemiologia em Gestão da Saúde passou por processos de reformulação dos seus conteúdo e organização pedagógica. Esse componente do Eixo de Epidemiologia, do

Curso de Bacharelado Saúde Coletiva, do Centro Acadêmico da Vitória, da Universidade Federal de Pernambuco, tem como objetivo aplicar o conhecimento teórico e prático da ciência Epidemiologia para a organização da oferta, necessidades e prioridade da população, monitoramento e avaliação das ações e da qualidade de serviços de saúde. A ideia principal condutora é subsidiar o estudante a aplicar conhecimentos teóricos e métodos da ciência da Epidemiologia. Nesta, são apresentados ao estudante, conteúdos teóricos e práticos, além de suas aplicabilidades no campo real do Sistema Único de Saúde (SUS). Os conteúdos teóricos estão pautados: Ciclo da Gestão em Saúde no SUS e Uso da Epidemiologia; Epidemiologia Integrada aos Serviços de Saúde; Análise de Situação de Saúde (ASIS); Gestão Baseada em Epidemiologia; Problemas de Saúde – Identificação, explicação e seleção e priorização; Epidemiologia e Qualificação de Serviços de Saúde; e Método de Pesquisa Avaliativo – Análise de Efeito e de Rendimento. Os Conteúdos práticos, coadunados aos teóricos, constituem-se de: Indicadores de Saúde – conceitos e práticas, adentrando na atualidade do SUS e suas aplicações em potenciais nos programas ministeriais do Contrato Organizativo de Ações Públicas de Saúde (COAP), no Programa de Monitoramento e Qualificação da Atenção Básica (PMAQ) e o de Qualificação e Avaliação da Vigilância em Saúde (PQA-VS); e Método de Produção, Organização e Elaboração de ASIS, onde é observado todo o Processos Teóricos e o Roteiro de Produção de uma Análise de Situação de Saúde na Prática de Serviços, com explanação dos Sistemas de Informação em Saúde e aplicação do Tabnetonline, neste, incluindo organização de dados tabulares e de elementos gráficos, divididos em etapas graduais e ordenadas de construção de aprendizagem, desenvolvidas em Laboratório de Informática, donde a

produção final, pauta em um relatório formatado e sua apresentação de uma simulação de ASIS de um município da região local, com dados reais de domínio público do Departamento de Informático do Ministério da Saúde (Datusus). Além de espaço de discussão acadêmica, os estudantes tem o SUS, o espaço de Laboratório Vivo, que de forma complementar, são programadas viagens de campo de diversos municípios, são as “Vivências SUS”, onde gestores de Secretarias de Saúde Locais, apresentam suas práticas de aplicação da Epidemiologia, no campo de Planejamento em Gestão, Regulação, Controle e Avaliação e Vigilância em Saúde, além da articulação com Conselho de Saúde, que tem como experiência a visualização dessa perspectiva de aplicação de conhecimento na área de Controle e Participação Social. Resultados e/ou impactos: O processo de produção de conhecimento, partindo da dinamicidade e da processualidade gradativa do aprendizado, vai de constituindo a partir das aplicações das teorias sócio-construtivistas, onde o modelo em espiral, pelas dinâmicas exposição de conteúdo, pelos processos avaliativos (escritos, orais complementares), segmentadas dos processos de produção da simulação de ASIS pela prática, pela utilização de leitura e fichamento de artigos e livros de conteúdos base, pela participação ativa presencial e virtual por meio do blog constante todo conteúdo programático da disciplina, pelos exercícios de comparação das ASIS, pela descrição das vivências dos estudantes nas apresentações de campo das experiências dos serviços de saúde, além da personificação retórica de um contexto simulado (formato coletivo teatralizado, onde é explanada uma situação problema e delimitada a possibilidade de resolutividade pelos conhecimentos principais dos conceitos abordados na disciplina), permitem nos observar alguns resultados no campo de aplicação dessas experiências,

são pertinentes. Primeiramente, permitem a ampliação da percepção do estudante do curso para além da explanação teórica para uma real aplicabilidade prática do cotidiano do SUS, quando são explanados sobre os principais programas de acompanhamento da rede de serviços com indicadores do COAP, PMAQ e PQA-VS, (normatização, definições conceituais, fluxos de processamento, financiamento, temporalidade, monitoramento e avaliação pela qualificação dos indicadores). Segundo, permite-se uma articulação estratégica com várias disciplinas (Bioestatística, Tecnologia em Saúde – Sistema de Informação em Saúde, Epidemiologia – Métodos de Estudos Epidemiológicos, Planejamento e Gestão a Saúde), convergindo nas suas aplicabilidades em uma sequência lógica até o desenrolar do processo de trabalho final. Terceiro, abre perspectivas de que no processo de aprendizagem prática os dados e indicadores processados e analisados estejam dentro do contexto de discussão real do país, do estado, da região e do município, nos quais o estudante está inserindo, ou seja, introduzindo-os no diálogo de discussão dos problemas de saúde reais, antes mesmo da entrada desses no campo profissional. E por último, o contato com gestores nas áreas de aplicação da Epidemiologia em Serviço de Saúde, ratificando a importância no âmbito do SUS, de um profissional, com uma visão da real aplicabilidade da estatística, quando se estuda as distribuições de frequências e se explica de forma fática os determinantes, fatores e condicionantes de doenças, agravos e eventos de saúde pública, e da administração e gestão para seleção e priorização dos problemas de saúde em populações, num desenrolar da real aplicabilidade social dessas ciência em quanto do saber científico orientador da saúde. Nesta linha de raciocínio, os impactos esperados já, decerto, estão sendo visualizados, quando se percebe

que os estudantes, que passam por essa disciplina, articulada com as demais do curso, adotam o repertório linguístico no campo de projetos de pesquisa e extensão, dialogando com outros professores do próprio e de outros cursos da área da saúde. E, em outros espaços, na participação de elaboração de ASIS nos municípios os quais participam em vivência SUS temporária para subsidiar a produção e discussão de intervenção de planos, programas, projetos, ações e atividades na rede de saúde. Considerações finais: Nas bases das teorias sócio-construtivistas, o ponto central da disciplina é a premissa de que aprendizagem e o desenvolvimento são produtos da interação social e que o aprendizado é um processo ativo do sujeito. À medida que o conhecimento aprendido fornece significado, o sujeito organiza suas experiências para modificação do cotidiano, segue no caminho do ensino-aprendizagem, mobiliza sua cognição para a categorização e processa seleção de informação, geração de proposições e simplificação. Nestes termos, o sujeito (estudante) interage com a realidade segundo suas categorias e determinam diferentes signos e significados na aprendizagem e a ação. Assim, no trabalho em formato de modelo espiral (que sugere a retomada do conhecimento por diferentes dinâmicas metodológicas), aplicado por esse componente do Curso de Bacharelado da Saúde Coletiva, os complexos saberes das ciências da saúde (Epidemiologia), humanas (Administração) e exatas (Estatística) convergem para formular precocemente uma percepção formadora mais simplificada do estudante da realidade, que são essências a modificação dos espaços de atuação profissionais futuros e conseqüentemente uma organização da rede loco-regional com foco na resolutividade pautado nos problemas potenciais e prioritários de forma estratégica e otimizada pela prevenção e promoção da saúde.

ESPAÇO MULTIÉTNICO DE PRÁTICAS TRADICIONAIS INDÍGENAS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA: REPERCUSSÕES DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

Maria da Graça Luderitz Hoefel, Denise Osorio Severo, Edgar Merchan-Hamann, Ximena Pamela Bermudez, Hervaldo Sampaio Carvalho, Coletivo de Estudantes Indígenas e Não Indígenas Pet-Saúde Indígena, Coletivo de Preceptores Pet-Saúde Indígena, Coletivo de Profissionais Casai - Df

Palavras-chave: saúde indígena, formação, interculturalidade

A integração ensino-serviço-comunidade desenvolvida no Ambulatório de Saúde Indígena do HUB tem desencadeado inúmeros processos que visam concretizar mudanças no modelo de formação e atenção à saúde no SUS. A hegemonia da racionalidade biomédica ainda representa um desafio expressivo no que tange à implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Nesse sentido, a garantia do direito à saúde destes povos implica necessariamente o diálogo entre distintas racionalidades e a ampliação de espaços que propiciem também a realização das práticas tradicionais fundadas nos saberes ancestrais. Trata-se de um relato de experiência que visa socializar o processo de construção do Espaço Multiétnico de Práticas Tradicionais Indígenas no HUB e discutir os desafios e avanços com relação à construção da interculturalidade na formação em saúde. Foram realizadas reuniões e uma Oficina na CASAI-DF com indígenas de várias etnias, com o fito de dialogar e estabelecer os objetivos, a forma, a utilização e os significados do espaço para os diferentes povos. Os resultados evidenciaram a necessidade de configurar-se como um espaço multiétnico, com possibilidades e condições físicas e

arquitetônicas capazes de realizar distintos rituais, bem como foram definidas as condições de ocupação e manutenção do espaço. Nota-se que a integração ensino-serviço-comunidades indígenas constitui locus privilegiado de mudança de paradigmas e transformações nos processos de formação e atenção à saúde, bem como favorece a ampliação das relações interinstitucionais e o fortalecimento da participação social, elementos que corroboram a qualificação dos serviços e a compreensão das dimensões culturais envolvidas nos processos de cuidado e atenção à saúde indígena.

ESPAÇOS PÚBLICOS QUE VISAM O ATENDIMENTO INTEGRAL À SAÚDE DOS IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Dennifer da Rocha da Silva, Maiane Lima de Souza, Cíntia Nascimento de Jesus, Tainara de Souza Santos, Elaine Basilio dos Santos, Ângela Lofiego Sampaio

Palavras-chave: enfermagem, idoso, instituições

O aumento gradual no número de idosos observado nos últimos anos está intimamente relacionado com a melhora da qualidade de vida e do aperfeiçoamento dos tratamentos de saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde e criação de espaços de inclusão social que juntamente com o amparo legal garantem a manutenção dos direitos sociais dessa parcela da população, proporcionando a autonomia dos mesmos e estimulando-os a integração e participação efetiva na sociedade. Este estudo trata-se de um relato de experiência vivenciado por graduandos do curso de Enfermagem na Universidade do Estado da Bahia, através do componente curricular Enfermagem em Gerontologia e Geriatria com o objetivo de descrever um relato de experiência

sobre a assistência prestada em espaços de atendimento ao idoso e discernir a atuação do enfermeiro. Visitamos três instituições públicas da cidade de Salvador que contemplam uma Unidade de Longa Permanência, a Universidade Aberta à Terceira Idade e um Centro de Referência à Saúde do Idoso, no período de outubro a novembro de 2014. Cada espaço de atendimento tem suas especificidades e os idosos devem ser direcionados aos serviços de acordo com suas necessidades. Observamos na visita à Instituição de Longa Permanência (ILP) que os idosos residem de forma administrada, dividida em alas, feminina e masculina, mas convivem junto e usufruem de uma estrutura ampla, permitindo o contado com a natureza. Tanto os moradores quanto os profissionais foram muito receptivos com nosso grupo e notamos que aparentemente os idosos estavam sendo bem cuidados, podemos perceber que eles se reconhecem como uma grande família e quando enfrentam a perda de algum morador assim como havia ocorrido dias antes da nossa visita o sentimento era percebido tanto pelos idosos, como também pelos profissionais que demonstraram um vínculo que perpassa a obrigação, foi perceptível o carinho e preocupação entre os que residem a fim de suprir a atenção que não encontram por parte dos seus familiares, entretanto preservam sua individualidade e personalidade, resguardam também seus pertences com cuidado, como se fosse um tesouro que está intimamente ligado às memórias já vividas. Estes indivíduos são acolhidos e inseridos em atividades socioeducativas e culturais que lhes proporcionam lazer, cuidados em saúde, por meio de profissionais qualificados que visam prevenir agravos físicos e psicológicos, impulsionando os idosos a serem protagonistas no seu autocuidado, os mesmos são motivados a conhecerem as doenças que os acomete,

aprendendo a lidar com possíveis restrições. Um dos idosos nos abordou com o intuito de nos fazer pensar sobre nossas escolhas e as consequências destas no nosso futuro, como a forma que tratamos aqueles que estão ao nosso lado e assim percebemos a importância de pautarmos nosso cuidado visando o indivíduo como um produto do meio que se vive, sem negligenciar os fatores emocionais, sociais e econômicos. Na Universidade Aberta à Terceira Idade conhecemos a estrutura física e as atividades realizadas com o objetivo de promover a integração dos idosos com a comunidade universitária e com a sociedade em geral, onde a universidade abre suas portas para que estes possam participar de atividades com o intuito de melhora da qualidade de vida, proporcionando atualização cultural e impulsionando a inserção social, com a finalidade de que o cidadão continue ativo na sociedade e alcance conhecimentos e habilidades, por meio de cursos, aulas de dança, canto, teatro, artesanato, aulas sobre conhecimento relacionado à terceira idade, palestras, oficinas, encontros, viagens, dentre outros. Em contrapartida as experiências adquiridas, realizamos ações em saúde, tais como, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, pois há grande quantidade de idosos que apresentam Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, realizamos esclarecimento de dúvidas em relação a medicamentos, exames e hábitos de vida saudáveis, sem ignorar os saberes e práticas populares de cuidado em saúde, tal como a preparação de chás, como também o uso tópico de plantas medicinais, sendo orientados a utilizar em conjunto com as terapias medicamentosas caso forem prescritas. Estas ações são de grande importância tanto para os idosos como para os discentes, através da troca de saberes, onde aplicamos os conhecimentos adquiridos na universidade sejam eles teóricos ou práticos e absorvemos

conhecimentos a partir da experiência de vida de cada um, que implicará na nossa formação como futuros enfermeiros que visa o compromisso com a assistência integral. O Centro de Referência à Saúde do Idoso tem o objetivo de oferecer serviços especializados em saúde à população senil, com o intuito de manter e recuperar a saúde física, mental e funcional, através de ambulatórios especializados, como também disponibiliza medicamentos. Acompanhamos consultas de enfermagem e observamos o atendimento à pacientes com Alzheimer e Parkinson, onde foi aplicado o índice de Barthel que é um teste que avalia o potencial funcional do paciente, tendo como parâmetros as atividades voltadas ao auto cuidado, permitindo ao enfermeiro recomendar a partir do comprometimento do usuário os cuidados que deverão ser realizados por ele e por seu cuidador, quando a autonomia do idoso dificultar a realização. Foi aplicado aos mesmos pacientes o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) que tem o intuito de avaliar a função cognitiva. Percebemos o grau de dependência destes idosos e a importância de que o acesso destes seja facilitado, ressaltamos a importância de mais espaços comprometidos em oferecer uma assistência efetiva e de qualidade, visando o indivíduo como ser biopsicossocial e observando suas necessidades para referenciar os idosos para os serviços disponíveis que iram lhes proporcionar qualidade de vida, recuperação da saúde ou acesso à moradia. Concluímos que a atenção voltada à saúde dos idosos envolve questões que vão além da patologia, mas também relaciona com questões psicológicas, de empoderamento, confiança e respeito, sendo preceitos indispensáveis para uma assistência integral. Por tratar-se de uma faixa etária vulnerável notamos demandas acerca do ambiente que interferem tanto no acesso como na qualidade do atendimento nos

três espaços visitados. Com tudo, notamos a importância das questões relacionadas à satisfação dos profissionais, o investimento em educação permanente, para lidarem com as necessidades individuais, pensando sempre nas fases do envelhecimento, adequando-se as demandas de cada instituição e considerando que estes são serviços públicos. Destacamos a influência na formação acadêmica e crescimento profissional, a partir do momento em que se vive na prática os conhecimentos adquiridos na universidade para assim desenvolver a criticidade acerca da atuação profissional pautada em uma assistência integral.

ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM ENFERMAGEM NA VISÃO DOS ACADÊMICOS

Jéssica Klener Lemos dos Santos

Palavras-chave: Enfermagem, Estágio Clínico, Cuidados de Enfermagem

APRESENTAÇÃO: O Estágio Curricular Supervisionado (ECS) é um ato educativo supervisionado, obrigatório, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo dos acadêmicos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2013). A partir da realização do ECS o acadêmico entra em contato direto com a realidade de saúde da população e do mundo do trabalho, desenvolvendo assim seu lado pessoal e profissional. **OBJETIVO:** Descrever a visão das acadêmicas de enfermagem sobre o ECS realizado em Rede Hospitalar. **METODOLOGIA:** Durante aproximadamente quatro meses houve a inserção das acadêmicas de enfermagem em setores de um Hospital Universitário a fim de que desenvolvessem as atividades inerentes à profissão, sob preceptoria do enfermeiro do setor e supervisão por professora da graduação. **RESULTADOS:** O

período de ECS possibilitou a integração e vínculo com equipe multiprofissional, bem como o aperfeiçoamento das técnicas e desenvolvimento de atividades administrativas vinculadas à profissão. Pode-se perceber a realidade do serviço de saúde, com falhas, falta de recursos materiais e humanos, mas também houve a percepção de profissionais que ainda acreditam em mudanças e buscam oferecer a melhor qualidade assistencial mesmo com as dificuldades enfrentadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Acreditamos que o ECS seja uma atividade acadêmica bastante rica que permite o desenvolvimento e aperfeiçoamento, sendo o momento onde adquirimos segurança na realização das atividades privativas da profissão. O convívio com a equipe multiprofissional agrega conhecimentos das mais diversas áreas e estimula a relação interpessoal no processo de cuidar. Apesar das dificuldades encontradas, a realização do ECS influenciou positivamente na aprendizagem das acadêmicas, consolidando os conhecimentos adquiridos durante a graduação e contribuindo para a construção do perfil enquanto futuro egresso/profissional.

ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO: A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO CONDUTORA DAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

Adriana Remião Luzardo, Ana Cláudia Banazeski, Rafaela Bedin, Vanessa Gasparin, Tiago Labres, Fabíola Feltrin, Camila Dervanoski

Palavras-chave: Ensino de Enfermagem, Educação em Saúde, Práticas em Saúde

Trata-se de um Relato de Experiência acerca da formação de profissionais no âmbito da disciplina Estágio Curricular Supervisionado (ECS), do Curso de Graduação em

Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul. As atividades desenvolveram-se no cenário de práticas da Atenção Primária à Saúde (APS), de um município do oeste catarinense, no período de março a outubro de 2015. Na efetivação das habilidades e competências de profissionais de enfermagem, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), priorizou-se uma prática docente orientada para formação generalista com capacidade crítica, reflexiva e humanizada. Considerou-se que a formação do Enfermeiro atendesse às necessidades sociais de saúde, com análise epidemiológica, assegurando a integralidade e a qualidade da atenção ao cidadão - família - comunidade. Na condução deste processo pedagógico e no domínio das competências para um aprendizado ao longo da vida, observou-se a relevância dos saberes como o Saber quanto ao conhecimento acadêmico, do Saber Conviver (nas relações interpessoais estabelecidas pelo graduando), do Saber Fazer (na aplicação do conhecimento acadêmico) e do Saber Ser (como modo de perceber e conviver no mundo). Dessa forma, na interação do ensino, serviço e comunidade, priorizou-se a educação em saúde como instrumental para na integralidade preconizada para o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), utilizando-se dos diversos equipamentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de suas políticas públicas. Com isso, adotou-se as Linhas de Cuidado (LC), como representativas de sistemas condutores para a longitudinalidade do cuidado, reconhecendo a APS como ordenadora desse processo na formação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Nesse contexto, atuantes em um território com duas equipes da ESF, os acadêmicos de enfermagem atuaram nas Linhas de Cuidado da Mulher e da Pessoa em Condição Crônica de Saúde. Utilizou-se a Consulta de Enfermagem (CE), a Visita Domiciliar (VD)

e o trabalho conjunto com os ACS como uma tecnologia educativa integrada. A CE ao representar uma atividade privativa do enfermeiro, metodologicamente permitiu que os acadêmicos realizassem a interação educativa, nos momentos de atendimento individual e/ou coletivo, com seguimento em VD e grupos educativos. Tal estratégia contou com a participação dos ACS no fortalecimento do vínculo das ações educativas com os usuários. Foram produzidos dispositivos educativos como estratégias de ensino-aprendizagem: expositivas, dialogais e impressas, como a produção de folders e apresentações em multimídia. Constatou-se o intenso engajamento dos usuários às ações propostas, sendo comprovados pelo aumento na participação das atividades oferecidas no serviço, reforçando o processo saúde - doença - cuidado dos usuários. Além disso, foi possível incorporar tais ações à produção da ESF, comprovada pela avaliação dos indicadores acompanhados, como por exemplo no rastreamento do câncer de mama e colo de útero e na promoção de hábitos saudáveis nas condições crônicas de saúde. Acredita-se no sucesso dessa estratégia integrada, pautada pela educação em saúde, uma vez que considerou também a diversidade sociocultural presente na comunidade foco desse relato. Para o acadêmico de enfermagem a experiência representou um desafio diante da complexidade de atuação na APS, ao agregar tais habilidades e competências, as quais foram comprovadas pela avaliação pedagógica positiva ao final do estágio.

ESTÁGIO EM REDE BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE DISCENTES DE ENFERMAGEM

Carolina Yuka Yamamoto, Patrícia Moita Garcia Kawakame

Palavras-chave: Estudantes de enfermagem, planejamento em saúde, atenção primária à saúde

RESUMO: O presente estudo demonstra a importância da vivência dos discentes de Enfermagem em Estágio na Atenção Básica que contemple a Estratégia Saúde da Família (ESF), visando desvendar as experiências e atividades desenvolvidas, evidenciando a realidade, sensações e sentimentos durante o processo. Consiste em um relato de experiência do Módulo Estágio Obrigatório em Rede Básica de Serviços de Saúde I, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campus Campo Grande. Os resultados obtidos foram ao primeiro momento uma recepção apreensiva por parte dos profissionais, sobretudo as enfermeiras, porém após a adaptação da rotina da unidade adquiriu-se valorização do saber acadêmico, respeito mútuo, confiança e carisma da equipe, proporcionando autonomia para desenvolvimento de atividades e ações propostas pelas discentes de enfermagem. Por meio de um cronograma ajustado a agenda da enfermeira foi possível colaborar com o desenvolvimento dos atendimentos e melhoria da assistência à saúde sem interferir diretamente na privacidade e autonomia dos profissionais. Os benefícios contribuem não somente para a melhoria do conhecimento e práticas adquiridas pelos acadêmicos, mas também agrega valor aos serviços de saúde destinados a população. Os atendimentos de enfermagem em Rede Básica podem ser mais valorizados e divulgados por meio de ações constantes de acadêmicos, constantemente atualizados e em busca de conhecimento, presentes em unidades de saúde. Enfatizando a importância da enfermagem no funcionamento da Atenção Básica como um mediador entre os profissionais, promovendo comunicação e vínculo. **INTRODUÇÃO:** A introdução do

Programa de Saúde da Família (PSF) fez com que ocorresse uma revolução em meio à saúde, estabelecendo um vínculo entre os profissionais e a comunidade, desenvolvendo ações humanizadas, atenção interdisciplinar, não tendo mais foco individual e sim, família e comunidade. Assim, a Estratégia Saúde da Família (ESF) busca reorientar o modelo assistencial conforme os princípios do Sistema Único de Saúde, inserindo uma nova atuação nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2000). A sua equipe é reduzida e não possui um atendimento especializado, sendo composto por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, dentista e agentes comunitários em cada equipe de estratégia saúde da família (REZENDE, et.al., 2009). A equipe de ESF em que as alunas estavam acompanhando apresentava-se sem a presença de um médico da equipe, sendo necessário se adaptar a situação difícil, contando com a ajuda do médico de outra equipe, exigindo plantões noturnos para atender aos usuários sem que prejudique a população. A formação dos enfermeiros para atuar nas ESF é construída durante a graduação, sendo estes profissionais inseridos dentro das unidades, localizadas no distrito em que a universidade em que estão matriculados esteja inscrita, permitindo que o aluno encare a realidade e tenha experiência de vivenciá-la na prática. **OBJETIVO:** Desvendar as experiências e as atividades vivenciadas por alunas de Enfermagem durante o período de Estágio Obrigatório em Rede de Atenção Básica, evidenciando as sensações e sentimentos durante este processo. **METODOLOGIA:** Este estudo consiste em um relato de experiência, vivenciado pelas discentes do módulo Estágio Obrigatório em Rede Básica de Serviços de Saúde I, do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMS, Campus Campo Grande, em que foram inseridas em uma UBSF, no início do ano

de 2014 permanecendo durante o primeiro semestre, necessitando planejar, decidir, executar e se adaptarem a uma nova realidade e com diferentes profissionais e aprendendo a atender e a se relacionar com a população. RESULTADOS: O primeiro contato com a unidade percebeu-se que se tratava de um local simples, com duas equipes de ESF e que apresentava potencial para aperfeiçoamento do aprendizado prático das condutas referentes aos cuidados de Enfermagem. A quantidade de usuários durante o início da manhã e o início da tarde era expressiva, permanecendo na recepção a espera de atendimentos ou vagas para consultas. Os profissionais do local, dentre eles as enfermeiras deram as boas vindas e se mostraram receptivas, porém com apreensão em relação à presença das alunas, que passariam a fazer parte do cotidiano de trabalho. Após a adaptação com a rotina e com os profissionais da unidade alcançou-se autonomia para o desenvolvimento de atividades de enfermagem e ações visando à melhoria dos indicadores de saúde e processos de trabalho local. Respeitando os hábitos e agenda dos trabalhadores, adquiriu-se valorização do saber acadêmico, respeito mútuo, confiança e carisma da equipe. CONCLUSÃO: A inserção das acadêmicas no dia-a-dia da unidade de saúde à primeira vista trouxe uma mudança nas ações desenvolvidas diariamente pelos profissionais, porém sem atrapalhar ou mudar bruscamente a rotina de cada um. Por meio de um cronograma ajustado a agenda da enfermeira foi possível colaborar com o desenvolvimento dos atendimentos e melhoria da assistência à saúde sem interferir diretamente na privacidade e autonomia dos profissionais. Permitindo a participação em diversos programas ampliou a visão sobre o papel do enfermeiro dentro da ESF, abrangendo as peculiaridades de se buscar os cuidados efetivos na saúde coletiva. Os benefícios de tal inserção

contribuem não somente para a melhoria do conhecimento e práticas adquiridas pelos acadêmicos por meio do Estágio em Rede Básica, mas também agrega valor aos serviços de saúde. Promovendo aos futuros enfermeiros a vivência de uma rotina de trabalho e a buscar melhores formas de atender segundo a individualidade de cada usuário. CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM: Os atendimentos de enfermagem em Rede Básica podem ser mais valorizados e divulgados por meio de ações constantes de acadêmicos, constantemente atualizados e em busca de conhecimento, presentes em unidades de saúde. Enfatizando a importância da enfermagem no funcionamento da Atenção Básica como um mediador entre os profissionais, promovendo comunicação e vínculo.

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO PARA A SUSTENTABILIDADE – COMO SENSIBILIZAR PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA TEMAS AMBIENTAIS

Juliana Damiani

Palavras-chave: Comunicação ambiental, sustentabilidade

O resumo visa apresentar os resultados das estratégias de comunicação para a sustentabilidade, visando sensibilizar os profissionais dos serviços de saúde para temas ambientais do cotidiano. As ações de sensibilização e educação permanente foram construídas de forma lúdica e atualizada com as demandas ambientais mais recorrentes do cotidiano, como o caso da escassez de água vivida no ano de 2014 na Região Sudeste do Brasil. As estratégias adotadas foram a criação do boletim quinzenal #pensenista, que é enviado quinzenalmente por e-mail a todos os

funcionários abordando temas como: uso racional de água e energia, dicas de como ser um cidadão consciente, como descartar óleo de cozinha, pilhas e baterias usadas, como descartar medicamentos vencidos, reciclagem, mudanças climáticas, poluição e saúde e divulgação das campanhas de responsabilidade socioambiental. Além deste, a cada três meses é lançado o Boletim do Programa Ambientes Verdes e Saudáveis onde são apresentados os resultados dos projetos socioambientais desenvolvidos no período, e a distribuição de adesivos educativos em torneiras, interruptores e a realização de intervenções lúdicas no ambiente de trabalho reforçando os assuntos abordados pelas mídias impressas, constituem as ações estratégicas de comunicação e educação permanente para a sustentabilidade e a construção de ambientes mais saudáveis e sustentáveis.

ESTRATÉGIAS DOCENTES SOBRE O PROCESSO DO ENVELHECIMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE AS FASES DA VIDA

Fernanda da Silva Lima, Jaciely Garcia Caldas, Fabio Pereira Soares, Christopher Wallace Souza do Nascimento, Daiane de Souza Fernandes, Oziele Lairy Carneiro da Silva

Palavras-chave: educação, envelhecimento, geriatria

APRESENTAÇÃO: O envelhecimento é compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. Este tem sido considerado uma grande conquista da humanidade e também um grande desafio, pois, cada vez mais se aumentam a quantidade do número de idosos apresentando

patologias, principalmente as relacionadas com doenças crônicas, devido os hábitos durante a vida e até mesmo a diminuição da capacidade funcional. Assim, a Enfermagem tem um papel essencial na promoção de estratégias que abordem o envelhecimento ativo por meio de ações de promoção à saúde. Deste modo, estratégias docentes sobre o processo do envelhecimento no ensino superior são de grande importância visto que estimulam o interesse, além de proporcionar um constante aprendizado e reflexão sobre o envelhecer para acadêmicos. Portanto, o trabalho tem como objetivo relatar as experiências de acadêmicos de enfermagem ao participarem da aula “Viver é Uma Caminhada” em um Parque Zoobotânico em Belém, Estado do Pará, para conhecer e entender o processo do envelhecimento através da abordagem das fases da vida, desde a infância, passando pela adolescência e vida adulta até a velhice. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um relato de experiência das vivências na aula “Viver é uma Caminhada” promovida pelas docentes da atividade curricular Atenção Integral a Saúde do Adulto e do Idoso (AISAI), que faz parte do 3º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Poucos dias antes da aula acontecer as docentes explicaram que os alunos poderiam ir com roupas descontraídas, destacando que os alunos deveriam formar grupos para que ao final da aula abordassem as principais mudanças fisiológicas nos idosos de acordo com os sistemas do corpo humano e o papel do enfermeiro na atenção à saúde do idoso. Além de que deveriam levar alimentos para um lanche saudável para um piquenique, destacando a importância dos bons hábitos alimentares para uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, uma velhice mais saudável. A aula “Viver é Uma Caminhada” foi desenvolvida no Parque Zoobotânico e iniciou com a

explicação da atividade, que seria dividida em vários momentos de acordo com as fases da vida. Os alunos caminharam pelo bosque para que cada momento ocorresse em um local diferente. Primeiramente, para evidenciar a infância, foram realizadas atividades para se divertirem como crianças, com brincadeiras de se esconder, pega-pega, entre outras, em um parquinho do Bosque, que proporcionaram aos alunos a recordação e as vivências dos momentos da primeira fase da vida. Posteriormente, passando para a adolescência, foi proposto que escrevessem na areia palavras ou frases que simbolizassem momentos marcantes desta fase e que relatassem o motivo de tais escolhas, dentre elas estavam às mudanças físicas que esta fase proporcionou, o primeiro beijo, as escolhas, o amadurecimento e a aquisição das responsabilidades que surgem, além de outros temas. Já durante a fase adulta, foram colocados pelas docentes três desafios desta fase: 1) início da vida acadêmica, 2) início da vida profissional e 3) a constituição da própria família. Os discentes, ao considerarem os desafios, entrariam em acordo para escolher o mais desafiador explicando o porquê da preferência. E logo em seguida iniciou-se uma roda de conversa sobre tais desafios, visto que a maioria dos alunos da turma encontra-se nesta faixa etária, sendo jovens adultos. A ênfase maior da aula realizada foi para o processo de envelhecimento, onde os grupos abordaram as principais modificações fisiológicas normais que acometem a pessoa idosa, como por exemplo, ausência de colágeno na pele, a rigidez articular, descomplicência arterial e a diminuição da acuidade visual, sempre alertando para a necessidade de uma vida com hábitos saudáveis para prevenção de patologias e promoção da saúde, além de explorarem de que forma tais alterações podiam interferir na qualidade de vida do idoso. As docentes esclareciam sobre as

alterações fisiológicas, após a apresentação de cada grupo. Os temas foram abordados através de peças teatrais, cartazes, e músicas. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Após o encerramento de cada fase foram feitas discussões sobre a respectiva fase abordada e também com a colocação dos professores e contribuição dos monitores da atividade curricular, assim, a realização da aula demonstrou que os alunos trazem muitas experiências e também dúvidas sobre o processo do envelhecimento, visto que envolvem assuntos que são poucos discutidos e que devem ser mais explorados principalmente por ser um processo em que todos os indivíduos podem alcançar o envelhecimento. Os acadêmicos participaram de maneira ativa em todas as atividades propostas, com perguntas relevantes, exemplos ocorrentes e opiniões que ajudaram a enriquecer o objetivo almejado, o que facilitou o desenvolvimento da aula. Tudo isso, tornou o processo de aprendizado ainda mais agradável. Assim, a utilização de estratégias que estimulam a participação de alunos na aula é de grande importância na docência, pois os acadêmicos sentiram-se interessados em participar de todas as etapas do processo e a troca de conhecimento entre os discentes foi algo que possibilitou maior interação. A aula foi bastante produtiva, visto que os acadêmicos aprenderam a relevância de conhecer mais sobre o processo do envelhecimento. A todo instante os participantes procuravam absorver o máximo e de maneira instigadora opinavam sobre o que mais chamou atenção para melhor entender o tema ali abordado. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As estratégias docentes relacionadas à área da saúde podem ser trabalhadas através de diversas metodologias, além de métodos de ensino tradicionais. A realização da aula “Viver é Uma Caminhada” no Parque Zoobotânico se mostra bastante eficaz no processo de educar, pois possibilitou aos alunos a

reflexão sobre suas experiências. E, também as futuras vivências em relação às várias fases da vida abordadas, seus desafios e o que é necessário para estar dispostos a superá-los. Além de sensibilizar os futuros enfermeiros sobre o processo do envelhecimento, pois para prestar assistência integral ao idoso é necessário mais que o olhar para o fator biológico, mas contemplar o cuidado em todos os seus aspectos. Observando fatores sociais, psicológicos e familiares que podem interferir no envelhecimento saudável. Portanto, incentiva-se cada vez mais a aplicação de estratégias com esta por docentes da área da saúde.

ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA LITERACIA PARA A SAÚDE: A EXPERIENCIA COM PROGRAMAS DE RÁDIO E VÍDEOS EDUCATIVOS

Cláudia Helena Julião, Aline Fernandes Bessa, Marta Regina Farinelli, Rosane Aparecida de Sousa Martins, Luis Saboga-Nunes, Priscila Maitara Avelino Ribeiro

Palavras-chave: Serviço Social, Comunicação em saúde, Literacia para a saúde

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho propõe-se a refletir acerca de uma experiência realizada por meio de um projeto de pesquisa em interface com a extensão, abordando a temática sobre o uso de tecnologias de informação e comunicação em saúde como estratégias para fomentar a literacia para a saúde dos cidadãos. O referido projeto, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG e desenvolvido por docentes e discentes do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, buscou conhecer a política de saúde em Uberaba-MG; identificar as demandas e necessidades da população

no âmbito da rede de atenção à saúde no município e promover ações com enfoque na promoção e efetivação do direito à saúde, por meio do uso das tecnologias de informação e comunicação em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS. Tal projeto teve como fundamento os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade da atenção à saúde, consagrados pelo SUS. Isto porque a implementação do SUS, seus princípios e diretrizes têm provocado cada vez mais reflexões críticas acerca das relações entre o direito à saúde por toda a população e a responsabilidade do Estado em atender as demandas e ainda o contexto sociopolítico e econômico para subsidiar financeiramente as políticas de saúde. Ao aprofundar estudos referentes à política pública de saúde, reconhece-se que barreiras, de ordem jurídica, econômica e social, se apresentam entre os serviços de saúde e a população, dificultando e/ou impedindo a concretização dos princípios do SUS e do próprio direito à saúde. Dentre tais barreiras destaca-se o acesso às informações e a comunicação entre os usuários, os profissionais e os gestores dos serviços de saúde. Transpor essas dificuldades é um dos desafios enfrentados cotidianamente por todos que almejam a materialização do acesso universal e igualitário à saúde. Tendo em vista que a mídia possui um papel relevante na ampliação do acesso à informação entre os trabalhadores da saúde, gestores e usuários dos serviços de saúde, ações e esforços são empreendidos no âmbito das mídias e mídias sociais com a utilização de tecnologias de informação e comunicação. Nesta perspectiva, reconhece-se que os princípios e diretrizes do SUS com o uso de tais tecnologias fomentam contornos democráticos na construção de relações mais horizontais entre os atores que produzem saúde. Assim, o projeto “Comunicação, Educação e Mobilização Social na área

da saúde no município de Uberaba-MG: conhecendo recursos e efetivando direitos” realizou entre suas atividades programas de rádio e vídeos educativos sobre os serviços oferecidos pelo SUS na atenção básica, média e de alta complexidade. As ações desenvolvidas ampliaram o acesso da população usuária da política de saúde a tais serviços e à informação acerca dos direitos sociais, com vistas a fortalecer, expandir os níveis de literacia para a saúde da população uberabense e facilitar a consolidação dos princípios, diretrizes e ações propostas pelo SUS. Neste trabalho, identifica-se a literacia para a saúde como a habilidade desenvolvida pelas pessoas para compreender e se apropriar das informações acerca de sua saúde de modo que cada indivíduo possa utilizar os serviços de assistência à saúde, e tenha a capacidade para cuidar de sua saúde, no sentido de mantê-la, bem como de prevenir doenças. Desenvolvimento: Inicialmente realizou-se levantamento bibliográfico, revisão de literatura em artigos científicos, livros e pesquisa na internet, que embasou a construção dos roteiros escritos para os programas de rádio. Foram selecionadas algumas temáticas, tendo como foco a Política Nacional de Saúde, a Política Nacional de Humanização e o Pacto pela Saúde. Paralelo às pesquisas bibliográficas, os integrantes do projeto buscaram conhecer a rotina de serviços disponíveis no município, visitando e conhecendo diversos setores da saúde local para que houvesse ainda mais propriedade na construção dos programas. A partir dos estudos realizados, foram escritos os roteiros para os programas, sendo os mesmos estruturados e cronometrados, a fim de corrigir eventuais erros e possibilitar uma maior fluência. Posteriormente, ocorreu a gravação dos programas na Rádio Universitária, vinculada à Universidade Federal do Triângulo Mineiro, responsável também pela veiculação dos mesmos. Para a produção dos vídeos, também se realizou

estudos sobre a temática principal e posterior definição dos temas de cada vídeo. Para tanto, foi desenvolvida uma oficina, visando preparar os discentes/extensionistas para a utilização de ferramentas web 2.0 para a produção de vídeos, movimentos de câmera, representação, remix de áudio, filmagem e edição. Em seguida, elaboraram-se os roteiros e realizou-se a gravação dos vídeos, protagonizados pelos integrantes do projeto. Os vídeos foram editados e deverão ser veiculados nos serviços de saúde do município e outros espaços. RESULTADOS: Foram desenvolvidos 30 programas de rádio que abordaram temas relevantes às políticas de saúde com destaque para: princípios, diretrizes, competências e serviços oferecidos pelo SUS, utilizando-se de linguagem clara e objetiva, com vistas a favorecer a comunicação. Esta prática rompe com os modelos hegemônicos de comunicação em saúde, em que o detentor do conhecimento é somente a equipe de profissionais. Os 10 vídeos produzidos trataram de temas como: Direito à Saúde, SUS como direito, Universalização, Equidade, Participação Social, Serviços de Saúde na Atenção Básica, Serviço de Saúde Especializado, Urgência e Emergência, Humanização e Efetivação dos Direitos. A divulgação dos programas de rádio e dos vídeos elaborados possibilitou o acesso da população às informações sobre os princípios, diretrizes e serviços do SUS, reflexão acerca da política de saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, a relevância da política de humanização em saúde e a sensibilização dos cidadãos para a importância da participação e mobilização social. A veiculação dos programas de rádio atingiu uma população estimada em 350.000 habitantes de Uberaba e região. Esta estratégia de comunicação e informação contribuiu para ampliar o acesso da população à informação e aos serviços oferecidos pela política de saúde e simultaneamente ampliar o nível

de literacia para a saúde da população. As atividades desenvolvidas propiciaram ainda a troca de conhecimentos entre os extensionistas, profissionais da saúde e outros, sendo relevante para a formação do futuro profissional de Serviço Social. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O acesso à informação permite aos cidadãos maior capacidade de reflexão crítica acerca da política de saúde, dos serviços previstos pela legislação e ainda dos direitos que toda a população tem a partir da implantação do SUS. A ampliação da capacidade de análise e interpretação dos cidadãos pode conduzir à reflexão crítica destes usuários acerca de suas necessidades enquanto sujeitos dos serviços de saúde, bem como na apropriação dos conhecimentos acerca do direito à saúde e de acesso à atenção integral à saúde, expandindo o nível de literacia para a saúde da população.

EU, ESTUDANTE DE ENFERMAGEM E ENFERMEIRA: UMA NARRATIVA AUTOBIOGRÁFICA SOBRE FORMAÇÃO E PRÁTICA PROFISSIONAL

Bianca Joana Mattia, Maria Elisabeth Kleba

Palavras-chave: Formação em Enfermagem, Prática Profissional, Reorientação da Formação Profissional em Saúde,

Apresentação: As mudanças no sistema de saúde do país que requerem novas formas de gerir e de cuidar fazem emergir a necessidade de transformações na formação profissional em saúde. Buscando orientar o modelo de ensino em saúde, com bases nos princípios e diretrizes do SUS, o Ministério da Saúde criou, em 2005, em parceria com o Ministério da Educação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). A Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó – aprovou seu primeiro projeto

no edital do Pró-Saúde para o curso de Enfermagem no ano de 2005, fortalecendo a revisão curricular deste curso, que já vinha ocorrendo. A primeira turma a ingressar no curso de graduação em Enfermagem com a nova proposta curricular foi do ano de 2007, tendo egressos no primeiro semestre de 2011. No ano de 2009, iniciam na Unochapecó atividades do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), como estratégia complementar do Pró-Saúde para a integração ensino-serviço-comunidade. A motivação em realizar a narrativa, está relacionada às vivências como acadêmica do curso de Enfermagem da Unochapecó, integrante da turma que iniciou no ano de 2007 e também como bolsista do PET-Saúde. Ainda, em 2011 iniciei minha atuação como enfermeira em uma Secretaria Municipal de Saúde. Trata-se de uma narrativa autobiográfica por entender como Bondía (2002) que o saber da experiência é individual, subjetivo, relativo e pessoal, sendo que duas pessoas ainda que compartilhem um mesmo acontecimento não fazem a mesma experiência e ninguém pode aprender pela experiência de outro. Objetivo: Narrar a experiência enquanto estudante de graduação do curso de Enfermagem da Unochapecó e a repercussão em minha prática profissional. Desenvolvimento: A nova organização curricular do curso de Enfermagem na Unochapecó propõe metodologicamente, agrupar as áreas de conhecimento geral e específico por afinidade, formando núcleos de conhecimento capazes de contribuir para a formação de forma integrada. Durante a graduação, diversas atividades foram realizadas de forma conjunta ao Pró-Saúde, como visitas a diferentes instituições, que possibilitaram visualizar a atuação do enfermeiro em diversos cenários de prática. Dentre estas, viagens de estudos que possibilitaram a ampliação de conhecimentos culturais, percebendo novas

formas de ensino-aprendizagem e também o desenvolvimento de sentidos como audição, sensibilidade e percepção, além de aprender sobre história, cultura e arte. Também, atividades como o VIM (Vivências Interdisciplinares Multiprofissionais) que possibilitou a interdisciplinariedade, o trabalho em equipe multiprofissional na realidade do SUS e a integração ensino-serviço. O mapeamento do território foi outra atividade realizada no curso, experienciado como importante instrumento para o planejamento em saúde. No ano de 2009, iniciei minhas atividades junto ao PET-Saúde da Família, participando da realização do diagnóstico das potencialidades e fragilidades do território. Nesta experiência, diferentes ferramentas dos Sistemas de Informação em Saúde foram apreendidas, por meio da pesquisa e intervenção no território. Como prática de aprendizado da gestão e gerência em saúde e enfermagem, foi aplicado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), uma ferramenta que viabiliza maior coerência com os princípios do SUS, como a participação social e o uso da epidemiologia no estabelecimento de prioridades. Resultados: A formação no curso de Enfermagem da Unochapecó foi ancorada nos eixos do Pró-Saúde, conforme segue: O Eixo A: Orientação Teórica, destaca que os profissionais devem ser capazes de reconhecer, para além dos determinantes biológicos, os determinantes sociais do processo saúde-doença, base para que realizem uma avaliação crítica da situação de saúde da população a fim de direcionarem ações que transformem essa realidade. As experiências de aprendizagem, como visitas a diferentes realidades e o mapeamento do território, possibilitaram esse reconhecimento. Para Freire (1980), a conscientização consiste na capacidade de os sujeitos imergirem na realidade, aproximando-se do objeto admirado e, em seguida, se afastarem desse objeto, de forma

a tomar consciência de seu contexto e suas implicações. Essa experiência favorece que os sujeitos proponham respostas criativas de enfrentamento, capazes de transformar a realidade. Nisso consiste o saber da experiência que, para Bondía (2002), é adquirido no modo como as pessoas respondem ao que vai acontecendo ao longo da vida e no sentido que se dá a esses acontecimentos. No Eixo B: Cenários de Prática: a formação deve priorizar cenários desinstitucionalizados para a aprendizagem da prática profissional, agregando espaços educacionais e comunitários, garantindo a interação dos estudantes com a população, o que também foi vivenciado desde o início do curso de Enfermagem. Conforme Freire (1987) A educação acontece entre os homens porque esses são incompletos e, tentando completar-se, relacionam-se por meio diálogo e, mediatizados pelo mundo, tornam-se mais humanos. O conhecimento é dessa forma produto das relações humanas. É agindo no mundo que os sujeitos constroem o conhecimento, ou seja, o conhecimento nasce da ação e interação. Quanto ao Eixo C, da Orientação Pedagógica, propõe-se uma metodologia que possibilite ao estudante ocupar lugar de sujeito na construção do conhecimento e ao professor assumir papel de facilitador do processo, que deve ter como base a problematização. Freire (1980) refere que a problematização, vivenciada em todo processo de formação, fomenta a criticidade dos estudantes, estimulando a criatividade, por meio da reflexão e da ação dos estudantes sobre a realidade. Freire (1987) diz ainda que a vocação ontológica do homem é a de ser sujeito, não objeto, e refletir sobre a realidade na qual está inserido. Em relação à prática profissional, sempre tive afinidade pela atenção básica. As vivências nos cenários de prática fortaleceram esse interesse e também a vontade de ingressar na carreira acadêmica, atuando durante

três anos atuação como enfermeira em uma equipe da Estratégia Saúde da Família em um município de pequeno porte no oeste catarinense, momento enriquecedor e que também contribuiu para formação como profissional do SUS. Durante esse período foram desenvolvidas ações com base na integralidade, buscando o diálogo, em todas as situações de enfrentamento, para mediar conflitos. Além disso, a formação instigou a inserção na carreira acadêmica, possibilitando dessa forma, em 2014, o ingresso no mestrado, tendo como tema de pesquisa o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Repercussões na Prática de Enfermeiros. Considerações Finais: A experiência da formação teve influências relevantes nas escolhas e caminhos percorridos na prática profissional e no meio acadêmico. Por isso, tomando por conceito de experiência o que Bondía (2002) traz “A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece ou o que toca”. O Pró-Saúde, por meio das iniciativas do curso de Enfermagem da Unochapecó, gerou oportunidades de aprendizado de envolvimento e maior comprometimento com a construção do SUS, bem como de protagonismo, sujeito do processo permanente de formação profissional.

EUGENISMO E AS POLITICAS AFIRMATIVAS DE SAÚDE: VIVÊNCIAS E TEMÁTICAS NECESSÁRIAS PARA A FORMAÇÃO INICIAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Geyssya Morganna Soares Guilhermino, Jesianne Nataly Macedo de Araujo, José Douglas Tobias Magalhães da Silva, Raissa Lorena Bandeira Landim, Sandra Bomfim de Queiroz, Renato Duarte de Castro, Rosiete Silva das Neves, Nataniele Silva Canuto, Larissa Alves do Nascimento

Palavras-chave: Eugenismo, Políticas Afirmativas de Saúde, Profissionais de Saúde

APRESENTAÇÃO: Em meados do século XX, quando as teorias de Darwin eram amplamente aceitas na Inglaterra, houve uma grande preocupação quanto à “degeneração biológica” do país, devido ao declínio na taxa de nascimento ser muito maior nas classes alta e média do que na classe baixa. Para muitos, parecia lógico que a qualidade da população pudesse ser aprimorada com a promoção da união de parceiros bem-nascidos e por proibição de uniões indesejáveis. O darwinismo social é um conceito, de que na luta pela sobrevivência muitos seres humanos eram não só menos valiosos e destinados a desaparecer, culminando em uma nova ideologia de melhoria da raça humana por meio da ciência. Devido à revelação das atrocidades nazistas desacreditou a eugenia científica e eticamente, e fez com que a palavra desaparecesse abruptamente do uso. No entanto, a eugenia não desapareceu, mas se refugiou em muitos casos sob o rótulo “genética humana”. O futuro eugênico do Brasil era imaginado como uma nação homogênea, sem variação racial e sem as imperfeições que segundo os eugenistas maculavam o “tipo racial” do brasileiro. O Cientista e antropólogo Edgar Roquette-Pinto afirmaram que ao promover a imigração branca da Europa para o Brasil, o efeito da miscigenação seria a eliminação gradual da população negra, branqueando a população como um todo. Para mensurar o sucesso destas políticas populacionais, a eugenia Neo-Lamarckiana enfatizou muito a beleza, argumentando que uma população eugênica era a mais bonita. Desde a década de 1980, a cultura fitness vem ganhando espaço. Ela está na arquitetura das academias de ginásticas, nos corpos dos personal trainers, em shopping centers, outdoors, capas de revistas, supermercados, programas de tevê, praças e parques

demonstrando força, rigidez, juventude, longevidade, saúde e beleza. Portanto as pessoas velhas principalmente as mulheres, com rugas e a flacidez muscular, típicas do processo de envelhecimento, são descritas como algo que deve ser permanentemente evitado. Sendo atualmente, ofertados produtos, bens e serviços a essa população. A cirurgia plástica complementa o trabalho iniciado pela miscigenação ao proporcionar a oportunidade de se aproximar às características físicas de uma “brasilidade” ideal. Aqueles que se “misturaram menos” são considerados mais bonitos porque tem uma ascendência predominantemente europeia, mas ainda possuem o hibridismo considerado essencial para ter uma identidade brasileira. E a beleza das pessoas de ascendência predominantemente africana ou indígena não é avaliada por cirurgias plásticas como um padrão brasileiro desejável ou admirável sendo visto como problemas estéticos a ser corrigidos. Diante do exposto, o objetivo do foi falar e fazer uma reflexão sobre as políticas afirmativas de saúde proporcionando aos discentes palestrar e ouvir relatos de seus colegas, dos profissionais, e dos usuários dessas políticas. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A experiência retratada ocorreu no IV Seminário Alagoano sobre Ética, Alteridade, Diversidade, Eugênio e o Profissional da Saúde no Museu da Imagem e do Som de Alagoas – (MISA) promovido pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) como atividade de ensino, de forma indissociável da pesquisa e da extensão, das disciplinas Ética, Alteridade e Diversidade no Cuidado em Saúde” e “Educação para as Relações Etnorraciais e Políticas Afirmativas do Sistema Único de Saúde (SUS)”. No evento foram abordadas temáticas como eugenismo, saúde da mulher negra, dos povos de terreiros, dos quilombolas, dos indígenas, da comunidade GLBT, além de

debate sobre cotas raciais na universidade e questões de gênero. Os discentes da UNCISAL dos cursos de enfermagem, medicina, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia apresentaram trabalhos sobre algumas temáticas. Os alunos de medicina discorreram sobre eugenismo desde sua origem até o contexto sócio-cultural do Brasil. Durante a apresentação ficou evidente o quão foi e é cruel essa incorporação da cultura eugênica apregoando valores estéticos tidos como referenciais centrados do eurocentrismo. **RESULTADOS/IMPACTOS:** Durante a apresentação dos mesmos ficou evidente o quão foi e é cruel essa incorporação da cultura eugênica mostrando que existe uma raça superior e melhor do que as outras, ocasionando muitas vezes a negação de sua própria origem e a incorporação dos padrões do melhoramento genético. Os profissionais acabam discriminando, excluindo e até mesmo negando atendimento as pessoas que são considerados por eles fora dos padrões, utilizando apenas os seus valores morais e éticos, desconsiderando o que as políticas afirmativas de saúde e o SUS preconiza. O seminário trouxe uma vertente muitas vezes desconhecida para a maioria dos discentes, o que foi muito importante para o graduando perceber como o eugenismo tira o véu do seu olhar, que não associava os preconceitos com o eugenismo tendo assim uma visão diferenciada sobre a temática. Como isso interfere na vida pessoal do aluno permitindo que ele se identifique mais com sua descendência afro-indígena, facilitando que rememore as discriminações étnicas de que foi vítima e fortaleça sua autoestima. Essas temáticas discutidas e desveladas na universidade favoreceu a desconstrução de valores eugênicos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** E, em pleno 2015, perceber que existe ainda um espectro valorativo de uma raça superior e melhor do que as outras,

ocasionando, muitas vezes, a negação de sua própria origem e a incorporação dos padrões do melhoramento genético, por parte de brasileiros. Essa realidade interfere de modo significativo na cultura, nos costumes de uma sociedade interferindo de modo significativo na auto-imagem que a população tem que si mesma, sendo influenciada e manipulada por padrões eugênicos. Na apresentação foi discutida também a visão dos profissionais de saúde nesse processo, no qual muitos não têm conhecimento sobre essa temática e acaba reproduzindo apenas o que está posto na sociedade. Contudo, o profissional de saúde deve ter uma visão holística da sociedade compreendendo o contexto sociocultural no qual está inserido, conseguindo perceber o que está muitas vezes mascarado de melhoramento genético por seus idealizadores, a eugenia seria para eles, a ciência que proporcionaria as condições teóricas, técnicas e metodológicas para o controle reprodutivo da espécie humana, favorecendo assim para eliminar o considerado defeituoso e assim intervir para que as melhores características humanas proliferassem no conjunto populacional transformando assim a sociedade em um grande laboratório. Deve, ainda, ser capacitado para exercer sua função, respeitando a diversidade dos usuários, sendo, portanto, necessário que se tenha mais discussões e debates sobre essas temáticas.

EXAME CLÍNICO OBJETIVAMENTE ESTRUTURADO COMO MÉTODO AVALIATIVO NO ENSINO DE ENFERMAGEM CLÍNICA

Diana Paula de Souza Rego Pinto Carvalho, Giovanna Karinny Pereira Cruz, Isabelle Campos de Azevedo, Priscila Fernandes Meireles, Viviane Euzébia Pereira Santos, Marcos Antonio Ferreira Júnior

Palavras-chave: educação em saúde, avaliação, enfermagem

APRESENTAÇÃO: O exame clínico objetivamente estruturado (ECO), do inglês Objective Structured Clinical Examination (OSCE), foi desenvolvido inicialmente na educação médica na década de 70. Hoje, o OSCE é uma ferramenta de avaliação prática usado para examinar se os estudantes são preparados adequadamente para o ambiente clínico. Trata de um método processual em que os estudantes devem demonstrar sua competência no âmbito de um cenário simulado. Por conseguinte, demonstra a competência para execução das habilidades específicas de enfermagem em condições do exame. Ao contrário de uma avaliação escrita, com conhecimentos teóricos, o OSCE é uma experiência diferente, uma vez que testa as habilidades práticas e clínicas. O OSCE é uma ferramenta de medida de competências clínicas com a adoção de casos padronizados. Este exame pode ser filmado para facilitar o processo de avaliação. Portanto, instituir a simulação de atendimento na formação acadêmica significa incluir o enfoque problematizador e auxiliar na construção do conhecimento. Estudos concluem que os estudantes que tiveram treinamento de simulação apresentam níveis de aprendizado mais elevados. Ambos os instrumentos de avaliação, o OSCE e a simulação, são incorporados em currículos dos cursos de formação na área da saúde em todas as disciplinas, como Enfermagem, Obstetrícia e Fisioterapia em universidades por todo o mundo. Portanto, tanto o OSCE quanto a simulação podem ser vistos como ferramentas importantes na preparação dos estudantes para a sua primeira experiência clínica, por se tratar de uma experiência de aprendizagem positiva. Este método permite a seleção de estudantes monitores para auxiliar a formação de seus pares,

particularmente em disciplinas com bases práticas como a Enfermagem Clínica. No entanto, apreciar e avaliar as habilidades clínicas dos estudantes dos cursos de graduação em Enfermagem e mensurar seu desempenho pode constituir um desafio para os acadêmicos experientes e monitores. Embora estes possam apresentar certo grau de experiência clínica, muitos podem ter qualificações formais ou limitadas dentro do ambiente universitário, o que pode afetar a confiabilidade das práticas de avaliação quando do uso deste método. Dessa forma, os monitores devem ser treinados e supervisionados pelos docentes responsáveis durante a realização do OSCE e atuarem como facilitadores do processo de desenvolvimento do método. Este estudo pretende relatar a experiência de uso do OSCE enquanto método para promoção do processo ensino-aprendizagem no ensino de Enfermagem Clínica. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata de um estudo do tipo relato de experiência, referente à experiência educacional dos docentes do Curso de Graduação em Enfermagem de uma instituição pública de Ensino Superior do nordeste do Brasil, vinculados à disciplina de Atenção Integral à Saúde I, que fez uso do OSCE enquanto método de ensino e de avaliação em Enfermagem Clínica. Consiste numa disciplina de caráter obrigatório, oferecida no quinto período do Curso de Graduação em Enfermagem, que aborda conteúdos da e Enfermagem Clínica e Cirúrgica, com carga horária destinada à abordagem teórica, práticas em laboratório de habilidades e práticas em serviços de saúde. Para viabilizar o OSCE, os docentes da disciplina desenvolveram Protocolos Operacionais Padrão (POP) referentes aos conteúdos ministrados na disciplina, a serem aplicáveis nos campos de prática. Os POP foram estabelecidos conforme as necessidades dos estudantes percebidas pelos docentes em semestres anteriores.

Dessa forma, a disciplina em questão conta com o auxílio de 09 POP, a saber: Assistência de enfermagem no pós-operatório em paciente com dreno de tórax; Administração de hemocomponentes e hemoderivados; Sondagem nasoenteral; Troca de bolsa de colostomia ou ileostomia; Aspiração de vias aéreas superiores e traqueal; Limpeza de traqueóstomos/traqueostomia; Antissepsia cirúrgica das mãos; Degermação pré-operatória da pele do campo cirúrgico; e Paramentação cirúrgica. As simulações foram desenvolvidas mediante casos clínicos preestabelecidos pelos docentes de acordo com cada conteúdo ministrado em sala de aula. Dessa forma, os estudantes monitores foram previamente treinados pelos docentes e ofereceram aos estudantes matriculados na disciplina horários que permitiram o treinamento dos POP e discussão dos casos clínicos. Dessa forma, percebeu-se que o OSCE é preparado durante todo o semestre, à medida que os estudantes monitores treinaram os POP e discutiram casos clínicos associados ao conteúdo teórico. O OSCE enquanto método de avaliação é apresentado ao estudante como parte do processo avaliativo, que conta com atividades teóricas e práticas. Ele é desenvolvido nos laboratórios de habilidades práticas do Departamento de Enfermagem, geralmente com três etapas, ou três estações de simulação distintas. Essas etapas contemplam pelo menos um caso clínico e duas técnicas da assistência de Enfermagem direcionadas ao caso. A fim de proporcionar qualidade em processos de avaliação é importante que os avaliadores tenham critérios definidos, pois isso reforça o respeito à avaliação objetiva e equitativa dos estudantes (EAST, 2014). Dessa forma, o estudante foi avaliado pelos docentes por meio de check-list previamente determinados. Esses casos simularam situações realísticas e permitiram ao estudante desenvolver habilidades de

raciocínio, de condutas de decisões próprias do Enfermeiro e de aprimoramento de técnicas e procedimentos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Os docentes identificaram nos estudantes melhorias relacionadas ao domínio de conceitos e técnicas referentes ao desempenho nas atividades práticas e melhor desenvoltura nas condutas que envolveram pacientes, familiares e a equipe profissional. Estudos apontam a ansiedade como um fator presente no momento que antecede o OSCE, quando alguns identificam como um problema para os estudantes de cursos de Graduação, outros sugerem que a ansiedade poderia ser uma influência positiva para equipar os alunos com mecanismos de enfrentamento adequados e ensiná-los a lidar com situações estressantes. No OSCE realizado na disciplina aqui relatada, alguns estudantes apresentam alto nível de ansiedade no momento que antecedeu sua aplicação. Entretanto, ao encerrar a atividade, relataram a importância do mesmo para a formação dos enfermeiros, principalmente como instrumento facilitador das atividades em campos de prática. Dessa forma, é necessário que os docentes estejam uniformizada em sua linguagem e condutas avaliativa durante a realização do OSCE de forma a esclarecerem dúvidas e anseios. Os estudantes ressaltaram a importância dos cenários para a experiência clínica, tanto para a execução de habilidades técnicas quanto para a tomada de decisão referente a condutas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O OSCE foi considerado uma ferramenta para promoção do ensino e avaliação em Enfermagem Clínica, que contribui para a formação de enfermeiros, uma vez que favorece maior aproximação do docente com o estudante e propicia a redução de barreiras que poderiam existir no processo de ensino-aprendizagem. Também favorece o desenvolvimento do equilíbrio emocional, por diminuir a ansiedade do estudante

acerca das atividades práticas e estimula a autoconfiança nas decisões de condutas relacionadas a procedimentos e avaliações diretamente relacionadas à assistência de enfermagem a ser prestada ao paciente. Os principais desafios encontrados para o desenvolvimento do OSCE foram relacionados a sensibilização dos docentes quanto a importância de todas as etapas, desde o treinamento dos monitores até a avaliação dos estudantes por meio de check-lists e a formulação dos casos clínicos.

EXPERIÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ NO CURSO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE POPULAÇÕES EXPOSTAS AOS AGROTÓXICOS

Rosimary da Silva Barbosa, Olga Maria de Alencar, Thayza Miranda Pereira, Gláucia Maria Reis de Norões, Geórgia de Mendonça Nunes Leonardo, Liduína Virgínia de Sousa, Tereza Emanuelle da Silva Costa

Palavras-chave: vigilância em saúde, agrotóxicos, populações expostas, educação permanente

APRESENTAÇÃO: O Brasil está entre os maiores consumidores de agrotóxicos no mercado mundial. Por isso, o Ministério da Saúde implantou ações considerando este fator de risco à saúde da população, dos trabalhadores e para o ambiente. Visto a capacidade reduzida dos órgãos de saúde nas três esferas governamentais para o desenvolvimento de serviços de monitoramento e controle das exposições. O avançar dos processos de descentralização no campo da vigilância ambiental, tem transmitido às instâncias locais, a necessidade de qualificação e atualização constantes dos profissionais para a execução e avaliação das políticas e ações norteadas pelas diretrizes do Ministério da Saúde. Assim, desde 2010, há estudos da Secretaria

de Saúde em conjunto com áreas afins para analisar a situação de vulnerabilidade dos municípios cearenses quanto ao parâmetro agrotóxico. Após quase cinco anos, a Escola de Saúde Pública do Ceará, em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, promoveu o Curso de Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos. Objetivando o aprimoramento das atividades inerentes à vigilância ambiental, em âmbito municipal e regional, por meio da incorporação de novos saberes e práticas. Diante desta contextualização o presente relato descreve a experiência dos autores na construção curricular do Curso de Vigilância em Saúde de Populações expostas aos Agrotóxicos da Escola de Saúde Pública do Ceará e o quantitativo de profissionais capacitados durante as ofertas da capacitação. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O curso foi construído pela equipe técnica multidisciplinar do Centro de Educação Permanente em Vigilância da Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (CEVIG/ESP) e por outros profissionais de áreas afins com a temática em estudo. Contribuindo para a renovação das práticas profissionais e a reorganização dos serviços de Saúde do Ceará. O método adotado foi a realização de oficinas pedagógicas, valorizando-se a construção do conhecimento de forma participativa. Foram realizadas 04 oficinas, de junho a agosto de 2014, com a participação de profissionais de saúde da ESP/CE, técnicos dos níveis centrais que atuam na área e em outras áreas estaduais com o conteúdo semelhante a ser abordado. Assim, observou-se que a integração dos vários olhares contribuiu para um alinhamento metodológico durante todo o diálogo. A inserção das outras áreas nesta elaboração justifica-se pela importância da intersetorialidade, tendo em vista que no Estado do Ceará existem várias ações conjuntas para a conscientização do Combate ao Uso Indiscriminado dos Agrotóxicos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:**

O processo de trabalho com os diversos saberes envolvidos oportunizou a descrição do objetivo geral, a análise do perfil dos participantes, a elaboração dos objetivos de aprendizagem específicos, a utilização da metodologia ativa e participativa, as temáticas abordadas. Desta forma, pactuou-se que os profissionais deveriam compreender: 1) Os aspectos conceituais e organizacionais da estruturação da Vigilância Ambiental; 2) As legislações relacionadas à implantação da Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos; 3) As técnicas, fluxos e formulários de coleta, acondicionamento e transporte das amostras da água para análise do parâmetro agrotóxico; 4) Os riscos, causas e consequências à saúde humana e ambiental decorrentes do uso dos agrotóxicos; 5) As competências dos órgãos dentro de sua atuação quanto ao controle e fiscalização do uso dos agrotóxicos; 6) A importância da agroecologia para prevenção dos riscos ambientais; 7) O diagnóstico situacional do Pará no Ceará. Após o processo de definição de currículo, iniciaram-se os cursos que entre os anos de 2014 e 2015, nos quais foram concluídas seis turmas com carga horária de 40 horas presenciais. Desta forma, foram capacitados 128 profissionais técnicos em vigilância ambiental e de Centro de Referências em Saúde do Trabalhador, oriundos de 92 secretarias municipais de saúde e distribuídas nas cinco macrorregiões de saúde do Estado do Ceará: Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste (Jaguaribe) e Cariri. O curso propiciou um maior envolvimento dos participantes e esclarecimentos relacionados a uma das pactuações firmadas como meta para a vigilância ambiental: a coleta da água para consumo humano quanto ao parâmetro agrotóxico. Além de integrar a vigilância das exposições e intoxicações (notificação, investigação, identificação de população exposta, identificação de áreas contaminadas com população exposta, monitoramento da

população exposta incluindo trabalhadores) para que a atuação inter e intrasetorial sejam efetivas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Curso de Vigilância em Saúde de Populações expostas a Agrotóxicos propiciou uma oportunidade em discutir os problemas relacionados à Vigilância em Saúde e aos riscos do uso dos agrotóxicos, considerando o comprometimento com a sociedade. Visando à garantia de ações qualificadas através de instrumentos que contribuam e garantam o fortalecimento da Vigilância Ambiental. Este processo pedagógico propiciou ao educando uma integração da teoria à prática, considerando as demandas vivenciadas na realidade do território. Avançando no processo reflexivo, por meio de estratégias participativas e coletivas, o curso valorizou a construção de novos conhecimentos e buscou caminhos para que o profissional ampliasse o olhar crítico de maneira global para agir local, aplicando medidas que previnam ou diminuam os fatores de riscos à saúde humana e ao ambiente.

EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE COM AÇÕES DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM JOÃO PESSOA-PB

Laurycelia Vicente Rodrigues, Enildo José dos Santos Filho, Mayara de Melo Pereira

Palavras-chave: Alimentação, residência, estratégia de saúde da família

O cenário epidemiológico brasileiro na atualidade é marcado pelo incremento das doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão, sobrepeso e obesidade aliado à persistência de algumas condições de saúde que provocam carências nutricionais, como a anemia ferro priva e hipovitaminoses. Isso tem fortalecido o

papel das ações de alimentação e nutrição no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo na esfera da atenção básica. Nesse contexto, as iniciativas ligadas à Educação Alimentar e Nutricional (EAN) têm se destacado, especialmente na Estratégia Saúde da família (ESF). O presente trabalho tem como objetivo descrever a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) voltada à EAN na ESF no município de João Pessoa-PB. A RMSFC esta vincula à Secretaria Municipal de Saúde do Município de João Pessoa-PB e à Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba- FCM/PB. A RMSFC é composta por equipe multiprofissional: enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas; cujo objetivo consiste em integrar e fortalecer as características e funcionamento dos cenários de práticas, ao promover a articulação com unidades de saúde da família e serviços da rede municipal de saúde e contribuir para formação de profissionais com visão mais crítica e ampliada do processo de cuidado em saúde. Além disso, também proporciona mudanças no processo de trabalho nos cenários de prática, visto que, a educação continuada vem sendo um excelente dispositivo para o processo de produção do cuidado em saúde. A RMSFC está atuando em vários locais do município desde março de 2015, entre eles a Unidade Integrada de Saúde da Família Vila Saúde localizada no bairro do Cristo Redentor, a qual se caracteriza por ser constituída por 4 equipes de saúde da família que atuma no mesmo espaço físico. Neste cenário de prática foram realizadas ações educativas nos grupos de hiperdia, puericultura, gestante e no Programa Saúde na Escola (PSE), além das ações desenvolvidas no espaço de sala de espera no ambiente da USF. Dentre as temáticas abordadas, destacam-se as que envolveram o risco do uso indiscriminados do sal no cotidiano alimentar; hipertensão e seus agravos; comidas juninas para diabéticos;

mitos e verdades na alimentação do diabético; a importância da ingestão diária de água; alimentação saudável na gestação; aleitamento materno e alimentação na primeira fase de vida da criança. Quanto aos recursos metodológicos utilizados, no sentido de privilegiar a expressão e interação de todos os participantes, foram valorizadas as abordagens participativas, com ênfase nas dinâmicas e rodas de conversas com apoio de ferramentas como vídeos, figuras, colagens, desenhos, dentre outros. Para a realização das ações contamos com a colaboração das enfermeiras, médicos residentes em saúde da família, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de cada equipe de saúde da família, estagiários de nutrição da Universidade Federal da Paraíba e estudantes extencionista do projeto Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (PINAB). A cooperação dos membros das equipes foi fundamental para a criação do vínculo entre os residentes e a comunidade, o que corroborou para o êxito das atividades desenvolvidas em cada grupo. A participação dos estagiários e extencionista potencializou as ações educativas proporcionando rodas de conversas ricas e cheias de informações colaborando para a formação e construção de novos saberes entre todos os participantes. Entre os principais resultados, pode-se evidenciar algumas potencialidades das ações em foco. As abordagens estimularam o envolvimento dos participantes, contribuindo para o compartilhamento de dúvidas, inquietações e saberes sobre as questões ligadas à alimentação e nutrição. Além disso, as atividades coletivas estimularam a motivação e interesse dos usuários no que se refere à busca de conhecimento acerca dos efeitos da alimentação sobre a saúde e o cuidado individual, havendo um incremento da percepção da prevenção de agravos e promoção da saúde. Nesse

sentido, é relevante destacar que as atividades educativas foram desenvolvidas a partir da busca pela compreensão da concepção dos usuários, visto a importância de se identificar os hábitos e saberes populares pré-existentes, pois se sabe que a educação em saúde deve ser realizada com base na troca de saberes e não na imposição de conhecimentos formados pelos profissionais de saúde. Diante disso, as ações foram desenvolvidas com o desejo de despertar os usuários para assuntos que fazem parte do cotidiano e muitas vezes passam despercebidas. Isso demonstra a importância da realização de atividades educativas que vão contribuir para a produção do processo de cuidado, assim como estimular a corresponsabilidade dos indivíduos para com sua saúde. A realização dessas ações refletiram diretamente no diz respeito ao atendimento nutricional na ESF, tendo em vista o aumento da demanda com foco para o acompanhamento nutricional. Vale ressaltar que a abordagem usada em cada atividade estimulou a participação dos usuários de modo que todos se envolveram e os objetivos de cada temática foram atingidos. Isso fortaleceu ainda mais o uso de matérias simples e de fácil manejo entre todos, o que também favoreceu a avaliação feita após cada atividade onde o facilitador perguntava ao grupo se eles gostaram da dinâmica utilizada em cada atividade. Mesmo com os bons resultados das ações observamos algumas limitações como os recursos usados para a compra dos materiais utilizados, os quais eram provenientes dos residentes, o que limitava um pouco as ações, visto que, a produção de panfletos educativos com os temas abordados eram sempre reduzida, dificultando a entrega dos mesmos nos grupos. Outra limitação foi o pouco envolvimento por parte de alguns profissionais no que se refere à participação nas rodas de conversas. No entanto essas limitações não prejudicou o andamento

das atividades. Analisando o conjunto das ações educativas voltadas para EAN ficou evidenciado a importância de cada atividade, visto que, pode se promover mudanças de hábitos contribuindo assim para a sensibilização dos indivíduos no que se referem as suas escolhas alimentares. Tudo isso corrobora para a prevenção de algumas doenças, bem como a redução dos agravos das doenças crônicas não transmissíveis, favorecendo, sobretudo à promoção da saúde dos indivíduos. A realização destas ações no âmbito da ESF torna-se primordial, uma vez que se trata de um espaço dinâmico e propício para se atingir um maior número de pessoas, promover mudança de hábitos saudáveis e melhora da qualidade de vida.

EXPERIÊNCIA DE CURRICULARIZAÇÃO DA EXTENSÃO EM UM CURSO DE ENFERMAGEM POR MEIO DE METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Fabiane Ferraz, Diego Floriano de Souza, Cristiane Damiani Tomasi, Ioná Vieira Bez Birolo, Valdemira Santana Dagostin, Mágada Tessmann Schwalm, Luciane Bisognin Ceretta, Francielle Lazzarin de Freitas Gava

Palavras-chave: Educação em Saúde, Saúde Coletiva, Enfermagem, Promoção da Saúde, Saúde Escolar

APRESENTAÇÃO: as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN-Enf), desde 2001, expressam que o perfil do formando e egresso profissional deve ter uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado para atuar com responsabilidade social e senso de cidadania como promotor de saúde integral em diversos cenários de práticas, entre os quais, citamos a educação em saúde em nível de ensino fundamental e médio. Para tanto, entre os conteúdos

curriculares é estabelecido no ensino de Enfermagem os conteúdos pertinentes a capacitação pedagógica do enfermeiro para educação em saúde. Frente a essas prerrogativas, ao longo dos quase 15 anos de existência do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), os diferentes professores e estudantes que pensaram e propuseram mudanças nas matrizes, tiveram o cuidado de sempre manter as prerrogativas das DCN-Enf nos currículos. Na atual Matriz Curricular IV, as ações que dialogam e promovem a capacitação pedagógica para educação em saúde para os futuros enfermeiros estão estabelecidas, mais especificamente, na 2^a fase do Curso, nas disciplinas de Integralidade e Saúde Coletiva I (ISC-I) e Seminário Integrativo II (SI-II). Assim, o objetivo do presente estudo é relatar a experiência de mobilizar a integração entre ensino e extensão, por meio de uma proposta metodológica diferenciada, buscando processos de ensino-aprendizagem dialógicos entre professores e estudantes sobre a interseção dos temas: educação, saúde e integralidade, visando compreender a construção do conceito de educação em saúde e a relação com a saúde de escolares e família. DESENVOLVIMENTO: o presente relato de experiência, expressa a construção pedagógica das disciplinas de ISC-I e SI-II da 2^a fase do Curso de Graduação em Enfermagem, a fim de implementar uma aproximação inicial e compreensão de referenciais pedagógicos problematizadores junto a acadêmicos da graduação, bem como mobilizar a construção de uma proposta ativa de integração entre projetos de extensão e o Plano de Ensino (PE) das disciplinas. Ainda, cabe destacar, a busca pela interdisciplinaridade ao inserir em alguns momentos da disciplina a participação de profissionais de diversas áreas da saúde inseridos no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica/

Estratégia de Saúde da Família, ligados a Unidade Acadêmica de Saúde (UNASAU). Resultados: as disciplinas ISC-I e SI-II, possuem seus Planos de Ensino interligados, pois estão organizados de modo que ao longo do semestre mobilizem os estudantes a compreenderem as diferentes concepções pedagógicas que estruturam a formação em saúde e Enfermagem e, por conseguinte, influenciam a postura ética-social-política que assumem no processo de trabalho em saúde. Ainda, foi possível desde 2014.1 alinhar os PE as ações ligadas ao projeto de extensão – Escola de Pais: educação em saúde, desenvolvido no Território Paulo Freire, sendo que o território trata-se de uma localidade adstrita a universidade formada por 13 bairros/comunidades, em que ocorrem 16 projetos de extensão. Ainda, ao longo das disciplinas da 2^a fase de Enfermagem é possível mobilizar atividades interdisciplinares e de pesquisa por meio da participação da residência multiprofissional. A disciplina de ISC-I organiza-se a partir dos seguintes momentos: 1. inicia com o reconhecimento do grupo de estudantes e professora responsável pela disciplina, buscando a formação de vínculo, nesse momento a professora expressa a proposta de ensino-aprendizagem apresentando os PE e indaga a turma se pactuam desenvolver as propostas ao longo do semestre, firmando os acordos necessários para que isso ocorra e compondo a divisão de grupos de trabalho que desenvolverão atividades ao longo do semestre; 2. no segundo encontro de aprendizagem, os estudantes são mobilizados em grupo a expressarem seus conhecimentos sobre os conceitos saúde, educação e integralidade, apresentando para a turma em cartazes e fixando os mesmos na sala de aula; 3. nos dois encontros subsequentes são dialogados as correntes de pensamento sobre diferentes pressupostos pedagógicos e, os estudantes individualmente, são convidados e fazer sínteses crítico-reflexivas

de artigos relacionados aos temas saúde, educação e integralidade. A partir das leituras e diálogo no coletivo, os estudantes são incentivados ao longo do semestre a completarem informações nos cartazes que compuseram no 2o encontro; 4. no sexto encontro em grupos de 4 a 6 membros, os estudantes estudam as obras do educador Paulo Freire e são convidados a apresentarem de forma criativa aos colegas e professora as principais ideias e conceitos do autor, ainda de forma individual entregam uma síntese crítico-reflexiva de um dos capítulos estudado pelo grupo; 5. do sétimo ao nono encontro, os estudantes são instrumentalizados a elaborar e apresentar um projeto de educação em saúde para escolares do ensino fundamental e médio, estruturados a partir de referenciais problematizadores, com uma construção que segue as normas de elaboração de projetos de intervenção, sendo que para tanto fazem: o reconhecimento das escolas, deixam caixas para levantar a necessidade dos estudantes e professores. Após o levantamento e definição dos temas que serão abordados por cada grupo, realizam uma revisão de literatura sobre os conteúdos que serão desenvolvidos e na metodologia expressam em detalhes os procedimentos que irão utilizar para compartilhar as informações de modo, criativo, ético e que desperte o interesse dos participantes. Cumpre destacar que nesse momento há a inserção dos residentes da residência multiprofissional para auxiliar os estudantes a estruturarem os projetos e esclarecerem temas que são específicos de cada área, ao final da disciplina de ISC-I apresentam os projetos aos colegas e professora. Na disciplina de SI-II, os estudantes desenvolvem inicialmente em sala de aula todas as atividades propostas nos projetos apresentados, sendo que com isso os colegas e professores fazem considerações e sugestões de melhorias. Depois os grupos com o acompanhamento dos professores

e residentes vão desenvolver em escolas as atividades junto aos escolares. Cumpre destacar que essa atividade, trata-se de uma das ações previstas no projeto de extensão Escola de Pais, sendo que no PE das disciplinas tais ações estão alinhadas para que possam ser vivenciadas no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes no ensino de graduação. CONSIDERAÇÕES FINAIS: percebemos que os objetivos das disciplinas são alcançados com êxito, promovendo a compreensão e implementação na prática dos conceitos de saúde, educação e integralidade interrelacionados a partir de ações de educação em saúde elaboradas e desenvolvidas junto a escolares pertencentes as escolas municipais que participam do projeto de extensão, sendo com isso atendido um dos momentos propostos nesse projeto que é o desenvolvimento de tais atividades entre escolares e acadêmicos de Enfermagem. A avaliação final realizada das disciplinas sempre expressa a satisfação e reconhecimento dos estudantes de graduação sobre o processo de ensino-aprendizagem mobilizado e o quanto amadureceram pessoal e como grupo ao realizarem as ações propostas por meio dessa metodologia.

EXPERIENCIA DO CURSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM MOVIMENTO - UM RELATO VIVO NA VISÃO DOS TUTORES

Bruna Pedrosa Canever, Elizabete Gonçalves Zuzá, Jocelene Batista Pereira, Marcia Yanagita, Fernanda Ortega, Luciana Soares de Barros, Carolina Canola, Fernando de Castro Percebo

Palavras-chave: Educação Permanente, Educação a Distância, SUS

APRESENTAÇÃO: Este trabalho foi realizado dentro de um Curso de Especialização à distância: “Educação Permanente em Saúde em Movimento (EPS EM MOVIMENTO),

impulsionado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde/MS em convênio com a UFRGS – EducaSaúde, em 2014 e 2015. Um programa de educomunicação que envolveu a formação de mais de 4.600 formadores, tutores e profissionais do SUS em todo o país. Apresentamos a experiência realizada por um grupo composto por 1 formadora, 8 tutores e 50 participantes dos municípios do estado de São Paulo. É um programa de educação em saúde que escapa aos esquemas verticalizados de transferência de saberes e abre novas possibilidades de aprendizado em serviço. Um trabalho inscrito no campo relacional de experiências, nos encontros onde reside o núcleo cuidador do trabalho em saúde, onde profissionais e usuários a cada momento criam formas singulares de produção de saúde. Partimos do reconhecimento dessa criatividade em serviço com ferramentas que permitem ativar três ordens de ações: Olhar o dia a dia do trabalho e dar visibilidade aos acontecimentos, às singularidades das produções de cuidado: “o que vejo”. Dizer sobre o que se vê, dar palavras ao conhecimento produzido e exercitar a narrativa: “o que penso do que vejo”. Sensibilizar para os encontros e para distintas dimensões da experiência educativa: sentir em si, no próprio corpo, e perceber na experiência do outro: “que afecções estão em cena”. Estas três dimensões estão geralmente latentes, de modo que grande parte da experiência educativa demanda “radarizar” o que está parcialmente invisível, calado ou insensível. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O processo se dividiu em duas grandes fases: Na primeira, a formação dos tutores e formadores e na segunda, a formação dos participantes. No sentido de produzir um ambiente plural de participação horizontal, todos atores foram reunidos em comunidades de práticas em ambiente virtual: 8 tutores e 1 formadora constituíram

uma comunidade de tutores, e, segundo a mesma metodologia, cada tutor coordenou um grupo de 6 a 8 participantes reunidos na plataforma por proximidade territorial. Essa estrutura rizomática favoreceu o acompanhamento de uma diversidade de processos simultaneamente. O número reduzido de participantes favoreceu a interação nos grupos. A experiência educativa deu-se por meio da combinação de três modalidades de interação: Atividade permanente em Ambiente Virtual de Aprendizagem na plataforma OTICS – EPS em Movimento; Realização de encontros presenciais periódicos a cada 3 a 4 meses; Trabalho educador no dia a dia dos serviços; A interação na plataforma e nos encontros presenciais favoreceu a vinculação e a produção de grupalidade. A produção de narrativas foi a principal ferramenta metodológica através da qual foi possível: a) Ativar o olhar pessoal sobre os acontecimentos do cotidiano do trabalho b) Reconhecer o outro e a si mesmo como “educador” nas produções desse cotidiano, as contribuições de cada um para a realização do cuidado c) O narrado permite que o outro – tutor, formador, colega participante – veja, reconheça e indague, permite um reconhecimento do papel educador do narrador. d) A partir do narrado outros podem cooperar e elaborar junto o problema que a narrativa suscita. RESULTADOS: A heterogeneidade de cada grupo com seu respectivo tutor, e as idas e vindas entre os tutores e formadora configurou um potencial legítimo durante o processo. Neste momento, trazemos alguns destaques que permearam cada grupo dando a riqueza e leveza para o crescimento em conjunto. Em um grupo um especializando que trabalhava no Serviço de Residência Terapêutica, passou a analisar formas de trabalho impróprias, algumas pessoas o apoiaram, mas ele ficou isolado, teve um confronto pessoal

com a direção e foi transferido do serviço. Essa experiência discute o papel educador, em relação aos outros profissionais, em relação ao envolvimento da equipe e ao compartilhamento de posições da equipe. Atende cerca de 3000 pacientes/mês, vindos de CAPS e Ambulatórios de Saúde Mental. Em outra experiência o especializando produz um entendimento crítico das transformações no seu processo de trabalho. Uma farmacêutica trabalha em uma Farmácia de Saúde Mental onde o contato profissional-paciente é relativamente rápido, seguindo um roteiro protocolado. Com a formação em Educação Permanente em Saúde, começou a ficar mais presente nos guichês de atendimento da farmácia, acompanhando de perto os pacientes e os colaboradores. Passou a observar as dificuldades e necessidades diárias apresentadas pelos pacientes com suas condições de saúde como também dos próprios funcionários com suas dificuldades em resolver situações inesperadas. Gestores de Educador Permanente de Centros de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS vivenciam a possibilidade de descobrir e reconhecer outras formas de ver e praticar EPS. Um grupo de participantes se autodenominou “EPS DANÇANTE” que potencializa habilidades musicais no trabalho em saúde mental. Durante o curso grupos de participantes fizeram intervenções como uma aluna que atua como tutora de ensino à distância em uma instituição de ensino. Através das discussões e utilização de algumas ferramentas experimentadas pelo grupo, fez uma proposta de revisão da grade curricular e processo de trabalho entre os docentes. Também tivemos a oportunidade de discutir a prática da psicologia em um hospital de oncologia, rever as práticas da política de humanização no cotidiano dos serviços, reconceituarmatriciamiento na estratégia de Saúde da Família. Também repensar a

gestão de pessoas dentro dos princípios da EPS, entrar em crise com o formato das propostas de educação permanente em andamento e buscar formas de subverter estas práticas, desenvolver formas de apoio entre os trabalhadores e pensar uma forma de continuar, após o curso. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A proposta do curso EPS em movimento proporcionou uma experiência inovadora. O curso ofereceu um processo de formação sem estruturas prévias, sem conteúdos preestabelecidos. Apenas ofereceu provocações, disparadores, convites proporcionando a cada aluno percorrer de maneira única realizando um trabalho proativo, na qual pode navegar pelas ferramentas e entradas oferecidas abrindo diálogos com os textos lidos, deixando-se afetar, colocando as implicações em análise, contextualizando seu cotidiano de trabalho e identificando avanços nos seus processos de reconhecimento e cooperação gerando movimento de conversas, encontros, interlocução, interação sobre o fazer do cotidiano em saúde se transformando em novas práticas e novas conversas. Sendo o cotidiano e os trabalhadores/alunos se tornaram os protagonistas deste movimento, dentro deste formato eles puderam ter total autonomia do processo além de operar educação permanente ao longo do próprio curso. O curso possibilitou a oportunidade de todos (formadores, tutores, especializando) darem dizibilidade e visibilidade do movimento de educação permanente como acontecimento do cotidiano de cada território, reconhecendo que educação permanente é responsabilidade e compromisso de todos e que todos são corresponsáveis pelo processo de mudanças e transformações, tornando-se instrumentos de grande valia na sustentação do SUS.

EXPERIÊNCIA PEDAGÓGICA DE UM CURSO DE TECNOLOGIAS DE NUVEM OFERTADO PARA ALUNOS DE GRADUAÇÃO COM INTERESSE EM SAÚDE

Rita de Cássia Machado da Rocha, Paula Chagas Bortolon, Alessandra dos Santos, Nilton Bahlis dos Santos

Palavras-chave: educação em rede, tecnologias interativas, internet

APRESENTAÇÃO: A equipe do grupo de Pesquisa “Tecnologias, Culturas e Práticas Interativas e Inovação em Saúde”, que tem como laboratório de experimentações o Núcleo de Experimentação de Tecnologias Interativas da Fiocruz (Next/Fiocruz), coordenado pelo Prof. Dr. Nilton Bahlis dos Santos realizou um Curso de Férias, Edição Inverno 2015, com foco em tecnologias de nuvem para a saúde no Instituto Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz (IOC/Fiocruz), para estudantes de graduação. A metodologia trilhada foi baseada nas práticas e teorias desenvolvidas pelo Next, as quais forneceram os alicerces para a arquitetura pedagógica proposta neste curso intitulado ‘Andando nas Nuvens: Introdução ao Uso das Tecnologias Interativas na Pesquisa, na Educação e na Saúde’. O curso, que teve caráter de oficinas, durou cinco dias e teve carga horária de 40 horas. Dos oito alunos que participaram, dois cursavam enfermagem, cinco biologia e um era estudante de comunicação social. Haviam objetivos tanto para os alunos quando para o próprio Next, dado o caráter experimental que também buscou o aprimoramento permanente de seus cursos oferecidos. Assim, para os alunos, pretendia-se: Refletir e perceber a radicalidade das transformações impulsionadas pela Internet, e pelas tecnologias interativas e de “Nuvem”, e conhecer suas potencialidades. Conhecer

aplicativos na Internet e suas possibilidades, pessoal e profissional, individual e de equipe, para o desenvolvimento e aumento da produtividade individual e coletiva. Adquirir um grau suficiente de conhecimento e experiência, que lhes permita usar a Internet de maneira ativa e de forma avançada, no desenvolvimento de suas atividades profissionais. Aumentar a capacidade crítica em relação as soluções que utilizam a nuvem como plataforma. Para o Next, as finalidades eram: Experimentar práticas de implantação de Tecnologias Interativas em unidades da Fiocruz. Avaliar recursos, práticas de trabalho e metodologias mais úteis e preferidas pelos alunos para organizar suas atividades e colaborar na Internet nas diversas atividades de comunicação, pesquisa e serviços em saúde. Contribuir e fomentar a formação de uma nova cultura acadêmica estruturada no uso de tecnologias Interativas e experimentar processos de ativação de Redes Próprias. METODOLOGIA: Foi adotado o formato pedagógico baseado nas experiências anteriores do Next, que valeram-se de ambientes virtuais, dentre eles a Wiki do Next, o Google Drive, o canal do Youtube e grupo no Facebook. Além de facilitar o processo comunicativo e de troca de informações pelos integrantes do curso, por meio das postagens e comentários, esta estratégia também permite compartilhar arquivos de apresentação das aulas, os vídeos das aulas gravadas e armazenadas no canal do Youtube do Next. Para definir o acordo pedagógico, as aulas, as oficinas, a ementa, o cronograma e os materiais que subsidiaram as sessões, como vídeos e textos referência, a equipe se reuniu pelo menos três vezes presencialmente e pelo menos cinco vezes virtualmente. Para tanto, ademais das reuniões presenciais, foi utilizado o Hangout do Google. Todas as decisões e o processo de estruturação do curso foram registrados e trabalhados em documentos Docs, organizados em

uma pasta compartilhada no Google Drive. Ao longo das sessões foram abordadas reflexões científicas sobre o funcionamento das redes e os dispositivos de nuvem da Internet com foco na pesquisa e educação para a saúde. Nas oficinas foram criadas condições para que os alunos conhecessem e experimentassem documentos colaborativos, videoconferências, transmissão online, criação de animações, administração e criação de canal Youtube, interação em redes sociais e a criação de grupos, eventos e fanpages no Facebook. Isto permitiu perceber a dinâmica em rede e as diferenças de interações em cada estratégia adotada. O curso também teve seu momento fora das sessões, pela criação de um grupo no Facebook, que permitiu maior interação entre os discentes e docentes e propiciou o reforço dos assuntos abordados, a troca de informações e a construção coletiva do conhecimento. Inicialmente os alunos só curtiam o conteúdo disponibilizado pelos professores e aos poucos foram compreendendo a dinâmica em rede e aprendendo normas de etiqueta da internet (netiqueta) até que iniciaram a postar, discutir e interagir no grupo. Uma das dinâmicas oferecidas em sala de aula foi a 'Dinâmica do Lego[®]', que ocorreu durante a sessão 'Objetos de Aprendizagem'. Nesta atividade, peças do jogo foram aleatoriamente distribuídas e os alunos estavam livres para montar algo, seja a partir de manuais ou através da criatividade. Em um primeiro momento, eles buscaram manuais das peças, pois era importante um guia. Com o desenvolver da atividade eles foram criando os objetos que queriam e imaginavam sem manuais. Por fim, os alunos sugeriram e os professores concordaram em elaborar um vídeo que pudesse traduzir o que eles pensaram de cada peça à luz das discussões teóricas e práticas desenvolvidas no curso. Este curso foi um desafio para os professores,

pois os alunos eram jovens e se imaginava que, de alguma forma, eles estariam mais familiarizados com a internet e sua dinâmica. Mas, percebemos a motivação e a curiosidade de cada um em aprender a utilizar este recurso para a pesquisa e para as práticas cotidianas de suas futuras vidas profissionais. Muitos alunos afirmaram que iriam usar o que aprenderam em suas monografias de final de curso de graduação, para dar continuidade à vida acadêmica na área de pesquisa, na organização de suas tarefas diárias e relataram como o curso conseguiu mostrar a lógica da conexão por um olhar que vai muito além da internet como uma ferramenta. RESULTADOS: As dinâmicas postas em sala de aula obtiveram uma receptividade grande. No início das sessões os alunos não sabiam o que as atividades iriam lhes acrescentar, mas quando os professores explicavam ficava claro para cada aluno o que seria feito na prática e como isto lhes acrescentava como futuros profissionais e em suas vidas. Ressalta-se que os alunos foram ativos nas participações no grupo criado no Facebook, postando conteúdos pertinentes às sessões do dia e trazendo, a partir delas, novas discussões para a sala de aula, o que evidenciou o caráter dinâmico do 'Andando Nas Nuvens'. A dinâmica colocada neste curso permitiu que alunos e professores aprendessem e trocassem experiências, entendendo o ensino-aprendizagem como um processo dinâmico que enriquece sempre os dois lados envolvidos. O formato lúdico das oficinas permitiu criar um ambiente mais descontraído, o que fortaleceu o aprendizado sobre uso de tecnologias para melhorar e dinamizar não apenas a carreira profissional, mas suas vidas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A intenção do professor deve estar alinhada a uma cultura dinâmica, flexiva e interativa, como é a internet nos dias de hoje. Para tanto é preciso rever as estratégias pedagógicas

adotadas para que as coisas não percam sentido ou parecem desarticuladas, e ainda, para que algo que parece tão atual e moderno não replique a lógica antiga de transmissão de informações.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL JUNTO ÀS PESSOAS VIVENDO E CONVIVENDO COM HIV/AIDS: UMA ANÁLISE A PARTIR DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO EM SERVIÇO SOCIAL NO SAE/ CAMPINA GRANDE/PB

Milca Oliveira Clementino

Palavras-chave: Estágio, Serviço Social, HIV/AIDS

No Brasil, o serviço social é uma profissão que completa mais de oitenta anos surge mais precisamente na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, os fundamentos da gênese dessa profissão se deu devido a necessidade de um profissional que lidasse com as expressões da questão social que emergiam no momento. A profissão se consolidou no interior das lutas de classe e tem a realidade social e seus agravantes sociais como objeto de intervenção profissional. As demandas vindas a esta profissão são as mais variadas possíveis, decorrentes de uma sociedade desigual e com graves problemas sociais. Particularmente no campo da saúde, a ação do profissional de serviço social incide sobre o processo saúde/doença da população, exigindo de tal profissional uma intervenção qualificada na perspectiva de contribuir para efetivação dos direitos sociais de cidadania dos usuários de tais serviços. O presente trabalho busca descrever a experiência do trabalho do assistente social junto às pessoas que vivem e convivem com HIV/Aids (PVHA) em tratamento no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids e hepatites virais (SAE) do município de Campina Grande-PB, destacando desafios e possibilidades dessa

atuação, a partir da experiência de estágio obrigatório (período de julho de 2012 à julho de 2014), obtida durante o processo de graduação em serviço social pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). No que concerne ao estágio supervisionado em serviço social, importa referir que este é de suma importância para a formação, pois é neste espaço de desafios e contradições que o aluno irá ter o primeiro contato prático com a profissão escolhida, as atividades e atribuições desenvolvidas buscam interligar teoria e prática. Ao chegar ao estágio, o aluno se depara com situações que muitas vezes não são perceptíveis na universidade, estamos cheios de sensações, ansiedade, angústias, inquietações e dúvidas quanto ao fazer profissional. No tocante a isso, também estamos inquietos para agir, buscar viabilizar direitos, orientar, ou seja, por em ação, o que foi discutido e aprimorado em sala de aula[1]. Sendo uma profissão de caráter generalista, o profissional de serviço social se insere em diversas políticas públicas com destaque para a assistência social, saúde, previdência, habitação, dentre outras. Historicamente a área da saúde, foi a que mais empregou assistentes sociais no Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, aumentou quantitativamente o número de profissionais nesta política. Na cidade de Campina Grande - PB, o SAE foi fundado em 2003 e está subordinado a secretaria Municipal de Saúde. É uma unidade de saúde que presta assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids a nível secundário com intuito de prestar atendimento integral aos usuários por meio de uma equipe multiprofissional, formada por médicos, assistentes sociais, psicólogas, secretárias, recepcionista, dispensadora de medicamentos, farmacêutica, técnicas de enfermagem, dentistas, e coordenador(a). Algumas das atividades principais são: atendimento em infectologia; ginecologia; pediatria;

odontologia; apoio psicológico e social; distribuição de insumos e preservativos; dispensação de medicamentos; atividades educativas que visam incentivar a adesão ao tratamento a prevenção e controle das Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Assim, como em todas as outras áreas de atuação, na saúde pública o assistente social encontra vários dilemas na ação profissional, na atual conjuntura de desmonte dos direitos sociais. Dilemas estes que perpassam pelas condições de trabalho, pelas demandas impostas a profissão, e pelas necessidades dos usuários. Particularmente junto as pessoas que vivem com Aids, antigos e novos desafios estão postos, lidar com um doença permeadas por estigmas e preconceitos é desafiados tanto pra os profissionais que atuam nesta área e principalmente para quem descobre está com a doença. A Aids surge no Brasil na década de 1980, sendo identificado primeiramente nos grandes centros urbanos, com destaque para São Paulo e Rio de Janeiro, rapidamente torna-se um problema mundial, atingindo a todos sem discriminação e exigindo medidas urgentes de prevenção e tratamento. A doença inicialmente atingiu homossexuais, usuários de drogas ilícitas e prostitutas, esse perfil foi se modificando e atualmente a doença apresenta características como: feminização, juvenilização, interiorização, envelhecimento e palperização. Importa destacar que as demandas advindas deste público são as mais variadas possíveis. Lidar com usuários cuja doença ainda não tem cura, embora tenha tratamento, exige do profissional total atenção na abordagem individual e/ou em grupo, demandando qualificação e aprofundamento profissional, principalmente, no que diz respeito a algumas questões, a exemplo do aconselhamento e do acolhimento. Além de todas as atribuições e competências inerentes a profissão, a atuação do assistente social junto as PVHA, deve se pautar na orientação e informação

para a garantia de direitos que perpassa por questões trabalhistas, previdenciárias e jurídicas e aqueles previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)[2]. A atuação deve se dá através de abordagem individual ou em grupo, com enfoque educativo/reflexivo, informando sobre o tratamento e os serviços responsáveis pela demanda a este público. Construir estratégias eficazes de enfrentamento da epidemia na área da prevenção é um dos desafios que se coloca na atualidade. O principal instrumento dessa estratégia é o processo educativo. Dessa forma, entendemos que a educação para a saúde enquanto processo de interação e formação de sujeitos passa necessariamente pela inclusão de temas como cidadania, gênero, sexualidade, etnia, direitos humanos, entre outros, buscando a construção de valores e atitudes saudáveis que promovam o desenvolvimento da autonomia e do senso de responsabilidade individual e coletivo. Quanto às possibilidades, a atuação do assistente social, se dar por várias vias, e seu conhecimento reflete cotidianamente na sua atuação. Ao mesmo tempo em que participava das oficinas; salas de espera; refletia comigo mesmo (em cada tema abordado) sobre tudo que aprendemos em sala de aula, sobre a dinâmica desse sistema capitalista tão excludente. A atuação junto as PVHA, mostrou que muitas possibilidades para se atuar área, que perpassa pelo acolhimento; informação; dar suporte para o enfrentamento das dificuldades sociais; Incluir os usuários nas políticas sociais; estimular o usuário a reivindicar por seus direitos; e atuar de forma interdisciplinar para que o trabalho na instituição tenha resultados positivos. Portanto, a experiência foi de suma importância para a formação, uma vez que neste espaço encontramos desafios e possibilidades de atuação que farão parte de toda e qualquer fazer profissional, seja na área da saúde ou em

outra área de atuação. [1] Importa frisar que, o serviço social, não deve ser uma profissão tecnicista, ou seja, o trabalho do assistente social, não deve ser orientado de forma mecânica e técnica, mas, sobretudo, atuar de forma crítica, buscando associar totalidades e particularidades das demandas oriundas das expressões da questão social. [2] A LOAS, é uma lei federal 8.742/07 de Dezembro de 1993, que define em seu Art. 1º “A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas”. A LOAS regulamentou dois artigos da Constituição Federal/88 (203 e 204 que tratam da assistência social) garantindo o modelo de gestão e de controle social de forma descentralizada.

EXPERIENCIAÇÃO EM RODAS E REDES: CONFABULANDO E CONSTRUINDO COLETIVOS PARA ALÉM DA BIOMEDICINA NA FORMAÇÃO MÉDICA

Carla Pontes de Albuquerque, Heitor Guinancio, José Ferreira Lima, Livia Prado, Marianne Guimarães Villela, Marina Baptista Maroja, Nathany Goulart, Priscilla Ramalho Drummond

Palavras-chave: Educação Médica, Comunidade de Aprendizagem, Integração Universidade Serviço e Comunidade, Cartografia na Saúde

APRESENTAÇÃO: A participação expressiva de graduandos na formulação de mudanças curriculares ainda é um processo a ser conquistado. Na centenária Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro são muitos os desafios para que deslocamentos aconteçam

na cultura docente, no sentido da diversificação dos cenários de ensino e aprendizagem e da constituição de parcerias com as redes de atenção incluindo outros serviços do SUS, além do hospital universitário. Este relato traz a experiência em andamento de um pequeno, mas significativo, coletivo que pretende uma abordagem mais complexa das situações de formação e cuidado, envolvendo interdisciplinaridade, interprofissionalidade e participação social. Iniciado há três semestres, o processo de reforma curricular tem demandado mudanças, as qual grande parte docente se mostra reticente. A constituição do atual projeto político pedagógico, que buscou contemplar as diretrizes curriculares, não contou com uma ampla participação docente, apesar dos incentivos para tal. Por sua vez, não houve também mobilização expressiva discente na problematização do referido processo. Houve um significativo acréscimo curricular de disciplinas do eixo de saúde coletiva com a proposta de atividades práticas na rede de atenção básica do SUS e seus territórios de atuação. A partir do que vem sendo trabalhado no projeto de monitoria “Prática em Saúde 1: territórios existenciais e cartografia de itinerários no cotidiano da vida na interface do cuidado e da saúde” e no projeto de extensão “Educação Popular e Saúde: construção compartilhada para um cuidado criativo e inclusivo”, foi constituído um coletivo com estudantes bolsistas e voluntários com a proposta de compartilhar vivências formativas em saúde para além dos muros institucionais e problematizá-las. Desenvolvimento do trabalho Desde o primeiro semestre de 2015, a roda de conversa acontece semanalmente, contando com a docente e estudantes de Medicina, oriundos de diferentes períodos da graduação. É uma roda aberta a todos interessados, contudo em média, são oito estudantes que participam de forma mais

continuada. Nos encontros são problematizadas temáticas do campo das ciências sociais, da filosofia, da educação, das artes, da ética, dentre outras, em diálogo com situações vivenciadas na formação e no cuidado em saúde. Os estudantes e a docente também elaboram e participam de dinâmicas criativas a cada encontro. Há a intenção que haja uma experiência de expressividades pouco familiares à formação biomédica. Cada qual produz um portfólio sobre as suas percepções em relação ao vivenciado na formação e no cuidado em saúde. Há incursões extramuros universitárias, nas quais acontecem interações com diversos coletivos que desenvolvem projetos de inclusão, educação, arte e cuidados (Universidade Popular de Arte e Ciência, Hotel da Loucura, Se Esta Rua Fosse Minha, Sinais que Vem da Rua, Ocupa Escola, dentre outros). A primeira aproximação é feita a partir da problematização dos estudantes sobre seus próprios territórios de moradia. Neste momento, após certo acúmulo discursivo e o exercício de narrativas sobre as experiências vivenciadas, os estudantes estão se organizando para constituir um projeto de pesquisa interferência junto ao coletivo Ocupa Escola do Casarão dos Prazeres, no bairro de Santa Teresa, na cidade do Rio de Janeiro. Esta interlocução emergiu a partir dos Coletivos Sinais que Vem da Rua, na Linha de Pesquisa de Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde. O Ocupa Escola é um projeto junto às Secretarias Municipais de Educação e Cultura, promovido por coletivo circense, que propõe potencializar a vida nos territórios onde atua. Está presente em escolas municipais em diversas regiões da cidade e tem promovido eventos locais reunindo as comunidades escolares, famílias e grupos dos territórios no desenvolvimento de atividades artísticas e lúdicas. Novos sentidos e ressignificações têm acontecido

no espaço escolar e nas relações entre a escola e o território de vida comunitário. O Casarão dos Prazeres é um espaço de convivência comunitária que há mais de uma década oferece cursos e oficinas para diferentes faixas etárias, nos quais tem sido relevante a quebra das fronteiras referentes à estratificação social no território onde está situado. De suas amplas janelas se vislumbra a paisagem híbrida de moradias de “classe média” no asfalto e as das populações em situações de maior vulnerabilidade social na favela que se expande para o mais alto da encosta. Na sua proximidade, há três escolas municipais, um centro educacional privado e uma creche da prefeitura. Mais distante, no próprio bairro, há um centro municipal de saúde, com equipes da estratégia de saúde da família. Resultados A oportunidade de um espaço de “práxis reflexiva”, no qual cada participante do grupo tem a possibilidade de expressar suas percepções em relação ao campo de cuidado diante de uma formação institucional eminentemente referenciada à Biomedicina, tem se desdobrado em experiências significativas intra e extra campus universitário. Os participantes têm organizado fóruns de discussão junto ao centro acadêmico sobre temáticas emergentes no campo da biopolítica. O desenvolvimento de habilidades expressivas mais criativas tem permitido a problematização da razão instrumental que orienta hegemonicamente o campo científico moderno na exclusão do sensível. A objetivação dos processos de cuidado, a retirada da decisão dos assistidos no seu processo de assistência, a mercantilização do trabalho em saúde e a produção de conhecimento na saúde dissociada da vida cotidiana das pessoas emergem nas produções criativas dos integrantes do coletivo através de versos escritos, nos recortes e colagens, nos desenhos, nas dramatizações e nas narrativas

compartilhadas. Em fase de composição, o projeto junto ao Casarão dos Prazeres tem sinalizado potentes encontros com os artistas circenses, que lá iniciaram o trabalho há cerca de seis meses, aos quais vieram se agregar artistas locais, educadores, profissionais de saúde, moradores e outros grupos que atuam na comunidade. Enfrentar o desafio em participar de um projeto em território de vida, superando a prática higienista será um exercício de deslocamento importante para a docente e os estudantes que compõem este coletivo. Considerações finais Tem sido bem mobilizador para o coletivo a oportunidade de participar em espaços reflexivos que dialoguem macropolíticas (no que tange a determinantes sociais e iniquidades) e micropolíticas (na emergência de linha de fuga e singularidades de cada processo no cotidiano local), na problematização das situações observadas e vivenciadas. Tais vivências são Educação Permanente em ato, tanto para os estudantes em seus percursos formativos, como para a docente no desenvolvimento do seu trabalho enquanto educadora e profissional da saúde. Um grande avanço pretendido é ampliar este coletivo tendo integrantes docentes e estudantes de outros cursos da saúde (Enfermagem, Nutrição, Ciências Biológicas e Biologia) como dos outros centros existentes (Filosofia, Educação, Direito, Ciências Políticas, Serviço Social, Teatro, Música, dentre outros). A interprofissionalidade e a interdisciplinaridade na formação em saúde são temáticas em outros coletivos que a docente participa. Neste percurso, vão se desdobrando as rodas em redes e assim por diante. O rompimento das fronteiras/barreiras departamentais e disciplinares universitárias é uma agenda fundamental ao conhecimento sobre a complexidade da vida contemporânea. Certamente, isto se coloca com densidade para o campo do

cuidado e da saúde. Ainda que em fase inicial, a experiência nesse coletivo tem invocado um olhar insistentemente cartográfico para uma leitura mais crítica da realidade. A realidade então é tomada como uma construção histórica e social, mas nem por isto linear. A transformação se dá no coletivo e requer reconhecer as diversidades existentes nos territórios que se atua e as singularidades dos/as que habitam e/ou transitam cotidianamente neles.

EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA E PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE PARA O CONTROLE DA HANSENÍASE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Raphaella Delmondes do Nascimento, Danielle Christine Moura dos Santos, Fabiana Monteiro Gomes Pereira, Afonso Henrique Fernandes de Melo, Camila Maria Aguiar Pereira, Janaina Larissa Santana Andrade, José Willamis Henrique Nascimento Almeida, Laís Barreiros Pinto

Palavras-chave: educação em saúde, hanseníase, extensão universitária

APRESENTAÇÃO: A hanseníase apresenta-se como uma doença endêmica no Brasil e Pernambuco encontra-se no cenário nacional entre os estados mais endêmicos, onde a maioria dos casos encontra-se na região metropolitana. Sua magnitude, associada às fortes consequências físicas, psíquicas e sociais provocadas no o doente e sua família, exige que a hanseníase seja o foco de discussão e implementação de ações resolutivas, intersetoriais e interdisciplinares, a fim de controlar e eliminar essa doença milenar da sociedade. Este é um relato das ações do projeto de extensão “Hanseníase em cena” que envolve uma articulação da Universidade de Pernambuco (UPE), com o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan),

com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e com uma organização não governamental holandesa, a NHR Brasil (NetherlandsHanseniasisRelief – Brasil) - ONG estrangeira que apoia os projetos em prol da limitação da hanseníase. Refere-se a uma ação de extensão universitária, pautada na educação popular em saúde, que tem fundamentação teórico-metodológica na perspectiva de Paulo Freire, onde a educação é realizada por meio de processos contínuos e permanentes de formação.. Quanto à orientação formativa, a proposta parte dos eixos da Política Nacional de educação popular em saúde (PNEPS-SUS). O projeto objetiva implementar práticas de educação popular em saúde através do teatro a partir da inserção de acadêmicos de enfermagem nas ações “Dia do Espelho” do Morhan, e outras ações do Movimento onde a atividade lúdica seja necessária. Essas atividades vão ao encontro com o compromisso da Universidade de Pernambuco em atuar nos problemas mais prevalentes do estado a partir de ações intersetoriais e interdisciplinares. A atividade busca, pelo teatro e ações lúdicas, desmistificar a visão histórica de negatividade da hanseníase e, por conseguinte, sua segregação e estigmatização social. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A atividade apresentada constitui-se uma linha de atuação do Grupo de Pesquisa e Extensão Hanseníase, Cuidado e Direito à Saúde, da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da UPE, que conta com três docentes dos cursos de enfermagem, 25 estudantes, e registra ações desde 2011. O projeto “Hanseníase em Cena” conta com a participação nove acadêmicos de enfermagem, que são selecionados e capacitados para a realização das atividades, sendo o grupo modificado anualmente com saídas de alguns estudantes e inserção de outros. As ações do projeto se dão nas atividades Dia do Espelho, operacionalizada pelo Morhan

e secretarias municipais de saúde de Recife e municípios da região metropolitana, com apoio da NHR Brasil e em outros espaços que o Morhan atua. Para operacionalizar o Dia do Espelho, evento que acontece em um dia, são necessárias as etapas: Definição do município e território vinculado à Estratégia Saúde da Família onde será realizada a ação (para isto o Morhan acompanha através da parceria com a NHR Brasil e Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco os indicadores de hanseníase, aqueles municípios com piores indicadores são contactados para realizarem a ação); Reunião para o planejamento da ação (definição de tarefas, recursos, responsáveis e local para realização – espaço comunitário ou na própria Unidade de Saúde da Família); Divulgação junto à comunidade; Dia da Ação (no dia da ação a população já mobilizada ao comparecer ao local é recebida com atividades de educação em saúde voltadas a hanseníase, com enfoque em conhecimentos fundamentais para a realização do auto-exame. Os usuários são estimulados a utilizar espelhos para auto-avaliação e convidados a realizar o auto-exame naquele momento, entrando em uma sala com a disposição de no mínimo dois espelhos, com tamanhos suficientes para refletir pelos menos 80% do tamanho do corpo de um adulto; Os usuários que desejarem serão analisados por profissional qualificado - profissional da equipe de saúde local- para realizarem o diagnóstico da doença). Os indivíduos diagnosticados com algum problema de saúde no exame dermatoneurológico são acompanhados pelas equipes locais. O Morhan juntamente com a Secretaria Estadual de Saúde e a NHR Brasil acompanha os segmentos dos casos descobertos. Para tanto a equipe de trabalho, formada por nove estudantes, conta com grupos de teatros que participam da etapa de educação com ênfase na conscientização das pessoas para a realização do auto-

exame e detecção precoce da hanseníase, utilizando-se do referencial teórico da educação popular em saúde e da técnica teatral. Os estudantes ainda são inseridos ativamente nas demais ações no Dia do Espelho, apoiando as equipes de saúde local, nas etapas de planejamento e pactuações necessárias para a operacionalização da atividade. **RESULTADOS:** Anualmente os estudantes são selecionados e passam por capacitações com as temáticas: Participação social e a luta do Morhan; Educação em Saúde; Autocuidado e Hanseníase. O grupo se reúne semanalmente para planejamento das ações e momentos de estudos onde são abordadas temáticas pertinentes para o momento. Há ainda reuniões mensais com o Morhan para troca de experiências e planejamento das estratégias de ações. Anualmente as peças teatrais são revistas e ensaiadas pelo grupo sob a coordenação da coordenadora do projeto. Em 2014 houve a formulação de duas peças teatrais, uma intitulada de “A história de uma mancha...”, para apresentação nas ações do Dia do Espelho, sendo veiculadas informações sobre: o que é a doença, sinais e sintomas, meio de transmissão, formas clínicas, diagnóstico (clínico e laboratorial), tipos de tratamento, auto-exame para detecção precoce dos casos, direitos e deveres das pessoas atingidas pela hanseníase, e outra com um teatro mudo abordando o estigma da hanseníase que foi apresentada no VII Seminário de Educação para Hanseníase de Pernambuco. Em 2015 outra peça teatral foi criada “Teatro Programa do Bem Estar” para apresentação também nas ações do Dia do Espelho. Em 2014 foram realizadas cerca de 30 apresentações do teatro nas ações do Dia do espelho do Morhan, em torno de 15 atividades e palestras educativas e busca ativa de casos de hanseníase em diversos municípios de Pernambuco, com uma média de 50 usuários envolvidos em cada ação. Após as atividades de educação popular em

saúde foram realizados exames nas pessoas que apresentavam manchas na pele e 28 casos de hanseníase foram confirmados em cinco municípios trabalhados. Em 2015 o grupo já realizou mais de 22 ações com apresentações do teatro e palestras no Dia do Espelho, em escolas e na campanha nacional de combate a doença. As ações realizadas 'in loco' geram maior autonomia da população e o diagnóstico precoce da hanseníase, veiculando informações sobre o auto-exame. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Com o projeto de extensão "Hanseníase em cena: implementando práticas de educação popular em saúde", é possível adentrar na realidade das comunidades e, pela educação popular em saúde, mudar para melhor a situação da endemidade pela hanseníase, fomentando a discussão de temáticas como: o que é a doença, sinais e sintomas, tratamento e cura, autoexame, autocuidado. O projeto ainda agrega a UPE a um segmento organizado da comunidade que luta por seus direitos, o Morhan. Salientando que a hanseníase tem cura e necessita de um melhor monitoramento das políticas públicas de saúde em prol de seu controle e eliminação.

FEBRE NO CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL O QUE FAZER???

Vânia Sobrinho Ventura

Palavras-chave: febre, educação infantil, enfermagem

1 VENTURA, V.S. (vania_sobry@hotmail.com); Acadêmica do curso de enfermagem UEMS 2AZEVEDO, C.X. (crislainexavier02011996@hotmail.com); Acadêmica do curso de enfermagem UEMS. 3DIAS, A.(babi-lv@hotmail.com) Acadêmica do curso de enfermagem UEMS, bolsista da PVUI 4COLETE, B.L.M. (brunamalhorquim@hotmail.com) Acadêmica do curso de

enfermagem UEMS, bolsista do PAE/UEMS **INTRODUÇÃO:** Esse resumo é um recorte do projeto de extensão: Práticas diárias em cuidados e educação nos centros de educação infantil de Dourados/MS, desenvolvido por docente do curso de enfermagem da universidade Estadual do Mato Grosso do Sul. Busca proporcionar um campo de aprendizagem para os acadêmicos de enfermagem desenvolvendo habilidades e competências em educação e saúde. Nos Centros de Educação Infantil (CEI), um dos agravantes em saúde é a febre, definida pelo aumento da temperatura corporal acima de 37.8°C, reconhecida como um sinal de alerta importante com qualquer pessoa especialmente com crianças. Podendo ser acompanhada de calafrios devido à produção de calor pelo corpo por conta do aumento constante da temperatura, tem outras sintomatologias significativas e importantes associadas ao quadro de febre tais como: dores musculares, mal estar, fadiga, dores de cabeça, associados ao quadro clínico em instalação. Esse é um sinal importante de demonstração que o organismo está sendo agredido por um agente externo ou alguma doença, causando preocupações e ansiedades aos professores e cuidadores dos Centros de Educação Infantil (CEIs). As complicações advindas desse quadro são diversas. São consideradas a mais grave as crises convulsivas, pois os educadores temem suas consequências e tem dificuldade por desconhecimento em realizar um atendimento de qualidade e segurança de vida. Para um efetivo atendimento nas crises convulsivas são necessários alguns requisitos na prevenção e cuidados especiais na crise propriamente dita. Na prevenção esta o efetivo controle da febre, realizado com banho em água com temperatura ambiente, compressas frias, redução de roupas, oferecer líquidos, observando que uma das complicações é a desidratação. Fundamentado nessas

premissas as informações sobre a febre são importantes, capacitando a equipe multiprofissional para dar assistência correta nessas situações. **OBJETIVO:** capacitar a equipe multiprofissional na assistência em saúde com a febre nos CEI. **METODOLOGIA:** são desenvolvidas oficinas teóricas e práticas interativas com a equipe multiprofissional dos CEI nos procedimentos de cuidados com febre. Utilizam-se recursos áudio visuais e atividades práticas de manuseio de termômetros (analógico e digital), demonstração de cuidados para redução de febre e possíveis danos a saúde. Primeiramente é demonstrado a equipe multifatorial o que deve ser realizado e logo após ele se dividem em grupos para realizar as atividades práticas que são realizadas com o material (bonecos, termômetro) levado pelos acadêmicos da Universidade. As oficinas são realizadas nos horários em que a equipe multifatorial tem disponibilidade, ou seja, quando não terá nenhuma criança no CEI para poder haver um maior aproveitamento de toda a equipe. Podendo ser após o período de atividade dos CEIs ou num sábado, para poder todos participarem da oficina caso tenham interesse de praticá-la e tirar as dúvidas, incerteza sobre o assunto apresentado ou até mesmo algum outro assunto que esteja lhe atordoando no trabalho ou até mesmo em casa. **RESULTADOS:** A participação, interesse e interação entre acadêmicos e educadores são percebidos nos questionamentos e discussões de casos no decorrer da oficina. Possibilitando a troca de experiências práticas e situacionais diárias vivenciadas pela equipe. E assim, podemos evidenciar que efeitos motivadores para continuar a praticar dessa oficina com outras equipes multifatoriais, em outros CEIs da cidade. Por que cada CEI irá apresentar uma nova dúvida diferente sobre o mesmo assunto ou até mesmo já tenha esse conhecimento, mas possa estar sendo ampliado ainda mais com

essas atividades que são desenvolvidas. Este cuidado simples de intervir no momento de febre de uma criança pode proporcionar a educadores e cuidadores uma sensação de um dever cumprido, ou de alívio por pode ajudar uma criança em um momento oportuno. **CONCLUSÃO:** Por meio da realização dessa oficina fica mais explícito o que os educadores e cuidadores entendiam sobre febre e como agir nessas situações. As medidas de cuidados com febre são simples e imprescindíveis para tratamento e controle na prevenção de uma possível crise convulsiva. Através dessa oficina os educadores e cuidadores podem intervir em situações críticas antevendo agravos em saúde das crianças atendidas no CEI. E assim também podem compreender sobre crise convulsiva que possui vários conceitos impostos pela sociedade sobre o que deve ser realizado, quando na verdade passam apenas de informações de controversas, pois durante a crise convulsiva só deve afastar objetos que possam vir a machucar a pessoa caso ela esbarre durante a crise e deixar ela até que passa o período convulsivo. Palavra-chave: febre, educação infantil, enfermagem. **AGRADECIMENTOS:** Agradecemos as bolsas de auxílio estudantil da UEMS/PAE e a PVUI e Orientadora: Giacomassa. M.S.D. (margasdg@uems.br).

FOMENTO DA REDE UNIDA À EXPERIÊNCIA NO CAMPO DO SUS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O VER-SUS BAHIA 2015

Aline de Souza Santana, Ismael de Oliveira Araújo, Silvana Lima Guimarães França

Palavras-chave: VER-SUS, Estágio de Vivência, Rede Unida, Integração multidisciplinar

APRESENTAÇÃO: Este trabalho trata-se de um relato de experiência do Estágio

de Vivências (VER-SUS) – Bahia 2015 por estudantes do curso de Nutrição, na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Salvador, ofertado pela Escola Estadual de Saúde Pública (EESP) em parceria com a Rede Unida. O relato objetiva trazer a experiência do estágio para os estudantes e seus aspectos gerais. O estágio ocorreu no mês de março de 2015, contando com a participação de 32 acadêmicos de diversos cursos da área da saúde, como Nutrição, Enfermagem, Medicina, Medicina Veterinária, Odontologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Serviço Social e mediadores do processo de vivência, que participaram de edições anteriores ou eram militantes de movimentos sociais. Trazendo abordagem prática, o estágio de vivência contribui complementando a formação tradicional, acadêmica e pouco crítica, levando o estudante a outros campos do conhecimento do fazer saúde. **DESENVOLVIMENTO:** O estágio de vivência ocorreu pelo período de sete dias, com a formação de subgrupos para a imersão nos distritos sanitários de Salvador, sendo eles Brotas, Cabula / Beiru, Itapagipe, Centro Histórico, São Caetano / Valéria e Barra / Rio Vermelho. Cada subgrupo imergiu em um único distrito durante o período do dia, enquanto a noite era destinada para discussões de variadas temáticas com todo o grupo de 32 estudantes. Além de conhecer o SUS de forma mais aproximada, incitava também o debate sobre os diversos determinantes impactantes. Os entraves na rede de saúde, o acesso dos usuários à rede, referência de atendimento dentro do próprio distrito sanitário e precariedade de estrutura física e de pessoal, assim como a invisibilidade dos movimentos sociais e o não atendimento de suas demandas foram os fatos mais vistos, contudo, também havia iniciativas exitosas da Universidade, como centro do conhecimento e suas ações de devolutiva à comunidade. Houve

a possibilidade compreender a importância da formação reorientada no sentido de sensibilização dos profissionais para a realidade do SUS, entendendo a rede articulada necessária para o sucesso das políticas públicas de saúde. Os estagiários e monitores permaneceram em imersão durante sete dias, alocados em um hotel na cidade de Salvador, sendo tal logística pouco eficiente para maior integração e proximidade do grupo, já que os estudantes permaneciam em quartos com grupos menores. Durante o dia, a programação do estágio era voltada para atividades dentro dos distritos sanitários, dialogando com a gestão local e conhecendo a sua extensão, em atendimentos, unidades e referências. Sendo composto por estudantes de diversas instituições e cursos, o estágio propiciou a troca de experiências trazidas para o espaço, fazendo com que os debates em grupo ficassem mais ricos e havendo o aprofundamento em temáticas pouco conhecidas, para parte dos estudantes. Houve debate sobre a capitalização da educação e seu histórico no Brasil, com recortes sobre o interesse no surgimento das faculdades particulares, a formação voltada para atender os interesses de determinados grupos e com isso uma formação mais tecnicista e menos humanizada. Discutir a formação em saúde implica tematizar e problematizar o ensino, particularmente no âmbito da graduação nas profissões da área da saúde. A metodologia de ensino no âmbito da saúde tem tido pouca orientação integradora entre o ensino e prática, levando a um não enfrentamento das reais necessidades da população e assim a perpetuação da formação de cidadãos e profissionais passivos que não entendem a saúde como prática social. O dia da mulher foi lembrado também na semana do estágio, com discussões em torno da temática feminista, saúde da mulher no atual sistema de saúde, violência obstétrica e estigmas

sociais que são enfrentados diariamente pelas mulheres. E, além disso, os outros dias foram destinados a debates acerca do que era visualizado durante a imersão prática, com impressões pessoais, sentimentos, rodas de conversa que estimulavam o estudante a refletir sobre as diversas situações vivenciadas. **RESULTADOS:** Grande parte dos estudantes considerou a vivência como uma relevante experiência para a vida pessoal e profissional. O território de saúde da cidade tornou-se mais compreendido, trazendo dificuldades e sucessos nas práticas diárias dos atores inseridos na realidade do SUS, dentre elas profissionais insatisfeitos, disparidade estrutural dentro do mesmo território, burocratização do sistema, dentre outras. Além disso, foi possível perceber claramente que a saúde não é concretizada somente nos espaços específicos de saúde – unidades básicas, centro de referências – e sim fora, em escolas, comunidades, centros religiosos, construída inclusive por movimentos sociais que lutam por melhores condições de vida, saúde e educação. Em alguns estudantes, entretanto, não foi possível perceber a sensibilização no período da vivência, estando alheias e indiferentes a toda experiência e situações, diferentemente do que foi percebido pela grande maioria, entusiasmo e sentimento de empoderamento, compreendendo-se como figura ativa e essencial no processo de mudança. Além da imersão nos distritos sanitários de Salvador, os subgrupos elaboraram uma devolutiva para a gestão acerca das impressões positivas e negativas do distrito. Com a metodologia do “que bom, que pena e que tal” foi possível trazer as principais dificuldades visualizadas durante aquele período da vivência, como resultado final do estágio. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A Rede Unida, ao fomentar experiências como o VER-SUS em diversas regiões do Brasil, com imersão nas capitais e interiores dos estados, tem grande

importância endossando o trajeto para uma saúde de qualidade, com profissionais capacitados e conscientes da seriedade e magnitude do seu trabalho na melhoria da qualidade de vida da população. Acredita-se que vivências como a propiciada pelo VER-SUS contribuem para a formação técnica, científica e política dos estudantes, ainda inseridos na realidade acadêmica, com referência teórica da realidade do SUS, então envolvidos pela experiência multidisciplinar e intersetorial. A formação dos estudantes necessita ser endossada em todo momento por práticas que incentivem a criticidade e atitudes que contribuam para disseminação do conhecimento. O avanço do SUS depende do movimento de todos, usuários, profissionais, gestores, unidos na reforma sanitária e articulando-se juntamente com os movimentos sociais para impedir que interesses pessoais, políticos, econômicos se sobreponham a um direito à saúde eficiente, resolutivo e de qualidade. Torna-se, assim, indispensável o fortalecimento de práticas e de políticas que integrem as áreas da saúde e educação, garantindo que tais práticas sejam incentivadoras para a formação ampliada do futuro profissional de saúde, entendendo dessa forma a importância do trabalho articulado para o funcionamento do SUS.

FORMAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PENSANDO A VIOLÊNCIA DOS TERRITÓRIOS E SEUS EFEITOS NA SAÚDE MENTAL

Deison Fernando Frederico, Eunice D'assumpção Lima Rangel, Marília Verdussen

Palavras-chave: Formação continuada, Saúde Mental, Violência

Neste relato vamos apresentar o trabalho desenvolvido na Zona Norte na Área de

Planejamento - AP 3.3, na cidade do Rio de Janeiro, com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na temática de Saúde Mental e Violência no território. O trabalho começa a partir de um projeto desenvolvido pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha - CICV em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS-RIO. Esse foi um projeto piloto, construído a partir da realidade dos territórios do município, e seus constantes conflitos armados e adoecimento decorrente deste fato. Segundo o relatório de “Mortes Matadas por Armas de Fogo”, do mapa da violência de 2015, aponta que a cidade do Rio de Janeiro ocupava no ranking das capitais brasileiras, a terceira posição de óbitos por armas de fogo no ano de 2002, somando um total de 3.126 mortes neste ano, em 2012 houve uma redução para 1.066 mortes por armas de fogo, com isto a capital passou a ocupar a vigésima primeira posição. As estatísticas apontam que 95,9% destes óbitos estavam ligados a homicídios. Fica evidente que apesar da queda brusca dos óbitos em 10 anos, ainda temos um grave problema social, com relevante impacto na saúde mental da população que de forma direta ou indireta é afetada por esta realidade. O projeto do CICV com a SMS-RIO objetiva formar os profissionais da ESF para prestarem cuidados às situações de sofrimento em Saúde Mental, desencadeadas pela violência armada cotidiana no território. Na primeira fase foram formados profissionais apoiadores matriciais (articuladora de saúde mental da área de planejamento, e os dois psicólogos do NASF), abordando técnicas da abordagem interpessoal, e como estes seriam instrutores, foram desenvolvidas algumas atividades de cunho pedagógico para instrumentalizar os futuros instrutores na aplicabilidade do conteúdo trabalhado no curso. Em seguida os autores deste resumo começaram a planejar a formação

dos profissionais da ESF. Inicialmente foram eleitos profissionais (médicos e enfermeiros) que trabalham em territórios de conflitos armados. Na sequência foi estipulado que a formação duraria 3 dias inteiros, distribuídos em 3 semanas. Como pensado desde o início desta proposta de formação, a metodologia foi bastante dinâmica, por meio de discussão e elaboração de casos, dramatizações, rodas de conversas, exposições dialogadas, dinâmicas de grupo, vídeos entre outras atividades. Tendo como foco, situações que fossem semelhantes às vividas no cotidiano das equipes de ESF na cidade do Rio de Janeiro. Ao final de cada dia era realizada reunião entre os instrutores, para avaliar o processo de trabalho e ajustar as próximas atividades, considerando o que vinha sendo construído no decorrer das atividades. Constatou-se nas atividades realizadas, com o relato dos profissionais o sofrimento dos trabalhadores dos serviços de saúde, que também são vítimas da violência, desde os Agentes comunitários de Saúde, como os demais profissionais que não moram no território e por vezes são obrigados a fechar a unidade de saúde e se abrigar em um local seguro. Em outros momentos os profissionais não conseguem nem se quer chegar ao local de trabalho, ou ficam impedidos de deixar o território, perante o confronto armado entre traficantes e policiais, ou entre quadrilhas rivais por disputa pelo território. Ao final dos 3 dias, foi realizada uma avaliação com os participantes, esses disseram terem se surpreendido com o modo que a Saúde Mental foi trabalhada, e que agora eles se sentiam mais preparados a lidar com algumas demandas de Saúde Mental. Vários profissionais relataram que não entendiam porque tinham sido escolhidos para fazer a formação e que foram sem grande entusiasmo, mas que se surpreenderam positivamente com os conteúdos trabalhados e as metodologias utilizadas, visualizando o conteúdo do curso

com grande utilidade para as demandas dos seus territórios. Foi acordado que após a formação, haveria encontros mensais de supervisão, onde todos poderiam apresentar as ações que estavam desenvolvendo em suas unidades de saúde. Nos encontros posteriores tivemos algumas ações desenvolvidas pelas equipes da ESF, como grupos de convivência, onde é proporcionado um espaço de acolhimento as angústias e dificuldades dos usuários que foram afetados por situações de violência no território onde vivem, bem como a inserção de ações referentes a temática do curso que foram inseridos em grupos já existentes nos serviços. Este primeiro curso ocorreu no mês de outubro de 2014. Neste momento (outubro de 2015), estamos planejando a formação de uma nova turma, com novos profissionais. Decidimos por reduzir o curso para 2 dias inteiros, distribuídos em duas semanas consecutivas, considerando a necessidade de diminuir os dias dos profissionais fora de suas unidades, devido ao grande número de cursos de formação oferecidos no município neste período. Nesta edição do curso também foi planejado que entre o primeiro e o segundo encontro os profissionais vão estruturar relatos de casos acolhidos com temática referente a sofrimento psíquico, decorrente de situações de violência, deste modo envolvendo mais os profissionais e trabalhando as experiências dos serviços. Os profissionais também ficaram incumbidos de trazer no segundo encontro um breve planejamento de como pretendem aplicar o conhecimento construído no curso em sua unidade de saúde. Deste modo, os instrutores podem acompanhar e prestar apoio às atividades desenvolvidas no território. Ainda serão nesta etapa novos matriciadores (profissionais das equipes NASF do território), para que formem médicos e enfermeiros das unidades por eles apoiadas. A metodologia segue a utilizada no

primeiro curso, com as dinâmicas de grupo, dramatização, exposições dialogadas... O cronograma desta nova edição está previsto para o mês de novembro de 2015, e tem o intuito de aumentar o número de profissionais da ESF formados e melhor instrumentalizados para o cuidado dos casos de sofrimento em saúde mental decorrentes da violência armada, que é uma realidade presente no cotidiano dos moradores do município do Rio de Janeiro, sobretudo com maior frequência em comunidades vulneráveis. Está programado um evento para o mês de novembro de 2015, que busca reunir para o debate as diversas experiências realizadas em várias áreas de planejamento do município, com o intuito de conhecer de algum modo os efeitos deste projeto que ainda é recente, porém bastante ambicioso na busca de uma melhora na qualidade dos acolhimentos dos casos de sofrimento psíquico decorrente da violência.

FORMAÇÃO DE DOCENTES POR MEIO DO ESTÁGIO DE DOCÊNCIA ASSISTIDA NA FORMAÇÃO STRICTO SENSU

Diana Paula de Souza Rego Pinto Carvalho, Giovanna Karinny Pereira Cruz, Isabelle Campos de Azevedo, Priscila Fernandes Meireles, Viviane Euzébia Pereira Santos, Marcos Antonio Ferreira Júnior

Palavras-chave: Educação em saúde, ensino, enfermagem

APRESENTAÇÃO: O Programa de Estágio Docência na Graduação desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) foi instituído pela Resolução nº 100/99 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE) por considerar a necessidade de envolver os Programas de Pós-Graduação da UFRN no ensino de graduação e de garantir que a atividade de

assistência à docência oportunize a formação do pós-graduando para o ensino. As atividades de Assistência à Docência na Graduação são desenvolvidas por estudantes regularmente matriculados em Programas de Pós-Graduação *stricto sensu*, nos níveis de Mestrado e Doutorado. Essas atividades constituem parte do processo de formação de Mestres e Doutores para a docência e deverão ser realizadas sem prejuízo do tempo de titulação dos mesmos. Dessa forma, objetiva-se relatar a experiência de estudantes de pós-graduação em nível de Mestrado Acadêmico e Doutorado em Enfermagem no estágio de docência assistida em atividades teóricas e práticas da disciplina de Enfermagem clínica.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A inovação e a pesquisa agregam valor a uma economia baseada no conhecimento, quando a Educação Superior desempenha um papel fundamental para esse desenvolvimento. Tal valor, muitas vezes, significou uma burocratização da pesquisa e uma desvalorização da atividade docente que requer uma abordagem múltipla e complexa do processo ensino-aprendizagem (RIBEIRO, 2010). Como forma de minimizar esse problema, a Coordenação de Aperfeiçoamento do Ensino Superior (CAPES) determinou em 2010 a obrigatoriedade do estágio supervisionado na docência, como parte das atividades dos bolsistas de Mestrado e de Doutorado sob a sua tutela. A formação de futuros docentes acontece em duas etapas, que podem ser diferenciadas em uma preparação teórica e outra prática. A parte inicial, a preparação teórica consiste no Curso de Iniciação a Docência (CID) e a segunda parte consiste no Estágio de Docência Assistida. Curso de Iniciação à Docência O CID é de responsabilidade da Pró-Reitoria de Pós-Graduação, por meio da Coordenação de Apoio Técnico e Pedagógico, em articulação com os Programas de Pós-Graduação da

UFRN. É registrado no histórico escolar do estudante de pós-graduação como uma disciplina ou atividade pela Pró-Reitoria de Pós-Graduação. O curso possui uma carga horária de 45 horas com frequência semanal e permite a contextualização da função social da universidade brasileira, notadamente na educação superior em relação ao projeto institucional da UFRN e permeia conteúdos desde a aprendizagem no contexto do Ensino Superior à Educação Inclusiva no contexto da UFRN com encontros teórico-vivenciais. Também prevê a elaboração do Plano de Atuação do discente referente à disciplina que desenvolverá o estágio até a construção do relatório final. Essa estrutura foi pensada ao perceber que grande parcela dos docentes do Ensino Superior não foi formada para serem educadores, não dispõe dos saberes pedagógicos. Aprenderam a ensinar ao fazê-lo, baseados no princípio de que sua competência advém do domínio da área de conhecimento na qual atuam. Diante dessa realidade, as universidades e os programas de pós-graduação reconhecem a necessidade de políticas de formação específicas para o exercício da docência (RIBEIRO, 2010).

Estágio de Docência Assistida: As atividades de Assistência à Docência são aplicáveis obrigatoriamente aos bolsistas do Programa de Demanda Social da Coordenação de Aperfeiçoamento do Pessoal de Nível Superior – DS/CAPES, do Programa de Bolsas REUNI de Assistência ao Ensino e aos estudantes com bolsas concedidas pela UFRN, nas modalidades de assistência ao ensino e de apoio à Pós-Graduação. O Plano de Atuação, também chamado de Plano de Docência Assistida, consiste no planejamento semestral para atuação do estudante de pós-graduação, elaborado em conjunto com o professor supervisor da Docência Assistida. No curso de pós-graduação em Enfermagem, o plano de atuação é construído a partir de um

planejamento prévio das atividades a serem desenvolvidas no semestre e inclui atividades teóricas e práticas, que vão desde atividades em sala aula, com construção de material pedagógico, em laboratório de habilidades práticas ou em campos de atividades práticas específicas da formação. Uma vez realizado o plano de atuação, com uma carga horária entre seis e doze horas semanais, os estudantes iniciam suas atividades. Neste relato serão abordadas as atividades desenvolvidas na área de Bloco Operatório ofertada aos alunos do quinto período do curso de graduação em Enfermagem, pelo Componente curricular Atenção Integral à Saúde I. Uma primeira atividade proposta no plano foi a elaboração de material didático, em que estudantes de pós-graduação ficam responsáveis por ministrarem algumas aulas na turma de graduação sob a orientação do professor supervisor. Para tanto, realizam um aprofundamento teórico prévio relacionado aos temas de Bloco Operatório, que inclui o Centro Cirúrgico, a Central de Material de Esterilização (CME) e a Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA). As atividades de monitoria que fazem parte de projetos específicos dos docentes vinculam alunos de graduação como monitores bolsistas para o componente curricular em questão. Nesse caso, os estudantes de pós-graduação mediarão a realização dessas atividades de monitoria semanalmente com discussões teóricas sobre o conteúdo, discussões a partir de estudos de casos previamente estabelecidos e simulações de alguns casos realísticos. As atividades práticas supervisionadas em unidades hospitalares, próprias para a formação de enfermeiros, permitiram uma aproximação maior com os estudantes de graduação. No contexto do bloco operatório, houve a inserção dos estudantes de pós-graduação no Centro Cirúrgico, na URPA e na CME do Hospital Universitário, com participação

ativa em todas as atividades dentro destes setores, junto à equipe médica e de enfermagem. Após o estágio de docência, os estudantes em docência assistida elaboraram um relatório semestral de atividades a fim de finalizar suas atividades no componente selecionado, a deve ser avaliado pelo docente supervisor e pela coordenação do Programa de Pós-graduação. A concepção de prática docente no estágio de docência busca ampliar a dimensão científica da formação em nível de Pós-Graduação *stricto sensu* e dos saberes inerentes à profissão de enfermagem, na tentativa de se afastar do “quem sabe fazer, sabe ensinar”, para ancorar no conhecimento pedagógico propriamente dito.

EFEITOS PERCEBIDOS DECORRENTES DA EXPERIÊNCIA: Por muito tempo foi possível detectar algumas evidências que decorreram da compreensão inequívoca de que a qualidade da Educação Superior estaria dependente da relação de indissociabilidade do ensino com a pesquisa e dessas duas dimensões com a extensão. Para tal, o lugar da formação para o exercício do magistério superior seria a pós-graduação *stricto sensu*. Logo os Programas de Pós-Graduação se identificaram exclusivamente com a dimensão da pesquisa, com a valorização da produção do conhecimento em detrimento da sua socialização por meio das novas gerações de estudantes. Estabeleceu-se uma profunda dicotomia entre graduação e pós-graduação, com ênfase no prestígio dessa última que, além de merecer uma formação exclusiva, qualifica, com seus insumos, a carreira do professor. Nesse contexto, se destaca a importância do CID e do Estágio de Docência na formação dos futuros professores. As discussões das propostas de ensino, a leitura aprofundada das teorias de ensino, do processo de ensino-aprendizagem e os métodos aplicados aos objetivos são necessários para desenvolvimento do

compromisso e maturidade intelectual do estudante de pós-graduação enquanto professor. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Estágio de Docência Assistida permite ao estudante de pós-graduação vivenciar situações de aprendizado contínuo, mediante o exemplo do docente supervisor, a responsabilidade direcionada ao estudante, o compromisso que o mesmo deve ter para com a formação de enfermeiros qualificados, e principalmente a postura ética e profissional.

FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: UM COMPROMISSO COM A PRIMEIRA INFÂNCIA

Maria do Socorro de Sousa, Márcia Maria Tavares Machado, Tânia Maria de Sousa França, Tâmara Maria Bezerra Costa Coelho, Ticiano Melo de Sá Roriz, Elisa Parente Costa

Palavras-chave: formação, saúde, primeira infância

APRESENTAÇÃO: As Políticas Públicas para a Primeira Infância vêm ganhando espaço na Agenda Internacional dos governantes em todos os níveis de governo. No Brasil a população estimada em 2013 é de 201.062.789 habitantes, sendo 11.082.305 de crianças na faixa etária de 0 a 4 anos. Neste contexto conforme o Censo do IBGE de 2010 a população do Ceará é de 8.778.576 habitantes, sendo 518.665 crianças de 0 a 04 anos que compõem um dos segmentos mais vulneráveis da população devendo ser o principal foco de atenção nas ações governamentais e não governamentais. Por isto a Prefeitura Municipal de Fortaleza-CE através da Secretaria de Saúde e em parceria com as setoriais de Educação, Cidadania e Direitos Humanos, Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, investe atualmente em ações direcionadas à

Primeira Infância, priorizando a concepção e a implantação do Programa Cresça com Seu Filho. A experiência abaixo detalhada, configura-se na proposta de apresentação do presente trabalho. O processo de implementação do referido programa, reconhece o trabalho já desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde e enfermeiros, no acompanhamento às famílias por meio das visitas domiciliares. Tendo o foco nessa ação, o trabalho se compromete em potencializá-la em prol da primeira infância, acreditando no seu poder provocador de mudanças. Com base na compreensão que educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho foi organizada uma formação que teve início em 2014 continuando intensamente em 2015 totalizado até o momento, mais de 400 enfermeiros e ACS participantes. A formação tem como objetivo: Aprimorar e desenvolver competências dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde ACS, participantes desse programa, tornando-os capazes de orientar nas visitas domiciliares o cuidar de crianças de 0 a 3 anos, qualificando o processo de desenvolvimento integral na primeira infância. Desenvolvimento A formação está estruturada em três módulos de aprendizagem, onde estão descritos os respectivos objetivos de aprendizagem, a temática pertinente a cada módulo e o roteiro de atividades a serem desenvolvidas pelos facilitadores e participantes. A formação se desenvolve com base em três diálogos: Emocional, ampliação do conhecimento e regulação. Diálogo compreendido como um encontro de conhecimentos constituídos histórica e culturalmente por sujeitos, ou seja, o encontro desses sujeitos na intersubjetividade, que acontece quando cada um, de forma respeitosa, coloca o que sabe à disposição para ampliar o conhecimento crítico de ambos acerca da

realidade, contribuindo com os processos de transformação e de humanização. O diálogo: Emocional é norteado por quatro princípios: 1º Princípio: manifestar sentimentos positivos para a criança, 2º Princípio: seguir a iniciativa da criança, 3º Princípio: estabelecer um diálogo íntimo com a criança, 4º Princípio: elogiar o seu filho. O diálogo: Ampliação do conhecimento (cognição e linguagem) é norteado por três princípios: Princípio 5º: Ajudar a criança a focar a sua atenção. Princípio 6º :mostrar entusiasmo ao nomear e descrever objetos e situações, Princípio 7º : ampliar o saber com imaginação e lógica. O terceiro Diálogo: Regulação – prescritivo e de limites norteia-se pelo princípio 8º subdividido em três aspectos. A subdivisão compreende: a) Regular a ação da criança passo a passo; b) Colocar limites de forma positiva; c) Dar apoio à criança para que leve seu projeto até o fim. A metodologia da formação contempla períodos de concentração – atividades que acrescentam e sistematizam o conhecimento na relação teórico-prática e períodos de dispersão – aplicação dos conhecimentos sistematizados no período de concentração, relacionando permanentemente ensino, serviço e comunidade. Tendo como referência a problematização; a participação ativa no processo de ensino-aprendizagem; as histórias de vida como fundamental para a construção do conhecimento; o saber a priori como ponto de partida. Também merece destaque no desenvolvimento as turmas serem da mesma unidade de saúde e da mesma equipe de saúde da família, favorecendo que os trabalhos de equipe sejam realizados nas mesmas equipes do próprio trabalho. Resultados O momento de dispersão faz a diferença no ensino-aprendizagem, uma vez que no início de cada módulo os participantes narram como tem sido a aplicação na prática cotidiana, as dificuldades enfrentadas e as possibilidades levantadas. O ensino quando relacionado

com o serviço apresenta-se muito produtivo. A formação alerta os participantes para um fazer com mais dedicação às atividades relacionadas às situações que a priori pareciam menos importantes, como a escuta atenta ao choro da criança. Na formação de mais de 400 participantes, embora os mesmos tenham se empenhado a colocar em prática o que aprenderam, buscando alcançar resultados positivos para seu trabalho, junto às famílias e comunidades, foi percebido que o planejamento das ações dos ACS, ainda apresenta limitações, necessitando que as formações dediquem mais espaço e aprofundamento para esta temática. Outro ponto que mereceu reflexão é a resistência inicial a formação, pelos ACS e enfermeiros, devido à percepção de que teriam maior demanda de trabalho. Mas no decorrer da formação dar para perceber uma mudança de compreensão inclusive, especialmente quando os participantes expressam nas avaliações como eles estão mudando na sua própria família ao afirmarem o que de mais significativo aprenderam na formação: “Agora entendo que a importância desse curso é o aprendizado da criança; Para mim foi muito importante para aprimorar o meu trabalho no campo e em casa com o meu filho dando mais valor aos sentimentos que muitas vezes achamos insignificantes; Aprendi que nessa faixa de idade se a criança perder algum vínculo, jamais vai poder recuperar, isso pode trazer grandes problemas a vida toda; Aprimorar a qualidade das visitas tendo um olhar às crianças e cuidadores; A importância que tem de cuidar do seu filho de forma adequada abordando os aspectos emocionais, expressivo cognitivo e regulador; Mudar o olhar, ser mais atenciosa, compreensiva e poder sempre está aberta para aprender com o mundo, em casa e do trabalho; Saber olhar diferente. Olhar um todo.” **CONSIDERAÇÕES:** A formação dos seis grupos já realizada

alertou como os formadores devem escutar, acolher inicialmente o grupo, suas histórias, seus saberes, tornando-os sujeitos ativos do processo ensino-aprendizagem. As resistências iniciais explicitaram que a relação entre trabalho e educação ultrapassa os conteúdos curriculares preestabelecidos, exigindo que o trabalho seja visto de forma viva e parte fundamental dos processos de Educação Permanente em Saúde concretizando a articulação ensino, serviço e comunidade.

FORMAÇÃO DE FACILITADORES EM METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM

Juliana Delalibera Thobias Mendes, Ana Julia Calazans Duarte, Valéria Vernaschi Lima

Palavras-chave: Educação, Educação Permanente, Educação em Saúde

Apresentação: O Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa – IEP/HSL vem desenvolvendo, em parceria com o Ministério da Saúde, projetos de apoio ao Sistema Único de Saúde, vinculados ao Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (BRASIL, 2009). Esses projetos objetivam, prioritariamente, capacitar profissionais nas áreas de atenção e gestão em saúde e de educação na saúde. São pós-graduações orientadas por competência e desenvolvidas segundo uma abordagem construtivista da educação, por meio de metodologias ativas de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2007). Nesses cursos, dois produtos são requeridos: (i) um trabalho de conclusão - individual, vinculado à construção do portfólio, que toma como foco a aprendizagem acumulada; (ii) um projeto aplicativo PA – elaborado em grupo, com base no Planejamento Estratégico Situacional e orientado à resolução de

problemas do cotidiano do trabalho em saúde. As reflexões, aqui apresentadas, levam em conta esse contexto e as vivências de docentes do IEP/HSL no processo de formação de facilitadores que atuaram em projetos educacionais, desenvolvidos em diferentes regiões do país, no período de 2013 a 2014. Desenvolvimento do trabalho: O processo de formação de facilitadores em metodologias ativas de ensino-aprendizagem ocorreu em ondas de capacitação, representadas por um curso de aprimoramento seguido por uma especialização em processos educacionais na saúde. No curso de aprimoramento, os participantes são aprendizes. Na especialização, prática e teoria foram articuladas e os participantes atuaram como facilitadores-aprendizes. Docentes do IEP/HSL, com experiência em metodologias ativas, foram responsáveis pela seleção e formação destes facilitadores. A seleção é orientada por um perfil de competência, desenvolvido no curso de aprimoramento. Ao iniciarem suas atividades como facilitador, esse profissional está, concomitantemente, participando de uma pós-graduação que inclui suas atividades como facilitador e reflexões sobre essa prática, num processo de educação permanente. Nesse caso sob análise, destaca-se que cada facilitador foi corresponsável pela capacitação de 18 especializando matriculados em cursos tais como o de Educação na Saúde para Preceptores do SUS, Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde ou de Regulação em Saúde no SUS. Esperou-se da atuação dos facilitadores um domínio progressivo em relação às estratégias educacionais utilizadas, não sendo requerido o domínio dos conteúdos específicos dos cursos em que atuaram. Os facilitadores apoiaram o desenvolvimento de diferentes metodologias ativas de ensino aprendizagem, tais como: a aprendizagem baseada em problemas, a aprendizagem baseada em equipe, a

problematização e a construção de portfólio e projetos aplicativos. Os especialistas que dominam os conteúdos específicos dos cursos em questão também são docentes do IEP/HSL, sendo apoiados pelos facilitadores de aprendizagem, em diferentes regiões do país. A especialização em Processos Educacionais na Saúde foi desenvolvida durante nove meses, sendo que cada facilitador participou de dois encontros mensais: (i) um dedicado às especializações dos trabalhadores do SUS, na respectiva região de saúde e (ii) outro focado na reflexão da prática dos facilitadores desses cursos, ou seja, destinado à educação permanente dos facilitadores e voltado à melhoria das práticas e do desenvolvimento dos cursos nas regiões. Na teoria construtivista, o foco está no processo de produção do conhecimento, por meio da interação entre o sujeito que aprende e o objeto, o professor atua como um facilitador do processo de aprendizagem, mediando esta interação (Becker, 2012). Nesse sentido, a Educação Permanente – EP foi utilizada como uma estratégia para a formação dos facilitadores, visando o desenvolvimento de capacidades para o enfrentamento crítico e criativo das situações relativas à prática de facilitação (Arruda et al., 2008). Conforme Ceccim e Ferla (2009): “A educação permanente em saúde precisa ser entendida, ao mesmo tempo como uma ‘prática de ensino-aprendizagem’ e como uma ‘política de educação na saúde’”. Esta prática busca trazer a valorização das vivências e das experiências dos sujeitos, ou seja, as experiências do cotidiano das instituições, em que se envolvem os sujeitos e o trabalho. Especialmente um ensino-aprendizagem “embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo” (Ceccim; Ferla, 2009). A Política de

educação na saúde calca-se nas premissas: na concepção pedagógica transformadora e emancipatória de Paulo Freire e no caráter educativo do ambiente de trabalho, como espaço de problematização, diálogo e construção de consensos para melhoria da qualidade da atenção à saúde (Ceccim, 2005). Considerações Finais: Nos encontros de EP trabalhamos a partir da escuta das situações relevantes da prática, trazidas pelos facilitadores, e no respeito às diversidades dessas experiências. O processo de escuta fundamentou-se na construção de uma postura aberta e de acolhimento para as dúvidas, dificuldades, inseguranças e conquistas no desenvolvimento da prática de facilitação. À medida que os encontros permitiram a produção de uma identidade grupal, no sentido da colaboração para o desenvolvimento do perfil de facilitador, os participantes mostraram-se mais confiantes para expressarem suas fragilidades e fortalecessem propostas de melhoria em suas práticas e no desenvolvimento dos cursos em que atuavam. A construção de um ambiente seguro, em que o diálogo é estimulado, resultando em ampliação do sentimento de inclusão e de colaboração entre os participantes com ativa busca de novos saberes e pode ser considerado um ponto crítico para o sucesso da atividade de reflexão da prática e formação de facilitadores. Assim, a EP faz sentido quando, os problemas ou fatos relevantes ocorridos na prática dos participantes, apontam na inclusão de perspectivas que ampliem a problematização em relação aos fenômenos identificados. Os facilitadores, que percorreram esse processo de formação, tiveram a oportunidade de vivenciar a construção do perfil de competência a partir de situações reais do trabalho educativo, com o acompanhamento de um docente mais experiente, que acompanhou toda a formação. O poema “Aos Moços” de Cora Coralina representa o sentido dessa

vivência: “Eu sou aquela mulher a quem o tempo muito ensinou; ensinou a amar a vida; não desistir da luta; recomeçar na derrota; renunciar a palavras e pensamentos negativos; acreditar nos valores humanos”.

FORMAÇÃO DOCENTE EM SAÚDE: ESPAÇO DE APRENDIZAGEM PARA A DOCÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR

Rosana Ap. Salvador Rossit, Gabriele Carlomagno Vilanova, Sylvia Helena Batista

Palavras-chave: ensino, formação docente, planejamento, metodologias ativas

APRESENTAÇÃO: Entende-se que a aprendizagem implica em redes de saberes e experiências que são apropriadas e ampliadas pelos sujeitos em suas relações com os diferentes tipos de informação. Essas relações revelam complexidade, diversidade e possibilidades de transformação. A formação significa a construção de conhecimentos relativos a diferentes contextos: sociais, culturais, educacionais, profissionais. Desfaz-se a ideia do formar-se como algo pronto, que se completa e/ou finaliza, assumindo-se uma compreensão de formação como processo permanente. Essas definições revelam que a formação docente compreende um processo de aprendizagem ancorado na intencionalidade, em saberes, experiências, crenças, que são utilizadas nas relações sociais, trazendo as possibilidades de transformação, troca e superação. Aprender é poder mudar, agregar, consolidar, romper, manter conceitos e comportamentos que vão sendo (re)construídos nas interações sociais. É nesses movimentos de transformação que se elabora as possibilidades de intervir no mundo, questionando o estabelecido, concordando ou não com as opções coletivas e contribuindo com alternativas de superação. Os docentes do ensino superior

raramente são preparados com formação didática e pedagógica para o exercício da função docente, prevalecendo a cultura de que basta o conhecimento e a expertise em determinado campo do saber para tornar-se professor. Demanda-se assim, a necessidade de se planejar e implementar processos ativos de aprendizagem, que fomentem a autonomia, criatividade e criticidade nos espaços de formação docente. Este desafio exige tomar como objeto de reflexão e problematização a formação na perspectiva de preparar docentes do ensino superior para o enfrentamento das demandas e características de aprendizagem dos estudantes do século XXI. O trabalho tem como objetivo relatar a experiência da disciplina Formação Docente no âmbito da pós-graduação stricto sensu, na área de Saúde. A disciplina Formação Docente em Saúde do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, UNIFESP/Santos-SP, parte do princípio que o preparo para a função docente não significa apenas a instrumentação técnica, mas também uma reflexão crítica desta prática e da realidade onde esta se realiza. As reflexões críticas ao longo do curso trazem um caráter ético, político e interprofissional sobre o que é a educação e o papel docente. O planejamento de disciplinas requer a escolha apropriada da metodologia, alinhada aos conteúdos a serem ministrados, a preparação do ambiente para desenvolvê-lo e a mediação do processo de ensino e aprendizagem, delineando caminhos para atingir objetivos educacionais e avaliar o desempenho. Considerando que a formação docente deve privilegiar interações de troca, favorecendo a proximidade, o diálogo e o trabalho coletivo, a disciplina constituiu-se num espaço de reflexão e construção de conhecimentos, valorizando a experiência prévia, avaliando de forma crítica as experiências vivenciadas e o papel docente no ensino superior. **METODOLOGIA:** A

disciplina, organizada em dez encontros presenciais e momentos de produção extraclasse, visa o desenvolvimento de competências para o exercício da função docente. Os conteúdos são desenvolvidos em equipes interprofissional, leituras, estudos dirigidos, atividades práticas e preleções dialogadas. As metodologias ativas de ensino e aprendizagem são utilizadas na perspectiva da problematização. Valoriza-se as aprendizagens compartilhadas, significativas e colaborativas. Os pós-graduandos são avaliados a partir de leituras, produções individuais e coletivas, análise crítica do referencial teórico, participação nos processos de ensino e aprendizagem, preparação e desenvolvimento de oficinas de metodologias ativas e do planejamento de uma ação educativa em saúde. As turmas são compostas por 30 pós-graduandos nos níveis de mestrado e doutorado. Priorizou-se o desenvolvimento de competências para a função docente, que se constituiu, entre outras atividades planejadas, da experimentação de dez metodologias ativas de ensino e aprendizagem, da análise e da avaliação dessas vivências, com o intuito de refletir sobre o lugar das estratégias de ensino e dos recursos pedagógico na construção do conhecimento. Diferentes cenários de ensino e aprendizagem foram planejados para a organização e o desenvolvimento do oficinas, que foram conduzidas a partir de temas relevantes do binômio saúde e educação. Cada equipe foi constituída por seis integrantes de profissões diferentes, que elegeram um tema, definiram os objetivos de aprendizagem, selecionaram a metodologia ativa a ser utilizada e planejaram as oficinas que foram conduzidas com todos os pós-graduandos da turma. Cada oficina teve a duração de 60 minutos. As oficinas constituem-se em espaços de reflexão e aprendizagem compartilhada, no sentido de estabelecer relações entre: objetivos de aprendizagem, competências

a serem desenvolvidas, metodologia selecionada e estratégias de avaliação. Após a vivência em cada oficina, avaliou-se de modo coletivo e por pares, a aplicação das metodologias, com feedback imediato quanto as potencialidades, fragilidades e sugestões no sentido de aprimorar a formação docente. **RESULTADOS:** Como resultado, ressalta-se o planejamento detalhado, cuidadoso e minucioso de cada oficina de experimentação, organizadas a partir do tema escolhido. As estratégias metodológicas foram selecionadas e alinhadas aos objetivos de aprendizagem. Os pós-graduandos ocuparam um papel ativo na construção do conhecimento e no desenvolvimento das competências delineadas para a formação docente. Destaca-se que o ‘aprender a fazer’ evoluiu para o ‘aprender a aprender’ e para o ‘aprender a ser’ docente. O pós-graduando teve a oportunidade de trabalhar em equipe interprofissional, planejar oficinas de metodologias ativas e testar estratégias de avaliação formativa. Acredita-se que o docente não só ensina para avaliar, mas avalia para ensinar. Assim, a avaliação formativa gera significados no cotidiano e no ambiente de aprendizagem, a partir das reflexões críticas de um contexto real e prático. Para avaliar a experiência de formação docente em saúde, aplicou-se um instrumento em Escala Likert com as dimensões de organização da disciplina, conteúdos abordados, desempenho dos docentes responsáveis e auto-avaliação do desempenho docente, apresentados com quatro níveis de percepção: concordo totalmente, inclinado a concordar, inclinado a discordar e discordo totalmente. Os resultados mostraram alto índice de satisfação por parte dos pós-graduandos e no espaço aberto do instrumento foram relatados espontaneamente potencialidades, fragilidades e sugestões. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conclui-se que

a disciplina de Formação Docente em Saúde, além de trazer uma abordagem interdisciplinar e interprofissional no binômio saúde e educação, rompe com a fragmentação do ensino, revela a importância do planejamento na prática docente e no uso de metodologias ativas de ensino, aprendizagem e avaliação no âmbito da pós-graduação. Assim, articulou objetivos e maneiras de ensinar e avaliar, resultando em um comprometimento ético, político e social na formação e no desenvolvimento de competências para os futuros docentes do ensino superior na saúde.

FORMAÇÃO EM METODOLOGIAS ATIVAS DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Maria de Fátima Francelino, Pollyanna Martins, Maria Lucila Magalhães Rodrigues, Silvinha de Sousa Costa, Liliana de Queiroz Martiniano Lopes, Dean Carlos Nascimento de Moura, Rafael dos Santos da Silva, Sueli Fátima Sampaio

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Capacitação de Recursos Humanos em Saúde, Trabalhadores da Saúde

APRESENTAÇÃO: No contexto da formação dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica (AB), torna-se essencial pensar em uma metodologia que dialogue com os saberes construídos na prática comunitária, a fim de formar profissionais ativos e com competências éticas, políticas e técnicas. Para intervirem em contextos de incertezas e complexidades os trabalhadores da saúde devem ser capacitados para desenvolver conhecimento, raciocínio crítico, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade¹. Nesta perspectiva, utilizar as Metodologias Ativas (MA) de ensino aprendizagem, como

estratégia para fomentar a autonomia dos profissionais e ressignificar sua práxis para promoção da saúde, consistiu no objetivo de implantação do Projeto TENDAS (Tecnologias Educacionais no Desenvolvimento das Ações em Saúde). O projeto TENDAS é uma iniciativa da câmara técnica de educação permanente da Coordenadoria Regional de Saúde da 11^a Região de Saúde do Ceará, com sede em Sobral, para implementar a educação permanente para trabalhadores de saúde e qualificar as ações de promoção da saúde desenvolvidas na AB dos 24 municípios que compõem a região. Desenvolvimento do trabalho A experiência relatada ocorreu entre abril a agosto de 2015 e teve como cenário de prática a 11^a Região de Saúde de Sobral que é composta por 24 municípios e abrange uma população de 634.088². A região possui 216 equipes saúde da Família o que garante uma cobertura de 96,31% da população residente. Além disso, encontram-se implantadas na região 211 equipes de saúde bucal, 26 equipes de Núcleo Apoio à Saúde da Família (NASF) e 4 Academias da Saúde³. Para implementação do TENDAS foram realizadas reuniões com a câmara técnica da 11^a Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará para a construção e elaboração do projeto que foi apresentado para apreciação e aprovação dos 24 secretários de saúde da região. Foram realizadas oficinas, facilitadas pelo corpo técnico da 11^a CRES, em 21 municípios da Região (Alcântaras, Cariré, Catunda, Coreaú, Forquilha, Frecheirinha, Graça, Groaíras, Hidrolândia, Irauçuba, Ipú, Massapê, Meruoca, Moraújo, Mucambo, Pacujá, Pires Ferreira, Reriutaba, Senador Sá, Uruoca e Varjota). Os sujeitos escolhidos para participar do processo de formação foram os trabalhadores da AB, trabalhadores vinculados a Academia da Saúde, trabalhadores do NASF, coordenadores do NASF e coordenadores de AB. Foram selecionados 12 profissionais

para cada turma de formação por município. As oficinas foram estruturadas em quatro encontros de oito horas e foi reservado oito horas para estudo individual dos participantes e construção do portfólio. Optou-se pela problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de motivar o profissional de saúde a refletir sobre sua práxis, e buscar soluções para a realidade em que vive a fim de transformá-las pela sua própria ação, ao mesmo tempo em que se transforma. Os encontros foram divididos em quatro unidades educacionais (UE) que tiveram o objetivo de capacitar os profissionais de saúde para utilização das MA nos seus cenários de prática para fortalecimento das ações de promoção da saúde. As formações também intentaram formar facilitadores em cada município para que pudessem capacitar outros profissionais do serviço. As UE contemplavam dinâmicas de integração e acolhimento para fortalecimento do vínculo e afetividade entre os participantes e assim propiciar a criação da identidade de grupo em cada município. Nas UE os participantes vivenciaram as estratégias pedagógicas das MA, entre elas: situações-problema, cine viagem, rodas de conversa, oficinas de trabalho, narrativas, técnicas de diagnóstico situacional participativas, construção da árvore de problemas, ferramentas para planejamento em saúde participativas. As estratégias pedagógicas, a partir de uma abordagem construtivista, incluíram temas como os fundamentos das MA, o papel do facilitador nas MA e promoção da saúde que foram aprofundados em textos de referência produzidos pela equipe técnica. O processo de formação foi avaliado no final de cada UE através de autoavaliação e de uma síntese reflexiva sobre as aprendizagens significativas construídas pelos participantes nas formações e apresentadas no portfólio. Um questionário foi elaborado para avaliação das formações,

do desempenho dos facilitadores e da infraestrutura dos locais onde ocorreram os encontros. Os secretários de saúde foram convidados para relatarem as impressões percebidas sobre as formações e também para firmarem o compromisso de dar seguimento às oficinas de formação para todos os profissionais de saúde da AB de seus municípios. Os impactos da intervenção serão analisados após a conclusão das formações em todos os municípios da região. A equipe de facilitadores da CRES se reúne, semanalmente, para educação permanente onde ocorre a socialização das experiências nos municípios, planejamento e ajustes nas UE e capacitações para os técnicos. **RESULTADOS ESPERADOS/OU IMPACTOS:** Espera-se que as formações fortaleçam as ações de promoção da saúde na AB a partir da ressignificação das práticas dos trabalhadores de saúde. Para tanto, a leitura e análise das aprendizagens significativas relatadas pelos trabalhadores de saúde será essencial para compreensão dos impactos da formação nos seus processos de trabalho. Entre os indicadores quantitativos selecionados para monitoramento e avaliação do impacto do projeto destacam-se: 60% dos trabalhadores formados utilizarem estratégias de MA no seu processo de trabalho, 50% dos municípios realizem oficinas com todos os profissionais da rede básica de saúde, 50% dos municípios implantarem a educação permanente para os profissionais de saúde, 50% dos municípios realizem planejamento das ações de promoção da saúde. Apresenta-se abaixo alguns resultados preliminares das sínteses reflexivas sobre aprendizagens significativas no processo de formação: O desenvolvimento profissional nunca ocorre de forma perfeita, pois trata-se de um caminho cheio de obstáculos e desafiador, sempre reacendendo a necessidade de que cada indivíduo busque a superação de seus próprios limites e com isso crescendo

em conhecimento[...] (R.M.M.M p.09) Foi extremamente válido acrescentar em meus conhecimentos que formar profissionais é trabalhar em uma situação em que o conhecimento tem que ser constantemente redimensionado, reelaborado e principalmente inovado [...] (L.A.O. p.04) Durante encontros realizado pela 11^a CRES/ Sobral, pude perceber o quanto a rotina e o trabalho as vezes mecanizado não nos permiti inovar, reciclar, e aplicar novos métodos para um trabalho que proporcione a reciclagem dos profissionais que trabalham na saúde pública [...] CONSIDERAÇÕES FINAIS: A complexificação do processo de trabalho em saúde e dos cenários onde o trabalhador de saúde exerce sua prática exige que o profissional tenha autonomia para construir seu próprio conhecimento, ampliando seu campo de aprendizagem para desenvolver competências na busca de novas ferramentas para aumentar a resolutividade da Atenção Básica. A vivência dos trabalhadores de saúde na formação sobre MA permitiu a primeira aproximação para construção da autonomia na implementação das ações de promoção da saúde. Ao mesmo tempo, a problematização de temas como metodologias ativas, promoção da saúde e planejamento gerou reflexões sobre os processos de trabalho que estavam sendo desenvolvidos nos municípios. Sendo este o primeiro passo para mudança e construção de uma prática reflexiva. A ousadia deste projeto consiste em transformar os processos de trabalho no âmbito da Atenção Básica a partir do uso das MA nas ações de promoção da saúde e planejamento. E o desafio é avaliar o impacto do uso destas metodologias, seus limites e potencialidades, na transformação das práticas em saúde.

FORMAÇÃO EM SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA DISCIPLINA SAÚDE DA COMUNIDADE I NO COMPARTILHAR DE SABERES E CONHECIMENTOS ENTRE DOCENTES, GRADUANDOS E POPULAÇÃO

Igor Rodrigues Arouca, Rute Ramos da Silva Costa, Flavia Farias Lima, Vanessa Schottz Rodrigues

Palavras-chave: Formação em saúde, educação em saúde, ensino-aprendizado,

APRESENTAÇÃO: Ensinar, aprender e criar, verbos com significados díspares, porém que possuem íntima relação. O ensino une-se ao aprendizado e no fim, chegam à criação, formando um emaranhado de conhecimentos, ocorre assim, quando aplicados aos seres humanos, os quais possuem diversas maneiras de agir, pensar e encarar as múltiplas realidades existentes, ou seja, uma diversidade cultural. Esse emaranhado forma uma rede integrada de conhecimentos que são compartilhados e muito valiosos. Com isso, como aproveitar esta riqueza de saberes para a formação de profissionais de saúde dentro de uma universidade através de uma disciplina de saúde coletiva que visa trabalhar vertentes relacionadas ao desenvolvimento do conceito e da prática de saúde integral do indivíduo nas dimensões biológica, ambiental, psicológica, social, ética e do direito humano. **OBJETIVO:** Apresentar a Saúde da Comunidade 1 (SC1) como uma disciplina integrada que promove o compartilhamento de saberes e conhecimentos em saúde entre docentes, graduandos e comunidade. **DESENVOLVIMENTO:** A disciplina Saúde da Comunidade 1(SC1) faz parte da grade curricular da Universidade Federal do Rio de Janeiro- Campus Macaé Professor Aloísio Teixeira dos cursos de Nutrição e Enfermagem e Obstetrícia. Com metodologia adaptada a Problem-Based Learning

(Aprendizagem Baseada em Problemas), busca construir de forma dialógica um plano de ação diagnóstico para compreender as necessidades onde suas atividades são desenvolvidas e realizar práticas de educação em saúde com olhar no compartilhamento de saberes e conhecimentos voltados ao campo, dentro dos setores básicos de saúde e educação. A disciplina é dividida em dois blocos, inicialmente, o bloco teórico e posteriormente o teórico-prático, no qual os graduandos são divididos em dois módulos: orientados à saúde escolar- ocorre em escolas do município atreladas ao Programa Saúde na Escola (PSE) e orientados à educação em saúde com cenário de atuação em Estratégias Saúde da Família (ESF). No módulo Teórico são discutidos assuntos relacionados à saúde pública com ênfase na Atenção Primária e sua aplicação com olhar holístico ao cliente dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). O bloco torna-se um instrumento potencializador na relação entre docentes da disciplina e graduandos como o início do compartilhamento de saberes e conhecimentos através da exposição dialogada dos conteúdos da ementa disciplinar. Já no módulo teórico-prático, as atividades são voltadas a avaliação de crianças escolares de forma integral, no que se refere à saúde, averiguando toda a sua amplitude dentro de suas atribuições e, ainda, práticas de educação em saúde nas Estratégias Saúde da Família (ESF), momento no qual os graduandos têm com a comunidade a experiência de educar em saúde, ser capacitado profissionalmente e conhecer as demandas da população para que assim, ajam com objetivo de caminhar lado a lado com a clientela, doando, recebendo e construindo saberes nos setores primários de saúde e educação, isto é, compartilhando percepções para os objetivos finais, a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e por fim, capacitação profissional. Por ser, uma

disciplina que possui carga horária extensa (150 horas), elevado quantitativo de ingressantes (uma média de oitenta alunos em fase inicial). E conteúdos dinâmicos em saúde que necessitam de profunda reflexão, conta com discente-monitor que atua como agente facilitador da comunicação entre docentes e discentes, e como elemento de apoio no desenvolvimento e aprofundamento das diversas atividades a ser desenvolvida no semestre acadêmico como a organização administrativa da disciplina junto ao docente efetivo, elaborando cronograma, relação de material didático, diário de aulas. Atua ainda na aplicação de estudos dirigidos realizados em horários diferenciados da disciplina versando sobre textos apresentados em sala pelo docente efetivo com vistas ao aprofundamento de conceitos, apoio em laboratório no que diz respeito à preparação das aulas práticas, auxilia o discente na condução e resolução de exercícios propostos pela disciplina, assessora na construção dialógica de um plano de ação diagnóstico para compreender as necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde, como também no desenvolvimento de práticas de educação em saúde. **RESULTADOS:** A priori, umas das conquistas para os graduandos dos referidos cursos com a disciplina Saúde da Comunidade 1 é a promoção do contato direto destes recém-ingressos com os setores primários da saúde e com os setores da educação públicas através da extensão universitária em seus campos práticos, atribuindo a construção de profissionais conhecedores de seus problemas, capazes de intervir nestes de acordo com suas necessidades, e claro, com seus direitos e deveres, deste modo, um profissional participativo. Outro ponto positivo encontrado foi a garantia de levar aos graduandos a possibilidade do cuidado em saúde para o interior da escola, ou seja, unindo as duas esferas que antes foram separadas com objetivo

de alcançar a atenção integral à saúde e desde cedo criar verdadeiros cidadãos e pessoas responsáveis pelo bem estar individual e coletivo. Nos locais de atuação, os graduandos, primeiramente, os reconhecem, fazendo ambiência do interior e de sua região adstrita, identificando possíveis problemas e suas implicações aos serviços. Por fim, existe a necessidade de retorno da população quanto às atividades desenvolvidas, pois não há avaliações feitas ao fim do semestre com os participantes sobre a atuação dos graduandos, havendo apenas no módulo: Educação em saúde com classificações de “ótimo”, “bom” ou “ruim”, porém em apenas uma obrigatoriedade da disciplina que é a atividade educativa. Desta forma, como produto, há uma incógnita sobre como tem sido o papel da educação em saúde nas comunidades e como ela tem auxiliado na formação destes futuros profissionais de saúde. Torna-se relevante esta análise por caracterizar um modo de avaliar os métodos de ensino nos referidos cursos de graduação, a formação profissional e cidadã dos graduandos e os impactos de suas práticas na saúde das pessoas assistidas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A disciplina Saúde da Comunidade 1 é extremamente importante para a formação destes futuros profissionais, pois ela é a porta de entrada do graduando a uma disciplina específica a saúde coletiva e, além disso, estimula a concepção de todos os arcações recebidos pelos alunos da enorme influência do modelo de ensino tradicional ou bancário que consequentemente interfere na relação docente, graduando e comunidade no processo de educar em saúde. Assim, a SC1 privilegia o modelo dialógico como o coadjuvante transformador de realidades, utilizado para formação de profissionais críticos e mantendo a chama do compartilhamento de saberes e conhecimentos em saúde sempre acessa.

FORMAÇÃO PELO TRABALHO NA SAÚDE MENTAL EM REDE: A MICRO-POLÍTICA DE UM PROCESSO EM MOVIMENTO NO TERRITÓRIO

Marco José de Oliveira Duarte

Palavras-chave: Formação, Saúde, Rede, Micropolítica, Território

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho tem por objetivo analisar o processo de formação pelo trabalho na saúde mental enquanto experimentação e potência que se afeta na produção do cuidado a partir dos processos de ensino-aprendizagem e do trabalho na micropolítica das unidades públicas de saúde – cenários de prática da educação na saúde. Esse é um movimento em ato, que produz acontecimentos, compartilhamentos, rupturas, capturas e (des)continuidades quando entendemos que é na rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), o locus privilegiado desse processo de formação pelo trabalho na saúde mental e atenção psicossocial a partir da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **DESENVOLVIMENTO:** Assim, ao produzir sentidos analíticos que emergiram desses encontros vivos, levado a cabo pela experiência de formação e pesquisa através do Núcleo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (NEPS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), a partir de alguns pressupostos e desafios, como a indissociabilidade entre ensino (graduação e pós-graduação, especialização e residência) – pesquisa – intervenção – extensão como princípio da universidade à formação crítica e para a sociedade e como a lógica da integração entre formação-trabalho-rede-território em saúde, imprime-se um novo significado para a integração clássica entre ensino-serviço-comunidade, (e) feito por muitos, quando tomamos os sujeitos que operam esses processos

de formação-trabalho interprofissional em saúde, como docentes, estudantes (estagiárias, especializadas, residentes e pós-graduandas), trabalhadores dos serviços de saúde mental (preceptores, supervisores e tutores), usuários e familiares como produtores de rizomas formativos e de cuidado em saúde nos pontos de atenção da rede de saúde mental intra e intersetorialmente. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Esse processo, portanto, tem permitido romper com a formação baseada no modelo biomédico hegemônico, e, em particular, nos Hospitais Universitários como cenários privilegiados desse ensino-aprendizagem em saúde. Observa-se que, atualmente, o campo da formação em saúde, com a lógica da integração ensino teórico-prática, tem-se deslocado para outros campos de necessidades do SUS e isso tem implicação real e concreta com as políticas nacionais e de gestão da educação pelo trabalho na saúde e de educação permanente, em diversas modalidades e dispositivos que pactuam os gestores e seus trabalhadores nos serviços de saúde, universidades e o controle social. Tem-se afirmado nesses cenários de aprendizagem pelo trabalho para a saúde mental, que o SUS é o ordenador da formação em saúde, e, privilegiada e estrategicamente, nele ou a partir dele, opera-se essa educação em saúde, não de forma abstrata e idealizada de como ‘dever ser’ o exercício profissional das categorias profissionais que compõem o campo da saúde – as quinze profissões da saúde-, mas no cotidiano micropolítico e pedagógico que acontece o processo de trabalho em saúde mental. Portanto, toda a lógica que desenha esse cenário, aponta-se para uma assertiva, a de que no processo de trabalho em saúde opera-se um encontro vivo e intercessor entre o trabalhador e/ou trabalhador em formação (interno, estagiário, residente) e o usuário (sujeito e objeto desse processo de trabalho), mediado

pela gestão do trabalho e da educação na saúde, que é onde se localiza a produção do cuidado, de forma singular, na política pública de saúde mental e sua interface com uma concepção política de universidade, de educação e de saúde marcada no nosso campo, pelos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Desta forma, ao tomar a produção do cuidado em saúde, na formação profissional em saúde, a partir da lógica que a constitui, ou seja, como objeto da integração ensino-serviço pela via do estágio, do PET-Saúde, da residência e outras modalidades de formação, integrado a pesquisa e a extensão, é, contudo, afirmar a defesa do SUS, seus princípios e diretrizes, oriundos dos movimentos democráticos da sociedade civil em torno de mudanças na saúde. Portanto, esse cenário de aprendizagem não é neutro, ele acontece em relação aos projetos políticos, em disputas e em embates, entre os sujeitos que operam o cuidado em saúde, no território, na rede, na gestão, no controle social, na política e na formação. A produção de conhecimento e, particularmente, o que se vai pesquisar e produzir, academicamente, quem define, agora, é o SUS, é o trabalho em saúde, portanto, as questões-temas devem emergir dessa aposta, nessa perspectiva de integração, não de forma instrumental e tecnicista, mas no sentido de qualificar criticamente a formação e o trabalho em saúde a que está implicado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nesse sentido, o ensinar ou o formar em saúde, pelo processo de trabalho em saúde, é a ruptura com a experimentação hierárquica, fracionada, de manipulação e aplicação de protocolos. Lidamos com vidas, necessidades e direitos dos usuários, esse é o objeto, portanto, se o serviço não se situa e acontece na forma de um agenciamento coletivo em saúde, ou mesmo na forma de uma integração orgânica de ensino-serviço de saúde, a partir do trabalho em saúde, em

sua micropolítica, esvazia-se o sentido do dispositivo-formação. O acompanhamento no campo, o processo de supervisão, os conteúdos programáticos, as disciplinas teóricas, teórico-práticas, o treinamento, o trabalho, a pesquisa e a extensão no cotidiano dos serviços de saúde, suas reuniões, a avaliação no processo de ensino-aprendizagem no território juntos com os sujeitos integrados dessa intervenção que contribuem para a formação profissional do estudante, a perspectiva da educação permanente em saúde, etc. Tudo isso não seria possível de debruçar se não tomar ética, estética e politicamente a formação profissional em saúde para melhor qualificar o SUS que temos e transformar sua mudança para o SUS que queremos através do trabalho em saúde. Portanto, se por um lado, para uma formação em saúde não será adequada se não trabalhar pela implicação dos estudantes com seu objeto de trabalho, que também deveria ser seu objeto de ensino-pesquisa, por outro, e no mesmo sentido, os trabalhadores, incluindo os docentes, poderiam ser mais abertos a esse encontro pedagógico e educativo junto aos estudantes e residentes, a despeito da insatisfação e precarização no mundo do trabalho, pois quem ganha com isso é o projeto coletivo que opera a saúde, na perspectiva da democracia, da cidadania e dos direitos sociais de trabalhadores, usuários e familiares do SUS antimanicomial.

FORMAÇÃO POLÍTICA COMO FERRAMENTA TRANSFORMADORA DE UMA PROFISSÃO: A REALIDADE DA ENFERMAGEM DESDE A ACADEMIA

Audrey Moura Mota Geronimo, Renata Ito de Araujo, Bruna Paesano Grellmann, Daniela de Oliveira Soares, Rafael Teixeira Fernandes, Lhays Silva Barros, Irian Victor Rios de Azevedo, Karine Samarah Pereira Campos

Palavras-chave: Enfermagem, Formação política, Metodologia ativa

Falar sobre política e politização remete a uma resistência que é cultural para o brasileiro. Tal posição reflete tanto o grau de maturidade, quanto a falta de identificação advinda do distanciamento desses tópicos com a prática de cada indivíduo no decorrer de sua vida. Todo ato humano, individual ou coletivo, representa uma escolha política, mesmo quando essa decisão seja a de não decidir, permitindo que impere preconceito, arrogância e falta de diálogo quando se trata de política. Além disso, já há mais de uma década vem se descortinando um processo de reorientação da formação do profissional em saúde, visando uma aproximação das demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), agregando a concretização dos princípios doutrinários e organizativos do mesmo. A formação do enfermeiro deve estar centrada em criar profissionais generalistas, críticos, reflexivos, capazes de aprender a aprender e de atender às necessidades de saúde da população atendida, sem perder de vista os princípios que regem o SUS. Tal formação exige também estar pautada no desenvolvimento de competências, que o habilite a uma atuação inegavelmente ampla. Por representar a maior força de trabalho em saúde, a Enfermagem se destaca, tendo sob sua responsabilidade o cuidado direto e integral de pacientes em todos os níveis de atenção e ações em saúde, capacitando-a a auxiliar efetivamente nas transformações que essas novas demandas exigem. Dessa maneira, sua formação precisa extrapolar os muros da academia e dos serviços, rumando ao encontro de uma compreensão tanto da história do país, quanto da própria profissão e do SUS como um todo, o que essa conquista representa para a saúde e para o povo brasileiro. Tal realidade requer que a Enfermagem e o SUS tenham profissionais que lhe sejam comprometidos

cotidianamente com o indivíduo e suas necessidades, bem como com toda a história que garantiu sua conquista. Assim, este trabalho é um relato de experiência que enfatiza a importância da formação política como ferramenta para contribuir nas mudanças que a categoria de Enfermagem necessita desde a formação acadêmica, mediante vivência como membros do Diretório Acadêmico de Enfermagem (DAENF) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus Cuiabá. Fez-se uso da Metodologia da Problematização de Charles Maguerez, através do Método do Arco, baseada na participação ativa dos sujeitos e que considera o contexto de vida, a história e as experiências dos envolvidos, valorizando e considerando o ritmo de aprendizado individual de cada um. Busca-se, em especial, o desenvolvimento do senso crítico e consequente processo de empoderamento que o mesmo proporciona a partir da conscientização. Tal processo tanto favorece a autonomia do indivíduo, quanto promove o despertar de sua curiosidade, estimulando as tomadas de decisões individuais e coletivas, levando-o a se assumir e se entender como parte de um coletivo. O resultado é um futuro profissional da enfermagem consciente e crítico, capaz de transformar a realidade de sua categoria profissional. Quando se entra no ambiente acadêmico, torna-se inevitável ouvir, falar, interagir politicamente. Essa realidade não é diferente na Faculdade de Enfermagem da UFMT. Assim, o DAENF, enquanto esfera de representação dos estudantes do curso, acaba sendo um dos caminhos que possibilita dialogar sobre tal temática e todas as esferas e formas de deliberação, representação, exercício da democracia. As dificuldades já aparecem nas relações diárias em sala de aula. O estímulo à reflexão e ao diálogo deve ser uma constante, garantindo a preservação do direito dos acadêmicos de dizer a palavra e o

dever do educador de escutá-los. Somente assim se estabelecerá uma escuta autêntica, capaz de representar o falar entre as partes e não somente o falar unidirecional, representando uma maneira de não ouvir. Quando o educador negligencia o direito do educando de dizer a palavra, expondo suas ideias e seu discurso, estará negligenciando a formação de seres políticos, porque é o dizer a palavra que irá diferenciar os homens entre si. Dessa maneira, a formação política precisa estar articulada com a forma de ensino, devendo estimular a reflexão e a criticidade, assumindo-se como uma educação problematizadora, na qual o processo de formação deve ocorrer enquanto construção conjunta entre educador e educando, necessitando imprescindivelmente incorporar o diálogo à prática. Nesse contexto, o educador educa e é educado, assim como o educando ao ser educado também educa. O estímulo ao pensar crítico e à reflexão, além da prática coerente ao discurso, requer um exercício constante e a assunção de modelos de ensino e conduta baseadas na problematização, em contraposição à mera transmissão do conhecimento que minimiza o pensar crítico e a autonomia dos sujeitos. Percebe-se que a falta de prática, exercício do diálogo e criticidade sobre política acabam por prejudicar a mais simples das decisões. Falar sobre uma questão coletiva se choca com os interesses individuais, devendo prevalecer o bem ao grupo, a um coletivo. Ademais, a formação tem que promover a criticidade, empoderamento e corresponsabilização com as questões que transcendem o indivíduo e envolve toda uma categoria e a sociedade. Frente ao exposto, percebe-se que estar na universidade nada representa se a realidade é esmagada sob a égide de uma estrutura curricular sufocante e contraditória com uma formação libertadora e problematizadora. Torna-se óbvio que o conhecimento é caminho para a

transformação, para o desenvolvimento de um pensamento verdadeiramente crítico, livre de amarras e subjugação, evitando a dominação sem escrúpulos que se vê cotidianamente. Aceitar as diferenças é comungar com a diversidade que compõe o povo brasileiro. Todavia, as desigualdades devem ser combatidas, fato que somente com a conscientização será possível fazer frente aos desmandos dos opressores. Os profissionais da Enfermagem precisa se perceber e se assumir enquanto lideranças políticas, fato que promoverá impacto tanto na academia, quanto nos serviços de saúde, garantindo uma mudança estrutural profunda que se refletirá não só no gerenciamento, como também no cuidado e na assistência. Para se alcançar esse nível de “liberdade”, fazem-se necessárias condições que possibilitem transpor o que já está pronto, permitindo que a formação seja verdadeiramente libertadora e transformadora, com cada indivíduo sendo parte atuante desse processo. Não é o papel de mero expectador que possibilitará transformar uma categoria. É necessário se mexer, sair da zona de conforto e transpor o que está pacificado.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PERSPECTIVAS DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MATERNO INFANTIL

Alexandra do Nascimento Cassiano, Milena Gabriela dos Santos Silva, Gentil Fonseca Filho, Thaiza Teixeira Xavier Nobre, Lourena Mafra Veríssimo, Simone Pedrosa Lima, Flavia Andreia Pereira Soares do Santos, Silvana Alves Pereira

Palavras-chave: assistência humanizada, educação em saúde, Ensino, Multiprofissional

APRESENTAÇÃO: A discussão quanto à necessidade de mudanças na formação dos profissionais se faz pertinente no Brasil desde o final da década de 1980, com a proposição do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, o Ministério da Saúde (MS) chamou para si a responsabilidade de orientar a formação dos profissionais com vistas a alcançar a efetiva reorientação do modelo de atenção à saúde e, principalmente, atender às reais necessidades da população. Nesse contexto, os Programas de Residência Integrada Multiprofissional constituem-se como potencialidade para romper com os paradigmas e contribuir para qualificação dos serviços de saúde prestados à comunidade. Essa modalidade de ensino é destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde e caracteriza-se como um programa de cooperação intersetorial que favorece a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho. O objetivo desse estudo é relatar a experiência do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Materno-infantil do Hospital Universitário Ana Bezerra na formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A residência multiprofissional em saúde materno-infantil tem como unidade executora o Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), localizado na cidade de Santa Cruz, interior do Nordeste Brasileiro e como Unidade Formadora a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). No ano de 2010, o referido programa se constituiu por 05 núcleos de saberes: Enfermagem, Farmácia Nutrição, Fisioterapia e Psicologia. No ano de 2011, foi inserido mais um núcleo: Serviço Social e em 2012 foi incorporado o curso de Odontologia ao programa. A equipe da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HUAB é composta por Preceptores

e Docentes, além do Coordenador Geral, Vice Coordenador e dos Coordenadores das Profissões ou Coordenadores das áreas profissionais. A elaboração do Projeto Político Pedagógico do Programa da residência foi realizada de forma integrada com os demais Hospitais Universitários da UFRN (HOSPED, HUOL e MEJC). Propiciando o desenvolvimento de um Projeto Pedagógico condizente com o que propunha o Ministério da Educação, naquele momento, porém guardando as especificidades das áreas de concentração de cada hospital e nesse sentido fazendo adaptações à capacidade operacional da unidade executora, sem perder de vista a finalidade do ensino em serviço e da necessidade da supervisão constante da preceptoria ao residente. Todos os residentes do Programa cumprem 5.760 horas de especialização *latu sensu*, sendo estas distribuídas em carga horária teórica (20%) e prática (80%). A estrutura curricular teórica divide-se em três eixos temáticos. O Eixo I (um) refere-se a módulos comuns aos 04 (quatro) programas da UFRN e tem como finalidade precípua fortalecer o aprendiz nas disciplinas que são transversais às profissões de saúde e que por estas características são partilhadas em discussões e metodologias ativas de ensino aprendizagem, sendo este um ensaio para a prática do ensino em serviço, atividade principal dentro da carga horária desta modalidade de pós-graduação. As disciplinas contempladas no Eixo I são: Infecção Relacionada à Assistência; Políticas de Saúde; Ética e Bioética; Epidemiologia; Bioestatística; Metodologia da Pesquisa Científica e Orientação para a qualificação do Trabalho de Conclusão de Curso. O Eixo II (dois) corresponde à módulos relativos à área de concentração materno-infantil. Neste eixo procura-se trabalhar os temas concernentes às políticas de saúde da mulher e da criança e do cuidado integral à

saúde materno-infantil, além de debates temáticos na área materno-infantil, através de discussões de casos clínicos multiprofissionais, “visitões” a beira do leito e visitas domiciliares multiprofissionais, ambulatorios multiprofissionais e projetos de extensão que visem à construção de projetos terapêuticos multiprofissionais dentro do âmbito hospitalar, porém também se extrapolando os muros hospitalares e construindo pontes com a estratégia saúde da família. Desta forma, contribuindo para o fortalecimento da atenção primária à saúde materna infantil e para a redução da Mortalidade Materno e Neonatal da região. O Eixo III (três) corresponde à especificidade de cada núcleo de saber, e é o momento em que se aprofunda a singularidade do processo de trabalho de cada profissão envolvida na equipe multiprofissional, como forma de se preservar as particularidades das profissões. Neste espaço há liberdade para cada coordenador de profissão organizar o conteúdo das disciplinas na forma que for escolhida pelo grupo docente assistencial, porém há um entendimento que as metodologias ativas de ensino aprendizagem devem ser estimuladas e cada vez mais usadas, pois se sabe que a prática docente crítica, implicante do pensar certo, envolve o movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer. Nesta lógica, destaca-se a rotina de atividades científicas realizada nas disciplinas da Oficina da Revista e Trabalho de Conclusão de Curso, onde são realizadas discussões multiprofissionais embasadas em artigos científicos e produzidos trabalhos a serem submetidos em periódicos. No que diz respeito a dimensão prática, a proposta contempla a inserção dos profissionais nos diferentes níveis de complexidade do SUS, com campos de estágios na Atenção Primária em Saúde (APS), âmbito hospitalar de média e alta complexidade, incluindo ambulatorios de especialidades quando

pertinente à categoria profissional. O cenário da atenção básica corresponde às Estratégias Saúde da Família (ESF) do município, onde a prioridade das ações é voltada à prevenção de doenças e a promoção da saúde através de atividades educativas direcionadas aos diversos grupos populacionais adstritos à unidade. No contexto do HUAB, os setores de atuação dos residentes são: Salas de Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP), Alojamento Conjunto (AC), pediatria, Comissão de Infecção Hospitalar (CCIH), Centro Cirúrgico (CC), posto de coleta de leite humano, farmácia hospitalar, laboratório de análises clínicas e ambulatório de especialidades. Transversal à prática assistencial são desenvolvidos projetos de extensão a, saber: mãe cidadã, empoderamento, retorno do 5º dia, consulta multiprofissional em pediatria, aleitamento materno com amor e responsabilidade e “visitão” multiprofissional no alojamento conjunto. Tais ações têm a educação em saúde como principal estratégia para promoção da saúde materna, neonatal e infantil. Quanto à vivência nos níveis de média e alta complexidade, os cenários de prática correspondem ao Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), Maternidade Escola Januário Cicco (MEJC) e demais instituições que concordem em realizar a preceptoria dos residentes, inclusive em serviços de outros Estados do país. Assim, durante a residência os profissionais têm a oportunidade de vivenciar não apenas a assistência direta aos usuários, mas, também vivenciam a tríade ensino, pesquisa e extensão. A dinâmica do trabalho multidisciplinar e interdisciplinar se faz presente no decorrer dos dois anos de especialização, onde cada saber tem a oportunidade de dialogar uns com o (s) outro (s). Dessa forma, torna-se possível a concretização de um cuidado complexo capaz de promover a solução das problemáticas que envolvem as questões

relacionadas à saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considera-se que, a transformação da formação dos profissionais da saúde, bem como de suas práticas é um desafio a ser superado, pois implica mudanças de paradigmas estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais. Assim sendo, a Residência Integrada em Saúde Materna-infantil vem a contribuir para a formação de profissionais voltados à atuação no SUS, mais, especificamente, no contexto das Políticas Públicas de Atenção à saúde materna, neonatal e pediátrica. Sobremaneira, objetiva o desenvolvimento de competências e habilidades que propiciem à população o acesso a uma assistência humanizada, integral e qualificada.

FORMAÇÃO TÉCNICA DE ACS: INDAGAÇÕES E PERSPECTIVAS EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM

Marcia Cavalcanti Raposo Lopes, Cristina Massadar Morel, Mariana Nogueira

Palavras-chave: ACS, formação técnica, processo ensino-aprendizagem

Este trabalho apresenta a experiência de formação técnica de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em um curso ofertado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) a trabalhadores que já exerciam a função de ACS nos municípios do Rio de Janeiro e de Duque de Caxias. Temos como objetivo possibilitar o amadurecimento de discussões sobre o processo de ensino-aprendizagem de adultos, considerando a especificidade deste curso onde os estudantes já estão inseridos, há mais de oito anos, nas atividades para as quais estão sendo formados. Seguindo os princípios propostos pela EPSJV, o curso não busca simplesmente

a formação técnica *stricto sensu* visando o desenvolvimento integral e ampliação da capacidade de análise crítica e intervenção na realidade de seus alunos. Assim, alarga-se o desafio da formação para além de processos de aprendizagem de técnicas a serem aplicadas no cotidiano do trabalho. Neste sentido, é ponto fundamental para o andamento do curso a construção de um espaço pedagógico em que a formação esteja atrelada à abertura de possibilidades de criação de novos olhares e valores e a constituição de novos territórios de atuação e de luta para estes alunos-trabalhadores. (Pereira et al., no prelo) Como parte da coordenação, acompanhamos o curso assistindo aulas de vários professores, participando das reuniões de Conselhos de Classe, seguindo o desenvolvimento dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), lidando e conversando com os alunos sobre situações de seu dia a dia durante cerca de um ano e meio. Além disso, uma de nós participou de um dos eixos do curso como professora, o que também permitiu um olhar estratégico de dentro do processo de ensino-aprendizagem. Como os diferentes problemas enfrentados pelos educandos, imbricavam as questões de cunho pedagógico próprias do curso com variadas questões de cunho profissional e pessoal, este processo permitiu uma grande aproximação da vivência dos estudantes neste período. Tivemos oportunidade de conversar com eles não só sobre suas experiências mais diretamente relacionadas com a aprendizagem conceitual dos alunos, mas também sobre suas experiências externas ao curso, suas estratégias de enfrentamento para circunstâncias de vida extremamente complicadas, acompanhando o desenvolvimento singular de cada um durante este tempo. Desenvolvido a partir de eixos temáticos que abordam os diferentes assuntos importantes para a formação técnica dos ACS, o Curso Técnico

de ACS (CTACS) ofertado pela EPSJV, prevê na sua organização curricular oficina de leitura, oficinas temáticas sobre assuntos atuais, atividades de campo e de pesquisa além da redação e apresentação de um trabalho de conclusão de curso. Buscando integrar as diferentes discussões teóricas entre si e com as práticas realizadas no cotidiano, três preceptores acompanham a turma em diferentes aulas e propõem atividades específicas. As diversas situações vividas com os alunos, os debates em sala de aula, a busca de diferentes formas de apoiá-los nas variadas produções discursivas exigidas pelo curso e o constante desafio de incitar reflexões críticas sobre o trabalho e o contexto de vida que os unia nos instigaram a problematizar algumas questões sobre o processo de construção de conhecimento e transformação dos sujeitos e de suas práticas durante este percurso, que se coloca como de problematização, formalização, e reconstrução de conteúdos e experiências já presentes no dia a dia destes alunos. Entre os desafios que identificamos na realização do curso e no processo de ensino-aprendizagem gostaríamos de problematizar, em especial, os que dizem respeito ao domínio precário da leitura e da escrita, assim como os relativos à ampliação da compreensão crítica da realidade e das possibilidades de apropriação e produção singular de textos/conhecimento/diferentes práticas no trabalho. Além disso, tomamos também como objeto de análise neste trabalho a dificuldade de articulação entre os saberes construídos na experiência de vida e profissional, e a conceituação teórica apresentada pelos professores. No enfrentamento destas questões, tornou-se evidente a importância de, na atuação educativa com estes alunos trabalhadores, observar as relações entre aprendizagem, escolarização e cultura. Constatamos que as atividades de sala de aula como leitura de textos acadêmicos, elaboração de

sínteses de ideias por escrito, construção de sequência de tópicos para planejamento de ações constituíram-se em desafios para os ACS. Estas atividades exigem familiaridade com procedimentos relacionados ao mundo escolar, que ativam a consciência dos próprios processos de pensamento (Kohl, 1995), o que não foi possível, a grande parte dos ACS construir, pela precariedade da formação anterior ou mesmo pelo fato de, na condição de adultos, estarem afastados da experiência escolar há bastante tempo. Estes procedimentos, desenvolvidos sistematicamente no espaço da escola, dão sustentação a uma maneira de pensar o mundo menos dependente da experiência imediata, característica do pensamento e do saber científico que fundamentam as práticas de saúde. Verificou-se que os alunos tendiam a manter como referência para a reflexão, o contexto da experiência pessoal imediata, não conseguindo, muitas vezes, desenvolver reflexões que fossem para além desta. O processo de apropriação de discussões trazidas pelo curso vai se construindo em função de situações vividas, mas com problemas para reconstituir a experiência segundo novos parâmetros. Este processo repercute na dificuldade em rever e ampliar formas de análise e de ação sobre a realidade, seja no trabalho seja no contexto mais amplo da vida. Neste ponto, julgamos que a dinâmica do trabalho com a educação popular nos permitiu avanços importantes. Além disso, foi possível perceber o árduo movimento dos alunos para problematizar situações e conceitos que envolvessem valores constituintes de suas formas de vida como os referentes a questões de gênero e religião, tão importantes para os que atuam na área da saúde. Problematizar assuntos que remexem em crenças fundantes das formas de pensar e agir dos estudantes e de seus grupos sociais envolve retirá-los de uma zona de conforto e ajudá-los a olhar com estranhamento o que lhes

parece natural e verdadeiro. Processo difícil, que se percebe em movimentos de ida e volta, que invariavelmente tem dificuldade de se estabilizar em práticas diferentes das anteriores, mas que implica, de fato, em processos de desequilíbrio das certezas que sustentam essas últimas. Assim, o acompanhamento dos alunos e as diferentes estratégias utilizadas no curso nos permitiram nos aproximar das questões referentes ao ensino-aprendizagem de adultos trabalhadores e dos processos de construção subjetiva subjacentes a elas. Refletir sobre estas questões nos parece fundamental para pensar os caminhos da formação dos trabalhadores da saúde. Referências Bibliográficas: Kohl, M. Letramento, cultura e modalidades de pensamento. In Kleiman, A. (org.). Os significados do letramento. São Paulo: Mercado de letras, 1995. Pereira, I et al. Princípios pedagógicos e relações entre teoria e prática a partir da experiência de preceptoria na formação Técnica de Agentes Comunitários de Saúde. Trabalho, Educação e Saúde. No prelo.

FORTALECENDO O PAPEL DO ACOMPANHANTE NO PROCESSO DE PRODUÇÃO DE SAÚDE NO CONTEXTO HOSPITALAR

Cecilya Mayara Lins Batista, Cilânea dos Santos Costa, Danielle Cristina Gomes, Jéssica Barros Rangel, Mícarla Priscila Silva Dantas, Rayane Santos Lucena, Joseneide Costa Soares, Silvana Alves Pereira

Palavras-chave: Apoio Familiar de Paciente, Humanização da Assistência, Educação em Saúde

Diante dos muitos desafios enfrentados na construção do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Humanização - PNH, consiste em uma estratégia política

que busca por em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, fomentando a produção de mudanças nos processos de gestão e no modo de cuidar. No sentido de priorizar a qualidade do cuidado na assistência, ela propõe valorizar os diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde, sendo eles os usuários, gestores e os trabalhadores, em seus aspectos técnicos e humanos, de maneira a valorizar a subjetividade e a promoção do protagonismo dos sujeitos. Nesta perspectiva, o Hospital Universitário Ana Bezerra – HUAB, localizado no município de Santa Cruz, situado na região do Trairi do estado do Rio Grande do Norte, considerado referência no atendimento materno-infantil e no desenvolvimento de diversas ações e projetos de extensão, tem contribuído para o fortalecimento da PNH, pois oferece aos usuários, por meio dessas ações, um trabalho em equipe com enfoque na interdisciplinaridade, tendo como direcionamento a educação em saúde apreendida enquanto práxis educativa coletiva. O hospital cuja missão é “Prestar assistência materno - infantil qualificada e humanizada, de referência regional, servindo a um ensino voltado para uma formação cidadã,” propicia o desenvolvimento das ações que promovam a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos usuários, tornando-se essenciais, ao passo que representam um avanço nas práticas de cuidado no âmbito hospitalar, no intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada. Por isso, a instituição vem fomentando e fortalecendo a produção do cuidado numa perspectiva ampliada e integral de saúde aos pacientes e acompanhantes, desde o processo de hospitalização à preparação para o pós-alta das pacientes atendidas do parto ao puerpério. Diante disso e visando fortalecer o cuidado em saúde desenvolvido no âmbito do HUAB, um grupo de residentes,

inseridos no Programa de Residência Integral Multiprofissional em Assistência Materno-Infantil, idealizou e elaborou o Projeto de Extensão intitulado “Acolhimento e humanização para acompanhantes dos usuários do Hospital Universitário Ana Bezerra”, tendo como objetivo principal promover ações de educação em saúde que potencialize a importância do papel do acompanhante no processo de saúde do usuário. O referido projeto surgiu da necessidade de fortalecer o papel e a autonomia dos acompanhantes das puérperas e recém-nascidos em alojamento conjunto, espaço destinado à oferta de cuidados assistenciais a saúde da díade, por entendermos que o acompanhante desempenha um papel fundamental no processo produção de saúde, seja no compartilhamento dos cuidados ou na co-responsabilidade com a permanência, promoção, prevenção e recuperação das puérperas internas, tendo em vista que sua participação tem implicações no trabalho dos profissionais de saúde. Dessa forma, compreende-se que sua participação é indispensável junto a equipe de saúde que atendem esse público, seja na atenção aos cuidados da díade, na gestão ou no fortalecimento do controle social dentro da instituição. Segundo aponta a PNH, que tem como um dos dispositivos, na permanente atualização dos processos de trabalho, a Visita Aberta e Direito à Acompanhante desenvolvido para garantir a mulher a presença de um acompanhante de sua livre escolha, respeitando as necessidades e particularidades do mesmo. Assim sendo, este dispositivo, instituído no hospital universitário, apresenta-se como uma estratégia em que intervém na promoção da mudança de paradigma e nos modos de cuidar dentro do contexto hospitalar, onde é tão arraigado o modelo hospitalocêntrico de produzir saúde. Em face disso, o projeto de extensão voltado

para o acompanhante é desenvolvido pela equipe multiprofissional, composta por residentes de enfermagem, psicologia, serviço social, fisioterapia, farmácia, nutrição e odontologia, visando fortalecer a integralidade na assistência em saúde a partir do trabalho interdisciplinar. Dessa forma, a equipe desenvolve ações tendo como eixo norteador a educação em saúde, dentro de uma perspectiva de educação coletiva e participativa, estimulando a interação e troca das experiências e saberes entre os acompanhantes e a equipe multiprofissional, construindo uma rede de solidariedade e alteridade entre sujeitos envolvidos, em virtude da ampliação do cuidado integral em saúde, construindo autonomia e potencializando o cuidado compartilhado entre paciente-equipe-acompanhante. Atualmente, as atividades são desenvolvidas semanalmente utilizando-se de rodas de conversa onde os participantes têm a oportunidade de expor suas dúvidas e queixas. São orientados pela equipe multiprofissional por diversos aspectos que envolvem o processo do ciclo gravídico puerperal, como amamentação, cuidados com o recém-nascido, aspectos psicológicos que atravessam esse momento de muitas alterações biopsicossociais para a mulher e sua família, bem como benefícios sociais dentre outros que a equipe busca trazer aos acompanhantes numa linguagem acessível e didática à ampla visão de sua importante participação no processo de assistência às puérperas hospitalizadas nessa instituição, assim como, orientando sobre os direitos e deveres do acompanhante no ambiente hospitalar, e dos cuidados preventivos que se relacionam com o retorno da família ao lar, dado se configurar um momento de novas adaptações no contexto familiar e para puérpera a fim de prevenir intercorrências com a díade. Mediante a execução do projeto, observou-se que o momento propiciado aos acompanhantes tem possibilitado a interlocução entre os

acompanhantes das puérperas e a equipe multiprofissional, visando contribuir para a troca de experiências mútuas, oferecendo uma escuta qualificada as demandas trazidas por eles, bem como tem contribuído para um momento de reflexão sobre o processo de saúde do usuário, tendo em vista que nesse espaço são colocadas situações que favorecem um novo olhar em torno do processo de saúde-doença. Cabe frisar que esse contato entre acompanhantes e equipe de saúde produz no contexto hospitalar o fomento ao diálogo como um dos desafios dos processos de trabalho. Neste sentido, a roda de conversa potencializa a interação entre os atores envolvidos cotidianamente no serviço pela produção da saúde, da subjetividade e da vida. Contribui ainda, no fomento do protagonismo do acompanhante, uma vez que o empodera durante o período de hospitalização com o objeto de oferecer cuidado à díade durante a internação e também para o pós-alta. Dessa forma, percebe-se que esta estratégia de educação em saúde tem constituído para um espaço de oportunidades, quando destaca a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão inerentes a formação profissional e, por conseguinte, a construção de práticas educativas e democráticas, conforme orienta os princípios e diretrizes da política nacional de saúde concernente à assistência hospitalar.

GESTÃO ORÇAMENTÁRIA, FINANCEIRA E CONTÁBIL DO SUS: REFLEXÕES DE UMA EXPERIÊNCIA DE ENSINO A DISTÂNCIA

Roger dos Santos Rosa, Iuday Gonçalves Motta

Palavras-chave: Educação à distância, Gestão financeira, Ensino em saúde, Recursos humanos,

Apresentação: Descreve-se uma experiência de ensino à distância (EaD) na área da gestão orçamentária, financeira e contábil do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a subsidiar a elaboração de um futuro programa específico de âmbito estadual. Descrição da Experiência: O Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, selecionou em 2006 a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) para desenvolver um Curso de Capacitação à Distância em Gestão Orçamentária, Financeira e Contábil do SUS (GOFCSUS). O GOFCSUS teve por objetivo geral disseminar, entre os gestores da saúde e demais agentes que lidam com os recursos financeiros destinados às ações e serviços públicos de saúde, os conhecimentos necessários à compreensão e realização das funções de planejamento e execução orçamentária, financeira e contábil do SUS, utilizando instrumentos e metodologia de formação à distância. O programa de atividades abrangia originalmente 60hs nas Edições 1 e 2, ampliadas para 75hs nas Edições 3 e 4. Cada edição durou cerca de dois meses e meio e foi realizada entre 2006 e 2009. Essa experiência singular é agora revisitada com a finalidade de embasar uma proposta em andamento de âmbito estadual. As atividades propostas no GOFCSUS foram a leitura e o estudo de textos, documentos oficiais, legislação e artigos científicos, a elaboração de respostas a exercícios, a interação e a discussão on-line e off-line entre colegas de turmas e tutores (20-25 tutores por Edição e turmas de 20-25 alunos) em ambiente virtual e o acesso a vídeos. Ao final do Curso, os participantes deveriam elaborar um documento que relacionasse os conteúdos estudados com a área de atuação e apresentasse proposições de melhoria e sugestões de aperfeiçoamento. Nas 4 Edições, estiveram inscritos 910 profissionais de todo o país dos quais 618 foram aprovados (67,9%). O aproveitamento foi bastante variado

(52,5% na Edição 1; 82,3% na Edição 2, 76,8% na Edição 3 e 47,9% na Edição 4. Algumas características específicas de cada edição podem ser ter influenciado essa diversidade. Na primeira e na segunda edições foram distribuídos CDs com todo o material do Curso enquanto na terceira e na quarta não. Na segunda edição foi realizado um evento presencial de abertura em Porto Alegre (RS) e os alunos assinaram um Termo de Compromisso, o que não ocorreu nas Edições 1, 3 e 4 (Rosa, 2009). Efeitos percebidos Uma crítica frequente dos participantes foi considerar a duração do Curso curta, o que poderia ter interferido com o aproveitamento. Por outro lado, a combinação da distribuição de CD com todo o material do Curso, encontro presencial e Termo de Compromisso foi altamente favorecedora de melhor desempenho, como observou-se em especial na Edição 2. Constatou-se uma divergência de expectativas de muitos profissionais em relação ao formato e dedicação ao Curso. Houve prioridade a leituras e ao envio de exercícios em detrimento da interação e da observância do calendário de atividades. Acerca dos espaços interativos, ainda que tenham ocorrido manifestações extremamente positivas, como “Adorei o fórum...” (Avaliação 11) ou “Apreciei muito (...), o chat (...)” (Avaliação 26), observamos que a interação discente nos ambientes virtuais ficou aquém do esperado. Para alguns participantes “Não houve interação entre o grupo” (Avaliação 57); “O fórum passa maior tempo parado, [a] maioria dos alunos não participam e não se interessam;” (Avaliação 54). Assim, houve quem sugerisse que deveria “existir mais cobrança por parte da Universidade, para que os alunos inscritos participem realmente das atividades” (Avaliação 44) ou “ser mais rigoroso com aqueles que não estavam participando de forma assídua o que foi constante. (...)” (Avaliação 45). Entendemos que a utilização de métodos mais rígidos de avaliação

poderia desestimular a continuidade de muitos participantes. Ainda que a interação fosse um dos propósitos, é reconhecível que mesmo alunos que pouco participem no fórum ou chat (este, aliás, opcional) podem beneficiar-se do material disponibilizado para leitura e do acompanhamento da discussão de outros colegas. Contudo, é um aspecto a ser dimensionado para eventuais futuras edições. Recebemos inclusive proposta para “realização on-line de provas dos conteúdos estudados” (Avaliação 58). Observamos parcela expressiva dos inscritos com uma visão simplificada do processo de educação permanente, calcada apenas na relação vertical professor-aluno por meio do encaminhamento de exercícios e da pouca participação nos espaços virtuais comuns para interação, como o fórum. Muitos alunos deixaram de ser certificados por ausência de compartilhamento com os colegas de suas vivências, opiniões e impressões, visto que o Curso também visava estimular a criação de uma “comunidade virtual”. Considerações Finais Os desafios para a formação de uma “comunidade virtual”, que compartilhe conhecimentos, atitudes e habilidades, são de três ordens: (i) de análise do meio, pois o fato de se partir da experiência cotidiana não implica manter os alunos neste nível de análise; (ii) de expressão, reconhecendo as limitações de diversos alunos no uso da linguagem escrita; e (iii) de orientação, diante de diferentes fontes de informação e utilização dos recursos de informática. Esses desafios deverão ser considerados na proposta em construção de âmbito estadual. A educação permanente configura-se em ferramenta potente de gestão do trabalho, que contribui não somente para a satisfação e valorização do trabalhador como também para qualificação do processo de trabalho (SEIDL et al., 2014). Fiúza et al. (2012) destacaram que as modalidades de pós-graduação que ocorrem em serviço foram apontadas como necessárias por grande

parte dos profissionais. Identificaram maior interesse em processos educativos que influenciassem diretamente nos processos de trabalho, em detrimento da produção intelectual acadêmica, sinalizando que outros dispositivos educacionais também podem ser explorados. As lacunas na formação podem ser percebidas nas dificuldades relatadas em encontrar profissionais habilitados a atuarem como gestores do SUS (Lorenzetti et al., 2014). São comuns as situações em que a discussão orçamentária e financeira (e contábil mais ainda) distancia-se dos profissionais de saúde, em parte pelas limitações de formação. A situação torna-se mais relevante na área de GOF, o que estaria relacionado a fragilidades específicas de formação agravadas por deficiências no estabelecimento de mecanismos de educação permanente. Por fim, acredita-se que possibilitar espaços de discussão da gestão orçamentária, financeira e contábil da saúde junto aos profissionais seja uma estratégia de qualificação geral do sistema de saúde. A educação permanente combinada com outras ferramentas, como cursos de formação, pode ser um caminho para a gestão de recursos mais adequada, racional e que atenda as necessidades de saúde da população.

GLOBAL HEALTH WATCH 4: EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE GLOBAL

Mariana da Rosa Martins, Naédia Fogaça de Medeiros Pereira, Sara Tordj, Roberta Alvarenga Reis, Cristianne Maria Famer Rocha

Palavras-chave: saúde global, políticas de saúde, participação social

APRESENTAÇÃO: Trata-se de relato de experiência sobre a participação no ciclo de encontros denominado “Tópicos em

Saúde Global - Global Health Watch4”, ação promovida no primeiro semestre de 2015 por ativistas do Movimento pela Saúde dos Povos que atuam em diferentes instituições: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS) e Universidade de Bolonha - Itália. Os objetivos do ciclo eram estudar, discutir e problematizar questões relevantes contemporâneas, no campo da Saúde Global, tendo como ponto de partida a análise elaborada por movimentos sociais na publicação “Global Health Watch 4 – An Alternative World Health Report”. Para avaliação das atividades realizadas foram utilizadas as críticas feitas pelos participantes ao término do ciclo de encontros. METODOLOGIA: As inscrições para o ciclo de encontros eram gratuitas e realizadas por e-mail. Trabalhadores da saúde envolvidos com movimentos sociais foram estimulados a participar. Houve um total de 85 inscritos. Destes, 35 compareceram aos encontros e 14 aceitaram avaliar a ação. As atividades foram desenvolvidas ao longo de dois meses, em encontros semanais, totalizando carga horária de 15 horas-aula. Consistiam na leitura e na discussão de textos selecionados do livro - publicação em língua inglesa, resultado de uma iniciativa colaborativa de seis organizações da sociedade civil e que envolveu ativistas e acadêmicos de todo o mundo. O livro foi estruturado para discutir e questionar as políticas vigentes de saúde e propor alternativas, através de análises críticas dos principais temas de saúde da atualidade e da apresentação de histórias de resistência de coletivos de diversos países. As discussões promovidas visaram ajudar os participantes a compreenderem as dinâmicas da Saúde Global e a correlacionar os temas estudados às realidades locais. Os tópicos discutidos foram: a crise da saúde em um contexto de globalização neoliberal e a luta social e da saúde na América Latina; o atual discurso

da Cobertura Universal no âmbito do SUS; o papel dos agentes promotores de saúde; a crise da saúde materna e reprodutiva; determinantes sociais e estruturais de saúde: violência de gênero e soberania alimentar; financiamento da saúde: o papel das ONGs e a influência do setor privado sobre as políticas públicas de saúde; histórias de luta e resistência em saúde: mapeamento e cartografia de movimentos e territórios. O ciclo de encontros foi coordenado por duas professoras (Cursos de Fonoaudiologia e Saúde Coletiva), ambas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS, e uma servidora da ESP/RS. A ideia inicial foi concebida por duas acadêmicas (Cursos de Saúde Coletiva/UFRGS e Medicina da Universidade de Bolonha - Itália, em intercâmbio na Faculdade de Medicina da UFRGS) que colaboraram na realização da ação. Os tópicos foram pré-selecionados pelas ministrantes e reavaliados no primeiro encontro, através da validação dos participantes. Ao término das atividades, os participantes foram incentivados a avaliarem, de forma anônima, o ciclo de encontros. RESULTADOS: A participação no ciclo de encontros proporcionou uma aproximação com políticas internacionais e nacionais de saúde e visou fornecer ferramentas que possibilitem a seus participantes desenvolverem análises críticas sobre os tópicos tratados ao longo das atividades. Acredita-se que a apresentação dos temas, feita em conjunto com histórias de resistência, seja elemento provocador do questionamento do modelo biomédico vigente e mobilizador de alternativas de enfrentamento às estratégias colonizadoras em saúde. Além disso, os encontros permitiram a expansão das redes dos participantes, que entraram em contato com as narrativas contidas no material de apoio, mas também com as situações vivenciadas pelos próprios colegas de aula, descobrindo nessas pessoas companheiros

de luta e apoiadores. As avaliações dos participantes ressaltaram a inovação das atividades propostas e o fato de existirem poucos espaços, seja na academia, seja no âmbito do trabalho, para discussão dos tópicos abordados. Os participantes também destacaram a metodologia, apontada como participativa e horizontal, a relevância dos tópicos discutidos e a maneira como foi feita a escolha dos temas - pré-seleção pelas proponentes da ação e decisão final em conjunto com os participantes -, além da possibilidade de ouvir as experiências de colegas de aula de diversas formações e que atuam em diferentes campos. A relevância dos assuntos debatidos, a aplicabilidade das ferramentas abordadas nas discussões no cotidiano de trabalho também foram pontos indicados como positivos, tendo sido apontado também que as discussões trouxeram um novo ânimo para o trabalho. A leitura em língua inglesa foi um ponto indicado como positivo por alguns participantes e negativo por outros. Outro ponto ambíguo foi o horário: os encontros foram planejados para serem noturnos e permitirem que trabalhadores também tivessem a possibilidade de participar. Esse ponto foi elogiado por uma parte dos participantes, tendo sido, também indicado como uma dificuldade, principalmente em relação ao deslocamento, pois o local era distante do centro da cidade e o início das aulas era em horário de bastante trânsito em Porto Alegre. Algumas avaliações indicaram a necessidade de sair de sala de aula e ir a campo, o que inicialmente foi proposto, não tendo sido possível em função do horário e do local onde eram realizadas as atividades. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Após o ciclo de encontros, acredita-se que seus participantes são capazes de compreender melhor as dinâmicas de Saúde Global, contextualizar os tópicos estudados em relação às realidades locais, reconhecer e interagir com espaços

promotores de saúde na comunidade. As discussões realizadas contaram com a participação ativa da maioria dos presentes, que apresentaram suas realidades de vida e de trabalho através dos tópicos propostos, processo que evidenciou as inter-relações entre fenômenos locais e globais e seu caráter indissociável e possibilitou, ainda, um ambiente de troca de experiências e aprendizados. Os participantes seguem em contato através de grupo de discussão criado para o ciclo e através dos canais do Movimento pela Saúde dos Povos. Não se espera em absoluto que o ciclo de encontros tenha sido suficiente para esgotar a discussão sobre os tópicos propostos, mas sim, que ele tenha se constituído em uma ferramenta disparadora e instigadora sobre a importância do debate acerca da Saúde Global no cotidiano, não apenas acadêmica, mas também do trabalho. O campo da Saúde Global, apesar de sua relevância, ainda é pouco discutido na realidade brasileira e acredita-se que iniciativas como a do ciclo de encontros “Tópicos em Saúde Global - Global Health Watch4” possam ser multiplicadoras e incentivadoras de mais ações nessa área.

GRUPO OPERATIVO PARA CRIANÇAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Kerle Dayana Tavares de Lucena, Layza de Souza Chaves Deininger, Alisson Cleiton da Cunha Monteiro, Antonio Lopes Muritiba Neto, Caio Vinícius Duarte Siqueira, Hugo Leonardo Andrade Feitosa, Lamartine Barbosa de Souza Filho, Lucas Brendow Araújo de Oliveira, Lucas Henrique Soares Oliveira de Carvalho, Reinaldo Mesquita Neto, Rodrigo Policarpo Lima, Sebastião Solano Feitosa Filho

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade, saúde da criança, promoção da saúde

APRESENTAÇÃO: No contexto social das últimas décadas, marcado por transformações políticas e econômicas na sociedade ocidental, a saúde tem sido um tema valorizado tanto pelo reconhecimento de sua repercussão no bem estar individual e coletivo, necessário à reprodução biológica, psicológica e social do ser humano, como por sua importância para a reprodução e regulação do capitalismo, enquanto sistema econômico e social hegemônico. A saúde é concebida como a possibilidade de indivíduo aproveitar a vida de forma positiva, no sentido do uso de recursos pessoais e sociais, além da capacidade física. Isto não significa que a busca por tornar-se ou manter-se saudável seja um objetivo central e único na vida das pessoas, mas sim um recurso para fornecer qualidade à vida cotidiana. Atualmente a área da saúde experimenta grandes possibilidades de avançar no sentido de uma aproximação com os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), categoria que sintetiza os princípios doutrinários referentes ao direito à Universalidade, Equidade e Integralidade nas questões da atenção à saúde. Uma das possibilidades desse avanço pode ser a adoção de um novo processo de trabalho em saúde que considere seus elementos coerentemente para, assim, potencializar as perspectivas de consolidação do SUS. A Atenção Primária à Saúde (APS) foi descrita pela primeira vez, em 1978 na conferência de Alma-Ata, como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Ela utiliza tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados com foco nas reais necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade. É considerada determinante para a articulação e funcionamento da rede de assistência à saúde, pois promove a organização e racionalização da utilização dos recursos, sejam eles básicos ou especializados, com a

finalidade de direcioná-los para a promoção, manutenção e reabilitação da saúde a atenção primária à saúde é operacionalizada no país prioritariamente pela Estratégia Saúde da Família, em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Ela caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A APS possui significativa importância no funcionamento do Sistema Único de Saúde, este fato, implica não apenas em investimentos contínuos, mas também em avaliações detalhadas sobre seu grau de desempenho e efetividade, como também no atendimento de seus princípios e alcance de seus objetivos. A multiplicação de saberes para a comunidade, no sentido de promover à saúde e prevenir agravos é um dever do profissional, por isso a importância de realizar atividades em unidades da Estratégia Saúde da Família. Fazer uso da Educação em Saúde nos campos de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde, entre si, com a instituição e, sobretudo com o usuário, no desenvolvimento cotidiano de suas atividades. Essas práticas pressupõem a instrumentalização em técnicas didático-pedagógicas, e a necessidade de aprender a trabalhar em grupo e/ou melhorar o seu contato com o usuário. OBJETIVO: relatar a experiência do grupo operativo de trabalho desenvolvido em uma USF com crianças moradoras do território do Róger em João Pessoa, no período de outubro de 2015. METODOLOGIA: trata-se de um relato de experiência produzido pelos discentes do curso de graduação em Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba no período de outubro de 2015, durante as práticas do Módulo de Atenção à Saúde I que versa sobre a importância de se conhecer

o território para a formação médica. O módulo faz uso de metodologias ativas no qual o aluno é protagonista do processo ensino-aprendizagem. RESULTADOS: A nova proposta de modelo de atenção à saúde que o SUS pressupõe representa a única política de saúde requerida de fato pela sociedade brasileira organizada, construída a partir da mobilização de amplos setores da sociedade, desde a década de 1980, quando se reconheceu a limitação do modelo de saúde pública tradicional que valoriza, sobretudo, os aspectos biológicos do processo saúde-doença. O modelo que se propõe com o SUS comporta a teoria da determinação social do processo saúde-doença, evidenciando a compreensão da natureza humana como fenômeno constituído por inumeráveis fatores naturais e sociais das diferentes dimensões da universalidade que compõe a dinâmica da vida de relações dos seres humanos. Nessa perspectiva, a implementação de grupos operacionais com crianças possibilitou a criação de vínculo com as mesmas e a construção de novas práticas e saberes. Os alunos realizaram uma atividade educativa em um ginásio do território da USF em que foi trabalho temas como: higienização, nutrição, higiene bucal, vacinação, cuidados para combater a dengue e atividades de educação física. Os alunos se dividiram em 5 grupos, juntamente com os profissionais da unidade de saúde e acolheram as crianças. Cada grupo trabalhou um tema, porém de forma lúdica, com teatro de fantoches, brincadeiras, desenhos, músicas e jogos. Os pais das crianças também participaram envolvendo as crianças no processo educativo. Ao final, ofertaram-se lanches e brinquedos. Todos participaram ativamente da ação, os alunos mobilizaram os usuários para dialogar sobre a importância das crianças na escola. No sentido de analisar os avanços do SUS, a avaliação dos serviços diretos de saúde responsáveis pela atenção

à saúde da criança pode indicar os avanços já conquistados nesses três pilares, pela verificação da produção de conhecimentos e de sua aplicação nas práticas profissionais nessa área específica. Pode ainda sinalizar sobre a necessidade de produção de novos saberes e práticas, necessários para o reconhecimento de que a área da saúde da criança apresenta uma aproximação ou um distanciamento com os princípios e diretrizes emancipatórios que o SUS pressupõe e atividades educativas nesse caso, devem ser ampliadas no território. CONSIDERAÇÕES FINAIS: quando a APS funciona de forma adequada, ela é capaz de reduzir a ocorrência de situações evitáveis e indicativas de cuidados insatisfatórios, como ausência de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, além de um excesso de hospitalizações por problemas que podem ser resolvidos neste nível de atenção. Um sistema de saúde com forte referencial na Atenção Primária à Saúde é mais efetivo e satisfatório para a população, tem menores custos e é equitativo mesmo em contextos de grande desigualdade social a experiência foi significativa, pois além de possibilitar a constituição de vínculo entre trabalhadores, alunos e usuários, produz cuidado integral e humanizado, além de melhorar os indicadores de saúde do território.

HABITAR O TEKOKHA ... A RESIDÊNCIA EM SAÚDE INDÍGENA NO TERRITÓRIO GUARANI E KAIOWA

Tanise de Oliveira Fernandes

Palavras-chave: residência em saúde, Guarani e Kaiowa, acampamentos

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) com ênfase em Saúde Indígena do Hospital Universitário da Grande Dourados (HUGD) apresenta-se como uma

estratégia para qualificar o atendimento a população indígena, considerando as necessidades e demandas locais. A cidade de Dourados/MS tem uma das maiores populações indígenas do Brasil, são quase 12 mil indígenas (CAVALCANTE, 2013), das etnias Guarani-Nhandeva, Guarani Kaiowa e Terena. Esta população encontra-se em diversos contextos, como em terras tradicionais indígenas, na Reserva Indígena de Dourados (RID), na cidade e também nos acampamentos. No percurso da RMS tive algumas experiências nas realidades Guarani e Kaiowa além dos campos de estágio previstos pelo programa. Neste trabalho pretendo apresentar e discutir vivências nos acampamentos indígenas. Experiências que me possibilitaram acessar a saúde destes povos em um prisma ampliado, considerando temáticas poucos presentes no contexto hospitalar e principalmente discutindo a saúde no território. Ao utilizar a cartografia (BARROS; KASTRUP, 2012), problematizo esta experiência ao habitar o território em questão, considerando este habitar como um processo que se dá na experiência, na ambientação e composição dos espaços de um pesquisador e seu campo pesquisado (ALVAREZ; PASSOS, 2012). Ao falarmos de acampamentos, estamos considerando a complexidade envolvida neste assunto. Para Mota (2011, p. 335) os acampamentos indígenas são “[...] territórios de resistências, envolvidos em uma multiplicidade de formas de re-existir, produzidos na multidimensionalidade de transitar e interagir entre múltiplos territórios”. Cada acampamento se apresentou para mim de forma singular, diante de suas características, estratégias de organização e de resistência muito particulares. Possuem realidades distintas da RID no que diz respeito à dificuldade de acesso a recursos sociais, precário acesso à saúde, ao ensino, moradia, segurança, dentre outros direitos. Ainda há o complicador

da característica de terra em litígio, em que a violência e ameaças por parte de fazendeiros se fazem presente na realidade de alguns acampamentos. No período de três dias, acompanhei uma pesquisadora em suas conversas e entrevistas junto às lideranças indígenas e famílias que ocupam os territórios de acampamentos. Esta experiência possibilitou-me o contato com realidades indígenas que até então eu não havia conhecido com maior proximidade, escutando sobre suas histórias, suas terras tradicionais e os sentidos da luta por aquelas terras. Também me permitiu a compreensão do sentido e do valor afetivo do território indígena, do seu tekoha. Em conversas sobre este território tradicional, o sentimento que circula é de que a felicidade real, o bem viver indígena, está neste lugar tão desejado, espaço em que seus antepassados viveram. O envolvimento afetivo com o território e o desejo em retornar para ele é tão intenso que acabou me envolvendo também, no desejo em conhecer este lugar, que foi mostrado para nós por desenhos e filmagens realizadas pela família e é almejado intensamente. Nesse sentido, o território indígena assume importância em uma dimensão integral na vida destes povos como afirma Mota (2011, p. 118 e 119): “[...] além dos Guarani e Kaiowa possuírem um território, estes se fazem humanamente a partir dele, podendo dizer que as relações destas sociedades com o território é um importante e imprescindível meio para a construção identitária destas sociedades, pois refere-se sempre a um modo de vida no território, no caso específico, no Tekoha. Diante do meu maior esclarecimento acerca da relação que os Guarani e Kaiowa possuem com seu tekoha, me questionei quanto a influência do território nos processos de vida destes sujeitos e como as dinâmicas de saúde e doença são influenciadas pela presença ou distanciamento deste território. Os desafios

dos cuidados na saúde indígena que se apresentam a rede de atenção de Dourados são diversos e de grande complexidade, como o uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras drogas, as doenças de cunho emocional e/ou espiritual, o suicídio, a violência, dentre outras questões. Qual a relação destas problemáticas com a falta da terra? A vida em acampamentos se dá envolvida por dinâmicas complexas e também singulares de cada território, marcados pela recorrente instabilidade. Assim, um acampamento tem momentos de maior fragilidade da luta - seja por conflitos e quebra de alianças internas ou ameaças externas - e momentos de fortalecimento da resistência. A resistência no acampamento se dá principalmente pelo estabelecimento de alianças políticas para reivindicar o local. No entanto, os Guarani e Kaiowa estando presentes fisicamente ou não em seu território, sempre existirá uma relação afetiva com o local, guardando na memória o lugar que seus antepassados viviam. A assistência à saúde nos acampamentos é realizada pela SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena). Em conversa com a liderança de um dos acampamentos, esta relatou que duas vezes na semana a equipe volante da SESAI faz atendimento à população local. Quando questionei o que ela achava do serviço, referiu que contemplava as necessidades do seu grupo. Entretanto, o serviço da SESAI enfrenta algumas problemáticas, como o receio dos trabalhadores da SESAI em atuar nos acampamentos indígenas, pela situação de conflito e riscos que estes locais podem oferecer, pela falta de recursos materiais para trabalhar, e pela característica de maior resistência aos serviços de saúde da SESAI por populações de acampamentos. Essas questões devem ser discutidas, investindo em possíveis soluções para os problemas apontados pelas equipes, e, principalmente no trabalho pela garantia do

direito ao acesso aos serviços de saúde das populações indígenas, sejam desaldeadas e/ou em acampamentos. Considerações finais Aproximar-me dos acampamentos indígenas, escutar suas histórias e compreender um pouco sobre a relação e a importância do território para os Guarani e Kaiowa, me deslocaram para outro olhar sobre a complexidade da saúde mergulhada nesta relação afetiva que se estabelece com o Tekohá, destacando a influência da questão da terra nas condições de saúde. O acesso à terra é o acesso ao sentido da vida para os Guarani e Kaiowa. Ainda destaco a importância da inserção com mais intensidade da RMS do HUGD nas realidades de saúde, cultural, comunitária, como uma efetiva estratégia para qualificar o trabalho dos residentes desta ênfase, desmistificando compreensões preconceituosas envolvidas pelo desconhecimento sobre a questão indígena, e possibilitando um olhar mais integral a estes usuários.

HANSENÍASE: APONTAMENTOS INDUTORES E PROMOTORES DE CUIDADO À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Elizê Pereira Pinheiro, Ádyla Barbosa Lucas, Diana Suely Arraes Freire, Osmar Arruda da Ponte Neto, Rayane Alves Lacerda, Viviane Oliveira Mendes Cavalcante, Euclídia Selênia Pereira Teixeira

Palavras-chave: Educação Permanente, Hanseníase, Residência Multiprofissional

INTRODUÇÃO: A hanseníase é uma patologia causada pelo *Mycobacterium Leprae* que atinge alguns sistemas do corpo humano como o nervoso periférico e alguns órgãos como a pele, dentre outros. Pode apresentar-se na forma paucibacilar, contagiosa e multibacilar, não contagiosa, sendo as vias aéreas o principal canal de transmissão.

OBJETIVO: Descrever a experiência de profissionais da Estratégia Saúde da Família, no mapeamento precoce e cuidado com pacientes acometidos pela hanseníase. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência, com abordagem qualitativa, realizado no Centro de Saúde da Família (CSF) Herbert de Sousa, localizado no bairro Padre Palhano, no município de Sobral-Ceará. Os participantes do estudo foram residentes multiprofissionais em saúde da família e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), juntamente com a equipe mínima do CSF, composta por: terapeuta ocupacional, enfermeiros, assistente social, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogo, profissional de educação física, psicólogo, farmacêutico, médicos e agentes comunitários de saúde, além do envolvimento da população que reside no bairro em questão e usuários do CSF. Considerando a importância da Educação Permanente (EP) em Saúde, foram realizados momentos de atualização sobre a temática, utilizando o espaço da roda de gestão com os trabalhadores, que acontece semanalmente, para aprofundamento sobre causa, diagnósticos, medicação, profilaxia dentre outros, objetivando sanar dúvidas, aprimorar saberes e práticas. Para identificação de pacientes acometidos por esta doença potencializou-se espaços de atendimento individual, grupos de salas de espera, rodas de quarteirão com a comunidade, grupo de autocuidado, busca ativa, visitas domiciliares, panfletagem, ações educativas descentralizadas do CSF, como intervenções em estações do metrô e apresentação teatral feita pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) do CSF em grupo de práticas corporais da comunidade. RESULTADOS: Todas as ações realizadas em prol da Hanseníase aconteceram da seguinte forma, primeiro momento: de EP com os profissionais do CSF, foi utilizado um jogo de tabuleiro para abordar a temática

da Hanseníase. Os profissionais foram divididos em duas equipes e foi escolhido um representante para iniciar o jogo, o qual iniciou com o lançamento de um dado sinalizando a casa que o profissional teria que avançar. O tabuleiro continha 35 casas e em cada uma delas havia uma pergunta referente à temática, sendo: verdadeiro ou falso, escolher a alternativa correta, entre outros, de forma que tanto os profissionais de nível médio quanto superior compreendessem o assunto. O momento culminou com o envolvimento de toda a equipe com a temática, proporcionando trocas de experiências, conhecimentos, esclarecimento de dúvidas e aprofundamento do conteúdo, possibilitando aos profissionais, identificar possíveis casos de Hanseníase, assim como adotar as condutas corretas em relação à patologia. Segundo momento: durante os momentos de espera dos pacientes, foram realizadas atividades de integração com informações sobre Bacilo de Hansen, alertando a comunidade quanto ao surgimento de manchas pelo corpo, com rarefação de pelos e alteração da sensibilidade, além disso, foram distribuídos panfletos informativos. Foi observado durante esta atividade que a comunidade possuía um significativo conhecimento prévio sobre a doença, pelo fato do município e bairro onde residem serem hiperendêmicos. Ao final desta atividade, três usuários procuraram atendimento com os profissionais do CSF e após exames e avaliações, foram diagnosticados com Hanseníase e encaminhados para tratamento. Terceiro momento: Foram realizadas rodas de quarteirão que é uma abordagem coletiva em alguma área crítica do território. Participaram alguns moradores de uma rua onde existem duas pessoas em tratamento de Hanseníase e conseqüentemente vários contatos. Neste momento foi notada a preocupação

dos moradores daquela área quanto à transmissão da doença e identificado um novo caso. Quarto momento: no grupo de autocuidado são dadas orientações sobre prevenção de incapacidades e sequelas decorrentes da Hanseníase, sendo público alvo desta abordagem tanto pacientes que estão em tratamento quanto os que já finalizaram a poliquimioterapia. Quinto momento: Em um passeio de metrô com um grupo de mulheres, foram realizadas distribuições de panfletos para todos os passageiros, contendo informações sobre a doença. Algumas pessoas desconheciam, outras já tinham determinada familiaridade com o assunto. Sexto momento: apresentação teatral feita pelas ACS, esta ocorreu no grupo de práticas corporais, que acontece as terças e quintas-feiras, na quadra do bairro. A temática foi abordada de forma lúdica e artística, com cenas que simulavam o comportamento da patologia em uma pessoa, elucidando sinais e sintomas, bem como tratamento. Sétimo momento: visitas domiciliares, busca ativa e atendimentos individuais foram realizados para acompanhamento dos casos existentes no bairro, no intuito de ofertar um maior aporte aos pacientes de Hanseníase. Percebeu-se que lidar com algumas doenças como a hanseníase, ainda é um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao observar este fenômeno, neste cenário sociocultural, observamos que muitos profissionais de saúde necessitam de um aporte técnico-pedagógico para produzir uma assertiva nos diagnósticos de casos positivos e estabelecer uma linha contínua de cuidados àqueles com sequelas de ordens diversas. Constataram-se dúvidas substanciais sobre a doença, modos distintos de observá-la e carência na flexibilidade dos profissionais e tempo para oferecer as condutas terapêuticas indicadas. Apreendeu-se que as doenças a cuidar são muitas, desde as infectocontagiosas, às crônico-degenerativas. Sabe-se que a

atenção é concedida de modo mais intenso a algumas doenças, por existirem programas instituídos, ou por estarem em um indicador específico de saúde. Além disso, considerou-se essencial a ampliação dos espaços de identificação da doença, e inventiva de métodos de coproduzir e promover saúde, atuando extramuros, pois, em alguns cenários de prática, a demanda não acessa os ambulatorios, que formalmente estão estruturados para este fim. No entanto é importante que profissionais de saúde tenham acesso a estes usuários que estão no território e desconhecem a doença, ou até mesmo seu diagnóstico, sendo um potencial disseminador. Com esse escopo de ações programáticas foi possível diagnosticar casos de hanseníase, outrora desconhecidos, bem como compreender o itinerário terapêutico de muitos usuários e estabelecer uma linha de cuidados de acordo com suas necessidades. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A efetivação das ações de educação permanente em saúde para os profissionais, e de educação em saúde, para usuários, encorajando o empoderamento e autonomia, são de suma importância, não somente para atender aos acometidos pela doença, mas também para garantir assistência integral e longitudinal assegurando a notificação de novos casos e terapêutica efetiva aos já antevistos na atenção primária em saúde.

HEPATI-A-KIDS – AÇÃO EDUCATIVA DE ENFERMAGEM COM PRÉ-ESCOLARES EM UMA ESCOLA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE, MS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nataly Mesquita Cardoso, Andressa Manoella Castro King, Nathan Aratani, Paulo Guilherme Cábria, Christiane Aparecida Rodrigues de Lima, Tais Capilé Ramires

Palavras-chave: Hepatite A, enfermagem, pré-escolar, criança

APRESENTAÇÃO: A Hepatite A é tida como um problema de saúde pública, sendo atualmente a principal causa de infecção por hepatite aguda em crianças. As vias de transmissão do vírus relacionadas à higiene tornam os pré-escolares e crianças um grupo de risco para a contaminação (KREBES et al., 2011; MARKUS et al., 2011). A demora da introdução da vacina contra a hepatite no Programa Nacional de Imunização apenas em agosto de 2014 facilitou o surgimento de indícios de um surto de Hepatite A, na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no mesmo ano. Entre os meses de janeiro a setembro de 2014, foram notificados 65 casos da doença, sendo que 24 casos corresponderam a faixa etária de 1 aos 9 anos de idade. (SINAN, 2014). O objetivo geral desse trabalho é relatar a experiência do desenvolvimento de uma ação educativa denominada Hepati-A-Kids para pré-Escolares e crianças de 4 a 6 anos de idade na Escola Municipal Domingos Gonçalves Gomes, com a finalidade de utilizar a população alvo como multiplicadores de informações para pais, amigos e familiares para fins preventivos. **DESENVOLVIMENTO:** A temática da ação foi identificada durante as atividades práticas na Unidade de Saúde Celso Lacerda, e executada no decorrer dos meses de outubro e novembro. A ação foi desenvolvida com três salas de aula, sendo duas pré-1 e uma primeira série com pré-escolares de 4 a 5 anos de idade, e com crianças de 5 a 6 anos de idade, em uma Escola Municipal do município de Campo Grande no dia 27 de novembro de 2014 no período vespertino. Através de meios lúdicos utilizando fantoches, foi apresentada uma história fictícia de um personagem infantil que havia sido contaminado pelo vírus ao ingerir um alimento contaminado não higienizado previamente. O público foi

disposto em cadeiras escolares para assistir ao teatro executado pelas acadêmicas, e, em seguida, foram instruídos a ilustrarem de maneira livre o que aprenderam e o que devemos fazer para não contrair a doença, para logo mais haver a confecção de cartazes com as ilustrações. Para o desenvolvimento da ação, houve um primeiro contato com a gerente responsável pela Unidade Básica de Saúde Celso Lacerda para a identificação das necessidades da região, onde foi apontado a necessidade de abordar Hepatite A para a população infantil, pois até então, não havia acontecido a distribuição da vacina contra a doença para o público e os surtos começaram a ocorrer na cidade. Após o levantamento dos dados houve uma conversa prévia com a diretora responsável pela escola sobre a possibilidade do desenvolvimento da atividade educativa. A ação foi dividida em quatro momentos: 1) Apresentação das acadêmicas e dos fantoches com o objetivo da criação de vínculo com os alunos. 2) Teatro com quatro fantoches fantasiando uma situação onde uma criança contrai o vírus por meio da ingestão de uma fruta não lavada. O conteúdo programático envolveu “o que é a doença”, “transmissão”, “sinais e sintomas”, “como evitar”, “tratamento”, “importância da vacina e da lavagem das frutas e das mãos, com o objetivo de aprender sobre a doença. 3) Avaliação do que o público aprendeu sobre a temática. Após o teatro, foram distribuídos dois pedaços de folha sulfite para cada criança expressar da maneira que quisesse o que aprendeu sobre a doença obedecendo dois grupos “o que aprendeu sobre a doença” e “como evitar para não se contaminar”. 4) Fechamento do assunto e finalização da ação. Após a apresentação do teatro e a avaliação sobre o conteúdo abordado, as folhas com as ilustrações foram coladas pelos alunos em papel pardo, que posteriormente ficou exposto na sala de aula. Houve ainda um momento onde os alunos expressavam suas

ideias sobre alguns dos assuntos abordados no teatro com fantoches. Destaca-se as afirmações como “o vírus deixa amarelo”, “a maçã suja tinha o vírus” e “a vacina protege da doença”. Para a finalização da ação, foram confeccionados cartões de agradecimento para serem distribuídos aos professores de cada sala colaboradora e embalagens com lembrancinhas diversas para as crianças. IMPACTOS: A atividade desenvolvida contou com a participação de 72 alunos no total. Primeiro e segundo momento do planejamento: Percebeu-se o empenho dos alunos e o interesse em participar ativamente do processo da dramatização. As crianças deram nomes aos fantoches, se divertiram e aprenderam com o que lhes foi apresentado. Pode-se destacar algumas frases como as citadas a seguir: “Apresenta de novo o teatro”, “O João ficou amarelo (risos)”, “Temos que lavar as mãos antes de comer os doces”. As frases citadas demonstram que os alunos realmente identificaram-se com a história dos personagens e conseguiram entender todos os conteúdos programáticos que foram repassados durante o decorrer do teatro. No terceiro momento referente à avaliação sobre o que os alunos aprenderam sobre o tema, notou-se o apreço que o público teve para realizar as ilustrações. Houve diversos métodos de expressão, entre eles destacam-se a escrita e as ilustrações. Boa parte do grupo ilustrou imagens deles mesmos lavando as mãos e os alimentos ou sendo imunizados com a vacina. Uns optaram por desenhar o vírus infectando uma criança, e outros ilustraram uma criança icterica, sinal clássico da hepatite, demonstrando que houve compreensão do tema abordado. Através da demonstração dos resultados constatou-se então que o público conseguiu captar boa parte dos conteúdos programáticos abordados e notou-se o empenho dos alunos em demonstrar as graduanças o

que aprenderam, porém cabe destacar que os alunos tiveram dificuldade em separar os grupos “o que eu aprendi” e “como não contrair a doença”, logo não é possível identificar qual temática os pré-escolares e escolares tiveram dificuldade para assimilar. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Percebe-se que o público em questão é imprescindível para mudanças no panorama epidemiológico nacional, pois os hábitos de adultos são criados na infância. As avaliações aplicadas demonstraram que o público alvo conseguiu assimilar as categorias consideradas mais importantes cabendo destacar que o item “prevenção” foi o que mais expressou-se nas avaliações. Nota-se a importância de realizar planejamentos diferenciados de acordo com a faixa etária que se pretende atingir e constata-se essa população como multiplicadores de informações devido ao interesse e a capacidade de aprender sobre as temáticas quando retratadas de forma lúdica. A ação de intervenção descrita nesse trabalho serve de subsídios para o desenvolvimento de novos projetos e trabalhos com a finalidade de atingir mudanças futuras em saúde e reverter o cenário atual que é de relevante importância.

I EDIÇÃO VER-SUS DF: EIA SUS, ÓH SUS

Danylo Santos Silva Vilaça, Andréia Alves Puttini Ramos, Álisson César Cardoso de Freitas, Maiza Misquita, Diogo Almeida Carneiro, Rodrigo de Souza Barbosa, Emily Raquel Nunes Vidal, Douglas dos Santos Vasco

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Educação em Saúde, Participação Social,

APRESENTAÇÃO E OBJETIVO: O Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS para os íntimos) é sucessor ao Projeto Escola de Verão – PEV. PEV foi idealizado em 2001 e efetivado em

2002, através da implantação articulada entre a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul - ESP/RS com o Movimento Estudantil da área da saúde, em especial ao de acadêmicos de medicina. O diferencial entre esses dois projetos, dar-se-iam sua configuração de participação, sendo que ao PEV, cabia tão somente a participação de graduandos em medicina, enquanto que ao VER-SUS empregava-se a participação multicursos de graduação na área/campo da saúde. Suas similaridades ocorrem com a oportunidade em vivenciar a gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, utilizando-se dos períodos letivos de férias para realização das atividades e contato com a rede de serviços e controle social. O VER-SUS trouxe outra significativa ampliação, no que se refere a contribuição dos discentes para com a construção dos processos. Tinha-se como relevante a amplitude multiprofissional que o projeto poderia alcançar desde o momento da elaboração da proposta, até a sua realização. O Projeto VER-SUS foi realizado no Distrito Federal – DF treze anos após a sua primeira edição no Rio Grande do Sul. Antes disso, houveram duas outras tentativas, frustradas pela não aceitação e adesão da Secretaria de Estado de Saúde e ausência de expertise sobre a construção do projeto, respectivamente. Em sua terceira tentativa, um pequeno grupo de graduandos em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, foi incentivado à vivenciar o VER-SUS no município de Uberlândia-MG, com a expectativa que doravante, pudesse concretizar-se na região do DF. Ao retornar, utilizaram-se dos mesmos preceitos estudantis, nos primórdios da elaboração do projeto no Rio Grande do Sul, a saber: construíram uma rede de contatos. Contou-se com a colaboração e conhecimento técnico de organizadores de edições do VER-SUS RJ que disponibilizaram tempo e dedicação às normas e submissão do projeto para

o Ministério da Saúde, em parceria com a Rede Unida e outros. Contou-se, ainda, com o apoio de alguns servidores da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, vinculada à SES/DF. Somou-se os mais diversos profissionais de saúde em formação, e conseguiu-se desenvolver um conciso coletivo que tivesse como objetivo central a realização da I edição do Projeto VER-SUS no DF, tendo como norte a necessidade de avivar o Movimento Estudantil para a defesa e compreensão da realidade de saúde do SUS da região. DESENVOLVIMENTO: A organização da I Edição VER-SUS DF foi ramificada entre seis comissões estruturantes, a saber: Secretaria Executiva, Comissão de Programação, de Estrutura, de Comunicação, Pedagógica e por fim, mas não menos importante, a Comissão de Seleção. O grupo, até então sem denominação específica, foi formado por graduandos em Saúde Coletiva, Enfermagem, Medicina e Psicologia, totalizando um coletivo de vinte e dois estudantes/organizadores. Destes vinte e dois, sete já haviam vivenciado VER-SUS em outras localidades. Essa participação, foi necessária para o que pretendia-se efetivar como metodologia para o projeto no DF. Como preconizado pela Rede Unida e pela própria Coordenação Nacional do VER-SUS Brasil, tem-se a imersão como método de participação obrigatório. Imersão, significa a estadia integral para as atividades elaboradas. O coletivo tinha em seu imaginário que dentre os 7 a 15 dias possíveis para a realização do VER-SUS DF, seria interessante manter a consciência de que por se tratar da primeira experiência, dever-se-ia manter a viabilidade de realização, entendendo que nove dias era o ideal para esta primeira edição e por semelhante modo, acompanhado este raciocínio, indicou-se que o número de participantes possível seria de 40 viventes e 4 facilitadores oficiais. Tinha-se preconizado

que tal quantitativo poderia ser dividido em 4 grupos, contudo, atendendo aos anseios e preocupação da SES/DF para a entrada em alguns serviços específicos, esta formação acabou não sendo efetivada. Os quatro grupos foram divididos somente para a realização de tarefas no decorrer da convivência. Considerou-se os quatro elementos da natureza para formação destes grupos, a saber: Água, Fogo, Terra e Ar. Para esta primeira edição, planejou-se para que o alojamento tivesse disponível o acesso à internet para as postagens de portfólios e demais atividades que pudessem requerer esse tipo de serviço. Preocupou-se em realizar seminário de facilitadores, indicando dois dias possíveis para este momento próximos à realização da vivência. A produção de materiais específicos que, melhor detalhassem os serviços de saúde e a própria programação foi alvo de preocupação do coletivo organizador. IMPACTOS: Teve-se a divisão dos 44 participantes entre os 41 serviços de saúde existentes na programação, dentre eles, destacam-se: As Clínicas e Núcleos de Apoio à Saúde da Família de Samambaia, a Equipe de Saúde Prisional do Complexo Penitenciário da PAPUDA, os mais diversos Centros de Apoio Psicossocial, a Farmácia Viva, o Centro POP – Consultório na Rua, o banco de leite do Hospital Regional de Taguatinga, a Unidade de Pronto Atendimento de Ceilândia, a Casa de Parto de São Sebastião, o Hospital São Vicente de Paula e entre outros. A divisão ocorreu com os seguintes critérios: participação multiprofissional nas visitas, níveis de atenção e de gestão diferenciados e rotatividade entre os grupos, objetivando a maior convivência. Ressalta-se que a SES/DF possui em seu escopo mais de 450 unidades de saúde e por esse motivo, priorizou-se a amplitude de vivências nestes serviços. Tinha-se como espaço de fundamental inserção na programação a participação na

9^o Conferência de Saúde do Distrito Federal, que ocorreu em dois períodos, sendo eles a abertura das discussões e a plenária final de aprovação de propostas. Nos períodos noturnos, ocorriam-se as discussões dos serviços e espaços vivenciados, com todo o grupo. Essa metodologia pareceu ser exaustiva, dada a amplitude de locais e regionais de saúde acompanhados no decorrer do dia. Ainda que com esta limitação, a extensa oportunidade de vivenciar os mais diversos pontos de saúde do DF serviram para reforçar a imensidão que é o SUS, onde notava-se na fala dos participantes o desconhecimento da influência cotidiana que este sistema possui para com os usuários. Compreendeu-se que a Atenção Primária à Saúde é de fato a porta de entrada do SUS e que este sistema é fruto de lutas de movimentos sociais e patrimônio dos brasileiros e brasileiras. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A I edição do projeto VER-SUS DF foi compreendida pelos participantes como uma mudança de vida pessoal e de perspectiva profissional, e ainda, contribuiu para o conhecimento na prática, mas como também em teoria do que se trata essa que é a maior política social do país. Considera-se que em novas edições, reveja-se a metodologia noturna dada aos espaços de discussões e que esses devam ser priorizados. Mas, o projeto demonstrou suas autenticidades ao oportunizar uma vasta gama de serviços e ao momento oportuno de acompanhar o maior encontro do controle social da região. Conseguiu-se formar e informar recursos humanos que possam futuramente efetivar os princípios e diretrizes organizativas do SUS de maneira qualificada. Indica-se a continuidade do projeto como meio de propiciar para estudantes de graduação em saúde e também para Movimentos Sociais o debate das políticas públicas de saúde no SUS, bem como o próprio estágio de vivências em âmbito Distrital e Regional.

IMAGENS ARTÍSTICAS COMO RECURSO PEDAGÓGICO NA AMPLIAÇÃO DO PROCESSO CRÍTICO E REFLEXIVO SOBRE A SAÚDE HUMANA

Amanda Anavlis Costa, Fabrício Bragança da Silva, Hiata Anderson Silva do Nascimento, Roseane Vargas Rohr

Palavras-chave: Educação em Enfermagem, arte, história

APRESENTAÇÃO: A arte é um importante recurso pedagógico para a formação dos profissionais de saúde, melhorando as habilidades, o pensamento crítico e a empatia entre os estudantes. As artes visuais representam a condição do ser humano e possibilitam aos estudantes entrarem em contato com questões do humano de relevância na prática de cuidado em saúde como doença, limitação, medo, tristeza, luto, morte. O projeto de extensão “Imagens da vida: o desenho, a pintura e a fotografia revelando a saúde na história” (Siex UFES 400031), iniciado em 2007, é vinculado ao programa de extensão “Vida, ciência e arte: inovação e criatividade no processo de formação em saúde” (Siex UFES 500010). Utiliza a arte como recurso pedagógico para a compreensão do processo de construção do conhecimento histórico em saúde. Abrange diferentes áreas de conhecimento como arte, ciência, história, cultura e saúde, potencializando as interações dialógicas, a interdisciplinaridade e articulação das ações de extensão com o ensino e a pesquisa. Vale ressaltar que muitas ações do projeto são desenvolvidas em parceria com o Centro de Memórias do Curso de Enfermagem da UFES. Utilizar a arte como recurso pedagógico na compreensão crítica e reflexiva sobre a evolução histórica do conhecimento em saúde; promover o cuidado sensível por meio de diálogos entre arte e ciência; desenvolver competências de observação,

percepção visual, sensibilidade artística e senso crítico entre estudantes utilizando obras de arte; despertar o interesse de estudantes pelo conhecimento histórico em saúde; possibilitar interação dialógica e interdisciplinar sobre arte, ciência, história, cultura, saúde e enfermagem, no processo de formação em saúde; articular as ações do projeto com atividades de ensino e pesquisa. DESENVOLVIMENTO DA EXPERIÊNCIA: As atividades do projeto foram desenvolvidas em torno da realização de mostras culturais temáticas, que valorizaram a aproximação entre arte e ciência, problematizando-se o contexto histórico das imagens. A escolha do tema é definida a partir do interesse do estudante envolvido no projeto, que aprofunda seus conhecimentos acerca da temática, por meio de leitura de artigos e livros. A elaboração das exposições requer análise sobre as obras escolhidas, os autores e a alusão representativa das imagens. Os desenhos, fotografias, imagens e pinturas são selecionados a partir de bancos de imagens diversos como livros, acervos online, artigos e outros. As imagens inicialmente selecionadas são submetidas à análise, e posteriormente são impressas e dispostas em painéis, com legendas indicando informações sobre a obra de arte e autor, para facilitar a visualização e entendimento da proposta em exposição. As imagens e suas descrições são exibidas no Departamento de Enfermagem em eventos internos, com destaque para a Semana Científica do Curso, por ocasião do encerramento do semestre letivo. Convites eletrônicos com informações inerentes as mostras culturais são divulgados em meio eletrônico e impresso, para docentes, discentes e profissionais de saúde. A participação é gratuita e os visitantes podem registrar suas impressões sobre a exposição em livro de presença. As ações do projeto integram-se às ações do Centro de Memória do Curso de

Enfermagem da UFES, e com as disciplinas da graduação. Os resultados do projeto são divulgados em eventos científicos regionais, nacionais e internacionais. O planejamento das atividades ocorre de forma sistemática, por meio de reuniões com a coordenação do projeto. Vale ressaltar que o projeto se apoia no referencial de Freire (2013) valorizando o protagonismo e a autonomia do estudante envolvido no projeto, sendo que a temática da mostra emerge a partir do seu interesse, pautando-se na aprendizagem significativa. Resultados: as mostras culturais já realizadas contemplaram temas relevantes para a saúde pública, possibilitando o processo crítico e reflexivo sobre a historicidade em saúde. Vale destacar as mostras realizadas no período compreendido entre julho de 2014 a julho de 2015: “Estratégias publicitárias da indústria do tabaco para o aumento do consumo de cigarros -1890 a 2004” realizada no encerramento do semestre 2014/2 e “Panorama histórico de nossos medos – Epidemias”, no encerramento do semestre 2015/1. A primeira foi estruturada a partir da seleção de cartazes contidos no banco eletrônico de imagens publicitárias organizadas pelo grupo Stanford Research into the Impact of Advertising (SRITA) da Stanford University, Estados Unidos. As 15 imagens selecionadas apresentavam personalidades ligadas ao esporte, arte, saúde, ciência, além de crianças, família e a figura do papai Noel e foram expostas, ao público. As legendas de cada imagem observavam os estímulos visuais e as argumentações nas imagens publicitárias que, elaboradas estrategicamente pela Indústria tabagista, constituíram uma ameaça à saúde pública. A segunda foi sobre o medo gerado pelas epidemias. As 8 imagens foram selecionadas, intencionalmente, a partir do banco de dados da Bibliothèque Nationale de France, da Gettyimages contendo fotografias de John Moore e do livro do infectologista

Stefan Cunha Ujvari intitulado “A história e suas epidemias: a convivência do homem com os microorganismos” (2003). Contemplavam a peste e as representações do medo por caveiras, aglomerados de corpos humanos e demônios abordando a historicidade do medo que acomete populações humanas. A exibição das imagens ilustrando o “Panorama histórico de nossos medos – Epidemias” ocorreu no Departamento de Enfermagem do CCS UFES durante a Semana Científica do Curso em 2015/1. As legendas foram elaboradas com o intuito de identificar a obra em exibição e nortear a reflexão sobre temas complexos e desafiadores para as práticas de saúde - como o medo e a morte. O projeto promoveu o estabelecimento de diálogos sobre cuidado em saúde e o intercâmbio entre diferentes percepções acerca dos temas expostos. E ao apropriar-se de metodologias participativas e recursos visuais, despertou o interesse dos docentes, discentes e outros profissionais, ao aproximar história e saúde por meio da arte. Valorizou a história para apreensão do tempo presente na elucidação do contexto contemporâneo. As imagens contextualizadas despertaram as subjetividades dos indivíduos, estimulando-os a análise das representações sobre o processo de saúde e doença e sua historicidade. O projeto buscou a sensibilização do público visitante para a reflexão e crítica sobre temas pouco abordados em sala de aula. Os resultados do projeto foram divulgados em eventos locais, nacionais e internacionais, e seu impacto evidenciou a importância de utilizar a arte como recurso pedagógico no processo educativo em saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: as atividades do projeto permitiram articular ações de pesquisa, ensino e extensão, fortalecendo competências como observação, percepção visual, senso crítico e reflexão de acadêmicos e profissionais. O processo crítico e reflexivo gerado a partir

da estruturação das exposições permitiu à equipe do projeto ser sensibilizada por meio das imagens, para desenvolver competências de observação e senso crítico no cuidado humano, e consequente ampliação dos saberes com a utilização de desenhos, pinturas e fotografias previamente estudadas e contextualizadas conforme interesse temático. O planejamento das atividades por todos os integrantes do projeto contribuiu na elaboração de ações organizadas, norteadas todo o trabalho, permitindo ainda visualizar pontos positivos e negativos relacionados.

IMPLANTAÇÃO DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NO HOSPITAL SÃO JULIÃO – CAMPO GRANDE, MS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Beatriz Figueiredo Dobashi, Ronaldo Queiroz, Luciane da Costa, Maurício Pompílio, Angela Queiroz, Vanessa de Matos, Camila Polisel, Silvana Dorneles

Palavras-chave: Reflexão metodológica, Aperfeiçoamento profissional, Núcleo de Educação permanente, Implantação

APRESENTAÇÃO: A educação é um fenômeno social caracterizado por ações entre os sujeitos, que de alguma forma, os orienta a objetivos traçados por uma determinada sociedade, estando intimamente relacionado com a cultura e contexto histórico. As tendências pedagógicas são resultados de conceitos, valores e ideias que representam as ideologias adotadas pelas instituições que são utilizadas para justificar suas práticas e posicionamentos. A partir das demandas existente, no que se refere a mudança de reflexão, compartilhamento de ideias e emoções, ampliando os conhecimentos as práticas docentes, no sentido de transformar a educação em emancipatória

para os discentes e docentes ambos sujeitos do processo de ensino e aprendizagem. A aprendizagem significativa, definida como um processo pelo qual uma nova informação ou conhecimento se relaciona a estrutura cognitiva do sujeito de modo não arbitrário e substancial. Para que a aprendizagem seja significativa é essencial que seja considerado o conhecimento prévio do aprendiz para que novos conceitos sejam incorporados a ele de modo a construir significados consistentes. O processo de construção do conhecimento, para ter sentido necessita do envolvimento integral do ser, não apenas no campo cognitivo, mas também na prática, afetividade e nas relações interpessoais. A Educação Permanente em Saúde tem como objeto de transformação o processo de trabalho, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. A busca constante na melhoria da qualidade dos serviços de saúde vem modificando os paradigmas dos gestores, parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser aperfeiçoado. É uma proposta de transformação dos serviços, trabalhando com todos os indivíduos envolvidos com a saúde, oferecendo subsídios para que consigam resolver seus problemas e estabeleçam estratégias que amenizem as necessidades cotidianas. O Ministério da Saúde considera que, no processo de Educação Permanente em Saúde, o aprender e ensinar devem se incorporar ao trabalho, transformando das práticas profissionais e a própria organização, sendo estruturados a partir da problematização, onde a atualização técnico-científica é um dos aspectos da transformação das práticas. A iniciativa de implantar o Núcleo de Educação Permanente (NEP) se fez a partir de necessidade de aprimoramento profissional dos preceptores da residência multiprofissional e médica. A implantação

do NEP contempla diversas atividades não só focadas no ensino e pesquisa, mas também na melhoria dos processos de trabalho em saúde. Valorização e desenvolvimento de competências de gestão e aumento dos níveis de qualidade e eficiência dos serviços prestados. Proporcionando aos colaboradores envolvidos oportunidade de crescimento pessoal e profissional. Diante disso, esse estudo teve como objetivo relatar a experiência da implantação do núcleo de educação permanente em saúde no Hospital São Julião, Campo Grande - MS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Durante o 1º Curso de Preceptorial Médica e Multiprofissional do Hospital São Julião, realizado com 05 encontros presenciais de 4h cada um, foram identificados alguns processos de trabalhos que poderiam ser otimizados. No último encontro do referido curso, foram agendadas reuniões mensais para discutir e monitorar as melhoras dos processos de trabalho existentes, bem como a implantação de novos processos que pudessem ser incorporados ao NEP. Ao início de cada encontro era apresentado um problema para que se discutissem as hipóteses prováveis da sua causa e as questões de aprendizagem, ou seja, eram utilizadas as metodologias ativas. Foi organizado inicialmente um grupo pequeno, o que garantiu o reconhecimento de cada sujeito envolvido e suas respectivas necessidades, bem como permitiu aos facilitadores uma ampliação dos olhares sobre a situação educacional em questão. Seguindo a lógica da aprendizagem significativa, considerando as particularidades e o contexto do trabalho em grupo, eram utilizados disparadores para enriquecer e subsidiar as discussões. Ao final de cada encontro foi realizado o processo avaliativo, de forma clara, afetiva considerando o contexto, valorizando e reconhecendo os indivíduos. As avaliações foram: pessoal, dos pares e da atividade desenvolvida. Na sequência o fechamento

aborda as questões de aprendizagem que fomentaram as pesquisas baseadas em evidências até o próximo encontro previamente agendado. Os preceptores ocuparam o lugar de sujeito na construção dos conhecimentos e o facilitador orientou o processo. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** A formação NEP, possibilitou aos profissionais criar vínculos, compartilhar vivências, encontrar caminhos diante das situações cotidianas, mantendo o trabalho voltado para saúde e educação. Foi possível ainda que pessoas com mais experiência se aproximassem de outras, fortalecendo os processos educativos em questão. Apesar de terem sido feitas poucas intervenções, já se pode vislumbrar resultados positivos como a utilização de metodologias ativas durante as aulas teóricas da residência, apresentação de dados baseados em evidências durante as avaliações e reavaliações de pacientes, sensibilização dos participantes quanto à necessidade de melhorar alguns processos de trabalho e organização dos serviços. Observou-se também algumas mudanças internas na condução de conflitos existentes em alguns setores do hospital. Desta forma entende-se que a transformação das práticas de ensino e aprendizagem e a formação dos profissionais envolvidos devem ser motivadas pelo desejo do seu desenvolvimento e na satisfação de realizar um trabalho reconhecidamente bom quanto futuro facilitador. É importante ressaltar que os resultados são progressivos e perenes, muitas vezes morosos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Pode-se observar que o núcleo de educação permanente demonstrou sua significância e validade por propiciar um espaço em que os profissionais podem expressar suas vivências, emergindo os aspectos embutidos no ato de ensinar e de aprender. Mais do que uma necessidade, a educação permanente estimula a melhoria profissional das pessoas e dos serviços, uma vez que esta metodologia enriquece a

essência humana e suas subjetividades, em todas as etapas da existência. A opção de implantação do NEP no referido hospital é um processo de transformação das práticas educativas integradoras, que contribuiu para o enfrentamento das dificuldades e barreiras do seu desenvolvimento. Porém o processo precisa ser mais amadurecido e consolidado, com aprimoramento e ampliação dos trabalhos, onde os sujeitos envolvidos possam sempre ensinar e aprender. Por outro lado, a maioria dos resultados só foi possível devido ao apoio e participação da equipe gestora do hospital em todos os encontros, facilitando e autorizando as mudanças, dando suporte para a implantação exitosa do NEP no seu cotidiano educativo.

INDICADORES DA REDE CEGONHA EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE SALVADOR, BAHIA, 2014

Melissa Almeida Silva, Lorena Reis, Maysa Britto, Leila Matias Eloy, Claudineia Almeida de Souza, Érika Patrícia Correia, Maurício Wiering, Catarina Chagas

Palavras-chave: saúde materno-infantil, vigilância em saúde pública, indicadores básicos de saúde

APRESENTAÇÃO: trata-se de uma pesquisa sobre alguns indicadores da Rede Cegonha em um distrito sanitário de Salvador Bahia, realizado por um grupo do Programa de Educação pelo Trabalho (PET Saúde - Prosaúde) nos anos de 2011 a 2013. A Rede Cegonha é uma estratégia fundamentada na humanização da assistência às gestantes, buscando assegurar o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada no ciclo gravídico-puerperal e às crianças até dois anos, um nascimento seguro e desenvolvimento saudável. Para

o acompanhamento das informações relevantes sobre o estado de saúde e o sistema de saúde. **OBJETIVO:** Analisar quatro indicadores estratégicos da Rede Cegonha no Distrito Sanitário Barra/Rio Vermelho, Salvador, Bahia. **METODOLOGIA:** Dentre os indicadores da Rede Cegonha foram escolhidos quatro, sendo eles: Proporção de Óbitos Infantis e Fetais Investigados, Taxa de Incidência de Sífilis Congênita, Proporção de Gestantes com Captação Precoce no Pré Natal, Percentual de Óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF) e Maternos Investigados. A coleta dos dados ocorreu em 2013 utilizando o DATASUS, através do TABNET – Salvador. O período analisado foi de 2011 a 2013. O método de cálculo seguiu a orientação do plano de ação oferecido pelo Ministério da Saúde. **RESULTADOS:** No indicador Proporção de óbitos infantis e fetais investigados, entre 2011 e 2012, houve aumento de 63,87% e entre 2012 e 2013, 96,98%. Em contrapartida, a análise de óbitos de mulheres sofreu redução de 10,6% (2011-2012) e 2,73% (2012-2013). A Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de um ano apresentou 9,52% de aumento entre 2011 e 2012 e 56,52%, de 2012 a 2013; com um aumento em porcentagem de 71,42% entre 2011 e 2013. A captação precoce de gestantes reduziu em 6,59% (2011-2012). **CONCLUSÃO:** Observa-se que há deficiência na notificação, inconsistência no fluxo de informações, ausência de comitês de investigação, escassez de profissionais voltados para atuação no gerenciamento das informações notificadas. Os resultados apresentados evidenciaram um panorama precário e com muitas falhas, demonstrando que há muito para ser construído no que se refere à assistência e promoção à saúde de gestantes e lactentes.

INICIAÇÃO CIENTÍFICA COMO ELEMENTO DE PROBLEMATIZAÇÃO: A INTERSECÇÃO ENTRE A PESQUISA EM SAÚDE COLETIVA E A PRÁTICA CLÍNICA NA FORMAÇÃO MÉDICA

Thalita Bento Talizin, Lucienne Tibery Queiroz Cardoso, Wladithe Organ de Carvalho

Palavras-chave: educação médica, comunicação interdisciplinar

APRESENTAÇÃO: A formação do médico deve contemplar além do desenvolvimento de habilidades clínicas e técnicas, o conhecimento sobre a importância da pesquisa epidemiológica e do sistema de saúde e sua gestão. O curso de Medicina de uma universidade pública do interior do Paraná tem módulo anual denominado “Práticas de Interação Ensino, Serviços e Comunidade” para as quatro séries iniciais. No segundo ano da graduação, o módulo desenvolve, além do ensino sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), a iniciação à pesquisa epidemiológica. Durante a vigência do módulo, houve interesse em participar do programa de iniciação científica da referida universidade para estudar a tendência das internações hospitalares por doenças do aparelho cardiovascular (DAC) em município da região norte do Estado do Paraná. A expectativa inicial era de discutir os resultados pelo estudo da clínica destes agravos, porém a abordagem que explicava os dados encontrados era relacionada à gestão dos serviços de saúde. As alterações observadas podiam ser explicadas não apenas pelo perfil de adoecimento da população, mas por mudanças na oferta de procedimentos pelo SUS, na regulação de internações e no sistema de urgência do estado. No ano seguinte, em aproximadamente seis meses de observação extracurricular em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto geral do hospital universitário, credenciado como

hospital terciário para amacrorregional de saúde, foi possível acompanhar a história, evolução e desfecho de pacientes admitidos por motivo clínico ou pós-operatório de DAC. O trabalho em questão objetiva relatar experiência e intersecção entre disciplina curricular de um curso de Medicina, iniciação científica em Saúde Coletiva e prática clínica extracurricular em UTI. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A transição epidemiológica comporta um cenário de morbidade caracterizado pela substituição de doenças infectocontagiosas por doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT); predomínio de morbidade em relação à mortalidade e acometimento de mais idosos do que jovens. As DCNT, entre outras, comportam as DAC. O Ministério da Saúde considera essas doenças como prioridades nacionais pactuadas, elucidando a atuação direta da atenção básica no manejo pré-hospitalar das condições crônicas. A atuação ideal do sistema de saúde é atingir a população nos vários níveis de prevenção principalmente das condições de internação sensíveis à atenção primária. No Paraná, os óbitos acontecem majoritariamente por DAC (aproximadamente 30%). As internações por DCNT no estado são predominantes e as por DAC representam mais de 50% dos gastos com internações, superando 200 milhões de reais. O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) é um instrumento utilizado para planejamento na gestão do serviço de saúde, repasse de verba e para vigilância e controle de doenças. O sistema é alimentado pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que traz o diagnóstico de cada internação financiada pelo SUS. A iniciação científica foi realizada com dados secundários de AIH disponibilizados no sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram estudadas todas as internações codificadas pelo capítulo IX da 10^a Revisão

da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) de indivíduos com 20 anos ou mais, residentes em município do interior do Paraná, ocorridas no período de 1999 a 2012, registradas no SIH-SUS. A experiência clínica posterior em UTI referência da macrorregional confirmou o que havia sido epidemiologicamente evidenciado na iniciação científica. O período de observação não resultou em pesquisa e dados objetivos, sendo empírica a observação relatada. **RESULTADOS E IMPACTOS:** Os resultados da iniciação científica mostraram que, durante o período estudado, as internações por DAC configuraram de 10,8 a 16,8%. Nos extremos do período estudado, observou-se diminuição da proporção de internações por insuficiência cardíaca (de 40,8 para 22,6%) e hipertensão essencial (de 10,0 para 3,0%). Foi visto um aumento de internações por angina pectoris (de 4,0 para 15,7%). Em relação à taxa de internação foi percebido que houve queda geral e também em ambos os sexos. A queda mais acentuada foi vista no sexo feminino ($R^2 = 0,78296$), seguida da geral ($R^2 = 0,7819$) e pelo sexo masculino ($R^2 = 0,73095$). A resposta do serviço de saúde determina a internação. Uma atenção básica eficiente e resolutiva implica em redução nas taxas de internação. Considera-se aqui que os diagnósticos que não aumentaram estão sendo alvos de atuação da atenção primária. Diante disso, as internações que continuaram acontecendo provavelmente são por descompensação da doença base e por procedimentos que demandam complexidade maior. As internações, que inicialmente eram mais prevalentes no município estudado, sofreram uma mudança para o município polo da Regional de Saúde a partir do triênio 2008-2010. Uma explicação para este fenômeno seria a transferência por regulação de urgências de acordo com o porte do município. Constatou-se que internações de curta duração têm associação com a localização

do hospital no município estudado ($p < 0,05$). Era esperado que internações de maior permanência fossem na cidade polo da Regional de Saúde, que é responsável pela demanda de alta complexidade da macrorregião. Não foi possível verificar o procedimento realizado em cada cidade para classificação posterior em procedimentos de baixa, média e alta complexidade, uma vez que a tabela de procedimentos do SUS passou a ser unificada em 2008 e não há uniformidade de procedimentos durante todo o período de estudo. Para chegar a conclusões sobre a tendência encontrada no estudo de iniciação científica, além de busca na literatura específica sobre o SUS e sobre a epidemiologia nacional, foram necessárias discussões em secretarias de saúde e hospitais dos dois municípios, com gestores do SUS e médicos dos três níveis de atenção; e foram realizadas reuniões com funcionários que processam AIH e codificam os procedimentos hospitalares. Na experiência clínica em UTI referência da macrorregional foi percebida a hierarquia do encaminhamento do paciente ao hospital de referência por meio da regulação de internações na central de leitos. O paciente é encaminhado por evento agudo e grave, geralmente por descompensação da doença de base, por episódio que tem como fator de risco a DAC ou por episódio em que sua comorbidade agrava o prognóstico do evento agudo. O paciente admitido na UTI em questão, com diagnóstico de internação por DAC, demanda atenção altamente especializada – tanto do intensivista quanto do médico assistente. A lógica do local e tempo de internação é explicada na prática, considerando a complexidade dos procedimentos, tratamentos e condutas que o paciente demanda, como monitorização hemodinâmica, reposição volêmica, drogas vasoativas, ventilação mecânica e monitorização neurológica. Além disso, o paciente está sujeito a outras complicações

da própria internação, que aumentam o tempo de permanência e influenciam o prognóstico. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Na formação médica, a visão da integralidade do sistema de saúde proporciona melhor aproveitamento das situações clínicas vivenciadas na prática. A pesquisa em gestão do sistema de saúde, o processamento de dados, e principalmente a epidemiologia das internações hospitalares constrói um conhecimento mais estruturado ao estudante, o que é visto de forma mais proveitosa na realidade clínica.

INOVAÇÕES PEDAGÓGICAS NA FORMAÇÃO EM ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Simone de Araújo Medina Mendonça, Danielle Fernandes da Silva, Beatriz Leal Meireles, Bruna Damazio Santos, Érika Lourenço de Freitas, Djenane Ramalho de Oliveira

Palavras-chave: Inovações pedagógicas, atenção farmacêutica, atenção primária à saúde

APRESENTAÇÃO: Nas últimas décadas, a demanda pela atuação clínica de farmacêuticos nos sistemas de saúde em diversos países tem aumentado. Consequentemente, evidencia-se a necessidade de mudanças na formação deste profissional, até então mais tecnológica e voltado para o produto. Paralelo a isto, as outras profissões da área da saúde também vêm experimentando mudanças em seus processos de formação. Tais mudanças visam o desenvolvimento de profissionais capazes de contribuir para a consolidação de sistemas de saúde organizados em redes baseadas na atenção primária à saúde (APS). E, especificamente no Brasil, pautado nos princípios da integralidade, equidade e

universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a Farmácia tem a oportunidade de iniciar sua trajetória de formação clínica se beneficiando do conhecimento gerado neste campo pelas outras profissões e contando com seu apoio neste desafio. Este trabalho tem como objetivo descrever a experiência de realização de inovações pedagógicas na formação em atenção farmacêutica (AF) para atuação na APS no SUS. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato da experiência de uma docente, três discentes de pós-graduação e nove discentes de graduação em Farmácia envolvidas na realização de quatro disciplinas e um projeto de extensão universitária para a formação em AF em uma graduação em Farmácia. Os dados foram sistematizados a partir de análise documental (programa e planos de ensino, registros de avaliações discentes e diários reflexivos de todos envolvidos). **RESULTADOS:** Ao longo de dois semestres letivos foram ofertadas as disciplinas optativas nomeadas Fundamentos clínicos e psicossociais da atenção farmacêutica na atenção primária à saúde (FCPS) I e II, e Integração ensino-serviço-comunidade: atenção farmacêutica na atenção primária (IESC) I e II. Cada uma destas disciplinas teve carga horária de 15 horas/aula, distribuídas em uma hora/aula semanal. Durante a oferta das disciplinas desenvolveu-se um projeto de extensão universitária para viabilizar a oferta de serviço clínico baseado em AF em uma unidade de APS do município, o qual foi a base do processo de ensino-aprendizagem em serviço. Esta estratégia foi fundamental para possibilitar a presença da equipe da universidade no serviço de saúde, pois ainda não havia estágio formalizado entre o curso de Farmácia e a APS do município em questão. Houve processo seletivo para identificação de estudantes com o perfil necessário. Exigiu-se conhecimento prévio sobre as bases teóricas e metodológicas da AF e em farmacologia clínica. Foram

selecionadas nove estudantes com este perfil, tanto do curso noturno quanto diurno da graduação em Farmácia. Três farmacêuticas pós-graduandas desempenharam o papel de tutoras acadêmicas em campo com as estudantes. Uma delas acumulou o papel de docente nas disciplinas optativas, sob a orientação da docente coordenadora do projeto. Quatro estudantes desenvolveram seus trabalhos de conclusão de curso (TCC) de graduação no contexto desta experiência. Contribuíram para a geração de conhecimentos sobre o planejamento, o aperfeiçoamento e a avaliação de resultados do serviço. Além disso, iniciaram sua formação científica e possibilitaram o aperfeiçoamento de uma das tutoras como orientadora. Um destes TCC's envolveu o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para a oferta do serviço clínico farmacêutico na unidade de APS que sediou o projeto. As etapas deste PES foram apresentadas e discutidas na disciplina IESC I. Nos encontros desta disciplina também foram revistos conhecimentos sobre o SUS, a APS e as responsabilidades do farmacêutico na equipe multiprofissional de saúde neste cenário. No mesmo semestre de oferta de IESC I, a equipe estudou, em FCPS I, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas das condições mais prevalentes na APS e textos das ciências humanas e sociais aplicadas à saúde. No semestre seguinte, com a integração da equipe da universidade com as equipes de Saúde da Família (SF), iniciaram-se os atendimentos clínicos realizados pelas tutoras com as estudantes de graduação. Além de atendimentos na unidade de saúde, foram realizadas visitas domiciliares para melhor compreensão do contexto sócio-familiar dos usuários. As estudantes e tutoras participaram também de reuniões clínicas com as equipes de SF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de planejamento, acompanhamento e avaliação com o gerente da unidade de

saúde e a farmacêutica do NASF. Enquanto isso, na universidade ocorriam os encontros de FCPS II e IESC II. Na primeira, as estudantes organizaram-se em três equipes e cada uma delas se responsabilizou por estudar o mesmo caso clínico sob a perspectiva biológica, psicológica ou social. Segundo as estudantes, a exposição prévia ao conhecimento sobre os determinantes não biológicos do processo saúde doença foi bastante reduzida no currículo formal, tendo sido ressaltado como importante elemento da disciplina. Além disso, um aspecto marcante identificado na análise dos diários de campo foi a percepção de que a disciplina FCPS II ajudou as estudantes a integrar e mobilizar os conhecimentos prévios das ciências biológicas e farmacêuticas. A cada encontro as estudantes aprofundavam a capacidade de aplicação do processo racional de tomada de decisões em farmacoterapia, conectando estes conhecimentos aos dados obtidos sobre o usuário, sua saúde e sua farmacoterapia. Na disciplina IESC II, a vivência no serviço de saúde, com as equipes de SF e NASF, gestor e demais trabalhadores, assim como a relação com os usuários eram problematizadas e ricamente discutidas. Nos encontros da disciplina, as estudantes vivenciaram e compartilharam suas expectativas, ansiedades, medos e conquistas. Isto contribuiu para o desenvolvimento de habilidades relacionais e comunicacionais necessárias a um profissional de saúde. A descoberta da APS como cenário muito propício para a atuação clínica enquanto farmacêuticos também foi um aprendizado descrito nos diários de campo das estudantes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Para a maior parte das estudantes, esta foi a primeira experiência em um serviço de saúde. Para todas elas, a primeira vivência na APS/SUS, visto que não havia nenhuma experiência formal de ensino neste cenário. A integração com o serviço de saúde e os estudos sobre o que estava sendo

vivenciado potencializou o aprendizado. Atualmente a expansão da experiência e sua formalização no currículo da graduação estão sendo discutidas por uma comissão de docentes, discentes e farmacêuticos do serviço de saúde. Acreditamos que o conhecimento gerado com a realização destas inovações pedagógicas possa contribuir para o processo de mudança em andamento nas graduações em Farmácia no Brasil.

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE: O QUE ELA TEM A NOS DIZER?

Michelly Santos de Andrade

Palavras-chave: integração ensino, integração serviço, controle social, gestão, educação e saúde

APRESENTAÇÃO: Com o advento do SUS e das ofertas para fortalecê-lo por meio da formação dos profissionais de saúde de nível superior, abrem-se os serviços de saúde como cenários de práticas dos estudantes, preconizados pelas diretrizes curriculares nacionais, e se coloca em processo de ressignificação, as práticas de ensino-aprendizagem tanto de docentes quanto discentes no que tange à saúde coletiva. Bem como, provoca uma organização dos serviços e da comunidade para receber essa nova clientela. No âmbito da universidade o desafio é aproximar teoria da prática, educação do trabalho. Nesse movimento, a construção de redes colaborativas para se pensar a integração ensino-serviço-comunidade tornaram-se necessárias e urgentes. Esse trabalho visa descrever alguns processos de interação entre os atores desses espaços, vivenciados nos últimos três anos por um curso de Fonoaudiologia na cidade de João Pessoa, tendo como parceira a Rede Escola. **DESENVOLVIMENTO:**

A Política da Rede Escola foi instituída desde 2006 e está sob a responsabilidade da Gerência de Educação em Saúde (GES). Com o objetivo de regulamentar a aprendizagem pelo trabalho no âmbito da rede municipal de saúde e estabelecer relações de cooperação pedagógica, incluindo atividades de parceria na área de ensino, atenção e pesquisa em saúde, realiza reuniões mensais do seu colegiado, para estabelecer parcerias na construção e efetivação da aprendizagem pelo trabalho na rede de serviços, favorecendo a melhoria da qualidade e humanização da atenção prestada e contribuindo para a formação dos futuros profissionais com perfil de que a população necessita. Na prática, trata-se de uma tentativa de exercitar o conceito de quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. E nessa perspectiva, a promoção de uma gestão da educação na saúde como parte integrante da gestão dos serviços de saúde, tendo na educação permanente, um dispositivo importante para se refletir sobre as práticas de saúde relacionadas à produção do cuidado. Assim, como forma de amenizar algum desses impasses, mesmo havendo um fluxo determinado pela GES, procuramos primeiro o serviço, apresentamos a proposta de nossa atuação no serviço, minimamente para o gerente da USF, e sempre que possível com pelo menos um representante de cada equipe (a maioria das USF em nossa experiência são integradas, com no mínimo 2 e no máximo 4 equipes). Apenas após esse momento é que nos dirigimos ao distrito sanitário para atender as demais etapas de pactuação dos estágios e/ou visitas técnicas. Durante as atividades de reconhecimento do território, visitas domiciliares, exposição aos serviços ofertados na USF, tentativas de dialogar com ações dos demais cursos, no sentido de atuar de forma interdisciplinar e garantir um cuidado integral, identificação de

cuidados necessários, procuramos dialogar com usuários, trabalhadores e gestores, de maneira a reavaliar quaisquer pontos que se façam necessários. Na etapa de planejamento e desenvolvimentos das ações individuais e coletivas em saúde, antes de sua execução, estudamos juntos com a equipe o que pensamos e a convocamos para participar desse planejamento, dando sugestões, avaliando as propostas. Até então, também não conseguimos contar com a representação dos usuários nesse momento, a não ser ouvindo-os sobre os problemas identificados na comunidade, através da estimativa rápida, como tentativa de dar voz aos mesmos. Mas é preciso ampliar essa representação. **IMPACTOS:** É incontestável o avanço nas relações de cooperação pedagógica entre os entes constituintes da Rede Escola. A solidez das pactuações com os cenários de prática, bem como a promoção de espaços para dialogar a formação de profissionais da saúde nos serviços de saúde, tais como fórum e oficina, eventos realizados anualmente pela política supracitada, possibilitam a educação permanente tanto de trabalhadores dos serviços, docentes, discentes, gestão e um canal de comunicação com os usuários. Ainda, o ente usuário ainda não se faz representado devidamente nem nas ações nem no colegiado de educação e saúde (CORES), o que no cotidiano, se materializa com o estranhamento de estudantes circulando nos territórios, nos domicílios, nas USF ou em quaisquer outros serviços. A comunidade e mesmo alguns trabalhadores parecem ainda não compreender que a gestão da saúde e a produção de cuidado compartilhado só podem ser efetivas, se construídas nos espaços e com as pessoas envolvidas nesse processo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência tem se mostrado positiva, sendo bem aceita por todos os gerentes e equipes de saúde, nas quais realizamos esse movimento. Que

incluíram ações voltadas para a equipe na perspectiva da educação permanente em saúde. Tal resultado foi selecionado como uma das práticas exitosas a ser compartilhada na oficina da Rede Escola em 2013. A partir desse compartilhamento, ideias foram discutidas no sentido de aperfeiçoar o fluxo de informação para pactuação dos estágios e visitas técnicas nos serviços de saúde da rede municipal. Ainda, não significa que chegamos a um ponto pacífico. Não podemos esquecer a alta rotatividade dos trabalhadores (atenção/gestão), devido à fragilidade ainda persistente das contratações na saúde, e mesmo de docentes/discentes e usuários nessa relação. É algo que precisa ser continuamente trabalhado e esse tem sido um dos motivos dos encontros mensais do Colegiado de Educação em Saúde da GES. Os esforços para integrar ensino-serviço-comunidade têm mostrado alcances, porém ainda limitados quando não conseguem contemplar todos os atores envolvidos com a gestão do cuidado em saúde. Pois todo mundo faz gestão dos cuidados de si e dos seus. O controle social ainda não tem ocupado todos os espaços devidos e seus representantes ainda são poucos e não parecem se atentar para a importância de uma formação para a saúde, na qual os futuros profissionais possam desde a sua formação entrar em contato com as necessidades reais da comunidade e do mundo do trabalho. Essa é uma questão que precisa urgentemente ser revista tanto nos espaços instituídos para celebrar essa interação entre ensino-serviço/gestão-comunidade, como nos conselhos (locais/municipais) de saúde. Esforços precisam urgentemente ser dirigidos nessa direção. Essa fala precisa ecoar. Ressoar. Provocar ressignificação da gestão da educação na saúde, e nela, a gestão dos serviços de saúde. Mas, sem uma de suas pontas, o controle social, o quadrilátero da formação para a

área da saúde encontrará dificuldades para se efetivar. Nessa perspectiva, a educação permanente em saúde deve ser uma estratégia adotada às práticas de gestão dos serviços de saúde e também às práticas docentes. De maneira a construirmos uma “educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia in acto) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente)”.

INTERNATO EM ENFERMAGEM: ENTRE O CURRÍCULO E A PRÁXIS

Maria Lucia Freitas dos Santos, Fabricia Quintanilha, Fernanda Teles M. Nascimento, Glauca V. Valadares, Juliana S. Pontes, Patricia Regina de Siqueira

Palavras-chave: Internato em enfermagem, ensino-serviço, currículo

APRESENTAÇÃO: O presente relato de experiência refere-se ao processo de implementação do Internato em Enfermagem do Curso de Enfermagem e Obstetrícia UFRJ – Campus Macaé. Com um enfoque no planejamento, gestão e assistência de enfermagem na Rede Básica, tendo a referência da Atenção Primária como coordenadora e ordenadora do cuidado. No aspecto pedagógico, a referência está na interface entre problematização e processos pedagógicos baseados em desafios educacionais, que estimula a construção, pelos alunos, de conhecimentos e sentidos. Buscamos estratégias que, ao inserir os alunos em cenários de prática, despertasse a consciência crítica entre a realidade da população e país frente ao aprendizado, conduzindo-os a uma reflexão crítica sobre

os problemas e as soluções tangíveis. Outra característica importante está na articulação indissociável do ensino, pesquisa e extensão da universidade na parceria ensino, serviço e comunidade. O objetivo é provocar o debate acerca das estratégias pedagógicas e curriculares que produzam saberes e práticas mais alinhadas às necessidades da população e demandas da sociedade. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O Internato é a modalidade de atividade supervisionada do Estágio Curricular em Saúde da Comunidade III, implementado no segundo semestre de 2013, que inaugura a última etapa curricular na formação dos alunos do curso de Enfermagem e Obstetrícia da UFRJ-Macaé. Caracteriza-se por promover progressivo desenvolvimento, autonomia, aquisição de novas habilidades, conhecimentos e apropriação de tecnologias emergentes, no domínio de características inerentes a profissão como a liderança e a gestão do cuidado, a coordenação do trabalho em equipe em qualquer nível de complexidade da atenção à saúde. Orienta-se pela função social da universidade – formar cidadãos e responder as necessidades da população e do país, o que implica na necessária parceria (institucional) entre docentes, discentes, profissionais dos serviços de saúde, gestão municipal e comunidade. Como procedimentos e recursos de ensino foram utilizados: a) atividades estruturadas, que corresponde a espaços de diálogo, debates e formulações (roda de conversa, oficinas, seminários temáticos, estudos caso, etc.); b) Visitas técnicas instrumentalizadas, como estratégia de apresentar espaços e populações alvo de políticas prioritárias de redução da pobreza e desigualdades como quilombolas, assentados presentes na região; c) Estudo auto dirigido que compreende leituras complementares, a apropriação de conhecimento científico, pela seleção e análise de produções científicas para apoiar a tomada de decisão,

não restrito a área da saúde. As atividades discentes são pautadas no planejamento, orientação e supervisão das atividades dos agentes comunitários de saúde (ACS), no exercício da liderança junto à equipe de enfermagem, na educação permanente, na promoção de saúde, educação em saúde, uso da vigilância em saúde para orientar o monitoramento dos riscos à saúde e, a abordagem familiar orientando as ações de atenção integral a saúde de indivíduos, famílias, no domínio de estratégias de abordagem como visita domiciliar, consultas de enfermagem, apoio a organização do serviço, documentação (prontuários) e informação. A conformação dos cenários de ensino aprendizagem, bem como a construção dos desafios educacionais e as atividades integradas dos serviços básicos intersetoriais (saúde, educação e assistência social) e a comunidade. Foram desenvolvidas em quatro etapas do internato. Primeira Etapa Preparatória: a) Oficina de ambientação para os discentes inscritos na disciplina com objetivo de aproximar da proposta e objeto de atuação, definição dos seus desafios educacionais; b) Seminário de Integração ensino - serviço, organizado pelos discentes, tendo a participação de gestores da APS, profissionais do serviço, membros da comunidade, docentes e discentes do curso, com objetivo de conhecer panorama da saúde no município, identificar desafios (coletivos de gestão) e produzir pactos. Segunda Etapa de Diagnóstico: aproximação e apropriação da realidade local, subsídio para planejamento participativo. Terceira Etapa de Intervenção: desenvolvimento de atividades, estratégias e ações, explorando capacidades e habilidades locoregionais. Quarta Etapa: Seminário integrado de avaliação como elemento de devolutiva. A etapa de desenvolvimentos caracteriza-se pelo momento em que discentes colocam em prática os desafios educacionais (individuais e coletivos) definidos na primeira etapa

RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Havia um estranhamento inicial dos discentes, evidenciado já na oficina de ambientação, momento em que estabelecem o contato com essa participação no processo de construção de identidade de equipe, a condução na formulação de atividades enquanto protagonistas do processo criaram algumas angústias e dúvidas quanto à possibilidade e capacidade de execução. Algumas situações jamais haviam sido pensadas como, por exemplo, os elementos e detalhes que envolvem a organização e produção de um evento (no caso seminário) e a responsabilidade pelo sucesso ou não. No cenário de prática, protagonizaram as diversas iniciativas na estratégia Saúde da Família, nas dimensões de promoção, prevenção, assistência, reabilitação, nas perspectivas da integralidade, equidade e acesso, adotando e introduzindo instrumentos e ferramentas de registro, sistematização e informação das ações de saúde. Quanto à população verifica-se, nos relatos das famílias, a influência da presença dos discentes na melhoria da qualidade da atenção prestada, bem como vinculação dos profissionais às famílias. Os profissionais apresentaram melhoria de sua autoestima, pela valorização do trabalho manifesta nas parcerias de trabalho estabelecidas entre ACS - discentes, técnicos discentes e docentes, porém com pouca aderência dos profissionais de nível superior as propostas e intervenções dos alunos. A gestão valoriza o espaço dos seminários (de Integração e de avaliação) como oportunidades de avaliação dos serviços de saúde, de pactuação e de troca de saberes como espaço de diálogo com a comunidade, fundamental na qualificação dos debates e produtos. Outro aspecto positivo são materiais produzidos pelos discentes, deixados como legado para a equipe, a saber: material educativo para sala de vacina; mapa da área de atuação e abrangência da unidade; fluxograma da

rede de atenção de referência da unidade; relatórios de ambiência; campanhas educativas; relatórios técnicos e, banco de prontuários. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O formato do internato aqui apresentado tem apontando várias potencialidades no processo de formação e consolidação de saberes e práticas, no desenvolvimento de capacidade crítica/reflexiva, habilidades de reconhecer situações que exigem ações integradas. O amadurecimento profissional, segurança na definição de critérios para tomada de decisão, a capacidade de estabelecer prioridades são alguns dos elementos primordiais dessa experiência. Desenvolveram, em sua maioria, habilidades de negociação, de mediação de conflitos, potencializando as ações mais resolutivas. As limitações ou fragilidades estão associadas à fragmentação dos modelos de atenção e gestão da atenção, na desestruturação dos serviços e na fragilidade da Rede de atenção. Contudo o maior ganho está na potencialidade de produzir espaços mais participativos, o desenvolvimento de uma escuta qualificada, a humanização na recepção e acolhimento aos usuários; o respeito das diferenças buscando compreender situações e possibilidades de atuação visando elevar a qualidade de vida da população.

INTERVENÇÕES EDUCATIVAS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM INÍCIO DE TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ângelo Rodolfo Santiago, Ednéia Albino Nunes Cerchiarri, Rogério Dias Renovato

Palavras-chave: enfermagem oncológica, aprendizagem, efeitos colaterais e reações adversas a medicamentos

APRESENTAÇÃO: O câncer é considerado a

segunda causa de mortalidade em nosso país, superada apenas pelas doenças cardiovasculares, estando entre as principais causas de morbidade e mortalidade ao redor do mundo, com variações em sua incidência. Evidências apontam que nos países em desenvolvimento o câncer também venha se tornar uma emergência epidemiológica, considerando que mais da metade dos 10 milhões de novos casos anuais estão nos países menos desenvolvidos (WHO, 2012). Ao longo do tratamento, as reações adversas são definidas como sendo qualquer evento nocivo e não intencional que ocorreu na vigência do uso de medicamento, resultantes da quimioterapia e são bastante temidas pelos doentes, familiares e até mesmo por profissionais da saúde, em decorrência do desafio em prevenir ou atenuar seus desconfortos. As reações adversas mais comuns são: náuseas, vômitos, mucosite, alopecia, mielotoxicidade, leucopenia, trombocitopenia, estomatite, esofagite, diarreias severas, úlceras gastrintestinais, sangramento, dor precordial, arritmias cardíacas, infarto do miocárdio, isquemia, insuficiência cardíaca, fraqueza muscular por neuropatia periférica e afasia. Podem ocorrer também eritema, descamação em mãos e pés, rash cutâneo, dermatite de contato, fibrose pulmonar e tromboflebite. Pontua-se, então, a necessidade dos profissionais realizarem assistência e intervenções educativas mais efetivas, com intuito de proporcionar maior segurança e compreensão sobre todo o tratamento, contribuindo para atenuar o medo e promover a recuperação. A literatura científica ressalta que o paciente bem orientado, esclarecido e assistido tem maiores chances de sucesso no tratamento e adere com maior facilidade à terapêutica proposta (BARBOSA; TELLES, 2008). Desta forma, o presente estudo tem como objetivo relatar a prática de intervenções educativas de enfermagem realizadas

para pacientes que iniciarão o tratamento quimioterápico pela primeira vez, em um hospital de Dourados no Estado de Mato Grosso do Sul. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O Centro de Tratamento de Câncer de Dourados-MS (CTCD) apresenta 50 leitos, sendo referência de qualidade para prestação assistência à pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), particulares e alguns convênios. O CTCD realiza cerca de mais de 1000 procedimentos mensais entre consultas, exames, internações, quimioterapias e radioterapia. A unidade de aplicação de quimioterapia endovenosa atende por dia aproximadamente 30 pacientes ambulatoriais que serão submetidos à quimioterapia de curta ou longa duração. A média de pacientes novos para protocolo quimioterápico é de 30 a 40 novos casos mês. A equipe de enfermagem promove intervenções educativas relacionadas às rotinas de aplicação da medicação, possíveis reações adversas imediatas e tardias aos quimioterápicos empregados no seu tratamento. As ações educativas estendem-se também aos familiares e acompanhantes, e são realizadas no próprio local. Vale ressaltar que os pressupostos das intervenções estão fundamentadas no binômio educação-cuidado, considerando as singularidades de cada paciente. As principais temáticas das intervenções educativas referem-se à rotina do tratamento, horário e assiduidade, a importância de não faltar nos dias agendados, para não ocorrer atrasos no tratamento e diminuir sua eficácia, as principais reações adversas imediatas e tardias, alimentação saudável, ingestão hídrica e adoção de hábitos para uma melhor qualidade de vida. Essas intervenções geralmente são iniciadas antes da aplicação do quimioterápico, pois, muitos pacientes mostram-se ansiosos necessitando assim compreender melhor o tratamento, sua finalidade e perspectivas. Todos os pacientes antes do

início do tratamento recebem orientações psicológicas, pois dispomos de uma psicóloga que realiza o acompanhamento para os pacientes e familiares que necessitam dessa especialidade. No momento das orientações é entregue uma cartilha aos pacientes com uma linguagem acessível aos mesmos. **RESULTADOS:** Com a realização das intervenções educativas um dos resultados mais evidentes é a diminuição das reações adversas tardias que podem levar ao adiamento do tratamento. Portanto, vivenciamos melhora na qualidade de vida dos pacientes, quando a educação em saúde se concretiza nesses espaços de cuidado. Sabe-se que a educação em saúde não é apenas a transferência de informações, mas sim o entendimento crítico e reflexivo por parte do sujeito. Por isso, deve-se observar e valorizar o conhecimento que o indivíduo já possui sobre o tema e promover a participação ativa do paciente na construção do próprio conhecimento e seu cuidado (BACKES et al., 2008). Conforme relata Bagnato e Renovato (2006), as práticas educativas em saúde podem ser encontros com pessoas de diferentes saberes, experiências, culturas, representações, lugares sociais, valores, necessidades, práticas sociais, o que corrobora a relevância de ações educativas em um espaço de cuidado oncológico, em que sentidos e significados que vão sendo construídos e desconstruídos num tempo e espaço históricos. Com a realização das intervenções educativas no início do tratamento quimioterápico, verificou-se que esse trabalho é fundamental para a conscientização dos pacientes oncológicos acerca do seu cuidado, para a construção de conhecimento, preparando-os para os cuidados domiciliares com mais confiança. O profissional da enfermagem atua como mediador, e assim estabelece as interlocuções com os pacientes/sujeitos/seres humanos. Espera-se, portanto, consolidar os espaços

de intersubjetividade, numa perspectiva de reciprocidade dialógica (BAGNATO; RENOVATO, 2006). CONSIDERAÇÕES FINAIS: As intervenções educativas de enfermagem para pacientes em início do tratamento quimioterápico mostrou-se relevantes, pois proporcionam redução da ansiedade, possível diminuição das reações adversas e também conhecimento das dificuldades e dúvidas enfrentadas por esses pacientes no decorrer da terapêutica. Conhecimentos que se estenderão a outros espaços, como seus domicílios. Por isso, o processo educativo a ser desenvolvido pela equipe de enfermagem durante o tratamento quimioterápico deve ser planejado e organizado, adotando estratégias que facilitem a compreensão das orientações prestadas para o paciente e seu familiar no que se refere ao cuidado domiciliar, tendo em vista que o melhor lugar para a eficácia do tratamento é na sua residência junto de seus familiares. É observado que os pacientes que compreendem as intervenções educativas de enfermagem realizadas no início do tratamento quimioterápico conseguem terminá-lo sem nenhuma interrupção, mesmo apresentando algumas reações adversas imediatas ou tardias. O comprometimento da equipe de enfermagem busca atentar para multidimensionalidade do ser humano que requer o tratamento quimioterápico. Assim, pretende-se com este relato de experiência, dar visibilidade e devida importância à educação em saúde para pacientes oncológicos e familiares que vivenciam muito sofrimento desde o diagnóstico da doença até o início e no decorrer de todo o tratamento tendo como ponto de reflexão a importância do cuidado e do manejo das reações adversas a essa modalidade de tratamento, tendo como base a família, o apoio desses pacientes.

INTERVIR PARA HUMANIZAR? TRABALHO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE JUNTO A POVOS INDÍGENAS DO DSEI GUATOC

Maria Eunice Figueiredo Guedes, Alvaro Pinto Palha Júnior, Denise Raissa Lobato Chaves, Kim Abe de Lima, Ana Cristina Mendes Brito

Palavras-chave: humanização, psicologia, saúde indígena, equidade

O objetivo deste trabalho é possibilitar a socialização e a reflexão sobre a intervenção e vivências relacionadas à saúde mental com comunidades indígenas articulada à cidadania e aos Direitos Humanos. Estamos construindo em parceria com as comunidades indígenas, gestores, trabalhadores/as e entidades de controle social estratégias de escuta e acolhimento em promoção de saúde. Realizamos essas ações através de oficinas, escuta e levantamento de demandas dos vários grupos oriundas de espaços de controle social como o Conselho Distrital de Saúde Indígena – CONDISI; da Casa de Apoio à Saúde Indígena – CASAI Icoaraci (Belém); de visitas a aldeias e de articulações interinstitucionais com outros segmentos como educação, assistência, economia solidária etc. para a construção de redes de apoio à população indígena. O chamado campo da diversidade precisa ser entendido para que se possa entender a constituição cultural e a saúde do povo na região da Amazônia. Em roda de conversa em maio de 2015, várias lideranças indígenas reafirmam a perda nas aldeias das práticas e cuidados tradicionais como a “extinção da parteira e pajé” e diversas situações que ocorrem como o crescimento de número de indígenas usando “álcool e drogas”; de situações envolvendo “Suicídios e assassinatos”; da medicalização com “uso de alto índice de psicotrópicos”. Para trabalhar com essas questões dentro da

promoção em saúde começou-se a articular com outros segmentos para desenvolver ações intersetoriais articuladas visando o bem viver dos povos indígenas, restringindo-se o diálogo a uma única especialidade de políticas setoriais, seja de saúde, assistência social, políticas ambientais ou de regularização de terras, pois não há como responder isoladamente aos desafios que as sociedades modernas impõem aos povos indígenas, sobretudo aqueles de aldeias com maior proximidade dos espaços urbanos. Percebe-se no trabalho com indígenas que grande parte das vulnerabilidades psicossociais que os atingem é consequência das formas de marginalização e conflito que envolve a luta pela terra, a invisibilização dos povos, o preconceito e o questionamento da identidade indígena no mundo contemporâneo e a perda de tradições. Nenhuma perspectiva de futuro do ser indígena é possível quando não conseguem deter nos seus territórios, os costumes e práticas sustentáveis. Tais costumes e práticas devem ser as referências para o pleno exercício da capacidade dos povos para gerirem os processos de educação, promoção da saúde, economia, alimentação, apropriação de saberes e escolhas quanto ao que pretendem construir para as futuras gerações. A Organização Mundial da Saúde- OMS define saúde mental como “estado de bien estar, y no solo como La ausencia de enfermedad”. A OMS também acentua a necessidade de considerar alguns itens “dentro da promoção e prevenção da saúde mental” fatores como: migração; urbanização e mudanças sociais; legislação; transtornos na organização familiar e tecnologia da vida cotidiana. Essa definição da OMS coaduna-se hoje, no Brasil, com os pressupostos a normatização e implementação do Sistema Único de Saúde- SUS bem como é base teórica de práticas novas em Saúde coletiva e Direitos Humanos na perspectiva da equidade. A

interpenetração SUS/ práticas coletivas nos fazem refletir sobre o papel dos profissionais de Saúde, incluindo aí o Psicólogo, na intervenção em Saúde Pública. As reflexões sobre a tarefa assistencial conduzem também ao campo ético. A questão ética surge quando alguém se preocupa com as consequências que sua conduta tem sobre o outro. Precisamos, a partir das necessidades de atenção e promoção de saúde para a população, pensar em alternativas de atendimento que tenham como premissa os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como, por exemplo, o acesso universal e a integralidade na atenção. Precisamos também estabelecer com o outro (tão sujeito quanto nós profissionais) uma relação de escuta e diálogo, pois para que haja ética, é preciso ver (perceber) o outro... e para a assistência humanizada também é preciso perceber o outro. Assim assistência humanizada e ética devem caminhar juntas. A Psicologia deve contribuir para fortalecer os sujeitos permitir-lhes o desenvolvimento de uma “compreensão crítica” da inserção que têm no mundo social, contribuir para a construção de projetos de intervenção cotidiana e, trabalhar para ‘ressignificar experiências’, de modo a reestruturar as apropriações que fazem, atualizando-as e tornando-as parte confortável de sua subjetividade”. É dentro dessa moção e na reflexão sobre a diversidade na Amazônia que Psicólogos/as e profissionais de saúde na sua formação e práxis precisam refletir sobre a diversidade, e os conhecimentos tradicionais não hegemônicos presentes na região para pensar na construção de diálogo (s) que respeitem esses saberes... O Sistema Único de Saúde (SUS) não deve lidar com as pessoas descontextualizadas da realidade social, geográfica e política onde vivem, por isso, desde o início, reconhecemos que o conceito da OMS amplia as possibilidades de entender e intervir na promoção de saúde e cidadania. A saúde é um campo

de lutas, depende do sentido que se dá ao adoecimento, é a luta do sujeito contra o adoecimento e contra as infidelidades do meio. Não há na pessoa humana a possibilidade de não se defrontar com os perigos da vida cotidiana e não vivenciar situações em que o medo, a angústia e ansiedade se entrelacem, produzindo ressonâncias em suas subjetividades. Esses são desafios para o campo da formação, da prática profissional e está na ordem do dia no entrecruzamento com a discussão sobre a Prática Psi, diversidade e regionalidade na Amazônia.

INTRODUÇÃO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA AO SUS

Isabella Mendes de Souza Jorge, Dayara Machado Borges, Ananda Marques da Cunha, Gabriel Henrique Ciriaco Ferreira, Luiz César de Camargo Ferro, Beatriz Romualdo e Silva, Ana Flávia Machado Oliveira

Palavras-chave: sus, estudantes, contato

Introdução: Em geral, estudantes de Medicina já pensam em suas futuras especialidades desde o início do curso e tem um pré-conceito do que é o Sistema Único de Saúde (SUS), muitas vezes deformado e negativo. Em meio a isso, a formação em saúde torna-se especialista, e não generalista. Entretanto, a atenção individualizada e integral não será encontrada se a procura for apenas pelos especialistas. Portanto, essa etapa inicial no curso de Medicina deverá promover ambientes de aprendizagem significativos e que insiram o estudante na posição de construtor do próprio conhecimento. Por isso, novas diretrizes foram propostas para o curso na Universidade Federal de Goiás, como o contato mais próximo à saúde pública desde o início e o conhecimento do

que realmente é e como funciona tal saúde. Evidentemente, sem desprezar o conteúdo teórico em sala de aula. Objetivo: Relatar a experiência vivenciada por sete alunos do primeiro ano de medicina da Universidade Federal de Goiás, decorrentes dos encontros proporcionados no primeiro semestre de 2015 em Unidades Básicas de Saúde (UBS's) de Senador Canedo incluídos como parte das aulas da disciplina Saúde Coletiva I, que, inclusive, predominaram sobre aulas teóricas ministradas em sala de aula. Descrição da experiência: A disciplina de Saúde Coletiva foi ministrada para os alunos do primeiro período do curso de Medicina, da Universidade Federal de Goiás, do ano de 2015, em uma dinâmica de aulas teóricas e práticas. Nas aulas teóricas foram abordados temas como: a evolução das políticas públicas de saúde no Brasil, a criação do SUS e as leis que o regulamentam, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, o trabalho do médico em um contexto multiprofissional e a abordagem da atenção primária à saúde feita pelo SUS. Já para realização das aulas práticas a própria UFG ofereceu um de seus ônibus para levar os discentes à cidade de Senador Canedo, Goiás, onde os alunos foram divididos em nove grupos fixos e cada um desses grupos foi levado para um Posto de Saúde da Família específico. Durante essas aulas, os acadêmicos acompanharam as equipes de saúde em suas atividades diárias, realizando visitas domiciliares juntamente com os agentes comunitários de saúde (ACS), e observando a função dessa equipe multiprofissional na Atenção Primária. Durante as visitas aos PSF's foi realizada também uma pesquisa de estimativa rápida para observar as condições estruturais e de saúde de cada microrregião responsável pelos Postos de Saúde. No final do período, os estudantes apresentaram, aos professores da disciplina de Saúde Coletiva e a alguns profissionais

relacionados com a saúde pública de Senador Canedo, suas impressões sobre como a atenção primária é trabalhada na cidade em questão e o que corresponde, ou não, à teoria, tendo como base a pesquisa de estimativa rápida realizada, a própria experiência dos alunos e os ensinamentos apreendidos em sala de aula. Efeitos e impactos: O uso de uma metodologia ativa de ensino, na qual o aluno é colocado de maneira interativa com a comunidade e o funcionamento do SUS, proporciona ao aluno a possibilidade de vivenciar experiências únicas em sua formação. De maneira tal que ele aprenda a interagir com a base do sistema de saúde do país. O conhecimento adquirido por essa interação provoca no futuro profissional de saúde uma mudança de perspectiva de maneira tal que ele compreenda o papel e, acima de tudo, valorize cada um dos profissionais envolvidos nos diferentes órgãos que compõem o sistema de saúde, assim como possibilita uma visão mais fidedigna do que é o sistema público de saúde e como é a situação desse sistema de acordo com a realidade brasileira. Desta forma se muda a posição amplamente desfavorável que os alunos tendem a ter do SUS, para uma visão realista de um sistema complexo, em constante evolução e que, apesar dos avanços alcançados desde a sua criação, ainda enfrenta desafios para a consolidação de um sistema integrado, que responda de forma adequada às necessidades de saúde da população. E partindo do ponto de vista que é um sistema que necessita de aprimoramento, a metodologia ativa de ensino possibilita ao aluno uma revisão de seu próprio comportamento para que ele possa posicionar-se de maneira eficiente no sistema e atuar como agente ativo no processo de aprimoramento deste. Outro efeito da metodologia ativa de ensino é o estabelecimento de relações teórico-práticas desde o começo do curso,

possibilitando a formação de egressos com uma visão mais ampla e das reais necessidades da sociedade em que está inserido. Interferindo diretamente na formação de profissionais da saúde capazes de exercer uma medicina humanizada, já que o aluno é constantemente lembrado de que deve promover a saúde de indivíduos que são iguais a ele e não apenas "concertar defeitos de uma máquina quebrada". Assim integrando a dimensão psicossocial ao ensino e às práticas de saúde, visando à construção de um modelo biopsicossocial, se contrapondo ao modelo biomédico. Não podemos esquecer também que, ampliado o contato com a comunidade durante a formação médica, a retenção do conhecimento teórico adquirido em sala aumenta significativamente uma vez que o interesse e o nível de atenção são maiores quando a situação é vivenciada. Considerações finais: O contato com o Sistema Único de Saúde proporcionado pela disciplina Saúde Coletiva, desde o início do curso de Medicina, é essencial para a formação de um perfil profissional mais humanizado e voltado para as reais necessidades da população, que entenda a realidade do SUS e trabalhe para aperfeiçoá-lo. A construção de uma proposta curricular que insira e aproxime o acadêmico de um campo de atuação mais amplo, menos tecnicista e voltado para questões multidisciplinares e multifatoriais, promove o anseio em se suprir um desafio real e crescente de se levar o conhecimento universitário à população, possibilitando uma maior troca de informações entre esses dois âmbitos e, ao mesmo tempo, utilizando dessa interação para se pensar, discutir e propor soluções a situações clínicas que possuem não apenas uma origem orgânica, mas uma origem baseada em um ser biopsicossocial, inserido em um contexto e em uma macroestrutura social. A convivência com os profissionais da saúde

e com a sociedade fornece aos alunos uma visão mais realista sobre como é o a rotina na UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família). Além disso, ao ter acesso aos referenciais teóricos que embasam o SUS e vê-lo na prática, o estudante passa a ter uma maior criticidade ao emitir juízos e opiniões sobre a forma como é estruturada a saúde pública brasileira, se distanciando do senso comum, amplamente disseminado. As visitas nas Unidades de Saúde mostraram, também, que uma boa gestão é importante para que as unidades tenham boa estrutura, sendo o comprometimento dos componentes da equipe necessário para atender eficientemente as demandas da população local. Diante desse cenário, o discente passa a ter uma visão mais holística sobre como é constituído o processo saúde-doença, e repensa seus objetivos em relação à sua formação e vida profissional futura, construindo o desejo real de melhorar a qualidade da saúde da população brasileira.

ITINERÁRIOS TRANSFORMADORES NO SEMI-ÁRIDO BAIANO: O PET SAÚDE E AS MUDANÇAS NA PRÁXIS

Níliá Prado

Palavras-chave: Formação em Saúde, PET Saúde, interdisciplinaridade

Este estudo relata a experiência institucional bem sucedida do PET Saúde no município de Vitória Conquista, desenvolvido em parceria entre o Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) campus Anísio Teixeira da Universidade Federal da Bahia, a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista (PMVC). No Brasil, um processo ainda lento, vem ocorrendo no que diz respeito aos aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos que exigem do profissional de saúde uma nova postura

crítica. O atual processo de reorganização do sistema de serviços de saúde no Brasil favorece a discussão e implementação de estratégias com o objetivo de preparar os futuros profissionais de saúde para atender a uma nova práxis sanitária. Propicia, portanto, uma formação de sujeitos capazes de ver e entender o mundo de forma holística, em sua rede infinita de relações e em sua complexidade. Nesta perspectiva, o espaço de formação profissional, deveria se transformar em um lócus privilegiado para a reflexão sobre as práticas de saúde. Articulado a esta reflexão, uma das principais iniciativas governamentais para a qualificação de recursos humanos para a Saúde na Atenção Primária à Saúde e outros níveis de atenção, tem sido o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde), regulamentado pela portaria Interministerial nº 421, de três de março de 2010. O programa apresentou como pressupostos a consolidação da integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho, a qualificação em serviço dos profissionais da saúde e a inserção precoce dos estudantes de graduação ao trabalho e vivência no sistema de saúde, tendo em perspectiva a qualificação da atenção e a inserção das necessidades dos serviços como fonte de produção de conhecimento. A experiência do Pro/Pet Saúde no município de Vitória da Conquista possibilitou inovações em relação a sua organização nas Instituições de Ensino Superior por incluir os cursos de graduação em psicologia e ciências biológicas do IMS/UFBA que não haviam sido contemplados em propostas anteriores. Desse modo, abrangeu os cursos de graduação em farmácia, nutrição, enfermagem, psicologia e ciência biológicas do IMS/UFBA e Medicina da UESB. Em relação aos serviços de saúde da rede SUS manteve a atuação nas Unidades de Saúde da Família, mas ampliaram-se os cenários de práticas para além da APS, incluiu um Centro

de Atenção Psicossocial (CAPS II); a Fundação de Saúde de Vitória da Conquista (Hospital Municipal de referência Materno Infantil); Gestão municipal em Saúde/vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. Assim, essa proposta inovadora buscou ampliar a compreensão do cuidado em rede, estimular a produção de saúde e o cuidado humanizado na formação de profissionais da área da saúde e (re) significar os processos de trabalho dos profissionais que já atuavam na rede SUS local. Cada grupo tutorial foi composto por um tutor, quatro preceptores e catorze alunos, sendo doze bolsistas e dois voluntários, organizados em grupos tutoriais com discentes, docentes e profissionais de várias áreas de formação em saúde, segundo a lógica da interdisciplinaridade. As atividades dos grupos tutoriais foram organizadas em atividades de vivência na rede assistencial e de pesquisa, tendo como foco as demandas da rede. Os discentes tiveram a oportunidade de durante o seu processo de formação vivenciar a realidade dos serviços de saúde e da gestão em saúde, o que tem permitido a formação de atores que possam atuar como corresponsáveis pela consolidação do SUS. Outro aspecto positivo foi o desenvolvimento de pesquisas e produção de novos saberes a partir da Atenção Primária à Saúde e em demais áreas estratégicas, contemplando uma análise prévia das necessidades em saúde regionais. As atividades de vivência foram conduzidas considerando a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade, onde o discente era acompanhado por todos os profissionais da equipe de saúde da unidade, independente do curso de graduação a que estava vinculado. Ao acompanhar o processo de trabalho e desenvolver atividades com profissionais de áreas distintas da sua área de formação profissional, os discentes puderam vivenciar as ações nos serviços de saúde, através de um “olhar integral”. Estas atividades foram programadas em reuniões

mensais com o grupo, considerando as demandas e necessidades locais discutidas e buscaram garantir a integração ensino-serviço-comunidade, possibilitando a transformação da USF e demais cenários de prática, em espaços sociais participativos, vislumbrando o cuidado em saúde mais efetivo aos usuários do SUS. Este processo demonstra que a realização do trabalho em parceria, marcado por estudos, reflexões e diálogo, foi uma oportunidade de aprendizagem para os envolvidos. Além das atividades de extensão desenvolvidas nos cenários de práticas, alguns “Encontros Teóricos Mensais”, que envolveram todos os grupos tutoriais, a coordenação do programa, a gestão em saúde do município, a comunidade local e acadêmica, foram realizados. Esses encontros tinham o propósito de discutir a organização do sistema de saúde municipal; os indicadores de saúde municipal; os resultados de “salas de situação” (indicadores locais de saúde); dados epidemiológicos; assim como as temáticas envolvidas nas pesquisas desenvolvidas pelos grupos tutoriais, que incluíram temáticas sobre o processo de territorialização na ESF; plantas medicinais; saúde da criança e rede cegonha; dengue e situação de saúde de adolescentes quilombolas. Estes momentos teóricos visaram fortalecer o conhecimento científico e técnico, facilitando o re (conhecimento) de necessidades e determinantes sociais em saúde, e permitindo a reflexão acerca da indissociabilidade do ensino-pesquisa-extensão. As avaliações institucionais ministeriais do programa PRÓ-PET Saúde anuais demonstraram que as atividades realizadas pelo Pro/ PET Saúde, tanto por estudantes quanto por tutores e preceptores, foram positivas. Possibilitou o aprofundamento da integração ensino e serviço; o aperfeiçoamento da capacidade dos estudantes de comunicação horizontal com os usuários; a compreensão do complexo

sistema de saúde e do processo de trabalho multiprofissional e interprofissional; a autonomia diante de situações de resolução complexa; a qualificação dos profissionais dos serviços e o estímulo à capacitação dos educadores ao ensino na área de saúde com ênfase no SUS. A implantação do PET Saúde constitui um avanço rumo aos pressupostos das diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação na área da saúde, representando uma proposta inovadora para a consolidação do SUS na reorganização do modelo pela estratégia de saúde da família. Outro avanço consiste na sustentabilidade da atuação articulada entre as IES e a gestão em saúde municipal. Desta forma, o programa constituiu-se em um instrumento importante para instigar, a partir das experiências bem sucedidas de novas práticas pedagógicas, as mudanças curriculares já iniciadas no IMS/UFBA. O Pró/Pet Saúde oportunizou o resgate das necessidades sociais em saúde e valorizou o contexto, a coletividade e a pluralidade dos sujeitos (usuários dos serviços de saúde), minimizando as falhas e desigualdades das políticas de saúde de nosso país, e possibilitado repensar e reconstruir a educação fundada na prática cotidiana do trabalho, com futuras repercussões na qualificação e valorização profissional. Mas essa discussão encontra-se longe de receber um ponto final. Antes sim, expressa reticências, no sentido de que há muito mais a ser dito, escrito, discutido e praticado. Essas reticências devem traduzir-se em tempos e espaços de reflexão e ações permanentes em direção a uma polifonia das vozes dos diversos atores envolvidos e da qualificação profissional, rumo a um processo de transformação cotidiano, na região sudoeste do estado da Bahia, no sertão, no semiárido onde o processo começou... e vem se transformando.

JOGO/QUIZZ DOS RESÍDUOS DE SAÚDE: METODOLOGIAS LÚDICAS E PARTICIPATIVAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - RSS

Juliana Damiani

Palavras-chave: Resíduos dos Serviços de Saúde, Jogos Ambientais, Educação Permanente e Metodologias lúdicas de ensino e aprendizagem

O resumo abaixo visa apresentar uma proposta de Educação Permanente para a Sustentabilidade com foco no tema de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde, visando aprimorar nos profissionais do serviço de saúde o olhar ampliado para as questões de saúde ambiental e segurança ocupacional. O Jogo e o Quiz dos Resíduos se baseiam em metodologias participativas de ensino e aprendizagem, no qual o conhecimento prévio do indivíduo faz parte da construção do saber coletivo de forma lúdica e didática. As atividades foram construídas de forma a apresentar uma correlação direta com a prática profissional cotidiana, aproximando a teoria da prática e permitindo a construção de novos fluxos de trabalho e rotinas e estimulando o senso de cidadania planetária, onde cada indivíduo é responsável por uma parte e pelo todo. As perguntas e respostas são norteadas por princípios de sustentabilidade como: redução na geração, reaproveitamento e reciclagem. A partir da inserção das ações nas atividades de rotinas dos profissionais pode-se perceber uma maior participação e envolvimento na discussão dos temas relacionados aos resíduos de saúde, um estímulo à análise crítica e um maior envolvimento na construção de soluções viáveis, visando atender as orientações legais e garantir a saúde e segurança de todos os envolvidos.

JOGOS VACINAIS: A METODOLOGIA ATIVA COMO ESTRATÉGIA NO PROCESSO DE ENSINAR E APRENDER

Ingrid Raiane Renê Cordeiro, Christopher Wallace Souza do Nascimento, Geovani Santana de Jesus, Ana Paula Oliveira Gonçalves, Geyse Aline Rodrigues Dias, Francisca Wrissélia Augusto Noronha, Jonathan Douglas Pinheiro Sampaio, Sandra Helena Rodrigues Dias

Palavras-chave: Educação em Enfermagem, Educação superior, Metodologia

APRESENTAÇÃO: “Em toda a história da escolarização, nunca se exigiu tanto da escola e dos professores quanto nos últimos anos”. (FREITAS, 2005, p. 22). Essa exigência é decorrente, primeiramente, de uma crescente característica entre os diversos protagonistas da Educação, que é a expectativa de mudança e, em segundo lugar, o fato de que o uso exclusivo de estratégias de ensino tradicionais tem se mostrado cada vez menos eficaz no processo de educar. Isso está relacionado diretamente com o constante avanço tecnológico, que influencia na maneira de como as informações são difundidas e, conseqüentemente, recebidas. E isso tem evidenciado cada vez mais a necessidade de práticas inovadoras de ensinar para suprir as expectativas, e propor novas necessidades do educando, principal protagonista do processo de ensino-aprendizagem e maior beneficiado de tais mudanças. Dentro desse contexto, os educadores, incumbidos de atuar para promover o desenvolvimento humano e a conquista de níveis complexos de pensamento, envolveram dinamismo e uma maneira mais ativa de construir conhecimento e desenvolveram novas propostas pedagógicas, que utilizam novas ferramentas de ensino, dentre elas, a Metodologia Ativa. Segundo Sobral e Campos (2012), a Metodologia Ativa é uma

concepção educativa que estimula processos de ensino-aprendizagem crítico-reflexivo, onde o educando participa e compromete-se com o seu aprendizado, com uma aproximação crítica com a realidade, reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio, pesquisa de problemas e soluções, identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções. Constitui uma forte aliada do educador quando o mesmo deseja que seus alunos aprendam conteúdos extensos, tornando a aula mais atraente, dinâmica e produtiva. Nessa perspectiva, o trabalho objetivou relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem ao vivenciarem uma dinâmica sobre o Programa Nacional de Imunização (PNI) e a vacinação. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A experiência ocorreu durante o 3^o semestre do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Para tanto, os docentes, junto com a equipe de monitores, desenvolveram uma gincana de perguntas e respostas denominada “Jogos Vacinais”, que abordou a vacinação e seus diversos aspectos. Previamente ao dia da atividade, a turma foi dividida em quatro equipes, de números de alunos proporcionais e orientada a estudar o conteúdo. As equipes tinham a autonomia de se organizar, escolhendo seus nomes e elaborando gritos de guerra. A atividade foi dividida em três rodadas com níveis de dificuldades crescentes. A primeira rodada foi de perguntas curtas e respostas rápidas, todos os alunos juntos formaram um grande círculo e, ao som de uma música, passavam um balão de um para o outro. Quando a música cessava, fazia-se uma pergunta, elaborada previamente pela monitoria, para quem estava com o balão em mãos, o mesmo tinha um tempo máximo para respondê-la e se acertasse, a sua equipe recebia 5 pontos, caso errasse ou não respondesse a tempo, o balão voltava a circular entre os alunos da

roda e ao cessar a música outra pergunta era feita. Na segunda rodada, cada grupo deveria escolher um número (de 1 a 20) que equivalia a duas perguntas, de nível médio. As perguntas dessa rodada eram mais elaboradas e envolviam situações como: que conduta deveria ser tomada frente a um adulto nunca vacinado? Quais vacinas não poderiam ser tomadas em conjunto? Quais antígenos que continham dentro da vacina em questão? Entre outras. A equipe toda poderia responder, cada pergunta valia 8 pontos. Na última rodada, mais conhecida como “torta na cara”, cada grupo elegeu um representante para responder as perguntas finais, relativamente mais difíceis que na rodada anterior. Este representante escolheu um adversário para duelar. Era feita uma pergunta aos representantes, a prioridade era daquele que estava na vez, se a resposta dada estivesse correta, a equipe somava 12 pontos e ganhava o direito de dar uma “tortada” no rosto do adversário, porém, se a resposta dada por ele estivesse incorreta, a pergunta passava para adversário e se ele acertasse, dava uma tortada no rosto do outro competidor e a equipe ganhava 08 pontos. Os demais membros não poderiam interferir ajudando ou atrapalhando e cada representante por vez tinha a prioridade em escolher um adversário e responder a pergunta por primeiro. Durante todo o jogo, quando um aluno acertava ou o adversário errava, os membros comemoravam com seus gritos de guerra, análogos a uma equipe de animadores de torcida. Ao final de tudo, os pontos foram conferidos e uma equipe foi eleita à vencedora. RESULTADOS: De acordo com Oliveira (2008), há métodos para ensinar, porém não há métodos para se aprender, pois o aprendizado não pode ser circunscrito nos limites de uma aula (de método tradicional), da audição de uma conferência ou da leitura de um livro. O aprendizado ultrapassa todas essas fronteiras e pode instaurar múltiplas

possibilidades. Nesse sentido, a realização da atividade foi de fundamental importância, pois, além de ajudar na melhoria do ensino, facilitando a compreensão de um conteúdo extenso, estimulou os discentes a serem os protagonistas principais da construção de seus conhecimentos. Além de ter tornado a aula mais divertida e dinâmica. Nessa perspectiva, com o uso de metodologias ativas, docente e discente analisaram a realidade dentro da academia para promover saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A dinâmica dos “Jogos Vacinais” contribuiu significativamente para o aprendizado dos alunos, onde se obteve uma significativa melhora na qualidade no ensino e aprendizagem proposta na temática abordada e exemplificou situações envolvendo o cuidar assistencial da enfermagem dentro dos ambientes de atuação do PNI, como as unidades de saúde, havendo também a conscientização de que a vacinação além de promover o controle das doenças preveníveis por imunização estabelece normas e parâmetros técnicos para a utilização de imunobiológicos para estados e municípios promovendo saúde e bem estar aos pacientes. Possibilitou ainda, uma aula criativa e inovadora, criando assim discentes e futuros profissionais de enfermagem comprometidos com a situação vacinal da população, de modo a envolver o aluno não só na construção do seu processo de ensino e aprendizagem, mas proporcionar subsídios para que mesmo seja parte integrante e real dessa construção. Dessa maneira, podem-se alcançar novos caminhos, em uma perspectiva de composição das jornadas individuais e coletivas, aceitando o desafio de reconstruir valores significativos como o cuidado, a solidariedade, a amizade, a tolerância e a fraternidade.

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

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

Palavras-chave: saúde mental, enfermagem, matriciamento, atenção básica

APRESENTAÇÃO: Na perspectiva do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde brasileiro publicou em dezembro de 2011 a Portaria nº 3.088, que instituiu a Rede de Atenção de Psicossocial - RAPS. A reformulação das práticas assistenciais às pessoas em sofrimento mental e usuárias de substâncias psicoativas de saúde mental, deve-se à reforma psiquiátrica brasileira, iniciada no final da década de 1970. Para além da implantação de novos pontos de cuidado, as políticas inovadoras objetivaram articulá-los, de forma que a transdisciplinaridade agregue melhores resultados na atenção à saúde. Os ambulatórios de saúde mental foram implantados a partir da década de 1970 e os que hoje existem, atuam em articulação a rede efetiva de atenção psicossocial, oferecendo suporte ao atendimento dos transtornos psíquicos menos graves, em municípios com maior demanda de atenção aos transtornos, em geral. Os centros de atenção psicossocial, desde a sua implantação, têm como atribuição realizar o matriciamento junto às unidades de saúde da atenção básica. Em 2008 foram implantados os núcleos de apoio à saúde da família – NASF, que começaram a desenvolver ações matriciais nos territórios. São princípios metodológicos do matriciamento: a discussão de casos; os atendimentos individuais e coletivos; as atividades de lazer e capacitação dos profissionais. Dessa forma, é reforçada a corresponsabilização e trabalho interdisciplinar e articulado,

entre o ponto de cuidado da atenção Básica e o serviço de saúde mental. OBJETIVO: Descrever a experiência de observação não participante de duas alunas de graduação em enfermagem, junto a uma equipe de saúde ambulatorial, que presta apoio matricial às equipes da estratégia da saúde da família, em um município da região metropolitana de Belo Horizonte – MG. METODOLOGIA: A Unidade de Saúde ambulatorial onde as duas alunas da graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais estão realizando a experiência de extensão/ ensino e pesquisa, por meio de observação não participante, situa-se em um município metropolitano de Belo Horizonte – MG. O ambulatório foi implantado na década de 1990. Atualmente, a equipe técnica é composta por psicólogo, médico psiquiatra, enfermeiro e auxiliar de enfermagem. No local são realizadas consultas agendadas; reuniões de matriciamento e organização dos processos de trabalho dos profissionais. A gestão local permitiu que as alunas participassem das reuniões da equipe técnica, em que são discutidos caso a caso. Os atendimentos são realizados no espaço físico da unidade ou em visita domiciliar, na residência do usuário. As intervenções sempre priorizavam o trabalho em grupo, destacando que o tratamento baseia-se no cuidado integral, levando em consideração o usuário e suas necessidades, bem como seu contexto social e familiar. Todas as intervenções consentidas no matriciamento são incluídas no Plano Terapêutico Singular – PTS, sempre com ênfase ao autocuidado, para a promoção de independência e autonomia. RESULTADOS: O trabalho interdisciplinar, apesar de ser considerado um importante instrumento para provimento de cuidado integral e articulação dos serviços de saúde, ainda é pouco desenvolvido, pois na maioria das vezes, os profissionais da equipe de saúde, ainda desenvolvem o cuidado de forma fragmentada. Entretanto, essa

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

METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA EM EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Milene Santiago Nascimento

Palavras-chave: governabilidade, educação permanente em saúde, rede

APRESENTAÇÃO: Este trabalho pretende ilustrar, a partir do relato de experiência de uma psicóloga e trabalhadora da rede de saúde de um município da região sudeste, a construção do conceito de “governabilidade” com trabalhadores da rede de saúde e da assistência social em um município do norte do país, com população estimada em 272.726 habitantes (IBGE para o ano de 2015). A discussão sobre “governabilidade do trabalhador”, “construção de rede” e “ordenamento de rede” ocorreu durante uma semana, em uma atividade de 40h,

mediada pela autora do relato, denominada de “Oficina de Atualização Profissional”. A atividade foi prevista por um edital do Ministério da Saúde, lançado no ano de 2013, que previa fomentar e financiar um processo de formação dos trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial. Objetiva-se com este trabalho: apresentar a metodologia utilizada pela mediadora da atividade, caracterizando-a como problematizadora da realidade; discutir o conceito de “governabilidade”; explicar sobre a dinâmica de construção intersectorial de um projeto de intervenção no município. **DESENVOLVIMENTO:** A “Oficina de Atualização Profissional” foi parte integrante das ações de formação profissional da Rede de Atenção Psicossocial, de um edital do Ministério da Saúde, publicado em 2013. O alicerce das ações foi à troca de experiência profissional, sustentada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), regulamentada pela Portaria GM/MS, nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Ou seja, propunha-se pensar sobre a realidade dos municípios envolvidos no projeto. As ações previam a visita de 100 profissionais de redes visitantes ao município preceptor e a realização, por este de “Oficinas de Atualização Profissional” nos municípios visitantes. Neste trabalho, apresenta-se a experiência da oficina que ocorreu em uma capital da região norte do país, no mês de novembro de 2014. Optou-se por enfatizar essa oficina, pois nela ficou claro o processo de reacomodação de valores pessoais e profissionais, bem como uma intervenção direta na realidade. Outrossim, cabe ressaltar que o movimento foi resultado de um trabalho intersectorial e de implicação total dos participantes. Observou-se uma passagem de um estado de estagnação, de paralisia das práticas de gerenciamento do trabalho a um estado de total atividade dos profissionais, situando-o como os principais atores e gerentes de um processo de mudança no município. A

oficina foi construída obedecendo alguns critérios apontados pelo Ministério da Saúde, porém, enfatizou, sobretudo, os problemas identificados no município. Tais problemas foram, em princípio, apontados pela gestão municipal, para que o planejamento da atividade fosse realizado. Buscou-se nas propostas da Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez (descrita por COLOMBO; BERBEL, 2007) fundamentos para a dinâmica de mediação da oficina. A metodologia da problematização se propõe a identificar os problemas da realidade, teorizar sobre os pontos-chave encontrados, levantar hipótese para solução dos mesmos e retornar à realidade, aplicando as propostas. Nesse sentido, o mais enriquecedor, foi observar o planejamento realizado a partir de dados oferecidos pela gestão municipal, sendo modificado com o envolvimento dos profissionais, que foram convidados a olhar para suas práticas cotidianas, para a rede onde estavam inseridos e identificar os pontos defasados. O grupo era composto por profissionais de nível médio e nível superior das redes de saúde e da assistência social. A rede de saúde estava representada por profissionais das Unidades de Pronto-Atendimento; saúde mental; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Estratégias de Saúde da Família; Hospital Geral e Maternidade. A rede da assistência social foi representada pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centro Especializado de Assistência Social (CREAS) e unidades de acolhimento de menores. Interessante notar que se constituiu, naquela semana, a rede ampliada de cuidados ao cidadão, que percorre os serviços da saúde e da assistência social. Entre discussões de textos, casos, reflexões sobre o trabalho em equipe e o trabalho em rede, foram se delineando, pelos próprios profissionais os problemas daquela realidade, identificados como: inexistência de fluxo na rede; precariedade do trabalho

em rede. Esses nós foram resumidos em duas perguntas: “como se dá o trabalho em rede?” “quem é o ordenador da rede?”. O atravessamento da oficina por essas questões se colocou como uma convocação aos profissionais: a implicação no processo de trabalho e de mudança. As reflexões mobilizaram o desejo daqueles trabalhadores, uma vez que os conceitos de “governabilidade”, “rede” e “ordenamento da rede” ganharam novo sentido. Ao ressignificarem suas experiências, os profissionais posicionaram-se como atores e gestores do próprio processo de trabalho e de mudança. Como assinalado por Franco e Merhy (2007), o funcionamento das unidades de saúde deve ser analisado a partir dos atores da ação, ou seja, são os trabalhadores que constroem seu cotidiano, edificando suas práticas e dinâmicas produtoras do cuidado. Assim, colocando-se como os principais atores da prática, assume-se a condição para alcançar a intersectorialidade. A mudança da passividade para a atividade retira os profissionais da condição de queixosos, daqueles que veem suas práticas de trabalho sob a ótica da defasagem, situando-os como atores de mudança. Foi deste ponto que surgiu o gás para o exercício final da semana, ou seja, a construção coletiva e intersectorial de um projeto de intervenção para o município. Divididos em seus serviços, os trabalhadores responderam às perguntas: “o que meu serviço espera da rede?” e “o que meu serviço pode oferecer à rede?” Em seguida, após apresentarem suas respostas ao grupo, pôde-se empreender um entrecruzamento das mesmas, desenhando o plano de ação, estabelecendo parcerias e compromissos dos serviços com a rede. Ao final, foi estabelecida uma comissão, constituída por um membro de cada componente da rede (atenção básica, urgência e emergência, saúde mental, atenção hospitalar e assistência social), responsável por conduzir o projeto adiante.

A semana testemunhou um processo de mudança subjetiva e de prática profissional. A introjeção dos conceitos não ocorreu por uma aprendizagem passiva. Ao contrário, as atividades, ao se sustentarem nas experiências individuais, coletivas e na prática, permitiram a construção interna dos conceitos, de maneira ativa. RESULTADOS/IMPACTOS: A metodologia da problematização, colocada em prática na “Oficina de Atualização Profissional” levou a uma mudança de concepção dos trabalhadores, o que impactou diretamente no cuidado, enaltecendo a intersetorialidade. A oficina relatada foi a primeira de quatro outras, que ocorreram no ano de 2015. A experiência desta oficina orientou o planejamento e a mediação das demais, possibilitando a construção de quatro novos projetos de intervenção. A dinâmica da semana ativou processos internos fundamentais para o cuidar: afeto, encontro, movimento, empoderamento. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O fator responsável pelo reposicionamento dos profissionais foi o processo reflexivo disparado pelas perguntas: “como se constrói uma rede?” e “quem é o ordenador da rede?”. Ambas direcionam-se para o sujeito do trabalho, ou seja, o trabalhador. Estão sustentadas no conceito de governabilidade. Com a experiência, verificou-se que esta apenas pode ser desvelada por um processo que discuta a realidade, os afetos, a prática, considerando o conhecimento prévio de cada participante. Com essa experiência, desconstrói-se o modelo de formação profissional embasado numa dinâmica professor-aluno. Redireciona o aprendiz para o lugar de professor. Aloca a formação como uma via de mão dupla, onde acontece o ensinar e o aprender, enaltecendo o saber acadêmico e os saberes advindos da experiência de vida e da prática de trabalho, conformando um rico processo de aprendizagem significativa.

METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS GERENCIAIS EM ENFERMAGEM, UMA EXPERIÊNCIA NO CURSO DE ENFERMAGEM DA UDESC

Denise Antunes de Azambuja Zocche, Edlamar Katia Adamy, Fernanda Metelski, Carine Vendruscolo

Palavras-chave: educação, metodologias ativas, enfermagem

Introdução: a formação de recursos humanos na saúde, em especial na área da enfermagem, tem sido questionada em face das transformações da sociedade atual, onde a produção de conhecimento é rápida, e as demandas dos serviços de saúde são cada vez mais emergentes. Neste sentido, constitui-se um desafio a implementação de uma pedagogia implicada com as mudanças contemporâneas que não fragilize a capacidade reflexiva, de inovação e autonomia dos estudantes da área da saúde. Ainda aliada a esta realidade estão às demandas crescentes dos serviços de saúde e dos usuários. Neste cenário a enfermagem encontra-se inserida em um contexto permeado de mudanças cada vez mais constantes, pois são novas tecnologias, conhecimentos, leis, mudanças sociais, dentre outros, que surgem a cada dia (CEOLIN et al., 2012). Desta forma, a formação do enfermeiro visa desenvolver suas competências de maneira a atender as demandas emergentes, assim como, de promover ações educativas que visem à melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à população. Nesta perspectiva as Diretrizes Curriculares Nacionais que orientam o processo de formação, corroboram que o desenvolvimento de habilidades e competência para o gerenciamento dos serviços de saúde e enfermagem deve contribuir para no processo de descentralização do sistema

único de saúde consolidando-o como um sistema equânime, participativo e resolutivo. A capacidade de gerenciar uma equipe de saúde e atender as expectativas, necessidades de saúde e demandas dos usuários requer um profissional que consiga superar os entraves e limitações que o serviço apresenta e que, além de prestar assistência baseada nos princípios do SUS, consiga lidar com o déficit de pessoal, de materiais, de recursos (FERNANDES et al., 2009). Os componentes necessários ao desenvolvimento destas competências envolvem: o conhecimento, o “saber” adquirido; as atitudes, que são ligadas à personalidade; e as habilidades, o “saber fazer”, isto é, o saber fazer colocado em prática, portanto a competência de mobilizar recursos (PERRENOUD, 1999). Referenciais: Este relato trata da experiência de integração entre as ações extensionistas, e o ensino de competências gerenciais no curso de graduação em enfermagem da UDESC, tendo como mote o uso de metodologias ativas. Metodologia: Para oportunizar tais situações de aprendizagem, o grupo de docentes da disciplina Estágio Supervisionado II, buscou alternativas que atendessem as necessidades de preparação para exercer a gestão e os serviços de enfermagem. Uma das ações implementadas na disciplina, foi aproximar os acadêmicos das ações extensionistas do Programa de Formação para Profissionais de Enfermagem em Atenção Hospitalar em Educação Permanente em Saúde, uma parceria entre UDESC e Hospital Regional do Oeste (HRO). Este programa prevê ações educativas, de assessoramento às lideranças em enfermagem, e de qualificação em serviço, entre outras. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) tem o objetivo de constituir uma rede de ensino-aprendizagem no exercício de trabalho no SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores, pautada nas necessidades

de saúde dos usuários/população (BRASIL, 2007). Para tanto, sugere que as práticas dos profissionais estejam pautadas na reflexão crítica e nas práticas reais e em ação na rede de serviços. O uso de metodologias que coloquem o estudante como protagonista deste processo de ensino-aprendizagem, e que proporcionem espaços cada vez mais produtores de singularidade, autonomia e criatividade, requerem novos arranjos pedagógicos, que devem ir além dos modelos tradicionais do ensino por transmissão, que não valorizam os saberes e experiências dos sujeitos. Nesta perspectiva, metodologias ativas configuram-se como potencializadores das práticas extensionistas para o desenvolvimento de competências. Destacam-se neste processo o uso de rodas de conversa, a construção coletiva de protocolos e instrumentos de avaliação em saúde (indicadores) e planos de intervenção para as unidades de internação, unidades de Tratamento Intensivo, Centro de Materiais e Serviço de Controle de Infecção que primaram pela valorização dos saberes produzidos pelos trabalhadores, com apoio de docentes e estudantes. As ações implementadas pelos estudantes surgiram das agendas identificadas pelo programa de extensão, elencadas a partir de rodas de conversa com gestores e trabalhadores da saúde. Resultados: as demandas levadas aos estudantes em estágio supervisionado II, foram aquelas relacionadas à segurança do paciente, a produção de protocolos assistenciais e a implementação do processo de enfermagem. Implementar as metas relativas à segurança do paciente requereu um profundo processo dialógico em que o saber e o “saber fazer” se entrelaçam e vão ocupando os espaços de produção de saúde no ambiente hospitalar. A primeira meta “identificar corretamente o paciente” demandou repensar os processos gerenciais de trabalho no que tange a informatização, aquisição de equipamentos

e materiais de consumo, procedimentos de recepção de pacientes, familiares e visitantes, e capacitação com todos os profissionais do serviço, o que culminou com o desenvolvimento de um protocolo, adequado a realidade do serviço. A segunda meta “melhorar a comunicação entre profissionais de saúde”, possui entre suas ações, a estreita relação com a sistematização da assistência de enfermagem e o processo de enfermagem, e tem exigido do serviço repensar e qualificar os registros e anotações de enfermagem, implantar e implementar o processo de enfermagem no HRO, e nesse sentido, tem sido dedicada atenção especial, configurando esta, como a segunda linha de ação do programa de extensão. A terceira meta “melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamento desencadeou de imediato ações de educação permanente com rodas de conversa com trocas de experiência e discussão de situações entre os trabalhadores, e o desenvolvimento de um plano de capacitação colocado em prática, com a implantação dos 11 certos e outros dispositivos a fim de reduzir a possibilidade de eventos adversos. A quarta meta “assegurar cirurgia em local de intervenção, procedimento e paciente corretos” desencadeou a elaboração de um protocolo específico onde foi contemplado o check-list de cirurgia segura proposto pela ANVISA. A quinta meta “higienizar as mãos para evitar infecções” incentivou momentos de educação permanente em saúde em que metodologias ativas, a exemplo de uma caixa de presente com glitter que foi passada de mão em mão, e ao término da dinâmica simbolizou a disseminação de bactérias, ressignificaram o saber fazer dos profissionais de saúde e estudantes. A sexta meta “reduzir o risco de quedas e úlcera por pressão” desencadeou duas atividades. Muitas ações aconteceram a partir das rodas de conversas desencadeadas pelo programa

de extensão, mas que tiveram “eco” nas ações de ensino no estágio supervisionado II. Cabe destacar ainda que os estudantes puderam experienciar nas rodas de conversa o debate acerca das necessidades, o desenvolvimento do planejamento, da priorização, e da implementação de ações de educação permanente e continuada (ação-reflexão-ação). Dessa forma a utilização de metodologias ativas contribuiu para o desenvolvimento de práticas de ensino das competências gerenciais pois resultaram em aprendizagem significativa no processo de formação de futuros profissionais de enfermagem. Conclusão: os resultados foram além do esperado, uma vez que mobilizaram estudantes, trabalhadores e gestores. Os problemas com maior relevância se relacionaram a urgência do serviço em ter suas demandas atendidas. Destaca-se a ampla participação dos trabalhadores da enfermagem e o apoio da gerência de serviço e enfermagem na realização das rodas de conversa.

MOVIMENTOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA POROROCA NO COTIDIANO DO TRABALHO

Francijane Diniz de Oliveira, Uemerson da Silva Soares, Ligiana Nascimento de Lucena, José Guilherme Wady Santos, Ricardo Henrique Vieira de Melo, Nayara Santos Martins Neiva Melo, Antônio Medeiros Junior, Marise Soares Almeida

Palavras-chave: Educação Permanente em saúde, Processo de Trabalho, Recursos Humanos

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido por profissionais de saúde de uma equipe de Saúde da Família (Recife/PE). Iniciado em 2014, o processo de EPS em Movimento do qual tem participado uma

das autoras, trouxe reflexões sobre a prática do Agente Comunitário de Saúde (ACS), uma vez que a experiência está pautada na política de educação permanente como propulsora de movimentos capazes de causar mudanças no mundo do trabalho, Isso permitiu a criação de uma caixa de ferramentas para sistematizar o trabalho desse profissional e que, entre outras coisas, tem permitido propor mudanças na dinâmica de visita domiciliar, uma vez que a frequência da visita domiciliar foi um dos dispositivos trazidos pelos usuários de uma das Unidades Básicas daquela cidade. Tendo o acolhimento como uma de suas finalidades a Equipe de Saúde, por meio da escuta qualificada das necessidades da população, partiu desse dispositivo e mobilizou-se para rever seus processos de trabalho relacionados à questão, pois os usuários demonstraram que os processos instituídos na dinâmica da visita domiciliar do ACS não estavam contemplando suas necessidades, o que abriu interrogações sobre o modo instituído como se opera o trabalho e o sentido de suas ações, naquele equipamento. Desse modo, nos colocamos em análise e, a partir do processo de EPS em movimento que se tem vivenciado, tratando-o como ferramenta pedagógica para produzir cuidado, produzimos encontros (rodas de conversa) entre ACS, enfermeira, residente e graduando em enfermagem, para compreendermos a relação dos ACS com o seu trabalho e os sentimentos despertados por este, tendo como pano de fundo o entendimento de que as respostas para as questões do mundo do trabalho são respondidas pela análise do cotidiano e em ato. A primeira roda utilizou-se de palavras disparadoras que possibilitassem acessar as questões acerca do tema. Em um envelope continham as seguintes palavras: bom, ruim, me deixa triste, me deixa feliz, em equipe, processo, dificuldades, facilidades. O ACS

deveria relacioná-las ao tema trabalho, o que proporcionou uma narrativa pessoal, onde todos expressaram suas afetações e comunicaram seus sentimentos. Os ACS da equipe estão afetados de diversas formas acerca de seu trabalho. Eles trazem a não cooperação dos colegas de trabalho como uma questão principal para as dificuldades do trabalho em equipe, além de considerarem que o compromisso não é parte de todos e isso vai desmotivando-os, aspectos esses que vão de encontro ao modo como o trabalho em Atenção Básica em Saúde deve se pautar, tais como a cooperação mútua, no apoio e no compromisso na produção do cuidado. Sabemos que Trabalhar na Atenção primária é uma tarefa que afeta muito mais o trabalhador, que convive diariamente com grandes dificuldades dos usuários o que também afeta a produção do cuidado, que depende muito da relação construídas entre os envolvidos. No encontro seguinte utilizou-se a “tenda do conto” como ferramenta metodológica de acesso à representação do trabalho como ACS. Assim, a eles foi pedido que levassem para o encontro um objeto que representasse o seu mundo do trabalho. A tenda foi construída com os seguintes objetos: Ficha A, que representou o primeiro contato com a família (a partir da qual esperava-se que ele tomasse conhecimento do que existe em sua micro área, quais os contextos de vida, sociais, de saúde e doença daquela população); o crachá, que representou a identificação com a profissão e com a comunidade para se trabalhar como ACS; O livro de registros, significando o reconhecimento da área, pois o ACS deve ser capaz de conhecer os problemas de sua comunidade, reconhecer as pessoas que lá vivem, manter vínculo, ofertar apoio quando necessário. Após a contextualização do processo de trabalho e levantado os significados deste para os sujeitos do processo, discutiu-se nos encontros seguintes o tema

visita domiciliar, uma vez que foi o ruído motivador deste processo. Na perspectiva de acessar soluções para o problema posto, buscou-se refletir sobre como acontecia o momento das visitas domiciliares, tendo como pergunta norteadora: como você faz e prepara a sua visita domiciliar? Após a conversa, evidenciou-se que as visitas eram realizadas a partir da solicitação dos comunitários. Assim, não existia uma organização e nem uma sistemática das visitas. Provocando com isso iniquidades nestes instrumentos de acesso ao sistema de saúde. Após conversa sobre os objetivos da visita domiciliar, os profissionais perceberam a necessidade de uma certa organização das mesmas, na perspectiva de minimizar os ruídos vindos da comunidade para cumprirem com a sua responsabilidade sanitária. O grupo decidiu criar instrumentos que os orientassem a realizar tal atividade e, então, coletivamente foram elaborados dois instrumentos de visitas: um que demonstra quais famílias foram visitadas durante o mês em uma visualização rápida e, outro, um formulário com uma espécie de roteiro de itens mínimos a ser averiguado durante a visita domiciliar. Inicialmente optou-se por concretizar apenas a segunda ficha. Na ficha contém um desenho de todas as ruas e casas das respectivas micro áreas que são de responsabilidade de cada ACS, possibilitando a visualização da sua abrangência de uma forma simples e completa. Esta ficha é sinalizada por cores em analogia ao semáforo: verde, amarela e vermelha. Durante a visita, o ACS de posse da ficha sinaliza cada residência seguindo a seguinte legenda: verde (casa visitada e não evidenciando problemas), amarelo (casa visitadas, porém encontrava-se fechada), vermelha (casas visitadas e com evidência de problemas) e, por fim, as casas sem visitas no mês ficariam sem sinalização. A ficha foi introduzida em meados de fevereiro de 2015, e por quatro meses os ACS a utilizaram

como experiência. Após este período se constituiu mais uma roda de conversa para avaliação de sua utilização. Como produto da avaliação, os ACS construíram um vídeo demonstrando como a ficha trouxe mudança no processo de organização da visita. As falas abaixo foram extraídas desse vídeo: “a criação da ficha pela equipe dois merece um troféu. Pois foi uma ideia brilhante” (Acs M03 e 06); “eu não tinha ideia como e quando visitava as casas, algumas casas visitava e deixava outras de lado. Com a ficha eu sei quando eu visitei ou não alguma casa. Me orientando a não deixar uma família muito tempo sem visita” (ACS M01). Com este relato de experiência desejamos estimular o processo de educação permanente em saúde como reflexão da realidade concreta. Evidenciamos que os ruídos trazidos pela população são um reflexo do distanciamento do caminhar do trabalho das reais necessidades do usuário.

NAS TRILHAS DA SAÚDE DA FAMÍLIA: EMPODERANDO VIDAS NA LEVEZA DO CORTEJO DE SAÚDE

José Amilton Costa Silvestre, Bianca Waylla Ribeiro Dionisio

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

APRESENTAÇÃO: “Somos quem podemos ser. Sonhos que podemos ter”. Entender o processo saúde-doença dentro de um contexto ampliado abre espaço para novas perspectivas de enfrentamento das adversidades nos mais distintos territórios. Impulsionado pelo movimento da Reforma Sanitária a Promoção da Saúde no Brasil incorpora em seu aspecto mais radical as nuances do empoderamento, da participação popular e a libertação para tantas dores e sofrimentos que se descortinavam num Brasil que caminhava

para uma abertura política com o fim do regime militar já em meados da década de 1980. Empoderamento constitui-se como fator primordial para guiar o processo de participação comunitária e engajamento dos cidadãos na deliberação e construção de políticas pautadas na realidade local. Aliado a este fundamento da promoção da saúde e não menos importante pode-se citar, também, a intersectorialidade, interdisciplinaridade e equidade. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é coordenadora e ordenadora das ações de saúde na Atenção Básica. Dentro de suas atribuições está a necessidade do reforço e resgate da educação popular. Dessa forma, intentamos colocar em prática os conceitos deste movimento pautado no protagonismo popular através de uma relação ensino-serviço com dialogicidade numa experiência viva dentro do território. “Vem, vamos embora. Que esperar não é saber. Quem sabe faz a hora. Não espera acontecer...”. Nossa experiência se deu no mês de junho de 2015 no Centro de Saúde da Família (CSF) Pedrinhas na cidade de Sobral – CE; município de referência quando falamos em Saúde Coletiva. Sobral é sede de uma macrorregião de saúde composta por 55 municípios, onde residem mais de 1.632.000 habitantes, e possui um Sistema Saúde Escola que tem como premissa a integração entre serviço-ensino e ensino-serviço, qualificando o processo de gestão participativa e democrática. Os primeiros passos de nossa vivência foram possibilitados em decorrência do estágio em Saúde Coletiva dos acadêmicos de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC) cujo objetivo era conhecer o fluxograma e as ações da unidade de saúde e ao final implementar um projeto para promover saúde e colaborar com a divulgação das ações ofertadas pelo CSF para a comunidade adscrita. Durante o percurso do estágio foram criados laços

com os profissionais de saúde da equipe de referência e os profissionais que fazem parte da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) do município, surgindo a idealização de um projeto que contemplasse a capacitação de pessoas e comunidade tendo em vista as modificações dos determinantes de saúde em benefício da qualidade de vida, descrito na Carta de Ottawa (1986) sobre promoção de saúde. Nesse sentido, a definição traz em sua essência o protagonismo do sujeito e a necessidade do empoderamento para que possam desenvolver as habilidades como pessoas e/ou comunidades ativas atuando na qualidade de vida. Em nosso primeiro encontro, privilegiamos a escuta dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pois os mesmos são empoderados quanto ao perfil dos usuários da área adscrita; e através do discurso ficou notório que a população idosa é um dos grupos mais significantes do território. Partindo desse princípio, e objetivando promover saúde e prevenir doença através de um trabalho multiprofissional traçamos os objetivos e resultados que gostaríamos de alcançar, dos quais foram: (a) Esclarecer sobre os cuidados com uso da dentadura; (b) Orientar sobre o câncer bucal; (c) Apresentar os serviços ofertados no CSF e seu fluxograma de atendimento; Pensamos como poderíamos compartilhar essas informações partindo da realidade em que os sujeitos estão inseridos, uma vez que na perspectiva freiriana educar vai além de transmitir conhecimento, e sim por meio de uma relação dialógica, problematizadora, participativa e libertadora. METODOLOGIA: Por tanto, optamos por trabalhar com metodologias que possuam um caráter de ação-reflexão-ação, fazendo com que os usuários falassem sobre suas experiências e partindo de suas falas fossem complementando sobre a temática com o propósito de sensibilizar e criar vínculos entre o centro de saúde e

a população. Esta perspectiva fortalece em seu discurso a cultura como capaz de promover reações de mobilização coletiva, com grande sentimento de cooperação e solidariedade para o enfrentamento de problemas que são de todos. Sendo assim, em nosso segundo encontro optamos em articular uma metodologia que envolvesse as linguagens da cultura e abraçasse a educação popular como forma de unir o setor saúde e educação. Mediante essa premissa e por meio do diálogo emergiu a ideia de realizarmos um Cortejo de Arte em Saúde para trabalharmos através do lúdico os objetivos propostos, saindo das paredes da unidade de saúde e adentrando a comunidade, ampliando nosso público alvo, nossas possibilidades de acolher esses usuários e provocar sentidos dentro do ambiente que eles se sentem mais seguros. Captando a essência da animação para que os usuários possam se sentir atraídos pelos sons, músicas, cores e fantasias, permitindo uma criação de laços que remetam a cultura circense, propondo através dessa abordagem a participação ativa das pessoas, quebrando os muros do conhecimento instituído e edificando saberes correlacionados entre o empírico e científico. Assim, entende-se que a educação popular possibilita uma reflexão crítica e descortina espaços/cenários de dialogicidade, cuja singularidade está na polifonia de vozes e na estruturação de ações em que convivem múltiplos saberes emoldurados sob a óptica da inclusão. RESULTADOS: “Eu não deixo o tempo parar. Nesse desfolhar de rosa. Para toda força que nos dobra”. Uma vez que, abraçando as linguagens culturais aumenta-se a possibilidade da aproximação com a comunidade, saindo das paredes da unidade básica e emergindo no território vivo, conversando sobre a temática com os moradores em suas casas, ruas e praças. A música, a imagem circense, as cores, as

máscaras trouxeram uma aproximação com a população. O canto de cada um, por vezes permeado de dores e dissabores, ficou com um ar de cores e sons alegres. São cantos de vidas, são vidas que encantam. Fomos encantados pela leveza de ser de um povo que, certamente ainda desconhecíamos, e fomos além dos profissionais de saúde que estão diariamente na unidade básica, fomos seres humanos que escutam e trocam experiências. CONSIDERAÇÕES FINAIS: “Toda a vida. O dia inteiro. Não seria exagero. Se depender de mim. Eu vou até o fim”. O espaço construído em equipe proporcionou a dialogicidade, capturando o conhecimento e as dúvidas e permitiu conhecer a realidade e reconstruir esses saberes, incentivando o protagonismo do sujeito sobre sua qualidade de vida, e trabalhando uma práxis capaz de diminuir as distâncias entre ensino-serviço.

NEUROCIÊNCIAS E SAÚDE PÚBLICA: PROMOVENDO VISIBILIDADE A DOENÇA DE ALZHEIMER NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Maria Carolina Medeiros Trajano, Thyala de Fátima Bernardino Amorim, Jeane Constantino Pereira, Aline Maria Monteiro da Silva, Laura Verbena de Braz Coutinho, Ruthi Hiorrana Lima dos Santos

Palavras-chave: educação popular, Alzheimer e idoso

INTRODUÇÃO: O perfil demográfico do brasileiro tem mudado nas últimas décadas, havendo uma transição demográfica da população em decorrência da queda na mortalidade, na década de 1940, e o declínio da taxa de fecundidade a partir de 1960, sendo este o fator realmente decisivo para a ampliação da população mais idosa. Logo, o impacto causado pelo aumento da expectativa de vida reflete na manutenção

da saúde do idoso e sua longevidade. Nesse contexto, durante o processo de envelhecimento, uma das principais queixas referidas pelos idosos trata-se do déficit na memória. E uma das patologias mais comuns nessa fase da vida é a Doença de Alzheimer. Esta patologia caracteriza-se como uma forma de demência que afeta o idoso e acomete sua integridade física, mental e social, sendo a causa mais comum de respostas cognitivas desadaptadas. A memória episódica que é responsável pelo armazenamento e recuperação de informações autobiográficas que ocorreram em momentos específicos ao longo da vida é o primeiro tipo de memória acometida nesta patologia. Além de comprometer a memória, ocorrem déficits de atenção, linguagem, capacidade para resolver problemas e habilidades para desempenhar as atividades da vida diária. A degeneração é progressiva e variável, sendo possível caracterizar os estágios do processo demencial em leve, moderado e severo, mesmo considerando as diferenças individuais que possam existir. Dessa maneira, a doença provoca uma situação de dependência total com cuidados cada vez mais complexos, quase sempre realizados no próprio domicílio, necessitando de vastas demandas e altos custos financeiros, o que representa um novo desafio para o poder público, instituições e profissionais de saúde, tanto em nível nacional, quanto mundial. Portadores da Doença de Alzheimer são cuidados em casa por familiares ou cuidadores, tornando-se dependentes de acordo com a progressão da doença. A família desenvolve um papel importante para a adaptação desses pacientes no que diz respeito a sua segurança, a manutenção da sua auto-estima e qualidade de vida. Nesse sentido, é imprescindível que a família e os cuidadores sejam orientados para que o paciente possa receber os cuidados adequados e os profissionais de saúde são

fundamentais nesse processo. Objetivo: relatar a experiência exitosa de construção e facilitação de uma oficina de sensibilização sobre a Doença de Alzheimer direcionada aos profissionais de saúde de uma Unidade Integrada de Saúde da Família do município de João Pessoa – PB. DESCRIÇÃO DE EXPERIÊNCIA: Esta experiência está ancorada ao Programa de Extensão Popular Mais Saúde na Comunidade. O mesmo possui como estratégia teórico-metodológica a Educação Popular em Saúde e articula ações interdisciplinares em práticas integrais de cuidado em saúde da família, saúde do trabalhador e inclusão da pessoa com deficiência, além de estágios interdisciplinares de vivências na realidade do SUS e fóruns temáticos de educação popular e saúde. Esta ação de extensão é vinculada à Universidade Federal da Paraíba e desenvolve-se em localidades urbanas e rurais de forma interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial através do diálogo e cooperação entre estudantes, técnicos, professores e lideranças comunitárias. Uma das parcerias mais estratégicas do Programa é a Unidade Integrada de Saúde da Família (UISF) do bairro do Grotão, João Pessoa, que favorece a integração ensino-serviço-comunidade e atua em ações conjuntas de promoção e educação permanente em saúde. Visando o fortalecimento do vínculo e a participação nas decisões do coletivo, os extensionistas do programa participam semanalmente das reuniões de planejamento da UISF. Nesse sentido, a partir de uma necessidade dos profissionais que atendem usuários com a Doença de Alzheimer, bem como a fim de dar visibilidade ao dia mundial da Doença de Alzheimer (21 de setembro) foi proposta a construção de uma oficina de sensibilização sobre o tema. Os extensionistas se reuniram previamente e traçaram o roteiro da oficina que consistia em: dinâmica de apresentação inicial, dinâmica integrativa

com o intuito de fomentar a importância do trabalho em equipe, apresentação teatral de situações cotidianas de uma família que cuida de um portador da doença e por último a apresentação de um documentário produzido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) intitulado “Alzheimer: mudanças na comunicação e no comportamento” que tem duração de 26 minutos e possui como objetivo esclarecer algumas das incertezas que cercam os familiares durante a evolução da doença através de informações básicas sobre mudanças na comunicação e no comportamento, que são os fatores de maior impacto e desestruturação na família. Durante a oficina, os participantes organizaram-se em uma roda e ao término do documentário foi aberto um espaço para reflexão, relatos de experiências e esclarecimento de dúvidas acerca da doença com uma mestrandia pesquisadora na área de memória. Por fim, foi oferecido um lanche coletivo aos presentes. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A oficina possibilitou uma visão ampliada dos impactos funcionais e sociais da Doença de Alzheimer e da importância das orientações aos familiares e cuidadores de pessoas com esta patologia. Foi ressaltado também que através da observação de situações do cotidiano do paciente, como por exemplo, esquecer o caminho de volta para residência, é possível identificar os sintomas iniciais e desenvolver soluções simples para melhorar a segurança e a qualidade de vida do sujeito como o uso de um colar que o identifique, contendo o telefone de contato da família caso ele se perca. O protagonismo estudantil foi um dos principais resultados da experiência, afinal, cada extensionista pode participar de forma ativa da construção e execução da oficina, vivenciando a importância do trabalho em equipe, elemento fundamental para o êxito das relações na Atenção Primária à Saúde. Finalmente, é através de experiências reais no contexto do trabalho em saúde que o

estudante consegue construir os moldes do seu futuro perfil profissional de forma humanizada e sensível às necessidades da população. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A oficina consistiu um importante instrumento para a formação crítico-reflexiva dos atores envolvidos no processo, pois estimulou a elaboração conjunta de melhorias e iniciativas promotoras de impactos positivos na qualidade de vida do usuário do Sistema Único de Saúde com Alzheimer, evidenciando o papel importante do profissional e da família no cuidado destes pacientes. A educação popular, norteadora das práticas coletivas do programa foi uma ferramenta fundamental para aproximação da temática à realidade da Atenção Primária à Saúde brasileira. Além disso, a experiência possibilitou aos estudantes uma maior compreensão da relevância das ações de promoção e educação permanente em saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

**NOTAS SOBRE A PRODUÇÃO
COMPARTILHADA DE MATERIAIS
EDUCATIVOS PARA A SENSIBILIZAÇÃO
E REFLEXÃO EM DOENÇAS
NEGLIGENCIADAS**

Sheila Soares de Assis, Tania Cremonini Araújo-Jorge

Palavras-chave: Doenças negligenciadas, intersectorialidade, produção compartilhada de material educativo

APRESENTAÇÃO: Neste trabalho apresentamos a trajetória de construção compartilhada dos produtos da oficina dialógica “Comunicação. Ciência e Saúde – Doenças Negligenciadas no Brasil sem Miséria”, quando um material educativo foi produzido com professores, profissionais da saúde e da assistência social. As atividades fazem parte do conjunto de ações delineadas

no escopo de uma tese de doutorado em desenvolvimento. O projeto que abrange este ensaio insere-se em uma cooperação institucional que visa traçar soluções ou meios de mitigar os temas delineados no Plano Brasil sem Miséria, iniciado em 2011 pelo governo federal. Pressupondo a intersectorialidade como abordagem essencial para as doenças negligenciadas e a promoção da saúde, buscamos motivar a interlocução com profissionais dos campos da saúde, educação e assistência social, utilizando matérias jornalísticas local abordando três doenças negligenciadas e/ou seus contextos. As reportagens foram apresentadas e a discussão em grupo buscou trazer à tona as percepções dos participantes sobre o tema. Na sequência, foi proposta a realização de um telejornal composto de matérias fictícias a ser elaborado pelos participantes e a produção de imagens que retratassem o seu cotidiano. As imagens foram reunidas e fotografadas em sequência resultando em um material com potencial para animações do tipo stop motion. As experiências das oficinas foram então transformadas em um fascículo da série “Com Ciência e Arte na Escola e...” para a estratégia ser replicada e estimular o diálogo entre profissionais de diferentes setores sobre a temática e o contexto compartilhado. **DESENVOLVIMENTO** O estudo é qualitativo e apropriou-se das estratégias metodológicas de oficinas de trabalho e rodas de discussão. Foram realizadas duas oficinas dialógicas em julho de 2014, na cidade de Rio Branco (AC) no contexto de uma expedição “Fiocruz por um Brasil sem Miséria”. Na primeira edição participaram 24 profissionais de educação. Já na segunda, a atividade contou com 48 participantes ao todo, dos três setores em foco. A proposta, acima de tudo, almejou despertar a “noção de grupo”, discutir a abordagem atribuída pela mídia a três doenças negligenciadas e seus contextos.

As doenças negligenciadas escolhidas para a discussão foram malária, dengue e leishmanioses, selecionadas devido à alta incidência na região de realização da atividade. Os vídeos com matérias jornalísticas foram obtidos a partir do acesso ao Youtube e ao site de emissoras locais. Após a discussão os professores foram convidados a produzir um telejornal local composto com matérias fictícias. Já os profissionais da saúde e de assistência social, por meio de desenhos, desenvolveram imagens que foram fotografadas e posteriormente ordenadas numa sequência com potencial para animação do tipo stop motion, simplesmente sendo a sequência apresentada na tela do computador com uma velocidade suficiente para simular seu movimento. Estas estratégias foram escolhidas devido à capacidade que conservam de exprimir as percepções e visão das pessoas sobre o ambiente em que vivem, temas conflituosos e a reflexão sobre o seu papel e de seus pares frente a estas situações. Além disso, a produção em grupo resguarda o princípio de integração entre os diferentes atores de diversas áreas, mas que se inter cruzam frente às questões trabalhadas. A partir das experiências foi produzido um fascículo da série “Com Ciência e Arte na Escola e...”. O material educativo tem como público os profissionais da área da saúde, educação e de outros campos que atuem como educadores. A série é disponibilizada online e apresenta proposta de atividades abertas, passíveis de intervenção e modificação pelos educadores interessados, de modo a poderem ser desenvolvidas em escolas e outros espaços educativos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** As duas oficinas atingiram o propósito de fomentar o diálogo sobre o tema das doenças negligenciadas, seu contexto e o cotidiano de trabalho dos profissionais. Trazer à tona essas percepções é importante à medida que os participantes podem

exteriorizar suas reflexões e confrontar ideias com seus pares. Além disso, as atividades desenvolvidas foram cruciais para sensibilizar os atores para a importância de se trabalhar em grupo, principalmente no contexto das doenças negligenciadas. Na primeira oficina o grupo de docentes desenvolveu reportagens que abordaram o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), reciclagem de materiais, dengue, saúde e educação indígena. A diversidade de temas para a elaboração do telejornal foi uma escolha dos participantes e demonstra a flexibilidade da estratégia adotada e as possibilidades de articulação do tema das doenças negligenciadas com o cotidiano destes profissionais. Além do mais, a possibilidade dos participantes produzir um material audiovisual resulta na percepção de sua autonomia e seu papel como agente ativo na autoria de um recurso com potencial educativo. Já na segunda oficina, os profissionais de saúde e assistência social desenvolveram sequências de imagens que versaram sobre três temas: 1) papel do agente comunitário de saúde no controle da dengue; 2) abordagem social e saúde e; 3) controle da dengue. As imagens produzidas refletiram o cotidiano dos profissionais, seus desafios e conquistas. Tal experiência é essencial por representar um momento de aprendizagem a partir da reflexão sobre a prática e o cotidiano. Com base nas atividades vivenciadas junto aos profissionais da área da saúde, assistência social e educação, foi elaborado um volume da série de fascículos “Com Ciência e Arte na Escola e...”. O material tem potencial como recurso de apoio às atividades educativas que tratem do tema. Embora no fascículo sejam descritos de forma detalhada os passos da oficina, é importante ressaltar que este não se caracteriza como um material prescritivo. Pelo contrário, as ações a serem desenvolvidas podem e devem ser pensadas de forma crítica e localmente

contextualizadas, e o conteúdo estimula que o educador adapte a proposta a sua realidade e ao seu grupo. A proposta de produzir materiais em conjunto com os profissionais para os quais as atividades são destinadas, reflete a preocupação de que o recurso educativo potencialmente adotado por este grupo em seus processos educativos tenha sentido e seja significativo para os atores envolvidos. Deste modo, pretende-se ultrapassar o modelo verticalizado de elaboração de instrumentos educativos que frequentemente é criticado. O conjunto de recursos educativos produzido comprova que é possível uma elaboração de forma compartilhada, ao mesmo tempo frutos e produto destinado aos processos educativos em saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As doenças negligenciadas acometem cerca de um bilhão de pessoas em todo mundo, sendo que sua prevenção e controle ultrapassa o setor da saúde. Assim sendo, as ações intersetoriais são reconhecidamente importantes e os profissionais da saúde, educação e assistência social não podem ser negligenciados. Estes devem ser pensados não só como mediadores de ações educativas, mas também como autores na construção e desenvolvimento de materiais e estratégias educativas. Através das experiências relatadas foi possível desenvolver uma proposta que compreende a reflexão, aprendizado e estímulo ao trabalho coletivo. Estes aspectos são de suma importância em um contexto como o das doenças negligenciadas, associadas à pobreza, e em que se visa à realização de ações em nível intersetorial como, por exemplo, no âmbito do Programa Saúde na Escola. Ainda em tempo, destaca-se a participação ativa dos envolvidos como sujeitos produtores de reflexão e ação sobre a sua prática.

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO COM A COMUNIDADE: RELATO DE UM PROJETO DE EXTENSÃO

Simone Santana da Silva, Tassiany Caroline Souza Trindade, Monalisa Almeida da Silva

Palavras-chave: Relação comunidade-instituição, Agentes Comunitários de Saúde, Educação em Saúde

A Extensão Universitária se constitui como um processo educativo, cultural e científico que articula Ensino e Pesquisa e viabiliza a relação transformadora entre universidade e sociedade. Visa produzir saberes científicos, tecnológicos, artísticos e filosóficos, acessíveis à população. No âmbito da saúde coletiva, as propostas de extensão, colocam-se bastante pertinentes frente à necessidade de implementação de práticas inovadoras e com vistas à reorientação da saúde. Assim, o presente relato, abordará a estratégia utilizada no planejamento e execução de um projeto de extensão desenvolvido na Universidade do Estado da Bahia, campus VII por discentes do curso de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS): “AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: O Uso da Educação em Saúde como Facilitadora do Cuidado”. O Programa Saúde da Família, estratégia proposta pelo Ministério da Saúde, atualmente denominada por Estratégia de Saúde da Família - ESF visa à reorientação do modelo assistencial centrado na doença para uma assistência voltada à promoção e prevenção da saúde, com a criação de vínculos efetivos entre a equipe multiprofissional e comunidade. Na ESF, o ACS é um trabalhador de destaque, pois deve representar o elo entre a comunidade e os demais membros da equipe. A Política Nacional de Atenção Básica determina as atribuições dos ACS em ações de educação e de promoção de saúde. Frente ao exposto, no contexto real ocorre

que, muito frequentemente, mostram-se inseguros sobre as temáticas exigidas pela comunidade. Neste sentido é necessário que recebam mais atenção por parte dos gestores e dos profissionais no sentido de torná-los seguros na promoção dessa oferta. Acrescenta-se ainda a este fato, outros “nós” que interferem no desenvolvimento das atividades como: a falta de percepção que os mesmos têm a respeito da sua importância na ESF, o qual possibilita a ida dos profissionais para além da ESF. O Projeto de Extensão foi desenvolvido entre os anos de 2013 e 2015. Utilizou como campo Unidades de Saúde da zona rural do município de Senhor do Bonfim, Bahia. Este projeto buscou ações estratégicas e resultados disparadores para o processo de reflexão crítica das práticas desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde pela equipe, envolvendo o cuidado no atendimento no SUS, os instrumentos de gestão disponíveis e utilizados. Os objetivos do projeto eram: Proporcionar o fortalecimento de atividades que contemplassem a expansão de conhecimento do ACS no seu exercício junto à comunidade, educação em saúde, contribuindo sobremaneira no cuidado e autocuidado da população. Além disso, a participação de estudantes do curso de Enfermagem nas práticas de educação em saúde junto ao ACS permitindo o exercício do pensamento crítico bem como aproximando estes da realidade da ESF. Além disso, buscou identificar as práticas educativas para a promoção da saúde desenvolvidas pelos ACS; Ampliar as práticas educativas desenvolvidas com os ACS nas Unidades Saúde da Família; Fortalecer o vínculo estabelecido entre o ACS e os usuários da ESF no cuidado. Na operacionalização da proposta, antes da imersão no campo de prática, ocorreu uma reunião com os monitores com a finalidade de apresentar o projeto e a construção das atividades. Foi elaborado, portanto, um plano de ação em

parceria com os ACS. Neste plano, continha atribuição de papéis para cada participante e definiram-se encontros quinzenais para execução da proposta. Este momento teve como objetivo despertar entre os extensionistas discussões e reflexões sobre o desenvolvimento da ação e suas nuances (dificuldades operacionais, políticas e sociais) com o propósito de contribuir na formação para uma aplicabilidade de ações continuadas com a comunidade. Os encontros foram iniciados a partir da definição de datas e os temas a serem discutidos, bem como a contribuição de cada participante. As ações ocorreram na estrutura do PSF ou na área de abrangência deste. Entre os temas solicitados pelos ACS para aprofundamentos foram: Abordagem sobre álcool e outras drogas com as famílias, cuidados com a pessoa idosa e abordagem sobre doenças sexualmente transmissíveis. Durante e após os encontros era notória a participação dos ACS, com depoimentos, esclarecimento de dúvidas. Uma troca de saberes e experiências. Importante evidenciar que foi acordada com o ACS a necessidade de após os encontros e discussão dos temas, no período do projeto, estes deveria proporcionar um retorno para a comunidade. Assim, foram realizadas feiras de saúde nas praças, encontro com grupo de idosos e em escolas. O projeto contou com a participação de uma professora, uma bolsista e três discentes voluntárias para o seu desenvolvimento. Buscou-se uma parceria entre Secretaria Municipal de Saúde e Universidade do Estado da Bahia para sua viabilização. As atividades realizadas durante a monitoria tiveram carga horária semanal de 12 horas. A partir da proposta foi possível compreender que o trabalho de educação desenvolvido pelo ACS é frequentemente, desvalorizado pela equipe que o integra. Diante disso, os mesmos tornam-se desmotivados a realizar tais ações. Justifica-se tal desvalorização em

virtude do modelo curativista/biomédico e não o da prevenção e promoção da saúde. Outro aspecto que deflagra na realização de uma educação unidirecional é o despreparo e a falta de conhecimento que o ACS tem diante das suas atribuições, do amplo grau de magnitude que detêm. Acreditam que seu trabalho estaria apenas relacionado às estratégias de educação em saúde. Ressalta-se ainda que muitos tenham um conceito equivocado do que seria educação em saúde e promoção da saúde. Associa-se tal despreparo a uma deficiência na realização de capacitações dos profissionais de saúde e até a deficiência na implementação da política de Educação Permanente. Há o entendimento sobre a importância das capacitações como uma forma de troca de conhecimento e ajuda para compreender a competência específica de cada profissional, sendo necessário maior investimento de tempo das instâncias gestoras. Sugere-se primeiramente a necessidade de cada componente da equipe refletir seu papel frente à proposta. Além disso, faz-se necessário retirar-se do seu lugar passivo e dar espaço para a atividade e mudança nos contextos inapropriados. Essas ações são importantes ferramentas que permitem uma melhor atuação dos profissionais e a situação da saúde no local em que esse indivíduo atua. Mesmo os ACS não cumprindo na íntegra a promoção da saúde os próprios tem influenciado na consolidação da APS, através da educação em saúde que tem realizado, pois a mesma tem o seu valor perante os problemas sociais que as comunidades detêm apresentado resolutividade. Frente ao exposto e com a aplicabilidade do projeto de extensão, confirma-se que a extensão universitária, com a participação estudantil, aproxima a universidade da vida comunitária, proporcionando a troca de conhecimento. As atividades extramuros permitem o conhecimento dos alunos sobre a estrutura

organizacional, administrativa, gerencial e funcional dos serviços de saúde, além da participação direta no cuidado à população. Permitem também o entendimento da legislação e da micropolítica, compreensão de papéis e atribuições e ainda sobre as reais necessidades dos sujeitos envolvidos. Na realidade a qual o projeto foi aplicado foram encontradas algumas limitações na aplicabilidade das ações de educação permanente em saúde. Limitações estas que estão presentes no cotidiano da saúde brasileira, sejam por despreparo dos gestores e trabalhadores de saúde para planejar e gerir as ações. Tal perspectiva de compreensão permite o aprendizado dos discentes por meio da problematização e estabelecem diálogo com todos os sujeitos do processo na busca pela minimização das limitações e a efetivação das estratégias na busca de um sistema de saúde mais equânime e acessível.

O DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARTICIPATIVO COMO FERRAMENTA DE TRABALHO E FORTALECIMENTO DE VÍNCULO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thaís dos Santos Sena, Mariane Tassiane de Vasconcelos Caetano, Jamille Neves Rangel Gomes Coimbra, Tamyris Paiva Carvalho Loureiro, Fábio Falcão Monteiro, Rosângela Maiolino, Eliane Viana, Margareth Garcia

Palavras-chave: Diagnóstico Situacional Participativo, estratégia de Saúde da Família, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Participação Popular, Trabalho em equipe

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho objetiva apresentar e relatar a experiência de elaboração de um Diagnóstico Situacional Participativo do território adscrito de uma Equipe de Estratégia

de Saúde da Família (EqSF), alocada no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CEGSF/ENSP-Fiocruz), no Complexo de Manguinhos, no Rio de Janeiro. Esta foi a primeira atividade realizada pela equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) junto à EqSF. A residência multiprofissional em saúde da família da ENSP tem como proposta disciplinar a construção do diagnóstico situacional do território adscrito da equipe na qual os residentes, composta por psicóloga, cirurgiã-dentista, nutricionista e enfermeira, estão inseridos. Esse diagnóstico enquanto etapa do planejamento em saúde visa analisar as correlações entre o dinamismo territorial e os impactos e repercussões das políticas públicas implantadas. Tal fator somado à necessidade de conhecer a história das comunidades pertencentes ao território adscrito, fez as residentes pensarem na construção de um mapa falante feito em conjunto com os moradores locais. O trabalho também contou com a elaboração de um vídeo expositivo, no qual foram gravados depoimentos com os moradores apontados como mais antigos da região, lideranças comunitárias e profissionais da equipe. Além disso, o vídeo mostra o passo-a-passo da construção do mapa. Para levantamentos epidemiológicos, utilizou-se a coleta de dados oficiais dos Sistemas de Informação, Placar da Saúde e Prontuário Eletrônico e dados não-oficiais dos cadernos de registro da equipe. Todo o processo de construção do diagnóstico, desde a discussão da metodologia até os momentos de reflexão sobre os resultados obtidos, deu-se com a participação dos profissionais da equipe. **DESENVOLVIMENTO:** Descrevendo a experiência A construção do Diagnóstico Situacional compõe uma das atividades da Unidade de Aprendizado II - Identificação de Necessidades de Saúde, da Oferta/Utilização dos Serviços e das Equipes. Foi apresentado

um roteiro definindo quais dados deveriam ser levantados no diagnóstico. Durante a disciplina realizávamos discussões e reflexões acerca da construção deste, bem como seus impactos e suas metodologias. Para dar início à elaboração do trabalho, nós buscamos individualmente algumas literaturas e, a partir disso, construímos conjuntamente os objetivos e a maneira na qual desenvolveríamos todo o diagnóstico. Decidimos utilizar a metodologia do mapa falante para levantar as necessidades, vulnerabilidades e potencialidades do território de acordo com a percepção dos próprios moradores. Para o levantamento do processo histórico da comunidade, além da literatura, optamos em fazer entrevistas com as pessoas que residem há mais tempo. Essas foram sinalizadas pelos agentes comunitários de saúde da EqSF. Apesar das dificuldades de construção do trabalho com um grande número de participantes, a curiosidade e disposição dos moradores em participar favoreceu consideravelmente o processo. Os mapas foram feitos em dias diferentes devido às demandas do território. As maquetes ficaram expostas ao ar livre, em frente às Associações de Moradores, e a população era abordada aleatoriamente. Resultados e impactos percebidos decorrentes da experiência. O diagnóstico é um método de análise da realidade em saúde. Essa análise não tem neutralidade, uma vez que está submetida aos propósitos que lhe deram origem. O propósito do nosso diagnóstico envolve tanto o de compor atividade prática-educativa do curso de Residência quanto o de atender a demanda institucional da Equipe envolvida. Com isso, é importante ressaltar as limitações que encontramos por sermos sujeitos ativos nesse processo. A construção deste trabalho se deu ao mesmo tempo em que nós, equipes de residentes, nos esforçávamos em construir uma maneira eficiente de trabalharmos

juntas, de conseguirmos, apesar das nossas diferenças, compor um trabalho a partir de nossas apostas em comum. Acreditamos que tal postura nos permitiu realizar esse trabalho de maneira ética com cada sujeito que o compôs conosco, sempre com vistas a fornecer subsídio a ações planejadas em consonância com os desejos e necessidades dos trabalhadores e moradores. A realização do Diagnóstico propiciou a integração e aproximação entre nós e a EqSF. À medida que nós conhecíamos o trabalho de cada um podíamos entender melhor o processo de trabalho e assim assumir um papel dentro desta, o que possibilitou um fortalecimento do vínculo entre os profissionais em um curto espaço de tempo, tendo em vista que estávamos inseridos na EqSF há três meses. A metodologia do Mapa Falante permitiu, em alguns momentos, evidenciar a convergência de opiniões, como também apontar a divergência de olhares sobre uma mesma situação. Além de possuir a capacidade de captar a leitura da realidade a partir de suas múltiplas dimensões e abarca o conceito ampliado de saúde. Pudemos observar uma diferença relativa à presença ou ausência do tráfico de drogas. Na Comunidade A, onde não há presença do tráfico, o trabalho fluiu com mais tranquilidade e alegria. Percebemos que os participantes se sentiam empolgados com a atividade. Já na Comunidade B, a atuação do tráfico restringiu a participação dos moradores a conversas rápidas e recusa à confecção das placas de sinalização, entrevistas, gravações e filmagens. Um clima de tensão e desconfiança predominou. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Podemos perceber que, com tudo o que vivenciamos que esse processo passou por vários vieses, desde a cultura da comunidade, dos trabalhadores, de nós residentes; os conceitos e valores de cada sujeito; as diferentes profissões com diferentes olhares sobre um mesmo ponto e os interesses de todos os envolvidos. Este

trabalho foi, e ainda é, um processo que se construiu e ganhou corpo junto com a equipe de residentes e a EqSF. Tal processo se configura para nós como uma aposta, na medida em que acreditamos no diagnóstico situacional como uma ferramenta potente para o planejamento das ações. Dessa maneira, pretendemos construir um plano de trabalho em conjunto, de modo a contemplar a criação de espaços efetivos de comunicação entre a equipe, bem como propor o planejamento semanal e mensal das ações a fim de organizar melhor o processo de trabalho. Além disso, pretendemos construir maior relação e proximidade da EqSF com toda a rede de equipamentos de apoio e referência através de parcerias, bem como fomentar a participação da EqSF nos espaços de gestão participativa. A elaboração do diagnóstico nos trouxe um aprendizado ímpar. A busca pelas informações, histórias e processos relativos à comunidade e à EqSF, apresentou para nós uma visão mais ampla dos seus desafios. As discussões em sala de aula e pesquisas na literatura forneceram subsídios para a reflexão da prática em serviço, cumprindo assim com a proposta da Residência.

O ESTÁGIO DE VIVÊNCIA DO SUS ENQUANTO PRINCÍPIO EDUCATIVO PARA FORMAÇÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Adriana Glay Barbosa Santos, Antônio Carlos Santos Silva, Daniel Dias Sampaio, Eliana Gusmão Oliveira, Edison Vitório de Souza Júnior, Eduardo Nagib Boery, Adson Pereira Silva, Gabriele Novaes

Palavras-chave: Capacitação de Recursos Humanos em Saúde, Educação em Saúde, Estudantes

APRESENTAÇÃO: De acordo com o artigo 200, Inciso III da Constituição Federal, é

atribuição do Sistema Único de Saúde ordenar a formação de recursos humanos para o setor. A Política de Educação em Saúde busca reverter o descompasso atual entre a formação hegemônica praticada nas instituições de ensino e as necessidades de saúde da população em todo o território nacional, sobretudo no Estado da Bahia. Paradoxalmente, a formação em saúde continua sendo reconhecida como área crítica do processo de reorientação do setor. Neste sentido foram sendo articuladas ações e estratégias na perspectiva de reorientar a formação dos profissionais de saúde, traduzidas pela implementação de instâncias e projetos, tendo a Escola Estadual de Saúde Pública como alicerce desse processo e a vivência no SUS como prerrogativa. O Estágio de Vivência no SUS constitui-se como uma estratégia de reorientação da formação profissional em saúde, na medida em que possibilita ao estudante vivenciar o SUS em sua essência, refletindo, transcendendo e, invariavelmente, conclamando o sujeito para o compromisso ético-político nos processos de transformação do setor saúde. Permite ao sujeito a vivência em sistemas locais de saúde e em áreas de reforma agrária onde residem populações (comunidades quilombolas, assentadas e acampadas) que foram historicamente excluídas do acesso aos cuidados básicos de saúde. O objetivo do estágio de vivência no SUS é provocar no estudante o compromisso ético-político nos processos de transformação do setor saúde, refletindo acerca do seu papel enquanto agente construtor e modificador das práticas sociais. DESENVOLVIMENTO: Este relato de experiência trata do Estágio de Vivência nos serviços de saúde e movimentos sociais (MST) realizado no município de Eunápolis-Ba, no período de 01 a 07 de agosto de 2010. O grupo fora formado por 2 mediadores de aprendizagem (01 estudante

de nutrição do 7º semestre e 01 estudante de fonoaudiologia do 6º semestre) e 15 alunos de graduações diferentes da área de saúde (educação física, enfermagem, medicina, fisioterapia, farmácia, bacharelado interdisciplinar em saúde, fonoaudiologia, assistência social, odontologia, psicologia) de instituições superiores (públicas e privadas) e contextos diferenciados de várias cidades baianas, com o intuito de identificar e refletir sobre as fragilidades e potencialidades presentes no contexto da assistência a saúde desta população. O município de Eunápolis localiza-se na região sul da Bahia, com uma população estimada de 100 mil habitantes, apresentava peculiaridades, necessidades e potencialidades que a designam enquanto cidade de porte médio, de grande importância para macrorregião de saúde do sul da Bahia. Quanto maior a cidade percebe-se a necessidade de adoção e implementação de ações e serviços de saúde, enfatizados através de uma política pública que venha intervir de forma direta nas necessidades da população, garantindo o direito a saúde como dever do Estado e direito de todos. RESULTADOS: A realidade da situação de saúde de um município, a forma de organização das ações e serviços de saúde locais, a necessidade do exercício de cidadania em defesa do SUS ou mesmo o processo de formação nas graduações em saúde, por exemplo, são temáticas que apresentam muitas possibilidades de se transformarem em conhecimento, se problematizadas coletivamente, se questionadas sobre sua situação atual e se pensadas num contexto de corresponsabilidade para transformação do olhar e das práticas. Os estudantes selecionados para o estágio de vivência na cidade de Eunápolis foram inseridos num processo educativo aprendizagem significativa, fazendo observações e realizando reflexões sobre o serviço de

saúde local e a realidade ora posta, tematizando coletivamente sobre questões pertinentes tanto a sua formação enquanto futuro profissional de saúde, como também sobre os desafios da área de saúde. A observação crítica e reflexiva da realidade do SUS, a partir dos eixos do projeto (Políticas de Saúde, Modelos de Atenção à saúde, Formação em Saúde e Participação Popular) somada às experiências individuais de cada estagiário e a participação dos mediadores de aprendizagem constituiu-se como dispositivo fundamental para o processo de aprendizagem. Considerando-se que é na interação com outros sujeitos que se vão internalizando conhecimentos, papéis e funções sociais, a interação de múltiplos permite a formação de conhecimentos e empoderamento. O estagiário deixa de ser visto como objeto da aprendizagem e passa a ser sujeito dela, aquele que aprende junto ao outro o que o seu grupo social produz, tal como valores, conhecimento e práticas. Quem faz o estágio acontecer é cada um de nós. Com o envolvimento dos estudantes nesta atividade, foi possível também colocar em discussão o projeto político-pedagógico das Instituições de Ensino Superior e a atuação de seus agentes. Torna-se necessário que a Academia se responsabilize pela produção de conhecimento a partir da realidade concreta da sociedade, aprofundando a articulação entre o ensino-pesquisa-extensão, na perspectiva de mudanças na formação coerentes com as necessidades de saúde da população. A relação dialógica entre a universidade e a sociedade, deve possibilitar uma troca e produção de saberes. As experiências das vivências nos municípios aliada ao resgate da importante participação dos estudantes na associação e participação nos grandes movimentos de transformação da sociedade brasileira, trazem a possibilidade de reflexão sobre as mudanças no processo de formação em

saúde, a partir da aproximação dos estudantes nos processos de reforma curricular, na implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais, nos projetos Pró/Pet-Saúde, nas pesquisas voltadas para a transformação da realidade social, nos projetos de extensão, nas instâncias de representação/organização estudantil, dentre outros. Esta iniciativa aliada ao fortalecimento e ampliação dos processos de mudança das matrizes de formação da graduação do profissional de saúde, às parcerias efetivas entre instituições formadoras, agências fomentadoras e serviço de saúde, o envolvimento e fortalecimento dos movimentos sociais organizados, possibilitaram a reorientação de novas práticas pedagógicas, a partir da articulação do tripé universitário ensino-pesquisa-extensão e novas práticas de saúde, contribuindo para a implementação de políticas públicas em diferentes contextos locais, com abertura para ações intersetoriais e aproximação do discente com o cotidiano do SUS. Outrossim, trazem também a possibilidade de pensar as mudanças na forma como se organizam as ações e serviços de saúde e principalmente como se processam o cuidado aos usuários/cidadãos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Pautar o trabalho como princípio educativo significa, em última análise, recorrer à teoria e à prática do trabalho como referências permanentes na organização do trabalho pedagógico: do planejamento (definição das concepções, do perfil, dos conhecimentos, das formas metodológicas, das disciplinas, dos processos de acompanhamento), à efetividade dos programas em ação, isto é, à materialização dessas intencionalidades no cotidiano do cuidado em saúde. O Estágio de Vivência na cidade de Eunápolis-BA constituiu-se, indubitavelmente, como um instrumento de qualificação e reorientação profissional para nós, acadêmicos da área de saúde,

evidenciando os entraves encontrados na aplicação prática do processo de saúde, bem como da necessidade do empenho, compromisso e satisfação do profissional atuante no serviço. Desde a atenção básica, passando pela média e alta complexidade, como também pelas parcerias com o setor privado e com autarquias estaduais, percebeu-se o engajamento social e ético que vem permeando as políticas nesse município. Nessa perspectiva, os estágios e vivências constituem importantes dispositivos que permitem o estudante experimentar um novo espaço de aprendizagem que é o cotidiano de trabalho das organizações de saúde, entendido enquanto princípio educativo, possibilitando a formação de profissionais comprometidos ético e politicamente com as necessidades de saúde da população.

O GRAFITE COMO LINGUAGEM PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Rafael Cavadas Tavares, Igor Azeredo Cruz, Elen Souza, Cristina Boaretto, Betina Durovni, Daniel Soranz, Ana Maria Castro

Palavras-chave: promoção da saúde, saúde, educação, grafite, arte de rua

A cidade do Rio de Janeiro é representativa dos grandes aglomerados urbanos mundiais, com cerca de sete milhões de habitantes, vocação turística e sede de grandes eventos internacionais. É ainda um território de contrastes e desigualdades sócio econômicas, com demandas urgentes e ininterruptas para a saúde, o que impõe aos gestores do SUS e trabalhadores da saúde a busca de respostas imediatas e decisões qualificadas. Neste contexto de diversos vetores tensionando a conformação das redes de saúde, destacamos a Promoção da Saúde como vetor de considerável

potência para contribuir com a qualidade de vida dos povos e com a emancipação dos sujeitos, na promoção do autocuidado e no cuidado com o próximo. Para diversificar as estratégias de Promoção da Saúde e inserir sua temática no contexto das linguagens urbanas, a Superintendência de Promoção da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, desenvolveu em 2015, o projeto “Saúde e Arte de Rua: o grafite promovendo a vida”, inserindo a Saúde na estética da cidade, por meio da arte de rua, com os temas relevantes à saúde da população e a Promoção da Saúde. A iniciativa de adotar o grafite como uma linguagem considera a relevância desta manifestação artística na dinâmica urbana e a capacidade de expressão particular no território que está inserido, em uma comunicação direta com a população, implicada no cotidiano dos sujeitos para além dos consultórios e das unidades de saúde. RESULTADOS: Como resultados foram grafitados 12 temas prioritários da Promoção da Saúde no âmbito da gestão municipal: Controle do Tabagismo, Diversidade Religiosa, Diversidade no Namoro, Valorização do Parto Normal, Valorização da Paternidade, Valorização da Amamentação, Saúde e Cultura da Paz, Não a violência contra a mulher, Diferentes Tipos de Família, Atividade Física, Alimentação Saudável, Saúde na Escola e Cuidados com o Lixo. Os grafites foram realizados nas fachadas das unidades de saúde, nas 10 regiões de saúde da cidade, em vias de grande circulação e visibilidade. No ato da ação dos grafites foram convocados atores dos próprios territórios e trabalhadores de saúde para promover um diálogo com a população sobre a temática objeto da ação, configurando assim uma cena interativa e compartilhada de prevenção e promoção da saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A experiência da ação como potencializadora da interação dos campos da Saúde e da Arte, se revelou como um

dispositivo potente de educação em saúde ao trazer para o centro da arena a troca entre artistas, profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde. A realização do registro das ações em fotografias e materiais audiovisuais constituem mais um dispositivo mobilizador, para além do ato da ação do grafite, construindo novas cenas de saúde, no movimento contínuo dos territórios urbanos.

O IMPACTO DA QUEIMADURA E A HOSPITALIZAÇÃO

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

Palavras-chave: Queimadura, dor, estresse, hospitalização

OBJETIVO: Revelar como o impacto da queimadura exige um tratamento de alta complexidade na hospitalização. Os jovens, por apresentarem uma curiosidade natural que os colocam sempre em situações de perigo potencial durante todos os estágios de crescimento e desenvolvimento, formam uma população de alto risco, facilmente suscetível a lesões por queimaduras. O fogo exerce uma atração muito forte, um verdadeiro fascínio, e costumam incluí-lo em suas brincadeiras, o que os expõe a um maior risco de acidentes. As queimaduras, tais como todos os acidentes, acontecem de forma rápida e imprevisível, não havendo tempo para que o indivíduo se prepare psicologicamente para uma internação hospitalar, como se dá com outras doenças e situações. A queimadura é tratada como trauma de emergência, sendo necessário o socorro imediato. Uma pessoa que por um momento está em perfeito funcionamento físico e mental, se vê repentinamente enfrentando a hospitalização, a dor e o comprometimento de suas funções vitais. O paciente queimado vive uma situação

extremamente dolorosa do ponto de vista físico. Sente dores horríveis, torna-se enrijecido, edemaciado, fica impossibilitado de se movimentar, sua pele se torna úmida, seu corpo fica exposto a outras pessoas. Há necessidade de passar por tratamentos dolorosos, como o desbridamento (cortar tecidos que se formam, às vezes, em feridas), a enxertia (transplante de pele de alguma parte do corpo para a área lesada), injeções, curativos, etc. O paciente chamado de “grande queimado” apresenta uma grave agressão à pele. Caso mais de um sétimo da superfície seja destruída, o risco de morte é considerável. A função imunológica fica bloqueada levando o organismo a uma septicemia. Apesar do progresso terapêutico alcançado nos tratamentos de queimados, a evolução para a cura, além de demorada e complexa, é imprevisível. Conforme Anzieu (1989), a pele é uma fronteira, uma cerca viva ligada diretamente ao sistema nervoso e à mente do paciente. Segundo ele, há na pele de um “eu-vivo”, um “eu-pele”, e existe uma dor psíquica, mental, devido à abertura repentina, violenta, nos limites da pele, onde o “eu-pele” se debruça como interface entre o mundo interno do indivíduo e o exterior. São observadas em pacientes queimados, complicações musculoesqueléticas, digestivas e neurológicas; insuficiências respiratória, cardíaca e renal; infecção urinária, vírus varicela-zoster; desequilíbrio de doenças preexistentes e outros problemas. O estado nutricional prévio deve ser criteriosamente investigado, pois que a desnutrição associada à queimadura demanda um grande esforço para minimizar o impacto do estresse e anemia causadas pelo organismo debilitado. O paciente queimado não tem acesso ao prazer durante um período prolongado de tempo. As atividades normais como sorrir, assuar o nariz ou se coçar é dolorosas, sentidas diferentemente por cada paciente, dependendo da sua

tolerância à dor e a habilidade em conviver com situações angustiantes. A hora do banho e do curativo é certamente quando a dor surge com maior intensidade, sendo considerada pela maioria dos pacientes como a mais dolorosa. A hospitalização de pré-adolescentes e adolescentes queimados tem sido tema de constante interesse entre os profissionais de saúde, preocupados com os efeitos físico, social e emocional sobre o processo de equilíbrio desses indivíduos. Este tipo de paciente poderá ter facilitada a invasão de seu mundo interno pelas fantasias da agressividade causadas pela dor em excesso e pela situação de hospitalização em geral. Considerando a situação crítica que uma internação hospitalar cria para a vida desse indivíduo, atualmente é lei a permanência da mãe ou responsável junto ao mesmo, quando internado. Esta presença é certamente de suma importância para o bem-estar do indivíduo, nessa hora de sofrimento. Conforme Robert & Pruitt (1980), o paciente queimado precisa de todo o apoio para controlar o estresse. O controle da dor e o suporte emocional são necessários durante todo o curso da hospitalização. Conclusão: Observa-se que a dor, talvez, por ser a lembrança constante da injúria, pode ser considerada como elemento mais relevante de estresse na hospitalização.

O PAPEL DO DOCENTE-TUTOR NO CURSO FORTALECIMENTO DE REDES DE ATENÇÃO E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NO TERRITÓRIO

Vanessa Nolasco Ferreira, Amanda Vargas Pereira

Palavras-chave: educação, violência, docente-tutor

APRESENTAÇÃO: O curso Fortalecimento de Redes de Atenção e Prevenção à Violência

no Território decorre de uma parceria entre a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, por meio do Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli e a Educação a Distância com vistas a propiciar a formação do conjunto de profissionais que atuam na atenção básica à saúde, e parceiros da escola, assistência social e conselho tutelar para aplicação de recursos para solucionar ou aperfeiçoar ações de gerenciamento, prevenção e atendimento às vítimas de violência. O mesmo foi também estruturado para fornecer aos cursistas uma visão crítica e articulada da sociedade às competências específicas da sua área de atuação seja no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Assistência Social, na Educação ou nos Conselhos Tutelares. O referido curso se justifica pelo fato de, no Brasil, nas últimas décadas, pesquisas terem demonstrado que os agravos à saúde decorrentes de violências e acidentes vem superando aqueles produzidos por enfermidades derivadas de causas naturais. Sendo assim, há uma mudança no perfil e no contexto das taxas de mortalidade e morbidade, indicando uma fase de transição epidemiológica. (SANTOS e ASSIS, 2014). Desta forma, conforme destacam as supracitadas autoras, os reflexos dos atos de violência nos sistemas de saúde apresentam uma gama de fatores complexos a serem enfrentados e, tal complexidade, suscita a necessidade de um campo de reflexões sobre a adequação da organização tradicional dos serviços de saúde. No centro dessa pauta a formação de profissionais que sejam capazes de atuar de maneira interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada para atender às necessidades da população em situação de violência se torna mandatória. Nesse contexto, num primeiro momento, o público-alvo do Curso Fortalecimento de Redes de Atenção e Prevenção da Violência

no Território foi definido como profissionais de nível superior e médio que atendem à população em situação de violência em instituições de atenção básica à saúde e escolas. No entanto, o cenário atual mostrou a importância de ampliar as discussões sobre violência para outros profissionais, por esse motivo, foram convidados a participar os profissionais que atuam nos CRAS, CREAS e Conselhos Tutelares, ampliando a noção de rede de atenção e prevenção da violência contemplando o proposto pelo Plano Juventude Viva. Na organização do curso, que é desenvolvido na modalidade a distância, privilegia-se as referências político-pedagógico do pensamento crítico-reflexivo, “fundamentado no conceito de atividade consciente, no qual as ações intencionais do docente-tutor e do aluno visam à resolução de problemas do mundo real, em diversas instâncias – técnica, interpessoal, política, social, individual e coletiva” (SANTOS e ASSIS, 2014, p. 28). É justamente o papel do docente-tutor que a presente experiência pretende discutir. Sendo que esse profissional exerce “um papel fundamental como mediador da relação pedagógica e como facilitador do processo de ensino-aprendizagem” (SANTOS e ASSIS, 2014, p. 30) na formação do conjunto de profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde; e Parceiros da Escola, Assistência Social e Conselho Tutelar para que possam selecionar e aplicar, com discernimento, recursos de várias naturezas para solucionar ou aperfeiçoar ações de gerenciamento, de prevenção e de atendimento às vítimas de violência, tendo como referência central o significado social da ação educativa, no âmbito da saúde pública. É de destaque que o papel desempenhado pelo docente-tutor é decisivo no sentido de propiciar um ambiente favorável à aprendizagem, com estímulo à reflexão, à crítica e ao desenvolvimento de competências esperadas. Com isso pretende-se estudar

de que forma o docente-tutor proporciona aos alunos uma visão crítica e articulada da violência, suas causas e encaminhamentos, bem como de que maneira estimula o desenvolvimento de competências específicas pelos alunos nas diferentes áreas de atuação profissional no Sistema Único de Saúde, na Escola, no Sistema Único de Assistência Social e nos Conselhos Tutelares. METODOLOGIA: O papel do Docente-Tutor enquanto mediador e agente de fortalecimento de redes de atenção e prevenção à violência no território inclui: Assumir integralmente o apoio ao processo de aprendizagem dos alunos; Identificar as diferenças de trajetórias dos alunos, respeitando ritmos próprios, integrando o aluno e o auxiliando a enfrentar desafios; Desenvolver procedimentos que garantam a interação e a comunicação mediatizada, com ênfase no diálogo; Propor e avaliar estratégias didáticas diferenciadas que contribuam para o aluno organizar sua aprendizagem; Avaliar o desempenho de cada aluno no curso, promovendo ações complementares que permitam a superação de possíveis dificuldades encontradas; Analisar, selecionar e utilizar outras tecnologias, além das previstas para o curso, que possam complementar o processo de formação do aluno. O docente-tutor para além dos conhecimentos sobre violência e saúde precisa se aproximar dos preceitos discutidos, com base em Paulo Freire e na Pedagogia Histórico-Crítica, o que representa uma ruptura na concepção pedagógica na qual a maioria das pessoas foi aluna e docente. Nesse contexto, são fundamentais para o exercício da tutoria: a atuação como um facilitador da aprendizagem; a disponibilidade para o atendimento ao aluno, buscando sintetizar as questões trazidas pelo grupo a partir de sua Consciência Imediata, introduzindo conceitos para que se passe a uma Consciência Tematizada que abrirá

a oportunidade de enxergar as questões colocadas em sua universalidade, criando a Consciência Tematizadora. Impactos: Ao longo das duas edições do curso construiu-se como papel do docente-tutor trabalhar como principal ator facilitador da formação continuada de profissionais que atuam junto a pessoas em situação de violência no sentido de lhes fornecer o instrumental necessário para uma atenção adequada e ética junto a esses sujeitos bem como desenvolver, nos profissionais em formação, a capacidade de construir e fortalecer redes de prevenção à violência. Para tanto, é necessário que este profissional seja capaz de fomentar trocas de saberes e práticas entre os alunos que constituem suas turmas, incentivando leituras e reflexões, interações nos Fóruns de discussão e a realização de atividades. Como consequência dessa função é preciso que o docente-tutor ofereça aos alunos como conteúdo básico, a partir do material didático, noções de violência, políticas e redes de atenção e prevenção; estudo das relações entre família e violência; noções de violência nos diferentes ciclos de vida; discussão sobre a violência na escola; e reflexões acerca dos trabalhadores da saúde e da educação e as questões ligadas à violência. Considerações Finais: Desta forma, o processo de tutoria deve ser centrado no aluno, criando espaço para ruptura com a relação de dominação, formando profissionais e sujeitos reflexivos capazes de perceber a complexidade presente nos casos de violência. Por último, e não menos importante, é possível apontar como elemento primordial para o exercício da docência a distância a capacidade de escrita sintética e clara não deixando margem para dupla interpretação, o que representa um grande desafio visto que a tutoria-docente é exercida através da linguagem escrita, essencialmente.

O PET-REDES COMO POTENTE INDUTOR DE AÇÕES INTERPROFISSIONAIS E REFLEXIVAS

Gabriele Lucas Ferrarezi, Juliane Seger Falcão, Alessandro Diogo De-Carli

Palavras-chave: educação, odontologia, atenção psicossocial,

APRESENTAÇÃO: O seguinte relato de experiência descreve o cotidiano das ações de duas acadêmicas de Odontologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), durante as atividades do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Redes de Atenção (PET-Redes). Os encontros foram desenvolvidos no período de agosto de 2014 a março de 2015, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) de Campo Grande (MS), sendo estas ações registradas em um diário de campo. O presente relato tem por objetivo chamar a atenção para a relevância da inserção de discentes na vivência de cenários de práticas como o CAPS-AD, em contato direto com os usuários e profissionais de saúde, gerando experiências para além do cotidiano acadêmico. Este tipo de oportunidade interfere na formação pessoal e profissional dos acadêmicos, além de aguçar a percepção destes para com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Descrição da experiência O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) foi direcionado às Instituições de Educação Superior (IES), abrangendo cursos de graduação da área da Saúde e as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, designado a fomentar o processo de ensino-aprendizagem, promovendo a Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC), por meio da educação pelo trabalho com vistas ao fortalecimento do SUS¹. Nestas circunstâncias, o Ministério da Saúde publicou uma série de editais de PET-Saúde como parte integrante do Programa

Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) que objetivou a conexão entre as instituições de ensino superior e o servidor público de saúde.² Inseridas neste contexto marcado pela pluralidade, as atividades descritas neste trabalho foram contempladas durante as ações do PET- Redes/UFMS. Ao iniciarem as atividades do PET Redes/UFMS, com o convívio entre os estudantes, profissionais e pacientes nas oficinas terapêuticas durante o período de permanência no CAPS-AD, foi possível explorar a dinâmica interprofissional adotada neste espaço pelos atores envolvidos. Nessa perspectiva, o CAPS-AD disponibiliza um atendimento exclusivo para a atenção completa e continuada, oferecendo à população com necessidade de tratamento em virtude do uso de álcool, crack e outras drogas. O acompanhamento clínico tem como objetivo revigorar laços familiares e comunitários, reinserir o usuários possibilitando o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis³. O PET-Redes/UFMS contou com uma equipe de acadêmicos nas áreas de: Enfermagem, Medicina, Farmácia, Nutrição e Odontologia; para o início das atividades, foram realizadas reuniões com os preceptores, acadêmicos, tutor e coordenador, assim como com outros membros do serviço de saúde, afim de pactuar e construir, colaborativamente, um roteiro de ações que contemplassem os objetivos do projeto e respondesse, também, às necessidades do serviço e dos usuários em questão. Como as demandas do serviço eram muitas, foram previstas ações interprofissionais, comuns a todos os acadêmicos, enquanto o desenvolvimento de certas atividades foi delegado a grupos específicos, conforme disponibilidade de horário dos estudantes. Aos acadêmicos de Odontologia, Enfermagem e Psicologia, coube o acompanhamento das oficinas terapêuticas, cujos temas foram muito abrangentes. Nestas oportunidades, houve a abordagem de orientações básicas à saúde,

até discussões sobre paz, confiança e a maneira pela qual os pacientes reconhecem a própria identidade no presente. O início do debate era o mais embaraçoso, o primeiro depoimento sempre o mais árduo, em seguida as discussões seguiam com todos querendo compartilhar ideia e opiniões, e cada qual refletindo o que fosse necessário para o seu crescimento pessoal. Durante os debates, foi possível notar a batalha entre a razão e a emoção de cada um dos pacientes, que demonstravam solidariedade para ajudar o colega, que se emocionava ao desabafar suas fraquezas e sua luta contra o vício/recaídas. Foi de grande relevância estabelecer diálogos com os pacientes, especialmente quando se trata dos recém chegados, quando ainda é difícil aceitar que estão doentes e conversar sobre o assunto, pois o primeiro passo para iniciar o tratamento é o usuário reconhecer que está com problemas relacionados ao uso de determinadas substâncias, sendo elas lícitas/ilícitas, e precisa de ajuda. Nesse aspecto, ficou claro que o acompanhamento familiar é de suma importância durante o período de recuperação; percebemos que o familiar mais presente em todos os casos foi a mãe de cada um, e todos se apegam ao amor materno e se motivam para poder largar o vício, afim de recuperar a confiança dela. Havia diversas histórias de vida, cada paciente com sua particularidade, alguns compareciam ao CAPS-AD diariamente, pois buscavam uma melhora de vida, companhia, pois o tempo que permanecem sozinhos, funciona como uma brecha para recaídas, principalmente, nos casos em que estão sozinhos, sem a presença da família. Por outro lado, outros estavam presentes devido à ordem judicial ou imposição de algum parente próximo. O combate ao vício é constante e por isso as rodas terapêuticas são fundamentais para a retomada da ressocialização do usuário, dirimindo as desigualdades nas quais estes estão inseridos. Impactos: Os efeitos percebidos

decorrentes da experiência No decorrer dos dias, o prejulgamento que tínhamos dos usuários ia se moldando a cada história de vida contada nas rodas de conversa. A visão equivocada que tínhamos anteriormente ao início das atividades do PET-Redes, de que as pessoas com problemas referentes ao uso de drogas lícitas/ilícitas estão marginalizadas, descuidadas, negligenciadas por vontade própria foi suplantada, o que tornou a experiência mais impactante. “Família”, sempre foi a palavra mais pronunciada durante as rodas de conversa terapêuticas, a ausência dela ou a sua desestruturação, frequentemente foi relacionada como estopim para o início do caos e a entrada no mundo dos entorpecentes. A fragilidade psicológica dos usuários tornou as conversas mais minuciosas e detalhadas, fazendo necessária a presença de profissionais com sensibilidade aguçada para compreender e acolher tais sujeitos com a dignidade que se faz necessária para a retomada da vida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** Através das vivências no CAPS-AD fomos apresentadas à situações com as quais dificilmente nos depararíamos se nossas atividades fossem restritas aos muros acadêmicos. Dessa forma, o PET-Redes foi importante para nossa formação, tendo em vista que saímos dessa experiência vendo o problema da utilização das drogas com outro olhar, mais atentos ao ser humano e dispostos a entender a complexidade que será trabalhar na área da saúde, futuramente.

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO MATERIAL DIDÁTICO-PEDAGÓGICO PARA O PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DE AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE E SANEAMENTO: REFLEXÕES A PARTIR DE CONCEITOS NUCLEADORES

Rui Arantes, Renata Palópoli Pícoli, Patricia Rech Monroe, Sofia Beatriz Machado Mendonça

Palavras-chave: saúde indígena, agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento, formação profissional em saúde

APRESENTAÇÃO: A iniciativa de elaboração do programa de qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) atende a uma demanda dos próprios agentes e ao diagnóstico realizado pela Secretaria Especial Saúde Indígena (SESAI), que identificou um quantitativo expressivo de agentes atuando nas comunidades sem qualquer capacitação. A proposta de um programa de qualificação para os agentes indígenas começou a ser desenvolvida em 2013, por meio de uma parceria entre a SESAI, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES) e a Fiocruz Mato Grosso do Sul. A primeira etapa de construção do programa teve como objetivo a elaboração do mapa de competências dos agentes e a definição de um marco de orientação curricular. Uma grande oficina de trabalho que reuniu representantes das equipes multidisciplinares de saúde indígena – EMSI (AIS, AISAN e profissionais de saúde) de todos os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que compõe o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SASI-SUS) e, portanto denominada de “oficina nacional” iniciou o processo. Representantes da SESAI, SGTES, Fiocruz, das Escolas Técnicas do SUS e pesquisadores de instituições de ensino que atuam junto aos povos indígenas coordenaram as atividades. A oficina constituiu-se em um espaço estratégico e participativo, tendo como premissa metodológica a construção de espaços dialógicos, na qual AIS e AISAN foram considerados sujeitos ativos do processo de levantamento das atividades por eles realizadas. A partir do material coletado nos 12 grupos de trabalho da oficina nacional foi possível contextualizar o

cenário de trabalho dos AIS e AISAN, agrupar e categorizar as ações realizadas pelos agentes, e relatadas pelos trabalhadores, segundo a sua natureza: ações técnicas, de comunicação (informação, registros etc.), relações (sociais, interpessoais e articulação), educativas (orientação, treinamento etc.), administrativa (planejamento e organização). Essa categorização permitiu a definição de habilidades, que agregadas aos conhecimentos e atitudes que compõe as competências necessárias para o exercício profissional. Considerando princípios inerentes ao trabalho dos agentes como a interculturalidade, a intersetorialidade, as especificidades culturais dos sistemas de saúde indígena, a atenção diferenciada à saúde, a atenção primária à saúde, a promoção da saúde e a vigilância em saúde, foram definidas cinco competências, sendo uma delas comum para o AIS e AISAN e as demais distintas. O marco de orientação curricular destacou aspectos relevantes em relação ao plano do curso, requisitos de acesso, perfil de conclusão, estrutura curricular e organização de conteúdos. A segunda etapa de construção do programa de qualificação dos AIS e AISAN consistiu na produção do material didático-pedagógico. O objetivo deste trabalho é descrever a experiência de estruturação e organização do material didático-pedagógico do programa de qualificação dos AIS e AISAN a partir do marco de orientação curricular e do mapa de competências. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A produção do material didático-pedagógico teve como referências o marco de orientação curricular que definiu os eixos estruturantes do programa baseados no processo de trabalho do AIS e sua articulação ensino-serviço e comunidade; nos princípios e diretrizes do SUS e nos princípios da atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas. Este documento também organizou as competências em três áreas temáticas.

Uma delas comum aos dois agentes, qual seja, a promoção da saúde no território indígena. As áreas temáticas específicas para o AIS são: processo de trabalho do agente; e ações de prevenção a doenças e agravos e recuperação da saúde. Para o AISAN são: prevenção e operacionalização de ações e procedimentos técnicos na área de saneamento; e processo de trabalho do AISAN. A produção de material didático-pedagógico envolveu diversos profissionais de diferentes instituições de ensino e formação, com experiência na saúde indígena e na formação de recursos humanos para o SUS, além de representantes das SESAI e SGTES. A equipe de trabalho se reuniu em 4 oficinas de 30 horas cada durante o segundo semestre de 2014 e adotou como proposta de trabalho a metodologia participativa. Nestes encontros foram discutidos os princípios pedagógicos do material e identificados os conceitos nucleadores que perpassam e agregam todas as áreas temáticas e conteúdos. **RESULTADOS OU IMPACTOS:** Foram identificados como conceitos nucleadores do material: territorialidade, processo saúde-doença, vigilância em saúde, vulnerabilidade, diálogo intercultural, autocuidado / autoatenção, linha de cuidado integral e ciclo de vida. Estes conceitos foram discutidos e organizados em um tripé conceitual: território, vigilância em saúde e trabalho coletivo. O conceito de território foi entendido não apenas por uma área geográfica delimitada, mas também como local onde ocorrem as relações sociais, onde se organizam os processos produtivos, se estabelecem as relações políticas e se definem as expressões culturais. O conceito de vigilância em saúde foi destacado como modelo de assistência à saúde, caracterizando-se por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde. O trabalho coletivo é entendido no contexto do trabalho da EMSI da qual o

AIS e AISAN são membros. No processo de trabalho em equipe cada componente tem atribuições comuns e específicas e deve atuar de maneira integrada aos demais. Amadurecendo a discussão, o grupo considerou que o processo de trabalho é aquilo que traz movimento e articula o tripé conceitual de território, vigilância em saúde e trabalho coletivo. Outra discussão importante na produção do material foi o delineamento dos recursos pedagógicos, destacou-se o caráter interativo e problematizador do material, utilizando os recursos de pesquisas de campo, desenhos para caracterização da realidade e do contexto cultural, textos de apoio seguidos de questões para debate em grupo, vídeos e relatos de experiência. Definiu-se também uma padronização de elementos textuais, para que os textos que compõe o material didático-pedagógico fossem escritos de forma clara, objetiva e que contemplassem não só aspectos técnicos, mas também aspectos socioculturais que estimulem a discussão sobre a realidade local. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência aqui descrita foi elaborada a partir de uma ampla discussão sobre o processo de trabalho dos AIS e AISAN na qual foram identificadas diversas fragilidades, algumas delas decorrentes da falta de capacitação destes profissionais. No decorrer das oficinas, foram levantados inúmeros aspectos relevantes sobre a formação e sobre o processo de trabalho dos agentes, dentre eles destacam-se a necessidade de elevação da escolaridade e a construção de um itinerário formativo para AIS e AISAN. O programa de qualificação dos agentes pode ser uma primeira etapa do itinerário formativo dos agentes desde que haja uma ampla articulação entre as áreas de educação e saúde. O grande desafio enfrentado no processo de estruturação do material didático-pedagógico foi estruturá-lo de forma que ele pudesse

fortalecer a atuação do AIS e AISAN em seu território, um espaço intercultural onde são produzidos os modos de viver e a saúde das pessoas, capacitá-los no modo de fazer saúde a partir da perspectiva da vigilância em saúde, e promover a construção coletiva do trabalho em saúde, onde os agentes sejam protagonistas e que consigam dar significado ao seu processo de trabalho.

O PROCESSO DE IMERSÃO NAS UBS NA FORMAÇÃO MÉDICA EM PARNAÍBA/PI – UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL

Paula Evangelista Ferreira, Vladimir Yuri Braga Ramos, Ana Savina da Rocha Amorim, Alessandra Tanuri Magalhães

Palavras-chave: PET-Saúde, Formação Médica, Multidisciplinaridade, Ensino em saúde

INTRODUÇÃO: A formação médica há muito apresenta um padrão flexneriano, quase estritamente bancário, onde o aluno é um ser passivo e, basicamente, receptor de conhecimento técnico. A mudança necessária se mostra um desafio frente ao tradicionalismo presente em um meio tão hegemônico e, por diversas vezes, excludente. A reestruturação das faculdades de Medicina, regulamentada pelo Programa Mais Médicos, se dá através de diversos eixos, entre eles a implantação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Com grande impacto a médio e longo prazo, essa medida tem como objetivo geral buscar a formação de profissionais preparados para cuidar integralmente da pessoa, mais que, biologicamente, da doença. Porém, uma oferta de cuidado integral, preconizado também pelo Sistema Único de Saúde (SUS), vai muito além do profissional médico e necessita de um trabalho em equipe multidisciplinar e horizontal. Assim, o curso de Medicina

implantado na cidade de Parnaíba/PI em 2014, busca essa mudança de perspectiva na formação médica, questionando o padrão hegemônico reproduzido atualmente. A partir da vivência em dois diferentes processos de imersão em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Parnaíba/PI, através do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) Saúde e como alunos de Medicina da Universidade Federal do Piauí, no módulo de Atenção Primária à Saúde (APS), visaram comparar e avaliar aspectos de cada experiência, ressaltando a necessidade e importância do trabalho multidisciplinar para a formação médica. **MÉTODOS:** O método utilizado para o trabalho foi a pesquisa exploratória em UBS do município de Parnaíba/PI e no respectivo território adscrito. Em ambos foram realizadas visitas domiciliares, acompanhados dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), acompanhamento de usuários nas unidades, além de atividades de promoção à saúde. No módulo de APS as visitas ocorreram na UBS Maria de Lourdes Rodrigues Santos, na comunidade da Pedra do Sal, e na UBS Enfermeira Samaritana Maria Monteiro, entre setembro de 2014 e julho de 2015, onde os alunos foram acompanhados por professores do curso de Medicina da UFPI, não relacionados com os serviços. A vivência com o PET-Saúde/ Rede Cegonha ocorreu entre abril e agosto de 2015, inicialmente na UBS Broderville e posteriormente na UBS Samaritana, nos turnos da manhã e da tarde, em dias variados. As visitas foram realizadas por grupos de alunos de diferentes cursos, acompanhados pelo ACS e/ou pela equipe da unidade, assim como nas atividades dentro da UBS, onde contávamos também com a presença de preceptores, que eram profissionais relacionados ao serviço. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O módulo de APS, que se faz presente durante todo o curso de Medicina, possibilitou vivenciarmos durante o primeiro período, o conhecimento

do território, a partir do acompanhamento do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Esse processo possibilitou a compreensão, na prática, de como os determinantes sociais de saúde interferem no processo saúde-doença de toda uma comunidade. A partir daí novos conceitos se formaram, e a importância da avaliação do território no qual se está inserido ficou clara, propiciando assim uma oferta de cuidado regionalizada, que respeita as peculiaridades locais. No segundo período, o momento foi de conhecimento das Redes de Atenção à Saúde através da entrada no espaço físico dos serviços de saúde, principalmente das UBS, o que tornou possível a formação de uma visão ampliada dos entraves encontrados pela população na busca pelo pleno acesso à saúde, assim como a percepção de potencialidades onde poderemos atuar a fim de otimizar o sistema já existente. Durante esse semestre, além das atividades desenvolvidas nas UBS, foram realizadas visitas em diferentes dispositivos da rede, tanto da atenção primária, quanto da rede especializada e de alta complexidade. Com isso conseguimos observar, muito além da teoria, o funcionamento e a interligação dos serviços. A inserção no PET-Saúde, Rede Cegonha, se deu em um momento no qual o programa já estava estabelecido há mais de 1 ano. A busca pelo programa, e por essa rede em específico, aconteceu exatamente devido às potencialidades vistas no módulo de APS, onde a Educação Permanente em Saúde e a conexão entre os serviços se mostraram frábil. Com o PET-Saúde realizamos diversas atividades, algumas inclusive semelhantes às realizadas anteriormente, com foco nas gestantes, puérperas, recém nascidos e crianças até 2 anos. Foram feitas visitas domiciliares para acompanhamento do público alvo, acompanhamento de consulta de enfermagem e pré-natal, acolhimento na unidade de saúde e atividades de promoção à saúde. Um dos focos das ações foi à formação

de um Grupo de Gestantes, onde reuníamos equipe, alunos, gestantes e puérperas em rodas de conversa quinzenais com temas de interesse do público alvo, buscando criar um canal aberto entre usuárias e equipe, possibilitando uma troca de informações produtiva para ambos os lados. A principal diferença aqui é o fato de lidarmos agora com um grupo multidisciplinar, onde alunos e profissionais de diferentes formações, como Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia e Medicina, se encontram na tentativa de ofertar um serviço integral aos usuários, além de realizar uma aprendizagem coletiva e multiprofissional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** No processo de imersão proporcionado pelo PET-Saúde ficou patente que apesar do módulo de APS propiciar o contato com diferentes profissionais, o fato de todos os alunos serem acadêmicos de Medicina se torna um fator limitador. Com o grupo multidisciplinar formado no PET-Saúde, diferentes visões são apresentadas, assim como diversas formas de cuidado, o que torna a experiência incrivelmente mais rica e produtiva. Um trabalho em equipe horizontal e integrado, se mostrando inicialmente desafiador. Mas, a construção do respeito mútuo com diferentes visões e saberes acabam por ser potencializador na formação de profissionais capazes de oferecer à população um serviço de qualidade, que atenda às reais necessidades, garantindo o acesso pleno e integral às políticas públicas de saúde. Entende-se por fim que a formação em saúde, e não apenas médica, deixa a desejar no sentido de expor os futuros profissionais a cenários reais de prática, onde o trabalho é realizado pelo coletivo, e não por um único profissional. Assim, um programa como o PET-Saúde se mostra transformador, com sua constante busca por formar profissionais que compreendam o verdadeiro significado de trabalho em equipe, modificando não apenas o indivíduo, mas toda a sociedade na qual ele está envolvido.

O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM DA DOR ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Christiane Barbosa

Palavras-chave: dor, educação superior, educação interprofissional

APRESENTAÇÃO: A Dor é um fenômeno complexo e a humanidade relaciona-se com ele desde os seus primórdios. Seu significado varia de acordo com as crenças e valores de cada povo, mas em todas as culturas, é unânime a idéia de que a dor é o principal motivo de sofrimento para o homem e é o sintoma mais comum em qualquer tipo de agravo à saúde. A grande maioria das pessoas que buscam um profissional ou serviço de saúde está lá para erradicar, minimizar ou evitar uma dor. Ela foi instituída como o 5º sinal vital, com o intuito de chamar a atenção dos profissionais de saúde para a importância do manejo adequado desse sintoma. O manejo adequado da dor inclui a conscientização do problema por parte dos profissionais de saúde, assim como a avaliação adequada desse sintoma, que tem características multidimensionais, e o tratamento efetivo, que inclui ações curativas, de reabilitação e de prevenção de novos eventos. Entretanto, existe um desafio para a equipe multidisciplinar, que deve apropriar-se de conhecimentos e desenvolver aprendizados sobre os cuidados específicos, de modo que possa oportunizar qualidade de vida e sobrevida às pessoas que sofrem de dor, assim como a diminuição do estresse e o fortalecimento de estratégias de enfrentamento em seus familiares. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Em razão da experiência na formação de profissionais em cursos de graduação em saúde e no manejo inadequado da dor por parte dos profissionais, em várias instituições, foi

percebida a necessidade de se criar uma disciplina eletiva sobre dor, de caráter interprofissional, para que estudantes de vários cursos tivessem acesso e pudesse se evidenciar a interprofissionalização necessária para o melhor conhecimento sobre o tema. Educação interprofissional ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde. A educação interprofissional já é utilizada como estratégia de ensino em vários países e visa à formação de profissionais mais críticos, reflexivos, capazes de trabalhar em equipe e de aprenderem juntos com as outras profissões. A disciplina foi oferecida durante o segundo semestre de 2015, aos alunos dos cursos de saúde do campus da Universidade Paulista – UNIP, em Araraquara, interior de São Paulo. Os cursos convidados foram os de graduação em Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Biomedicina, Educação Física e Psicologia. Poderiam cursar a disciplina os alunos que já haviam concluído pelo menos até o quarto período dos seus respectivos cursos. A disciplina foi desenvolvida em vinte semanas, com carga horária de 4 horas semanais, totalizando 80 horas de aula. As estratégias de ensino utilizadas foram: aulas expositivas com vários profissionais diferentes, discussão crítica de estudos de caso de pacientes em ambiente hospitalar, desenvolvimento de projeto terapêutico singular de casos complexos passíveis de serem encontrados na rede de atenção básica, Como métodos de avaliação foram utilizados a leitura e confecção de resumos e resenhas de artigos científicos e de capítulos de livros sobre o tema, apresentação oral de estudos de caso e projetos terapêuticos singular. **IMPACTOS:** A experiência foi extremamente positiva. Os cursos de graduação da instituição em questão são completamente independentes um do outro. Não há relação formal entre os

estudantes, pouco se sabe sobre a formação do outro, sobre o que o outro pode fazer, dentro da sua profissão, para promover a saúde e minimizar o sofrimento dos pacientes. Muitas vezes, a assistência em saúde é limitada pela falta de conhecimento do que o outro profissional pode fazer. Com essa disciplina, pode-se refletir sobre as demais práticas de assistência em saúde e foi possível compreender que aprendendo juntos, é possível trabalhar juntos por uma saúde melhor. A disciplina promoveu uma integração importante entre os estudantes, que certamente propicia relações mais saudáveis e respeitadas, e favorecerá um trabalho em equipe mais adequado, no futuro, quando tais alunos estiverem nos campos de atuação. A aprendizagem junto com outros estudantes na área de saúde, durante a graduação, pode melhorar os relacionamentos na prática profissional e ajudar a compreender as limitações de cada profissão. Em relação à produção de conhecimento sobre a dor, percebeu-se que a aprendizagem compartilhada com outros estudantes, aumenta a capacidade de compreensão do fenômeno e prepara os estudantes para lidar melhor com os pacientes e suas famílias. A educação interprofissional é a ferramenta que se possui para produzir uma prática colaborativa na atenção à saúde. Práticas colaborativas ocorrem quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para que a atenção à saúde seja da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços. Muito foi questionado em relação à necessidade do envolvimento de todos para que a prática em saúde seja mais efetiva. No trabalho em equipe, a falta de competência de um pode sobrecarregar os demais e trazer insatisfação no trabalho e inadequação das ações de saúde. Apesar da necessidade de definição de papéis, os

alunos ressaltaram que a sinergia entre os profissionais é imprescindível para o sucesso das ações de atenção em saúde que visam minimizar a dor dos envolvidos, sejamos pacientes ou seus familiares. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por se tratar de uma experiência pioneira nesta instituição, os resultados foram muito positivos, o que favorece a abertura de discussão sobre a inclusão de mais práticas interprofissionais nos cursos de saúde. A formação de docentes para a utilização de novas ferramentas de ensino se faz necessária, visto que durante o desenvolvimento da disciplina, muito se foi discutido sobre isso. Por ser a dor um fenômeno impactante, presente na prática diária de todas as profissões de saúde, é um tema propício para a realização de uma disciplina com enfoque na educação interprofissional. Sem dúvida, a escolha do tema tornou mais fácil o sucesso da ação educativa. Para exemplificar esse sucesso, ressalta-se que já tem um grande número de estudantes dispostos a cursarem a disciplina no próximo ano. Enfim, com práticas como essa está imbutido o desejo de que a formação profissional se adequa às novas demandas sociais e que os futuros profissionais sejam mais capacitados para desenvolverem uma atenção à saúde com qualidade, integrando suas ações em benefício do outro.

O PROGRAMA DE TUTORIA DA UFF E OS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO PRODUZIDOS A PARTIR DOS ENCONTROS

Daniel Noro de Lima

Palavras-chave: Formação, educação em saúde, subjetividade

APRESENTAÇÃO: O Programa de Tutoria da Universidade Federal Fluminense (PTUFF) instituído desde 2010, tem como principal

objetivo a diminuição da evasão escolar, problema comum nos primeiros períodos de diversos cursos de graduação. Deve também, servir como apoio em relação às questões gerais da Universidade como o uso da biblioteca, acesso às instalações e serviços, importância do CR (coeficiente de rendimento) na sua vida acadêmica, entre outras. As atividades desenvolvidas pelo programa podem também apresentar as possibilidades de inserção nas diversas áreas de atuação que o profissional formado pode ter ao concluir o curso, tendo potencial para despertar novos interesses e motivações. A orientação do PTUFF é oferecida por alunos regularmente inscritos em cursos de pós-graduação strictu sensu da própria Universidade, os quais, a partir de agora, apresentam seus relatos das vivências nos encontros proporcionados pela Tutoria com os alunos do curso de odontologia da UFF. (PROGRAD, 2015)

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA E RESULTADOS: Logo no primeiro encontro com a turma do 1^o período nos é colocado um desafio. Todos os 32 alunos manifestaram interesse em participar do programa. Em diversas das visitas planejadas há restrição de quantidade de pessoas, pois as estruturas dos serviços muitas vezes não comportam tanta gente. Visto isso, como faríamos para não excluir alunos que poderiam se beneficiar daqueles encontros? Após discussão de algumas propostas, pactuamos coletivamente fazer um sistema de escalas feitas pelo What'sApp, o que veio funcionar a contento. Após uma breve apresentação da proposta da tutoria, e uma rodada de apresentações e expectativas quanto ao curso, identificamos o segundo e principal desafio: a grande maioria (cerca de 90%) queria fazer medicina, mas passou para odontologia como segunda opção e estavam ali abraçando a oportunidade de conhecer melhor a profissão. Nossa proposta então seria proporcionar encontros onde os alunos pudessem perceber as diversas atividades

praticadas pelos odontólogos, discutir os núcleos e campos do conhecimento aos quais estão vinculados, seu papel enquanto profissional de saúde, a produção do cuidado e as diferentes oportunidades de trabalho nos serviços de saúde. Evidentemente, nossas vivências como profissionais e nossas implicações éticas e políticas permeavam as relações tanto com os alunos quanto com os trabalhadores dos serviços que visitamos. Após as atividades, fizemos avaliações onde, tutores e alunos puderam se expressar. A partir de agora, descreveremos sucintamente dois serviços visitados e analisaremos o retorno dado nas rodas de avaliação. O projeto Bom Dia, Boa Noite, desenvolvido sob a forma de extensão no Hospital Universitário Antônio Pedro, tem como proposta levar ao encontro dos pacientes internados a relação com estudantes da área biomédica utilizando a música como meio de expressão e de troca de afetos. Eis algumas falas dos alunos: “Se eu tivesse que descrever a visita em uma palavra, seria “emocionante”. “é como se fosse um remédio que dá uma nova vida a realidade do triste hospital”. “O cuidado transforma a relação entre os seres humanos, tornando-os mais sensíveis e perceptivos”. “Muito além de cuidar da saúde bucal esse projeto me mostrou que cuidarei, primeiramente, de vidas”. “Levar alegria e atenção muda não só o dia de quem recebe como o de quem leva essa alegria.” Refletindo sobre esses relatos, percebemos que houve uma troca de afetos significativa nestes encontros, analisando a partir dos sentidos que nos propõe o Spinoza de Deleuze (2002). Palavras como cuidado, emocionante, alegria, nos revelam que a percepção sobre o trabalho em saúde toma uma dimensão para além dos conhecimentos técnicos e passa primeiramente por uma relação entre pessoas, que quando sensibilizadas permitem afetar o próximo e for afetadas mutuamente. Entendemos que essa

sensibilidade também é um conhecimento (SPINOZA, 2004) e deve ser estimulado, desenvolvido e valorizado durante todo o processo de formação na área da saúde. A outra vivência que trazemos para discussão foi à visita ao Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), hospital de nível terciário de atenção, referência nacional para traumatologia-ortopedia e para o desenvolvimento de pesquisa na área. Fomos recebidos de maneira muito atenciosa pela enfermeira e pela odontóloga designadas para nos acompanhar na atividade proposta. Após breve apresentação sobre a política do SUS, a inserção do INTO na rede de saúde, a descrição de suas atividades de atenção, pesquisa e ensino, conhecemos as enfermarias e salas de readaptação. Percebemos que os alunos se impressionaram com a estrutura do INTO. Ouvimos alguns ficarem surpresos pelo fato da instituição ser pública: “Parece até um hospital particular”, “Funciona, né?!” Carregam com eles a difundida imagem que o serviço público de saúde não funciona ou é de baixa qualidade. Daí a surpresa quando se deparam com outra realidade que não é vinculada na grande mídia. Percebemos aqui, outro potencial que tem a tutoria. O de produzir desconstruções de territórios instituídos e a possibilidade de produção de novos territórios por meio da aproximação com novas experiências (ROLNIK, 1989) Ao final das atividades foi realizada uma avaliação geral do programa. Nela apareceram mudanças nas percepções iniciais dos alunos. Pelo menos quatro, disseram ter desistido de cursar outra faculdade. Outros manifestaram aumento do interesse pelo curso de odontologia. Um deles demonstrou uma relação de identidade com a Universidade quando diz “Não troco a UFF por nenhuma outra Universidade”. Houve ainda aqueles que elevaram sua autoestima: “Hoje tenho orgulho do que resolvi fazer. Não me sinto diminuída por não fazer medicina.” Podemos

dizer também, que surgiram questões relacionadas ao trabalho multiprofissional, afetivo e à produção do cuidado por meio destas falas: “Percebi que o dentista está ligado a muitos outros profissionais”, e “Vi o lado do trabalho humano, e não só a parte prática e técnica”. Por último, apareceram novos olhares sobre o mercado que os aguarda: “A tutoria nos permitiu abrir os horizontes e nos preparar para o que nos espera”, “Serviu para me mostrar esse outro lado da prática”, “Não queria ficar preso no consultório, a tutoria me ajudou a ver outras possibilidades”, e ainda “Não conhecia a possibilidade de trabalhar no SUS. Achei que só tinha consultório”. Contudo, houve alunos que não aumentaram seu interesse pelo curso e pela profissão: “Ainda não me apaixonei pela odontologia”. Isto nos revela que os afetamentos gerados pelos encontros e os processos de subjetivação produzidos são individuais e nem sempre elevam o interesse e a motivação pelo objeto em questão (DELEUZE, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Concluímos a partir do que foi exposto, que o PTUFF desenvolvido com o 1^o período da Faculdade de Odontologia apresentou um elevado potencial na produção de subjetividades em todos aqueles que participaram dos encontros. A grande maioria dos alunos, produziu o despertar de novos interesses e possibilidades em relação à profissão, o que contribui com o objetivo inicial do programa de diminuir a evasão nos primeiros períodos da graduação.

O PSE FAZ SENTIDO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM BAIRRO DE FLORIANÓPOLIS - SC

Renata Marques da Silva, Laura Santos Neitsch, Léo Fernandes Pereira, Vanessa Baldez do Canto

Palavras-chave: educação em saúde, Programa Saúde na Escola, Residência Multiprofissional em Saúde

Apresentação: O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por Decreto Presidencial nº 6.286 em 2007, tem como objetivo garantir à comunidade escolar o acesso às ações e serviços de saúde dentro das diretrizes do SUS e estimular a participação desta comunidade na construção de melhores condições de saúde e qualidade de vida por meio da articulação intersetorial. A atuação do PSE se dá em três componentes: avaliação das condições de saúde, promoção da saúde e prevenção de agravos. O Programa conta com articuladores, estes são profissionais alocados na Unidade Escolar e no Centro de Saúde (CS) que se encontram em uma reunião denominada Grupo de Escuta (GE). O GE de uma Escola Básica Municipal e um CS em um bairro de Florianópolis - SC tem frequência semanal e objetiva o acolhimento das questões trazidas pelos articuladores, principalmente no que se refere à discussão de casos. Esse CS é campo de atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família UFSC/SMS (REMULTISF) e os residentes participam do GE como atividade do seu processo de trabalho. Em uma reunião do GE, a articuladora da Escola apontou como problemática, segundo a percepção dos professores, a relação dos alunos com a tecnologia, principalmente o uso de aparelhos celulares, e como isso afetava negativamente o processo de ensino/aprendizado. Também se discutiu sobre o barulho durante os intervalos, que se estendia para a sala de aula, atrapalhando a concentração dos alunos. Essa problemática foi acolhida e discutida nos períodos de planejamento de ações multiprofissionais e interdisciplinares dos residentes, denominado Projeto Integrado (PI). Nesse espaço os residentes vinculados à REMULTISF planejaram oficinas com o

intuito de estimular os alunos para outras formas de percepção e interação social. Essas oficinas tinham como plano de fundo a crítica ao uso excessivo do celular e buscavam estimular mais o olfato e o tato, em detrimento da visão, esta última reconhecidamente subutilizada pelas tecnologias. Este trabalho configura-se como um relato de experiência das oficinas planejadas pelos residentes com o intuito de estimular os estudantes para outras formas de percepção e interação sociais, em detrimento do uso de tecnologia, por meio dos sentidos em uma Escola em um bairro de Florianópolis - SC no âmbito do PSE. Desenvolvimento do trabalho A oferta das oficinas aos estudantes do 5º ao 8º ano de uma Escola Básica Municipal de Florianópolis - SC englobou diversas etapas: discussão acerca da problemática; seleção e programação das atividades; apresentação do projeto; elaboração de cronograma; execução das oficinas e avaliação. A discussão e o planejamento inicial se deram nos espaços de PI e posteriormente as oficinas foram apresentadas aos articuladores do PSE, equipe escolar e Equipe Saúde da Família (ESF) no GE e nos espaços de reunião de equipe. Após as avaliações e contribuições dos profissionais foi elaborado um cronograma em conjunto com a Escola para as intervenções. Os profissionais da ESF foram convidados a participar, assim como os professores das turmas de 5º ao 8º ano. É importante ressaltar que as oficinas foram reavaliadas periodicamente nas reuniões do PI, para verificar se os propósitos haviam sido atingidos e para adaptar as atividades às diferentes faixas etárias das turmas. As oficinas foram iniciadas com uma dinâmica de apresentação na qual utilizamos um espelho, objetivando conhecer a percepção que as crianças tinham sobre si mesmas. Para desenvolvermos o tema principal, que foi o estímulo à percepção dos sentidos, utilizamos três dinâmicas. A primeira

abordava o estímulo auditivo. Para isso, foi realizada uma gincana tipo passa ou repassa onde os grupos buscavam reconhecer gravações de sons (instrumentos, sons cotidianos, animais exóticos...). A segunda atividade destinava-se ao estímulo do tato e olfato. Para tal atividade os estudantes foram vendados e foi colocado no pulso de cada dois estudantes trouxinhas aromatizadas com o mesmo aroma. O objetivo foi que cada criança, vendada, encontrasse seu par por meio do tato e olfato. Fazendo uso das próprias tecnologias emergentes, a terceira dinâmica foi a reprodução de um recurso audiovisual, disponível no youtube - "Look Up - Gary Turk". Este vídeo, popular e contemporâneo, aborda a gradual redução do contato físico entre as pessoas em decorrência da popularização dos recursos tecnológicos. O vídeo faz um apelo para que as pessoas tirem o foco das telas eletrônicas trazendo a atenção novamente para o entorno. Por último, sentamos em forma de roda com os estudantes. Na roda, fizemos perguntas norteadoras buscando refletir coletivamente sobre as experiências de cada um a respeito das atividades vivenciadas. Por fim, em conjunto com os estudantes, elencaram-se temas relacionados à saúde para próximos encontros. Dentre eles destacamos: esporte, relações virtuais, namoro e primeiros socorros. Impacto Pelo relato percebeu-se que os estudantes já consideravam o uso abusivo de celular como prejudicial e que os outros sentidos eram subutilizados por conta disso. Por isso, fomentar a reflexão coletiva foi importante para que as diferentes percepções levantadas pelos participantes contribuíssem para uma consciência maior sobre o uso das tecnologias no ambiente escolar e na vida. Os estudantes, com o reforço dos facilitadores, acessaram memórias sensoriais relacionadas ao contato com a natureza - vento no rosto, banho de mar, a vista de uma paisagem

ampla, etc - e a outros momentos cotidianos, como o cheiro da casa da avó, de um café da tarde, etc. Considerações Finais O processo de planejamento das atividades desde sua concepção até o fechamento das oficinas contribuiu para a consolidação da articulação entre o CS e Escola, promovendo maior alinhamento no planejamento de atividades educativas integradas dentro do PSE. O diálogo entre diferentes instituições é permeado por ruídos de comunicação e incompreensão do processo de trabalho do outro, o que pode resultar em dificuldades de articulação. Assim, faz-se necessária a sensibilização sobre a importância da construção coletiva em prol da educação em saúde. A autonomia dada aos estudantes durante os encontros, para que estes atuassem como coautores de seu processo de aprendizado, contribuiu para o empoderamento dos estudantes sobre questões de saúde individuais e coletivas, ampliando sua visão sobre a relação saúde e comunidades e fomentando reflexão sobre promoção de saúde e prevenção de agravos.

O SUS EM SEU PAPEL FORMADOR – A CONSTRUÇÃO DE UMA REDE ESCOLA DE SAÚDE DE MAUÁ

Mirian Ribeiro Conceição, Máira Carolina Polydoro Ribeiro Camolesi, Juliana Aline Andrade Vila Pacheco

Palavras-chave: Educação Permanente, Políticas de Educação e Saúde, Integração Ensino-serviço-Comunidade

O Brasil, em sua Constituição Federal de 1988, atribui ao Sistema Único de Saúde a ordenação da formação na área da saúde¹. Contudo, somente quinze anos depois é que se instituíram algumas ações organizacionais para a efetivação da proposta. Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na

Saúde (SGTES), um marco importante para a gestão federal do Sistema Único de Saúde no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores da saúde². Posteriormente, em 2007, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que normatiza algumas instâncias e sua organização para apoio e fomento das ações de educação pautadas na aprendizagem significativas³. Apenas em 2015, cria a Portaria Interministerial nº 1.127, de 04 de agosto de 2015, que institui as diretrizes para a celebração dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Serviços (COAPES), para o fortalecimento da integração entre ensino, serviço e comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde. Embasado neste processo e no conceito da Educação Permanente como estratégia pedagógica e ferramenta da gestão para a criação de organicidades na relação entre processo de ensino e aprendizagem e produção de cuidado, o Município de Mauá, região do grande ABC em São Paulo, vem investido na consolidação desta proposta. Houve inúmeros investimentos que incluíram desde processos de organização da gestão à criação de instrumentos que validassem das ações a serem implementadas. Em 2013, a secretaria de saúde reorganizou o organograma de gestão, instituindo a Educação Permanente e a Gestão do Cuidado como eixos principais na organização da gestão e dos processos de trabalho. Em 2015, houve a criação do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (NGTES), com as seguintes funções: promover a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; elaborar e propor políticas de formação e de desenvolvimento profissional para essa área; planejar, coordenar e apoiar as atividades relacionadas ao trabalho e à educação na área da saúde; promover

a articulação entre ensino, serviço e comunidade, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor Saúde. Ainda, como formalização das ações construídas na rede de saúde, institui legalmente a Rede Escola de Saúde de Mauá - RESM (lei municipal 5079, de 10 de setembro de 2015)⁵. A Rede de Saúde como escola para formação de profissionais na área, é orientada pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em seus princípios de descentralização da gestão, da atenção integral, e processo de aprendizagem significativa com uso de metodologias ativas, bem como a integração ensino-serviço-comunidade. Estes são tecidos cotidianamente nas relações dos diferentes atores envolvidos, o que apresenta desafios à gestão principalmente ao que se refere a organização de processos trabalho que sejam permeáveis à construção participativa da gestão e a produção de conhecimento nos serviços emergido pela problematização e reflexão sobre as ações realizadas por seus atores. A construção da RESM impulsionou-se por duas principais demandas apresentada a parceria com instituições de ensino o desenvolvimento de estágios curriculares na rede e a implementação da Residência Médica em Rede. Há forte investimento na cogestão, tanto na concepção da proposta em cooperação com trabalhadores da rede de saúde, docentes das instituições de ensino, gestores, residentes, estudantes. O Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde fomenta oficinas que, para além dos objetivos de aproximação entre os parceiros desta cooperação, constroem produtos importantes para a efetivação da Rede de Saúde como Escola de formação para o Sistema Único de Saúde. Em utilização de estratégias de metodologias ativas as oficinas permitiram discussões reflexivas entre os atores do processo sobre os cenários de práticas, avaliação,

preceptoria no Sistema Único de Saúde, construção de currículo baseado em competências e formação para o cuidado integral. Formação de preceptores para o Sistema Único de Saúde em parceria com a Universidade Federal de São Paulo e outras formações para os trabalhadores da rede, bem como a discussão e organização do cotidiano do trabalho nos serviços para o recebimento de estudantes e residentes são outras ações de fomento à esta construção. O impacto destas ações apresentam potentes resultados como: a ampliação e qualificação dos cenários de práticas; a construção de itinerários formativos na rede descentralizados do hospital para as residências médicas; a consolidação de campos não priorizados na formação tradicional, mas de importante função na Rede de Saúde como, por exemplo, estágios de nível técnico de enfermagem nos Centros de Atenção Psicossociais; maior implicação dos trabalhadores na formação para saúde no Sistema Único de Saúde, como por exemplo, participação nas oficinas de integração ensino-serviço, na construção de instrumentos de avaliação dos processos formativos; maior busca do profissional por ofertas formativas em preceptoria; a formalização do papel do preceptor, garantindo pela lei municipal o pagamento de gratificação por tal atividade, marcando a valorização do profissional nesta função; dentre outros. Estas conquistas apresentam avanços, contudo defrontam-se e instalam-se desafios para a permanente transformação de dicotomias de modelos enraizados em lógicas que distanciam a teoria e a prática enquanto produção de conhecimento indissociável; paradigmas e modelos que confrontam processos de saúde e doenças, como práticas de cura, cuidados hospitalocêntricos, procedimental pautados em saberes técnicos distantes de práticas humanizadas, currículos de profissionais para práticas tecnicistas,

reorganização de processos de trabalho para a composição entre produção de cuidado e processos formativos, a criação de espaços permanentes de compartilhamentos e reflexões sobre a integração ensino-serviço, o fomento do comprometimento de gestores com este processo, dentre outros. Deste modo, há perspectiva construção de estreitamentos que permitam processos colaborativos, entre instituições de ensino, gestão, trabalhadores e usuários, para ordenação da formação de profissionais da saúde indissociando os saberes e práticas, para a produção de cuidado integral e equânimes, para superação de modelos clínicos hegemônicos, para a valorização de processos de subjetividades contextualizados em histórias de vidas e territórios, para a formação de profissionais capazes de escutar e acolher com práticas não hierarquizadas e com a valorização dos saberes dos sujeitos sobre seus próprios corpos e vidas.

O TORNAR-SE ALUNO ATIVO: A VIVÊNCIA COMO DISCENTE NO MESTRADO PROFISSIONAL

Ana Paula de Lima, Edneia Albino Nunes Cerchiari, Lourdes Missio

Palavras-chave: Docentes, Aprendizagem, Profissionais de saúde

APRESENTAÇÃO: A formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras e tradicionais, sob forte influência do mecanicismo, com a compartimentalização do conhecimento em campos altamente especializados, em busca da eficiência técnica. Atualmente, com as mudanças advindas no processo de formação e do campo de trabalho, exige-se pensar em uma metodologia para uma prática de educação onde esse profissional durante a sua

formação já possa torna-se um indivíduo ativo e apto a aprender a aprender, já que, os conhecimentos e competências vão se transformando velozmente (MITRE, et al., 2008). Metodologia ativa são estratégias usadas em sala de aula, onde o aluno interage ativamente no processo de aprendizagem, ouvindo, falando, perguntado, discutindo, ensinando e fazendo, e o professor é o facilitador do processo em que estimula o aluno de forma ativa, com isso este passa de receptor passivo de conhecimentos (BARBOSA; MOURA, 2013). O uso dessas metodologias proporciona os discentes uma visão crítica reflexiva da realidade, que proporciona também tomar posicionamento como profissional diante dessas vivências. O uso de metodologias ativas ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico e podem contribuir para a transformação do sujeito crítico reflexivo? Diante disso, foi construído o presente relato de experiência, com o objetivo de expor a experiência vivenciada como discente do Programa de Pós-Graduação para a contribuição da construção de um sujeito ativo. Descrição da experiência: Sou proveniente de uma formação tradicional, nunca havia mantido com contato anteriormente com aprendizagem ativa, ao menos sabia qual era o seu conceito. Os professores de antemão, enviaram os textos para as aulas, com isso realizei as leituras previamente, porém, não sabia qual o motivo de sabermos com antecedência o que seria abordado durante as aulas. No primeiro dia de aula achei um pouco estranho todos sentarem-se em forma de roda de conversa, um de frente para o outro, sempre fui tímida e, de início relutei em aceitar que seriam dessa maneira, nas outras aulas todos se sentavam enfileirados e, o professor logo convidava a todos para sentarem-se em roda. Ao passar das aulas fui percebendo que o objetivo era criar um debate entre os alunos, e assim permitir um aprofundamento teórico dos conteúdos,

em muitas vezes eu iria preparada para dar minhas contribuições, porém, a timidez não permitia, o coração disparava, esquecia minha fala, permanecia calada. Com isso, comecei a repensar, qual era o meu objetivo nesse curso de mestrado, se eu não aprofundava e não tinha coragem de expor minhas vivências e conteúdo, durante as aulas? Além disso, comecei a observar reflexivamente e criticamente minha prática profissional, despertando o interesse de fazer algo para mudar a minha rotina como discente e principalmente a profissional. A partir de então, minhas contribuições começaram a compor as discussões do grupo, isso foi um processo lento, porém, foi significativo para mim, posso expor minhas angústias e sei que isso poderá contribuir para os meus colegas também, ao contrário do que eu pensava antes, que minha voz não seria necessária. Durante os seminários, mesmo tímida, comecei a tomar partido e apresentar primeiro, e desenvolvi o gosto de expor meus pensamentos durante a aula considera que estou em processo de crescimento, com isso, considero que estou obtendo um crescimento interior muito grande, em relação a minha formação acadêmica e profissional, passei a ver com outros olhos as situações, tudo isso pela oportunidade de ser discente do Programa de Mestrado Profissional da UEMS. RESULTADOS: No primeiro dia de aula havia muita expectativa tanto por parte dos professores como pelos alunos. A cada aula com um professor diferente iniciávamos com apresentações, em que cada discente falava brevemente sobre sua trajetória profissional e o projeto de pesquisa. Logo ficou claro que seria uma proposta de aula com um estilo diferente, pois esperava que fossem ministradas como durante a minha formação acadêmica no estilo tradicional. Nesta o docente é um mero transmissor de conteúdo, e o discente cabe apenas uma atitude passiva, expectador e receptor

de conhecimentos sem necessidade de reflexão crítica da realidade. Em todas as aulas realizávamos uma roda de conversa para discutirmos sobre a temática da aula. A roda de conversa tem a característica de permitir que os participantes expressem suas impressões, opiniões, conceitos, e concepções sobre o tema proposto, e permite trabalhar reflexivamente as manifestações apresentadas pelo grupo (MELO; CRUZ, 2014). Os conteúdos trabalhados nas aulas eram encaminhados previamente para que o discente, possibilitando leitura prévia do material. Com isso é possível um aprofundamento teórico durante as discussões. Para nós discentes foi uma experiência nova, e a maioria nunca havia vivenciado essa prática de aprendizagem ativa. A aprendizagem ativa é uma estratégia de ensino muito eficaz, quando comparada aos métodos de ensino tradicionais, como exemplo a aula expositiva, nela os discentes retêm a informação por um tempo maior devido sua participação ativa nas aulas (ARAÚJO; AMARAL, 2006). Aos poucos foi ocorrendo o processo de adaptação com maior participação durante as discussões. A abordagem dos alunos, em um primeiro momento, pode parecer simples, mas, na prática, a mudança de papéis pode não ser tão facilmente concebida. Nesse sentido, o discente é estimulado pelo docente a promover e desenvolver sua autonomia em sala de aula. A partir da vivência desenvolvida em sala de aula, os discentes por estarem inseridos no mercado de trabalho atuando paralelamente como profissionais começaram a refletir sobre suas práticas de trabalho. De acordo com Berbel (2011) as metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino/aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas. Por sua vez, essas

práticas vivenciadas pelos discentes no seu cotidiano eram trazidas para o contexto em discussão, provocando enriquecimento das aulas e do grupo. Portanto, desenvolvem-se a aprendizagem ativa quando se interage com o assunto em estudo, sendo estimulado a construir o conhecimento, ouvindo, falando, perguntando, discutindo, fazendo e ensinando ao invés de receber de forma passiva do docente. Para a avaliação desse processo ensino-aprendizagem são utilizados múltiplos instrumentos, de diversas naturezas, de modo que podem ser consideradas as diversas competências esperadas para o aluno ao longo das disciplinas. Nas aulas foram utilizados, seminários, reflexões críticas das aulas, resumo expandido e construção de portfólios através da análise de poemas, filme, quadros e músicas que permitiu que os discentes e docentes refletissem sobre o processo de ensino aprendizagem, com isso atribuir mudanças positivas em seu cotidiano para alcançar o objetivo esperado. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir da minha vivência em sala de aula no curso de mestrado, em consequência, contribuiu para o meu despertar, em me tornar uma aluna crítica e reflexiva, e uma profissional mais ativa, pois não podemos ficar na inércia, somos multiplicadores e podemos aplicar na prática estratégias diversas para melhorar o ambiente de atuação profissional. Contudo, através de estímulos positivos, vencerem a timidez, foi meu maior obstáculo, em relação ao falar em público, portanto, agora sei que minhas contribuições em sala de aula são para acrescentar nas discussões, e que são importantes para o enriquecimento do grupo. Como discentes podemos assumir um papel mais ativo, desconstituindo-se da atitude de mero receptor de conhecimentos, e buscar efetivamente a criticidade aos problemas e aos objetivos da aprendizagem.

O USO DE METODOLOGIAS ATIVAS NO FORTALECIMENTO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: RELATO DE UM GRUPO DE ESTUDOS DA UDESC

Denise Antunes de Azambuja Zocche, André Lucas Maffisoni, André Luis Maffisoni, Alcione Pozzebon, Carine Vendruscolo, Daniela Aparecida Santos, Jean Augusto Bende, Karine Pereira Ribeiro, Daiana Kloh

Palavras-chave: integração ensino-serviço, enfermagem, educação

INTRODUÇÃO: Este trabalho emerge das inquietações e sensibilização do Grupo de Estudos Formação e Educação em Saúde e Enfermagem, sobre das questões relacionadas à reorientação da formação dos cursos de graduação da área Saúde e da Enfermagem. O grupo surgiu da necessidade dos docentes e estudantes produzirem projetos de pesquisa, conforme orienta as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2001). Além disto, necessidade de desvelar como ocorre o processo de formação, professores e acadêmicos fomentaram a ideia de construir um espaço de “orientação coletiva” de projetos de pesquisa, que pudesse dialogar com uma proposta de formação integrada com as necessidades do mundo do trabalho em saúde, pautadas na ação-reflexão. Neste contexto, o grupo estuda, e debate sobre das fragilidades e potencialidades do processo de formação na área da Saúde, e, sobretudo, da Enfermagem. Entre os temas trabalhados pelo grupo, optou-se neste relato abordar a temática das metodologias ativas de ensino, que utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o intuito de atingir e fomentar o discente para com o problema, fazendo com que ele se detenha a questão, examine, reflita, relacione a sua história e passe a ressignificar suas descobertas 1. **OBJETIVO:** Debater a importância do uso de metodologias ativas

no processo integração ensino-serviço em um grupo de estudos Estudos Formação e Educação em Saúde e Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). **DESENVOLVIMENTO:** A formação em saúde é um tema de ampla discussão e que tem gerado muito debate a cerca eficácia das metodologias de aprendizagem e sua repercussão no desenvolvimento de competências e na formação dos profissionais da saúde. Outro destaque neste contexto são os modelos de ensino e sua repercussão no processo de ensino e aprendizagem. Sabe-se que os modelos de ensino tradicionais, ainda predominam na formação dos profissionais da saúde, e o uso de metodologias pautadas na transmissão de conhecimentos, o que Freire intitula como educação bancária, ainda estão presentes no processo de formação, muitas vezes limitando o acadêmico ao estudo fragmentado dos conteúdos e ao conceito biologicista de saúde. Com o intuito de transformar esta realidade do ensino em saúde, ainda na década de 1980, arranjos inovadores e críticas aos modelos assistenciais e educacionais reivindicaram novas experiências de integração ensino-serviço, superando a aprendizagem focada no estudo clínico em hospitais e valorizando o processo ensino-aprendizagem em unidades básicas de saúde e em outros cenários de prática, de modo a incorporar os conteúdos das ciências sociais e humanas nas reformas curriculares (CARVALHO; CECCIM, 2009). Esse desenvolvimento estimula um pensar e um fazer críticos, no âmbito da formação em saúde, embasados na aprovação da prerrogativa constitucional que atribui ao Sistema Único de Saúde (SUS) a responsabilização pela formação de recursos humanos na saúde (BRASIL, 1988). Ainda, se fundamentam na aprovação, em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais, que proporcionam as bases para a reorientação desejada no

mundo do ensino superior (BRASIL, 2001) e representam um marco para a transição de modelos de ensino e para a incorporação da integração entre o ensino-serviço nos planos pedagógicos, sendo compreendida como uma nova estratégia para contribuir com o processo de transformação e inovação na formação em saúde. Contudo, avançamos muito pouco nesta prerrogativa. É possível perceber que as mudanças nos pilares da educação tradicional ocorrem de maneira vagarosa, isso porque algumas ferramentas de aprendizagem que almejam romper modelos ultrapassados de aprendizagem, como o uso das metodologias ativas, representam a disseminação dos avanços na formação para além da academia e do meio hospitalar, o que se configura como algo novo, desconhecido e muitas vezes penoso para o docente que desenvolve o mesmo método obsoleto de transmissão de conhecimentos há anos. Portanto, aproximamo-nos do serviço, mas cultivamos pedagogias tradicionais de ensino (sem generalizações). Nessa perspectiva, propomos a reflexão: não basta apenas aproximar o ensino do serviço, se mantemos o modo de pensar e fazer saúde individualizados (docentes e discentes “assumem” usuários para realização dos cuidados, sem interação com a equipe de saúde) e pautados no ativismo técnico. Precisamos que a integração entre ensino-serviço também seja uma estratégia de aproximação entre teoria e prática, realidade e perspectiva, cuidado integral, interdisciplinar e humanizado, de ressignificação de saberes, um laboratório para o pensar crítico e reflexivo. Desse modo, o processo de ensino é capaz de formar indivíduos críticos-reflexivos, com percepções libertadoras e ampliadas, e com potencial para despertar a sensibilidade necessária à atenção integral e equânime ao ser humano. **RESULTADOS:** A utilização de metodologias ativas no processo de integração ensino-serviço é capaz de ir de

encontro aos principais desafios da formação em saúde: formar profissionais críticos e reflexivos, cientes do seu papel no mundo e com o mundo. O debate tem provocado o grupo a pensar sobre a proposição de propor novos arranjos entre ensino e serviço, que possam, aproximar os profissionais atuantes no serviço das instituições de ensino estimulando assim um processo de formação voltado à realidade social e com preparo para os desafios encontrados no trabalho em saúde e enfermagem. Além disso, a academia nos serviços deve ir além da promoção atualização e a construção do conhecimento. É preciso promover o desenvolvimento de pessoas no sentido amplo, não só laboral, mas antes de tudo, para a vida. Vida que em parte está aliada ao trabalho, e que precisa de um coletivo organizado, que atue em equipe que promova e valorize a vida. Neste sentido a educação permanente pode contribuir para este movimento de produção de saúde para si e para a comunidade. Portanto, a integração ensino-serviço é compreendida pelo grupo como uma ferramenta que promove a formação de um acadêmico crítico-reflexivo, consciente da importância de sua participação na construção e consolidação da atenção à saúde pública qualificada e integral, além de fomentar o desenvolvimento de valores e princípios ético, político, preparado-o assim para assumir a integralidade da saúde como um princípio e uma diretriz nas práticas do cuidado humanizado e equânime. Contudo, para que isso se transforme em realidade, necessita de uma pedagogia crítica e libertadora, capaz de estimular a autonomia, liderança e o amor. Cuidar é um ato de amor; viver é um ato de amor; ensinar e aprender são atos de amor que devem ser incorporados na proposta pedagógica de ensino. Consideramos de suma importância que o discente tenha acesso às metodologias de ensino-aprendizagem inovadoras, para

que seja capaz de desconstruir-se quanto aos métodos tradicionais e arcaicos de ensino e reconstruir-se e ressignificar-se quanto às novas metodologias, instigadoras e fomentadoras de conteúdo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estudo da formação em saúde e enfermagem, ancorado à possibilidade da utilização de metodologias ativas que provoquem reflexão sobre as práticas de ensino, tem como principal consequência a possibilidade de transformação do processo de ensino-aprendizagem, a partir do contexto acadêmico, passando pelos cenários de prática e da pesquisa em saúde. O processo de integração ensino-serviço se caracteriza como uma dessas possibilidades metodológicas e busca, sobretudo, produzir conhecimento, provocando o acadêmico para que se identifique com o processo, gerando autonomia, crítica e reflexão, ancorados a problematização de situações, para assim, formar indivíduos que sejam multiplicadores e disseminadores do conhecimento, além de protagonistas do próprio processo de formação.

O USO DE TRILHAS SENSITIVAS NO PROCESSO EDUCACIONAL

Nádia Kunkel Szinwelski, Maira Tellechea da Silva, Adriana Cristina Hillesheim

Palavras-chave: Trilha Sensitiva, Reorientação da formação, Educação

APRESENTAÇÃO: A necessidade de aproximar a formação profissional às práticas em desenvolvimento na saúde, o desejo e as iniciativas de mudanças visando transformar e qualificar a atenção ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) tem permeado discussões nas Instituições de Ensino Superior – IES e nos serviços de saúde. Todo este processo suscitou a necessidade, pelas instituições de ensino superior, de repensar

suas práticas pedagógicas, ao perceber a importância e a necessidade de buscar maior aproximação com a realidade. Para tanto, tornou-se imprescindível estimular docentes e estudantes a articularem novas redes de conhecimento e transformar o processo ensino aprendizagem com vistas a atender as demandas sociais e em saúde que se apresentam. Visando qualificar a formação em saúde o Ministério da Saúde (MS) juntamente com Universidade Federal do Rio Grande do Sul (URGRS) propuseram a implementação do Curso de especialização em Docência na Saúde. A proposta deste curso de especialização vem a contribuir neste sentido, na medida em que assume como objetivo qualificar docentes da área da saúde para ativar processos pedagógicos inovadores e criativos no ensino desta área. O presente trabalho é resultado do TCC da referida especialização e tem como objetivo relatar a experiência do uso da Trilha Sensitiva como instrumento de autoconhecimento e reflexão da importância do sensível como fundamento do processo educacional. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A Trilha foi realizada no dia 21 de julho de 2015 com 11 docentes dos diferentes cursos da saúde da Unochapecó; 5 alunos do mestrado de saúde, 3 alunos mestrado em políticas públicas (ambos da Unochapecó) e 2 trabalhadores da rede de saúde do município de Chapecó. Ela aconteceu no Museu Zoobotânico da Unochapecó e teve duração de 4 horas. A Trilha dos Sentidos do Museu Zoobotânico do curso de Ciências Biológicas tem como proposta a redescoberta dos sentidos a partir da privação da visão. O participante é convidado a vender os olhos, possuindo como guia dentro da trilha uma corda, tendo que descobrir os elementos presentes no percurso fazendo uso do tato, olfato, audição e paladar. Após a realização da trilha, em uma sala anexa ao Museu, os participantes reuniram-se para a discussão e reflexão da atividade. Em um primeiro

momento, os mesmos foram convidados para expressar na forma de um desenho o que sentiram fazendo a trilha. Após, cada participante apresentou o seu desenho e foram instigados a relacionar a experiência com a sua prática docente, de supervisor ou mesmo da própria experiência como discente. A discussão focou no papel dos sentidos na interpretação e na relação do indivíduo com o meio em que vive e se a experiência da trilha poderia refletir de alguma maneira na maneira como cada participante vê e se relaciona com os alunos. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Buscou-se, com esta atividade, proporcionar aos participantes, a oportunidade de perceber a importância de cada um dos sentidos e como eles se relacionam no reconhecimento dos referidos objetos e com isso fazer algumas reflexões a respeito da importância dos órgãos dos sentidos e sua relação com nosso dia a dia e com a sensibilidade de maneira mais ampla. Os desenhos e ponderações trouxeram reflexões riquíssimas. Aliás, antes mesmo da socialização, já tivemos manifestações muito interessantes, na saída da trilha, os participantes manifestaram reações diferentes, alguns riam, outros ficavam em silêncio e outros saíram chorando ou com os olhos lacrimejando. Durante a socialização, os participantes trouxeram sensações vividas e sentidas durante a trilha e buscaram articular com a prática docente. Percebeu-se de maneira muito clara que a trilha conseguiu cativar a emoção dos sujeitos, caminho pelo qual perpassa a aprendizagem e a construção de novos conhecimentos e significados. Foi muito presente na socialização falas sobre a não percepção sobre componentes da trilha. Relatos trazem fortemente a falta de atenção e sensibilidade no decorrer do percurso. Como durante a Trilha Sensitiva os participantes exploram o ambiente sem a visão, sentido mais privilegiado culturalmente, a maioria dos sujeitos relatou

desconforto com a falta deste sentido. O objetivo da estimulação sensorial na Trilha Sensitiva, através de ações como tocar as plantas, cheirar as folhas, flores e frutos, chacoalhar o fruto é procurar despertar os sentidos que muitas vezes são “ofuscados” pela visão. A ideia da trilha é que aflorem outros sentidos, como a audição, o tato, o paladar e o olfato, para redescobrir o seu entorno. Cada sujeito sentiu e percebeu a trilha de uma maneira única, e este fato desencadeou uma importante reflexão acerca da maneira como nosso aluno aprende. Cada pessoa tem uma história particular e única, formada por sua estrutura biológica, psicológica, social e cultural, ou seja, tem características e sentimentos que determinam o seu modo de aprender. Isso implica assumir que a aprendizagem é social e mediada por elementos culturais. Tal concepção produz profundas modificações na visão de educação, principalmente no que se refere às práticas pedagógicas utilizadas habitualmente. É fundamental ao professor o respeito ao ritmo de aprendizagem de cada aluno, sendo extremamente necessário buscar estratégias que venham melhorar o desempenho daqueles que apresentam evolução mais lenta. Os métodos são eficazes somente quando estão de alguma forma, coordenados com os modos de pensar do aluno. A educação sensível refere-se primordialmente ao desenvolvimento dos sentidos de maneira mais acurada e refinada, de forma que nos tornemos mais atentos e sensíveis aos acontecimentos em volta, tomando melhor consciência deles e, em decorrência, dotando-nos de maior oportunidade e capacidade para sobre eles refletirmos e atuarmos. A participação na trilha vez emergir diferentes sentimentos, que afloraram questões extremamente importantes na relação aluno professor. Assim como muitas vezes não percebemos o nosso caminhar, cheirar, tocar e comer, também muitas vezes não percebemos

nossos alunos. Como eles aprendem? Como evoluíram? Quais as suas necessidades? Como estão mental e fisicamente? Como são mental e fisicamente? **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nesta nossa caminhada por mudanças no rumo da educação superior para os cursos da saúde, muitas são as experiências, erros e acertos. Acreditamos que todas são válidas e merecem ser compartilhadas. A Trilha Sensitiva se revelou nesta experiência ser um excelente instrumento de sensibilização com possibilidade de ser trabalhada com diferentes temas. Dos participantes da trilha, diversos docentes já agendaram horário no Museu Zoobotânico do curso de Ciências Biológicas para levarem suas turmas de alunos. Com certeza nossa prática docente estará mais atenta às necessidades de nossos alunos e os participantes estarão muito mais preparados e sensibilizados para trabalhar com os estudantes.

O VIVER MILITANTE NA CONSTRUÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO NO II ESTÁGIO NACIONAL DE EXTENSÃO EM COMUNIDADES

Francisco Wagner Pereira Menezes

Palavras-chave: Militância, Formação em saúde, ENEC

APRESENTAÇÃO: Nos dias atuais, o ato educativo, ou ato de educar, é entendido como processo que se dá na relação dialógica entre os homens e não se restringe ao ambiente da sala de aula, seja na escola ou na universidade, recebendo essa forma a denominação de educação formal ou tradicional, significando hoje apenas uma das vertentes conceituais. Nesse contexto, diversas práticas vivenciais surgem como potentes instrumentos de formação, inclusive formação em saúde, destacamos dentre elas a prática militante, que ao

proporcionar ao educando experiências múltiplas e desenvolvimento crítico e ideológico, surge como espaço propício de desenvolvimento profissional e humano. Esta é a esperança que se pode ter na educação, renunciar a ilusão de que todos os seus avanços e melhorias dependem apenas de seu desenvolvimento tecnológico, acreditar que o ato humano de educar existe tanto no trabalho pedagógico que ensina na escola quanto no ato político que luta na rua por um outro tipo de mundo. Foi objetivo do trabalho relatar a experiência militante da participação no II Encontro Nacional de Extensão em Comunidades (ENEC) e suas significações. Trata-se de um relato de experiência, vivenciada pelo autor quando do momento da participação no II Estágio Nacional de Extensão em Comunidades. O II ENEC, promovido pela Universidade Federal da Paraíba no uso de suas atribuições como instituição promotora do Programa Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS (VEPOP-SUS), ocorreu em João Pessoa, estado da Paraíba, no período de 22 de Julho a 6 de Agosto de 2015. Sua edificação foi elaborada por múltiplas mãos, com representatividade de docentes, discentes e movimentos sociais. Sua metodologia propiciou a cada estudante presente um primeiro momento compartilhado de formação e contato com o arcabouço teórico que embasa a caminhada do estágio, seguida de completa imersão em determinada comunidade (definida por sorteio) e, por último, o reencontro para troca de experiências entre os participantes e avaliação do estágio. No caso da experiência aqui relatada, o estágio ocorreu na comunidade de pescadores da penha, extremo sul de João Pessoa. **Desenvolvimento:** logo nos primeiros dias, momento em que os diversos estudantes compartilhavam o mesmo lugar enquanto eram apresentados ao arcabouço teórico que embasaria a vivência, pode-se notar

o caráter místico do espaço, localizado próximo ao quilombo do guruji (região de João Pessoa) e constituindo o que os organizadores denominaram de universidade popular, local onde múltiplos aprendizados eram ensinados, aprendidos e, sobretudo, produzidos. Neste primeiro momento, a pluralidade cultural ali contida produziu diversas histórias, contos advindos de vários locais do Brasil e do Mundo (contamos com a participação de companheiros da África) e que enriqueceram a vivência com tesouro singular, algo impossível de ser planejado. O encontro com alguns caminhantes da educação popular também agregou um dinamismo especial nesses primeiros passos de nossa caminhada e após esse momento inicial partimos com tudo aquilo que aprendemos nesses dias e, sobretudo, o que trouxemos de nosso lugar, experiências de toda uma vida. Cada dupla partiu para sua comunidade com inúmeras dúvidas e uma certeza, viveríamos algo intenso. Com a chegada a comunidade da penha, uma realidade totalmente desconhecida se pôs diante de nossos olhos (estávamos em dupla). Tínhamos o desafio de buscar se inserir e entender como aquele povo vivia. Logo de início notamos a relevância dos aspectos históricos da comunidade, para entendê-la tínhamos de conhecer suas origens e assim o fizemos, através de conversas com moradores antigos e líderes comunitários. Conhecida a história daquele lugar e povo e a partir de uma maior familiaridade e convivência notamos a complexidade e multiplicidade de fatores que atuavam para a manutenção ou superação de determinadas problemáticas, além de aspectos culturais fortes e valorização da história local por parte da comunidade. A comunidade da penha foi forjada na luta, nasceu a partir da união de seus moradores em defesa do direito à moradia, traço que fortaleceu seus laços e que constitui acúmulo valoroso diante dos

ataques que vem sofrendo e da necessidade de manter-se coesa frente às investidas dos grandes especuladores imobiliários, já que trata-se de lugar privilegiado. Relevante também pontuar a alteração do perfil daquele lugar, sendo hoje a pesca substituída pelo trabalho com o turismo, fator que explicita a beleza natural do lugar e um potencial esgotamento de alguns recursos naturais. Ao longo da dúzia de dias que estivemos naquele lugar, absorvemos de algum modo, talvez parcialmente, as significações que seus moradores davam a alguns fatores de seu cotidiano, o que nos envolve em uma realidade diversa, para além da experimentada ao longo de nossas vidas. Tal fator constitui potencialidade incalculável, o que vivemos naqueles dias adquire característica mutável, sem dúvida algo positivo, mas que irá sendo decifrado ao longo de nossas vidas e caminhada. O retorno ao Guruji mostrou que todos os estudantes passaram por processo tão relevante quanto o vivido na penha, muitas palavras ditas, certamente não conseguiriam delinear a riqueza do momento. Ao relatar brevemente nossas experiências conseguimos contemplar o quanto relevante havia sido o ENEC para cada um dos presentes. Algo místico, indivíduos diferentes, inseridos em comunidades diferentes e que compartilhavam de sentimento talvez único, compartilhávamos a amorosidade de quem luta pela vida. **Resultados:** o fato de sermos estudantes nos credenciou a participar do estágio, apesar disso, acredito que não estive ali como estudante de enfermagem, estive como pessoa humana que buscou entender a dinâmica de uma comunidade, que embora rica de valores, parecia de dificuldades advindas de um ciclo de exploração tão grande e tão próximo que não se deixar ser visto com facilidade. A vivência propiciou em meu caso uma reafirmação de alguns objetivos, como o de encarar minha prática

profissional como prática militante, bem mais que um trabalho. Considerações finais: os significados da vivência no II ENEC constituem quadro mutável, suas significações tomarão diferentes contornos ao longo da vida e caminhada de cada um, atualmente é sinônimo de algo intenso, impactante, transformador e construtor de outros modos de atuar como ser e, conseqüentemente, como profissional de saúde. Dessa forma, apresentamos a vivência militante de participação no II Estágio Nacional de Extensão em Comunidades como relevante no caminhar na trilha da formação dos sujeitos ali presentes, demonstrando o campo potente constituído pelas experiências que extrapolam o ensino aprisionado em salas de aula. Experiências como estas trazem para os que dela participam riquezas outras, para além das contidas no mundo seguro e cômodo entre quatro paredes, portanto constitui riqueza diversa e potencialidade passiva de ser estudada e, sobretudo, vivenciada.

OFICINA DE LINGUAGENS PARA TRABALHADORAS(ES) DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)

Julimar de Fátima Barros e Barros

No dia 29 de maio de 2015, ocorreu no Parque Nacional de Brasília (Parque Água Mineral) um encontro de trabalhadoras e trabalhadores do Ministério da Saúde (MS) cuja proposta foi provocar a reflexão conjunta entre trabalhadoras e trabalhadores do MS, provocando um processo de investigação crítica referente às estratégias cotidianas de comunicação utilizadas na ação profissional em gestão, educação e trabalho no SUS. Além de construir um espaço de cuidado e relaxamento para os participantes, a oficina teve a pretensão de facilitar a construção de novas linguagens, tanto nas ações cotidianas individuais, quanto nas coletivas. Este

encontro reuniu uma média de 25 pessoas de diferentes secretarias, departamentos e objetos, que tinham/têm como pauta fundamental o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A ideia deste encontro surgiu em uma reunião entre o Núcleo de Educação do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (DDAHV) e a equipe de Educação Popular do Departamento de Apoio à Gestão Estratégica (DAGEP). Nesta época o núcleo de educação do DDAHV estava buscando algumas áreas do MS para conseguir refletir e reorientar suas ações no que tange as políticas de Educação Popular em Saúde, Educação Permanente e Humanização. Como uma ação para contribuir nesse processo de reorientação a equipe de Educação Popular sugeriu a construção de uma Oficina de Linguagens. No processo de construção da mesma, outros atores e áreas (Política Nacional de Humanização/PNH, Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas/CODEP, etc.) foram sendo incorporados na sua confecção, de modo que se tornou algo de um coletivo de trabalhadoras (es) que atuaram de forma colaborativa, sendo descaracterizado de uma área específica. O encontro durou oito horas, de modo que seu roteiro foi dividido em alguns momentos: (1) Momento Inicial: acolhimento, integração, prática de cuidado, relaxamento e contato com o espaço; (2) Atividade de concentração utilizando a linguagem de símbolos, com enfoque para o sentido da visão; (3) Apresentação e discussão sobre um vídeo produzido com algumas ações realizadas pelo MS (I Mostra Nacional de Educação Permanente em Saúde, IV Mostra Nacional da Atenção Básica, propaganda da Caixa Econômica Federal que aborda o direito da população negra, trecho do filme “Tempos Modernos” (Charlie Chaplin, 1936), o vídeo “Caixa de Afecções”. O vídeo teve o intuito de despertar o debate sobre o trabalho e as linguagens que utilizamos (4) Reflexão crítica sobre o cotidiano do trabalho. (5)

Após o almoço, realizamos mais uma atividade de concentração e integração (Epoetata). (6) Trabalho nos subgrupos sob os motes: Quais linguagens se utilizam no cotidiano do nosso trabalho no SUS? Quais linguagens não utilizaram no cotidiano do nosso trabalho no SUS? O que é possível construir (individual ou coletivamente)? (7) Apresentação dos subgrupos. (8) Síntese coletiva. (9) Avaliação e encerramento. Como fruto do debate e síntese do grupo, pode-se citar como encaminhamentos: a construção da Conferência Livre de Trabalhadoras (es) do MS; elaboração de um documento livre sobre a oficina de linguagens para ampla divulgação; promoção de intervenções no cotidiano do trabalho (individual e coletivamente); criação de um ambiente na Comunidade de Práticas para manter o grupo ativo; dentre outras. Assim, a Oficina de Linguagens possibilitou vivenciar, refletir, debater e propor ações que contemplassem as diversas linguagens possíveis de se utilizar nas práticas de trabalho no cotidiano do MS provocando mudanças no processo de trabalho de forma individual e coletiva, além de possibilitar outros espaços de encontro para debate político e do cotidiano de trabalho dos trabalhadoras (es).

OGUATÁ PYAHU (UM NOVO CAMINHAR) E O DESAFIO DE (SUS) TENTAR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE INDÍGENA

Paula Aparecida dos Santos Rodrigues, Cátia Paranhos Martins

Palavras-chave: Saúde Indígena, Residência Multiprofissional, Educação Permanente em Saúde

Apresentação: O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) do Mato Grosso do Sul, é uma

modalidade de ensino em pós-graduação lato sensu voltada à educação em serviço. Teve início em 2010, incluindo as especialidades de Psicologia, Enfermagem e Nutrição no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de contemplar a integralidade por meio da ação multiprofissional com as ênfases em Atenção Cardiovascular e Atenção à Saúde Indígena. Este relato de experiência traz as contribuições sobre a ênfase em Saúde Indígena que nos convida a vivenciar os movimentos políticos, institucionais e interculturais na construção de espaços de alteridade. Os residentes têm como campos de prática o Hospital Universitário (HU), a Atenção Básica, a Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI), a Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), o Hospital e Maternidade Porta da Esperança - Missão Presbiteriana Caiuá, entre outros espaços, conhecendo as rotinas dos serviços e os usuários indígenas da região de Dourados. O percurso pela rede SUS proporciona novas formas de produzir o cuidado em saúde, através das reflexões sobre temas emergentes, hábitos, cultura, língua, saúde, religião, aspectos socioeconômicos e antropológicos, importância do território, (des)colonização, entre outras considerações produzidas no diálogo entre os profissionais e os povos indígenas. Desenvolvimento do trabalho: Na RMS, as equipes multiprofissionais são compostas com um residente de cada área (Enfermagem, Nutrição e Psicologia), que conhecem e atuam nos setores do Hospital Universitário (HU), na Atenção Básica, na Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI), Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI), no Hospital e Maternidade Porta da Esperança-Missão Presbiteriana Caiuá entre outros lugares, vivenciando a rotina dos serviços e dos usuários indígenas da região de Dourados/MS, de cada ponto de atenção da rede SUS. A RMS possibilita a oportunidade de mobilização daquele

que trabalha e está na condição de aluno, instigado à ação reflexiva dos encantos e desconfortos observados e vividos nos campos de prática, compreendendo a singularidade do usuário e sua família, os aspectos políticos e institucionais junto da equipe e a rede de atenção à saúde. Para tanto, é necessário uma formação em saúde pautada nos princípios do SUS, Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), Política Nacional de Educação Permanente, Política Nacional de Humanização (PNH), entre outras estratégias. A ênfase em Atenção à Saúde Indígena promove a mobilidade, o caminhar, as trocas, os encontros, os estranhamentos, contemplando a educação em serviço na construção de espaço de alteridade. E, assim, a RMS promove o deslocamento e a flexibilidade necessários para o movimento que Da Matta (1987) diz sobre tornar exótico o familiar e familiarizar o exótico, com inspiração no OguataPyahu (um novo caminhar), como chama o povo Kaiowá (BENITES, 2014). Resultados e impactos: No desafio de SUStentar a saúde como direito, as discussões teórico-conceituais acerca da interculturalidade e antropologia da saúde contemplam os fenômenos que emergem a partir das vivências e fortalece o diálogo com profissionais através de encontros semanais junto ao grupo de residentes, tutores e preceptores. Neste grande grupo considerações e reflexões são tecidas sobre a rotina dos setores e serviços, oferecendo respaldo nas práticas de cuidado e ensino em saúde. A RMS promove espaços coletivos de discussão, fomentando temas emergidos da saúde indígena em que os participantes podem fazer contribuições a partir de suas vivências, no que diz respeito ao olhar do trabalhador aos saberes e costumes indígenas. Temos o Mato Grosso do Sul como uma região de fronteiras, de acolhida e de trânsito, sendo o segundo Estado brasileiro com maior população indígena. Na região de Dourados destacamos os Kaiowá,

Guarani e Terena com suas especificidades relacionadas aos conflitos agrários, preconceitos, violências e demais agravos (URQUIZA, 2013). Em uma compreensão do cenário brasileiro, os direitos indígenas são legitimados, porém permeados por brechas (re)colonizadoras. Partindo da Constituição Federal de 1988, temos no Capítulo VIII, art. 231 o reconhecimento dos povos indígenas, sua organização e garantia à demarcação de terras. A Lei n° 8080/90, que regulamenta o SUS, traz a saúde como direito de todos e dever do Estado, apontando no Capítulo V o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. O controle social indígena é tido na Portaria n° 755/12, onde está no artigo 2 os Conselhos Locais e Distritais e Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena. Criada em 2010, a SESAI pertencente ao Ministério da Saúde, sendo responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, para garantir atenção integral à saúde, contemplando a diversidade étnica. Tem como diretrizes a organização dos serviços de saúde dos povos indígenas com Distritos Sanitários Especiais e Polos-base (BRASIL, 2002). Compreendendo tal processo, a Política Nacional de Educação Permanente, apresenta a missão de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem, no exercício do trabalho, com sintonia entre formação, gestão, atenção e participação social (CECCIM, 2005). Nesse sentido, podemos tomar como ferramenta de inovação de práticas a PNH, como a diretriz Cogestão, que possibilita através do diálogo coletivo a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos no processo do cuidado e autocuidado, incluindo gestores, trabalhadores e usuários de forma democrática e inovando os processos de gestão em saúde (BRASIL, 2003). Para tanto, é necessário que o residente em Saúde indígena adote o olhar de estranhamento e se mobilize a uma imersão cosmológica

diante do atendimento ao indígena, deslocando-se de suas familiaridades e se aventurando no desconhecido visto por muitos como o “bárbaro”, “o (não)civilizado”, o que é inscrito num processo de exclusão social e política. Entende-se a necessidade de mudanças nos serviços de saúde, onde novos referenciais possam ser inseridos, reorganizando o pensar sobre a produção do cuidado, os sujeitos de tal processo, além de um novo serviço, construindo a si mesmos e resignificando relações (FRANCO; MERHY, 2013). Considerações Finais: Assim, a inserção do residente nesse processo oportuniza refletir, a partir de tais vivências, sobre o desafio de SUStentar o trabalhador de saúde no contexto teórico e político, considerando sua inserção institucional, as formas de vínculo, suas expectativas, seu processo de formação, políticas públicas e interculturalidade. A RMS da UFGD é um processo que integra os campos de prática no encontro com a saúde indígena, perpassado pela diferença como riqueza cultural, linguística e social. O residente é instigado ao papel de questionador de verdades engessadas e modelos hegemônicos em busca de uma melhor compreensão do processo que está inserido. É possível observar que a experiência de ser e estar residente se inspira no que o povo Kaiowá chama de Oguatá Pyahu (novo caminhar) como o deslocamento, a mobilidade social e espacial. Nós, que respiramos a Residência Multiprofissional em Saúde, colocamos em trânsito seu caminhar diverso, coletivo e transgressor, na concretude das atividades e no encontro entre subjetividades tão diversas. Buscamos, então, nos mobilizar para o cuidado produzido em rede viva de vínculos e histórias, que se encontram em rodas aquecidas pela partilha de marcantes experiências, na companhia dos que aconselham e reconstroem através dos caminhos percorridos inspirados pelos Kaiowás: na palavra que age.

OS 10 PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA GESTANTE COMO INSTRUMENTO QUE CONDUZ A BONS HÁBITOS ALIMENTARES ABORDADOS ATRAVÉS DA DINÂMICA DA RODA DE ALIMENTOS

Luana Catarina Marinho Serruya, Celsa Moura Souza, Rosana Pimentel Correia Moisés, Regismeire Viana Lima, Erika Barbosa Camargo, Maria Regina Torlone, Raiton Moreira dos Anjos

Palavras-chave: Gestantes, Educação em saúde, Roda de Alimentos

APRESENTAÇÃO: O período gestacional provoca mudanças fisiológicas no organismo da mulher, o que gera necessidades diferenciadas de nutrientes essenciais na alimentação. As mudanças mais conhecidas são as modificações relacionadas ao corpo, sua fisiologia e metabolismo, além de mudanças psicológicas. A carência de aporte energético adequado, pode gerar uma competição entre mãe e feto, limitando a disponibilidade de nutrientes para o satisfatório desenvolvimento e crescimento fetal. Por outro lado, o sobrepeso e a obesidade, que muitas vezes associam-se ao desenvolvimento do diabetes gestacional e/ou síndrome hipertensiva da gravidez, também trazem consequências maléficas para a saúde materna e do concepto. Dessa forma, não possuir bom estado nutricional durante a gestação constitui problema de saúde pública, pois qualquer inadequação do estado antropométrico materno favorece o desenvolvimento de intercorrências gestacionais e influencia as condições de saúde do feto e a saúde materna no período pós-parto. Sendo assim, é de suma importância que as gestantes sejam orientadas a zelar pela adequada alimentação, preservando assim o seu bem-estar e o do bebê, logo deve-se incentivar atividades de promoção de saúde nesse

sentido, a fim de diminuir a morbidade e mortalidade no período da gestação e pós-parto. Os 10 passos da alimentação saudável para gestante, é um guia norteador de bons hábitos alimentares presente na nova Caderneta da Gestante, fornecida pelo Ministério da Saúde às gestantes na atenção básica, e têm como objetivo aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção da saúde por meio da manutenção do peso saudável e de uma vida ativa, além de modificar atitudes sobre alimentação, prática de atividade física e prevenir o excesso de peso. **METODOLOGIA:** A dinâmica utilizada neste trabalho chama-se “Roda de Alimentos” e é um instrumento que busca orientação nutricional, através da representação gráfica da combinação dos alimentos por meio dos 10 passos da alimentação saudável para gestante. A “Roda de Alimentos” é uma atividade realizada numa UBS localizada na zona leste de Manaus, que tem como foco instigar bons hábitos alimentares nas gestantes, apoiada nos princípios dos 10 passos para a alimentação saudável da gestante. Essa dinâmica é baseada na técnica de ensinagem/ problematização que instiga o pensamento reflexivo, crítico e criativo a partir das situações propostas na atividade e após isso, estimula a tomada de decisões em relação à mesma situação. As atividades educativas ocorreram entre fevereiro a agosto de 2015 e contaram com a participação de cerca de 50 gestantes, além da equipe de educadores compostas por nutricionistas, enfermeiros, acadêmicos de medicina e profissionais da educação física. A roda de alimentos é uma atividade que conduz à orientação nutricional através de representações gráficas de vários grupos de alimentos, abordando sempre os 10 passos da alimentação saudável para gestante. A prática educativa é dividida em três momentos: no primeiro momento da atividade, há uma breve explicação sobre os cuidados gerais com a alimentação

na gestação baseado nos 10 passos para alimentação saudável das gestantes e a importância de consumir alimentos ricos em cálcio para a prevenção da pré-eclâmpsia. No segundo momento da prática, cada gestante pega figuras de alimentos e monta um prato que demonstre os alimentos que ela comumente consome em sua vida diária. Logo depois, há uma sequência de perguntas: a equipe aborda cada alimento e pergunta se o mesmo é saudável, se é rico em cálcio e pede para a grávida escolher uma roda para depositar cada alimento. Na roda branca, são postos os alimentos ricos em cálcio e saudáveis; na roda amarela, os alimentos pobres em cálcio e saudáveis; e na roda laranja, alimentos pobres em cálcio e não saudáveis. No terceiro momento, há discussão e explanação sobre a roda de alimentos montadas pelas gestantes, com foco em fixar os tópicos explicados e aplicá-los na prática da sua alimentação diária. **RESULTADOS:** Em geral, as grávidas se mostram participativas e interessadas nas orientações recomendadas. Dúvidas são frequentes e é evidente, que muitas delas desconhecem muitas formas de utilizar a alimentação como aliada na saúde durante a gestação e no cuidado com o bebê. Algumas descobrem falhas ou erros na sua alimentação e, aprendem como corrigi-las na atividade durante as dinâmicas. Os problemas da gravidez são levantados e os riscos de uma alimentação não balanceada são abordados de uma forma simples e acolhedora, de forma que, no final, é estabelecida uma relação de confiança com a abertura para dúvidas e participação durante toda a atividade. Ao final das atividades, as gestantes conseguem montar a roda corretamente e internalizar os conceitos da prática educativa. Outro fato relevante, é que a interação entre as gestantes e a equipe educadora proporcionou às participantes a criação de um vínculo de proximidade com a equipe a ponto de outros temas relativos à gravidez serem abordados e

também esclarecidos. Os dez passos para alimentação saudável são um instrumento facilitador para ensinar tópicos importantes em relação à alimentação e estilo de vida, incentivando as boas práticas alimentares, consumo regular de cálcio, ferro e outros macro e micronutrientes importantes para a saúde tanto da mãe quanto do concepto. As dinâmicas educacionais promovem mudanças no cuidado com a alimentação das gestantes, refletindo diretamente na realidade diária de zelo pela dieta além de ajudar no acolhimento das grávidas dentro do contexto da unidade básica de saúde, identificando e prevenindo também síndromes hipertensivas na gravidez. O envolvimento das grávidas em grupos favorece a interação, o acolhimento, a assiduidade ao pré-natal, além da conscientização sobre conceitos relativos à alimentação. Um ponto de fragilidade observado é ausência de adequada escuta por parte dos profissionais que acompanham o pré-natal, no atendimento individualizado, uma vez que no decorrer da atividade surgem dúvidas e receios elementares que deveriam ser sanados no consultório. Isso retrata a falta de disponibilidade por parte do sujeito que deveria escutar para a abertura da fala do outro, ao gesto do outro e às diferenças do outro. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Realizar práticas educativas com foco na alimentação saudável em Unidades Básicas de Saúde é efetivamente intervir no cenário local dessas gestantes, diminuindo a vulnerabilidade social a que são expostas e favorecendo o empoderamento dessas mulheres em relação à sua saúde, seu corpo e seu futuro bebê.

OS CAMINHOS DA PROFISSIONALIZAÇÃO: A EXPERIÊNCIA DO GRUPO DE TRABALHO DA GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima, Alanny

Ferreira Moutinho, Jussara Lisboa Viana, Victor Hugo de França do Nascimento

Palavras-chave: Recursos humanos, formação profissional, saúde coletiva

A graduação em Saúde Coletiva é uma realidade em diversas Instituições de Ensino Superior (IES) de todo o território brasileiro, principalmente nas Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). No Brasil, apesar dessa discussão ter iniciado em meados dos anos 80, torna-se mais forte no meio acadêmico a partir do ano de 2002. Para consolidar o movimento da Reforma Sanitária, é preciso formar profissionais sanitários, já em nível de graduação, para integrar as equipes de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS) em diversas modalidades de atuação. A proposta é que esse novo ator fomente diversas questões, dentre elas a reorganização do campo da saúde coletiva.¹ Na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), a graduação em Saúde Coletiva, denominada de graduação em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde, permite ao aluno conhecer, dentre outras coisas, as principais políticas públicas que norteiam o SUS e as suas principais ações, buscando referencial teórico nas ciências sociais e nas ciências da saúde. Os profissionais já formados possuem um profundo conhecimento da realidade social do país e estão preparados para melhorarem a qualidade dos serviços de saúde, baseando-se nos princípios da saúde coletiva e do contexto contemporâneo da gestão democrática. Ainda se portando à UFRN, esse ponto começou a tomar força a partir de julho de 2013, durante a realização do II Encontro Regional dos Estudantes de Saúde Coletiva do Nordeste (II ERESC-NE), realizado na cidade de Salvador/BA, tendo como resultado na Plenária Final a “Carta Salvador”, com o objetivo de nortear as ações dos Centros Acadêmicos, como também a criação do Grupo de Trabalho (GT) sobre

profissionalização. Naquele momento, a UFRN e a Universidade Federal da Bahia (UFBA), primeiras IES da região Nordeste do Brasil à possuir a graduação em Saúde Coletiva, tinham formado os seus primeiros profissionais e já se fazia necessário discutir e criar estratégias para a atuação desses novos atores. Ademais, após a formação das primeiras turmas, os egressos e as suas maneiras de inserção no mercado de trabalho seriam uma permanente discussão presente nas graduações em Saúde Coletiva. O referido GT teria a responsabilidade de iniciar a discussão, no âmbito local, sobre a inserção desse novo ator no mercado de trabalho. Desde a sua composição, o GT da UFRN vem se reunindo quinzenalmente, proporcionando a troca de conhecimentos e a realização de atividades entre graduandos, egressos, demais profissionais e gestores que atuam em sistemas e serviços de saúde, objetivando: 1) construir um espaço de diálogo interinstitucional; 2) desenvolver ações que busquem o reconhecimento da profissão e 3) planejar a inserção do bacharel em saúde coletiva no mercado de trabalho. Esse estudo trata-se de um relato acerca da experiência adquirida pelo GT de egressos e alunos da graduação em saúde coletiva da UFRN. Para subsidiar as ações desenvolvidas pelo GT, os participantes recorrem ao apoio de professores do Departamento de Saúde Coletiva (DSC) da UFRN, à artigos científicos da área da Saúde Coletiva e aos GT's de egressos e graduandos em Saúde Coletiva de outros estados. Dentre as principais conquistas alcançadas até o momento pelo já mencionado GT, destacam-se: 1) criação do Projeto de Lei - o documento tem a perspectiva de criar o cargo de sanitário, a princípio nos municípios do estado do Rio Grande do Norte (RN), com o intuito de abrir espaço para a inserção do bacharel em Saúde Coletiva nos concursos públicos. Atualmente, o Projeto de Lei é o principal documento do GT para a articulação com os gestores municipais nas

Comissões Intergestores Regionais (CIRs) do RN. O referido documento também está servindo como subsídio para diversos egressos no âmbito nacional, na perspectiva de auxiliar a inserção profissional em seus referidos estados. 2) conquista de vagas no concurso público da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Natal/RN - esta conquista foi fruto de diversas reuniões entre os egressos, a coordenação da graduação em Saúde Coletiva da UFRN e a gestão da SMS de Natal. Foi publicada em julho de 2015, no Diário Oficial do Município de Natal, a Lei Complementar n.º 151, que cria novos cargos e amplia as vagas dos cargos de provimento efetivo do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) dos profissionais da SMS de Natal. Dentre os novos cargos, está o de sanitário com graduação em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde ou Saúde Coletiva e serão destinadas 10 vagas para o referido cargo. 3) participação nas reuniões das CIRs do RN – nestas reuniões é realizada uma breve apresentação sobre essa nova formação em saúde e sobre as contribuições que esse profissional pode trazer para a reorganização do campo da Saúde Coletiva, com o intuito de traçar estratégias para a inserção desse ator social nos processos de trabalho do SUS. Ao término dos encontros, é enviado para os (as) Secretários (as) de Saúde presentes o modelo do Projeto de Lei criado pelo GT para a inserção dos bacharéis em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde/ Saúde Coletiva nos PCCVs dos municípios e, consecutivamente, nos próximos concursos públicos. 4) proposição de debates em diferentes espaços para discutir a importância da graduação – como principal resultado, destaca-se a participação no Encontro Regional Nordeste I da Rede Unida a ser realizado em Natal, no período de 05 a 07 de novembro de 2015. No referido encontro haverá um fórum, organizado pelos egressos da graduação em Saúde Coletiva da UFRN intitulado “Graduação em saúde coletiva: uma proposta de (re)

organização das práticas e saberes do SUS”, com dois objetivos: 1) discutir a importância do bacharel em Saúde Coletiva para o SUS e 2) apresentar o processo de reconhecimento profissional no âmbito do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e cadastro na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Com a realização dessa atividade durante o Encontro Regional Nordeste I da Rede Unida, pretende-se promover um debate entre graduandos e bacharéis em Saúde Coletiva, profissionais de saúde e usuários do SUS que propicie a formulação de estratégias para a inserção desse novo protagonista social no mercado de trabalho. No desenvolvimento das atividades do GT, as principais dificuldades são: sensibilizar a participação dos demais graduandos e egressos devido à incerteza do mercado de trabalho; divisão de tarefas entre os membros do GT; inexistência de recursos financeiros e materiais para o desenvolvimento das atividades; frágil articulação política para pautar discussões acerca da graduação e da criação dos novos cargos e desconhecimento, por parte dos profissionais e gestores dos sistemas e serviços de saúde, das atribuições do bacharel em Saúde Coletiva. Apesar do pouco tempo de atuação e das dificuldades existentes, o GT já apresenta importantes conquistas para a atuação desse novo profissional no SUS. Acredita-se que a consolidação do GT trará meios para o reconhecimento e legitimação profissional, atendendo a demanda do contexto nacional pela qualificação da gestão e dos processos de trabalho nos serviços públicos de saúde.

OS DESAFIOS DO ESPORTE NA ESCOLA: ABORDAGENS DA SUA APLICAÇÃO EM UMA ESCOLA ESTADUAL DE JARDIM/MS

André Luis de Melo Martins, Lourdes Lago Stefanelo, Ednéia Albino Nunes Cerchiarri

Palavras-chave: esporte, educação física, professores de educação física

APRESENTAÇÃO: Vários autores se referem ao esporte como um fenômeno sociocultural. O esporte é um fenômeno em evidência na nossa sociedade, e propagado pela mídia falada e escrita (televisão, jornais escritos), rádio, clubes, academias, praças públicas, entre outros, podendo considerá-lo como um patrimônio da humanidade. A atual LDB (Lei n 9.394/96) em seu parágrafo terceiro, art.26, refere-se à Educação Física como componente curricular integrado à proposta pedagógica da escola (PPE) e isso significa que a escola poderá trabalhar também com os esportes e outros conteúdos, assim como desenvolver atividades fora das aulas de educação física que trabalhem especificamente o esporte, desde que esteja inserido no seu PPP (BRASIL, 1998). Conforme o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) a Educação Física Escolar deve por meio de suas atividades “introduzir e integrar o aluno na cultura corporal de movimento, [...] capacitando-o para usufruir os jogos, os esportes, as danças, as lutas e as ginásticas em benefício do exercício crítico da cidadania e da melhoria da qualidade de vida (CONFEF, 2002).” Para que isso aconteça é necessário que o trabalho dos professores seja realizado visando tornar a Educação Física Escolar interessante para os alunos, que seja mais dinâmico, tenha objetivo e finalidades definidas e atue de forma interdisciplinar nas escolas. Um novo olhar sobre a Educação Física Escolar pode ser lançado pelos próprios professores de Educação Física, pois eles podem fazer essa transformação, criando novas condições para essa mudança considerando todo o contexto histórico da Educação Física e dos esportes. A maioria das atividades desenvolvidas nas escolas é prática esportiva, com pouca ou nenhuma reflexão por parte dos estudantes quanto ao significado, ou da necessidade dela como

uma forma de vida ativa e sua contribuição para a vida diária do futuro cidadão. Isso se reflete nas pesquisas que indicam que a disciplina Educação Física Escolar quando utiliza como conteúdo os esportes, vem se baseando numa prática excludente, muitas vezes voltada para a formação de equipes desportivas representativas das escolas, as aulas também são vistas pelos educandos como práticas recreativas, como uma forma de quebrar o tempo do ensino intelectual, (CONFEEF, 2002). A Educação Física deve assumir seu espaço e responsabilidade dentro da escola à medida que trabalha os blocos de conteúdos: esportes, lutas, atividades rítmicas e expressivas, ginástica e jogos, contemplam a possibilidade de formação cidadã a partir da metodologia de ensino que atente aos princípios da inclusão, das dimensões dos conteúdos e dos temas transversais (DARIDO, 1999), pressupostos que justificaram a realização do estudo. Esse estudo se deu pela necessidade de investigar o esporte da forma como ele é aplicado na escola e de que forma ele é abordado. Mediante essa afirmativa levantou-se o seguinte problema de investigação: Que realidade, contradições e desafios se apresentam o esporte na escola, considerando a realidade da Educação Física, em vista os estudos no Brasil? DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO: Foi realizada revisão de literatura e a pesquisa de campo ocorreu em uma Escola Estadual de Jardim/MS. Essa escola foi escolhida por ser uma escola grande, com mais de mil alunos e também pela facilidade de coleta de dados pelos pesquisadores. No mês de junho de 2013 foi realizado contato com a direção e com os professores que se propuseram à entrevista na escola e foi entregue uma solicitação por escrito à diretoria para autorização das observações das aulas e posteriormente a entrevista com os professores de Educação Física. Em seguida, foram realizadas as observações

e as entrevistas com o professor durante o período de aula, no momento de intervalo, a fim de que as aulas não fossem prejudicadas. O roteiro da entrevista foi elaborado previamente. Durante a observação foram registrados os fatos ocorridos e as situações de amizade e/ou conflito entre professor e estudante. Os dados coletados foram, então, categorizados e analisados de acordo com o referencial teórico. RESULTADOS E DISCUSSÃO: As respostas do professor ao questionário foram: “que tem no noturno 30 (trinta) estudantes em cada sala de aula; que realiza jogos entre as salas de aula nas quais ministra suas aulas; que os alunos gostam mais de participar dos jogos que promovem para eles segundo suas aptidões; classifica o interesse dos alunos pelos jogos como ótimo, pois, todos gostam de participar; os rapazes preferem o futsal e as jovens optam pelo voleibol, quase sempre; acha muito proveitosos os jogos inter-classes; o professor realiza duas vezes por ano os jogos inter-classes; os educandos escolhem os jogos dos quais querem participar e o professor respeita as escolhas. às vezes, o professor indica os jogos; os jogos são escolhidos por votação e ganham os jogos que a maioria quer, ou seja, aqueles que receberam mais votos.” CONSIDERAÇÕES FINAIS: Procurou-se no decorrer deste estudo investigar uma prática pedagógica, que supere o modelo tradicional de ensino em Educação Física no ambiente escolar. Metodologicamente acompanhado de dois professores atuantes na escola na qual o autor recebeu autorização para o estudo. Visualizou-se que durante o trabalho docente as dificuldades são evidentes, mas, existem alternativas viáveis aos problemas encontrados. Percebeu-se que o professor entrevistado e os outros professores da escola começaram a compreender as propostas inovadoras da Educação Física. Propostas estas que começaram nas décadas de 80 e 90 tentando superar as

concepções tradicionais na Educação Física, são exemplos dessas propostas os trabalhos apresentados por Betti (1991), Soares (1996), Brasil (1998), Kunz (2001), Daólio (2004), entre outros. Os dados abordados nesse estudo consideram que a realidade, contradições e desafios que se apresentam no esporte da escola, estão diretamente ligados aos meios de comunicação, aos conteúdos curriculares que a escola elege para serem tratados nas aulas de Educação Física. A grande questão em discussão é a maneira como o esporte é colocado e aplicado nas aulas de Educação Física que a maioria das vezes é o reflexo do esporte de alto rendimento que traz consequências para formação do ser humano. O que pode provocar evasão de alguns alunos que não tem habilidades em nenhuma modalidade esportiva, exclusão e seleção dos mais habilidosos, trazendo rivalidades entre os alunos, que não condizem com a prática pedagógica do esporte da escola. O professor de Educação Física quando trata o esporte da escola como conteúdo das aulas de Educação Física, descaracteriza a ótica estabelecida pela classe dominante a qual compreende competição como o que traz melhor rendimento, ganhando a qualquer custo. Porque a instituição Escolar tem como característica educar para vida e não reproduzir de forma exagerada elementos não condizendo com a prática pedagógica, deve exercer função de mediar e mostrar o que se passa pela sociedade e discutir com base nas condições dos estudantes que frequentam a escola seja ela particular ou pública. Considera-se que o esporte quando invade o campo da educação deve ser apresentado com o esporte da escola, tendo como objeto a construção do conhecimento, transformação, problematização dos seus valores que estão presentes dentro e fora da escola.

OS RUÍDOS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: DESENHANDO AÇÕES PARA O CONFORTO ACÚSTICO COM VISTAS À HUMANIZAÇÃO

Joshiley Coelho Guindo de Aquino, Ednéia Albino Nunes Cerchiari, Dioelen Virgínia Borges Souza de Aquino Coelho

Palavras-chave: ruído, recém-nascido, educação em saúde

APRESENTAÇÃO: Em consequência dos avanços das tecnologias, surgiram equipamentos que ocasionaram nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), progressos relacionados à redução da taxa de morbidade e mortalidade entre os prematuros e recém-nascidos (RN) de muito baixo peso. Entretanto na “bagagem” desses novos equipamentos, embora de suma importância para alertar a equipe das mudanças que ocorrem nos pacientes relacionado a sua condição clínica, os mesmos emitem sons que podem interferir na saúde e qualidade de vida do RN, familiares e profissionais de saúde. Podemos caracterizar uma UTIN como um ambiente que recebe diversos estímulos e tensões de diversas fontes, sendo os mais comuns de fontes sonoras produzidos pela circulação de pessoas, conversas entre os profissionais de saúde, alarmes dos equipamentos de suporte de vida e outros. Em relação aos danos que podem afetar os profissionais de saúde, caracterizam-se por: hipertensão arterial, alteração no ritmo cardíaco, cefaléia, distúrbio do sono e do humor, perda auditiva, irritabilidade, estresse e fadiga, cansaço físico e mental, baixo poder de concentração e insatisfação com o trabalho. Todos estes sintomas podem influenciar o desempenho desse profissional, podendo induzir ao erro e conseqüentemente comprometer a segurança do paciente,

visto que na UTIN são atendidos RN em situação crítica os quais necessitam de cuidados intensivos e tomadas de decisões rápidas pelos profissionais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica para UTIN, um ambiente com níveis de pressão sonora de até 40 dB de dia, com redução de 5 a 10 dB à noite. Logo a Academia Americana de Pediatria sugere que os níveis de ruído a que o RN é exposto não ultrapassem os 58 dB, assim também considera a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência, que busca desenhar as ações dos profissionais de saúde frente aos níveis elevados de pressão sonora e as “tensões” na UTIN do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD), observados no mês de agosto a setembro de 2015. O HU/UFGD é referência à maternidade de alto risco, tendo suporte a UTIN com dez vagas para atendimento aos neonatos nascidos na macrorregião de Dourados. O turno de trabalho é dividido em manhã, tarde e noite. Em cada turno a equipe é composta por dois enfermeiros, um médico neonatologista, um fisioterapeuta, cinco a sete técnicos de enfermagem sendo a relação deste profissional de enfermagem por paciente e de 1:2, totalizando de nove a onze profissionais fixos na UTI em cada turno. A UTIN conta também com o apoio de outros profissionais como secretária administrativa, auxiliar de limpeza, psicóloga, fonoaudióloga, assistente social assim como outras especialidades médicas pediátricas. RESULTADOS: Em relação as fontes produtoras de ruído, as que mais se destacaram foram: alarme dos aparelhos e equipamentos em geral, conversa, excesso do número de profissionais, tom de voz alto, abrir/fechar a porta da UTIN, arrastar objetos e equipamentos, abrir e fechar a portinhola da incubadora, aparelho de aspiração, campainha do telefone, vazamentos de ar no painel dos leitos e no

blender dos respiradores mecânicos e sons externos como o ar condicionado central. Os profissionais que trabalham neste setor, o consideram como muito ruidoso, relatam desconforto e danos à sua saúde, com sinais e sintomas que se estendem em alguns casos, até após sua jornada de trabalho, sendo a irritabilidade, cansaço físico e cefaléia os mais referidos. Estes sinais estão em conformidade com outras literaturas, nas quais, profissionais pesquisados sinalizam a irritabilidade e o cansaço físico e mental, dificuldade de concentração, repercutindo no desempenho do trabalho e memória do ruído (zumbido). Sendo assim, há uma importância de medidas de baixo custo, como educação continuada das equipes de trabalho sobre a prevenção de ruído ambiental e saúde auditiva, assim como ações educativas baseadas no comportamento relacionado às atitudes e hábitos dos profissionais de saúde, não na reprodução das ações de outros sujeitos, mas sim na reflexão, conscientização e saber científico. Contudo, os profissionais que compõem a equipe de saúde da UTIN do HU/UFGD, têm procurado se esforçar no atendimento imediato frente ao choro, à agitação, ao suave tom de voz, cuidado na manipulação dos móveis, responder rapidamente aos alarmes. As referidas ações são presenciadas de forma sensata por muitos profissionais através do diálogo, que buscam ensinar não apenas na transferência do conhecimento, mas na capacidade de aprender por meio de exemplos e do reforço vicário entre as relações interpessoais tanto com os outros quanto com o ambiente em um modelo recíproco. Por outro lado, existem aqueles que na preocupação de manter a preservação de níveis sonoros reduzidos, tem se posicionado frente à equipe de trabalho com discursos pedagógicos autoritários caracterizando seu ato de inculcar fundamentado na fórmula “é porque é” configurando assim como um

discurso de poder, pois, ao se erguer, a “voz da sabedoria” silencia a voz do aprendiz. Vale destacar que o trabalho em grupo, mediado pelo diálogo entre profissionais da saúde, libera a quebra da tradicional relação vertical que existe entre eles e os sujeitos de suas ações, tornando um algoritmo individual e coletivo, permitindo a construção da consciência coletiva e o encontro da reflexão pelo qual os homens ganham significação, enquanto sujeitos, e conquistam o mundo para sua libertação, autonomia e transformação. É nesse espaço de atenção, que pode edificar-se também, uma rede para a formação de profissionais com vistas à promoção da saúde e da pedagogia problematizadora, a fim de contribuir efetivamente na melhoria da qualidade de vida e na sua formação como cidadãos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conformer resultados apontados acreditamos que a realização de formação continuada junto às equipes multiprofissionais, é uma estratégia apropriada considerando a reorganização das práticas assistenciais das equipes com foco na educação em saúde auditiva bem como a redução dos níveis sonoros altos, os quais cooperam à redução das “pressões” que se debruçam sobre as UTIN, logo significa a possibilidade de gerar um ambiente de trabalho pacífico, melhor qualidade de vida das equipes multiprofissionais e bem estar dos neonatos. Sendo assim, para romper com as determinações do método tradicional e a transmissão vertical do conhecimento presentes nos cursos de formação continuada, vale resgatar o método de educação em saúde na abordagem através do diálogo e do discurso pedagógico como métodos ativos e reflexivos porque dá a chance de expressar o pensamento e experiências pessoais do grupo, assim como o uso das capacidades mentais para reflexão, análise, julgamento, defesa de ideias e proposta de soluções diante dos

problemas. Agradecimentos: à equipe do Serviço de Neonatologia do HU/UFGD e ao Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da UEMS.

OUTRAS PALAVRAS SOBRE O CUIDADO DE PESSOAS QUE USAM DROGAS: O CRR COMO EXPERIÊNCIA PARA QUALIFICAÇÃO DA REDE DE CUIDADO, TORNANDO-SE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Ândrea Cardoso de Souza, Lorenna Figueiredo Souza, Elisângela de Souza Onofre, Maria Alice Bastos, Ana Lúcia Abrahão, Francisco Leonel Fernandes, Júlio Cesar Nicodemos, Sâmara Sila Moura

Palavras-chave: Formação, Álcool e drogas, Cuidado

O deslocamento do eixo das ações em saúde da doença para a promoção da saúde trouxe consigo a exigência de uma série de transformações que envolvem todos os níveis da organização institucional da saúde, que vão desde a construção de novos equipamentos, a necessidade de novos modelos de gestão, até outra configuração quanto aos modos de agenciar as ações no campo social, implicando um chamado ético que concerne a todos no que tange às responsabilidades relativas à efetividade dos cuidados: a valorização do sujeito implicando em novos modos de participação dos agentes e dos usuários concernidos nos cuidados. Essas reflexões não podem deixar de estar presentes quando se convoca a Saúde a tratar de uma problemática eminentemente cultural como um problema de saúde, como é o caso do uso de drogas em nossa sociedade. Os riscos graves da mistificação que uma posição não advertida dos agentes da saúde pode acarretar no contexto de uma problemática que, nada mais nada menos, é sintomática

do ordenamento social de nossa sociedade, de sua composição de classes e das relações de poder que as articula nos planos da política, da cultura e da economia. Não é que os usuários de drogas não devam ser tratados pela saúde, mas uma coisa é acolhê-los em suas dificuldades em torno da vida e da morte, outra é sancionar como categoria patológica um hábito cultural que é determinado e é resposta à composição dos jogos de força que ordenam o campo social. Quanto às drogas, se até hoje vivemos no marco do equívoco que é tratar uma questão sociocultural e política como problema de polícia, através das políticas proibicionistas, não deixaria de ser um equívoco ainda maior e mais grave tratar essa mesma questão como problema médico. Eis então delineado o contorno problemático do modo como encaramos o desafio de inscrever o Centro Regional de Referência para formação em álcool e outras drogas - CRR-UFF enquanto prática de ensino e formadora de profissionais que atuam nos mais diversos níveis institucionais que lidam com a questão das drogas. Como comprometer o que Ceccin e Feuerwerker (2004) designaram como quadrilátero da formação – ensino, gestão, atenção e controle social – nesse campo tão problemático e seduzido a fornecer alibis que obscurecem nossas questões sociais, com uma atitude ética no cuidado que efetivamente introduza possibilidades reais de transformação nas relações sociais que a produzem e, nessa medida, seja, de fato, produtora de saúde? Temos tentado trabalhar com essas e outras questões para que o CRR-UFF opere mudanças na atenção aos usuários de drogas na região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. O objetivo do CRR se constitui em qualificar a formação profissional para as reais demandas e necessidades dos usuários dos serviços. Nosso intuito é apresentar como o CRR UFF tem se instituído como espaço de qualificação para a atenção aos usuários

de drogas. Temos uma direção de trabalho comprometida em colocar como foco dos cursos do CRR-UFF os determinantes mais abrangentes de natureza socioculturais que constituem a questão das drogas. Como infletir esse entendimento multifatorial numa iniciativa interna à universidade? É claro, o CRR-UFF se apoiou numa dinâmica de formação interdisciplinar e numa metodologia inspirada em estratégias participativas e em serviço. A formação interdisciplinar convida à interlocução como estratégia que relativiza as certezas impostas pelos enquadramentos especializados em disciplinas e em execução de protocolos fechados – sair da “rotinização”, decidir numa lógica dialógica, implicando o outro e o conflito. Uma perspectiva na qual o saber não já está constituído e na mão de uns poucos mestres e especialistas. Ele é produção do conjunto de pessoas num processo de interlocução, incorporando as experiências de cada um, aberto às devidas retificações em função da enormidade de fatores, muitos dos quais singulares, que concorrem para a determinação das questões relativas ao uso de drogas. O ato de instituir-se como “centro de referência” não garante que uma instituição funcione como tal. Constituir-se como centro de referência é um efeito do tempo e do trabalho realizado em vista de, de fato, termos tido algum êxito no sentido de produzir uma vinculação entre os alunos-profissionais e o discurso encaminhado pelo CRR-UFF. Em conformidade com Aulete (2007) uma das definições de centro: “lugar para o qual muitas pessoas convergem, para onde costumam se dirigir e onde se dá grande parte de determinadas atividades, e que não é necessariamente um centro geográfico”; e de referência, “o que se toma como parâmetro por sua qualidade, eficiência, etc.”, consideramos que CRR-UFF está no processo de se colocar como tal, pelo discurso que encaminha pelo que preconiza através de seus cursos e seminário abertos ao público. Para que não se institua

somente como um “centro geográfico”, o CRR-UFF tem investido na divulgação de informações sobre álcool e drogas, através de página em rede social e livro. Além disso, aprofundamos o investimento no trabalho em rede, conforme orientação da Secretaria Nacional sobre Drogas, que elenca entre os princípios fundamentais dos centros de referência:- estabelecer parcerias com a gestão municipal e estadual para realizar diagnóstico das necessidades de formação em políticas sobre drogas das redes locais; - construir conjuntamente com trabalhadores e gestores os conteúdos e métodos de aprendizagem relacionados ao tema; - contribuir para o fortalecimento de redes intersetoriais de base territorial para prevenção, cuidado e inclusão social das pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas e utilizar o método de formação como instrumento de integração das diversas políticas/redes atuantes no mesmo território. As atividades do CRR-UFF tem se constituído em espaços de educação permanente à medida que favorecem possibilidades de reflexão para que os profissionais e gestores possam repensar suas práticas, entender os processos de trabalho no qual estão inseridos e rever condutas, de modo a buscar novas estratégias de intervenção, superação de dificuldades concernentes à atenção psicossocial aos usuários de drogas. A formação proposta pelo CRR-UFF visa não só possibilitar a ampliação do cuidado como auxiliar os profissionais na formulação de novos modos de cuidado e assim influenciar nas práticas e na formulação de políticas de cuidado para atenção aos usuários de drogas no espaço da micropolítica. A formação proposta pelo CRR-UFF é tomada como um recurso para a gestão dos processos de atenção em saúde. O CRR-UFF tem possibilitado a universidade se exercitar como indutora de mudanças nos processos de formação, propiciando novos modos de aprender e de ensinar em saúde.

PAINEL INTEGRADO COMO PRÁTICA INOVADORA NO ESTUDO DE POLÍTICAS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Fabiola de Lima Gonçalves, Islene Ferreira Rosa, Alessandra Ferrer Di Moura, Danielle Teixeira Queiroz, Mirian Caliope Dantas Pinheiro

Palavras-chave: Políticas de Saúde, Enfermagem, Metodologias ativas

Trata-se de um relato de experiência vivenciada pelos docentes da disciplina de Estágio Supervisionado I, ofertada no oitavo semestre do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), sobre a utilização de painel integrado, como uma estratégia da metodologia ativa para o estudo de Políticas na Atenção Primária. A metodologia foi aplicada em quatro momentos onde foi possível discutir os temas estudados de forma ampla. No primeiro momento os alunos foram divididos em três grupos (A, B e C), contendo seis alunos cada agrupando-se por livre escolha. Cada grupo leu o texto pré- definido, sob orientação dos professores que enfatizaram a importância das anotações, principalmente em relação aos pontos-chaves a fim de que eles fizessem discussões e anotações individuais. O tempo foi de 40 minutos, bem como as etapas seguintes. Na atividade percebemos que a partir da avaliação da implantação, consolidação e ampliação de tecnologias de aprendizagem, os discentes respondam positivamente as necessidades de construção e reconstrução do saber, para o pensar e agir de forma crítica no contexto das Políticas relacionadas a Atenção Primária. Concluiu-se que, embora tenhamos as informações e a tecnologia em tempo real, o grande desafio do ensino acadêmico é a prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites puramente teóricos e nesse sentido as técnicas de painel integrado, dramatização,

painel de fotos e outros mais, desencadeiam a visão do todo, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva do aprendiz. Para o ensino hoje, a tendência é a busca de métodos inovadores, para motivar o aprendiz e a efetivamente alcançar a formação não só como ser humano, mas o cidadão atuante na dialética da ação-reflexão-ação.

PERCURSOS FORMATIVOS NA RAPS: APRENDENDO E ENSINADO ENTRE PARES

Jaqueline Tavares Assis, June Correa Borges Scafuto, Rubia Cerqueira Persequini Lenza, Roberto Tykanori Kinoshita

Palavras-chave: Saúde Mental, intercâmbio profissional, qualificação da RAPS

Apresentação: Atualmente, o Ministério da Saúde tem se esforçado para consolidar em todo território brasileiro a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS propõe a atenção psicossocial em perspectiva integrada, articulada e efetiva em diferentes pontos de atenção à saúde para atender as pessoas com necessidades decorrentes de transtornos mentais e/ou do consumo de drogas. Nesse contexto, um grande desafio para Política Nacional de Saúde Mental – PNSM é a qualificação de profissionais para o trabalho dentro das diretrizes preconizadas para essa política e para o SUS. Sendo assim, tendo como base a necessidade de qualificação da RAPS, a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD) do Ministério da Saúde lançou em novembro de 2013 Chamada Pública contemplando apoio financeiro ao desenvolvimento de projetos de educação permanente no âmbito específico da troca de experiência entre profissionais. Esse projeto intitulou-se Percursos Formativos na RAPS: intercâmbio entre experiências e

teve como objetivo proporcionar um espaço para mediação, discussão e problematização do trabalho, a partir da reflexão sobre a atuação da equipe no território e sua articulação com a gestão e com a Política. Neste trabalho, o objetivo é descrever essa experiência como prática inovadora para formação no SUS, a partir da percepção dos trabalhadores participantes. Proposta do Projeto: Como parte do da Política de Educação Permanente e Qualificação da Atenção em Saúde Mental no SUS, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM 1174/2005 que destina incentivo financeiro para qualificação da RAPS. De acordo com a portaria, os Programas de Qualificação devem incluir, entre outros, projetos de estágio e de treinamento em serviço. No escopo dessa ação, o Projeto de Percursos Formativos na RAPS foi lançado, tendo como documento base uma chamada pública para seleção de projetos. Participaram dessa chamada redes de atenção psicossocial de 21 estados das cinco regiões do Brasil, envolvendo quatro ações distintas: a) intercâmbio profissional entre redes de atenção psicossocial; b) oficinas de integração do processo de trabalho em rede; c) desenvolvimento de um plano de educação permanente; d) circulação de saberes e experiências através da mediação de um profissional (engrenagens da educação permanente). O projeto encontra-se em fase de desenvolvimento e tem como meta: a) realização de intercâmbio profissional por 1.700 profissionais; b) realização de 82 oficinas de integração; c) desenvolvimento de planos de educação permanente em 96 municípios; d) circulação de saberes em saúde mental em 96 municípios. O intercâmbio entre experiências acontece por meio de módulos de formação, constituídos por um município que se organiza como rede receptora e cinco municípios que se organizam com redes visitantes. As redes receptoras recebem

profissionais dos municípios visitantes, apresentando propostas e estratégias desenvolvidas por meio das práticas em seus territórios. As redes visitantes ofertam uma oficina de integração para trabalhadores, gestores e usuários em seu território, com a participação da rede receptora. Ao final desse processo todos os municípios participantes tem como responsabilidade organizar um plano de educação permanente para RAPS, além participar do componente de engrenagens da educação permanente. Resultados: Até o momento 75% da primeira etapa do projeto foi realizada. Cerca de 1300 profissionais já passaram por intercâmbio profissional nas redes receptoras e responderam um questionário avaliativo sobre o processo. Cerca de 740 profissionais responderam a essa avaliação. Foi pedido aos trabalhadores que descrevessem qualitativamente de que forma o projeto poderia contribuir com o trabalho. Depois de categorizadas as respostas, obteve-se o seguinte resultado: 15% dos respondentes afirmaram que o projeto ajudou no conhecimento das portarias da RAPS. 23% disseram que o projeto contribuiu para um aprofundamento teórico sobre a linha de ação do módulo. 44% responderam que o processo contribuiu para a reflexão sobre a humanização do cuidado em saúde mental. 47% disseram ter aprendido sobre a história da reforma psiquiátrica no Brasil. 58% revelaram que o projeto possibilitou a transposição do paradigma asilar para o psicossocial no que tange o cuidado em saúde mental. Além disso, a maior contribuição para o processo de trabalho percebido pelos trabalhadores foi o aprendizado de uma nova prática que não era executada no município de origem (71%). Algumas reflexões propostas na avaliação sobre aprendizado de novas práticas contemplaram princípios gerais de organização dos serviços da RAPS: Organização do Projeto Terapêutico Singular

Atuação do profissional de referência. Realização de reuniões de equipe Realização de assembleias Organização de fóruns sobre saúde mental no município Desenvolvimento de atividades no território Papel das visitas domiciliares Matriciamento Perspectiva de trabalho voltada para conquista da autonomia. Desenvolvimento de trabalho com famílias Cerca de 65% das respostas também indicaram que uma boa articulação do trabalho da rede é necessária para o bom funcionamento do trabalho. Contudo, o resultado que mais chama atenção é a reflexão sobre a quebra de paradigmas em saúde mental (58%), a partir do aprendizado sobre a reforma psiquiátrica, dentro de um contexto de práticas inclusivas. Percebe-se que o projeto possibilitou uma mudança de percepção e postura em relação ao usuário de saúde mental permitindo construções que superam o paradigma asilar viabilizando a construção de um paradigma de garantia e exercício de direitos e conquista da cidadania. Considerações finais A Reforma Psiquiátrica e a PNSM se colocam para além das questões da assistência clínica, demandando dos profissionais instrumentos de compreensão e análise da pessoa que sofre inserida no contexto social, e a capacidade de transformação das instituições para que se tornem efetivas promotoras dos Direitos Humanos. Neste contexto, entende-se o Projeto Percursos Formativos como uma formação que possibilita tanto reflexões coletivas sobre os paradigmas em saúde mental como construções individuais que superam o paradigma asilar, sendo assim coparticipante na transformação das instituições. O projeto tem como potência trazer novos sentidos às equipes, que encontram no espaço do “encontro entre pares” à possibilidade para compartilhar angústias que vão desde problemas de estrutura do serviço a conflitos relativos ao funcionamento do grupo e reavaliação dos impasses no processo de trabalho.

Se, de um lado, a incorporação de novos padrões de compreensão dos fenômenos e o desenvolvimento de novas atitudes para a ação neste cenário de mudanças depende de deslocamentos emocionais, desterritorializações e reterritorializações. (Guattari& Rolnik, 1986), de outro, o processo de aprendizagem passa pela mobilização de recursos emocionais e corporais para compor novas racionalidades que permitam articular ações concretas para a mudança. Em síntese, entende-se que as ações de formação e educação permanente no âmbito do SUS são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias e práticas consonantes com os desafios cotidianos da atenção em saúde. Nesse sentido, espera-se que as quatro ações do projeto, em conjunto, possam gerar mudanças de prática profissional e de estrutura de funcionamento nas RAPS, trabalhando no sentido de formar profissionais e estabelecer práticas condizentes com a reforma psiquiátrica e com os princípios de regulamentação da RAPS.

PET – SAÚDE INDÍGENA: INTERCULTURALIDADE NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Maria da Graça Luderitz Hoefel

Palavras-chave: saúde indígena, interculturalidade, formação, diálogos, acolhimento,

Trata-se do PET-Saúde Indígena desenvolvido pela UnB no Ambulatório de Saúde Indígena do HUB, cujo propósito é construir o diálogo entre os saberes e práticas tradicionais indígenas e os saberes acadêmicos, bem como construir a Tutoria de Atenção Integral à Saúde Indígena. Este trabalho visa compartilhar a experiência e discutir os princípios organizativos, teóricos e metodológicos da referida proposta. Os

resultados indicam que o Ambulatório tem favorecido a construção do diálogo entre as distintas racionalidades, induzindo a reflexão e discussão com o conjunto dos profissionais do HUB acerca das relações entre a cultura e as singularidades dos processos de viver e adoecer dos povos indígenas, contribuindo com a superação de paradigmas cristalizados e com a construção de práticas interculturais de saúde. Ademais, percebe-se que o fato de os pacientes indígenas serem acolhidos e acompanhados por estudantes indígenas confere bem-estar e segurança, facilita a construção de relações e práticas interculturais, favorecendo processos terapêuticos singulares que respeitam o sistema de crenças e a cultura indígena, contribuindo para a promoção da saúde destes povos.

PET REDES - CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS COM O USO DA RODA DE CONVERSA NO MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE NO CENTRO OESTE MINEIRO-MG

Carlos Alberto Pegolo da Gama, Rafael Carvalho, Denise Guimarães

Palavras-chave: Drogas, Atenção Primária à Saúde, Agentes Comunitários de Saúde

Introdução: A Organização Mundial da Saúde (2001) sustenta que 10% da população mundial faz uso abusivo de substâncias psicoativas. A dependência química produz problemas para a saúde do usuário além do impacto negativo nas esferas sociais tais como: perda de grande parte das relações, desemprego e violência. O PET – Redes de Atenção Psicossocial é um projeto de extensão realizado em parceria com a Secretária Municipal de Saúde, profissionais da rede, professor e alunos do curso de Medicina, Farmácia e Enfermagem da

Universidade Federal de São João Del Rei. Um dos objetivos desse projeto é desenvolver ações visando apoiar e desenvolver uma rede de Atenção Psicossocial priorizando o enfrentamento das drogas no município de Divinópolis - MG. Tendo em vista a dificuldade na implementação de políticas sobre drogas e a quase inexistência de profissionais com capacitação técnica para lidar com o processo de drogadição, o PET-Redes promoveu uma capacitação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com o objetivo de aproximar esses profissionais da realidade dos usuários e das estratégias que a Atenção Básica pode usar para enfrentar as drogas. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, cabe ao ACS levantar as necessidades de saúde da comunidade e assim buscar a melhoria da qualidade de vida da população de sua abrangência. A importância de capacitar o ACS constitui-se pelo papel exercido por esse profissional na Atenção Básica e pela possibilidade deste aprimorar o atendimento ao usuário de drogas diretamente em sua área de abrangência. Objetivos: Promover a reconstrução do conhecimento prévio a respeito das drogas e dos usuários. Ressaltar a importância do ACS como facilitador no acesso do usuário no serviço de saúde e outros setores. Compreender o fluxo de encaminhamento do usuário ao sistema de saúde, assim como entender as estratégias de tratamento e prevenção. Metodologia: Foi realizada uma revisão de literatura para escolha dos temas sobre drogas mais relevantes a serem abordados na capacitação. Utilizou-se a metodologia das rodas de conversa como estratégia para gerar discussão. Foram realizados 5 encontros com duração de 2 horas e com as seguintes temáticas: apresentação e introdução do tema; drogas: história, conceito, etiologia, classificação e formas de uso; políticas de enfrentamento e assistência; redução de danos e abstinência

e tema livre selecionado de acordo com a demanda dos ACS. Resultados: A capacitação envolveu 79 ACS de 22 unidades de saúde situadas no município de Divinópolis, Minas Gerais. Durante os encontros, houve uma boa aceitação dos participantes em relação aos objetivos propostos pela equipe de coordenação. A importância do tema abordado foi referida pelos participantes, facilitando a criação do vínculo e da confiança com toda a equipe. A metodologia roda de conversa utilizada teve papel importante para a exposição dos temas de forma livre e dinâmica, oferecendo oportunidade a todos os ACS de participarem efetivamente das discussões e possibilitando a troca de opiniões e experiências, principalmente, entre os agentes. Ao final dos encontros, pôde-se notar que as atividades realizadas ofereceram um rico embasamento teórico aos participantes quanto às temáticas propostas anteriormente à realização da capacitação, além de ter sido uma rica fonte de troca de experiências vividas por eles e os alunos. Um ponto importante observado foi o melhor entendimento dos agentes quanto ao sistema que envolve o usuário de drogas no município, esclarecendo o melhor manejo dos usuários e os principais dispositivos que poderiam ser usufruídos pelos ACS. A temática sobre redução de danos revelou-se como um rico campo de interesse e curiosidade por parte dos agentes, já que se pôde observar um conhecimento mais restrito dos participantes em relação ao assunto. Discussão: No momento, Divinópolis conta com um SERSAM (Serviço de Referência em Saúde Mental) que oferece um serviço de atendimento de urgência e atende alguns pacientes com problemas de dependência química. O município também possui outros serviços voltados para o usuário de drogas como as Comunidades Terapêuticas e um Hospital Psiquiátrico, mas não existem ações estruturadas na Atenção Básica para

lidar com a questão. Assim, foi difícil a discussão em relação ao fluxo de pacientes, já que o município ainda não possui uma rede adequada para receber esses usuários. Tentou-se esclarecer os dispositivos da rede que estariam disponíveis e ao alcance dos ACS, para facilitar o manejo dos usuários no campo de prática dos agentes. A redução de danos foi um tema rico para as discussões. Os ACS mostraram-se com um grande desconhecimento em relação a essa temática, possibilitando uma apresentação mais ampla dos conceitos e da abordagem desse assunto no mundo atual aos agentes. O fato do ACS residirem na área em que atuam faz com que eles tornem-se profissionais que possuem a função de elo entre a equipe de saúde e a comunidade, por vivenciar o cotidiano da população com maior intensidade e, dessa forma, tendo um conhecimento efetivo da realidade vivida pelos integrantes da comunidade que atuam. Esse fato foi bastante ressaltado durante os encontros, tanto pela coordenação, como pelos agentes, demonstrando que eles possuem ciência sobre a grande importância do papel deles sobre a saúde da comunidade. Conclusão: A capacitação dos ACS foi um passo inicial para promover o conhecimento das principais estratégias de tratamento dos usuários de drogas. Porém, ainda é necessário superar obstáculos para implantar ações adequadas visto que o município enfrenta atrasos no avanço a cobertura e oferta de serviços. A metodologia utilizada se mostrou eficaz para construir um novo conhecimento em relação ao tema.

PET SAÚDE-REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: LIMITES E POSSIBILIDADES DA EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA PUC MINAS/BETIM

Luiz Carlos Castello Branco Rena, Nicole de Oliveira Bernardes, Renato Diniz Silveira, Sabrina Viana

Palavras-chave: PRÓ-PET Saúde, Educação Interprofissional, Formação em Saúde

PUC Minas em Betim, em seu percurso de 17 anos vem construindo um perfil que agrega cursos na área de ciências da saúde e biológicas, como Enfermagem, Medicina, Medicina Veterinária, Fisioterapia, Psicologia, Ciências Biológicas e mais recentemente Biomedicina. Estes têm trabalhado na formação de profissionais com visão multidisciplinar, cumprindo o preceito da indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão. A atuação interprofissional é crescente na unidade e começa a produzir novos saberes e práticas na integração ensino-serviço. A parceria entre a PUC Minas e a Prefeitura Municipal tem favorecido novas perspectivas e bons resultados acerca da educação permanente e integração ensino-serviço numa lógica que focaliza o campo assistencial público como objeto privilegiado de transmissão de conhecimentos das práticas de cuidado. O convênio entre a Universidade e a rede assistencial é formalizado por contrato, é regido e avaliado de forma contínua e integrada, o que gera um importante movimento de mútua colaboração, onde o cidadão betinense tem sido o mais beneficiado na melhoria da qualidade de atendimento de suas demandas assistenciais. Há consenso quanto à necessidade de ampliação da abordagem aos determinantes do processo saúde-doença na formação acadêmica. É preciso conciliar as dimensões biológicas e sociais, bem como o singular e o coletivo, numa perspectiva dialética. Os Cursos buscam integrar a orientação teórica com as práticas de serviço através dos estágios curriculares e a atividades extensionistas, em todos os níveis de atenção, porém, tal processo carece de aprimoramento. A situação almejada reflete-se na ampla integração ensino-serviço, desde os primeiros períodos dos Cursos, com aumento da complexidade

de análise e interação à medida que o aluno avança no percurso acadêmico. Os estágios são desenvolvidos prioritariamente na rede SUS Betim, contudo, existem atividades realizadas em instituições privadas deste e outros municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Este projeto envolvendo discentes e docentes dos cursos de graduação de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Psicologia da PUC Minas/Betim e outros profissionais inseridos na rede do SUS Betim tem como objetivo fortalecer as redes de atenção psicossocial e a rede de atenção às pessoas com doença crônica priorizando o enfrentamento do câncer de mama, por meio de práticas de intervenção que busquem a qualificação dos profissionais de saúde e alunos envolvidos, fomentando grupos de aprendizagem tutorial para intervenção na realidade estudada. Tais propostas buscam atuar em duas áreas temáticas prioritárias: rede de atenção psicossocial - priorizando o enfrentamento do álcool, crack e outras drogas e rede de atenção às pessoas com doenças crônicas, priorizando o enfrentamento do câncer de colo de útero e mama. O subprojeto "Cuidando das mamas: Rede de atenção e cuidado para o controle do câncer de mama em usuárias do sistema público de saúde do município de Betim tem como objetivo prioritário conscientizar a mulher em relação aos sinais e sintomas suspeitos de câncer de mama ("breastawareness"), melhorando a detecção precoce do câncer de mama em qualquer contexto e nas diversas faixas etárias e diminuindo a mortalidade relacionada à detecção tardia. O câncer de mama apresenta grande incidência e significativos índices de morbidade e mortalidade no mundo. Segundo o Ministério da Saúde, em geral, esse é o câncer mais comum entre as mulheres no Brasil, excetuando-se os tumores de pele não melanoma. Se diagnosticado e tratado precocemente o câncer de mama tem, relativamente, um bom prognóstico. Apesar

disso, 50% dos casos são diagnosticados tardiamente quando a doença se encontra em estádios avançados. A detecção tardia pode ser explicada pelo fato das mulheres não controlarem os fatores de risco associados à doença – obesidade e sedentarismo, não fazerem a auto palpação de forma rotineira e pelas dificuldades de acesso aos serviços de saúde para o alcance da cobertura adequada da população alvo no rastreamento. O subprojeto "Rede de Atenção Psicossocial: Atividades coletivas/oficinas terapêuticas" teve como objetivo contribuir para a promoção, proteção e recuperação da saúde de usuários da saúde mental, a partir da realização de oficinas terapêuticas. As oficinas terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial devem compreender ações pedagógicas, terapêuticas e clínicas simultaneamente, a fim de favorecer à produção da autonomia, num trabalho em equipe, considerando, inclusive a participação do usuário desta rede. Betim historicamente priorizou o atendimento à crise nos CAPS. O subprojeto "Rede de Atenção Psicossocial articulada à Atenção Primária à Saúde: Matriciamento em saúde mental, priorizando o enfrentamento do álcool, crack e outras drogas" pretendia aprimorar a assistência aos usuários da saúde mental - portadores de sofrimento mental e usuários de crack, álcool e outras drogas - através da parceria entre ensino, serviço e comunidade por meio de pesquisa e formação em serviço, oportunizando a construção de conhecimentos e conceitos em vivência com a realidade prática da Saúde Mental no contexto da saúde coletiva. É imperiosa a qualificação do processo assistencial dos vários profissionais que compõem a rede assistencial e de saúde por implicar a busca por atendimento humanizado e de qualidade. De acordo com Amarante (1998), a Reforma Psiquiátrica e a proposta de desinstitucionalização se processam através da criação de uma série de equipamentos

funcionando como substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Nessa linha de cuidados, a rede de atenção em saúde mental está desenvolvendo o trabalho de Apoio Matricial (AM) junto à atenção básica, que se constitui numa estratégia que visa “outorgar suporte técnico às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população, compartilhando casos em forma de co-responsabilização pelos casos, discussões conjuntas, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos” (BRASIL, 2004, p.80). É importante integrar a atenção básica com os dispositivos assistenciais de atendimento de urgência e tratamento continuado dos dependentes químicos em Betim, com vistas à prevenção de recaídas. Diante disso, é essencial estimular a articulação entre os profissionais de saúde envolvidos nessa temática, tanto do CAPS, da UBS quanto de outros serviços, através de encontros para discussão, construção e ampliação da forma de assistir esses sujeitos que transitam entre essas esferas de prestação de atendimento. Neste trabalho oferecemos uma reflexão crítica da experiência de coordenação de um projeto de alta complexidade identificando e analisando as tensões e desafios que emergem no âmbito da IES e dos diferentes cursos envolvidos; da relação com a gestão do SUS, bem como no contexto dos serviços que se constituíram como cenários de práticas e na relação com os estudantes e preceptores.

PET-SAÚDE/RAS: FAVORECENDO A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE BOCA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Newillames Gonçalves Nery, Nádia do Lago Costa, Rejane Faria Ribeiro-Rotta, Guilherme Miranda Andrade, Kelly Cristina Miranda

Estrela, Máira Tolentino Silva, Amanda de Oliveira Ponce, Guilherme Tolentino Sousa

Palavras-chave: promoção da saúde, câncer bucal, saúde da família

APRESENTAÇÃO: No intuito de contribuir para a construção de um modelo de atenção integral, humanizado, e voltado para a Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o qual envolve a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas do SUS¹. No município de Goiânia, o PET-Saúde envolve os vários cursos de graduação da área da saúde da Universidade Federal de Goiás (UFG), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS), tendo ocorrido, desde seu surgimento em 2008, várias atividades nas diversas instâncias do SUS². Em 2013, dando continuidade a experiências exitosas de projetos passados e buscando ampliar o propósito das intervenções, elaborou-se o Projeto “PET-Saúde Redes de Atenção à Saúde (RAS) 2013/2015”, voltado para o fortalecimento da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a Rede de Urgência e Emergência. Este projeto envolve alguns subprojetos, desenvolvidos por grupos tutoriais (GT’s), dentre os quais está o PET-Saúde/RAS - Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas com Ênfase no Câncer de Boca², destacado neste trabalho. Este grupo, percebendo a necessidade do desenvolvimento de ações efetivas voltadas para a prevenção do câncer de boca em Goiânia, buscou contribuir para o Projeto “Rastreamento e Matriciamento do Câncer de Boca em Goiás”, planejado pela parceria que envolve a Faculdade de Odontologia / Centro Goiano de Doenças da Boca (UFG), a Gerência Estadual de Saúde Bucal de Goiás, a Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e o Setor

de Odontologia do Hospital Araújo Jorge². O Câncer Bucal, assim como as outras neoplasias malignas, tem se constituído em um problema de saúde pública, devido ao grande risco de mortalidade e alto custo de tratamento. Apresenta considerável prevalência no Brasil, especialmente entre pessoas do sexo masculino. Segundo dados do Instituto Nacional de Combate ao Câncer, a cidade de Goiânia ocupa a 2^a posição, entre as capitais brasileiras com maior incidência de câncer, estando o câncer bucal dentre os dez mais prevalentes^{3, 4, 5}. São considerados fatores de vulnerabilidade para a doença a idade acima de 40 anos, o tabagismo, o etilismo, a exposição excessiva e frequente aos raios solares, assim como o histórico de infecções orais pelo vírus HPV. Destaca-se a importância do diagnóstico precoce com a terapêutica adequada, possibilitando um melhor prognóstico com maior possibilidade de cura^{3, 4, 6, 7, 8, 9}. Apresentam-se, neste relato, as atividades realizadas em uma unidade de Saúde da Família de Goiânia pelo PET-Saúde / RAS - Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas com Ênfase no Câncer de Boca, no período de setembro de 2013 a agosto de 2015. Objetivou-se a realização de ações de promoção e prevenção em saúde voltadas para a população vulnerável para o câncer de boca, assistida pelo Centro de Saúde da Família Ville de France. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: No ambiente da unidade de saúde foram realizadas diversas ações de educação em saúde voltadas para a prevenção do Câncer de Boca envolvendo profissionais de saúde da SMS, estagiários da UFG, e a população assistida pelo centro de saúde, abordando o tema de forma individual ou coletiva, utilizando-se folders, cartazes ou banners. Os usuários da unidade eram envolvidos nas atividades educativas, em sala de espera, ou em atividades programadas no auditório da unidade de saúde, aproveitando os grupos

já trabalhados pela equipe de saúde. Visitas domiciliares também foram estratégias utilizadas, além de ações coletivas na escola local. As pessoas eram informadas sobre a doença, seus sintomas e fatores de risco (tabagismo, etilismo, exposição frequente ao sol e histórico de infecção por HPV), assim como sobre as formas de prevenção e diagnóstico precoce, com destaque para o autoexame bucal. Tanto profissionais de saúde, como estagiários (dos cursos de Odontologia, Enfermagem e Medicina), estiveram envolvidos em atividades de educação permanente sobre o tema, em momentos presenciais na Faculdade de Odontologia, ou utilizando-se da plataforma Telessaúde, no formato virtual eletrônico, em momentos de educação à distância. Procurou-se abordar a questão de forma dialogada, procurando valorizar os conhecimentos das pessoas envolvidas, oportunizando-se o estabelecimento do diálogo e a troca de conhecimentos e experiências. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Percebeu-se que a comunidade se beneficiou, ao longo de todo este processo, em vários aspectos com as atividades desenvolvidas. Além de adquirir conhecimentos, os usuários participantes também eram convidados a realizar o exame das mucosas orais em um consultório odontológico. Nos casos em que se identificavam lesões suspeitas (potencialmente malignas) ou não, o paciente era orientado e referenciado ao Centro de Especialidades Odontológicas para que se fossem realizados procedimentos específicos de diagnóstico, bem como para que recebessem a terapêutica adequada. Foram realizadas 71 atividades educativas coletivas e 39 abordagens individuais, envolvendo aproximadamente 909 pessoas. Destas, 210 pessoas permitiram ser examinadas, sendo 145 (69,05%) mulheres e 65 (30,95%) homens. Com relação aos fatores de vulnerabilidades identificados,

156 (74,28%) tinham idade acima de 40 anos, 57 (27,14%) relataram exposição frequente e excessiva ao sol, 53 (25,23%) declararam-se tabagistas, 58 (27,61%) etilistas e 19 (9,04%) com histórico de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Quanto às lesões encontradas, 06 pessoas (2,85%) apresentaram lesões potencialmente malignas e 43 (20,47%) com outros tipos de lesões. Não foram identificadas lesões malignas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados demonstraram que as atividades desenvolvidas produziram alguns benefícios importantes aos envolvidos. Ao realizar ações de Promoção da Saúde, contribuiu-se para a ampliação de conhecimentos – dos profissionais, dos acadêmicos, e da população – sobre o câncer bucal, seus sintomas e fatores de risco, assim como as formas de prevenção e diagnóstico precoce. A experiência também permitiu o desenvolvimento de um fluxo de atendimento que possibilita a otimização do acesso ao diagnóstico precoce e assim como ao tratamento com melhor prognóstico. Para a comunidade assistida, mesmo com a finalização do projeto, as atividades permanecem, uma vez que os profissionais de saúde envolvidos adquiriram conhecimentos e habilidades importantes, que os fizeram repensar suas práticas perante o problema “Câncer Bucal”, estando ainda mais atentos e vigilantes às alterações nas mucosas orais, bem como entendendo a importância da continuidade das atividades de educação permanente junto à população.

PINTANDO CIDADANIA” EM BUSCA DA IGUALDADE DE GÊNERO

Martha Helena Teixeira de Souza, Scharllet Gasperi

Palavras-chave: cidadania, mulheres, gênero

Apresentação: O Sistema Único de Saúde - SUS, resultado de um processo de lutas coletivas por meio da Reforma Sanitária e Constituição Federal de 1988, proporcionou aos enfermeiros uma atuação visando o atendimento ampliado, incluindo neste não apenas as questões técnicas, mas os aspectos sociais que envolvem o contexto das famílias/indivíduos. Enquanto política universal de saúde, o SUS, por meio da Estratégia de Saúde da Família - ESF, tem a possibilidade de promover a cidadania, bem como, reduzir a pobreza e a desigualdade social de famílias, sobretudo em comunidades vulneráveis, aqui entendidas como aquelas que vivenciam influências ambientais, econômicas, políticas e culturais que enfraquecem as relações, as interações e as associações individuais, familiares e sociais (ESCOREL et al., 2007). Os acadêmicos do curso de enfermagem, durante os estágios curriculares, frequentaram uma ESF na região oeste do município de Santa Maria/RS. Esta comunidade é conhecida por ter uma população socialmente vulnerável, onde residem mulheres que sofrem violência pela desigualdade de gênero. Gênero é um conceito social que remete para as diferenças entre homens e mulheres, não de caráter biológico, mas resultantes do processo de socialização. Descreve assim o conjunto de qualidades e de comportamentos que as sociedades esperam dos homens e das mulheres, formando a sua identidade social. Em todos os tempos, em todas as sociedades, a mulher foi colocada num lugar de inferioridade, destinada à reprodução e às tarefas domésticas. A diferença sexual, a única que existe na natureza da espécie, não fortuita, sempre foi tomada como um indício, para as mulheres, de uma inferioridade nata, justificando as proibições sociais e as formas de tratamento que as relegavam a um plano inferior (BARUS-MICHEL, 2013). A partir das atividades realizadas junto a

esta ESF, percebeu-se a vulnerabilidade de mulheres que buscavam atendimento para problemas como: depressão, hipertensão, cefaléia, entre outros. Percebeu-se que estes problemas, em sua maioria, eram decorrentes de situações de violência decorrentes de situações de desigualdade de gênero vivenciadas por estas mulheres. A partir de então, os acadêmicos propuseram a realização de reuniões mensais para discutir não apenas questões ligadas à saúde, mas que envolvessem o resgate da autoestima e empoderamento das mesmas. As atividades com este grupo de mulheres ocorreram mensalmente de 2006 até 2014, nas últimas terças do mês. A partir do exposto, questionou-se: como a enfermagem pode atuar na busca da igualdade de gênero? O presente trabalho teve como objetivo perceber como acadêmicos do curso de enfermagem do Centro Universitário Franciscano atuam com a promoção da saúde buscando a igualdade de gênero com mulheres em situação de vulnerabilidade. Desenvolvimento do trabalho: O presente estudo é um relato de experiência da inserção de acadêmicos do curso de Enfermagem do Centro Universitário Franciscano em uma comunidade da região oeste do município de Santa Maria. Aconteciam mensalmente reuniões na comunidade em parceria com a equipe de Estratégia de Saúde da Família da região. As reuniões duravam em média 2 horas, sendo debatidos diversos temas de interesse das participantes, visando diminuir as desigualdades de gênero. Resultados: A maneira androcêntrica de identificar a humanidade é muito antiga. Desde que a história existe como disciplina científica, a história das mulheres foi desenvolvidas as margens da dos homens. Os dois sexos assumem valores diferentes, sendo o masculino superior ao feminino (STREY; CABEDA; PRENH, 2004). A violência contra mulher é determinada por aspectos sociais e culturais que definem

as diferenças entre homens e mulheres, embasando a desigualdade de gênero. A violência de gênero se produz e reproduz nas relações de poder, expressas por uma forma particular de violência global, que delega aos homens o direito de dominar e controlar suas mulheres, podendo para isso usar a violência. Dentro dessa ótica, a ordem patriarcal é vista como um fator preponderante na produção da violência de gênero (COSTA et al., 2012). A violência contra a mulher pode ser compreendida, então, como uma “manifestação perversa dessa distribuição desigual de poder”. De 2006 a 2014, foram realizadas reuniões com grupos de mulheres no projeto intitulado “Pintando cidadania”, no qual são trabalhadas questões sobre violência, participação da comunidade no SUS, gênero, sexualidade, cidadania, saúde, entre outros. Muitas mulheres relataram seu sofrimento antes da sua participação no grupo, e que o fortalecimento delas veio também por meio dos debates proporcionados, pois autoestima foi melhorada, passaram a ter vontade de sorrir e lutar. A nova concepção de saúde diz que saúde não é apenas a ausência de doença, mas identifica-se como bem-estar e qualidade de vida, não sendo apenas uma conquista exclusiva da saúde, mas sim um resultado de fatores que em conjunto resultam em sociedades mais ou menos saudáveis, sendo assim a prática da enfermagem é influenciada pela realidade que as compreende (CASTELLANOS, 1998). A atuação dos acadêmicos de enfermagem do Centro universitário Franciscano correspondeu a isso, os alunos juntamente com os professores trabalham com o grupo de mulheres abordando temas relacionados com seus cotidianos vinculando-os com a saúde, afinal uma pessoa estar saudável, ou não, é determinado pelas condições, modos e estilos de vida. Considerações finais: Sendo uma profissão central no sistema de saúde, a enfermagem destaca-

se e diferencia-se pelas práticas interativas e integradoras de cuidado, as quais vêm adquirindo uma repercussão cada vez maior tanto na educação e promoção quanto na recuperação e proteção da saúde dos indivíduos. O projeto “Pintando cidadania” proporcionou modificações nos acadêmicos de enfermagem, na comunidade, nos profissionais de saúde que dela participam, percebendo a saúde de forma ampliada e abordando as questões de gênero de maneira que minimizemos as vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres desta comunidade.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARTICIPATIVO DAS UNIDADES DE SAÚDE: FERRAMENTA DA MELHORIA DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS E INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Raphael Dantas, Rilvan Marcelino, Fátima Sousa, Anayres Lima, Liliane Soares, Sandra Santana, Fernanda Araújo, Michelle Carvalho

Palavras-chave: Planejamento estratégico participativo, saúde materno-infantil

APRESENTAÇÃO: Nos últimos 17 anos houve uma drástica redução na mortalidade infantil (MI) no Brasil, apesar disto ainda se apresentam taxas superiores à meta estabelecida pelo Pacto pela Redução da MI do Governo Federal que tem como proposta a redução para, no mínimo, 5% ao ano, especialmente ao componente neonatal. Este último representa o mais preocupante, com taxa de 11,2/1000 nascidos vivos em 2010 e concentrou 69% dos óbitos infantis. No entanto, o Nordeste ainda se configura como uma região em que a desigualdade social permite taxas MI de 27, 2 óbitos por mil nascidos vivos, valor

superior ao nacional. O Ministério da Saúde criou em 2011 a estratégia Rede Cegonha a qual é fundamentada nos princípios da humanização e assistência, onde mulheres, recém-nascidos e crianças tem direito, a ampliação do acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal, acesso ao planejamento reprodutivo e atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade. A Rede Cegonha visa assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério e as crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. E assim, promover a redução da redução da mortalidade materna e neonatal. O município de Vitória de Santo Antão está entre os municípios prioritários de Pernambuco para o pacto de redução da mortalidade infantil e implementação da Rede Cegonha. No setor da saúde, o planejamento é um instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e eficiência das ações de saúde voltadas para a proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. O Planejamento em Saúde é um processo que consiste em desenhar, executar, acompanhar e avaliar um conjunto de propostas de ação intervindo sobre um determinado recorte de realidade. Através do Planejamento é possível racionalizar as ações no setor de saúde, envolvendo os atores sociais locais e as equipes de profissionais da saúde, de forma participativa, com o propósito de modificar a situação de saúde local. Neste processo, os atores envolvidos elegem problemas prioritários e respectivas propostas de enfrentamento como seus objetos de atuação no intuito de melhorar a qualidade dos serviços prestados. Assim, o Planejamento Estratégico Participativo (PEP) tem como característica principal a busca da compreensão da realidade local em toda a sua complexidade nas dimensões política,

econômica, social, cultural e emocional e com isso atuar buscando modificar esta realidade. Neste contexto, o objetivo do projeto é aplicar o PEP nas unidades de saúde como ferramenta da melhoria da qualidade dos serviços e integração das ações de atenção primária à saúde materno-infantil no município de Vitória de Santo Antão/PE. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O projeto “PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO PARTICIPATIVO DAS UNIDADES DE SAÚDE: Ferramenta da Melhoria da Qualidade dos Serviços e Integração das Ações de Atenção Primária à Saúde Materno-infantil” faz parte do “Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/ Rede de Atenção à Saúde - PET Saúde Redes de Atenção à Saúde, 2013-2015.” Inicialmente, foi realizada uma sensibilização com as chefias das Unidades de Saúde da Família (USF), sobre a importância do PEP como ferramenta da melhoria da qualidade dos serviços e integração das ações de atenção primária à saúde materno-infantil no município, e como este planejamento se insere e contribui na proposta da Rede Cegonha e do pacto pela redução da mortalidade infantil. A dinâmica de planejamento estratégico foi realizada utilizando o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) de Carlos Matus, de forma simplificada e voltada para as práticas de governo. O PEP foi desenvolvido nas USF's envolvendo as equipes de saúde, agentes comunitários de saúde, líderes comunitário, e sendo mediado pelos Coordenadores e Extensionistas do projeto PET. Foram utilizados os 11 passos do PEP, sendo os dez primeiros referente ao planejamento propriamente dito, incluindo o gerenciamento, indissociável para o acompanhamento do plano de ação, e décimo primeiro passo voltado para o monitoramento e avaliação. Após a dinâmica, foi construída uma proposta a nível local de Plano de Ação, ao qual foi entregue as Equipes de Saúde da Família

(ESF). **RESULTADOS:** O PEP foi desenvolvido nas USF's Jardim Ipiranga, Cajueiro, Bela Vista I, Bela Vista II, Redenção, e Oiteiro. A partir do PEP elencaram-se alguns problemas nas unidades, seu nó crítico, as ações planejadas, bem como os resultados esperados. Entre os problemas elencados nas unidades, sua grande maioria se deu a partir dos problemas relacionados ao público materno-infantil, dentre eles a dificuldade na adesão ao atendimento odontológico por parte da gestante, a adesão ao aleitamento materno exclusivo e desmame precoce e um grande índice de gravidez na adolescência em unidades mais carentes e da periferia. A partir disto pode-se perceber que o nó crítico estava ligado muitas das vezes ao medo por parte da gestante no atendimento odontológico, enquanto ao aleitamento materno e desmame precoce elencamos o nível cultural e educacional familiar, e gestação na adolescência ao nível baixo de escolaridade destas comunidades. As ações do plano se voltaram a partir das demandas, onde se esperou um aumento significativo na adesão ao tratamento odontológico, aleitamento materno exclusivo até os 06 meses, uma diminuição acerca do índice de gravidez precoce. Onde pudemos esperar resultados através da conscientização por parte das gestantes e família acerca dos problemas apontados, a partir do fortalecimento da educação em saúde nas comunidades e escolas. A equipe do PEP, em especial as ESF's, mostrou-se motivada e envolvida na elaboração e execução do planejamento e plano de ação, porém, também preocupados, com o fato de acabarem por elencar mais tarefas de trabalho, o que se torna um problema, a partir do momento que isso pode desencadear fatores negativos neste processo. Para isso se fez necessário ressaltar a importância da resolubilidade dos problemas elencados com o PEP, uma vez que a partir disto, o processo de trabalho da ESF poderá ser

“facilitado.” Depois de realizado todo o planejamento, o mesmo é encaminhado e apresentado a Secretaria Municipal de Saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Pode-se notar que a experiência vivida a partir do PEP se fez necessária para elencar os reais problemas das comunidades e assim trabalhar de acordo com suas necessidades, modificando-as quando necessário. Esse instrumento, sobre tudo, reforça a ideia de participação social em sua construção, colocando todos os atores envolvidos (comunidade coberta e ESF) enquanto sujeitos protagonistas.

PORTFÓLIO, UMA ESTRATÉGIA: APRENDER SENTINDO

Eliza Hidalgo, Marcia Regina Martins Alvarenga, Cibele de Moura Sales

Palavras-chave: Ensino-Aprendizagem, Portfólio, Enfermagem

Portfólio é um instrumento de acompanhamento do processo ensino/aprendizado dialógico, que possibilita a alunos e docentes conversarem entre si durante o processo educativo. O portfólio permite a organização dos estudos dentro de um padrão predeterminado, o documento deve ser organizado para estabelecer limite nos aspectos da data de entrega de forma a disciplinar conduta, no processo de ação-reflexão-ação. Nesse sentido, compreender o portfólio é de suma importância para a formação do estudante da área de saúde, pois contribui para o desenvolvimento da capacidade reflexiva. No curso de Enfermagem usar portfólio é o mesmo que refletir sobre as concepções que dão base as atividades docentes e discentes, por isso é importante destacar que o processo de ensino-aprendizagem tem como fundamento três aspectos: “(1) a

viabilização de atividades que contemplem a interdisciplinaridade bem como o trabalho em equipe multiprofissional, buscando a apreensão da realidade profissional em sua totalidade, pela compreensão de seus determinantes e das ações inerentes ao processo de trabalho; (2) a busca de alternativas metodológicas que estimulem a participação ativa do estudante no processo de ensino e aprendizagem, num processo contínuo e coletivo do corpo docente; (3) ampliação de cenários de ensino-aprendizagem para os diversos espaços de saúde da rede SUS”. Portanto, o portfólio é a ferramenta do processo de ensino-aprendizagem que oportuniza uma reflexão sobre o processo de aprender a aprender, é uma ferramenta que promove a identificação de potencialidades da própria aprendizagem. Pois, ao usar essa ferramenta o estudante de enfermagem passa a refletir sobre as formas como recebeu os ensinamentos, como se aprendeu e se avaliou. Levando em consideração que o estudante de enfermagem é um profissional em formação “generalista, humanista, crítica e reflexiva”, por isso precisa ter qualificação para o exercício da profissão dentro do “rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos”, mas acima de tudo necessita “conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes”, com capacidade de “atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”. Nesse sentido, pode-se dizer que o portfólio é uma experiência singular, que nos questiona a todo o momento; com ele é possível compartilhar ideias, emoções e posicionamentos. São registros cotidianos,

que remetem a fatos plenos de significado que certamente irão guiar o docente a enxergar a ótica vista pelo aluno. Desafios novos enriquecem o nosso intelecto e nossa alma, veem para nos despertar para práticas diferentes, nos convida a experimentar novas vivências. Sendo assim, o portfólio é visto como facilitador da reconstrução e reelaboração, já que sua elaboração oferece oportunidade de refletir sobre o progresso dos estudantes na compreensão da realidade, ao mesmo tempo em que possibilita introduzir mudanças necessárias imediatas, quanto podem ainda contribuir para a autoavaliação do próprio corpo docente. O objetivo desse relato é a utilização do portfólio na avaliação do processo ensino-aprendizagem do discente e as implicações docentes nesse processo. Descrição da experiência: Esse relato de experiência é sobre a utilização do portfólio nas aulas práticas no 2^o ano na disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, que ocorrem nas Estratégias de Saúde da Família no município de Dourados. Os alunos são orientados a entregar no final a construção de um portfólio: quanto mais variados forem os registros do processo de ensino-aprendizagem que compuserem o portfólio, mais rico e de maior utilidade ele será. O produto entregue no final de cada grupo mostrou o quanto a criatividade, a sensibilidade e a percepção de cada aluno podem ser desmistificadas e incentivadas; foram entregues 15 portfólios, construídos das mais diferentes formas (manuscritos, digitalizados, com fotografias, estudos de caso, mapas, vídeo, etc.), fundamentando o debate com a busca na literatura. Resultados: O portfólio é visto como facilitador da reconstrução e reelaboração, por parte de cada estudante, do processo de ensino-aprendizagem ao longo de um curso ou de

um período de ensino, já que sua elaboração oferece oportunidade de refletir sobre o progresso dos estudantes na compreensão da realidade, ao mesmo tempo em que possibilita introduzir mudanças necessárias imediatas, quanto podem ainda contribuir para a autoavaliação do próprio corpo docente. O portfólio possibilitou ao aluno refletir sobre ser um autor de sua caminhada, capaz de construir as estratégias necessárias a cada momento ou situação, criativo para buscar novas linhas de ação, capaz de entender suas emoções e sentimentos. O produto entregue e apresentado (portfólios) evidenciou a habilidade de comunicação escrita, questões relacionadas ao SUS. À medida que os conteúdos eram trabalhados na disciplina, os alunos foram adquirindo a capacidade de relacionar esses conteúdos e discutir criticamente desenvolvendo senso crítico. Considerações Finais: A construção do portfólio me possibilitou avaliar o processo de ensino-aprendizagem, permitindo a reflexão sobre a utilização da ferramenta, suas implicações, desdobramentos e potencialidades levando a discussões e visões que não seriam percebidas se esta ferramenta não tivesse sido utilizada. Nesse sentido, posso afirmar que o uso do portfólio foi um processo que trouxe enriquecimento à aprendizagem de forma geral, pois foi possível destacar que é na prática que se constrói o saber, da reflexão diária daquilo que se enfrentará diante da realidade no assistir e cuidar das pessoas de modo geral. A percepção que o aluno faz com correlação da teoria e a prática vivenciada. Assim pretende-se com esse relato vislumbrar o quanto essa ferramenta deve ser valorizada, a expansão de possibilidades da prática docente para a implementação das metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem.

PRÁTICAS DE CUIDADO E GARANTIA DE DIREITOS À PESSOAS ACOMETIDAS PELA HANSENÍASE: RELATO DE UMA ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL

Raphaela Delmondes do Nascimento, Danielle Christine Moura dos Santos, Gildo Bernardo Silva, Ana Karolliny Santos Paulino da Silva, Mayara Ferreira Lins dos Santos, Maria Beatriz Bonifácio da Silva, Thamires Ranile Ferreira, Natália Maria Santana de Albuquerque

Palavras-chave: extensão universitária, participação social, hanseníase

APRESENTAÇÃO: O relato em questão caracteriza-se como uma atividade extensionista articulada com ações de ensino e pesquisa da Universidade de Pernambuco (UPE) e faz parte do Grupo de Pesquisa e Extensão Hanseníase, Cuidado e Direito à Saúde, da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da UPE, que conta com três docentes dos cursos de enfermagem, 25 estudantes, e registra ações desde 2011. Articula ações de apoio ao Movimento Social Morhan (Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase) em ações de cuidado e de garantia de direitos às pessoas atingidas pela doença de forma interdisciplinar, multiprofissional e interinstitucional, buscando o fortalecimento da participação social na luta pela garantia dos direitos destes usuários, por meio da inserção de estudantes de graduação dos cursos de enfermagem nas ações do Movimento. A hanseníase caracteriza-se como um dos mais sérios e antigos problemas de saúde pública do Brasil, isto tanto pela sua magnitude quanto pelas sequelas físicas, psíquicas e sociais causadas no doente e na sua família. A atuação do Morhan vem se configurando como fundamental para garantia dos direitos das pessoas acometidas pela doença em Pernambuco. O Movimento

em Pernambuco tem raízes em 1980. Foi rearticulado, enquanto grupo organizado, em 2004 e desde então vem atuando no sentido de acabar com o preconceito contra a doença e pretende alcançar, através de seu trabalho voluntário: a eliminação da hanseníase; curar, reabilitar e reintegrar socialmente pessoas acometidas; impedir que os doentes sofram restrições em seu convívio social e conquistem pleno exercício da cidadania; lutar para que os antigos hospitais-colônias sejam transformados em equipamentos de interesse coletivo. Defende-se que a inserção de estudantes em experiências como estas são fundamentais para a formação de um profissional crítico, reflexivo e comprometido com os problemas sociais e com a realidade dos serviços de assistência a estes usuários. A extensão universitária aqui apresentada ainda vem a fortalecer a integração ensino-serviço e a articulação da Universidade com um segmento organizado da sociedade, o Morhan. Atua ainda em conjunto com as Secretarias Estadual de Pernambuco e municipal de Recife e com a Netherlands e Stichtingvoor Leprabestrijding (NHR Brasil), entidade holandesa, que atua em diversos países no controle da hanseníase e prevenção de incapacidades. Este relato apresenta as atividades e os resultados da extensão universitária alcançados entre o período de 2014 e 2015. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O projeto em questão teve suas atividades iniciadas em abril de 2011. O marco teórico do projeto se fundamenta na Pedagogia da Libertação, com base em Paulo Freire. Onde na inserção dos estudantes nas ações os mesmos são chamados a problematizar a realidade vivenciada, refletir sobre a sobre sua prática e a partir daí modificar-se e modificar o seu meio, identificar problemas, realizar o levantamento de possibilidades, e a escolha da solução/caminhos. Neste sentido, buscase que seja fortalecido no graduando

uma atitude e emancipatória e libertadora na busca de uma sociedade mais justa e igualitária. O público alvo são estudantes de enfermagem do 2º ao 8º período do curso de enfermagem. São selecionados de seis a oito estudantes para as atividades a partir de uma seleção que leva em conta o perfil do estudante em se envolver nas atividades propostas. A população alvo das atividades são profissionais de saúde, pessoas acometidas pela hanseníase e a população em geral. Para a operacionalização das ações, os extensionistas participam das reuniões mensais ordinárias do Morhan, que acontecem no primeiro sábado de cada mês, passam um turno de trabalho semanal na sede do Movimento para acompanhar e participar ativamente do planejamento das ações, além de participarem ativamente de ações em diversas localidades a depender da dinâmica do Movimento. Ao final de cada mês todos os integrantes formulam um relatório mensal individual constando todas as atividades realizadas. O projeto é uma ação extramuros articulada entre a Universidade de Pernambuco, o Morhan, a Secretaria Estadual de Saúde, a NHR Brasil (Netherlands Hanseníases Relief – Brasil) - ONG estrangeira que apóia os projetos do Morhan em Pernambuco. **RESULTADOS:** As ações extensionistas envolveram o acompanhamento da rotina do movimento, fortalecendo suas ações no cuidado e na garantia de direitos das pessoas atingidas pela doença. Dentre as atividades desempenhadas entre o período de 2014 e 2015 destacam-se: Realização de encontros periódicos para organização das demandas do movimento junto com a coordenação do Movimento e voluntários do movimento; Organização das reuniões mensais do Morhan; Realização de duas oficinas para formação de multiplicadores de direitos e deveres das pessoas atingidas pela hanseníase voltadas para profissionais de saúde e um encontro de monitoramento;

Realização de encontro para promoção da rede de mobilização de voluntários do Morhan; Organização do VII e VIII Seminário de Educação para hanseníase na Universidade de Pernambuco – UPE. Sendo que no primeiro, realizado em 2014, houve uma participação de mais de 100 pessoas e o segundo, em 2015, acontecerá em novembro deste ano; Promoção de minicursos anuais para estudantes e trabalhadores de saúde sobre: diagnóstico e tratamento da hanseníase, feridas em hanseníase, autocuidado e vigilância em hanseníase, com um público médio de 40 pessoas por minicurso. Participação em reuniões com a gestão municipal de saúde de Recife, estadual de PE e o movimento para discussões sobre a condução da política municipal e estadual de controle da hanseníase; Promoção de reuniões com a participação das lideranças do Morhan em Pernambuco, representadas pelos núcleos do Morhan em Recife, Mirueira e Jaboatão. Realização de um encontro com usuários dos serviços de referência para hanseníase no Estado. Realização de reunião com peritos do INSS para discussão dos entraves na condução de pacientes com sequelas da hanseníase que dão entrada em benefícios. Promoção de dois encontros com conselheiros de saúde, promotores de justiça, usuários e voluntários do Morhan para discussão de problemas enfrentados por usuários na efetivação do direito à saúde (nestas atividades destacou-se o encontro de 2015 que contou ainda com a participação de gestores) e foi discutida, entre outros assuntos, a dificuldade de acesso dos usuários ao serviço de (referência terciária para hanseníase em Pernambuco). Visitas e reuniões para articulação do movimento com o ministério público e conselhos de saúde (nestes momentos são apresentados os objetivos e ações do movimento e levadas questões relacionadas à incidência da doença, ações de controle

dos municípios, problemas relacionados à condução das ações nos municípios e de acesso aos serviços de assistência na rede de atenção à pessoa com hanseníase). Entre 2014 e 2015 várias demandas foram levadas ao conselho estadual de saúde de Pernambuco e conselhos municipais, além do acionamento do Ministério Público de Pernambuco e de alguns municípios em vários momentos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Ações extensionistas que buscam articulações interinstitucionais para resolução de problemas sociais promovem nos discentes experiências singulares e fortalece o papel da Universidade como um ator fundamental para mudanças sociais. As atividades realizadas aproximaram os estudantes a realidade de grupos populacionais vulneráveis, sendo possível observar a atuação protagonista do estudante em busca dos direitos das pessoas acometidas pela doença, que tem grande importância social e na formação acadêmica dos mesmos. Além disso, o projeto trouxe conquistas relevantes para transformação da sociedade, especialmente às pessoas acometidas pela hanseníase.

PRÁTICAS EDUCATIVAS NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DAS HABILIDADES E ATITUDES EM FISIOTERAPIA

Lívio Matheus Aragão dos Prazeres, Ana Maria Braga de Oliveira, Marcela Ralin de Carvalho Deda Costa

Palavras-chave: fisioterapia

APRESENTAÇÃO: O ano letivo do curso de Fisioterapia do Campus Universitário Prof. Antônio Garcia Filho da Universidade Federal de Sergipe (UFS-Lagarto/SE) é estruturado em módulos, que envolvem as atividades de Tutorial, Práticas de Módulos, Habilidades e Atitudes em Fisioterapia e Práticas de Ensino

na Comunidade. Os assuntos abordados nessas atividades são processuais e desenvolvidos preferencialmente de forma integrada. Nesse trabalho, temos como objetivo relatar as práticas educativas desenvolvidas no processo de ensino-aprendizagem no módulo “Habilidades e Atitudes em Fisioterapia”. **METODOLOGIA:** Durante praticamente toda a graduação as atividades desenvolvidas em “Habilidades e Atitudes em Fisioterapia” se fazem presentes, exceto no seu último ano, em que o aluno estará envolvido somente nas práticas supervisionadas e trabalho de conclusão de curso. Cabe salientar que para o aluno chegar ao quinto bloco apto a realizar de forma satisfatória seu estágio, é importante que ele tenha aproveitado todas as atividades propostas em Habilidades e Atitudes em Saúde (no primeiro bloco) e em Fisioterapia (nos blocos seguintes), uma vez que nesse espaço o aluno é capaz de aprender fazendo. As atividades desenvolvidas em Habilidades e Atitudes em Fisioterapia envolvem diversos cenários de práticas e podem ser realizadas na atenção primária, secundária e terciária. Dessa forma, o estudante ultrapassa os muros da universidade e conhece de fato a realidade local dos serviços de saúde e as demandas apresentadas pelos usuários. Esse aspecto constitui um ponto extremamente positivo para a formação dos estudantes, que começam a perceber os cenários de aprendizagem também como potentes cenários de transformação social. Durante o ano letivo do curso, os conteúdos abordados no tutorial servirão de base para os novos conhecimentos clínicos, habilidades de comunicação e atitude que são discutidos nos encontros desse módulo. O fato de desenvolvermos um currículo integrado, desperta no estudante uma aprendizagem significativa e possibilita ao mesmo um processo de reflexão-ação-reflexão (FERNANDES; FERREIRA; OLIVA, 2003). A

importância desse intercâmbio pode ser medida ao se observar a pirâmide de Miller. Nota-se que em sua base está o domínio cognitivo e no topo o domínio psicomotor, e para se chegar ao topo, o aluno deve saber (teoria) e saber como (saber aplicar), para que em seguida ele consiga demonstrar (isso pode ser trabalhado em ambientes simulados ou laboratórios), e por fim, deve fazer, ou seja, deve estar apto a aplicar o conhecimento na vida real (TIBÉRIO et. al., 2012). Nas atividades desenvolvidas no curso de Fisioterapia do campus Lagarto, o estudante tem contato com o saber por meio das sessões tutoriais, durante as práticas de módulos eles compreendem como aplicar, por exemplo, determinadas técnicas, e no módulo de Habilidades e Atitudes em Fisioterapia os estudantes além de aplicarem as técnicas levam em consideração aspectos como zelo, respeito e cuidado humanizado ao usuário. Como as atividades são desenvolvidas de forma articulada favorecem a uma aprendizagem significativa. **RESULTADOS:** Como a conexão entre teoria e prática é constantemente fomentada, os estudantes são estimulados a pesquisar e criticar com rigor científico os dados obtidos. As competências que os estudantes adquirem ao longo do módulo de Habilidades e Atitudes em Fisioterapia estão direcionadas a realização de uma avaliação completa que permita a elaboração do diagnóstico cinético-funcional, levando em consideração os aspectos biopsicossociais envolvidos, desenvolver uma intervenção fisioterapêutica condizente com os dados obtidos na avaliação e que estimule os cuidados preventivos, além dessas competências, os alunos são orientados a adentrar no universo da pesquisa e compreendem que temas como metodologia científica e bioestatística são fundamentais para o crescimento técnico e científico de todo fisioterapeuta. As avaliações das competências e habilidades

ocorrem em diferentes níveis. A avaliação formativa consiste em avaliações diárias do desempenho do aluno na aula. Na autoavaliação e avaliação do grupo, o aluno dá nota ao seu desempenho e ao desempenho do grupo nas aulas, vale ressaltar que esses tipos de avaliações levam os alunos ao pensamento crítico e reflexivo. A avaliação somativa é um instrumento que permite avaliar o conhecimento teórico do aluno dentro do cenário de prática, e mesmo sendo uma avaliação teórica, muito do raciocínio clínico é cobrado. A APHAFISIO (avaliação prática de habilidades e atitudes em fisioterapia) é o momento em que são avaliadas as habilidades clínicas, as atitudes e a comunicação entre os acadêmicos e os usuários do serviço, pois são criados ambientes com pacientes simulados. Nessa avaliação prática, várias estações são criadas e os alunos terão um tempo pré-determinado, em média cinco minutos, para execução. Esse modelo de avaliação é baseada na O.S.C.E. (Objective, Structures Clinical Examination) a qual é reconhecida internacionalmente, fidedigna, validada, eficaz e precisa. Todas essas avaliações acima citadas irão compor a nota final do indivíduo, contudo cada uma delas terá um peso específico, e geralmente a APHAFISIO é a avaliação com maior peso. Diferentemente de tutorial e Práticas de Ensino na Comunidade, em que a metodologia adotada já é estabelecida pela instituição (ABP e problematização, respectivamente), em Habilidades não existe uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem específica a ser seguida, mas ocorre em cada momento a utilização de metodologias ativas, possibilitando que o estudante seja o protagonista no seu processo de ensino-aprendizagem. Positivamente, isso estimula os professores a buscar diferentes metodologias e estratégias de ensino-aprendizagem a serem aplicadas, por outro lado, afasta os docentes que não estão

muito envolvidos nesse modelo atual de facilitação da aprendizagem do aluno, pois eles podem acabar reproduzindo o modelo tradicional de ensino-aprendizagem. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Acreditamos que o espaço de habilidades deve ser um momento de reafirmação da metodologia que confiamos, e que por isso, não devemos desmotivar os alunos inserindo métodos tradicionais de ensino de forma ostensiva, pois corremos o risco de reduzir o interesse dos estudantes nas atividades propostas. Assim, o ensino em Habilidades e Atitudes em Fisioterapia no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto, é realizado de forma ativa, os estudantes são os protagonistas no processo de aprendizagem que envolvem os aspectos do saber, saber fazer e saber ser, respeitando os usuários e contribuindo na melhoria da qualidade dos cuidados.

PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL: UMA AÇÃO INTERSETORIAL NA ESCOLA

Klara Coelho Barker, Silvana Corrêa Dias

Palavras-chave: Programa Saúde na Escola, Obesidade Infantil, Atenção Básica

APRESENTAÇÃO: Este trabalho descreve um Projeto de Intervenção realizado num Jardim de Infância, situado no Distrito Federal, através da parceria de uma equipe de ESF com os educadores de um jardim de infância. Foi desenvolvido no âmbito do Programa Saúde na Escola com o objetivo de estimular a conscientização dos educandos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável para a prevenção da obesidade infantil. Os procedimentos metodológicos dizem respeito a um estudo transversal para subsidiar um projeto de intervenção desenvolvido entre os meses de Julho e Outubro de 2014. A

equipe idealizadora e implementadora era composta por profissionais da Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação do DF: 4 nutricionistas, 1 enfermeiro, 1 médico endócrino-pediatra, 1 médico pediatra, 1 médico endocrinologista, professores e gestores da escola. **DESENVOLVIMENTO:** O levantamento de dados procedeu-se a partir da antropometria das crianças. O critério de inclusão considerou todos os estudantes da escola, independente de sexo e idade. A escola possui 240 crianças matriculadas, destas, 28 não participaram, sendo a amostra total de 212. A partir disto, traçou-se um diagnóstico situacional das demandas de saúde das crianças. O local escolhido para o desenvolvimento das atividades foi o próprio espaço da escola. As ações de Educação em Saúde foram realizadas em três momentos, ao longo de 2 dias. No primeiro dia, a atividade foi conduzida pela médica endócrino-pediatra, que apresentou a situação-problema aos familiares, evidenciando os percentuais de IMC dos estudantes da escola e promovendo uma Roda de Conversa com o tema "Obesidade infantil e seus malefícios para a saúde da criança". Depois, foi realizada uma oficina com os pais sobre "Alimentação saudável na infância", utilizando dinâmica de montagem de pratos saudáveis. Após, disponibilizou-se o encaminhamento das crianças em situação de obesidade, para tratamento no ambulatório de obesidade do hospital regional. As nutricionistas da Secretaria de Educação e da Secretaria de Saúde desenvolveram atividade lúdica com todas as crianças da escola no sentido de promover a aproximação delas com frutas e/ou verduras e legumes. **RESULTADOS:** A antropometria das crianças e a classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) foram realizadas de acordo com os gráficos da OMS apresentados na Caderneta da Saúde da Criança. Os dados evidenciaram que 161 crianças estavam com o IMC adequado

(73,94%), 32 crianças com sobrepeso infantil (15,09%), 8 com obesidade (3,77%) e 1 com obesidade grave (0,47%). Na primeira atividade, a situação nutricional das crianças causou espanto à maioria dos familiares presentes, demonstrando que possuíam uma percepção errônea sobre a situação de saúde das crianças da escola. A conversa também trouxe à tona o fato de quanto mais precoce inicia-se a situação de sobrepeso, maior a tendência de a criança tornar-se um adolescente obeso e com problemas endócrinos. A oficina sobre "Alimentação saudável na infância", foi muito interessante, pois os pais puderam demonstrar quais os alimentos eles costumam oferecer ao seu filho através da simulação de uma refeição: montando o prato, apresentando aos outros pais e justificando cada alimento selecionado. Esta dinâmica foi repetida diversas vezes, simulando todas as alimentações do dia (café da manhã, lanche, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia). Os aspectos positivos desta dinâmica foram evidentes, pois ela promoveu reflexão autocrítica dos pais com relação às suas práticas. No momento em que iam escolhendo os alimentos e justificando a escolha, na maioria das vezes, verbalizavam quando o alimento era inadequado ou excessivo. A nutricionista agiu como uma mediadora, fazendo pausas entre as apresentações, e fazendo observações relacionadas a cada alimento, e evidenciava os dados do rótulo de cada um. A dinâmica foi bem vista por toda a comunidade escolar, inclusive pelas merendeiras, que participaram ativamente. Para os profissionais de saúde, a atividade não alcançou o seu objetivo, pois apesar da divulgação nas reuniões de pais, a presença total de familiares foi de 50 pais, ou seja, 23,5% do esperado. Dentre os presentes, apenas 1 era pai de criança em situação de obesidade e 1 era familiar de uma criança em sobrepeso; todos os outros, eram pais

de crianças com IMC adequado. Portanto, a captação dos familiares de estudantes em situação de sobrepeso e obesidade foi considerada como insuficiente. O grande desafio foi compreender o contexto vivenciado por aqueles familiares, entender a "bagagem" cultural, o significado desta bagagem, e, principalmente, compreender como eles interpretam a situação de saúde de seus filhos. Houve elogios à escola que tem uma história de iniciativas com relação ao estímulo de bons hábitos alimentares. E paralelo a isto, alguns demonstraram reprovação ao fato de que alguns pais enviam doces e refrigerantes de lanche, desvalorizando e contradizendo o que é ensinado na escola. Ficou evidente também o descontentamento geral com a secretaria de educação que, segundo os relatos, raramente envia um cardápio viável e saudável para ser oferecido às crianças da escola. Então, o que parecia ser um problema simples, revelou-se como algo complexo e reflexo das várias contradições da sociedade atual. Os professores e as merendeiras também participaram, algo que não estava no planejamento. E no final, o resultado positivo: solicitaram à equipe de saúde que fizessem uma roda de conversa voltada para a prevenção da obesidade e bons hábitos alimentares, sendo esta exclusiva para a equipe da escola. Nas atividades realizadas com as crianças, observou-se que elas possuíam um conhecimento prévio sobre o assunto. Algumas demonstravam que não gostavam de determinadas frutas e legumes e verbalizavam que preferiam os alimentos industrializados e açucarados (bolo, balinha, refrigerante, salgadinho). Utilizou-se também massinhas, desenhos e vídeos infantis educativos. E por fim, o lanche tradicional escolar foi substituído pelo Dia da Fruta, no qual todos os pais foram convidados a enviar exclusivamente frutas para o lanche de seus filhos. As nutricionistas tiveram dificuldades

para desenvolver a atividade, devido à inexperiência de abordagem com esta faixa etária infantil. Sendo alguns: a linguagem utilizada (vocabulário) não foi tão adequada à compreensão dos alunos; dificuldade na condução das dinâmicas; e, falta de autoridade e vínculo com os estudantes. O objetivo de estimular o interesse das crianças por frutas e verduras foi alcançado. O Dia da Fruta tornou-se oficial, e acontecerá uma vez por semana. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Programa Saúde na Escola se destacou como um avanço na história de políticas públicas no Brasil voltadas para promoção da saúde. A partir dele, foi possível iniciar um vínculo família-escola-centro de saúde, e desta relação, revelou-se uma oportunidade para a construção do conhecimento em saúde, que é essencial para a promoção de uma qualidade de vida. Esta experiência mostrou ser possível desenvolver atividades de educação em saúde com as crianças e seus familiares, dentro da rotina escolar, porém com alguns desafios a serem superados, como por exemplo: construir vínculo com os familiares e torná-los protagonistas das atividades educativas. O projeto venceu a resistência dos profissionais de saúde com relação ao trabalho extramuros; despertou a escola para o seu papel de prevenção da obesidade e alertou os pais sobre o estado de saúde de seus filhos. E, ainda, deixou sementes: foi inserido no Projeto Político-Pedagógico da Escola para ser realizado anualmente. Os resultados deste trabalho reforçam a necessidade de maior investimento do poder público nas estratégias e políticas de promoção à saúde, e reforça a importância da Atenção Primária à Saúde como eixo sustentador do Sistema Único de Saúde.

PREVENÇÃO DO RISCO DE QUEDAS DE IDOSOS EM DOMICILIO: UMA QUESTÃO PARA PENSAR, PLANEJAR E EXECUTAR

Tatiana dos Santos Moreira, Francielli Peixoto de Carvalho Andrade, Leiza Sand Pereira Santos, Gabriel Pacheco Bispo, Renaldo Tavares Passos, Ricardo de Oliveira Santana, Verônica Lisboa da Costa, Guilherme Rodrigues Barbosa

Palavras-chave: Prevenção, Idosos, Queda

INTRODUÇÃO: A Prática de Ensino na Comunidade II (PEC II) é um componente curricular do segundo bloco do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe (UFS) campus Lagarto, utilizando como método de ensino - aprendizagem a problematização, através do arco de Margueret. Tem suas práticas desenvolvidas na rede de atenção primária à saúde do município de Lagarto, na qual os discentes e instrutores são vinculados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e uma micro área específica, proporcionando a inserção dos discentes na realidade local, a fim de amenizar os problemas enfrentados pela comunidade e preparar os discentes como agentes ativos no planejamento, desenvolvimento e realização das intervenções. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Foram realizadas aulas semanais no período do ano letivo de 2014, a turma foi vinculada a uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Lagarto-SE, estabelecendo parceria com a agente comunitária de saúde (ACS) responsável por uma das micro áreas, que acompanhou a turma durante o planejamento, desenvolvimento e realização das atividades. Após conhecer o espaço físico da unidade básica de saúde (UBS) e a composição da equipe, começou-se a colocar em ação o arco de Margueret, que estrutura a metodologia de ensino-

aprendizagem da Problematização e consiste em seis passos: Inicialmente a turma elaborou um roteiro de observação para o primeiro passeio ambiental junto a agente comunitária de saúde (ACS) na micro área, onde foram observados aspectos físicos, socioeconômicos e fatores determinantes e condicionantes da saúde da população residente, sendo o primeiro passo do arco (Observação, compreensão e coleta de dados), após o passeio os discentes se reuniram com o instrutor para discussão e logo a agente comunitária de saúde (ACS) juntou-se também na discussão, então foram listados aspectos que chamaram mais a atenção da turma, sendo eles: grande número de idosos, aproximadamente 87; 86 casos de Hipertensão Arterial Sistêmica; 20 casos de Diabetes Mellitus. E alguns aspectos do ambiente, como irregularidade das calçadas e terrenos abandonados com acúmulo de lixo. Após discussão, foi hipotetizado que o foco seria quedas em idosos no domicílio pelo número de idosos residentes na micro área e pelos eventos de quedas não serem eficientemente notificados à unidade básica de saúde (UBS). Concluindo o segundo passo do arco (Problemas encontrados e suas explicações). Partiu-se então para o terceiro passo (Teorização), no qual os discentes aprofundaram o conhecimento teórico acerca do assunto com leituras individuais de artigos, livros, cartilhas entre outras fontes e discussões em grupo. Após adquirir embasamento teórico destinou-se ao quarto passo (Identificação das soluções e planejamento da intervenção) começou-se a organizar as ideias chegando a conclusão que o melhor a fazer seria conhecer os riscos de quedas que a população idosa residente da micro área estava exposta para adotar-se medidas de prevenção. Então foi elaborado pela turma um questionário semiestruturado com perguntas pertinentes ao tema “Riscos de quedas presentes no

domicílio” para aplicação e de acordo as informações obtidas haveria a elaboração de um check-list de orientações aos idosos e/ou cuidadores. Após algumas semanas de planejamento chegou o dia marcado para a primeira intervenção: éramos oito discentes divididos com onze questionários a serem aplicados, totalizando 88, número correspondente ao quantitativo de idosos, conseguimos em duas aulas realizar a aplicação dos mesmos. Posteriormente os dados foram colocados em planilha do Excel, gerando as informações através da interpretação e cálculos feitos pelos discentes, destas informações foram analisados quais os cômodos da casa onde mais ocorreram as quedas, direcionando o próximo passo, a elaboração de orientações pertinentes àquelas situações. Na sequência foram realizadas as orientações em domicílio: os mesmo discentes que aplicaram o questionário voltaram realizando orientações gerais sobre como prevenir e/ou eliminar os riscos de quedas: inicialmente focavam no cômodo em que o idoso relatou o evento de queda e em seguida ofereciam orientações gerais a todos os cômodos do domicílio, realizando o quinto passo do arco (Intervenção sobre a realidade). Toda a atividade desenvolvida com idosos e/ou cuidadores residentes na comunidade obtinha-se como principais objetivos a identificação do número de idosos e os fatores de risco para queda presente em cada domicílio e também de sensibilizar e orientar os idosos e/ou cuidadores sobre o risco de quedas em domicílio e a forma de prevenção ou eliminação destes. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Os dados colhidos foram tabulados e evidenciaram a seguinte realidade: 53 idosos entrevistados os quais 35 já caíram 16 não caíram e 2 não souberam informar, estes episódios de queda ocorrem 17 em domicílio, 7 fora do domicílio e 11 em ambos os lugares. O último passo do arco de

Maguerez, relacionado à acompanhamento e avaliação da intervenção, ainda não foi realizado. Pretende-se retornar aos domicílios e utilizar estratégias para avaliar os possíveis impactos das orientações para redução do risco de quedas nesta população. A atividade proporcionou aos discentes interação com a comunidade, pois foi utilizado o modelo de educação dialógica para realizar as orientações, tendo como principal característica o diálogo entre discente e idosos/cuidadores, criando condições para desenvolver através da análise do certo e errado a atividade proposta, sendo um momento prazeroso de troca de experiências e aprimoramento de habilidades entre os envolvidos na atividade. Além disto, houve a aproximação com a equipe de saúde da unidade básica de saúde (UBS), principalmente com a agente comunitária de saúde (ACS). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conclui-se que a escolha da temática é de grande relevância para a micro área trabalhada, pois através do trabalho foi perceptivo a grande quantidade de idosos presente na mesma e a necessidade destes em serem orientados a respeito do tema “risco de quedas em idosos no domicílio” para que assim possam prevenir e/ou eliminar esses incidentes. Não só a comunidade foi beneficiada com as orientações dos discentes, como também a equipe da unidade básica de saúde (UBS), pois a partir dos dados coletados foi disponibilizado um relatório, que oferece para a equipe elementos para o desenvolvimento de trabalhos voltados para esta temática, dando continuidade às ações já realizadas. Portanto os discentes contribuíram para o melhor mapeamento de uma temática caracterizada por subnotificação e negligenciamento no gerenciamento do cuidado.

PROCESSO DE INOVAÇÃO PEDAGÓGICA NA EDUCAÇÃO SUPERIOR: O QUE SE PODE?

Michelly Santos de Andrade

Palavras-chave: inovação pedagógica, educação superior

APRESENTAÇÃO: Inovação pedagógica é uma expressão que tenta abarcar o uso de práticas e metodologias inovadoras no contexto da Educação, reconhecendo no estudante seu papel como protagonista de sua aprendizagem. Todavia, essa ainda não é uma realidade rotineira na Educação Superior como o é em outros níveis de atenção. Os docentes ainda demonstram resistência em experimentar novas possibilidades de ensino-aprendizagem, tornando moroso, difícil e distante a ruptura da prática tradicional de ensino. Apesar disso, nos últimos anos, tem havido por parte de IES e mesmo de alguns de seus docentes, a busca por ferramentas que tornem o ensinar e o aprender algo prazeroso e com sentido. Não obstante, o Ministério da Saúde em parceria com centros de formação importantes no país, tem reconhecido a urgência de se repensar a formação dos profissionais superiores da área da saúde, e medidas como a proposição das diretrizes curriculares nacionais para as 14 áreas reconhecidas, a oferta de cursos como ativadores da formação, baseado no arsenal das metodologias ativas, e ainda o apoio e financiamento de oficinas para sensibilização de docentes e discentes para o SUS, são alguns exemplos. Algumas características devem ser consideradas no processo de inovação pedagógica, tais como: a ruptura com a forma tradicional de ensinar e aprender; a gestão participativa com a atuação dos estudantes na definição de percursos e critérios no ensino; a reconfiguração de saberes incluindo

também competências, arte, vivências pessoais; a reorganização da relação entre a teoria e a prática; a modificação da percepção da concepção, desenvolvimento e avaliação da experiência no ensino/aprendizagem; a mediação do docente assumindo relações sócio-afetivas com os alunos, como condição de aprendizagem significativa (subjetividade, conhecimento); o protagonismo como condição para aprendizagem significativa, reconhecendo que tanto estudantes quanto professores são sujeitos da prática pedagógica estimulando a produção de conhecimento pelos estudantes. Em 2013 no Congresso da Rede Unida, houve uma mesa sobre inovação pedagógica. Naquele momento, foram apresentadas as múltiplas metodologias disponíveis para se alcançar tal fim. Dentre elas, a pedagogia colaborativa, pedagogia de projeto, aprendizagem baseada em problemas (PBL), pedagogia invertida, pedagogia baseada na Filosofia da diferença de Deleuze e Guatarri e a “ciência intuitiva” proposta por Spinoza que considera a incorporação ou mesmo reconhecimento do conhecimento imanente à pessoa, produzido pelos afetos, pelas afecções decorrentes do encontro dos corpos, uma pedagogia da exposição. O objetivo do presente texto é narrar um processo de inovação pedagógica vivenciado em três disciplinas do curso de Fonoaudiologia, cujo eixo transversal foi a Saúde Coletiva. E propor um diálogo sobre o que se pode fazer em termos de inovação pedagógica na Educação Superior. **DESENVOLVIMENTO:** O uso de práticas e metodologias inovadoras não está previsto na maioria dos projetos políticos pedagógicos dos cursos, cabendo a cada docente o livre uso daquelas que identificar como facilitadoras do processo de ensino-aprendizagem. Dessa forma, o relato presente refere-se às disciplinas de epidemiologia aplicada à fonoaudiologia e atenção à saúde da família, e, sobretudo, ao

estágio supervisionado em saúde coletiva, que ocorre nas USF e com visitas técnicas a outros serviços da rede municipal, tais como CAPS, centro de práticas integrativas, serviço de atenção domiciliar, dentre outros. Nas disciplinas, o processo de inovação se inicia desde o primeiro encontro, quando os estudantes são solicitados a expressarem o que esperam da disciplina, o que e o pretendem fazer para alcançar esse objetivo, dando início a uma espécie de contrato pedagógico em que fica clara a responsabilidade de cada ator (professor-estudante). Isso já causa bastante estranhamento na maioria dos estudantes, pois ficam se questionando como isso é possível? Após esse momento, pactuamos ainda questões como horários, pontualidade na entrega das atividades a serem realizadas, dentre outras. Na execução da programação, a flexibilidade é percorrida ao máximo possível, seja atrasando um pouco ou avançando algum conteúdo que a turma entenda necessário. Como técnicas utilizamos várias possibilidades que vão desde a roda de conversa, aonde todos são estimulados e convocados a participarem das atividades, pequenos grupos, representação da aprendizagem por meio de cordel, paródia, dramatização, problematização e até mesmo, ao final da disciplina, a confecção de um produto que pode ser no formato de vídeo ou mesmo na forma de uma instalação artística. Dois exemplos dessa última foram na disciplina de atenção à saúde da família, na qual a turma subdividida por temáticas (saúde da criança, saúde da mulher e do homem, saúde do idoso e saúde mental), levaram para a mostra uma escultura representando o cuidado com a criança, um painel constituído por roupas íntimas, masculinas e femininas, para chamar atenção sobre o assunto de quem passava pelo lugar da exposição, um guarda-chuva, no qual cada haste havia uma foto que levava à reflexão

da temática. No estágio, as possibilidades de afecção são ainda maiores pela frequência e intensidade dos encontros. Como instrumento, utilizamos o portfólio na sua versão reflexão, ou seja, além do registro das atividades realizadas durante e após as vivências nos cenários de prática e espaços de processamento, também é solicitado que os estudantes narrem como foi vivenciar tal situação e o que aquilo influenciou na sua formação profissional e humana. Recentemente, para auxiliá-los nesse processo, inserimos ainda o diário de aprendizagem, onde eles registram dia a dia, as cenas que lhe chamaram mais atenção. Isso tem permitido uma expressão da aprendizagem para além do conteúdo, mas reflexão sobre as práticas em saúde e na produção do cuidado, que envolve o compartilhamento de saberes na busca de uma atenção integral à saúde. Além disso, outra ferramenta potente tem sido o uso da educação permanente (EP) já no processo de formação, na lógica da indissociabilidade entre educação e trabalho, entre teoria e prática. Apostamos na aprendizagem como um processo inerente à atividade do trabalho e utilizamos a EP para analisarmos as relações de trabalho que estão diretamente envolvidas na produção de (des) cuidado. Alinhamos o conhecimento prático, à experiência em cada espaço, que se estende do ambiente puramente “acadêmico”. Produzimos saberes em quaisquer lugares e com quaisquer pessoas que estejam dispostas a trocá-los entre si. E uma aprendizagem que ultrapassa a linha do conteúdo, mas uma formação para a vida. **IMPACTOS:** Para realização dessas atividades, os grupos precisaram reunir-se, traçar objetivos e metas, pensar nas formas de representar o conhecimento aprendido e nele as afecções do processo. Desenvolveram o agir comunicativo, tomada de decisões para planejamento de ações e reflexão sobre a formação ética-humanística necessária

para atender às populações/questões ali representadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Inovações pedagógicas são possíveis, viáveis e exequíveis, apesar da resistência ainda presente, inclusive nos estudantes. O que se pode? Tudo que servir para facilitar a aprendizagem. Vale combinar técnicas, metodologias desde que o protagonismo estudantil seja promovido/ampliado. Vale apostar em se considerar as afecções presentes no processo de aprendizagem. Seja em relação a si próprio, aos outros. Respeitando a subjetivação de cada estudante. Vale o docente e mesmo o discente estar em educação permanente constante, indagar suas práticas, funcionamentos. Só não vale o ativismo pelo ativismo. Fácil é colocar as cadeiras em círculo; difícil é fazer as ideias circularem.

PROGRAMA “PRÁTICAS INTEGRAIS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA (PINAB)”: UMA EXPERIÊNCIA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA PELA EDUCAÇÃO POPULAR

Renan Soares de Araújo, Ana Paula Maia Espíndola Rodrigues, Elina Alice Alves de Lima Pereira, Ana Claudia C. Peixoto Vasconcelos, Pedro José Santos Carneiro Cruz

Palavras-chave: promoção da saúde, ação intersectorial, relações comunidade-instituição

APRESENTAÇÃO: O Programa “Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (PINAB)”, vinculado ao Departamento de Promoção da Saúde e ao Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), constitui uma experiência de Extensão Universitária pela Educação Popular, desenvolvida desde o ano de 2007 com ações voltadas à Promoção

da Saúde e à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) em comunidades no bairro do Cristo Redentor em João Pessoa-PB. O PINAB organiza suas ações em grupos operativos construídos de maneira compartilhada com as equipes da Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Saúde, tais como: Puericultura: que busca promover a saúde das crianças, a partir de encontros com a proposta de viabilizar uma atenção integral, compreendendo a criança como um ser em desenvolvimento, levando em consideração sua família e o meio social no qual está inserida; HiperDia: que desenvolve através de encontros o acompanhamento sistemático de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, com o propósito de discutir criticamente a respeito de questões e/ou problemáticas relativas a estas doenças e seus condicionantes, com vistas a potencializar o empoderamento e a autonomia dos usuários; Saúde Mental: que traz a proposta da leveza, humanização, escuta e diálogo horizontal nas estratégias de cuidado em saúde de maneira tanto agradável quanto preventiva, educativa e reflexiva, uma iniciativa da residência médica e dos profissionais apoiado pelo Programa, com o objetivo de problematizar a realidade e o uso abusivo de psicotrópicos e promover melhora na qualidade de vida dos usuários; Horta Comunitária: ação protagonizada por moradores e lideranças populares locais, delineada como espaço comunitário de problematização da realidade e estímulo à alimentação saudável, sustentabilidade, participação popular, Direito Humano à Alimentação Adequada, dentre outros elementos intrínsecos ao campo da SAN; Espaço de Diálogo: estratégia de potencialização da participação local em saúde nas comunidades assistidas pela USF, sendo este resultado de uma experiência de efetivação do controle social e do exercício da cidadania, o qual através de encontros mensais entre usuários, trabalhadores

locais e gestão de saúde, pretende-se, a partir de rodas de conversa, favorecer o diálogo entre todas as partes, de modo que todas as pessoas se expressem e sejam ouvidas, expondo suas inquietações e anseios em relação aos problemas sociais cotidianos do serviço e do território, com vistas à formulação de estratégias de superação dos desafios e problemáticas elencados; Escola: que desenvolve práticas educacionais em saúde no contexto da formação escolar visando a Promoção da Saúde, especialmente através da Alimentação Saudável, da Participação Popular e da SAN; e Idosos: o qual insere extensionistas em uma instituição de longa permanência com intuito de viabilizar espaços de convivência que gerem a partir da humanização e amorosidade, estratégias de cuidado, reflexões acerca do regaste e valorização das memórias, mediante o encontro entre gerações. Essas diferentes frentes são planejadas e desenvolvidas com sujeitos da comunidade, da equipe da USF e de alguns equipamentos sociais do território. Além disso, contempla outros eixos, como as visitas domiciliares, as quais consistem em estratégias que envolvem vivências nas famílias do âmbito comunitário, nas dimensões do cuidado e da criação de vínculos afetivos com a população, buscando sentir e enxergar o contexto sociocultural e econômico das famílias, enfatizando desde as relações interpessoais e as singularidades, até aspectos mais abrangentes como: condições de trabalho, alimentação, moradia, educação, cultura e justiça. O PINAB ainda inclui em suas ações o apoio ao Movimento Popular de Saúde da Paraíba (MOPS-PB) e à Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (ANEPS-PB), auxiliando e estreitando vínculos com os participantes em suas ações, incentivando a sistematização e visibilidade das experiências dos protagonistas populares desses espaços a

partir da construção de materiais audiovisuais. Além disso, o apoio do Programa à dimensão da Participação Social é realizado por meio de um mapeamento dos mais diversos níveis de participação popular e social nos distritos sanitários do município de João Pessoa – PB, objetivando, com estes dados, mobilizar um Fórum Permanente de Participação e Educação Popular. No campo da SAN, destaca-se também o recente processo de construção de um Fórum no território, para que o tema receba enfoque e que a população receba maior formação de forma participativa e horizontal, incluindo ainda formações com professores de escolas públicas da região; a promoção de um curso de SAN na comunidade, correspondendo a promoção de ações formativas para fomento a práticas sociais de combate à fome e à pobreza junto aos grupos populares locais, envolvendo os Agentes Comunitários de Saúde como multiplicadores deste conhecimento, leva ao ambiente de nossos trabalhos experiências, aprendizagens, reflexões e problematizações coerentes com a realidade, os saberes e a cultura popular local. Esse conjunto de frentes de atuação se dá com as equipes da USF, as quais apoiam os espaços de discussões e planejamento das diferentes ações, ainda em parceria junto a Escola Municipal de Ensino Fundamental Augusto dos Anjos e a Instituição de Promoção do Ancião, instituição de longa permanência do território. A operacionalização da gestão colegiada do Programa se dá a partir de distintos espaços, como as reuniões de planejamento na UFPB, em que os grupos se reúnem para organizar suas atividades; reuniões de formação, constituindo momentos de discussão teórica sobre temáticas relacionadas ao cotidiano das ações; e reuniões semanais com a comunidade, visando à socialização e planejamento das ações de forma

compartilhada. Participam da gestão das ações do PINAB: graduandos, docentes, pós-graduandos, trabalhadores de saúde e educadoras populares comunitárias. Por meio desse conjunto de trabalhos sociais, o PINAB intenciona promover exercícios emancipatórios no contexto comunitário, por meio da reflexão crítica da realidade social, incluindo o reconhecimento da alteridade e dos sentidos do outro e o enfrentamento dos determinantes sociais em saúde. Como resultados dos processos desenvolvidos, percebe-se contribuição do Programa na formação de profissionais com postura crítica e humanística, comprometidos com as causas sociais populares, particularmente no que tange à garantia da saúde e da alimentação como direito, bem como quanto ao enfrentamento sistemático da fome e da extrema pobreza. A atuação ainda tem favorecido espaços de discussão e de exercício de práticas para promoção da saúde de forma integral e interdisciplinar. Além disso, as experiências, inquietações e reflexões vivenciadas vêm incentivando a problematização e sistematização das ações nas mais diversas formas de produção científica como artigos publicados em periódicos, monografias de conclusão de curso, teses de doutoramento, livros e apresentações em congressos. Ademais, há a preocupação da articulação com atividades de ensino, na medida em que promove uma disciplina complementar obrigatória no curso de Medicina, com o tema: “Práticas Integradas de Educação e Promoção da Saúde” e um Curso de Extensão construído a partir de reflexões e vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP), intitulado “Educação Popular na universidade”. Com isso, além dos resultados observados nas diversas frentes, como o vínculo entre os sujeitos, o estímulo à participação social, a problematização da realidade local e a construção compartilhada, observa-se no

âmbito acadêmico, o fortalecimento da indissociabilidade entre Ensino, Pesquisa e Extensão e o exercício processual de uma universidade comprometida socialmente, que inclui em sua agenda a transformação social por meio de uma construção que se dá pelo encontro com o outro, de maneira compartilhada e respeitadora dos saberes, particularmente aqueles das práticas populares e dos sujeitos do mundo comunitário.

PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO ACADEMIA, SERVIÇO E COMUNIDADE: INTEGRAÇÃO MULTIDISCIPLINAR, INSERÇÃO NA COMUNIDADE E REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Ismael Oliveira de Araújo

Palavras-chave: PIASC, formação em saúde, saúde

APRESENTAÇÃO Este trabalho traz um relato de experiência do Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade (PIASC), um componente curricular dos cursos de saúde da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), que traz em seu seio uma experiência inovadora com o papel de reorientação da formação de profissionais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e os determinantes sociais do processo saúde-doença. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA** O Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade (PIASC) é um componente curricular das grades curriculares dos cursos de saúde que foram reformulados no ano de 2012 na Universidade do Estado da Bahia (UNEB) que integra os cursos de medicina, enfermagem, nutrição, farmácia, fisioterapia e fonoaudiologia, tornando uma disciplina comum aos mesmos com turmas multidisciplinares. O PIASC tem

momentos teóricos na universidade e espaços práticos nas comunidades circunvizinhas nos distritos sanitários do município de Salvador, Bahia. Este componente curricular possui três módulos, distribuídos entre o primeiro, segundo e terceiro semestre respectivamente. No primeiro há apresentação dos conceitos de saúde coletiva, processo saúde-doença, saúde da família, níveis de atenção à saúde e territorialização dos campos de atividades práticas; no segundo é abordado aspectos do diagnóstico situacional das unidades de saúde da família e da população atendida que servem de base para o terceiro módulo; por fim neste é discutido o planejamento em saúde e a intervenção para algum(s) problema(s) observado(s) no diagnóstico situacional. O Programa teve na sua implantação 180 discentes oriundos dos seis cursos de saúde e foi criada uma organização para que as mesmas turmas permanecessem unidas no mesmo campo prático ao passar para a disciplina subsequente. Uma turma ficou alocada no distrito Cabula-Beirú, propriamente na Unidade Saúde da Família (USF) Professor Humberto Castro de Lima (2012-2013), localizada na comunidade de Pernambuco, um dos bairros mais populosos de Salvador, localizado próximo a avenidas importantes da capital baiana e próximo aos grandes shoppings e empreendimentos, porém dentro da comunidade ocorrem locais de difícil acesso, como escadarias deficitárias, ladeiras, declives, esgotos a “céu aberto”, além dos problemas sociais ligados a violência física e drogas ilícitas. A USF foi concebida no ano de 2011, portando possui adequada estrutura física, porém com dois aspectos negativos: a mesma é localizada na extremidade da comunidade, sendo de difícil acesso a boa parte da população; além disso, no período do diagnóstico situacional, a mesma possui quantidade ineficiente equipes de saúde da família, levando a sobrecarga

de trabalhos aos trabalhadores da saúde especialmente aos agentes comunitários e enfermeiros (as) e cobertura insuficiente do território, fatores que são iguais aos demais distritos sanitários. O diagnóstico situacional feito no PIASC 2 foi baseado no método de estimativa rápida, pois tem característica de baixo custo e rapidez adequados a uma disciplina semestral. Os dados oriundos deste método são base para intervenções em comunidades específicas, apontando os problemas da população, sendo necessária a participação de atores sociais importantes nas comunidades para os relatos dos principais problemas e possíveis métodos de intervenção e solução dos mesmos. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas que versavam sobre organização da comunidade (estrutura, organizações), ambiente físico (habitação, saneamento básico, pavimentação), ambiente socioeconômico (condição de vida, lazer, trabalho e educação) e serviços de saúde disponíveis. O método utilizado consistiu em um questionário que culminou em variáveis qualitativas e quantitativas das condições de saúde da área investigada, porém vários empecilhos devem ser citados quando se utiliza o método de estimativa rápida, resultado superficial, número pequeno de entrevistados, subjetividade dos entrevistados, pouca área abrangida e tempo de estudo que são variáveis que podem interferir nos resultados finais. Foi observado que a população questionava a inexistência de médicos especialistas na unidade de saúde, portanto não entendendo a função da atenção primária a saúde com profissionais generalista centrados na saúde da família, encaminhando por meio dos fluxos de saúde para outros níveis de assistência quando necessário; na condição de saúde foi observada ausência de espaços de lazer na comunidade e elevada incidência de hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, foi relatado ainda por alguns entrevistados grande evasão escolar e

gravidez não planejada na adolescência. No PIASC 3 debruçou-se sobre a intervenção na comunidade, ficou estabelecido que não haveria formas de intervenção que incidissem nos aspectos físicos e estruturais da comunidade. Portanto, observando os outros problemas, pautou-se a busca da raiz causal por meio de uma representação gráfica da árvore de problemas que é dividida em: Tronco que exprime um problema; Raízes englobando suas principais causas; e galhos e folhas como as consequências que ela provoca na população. Chegou-se a conclusão que o fator educação em saúde ajudaria na minimização de vários problemas na população, sabendo que os jovens em idade escolar pouco frequentavam as unidades de saúde, este público foi o alvo da intervenção. A intervenção foi construída pelos discentes da turma do PIASC 3 no Colégio Estadual Edivaldo Boaventura, localizado no bairro STIEP, bairro próximo a Pernambuco em que a maioria dos jovens do ensino fundamental e médio estudavam, sendo ocorrida no dia 20 de julho de 2013 com mostra de peça teatral, distribuição de cartilhas, panfletos, brindes, camisinhas e com jogos interativos com os presentes. A intervenção foi elaborada a partir de uma Feira de Educação em Saúde com estandes temáticos: doenças sexualmente transmissíveis, jogos, planejamento familiar, acidentes corriqueiros e ações a serem tomados, primeiros socorros, alimentação adequada e saudável, avaliação e orientação nutricional, mapa das unidades de saúde do distrito Cabula-Beirú e serviços oferecidos, além destas atividades foi produzida uma cartilha ilustrada sobre as informações da feira educativa. RESULTADOS: O componente curricular PIASC culminou como atividade palpável a intervenção na comunidade com a população de jovens em idade escolar, conseguindo abranger os objetivos de compartilhamento de saberes e informações sobre saúde com este público específico em construção do

conhecimento. Ao longo dos três semestres com esta disciplina ela cumpriu também seus objetivos de reorientar o modelo hegemônico de saúde na formação de profissionais de saúde, afirmar a relevância da atenção primária a saúde como principal porta de entrada do sistema único de saúde e um campo fértil a práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde e interação entre discentes de cursos distintos para que os mesmos vivenciem na prática a multi e interdisciplinaridade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O PIASC constrói o complexo processo de alinhamento de grades curriculares de cursos distintos e o enfrentamento ao modelo biologicista da saúde que é hegemônico e não abrange a saúde como prática social. Além disso, choca ao colocar acampo discente imaturo na graduação em seus semestres iniciais; todavia este fator é de relevância para que se entenda e reflita o papel e relevância das instituições de ensino na preparação de recursos humanos para a saúde, especialmente para o SUS, que deve atender as demandas da população em consonância com as diretrizes e princípios do SUS. Este programa sustenta o tripé organizativo das universidades (ensino, pesquisa e extensão) e proporciona aos estudantes experiências práticas que levam a reflexão do conceito ampliado em saúde e do cuidado integral em saúde, formando profissionais diferenciados que atendam às reais demandas da população.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL EEUSP/CAPS III ITAIM BIBI – SMS/SP / 2015-2016

Ana Luisa Aranha e Silva, Sônia Barros, Alexandre Nemes Filho, Adalberto Lamerato Costa, Jessica Liz da Silva Carvalho, Juliana Tedim de Almeida, Mateus Elias Abumanssur, Paula Francinelle de Medeiros Paiva

Palavras-chave: educação, saúde mental, reforma psiquiátrica, residência multiprofissional

A organização de conhecimentos oriundos de várias áreas da ciência, tendo a atividade clínica relacionada à doença e ao sofrimento mental como o centro, forma o grande campo que se convencionou chamar de saúde mental. O cuidado em saúde mental, quando realizado em contextos que incluem a concepção do processo saúde-doença como multideterminado necessita de novos suportes teóricos. O campo da saúde mental, marcado pelo concurso de diferentes disciplinas que fazem face à complexidade do seu objeto, exige a necessária revisão dos processos de trabalho e organização dos serviços onde se processa o atendimento. São diversas as funções que devem ser assumidas pelos profissionais que atuam ou preparam-se para atuar nesse campo. A análise dos currículos dos cursos de graduação dos profissionais que mais comumente compõem o campo da atenção à Saúde Mental evidencia a distância entre os processos formadores e as exigências da prática. Uma das consequências são profissionais com dificuldades para desenvolver a clínica e/ou a gerência nas instituições e serviços públicos. Atualmente a Reforma Psiquiátrica brasileira no contexto do SUS é marcada pela implantação das Redes de Atenção Psicossocial, substituição do modelo de atenção asilar e implantação de Centros de Atenção Psicossocial, regulamentados pela Portaria GM 336/2002. Os CAPS assumem especial relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no País. Essa mudança paradigmática deve englobar a relação que se estabelece com o usuário, equipe, família, a comunidade e o território. O objeto de intervenção torna-se mais complexo, interdisciplinar e as práticas e os saberes tradicionais devem ser reconstruídos para responder a essa transformação. O Ministério da Saúde

preconiza que esses serviços tenham papel articulador e que trabalhem em Rede: Atenção Básica, Estratégia da Saúde da Família; urgências e emergências; leitos de psiquiatria em hospital geral; estratégias de desinstitucionalização nos Serviços Residenciais Terapêuticos e estratégias de reabilitação psicossocial nos projetos de geração de renda na perspectiva da Economia Solidária. A Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, traz para a pauta a reflexão sobre a formação de profissionais para atuarem na lógica das Redes de Atenção. A formação de profissionais por meio de educação permanente, a articulação com outros segmentos da sociedade civil e a regulação da RAPS são alguns dos desafios que se fazem presentes no cenário atual. Compete aos profissionais de saúde o cuidado integral ao indivíduo, família e comunidade, isto é, o planejamento, a execução e gestão de todas as ações em saúde para viabilizar o cuidado de acordo com as diretrizes apontadas acima. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de programas para fortalecer a formação clínica e de investigação para o mundo do trabalho, visando o aperfeiçoamento da assistência. Tais Programas, no âmbito do lato sensu e stricto sensu, podem ser especializações, residências, mestrado profissional, mestrado e doutorado acadêmicos. O papel do mestrado e doutorado acadêmicos para a formação em pesquisa é bem estabelecido nas áreas profissionais da saúde, mas há grande carência de cursos para o aprimoramento para o mundo do trabalho, como Residências Multiprofissionais e Mestrados Multiprofissionais. A proposta do presente Programa de Residência Multiprofissional visa instrumentalizar os profissionais da saúde para responderem às necessidades de saúde da população com conhecimentos e práticas clínicas

aprimoradas. Este Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental tem como objetivo preparar profissionais para o exercício de prática profissional nos diversos Pontos de Cuidados de uma Rede de Atenção Psicossocial da Coordenadoria de Saúde Oeste do Município de São Paulo. O Profissional Residente adquirirá habilidades para prestação de assistência em saúde visando responder às demandas da sociedade por práticas qualificadas. Deverá desenvolver conhecimentos e habilidades consistentes e atualizados na área de saúde mental que possibilitem o exercício de sua atividade profissional de forma reflexiva, transformadora e ética e ser capaz de atuar com autonomia e em colaboração com outros profissionais na promoção e manutenção da saúde, identificação e recuperação dos agravos à saúde. Neste sentido, o Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP tem executado projetos do Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo como o PET Saúde Mental, desde 2009 e Residências em outras especialidades, desde 2013, além da Cooperação Técnica com SMS/SP – Coordenação Regional de Saúde Oeste, desde 2007, que viabiliza o ensino teórico-prático de saúde mental do Curso de Graduação em Enfermagem. Compreendendo a importância dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde para a formação de profissionais para o SUS na perspectiva do trabalho em Rede, a Escola de Enfermagem da USP vem desenvolvendo o Programa de formação e produção de conhecimento interdisciplinar em saúde mental, que envolve profissionais, residentes, gestores, corpo docente, tutores, preceptores, coordenação, usuários e familiares nos cenários de prática dos Pontos de Cuidado da RAPS pactuados com a SMS/SP, a saber: Eixo 1: UBS Jardim Edite com Estratégia Saúde da Família e

Consultório na Rua da UBS Magaldi; Eixo 2: Atenção especializada no Centro de Atenção Psicossocial III Itaim Bibi; Eixo 3: Atenção de Urgência e Emergência no Pronto Socorro Municipal da Lapa; Eixo 6: Estratégias de Desinstitucionalização no Serviço Residencial Terapêutico vinculado ao CAPS Itaim Bibi, populações albergadas e em situação de rua; Eixo 7: Estratégias de Reabilitação Psicossocial no Empreendimento Econômico Solidário O Bar Bibitantã e no Ponto de Cultura e Comércio Justo da Benedito Calixto. Além dos Pontos de Cuidados para formação na Rede e em Rede, os Residentes têm previstas atividades de formação no nível da gestão local, junto à Coordenação de Saúde Oeste da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. Os Trabalhos de Conclusão de Residência, em processo de concepção e elaboração, deverão abordar uma necessidade concreta advinda da prática e desenvolver estratégias de superação dela, na perspectiva da transformação da realidade local, do serviço, dos usuários singulares e familiares ou do território.

PROGRAMA DE TUTORIA EM SAÚDE COLETIVA: RELATO DA EXPERIÊNCIA DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Eluana Borges Leitão de Figueiredo, Mônica Villela Gouvêa, Elisete Casotti, Caroline Montez Lima dos Santos

Palavras-chave: Formação, Saúde Coletiva, SUS

Apresentação: A Universidade Federal Fluminense, detectando a necessidade de acompanhar, orientar e apoiar os ingressantes em seus cursos de graduação criou no ano de 2011, o Programa voluntário de Tutoria para alunos de primeiro período. O Programa possibilita

a seleção por meio de edital, de alunos regularmente inscritos em cursos de pós-graduação strictu sensu para atuarem como tutores, recebendo para tal atividade uma bolsa de trabalho. O principal objetivo é conter a evasão que ocorre, geralmente, nos períodos iniciais da vida acadêmica, sendo as ações do Programa direcionadas a apresentar ao calouro subsídios para que possa avaliar com propriedade se deve ou não permanecer no curso de escolha. Este trabalho propõe-se a relatar uma vivência no Programa de Tutoria em Saúde Coletiva oferecido às turmas de primeiro período do curso de odontologia da UFF, no primeiro e segundo semestres do ano de 2014. A iniciativa reveste-se de importância de que dificilmente um aluno ingressante nesse curso vislumbra a perspectiva de atuação no sistema de saúde e o Programa de Tutoria cuida de problematizar através de atividades dialógicas, participativas e reflexivas o papel da odontologia nos diferentes níveis do SUS. Descrição da experiência: A experiência ocorreu no ano de 2014 e envolveu a tutora, aluna do Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Interdisciplinar para o SUS/UFF, docentes responsáveis pelo desenvolvimento do Programa no curso de odontologia e 15 alunos. O ponto de partida da experiência deu-se com a divulgação do Programa no início do período, durante a semana de acolhimento aos calouros (trote cultural), com a presença dos alunos participantes do Programa na turma anterior, que prepararam uma pequena apresentação em power point com fotos relativas às atividades desenvolvidas. Os alunos interessados foram convidados para um primeiro encontro em formato dialógico com o objetivo de construir coletivamente os objetivos e a programação. Depois de estabelecidos os acordos, o grupo iniciou as atividades. As atividades realizadas envolveram o conhecimento de instâncias dentro e fora da universidade. A primeira

visita foi dedicada ao conhecimento de um programa de extensão chamado “Boa noite, Bom dia” desenvolvido no Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF, que intenciona despertar estudantes da área da saúde para a importância da humanização dos ambientes hospitalares, da escuta empática e da qualidade da comunicação profissional-paciente/usuário. A visita intencionou apresentar aos alunos da tutoria a possibilidade de adesão a um programa de extensão já no seu primeiro período de curso. Esse foi também o primeiro contato dos alunos com um ambiente hospitalar. Na sequência, com o objetivo de apresentar aos alunos o campo da odontologia/saúde bucal no SUS, realizou-se visita à coordenação da saúde bucal da prefeitura do Rio de Janeiro, quando puderam compreender como funcionam os níveis de atenção do SUS e a organização da saúde bucal, bem como, o papel do dentista na função de gestor. A terceira visita foi programada para o Hospital Municipal Nossa Senhora do Loreto na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, um hospital especializado no atendimento a pessoas com fissuras labiopalatais. Os alunos conheceram a estrutura física, puderam observar alguns atendimentos feitos pelo dentista. A quarta visita deu-se na unidade de odontologia do Instituto Nacional do Câncer INCA-I. Os alunos compreenderam o funcionamento da unidade especializada de alta complexidade e observaram a atuação dos dentistas junto aos portadores de câncer bucal. A Unidade de Saúde da Família Sérgio de Vieira Melo, no Rio de Janeiro, foi o quinto serviço de saúde apresentado aos alunos. Além da visita aos espaços físicos da unidade foi realizada uma roda de conversa com o dentista em que se abordaram as peculiaridades e especificidades da profissão na Estratégia Saúde da Família (ESF). Os alunos, na sexta visita, puderam conhecer a Unidade de Saúde Rodolpho Rocco, no Rio de Janeiro. Inicialmente percorreram os

espaços físicos, especialmente, os ligados à odontologia, mas foi possível observar a atuação multiprofissional no âmbito da unidade como um todo. A sétima e última visita aconteceu na Fundação Oswaldo Cruz: no museu da vida. Esse encontro contou com a participação da docente responsável pelo programa de tutoria na odontologia da UFF e foi guiada pela equipe da Fiocruz. Com essa aproximação, os alunos inteiraram-se de um importante período da história da saúde pública brasileira e discutiram suas relações com a formação em odontologia. Como fechamento do ciclo de encontros, os alunos participaram ativamente da organização da Semana de Saúde Bucal Coletiva durante a Jornada Acadêmica da Faculdade de Odontologia da UFF. Esse foi um espaço considerado importante, pois contou com a participação de profissionais de saúde e coordenadores dos espaços e serviços visitados, gestores e professores da universidade e coordenadores e tutores de programas de tutoria oferecidos a outros cursos da UFF. Este evento foi muito rico, pois os alunos não só participaram da sua organização, como apresentaram trabalhos relacionados às visitas e puderam trocar as experiências vividas. Cabe ressaltar que as diversas atividades realizadas foram intercaladas com sessões de discussão em roda das experiências. Resultados: O evento organizado possibilitou conhecer a avaliação do Programa feito por alunos, tutora, coordenadores e gestores. A experiência foi considerada positiva, uma vez que se revelou estratégia potente para proporcionar integração entre o aluno ingressante e a universidade, entre os alunos e profissionais inseridos no SUS. Destacam-se nesta experiência aspectos fundamentais para a formação do aluno: o trabalho coletivo, a capacidade de aprender com a experiência do outro, a possibilidade de expressar os sentimentos com relação ao curso e à profissão escolhida na relação

de confiança estabelecida com a tutora e com os demais estudantes, e a percepção da possibilidade de um maior protagonismo em seu processo de formação, interagindo e contribuindo para a evolução do grupo, do outro e de si próprio. O programa de tutoria, por meio da aproximação com os serviços de saúde, possibilitou aos alunos uma visão ampla e diferenciada do SUS com superação do conhecimento do senso comum. Na avaliação do impacto da tutoria na formação do aluno a experiência foi considerada potente, em especial, pela oportunidade de participação em diálogos coletivos através da metodologia da roda, na discussão de aspectos positivos e negativos encontrados nos espaços visitados e ainda pelo conhecimento precoce de um contexto amplo da rede de serviços do SUS, desde a atenção básica até os serviços hospitalares e de reabilitação, incluindo uma compreensão de fluxos e redes de atenção. Por fim, a tutoria despertou para a construção de pensamento crítico e reflexivo desencadeado a partir das observações de espaços de trabalho do dentista e diferentes caminhos para o exercício da profissão nos espaços do SUS. Considerações finais: A qualidade da formação proporcionada pela vivência no Programa de Tutoria evidenciou a importância de se pensar o aluno num contexto de exposição a cenários capazes de sensibilizá-lo tanto para a vida quanto para o exercício qualificado de suas atividades profissionais. Por fim, cabe ressaltar a potência dos encontros produzidos no contexto do Programa de Tutoria, observados nas relações que se estabelecem entre alunos, tutores, profissionais de saúde e docentes.

PROGRAMA ESTADUAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL REGIONALIZADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA MODALIDADE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE

Rita de Cássia de Sousa Nascimento, Renata Maria de Oliveira Costa, Rosângela Martins Gueudeville

Palavras-chave: residência multiprofissional, saúde da família, educação permanente

Este trabalho objetiva apresentar o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, iniciado em março de 2015, com 41 residentes e respectivos preceptores, com coordenação local e estadual em 12 municípios da Bahia. Seu foco está na formação de profissionais de forma regionalizada, para o desenvolvimento da Atenção Primária, por meio da Estratégia de Saúde da Família, tendo em vista a promoção da saúde, ordenamento e consolidação das redes de atenção e a integralidade do cuidado. Especificadamente objetiva: a) Analisar as tendências atuais das Políticas de Saúde, e mais especificamente as de Atenção Básica no âmbito nacional, estadual e locoregional; b) Compreender a noção de Território, sua relação com o processo saúde-doença e modos de vida, desenvolvendo estratégias de cuidado em equipe interdisciplinar; c) Desenvolver ferramentas e metodologias de apoio matricial/matriciamento a fim de promover o cuidado colaborativo na Atenção Básica, contribuindo para a gestão do cuidado baseada na concepção de clínica ampliada, com vistas à intersetorialidade; d) Promover educação permanente a partir da integração com as equipes de saúde (de referência e de apoio matricial), equipe de residentes e comunidade; e) Fomentar estudos e pesquisas em Atenção Primária e Apoio Matricial a fim de qualificar as práticas

desenvolvidas nas Redes de Atenção à Saúde; f) Ampliar a capacidade clínica, educativa e de escuta, desenvolvendo habilidades de comunicação, de gestão e de trabalho colaborativo; g) Reconstruir os padrões de relação nos serviços de saúde, integrando a gestão local/regional, por meio da articulação entre equipes de saúde e de Apoio Integrado. As estratégias pedagógicas do Programa estão pautadas no currículo integrado, baseado na Teoria Crítica e no referencial que considera as formas de construção do currículo como fatos sociais, o que proporciona uma compreensão global do conhecimento e promove maiores parcelas de interdisciplinaridade na sua construção. As competências elaboradas geram um fluxo de ação e reflexão no qual é possível superar a dicotomia entre teoria e prática, bem como, entre conhecimento, trabalho e vida. Este currículo pode contribuir significativamente para a formação de profissionais com autonomia, criticidade, abertos e capazes de refletir sobre as mudanças que ocorrem a todo o momento nos cenários de práticas da atenção primária. Para desenvolvimento desta proposta, compete à aplicação de métodos ativos de aprendizagem que buscam a espiral construtivista, a representação dos movimentos desenvolvidos no trabalho coletivo dos grupos de residentes, possibilitando a aprendizagem significativa. Estes métodos enfatizam a ação de problematizar, pois têm como objetivo último, que o residente aprenda a relacionar três momentos: identificação de um problema, busca de fatores explicativos e proposição de soluções. O currículo integrado deste Programa está baseado na interdisciplinaridade, motivando um diálogo entre as áreas temáticas, possibilitando desconstruir e retrabalhar concepções a fim de implantar uma nova práxis na Atenção Básica. Quanto ao desenho metodológico o

trabalho interdisciplinar é um eixo do Programa e, baseando-se na problematização do conhecimento, será tratado em abordagens temáticas, que a cada trimestre serão integradas em um único módulo. Tais abordagens temáticas foram selecionadas por proximidade e relação com as práticas vivenciadas, e são trabalhadas a partir de projetos interdisciplinares, com flexibilidade, atendendo às singularidades locais/regionais. O acompanhamento pedagógico tem sido efetivado por meio de discussões quinzenais das narrativas e/ou do usuário-guia (estudo de caso) construídos individualmente e/ou em equipe de residentes e discutidos com os preceptores e/ou trabalhadores da Equipe de Saúde da Família (ESF). Tais discussões também poderão ser realizadas com o tutor por meio de fóruns virtuais interdisciplinares no AVA - Ambiente Virtual de Aprendizagem, durante todo o módulo, e que culmina com a realização de um Seminário Trimestral Interdisciplinar de Avaliação presencial (STI). Portanto, serão apresentadas no AVA seis narrativas a cada módulo temático, seguidas, cada uma, de sínteses reflexivas, cujo suporte teórico evidencia o aprendizado do residente. As narrativas e usuário-guia são de livre escolha do(s) residente(s), atendendo ao critério de ter ocorrido no campo de prática e seguindo os termos de referência para elaboração. Vale destacar que o usuário-guia deve ser de escolha do residente, juntamente com a ESF. Para as discussões das narrativas e usuário-guia, os residentes devem justificar a escolha, destacar o aspecto central que será discutido, articulando-o às temáticas que compõem o respectivo módulo. Os preceptores devem receber as narrativas ou usuário-guia com antecedência mínima de uma semana e estas deverão ser postadas no AVA para discussão a distância com os tutores. Os tutores, eventualmente, poderão apresentar narrativas disparadoras

do processo de aprendizagem nos fóruns. Outro dispositivo de acompanhamento pedagógico é o diário cartográfico, desenvolvido no AVA, onde o residente registra e avalia seu itinerário formativo, sinaliza suas pendências e necessidades de reforço, para (re) adequação do plano de estudos, constituindo-se em sua autoavaliação e tem acompanhamento do tutor. A organização curricular se dá pelos Módulos Temáticos Interdisciplinares, de caráter flexível, considerando a realidade vivenciada pelo residente nos campos de prática: Módulo 1 (R1) Território/Determinantes Sociais; Família, Saúde e Sociedade; Atenção Primária em Saúde. Módulo 2 (R1) Modelos de Atenção, Integralidade, Redes de Atenção à Saúde. Módulo 3 (R1) Fundamentos do Apoio Matricial; Educação Permanente; Ética. Módulo 4 (R1) Clínica Ampliada; Gestão do Cuidado - Projeto Terapêutico Singular; Trabalho em Equipe. Módulo 5 (R1) Promoção da Saúde; Intersetorialidade; Participação Social. Módulo 6 (R2) Informação e Comunicação em Saúde; Planejamento e Avaliação em Saúde; Projeto de Intervenção 1. Módulo 7 (R2) Projeto de Intervenção 2; Oficina de Negociação de Conflitos. Módulo 8 (R2) Projeto de Intervenção 3; Apresentação dos Trabalhos de Conclusão de Curso a TCC. A avaliação se dá de forma referenciada, objetivando dar retorno ao residente quanto ao seu processo de aprendizagem de modo processual, estabelecendo um plano para melhorar seu desempenho, quando necessário, possibilitando à equipe docente reorganizar as práticas educativas. A avaliação entre residentes e preceptores ocorre em encontros quinzenais e, mensalmente, entre residentes e tutores, por meio dos fóruns virtuais, sínteses reflexivas, diário cartográfico, visitas locais e nos STI. Rodas de conversa para avaliações com a comunidade e equipe da residência,

poderão ser realizadas a cada semestre. Na construção do Trabalho de Conclusão de Curso - TCC será incentivada a elaboração de um projeto de intervenção exequível sobre a realidade vivenciada, com viabilidade de continuidade pelas sucessivas equipes de residentes. O residente egresso deve ser capaz de analisar as situações de saúde, compreendendo a singularidade do território, da família e do indivíduo, de organizar, coordenar e implementar atividades referentes à formulação e execução das políticas de saúde. Deve realizar suas atividades dentro dos padrões de qualidade e princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas, sim, com a resolução do problema de saúde, ou seja, generalista, com formação humanística, capacidade crítica, compreendendo a saúde em suas múltiplas dimensões. O primeiro STI nos revelou que estamos trilhando um caminho de desafios, mas com potência de superação, haja vista as experiências apresentadas pelos residentes, o que nos faz entender que esta modalidade de formação é factível e o método muito especial para a formação que atenda às necessidades do SUS, portanto, da população.

PROJETO DE EXTENSÃO - INTEGRAÇÃO CAPS-AD/USF

Lorena do Rosario Gomes, João André Santos de Oliveira, Leandro Dominguez Barretto, Luan Franco Carvalho dos Santos, Vandrê Rodrigues dos Santos, Caê Marques Corrêa, Rodrigo Alves Rodrigues, Jakercia Souza Mascarenhas da Silva

Palavras-chave: Produção do Cuidado, USF, CAPSad, Extensão em Saúde, Processamento das Vivências

APRESENTAÇÃO: Projeto interdisciplinar

desenvolvido em Unidade de Saúde da Família Terreiro de Jesus e CAPSad Gregório de Matos do Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador (BA). O projeto se estrutura basicamente a partir de 1) Vivência no território, com ênfase nos encontros com os sujeitos e nas afetações que ocorrem nos mesmos e 2) Processamento do vivido periodicamente e em coletivo. Ele surgiu de uma parceria entre docentes do Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia e estudantes de graduação de diversos cursos da área da saúde vinculados à Liga de Atenção Primária à Saúde (LAPS) da Universidade Federal da Bahia. Fundada em 2012 por estudantes interessados em questões relacionadas à APS a produção do cuidado em saúde, a consolidação do Sistema Único de Saúde - SUS, entre outros. Uma organização estudantil de caráter interdisciplinar, vinculada ao Diretório Acadêmico de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia, que se propõe a realizar atividades de ensino, pesquisa e extensão relacionados ao tema da Atenção Primária à Saúde, como forma de produzir outros percursos formativos para o futuro profissional de saúde. A LAPS tem entre suas atribuições a realização de discussões sobre novas tecnologias de acesso à atenção primária, organização de simpósios, organização de projetos, além de seus membros serem beneficiados por meio de um estágio de vivência associado à liga. Dentre essas atividades, a liga pretende, por meio de uma parceria com a Unidade de Saúde da Família do Terreiro de Jesus e com o CAPSad, ampliar sua caixa de ferramentas a partir das experiências vividas no cotidiano desses serviços de saúde e da cooperação em torno das atividades já desenvolvidas pelos mesmos. Através do Projeto, a LAPS busca estreitar a relação entre a Faculdade de Medicina da UFBA e os dois serviços, na perspectiva

da integração ensino-serviço preconizada pelas Novas Diretrizes Curriculares para o curso de medicina. Nesse sentido, a LAPS pretende colaborar com a USF e com o CAPSad no fortalecimento das ações que já desenvolvem, assim como fortalecendo a relação entre a atenção básica e a atenção psicossocial através das atividades do Projeto e da inserção dos estudantes e docentes. Esse processo, na medida em que possibilita que os estudantes, de forma interdisciplinar, compreendam melhor como ocorre o processo de cuidado na atenção primária e o cuidado às pessoas usuária de álcool e outras drogas, contribui para enriquecer a formação dos mesmos. Vivência no Território A vivência nesse território do Centro Histórico permite uma longitudinalidade no processo de atenção aos indivíduos, que tem provocado nos estudantes reflexões sobre a importância do vínculo entre profissional e usuário na produção do cuidado, a perspectiva do encontro na subjetividade do trabalho vivo em ato, e a potência de atuar em rede. Todas essas questões estão em evidência no projeto, cuja atuação nas Unidades do CAPS-AD e USF Terreiro de Jesus, território onde os elementos da construção social aparecem fortemente, proporcionando aos integrantes uma construção do olhar sobre a saúde de forma ampla e diferenciada. A vivência em uma unidade de atenção psicossocial traz questões ainda mais fortes. Apresentam-se aí a relação com as outras maneiras de enxergar a realidade, a problematização sobre as formas de produzir a existência e uma possibilidade de problematização da atitude do cuidador em relação ao que ele tem para si como melhor modo de viver a vida e o que o outro enxerga ser melhor para si. A convivência com diferentes setores da saúde permite um aprendizado multidisciplinar mais verdadeiro e tem levado os estudantes a refletir sobre as ferramentas de cuidado

que fazem parte do saber das pessoas e que não estão sobre o domínio de uma única categoria profissional; colocando assim os profissionais, antes de serem atuantes da sua área específica, como profissionais da saúde, como agentes do cuidado. A possibilidade de vivenciar os vários serviços de saúde que atuam num mesmo território (contato com o Ponto de Cidadania, com a equipe do Consultório na Rua, com movimentos sociais que atuam junto à população em situação de rua, entre outros) e a riqueza que essas interações adquirem quando os profissionais se enxergam como elementos vivos da rede de cuidado. DISCUSSÕES PERIÓDICAS: Os encontros mensais buscam trazer a narrativa dos estudantes como dispositivos pedagógicos com potência de trazer a implicação, os afetos e a experiência para a cena, contribuindo para um aprendizado significativo para todos (as). Nesse modelo são consideradas como centrais, na construção do olhar sobre o cuidado, a perspectiva de quem vivencia o encontro; são relevados os afetos que surgem a partir da vivência e os elementos que os mobilizam nas relações estabelecidas (com usuários, profissionais e colegas). A partir das discussões, autores e conceitos são chamados para o diálogo, de forma a fortalecerem a experiência vivida e o aprendizado. OBJETIVOS GERAIS: Permitir uma compreensão diferenciada da relação de cuidado, tendo a clínica como um dos saberes para prática do cuidado; mas não como um elemento indispensável, tampouco como central no processo. Proporcionar a vivência em território e a interação com a rede de serviços e atenção à saúde de forma mais integrada, considerando suas potencialidades e desafios. Objetivos Específicos: Expor os estudantes aos processos, contribuindo com a afetação dos mesmos a partir dos encontros com os diversos atores em cena e da problematização do vivido. Desconstruir

uma formação médica-centrada focada na clínica e no procedimento. Permitir que o estudante se reconheça como cuidador tomando o outro que busca cuidado como sujeito e produtor de sua própria existência e não como objeto das práticas profissionais. Permitir que haja predisposição ao encontro com o outro nas relações desenvolvidas no serviço de saúde. Reconhecer os desafios de uma prática profissional que se dispõe a abrir o leque de possibilidades a partir do encontro com o outro, bem como relevar a potência que existe nessa disposição. Permitir, a partir da discussão interdisciplinar, a vastidão de ferramentas que podem ser acionadas para o cuidado. Entender a prática de cuidado, antes de tudo, como uma prática relacional, uma produção social e subjetiva. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O projeto interdisciplinar tem caminhado desde agosto de 2015, em plena atividade. Interessante notar como, mesmo com pouco tempo de execução, já tem dado sinais de transformação no olhar dos participantes bem como uma ampliação dos dispositivos de formação em saúde entre estudantes professores e profissionais do serviço. Tem contribuído na intensificação do processo - recentemente iniciado - de estabelecimento do vínculo docente-assistencial com a USF. Tem também impactado os profissionais, oferecendo maior possibilidades de refletirem sobre seus cenários de atuação a partir das indagações e percepções dos estudantes. Por se propor a um aprendizado que permite um fluxo vivência-reflexão-vivência, o projeto tem permitido aos participantes uma leitura cada vez mais crítica da sua experiência e um avanço notável na percepção de saúde e das possibilidades de construção dos diversos saberes que produzem o cuidado.

PROJETO VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIAS NO PROCESSO DE FACILITAÇÃO

Janaina Gomes Lisboa, Natália Luiza Matos de Sousa, Verdande Trotskaya de Araújo Medeiros

Palavras-chave: Saúde Pública, Educação Permanente, Interdisciplinariedade

APRESENTAÇÃO: Este resumo relata a experiência de facilitadoras no Projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), e a partir do exposto, fazer uma breve reflexão sobre as possibilidades, contribuições e perspectivas deste Projeto, no que se refere ao processo de formação em saúde e a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS). O VER-SUS consiste num Projeto de amplitude nacional, realizado por diversos Estados, vinculado ao Ministério da Saúde (MS), com a parceria da Rede Unida, a União Nacional dos Estudantes (UNE), a Secretária Municipal de Saúde (SMS) a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Rede Governo Colaborativo em Saúde /UFRGS e o apoio da Organização Pan Americana da saúde (OPAS). O Projeto tem o objetivo de aproximar estudantes da área da saúde, aproximando-os da realidade do SUS, trazendo também novos elementos para a formação destes futuros profissionais, através da metodologia desenvolvida durante o Estágio, que envolve visitas e vivências aos serviços de saúde e às comunidades e movimentos sociais, bem como leitura de textos e debates coletivos. **METODOLOGIA:** Na sua organização, os participantes se inscrevem em três funções, sendo elas: viventes, comissão organizadora e facilitadores. Este último, no qual pretendemos expor nossas experiências, consiste em atores com a função de mediar e facilitar a vivência

para os Viventes, estando em diálogo contínuo com os mesmos, provocando e problematizando discussões nas rodas de conversas e durante as visitas aos locais destinados. Geralmente, os facilitadores são ex-viventes, com um conhecimento mais extenso sobre as metodologias do VER-SUS, e que estão inseridos em movimentos, projetos de pesquisas ou extensão. Ocorrido na cidade de João Pessoa, a primeira edição do VER-SUS na Paraíba, realizada em março de 2015, teve a duração de onze dias de vivências no total. Nesse período, os participantes ficaram instalados no Diretório Central dos Estudantes (DCE), no Campus I da Universidade Federal da Paraíba. O público participante do estágio foi composto por estudantes da área da saúde, vindos de universidades públicas e privadas do estado paraibano e de outros locais, como: Bahia, Ceará, Sergipe, São Paulo e Itália. Por ser uma ação baseada na interdisciplinaridade, participaram estudantes dos mais variados cursos, com: psicologia, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, técnico de enfermagem, enfermagem, medicina, nutrição, fonoaudiologia, educação física e farmácia. Também participaram do Estágio, residentes e professores do campo da saúde. Foram visitados: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF); Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), maternidade e hospital de média e alta complexidade, Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS), Centro de Atenção Integral a Saúde do Idoso (CAISI), Centros de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CPICS), ambulatório LGBT, comunidade quilombola Paratibe e ocupação urbana Tijolino Vermelho. **RESULTADOS:** Foi de extrema importância a experiência vivenciada no VER-SUS, enquanto facilitadoras, cabendo a nós a tarefa de mediação dos viventes para com a gestão/equipe, fazendo-nos refletir também, sobre a posição que estes ocupam.

Sentíamos no dever de mostra que o SUS funciona, mesmo com todas as dificuldades encontradas (ou até mesmo maquiada). Por mais que acreditasse no Sistema, houve momentos em que pensamos se realmente aquela ação renderia bons frutos, se de fato não estávamos usando as famosas “lentes cor de rosa” e intervindo na realidade. Nas nossas reflexões, após as visitas, percebemos que os viventes não poderiam ser influenciados por nossas supostas “lentes”, e como o próprio nome sugere as nossas vivências não poderiam influenciar nas vivências dos outros, já que as mesmas são singulares e únicas, bem como as impressões, sensações e afetações. Como relata uma das facilitadoras envolvidas, “recordo que em uma visita a UBS e já exausta de tantas frustrações, conheci uma usuária do SUS que me falou com tanta convicção que o sistema funciona, e isso fez sentir minhas forças renovadas. Ela dizia que não poderíamos nos deixar abater, precisávamos lutar e continuar de cabeça erguida, conhecendo os nossos direitos e as maneiras para garanti-los, e que não é uma gestão mal formada que vai destruir o sonho de igualdade. Com essas palavras, fui para o alojamento da vivência, e refletindo e comecei a entender a força de um coletivo, e a importância de ter com quem dividir seus sonhos, ideias, frustrações, desesperança. Compartilhar essa experiência e esse sentimento com todos ao final daquele dia, me fez enxergar um futuro prospero, e um presente com pessoas que acreditam no SUS”. Enquanto facilitadoras, pudemos ter a oportunidade de contribuir com a construção compartilhada de saberes, em especial com os viventes do nosso grupo (já que cada facilitador acompanha um Núcleo de Base, formado por aproximadamente quatro viventes), estando mais próximos a eles, e trocando experiências a partir de visões de mundo e de realidades diferentes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

Apesar do VER-SUS ser um Projeto com uma ação pontual, realizada num período de aproximadamente duas semanas, os resultados a partir da experiência de facilitadoras mostram que a imersão na Vivência pode contribuir para despertar reflexões e questionamentos pouco (ou nada) debatidos nos espaços de sala de aula, já que as discussões não se limitam a assuntos propriamente relacionados à saúde, abordando questões de gênero, raça, direitos sociais, educação permanente em saúde, etc. Nesse sentido, cabe também aos facilitadores, estarem interados desses assuntos, para que as problematizações sejam desenvolvidas entre o coletivo. Percebe-se, sobretudo, o desenvolvimento individual e coletivo, contribuindo para o trabalho coletivo e reafirmando a importância da transformação da estrutura da sociedade, pautando a defesa por um SUS público e de qualidade. E a visita realizada por todos na ocupação urbana Tijolino Vermelho sem dúvida mexeu muito com todos, uma realidade bruta e sem o mínimo de delicadeza nos foi apresentada, um verdadeiro choque, todos saíram dali com a sensação de impotência total o que gerou uma mobilização geral afinal nenhum de nós queria apenas observar e ir embora sem um mínimo de retorno para aquelas famílias que nos receberam com tanto carinho. No final daquele dia a falação era geral, muitas ideias, planos e no final daquele conflito de pensamentos saiu um projeto de carta aberta onde reivindicávamos os direitos básicos de um cidadão. Portanto pode-se afirmar, que o VER-SUS tem a importância de contribuir para a formação de novos profissionais na área de saúde, de maneira ética, política, horizontal e interdisciplinar, a partir das necessidades da população e em diálogo com ela.

PROMOÇÃO DA SAÚDE ATRAVÉS DA VIVÊNCIA PSE/SPE NA ESCOLA MUNICIPAL OLIVA ENCISO - CAMPO GRANDE, MS

Fernanda Cristina Moretti de Souza Lomba

Palavras-chave: PET-SAÚDE, PSE/SPE, multiplicadores, saúde, estágio

O Programa Saúde nas Escolas (PSE) e o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) são iniciativas dos Ministérios da Educação e da Saúde, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos alunos da rede pública de ensino, através da promoção de ações de educação em saúde preventivas incorporadas ao planejamento das secretarias de Educação Estaduais e Municipais, assim como fomentar a participação juvenil para que adolescentes e jovens possam atuar como sujeitos transformadores da sua realidade. Esse trabalho descreve a ação do grupo PET Vigilância em Saúde - UFMS, na ação intersetorial do PSE/SPE em uma escola Municipal, no 1º, semestre de 2014.

PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE AOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Liara Saldanha Brites, Camila Luzia Mallmann, Malviluci Campos Pereira, Cristianne Maria Fammer Rocha, Rafael de Freitas Gorczewski

Palavras-chave: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Política de Saúde,

Os NASF foram criados em 2008, para apoiar a consolidação da Atenção Básica (AB), ampliando as ofertas de cuidado na rede de serviços, assim como a resolutividade,

a abrangência e o alvo das ações (BRASIL, 2008). Configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (eSF), as equipes de Atenção Básica (eAB) para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2012a, 2012b). Nos últimos anos, a política para o NASF (parte da Política Nacional da Atenção Básica - PNAB) passou por importantes reformulações, como: a redução significativa do número de eAB e eSF por NASF; a criação do NASF 3, objetivando universalizar a implantação, com financiamento federal; a inclusão do NASF no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); e a inclusão e alimentação das informações relativas ao NASF no novo sistema de informação da atenção básica, o e-SUS AB (MELO & ALVES, 2014). Neste cenário e a partir do olhar sobre esta temática em duas regiões de saúde do interior do Rio Grande do Sul (RS), começaram a ser observadas as necessidades de apoio aos trabalhadores e aos gestores. Considerando a experiência de trabalho numa Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS) e a necessidade de criação de uma proposta para conclusão de um curso de especialização, surgiu a iniciativa de ofertar um curso como proposta de educação permanente (EP) aos trabalhadores do NASF, a qual este trabalho tem por objetivo relatar. A partir de observações durante o trabalho na CRS, foi realizado um levantamento dos municípios das regiões de saúde e seu contexto para implantação ou consolidação dos NASFs. Uma das semelhanças entre ambas as regiões de saúde, é que seus 23 municípios são de pequeno porte (tipo 1, até 20.000, ou 2, de 20.001 a 50.000), sendo apenas cinco de porte 2 e seis

municípios com população menor que 4.000 habitantes. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os 23 municípios em 2014 totalizavam uma população de 367.376 habitantes. Ao longo dos anos, esses municípios vêm ampliando sua cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e aderindo aos programas do MS para qualificação da AB. Porém, considerando o número de eSF (que há alguns anos era significativamente menor) e os critérios populacionais nas antigas bases legais do Programa, poucos conseguiram aderir ao NASF. Ao todo, esse conjunto de municípios possui apenas duas equipes de NASFs implantadas, duas credenciadas e três projetos em processo de credenciamento. Foram identificados, no cotidiano do trabalho na CRS, alguns nós críticos: - Baixo investimento das gestões (estadual, federal e municipal) em EP e educação continuada aos profissionais do NASF. Os profissionais relatam que começam a trabalhar no NASF sem compreender sua prática nem como trabalhar na lógica da ESF, acabam estudando e experimentando sozinhos ou seguem reproduzindo a lógica da clínica individualizada para a qual tiveram formação acadêmica. - Ausência de uma Política Estadual de NASF no RS que possa direcionar o trabalho das CRS e dos municípios. - O apoio da gestão estadual e federal é maior para implantação do que nos momentos posteriores. A implantação se dá rapidamente, com poucas reflexões e levantamento das necessidades de implantação de um NASF e com base, em geral, na ausência de determinados profissionais especialistas no município e na insuficiência de recursos municipais para contratar e/ou manter os profissionais do município – cenário frequente em municípios de pequeno e médio porte. - Formação acadêmica inadequada dos profissionais do NASF para desenvolvimento de trabalho interdisciplinar na ESF e com

base na Clínica Ampliada. Identificou-se um processo de trabalho semelhante ao desenvolvido nos ambulatórios especializados, sendo fragmentado da eSF e centrado no atendimento individualizado, com baixa corresponsabilidade entre os atores, o que amplia a dificuldade da CRS em apoiá-los. - Falta de experiência dos gestores municipais e trabalhadores da CRS para apoiar os trabalhadores do NASF, uma vez que os NASFs são recentes em ambas as regiões de saúde. - Poucas estratégias na CRS para conhecer o trabalho e apoiar os trabalhadores do NASF, o que dificulta o conhecimento de trabalho dos NASF e encontro entre os trabalhadores das regiões. O mapeamento foi realizado no contexto atual da gestão estadual, de poucas definições de estratégias (por se tratar, principalmente, de um primeiro ano de governo e de contenção de despesas). Para o enfrentamento das dificuldades e produção de sentidos no trabalho, foi necessário usar-se da criatividade e pensar no potencial de articulação entre gestores e recursos (financeiros, humanos, estruturais) públicos. Assim, surgiu a construção de uma proposta de curso às equipes de NASF implantadas ou em processo de implantação, com objetivo de qualificar o trabalho na AB, com apoio da CRS e trocas de experiências entre os trabalhadores. O curso, a ser ofertado em data a ser acordada com os Secretários Municipais de Saúde, terá como referencial o “Curso de Apoio Matricial na Atenção Básica, com ênfase nos NASF”, ofertado no ano de 2014 pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz, em parceria com o MS (MELO & ALVES, 2014). Será realizado no auditório da CRS, contando com o comprometimento dos Secretários no deslocamento e custeio dos profissionais, com os profissionais da CRS como mediadores, com apoio do Núcleo de Educação Permanente da CRS e com a parceria da Escola de Saúde Pública do RS na

certificação. Fundamenta-se na perspectiva de que o trabalhador do NASF será agente de sua aprendizagem. Será organizado em três Unidades de Aprendizagem (UA) e doze momentos presenciais. Em cada um deles, serão abordados assuntos específicos do trabalho do NASF (a lógica da ESF e as singularidades das regiões de saúde; planejamento do trabalho do NASF; trabalho em equipe; relações de trabalho colaborativas: fluxo de atendimento pactuado e mecanismos de comunicação e integração entre eSFs e NASF; mecanismos de comunicação e colaboração entre as eSF e o NASF; consulta compartilhada; projeto terapêutico singular; trabalho com grupos; utilização do e-SUS e PMAQ na melhoria do processo de trabalho do NASF; análise do percurso do usuário na rede de saúde; análise das filas de espera como dispositivos analisadores da rede; avaliação final e encerramento). Cada UA será composta por uma atividade presencial nos locais de trabalho, oferta de materiais didáticos de forma virtual e entrega de um texto síntese reflexivo sobre as intervenções realizadas nos territórios. Após o desenvolvimento do curso, será criado com os profissionais um instrumento de avaliação e monitoramento das atividades do NASF e agendado semestralmente um reencontro para discussão sobre o andamento do trabalho nos territórios e criação de novas estratégias. A proposta apresentada ainda precisa avançar em algumas etapas. Deverá ser exposta aos trabalhadores da CRS, pactuada com os Secretários nas Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e com a Escola de Saúde Pública do Estado. Portanto, pode neste percurso sofrer alterações, bem como podem surgir dificuldades para sua efetiva implantação. Ainda assim, aposta nas habilidades pessoais, trocas de experiências e fortalecimento dos vínculos entre trabalhadores dos NASF e da CRS para qualificar a AB.

PROPOSTA PEDAGÓGICA PARA O DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: ATENUAÇÃO DAS DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Priscila Rossany de Lira G Portella, Lais de Souza Monteiro, Augusto Fernando Santos de Lima, Wellington Bruno Araujo Duarte, Plínia Manuela de Santana Maciel, Juliana de Santos Lima, Rodrigo do Nascimento Dias de Oliveira

Palavras-chave: Educação Continuada, Educação em Saúde, Atenção Primária à Saúde

APRESENTAÇÃO: A educação em saúde constitui uma estratégia de ação voltada para promoção da saúde, por possibilitar o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança, a troca de conhecimento entre os membros da comunidade e os profissionais, com vistas à identificação de opções a serem tomadas para estabelecer atitudes mais saudáveis. Como estratégia de promoção à saúde, a práxis de Educação em Saúde, nesta conscientização individual e coletiva de responsabilidades e de direitos, deve eleger metodologias de ensino que conduzam a uma transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreensão da complexidade dos determinantes de ser saudável. A abordagem de ensino do Círculo de Cultura de Paulo Freire constitui uma ideia que substitui a de ‘turma de alunos’ ou de ‘sala de aula’. A escolha por desenvolvê-lo, visa ensejar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, campo profícuo para a reflexão-ação na elaboração coletiva de uma proposta sistematizada para uma educação em saúde emancipatória. A denominação de Círculo culmina porque todos estão à volta de uma equipe, com um facilitador de debates que participa de uma

atividade comum em que todos se ensinam e aprendem, ao mesmo tempo. A maior qualidade desse grupo é a participação em todos os momentos do diálogo, que é o seu único método de estudo nos círculos. É de cultura, porque os círculos extrapolam o aprendizado individual, produzindo também modos próprios e renovados, solidários e coletivos de pensar. Neste sentido, esta abordagem educativa pode configurar-se como uma proposta pedagógica, que emerge a partir da necessidade de transformar uma realidade. Tal cenário pode estar permeado por problemáticas estruturais – relações, valores, crenças, cultura organizacional, clima organizacional, etc. – dessa maneira, a proposta pedagógica objetiva estimular novas possibilidades de enfrentamento dos problemas, a partir do empoderamento dos sujeitos envolvidos. A Proposta Pedagógica a seguir foi elaborada, especificamente, para o Departamento de Atenção Básica (DAB) do município de Olinda da Secretaria de Saúde. Dividido em três regionais que monitoram todo o município. Configurando-se como campo de prática para os profissionais do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da FCM/UPE. Problemática Identificada: A presente Proposta Pedagógica planeja atenuar os problemas de comunicação e empatia identificados no DAB. Especificamente entre os Agentes Comunitários de Saúde e a diretoria de Atenção Básica / Primária. Justificativa: Justifica-se a necessidade da elaboração da proposta pedagógica a partir da dificuldade de comunicação entre os profissionais que interferem no desenvolvimento de todo processo de trabalho, com conseqüente diminuição da qualidade da assistência e dos serviços oferecidos à população. Objetivo Geral: Promover maior interação dialógica com a gestão da Atenção Primária e Agentes Comunitários de Saúde para uma melhor qualificação acerca de suas funções e melhor

atuação na atenção à saúde. Objetivos Específicos: Conhecer os profissionais e as atividades desempenhadas pelos mesmos (partilhar os conhecimentos); Identificar as causas da falta de comunicação existente entre os profissionais envolvidos (perguntas norteadoras); Promover diálogo e escuta acerca da importância da comunicação e empatia e os seus benefícios, facilitando o processo de trabalho e a qualidade das ações desempenhadas. (momento de teorização do assunto, técnico responsável). Consolidar a importância do papel dos Agentes Comunitários de Saúde e Gestores como atores visando potencializar o protagonismo social de suas atuais funções na Estratégia de Saúde na Família. METODOLOGIA: As etapas dos círculos de cultura propõem à possibilidade de uma série de atividades inter-relacionadas, cujo foco é a participação plena dos profissionais do DAB, especialmente Agentes Comunitários de Saúde e Diretoria da Atenção Básica / Primária. Proposta pedagógica: a) Investigação temática: Esse momento constitui etapa preliminar na aplicação do círculo por possibilitar delimitação do foco de interesse, considerando a realidade em suas especificidades e desafios. Como questões norteadoras: “Como vocês gostariam de serem enxergados?”, “O que é saúde?”, “Quanto custa sua saúde?”, “Quais problemáticas enfrentadas no cotidiano”; b) Tematização: Momento em que se explora a criatividade e potencialidade dos participantes. Nesta perspectiva iniciaremos a dinâmica de sensibilização: Primeiro passo dividi-los em grupo, segundo passo ajudá-los a pensar numa forma lúdica de apresentação de acordo com seus interesses, terceiro passo formalização e apresentação dos grupos; c) Problematização: Possibilita aos participantes do estudo a busca para superar a primeira visão mágica, substituindo-a por uma visão crítica, na perspectiva de lutar por seus ideais para

a transformação da realidade, nesse momento. Questão Norteadora: De que maneira eu posso mudar essa realidade? RESULTADOS: Esta proposta encontra na sensibilização de agentes comunitários de saúde e direção da atenção básica, uma estratégia de ampliar a acessibilidade do conhecimento entre seus pares, no cenário profissional e nos espaços comunitários/sociais. A ação está articulada à propostas que visam o estímulo ao protagonismo profissional e a corresponsabilização com ações de promoção a sua saúde e da coletividade, principalmente atuando no seu processo de trabalho, entendendo suas limitações inerentes ao sistema público de saúde brasileiro. O dinamismo dos Agentes Comunitários de Saúde pode ser valorizado, pela gestão, para realização de uma ação conscientizadora e comprometida com o enfrentamento da desigualdade e do estigma social, tratando saúde com um contexto ampliado, incluindo fatores sociais inerentes e valorizando a determinação social da saúde. O Agente Comunitário de Saúde deverá reafirmar sua força como ator social dentro da comunidade, promotor de saúde, e agente transformador da realidade do processo saúde-doença localizado em sua área de atuação. Momento reflexivo e dinâmico, reunião de forças e legitimação da Estratégia de Saúde da Família como pilar principal da saúde no SUS. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A atenuação ou resolução da dificuldade de comunicação, através do diálogo efetivo entre Agentes Comunitários de Saúde e Diretores da Atenção Básica / Primária, não implica diretamente no avanço do processo de trabalho e assistência em saúde (ainda existem diversos fatores que influenciam esse objetivo), mas age como um potencializador de qualidades da equipe que reverberam positivamente em todas as outras ações.

PROTAGONIZANDO AS AÇÕES DE VISITA DOMICILIAR DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ELO ENTRE A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, COMUNIDADE E DISCENTE DE ENFERMAGEM

Audrey Moura Mota Geronimo, Glauca Sidneia Medina Beljak, Thaissa Bezerra Blanco, Karine Ferreira da Silva, Maria Auxiliadora Maciel de Moraes

Palavras-chave: Enfermagem, Estratégia de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde

A saúde é reconhecida como direito de todos e dever do Estado a partir da Constituição de 1988, tornando-se um marco histórico na construção das políticas públicas. Mesmo estando prevista desde então no texto constitucional do Brasil, o desafio não se tornou menor. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), os princípios da integralidade, universalidade e equidade, incorporando novas tecnologias, saberes e práticas nas ações cotidianas, somadas a uma concepção de saúde para além do entendimento reducionista de ausência de doença, explicita-se a necessidade de se lutar por qualidade de vida. Faz-se necessário o comprometimento em promover, prevenir, cuidar, tratar, proteger e recuperar, ou seja, efetivar e manter a saúde sob o olhar da integralidade. Percebe-se que discutir saúde vai além, envolve a necessidade de se valorizar os trabalhadores de saúde, rompendo com a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento em educação permanente, a baixa participação na gestão dos serviços e a fragilidade do vínculo com a população atendida, especialmente devido à dimensão subjetiva do trabalho em saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criada com o desafio de reorganizar a

Atenção Básica (AB), trazendo em si a definição de território adstrito como base para a organização estrutural, visando reordenar o processo de trabalho mediante operações intersetoriais e ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Permite aos gestores, profissionais e usuários do SUS se compreenderem como protagonistas nesse processo. O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas/famílias e grupos e profissionais/equipes; e estes se tornam referência da atenção, garantindo a continuidade e resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A AB representa a principal porta de entrada do sistema, iniciando com acolhimento, escuta e resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da comunidade, minorando danos/sofrimentos e se responsabilizando pela efetividade do cuidado em sua integralidade. Tal realidade somente é viável caso o trabalho seja realizado em equipe multiprofissional, permitindo que os saberes de todos se somassem e se concretizem na prática, com assunção da corresponsabilidade no processo de fazer saúde. Nessa perspectiva, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o “elo” entre equipe e comunidade. Apresenta-se um relato de experiência que descreve a realização de encontros provocativos visando a valorização desses como protagonistas e corresponsáveis na ESF do Novo Colorado, Cuiabá/MT, a partir de metodologia de aprendizagem ativa, realizada pela disciplina de Enfermagem em Saúde do Adulto, que compõe a grade curricular do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Esta metodologia contribui no exercício do uso de instrumentos/ferramentas que são aplicadas no decorrer das atividades acadêmicas no campo da prática. Espera-se

uma formação crítica do futuro profissional da enfermagem, favorecendo a sua autonomia, o despertar da curiosidade e estímulo à tomada de decisões individuais e coletivas. A metodologia utilizada no diálogo provocativo foi da problematização de Charles Maguerez, baseada na participação ativa dos sujeitos, considerando o contexto da história de vida e experiências no cenário do trabalho, procurando valorizar e considerar o ritmo de aprendizado individual e significativo de cada um. Conforme estipulado, os ACSs devem residir na área de atuação da equipe, vivenciando o cotidiano das famílias/indivíduo/comunidade, fato que explicita o pertencimento, qualificando-os a ter ciência das verdadeiras demandas da comunidade. Para o exercício de suas funções são capacitados para reunir informações sobre saúde e reordenamento da comunidade no território de abrangência, cabendo-lhes o cadastramento das pessoas do território e a devida atualização, além da orientação às famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. O acompanhamento se dá por meio de visitas domiciliares e ações educativas, buscando sempre a integração entre equipe de saúde e população adscrita atendida, além do desenvolvimento das atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças/agravs e vigilância, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês ou mais, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade. São responsáveis por cobrir toda a população cadastrada, com 750 pessoas por ACS no máximo e 12 agentes por equipe de ESF, produzindo dados capazes de dimensionar os principais problemas de saúde da comunidade, viabilizando o direcionamento de esforços e ações. Identificou-se como obstáculos enfrentados pelos ACSs a dificuldade de lidar com o tempo, excesso de trabalho, preservação do espaço familiar durante as visitas, trazendo questões de

ética e moral, tempo de descanso, desqualificação do seu trabalho e desgaste físico. É uma atividade que requer formação, oferta de condições e adequado monitoramento, visando suprir as demandas que vão surgindo. Entretanto, o que se observa são relatos de descaso e insatisfação que, não sendo uma situação isolada, chamou a atenção dos discentes durante a realização de atividades no campo prático e suscitou a vontade de contribuir com os agentes que acolhem a todos durante essa fase de formação profissional. Ademais, os ACSs podem ser considerados a base da ESF, já que se não trabalharem em sintonia com o esperado, nada na unidade poderá ser encaminhado de forma satisfatória. Para tanto, dividiu-se a atividade em dois momentos. No primeiro foi realizada uma aproximação por meio de chuvas tempestivas de questões objetivando socializar o conhecimento acumulado de cada agente, buscando respostas para 04 (quatro) questões previamente estabelecidas: “o que você entende por saúde?”; “o que é ser ACS?”; “quais os direitos e deveres dos ACS?”, e, por fim, “quais os desafios e as dificuldades que encontram no exercício diário de suas atividades?”. Buscou-se promover a valorização do trabalho das ACSs. No segundo momento se aprofundou nos entraves e desafios para a realização de visita domiciliar, contextualizada às necessidades de saúde da família, identificando as dificuldades vivenciadas na prática individual das agentes. Nessa discussão foi atrelada a importância de promover o diálogo sobre participação popular e controle social nas visitas domiciliares, visando o fortalecimento do Conselho Gestor Local. Essas oficinas resultaram na criação de folder sobre Controle Social, para posterior divulgação pelas ACSs no território. Como resultado, identificou-se a necessidade de iniciar um processo de revisão da produtividade das

visitas domiciliares exigidas pelo Ministério da Saúde desses profissionais (meta mensal); assim como buscar meios de valorização e adequada formação profissional junto aos gestores responsáveis, oferecendo condições mínimas que garantam tanto o pleno cumprimento de suas atividades, quanto a manutenção de sua própria saúde e bem-estar. Frente ao exposto, considera-se que a experiência foi imensamente valiosa, subsidiando a potencialidade tanto das ACSs, quanto das acadêmicas no exercício da prática de fazer saúde. Os agentes se perceberam parte de um contexto, identificando a importância de seu papel político, ligando a equipe multiprofissional, comunidade e discentes. A insuficiência de materiais/insumos básicos, infraestrutura e valorização profissional não é novidade no que se refere ao SUS. Todavia, a integração da formação acadêmica e as necessidades locais de reconstrução da saúde enquanto um processo ativo, coletivo e heterogêneo, permitiu nesse cenário que a atividade prática da disciplina proporcionasse uma vivência reflexiva e participativa. E a ferramenta que contempla para esse olhar crítico e autônomo das discentes nesse processo é a metodologia ativa, que conduz a um aprendizado significativo, fato que deve ser estimulado no ambiente acadêmico com vistas a suscitar descobertas de potencialidade dos futuros enfermeiros para a prática cotidiana em saúde.

PROTETORES DA NATUREZA: EDUCAÇÃO AMBIENTAL APLICADA EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO VISANDO A PROMOÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS

Juliana Damiani

Palavras-chave: Educação ambiental, Ações socioeducativas em instituições de ensino, Promoção de Ambientes Saudáveis

O resumo abaixo visa apresentar os resultados do projeto Protetores da Natureza que se configura em um conjunto de ações realizadas em instituições de ensino por meio dos educadores do Programa Ambientes Verdes e Saudáveis - PAVS em parceria com as ações de Promoção à Saúde realizada pelas Equipes de Saúde da Família – ESF. O projeto se estrutura em 05 encontros compostos por atividades lúdicas com dinâmicas e jogos cooperativos, baseados nos quatro elementos da natureza: Água, Ar, Terra, Fogo e o último encontro que se denomina Protetores em Ação, onde os participantes devem realizar uma intervenção socioambiental na instituição ou comunidade em que reside. O objetivo é ampliar o olhar dos participantes para as problemáticas ambientais existentes no bairro em que residem e fomentar o protagonismo social, fortalecendo o senso de respeito mútuo entre os seres (animais, plantas e pessoas), o trabalho em equipe, o cooperativismo e o uso racional dos recursos naturais. Desde o início do projeto em 2013 até o presente momento já participaram das ações 11 instituições de ensino Municipais e Estaduais e aproximadamente 1.214 participantes entre alunos e educadores. O projeto tem demonstrado resultados satisfatórios tanto na realização das atividades com os alunos, quanto na construção conjunta de propostas de intervenção local com a equipe de coordenação pedagógica e diretorias das instituições de ensino.

PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA E PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, VIVÊNCIAS E APRENDIZADOS DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE

Denise do Nascimento Pedrosa, Jacqueline de Almeida Gonçalves Sachett

Palavras-chave: Transplante de órgãos, Internato não Médico, Morte Encefálica, Enfermagem,

Atualmente o transplante de órgão é um tratamento opcional para melhora da qualidade de vida de pessoas de várias idades que tenham doenças crônica irreversível ou em estágio final. Desde 1954, quando houve o primeiro transplante realizado com sucesso, têm-se sofrido constates avanços para tratamento de doenças nos rins, pâncreas, fígado, coração, pulmão e intestino (1). Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM) através da resolução n° 1.480/97 define-se como Morte Encefálica (ME) a parada completa e irreversível de todas as funções encefálicas, tanto dos hemisférios quanto do tronco cerebral, o que significa interrupção definitiva de todas as atividades do encéfalo (2). As leis que regulamentam os transplantes são a 9.434 de 1997 e a 10.211 de 2001 as quais dispõem sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Sendo que, deve-se ter o diagnóstico de ME, contatado e registrado por dois médicos que não sejam da equipe de transplante, usando critérios clínicos e tecnológicos definidos pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) (3). A Resolução de N° 1480/97 do CFM também estabeleceu critérios para diagnóstico de morte encefálica, ao qual a mesma deverá ser consequência de processo irreversível e de causa conhecida, e será constatada através de realização de exames clínicos e complementares, em intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias (2). Hoje com mais de 95% dos procedimentos no país sendo financiados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil tornou-se referência mundial em transplantes. Sendo considerado o maior sistema público de transplantes no mundo. Onde cerca de 56%

das famílias entrevistadas em situações de ME aceitam e autorizam a retirada dos órgãos para doação (4). A enfermagem se faz imprescindível na melhoria do cuidado ao paciente com ME, pois presta assistência durante 24 horas ao paciente, logo para que o processo de doação se torne efetivo salienta-se a importância do envolvimento destes profissionais. A obtenção de órgãos e tecidos com segurança e qualidade é resultado do conhecimento do processo e execução adequada e correta de suas etapas, logo quando há falha em alguma fase pode-se motivar os questionamentos ou até recusa por parte dos familiares (5). OBJETIVOS: Descrever as experiências e aprendizados de uma enfermeira residente na abertura do protocolo de morte encefálica e processo de doação de órgãos. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, que se deu a partir das vivências de uma enfermeira residente Urgência e Emergência da Universidade do Estado do Amazonas-UEA durante atividades da residência de enfermagem, no Politrauma do Hospital e Pronto Socorro João Lúcio Pereira Machado. As situações vivenciadas possibilitaram observar atuação do enfermeiro em todo o processo que envolve desde a abertura do protocolo de ME até a doação e captação de órgãos. Dessa forma, ao longo desse período, foi possível atuar nos diferentes serviços, desenvolvendo atividades de competência do enfermeiro da Comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante (CIHDOTT) e da Organização de Procura de Órgãos (OPO), junto aos que fazem parte do processo de doação de órgãos. Resultados: A experiência foi vivenciada por uma enfermeira residente dentro do politrauma da referência em neurologia, neurocirurgia e politraumatismo na região, o Hospital e Pronto-Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado, está localizado na zona Leste da cidade de Manaus. O cuidar do

paciente em ME, que clinicamente é um paciente considerado morto, porém com característica de uma pessoa com vida, uma vez que é um potencial doador, deve ser conduzido e manuseado com mesmo empenho e dedicação de um paciente de uma unidade de terapia intensiva (UTI). Logo o enfermeiro vivencia a morte e o morrer em seu dia a dia e pode despertar sentimentos em relação a sua finitude. Fazendo-o pensar com maior frequência em sua própria morte ou na do outro. Porém os enfermeiros que trabalham no processo de doação de órgãos consideram a experiência gratificante e enxergam a oportunidade de desenvolvimento profissional e novas experiências. Durante o estágio de dois (2) meses no pronto socorro foi possível observar que a atuação da equipe de enfermagem é de grande importância no processo, já que é a responsável pelos cuidados com o doador, por sua manutenção hemodinâmica, cuidados de higiene e conforto 24 horas por dia. São os responsáveis por fazer o elo entre os médicos, familiares e outros profissionais, pois o trabalho em equipe é fundamental, onde cada um contribui com seu saber, para que o objetivo final seja alcançado com êxito: a doação de órgãos. Percebe-se que essa a experiência de trabalhar em equipe nos cuidados prestados ao potencial doador fortalece os profissionais, e isso colabora para que a assistência seja realizada o mais adequado possível, acelerando assim o processo de doação, abreviando o sofrimento da família e com grandes chances de aproveitamento dos órgãos. Durante a cirurgia o enfermeiro é de grande valia, pois prepara todo material necessário para receber os órgãos retirados, além do que é responsável por toda parte burocrática durante e após a cirurgia. A integração com o serviço foi de grande valia para participação de todo o processo, pois estando no setor do politrauma, muitas das vezes quando se admiti um paciente após

avaliação, é possível verificar os sinais de possível ME, e isso na maioria das vezes é feita pelo enfermeiro plantonista, logo ocorre à comunicação a OPO que inicia os procedimentos para abertura do protocolo. Conclusão: Para a equipe de enfermagem, o resultado do processo de cuidar do paciente em ME pode gerar certa carga de estresse por ser um paciente muito instável e que necessita de monitorização constante. Há um sentimento de grande satisfação em todos da equipe quando tudo dá certo e a doação é concretizada. Durante todo o período que foi acompanhado tanto a abertura do protocolo até o momento da captação foi possível perceber que o enfermeiro atuante nessa área necessita de um amplo conhecimento das repercussões fisiológicas que o doador sofre para poder realizar de forma eficiente a manutenção de seus órgãos, o que propiciará a concretização do transplante. No entanto cuidar deste paciente transcende o saber científico, pois o enfermeiro esbarra em muitas questões éticas, morais, espirituais. Ficou evidente que a função e o papel exercido pelos enfermeiros do CIHDOTT e OPO são diferenciados o que demonstra que poucas universidades proporcionam formação nesta área de conhecimento.

PSICOLOGIA DO TRABALHO E GESTÃO: EXPERIÊNCIAS DE ESTÁGIO COM EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Ronan Carlos Fernandes, Lara Palicer de Lima, Andressa Salvino de Matos, Edimara Soares da Silva, Paola Souza de Castro, Samya Zumira de Carvalho, Sandra Fogaça Rosa Ribeiro, Gabriela Rieveres Borges de Andrade

Palavras-chave: Psicologia do Trabalho, Atenção Básica, Estágio Supervisionado

APRESENTAÇÃO: Este trabalho resulta da

experiência formativa realizada junto ao Estágio de Psicologia do Trabalho e Gestão do curso de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados. O estágio tem como propósito familiarizar os estagiários com os conteúdos teórico-práticos relativos aos processos de trabalho, subjetividade e saúde. Os locais de atuação do estágio são três Unidades Básicas de Saúde e respectivas equipes da Saúde da Família (UBS/ESF) de um município do estado do Mato Grosso do Sul. Para isso, fez-se necessário um aprofundamento teórico sobre os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006). Quando iniciadas as visitas às UBS/ESF, os estagiários de psicologia apropriaram-se de uma técnica indispensável para a compreensão das dinâmicas desses locais: a Observação Participante. Através da Observação Participante e das leituras teóricas foi possível observar a dinâmica institucional das UBS/ESF e elaborar diagnósticos organizacionais a fim de elaborar as intervenções a serem realizadas na segunda etapa do estágio. O objetivo deste trabalho é, portanto, apresentar essa experiência de estágio em psicologia, no sentido de valorizar a saúde do trabalhador no contexto do SUS sendo, também, uma possibilidade de pensar a atuação do psicólogo neste contexto. Previamente à entrada em campo foram feitas leituras e discussões sobre a Psicodinâmica do Trabalho, Saúde do Trabalhador no contexto do SUS, entre outras. A centralidade do trabalho vai além do tempo da jornada de trabalho e abrange a vida familiar e a subjetividade. A Psicodinâmica do Trabalho se propõe, segundo Heloani& Lancman (2004), a compreender os aspectos psíquicos e subjetivos mobilizados nas relações e na organização do trabalho, por meio de espaços públicos de discussão e reflexão. Segundo Dejours (2004), o trabalho, enquanto engajamento do corpo para responder a pressões sociais e materiais,

está ligado a processos de sofrimento e adoecimento, por implicar em resistência às normas e procedimentos. Aspectos que fazem parte do mundo do trabalho, tais como divisão das atividades e relações de poder, mobilizam esforços individuais de adaptação e o custo emocional, muitas vezes, é elevado. Para Heloani e Lancman (2004), quando um trabalhador já utilizou todos os seus recursos intelectuais e psicoafetivos para dar conta da atividade e demandas impostas pela organização e percebe que nada pode fazer para se adaptar e/ou transformar o trabalho, podem surgir processos de adoecimento. Portanto, se por um lado o trabalho é uma oportunidade de desenvolvimento e fonte de satisfação pessoal, por outro, é gerador de sofrimento. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O estágio consistiu na observação da rotina, dos processos de trabalho e das interações interpessoais, a fim de realizar um diagnóstico organizacional de cada unidade. Por meio da Observação Participante foi possível chegar a algumas conclusões sobre os processos de trabalho, embasadas pelas leituras e discussões realizadas durante as supervisões semanais. As visitas às unidades foram feitas semanalmente, em dupla, durante quatro meses. Cada dupla observou uma unidade e cada visita durou em média, duas horas. As observações eram levadas às reuniões de supervisão do estágio, onde eram discutidas em grupo. Durante as visitas, os estagiários observaram as instalações, as interações entre a equipe de saúde e acompanharam o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Resultados: Apesar de cada unidade possuir características específicas em relação às instalações, às relações de poder dentro das equipes de saúde e à organização do trabalho foi possível observar alguns aspectos comuns. Três questões estiveram presentes das três unidades, ainda que em diferentes intensidades: (1) poucos momentos para

conversar sobre os processos de trabalho e suas implicações para a saúde do trabalhador; (2) desorganização da rotina de trabalho com consequente sobrecarga e sobreposição de funções; (3) sentimento de impotência e sofrimento frente à pobreza e abandono presentes nas comunidades onde atuam e frente à baixa adesão dos usuários ao tratamento. Os espaços de fala nas unidades são “espremidos”, apesar da existência de reuniões da equipe. O momento das reuniões não é utilizado ou não é suficiente para trabalhar questões referentes às relações interpessoais e a processos que geram sofrimento no trabalho. Na maioria das reuniões observadas, os integrantes das equipes, principalmente, os ACS, não conseguiram se expressarem e se fazerem ouvir e serem ouvidos. Os ACS tendem a assumir funções a mais das que lhes são atribuídas. Esses profissionais tendem a assumir responsabilidades além do seu limite físico e emocional, ficando sobrecarregados. Os ACS vivenciam constrangimentos no trabalho por morarem no mesmo bairro em que realizam sua função profissional e são, por vezes, solicitadas em horários de folga, diminuindo o momento de descanso necessário para a manutenção da saúde física e psíquica. Foram presenciadas situações onde os ACS expressaram sentimentos de desânimo e impotência frente às situações de pobreza, abandono, baixa adesão ao tratamento com as quais se deparam diariamente. As piadas e risadas fora de contexto são bastantes presentes, podendo ser vistas como mecanismos de defesa desses profissionais de saúde, como uma forma de sobreviver às pressões e situações desfavoráveis do trabalho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estágio em Psicologia do Trabalho e Gestão propiciou a compreensão dos processos de trabalho e sua influência na saúde e no adoecimento do trabalhador. A partir dos referenciais teóricos, das observações

realizadas em campo e das supervisões, viu-se que o psicólogo pode intervir nas situações geradoras de sofrimento promovendo e potencializando os espaços de reflexão coletivos. Concordamos com Ceccim (2004) de que é possível promover espaços coletivos por meio da Educação Permanente em Saúde, que possibilitem dar novos sentidos aos atos produzidos no cotidiano. Nesse sentido, o psicólogo pode atuar promovendo as tecnologias leves, que dizem respeito aos recursos imateriais, relacionais, não burocráticos e singulares de produzir o cuidado (Merhy& Franco, 2003). O estágio possibilitou observar o cotidiano de um serviço de saúde a partir de referenciais teóricos específicos e compreender os processos de trabalho. Com base em um diagnóstico organizacional elaborado com base nas observações e nas reuniões de supervisão foi proposto, para cada unidade, uma intervenção com os Agentes Comunitários de Saúde. Embora outras categorias pudessem se beneficiar de tal proposta, o tempo e limites do estágio exigiram esse recorte. Essa intervenção, iniciada na segunda etapa do estágio supervisionado, tem como objetivo possibilitar uma reflexão sobre essas dificuldades e tensões geradas no ambiente de trabalho de uma forma em que cada um, em conjunto, consiga determinar as mudanças necessárias que levem a soluções satisfatórias.

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DOS AGENTES DE COMBATE A ENDEMIAS DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE – MS

Lais Marchetti Cabral Alves, Suzi Rosa Miziara Barbosa, Edilson Jose Zafalon, Alessandro Diogo de Carli, Dayane Aparecida Moises Caetano, Bruna Costa Santos

Palavras-chave: ACE, agentes de combate a endemias, qualidade de vida, saúde bucal

APRESENTAÇÃO: Os Agentes de Combate a Endemias (ACE) são uma classe de trabalhadores de que se destacam devido a sua atuação na promoção da saúde e na prevenção a doenças na atenção primária (PINTO e FRACOLLI, 2010). Por muito tempo, esse trabalho que hoje é realizado pelos ACE, era centralizado pela esfera federal, desde a década de 70. A partir de 1999, essas ações foram caracterizadas como ações de vigilância e passaram a ser descentralizadas e de responsabilidade municipal. Atualmente temos 5.365 ACE, que trabalham 40 horas semanais e recebem pouco mais de mil reais mensais. Suas atribuições consistem em atividades de vigilância e controle de doenças, no âmbito domiciliar e comunitário, evitando o surgimento de endemias, como por exemplo, a dengue e a Leishmaniose. Eles fazem a vistoria de residências, terrenos baldios, comércios e depósitos, averiguando se há focos de vetores transmissores de doenças, além de aplicar larvicidas e fazer a borrifação de inseticidas. Também orientam os moradores quanto à prevenção e tratamento de doenças infecciosas, bem como a vacinação de animais domésticos contra a Raiva. Apenas em outubro de 2006 foi publicada a lei nº 11.350, que descreve e regulamenta o trabalho dos ACE. Sua contratação é feita por meio de concurso público de nível médio, podendo haver contratação temporária ou terceirizada apenas em casos de surtos endêmicos. Entretanto, muitas vezes, a precarização das condições de trabalho desses profissionais, os expõe a cargas físicas, mecânicas e psíquicas e estas são as principais responsáveis pelos absenteísmos no trabalho e pelas incapacidades temporária ou permanente que refletem de forma negativa na qualidade e/ou na ausência dos

serviços de saúde prestados à população. (NASCIMENTO e DAVID, 2008; BARBOSA et al., 2012). Esses absenteísmos podem implicar na saúde geral da população, pois interfere diretamente na execução de suas funções, e dentre elas, no combate aos vetores que transmitem doenças, podendo levar a epidemias. Assim, manter a qualidade de vida desses trabalhadores, é fundamental. O conceito de qualidade de vida vem sendo discutido mais enfaticamente nas últimas décadas, por profissionais de várias áreas da saúde, e sofreu uma grande mudança de paradigma. Em um passado recente, a saúde era vista de forma compartimentada, entretanto, atualmente sabemos que devemos estudá-la de maneira integral, por envolver aspectos biopsicossociais. Assim, para alcançar uma vida saudável ou melhoria na qualidade de vida, é necessário que haja uma interação multiprofissional e os vários aspectos sejam considerados. A saúde bucal (aspectos físicos, estéticos, funcionais e até psicossociais) está diretamente relacionada à qualidade de vida, pois tem interferência direta na condição sistêmica de saúde de cada indivíduo. Entretanto, observa-se que esta não é tratada de uma forma adequada pelos ACE, e o conhecimento sobre a prevenção, os cuidados e o tratamento deve ser amplamente difundido para essa população. Almejamos, atualmente, elaborar um sistema de informações em saúde bucal, baseado na vigilância dos fatores de risco, na organização do sistema de prestação de serviços, na qualidade da atenção oferecida, no conhecimento das opiniões e da satisfação ou não das pessoas e das condições de saúde da população. Esse cenário começou a se transformar, pois, a equipe de saúde bucal foi incorporada à Estratégia de Saúde da Família, e, dessa forma, os cidadãos passaram a ter um maior acesso aos serviços odontológicos e a prevenção e promoção à saúde bucal foram ganhando destaque. Nesse contexto,

o objetivo desse estudo foi averiguar a qualidade de vida relacionada às condições de saúde bucal dos Agentes de Combate a Endemias (ACE) do município de Campo Grande – MS. Foi aplicado o “Questionário completo para entrevistas sobre saúde bucal de adultos – EGOHID - 2008” em 138 ACE, no período de novembro de 2014 a abril de 2015. O questionário envolve quatro seções: uso de serviços de saúde bucal, atitudes e fatores de risco, condição de saúde bucal e qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Foram proporcionados seis encontros com os ACE, em que foram realizadas rodas de conversas com intuito de informar e estimular a reflexão nesses trabalhadores. Houve também dinâmicas de autoconhecimento, palestras sobre a importância da saúde bucal, com enfoque para o autoexame bucal. A educação em saúde contribuiu para a aquisição de conhecimento e confirmou sua importância para a qualidade de vida, além de sua manutenção durante o processo de trabalho. Mediante a análise dos resultados abordando o aspecto de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, observou-se que 40,5% dos entrevistados têm dificuldades na alimentação devido a problemas bucais. Podemos verificar que essa variável nos proporciona um melhor entendimento sobre o assunto que afeta essa população e nos permite avaliar o trabalho do sistema de saúde. O relato de dor na cavidade bucal foi observado em 58,7% dos entrevistados, denotando um aumento de pessoas que valorizam esse aspecto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Essas, por sua vez, exacerbadas em função da má condição de higiene bucal durante o período de trabalho. Da mesma forma, 52,1% e 46,3% dos entrevistados relataram o “sentimento de tensão” e “se sentem embaraçados”, respectivamente, relacionados aos dentes, gengivas, boca e prótese. Essa variável é importante, uma vez que permite a

comparação de problemas bucais com desconfortos psicológicos em diferentes grupos populacionais. Confirmando os resultados acima, 29,7% dos entrevistados têm evitado sorrir, devido à aparência de seus dentes e próteses. Aqui percebemos um quadro de inabilidade social decorrentes das condições de saúde bucal e assim podemos ter uma dimensão dos fatos que influenciam negativamente no desempenho do trabalho realizado pelos ACE. Concluímos e entendemos que a necessidade de atenção para essa população é de extrema importância e se faz urgente, pois verificamos que a qualidade de vida está aquém do esperado em função e em relação às condições de saúde bucal, confirmado pelos resultados e altas porcentagens de nosso estudo. São necessários outros estudos na área para que possamos identificar as reais necessidades e demanda de tratamento, atendendo esses usuários na intenção de modificar e melhorar a qualidade de vida dessa população específica.

QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ITABUNA – BA: A EXPERIÊNCIA DO PRO/PET/SAÚDE/GESTÃO EM UMA UBS

Soraya Dantas Santaigo dos Anjos

Palavras-chave: Atenção primária a saúde, ensino-gestão-formação, Ministério

Trata-se de um Projeto de Intervenção desenvolvido por discentes/bolsistas dos cursos de enfermagem, docentes tutores e enfermeiros preceptores, inseridos no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PRO/PET/SAÚDE), vinculados da Universidade Estadual de Santa Cruz, (UESC) na linha de pesquisa Gestão em Saúde na atenção primária a saúde (APS), em uma Unidade Básica de Saúde – UBS localizada no Módulo Assistencial IV (Distrito Sanitário),

do município de Itabuna – BA no período de 2012-2014, através de três subprojetos, “Rede Viva Saúde Solidária”. A Rede Viva Saúde Solidária atua no movimento de unificação de forças trabalhistas, sociais e individuais para a construção de uma teia de serviços prestados a comunidade, onde trabalhadores da equipe de saúde, usuários do SUS e instrumentos sociais presentes na área de abrangência interajam e promovam o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde. Sua construção envolve ações de planejamento, gestão e financiamento para que determinadas populações e grupos de risco possam ser mais bem assistidos. O seu processo de operacionalização envolve a Unidade de Atenção Básica, uma população adscrita e pontos secundários de comunicação, identificados e catalogados através do processo de cartografia. Como campo de intervenção a UBS, se inscreve como espaço em que se desenvolvem um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Sua organização requer o cumprimento dos atributos de acesso, coordenação do cuidado, integralidade e complementaridade. O Sistema municipal de saúde de Itabuna apresenta uma estrutura administrativa e organizacional dividida segundo o conceito de distrito sanitário em módulos assistenciais, quatro (4) territórios (I, II, III, e IV), mantendo ainda, na rede de atenção primária a saúde as Unidades Básicas de Saúde, modelo tradicional, que assumem o papel de referência. No Módulo Assistencial IV, a UBS José Édites, definida como referência em

APS, apresentava algumas fragilidades no cumprimento de seu papel, o que despertou na equipe gestora uma inquietação sobre os fatores que dificultavam a sua efetivação como referência e unidade assistencial, e o desafio de promover uma reorganização para qualificar a atenção à saúde. Para tanto, foi inserida no Projeto PRO-PET/SAÚDE/GESTÃO, que inserindo três grupos de alunos/bolsistas, preceptores enfermeiros e sanitaristas da Secretaria Municipal de Saúde, Núcleo de Educação Permanente em Saúde, gerência da UBS de enfermeiros do PACS. Foi realizada a cartografia do sistema local de saúde, no território da UBS e Educação Permanente com a Gerência da UBS de maneira articulada em comunicação transversal. Foram objetivos: Mediar através da cartografia o reconhecimento e a conformação da UBS José Éditas no sistema municipal de saúde; caracterizar sua organização para o atendimento à saúde da população adscrita e de abrangência, analisar as informações em saúde produzidas na UBS, caracterizar o modelo de atenção e definir as ações para qualificar a UBS José Éditas como referência de módulo e unidade assistencial do PACS. No primeiro momento foram realizadas atividades voltadas para o conhecimento do território, unidade de saúde, sistema de referência e contra referência, fluxos da população, rede de serviços, serviços comunitários, através de oficinas de socialização e discussão com os Agentes Comunitários de Saúde, equipe de enfermagem, pessoal administrativo, recepcionistas, serviços gerais, onde se identificou o baixo conhecimento e interesse por parte desses profissionais quanto ao papel da UBS na conformação da rede de atenção à saúde. Concomitantemente, foi-se cartografando o território, possibilitando o conhecimento das condições de vida da população, os problemas relacionados com o estado de saúde da população e com o sistema de serviços de saúde. Esta

vivência permitiu identificar a disparidade entre os instrumentos sociais listados pelos trabalhadores de saúde e a gama de outros serviços sociais presentes na comunidade, mostrando a inexistência de vínculos entre a equipe de saúde atuante na localidade e as redes sociais presentes. Foi possível a construção do mapa físico e dinâmico das microáreas de abrangência para auxiliar no planejamento das ações em saúde, bem como na construção de inter-relações entre Unidade Básica de Saúde e instrumentos sociais atuantes. No segundo momento, após socialização, foram realizadas oficinas para construção de fluxos internos de atendimento, redefinição de oferta das ações de saúde, atualização do sistema de informação da atenção básica – SIAB e posteriormente E-SUS, reunião com representante das Unidades de saúde da família da área para redefinição de referência e contra referência no interior do módulo assistencial IV. Iniciou-se a implantação do Acolhimento como estratégia de ampliação do acesso e humanização, implantação de um espaço tipo brinquedoteca para favorecer a relação mãe-criança-serviço, usuários mais frequentes no serviço de saúde, e reordenamento do fluxo assistencial. Os resultados apontaram para a corresponsabilização dos sujeitos (gestores e trabalhadores) na efetivação da UBS José Éditas como referência de módulo e unidade assistencial do PACS; Informatização da UBS José Éditas; fortalecimento da rede de atenção à saúde e atuação multiprofissional no cuidado do indivíduo; reordenamento do fluxo de referência e contra referência das UBS do módulo Assistencial IV; reorganização do atendimento as demandas organizadas, reprimida, referenciada, espontânea e de urgências da UBS José Éditas; atualização e sistema de Informação da Atenção Básica; e efetivação da UBS José Éditas como referência de módulo e unidade assistencial do PACS. O projeto de intervenção revelou

a potência do PRO-PET Saúde na formação de sujeitos que vão se implicando com a construção do SUS possibilitado pela articulação ensino-serviço-gestão, onde os diversos sujeitos no cenário de prática (UBS José Éditas) e também, no espaço da gestão da saúde municipal puderam resignificar práticas, envolver e agenciar desejos na produção de uma nova realidade, expressa em maior envolvimento dos trabalhadores no fazer-saúde, da gestão nos modos de governar e nos usuários no sentido da co-responsabilização e também no despertar do protagonismo de todos os papéis na qualificação da UBS para qualificação da atenção primária no município em questão.

QUALIFICAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Danielle Costa Silveira, Juracy Xavier de Oliveira, Patrícia Rezende Canuto de Souza Rodrigues, Poliana Cabral de Assis

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde, Estratégia Saúde da Família, qualificação profissional em saúde

Apresentação: Trata-se de um relato de experiência sobre o Curso de Qualificação do Agente Comunitário de Saúde, desenvolvido e realizado pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG), nos anos 2012 e 2013, para profissionais de 90 municípios mineiros. Desenvolvimento: O Agente Comunitário de Saúde (ACS), profissional integrante da Estratégia Saúde da Família (ESF) ocupa um espaço importante no contexto atual da saúde pública. A ESF corresponde a um modelo de atenção que prioriza e privilegia uma abordagem voltada às ações de prevenção e promoção da saúde, considerando a importância e a influência dos determinantes sociais no processo

saúde-doença, enfraquecendo, assim, o foco na enfermidade e na concepção de saúde que se reduz a um simples estado de ausência de doenças. O ACS encontra-se inserido nesse modelo ampliado de saúde. Integrante de uma equipe multiprofissional, o ACS detém a função indispensável de elo, representação e troca entre a equipe de saúde e a comunidade, a partir de um olhar e de uma abordagem mais cuidadosa, solidária e compartilhada com a população. Mesmo desempenhando um vasto rol de funções, como cadastramento e acompanhamento das famílias, visita domiciliar, ações individuais e coletivas de prevenção e promoção da saúde, entre outras, o ACS, diferentemente dos demais profissionais de saúde, não possui uma formação prévia para ingresso na profissão. De modo geral, a formação acontece durante o trabalho e de maneira informal. A partir da Lei nº 11.350/2006, o Ministério da Saúde (MS) ressaltou e determinou a necessidade de formação do ACS, exigindo a realização de um curso de qualificação básica no momento de inserção desses profissionais no sistema público de saúde. Por meio do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS, 2009) e da Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS, 2010)⁷, o MS destinou recursos à ESP-MG para qualificar os ACS inseridos nas equipes de saúde da família dos municípios mineiros. Como o quantitativo de ACS no estado era muito superior ao número de vagas ofertadas, foram definidos critérios para seleção de municípios, sendo eles: 1) municípios com 60% ou mais de cobertura de Estratégia Saúde da Família; 2) municípios que fizeram processo seletivo ou concurso público para a contratação de ACS; 3) municípios com fator de alocação 3 e 4, estratificação elaborada para repasse de recursos financeiros à saúde, que classifica os municípios mineiros em quatro grupos, onde a maior nota atribuída, corresponde

a municípios de menor porte econômico e de grande demanda na assistência à saúde; 4) municípios com interesse formalizado por ações educacionais de capacitação para ACS. Fundamentado nesses critérios, o Curso de Qualificação do Agente Comunitário de Saúde, desenvolvido e realizado pela ESP-MG, foi ofertado a 90 municípios em 2012 e 2013. Estrutura do Curso: O Curso de Qualificação do Agente Comunitário de Saúde correspondeu a uma ação educacional descentralizada, o que permitiu que alunos e docentes, durante todo o processo educativo, refletissem e discutissem sobre a importância do contexto municipal e regional, e sua influência no processo saúde-doença da população e, ainda, na análise das características do microterritório de trabalho do ACS. A proposta educacional foi de qualificar o ACS na busca e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho de suas funções. Para tanto, a carga horária de 400 horas foi distribuída em quatro unidades: Unidade 1) O Agente Comunitário de Saúde e o SUS; Unidade 2). Compreendendo o processo saúde-doença; Unidade 3) A ação do Agente Comunitário de Saúde no diagnóstico e planejamento das ações em saúde; Unidade 4) A ação do Agente Comunitário de Saúde na educação em saúde, na promoção, na prevenção e no monitoramento de agravos. Fundamentando-se no modelo de currículo integrado, o curso foi desenvolvido em serviço e para o serviço, utilizando a estratégia de alternância de momentos de Concentração e Dispersão. A Concentração referiu-se ao momento do curso destinado à construção teórica, por meio da aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, buscando instrumentalizar e explicitar a prática profissional do ACS. Sob a orientação direta do docente, os alunos desenvolviam atividades que abordavam questões referentes a sua prática profissional cotidiana. A Dispersão

foi o momento destinado à aquisição e ao desenvolvimento de habilidades práticas, por meio de orientação e acompanhamento do desempenho do ACS. Esse momento acontecia após cada período de Concentração. A proposta metodológica adotada no curso alicerçou-se nas concepções epistemológicas que permeiam as ações educacionais da ESP-MG: Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), a Androgogia, Pedagogia da Problematização, Aprendizagem Significativa, Currículo Integrado e Avaliação por Competência. Estas abordagens priorizam a interlocução entre os aportes teóricos e a prática desenvolvida nos serviços, num movimento de ação-reflexão-ação, que favorece o desenvolvimento dos profissionais e a melhoria dos serviços de saúde. Nessa perspectiva, os docentes do curso participaram de uma capacitação pedagógica, com desenvolvimento de atividades que permitiam o diálogo, a troca de experiências, a reflexão sobre o processo de trabalho do ACS, a compreensão do processo de ensino-aprendizagem e a reflexão da prática docente. O objetivo era de prepará-los para o exercício da docência, fornecendo aporte para que esses, durante todo o curso, pudessem atuar como mediadores entre os saberes prévios e os novos conhecimentos dos alunos, valorizando suas experiências profissionais, promovendo recuperação diante das dificuldades apresentadas, propiciando o desenvolvimento das habilidades e competências previstas no plano do curso. A avaliação do processo de aprendizagem foi orientada pelo modelo de avaliação por competência, que permite correlacionar teoria e prática e acompanhar diretamente o desenvolvimento do aluno durante todo o processo de ensino-aprendizagem. Neste sentido, o grande objetivo a ser alcançado era desafiar o aluno a aprender a aprender. Assim, ao avaliar o aluno/trabalhador em processo de formação,

pretendeu-se verificar as competências e habilidades adquiridas durante o processo de aprendizagem, evidenciando a capacidade do sujeito em mobilizar e articular os conhecimentos com autonomia, estabelecendo relações significativas entre os conteúdos, com postura crítica e reflexiva. Resultados: O Curso de Qualificação do Agente Comunitário de Saúde envolveu 302 docentes, qualificando cerca de 2.000 ACS. O retorno dos docentes, ao longo da ação educacional, apontou para melhorias no processo de trabalho e qualificação do ACS e, ainda, dos próprios docentes, a partir da revisão e discussão dos conceitos e práticas basilares da ESF, fortalecendo o trabalho em equipe, bem como a qualidade do cuidado em saúde. Considerações Finais: Ao se afirmar que a ESF possui a função de eixo norteador da atenção primária à saúde, investir na formação e qualificação do ACS contribui, sobretudo, nas ações prestadas por esse nível de atenção, com atendimento integral, centrado na família – percebida a partir de seu ambiente físico e social – voltado para as suas reais necessidades, garantindo acesso às ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Assim, a qualificação do ACS ofereceu subsídios para desenvolvimento de um profissional reflexivo e crítico de suas ações, compreendendo a importância de uma postura ética em seu trabalho, com habilidades inerentes à sua prática e competência para o exercício de suas atividades.

QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA UBSF SÃO BENEDITO PARA A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA

Alana Gisele Galeano, Enelita Maria Mazon, Marilene Cavalcanti

Palavras-chave: Educação Permanente, População Negra

A Unidade Básica Saúde da Família São Benedito (UBSF) possui em sua área de abrangência uma comunidade Quilombola chamada Tia Eva, composta por 114 famílias com diversas situações de vulnerabilidade social e em saúde. A Educação Permanente é uma estratégia do Ministério da Saúde que utiliza ferramentas que promovam a reflexão crítica sobre as práticas do serviço e a construção de práticas educativas podem resultar em transformações nas relações, nos processos de trabalho, nas condutas e nas atitudes, nos profissionais. Diante do atual cenário de práticas identificou-se a necessidade de realizar atividades de educação permanente com os profissionais da unidade de saúde São Benedito, com o intuito de auxiliar a equipe no processo de implantação/implementação das ações em saúde do PNSIPN. Dessa forma foi proposta a realização da I Oficina de Saúde Integral da População Negra, por meio de parceria da UBSF São Benedito, com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Jardim Seminário (NASF), Coordenadoria de Atenção Básica (CAB), o Serviço de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANTS) e a Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). Dessa forma foi escolhida a utilização da Educação Permanente sob a forma de Oficinas por meio de metodologias ativas para estimular a equipe a pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos, conforme a PNSIPN. Para identificar o nível de conhecimento prévio e adquirido dos profissionais de saúde da UBSF São Benedito sobre a PNSIPN foi elaborado um questionário de avaliação que foi aplicado antes e depois dos encontros. Os dados foram tabulados para posterior análise. Os encontros da I Oficina da Saúde Integral da População Negra ocorreram nos dias 4 e 15 de junho para todos os profissionais da UBSF São Benedito, totalizando 19 participantes. As atividades foram conduzidas por dois facilitadores, mediante um método interativo, colocando

o participante como protagonista da ação, fortalecendo o trabalho em equipe. Teve carga horária de quatro horas. Iniciou com a apresentação do vídeo “Quesito Cor”, no qual o entrevistador indagava pessoas – Qual a sua raça? – Qual sua cor? Foi realizada então uma discussão sobre o tema com os participantes. Após essa discussão os participantes foram divididos, de forma aleatória, em 03 grupos de trabalho, sendo que para cada grupo foi disponibilizado cópia da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e esta foi dividida da seguinte forma: Grupo 01: A Situação de Saúde da População Negra no Brasil e seus Determinantes Sociais; Grupo 02: Princípios e as diretrizes gerais da política; Grupo 03: Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009. Cada grupo discutiu a Política e, posteriormente elaborou uma apresentação e discussão relacionando a Política com a realidade de seu território, trazendo assim seu olhar crítico e a vivência do dia a dia. No final dos encontros os profissionais respondiam ao mesmo questionário para verificar se houve acréscimo de conhecimentos sobre o tema. Após a realização da oficina 84% dos participantes passaram a conhecer a PNSIPN. Em relação às doenças que acometem a população negra e seus fatores de risco, 83% relataram ser capazes de reconhecê-las, no entanto, percebe-se que ainda há dificuldades de correlacionar às patologias e identificar os fatores de risco. Quanto à discriminação étnica/ racial e social, o resultado apontou que quase todos os profissionais acreditam existir a discriminação étnica – racial e social da população negra e 88% dos participantes acreditam que as iniquidades e desigualdades em saúde são relevantes para uma boa saúde. Os profissionais da unidade de saúde e do NASF, através da análise do questionário respondido, identificaram a necessidade de envolver a população negra no processo de trabalho

trazendo uma discussão mais ampla sobre as políticas envolvendo outros atores. A Oficina possibilitou a equipe de saúde identificar as especificidades da população negra, pois as ações eram pautadas apenas em algumas doenças apresentadas pela população em geral, alegando que o fato de oferecer acesso já estaria contemplando as diretrizes do SUS. Observou – se ainda que, após a oficina a equipe identificou a necessidade de uma mudança do processo de trabalho, saindo do foco doença para discussões de temas votados à condições de vida, ações de promoção, educação em saúde envolvendo a comunidade negra, e a busca pela intersectorialidade e articulação política.

REABILITAÇÃO HOSPITALAR MULTIPROFISSIONAL NO MODELO “CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS” EM PACIENTE COM TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

Arianne Tiemi Jyoboji Moraes, Emília Daniele de Araújo, Fabiana Martins de Paula, Fábio Sartori Schwerz, Mariany Barros de Britto, Priscila Carolina de Souza, Reinalda Maria de Assis, Suellen Borba Coelho

Palavras-chave: Traumatismos cranioencefálicos, Acidente Vascular Cerebral, equipe multidisciplinar

APRESENTAÇÃO: O Trauma Cranioencefálico (TCE) é a lesão anatômica ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalo; advinda de agressão mecânica, e que pode evoluir com seqüela neurológica e neuropsicológicas de diversas intensidades. Os pacientes que sobrevivem ao TCE podem apresentar deficiências e incapacidades que são temporárias ou permanentes, interferindo na capacidade do indivíduo de desempenhar suas funções. O trabalho

multidisciplinar iniciado precocemente com o paciente agudamente acometido mostra-se como método de reabilitação com grande ganho de independência nas atividades de vida diária. Buscando a precocidade deste atendimento foi idealizado o projeto de Cuidados Continuados Integrados (CCI). Projeto piloto no Brasil, realizado em Mato Grosso do Sul no hospital de retaguarda São Julião, é oriundo de moldes europeus de atendimento a idosos com acometimentos súbitos. O objetivo do CCI é confeccionar um projeto terapêutico singular (PTS) para cada paciente mediante avaliação de equipe multiprofissional e executa-lo ainda em ambiente hospitalar. Um dos focos principais do projeto CCI, é o treinamento e educação em saúde do paciente e do cuidador, trazendo assim o paciente e seus familiares para o protagonismo no processo saúde-doença. O trabalho demonstra um relato da experiência de reabilitação da equipe multidisciplinar em CCI frente a paciente jovem com traumatismo cranioencefálico e sequelamotoraimportante. **METODOLOGIA:** Masculino, 20 anos, sofreu TCE em colisão automobilística em 02/05/15 sem perda de consciência no momento foi avaliado em pronto atendimento e liberado sem seqüelas; evoluiu em aproximadamente 12 horas com perda súbita de força em hemicorpo esquerdo, internado em hospital de agudos, apresentou tomografia computadorizada de crânio compatível com isquemia hemisférica em território de artéria carótida interna direita, sendo provável o diagnóstico de trombose traumática desta artéria e evoluiu com sinais de hipertensão intracraniana sendo realizado cirurgia de craniotomia descompressiva com preservação da calota craniana em abdome. Foi encaminhado para reabilitação em hospital de retaguarda no dia 09/05/15, acamado, sem mobilidade no leito, com hemiplegia à esquerda e desvio da rima labial para direita, em uso de fraldas apesar

do controle de esfíncteres preservado. Foi admitido no CCI e realizado PTS pela equipe multiprofissional: A enfermagem identificou problemas relacionados ao autocuidado (alimentação, higiene corporal e oral, ato de vestir-se); além de risco de constipação, relacionado mobilidade prejudicada e o pós-operatório, risco para quedas e de infecções. Assim, visou incentivar a reconquista da autonomia do paciente através da assistência de enfermagem diária e monitorização das intervenções propostas. A farmácia objetivou realizar o acompanhamento farmacoterapêutico em busca de identificar possíveis reações adversas, interações medicamentosas e problemas relacionados aos medicamentos. Monitorar os exames laboratoriais, orientar o paciente e cuidadores sobre as medicações em uso, sua posologia, efeitos colaterais e locais de aquisição das mesmas. Na área da fisioterapia, como o paciente apresentava um déficit importante de mobilidade de hemicorpo esquerdo, o PTS teve como enfoque a minimização de efeitos decorrentes da imobilidade, como a sarcopenia, a osteopenia e a diminuição da amplitude de movimento (ADM); assim como, estimular treinamento funcional de transferências, postura ortostática adequada, auto-cuidado, estimulação sensitiva e com o progresso do quadro do paciente, estimular a marcha independente. Na área médica, o paciente apresentou mudança de um perfil flácido da hemiparesia para um perfil espástico e o principal objetivo foi minimizar a espasticidade por meios farmacológicos para otimizar o trabalho de reabilitação e manter independência do paciente, e outro grande objetivo foi a monitoração de infecção e alterações neurológicas devido abordagem cirúrgica recente do crânio. Pela nutrição o paciente apresentava-se eutrófico na avaliação inicial, com peso de 68 kg e IMC 21kg/m², circunferência de braço (CB) adequada em

104%, circunferência muscular do braço (CMB) em 112% e prega cutânea tricipital (PCT) em 44%. A proposta terapêutica incluiu manter o estado nutricional, prevenindo perda de massa muscular, com dieta hipercalórica hiperproteica, e suplementação de proteína do soro do leite, além de outras intervenções nutricionais conforme as necessidades. A psicologia propôs o fortalecimento emocional e o estímulo à resiliência dos familiares e do paciente, que apresentava humor depressivo diante dos medos e angústias geradas, principalmente, por suas limitações motoras e as consequências destas. Quanto ao núcleo familiar mostrou-se fragilizado e precisou de auxílio para o enfrentamento da situação de apoio vivenciada. O Serviço Social evidenciou necessidade de abordagem dos determinantes sociais de saúde, para articular ações em diferentes níveis de atenção, com enfoque nos princípios do SUS que abrangem a integralidade, universalidade e equidade, aliando-se às demais políticas existentes. Foi realizada orientação para adquirir benefício de auxílio-doença e orientações quanto à entrada no Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT). Após 21 dias de internação o PTS foi interrompido e o paciente retornou ao hospital de agudos para a cirurgia de recolocação da calota craniana, necessitando de unidade de cuidados intensivos devido ao quadro de anisocoria e piora do desvio de rima labial no pós-operatório (novo quadro de HIC). Após 1 semana, com a estabilização do quadro clínico, o paciente retornou ao hospital de retaguarda e foi retomado o seu PTS pois não apresentava grande mudança do quadro. Na primeira semana após o retorno, o paciente apresentou cefaléia, náuseas e febre, sendo iniciado antibioticoterapia (Meropenem e Vancomicina) devido provável meningite associada ao procedimento realizado; e

apesar do tratamento o paciente foi mantido no programa sem grandes interferências nos trabalhos da equipe. RESULTADOS: O PTS foi aplicado integralmente e obteve resultados propostos através do trabalho em equipe, composto pelo cuidador, equipe de saúde e o paciente, resultando em melhora da autonomia e funcionalidade do mesmo ao término da internação que totalizou 68 dias, sendo 23 dias na primeira internação e 45 dias na segunda internação após a transferência para cirurgia. O paciente manteve o estado nutricional, com 70kg, IMC 22kg/m², CB em 104%, CMB 112% e PCT 50%. Houve total cicatrização da ferida operatória, obteve bom controle da espasticidade, evoluiu para marcha independente sem apoio, com déficit apenas de dissociação de cinturas, apresentando uma marcha ceifante e foi considerada tratada com êxito a infecção de sítio operatório. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O trabalho em equipe demanda uma constante construção e planejamento de práticas, sendo mais efetiva quando ocorre através do diálogo, para que os profissionais conduzam suas condutas em uma mesma sintonia com o paciente. Os atributos principais que devem ser cultivados por toda a equipe têm sido a empatia e predisposição em trocar experiências e informações para que desta forma seja possível construir uma relação de confiabilidade e respeito entre os profissionais de saúde assim como pelo sujeito e seus familiares em suas diversas abordagens.

RECURSOS INTERATIVOS E POTENCIALIDADES DA INTERNET: OS CURSOS DO NEXT

Rita de Cássia Machado da Rocha, Nilton Bahlis dos Santos

Palavras-chave: educação em rede, tecnologias interativas, internet

Este trabalho relata o aprendizado desenvolvido através de experimentações de recursos interativos, como aluno, monitor e observador participante em três cursos do Núcleo de Experimentação de Tecnologias Interativas (Next), laboratório de experimentação do Grupo de Pesquisa “Tecnologias, Culturas e Práticas Interativas e Inovação em Saúde” da FIOCRUZ. Os cursos foram coordenados e ministrados pela equipe do Next. São eles: Andando nas Nuvens: Noções de Computação em Nuvem e Introdução ao uso de Tecnologias Interativas na Educação, Pesquisa, Gestão e Saúde oferecido para os profissionais do Departamento de Ação Básica (DAB) do Ministério da Saúde; a disciplina no Programa de Pós-Graduação de Ensino em Biociências e Saúde do Instituto Oswaldo Cruz: “Pensando a Internet, Saúde e Educação na Era da Complexidade” e a disciplina no Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde: “Oito temas para se pensar a ciência, a sociedade e as redes na era da complexidade”. Os Cursos usaram metodologias de “educação em rede”, desenvolvidas pelo Next e com características de “Blended Course” que são aulas com atividades presenciais e outras realizadas pela Internet, tendo como ambiente principal um grupo no Facebook. Foram ofertados para alunos de pós-graduação da FIOCRUZ e também para profissionais ou interessados nos temas, estes que assistiam as aulas transmitidas online no canal do Youtube do Next. O primeiro aprendizado prático foi como “Anjo” de um grupo no Facebook, e-moderador no curso de extensão “Andando nas Nuvens”. A função exercida pelos “Anjos”, voluntários entre os membros do curso, era ensinar, auxiliar ou tirar dúvidas práticas dos outros alunos, sobre as tecnologias estudadas e experimentadas. O segundo aprendizado foi de transmissão das atividades presenciais pela internet,

na disciplina Pensando a Internet, Saúde e Educação na Era da Complexidade, onde era feita uma reflexão e estudo mais teórico sobre a Internet e suas potencialidades. Em sequência, fui aluna e monitora do “Curso 8 temas para se pensar a ciência, a sociedade e as redes na era da complexidade” onde participei de atividades de tutoria com outros orientandos do Next. Neste curso estava com duas missões: 1) ser aluna e observadora participante, que registrava aulas e experimentações em meu diário de campo a cada sessão, e 2) realizar as atividades de transmissão e administração de canal do curso no Youtube. Percebemos que usar a tecnologia apenas como uma “ferramenta”, é muito diferente de entender os seus movimentos, a dinâmica, sua lógica de interação e seu real sentido no que tange a um novo processo de produção de conhecimento e, conseqüentemente, de ensinar e aprender. No primeiro curso comecei a perceber o movimento e a dinâmica existente nas redes, pois assumindo a posição de anjo, e-moderador, assumi também a função de observador participante, de uma certa forma fazendo uma netnografia, percebendo quando algo mudava no grupo ou não, quando os alunos precisavam ser motivados, quando uma temática era mais difícil de ser entendida por todos e que materiais poderiam contribuir no contexto que se verificava. No curso: Pensando a Internet, Saúde e Educação na Era da Complexidade” aprendi a realizar transmissão online pelo Youtube. Nas últimas aulas, inclusive, pude ensinar para outros alunos do curso a realizar a transmissão, ficando responsável em transmitir via hangout e sistematizar a comunicação no grupo criado no Facebook para os participantes do curso. Neste momento, percebemos que a transmissão de uma aula não servia apenas para que fosse assistida por alunos remotamente, mas era também um meio de registrar os momentos em sala

de aula, transformando-os em recursos de educação permanente para estudo dos alunos. Pude também perceber o grupo do curso no Facebook como uma possibilidade de informação e interação entre os alunos, por exemplo sobre as datas dos trabalhos, servindo de colaboração, troca de informações e experiências, referências e opiniões. Comecei a perceber que as mensagens postadas pelos participantes no grupo do Facebook da turma, eram relacionadas às atividades do dia, com posts de vídeos que os alunos assistiam e que se referenciavam aos contextos trabalhados, surgindo ali discussões entre os participantes (tutores e alunos) do curso. Através das atividades com o Grupo de Pesquisa do Next e individualmente, pude realizar experimentações com recursos da Internet, como por exemplo a utilização de documentos no aplicativo Drive (o que facilitava a produção de textos colaborativos e o trabalho online), o gerenciamento de um Canal do Youtube e criação de playlists; a criação de fanpage, e a produção de aplicativos para celular. No curso “8 temas para se pensar a ciência, a sociedade e as redes na era da complexidade” comecei a perceber um processo de emergência de conhecimentos, no grupo do Facebook, sobre as discussões que ocorriam em sala de aula e online quando alunos que assistiam as aulas postavam suas dúvidas, opiniões e questionamentos transmitidos ao grupo presencial. O grupo criado no Facebook para a turma presencial e online teve um movimento diferente das outras experiências que eu tinha observado. As postagens tinham uma maior frequência de materiais referentes as aulas, havia mais participação das discussões em sala e alguns relatavam que reassistiam as aulas transmitidas em casa, depois das aulas, para amadurecer os conceitos e teorias vistos e poder levantar dúvidas e observações no Facebook e mesmo na sessão presencial seguinte. Na

transmissão das aulas via hangout para os alunos a distância, fui observando que: o Hangout servia para fortalecer os conceitos aprendidos conforme seus interesses; há necessidade de montar uma playlist para o curso específico e a criação de tags, metadados específicos para possibilitar encontrar os objetos de aprendizagem, e organizar o acesso às gravações; e os temas apresentados em sala precisariam estar organizados cada um em uma ficha para permitir que os alunos encontrassem os materiais de forma organizada. Diante a experimentação, foi criada uma metodologia de transmissão para ser disponibilizada e experimentada pelos membros do grupo de pesquisa. A sincronização remete às ações de postagem no grupo, que são espontâneas e que emergem de um contexto trabalhado naquele dia em sala. Não são fruto de uma orientação do professor do que os alunos podem ou devem fazer com vídeos. Esse movimento ocorre quando os alunos percebem que o grupo na Internet pode enriquecer o seu contexto, pode ser um meio de permanecer aprendendo. A tentativa de centralização de atividades em rede, se relaciona com o formato tradicional, no qual o professor é o centro das atividades e só ele coordena e impulsiona as ações. Mas, o trabalho em rede é voltado para ações distribuídas, organizadas a partir de um acordo pedagógico entre os participantes do processo educacional (professores, tutores, aprendizes, gestores, etc.), onde são definidas um mínimo de regras e objetivos que pautam os participantes e a partir do qual eles se desenvolvem de forma autônoma, e que se torna um processo de educação permanente.

REFLEXÃO, CRIAÇÃO E REINVENÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE

Tanise de Oliveira Fernandes

Palavras-chave: trabalho na saúde, residência em saúde, educação permanente na saúde

Apresentação: Este trabalho é parte de reflexões desenvolvidas no Trabalho de Conclusão de Residência do Programa de Residência em Saúde do HUGD/UFGD. Pretende discutir acerca do processo de formação de trabalhadores no contexto da Saúde Pública. Visa explorar a Educação Permanente em Saúde (EPS) como estratégia para a mudança do modelo hegemônico de saúde e provocador de transformações das práticas de trabalho, considerando a Residência Multiprofissional em Saúde como uma modalidade de ensino em serviço que converge com a EPS. Também são discutidos os processos de subjetivação, ético-políticos e institucionais envolvidos na formação e no trabalho na área da saúde. As Residências em Saúde como possibilidades de trabalho na saúde são desenvolvidas em uma trama de complexidade. O que se produz como resultado deste labor é de uma imensa diversidade, podendo resultar na produção do cuidado e a autonomia, o sofrimento, a opressão e também o adoecimento. Os caminhos para produzir saúde estão diretamente relacionados com as concepções do profissional sobre o que é saúde e qual a forma que se produz tal bem. Estas percepções são solidificadas durante a formação profissional, no contexto e nas condições de trabalho vigentes, e também, a partir de um elemento de grande importância, a possibilidade de Educação Permanente em Saúde (EPS). A EPS é parte do movimento em direção à consolidação e fortalecimento da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS. Surge a partir da necessidade da articulação entre todas as esferas do SUS e as instituições formadoras, considerando a importância dos trabalhadores da saúde pública. Tem em evidência a construção da educação

em serviço/educação permanente em saúde (BRASIL, 2003). É a abertura para o diálogo e reflexão do trabalho na saúde pública, considerando seus desafios, as riquezas e complexidades encontradas nestes contextos. Na mesma lógica da EPS, a Residência Multidisciplinar em Saúde (RMS) é criada como uma provocação à mudança do modelo de saúde vigente e uma estratégia de transformação das práticas nesse contexto. Consiste em uma modalidade de pós-graduação (lato sensu) na formação de trabalhadores da saúde, com a finalidade de uma mudança na perspectiva do desenho tecno-assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (RESIDÊNCIA..., 2014; BRASIL, 2006). Esta transformação do modelo tecno-assistencial corresponde à reforma dos modos de se produzir saúde no SUS. As propostas que se colocam são para o investimento na dimensão humana envolvida nos serviços de saúde. Incide em desenvolver um paradigma que tenha compromisso com a prática, com a intervenção humana no processo saúde e doença, e no seu compromisso com a produção de saúde (CAMPOS, 2007). Desse modo, as Residências em Saúde se configuram como inovadoras e potentes possibilidades em articular a inserção no contexto de trabalho em saúde, na prática profissional com um maior diálogo entre diferentes áreas de formação, tendo como resultado o desenvolvimento de um entendimento ampliado do processo saúde-doença e das necessidades de saúde da população. Os atravessamentos e composições do trabalho em saúde. Ao falarmos dos processos de trabalho na saúde também devemos problematizar sobre os atravessamentos políticos, subjetivos e institucionais que a produção de saúde recebe. Como se dá a produção em saúde tendo como principal ator para sua concretização a figura do trabalhador? O trabalho em saúde, assim como outras

formas de trabalho, está imerso na lógica do capitalismo contemporâneo. Esta lógica utiliza de novas formas de exploração, passando pelos processos de produção de subjetividade, na mistura de tempo de vida e tempo de trabalho. Desse modo, há a captura da dimensão subjetiva do trabalho, que é definida como trabalho imaterial (COCCO, 2013). Uma característica do trabalho imaterial é a dimensão afetiva de relações. Nesse sentido, Hardt (2003) define o trabalho que envolve a interação e contatos entre pessoas como um trabalho imaterial afetivo. Os produtos deste tipo de trabalho são intangíveis, ocorrendo a presença afetiva e a criação e/ou manipulação de afetos. O próprio trabalho na saúde é um exemplo: há a interação e comunicação humana, resultando em elementos não concretos e mensuráveis, como um sentimento de cuidado e de bem-estar. Nesse sentido, o trabalho dos profissionais de saúde são trabalhos afetivos imateriais, em que os afetos, sentimentos e a interação entre sujeitos se fazem presente, estabelecendo uma complexa relação entre a equipe de saúde e os usuários/pacientes. O trabalho afetivo é uma estratégia de produção de lucros e sustentação do sistema capitalista vigente (HARDT, 2003). Mas por outro lado, a produção de afetos, de subjetividades, e de formas de vida que o trabalho afetivo possibilita, podem ser elementos potenciais para a libertação e produções que escapem a esta captura. Ao contextualizar esta discussão, é possível identificar em diversos espaços de saúde o atravessamento e a captura de trabalhos afetivos. Lugares em que a saúde é percebida apenas como um bem de consumo, um produto a ser vendido e consumido. Esta concepção desconsidera o aspecto relacional deste tipo de labor, sustentado a relação hierárquica e distante entre trabalhadores, e entre trabalhadores e usuários. Em suma, há produção de saúde envolvida por afetos endurecidos e

descolados de sentido e cuidado. Por outro lado, é possível identificar, nesses mesmos espaços e compondo a realidade do serviço de saúde, movimentos que escapam às amarras de uma produção de saúde pautada apenas na lógica produtivista. Há diversos atos, singelos ou mais representativos, da produção de uma saúde envolvida por subjetivações criativas de cuidado, de relações simétricas e de respeito ao usuário. Práticas que reinventam e resistem ao sistema duro e frio da saúde enquanto objeto. Considerações finais: O trabalho na saúde pública é envolvido pelo constante desafio aos trabalhadores, e justamente por isso, é a possibilidade da criação e reinvenção das práticas. O diálogo e a reflexão da experiência do trabalho na saúde e de seus desafios são estratégias fundamentais para a ressignificação de práticas e ações. Indo ao encontro a essas concepções, o fortalecimento deste modo de perceber e agir no trabalho em saúde é a proposta da EPS, principalmente nas Residências em Saúde, sendo importantes agenciadores de mudanças que considerem a complexidade do encontro afetivo com o/os outro/outros possíveis, bem como, a dimensão subjetiva e os atravessamentos de ordem institucional nos espaços de produção de saúde.

REFLEXÕES ACERCA DA PRÁTICA DOCENTE NA SAÚDE

Edlamar Kátia Adamy, Simone Cristine Nothaft, Iselda Pereira, Carine Vendruscolo

Introdução: Trata-se da vivência de um grupo de docentes de uma universidade pública do Estado de Santa Catarina e as reflexões acerca da sua prática na área da formação em saúde, durante o Curso de Especialização Lato sensu em Docência na Saúde. A educação apesar de constituir-se na coletividade, é um processo individual e

intransferível. Aos atores do processo cabe a percepção inequívoca de que cada qual tem seu papel e sua função específica, cabe a docentes e estudantes construir e aproximar os saberes em tempo integral. Partindo deste pressuposto de que os homens educam-se a partir das experiências vivenciadas no cotidiano acadêmico, é possível uma reflexão distinta sobre a ensinagem: o ensino não deve partir do pressuposto de uma verdade unilateral, ou seja, elaborada pelo educador, trazendo pronto, do seu mundo, o seu saber, o seu modelo de ensino, como saberes absolutos e inquestionáveis. Mas, ao contrário, o ensino deve estar embasado na cultura e valores dos educandos, a partir dos conhecimentos que os alunos trazem consigo, para sua superação e apropriação de novos saberes. Para o autor, o diálogo consiste em uma relação horizontal e não vertical entre as pessoas implicadas no processo. É nessa direção que o docente, na graduação, para o alcance da prática reflexiva, deve ser capaz de organizar uma pedagogia construtivista, criar situações de aprendizagem que considerem o aluno como autor de sua própria história, corrigi-lo por intermédio do diálogo estabelecido com a realidade, levando o futuro profissional ao desenvolvimento do pensamento crítico e da autonomia (FARIA, CASAGRANDE, 2004). Desenvolvimento: Durante a realização das atividades propostas pelo curso de especialização fomos instigadas a refletir acerca da prática docente, movidas por atitudes protagonistas, motivadas pela escuta dos sujeitos, questionando os saberes vigentes e a imersão em práticas que exigem a experimentação e a reflexão. Esse movimento exigiu atitude e responsabilidade para participar e interagir no processo de aprendizagem. Fomos estimuladas a pensar sobre nosso próprio pensamento, revisitando valores e constructos pessoais

num processo de reflexão individual e coletivo. Emergiu a necessidade de pensar a docência como um propósito de vida, construído ao longo do tempo. Como dizia Paulo Freire: “Ninguém começa a ser professor numa certa terça-feira às quatro horas da tarde... Ninguém nasce professor ou marcado para ser professor. A gente se forma como educador permanentemente na prática e na reflexão sobre a prática” (FREIRE, 1991, p.58) Corroborando com essa percepção, considera-se a reflexão sobre a ação docente uma constante construção, nunca se percebendo acabada, mas em permanente mudança, oportunizando um processo pedagógico que articule a teoria e a prática, inovando na maneira como ensinamos e aprendemos. Como protagonistas do processo de ensino, conseguimos identificar dificuldade e potencialidades no percurso do desenvolvimento do projeto, nos permitindo refletir sobre as atividades desenvolvidas no cotidiano: estágios, aulas teóricas, aula práticas, produção científica e intelectual; e até mesmo as atividades da vida pessoal. Para haver competências na prática docente, são fundamentais as capacidades cognitivas e relacionais, pois alicerçam os conhecimentos necessários ao desenvolvimento de uma dada vivência, ação ou exercício profissional específico. Contudo, é difícil identificar, dentre as competências docentes, aquelas que são separáveis de sua pessoa, já que toda a história social do sujeito é formadora (FARIA; CASAGRANDE, 2004). A complexidade das relações e seus reflexos, e a interdependência de todas as esferas sociais das quais o ser humano participa, exige uma postura diferenciada, frente ao paradigma que vivenciamos. Considera-se o ser humano como sujeito de sua própria história, que a constrói de forma coletiva, a partir de suas relações com o meio que contextualiza, determinando e sendo determinado pela

sua historicidade. Nesse contexto, faz-se necessário e urgente a ruptura paradigmática estabelecida entre os sujeitos que produzem o conhecimento e que, por vezes, este conhecimento é compreendido como verdade absoluta, e reproduzido de forma inquestionável sem a devida reflexão. Segundo Morin (2002), a missão da ciência não é mais afastar a desordem de suas teorias, mas estudá-la. Não é mais abolir a ideia de organização, mas concebê-la e introduzi-la para englobar disciplinas parciais. Eis porque um novo paradigma esteja nascendo. Reside também nesse contexto, o motivo urgente de constituirmos redes interdependentes e interconexas para a consolidação da formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) e sua missão, como uma possibilidade viável por meio da utilização do quadrilátero para a formação (ensino, gestão, controle social e atenção), considerando o ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social (CECCIM; FAUERWEKER, 2004). É possível promover uma ruptura de um paradigma estabelecido e tido como verdadeiro, perpassando pelo exercício intenso e profundo de questionar a realidade posta, a necessidade de sua manutenção e os mecanismos de sua prospecção? Cabe, em especial à Equipe Técnica e Docente, que “forma os formadores” e profissionais que atuam junto ao SUS o convite para revisitar conceitos antigo, (re)significar entendimentos, propor novas possibilidades de entendimento e atuação para a experimentação de novos conceitos e concepções de ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social. Segundo Freire (2005), nas condições de verdadeira aprendizagem os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber, ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo. No contexto da formação, envolver o corpo docente,

técnicos administrativos, educandos e a comunidade, torna-se uma necessidade premente para a promoção da integração entre ensino e serviço, com o desenvolvimento da temática como conteúdo transversal, porém organizado e presente nos planos de desenvolvimento institucional, político-pedagógico, de ensino e, conseqüentemente, nos planos de aula, com a intencionalidade de reflexão e apropriação do Sistema Único Saúde. A ação docente que parte do pressuposto dos sujeitos como partícipes do processo oportuniza mais dinamismo a construção do conhecimento e permite vivenciar experiências pontuais dos conceitos apreendidos no contexto acadêmico, permitindo a transposição de conhecimentos para outros cenários, similares ou não. Considerações finais: Esse movimento desacomodou e nos fez refletir acerca da aprendizagem significativa despertando-nos para (re)significar nossa práxis pedagógica, nos espaços de aprendizagem que não a sala de aula, bem como, nossa ação nos contextos profissionais com vistas a melhorar nosso desempenho. Neste sentido, tendo em vista as concepções dos usuários, do profissional desejado pelo SUS e dos docentes formadores na saúde, podemos dizer que os profissionais, os usuários e os docentes querem assistência a saúde de qualidade, atendimento às necessidades da população, saúde integral, atendimento com integralidade, condições de trabalho, número suficiente de profissionais para atender a demanda de usuários, participação social efetiva, escuta ativa, formação articulada em rede, políticas de saúde efetivas possíveis de serem implantadas e implementadas, gestão do cuidado. E isso será possível com a atuação da comunidade, do profissional e do docente com comprometimento, participação efetiva de todos os atores, enfrentando as mudanças, mudança de hábitos, entendendo

as culturas, trabalhando num sistema de redes, transversalidade na formação, docência comprometida e articulada nesta perspectiva, cuidado integral, diálogo e ética. Consideramos que uma das principais atribuições das instituições que se predispõe a trabalhar com a educação é a transformação própria ser humano, e, enquanto docente, a necessidade de formarmos profissionais pensando em ações que transcendam os modelos tradicionais de educação, preconizando atividades educativas inseridas num contexto social, político, ético que contribua com a construção de sistemas de saúde que atendam os usuários.

REFLEXÕES FRENTE À PARTICIPAÇÃO EM UM CURSO DE CAPACITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE PARA CUIDADORES DE PACIENTES COM INCAPACIDADE FUNCIONAL

Josiane Emilia do Nascimento Wolfart, Thiago Amador Correia, Marcia Regina Martins Alvarenga

Palavras-chave: capacitação, cuidador, paciente,

Este resumo faz parte do relato de experiência da participação do projeto de pesquisa intitulado: “Curso de Capacitação para equipe de saúde na qualificação de cuidadores frente às necessidades de pessoas com incapacidade funcional”, promovido pelo Curso de Extensão, Cultura e Assuntos Comunitários da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul - UEMS. O projeto consistiu na qualificação e capacitação de profissionais da saúde e cuidadores de pacientes com incapacidade funcional das unidades de Clínica Médica (adulto e idoso) de um hospital do interior do Estado. Por meio da qualificação destes profissionais espera-se criar novos referenciais em saúde para apoiar familiares

e cuidadores, contemplando as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde. O projeto teve como objetivo ampliar o atendimento especializado e melhorar a qualidade da assistência prestada a estes pacientes, suas famílias e outros cuidadores, garantindo-lhes segurança na assistência integral a partir do momento em que são admitidos no hospital, no percurso da internação e no momento da alta, bem como o cuidado na contra referência. Através de práticas educativas, o curso desenvolveu-se da seguinte maneira: oficinas semanais com duração de quatro horas no período de três meses. A finalidade das oficinas foi promover discussões e tomadas de decisões a cerca dos temas sugeridos pelo facilitador – condutor do grupo. Formar grupos de estudos sobre estes temas, como por exemplo: o que é cuidado em saúde; no que consiste a incapacidade funcional; quais são as doenças crônicas mais comuns; sobrecarga do cuidador, dentre outros temas. Ao final de cada oficina eram definidas novas ações – tarefas – as quais conduziram os próximos encontros. O facilitador teve a função de coordenar as atividades do grupo e finalizar cada encontro com o processo de reflexão das atividades desenvolvidas. Este processo consistia na avaliação formativa, ou seja, cada integrante fazia sua auto-avaliação - como foi sua participação no grupo - como foi a participação do grupo em si e como se deu a condução do facilitador, além de avaliar o conteúdo trabalhado nos encontros. Ao início de cada oficina era proposto pelo facilitador uma dinâmica de grupo, com objetivo de promover a interação e integração dos membros participantes, composto por profissionais das áreas de Nutrição, Enfermagem e Psicologia. O objetivo desta tarefa era reforçar a importância do trabalho em equipe, o envolvimento de todos no atendimento ao paciente e sua família facilitando seu

acompanhamento de forma integral. Neste sentido a cooperação e o respeito ao próximo, seja ele paciente ou equipe, é primordial para o trabalho em saúde. Dentre as atividades desenvolvidas nas oficinas uma delas consistia no levantamento de artigos relacionados ao tema do cuidado e cuidador de pacientes com incapacidade funcional. No dia do encontro o grupo apresentou as definições encontradas na literatura, então o facilitador solicitou ao grupo que fizesse um levantamento das problemáticas apresentadas sobre tema, como por exemplo: Sobrecarga do Cuidador, problemas encontrados: solidão do cuidador, mudança nos hábitos de vida, falta de conhecimento do cuidado, enfrentamento da doença, uso de termos técnicos, crença em relação à doença, situação socioeconômica, entre outros. Depois de levantados os problemas foram construídas hipóteses que subsidiaram questões de aprendizagem para o grupo, disparando novas buscas e pesquisas com o intuito de responder as questões construídas e fundamentar o aprendizado do mesmo, exemplificando: O uso de termos técnicos gera dificuldade de comunicação entre equipe de saúde e público assistido? A falta de encaminhamento para a rede de saúde leva a sobrecarga do cuidador (recidivas do paciente)? A falta de conhecimento da família e do paciente aliada as suas crenças em relação à doença, provocam aflição e angústia e dificuldade de enfrentamento da doença? A cronicidade da doença junto com a condição socioeconômica gera limitação na atividade diária do doente e possivelmente, na adaptação a doença? Dentre outros. Esta atividade foi especialmente enriquecedora, pois mobilizou o grupo na busca ativa de literatura que tratavam dos temas abordados, comprovando ou refutando estas hipóteses, dando maior credibilidade ao processo de aprendizado do grupo além de poder entrar em contato com a realidade das demandas do serviço de saúde presentes

no país, naquilo que vai de encontro à oferta de cuidado ao paciente com incapacidade funcional, família e outros cuidadores. Esta atividade também nos fez refletir sobre o cuidado em saúde ofertado em nossa instituição. Como parte da metodologia do curso, fomos capacitados para aplicação do instrumento MIF – Medida de Independência Funcional - preconizado pelo Ministério da Saúde. O instrumento mensura a ajuda necessária para realização de um conjunto de dezoito tarefas classificadas em seis dimensões, sendo elas: I autocuidado (cuidar de si mesmo: alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se); II controle dos esfíncteres; III transferências (capacidade de se transferir do leito para a cadeira e outros locais); IV locomoção; V comunicação (compreensão e expressão de ideias); e VI cognição social (relacionada à interação social). Cada profissional deverá avaliar as tarefas durante a aplicação do instrumento, em seguida o paciente receberá uma classificação em escala de graus de dependência, composta por sete níveis: nível 1 equivale à dependência total, níveis 2, 3 e 4 correspondem respectivamente à assistência máxima, moderada e mínima. O nível 5 diz respeito à supervisão - de outra pessoa ou cuidador - quanto ao estímulo, preparo, controle, sugestão ou encorajamento para determinada atividade, ou ainda, quando é necessário que o cuidador prepare os objetos que serão utilizados ou ajude na colocação da órtese. O nível 6 trata da independência modificada, na qual as atividades requerem uma ajuda técnica, adaptação, prótese ou órtese e/ou são realizadas em tempo excessivo. Por fim o nível 7 é corresponde ao grau de independência completa, ou seja, aqui as tarefas são realizadas sem ajuda técnica, em tempo razoável. Através do MIF realiza-se uma avaliação das reais condições de cada paciente, discutidas em conjunto com paciente, família, cuidadores e equipe de saúde. A avaliação é base para planejamento

assistencial e educacional na capacitação dos cuidadores – família – paciente mediante as necessidades de cuidados apresentadas; estendendo a orientações quanto ao uso de medicações, dietas, cuidados de higiene pessoal, referência ambulatorial, encaminhamentos para rede de saúde, possíveis dificuldades que venham a surgir com a mudança de rotina tanto do paciente quanto do cuidador. No âmbito institucional, pretende-se ampliar o contato com toda equipe de saúde, fortalecer o diálogo com a rede de Atenção Básica – referência e contra referência, objetivando diminuir o índice de re-internação hospitalar, prevenir ou retardar algumas complicações como piora do paciente; capacitar o cuidador para melhor enfrentamento da situação, evitando o adoecimento deste. O projeto ainda esta em andamento, o próximo passo é desenvolver as atividades na prática da instituição hospitalar. Entendemos que ainda existe muito a se fazer em nossa realidade. Problematizar nossa prática faz parte do processo de cuidado. Todo profissional de saúde, independente do seu papel, deve ser um operador do cuidado, preocupado em atuar no campo das tecnologias leves. É preciso uma aproximação maior dos membros da equipe de saúde e desta com o paciente e seus cuidadores. Por meio do acolhimento, responsabilização e vínculo - responsáveis pelo projeto terapêutico - conseguimos a promoção, prevenção e a recuperação em saúde, sobretudo, promotores de uma nova forma de pensar a saúde.

REFLEXÕES SOBRE O “ACESSO” NA AVALIAÇÃO DO PMAQ-AB DO RIO GRANDE DO SUL SOB A PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS E GESTORES

Ana Clara Kettl dos Santos, Deyse Modesto Pinheiro, Guilherme Barbosa Shimocomaqui, Anainny Magalhães Fernandes, Laís de

Freitas Oliveira, Patrícia Ligocki Silva, Scheila Mai, Iuday Gonçalves Motta

Palavras-chave: PMAQ-AB, acesso, oficina

Introdução: No ano de 2011, com intuito de ampliar o acesso e melhoria da qualidade da Atenção Básica, garantir um padrão de qualidade nacional, regional e local de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde, se instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), bem como o incentivo financeiro denominado de Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB variável) (BRASIL, 2011). Um dos objetivos do programa, para além da avaliação, está na participação ativa dos atores envolvidos nos processos de trabalho, surgindo como indutor de transformações e qualificação dos cenários das Unidades de Saúde da Família, no contexto da Atenção Básica (AB) (PINTO; SOUZA e FERLA, 2014). O PMAQ está organizado por quatro ciclos: Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa; Recontratualização. A partir dos princípios da regionalização e descentralização (BRASIL, 2006), o estado do Rio Grande do Sul (RS) se configura por 30 regiões de saúde e 7 macrorregiões, dos quais 379 dos 498 municípios do RS participaram do segundo ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, realizado no ano de 2013 e 2014. No intuito de promover a divulgação e discussão dos resultados obtidos nesta avaliação, foi promovida uma oficina que contou com a participação de representantes: do Ministério da Saúde; Secretária Estadual de Saúde; Macrorregiões do Estado; além de alguns gestores municipais representando o COSEMS (Conselho de Secretarias Municipais da Saúde) e representante de

uma das instituições de ensino superior que aplicaram a avaliação externa. A oficina decorreu nos dias 13 e 14 de agosto de 2015 no município de Porto Alegre - RS. Uma das temáticas de análise pertinentes à oficina é quanto ao Acesso na perspectiva do cuidado na Atenção Básica, que será discutida neste trabalho. Um dos maiores desafios do SUS na atualidade é a ampliação do acesso às ações e serviços ofertados. Neste sentido Abreu e Jesus (2006) definem acesso como “porta de entrada”, como local de acolhimento do usuário no momento da expressão de sua necessidade e, de certa forma, como os caminhos por ele percorridos no sistema na busca da resolução dessa necessidade. Objetivo: Apresentar a análise dos relatórios da oficina do 2º ciclo da avaliação externa do PMAQ-AB do Rio Grande do Sul, referentes a categoria “acesso”. METODOLOGIA: As discussões que ocorreram durante a oficina foram registradas em relatorias, que representam os dados analisados neste trabalho. Os participantes foram divididos em quatro grupos para realizar os debates, de acordo com a macrorregião de saúde a qual pertencem, resultando na seguinte divisão: macros Norte e Missioneira, macro Metropolitana, macros Serra e Vales e macros Centro Oeste e Sul. Os dados foram analisados através de análise de conteúdo, onde foram utilizadas as fases da análise temática orientadas por Minayo (2010). Na primeira fase ocorreu o levantamento e organização do material acerca do tema da pesquisa; na segunda fase aconteceu a exploração do material levantando diversas categorias no qual optou-se em dedicar o tratamento dos resultados obtidos e suas interpretações referente à categoria acesso. RESULTADOS: Na análise temática verificou-se que o tema acesso foi discutido em todos os grupos de trabalho. Muitas Unidades de Saúde da Família (USF) ainda realizam triagem, caracterizando-a como

acolhimento, diferente do que menciona a literatura ao descrever que a capacidade de acolhida e escuta das equipes às demandas, necessidades e manifestações dos usuários é um elemento chave para acolhimento à demanda espontânea nas unidades de saúde (BRASIL, 2013). Ainda sobre o termo acolhimento, houve discordância do resultado da avaliação em que as equipes realizam acolhimento pleno em todos os turnos da semana. Outro quesito importante está nos altos índices de procura por serviços de alta complexidade, foi citado que a população busca, como porta de entrada principal, os Hospitais de Pequeno Porte (HPP). Esse dado também concerne com a informação de que muitos usuários revelaram na avaliação do PMAQ, desconhecer a oferta de alguns procedimentos de urgências nos serviços da AB. Os participantes da oficina mencionaram que os procedimentos avaliados pelo PMAQ, muitos não acontecem na AB e são realizados em outros níveis de atenção. Alguns grupos discutiram que o dado é reflexo da falta de capacitação/qualificação dos profissionais da AB, assim como, a realização dos procedimentos da AB vem sendo assumidos pelos HPP e pelas unidades de pronto atendimento à saúde, especialmente nos municípios de menor porte. Destaca-se que todos os grupos revelaram que as equipes não utilizam protocolos de estratificação de risco na Estratégia de Saúde da Família, desta forma, questiona-se como decorre o acesso com equidade, sendo que esse deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea, e uma estratégia importante para essa garantia é a adoção da avaliação/estratificação de risco como ferramenta. Entretanto, os protocolos de risco podem ser úteis como referência, mas necessariamente precisam ser ressignificados e ajustados quando se trata

da atenção básica, é preciso considerar que a equipe tem conhecimento prévio da população, possui, na maioria das vezes, registro em prontuário anterior à queixa aguda, possibilita o retorno com a mesma equipe de saúde, o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo, o que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual (BRASIL, 2013). Com relação à coordenação do cuidado no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), os grupos referiram que o retorno dos encaminhamentos realizados na RAS para a AB são menores que o resultado da avaliação do PMAQ. Um dos grupos destacou ainda que a AB como coordenadora do cuidado, está distante da rede como um todo e para promover essa articulação sugeriu a utilização de protocolos de regulação. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados revelam algumas divergências entre os dados apresentados pela avaliação do PMAQ-AB e o relato das oficinas. Uma possível justificativa pode estar relacionada com a informação de que os entrevistados procuram obter maiores pontuações para a garantia do recurso, conforme dados das relatorias trazidos pelos participantes. Mencionaram ainda, que alguns avaliadores não eram da área da saúde, e não souberam esclarecer dúvidas dos entrevistados em relação ao questionário. Como consequência pode ter ocorrido lacunas na interpretação das perguntas, impactando nos resultados. No entanto, o PMAQ-AB tem cumprido com seu papel de avaliação continuada, propositiva e reflexiva, tal como a oficina aqui descrita, que promoveu o encontro entre as macrorregionais, a problematização dos aspectos positivos e frágeis da avaliação e dos serviços, e encaminhamentos para a continuidade da melhoria do acesso e da qualidade no âmbito da Atenção Básica.

REFLEXÕES SOBRE O CUIDADO INTEGRAL EM SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO EM SERVIÇO SOCIAL NO PROGRAMA PROENSINO SESA

Jhennifer de Souza Gois, Yashmin Michelle Ribeiro de Araújo

Palavras-chave: Integralidade, estágio, formação profissional

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), lei nº 8.080, sancionada em 19 de setembro de 1990, prevê no artigo 7º, seus princípios e diretrizes, que incluem, em síntese, a universalidade, a igualdade, a integralidade, a hierarquização, a regionalização, a resolutividade, a descentralização, a complementaridade do setor privado e a participação da comunidade. O inciso II é o que se refere à integralidade da assistência, definida como um “[...] conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, LOS, 1990, Art. 7º, inciso II). Esta definição legal deixa claro o imperativo de que a saúde pública ofereça aos seus usuários as condições necessárias para um atendimento amplo e de qualidade, uma vez que determina a articulação satisfatória entre as ações e serviços do SUS em todos os níveis de complexidade existentes. Desse modo, o presente trabalho objetiva refletir sobre a integralidade do cuidado em saúde oferecido em duas instituições de saúde pública localizadas em Fortaleza/CE, a saber, o Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ) e o Instituto de Prevenção do Câncer (IPC). Nestas, ao longo dos anos de 2013 e 2014, realizamos estágio não obrigatório em Serviço Social, por meio do Programa Bolsa de Incentivo à Educação na Rede da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (PROENSINO-SESA). De acordo com Silva e Ramos (2010), a integralidade

é encarada de modos amplos e distintos, ultrapassando a pura definição legal exposta no inciso II, do artigo 7º da lei nº 8.080/90. Há autores que a compreendem como a atenção integral ao usuário; visto de forma holística, os que a entendem como um eixo integrador entre serviços de saúde; os que a compreendem como uma estratégia para a formação profissional e a educação em saúde ou motivadora do trabalho em equipe. É importante ressaltar por isso, a percepção de que a integralidade da atenção e do cuidado em saúde não pode ser definida simplesmente pelo texto legal, com o prejuízo de podermos expressar uma visão talvez reducionista, mas deve ser percebida “como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência livre de reducionismo; com uma visão abrangente do ser humano, tratando não somente como seres doentes, mas como pessoas dotadas de sentimentos, desejos e aflições” (PINHO; SIQUEIRA, PINHO, 2006, p. 43). Há também que considerá-la como referente “às dimensões biológica, cultural e social do usuário, orienta [ndo] políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços” (FRACOLLI, ZOBOLI, GRANJA, ERMEL, 2011, p. 1135), o que prevê a importância de uma prática reflexiva por parte das equipes de saúde, que encare o usuário como um sujeito inteiro, completo, devendo ser visto como um todo. O Programa Bolsa de Incentivo à Educação na Rede SESA (PROENSINO-SESA) é uma iniciativa da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, tendo como finalidade auxiliar no processo de formação dos alunos de graduação, através do seu desenvolvimento profissional. Atuando a partir dos objetivos das instituições as quais se vinculem como coordenadorias, núcleos, unidades hospitalares e ambulatoriais da Rede SESA A atuação como bolsista tem 20 (vinte) horas semanais, podendo ser divididas entre 12 (doze) horas de atividades

presenciais na instituição e 8 (oito) horas de atividades complementares relacionadas à pesquisa, extensão e/ou ao ensino. Portanto, os estagiários podem atuar em instituições da Rede SESA vinculadas aos variados níveis de complexidade da atenção à saúde no SUS. Nossa experiência de estágio realizou-se em uma instituição de alta complexidade, o HSJ e em uma instituição de média complexidade, o IPC. Cada uma de nós cumpriu estágio em uma dessas instituições ou em outra. Nestas, foi possível avaliar como se dava a integralidade do cuidado em saúde e sua efetividade ou não, tendo em vista as limitações postas, mas também as possibilidades e contradições para o atendimento integral aos usuários. O HSJ é um hospital público e existe a 45 anos, funcionando como referência no atendimento às doenças infectocontagiosas no Estado do Ceará. A unidade oferece atendimento ambulatorial, serviço de internamento, Hospital Dia, Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), entre outros serviços. As ações de saúde direcionadas aos usuários são realizadas por uma equipe multiprofissional em todos os setores, entretanto a atuação de forma interdisciplinar vem sendo fomentada e se aperfeiçoando desde a chegada dos Residentes Multiprofissionais em Saúde. Antes disso, havia apenas algumas iniciativas pontuais que buscavam uma articulação entre os saberes, mas não existiam projetos de atendimento interdisciplinar como agora estão acontecendo. Este fato dificulta a efetivação de um cuidado integral em saúde, visto que, quando cada profissional busca realizar o seu fazer profissional de forma fragmentada, o cuidado fica comprometido e propício a não considerar o usuário em sua totalidade. O IPC, localizado no município de Fortaleza/CE, é uma unidade da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, fundada em 14 de abril de 1969, com a denominação de Serviço de Prevenção do

Câncer Ginecológico. Cumpre a missão de contribuir para a melhora da qualidade de vida da mulher e do homem, no que se refere à diminuição da morbimortalidade por doenças relacionadas ao câncer. O Instituto presta atendimento ambulatorial e realiza cirurgias de pequenos e médios portes, oferecendo serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de lesões pré-neoplásicas e neoplásicas ginecológicas de pele e pênis. Na instituição mencionada, a integralidade das ações se dá nos encaminhamentos das demandas a serviços externos ao IPC, mas vinculados à Rede SUS, assim como nos encaminhamentos internos entre os diversos setores e profissionais que compõem a equipe multiprofissional existente na instituição. Nela, há médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares, psicólogo, assistente social e fisioterapeuta. Após receber o diagnóstico de seus exames, o paciente é encaminhado pelo médico para uma ou mais de uma das categorias profissionais que compõem a equipe, assim como os pacientes também são recebidos nos diversos setores por demanda espontânea. Isto ocorre com a finalidade de que o usuário seja percebido como um todo, com suas particularidades e necessidades específicas; com a finalidade de que a integralidade seja garantida, pois ela sugere a ampliação e o desenvolvimento do cuidar na profissão da saúde, a fim de formar profissionais mais responsáveis pelos resultados das práticas de atenção, mais capazes de acolhimento, de vínculo com os usuários das ações e serviços de saúde e, também, mais sensível às dimensões do processo saúde/doença inscrita nos âmbitos da epidemiologia ou terapêutica (PINHO; SIQUEIRA, PINHO, 2006, p. 43). Nossa experiência como bolsistas do Programa Bolsa de Incentivo à Educação na Rede SESA, ao longo dos anos de 2013 e 2014, nos possibilitou perceber que ainda existem alguns limites para efetivar a integralidade no

cuidado em saúde no cotidiano dos serviços aqui apresentados, entretanto, foi possível perceber alguns avanços nestes mesmos serviços e compreender que a integralidade é essencial para garantir a resolutividade da demanda de saúde advinda com o usuário.

RELATO DE AÇÕES ACADÊMICO-INTEGRATIVAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LAGARTO – SERGIPE

Rhamon Ribeiro da Costa, Lívio Matheus Aragão dos Prazeres, Heloysa Morganna de Lima Marinho, Karine Vaccaro Tako, Heloisa Mendonça Bernini Soares da Silva

Palavras-chave: Educação em saúde, Metodologias ativas, SUS

Contextualização As necessidades profissionais e assistenciais das questões modernas em saúde têm modificado as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Estando inclusa nessas adaptações a utilização de metodologias ativas como proposta pedagógica, sendo elas a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Problematização, na qual esta segunda é fundamentada nos princípios do ‘arco de Maguerez’. Outro fundamento da ABP é possibilitar a interação entre ensino-serviço-comunidade, o qual na Universidade Federal de Sergipe – Campus Lagarto, ocorre através do módulo de aprendizagem denominado “PEC – Práticas de ensino na comunidade”. Através deste, no primeiro ano de graduação de todos os cursos do campus, ocorre a construção de um PPLS (Programação e Planejamento Local em Saúde), com turmas formadas por alunos de quatro cursos diferentes, de forma incitar a multiprofissionalidade e exercitar o trabalho em grupo. O objetivo desse relato é descrever as ações aplicadas por três diferentes turmas, em anos consecutivos, na “Unidade

de Saúde – Cidade Nova” do município de Lagarto, e demonstrar as transformações geradas pelas mesmas. Caracterizando a Unidade de Saúde Atualmente a Unidade Básica de Saúde da Cidade Nova contém apenas uma equipe de saúde da família (ESF), sendo composta por uma enfermeira, um médico generalista, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS) e quatro residentes, sendo duas enfermeiras, uma farmacêutica e uma psicóloga. A equipe atende 3.445 pessoas em 973 famílias. O território é vasto e muitas vezes torna-se difícil a realização de ações, visto que a equipe de saúde da família não tem transporte e não conta com recursos audiovisuais para dar suporte necessário à população. O perfil da população que a unidade abrange é predominantemente constituído por idosos, diabéticos e hipertensos, no total de 81 diabéticos e 313 hipertensos, segundo o relatório da situação de saúde e acompanhamentos das famílias da UBS. Relatando as ações. No ano de 2012 as medidas utilizadas para construção do PPLS na “Unidade de Saúde Cidade Nova” foram inteiramente voltadas à visão da população em ter o acesso à saúde de maneira mais próxima e eficaz. Contudo para que tal melhora ocorresse era necessária a contribuição de todos (ESF e Comunidade). Sendo assim, foram apresentadas como prioridades para a intervenção, o deslocamento das atividades do programa HIPERDIA até o povoado barro vermelho, fazendo com que houvesse uma maior participação da população local. A ação dos alunos se ateve a realização de palestra sobre hipertensão e diabetes, aferição de pressão arterial, coleta das medidas antropométricas e aconselhamento, no qual a enfermeira orientou medidas que pudessem ser tomadas e sobre a participação do paciente no programa Hiperdia. Em 2013, iniciaram-se as ações com a aplicação de um

questionário, a fim de traçar o perfil daquela área e listar os principais problemas. Com isso, a população relatou como mais relevantes: a falta de saneamento básico; onde os esgotos ficavam a “céu aberto”; a falta de pavimentação; e a coleta de lixo. Percebendo a amplitude problemática da comunidade, e a baixa resolutividade em curto prazo por parte da equipe, decidiu-se incentivar a criação de uma associação comunitária. Para que assim, pudesse se alcançar o empoderamento da população acerca do que foi previamente pontuado. Deixando um legado permanente para os mesmos, que ultrapassa quaisquer instâncias acadêmicas/profissionais, além da obtenção de resultados na saúde, economia, e em qualidade de vida em geral. Essas intervenções se basearam em rodas de conversas, nas quais discutia-se a importância da participação social na construção de melhores condições de vida, e saúde conseqüentemente, visando à totalidade dos aspectos biopsicossociais. Além disso, distribuíram-se panfletos contendo frases de efeito que demonstrassem a importância individual na própria saúde e na comunidade. Promoveu-se também o encontro dessa população com um chefe comunitário de uma área vizinha, para tirar possíveis dúvidas e com o intuito de apresentar um exemplo, que por sinal, possuía vários relatos de lutas e conquistas para compartilhar. Por fim, realizou-se uma reunião, na qual foram esclarecidas as questões burocráticas para a oficialização de uma associação e repassou-se a eles a responsabilidade da perpetuação dessa iniciativa. Dentro do ano de 2014, através de uma análise dos consolidados das fichas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), foi constatado um alto índice de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes. Com o intuito de reduzir esses índices, foi elaborado um projeto de intervenção: Vida em Movimento, cujo

objetivo geral é promover a qualidade de vida e o bem-estar físico e mental através da prática de exercícios físicos e atividades de socialização para o público alvo de diversas faixas etárias. Na execução dessa prática foi realizada uma avaliação através de um questionário elaborado pelo grupo, contendo os dados pessoais, anamnese e exame físico. Posteriormente realizou-se uma dinâmica de socialização; atividades de alongamento associados à respiração; exercícios aeróbios e automassagem, sempre com a supervisão acadêmica. As atividades realizadas também utilizaram de equipamentos confeccionados pelo próprio grupo, como as faixas para alongamento e cabos de vassouras. Foram realizados apenas dois encontros com os acadêmicos, contudo tal projeto tem continuidade nos dias de hoje a fim de manter uma interação social entre os participantes e a UBS. Refletindo As ações supracitadas refletem a importância da inserção acadêmica nos serviços de saúde, juntamente com a comunidade. Pois, a criação deste vínculo no início da formação colabora com a otimização de habilidades práticas e operacionalizantes, assim como no gerenciamento de ações multiestratégicas que visam desde público alvo à priorização e viabilidade. Além disso, o contato direto com a população inibe a concepção de fluxo unidirecional de conhecimento, na qual o acadêmico/profissional detém e controla as “informações importantes” enquanto a comunidade simplesmente as recebe. O que não se aplica ao conceito moderno de saúde, que abrange noções de qualidade de vida e bem-estar social. Assim, a proximidade possibilita o diálogo baseado na troca de experiências, gerando uma interação que dá “voz” à comunidade e fomenta a participação social, que é essencial para promover melhorias sociais e em saúde. Em meio a debates com os estudantes, percebe-se que estes não entendem a real relevância das suas

intervenções. Por acreditarem que estas são eventos pontuais com influências no mínimo momentâneas sobre a comunidade, ou seja, com poucas modificações nos índices de saúde daquela. Contudo, a percepção dos profissionais da equipe do posto de apoio contradiz totalmente àquela ideia, de modo que os mesmos tendem a dar seguimento as ações, promovem novos vínculos entre discentes, docentes, profissionais e comunidade. Ressaltam a importância de espaços, como a PEC, para a construção do profissional de saúde humanizado e reafirmam que mesmo em intervenções pontuais, o conjunto de todas elas trazem benefícios coletivos tanto para UBS quanto para comunidade, fortalecendo assim o vínculo e fazendo-se cumprir as normas do Sistema Único de Saúde. Considerações Podemos considerar que atividades como essas são fundamentais para a formação de profissionais de saúde alinhados às novas diretrizes preconizadas pelos Ministérios da Educação e da Saúde, e mais do que isso, capazes de conhecer, compreender e buscar resolver os problemas reais da comunidade e da sociedade. Apesar de muitos estudantes não conseguirem perceber que as ações conseguem alcançar objetivos para macroproblemas, a comunidade sentirá as benesses dessas ações em um curto espaço de tempo.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DA DISCIPLINA DE CRIATIVIDADE, PROATIVIDADE E INOVAÇÃO EM SAÚDE

Érica Rosalba Mallmann Duarte, Gimerson Erick Ferreira, Lia Fernanda Trajano da Silva, Karen Weingaertner Del Mauro

Palavras-chave: Formação em saúde, Criatividade, Inovação

As atividades de ensino de enfermagem apesar das Diretrizes Curriculares

(CNE/CES,2001) ainda estão muito vinculadas ao fazer de procedimento com suas rotinas, protocolos, jornada de trabalho, dimensionamento de pessoal, planejamentos de cuidado, vivências e ensinamentos de programas de creditações e tantas outras formas de trabalhar imprescindíveis para a formação não temos dúvidas. Entretanto essas formas de vivenciar a formação acadêmica impedem que sejam estudadas, formadas e desenvolvidas atividades de forma leve, criativas, de tomadas de decisões mais lúdicas desenvolvendo profissionais que enfrentam mudanças de forma positiva, com erros e acertos, com iniciativas novas, etc.; “A criatividade aumenta na medida da consciência que se tem dos próprios atos criativos” (Daniel Goleman,1998). O medo tanto de professores e alunos de que nada de errado aconteça aos usuários, por eles atendidos, a importância da habilidade em procedimentos técnicos sem colocar em risco a vida de pessoas é real e ético entretanto, nada disso impede ou exclui o desenvolvimento de características Criativas, proativas e inovadoras no campo da SAÚDE no dia a dia, nos processos de trabalho, nas reuniões de equipe, nos planejamentos de planos de cuidados e tantas outras iniciativas junto a quem necessita usuários, equipe e instituição. “Quando vamos além das formas tradicionais de resolver problemas obtendo um sucesso capaz de influenciar outras pessoas, nossa criatividade assume uma dimensão social importantíssima” (David de Prado 1999). Instigar os acadêmicos para o desenvolvimento de características pessoais indispensáveis para atos criativos, proativos e inovadores, para sua vida profissional e pessoal, e que possam estimular trabalhos em redes de cooperação pode ser uma boa iniciativa acadêmica. E é com essa intenção que foi criada a Disciplina: ENF 03069 – Criatividade, Proatividade e Inovação em Saúde, com uma carga horária de 45 horas (3 créditos) (EEUFRGS, 2014). Quando

começamos a expressar a nossa criatividade de maneira mais plena, começamos também nos sentindo mais felizes e satisfeitos como seres humanos” (Daniel Coleman,1990) A disciplina foi aprovada em 2014/1 pela Comissão de Graduação da Escola de Enfermagem, Conselho de Unidade e Câmara de Graduação da UFRGS para ser iniciada em 2014/2. A seguir apresentaremos os objetivos, cronogramas, metodologia e Critérios de avaliação. OBJETIVO: Instigar nos acadêmicos o desenvolvimento de características pessoais indispensáveis ações empreendedoras, proativas e inovadoras nos serviços de saúde; Possibilitar a descoberta de potencialidades a partir do autoconhecimento, estimulando a criatividade na resolução de problemas, bem como incentivar o aluno a expor e desenvolver ideias, defendendo seu ponto de vista e desenvolvendo a autocrítica; Adotar princípios que oportunizem a descoberta de iniciativas a partir das suas vivências junto a pessoas e instituições; Desenvolver atitudes proativas que impulsionam o desenvolvimento de inovações em rede; Criar ambiente de aprendizagem para integrar todos os objetivos para aplicação na área de saúde. Seu cronograma está sendo modificado a cada semestre partir do TEMA que se pretende desenvolver no semestre. Em 2014/2 escolhemos trabalhar com o tema “A SAÚDE NO TERRITÓRIO QUE ATUAMOS E NA CIDADE QUE MORAMOS”. O município de Porto Alegre possui 8 territórios de saúde (SMS, 2015). Sendo que a Secretaria Municipal de Saúde organizou a cidade de tal forma que os territórios foram sendo mapeados para que pudessem receber as universidades da capital. Coube a UFRGS desenvolver suas práticas disciplinares e estágios curriculares em dois destes distritos que são o distrito Glória Cruzeiro Cristal e o Centro. O objetivo neste semestre foi o de trabalhar a criatividade, pró-atividade e inovação dos alunos com o tema escolhido e, ao longo

do semestre, foram trabalhados o conceito ampliado de saúde, fazendo-os reconhecer outras formas de se fazer cuidados além das unidades formais como os hospitais, ambulatórios e unidades de saúde. A ideia é que eles entendessem que utilizar a rua, a praça, as escolas as igrejas e outros instrumentos, que fazem parte da vida dos cidadãos. Utilizar como ações de prevenção, promoção e cuidado pelos profissionais da saúde é uma boa alternativa e que às vezes os alunos durante a sua formação podem não perceber se não tiverem uma experiência no ato. O produto final da disciplina foi primeiro o de criar um mapa de saúde a partir das visitas que realizam no distrito, onde fazem ou farão seus estágios em outras disciplinas, e o segundo foi livre e teriam que usar os objetivos e experiências da disciplina. O resultado foi a criação de um vídeo de uma instituição empreendedora que eles conheceram ao visitar o território e que mobilizou o grupo. O vídeo foi produzido e colocado no Youtube (<https://www.youtube.com/watch?v=aROB2HEclq4>) onde a partir das visualizações o grupo alcançaria o seu conceito. Em 2015/12 o tema da disciplina foi LER e ESCREVER para que os alunos comessem a encarar a escrita dos trabalhos das disciplinas, e as leituras durante o curso e o próprio trabalho de conclusão de curso como uma atividade menos traumática. O tema baseou-se no filme Escritores da Liberdade, do diretor Richard LaGravenese, baseado em acontecimentos reais escritos no livro “O Diário dos Escritores da Liberdade”, uma história que se passou na escola Woodrow Wilson High nos USA. Neste semestre a proposta dos alunos foi a de realizar uma história em quadrinho falando sobre a Creche Sonho Meu que foi visitado por eles durante a disciplina. Resultado da experiência da disciplina: As experiências de aprendizagem buscaram propiciar momentos de interação e convivência

grupal, bem como as oficinas de ideias e discussões coletivas levaram os discentes a refletir, criticar e propor novas medidas para os entraves por eles ao escreverem A disciplina buscou contribuir para a ampliação da visão e dos modos de agir dos estudantes, bem como para a (re) organização das ideias destes, despertando-os para a busca de novas oportunidades e para a realização de sonhos, com foco nas necessidades sociais emergentes. Os Critérios de Avaliação foram fundamentados, considerando o desenvolvimento do estudante a partir do seu saber prévio, seu posicionamento crítico e reflexivo, suas ideias e os modos como reage ao longo do desdobramento da disciplina. Assim, são considerados a participação pró-ativa no e do grupo, pela expressão de ideias e saberes, vivências e sentimentos apresentados no decorrer da disciplina, pontualidade e assiduidade; refutação e debate aos feedbacks recebidos, bem como capacidade de argumentar e (re) considerar posicionamentos, interação e desenvolvimento interpessoal no grupo, habilidades de criação, planejamento, organização, materialização e exposição de suas ideias. Ao final de um ano de experiência o resultado das duas turmas foram os produtos desenvolvidos pelos alunos e o crescimento não ficou só com os alunos matriculados, mas os monitores e o professor da disciplina.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS POR UM GRUPO TUTORIAL DO PET SAÚDE - VIGILÂNCIA /REDE CEGONHA

Jennifer Francielli Sousa Alves, Bruce Daniel Queiroz, Juliane Ferreira Andrade da Fonseca, Lívia Alves da Silva, Ludmilla Campos Fernandes Silva, Rafaella Villa Moraes, Valéria Carvalho Araújo Siqueira

Palavras-chave: Vigilância em Saúde, Saúde da mulher, Educação para a saúde

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PETSaúde) tem como proposta a integração ensino-serviço-comunidade, tendo ações direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS). O PETSaúde da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) é resultado de parceria entre o Ministério da Saúde, a UFMT e Secretarias Municipais de Saúde. Tem como proposta fomentar grupos de aprendizagem tutorial, atuando em áreas estratégicas dos serviços de saúde, proporcionando ao grupo a iniciação da vivência profissional e formação dos estudantes de cursos de graduação na área da saúde, podendo contribuir também para a produção de conhecimento e produção científica para a UFMT, os serviços de saúde e comunidade. O PET Vigilância em Saúde (VS) é uma área do PETSaúde, e dentre os subprojetos, temos a Rede Cegonha, o qual trata-se esse estudo. O conceito de Rede Cegonha tem como marco legal a criação da Portaria Nº1.459/2011, consistindo assim uma rede de cuidados que visa assegurar às mulheres o direito ao planejamento familiar e atenção de forma humanizada durante a gravidez, o parto e posteriormente o puerpério, assegura também a criança o direito a um nascimento de forma segura, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, trazendo ainda como princípios a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. O objetivo do estudo foi relatar a experiência no planejamento e execução do projeto de intervenção proposto pelo grupo tutorial do PETSaúde-VS/Rede Cegonha. Este relato é um produto concernente a esta atividade, que foi realizada na Equipe de Saúde da Família (ESF) João Bosco Pinheiro localizada na periferia do município de Cuiabá, MT com a duração de 24 meses entre junho de

2013 a maio de 2015. Atualmente a unidade atende uma população aproximada de 1040 famílias cadastradas (2013), com cerca de 3 a 4 mil pessoas e com 1.419 mulheres em idade fértil-15 a 49 anos. Esta ESF foi o espaço de vivências do grupo de discentes da graduação do curso de Enfermagem, Saúde Coletiva, Psicologia, Biologia sob a orientação da preceptora, enfermeira da equipe e da tutora, docente da UFMT, onde puderam dialogar com os usuários e os profissionais, possibilitando a observação de toda a rotina do processo de trabalho e das atividades desenvolvidas. Para a construção do projeto de intervenção utilizou-se a metodologia da problematização que incorpora o esquema de Arco de Maguerez. Tal arco parte da realidade social e após análise, levantamento de hipóteses e possíveis soluções, retorna à realidade. As consequências deverão ser traduzidas em novas ações, desta vez com mais informações, capazes de provocar intencionalmente algum tipo de transformação nessa mesma realidade. Para o desenvolvimento dessa metodologia, é necessário seguir alguns passos: (1) observação da realidade (levantamento do problema); (2) pontos-chaves; (3) teorização; (4) hipóteses de solução e a (5) aplicação à realidade (prática). Após a utilização da metodologia adotada observou-se os problemas reais da ESF em relação às diretrizes da Rede Cegonha, foram: baixa adesão das mulheres ao exame de colpocitologia oncótica (CCO); diagnósticos por vezes tardios de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) na comunidade, incluindo gestantes, sendo este agravo ainda não notificado no sistema de informação (subnotificação); ausência de atividades educativas voltadas às adolescentes, mulheres e gestantes e, programa de planejamento familiar ineficiente. O projeto de intervenção foi nomeado como Vigilância à saúde sexual e reprodutiva da mulher e as atividades foram divididas em 3 etapas, sendo elas: 1^a etapa

– realização de oficina de sensibilização da equipe de saúde, realizando 3 encontros, sendo um semanal com a equipe da ESF e o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de integrá-los no projeto e promover a realização das ações de vigilância em saúde da mulher, conforme os problemas já identificados. Posteriormente, foi realizada uma atividade dividida em duas etapas aos profissionais da equipe, com o objetivo de discutir as temáticas apresentadas como problemas e inseri-las no processo, ressaltando a importância do papel deles enquanto profissional de saúde; 2^a etapa – criação de um grupo de mulheres na comunidade, com o objetivo de trabalhar com temáticas relacionadas a saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar, controle de IST's e sensibilizá-las sobre o empoderamento de seus direitos sexuais e reprodutivos. Nessas rodas de conversas do grupo de mulheres foram aplicadas dinâmicas relacionadas ao tema, instigando-as a participarem ativamente, compartilhando experiências pessoais, expondo suas dúvidas e as sensibilizando da importância da realização de exames preventivos e do planejamento familiar do que tange ao seu conceito da opção de escolha do momento de ter ou não ter seus filhos. E, a 3^a etapa – realização de oficinas sobre a temática da sexualidade na adolescência na escola da área de abrangência, com o objetivo de sensibilizá-los e realizar uma reflexão no que se refere a saúde sexual e reprodutiva com o auxílio da caderneta do adolescente. Estas oficinas foram divididas em duas etapas, sendo a primeira realizada em cinco turmas do ensino médio (14 a 18 anos), já a segunda foi realizada com as turmas do ensino fundamental (11 a 13 anos), sendo realizadas rodas de conversas com seis turmas em dias distintos. Nessas oficinas, os adolescentes participavam ativamente das discussões e tiravam dúvidas. Na escola ainda ressaltou-se a importância da imunização

contra o Papilomas Vírus Humano (HPV) que passou a ser disponibilizada na rede pública de saúde em 2014, fazendo parte hoje do calendário vacinal de meninas de 9 a 11 anos. Além disso, ao longo do desenvolvimento do projeto, realizou-se busca ativa de mulheres na comunidade para a realização do exame de CCO, o grupo de sala de espera de gestante, a melhoria dos dados de registrados nos relatórios, a busca pela notificação a cada caso do IST diagnosticado, a referência para outros serviços nos tratamentos de resultados com alterações celulares significativas, e ainda, a melhoria na qualidade da assistência prestada pela equipe no cuidado à mulher. No que concerne a produção científica, este projeto gerou 4 resumos expandidos apresentados em congressos nacionais e 2 em congressos regionais. Ainda, caminha com a produção de 3 manuscritos para serem submetidos para apreciação em periódicos da área da saúde. Essa vivência trouxe um enriquecimento único na formação do discente e um aprendizado para profissional da equipe de saúde, o que possibilitou melhorias significativas na atenção à saúde da mulher, além da aproximação da tríade ensino-serviço-comunidade, sendo o SUS espaço prioritário para que isso se efetive. As atividades propostas neste projeto incentivam e orientam para a continuidade das ações desenvolvidas no local.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO VER-SUS LITORAL PIAUIENSE: AS LUTAS SOCIAIS EM MOVIMENTO PELA GARANTIA DO DIREITO A SAÚDE

Antonio Ciro Neves do Nascimento, Vilkiane Natercia Malherme Barbosa, Gleyde Raiane de Araujo, Sabrina Kely Magalhães de Araújo, Larisse de Sousa Silva, Raksandra Mendes dos Santos, Renata Viviane Malherme Barbosa, Bianca Waylla Ribeiro Dionísio

Palavras-chave: Projeto VER-SUS, Educação Permanente em Saúde, Movimentos Sociais, Direito à saúde

O presente trabalho visa apresentar a experiência do projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) Litoral Piauiense 2015, ocorrida a partir de um processo de cooperação técnica e científica entre acadêmicos e docentes que constituem o Coletivo Parnaíba. As vivências do projeto VER-SUS Litoral Piauiense aconteceu nos municípios de Cajueiro da Praia/PI, Ilha Grande do Piauí/PI, Luís Correia/PI e Parnaíba/PI. Tendo a participação e apoio de atores sociais e comunitários que foram de grande importância para esta vivência. Vindo de encontro com as necessidades sociais e com a participação popular como importante fator para a transformação social do Sistema Único de Saúde e das realidades sociais. Teve como objetivo perceber as práticas pedagógicas e as lutas sociais do campo e da saúde na construção da hegemonia de um projeto de sociedade. Provocando reflexões dos acadêmicos acerca do seu papel enquanto agente transformador da realidade e contribuir para a construção da consciência acerca da saúde como direito social. A metodologia utilizada foi a observação – participante e a produção de diários de campo, individuais em grupo (constituídos por seis estudantes de áreas diversificadas da saúde), provocando a reflexão e (re) construção de paradigmas, olhares e atitudes e conhecimentos e saberes. A fim de compreender alguns aspectos que viabilizassem conhecer a vivência de movimentos sociais e sua intrínseca ligação com a luta por direitos, especialmente o direito a saúde, foram realizadas visitas in lócus nos seguintes movimentos sociais: o Assentamento Cajueiro do Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra, Colônia dos Pescadores Z-38, Associação de

Marisqueiras e fileteiras de Luís Correia, Associação das Rendeiras da Ilha Grande do Piauí, Colônia dos Pescadores da Ilha Grande do Piauí. Durante estas visitas utilizou-se da observação – participante, pressupondo que há implicação do investigador a partir do momento em que é inserido em contextos sociais. Ainda ocorreram, rodas de afetos com representantes das minorias, como representantes de movimentos Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais – LGBT'S da cidade de Parnaíba, sendo estes o Grupo Guará e o Grupo Boneca de Pano. Estes encontros com os movimentos sociais colaboraram para a construção de um olhar ampliado para as realidades sociais e para as concepções de saúde envolvidas para com estas populações historicamente desfavorecidas, dando lugar a voz destas, para que sejam consideradas no fazer saúde, através de seus modos e significações de vida. Oportunizando aos estudantes redirecionamento da ótica profissional para os campos de sentidos e significados atrelados a vida de tais sujeitos sociais, sendo importante para que haja a construção de saúde da práxis para os futuros profissionais da saúde. Foram despertadas afetações, discussões e reflexões no encontro do universo dos movimentos sociais e da experiência dos atores sociais e comunitários a cerca das realidades vividas por estes, das implicações nas práticas e concepções de saúde que são atravessadas pelas condições de vida destes. Cabe ressaltar algumas peculiaridades de cada movimento, sendo assim, iniciando pelo Assentamento Cajueiro, comunidade do Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra, este fica localizado na cidade de Parnaíba. A comunidade vive em extrema vulnerabilidade social, sendo excluída das políticas públicas com pouquíssimas condições de sobrevivência. A líder comunitária nos apresentou a história de luta e resistência da comunidade, os

desafios e as potencialidades do território. Fomos apresentados ao projeto de extensão e pesquisa Cirandas (UFPI) e ocorreram diálogos e reflexões com os participantes do projeto VER-SUS. O projeto atua junto à comunidade Cajueiro (re) inventando as práticas de saúde comunitárias, através da junção da sabedoria popular com o saber dito científico, oferecendo à comunidade a possibilidade da promoção em saúde, numa perspectiva educação popular em saúde. Também fomos apresentados a uma senhora da comunidade que desenvolve práticas integrativas de saúde, através das ervas medicinais e também de rezas. Ela nos contou sua história de luta e resistência e reiterou a importância da Universidade e de profissionais de saúde atuarem no território. Sendo assim, para os estudantes esta vivência foi importante, pois nos coloca diante ao papel social da Universidade, dos trabalhadores de saúde para as realidades sociais, assim como compreender que há outras produções de saúde que foge as práticas hegemônicas postas e como no fazer saúde de cada profissional, essas práticas podem ser integradas e potencializadas na construção do Sistema Único de Saúde. Visitamos também os povos que denominamos de “povos do mar”, onde foi possível o encontro com colônias de pescadores e associações de marisqueiras e rendeiras. Aproximando-se da realidade dos movimentos locais conhecemos atores e processos que passaram a inspirar as nossas práticas, visto que estes enfrentam muitos desafios nos seus trabalhos cotidianos para manter viva a essência do movimento. A luta pelos direitos e reconhecimentos confronta-se com a escassez de recursos e consequente diminuição da implicação social nas práticas econômicas e culturais na comunidade. Mediante as dificuldades enfrentadas percebeu-se que esses movimentos são vistos por alguns como fonte de renda e não como uma riqueza cultural. Um aspecto

importante a ser ressaltada na visita a Associação de Marisqueiras e fileteiras de Luís Correia, formado exclusivamente por mulheres, que realizam o trabalho braçal e administrativo para manter a associação. É a questão de gênero, uma vez que estas mulheres enfrentaram resistência na fundação da associação pelos demais pescadores que acreditam “que essa não é uma atividade para mulheres”. Questão essa que incomodou bastante as destemidas marisqueiras, mas que não chegou a desmotivá-las, ao contrário, as encorajou nesse processo de luta. Por fim, tal experiência oportunizada pelo projeto, promoveu reflexões para repensar nossas práticas cotidianas enquanto profissionais de saúde e também enquanto cidadãos implicados com as realidades sociais. Considerando o sujeito e a importância do entendimento dos diversos atravessamentos do processo saúde. Levando-nos a problematizar a importância da relação econômica, cultural, sexual e social para as práticas em saúde.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO GRUPO DE GESTANTES NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MATEUS III EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

Giseli Bezerra de Oliveira, Flaviane Michelly Tenório de Souza, Tarsila Nery Lima Batista, Vanessa Domingos de Moraes

Palavras-chave: promoção da saúde, educação em saúde, gestante

OBJETIVO: O presente trabalho tem o objetivo de relatar a experiência vivenciada no grupo de gestante pela Equipe Saúde da Família (ESF) Mateus III, que faz parte da Unidade Integrada Saúde da Família Nova Conquista, situado no bairro Alto do Mateus, município de João Pessoa/PB. **DESENVOLVIMENTO:**

No período de gestação ocorrem diversas mudanças no corpo independente da vontade da gestante, são mudanças posturais, sistema circulatório, digestório, emocional, podendo somar a vulnerabilidade social e econômica na maioria das pessoas assistidas na Atenção Básica. O cuidado às gestantes vem se intensificando nos últimos anos no Sistema Único de Saúde (SUS) com os diversos programas, portarias e pactos que defendem e/ou determinam como deve ser a assistência durante o pré-natal, parto, pós-parto e os cuidados iniciais ao recém-nascido (RN). A exemplo do Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal cujos impactos podem ser observados com a redução da mortalidade materna e infantil que ganham reforço com a Rede Cegonha, cuja finalidade é a estruturação e organização da atenção à saúde materno-infantil (BRASIL, 2013). Sabe-se que algumas das causas de morte materna são evitáveis tais como: hipertensão, hemorragia, infecções puerperais, doenças no aparelho circulatório (BRASIL, 2013). Essas causas possuem relação direta com os serviços de saúde e seus indicadores os quais possuem: assistência pré-natal adequada, detecção e a intervenção precoce das situações de risco, qualificação da assistência ao parto. Os serviços de saúde possuem potencial para diminuir as principais causas de morte materna e infantil em nosso país (BRASIL, 2013). Por isso é fundamental a adesão das gestantes a assistência ao pré-natal seja na Atenção Básica ou nas maternidades de referência, em caso de gestação de alto risco, e que essa assistência seja resolutiva em torno dos problemas que podem surgir durante toda a gravidez. Com isso, faz-se necessário a construção de uma relação de confiança que permita acolher a gestante,

familiares e o recém-nascido, desenvolvendo um cuidado integral com escuta qualificada que favoreça o vínculo e a avaliação de vulnerabilidades, evitando práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2002). Vale ressaltar o conceito de promoção da saúde e educação em saúde. A promoção da saúde é uma estratégia de produção de saúde que possui uma relação próxima ao da vigilância em saúde por focar nos aspectos que determinam e influenciam o processo saúde-adoecimento. Ou seja, estimula e fortalece o “protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social” (BRASIL, p. 12, 2007). É salutar que a promoção da saúde “caminha lado a lado” com a educação em saúde por estarem fundamentadas no compromisso da participação da população com trocas de experiências, vivências, conhecimentos, possibilitando uma consciência crítica e reflexiva e o exercício da cidadania (SANTOS; PENNA, 2009). A formação do grupo de gestante é uma das estratégias utilizadas para implementar a Política Nacional de Promoção da Saúde com o viés da educação em saúde. Esse tipo de ação possui grande potencial devido ao envolvimento de todos os profissionais da ESF e residentes, que tem o intuito de dar suporte emocional, educacional quanto às dúvidas que surge, o esclarecimento sobre as políticas públicas existentes para auxiliar na construção da autonomia de cada gestante, auxiliar no processo de reflexão sobre a sua saúde, de sua família e do bebê, adotar práticas para melhorar e/ou realizar novos hábitos, ou seja, na construção da autonomia no agir e na capacidade de enfrentar situações corriqueiras e novas; além de fortalecer vínculos com a equipe, melhorando o fluxo e o atendimento (RIOS; VIEIRA, 2007). METODOLOGIA: O presente trabalho trata-se de um relato de experiência sobre a importância das atividades de promoção e

educação em saúde realizada no grupo de gestante da ESF Mateus III vinculado à USF Integrada Nova Conquista, no município de João Pessoa/PB. RESULTADOS: Com a realização das atividades educativas, em encontros quinzenais com as gestantes, na linha da Política Nacional de Promoção da Saúde e educação em saúde pode-se perceber um fortalecimento de vínculos entre os profissionais que compõem a equipe com essas mulheres, implicando em um melhor acompanhamento e acesso as mesmas, além de proporcionar um aumento do conhecimento das gestantes a cerca da sua condição e das mudanças ocorridas durante este período. Foram abordados temas como: vínculo mãe-filho; técnicas de respiração, relaxamento e postura para alívio de sintomas aparentes no período da gestação; sexualidade; primeiros cuidados com o recém-nascido; tipo de parto na perspectiva do parto humanizado; acompanhamento odontológico na gestação, pois algumas gestantes não procuram esse atendimento por desconhecer a importância da saúde bucal para sua saúde e do bebê; dentre outras temáticas que se espera desenvolver ao longo do grupo de gestante. Com as discussões nas reuniões da ESF, pode-se elaborar um fluxo de atendimento entre médica, enfermeira, odontólogo e residentes (enfermagem, psicologia e farmácia) melhorando o acolhimento e possibilitando que todas as gestantes possam ser avaliadas por esses profissionais a fim de solucionar ou minimizar as queixas cotidianas dessa fase. Observa-se no decorrer das ações educativas uma maior adesão das gestantes em cada atividade realizada e uma melhora na assiduidade dos atendimentos. Outra ferramenta utilizada foi o fortalecimento intersetorial entre a ESF Mateus III com o Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF) e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do bairro,

ampliando o público alvo, com uma melhor estrutura física para acomodar as gestantes, favorecendo a participação de todas nas atividades educativas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A promoção da saúde é uma estratégia de produção da saúde, visando à criação de mecanismos que repercutem nas situações de vulnerabilidades, melhora à equidade e estimula a participação social (BRASIL, 2007). As atividades de educação e promoção em saúde têm o intuito de promover um aprendizado técnico para que as gestantes saibam lidar com as situações e acontecimentos que fazem parte do cotidiano (SANTOS; PENNA, 2009). O grupo de gestantes tem ampliado o auto cuidado. Além disso, iniciou-se um processo de sensibilização e percepção de outras mulheres na mesma situação ou semelhante, enxergando que não estão só, com isso pode-se ampliar a visão do cuidado para uma construção da autonomia dessas gestantes, como também na perspectiva da participação social.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Natália Müller, Cássia Barbosa Reis

Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem, Enfermagem, Educação Continuada

INTRODUÇÃO: O enfermeiro encontra na Lei do exercício profissional nº 7498/1986 a importância da realização de ações privativas, tais como Consulta de Enfermagem e Prescrição da Assistência de enfermagem e através da resolução nº 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), respaldo teórico e prático para o desenvolvimento

da consulta e do Processo de Enfermagem. É necessária a padronização da SAE nos serviços de Enfermagem, promovendo melhor qualidade da assistência, do registro, formalização e autonomia dos profissionais. Atualmente tem sido usada a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE) que segundo Coelho et al. (2014) apresenta de forma clara e simples as possibilidades de diagnósticos, pensar em resultados e propor intervenções de enfermagem, considerando variabilidade cultural e os diversos perfis de clientes. Para o desenvolver da SAE devemos optar por uma ou mais teorias de Enfermagem e segundo Queiróz, Vidinha e Filho (2014) o principal objetivo de uma teoria se dá na Compreensão da natureza dos seres humanos, a sua interação com o ambiente e o impacto que essa interação tem na saúde das pessoas, sendo que a melhoria do cuidado deve ser o principal objetivo de uma grande teoria de enfermagem. A utilização da SAE requer o estabelecimento de um vínculo entre enfermeiro, paciente e família, ao mesmo tempo em que contribui para que este elo aconteça (SANTOS, MURAI, 2010). Segundo Santana et al. (2013) a SAE é uma metodologia assistencial que vem para nortear o processo de trabalho da enfermagem sistematizando a assistência ao indivíduo, tornando-a mais qualificada, resolutiva e humanizada. Para sua implantação e utilização nos serviços de saúde é necessário conhecimento da metodologia, bem como da importância para o cuidado, pela equipe de saúde. OBJETIVO: Realizar uma atividade formativa com os profissionais das Equipes das Estratégias de Saúde da Família do município de Glória de Dourados, contando com a participação de municípios vizinhos, sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem. METODOLOGIA: Trata-se de um projeto de intervenção, focado na Teoria da Problematização passando

pelos cinco etapas do Arco de Manguerez: Observação da realidade; Identificação dos problemas/pontos – chaves; Teorização; Hipótese de solução – planejamento; Aplicação – execução da ação (prática). No processo de execução foram realizadas oficinas de capacitação e de planejamento de planejamento da SAE e a montagem de um instrumento para a operacionalização do processo de enfermagem que atenda as necessidades do município. Parte-se do pressuposto que essas Oficinas são participativas, com uso de recursos audiovisuais e atividades de demonstração na prática. As oficinas foram realizadas em uma Estratégia de Saúde da Família do Município, em períodos acessíveis para aos participantes. Ressalta-se que como público alvo foram os enfermeiros das ESF e Coordenadores da Atenção Básica do Município de Glória de Dourados, estendendo o convite para profissionais de municípios vizinhos. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Até o momento foram realizadas quatro oficinas com os seguintes temas: Oficina 1: Teorias de Enfermagem, onde foram abordadas mais de dez teorias de Enfermagem, ressaltando exemplos de sua aplicação e a necessidade dos profissionais optarem por uma ou mais teorias que estejam adequadas a realidade do município e que irão subsidiar a SAE; Oficina 2: Abordou a Primeira Etapa da SAE: Anamnese e Exame Físico como forma de atualização dessa prática de suma importância para a assistência de Enfermagem; Oficina 3: CIPE e sua utilização, com exemplos na rotina de enfermagem e Oficina 4: Montagem de um instrumento para a efetivação da SAE, podendo contar com as sugestões de todos o Enfermeiros do município de Glória de Dourados. Nessas quatro oficinas tivemos a participação de seis a nove enfermeiros, sendo que dentre esses três são docentes do curso de enfermagem de instituições públicas, duas coordenadoras da atenção

básica e enfermeiras e cinco enfermeiros de ESF. Desse público uma coordenadora e uma enfermeira são do município de Vicentina, porém no último encontro foram apenas profissionais do município alvo. As oficinas tiveram duração aproximada de três horas, exceto a terceira que teve duração de oito horas. Como resultados podemos observar maior conhecimento dos profissionais, com ênfase para aplicação do instrumento, já elaborado pelos enfermeiros na consulta de enfermagem, ressalta-se ainda que como teóricos os profissionais do município de Glória de Dourados, optaram por três teorias: Teoria das Necessidades humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, Teoria da Adaptação da Sister Calixta Roy e Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Oren, dessa maneira a SAE tem oferecido maior autonomia para a classe de enfermagem no município escolhido. Na Educação Permanente em Saúde, as necessidades de conhecimento e a organização de demandas educativas são geradas no processo de trabalho apontando caminhos e fornecendo pistas ao processo de formação. Sob esse enfoque o trabalho não é uma aplicação de conhecimento, mas, entendido em seu contexto sócio-organizacional e resultante da própria cultura de trabalho. Ceccim (2004) destaca que a centralidade da Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção). O enfoque da Educação Permanente representa uma importante mudança na concepção e nas práticas da capacitação dos trabalhadores nos

serviços, tendo como objetivos incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem; modificar substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer; colocar as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores; abordar a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar; ampliar os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias. (BRASIL, 2009). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Esse processo de EPS para a utilização da SAE e CIPE, tem sido importante no sentido de realmente capacitar os profissionais para algo a ser utilizado na prática e que fortaleça a profissão de Enfermagem. E até o momento as oficinas realizadas foram participativas, contando com a colaboração ativa de todos profissionais, tanto nos estudos das teorias bem como do processo de Enfermagem e da CIPE, pois além das oficinas, o impresso da SAE foi confeccionado e junto com a consulta de enfermagem sistematizada está na rotina dos enfermeiros.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: PROMOVENDO A CULTURA DE PAZ COM ESTUDANTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA

Maristela Farias Silva, Nadirlene Pereira Gomes, Rosana Santos Mota, Jordana Brock Carneiro, Raiane Moreira dos Santos, Kátia Cordélia Cunha Cordeiro, Amanda Silva Dias dos Santos, Taise Caroline dos Santos Novaes Farias

Palavras-chave: Violência, Educação da População, Enfermagem

Introdução: As atividades de extensão são práticas acadêmicas que interligam a Universidade e a comunidade nas suas atividades de ensino e pesquisa, possibilitando a formação do profissional cidadão através da busca do equilíbrio entre as demandas sociais e as inovações da academia. Neste sentido, o projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), intitulado: “Estratégias para prevenção/enfrentamento da violência em uma escola pública em Salvador/BA”, Edital nº 028/2012, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sob Parecer nº 384.208/13, vinculado ao Grupo de Pesquisa “Violência, Saúde e Qualidade de Vida (VIDA)”, possibilitou uma atividade de extensão em uma escola pública localizada na cidade de Salvador, Bahia, Brasil, denominada de “Coquetel de Férias” com o objetivo de promover a cultura de paz e não violência. As atividades foram realizadas durante as férias escolares e envolviam atividades relacionadas à prevenção da violência em suas diversas especificidades, bem como atividades ligadas aos componentes curriculares dos alunos. Desenvolvimento: A atividade educativa foi executada na Escola Estadual Dom Avelar Brandão Vilela, localizada no Bairro Fazenda Grande do Retiro. Foram realizados 7 encontros, nas datas: 19, 21, 23, 26, 28 e 30 de janeiro e 4 de fevereiro de 2015, com 12 alunos do ensino fundamental. As atividades foram realizadas por estudantes da graduação e da pós-graduação do curso de Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia. No primeiro dia houve uma dinâmica de apresentação para aproximação entre as partes, também foi realizada uma “pactuação” com a finalidade de estabelecer as regras de convivências e firmar acordos de respeito mútuo. Neste dia, foi explicado acerca da gincana: “Não violência e cultura de

paz”, por conseguinte foram estabelecidas tarefas que deveriam ser realizadas diariamente. As tarefas incluíam ajuda e respeito ao próximo, idosos, familiares e/ou responsáveis, questões envolvendo a fraternidade, mediação de conflitos e ajuda na realização das tarefas domésticas. Foi acordado que ao final de cada encontro haveria discussões a respeito das tarefas realizadas pelos alunos para a prevenção da violência. Também foi disponibilizado, nesse encontro, o cronograma de toda a atividade para os alunos presentes. O segundo dia foi denominado: “Dia das profissões e discussão sobre o Hino Nacional do Brasil”. Neste encontro, profissionais da área de saúde, educação e humanas, em sua maioria ex-alunos da rede pública, foram falar da sua profissão e sobre o percurso para adentrar a universidade, essa atividade teve por finalidade estimular os alunos da escola pública a buscar melhores condições de vida através do estudo. O segundo momento desse dia foi praticado o Hino Nacional, no qual se levantou curiosidades e discussões sobre os significados das palavras que compõem o Hino. O 3º dia, conhecido como: “Bingo matemático” ocorreu através de atividades com a lógica e operações matemáticas em torno de um bingo, com o objetivo de estimular o estudo da matemática de forma lúdica. No 4º dia, intitulado de: “História dançada” foi utilizada letras de músicas com enredo histórico do Brasil e/ou Salvador para possibilitar aos alunos conhecimentos dos fatos históricos. No 5º dia, foi realizada uma aula de ginástica localizada, com o auxílio de um educador físico que fez uma explanação sobre a importância das atividades físicas para a vida do indivíduo. O 6º dia, foi executado o “Português em ação”, houve a utilização de poema e paródia musical sobre a violência e cerca da cultura de paz para trabalhar normas gramaticais e interpretação de texto. No último encontro, sucedeu-se

com o encerramento da dinâmica de não violência e cultura de paz. Os alunos levaram suas tarefas diárias pontuadas e apresentaram uma paródia sobre a não violência e cultura de paz. Os alunos foram premiados e receberam certificados pela participação. Ao final de todos os encontros houve um lanche para confraternização. Resultados: Durante as atividades os alunos apresentaram-se participativos e demonstraram interesse em se envolver de atividades futuras. Eles opinaram sobre as atividades realizadas e fizeram sugestões para os próximos “coquetéis de férias”. O trabalho com os alunos da escola pública revelou-se uma oportunidade ímpar para adquirir novos conhecimentos e aperfeiçoar o conhecimento já adquiridos. Quando ocorreu o trabalho com o Hino Nacional do Brasil foi evidenciado que muitos alunos não conheciam por completo a letra e também não conheciam o significado de muitas palavras que compõem o Hino Nacional. Outra atividade importante para ampliar e consolidar o conhecimento foi o Bingo matemático, utilizou-se a tabuada para que os alunos fizessem contas de adição, subtração, multiplicação e/ou divisão, para achar o número sorteado, e o ganhador do bingo angariou uma premiação. A “História dançada” foi um momento considerado bastante produtivo pelos alunos, durante a atividade foi possível usar a disciplina história, e assim poder contar datas marcantes através das músicas, onde se utilizou como exemplo a música “Retirantes, de Dorival Caymmi” que fala sobre a escravidão no Brasil, e a música “Chama a gente, de Luiz Caldas” que expressa sobre a origem de vários bairros de Salvador. A atividade de “Ginástica localizada” possibilitou aos alunos a aprenderem se exercitar de maneira segura, fácil e sem custo financeiro. A atividade de “Português em ação” favoreceu que os alunos aprenderam sobre os diferentes

tipos de violência e mediação dos conflitos por meio do diálogo. É importante ratificar que todas as atividades realizadas tinham como pano de fundo a prevenção da violência e a promoção da cultura de paz, deste modo, ao término de cada dia era discutido as tarefas da gincana relacionadas com essa temática. Considerações finais: Consideramos que o “Coquetel de férias” proporcionou um espaço de lazer e aprendizado aos alunos da escola pública, com enfoque para a prevenção da violência e a promoção da cultura de paz. Salientamos a importância de inserir nas escolas atividades lúdicas que tenham por objetivo estimular o desenvolvimento intelectual dos estudantes e promover uma vida livre da violência. Acreditamos que essas atividades contribuem para o empoderamento dos alunos, a buscarem suas realizações pessoais e profissionais, e proporcionarem um mundo melhor. De igual modo, a atividade foi um momento de grande aprendizado para os graduandos da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia, que tiveram a oportunidade de se inserir na atividade de extensão, trocar experiências e ampliarem seus conhecimentos na busca do enfrentamento da violência.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: VIVENCIANDO A PRÁTICA DA TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Danillo de Menezes Araujo, Carlos Galberto Franca Alves, Maria Luisa Simão Borba

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa acerca da experiência da intervenção da Terapia Ocupacional no estágio curricular em saúde mental da Universidade Federal de Sergipe realizado no Centro de Atenção Psicossocial David Capistrano Filho, na cidade de Aracaju-SE. O objetivo deste estudo é relatar a vivência de estágio no desenvolvimento

de ações em saúde e resultados obtidos. A partir do ano de 2000 Aracaju se destaca por reorganizar a rede de saúde fazendo uma reforma gerencial e administrativa, seguindo as diretrizes do SUS, dentro desta perspectiva reorganiza sua Rede de Atenção Psicossocial (REAPS). Resgatando o processo de implantação de CAPS em Aracaju em setembro de 2002 é inaugurado o primeiro CAPS municipalizado: CAPS III David Capistrano Filho. O modelo de cuidado em saúde mental implementado pelo município de Aracaju tem se estruturado a partir do trabalho coletivo dos seguintes setores: dos Centros de Atenção Psicossocial, dos Centros de Referência Ambulatoriais, das Unidades Básicas de Saúde, da Rede de Urgência/Emergência Psiquiátrica e o SAMU. O CAPS é um serviço de equipe multiprofissional que tem como intuito oferecer cuidado para a pessoa com sofrimento psíquico sem que ela seja excluída do convívio com a sociedade. Atualmente a REAPS de Aracaju dispõe dos seguintes serviços: 01 Urgência de Saúde Mental no Hospital São José; 03 CAPS do Tipo III; 01 CAPS ad III; 01 CAPS infanto-juvenil ad; 01 CAPS infanto-juvenil de transtorno mental; 09 ambulatórios de referência em saúde mental; 04 serviços residenciais terapêuticos; Projeto de Redução de Danos. Diferentes estratégias foram usadas ao longo do estágio em Terapia Ocupacional para intervenção na saúde mental no CAPS. Realizamos atividades como: grupo de terapia ocupacional, oficina de praia, passeios terapêuticos, estudo de caso, construção de portfólio, participação em seminários, visitas a uma clínica psiquiátrica e duas residências terapêuticas. O grupo de atividades é o mais aplicado pela Terapia Ocupacional, de acordo com Cunha e Santos (2009), o grupo de atividade em Terapia Ocupacional é definido como aquele em que na presença de um terapeuta ocupacional, participantes se reúnem para vivenciar experiências relacionadas

ao fazer (Ex: passear, pintar, desenhar, modelar, dançar, fazer compras, relaxar, jogar, costurar). Onde o grupo funciona como uma caixa de ressonância, assumindo uma função de espaço potencial para a exploração do mundo. Azevedo (2011) destaca o desenvolvimento das oficinas terapêuticas nos CAPS que permitem a possibilidade de projeção de conflitos interno-externos por meio de atividades artísticas, com a valorização do potencial criativo, imaginativo e expressivo do usuário, além do fortalecimento da autoestima e da autoconfiança, a miscigenação de saberes e a expressão da subjetividade. As oficinas em Saúde Mental podem ser consideradas terapêuticas quando possibilitarem aos usuários dos serviços um lugar de fala, expressão e acolhimento. Além disso, avançam no caminho da reabilitação, pois exercem o papel de um dispositivo construtor do paradigma psicossocial. RESULTADOS: No grupo de terapia ocupacional, por meio de atividades lúdico-expressivas, a proposta era que cada usuário pudesse se expressar através de palavras, desenhos, pinturas e colagens. Estas estratégias tinham como objetivo favorecer um espaço de relacionamentos interpessoais, além de favorecer trocas de experiências e habilidades motoras e cognitivas. Também dentro do grupo de terapia ocupacional, foi proposto um projeto "CAPS: Que Lugar é esse?", que foi a criação de um curta-metragem, objetivando apresentação do CAPS à sociedade, e nada melhor que os usuários para realizar esta tarefa. As filmagens tiveram duração de duas semanas e os usuários eram livres para trazer tudo que representava o universo do CAPS, tendo sempre como base a pergunta: "Que lugar é esse?". Um dos principais objetivos desde curta foi motivar os usuários a terem voz ativa e, além disso, mostrar a comunidade o que o CAPS representa para os usuários e o universo

da doença mental. A oficina de praia que aconteceu uma vez por semana na praia da Atalaia, um dos principais pontos turísticos da cidade de Aracaju. O CAPS citado neste trabalho é beneficiado pela boa localização, sendo estes uns dos principais fatores que contribuem com a realização da oficina. Inicialmente a oficina era restrita apenas aos usuários que frequentavam o CAPS em acolhimento diurno e que não estivessem em crise, porém logo após o início, os usuários que estavam em crise ou em acolhimento noturno passaram a participar da oficina. Durante a oficina os usuários tiveram experiências de socialização, entre eles e com a comunidade, tinham total autonomia para usufruir de tudo que a praia oferece, desde a relação entre a compra de picolé ou água de coco até as atividades de lazer. Ao passar do tempo era visível a eficácia daquela oficina que ultrapassava os muros do CAPS e que trazia eficácia no tratamento dos usuários que sofrem de transtorno mental, sendo a única oficina externa que tinha a participação de usuários de acolhimento noturno, estes, que participavam das atividades propostas durante a oficina, respeitando as regras e limites, pactuados na dinâmica da mesma. Como proposta de fechamento do estágio e como devolutiva para a equipe do CAPS, foi apresentada um estudo de caso, de um usuário diagnosticado com esquizofrenia, surdo de nascença, que atualmente encontrava-se em estado estável, mas pela dificuldade de comunicação entre usuário-equipe e equipe-usuário era um desafio para a equipe. Visando nos comprometimentos na comunicação e que conseqüentemente afetam nas várias áreas de seu desempenho ocupacional, foi utilizada como estratégia a elaboração de uma prancha de comunicação, com o intuito de viabilizar o processo de comunicação com a equipe do CAPS. Assim como também foi realizada a apresentação do vídeo para os usuários

no dia da assembleia do CAPS. Durante o estágio curricular concluímos que a atenção e cuidado às pessoas em sofrimento psíquico, incluindo os usuários de álcool e outras drogas, propiciam o tratamento humanizado, exigindo ações além daquelas restritas ao setor saúde. Faz-se necessário também auxiliar as pessoas que sofrem de transtornos mentais na construção de projetos de vida saudáveis, que contribuam com o exercício da cidadania e respeito à sua singularidade. Desenvolvendo atividades intersetoriais na interface saúde, educação, cultura e lazer, que promovam a inclusão e reabilitação psicossocial dos usuários dos serviços de Saúde Mental.

RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA ENTRE ENSINO E SERVIÇO: ASSISTÊNCIA INTEGRAL EM PROL DO PACIENTE DIABÉTICO

Daniela Nunes Shinzato Batista, Karla Marques de Mello Rodrigues, Mayara Magalhães Morello, Lucas de Castro Catelluccio, Ana Rita Barbieri

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Diabetes Mellitus

APRESENTAÇÃO: uma verdadeira epidemia de diabetes mellitus (DM) está em curso. Considerado um problema de saúde pública em nível mundial, estima-se que, atualmente, a população mundial com DM é da ordem de 382 milhões de pessoas e em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevivência de pacientes com DM, este número tende a recrudescer. Situação similar pôde ser vivenciada em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (UESF) em Campo Grande, cuja

população adscrita de uma equipe conta com 121 indivíduos diabéticos. Conhecer a prevalência de DM do território e estimar o número de pessoas com diabetes no futuro permite planejar, alocar recursos de forma racional e evitar ou retardar os danos provocados pelo agravo. Diante do cenário epidemiológico da doença, acadêmicas do quinto ano do curso de medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul realizaram uma intervenção, em parceria com a equipe de saúde da unidade, com o objetivo de conhecer a ocorrência da doença na população do território, analisar o seguimento clínico realizado e sua conformidade com os protocolos do Ministério da Saúde, além de incentivar o autocuidado. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** foi estabelecida uma ação visando uma avaliação integral ao paciente, com foco principalmente nas principais complicações da doença. Para isso foi necessário inicialmente: (1) cadastramento ou sua atualização no Hiperdia durante as visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); (2) entrega de convites aos pacientes durante a visita domiciliar de cadastramento; (3) contato telefônico com os pacientes não visitados, chamando-os para o dia da avaliação integral. Foram convidados 90 pacientes para a atividade que foi realizada em 25 de junho de 2015 na UESF. Os exames mais atuais de cada paciente foram conferidos previamente através do sistema informatizado "Hygia" da Secretaria de Saúde de Campo Grande (SESAU), disponível em todas as unidades. No dia da ação, optou-se por utilizar a ficha de acompanhamento do Hiperdia para examinar os pacientes. Durante cada consulta, foram coletados os dados clínicos do paciente, como pressão arterial, circunferência abdominal, peso e altura. Interrogou-se a respeito de fatores de risco e comorbidades, presença de complicações devido ao DM e quais os

tratamentos medicamentosos aos quais os pacientes está sendo submetido. Além disso, foram solicitados todos os exames laboratoriais necessários para a avaliação pormenorizada do paciente e que não haviam sido solicitados recentemente. Foram encaminhados ao oftalmologista todos os pacientes que estavam há um ou mais anos sem exame oftalmológico e, para completar a assistência integral ao diabético, foi realizada a avaliação dos pés de cada paciente através do formulário de avaliação dos pés, disponibilizada pela SESAU. Para acurar o diagnóstico de perda da sensibilidade protetora (PSP) dos pés, conforme o Grupo de Trabalho Internacional Sobre Pé Diabético, adicionou-se ao teste de monofilamento 10 gramas e o exame do reflexo aquileu. Ao final, conforme orienta o rastreamento das diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, cada paciente foi estratificado de acordo com seu risco de desenvolver futuras lesões através da classificação proposta pela Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vasculares (SBACV). Motivação quanto à mudança de hábitos equivocados e melhoria da qualidade de vida, além do reforço quanto à importância da adesão ao tratamento medicamentoso, foram aspectos centrais da consulta, com o intuito de reforçar o autocuidado. Resultados e/ou impactos: dos 36 pacientes consultados no dia da ação, 34 eram portadores de DM tipo 2 e apenas 2 de DM tipo 1, sendo que a prevalência da doença se mostrou maior na faixa etária entre os 60 a 79 anos. Com relação à diferença de gêneros, 61,1% dos indivíduos eram do sexo feminino e 38,9% do sexo masculino. Todos os pacientes consultados apresentavam ao menos um fator de risco, chamando atenção para a frequente associação entre hipertensão arterial e DM (67% dos pacientes a apresentavam), condizente com os dados observados tanto do estado de Mato Grosso do Sul quanto

nacionais. Vinte e nove pacientes já haviam apresentado alguma complicação micro ou macrovascular da doença, 13 estavam em insulino-terapia e 28 utilizavam pelo menos um antidiabético oral. Em frequência de uso, o anti-hipertensivo hidroclorotiazida ficou atrás apenas dos antidiabéticos orais e da insulina. Os índices de excesso de peso constataram que apenas 16,7% da população estudada encontravam-se no índice de massa corporal (IMC) adequado para a idade. Por dificuldades da UESF em disponibilizar o exame de glicemia capilar durante as consultas, glicemia de jejum e hemoglobina glicosada foram solicitados para 24 pacientes que não possuíam estes exames recentes. Para estes mesmos 24 pacientes foram solicitados o perfil lipídico. A maioria dos pacientes não estava tendo seus pés examinados anualmente e não havia realizado, ao menos uma vez, exames que devem ser solicitados anualmente, a exemplo do exame de microalbuminúria que foi solicitado para 29 pacientes no dia da ação, pois apenas 7 pacientes estavam realizando o exame anualmente, conforme orientado pelas diretrizes. Em linhas gerais, a população examinada mantém seus pés higienizados, porém, com pele fina, seca e brilhante. Na inspeção, foram diagnosticados 7 casos de micose interdigital, 4 pacientes com rachaduras, 6 com formação de calosidades e apenas 1 com ferimento com abertura da pele. Encontrou-se apenas 1 paciente com hálux valgo no quesito deformidade. Apenas 4 pacientes possuíam história de algum tipo de ulceração nos pés e somente 2 haviam amputado algum membro. Nove pacientes queixaram-se de dor em membros inferiores ao caminhar e 15 tinham queixas de formigamento. Não se observou irregularidade nos pulsos periféricos durante a avaliação vascular. Na avaliação neurológica, aproximadamente 36% da população examinada possui perda da sensibilidade protetora. Após o exame

dos pés, cada paciente foi classificado pelo Sistema de Classificação de Risco e Encaminhamento da SBACV, sendo que 23 foram classificados como grau 0, 11 pacientes como grau 1, 1 paciente classificou-se como grau 2, e 1 como grau 3B e encaminhado para o CEM para atendimento especializado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** durante o planejamento e a execução da atividade, contatou-se a importância da atenção básica no diagnóstico do DM, no acompanhamento e tratamento, além do rastreamento de suas complicações micro e macrovasculares e a importância do trabalho multidisciplinar em equipe. Também foi possível constatar a dificuldade no manejo clínico de pacientes com o perfil dos diabéticos da unidade – idosos com comorbidades, com uso de polifármacos, cuja adesão ao tratamento, tanto medicamentoso quanto não medicamentoso, não atende as expectativas da equipe assistente. Destaca-se a importância e a necessidade do seguimento multidisciplinar e da integralidade do atendimento à saúde do paciente diabético, pois a grande maioria dos 90 pacientes diabéticos identificados não tem seus pés examinados e não realizam os exames previstos nas diretrizes anualmente. Desenvolver esta ação foi, com certeza, uma experiência marcante na vivência da Atenção Básica, cujo conhecimento e prática jamais serão esquecidos.

RELATO DE VIVÊNCIAS DOS GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO PROPET NA ESF GUSTAVO TRIBESS I E II

Bruno Dalri Menestrina, Julia Soares Pereira, Luís Armando da Silva, Karla Ferreira Rodrigues, Marlene Santes Klitzke Gabriel, João Luiz Gurgel Calvet da Silveira

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

Nos serviços de saúde, durante anos, a assistência à gestante vem sendo oferecida quase que exclusivamente vinculada à consulta médica individual. As ações de saúde não propiciam um acolhimento às ansiedades, às queixas e temores associados culturalmente à gestação. Desta forma, a gestação é conduzida pelos profissionais de saúde de modo intervencionista, tornando a assistência e as atividades educativas fragmentadas, sem que a realidade da mulher gestante seja tratada na sua individualidade e integralidade. (Delfino et al. 2004) Sobre isso Delfino cita “Em vista desses pressupostos, entendemos que o contexto grupal desenvolve naturalmente um espaço para o movimento da promoção da saúde através de um processo de ensinar - aprender”, por isso os grupos de gestantes são importantes para a educação de saúde das mulheres, acompanhantes e acadêmicos participantes. O grupo de gestantes do ESF GUSTAVO TRIBESS I e II ocorrem semanalmente, com conteúdos fixos, sempre das 13h00min às 13h30min, em que há o debate entre grupo e apresentadores. O grupo visa educar os envolvidos no parto e também agregar os acadêmicos participantes, tanto para escolha de sua área, como para reflexão de assuntos cotidianos. O processo educativo é flexível, dinâmico, complexo, social, reflexivo, terapêutico e ético e se constrói a partir das interações entre os seres humanos. Nele, quem ensina aprende e quem aprende, ensina, havendo troca de conhecimentos e experiências, uma vez que cada ser que interage, o faz com suas ideias, valores, atitudes e experiências. O processo educativo é um instrumento de socialização de saberes, de promoção da saúde e de prevenção de doenças. (Zampieriet al. 2010). A educação em saúde, um dos principais elementos da promoção da saúde, constitui-se em um processo político e pedagógico que leva ao desenvolvimento de um pensar crítico e

reflexivo e à autonomia do ser humano, ao possibilitar a construção e produção de um saber que propicia a este ser humano ser capaz de propor mudanças e decidir sobre as questões relativas aos seus cuidados, aos de sua família e aos cuidados da coletividade. (Zampieriet al. 2010) Em setembro de 2015, o poder de apresentação foi concebido ao grupo de estudantes de medicina do PET-Saúde, na qual foi abordado “os sinais de alerta”, optando-se pelo modo power point, a descrição dos sinais mais característicos e intrigantes do trabalho de parto: o rompimento da bolsa, as contrações e o tampão mucoso. O primeiro desafio foi realizar uma apresentação para mulheres que, ou estavam em estado final de parto, ou que já haviam passado por essa experiência. O conhecimento prático decorrente de sensações vividas pelas gestantes ultrapassa o conhecimento técnico do grupo. Isso gerou outro tipo de preocupação: fazer uma apresentação com fluidez, trazendo novos horizontes para as mães e alcançando seus interesses. O objetivo primário seria, então, alertar as gestantes das diferenças entre os partos e os momentos de procura ao atendimento médico. No momento do diálogo, três gestantes e um acompanhante compareceram. A experiência se tornou inesquecível, não durante a apresentação, mas depois dela. Os temas foram debatidos e a colaboração das mães foi de extrema valia. Tal qual o conhecimento técnico fora passado a elas, para os acadêmicos foi passada uma experiência real de como é o parto. A primeira gestante teve três (3) filhos e estava no 4^o parto. Todos nasceram de parto normal e, segundo ela, revelou ser completamente diferente para cada filho. No primeiro, não houve dor por parte da gestante, já no segundo a dor aumentou de forma extrema, e ela relata ter vinculado o sofrimento do parto ao filho, gerando desconforto psíquico nos primeiros momentos pós-parto, atenuados

após contato físico mãe-bebê. Essa gestante surpreendeu o grupo, uma vez que mesmo estando na terceira gestação levantava muitos questionamentos, como por exemplo, o tampão mucoso, que ela acreditava estar perdendo no terceiro mês de gestação. A segunda gestante estava em seu primeiro parto e relatou que diversas mulheres falavam que ele era muito doloroso. As outras duas do recinto não relataram dor e tranquilizaram a mãe. Isso mostra a troca de experiência entre os participantes do grupo, também revelada como uma estratégia da ESF. A terceira apresentava seu companheiro ao lado, portanto colocou em questionamento o acompanhamento durante o parto. Segundo ela, o conforto e a segurança passada pelo acompanhante são de suma importância e também sua compreensão de que em níveis de dor extremas, normalmente ocorrem situações inusitadas. Todos esses relatos e debates mostraram a verdadeira face de uma gravidez. O grupo fora com o intuito de levar conhecimento às mulheres, porém, os grandes beneficiados foram os que ouviram dos relatos. Ainda, o desconhecimento dos estudantes novatos da FURB (Universidade Regional de Blumenau), em termos práticos, foi contemplado por essa mistura de informações singelas, ajudando na construção de médicos mais humanos. O Grupo de Gestantes e Casais Grávidos constitui-se num fórum de reflexão, de diálogo, de construção e de socialização de saberes. Propiciando ao casal repensar seus papéis e a importância de eles próprios conduzirem e participarem ativamente do processo do nascimento. Além disso, é uma atividade que contribui para a formação pessoal e profissional e estimula a dinâmica de ensino aprendizagem e a prática interdisciplinar. (Zampieriet al. 2010). Para que o processo de aprendizagem seja completo, o grupo se reencontrará novamente em outubro de 2015 para debater

o segundo tema: Parto normal e Cesárea. Desse dia, espera-se mais uma troca de conhecimentos, para que sejam esclarecidos os tipos de parto, suas consequências, benefícios e óbices decorrentes. Há outros projetos em andamento na ESF, como sua territorialização, com a formação de um mapa novo, formatado pelo AutoCAD para auxílio na unidade. A ESF contém um mapa inteligente bastante velho, por isso tão importante tal feito pelos acadêmicos. Ademais, a Fundação Universitária Regional de Blumenau, apresenta um mapeamento de toda a cidade, cobrindo todas as ruas e localidades da cidade, abraçando cada ESF inserida, melhorando as possibilidades de atendimentos, o conhecimento das áreas de risco, e ainda, tornando claras as informações necessárias para melhores e evoluídos envolvimento entre os acadêmicos e as comunidades que os cercam. Também há na ESF Tribess o andamento de um grupo de adolescentes, similar ao das mães, com troca de experiências e aprendizados. As informações levadas aos adolescentes serão importantes para o seu desenvolvimento, seja no âmbito social, pessoal, profissional e cultural. Ou seja, uma contribuição para o futuro do povo jovem inserido na localidade desta ESF. Questões de difícil entendimento e de importante impacto na vida de cada jovem serão abordadas durante esses encontros periódicos, como a alimentação saudável e a sexualidade questões pujantemente que afetam na vida de um ser.

RELATO SOBRE DIFERENTES ESTRATÉGIAS DE ENSINO APLICADAS NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE

Daniel Dias Sampaio, Eliana Gusmão Oliveira, Laisla Pires Dutra, Dieslley Amorim de Souza, Ana Cristina Santos Duarte, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Palavras-chave: Educação, Estratégias de ensino, Violência

CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA: O processo ensino-aprendizagem com ampla participação dos alunos não é uma preocupação recente, diante dos avanços da tecnologia de ensino e de competitividade dos meios de informação emerge a preocupação com a interatividade na aprendizagem¹. Com isso, a busca por resultados satisfatórios nesse processo demonstra que muitos professores têm se frustrado ao introduzir novas estratégias em sala de aula, pois se deparam com a extensa e peculiar “bagagem conceitual” trazida para sala de aula pelos alunos. As aulas tornam-se então improdutivas, não confrontando a concepção “incorreta”, pelo contrário, reforçando-a². As estratégias de ensino estão relacionadas com a forma que os docentes articulam os conteúdos, que visa uma melhor adequação para contemplar as especificidades de cada grupo, assim esse conceito ampliado considera os meios utilizados pelo professor para facilitar o processo de aprendizagem^{3,4}. A preocupação em transformar informações em conhecimento é constante aos docentes, assim, a escolha de estratégias para trabalhar determinados conteúdos que dialogue com o contexto em que o discente está inserido é o grande desafio para esses profissionais da educação superior. Diante disso, o estudo teve como objetivo relatar a experiência em mediar uma aula sobre violência contra crianças e adolescentes utilizando das estratégias: tempestade de ideias, aula expositiva dialogada e estudo de caso. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O estudo foi desenvolvido no ambiente de sala de aula, em maio de 2015, com alunos do ensino superior de uma instituição privada, na cidade de Vitória da Conquista no estado da Bahia. Numa turma do quarto semestre do curso de graduação em fisioterapia composta por

29 discentes matriculados no componente curricular. DESENVOLVIMENTO HUMANO. A escolha do tema violência contra criança e adolescente não se deu de forma aleatória. A violência doméstica contra crianças é um fenômeno universal, que ocorre em diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, atingindo todas as classes sociais, etnias, religiões, raças e culturas⁵. A aplicação das estratégias foi devidamente planejada, sendo que os registros de expressões e participações dos discentes foram descritos em um diário, por meio de observação passiva sem influência do observador na dinâmica da aula, anotando espontaneamente tudo que lhe foi conveniente. Durante a observação levou-se em consideração, além dos componentes físicos da palavra, também os múltiplos elementos da apresentação pessoal, aspectos do comportamento global e em particular a comunicação (linguagem) não-verbal dos participantes⁶. A estratégia Tempestade de ideias é conhecida também como Brainstorming no inglês, é definida como uma estratégia vivenciada por um coletivo, com participações individuais, realizada de forma oral ou escrita³. Essa atividade foi utilizada para incentivar a livre promoção de ideias que desenvolve uma atitude interrogativa e reflexiva diante de um dado questionamento⁷. A aula expositiva dialogada é uma estratégia que permite a participação ativa dos estudantes fomentando um espaço de diálogo sem barreiras na qual o conhecimento prévio dos discentes é valorizado podendo ser esse, utilizado como ponto de partida para demais discussões³. A estratégia Estudo de caso apresenta forte potencial de discussão entre os estudantes, favorecendo o processo de conhecimento. A dinâmica da atividade é realizada por exposição do caso a ser estudado a um determinado grupo, após a análise dos casos o condutor da estratégia retoma pontos principais, analisando coletivamente as soluções propostas³. A

avaliação foi procedida pelos mediadores continuamente, observando: a participação dos graduandos durante a atividade, questionamentos, exemplos, vivências, linguagem corporal, concentração, postura, interação, diálogo, a fim de elucidar o tema. Além disso, foi levada em consideração a auto-avaliação do grupo oralmente, pois o processo de ensino e aprendizagem ocorre através da interação entre docente e discente, bem como o processo avaliativo. Efeitos alcançados e recomendações: O primeiro momento foi de apresentação entre os participantes para posterior desenvolvimento da aula. A primeira parte da estratégia foi conceituar violência, dos 20 alunos presentes 12 contribuíram com a estratégia com 23 palavras sugeridas. As sugestões de palavras foram incentivadas de forma exaustiva pelo mediador e as palavras escritas em quadro branco para visualização de todos. As palavras foram: hematoma, roubo, abuso, trauma, maus tratos, dor, tristeza, desrespeito, angústia, raiva, intolerância, drogas, medo, racismo, agressividade, constrangimento, revolta, abatimento, retração, preconceito, rebeldia, violência verbal, violência psicológica. Após a definição de violência, foi aplicada a mesma estratégia para conceituar “violência infantil” que contou com a participação de 11 alunos, com sugestão de 12 palavras: abuso sexual, maus tratos, falta de respeito, agressão, ameaça ignorância, intolerância, mau exemplo, desconstrução de caráter, abandono, trauma, tortura. Após a discussão e a dinâmica, o mediador trouxe os conceitos de violência referenciadas pela literatura a fim de contextualizar o tema. A aplicação da estratégia teve duração aproximada de 30 minutos e os recursos utilizados foram Datashow e quadro branco. Por fim, vivências foram socializadas e discutidas na perspectiva familiar, cultural, social e profissional. Após 20 minutos da primeira estratégia a turma demonstrou cansaço à técnica demonstrando a partir

dispersão e conversas paralelas, entretanto verificou-se o aprendizado mediante as falas, a avaliação foi feita qualitativamente, obtendo um resultado satisfatório. A segunda estratégia utilizada teve duração de 28 minutos e foi iniciada dois casos de violência infantil veiculados pela mídia, posteriormente, indagou-se a turma o seguinte questionamento: “O que leva um adulto violentar uma criança?”. Mediante questão norteadora a turma demonstrou interagir, elencando possíveis hipóteses como: nervosismo e injustiça social. Após isso, houve uma breve explanação sobre a violência nos diversos aspectos e cenários, refletindo sobre a proporção dessa problemática. Mediante a discussão fomentada pelos discentes, apresentou-se o estatuto da criança e do adolescente (ECA) através da lei 8069/90, os dados epidemiológicos e imagens representativas de tipos de violência, sinais e sintomas. Nesse momento, a turma demonstrou redução da atenção, evidenciada por atitudes dispersas, nessa perspectiva, a aplicação da estratégia foi de pouca interação. A terceira e última estratégia utilizada, teve uma duração de aproximadamente 18 minutos, cujos discentes receberam um texto impresso com o estudo de caso escolhido, extraído do Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência⁸ e foi feita a leitura do caso clínico e discussão. Após as argumentações e síntese final do diagnóstico levantado e confirmado, os mesmos foram desafiados a pergunta: qual a conduta de vocês, em processo de formação profissional da saúde frente ao caso de violência infantil? O processo avaliativo foi feito de forma qualitativa, observando as falas dos discentes a respeito do estudo de caso alcançando o objetivo proposto pela estratégia. Mesmo sendo comprometida pelo tempo, percebeu-se que entre as três estratégias utilizadas, esta foi a de maior satisfação e interação dos alunos, momento em que se identificaram também como

protagonista para identificação, notificação e denúncia para o combate da violência. Sendo assim, a partir da vivência, destaca-se a necessidade da publicação das experiências pedagógicas, de modo que tanto docentes quanto discentes conheçam e aperfeiçoem em sua rotina os novos métodos de ensino. Sendo que as práticas em sala de aula devem ser refletidas e revisitadas a fim de que as estratégias permeiem numa nova perspectiva do processo de aprendizagem.

RELATOS DE EXPERIÊNCIA: UM RECORTE DA I EDIÇÃO VER-SUS DF

Ana Carolina Marques Binacett, Ticiano Torres

Palavras-chave: Relatos de experiência, Movimento Estudantil, VER-SUS

APRESENTAÇÃO: Somos alunas de graduação em Saúde Coletiva e Psicologia da Universidade de Brasília - UnB, e participamos da construção da I Edição VER-SUS DF (que se iniciou em meados de março até o período da vivência, de 18 a 26 de julho de 2015). **OBJETIVOS:** Nossos objetivos são relatar os processos de construção, trocas, diálogos e experiências nesta trajetória. **METODOLOGIA:** A construção processos da I Edição VER-SUS DF: Parcerias e Novos Arranjos No Distrito Federal já haviam tido duas tentativas de organizar a primeira edição do VER-SUS, mas que não seguiram a diante. No mês de março de 2015, houve uma nova tentativa de formar uma Comissão Organizadora (CO), esta, que inicialmente contava com pessoas que retornaram das vivências edição verão do VER-SUS de Aparecida de Goiânia - GO e Uberlândia - MG. O grupo expandiu e formou uma comissão com 27 pessoas divididas em cinco subcomissões: programação, secretaria, estrutura pedagógica, comunicação. Cada subcomissão trabalhava e periodicamente

se reunia com toda a CO para a compartilhar os processos desenvolvidos até então. Tivemos parceiros fundamentais neste processo, como a Secretaria de Estado de Saúde - SES/DF e a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS. Nos momentos de discussão sobre a programação, a quantidade de viventes por serviço foi um dos temas mais debatidos. Tínhamos pensado inicialmente em quatro grupos compostos por dez viventes mais um facilitador. Este arranjo foi repensado a partir das discussões com os parceiros, cujo acreditavam não haver capacidade em todos os serviços para receber onze pessoas. Foi um tanto complexo pensar num novo formato, já que tínhamos o modelo vivido em outros Estados. Nesta nova proposta, a divisão não seria mais por quatro equipes, mas sim um grupo com divisões e redivisões constantes a cada nova visita. Embora no período da noite as discussões sobre as impressões, sentimentos e reflexões acerca das visitas do dia ocorressem de forma coletiva com todos os viventes. Tínhamos a preocupação com o papel do facilitador ao lidar com os viventes, já que não haveriam equipes fixas durante as visitas e isso poderia dificultar a atuação. Foi aí que pensamos numa estratégia para organização dos viventes, decorrente de outras atividades realizadas por três componentes da CO com os princípios da permacultura. Os princípios que fizeram parte da proposição da convivência foram: o cuidado com as pessoas (onde a equipe que ficasse responsável deveria cuidar não só dos colegas de equipe, mas de todas as pessoas que encontrasse); o cuidado com os espaços (manter limpo e organizado os espaços de convivência, ser cuidadoso com os locais visitados e ser cortês com todas as pessoas que os compunham); a partilha justa (a equipe ficava responsável por realizar alguma atividade/dinâmica com todas as outras equipes) e pratique a autorregulação (que era o momento/espço

de fala livre onde todos poderiam sugerir mudanças, dizer o que gostou e o que não gostou, dando feedbacks). Estes princípios não eram fixos por equipe, a cada dois dias ocorriam rodízios. A utilização desses princípios teve significativa importância para a divisão de equipes (estas divididas em quatro, de acordo com os elementos da natureza, terra, fogo, ar e água), nas práticas de convívio diárias além dos vínculos com os facilitadores. Sobre coletivo estudantil de saúde, palestras e oficinas, aspectos metodológicos e avaliações. Muitos foram os processos construídos e vividos antes da própria vivência. Por se tratar da primeira edição, decidimos que seria importante para o fortalecimento de um coletivo estudantil de saúde haver a possibilidade de integrantes da CO serem viventes. Por este motivo, alguns dos integrantes participaram da Oficina de Facilitadores que aconteceu dois dias antes do início da vivência. Tivemos pessoas dos cursos de psicologia, enfermagem, medicina, saúde coletiva, fisioterapia, terapia ocupacional, ciências farmacêuticas e serviço social. Nos dois primeiros dias tivemos momentos de levantamento das expectativas, danças em roda, oficina de abayomi, falas de profissionais e professores que compartilharam conosco temas como cuidado em saúde, humanização, saúde mental, histórico do VER SUS e princípios do SUS. No período da noite durante os dias que aconteceram as visitas, as discussões foram feitas em conjunto. De um lado essa integração dos 44 viventes foi benéfica, pois permitiu maior troca sobre os locais visitados. Mas por outro, tornou-se cansativo, levando em consideração o número de visitas por dia, que chegaram a 13 serviços num só dia para discussão numa só noite. Estes aspectos metodológicos não de ser trabalhados com mais afinco na próxima edição. **RESULTADOS:** No processo avaliativo no fim da vivência, alguns dos

pontos positivos levantados foram: a integração com outros cursos, vivência no território, conhecimento dos serviços, potencialidades e dificuldades vividas pelos profissionais de saúde e comunidade, novos vínculos, conexões, expansão da área de atuação profissional, quebra de paradigmas, desconstrução de ideias, entre outros. Sobre os pontos negativos, foram citados o baixo envolvimento nas discussões devido ao cansaço por conta da quantidade de serviços, serviços de interesse específico com incapacidade de atender à demanda de todos os viventes e alguns conflitos de convivência que poderiam ser melhor mediados pelos facilitadores e CO. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Fazer parte tanto da construção quanto das vivências do VER-SUS DF foram processos muitíssimo ricos para compreender um pouco da(s) realidade(s) das localidades que nos permeiam. Em muitos momentos sentimentos de angústia nos tiravam de nossas zonas de conforto, fazendo-nos olhar para além do óbvio, para além da mídia e porque não dizer, para além dos livros (que oras trazem comodismos, ora indignações). Poder participar desses dois processos foi poder sentir com os outros sentidos e nos questionarmos o porque de certas coisas darem certo em alguns espaços e outras não. O que constitui aqueles espaços e pessoas? O que nos constitui enquanto futuros profissionais e usuários? Como podemos pensar na promoção de saúdes (sim, no plural) que possam ser pensadas e vividas de mãos dadas, em redes? Bem, essas são algumas considerações, não digo finais, mais iniciais, que partem de nossa inquietude e necessidade de não só pensar de um modo diferente, mas de entender o que já existe, atualizar, somar e construir espaços de cuidados para usuários e colaboradores

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E SUA RELEVÂNCIA PARA O TRABALHO HUMANIZADO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Barbara Zanchet, Josemara de Paula Rocha, Clarice Maria Peripolli, Caroline Faust, Mariane Schneider, Walter Antônio Roman Junior

Palavras-chave: Humanização da assistência, Equipe de assistência ao paciente, Especialização

INTRODUÇÃO: Os Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde vem sendo apoiados pelo Ministério da Saúde desde 2002 e devidamente regulamentados a partir da promulgação da Lei nº 11.129 em 2005. Esta modalidade de pós-graduação, que recebe investimento na sua potencialidade pedagógica e política, tem por objetivo possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006). O trabalho do residente multiprofissional junto às equipes de saúde em área hospitalar visa à formação de uma equipe multiprofissional, que desempenham ações de caráter interdisciplinar voltados para a assistência integral do usuário. Para isso, este profissional ao longo do seu processo de formação aprimora competências para o trabalho em equipe, busca constantemente novas alternativas e assume responsabilidades com o usuário e com o serviço de saúde no qual está inserido (CUNHA; VIEIRA; ROQUETE, 2013). Dentre as responsabilidades do profissional residente, está o exercício do trabalho humanizado, bem como a motivação de toda a equipe, o que vem em consonância com a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem como um de seus objetivos centrais, enfrentar desafios enunciados pela

sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde (BRASIL, 2004; PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011). Partindo do exposto este trabalho objetiva apresentar as atividades realizadas pelos residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada nas Áreas de Atenção ao Câncer e Saúde do Idoso em um ambiente hospitalar de grande porte localizado no estado do Rio Grande do Sul, e sua contribuição na humanização do serviço. **DESCRIÇÃO DO ESTUDO:** O trabalho desenvolvido se configura como um relato de experiência das atividades desenvolvidas pelos residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada nas áreas de Atenção ao Câncer e Saúde do Idoso do Hospital São Vicente de Paulo em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Passo Fundo e a Universidade de Passo Fundo (UPF). As áreas de formação dos residentes eram: Enfermagem, farmácia, fisioterapia e nutrição, porém as atividades desenvolvidas em âmbito hospitalar pelos residentes também envolviam demais funcionários do hospital, como assistentes sociais, odontólogos e médicos. As atividades desenvolvidas pelos residentes eram adequadas aos setores os quais atuavam, sendo relatadas neste trabalho as atividades desenvolvidas no setor de radioterapia, quimioterapia onde atuavam os residentes na área de Atenção ao Câncer e unidade de internação de pacientes com doenças crônicas (em sua maioria idosa) onde o trabalho era desenvolvido pelos residentes na área de Atenção a Saúde do Idoso. As atividades foram desenvolvidas durante os 24 meses de especialização, sendo aprimoradas e reestruturadas de acordo com as demandas encontradas ao longo do desenvolvimento de cada uma delas. **RESULTADOS:** As atividades desenvolvidas nos setores de radioterapia e quimioterapia eram de responsabilidade dos residentes em oncologia. Dentre as

atividades desenvolvidas no setor de radioterapia, destacou-se o grupo de apoio as mulheres com câncer de mama, cujo objetivo era trocar informações com as pacientes a respeito de seu tratamento, bem como realizar educação em saúde. Todos os profissionais trabalhavam em conjunto nas intervenções, diariamente, sendo cada dia de responsabilidade de um profissional. Os principais temas abordados foram: prevenção de linfedema, alimentação, saudável, uso de chás durante o tratamento de câncer e prevenção de radiodermite. Durante os encontros havia sempre a participação de um preceptor e a presença de um residente de cada área, independente da temática, permitindo que os pacientes se sentissem a vontade para fazer questionamentos bem como acolhidos por toda a equipe do setor. Já no setor de quimioterapia, eram realizadas as consultas interdisciplinares, onde cada paciente ao iniciar o tratamento de quimioterapia era acolhido pelos residentes das diferentes áreas em estágio no setor. Durante a consulta eram realizadas orientações nutricionais, o acolhimento por parte da enfermagem (que posteriormente realizava consulta individualizada) e avaliação fisioterapêutica. Durante a conversa o paciente conhecia a equipe que o acompanharia durante o tratamento permitindo se sentir confortável para o esclarecimento de dúvidas, se não durante a consulta, em uma conversa breve nos corredores com o profissional que sentia maior afinidade. Na unidade de internação dos pacientes com doenças crônicas, a atividade de destaque eram os rounds que ocorriam diariamente no setor, para o debate dos casos que aspiravam maiores cuidados e preocupações por parte da equipe. Destas reuniões, participavam os residentes na área de Atenção a Saúde do Idoso e preceptores da área da enfermagem, fisioterapia e nutrição. Nestas reuniões havia a discussão a respeito da patologia,

avaliação das condutas e verificação da necessidade de visita domiciliar para o repasse de orientações a família. Por se tratar da primeira turma de residentes multiprofissionais do Hospital São Vicente de Paulo, muitas foram às adaptações e mudanças para que as atividades formuladas pudessem ser desenvolvidas com êxito e com a participação não só de residentes, mas como também dos demais profissionais que compunham a equipe hospitalar. O principal desafio encontrado para os desenvolvimentos das atividades foi à percepção do residente multiprofissional como um mero prestador de serviço e cumpridor de demandas. Ao longo dos treinamentos de preceptores e de inúmeras reuniões entre coordenação, preceptores e residentes, o papel do residente foi sendo revisto e mais do que isto, as atividades desenvolvidas começaram a surtir os resultados esperados como sensibilização quanto à humanização do serviço das equipes envolvidas, reconhecimento por parte dos pacientes do papel dos profissionais de saúde como agentes educadores em saúde e de sua atuação quanto à prevenção de agravos, maior visibilidade do programa de residência multiprofissional por parte da imprensa e da mesma forma, da instituição hospitalar pela população geral. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As atividades desenvolvidas nos setores supracitados permitiram uma visão diferenciada do papel do residente multiprofissional inserido em uma instituição hospitalar. As ações desenvolvidas auxiliaram no despertar dos profissionais que compunham a equipe quanto à prática do cuidado humanizado e, sobretudo na visão do paciente no contexto em que ele está inserido e a importância de um cuidado integral. Para o paciente, as estratégias realizadas, propiciaram uma aproximação com o profissional de saúde que presta o cuidado, mais do que isso, o vínculo criado permite ao paciente

uma maior liberdade para questionar as terapêuticas empregadas no seu tratamento, esclarecer dúvidas, que podem ser fundamentais neste período em que sua saúde e o meio em que estão inseridos se encontram fragilizados.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: POTENCIALIZANDO O SUS

Ana Carolina Cerqueira Medrado, Juliana Jesus Baião, Maraíze Gomes Cruz, Milena de Almeida Souza

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde, Sistema Único de Saúde, Formação Profissional

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência de uma enfermeira, uma psicóloga, uma farmacêutica e uma fisioterapeuta na Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), área de concentração saúde mental. A Residência Multiprofissional caracteriza-se como uma formação realizada no SUS e para o SUS e foi criada a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005. Classifica-se como uma pós-graduação lato sensu, com duração de 24 meses, carga horária semanal de 60 horas, carga horária total de 5.760 horas, distribuídas entre atividades práticas e teórico-práticas, com ênfase na carga horária prática. Atendo-se ao Programa de Residência da UNEB, núcleo saúde mental este se distingue por estar alinhado aos ideais da Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim sendo, os campos de estágio-trabalho são, prioritariamente, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Salvador e as áreas técnicas de saúde mental das secretarias de saúde municipal e estadual. O objetivo precípua dos programas de residência é especializar os profissionais de saúde, todavia, a atividade destes trabalhadores

também provoca transformações nos locais de estágio-trabalho. Dessa forma, os objetivos desse relato são: compreender a contribuição da referida residência na formação de profissionais para trabalhar na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); relatar as consequências da inserção das citadas residentes nos campos de estágio-trabalho onde atuam. É relevante frisar que a entrada nos citados espaços configurou-se como a primeira experiência na área da maioria das profissionais em questão, algumas sequer tiveram a disciplina saúde mental na graduação e uma delas teve contato incipiente. Por conta disso, a inserção no campo gerou uma série de inquietações nas profissionais: algumas perceberam a atuação nos CAPS como uma diluição do seu saber e não conseguiram, a priori, delinear intervenções nesse contexto. Isso devido às peculiaridades do processo de trabalho no CAPS, que se caracteriza como clínica ampliada, indo além do saber psiquiátrico e priorizando a horizontalidade das relações. Imbuídas de uma nova concepção de saúde mental, as residentes puderam desenvolver interconsultas, oficinas construídas a partir dos saberes de cada uma, ações de educação em saúde visando à integralidade, bem como a articulação da rede a partir dos diversos olhares dessas profissionais. Outra dificuldade que surgiu foi à emergência de alguns preconceitos sobre transtornos mentais, principalmente relacionados aos usuários de drogas. Contudo, esses problemas iniciais foram superados e a equipe transformou-se em um grupo, desenvolvendo vários projetos visando à interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade. Além da importância do intercâmbio multidisciplinar entre as autoras nos campos de prática, é importante salientar que parte do componente teórico foi desenvolvido junto com os outros núcleos do programa de residência, o que

permitiu a troca de experiências entre profissionais ainda mais diversos como nutricionistas, fonoaudiólogos e enfermeiros de ênfases como oncologia e UTI; promovendo a ampliação das concepções de saúde em direção à proposta da integralidade. Outro diferencial que se deve considerar é a possibilidade de passagem do residente por múltiplos campos da saúde mental (CAPS II, CAPS ad, CAPS ia e gestão), o que permitiu que as profissionais tivessem uma visão expandida da RAPS, pois se viabilizou o conhecimento das diversas formas de atuação clínica em cada um dos espaços de assistência, bem como um aprofundamento no planejamento e implementação das políticas públicas de saúde a partir do trabalho nas secretarias de saúde. No tocante às repercussões nos locais de atuação, o primeiro ponto que podemos considerar é o impacto da presença das residentes nos usuários do CAPS. Os usuários receberam as residentes de forma calorosa e acolhedora. O processo de vinculação com eles foi um dos principais motivadores para o trabalho. Algumas oficinas coordenadas pelas residentes tiveram grande adesão dos usuários, de maneira tal que foram mantidas por alguns profissionais após a saída das residentes do CAPS. Contudo, é importante pontuar que a saída dessa equipe trouxe consequências para os usuários, que, a priori, podem ser vistas como negativas: alguns usuários ficaram bastante entristecidos e até enraivecidos. Mas, parte-se da perspectiva que os usuários não devem ser tutelados, que as despedidas são eventos corriqueiros na vida e que devem ser trabalhadas dentro dos CAPS. Outra reverberação ocorreu na equipe dos serviços: enquanto alguns profissionais enxergaram as residentes como parceiras de trabalho, outros as encararam como ameaças. A receptividade de cada equipe foi determinante para o processo de intervenção das residentes.

Entretanto, de maneira geral, realizaram-se interconsultas, acolhimentos, coordenação de oficinas, ações de educação em saúde. Essa postura ativa gerou disputas, discordâncias, debates e conflitos nos campos. Chegou-se ao ponto de se questionar o papel das residentes e em muitos momentos diversas iniciativas foram tolhidas. As tensões foram importantes para movimentar os serviços e promover um movimento instituinte dentro dos CAPS: casos foram revistos, oficinas novas surgiram e os espaços físicos foram reconfigurados. Uma das soluções para contornar os embates foi à construção de um canal de diálogo entre a academia e os campos de estágio-trabalho através de encontros de tutoria que aconteceram uma vez por mês. As tutorias objetivaram discutir problemas da realidade concreta dos serviços das residentes e tratá-los a partir de uma perspectiva teórica e metodológica. Os temas eram levantados pelas residentes juntamente com os preceptores e relacionavam-se com dificuldades percebidas no serviço. A partir disso, artigos sobre a temática foram selecionados e debatidos com as equipes. Os encontros de tutoria foram apontados pelos profissionais como um espaço exitoso para a educação permanente em saúde, promovendo um locus para discussão e reflexão, o que reforça a importância de trazer os referenciais teóricos para o campo de prática. Compreende-se que um dos objetivos dos programas de residência seria esse, potencializar o SUS, assumindo um compromisso social com o sistema de saúde do país e com a Reforma Psiquiátrica. Foi perceptível que alguns serviços ainda não entendem o papel dos residentes, ora querendo controlar suas ações, ora usando-as para preencher lacunas. Porém, tanto as autoras do texto, quanto a equipe dos locais pelos quais passaram, avaliam a residência de forma positiva. Para que as dificuldades

sejam suavizadas, sugere-se, além da manutenção dos encontros de tutoria, que sejam feitas parcerias com determinados campos, fazendo com que seja corriqueira a passagem de residentes pelo serviço. Salienta-se que nos CAPS onde já ocorre essa parceria ao longo dos anos, a atuação desses profissionais é recebida com menos atritos. Referente à formação de profissionais para a RAPS, acredita-se que a residência apresenta um diferencial na medida em que promove uma intersecção entre a teoria, à prática e a política, repercutindo na militância em relação às questões da saúde mental. Entretanto, vale questionar a desvalorização desses profissionais que são formados no SUS e para o SUS, já que em processos seletivos a titulação da residência tem o mesmo peso que as demais especializações nas provas de título, o que dificulta a absorção desses profissionais pelo sistema público de saúde. Apesar da relevância dos programas de residência para a formação de profissionais e fortalecimento do SUS, é preciso destacar a precarização dos programas de maneira geral, não há ajuda de custo e estes encontram obstáculos para se manterem, entre as dificuldades está à composição de um quadro de profissionais ligado aos programas como tutores e preceptores para acompanhar as práticas e professores qualificados para ministrar as aulas do componente teórico.

REVISÃO DO CURRÍCULO DO CURSO TÉCNICO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA EPSJV/FIOCRUZ E O UNIVERSO CULTURAL DOS ALUNOS

Cristina Maria Toledo Massadar Morel, Camila Furlanetti Borges, Marcia Cavalcanti Raposo Lopes, Mariana Lima Nogueira

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde Currículo Cultura

Neste trabalho apresenta-se o processo coletivo de atualização do currículo do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), por meio da realização de oficinas de trabalho. Dentre os vários aspectos abordados nesta oficina, destaca-se, o que é relativo à importância de na elaboração curricular, pensar estratégias pedagógicas que levem em conta as condições de vida, os valores e os interesses dos alunos. A EPSJV oferece, desde 2008, cursos destinados à formação do Agente Comunitário de Saúde, com seus três módulos, conforme a orientação do Referencial Curricular (BRASIL, 2004). O objetivo do curso é profissionalizar ACS da estratégia saúde da família, com o intuito de qualificar sua atuação profissional, fortalecendo-os enquanto categoria profissional e valorizando o seu papel no processo de transformação do modelo de atenção à saúde. Os três módulos que estruturam o curso, organizados em Eixos curriculares, abordam a constituição histórica do trabalho do ACS, a partir de temas referentes às políticas públicas, território e educação em saúde; a organização da Atenção Básica e a atuação do ACS, enfocando os princípios que embasam o trabalho de promoção e cuidado em saúde; e as relações entre o trabalho do ACS e a participação política (EPSJV, 2014). O currículo do CTACS é também composto por duas estratégias pedagógicas integradoras: as Práticas profissionais e a Oficina de textos. As Práticas profissionais são momentos em que, acompanhados de um preceptor com experiência no trabalho de Educação Popular em Saúde, os estudantes realizam a articulação dos conteúdos teóricos com ações práticas, a partir de momentos de investigação, que envolvem desde a ida ao território onde atua até visitas aos museus. A Oficina de textos tem por objetivos aprimorar processos de leitura e de escrita, apoiando o desenvolvimento dos

conceitos abordados nas etapas formativas e a elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso. Desta maneira, visa também fortalecer a capacidade de problematização, de argumentação e de formulação de ideias dos ACS junto a sua equipe de trabalho. (EPSJV, 2014). Partimos do princípio que o currículo não é um simples veículo de transmissão de saberes organizados. Não é um artefato ingênuo, pois toda construção de currículo pressupõe escolhas sobre que conteúdos priorizarem, como organizá-los e quanto tempo dedicar a eles. Estas escolhas estão pautadas em determinada compreensão do que seja conhecimento, como é produzido, de que pessoas estão sendo formadas e para qual sociedade. Assim, todo currículo é baseado em um referencial epistemológico e ético-político (MOREIRA; SILVA, 1995) Neste sentido, a organização curricular do CTACS não se limita a abordar os conhecimentos requeridos para a atuação prática dos ACS, a partir de uma concepção de formação centrada no indivíduo e voltada exclusivamente para o trabalho. A formação está direcionada principalmente para o desenvolvimento de uma postura crítica e reflexiva. Também leva em conta a especificidade deste adulto trabalhador que, de um modo geral, teve uma formação geral precária. Compreendemos ainda que o currículo não consista apenas em uma proposta formalizada, mas é definido pela própria dinâmica com que ele vai sendo reconstruído na prática. Assim, no momento de atualização do currículo, além da discussão dos conteúdos que compõem o mesmo, estão em jogo às práticas profissionais, as relações pedagógicas e os fazeres pedagógicos que vão sendo construídos (AMADO, No prelo). É a partir desta compreensão que realizamos o processo de revisão curricular, baseado na experiência docente de cada um dos participantes e no acompanhamento realizado pela coordenação do curso, da qual fazemos parte. Esta oficina, realizada

entre os meses de março a junho de 2015, constou de cinco encontros, e teve por objetivo discutir as potencialidades, desafios e dificuldades do currículo vigente. O ponto de partida para a Oficina foram às avaliações do curso feitas pelos alunos, as questões destacadas pela Coordenação para o aprimoramento do mesmo, e as respostas dos professores a um questionário, que abordava tanto os conteúdos, quanto questões relacionadas à aprendizagem dos alunos. No decorrer das discussões realizadas na Oficina, evidenciou-se que vários aspectos relacionados ao ensino-aprendizagem dos ACS, dizem respeito a seu pertencimento cultural e social. Muitos desafios se apresentam neste sentido. Os problemas da população com os quais os ACS precisam lidar são, muitas vezes, os seus próprios problemas: convívio com a violência, precarização no trabalho, por exemplo. Neste sentido, a questão das condições de vida de quem cuida e de seu sofrimento, bem como a forma como os alunos pensam estas condições, devem ser levados em conta nos processos educativos. Os valores assumidos pelos ACS em relação a temas como religião, gênero, e tantos outros, também afetam sua maneira de se constituir como profissionais. Destaque-se o papel que a mídia exerce, por meio da veiculação de informações incompletas ou distorcidas, reforçando, muitas vezes, determinadas formas de pensar. Assim, as questões relacionadas à proposta curricular e às estratégias de ensino-aprendizagem no CTACS estão atravessadas, dentre outros aspectos, pelas condições de vida, valores, interesses dos ACS. A partir desta constatação, foram pensadas estratégias de aprimoramento do currículo, revisitando os componentes curriculares integradores (Práticas Profissionais e Oficina de Textos), procurando lidar com os desafios apresentados. A componente curricular Prática profissional desempenha papel fundamental no curso, ao apoiar os alunos

a integrem os diferentes conteúdos abordados, com suas experiências de vida e sua atuação profissional. Consequentemente reforçou-se na Oficina a importância do papel dos preceptores no curso, que têm seu trabalho baseado nos princípios da Educação Popular em Saúde. Esta abordagem pedagógica valoriza as formas próprias de pensar e agir dos alunos, e das pessoas com quem estes atuam, a partir de uma perspectiva crítica que busca a superação das relações de opressão próprias da nossa sociedade. Também foi proposto um novo componente curricular, que deverá articular-se com a Oficina de Textos: a Oficina de Cultura. Esta terá por objetivo possibilitar que os ACS, a partir do contato com diferentes expressões culturais, possam problematizar sua condição de vida, seus valores e seus interesses. A Oficina será organizada de modo a tornar possível aos alunos o contato com tipos de textos (jornalísticos, literários) e linguagens artísticas variadas, bem como o acesso a equipamentos urbanos como museus, parques e outros espaços culturais. Abordará também as expressões culturais próprias ao universo dos alunos. A possibilidade de contato com diferentes manifestações culturais, o conhecimento de variadas formas de pensar o mundo, pode ser uma oportunidade de mobilizar nos ACS novas aprendizagens. O mundo social e cultural ao ser visto como variado e inacabado é um mundo passível de transformação. Ao lançarmos mão de estratégias pedagógicas que valorizam a ideia de que o mundo não se apresenta como dado, pode-se potencializar na atuação profissional do ACS, enquanto trabalhador da saúde, posturas que favoreçam o questionamento das práticas no interior da Estratégia de Saúde da Família. Da mesma forma que, o currículo, abordado neste trabalho como artefato inacabado, esteve sujeito a novas formulações.

SAÚDE NA ESCOLA: HÁBITOS ALIMENTARES ENTRE ADOLESCENTES DO ENSINO FUNDAMENTAL NUMA ESCOLA EM SANTARÉM- PA

Andréa Leite de Alencar, Aragonês da Silva Franco, Gabriela de Cássia Oliveira dos Santos, Samilla Calderaro Gato, Elciene Sousa Sá, Simone Aguiar da Silva Figueira, Sheyla Mara Silva Oliveira

Palavras-chave: saúde na escola, alimentação, adolescentes

APRESENTAÇÃO: A obesidade se apresenta contemporaneamente como o mal do século XXI, principalmente entre a população adolescente que ainda está construindo seu hábito alimentar que poderá segui-lo pelo resto da vida. Desta forma este estudo visa averiguar como os adolescentes matriculados na Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio São Felipe alimentam-se, estabelecendo parâmetros com outros estudos para identificar se em ambos a prática alimentar é feita de forma adequada, se não, quantos estão desconformes, de acordo com os padrões da Organização Mundial de Saúde - OMS. O período que corresponde à adolescência é cercado de grandes transformações. O Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde cronologicamente caracterizam de 10 a 19 anos a adolescência. Logo, a adolescência é quando ocorrem transformações hormonais e comportamentais (biopsicossociais). Diferente da puberdade que está relacionada na porção biológica e medida por hormônios (1;2). Os hábitos nutricionais se transformam rapidamente especialmente entre adolescentes, pois a mídia os constrói e os substitui ao estimular o consumo de produtos não saudáveis e que são expostos apenas como saborosos. Assim é comum que alimentos e bebidas, com alta taxa de processamento, com valores nutricionais questionáveis, porém de elevado valor

energético, com grandes quantidades de gordura, açúcar, colesterol e sal sejam largamente consumidos (3). É crescente o número de jovens que substituem habitualmente uma refeição e satisfazem seu apetite com lanches, correndo o risco de ocasionar sério equilíbrio dietético. Devido a estes fatores, é de fundamental importância acompanhar o que os adolescentes ingerem em sua dieta diária. O objetivo deste estudo foi verificar os hábitos alimentares em adolescentes da escola São Felipe para compreensão de uma dieta específica, identificando se há falha, para uma eventual intervenção neste modelo alimentar para a manutenção da homeostasia nutricional destes jovens. **DESENVOLVIMENTO:** O estudo foi feito no ano de 2013, com participantes do 6^o e 7^o ano do ensino fundamental, da Escola São Felipe, localizada no bairro da Matinha em Santarém, Pará. O modelo adotado de pesquisa segue o Método da Problematização, baseado na teoria do Arco de Magueres, que visa o ideal de práxis: aprender fazendo. O Arco passa por cinco etapas bem definidas, são elas: observação da realidade (problema), os acadêmicos efetuaram uma visita à escola, observando sua estrutura e comportamento dos participantes para elaborar a intervenção. Pontos-chaves foram recolhidos dados numéricos e descritivos sobre a infraestrutura e conhecimento dos alunos. Teorização, pesquisa bibliográfica sobre o tema. Hipóteses de solução, elaborada a forma de recolher as informações para a intervenção e métodos para informar os estudantes, por última aplicação à realidade (prática), quando os graduandos efetuaram o formulário com palestra (4). A escolha da faixa etária deveu-se exclusivamente ao assunto, série e horário disponível para a realização da ação. A população estudada foram alunos de 6^o e 7^o ano do período matutino, matriculados no ensino fundamental da Escola Estadual de Ensino

Fundamental e Médio São Felipe, localizada no bairro da Matinha, Santarém-Pará. Sendo a faixa etária de 12 a 15 anos, a coleta de dados foi realizada nos meses de setembro à outubro de 2013. Foi realizado inquérito alimentar com o público alvo, através da aplicação de um formulário, que consiste em material de autoria dos pesquisadores, adaptado de outro estudo (5). O formulário foi composto de perguntas acerca dos hábitos alimentares, bem como altura e peso para o cálculo de Índice de Massa Corporal - IMC. Realizou-se também uma intervenção que se caracterizou por uma palestra sobre alimentação. Foi desenhada uma pirâmide dividida em base, centro e o cume, onde não se descreveu a divisão entre carboidratos, água, proteínas, vitaminas, sais minerais e lipídios. Em seguida se perguntou quais os alimentos que deveriam estar na base, no centro e no cume da pirâmide, este modelo pedagógico em saúde coletiva, foi inspirado na ideia da pedagogia das representações sociais, na qual o público constrói o conhecimento e o educador só orienta com seu conhecimento científico se é válido ou não a afirmação do público. Sendo os materiais utilizados um quadro branco e pincel atômico, para a dinâmica. Na qual foi orientado o que é um nutriente, sua importância para o organismo, o que seu excesso e sua carência podem alterar no corpo, quais as suas fontes e a dieta adequada para faixa etária e oferecido um lanche baseado em frutas saudáveis para estimular a ingestão dos nutrientes comentados na palestra. **RESULTADOS:** Verificou-se que a maioria (67,9%; 19/28) pertencia ao sexo feminino, com idades predominantes de 13 anos 52,6% (10/19), 14 anos para masculino 44,4% (4/9). Todos os participantes afirmaram que fazem jejum regularmente, nestes estão incluso alimentos líquidos e sólidos respectivamente. Observou-se o consumo acentuado de café com leite, 78,5% (22/28)

e pão/biscoito com margarina 39,3% (11/28) fonte rica em lipídios, lactose, amido e cálcio fundamentais para estruturação óssea muscular e intelectual, devido ao gasto intenso de energia pelo cérebro (6). Durante o almoço e o jantar foram constatados que o consumo de proteína está em excesso em alimentos como o feijão e carne 82,1% (23/28), que pode causar a osteoporose (6), energéticos a base de carboidratos, como arroz 67,8% (19/28), energéticos extras como refrigerantes 67,9% (19/28). Para acompanhar cada refeição, os participantes declararam consumir refrigerante, com uma taxa expressiva da população masculina 77,2% (7/9) e feminino 63,2% (12/19). Nesta pesquisa verificou-se que a alimentação dos adolescentes está escassa em frutas 0% (0/28) e sucos 7,3% (2/28), ocasionando a falta de vitamina E, vitamina A, vitamina C e fósforo, que por consequência retarda o desenvolvimento. Isto reforça que os participantes abusam de fontes de carboidratos extras, como refrigerantes que contém alta taxa de açúcar e sódio, que no futuro pode vir a serem fontes diretas de problemas relacionados à obesidade, hipertensão arterial e diabetes (7). Em um estudo efetuado pela Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2008-2009(8), observou-se em seus dados que o excesso de peso na adolescência aumenta em todo o Brasil. Diferente do que se esperava para este público, seguindo os dados obtidos pelo POF, os participantes da pesquisa não apresentavam taxas de obesidade, foi observada à desnutrição por parte dos adolescentes 10,7% (3/28), porém a maioria está dentro dos padrões 80,3% (25/28), contudo uma possível explicação para tal resultado, seja a o consumo rico em fontes de proteínas leves, como peixes e aves. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Em virtude do que foi mencionado, é imprescindível que os adolescentes se conscientizem que a construção de bons hábitos alimentares é de suma importância para se ter uma

vida saudável. Dessa forma, é necessário que profissionais da área da saúde ajudem a enfatizar aos adolescentes, as vantagens que uma nutrição adequada pode trazer tanto para o presente, quanto para o futuro. Este estudo pode colaborar para uma possível intervenção na alimentação dos participantes e ajudar em futuras pesquisas com temas semelhantes.

SEJA DIFERENTE, SEJA VOCÊ! MUDA AÍ - UMA VISÃO INOVADORA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Rafael Cavadas Tavares, Igor Azeredo Cruz, Elen de Souza B. de Araujo, Cristina Boaretto, Daniel Ricardo Soranz Pinto, Betina Durovni, Ana Maria Monteiro de Castro, Paula Fiorito, Clarissa Mello, Bernardo Cury, Claudia Ferrari

Palavras-chave: promoção da saúde, saúde, educação, alimentação saudável, atividade física, cultura da paz, moderação,

APRESENTAÇÃO: Preocupada em estimular a prática de hábitos mais saudáveis na população carioca, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS Rio), por meio de sua Superintendência de Promoção da Saúde e de sua Assessoria de Comunicação, desenvolveu o projeto chamado “Muda Aí”. Estruturado em quatro eixos principais: a) “Divirta-se”, para trabalhar questões relativas à prática de atividade física; b) “Coma Melhor”, com informações relevantes para manter a alimentação saudável; c) “Seja Gentil”, que estimula a cultura da paz, promove a cidadania e a harmonia na convivência familiar e social; e d) “Modere” com orientações de redução de danos para aqueles que desejam consumir álcool, mas sem descuidar da saúde; o Muda Aí é um espaço híbrido que se materializa tanto no mundo virtual, com uma plataforma de promoção da saúde que reúne diferentes tecnologias de

comunicação, game e aplicativos interativos, como no mundo real, ao realizar campanhas (Menos Sal, Menos Gordura, por exemplo) mobilizações, encontros e eventos nos espaços públicos da cidade (praças, orla, unidades de saúde e escolas, por exemplo). No Muda Aí, a SMS Rio busca emancipar o cidadão e trazê-lo para a centralidade do seu plano de cuidado ao fornecer informação para a mudança de hábitos e subsídios (ofertados na rede de serviços de saúde) para que esta mudança ocorra. O projeto foi organizado em quatro etapas: i) realização de discussões internas e com parceiros de concepção do projeto e planejamento das ações; ii) desenvolvimento da plataforma com suporte da equipe de comunicação, de informática e de programação visual; iii) criação dos conteúdos, campanhas e estratégias; iv) circulação do produto final com campanha de divulgação para a apropriação dos usuários. Assim, em seu primeiro ano de lançado, o projeto “Muda Aí” tem se revelado com um potente instrumento de Promoção da Saúde ao adotar uma linha editorial descontraída e desvinculada de posicionamentos políticos e ideológicos como estratégia de convidar o morador da cidade do Rio de Janeiro (e do mundo, por que não?) a repensar o seu cotidiano, planejando melhor suas escolhas a fim de levar uma vida com mais saúde.

SEMANA NACIONAL DE CONTROLE E COMBATE À LEISHMANIOSE, CAMPO GRANDE/2015

Vitória Machado Neres-Gonçalves, Natália Trindade Azevedo Marques, Gabriela Tjchio César Pestana-Barros, Juliana Arena Galhardo

Palavras-chave: educação em saúde, evento, prevenção

APRESENTAÇÃO: A Semana Nacional de Controle e Combate a Leishmaniose foi

instituída pelo Governo Federal, pela Lei nº 12.604, de 3 de abril de 2012, como reflexo da inclusão das leishmanioses nas prioridades de pesquisa no Brasil. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a leishmaniose é uma das sete endemias mundiais e sua importância se dá pela elevada incidência e ampla distribuição, além das implicações econômicas, transformando-se em um sério problema sanitário e econômico-social pela depleção da força de trabalho. As estratégias de controle empregadas veem sendo cada vez mais discutidas, devido à crescente urbanização da doença nos últimos 20 anos. A transferência de conhecimento sobre a doença é muito importante para o desenvolvimento de campanhas de controle, por resultar numa mobilização da comunidade em ações sanitárias surtindo na diminuição do número de casos. Dessa forma, a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, através do projeto de Extensão “LeishNÃO - Educação sanitária como ferramenta de controle e prevenção da leishmaniose em Campo Grande-MS” e o Programa de Residência Profissional em Saúde em Medicina Veterinária na área de Zoonoses e Saúde Pública, juntamente com instituições públicas (Conselho Regional de Medicina Veterinária/MS; Coordenadoria de Controle de Endemias Vetoriais (CCEV) da Secretaria Municipal de Saúde) e privadas (Associação Nacional de Clínicos Veterinários de Mato Grosso do Sul; Universidade Católica Dom Bosco e VetSmart - aplicativo para dispositivo mobile) do município de Campo Grande/MS organizaram um ciclo de palestras técnicas cujo público-alvo foram médicos veterinários e outros profissionais da saúde, estudantes de medicina veterinária e outros cursos de graduação, proprietários e demais interessados no assunto. Uma ação de educação em saúde na Praça Ary Coelho (região central de Campo Grande, MS) foi realizada como fechamento do evento, a qual levou à

população informações sobre a doença com entrega de panfletos e cartilhas, exposição de cartazes e Leish-feira (feira de ciências da leishmaniose), apresentação de palestras, teatro e outras atividades recreativas de conscientização sobre prevenção e controle da leishmaniose visceral, além de ressaltar a importância da posse responsável de animais domésticos. Os principais objetivos do evento foram: estimular ações educativas e preventivas; promover debates; incentivar a realização de outros eventos para discussão e delineamento de políticas públicas de vigilância e controle da leishmaniose; apoiar atividades de prevenção e combate desenvolvidas pela sociedade civil e difundir os avanços técnico-científicos relacionados à prevenção e ao combate à leishmaniose.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O ciclo de palestras foi divulgado de forma massiva na internet pelos organizadores através da página do projeto LeishNã na rede social Facebook, pelos parceiros (CRMV-MS, ANCLIVEPA-MS, UCDB, VETSMART) através de suas respectivas páginas em redes sociais e em redes de contatos. Além da divulgação do blog “Todos Contra Leish” < todoscontralesh.blogspot.com> criado especialmente para o evento. As inscrições foram gratuitas e poderiam ser feitas previamente pelo blog do evento, por formulário específico disponibilizado no site do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Mato Grosso do Sul ou ainda, presencialmente no dia do evento. As palestras tiveram início no dia 10 de agosto de 2015, período noturno, no Auditório 2 do Complexo Multiuso da UFMS e seguiu até o dia 13 de agosto e, para receber os participantes, os patrocinadores se responsabilizaram pelo coffee break antes das atividades. Houve também, para abrir as atividades diárias, apresentações técnicas dos patrocinadores sobre vacinação canina e produtos repelentes para cães (coleiras e

soluções pour-on de diferentes princípios ativos) que servem para prevenir que os animais sejam picados pelo vetor que transmite a leishmaniose e assim adquiram a doença. Palestrantes de diferentes instituições abordaram sob diversas ênfases a leishmaniose visceral no âmbito do município de Campo Grande-MS, com os temas: “O Projeto LeishNã na prevenção da leishmaniose visceral” com a médica veterinária residente Gabriela Pestana Barros; “Aspectos legais e judiciais da leishmaniose visceral canina em Campo Grande” com o advogado e professor especialista Sergue Barros; “Leishmaniose Visceral Humana” com o médico Prof. Dr. Maurício Pompílio; “A Leishmaniose e o Serviço Público de Saúde” com a médica veterinária do Centro de Controle de Zoonoses Ana Paula Nogueira; “Programa de Controle da Leishmaniose” com a médica veterinária Prof^a. Ma. Juliana Galhardo e “Possíveis abordagens no tratamento da Leishmaniose Visceral em cães” com o médico veterinário presidente da Anclivepa-MS Antônio Carlos de Abreu. Contou também com uma grande novidade: em parceria com a Faculdade de Computação-FACOM/UFMS, o TVU (canal universitário) e o VetSmart, o evento teve Transmissão ao Vivo pela internet, permitindo que um grande número de pessoas pudesse acompanhar as palestras em tempo real, no conforto de suas casas. Esse recurso possibilitou um alcance fenomenal, potencializando a participação de pessoas inclusive de fora do estado e do país, uma vez que foi possível a interação do público online através do envio de perguntas via chat e/ou rede social e de respostas pela organização do evento em tempo hábil. As gravações diárias também ficaram disponíveis no YouTube após o evento, sendo encontrada com os nomes “Dia 1 – Semana Nacional de Combate à Leishmaniose 2015 – Transmissão VetSmart”

A equipe de trabalho foi composta por acadêmicos de medicina veterinária e enfermagem da UFMS (membros do Projeto LeishNã) e acadêmicos de medicina veterinária da Universidade Católica Dom Bosco, sob supervisão das médicas veterinárias residentes de Zoonoses e Saúde Pública da UFMS, com orientação da Prof^a. Ma. Juliana Arena Galhardo, docente da mesma Instituição de Ensino.

RESULTADOS OU IMPACTOS: Foram recebidas mais de 200 inscrições para o ciclo de palestras, embora que presenças confirmadas chegaram apenas 100 participantes. No entanto, o público online, manteve-se alto, atingindo uma média de 250 acessos por dia durante a transmissão. Como já citado, as gravações ficaram disponíveis no YouTube depois do evento e algumas destas já obtiveram mais de 3 mil visualizações. A página do Projeto LeishNã na rede social Facebook, que já apresentava 806 curtidas, recebeu mais de 400 curtidas apenas durante a semana do evento, o que foi um bom indicativo da adesão popular à iniciativa do projeto e o contentamento da sociedade e autoridades frente à Semana da Leishmaniose de 2015. Todos os ouvintes que compareceram a pelo menos uma das palestras técnicas ou os espectadores online que solicitaram receberam seus certificados, sendo totalizadas 139 pessoas com certificado de participação. Os palestrantes (ao todo 6), a equipe de trabalho e a organização (49 pessoas) também receberam certificados. Por último, a ação na Praça Ary Coelho, proporcionou a um público, em torno de 500 pessoas, de todas as faixas etárias, o recebimento de informações relativas aos produtos de uso animal para prevenção à leishmaniose, folders e cartilhas informativas, acesso a teatro educativo, brincadeiras com os jogos interativos, pintura facial, visualização do vetor transmissor da leishmaniose “mosquito palha” na “Leish-Feira”, além do

tira-dúvidas convencional com os membros da equipe realizadora do evento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A Semana de Controle e Combate à Leishmaniose teve uma excelente aceitação do público, tanto técnico quanto leigo. Isso significa que eventos deste tipo são fundamentais para atualização de conhecimento de profissionais da área da saúde, bem como para difusão da informação para a sociedade em geral. Além das políticas públicas, a “Educação em Saúde” é uma eficiente ferramenta para controlar não apenas a leishmaniose visceral, mas várias doenças que assolam a população brasileira.

SEMINÁRIO INTERDISCIPLINAR: EXPERIÊNCIA EDUCACIONAL NA FORMAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS

Laís Alves de Souza, Eliane Piranda, Suzi Miziara Barbosa, Adriane Pires Batiston

Palavras-chave: formação profissional, saúde, metodologias ativas

APRESENTAÇÃO: A Fisioterapia é uma profissão bastante recente no Brasil, apenas a partir de 1969, fisioterapeutas passaram a ter formação em nível superior e de lá para cá importantes mudanças aconteceram na formação que a qualificaram. Desde a implementação do primeiro currículo mínimo até a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais, os cursos de graduação em Fisioterapia foram desafiados a propor organizações pedagógicas que favoreçam a formação de um egresso dotado de competências para atuar de forma crítica e reflexiva no mundo do trabalho, respondendo de forma resolutiva às necessidades de saúde da sociedade. O curso de Fisioterapia da UFMS, implantado em 2008, desde seu início se propõe a uma formação centrada no aluno, pautada em metodologias ativas

e na aprendizagem significativa. Sabe-se que a interdisciplinaridade vai muito além da organização de currículos. São necessários dispositivos pedagógicos, tanto no desenvolvimento de disciplinas, módulos e outros, quanto na avaliação do estudante e do processo como um todo. Diante disto, este trabalho descreve uma experiência de integração entre as disciplinas do 3º semestre do curso de Fisioterapia da UFMS, considerando que a distribuição das disciplinas no curso foi feita com a intencionalidade de produzir relações entre os conteúdos, mas que esse fato por si pode não ser suficiente para promover os resultados desejados. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A experiência foi desenvolvida em 5 etapas. Na etapa 1, os 24 alunos individualmente responderam ao questionário MBTI® (Myers Briggs Type Indicator®), baseado nos estudos de Jung. O referido teste é utilizado na identificação das preferências individuais, caracterizando o indivíduo em 16 tipos de personalidade. Neste trabalho, sua aplicação proporcionou a formação de heterogêneos (indivíduos sensitivos, intuitivos, introvertidos e/ou extrovertidos), provocando o desenvolvimento de habilidades essenciais para o trabalho em equipe através da diversidade. A etapa 2 consistiu em um encontro no qual os professores das disciplinas oferecidas no 3º semestre (Patologia Geral, Fisiologia Humana I, Cinesiologia I, Cinesioterapia I, Saúde e Cidadania III e Laboratório de Habilidade Profissionais I e a disciplina de Metodologia da Pesquisa Bibliográfica e Produção de Textos) definiram a temática central dos seminários, de forma que o fossem contemplados o conhecimento prévio dos alunos, o programa das disciplinas citadas, e a possibilidade de construção de novos conhecimentos que serão desenvolvidos em disciplinas futuras, favorecendo o desenvolvimento

de conceitos subsumores. A etapa 3 foi orientada pela docente da disciplina Metodologia da Pesquisa Bibliográfica e Produção de Textos e consistiu na busca por artigos científicos publicados em periódicos indexados e que possibilitassem a construção interdisciplinar. Ainda nesta etapa os alunos escolheram conjuntamente com os professores envolvidos na proposta o artigo científico a ser apresentado e que, portanto, constituiria a referência básica para a apresentação. A etapa 4 consistiu na construção do seminário propriamente dito, a partir de novas buscas bibliográficas, a fim de construir o embasamento teórico para a apresentação do artigo selecionado. A etapa 5 consistiu na apresentação do seminário com a participação de todos os alunos e professores, momento em que foi oportunizado o debate e reflexão com a contribuição dos participantes. Ao final da atividade, um instrumento de avaliação foi aplicado entre os estudantes com o objetivo de conhecer a percepção dos mesmos sobre a experiência de integração dos conteúdos, anteriormente alocados exclusivamente nas disciplinas. **RESULTADOS E/OU IMPACTO:** através da análise dos instrumentos de avaliação dos alunos sobre a experiência, pudemos conhecer os resultados da proposta além da visão dos docentes, para os quais a atividade foi positiva e deve, portanto, ser repetida. Os docentes corroboraram com os resultados positivos e as dificuldades relatadas pelos alunos. Os alunos identificaram que a dificuldade inicial de desenvolver as ações solicitadas pelos docentes gerou atitude de resistência à metodologia, reclamações e insegurança quanto ao desenvolvimento e produto do estudo. Mas após a finalização da proposta reconheceram que, embora trabalhosa, a experiência resultou em muitos ganhos para a formação profissional. A descoberta da característica infinita do conhecimento, que ocorreu ao realizarem a busca de

explicações para dúvidas encontradas nos artigos, gerou encantamento em alguns e preocupação em outros, que referiram não saber quando parar de explorar o assunto. O reconhecimento da pertinência entre os conteúdos de disciplinas de um mesmo semestre apareceu na maioria dos instrumentos de avaliação. Outros pontos positivos descritos foram o interesse e a vivência da busca pelo conhecimento de condições patológicas sobre as quais pouco conheciam, valorização da metodologia, desenvolvimento de confiança na capacidade individual e do grupo de buscar referenciais teóricos, de produzir e aprofundar o conhecimento, reconhecimento da transversalidade do conhecimento entre as disciplinas, aprender a estudar e a trabalhar em grupo, maior interação entre os alunos e entre alunos e docentes, aumento da capacidade de organização. As dificuldades referidas foram: grande carga de trabalho, desconhecimento do assunto principal dos artigos, dificuldade em estabelecer o limite da busca e do detalhamento do estudo, evitando buscas intermináveis; encontrar o artigo que se adequasse à todas as disciplinas envolvidas; encontrar informações confiáveis; lidar com várias questões do trabalho em grupo, como as discussões motivadas por divergências entre os integrantes do grupo e a incapacidade de contentar a todos nas escolhas, como a seleção de material e recortes para a apresentação, resistência em aceitar opiniões diversas; a falta de tempo, a 'preguiça' de produzir. Alguns alunos reconheceram que alguns obstáculos estiveram relacionadas à dificuldade dos grupos de compreender e aceitar a proposta inovadora. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** a atividade proporcionou o desenvolvimento de competências além do desenvolvimento do conhecimento teórico, como autonomia, confiança, capacidade de análise crítica e negociação. Além disso,

quase todos os alunos referiram reconhecer o entrelaçamento de conteúdos entre as disciplinas e a importância dessa escolha para a própria formação. O maior desafio a ser enfrentado é a cultura arraigada da metodologia tradicional na formação, ainda muito presente entre alunos, professores e gestores de instituições formadoras. O planejamento e acompanhamento nessa metodologia de aprendizagem exigem maior tempo disponível e atenção do docente, tanto no processo de busca e sistematização do conhecimento quanto no apoio ao desenvolvimento do grupo. É necessário auxiliá-los a resolver impasses e conflitos, desenvolvendo as competências relacionais.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE COM ERISPELA

Fabio Pereira Soares, Jaciely Garcia Caldas, Fernanda da Silva Lima, Eliã Pinheiro Botelho, Beatriz Costa de Freitas

Palavras-chave: erisipela, assistência de enfermagem, cuidados

Erisipela era uma doença comum e antes da descoberta das penicilinas ela tinha uma evolução espontânea para a cura em 1 a 3 semanas. Porém com o advento da antibioticoterapia, registrou-se quase o desaparecimento de casos fatais. É uma infecção aguda da derme e hipoderme causada por *Streptococcus β-hemolítico* do grupo A (*Streptococcus pyogenes*), entretanto pode ser também causada pela *Staphylococcus aureus* (10-17%). Sendo que bacilos gram negativos, de forma isolada ou associada a outros agentes (cocos gram positivos) podem ser responsáveis pela infecção (CAETANO, AMORIN, 2004). A erisipela é uma celulite superficial com intenso comprometimento do plexo

linfático subjacente e se caracteriza por placas eritematosas acompanhadas de dor e edema. Apresenta ainda, bordos elevados e endurecimento que confere à pele aspecto de casca de laranja. Essas lesões expandem-se periféricamente, tornam-se quentes e com limite demarcado. (BERNARDES et al., 2002). Os locais mais acometidos são os membros inferiores, seguidos da face e membros superiores; e geralmente há uma porta de entrada bem definida, como úlceras, traumas, micoses superficiais, picadas de inseto e feridas maltratadas (BERNARDES et al., 2002). O maior interesse pela estética e higiene facial adequada seria responsável pelo declínio da localização facial (RONNEN et al., DOMPMARTIN, 2012). Alguns pacientes desenvolvem complicações locais, como abscesso e gangrena além de bacteriemia/septicemia, toxidermia, descompensação de doença crônica e complicações tardias como reincidiva e linfedema crônico. Muitos fatores de risco já foram associados ao surgimento de erisipela, como obesidade, linfedema crônico e a existência de solução de continuidade na pele. Objetivo: Entender melhor os aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais dos pacientes que apresentam erisipela em nosso meio e demonstrar a eficácia da SAE e a relevância dos cuidados de enfermagem frente ao portador de erisipela, de acordo com a Taxonomia da NANDA. Descrição da Experiência: Trata-se de uma pesquisa de cunho descritivo-exploratório do tipo relato de caso que foi desenvolvida no Setor de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário João de Barros Barreto, realizado no período de 04 a 13 de Novembro de 2014, a um paciente com erisipela, infecção aguda da derme e hipoderme causada por *Streptococcus* β -hemolítico do grupo A (*Streptococcus pyogenes*). A coleta e análise de dados foram realizadas através do exame físico na paciente, além da busca ativa no prontuário, onde foram coletadas informações como

exames laboratoriais, história clínica pregressa e atual, prescrições médicas, dentre outras, e das evoluções descrevendo o quadro clínico diário da paciente. Buscou-se maior familiaridade com o problema através de levantamento bibliográfico, os quais por meio de fatos que foram observados, analisados e interpretados a respeito da doença, objetivando traçar um plano de cuidado utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem centralizando no diagnóstico, resultados esperados e intervenções de enfermagem. Foi orientado quanto à importância do estudo, realização e confidencialidade das informações, conforme o preconizado pela Resolução No. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que se refere aos aspectos éticos para pesquisas que envolvem seres humanos. Identificaram-se os seguintes problemas: dor à noite dificultando o sono, dor intensa, náuseas após o uso de medicação e lesões. Para os problemas encontramos os seguintes diagnósticos de enfermagem: Padrão de sono prejudicado, dor aguda, náusea e integridade. Após, baseado nos diagnósticos identificados, traçamos o seguinte plano de cuidados ao paciente visando atingir os respectivos resultados: Avaliar os fatores contribuintes, avaliar o sono e o grau de disfunção, ajudar o paciente a estabelecer melhor padrão de sono avaliar a dor, a resposta do paciente em relação à dor e utilizar métodos que aliviam a dor. Investigar, diminuir causas e usar métodos que aliviem as náuseas. Avaliar a extensão da lesão, determinar o impacto da condição e ajudar a corrigir o dano. Verificar os sinais vitais, limpeza da lesão e orientação quanto a sua higiene. Resultados e/ou impactos: Os resultados das intervenções esperados do indivíduo acometido pela Erisipela foram: Aumento do sono e conforto, padrão de sono melhorado, promoção do bem-estar, aumento da ingestão de alimentos e aumento da autoestima. Com a implementação das intervenções realizadas, notou-se uma

melhora no quadro geral do paciente, que mostrou receptivo aos cuidados da equipe e acreditando no tratamento, não somente ele com também a família. O sono e repouso toda noite são afetados devido à dor que sente no local da lesão, porém o paciente recebeu as medicações, aliviando a dor e o deixando dormir. Caso o paciente sentisse náusea era administrado um antiemético para a diminuição do sintoma. A lesão após os cuidados de enfermagem apresentou-se cicatrizante, com o aparecimento de novo tecido ao redor da mesma. Considerações Finais: A erisipela é uma infecção grave que requer cuidados essenciais da enfermagem, tornando assim, fundamental o papel do enfermeiro em seu tratamento e evolução desde o cuidado hospitalar até a educação em saúde para que o autocuidado do paciente também some com a intervenção do profissional para que haja uma melhora o mais rápido possível. Na assistência ao portador de feridas, o cuidado de enfermagem deve ser prestado de forma integral, visando às suas necessidades, oferecendo junto ao cliente meios para proporcionar melhor qualidade de vida, aprimorando a assistência a partir da educação continuada do paciente, família e cuidadores. A visão do enfermeiro deve ir além da lesão, devendo avaliar o paciente como um todo, de forma individualizada, lembrando que este não é apenas um portador de alguma enfermidade, mas como um indivíduo com sentimentos e que deve participar de sua assistência. A enfermagem deve exercitar a relação interpessoal, a relação do agir voltado para o outro, e o enfermeiro é o sujeito desta ação para o outro, ele planeja e realiza a assistência – o cuidar. Tanto a vivência junto ao paciente em questão quanto literaturas pesquisadas, demonstraram a importância da comunicação e do estabelecimento do relacionamento interpessoal enfermeiro – paciente para a recuperação dos portadores de lesão na pele. Além disso, durante este

relacionamento junto ao cliente e familiares deve-se ter como objetivo central o cuidado, respeito, compreensão e aumento da autoconfiança e autoconhecimento. A avaliação minuciosa, os diagnósticos médicos e de enfermagem preciso, somados à conduta adequada e a relação de confiança colaboram com a recuperação do paciente.

SOLIDÃO EM IDOSOS E O (RE) ESTABELECIMENTO DE REDE SOCIAL: A VIVÊNCIA JUNTO À COMUNIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO NOVO COLORADO, CUIABÁ/MT

Thaissa Blanco Bezerra, Audrey Moura Mota Geronimo, Glaucia Sidneia Medina Beljak, Ana Claudia Propodoski de Souza, Lucas Luis Moreira Franca, Magali Olivi

Palavras-chave: Solidão em idosos, Redes sociais, Estratégia de Saúde da Família

Enquanto ser caracteristicamente social, o homem necessita de redes sociais significativas em todas as fases da sua vida, tanto para a sua sobrevivência, como protetoras da saúde, facilitadoras da autonomia e de uma autoavaliação positiva e satisfação com a vida. Com o envelhecimento tais redes apresentam uma importância ainda mais significativa, já que o indivíduo passa para uma das fases de maior vulnerabilidade, sendo inquestionável que é na família que os idosos deveriam encontrar a satisfação das suas necessidades. Quando se fala em envelhecimento, refere-se a um processo ou conjunto de processos que ocorrem em organismos vivos e com o passar do tempo levam a uma perda da adaptabilidade ou a deficiência funcional. Assim, um grande desafio para todos os envolvidos com os idosos é a necessidade de desenvolver um olhar mais humanizado de modo que estes sejam valorizados em sua integralidade e individualidade, sem esquecer que além de

seres humanos, podem sim ser produtivos e contribuir tanto na melhoria, quanto na manutenção de sua própria saúde. Nesse cenário de valorização do idoso, aparece como entrave que proporcione satisfação e alcance de um envelhecimento bem sucedido a necessidade de reconhecer que tanto o bem estar físico, quanto o emocional precisam estar em sincronia. No que se refere ao emocional, a solidão decorrente do isolamento social crescente ao qual o idoso se vê submetido acaba por comprometer a plenitude de seu processo de envelhecimento. Eis um relato de experiência resultante da ação de intervenção desenvolvida através da observação da realidade na unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Novo Colorado, na cidade de Cuiabá, por acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), integrando a metodologia ativa como forma de ensino-aprendizagem na disciplina Fundamentos de Educação em Saúde, compondo o rol de disciplinas do 5º semestre do curso. Formou-se um grupo de trabalho para construção e execução do projeto de intervenção com docentes e discentes. Ficou claro o princípio pedagógico da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão e o cenário das ações foi composto pela unidade de ESF. Após observação da realidade e identificação de uma situação problema, determinou-se o isolamento social do idoso como foco da ação. As redes sociais dos idosos sofrem significativo impacto ao longo dos anos. Com a aposentadoria e as mudanças decorrentes de falecimentos e mudanças inerentes à idade, fica explícita a necessidade de buscar meios de fortalecer as redes sociais que se mantiveram com o passar do tempo e ampliá-las a partir da formação de novas redes sociais. A metodologia utilizada foi baseada no Método do Arco de Charles Maguerez, que consiste em uma das

estratégias de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento da problematização. Alicerçada na participação ativa dos sujeitos, a Metodologia da Problematização considera o contexto de vida, a história e as experiências dos sujeitos envolvidos, considerando o ritmo de aprendizado individual de cada um. Como estratégia para intervenção, foram propostas ações de Educação em Saúde e criação de um grupo de convivência de idosas para trocar experiências, aprender sobre artesanato, culinária, de forma a ampliar essa interação e socialização entre elas. O foco central das atividades foi oferecer uma alternativa que promova a (re) integração do idoso no grupo social ao qual faz parte, bem como oportunizar um espaço para orientações de educação em saúde e que favorecesse a melhoria de sua qualidade de vida. Com o envelhecimento da população, tornou-se urgente uma mudança na compreensão das necessidades particulares exigidas por esse grupo de indivíduos. Voltar o olhar para a melhoria da qualidade de vida, sem deixar de valorizar e reconhecer o processo de marginalização e exclusão social ao qual estão submetidos passa a ser prioridade quando se fala em saúde. A pessoa idosa, quando incapaz de produzir tanto quanto antes, passa a representar uma carga, cujo transporte não é de interesse de muitos. Ademais, a população mundial de idosos está crescendo continuamente e a solidão interfere na qualidade de vida dessas pessoas, que se privam do convívio. A doença no idoso tem significados especiais, trazendo consigo o medo da dependência física, a desesperança em obter melhoras, a impotência diante da situação e a percepção do inexorável destino que se aproxima: a morte. Assim, ressalta-se a importância exercida pela rede social, que promove base emotiva e desenvolve relacionamento interpessoal. Fatores culturais e contatos sociais podem interferir em hábitos de

saúde através da rede de apoio social, considerando que as interações sociais influenciam no comportamento e cotidiano dos indivíduos. Portanto, práticas de socialização e criação de vínculos devem ser estimulados, acarretando a formação de redes de apoio social mediante ações simples, tais como projetos de culinária, dança e artesanato, contribuindo para a manutenção de hábitos de saúde, bem como a prevenção da depressão. Para alcançar os objetivos propostos nessa ação de intervenção, foi realizada a criação do grupo de idosas, estando presentes 35 mulheres da comunidade, explicitando os objetivos da ação e evidenciando que o grupo deveria ser não apenas uma conquista da comunidade, mas acima de tudo um espaço coletivo de suporte mútuo. A atividade foi iniciada com uma técnica de quebra-gelo, visando promover a integração das presentes, sendo repassadas informações sobre os objetivos da criação do grupo e de educação em saúde sobre hábitos alimentares saudáveis. Realizou-se oficina de sucos naturais e orientações de artesanato para organizar as atividades futuras, encerrando o dia com uma avaliação das ações desenvolvidas. São muitas as possibilidades a serem exploradas no que se refere à proposta central que nos conduziu à criação do grupo, que era estabelecer um espaço de renovação e estabelecimento de vínculos, fortalecendo as redes sociais das envolvidas, além da possibilidade de geração de renda e tantas outras que venham a surgir. Percebe-se que a experiência foi imensamente valiosa, possibilitando o viés entre o conhecimento teórico acumulado na academia e a realidade prática advinda do desenvolvimento do trabalho, somado à bagagem individual de cada um dos participantes da equipe. Desenvolver a capacidade técnica para identificar as diferentes demandas advindas da população assistida, permite uma assistência que preze por atender

essas necessidades e dar retorno aos indivíduos atendidos partindo de um atendimento humanizado e comprometido com o vínculo estabelecido. Vale ressaltar que todas as nossas expectativas foram superadas, fato que impulsiona e valoriza o uso de metodologias ativas nos diversos campos práticos, garantindo uma formação crítica e comprometida com o futuro exercício profissional. O mais importante é que as ações realizadas não alcançaram apenas idosos, conseguindo envolver também adultos e jovens da comunidade, ressaltando a necessidade de se oferecer opções de ocupação para os moradores indistintamente, fato que merece um olhar mais cuidadoso em futuras ações. Por fim, fortaleceu o entendimento acerca da importância da educação em saúde para a Enfermagem, contribuindo positiva e decisivamente na busca da autonomia dos cidadãos da comunidade assistida pela unidade de saúde, fato que fortalece sobremaneira o controle social, revelando o imprescindível papel das unidades de ESF nas incontáveis comunidades no território nacional.

TALK SHOW: UMA ABORDAGEM SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE ATRAVÉS DE MÉTODOS DE ENSINO INOVADORES

Christopher Wallace Souza do Nascimento, Andréa Ribeiro da Costa, Joanna Angélica Azevedo de Oliveira, Isis Tarcila Vital de Souza, Bárbara Ravenna Florêncio, Brenda Ramos Santos, Monick Franco Ribeiro, Thaís Regina Alencar Fonseca

APRESENTAÇÃO: Uma característica crescente nos diversos protagonistas do âmbito educacional é a expectativa de mudança. Nunca se exigiu tanto da escola e dos professores quanto nos últimos anos, e nas instituições de ensino superior

esta exigência também é acentuada, uma vez que o uso exclusivo de métodos de ensino tradicionais não tem demonstrado tanta eficácia para a educação. Isso tem evidenciado cada vez mais a necessidade de maneiras inovadoras de ensinar para suprir as expectativas e as novas necessidades do educando, principal protagonista do processo de ensino-aprendizagem e maior beneficiado de tais mudanças. Neste contexto, incumbidos de atuar na melhoria da qualidade do ensino, os educadores começaram a utilizar metodologias participativas durante o processo de ensino-aprendizagem, apresentando papel de facilitadores junto ao estudante, favorecendo a autonomia do mesmo para que seja protagonista de seu aprendizado, pesquisando, refletindo e decidindo o que fazer para atingir os seus objetivos. Essa ferramenta de ensino também pode ser utilizada para a abordagem do SUS, complementando e reforçando o que os acadêmicos aprenderam, sendo uma grande aliada para o educador por tornar a aula mais dinâmica, atraente e produtiva, através do incentivo à participação e interação entre os alunos e com os docentes. O presente trabalho visa relatar a experiência de graduandos em enfermagem, do terceiro período, da Universidade Federal do Pará, ao vivenciarem uma estratégia educativa não tradicional, utilizada pela docente da atividade, para abordar o Sistema Único de Saúde (SUS), o processo de implantação e implementação, seus princípios, suas diretrizes e seus programas de saúde.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Os acadêmicos experienciaram a estratégia de ensino-aprendizagem na atividade curricular Atenção Integral à Saúde do Adulto e do Idoso. Para tanto, a docente, juntamente com a equipe de monitores, desenvolveu a simulação de um programa de televisão em forma de jogo chamado "Talk Show," onde dentro dele havia um quadro chamado "Será

Que Eu Sei?". A simulação ocorreu dentro de uma sala de aula e consistiu em um quadro de perguntas e respostas, divididas em três rodadas, referentes ao SUS. Previamente ao dia da atividade, o material de estudo que deveria ser utilizado para a atividade foi repassado e a turma dividida em três grupos de quantidade de alunos proporcionais, de acordo com a afinidade entre os alunos. Também foi selecionado um apresentador, para atuar durante o programa conduzindo a atividade. Cada grupo deveria se organizar para competir com os demais e, para isso, foi dada total liberdade e autonomia para a criatividade, onde eles puderam escolher os nomes de suas equipes e demais caracterizações como as roupas que vestiriam e seus gritos de guerra. Cada equipe elegeu um representante e este deveria responder as questões do quadro, elaboradas pela professora, escolhendo a alternativa que julgasse ser a correta, baseado no seu conhecimento prévio acerca do assunto. Os demais da equipe também podiam participar, o ajudando com contribuições acerca da alternativa que julgavam ser a correta. No decorrer do programa, as torcidas organizadas entravam em cena, auxiliando seu representante e/ou atrapalhando os membros das demais equipes. A competição foi conduzida pelo apresentador, e a docente mais a equipe de monitores figuravam no programa como convidados, comentando as respostas dos alunos. Os grupos formados também deveriam elaborar comerciais de TV no intuito de representar algum programa de saúde do SUS. Para isso, os alunos poderiam utilizar músicas, peças teatrais, paródias, entre outras estratégias que estimulassem a reflexão dos demais acerca da temática abordada e da mensagem que o comercial trazia. As apresentações dos comerciais trouxeram questões como a necessidade do calendário vacinal atualizado, a necessidade do atendimento de qualidade prestado para

a pessoa idosa e a importância da realização do exame Preventivo de Câncer do Colo Uterino (PCCU). Os comerciais aconteciam nos intervalos entre uma rodada e outra. Três intervalos foram realizados, sendo respeitados dois minutos para cada grupo apresentar seu comercial. No decorrer do jogo, a cada rodada as perguntas eram propositalmente mais elaboradas a fim de excluir algum grupo até que restasse apenas uma equipe, sendo esta considerada a vencedora da competição. Ao final do programa foram entregues premiações para o grupo vencedor, como também para a melhor torcida organizada e para o melhor comercial apresentado, no intuito de recompensar todas as equipes pela participação na atividade.

RESULTADOS E/OU IMPACTOS: A estratégia de ensino possibilitou para a docente discorrer o ensino do SUS através de uma maneira diferente. Mostrou a importância de metodologias participativas como ferramentas capazes de mudar a realidade do processo ensino-aprendizagem, pois, além de contribuir para a melhoria do ensino, facilitou a compreensão dos alunos com um conteúdo extenso e possibilitou a troca de conhecimento entre os mesmos. O método utilizado estimulou os discentes a serem os protagonistas principais da construção de seus conhecimentos, despertando o interesse em participar de todas as etapas do processo, onde puderam vislumbrar meios mais prazerosos de aprender, com exercício da curiosidade, da intuição e da emoção, da capacidade crítica de observar e perseguir seus objetivos, além de motivar a afetividade entre alunos e estimular o espírito de equipe, importante na futura vida profissional. O jogo também despertou em outros docentes da faculdade o interesse em utilizar do mesmo método para desenvolver dinâmicas para seus alunos dentro das atividades curriculares que lecionavam, impactando positivamente

do aprendizado dos alunos de forma geral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Há diversos métodos para se ensinar e aprender, porém, esse processo não pode estar limitado apenas a uma sala de aula, através de um método tradicional. O aprendizado requer múltiplas possibilidades, diversas ferramentas para ser realizado. As estratégias para o ensino com métodos inovadores, e que se mostram eficazes, têm se feito cada vez mais presentes no âmbito educacional. Elas são importantes para formar profissionais de qualidade, tanto para atuar na docência como para os demais serviços de saúde, pois estimulam a reflexão e a crítica desde a academia, onde o aluno deixa de ser apenas receptor de informações e passa a interagir com elas, transformando-as, gerando um conhecimento peculiar e, com isso, um aprendizado mais eficiente, correspondendo às expectativas e necessidades de todos os protagonistas do âmbito educacional.

TECNOLOGIAS EDUCATIVAS EM SAÚDE: ESTRATÉGIA DE ENSINO NA FORMAÇÃO DA ENFERMAGEM

Ingrid Raiane Renê Cordeiro, Geyse Aline Rodrigues Dias, Ana Caroline Batista da Silva, Évany Maria Umbelina Amorim Smith, Francisca Wrisselia Augusto Noronha, Marcio Mario Bragança, Sandra Helena Isse Polaro, Brenna Marcela Evangelista Baltazar

Palavras-chave: Educação em saúde, Tecnologia, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: No campo da educação em saúde houve uma incorporação da tecnologia educacional baseada na concepção tecnicista nas décadas de 1970 e 1980, período marcado pelo interesse por novas tecnologias de ensino, principalmente pelos audiovisuais. Buscava-se adequar a linguagem à população-alvo, para assim compartilhar saberes,

propagar informações e produzir novos modelos comportamentais. Neste contexto, se intensifica um movimento crítico da educação em saúde, que enfatizava a educação não como um instrumento de transmissão e adequação, mas como uma prática social, participativa e reflexiva. Em sala de aula com a presença da educação tradicional ainda é amplamente utilizada na formação dos profissionais da saúde do qual o educando é considerado receptor passivo de informações preestabelecidas pelo sistema ou instituição educacional, a aprendizagem baseia-se na capacidade de reprodução fiel das informações ensinadas, a relação professor-aluno é marcada por forte hierarquização e autoritarismo, o professor toma todas as decisões relativas ao processo de ensino aprendizagem, e exerce a função de conduzir seus alunos. Contudo, observa-se que esse tipo de concepção já não é a mais adequada pelo contexto sociocultural contemporâneo. Hoje, a alfabetização tecnológica é condição básica para a sobrevivência de qualquer docente ou discente, sem desprezar a importância das aulas expositivas e da escrita como uma das formas mais primitivas de ensino-aprendizagem, não há como negar a necessidade de se pensar em um tipo de alfabetização audiovisual, uma vez que, na atualidade, há uma grande variedade de tecnologias às quais os discentes estão expostos, sendo por elas influenciadas e fazendo parte da sua formação. Para inserir-se no contexto e com a responsabilidade de formar cidadãos capazes de conviver harmoniosamente com os avanços tecnológicos, o educador precisa pensar em estratégias que atendam as atuais necessidades do processo ensinar e aprender. Nessa perspectiva, faz-se relevante a discussão e reflexão sobre o uso de tecnologias educativas em saúde na formação de enfermagem. O trabalho objetivou relatar a experiência de

atividade de ensino relativa à construção de tecnologias educativas para os processos educativos de saúde e enfermagem. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência vivenciado por acadêmicos de Enfermagem, durante aulas da atividade curricular Processos Educativos em Enfermagem I do 3^o semestre da graduação da Universidade Federal do Pará (UFPA), esta atividade ocorre em encontros semanais com carga horária de 25h teóricas e 60h práticas. A atividade de ensino estimulou a turma de acadêmicos de enfermagem a criar tecnologias educativas em saúde, a partir da realização de uma dinâmica para discussão do tema. Primeiramente a turma recebeu duas faixas de papel, em seguida foram estimulados a pensar em uma palavra que definisse o significado de tecnologia utilizando uma das faixas de papel e fixando a mesma no quadro, cada palavra foi comentada pelo grupo, que em seguida também foi estimulado a escrever uma frase, que representasse o significado do termo “tecnologia educativa”, estas também foram expostas no quadro e comentadas por cada aluno. A fim de complementar e instigá-los a reflexão sobre o tema, a turma foi dividida em cinco subgrupos para discussão de um texto relativo ao tema, após 30 minutos de leitura e discussão em pequenos grupos, realizou-se a socialização em grande grupo para consolidação do conteúdo discutido. Após essa primeira fase da atividade de ensino foram divididos subtemas relacionados ao “Planejamento familiar”, a saber: construindo o aparelho reprodutor feminino e masculino e descobrindo sua fisiologia; falando de contracepção com adolescentes; falando de contracepção com casais no puerpério; direitos sexuais e reprodutivos para casais homoafetivos; e direitos sexuais e reprodutivos para casais na terceira idade. Os discentes tiveram 3 semanas para elaborar e aplicar as suas

tecnologias e em seguida apresentá-las em grande grupo, ressaltando o objetivo da tecnologia e importância da mesma para promoção e prevenção à saúde. O grupo 1 criou um caça palavras, do qual o texto descrevia o sistema reprodutor feminino e masculino e eram demarcadas palavras para que eles pudessem procurar no jogo. O grupo 2 utilizou um aplicativo de mensagem instantânea, que contava com mais de 40 participantes adolescentes da faixa etária de 15 a 20 anos, foram marcados horários acessíveis ao maior número de participantes online, para um bate-papo sobre contraceptivos, publicou-se textos, fotos e vídeos e foram esclarecidas dúvidas dos adolescentes. O grupo 3 elaborou um maquinário que demonstrava de forma lúdica como funcionava a comunicação entre glândula, ovários, útero e mamas, que é responsável pelo mecanismo que explica o porque que a mulher que amamenta não engravida facilmente. O grupo 4 elaborou uma revista abordando os direitos, a legislação vigente, o que casais homossexuais conseguiram obter frente a legislação e como denunciar a discriminação de homoafetivos. O grupo 5 criou um programa de rádio voltado para idosos, com o objetivo de estimular os ouvintes a participarem por meio de ligações telefônicas com perguntas e comentários junto a enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde que abordavam questões sexuais e reprodutivas e seus mitos na velhice. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** A estratégia utilizada à construção do conhecimento frente a construção e utilização de tecnologias educativas suscitou importantes reflexões sobre os processos educativos em saúde e enfermagem, tornando sua abordagem indispensável ao processo de formação. O estudo apresenta um potencial acadêmico no que se refere a novas estratégias de ensino, podendo funcionar como ferramenta didática em

cursos de graduação em enfermagem e demais cursos da área da saúde, a fim de também incentivar a criação de novas tecnologias educativas e aprimoramento das já existentes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O enfermeiro tem papel fundamental como educador, devendo sempre está em uma busca frequente de estratégias que auxiliem na formação de profissionais competentes e inovadores, pois são de suma importância discussões sobre o que se ensina e como se ensina, e seus respectivos fins. A tecnologia pode transformar o ambiente em que vivemos com a construção, organização e processamento do conhecimento que precisa ser mais interativa, flexível e ampla. Usar novas ferramentas em educação, onde ocorram trocas de ideias e experiências potencializando o resultado de mudanças, além de abrir espaços para discussão, reflexão e ações dos discentes. Isso tudo abre espaço para uma dialética na construção consistente e criativa no ensino da enfermagem e áreas afins.

TRABALHO DE CURSO SUPERVISIONADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jaina Larissa Bastos Costa de Oliveira, Lilian Koifman Koifman

Palavras-chave: relato de experiência, medicina, aids, trabalho de campo

TRABALHO DE CURSO SUPERVISIONADO: um relato de experiência Este relato é fruto das atividades e reflexões desenvolvidas na disciplina TCS1 (Trabalho de curso supervisionado) com a turma de primeiro semestre de 2015 do curso de medicina da Universidade Federal Fluminense (UFF). Também fez parte do estágio de docência realizado pela mestranda do curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da UFF. **A DISCIPLINA TEM COMO OBJETIVOS:**

caracterização dos cenários, nos níveis local e municipal; promover experiências com trabalho de grupos; promover o cuidar, destacando as dimensões humanas, culturais, sociais e políticas; observar como a integralidade é desenvolvida no campo, no cotidiano, com saberes e práticas do cuidado. Buscando responder também à resolução CNE/CES nº4, de 2001 que destaca as habilidades e competências, indicando mudanças na formação médica e estabelece que o médico deva ter formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado para atuar nos diferentes níveis de atenção, com ação de promoção, prevenção, recuperação à saúde, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. A disciplina TCS1 tem como metodologia a divisão dos 80 alunos do primeiro semestre do curso, em grupos de aproximadamente 12 alunos, que abordam diferentes temas presentes na sociedade. O relato de experiência se refere ao grupo que trabalhou com o tema da AIDS. A metodologia do estágio de docência foi estruturada da seguinte forma: acompanhar os alunos nas atividades de campo, discutir criticamente os temas abordados em sala de aula e estimular a reflexão crítica sobre a formação em medicina, relacionando com os temas da AIDS, abordado em sala de aula. Além de fomentar o cumprimento dos objetivos da disciplina. Serão descritas três atividades de campo desenvolvidas na disciplina e as reflexões críticas proporcionadas por estas. Destaca-se que visitas foram realizadas às instituições na cidade de Niterói e Rio de Janeiro. Mas também foram desenvolvidas atividades em sala de aula, com a discussão de textos e filmes que abordavam o tema da AIDS. A partir das visitas e atividades em sala, os alunos produziram relatórios e resenhas. A primeira atividade teve a participação de uma psicóloga, que trabalha

com pacientes HIV positivos. Foram debatidos com os alunos aspectos sobre o diagnóstico e o direito de ser mãe mesmo com o diagnóstico de AIDS. Reflexões surgiram em torno da transmissão vertical e da negociação com a equipe de saúde para uma gravidez acompanhada. A experiência da psicóloga proporcionou que os alunos desconstruíssem que não seria possível engravidar com esse diagnóstico. Porém a psicóloga apontou que é possível e chamou atenção para importância da negociação, pois quando esta não ocorre, a gravidez ocorre, mas sem um acompanhamento que evite a transmissão vertical. Essa reflexão proporcionou que todos pudessem ponderar sobre o compromisso do profissional médico com a população, o lugar do preconceito na sociedade, o respeito às decisões do outro, a importância de escutar e negociar. Na segunda atividade desenvolvida no hospital da UERJ, com um grupo de mulheres que convivem com AIDS, foram compartilhadas perspectivas do viver, como: insegurança com relação à divulgação do diagnóstico/medo do estigma; transmissão do vírus e outros aspectos. O debate da transmissão vertical foi impulsionado pelo filme *Anjos de uma Asa Só*, após a apresentação do filme, foi possível debater as formas de transmissão e o impacto na vida das pessoas. Os relatos, do filme e do grupo de mulheres possibilitaram que os alunos percebessem como cada caso é um caso. E como o preconceito pode inviabilizar uma relação entre médico e paciente. O grupo de mulheres cobrou delicadeza dos alunos, futuros médicos. Delicadeza para criar vínculo, para escutar, para prescrever, nas ações de saúde. A terceira atividade da disciplina, também mobilizou os alunos e foi uma aula com um professor da UERJ. A aula abordava a sexualidade, com foco nos homens e mulheres trans. Foi enfatizada a necessidade de acolher as pessoas que chegam ao consultório querendo realizar

cirurgia de mudança de sexo, assim como, dialogar sobre as expectativas e ponderar as melhores técnicas disponíveis e demais aspectos que envolvem o processo de mudança de sexo. Os alunos ficaram mobilizados por ser, para maioria deles, um tema novo e que exige habilidade do médico para discutir cada aspecto da cirurgia de mudança de sexo, sendo que estes se vinculam com fatores psíquicos, sociais e culturais. COMO RESULTADOS FOI POSSÍVEL PERCEBER QUE OS ALUNOS: puderam reformular conceitos e desconstruir preconceitos; identificaram a importância de ouvir e acolher; tiveram aproximação com situações que podem se deparar na prática, como: dar diagnósticos difíceis ou ponderar aspectos sobre a cirurgia de mudança de sexo, transmissão vertical dentre outros. Sobre a produção escrita dos alunos, destaca-se que esse é um exercício importante por sistematizar as discussões e reflexões, além de instigar a articulação com a teoria. Verificou-se nos relatórios e resenhas, desconstruções e construções proporcionadas pela disciplina. Alguns alunos tiveram dificuldades em articular o texto “Sete considerações sobre a saúde e cultura” de Gastão Wagner com a implicação na formação médica. O texto considera a cultura como elemento importante na saúde das pessoas. Descreve como a cultura atual está relacionada a características da microbiologia, como a ciência foi colocada como lugar de legitimidade em oposição a outros saberes e a implicação disso na sociedade, o texto exemplifica a revolta da vacina, a falta de diálogo com a população, a imposição de um saber, pelo “bem maior”, que teve como consequência uma revolta. Chamou à atenção, na discussão em sala, sobre o papel da cultura e como esta tem peso no processo de saúde, doença e cuidado. Alguns alunos conseguiram articular que a forma como a população lida com o processo de saúde ou doença

e cuidado está relacionada à cultura, no entanto, alguns tiveram dificuldade em articular a cultura com a formação médica e perguntaram “o que esse texto tem haver com a formação em medicina?” Apesar do rico debate em sala, sobre cultura, comportamento, saúde e outros aspectos, como ouvir e acolher, ficou claro que as atividades de campo, com os diversos diálogos com a população, os diferentes relatos de experiência e as visitas que potencializaram a relação sobre o papel que a cultura tem na formação médica. Como esta sofre e é influenciada pela cultura. Foi escutando as pessoas falarem sobre conviver com a AIDS, lidar com preconceito, negociar com o parceiro o uso de preservativos e outros aspectos que possibilitaram aos alunos compreenderem a articulação teórica e prática da disciplina. E como a cultura é transversal nesse processo. Destacando a relevância de respeitar e compartilhar conhecimentos. Participar desse estágio foi uma experiência rica, as atividades práticas proporcionariam conexões intensas, porque tocaram os alunos na subjetividade. E esta superou a expectativa por proporcionar transformações internas, descritas nas resenhas e relatórios, pela aproximação com temas que eles antes não tinham pensado que poderiam se deparar na profissão médica e que puderam vivenciar nas atividades de campo. Espera-se que os alunos agreguem esses conhecimentos na sua prática, acolhendo e ouvindo a população.

TRABALHO INTERDISCIPLINAR DE EDUCAÇÃO E SAÚDE NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE DO ESCOLAR

Elisete Cristina Krabbe, Graziela Alebrant Mendes, Tatiana Medina Sturzenegger, Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho

Palavras-chave: Promoção, Prevenção, Saúde do Escolar

Introdução: O projeto tem como eixo norteador a educação entre pares, contribuindo para a construção de uma política de educação e saúde, com ações inovadoras e temas que permeiam o cotidiano e o ambiente em que vivem e convivem jovens e adultos jovens com DSTs e Aids. Busca a redução, minimização e/ou prevenção de fatores que agravem a infecção da Aids e outras DSTs, buscando a ampliação e construção de ações interdisciplinares contínuas, envolvendo a comunidade escolar, promovendo a educação preventiva cotidiana e sua incorporação tanto nas políticas e programas educacionais implementados pelos sistemas de ensino inseridos no projeto, quanto no projeto político-pedagógico definido na escola. Para prevenir agravos a saúde, que podem levar à complicações, que podem afetar de forma grave a qualidade de vida de quem é portador do HIV/Aids e/ou outras DSTs, o projeto verificou a segurança alimentar na escola. Buscou informações sobre o armazenamento de alimentos, pois se não armazenados de forma adequada também podem ser fonte de transmissão de doenças, como as zoonoses. O ambiente de produção dos alimentos e do consumo dos mesmos deve ser limpo para que não se propaguem microrganismos causadores de doenças (ALMEIDA, 2009). A análise microbiológica da água também foi outro assunto pesquisado, pois a ingestão de água de má qualidade acarreta danos gravíssimos a quem faz o consumo e, conseqüentemente a órgãos de saúde pública, pois é o principal veículo na transmissão de coliformes causadores de doenças gastrointestinais, nos quais o tratamento é de custo altíssimo e, para quem tem HIV/Aids, é um agravante que precisa ser evitado (SOUSA, 2006). A mudança de atitude sobre esses temas

deve ser estimulada desde os alunos do ensino fundamental até ensino médio e profissionalizante (SOTO et al., 2006). Metodologia: As ações desenvolvidas seguiram as diretrizes metodológicas do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas - Guia para Formação de Profissionais de Saúde e de Educação e também o preconizado nas "Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde" (Brasil, 2013), numa trajetória metodológica alicerçada no modelo de concepção de práticas educativas orientado pelo referencial teórico de Paulo Freire. Metodologias Ativas de Aprendizagem foram o viés condutor de todas as ações educativas relacionadas à saúde sexual e saúde reprodutiva, relacionadas à vigilância sanitária e prevenção de doenças que podem agravar o quadro de quem vive e convive com DSTs e com a Aids, favorecendo para a tomada de decisões esclarecidas e responsáveis. Nossas atividades aconteceram nas dependências da escola, nos mais variados contextos: sala de aula, auditório, pátio, com trabalhos realizados em cada série individualmente e também com a aglutinação de mais de uma turma. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNICRUZ - CAAE 0014.0.417.000-10. Resultados e discussões: Neste projeto, participaram alunos do 1º ao 3º ano do ensino médio e técnico profissionalizante do I.E.E. Professor Annes Dias, do município de Cruz Alta/RS, além da equipe diretiva da escola e professores. Os envolvidos totalizaram uma população em torno de 900 alunos, que vivenciaram a educação preventiva com uma abordagem pedagógica que incluiu informação, reflexão, emoção, sentimento e afetividade, criando meios de aprendizagem através da arte (vídeos educativos, oficinas pedagógicas e concurso de paródias), propiciando orientações individuais e em grupos e buscando a redução da infecção

de doenças. Foram trabalhos de educação entre pares, num processo de ensino e aprendizagem com os acadêmicos do Curso de Fisioterapia, Biomedicina e Medicina Veterinária da UNICRUZ e alunos do IEE Professor Annes Dias. Foi verificada a porcentagem de estudantes do gênero feminino que foram vacinadas contra o vírus do papiloma humano (HPV). A campanha que iniciou no decorrer do ano passado trouxe a tona novamente o assunto HPV. No entanto, percebe-se que muitos adolescentes já ouviram falar sobre o vírus, porém desconhecem as formas de contágio, modos de prevenção e a eficácia e importância da vacina que está sendo aplicada na rede pública para meninas de 9 a 11 anos de idade. Eles desconhecem também que meninas e meninos, que não tiveram contato com o vírus, podem receber a vacina para prevenção do HPV em rede privada mesmo que não estejam na faixa etária da campanha de vacinação do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante as atividades desenvolvidas na escola, dispomos de um dispenser de camisinhas na escola, tendo como objetivo o estímulo do uso do preservativo em todas as relações sexuais, tornando os jovens menos vulneráveis às DST's e Aids, bem como da gravidez precoce que ocasiona a evasão escolar. Preocupados também com as condições sanitárias dos alimentos consumidos pelos discentes e docentes da escola, foi realizada uma vistoria nos locais aonde os alunos consomem os alimentos na escola, realizando uma entrevista semiestruturada com os responsáveis, que verificou a procedência do alimento, o prazo de validade, os tipos de alimentos consumidos e as formas de estoque, encontrando tudo dentro do que determina a vigilância sanitária. Além disso, foi verificado o sistema de abastecimento de água potável da instituição e foi coletada água do bebedouro de maior acesso dos alunos, da torneira principal da cozinha

e de uma torneira externa do pátio da escola para análise microbiológica da água. A mesma foi realizada no laboratório da Universidade de Cruz Alta/UNICRUZ e os resultados apresentados foram satisfatórios, não contendo nenhum coliforme total e termotolerante e nem mesófilos heterotróficos. Oficinas pedagógicas com todos os autores envolvidos, com apresentação dos resultados, entrega de folder educativo aconteceram na escola. Considerações finais ou conclusão: Ao construir espaços para troca de experiências, atualizações e estudos entre os acadêmicos dos Cursos de Fisioterapia, Biomedicina e Medicina Veterinária da UNICRUZ e alunos da escola Annes Dias, acreditamos ter criado ambientes participativos de discussões em grupo que favoreceram o exercício das relações afetivas e fortaleceram o autoconhecimento, o autocuidado e o cuidado com o outro para tomada de decisões mais esclarecidas e mais responsáveis.

TRAJETÓRIA DE UMA ENFERMEIRA ASSISTENCIAL E DOCENTE: AUTORRELATO REFLEXIVO

Idalina Cristina Ferrari Ferrari, Rogério Dias Renovato Renovato, Edneia Albino Nunes Cerchiarri Cerchiarri, Antonio Sales Sales

Palavras-chave: Docente, Enfermeiro, Relato de experiência

RESUMO EXPANDIDO - APRESENTAÇÃO: Segundo Anastasiou (2001), ensinar é apresentar ou explicar o conteúdo numa exposição, o que a grande maioria dos docentes procura fazer com a máxima habilidade de que dispõem. Daí a busca por técnicas de exposição ou oratória, como sendo o elemento essencial para a competência docente. O dia a dia do professor em sala de aula demonstra que ele

necessita ter domínio de conteúdo e da sala de aula, diversificar as práticas pedagógicas e promover espaços de intersubjetividade. No entanto, as práticas de ensino restritas à transmissão de informações/conhecimentos/saberes tem-se mostrado limitada e incapaz de contribuir na formação crítica e reflexiva do/a enfermeiro/a. Por outro lado, os enfermeiros que prestam assistência aos pacientes precisam continuamente aprender e compreender as necessidades de saúde dos seus pacientes, em uma perspectiva humanizadora do cuidado, sem desconsiderar as evidências científicas e os elementos da subjetividade dos seres humanos no plano dos cuidados (COSTA JUNIOR, 2012). Os processos educativos e cuidadosos requerem posturas não mais autoritárias, mas espaços de encontros horizontais. Segundo Bagnato e Renovato (2006), nestas relações de encontro com o outro, podem ocorrer relações de reciprocidade, não apagando as dimensões históricas e culturais desses sujeitos, e suas diferentes maneiras de ser e estar no mundo. Nestes encontros entre sujeitos, podem ocorrer trocas de experiências, produção de sentidos e significados, deslocando ou reafirmando verdades (BAGNATO; RENOVATO, 2006). **DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO:** Este trabalho tem o objetivo relatar a experiência do enfermeiro assistencial e o enfermeiro docente, fazendo um paralelo para pensar e repensar a profissão, assim mostrar as facetas da enfermagem. Pretende-se descrever a trajetória de vida como um memorial de formação profissional. No ano de 1996, ingressei no curso de auxiliar de enfermagem pela escola Vital Brasil, anos mais tarde (2001) voltaria como professora. Ao cursar o Técnico em enfermagem, pude conhecer o campo profissional, ter a noção de conteúdos da área, e também percorrer as aulas práticas em cenários de cuidado. Foi como um ensaio para a formação da

graduação em enfermagem. O que antes visualizava como vocação, tornou-se cuidado pautado em balizas científicas, mas sem perder a noção da humanização no cuidado ao outro ser humano. No vestibular de 1997 iniciei a graduação de enfermagem, evidenciando melhor a decisão realizada. Não eram apenas os conteúdos que me interessavam, mas as possibilidades dialógicas com o paciente e o relacionamento com a família. Nesse percurso formativo na graduação, percorri cada série da estrutura curricular, passando por disciplinas teóricas, a expectativa do ensino clínico em unidades básicas de saúde e hospitais e a ruptura da dicotomia teoria-prática. A cada ano as disciplinas apreendidas, levaram à construção da matriz identitária da profissão, convergindo para o estágio curricular obrigatório e a sensação de ser enfermeira se apresentou com mais força e clareza. Em 2003, terminei o primeiro curso Lato Sensu, através do Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), cujo objetivo foi qualificar os atendentes de enfermagem em técnicos, mas para isso era necessário formar professores qualificados. Então, realizei o Curso de Especialização em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz. Esse curso contribuiu para a minha formação como docente-enfermeira, ampliando a compreensão sobre o processo educativo (ensinar-aprender-avaliar), bem como questões relacionadas ao currículo e didática. Ainda em 2003 ingressava na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) como docente do Curso de Enfermagem, modalidade bacharelado. Ao longo de doze anos, exerci a docência em diversas disciplinas, aulas práticas e estágio. A formação docente foi ocorrendo no cotidiano, como afirma Missio (2007) que em seu estudo, procurou o significado do ser docente no Curso de Enfermagem da UEMS,

encontrando muitas respostas, ajudando no crescimento profissional e pessoal, a carreira caracteriza uma possibilidade de trabalhar no Ensino, na Pesquisa e na Extensão, sendo uma contribuição para a formação dos futuros profissionais. Este mesmo estudo reconhece que a área de ensino, a experiência profissional anterior, assumir no Curso disciplinas e ou conteúdos dentro da área de atuação, a possibilidade de ter outros colegas docentes como apoio é apontado como fatores facilitadores para o desempenho. Quando o professor tem o outro profissional para integrar sua prática facilita e motiva o trabalho do profissional, busca troca de saberes e tem uma devolutiva melhor para o acadêmico. No ano de 2007, terminei a segunda especialização em Assistência em Oncologia, que contribuiu fortemente para minha função como enfermeira assistencialista do Hospital do Câncer em Dourados/MS. E por fim, em 2015, iniciei o Mestrado de Ensino em Saúde, da UEMS. A minha trajetória no mestrado tem auxiliado não apenas na formação como pesquisadora, mas trouxe fundamentos teóricos sobre Educação em Saúde, Currículo em Saúde, Políticas Públicas sobre Formação em Saúde. **IMPACTOS:** O diálogo com muitos autores afloraram em reflexões sobre a minha trajetória como enfermeira, docente e agora pesquisadora. O ensino superior mostra fortes conexões com a política e técnica na área da saúde. Com isso, pensando na formação acadêmica para enfermagem a exigência do ser profissional diferente, que modifica o meio, é necessário fazer a transcendência para a transformação econômica, política, social e cultural (RENOVATO, 2009). Nietzsche (1998) deixou mais claro as tendências para o ensino, sem descaracterizar as características institucionais do ensino superior e suas heterogeneidades, classificou em três categorias: a pedagogia da escola tradicional, a tecnicista e a

pedagogia da escola crítica. Muitas vezes nos vemos nas práticas educativas do ensino tradicional, com as diversas discussões no currículo e em reuniões pedagógicas, é possível verificar algumas mudanças singelas, porém positivas. Os profissionais com as qualificações realizadas e as discussões podem perceber uma mescla para a pedagogia crítica. O ser professor da Educação Superior, também reforça a autora citada acima, segundo MISSIO (2007), para a maioria dos docentes pesquisados, é participar na formação dos alunos tanto nos aspectos culturais, quanto nos emocionais e sociais; ser responsável pela formação do futuro profissional; orientar os alunos; atuar como agente de transformação; auxiliar na produção do conhecimento; deter o conhecimento e ter capacidade para transmiti-lo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O fato de exercer duas profissões, a docência e a assistência de enfermagem, proporcionou uma formação mais plena e sólida. À medida que fui avançando e o disparo de reflexões e inquietudes nessa trajetória formativa, provocou uma busca pelo conhecimento, não apenas científico, mas pela incompletude. A impaciência paciente nos espaços de trocas tem desvelado a sede pela formação cada vez mais próxima da integralidade.

UM OLHAR PARA O SOFRIMENTO: INTERVENÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL NA CAPACITAÇÃO SOBRE SAÚDE MENTAL PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LAGARTO-SE

Bianca Goncalves de Carrasco Bassi, Patrícia Cristina dos Santos, Lilian Kauany Virginia dos Santos, Eliane Santos Silva Nascimento, Rogério Andrade dos Santos

Palavras-chave: Sofrimento, Saúde Mental, Terapia Ocupacional

APRESENTAÇÃO: Este é um relato de experiência vivenciado pelos discentes do curso de Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Sergipe, que tem por objetivo relatar o conhecimento teórico-prático obtido por meio de uma parceria entre o Departamento de Terapia Ocupacional de Lagarto (DTOL) e a Clínica de Saúde da Família José Antônio Maroto, localizada na Avenida Contorno, S/N na cidade de Lagarto – Sergipe. O DTOL, desenvolveu um projeto de Capacitação em Saúde Mental para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com o objetivo de preparar os mesmos para ter um olhar voltado para o sofrimento, que não necessariamente está ligada a uma patologia, mas que pode ser o início para o processo de adoecimento psíquico. Desta forma torna-se fundamental considerar a complexidade singular do indivíduo frente ao sofrimento que não é o mesmo que dor, embora a dor possa levar a um sofrimento, mas não é qualquer dor que faz sofrer. Da mesma forma, o sofrimento não equivale a uma perda, embora as perdas possam, ocasionalmente, fazer sofrer.

METODOLOGIA: Diante dessa complexidade nossas atividades foram desenvolvidas da seguinte forma: primeiro foi organizado um grupo de estudo e planejamento, onde aconteceram algumas reuniões presenciais e online, através da comunidade virtual desenvolvida na plataforma SIGAA - Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas da Universidade Federal de Sergipe, onde os discentes e docentes trocavam informações, discutiam algumas temáticas, refletiam sobre as mesmas e planejaram uma ação teórico-prática destinada a atingir um público de aproximadamente sessenta pessoas. Das temáticas discutidas vale destacar as seguintes: Ações de Matriciamento na Saúde Mental, Caderno de Atenção Básica Saúde Mental 34, Saúde Mental do Trabalhador da Atenção Básica, Saúde

Mental na Atenção Básica: Política Trabalho e Subjetividade e Temáticas alto dirigido. Em seguida foi elaborado um plano de ação junto aos agentes comunitários de saúde além de reuniões com gestores e equipe de saúde da família para a construção de uma ação da universidade em parceria com os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e por fim foram realizados 2 momentos de Capacitação em Saúde Mental com esses profissionais na Clínica de Saúde da Família José Antônio Maroto. O primeiro momento de capacitação foi desenvolvido através de uma roda de conversa entre os ACS e a docente e orientadora do projeto de Capacitação sobre Saúde Mental e Terapia Ocupacional para Agentes Comunitários de Saúde do Município de Lagarto-SE, Bianca Gonçalves de Carrasco Bassi, onde a mesma abordou de maneira sucinta a importância da abordagem sobre o tema, saúde mental junto aos profissionais da Unidade Básica de Saúde, especificando a importância de um novo olhar para o sofrimento. No segundo momento a capacitação foi desenvolvida da seguinte maneira, primeiro foi feito o acolhimento, onde os ACS, discentes, docentes, e técnicos do Departamento de Terapia Ocupacional de Lagarto (DTOL) participaram de uma dinâmica, onde todos teriam que se apresentar e tirar de um saquinho uma palavra, e relacionar essa com a saúde mental, enfatizando a importância e a relação positiva ou negativa que essa palavra poderia ter dentro do contexto da saúde mental. Após as apresentações a professora e coordenadora do projeto, fez uma apresentação sobre a importância da saúde mental não só dos usuários da Atenção Básica, mas também dos ACS, após sua explanação foi aberto um espaço onde os mesmos puderam falar sobre suas experiências na comunidade e como eles lidam com o sofrimento dessas pessoas, em seguida foi apresentado para eles um pequeno vídeo com título Vida Maria, que

fala sobre um ciclo de sofrimento que se repete por várias gerações, sofrimento que não é físico, mas que deixam marcas que segue ao longo dos anos, após o vídeo deixamos que eles falassem sobre o que entenderam e o que achavam sobre o sofrimento. **RESULTADOS:** Ficou destacado através do discurso o quanto eles precisam que os olhem assim também. Percebemos através do diálogo de ambos que os mesmo sabem da importância da escuta, e que um simples olhar de: eu te entendo, fará toda a diferença na vida de quem sofre, e que sentimentos fazem parte do ser humano, que a troca, ajuda a lidar com o sofrimento, diminuindo assim a dor que cada um carrega. Nesse momento os mesmos verbalizaram suas necessidades enquanto pessoas, trabalhadores do Sistema Único de Saúde e impressões sobre o Sofrimento Psíquico e suas implicações para os cuidados em saúde. Entendemos que essas vivências possibilitaram aos discentes envolvidos, não só o planejamento de ações voltadas ao trabalhador para qualificar as ações desses e buscar melhoria para a população como também puderam formar uma nova imagem desses profissionais de saúde, sendo assim compreendemos a importância do trabalho dos ACS, na Atenção Básica voltado pra saúde mental, já que o mesmo se caracteriza como o elo de ligação entre a Comunidade e os serviços de saúde se configurando como um importante profissional para a Estratégia de Saúde da Família, podendo o mesmo se tornar um agente multiplicador e investigador desse conhecimento, contribuindo para um novo modo de cuidar da saúde das pessoas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Espera-se que com essas vivências e capacitações, os Agentes Comunitários de Saúde possam compreender que a saúde mental não está dissociada da saúde geral, e que a atenção a mesma não exige necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de

Saúde. Trata-se, sobretudo, de que estes profissionais incorporem ou aprimorem competências de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde. E por isso, faz-se necessário reconhecer que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelas pessoas, cabendo aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre estas questões, ampliando o seu olhar para o sofrimento, identificando-o precocemente e diminuindo os agravos que esse possa vir causar, já que o mesmo é algo singular, e a maneira como cada um lida com os sentimentos é diferente, assim, o olhar voltado para o sofrimento, é de extrema importância, já que o mesmo não se caracteriza como uma doença mas, pode ser o início de uma.

USO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO METODOLOGIA ATIVA: VIVÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM

Thaissa Blanco Bezerra, Audrey Moura Mota Geronimo, Glaucia Sidneia Medina Beljak, Carla Gabriela Wunsch, Samira Reschetti Marcon

Palavras-chave: Enfermagem, Metodologias ativas, Projeto Terapêutico Singular

Atualmente o ensino tem passado por diferentes transformações frente às legislações pertinentes à área. No entanto, a maioria dos currículos se apresenta com metodologias tradicionais de ensino, resultando em fragmentação do saber e ocorrendo uma constante reprodução do conhecimento científico. A metodologia ativa, oposta ao ensino tradicional, é uma estratégia que possibilita a formação de

profissionais capazes de identificar os problemas da população atendida por meio da vivência de situações cotidianas. Neste sentido, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) possibilita ao acadêmico conhecer a história e as necessidades individuais do usuário em seu contexto de vida. Trata-se de uma ferramenta interdisciplinar, fruto da discussão coletiva de uma equipe de profissionais de saúde, mediante compartilhamento de saberes, em conjunto com o usuário atendido e sua família e que deve ser direcionado para a resolução de situações complexas, estando prevista a prescrição de cuidados e as intervenções a serem realizadas como parte do processo. Tem por finalidade a construção de condutas terapêuticas que objetivam tanto sanar os sintomas apresentados, quanto promover a reinserção social, sendo um instrumento que foi proposto com o intuito de superar o paradigma médico psiquiátrico excludente, em especial por respeitar a subjetividade do sujeito atendido. Usam-se diversos recursos terapêuticos (comunicação terapêutica, a escuta atenta e reflexiva, as atividades grupais e os atendimentos individuais, dentre outros) para a definição das propostas de ações a serem aplicadas para o indivíduo, sua família e o grupo social ao qual faz parte, buscando as diferenças como ponto central de articulação. A prática do aluno ocorre de maneira singular para com a pessoa e sua família, tornando o PTS uma ferramenta de aprendizagem ativa, permitindo qualificar o cuidado a ser prestado aos usuários e revelando-se como um potencializador para uma formação crítica e reflexiva. Este é, por sua vez, utilizado na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental, que compõe a grade curricular do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Assim, este trabalho é um relato de experiência das acadêmicas de enfermagem do sexto semestre, campus Cuiabá, realizado no decorrer das atividades

do segundo semestre do ano de 2014 e a escolha da usuária se deu após a discussão com a equipe da Unidade de Saúde da Família. A construção do PTS se deu por meio dos contatos com a pessoa a ser acompanhada e sua família e discussão com a equipe, docente e acadêmico, seguindo as etapas de visita domiciliar, acolhimento, construção do histórico do sofrimento psíquico, levantamento de problemas, estudo da psicopatologia, proposição das intervenções e avaliação. Os encontros ocorreram na residência da usuária, totalizando três encontros, que foram previamente acordados com a mesma. Durante o desenvolvimento da prática e a construção do PTS foram utilizados conceitos pautados no modelo de atenção psicossocial. Considerando que o PTS se caracteriza como um conjunto de condutas terapêuticas articuladas e direcionadas a um sujeito individual e/ou coletivo, o trabalho foi iniciado por meio da visita domiciliar na qual se deu o acolhimento, estratégia fundamental para o desenvolvimento das ações em saúde. Neste contato, iniciou-se o estabelecimento de um vínculo, mediante a utilização de uma escuta qualificada com usuária e familiares a fim de conhecer a história e suas necessidades de saúde, permitindo o estabelecimento de uma relação cidadã e humanizada, caracterizando-se como elemento-chave para promover a ampliação efetiva do acesso à atenção básica bem como os demais serviços assistenciais de saúde. Embora inicialmente a proposta fosse trabalhar com a usuária, portadora da Doença de Alzheimer (DA), a aproximação com a família despertou o olhar da equipe para o cuidador, ao qual acabou sendo direcionado o PTS. Nesse primeiro encontro foi visualizada a família, sua organização e a situação vivenciada de modo geral. Todavia, no segundo momento foi realizada a coleta de dados. A usuária apresentava um estágio

avanzado da DA, com comprometimento de funções cognitivas (linguagem, memória, coordenação motora, desempenho das atividades de vida diária), de auto cuidado e de convívio social. Foram observadas alterações psíquicas e comportamentais relacionadas à fase avançada da psicopatologia, com sintomas psicóticos, alterações do humor (agressividade e sintomas depressivos), do sono e medo de morrer. Frente a este quadro, percebeu-se a necessidade de um cuidado mais direcionado ao cuidador, seu esposo, que se mantinha como o principal responsável pela usuária, iniciando-se assim a identificação e levantamento de problemas. Para o planejamento das intervenções, buscou-se na literatura embasamento teórico, visando à articulação teórico-prática, o que proporcionou às envolvidas um aprendizado sólido e significativo, além de possibilitar a construção de instrumentos como o genograma e o ecomapa, que permitiram conhecer a organização familiar e a relação desta com a rede de cuidados à saúde. No terceiro encontro, foi finalizada a coleta de dados, aproveitando-se o momento para discutir com o cuidador suas dificuldades vivenciadas e realizar algumas orientações, como informações sobre a DA e a importância de uma alimentação adequada, ajudando-o a entender a respeito da patologia. A dedicação praticamente exclusiva do cuidador exigida pelo portador de Alzheimer pode levar ao isolamento social e presença de sintomas depressivos, já que assume uma responsabilidade superior aos seus limites físicos e emocionais, necessitando de apoio, valorização e reconhecimento quanto a sua carga de trabalho. Desta forma, é necessário envolver outros familiares na rotina dos usuários atendidos visando minimizar a sobrecarga do cuidador. Vale ressaltar, que as intervenções foram propostas para serem efetivadas a médio e longo prazo, o que não foi possível frente a

curto período de realização das atividades práticas da disciplina. A última etapa do PTS, avaliação, foi realizada positivamente pelas acadêmicas, cuidador e equipe de saúde. O uso do PTS como uma metodologia ativa oportunizou acolher uma família, vivenciar sua situação de vida e traçar intervenções a partir das necessidades dos sujeitos envolvidos, sendo fundamental para o crescimento e amadurecimento no processo de formação profissional, conduzindo a um aprendizado significativo e crítico, fato que deve ser estimulado no ambiente acadêmico com vistas a instrumentalizar os futuros enfermeiros para a prática cotidiana que irão enfrentar. Embora o PTS não tenha sido aplicado pelas acadêmicas em sua totalidade, a construção em conjunto com a equipe da ESF, permitiu a sua continuidade, além de apresentar para os profissionais da unidade uma nova tecnologia de cuidado na atenção primária à saúde.

UTILIZAÇÃO DA METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO DE UM GRUPO TUTORIAL DO PET-SAÚDE

Jennifer Francielli Sousa Alves, Bruce Daniel Queiroz, Juliane Ferreira Andrade da Fonseca, Lívia Alves da Silva, Ludmilla Campos Fernandes Silva, Rafaella Villa Moraes, Valéria Carvalho Araújo Siqueira

Palavras-chave: Vigilância em Saúde, Educação para a saúde, Estratégia Saúde da Família

O Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (PET-Saúde) é um programa de articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, destinado a fomentar grupos de aprendizagem tutorial. O PET Vigilância em Saúde é uma proposta a partir do PET-Saúde, que tem como objetivo promover

a formação de grupos de aprendizagem tutorial para desenvolvimento de atividades em áreas estratégicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Incentivando a integração ensino-serviço-comunidade, por meio da inserção de docentes e estudantes de graduação na rede pública de saúde, de forma que as necessidades dos serviços sejam fonte de produção de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino, dentre os subprojetos do PET Vigilância em Saúde (VS), temos a Rede Cegonha, o qual trata esse estudo. O presente grupo tutorial de estudo contou com quatro alunos dos cursos de Ciências Biológicas, Enfermagem, Psicologia e Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. A Rede Cegonha é uma estratégia implantada em 2011 pelo Governo Federal e integra a política de Estado para humanização do parto e nascimento. Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Visa, também, assegurar à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, por meio de um modelo que garanta acesso, acolhimento, resolutividade e a redução da mortalidade materna e infantil. Para a elaboração do projeto de intervenção, utilizou-se a metodologia da problematização, incorpora o esquema do Arco de Maguerz. Tal arco parte da realidade social e após análise, levantamento de hipóteses e possíveis soluções, retorna à realidade. As consequências deverão ser traduzidas em novas ações, desta vez com mais informações, capazes de provocar intencionalmente algum tipo de transformação nessa mesma realidade. Para o desenvolvimento dessa metodologia, é necessário seguir alguns passos: (1) observação da realidade (levantamento do problema); (2) pontos-chaves; (3) teorização; (4) hipóteses de solução e a (5) aplicação

à realidade (prática). A metodologia da problematização ultrapassa os limites do exercício intelectual, na medida em que as decisões tomadas deverão ser executadas ou encaminhadas considerando sempre sua possível aplicação à realidade, no campo de atuação de cada estudante. O objetivo do estudo foi relatar a experiência do PETSaúde-VS/Rede Cegonha na construção do projeto de intervenção através da utilização da metodologia da problematização. As atividades foram desenvolvidas pelo grupo tutorial de estudo e pela preceptora e enfermeira da Equipe de Saúde da Família (ESF) e coordenado por uma tutora docente do curso de enfermagem (UFMT). A ESF em questão localiza-se na periferia do município de Cuiabá/MT e atende a cerca de quatro mil pessoas, com 1.040 famílias cadastradas. O grupo acompanhou a rotina do local semanalmente, observando atentamente possíveis problemas baseados nas diretrizes da Rede Cegonha. A equipe realizava encontros para discutir os apontamentos de cada aluno e após diálogos e concordâncias, observou-se que os problemas se concentravam na atenção à saúde da mulher, sendo eles essencialmente relacionados à(aos): baixa adesão das mulheres ao exame de colpocitologia oncótica (CCO); diagnósticos, por vezes tardios de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na comunidade incluindo em gestantes, sendo este agravo não notificado no sistema de informação; casos de gravidez não planejada, muitas delas em adolescentes; ausência de atividades educativas voltadas as adolescentes, mulheres e gestantes; e programa de planejamento familiar ineficiente. Após elencados os problemas, buscou-se a teorização nas referências bibliográficas para os temas em que se basearam a construção das hipóteses de solução. Para que fossem solucionados os problemas elencados, pensou-se na criação de um dispositivo cujo foco é o desapego

às ideias pré-concebidas e a liberação do processo de pensar desobrigado das regras do pensar lógico e racional, ou seja, criou-se um grupo de discussão formado pela equipe multiprofissional da ESF visando trazer à tona angústias e dificuldades enfrentadas pela equipe na unidade, principalmente com relação à saúde sexual e reprodutiva, planejamento familiar, gestação, ISTs e CCO. Os grupos de discussão foram divididos em 3 etapas: a 1^a ETAPA- foi uma oficina de sensibilização da equipe de saúde: sendo realizados três encontros com a equipe do USF para integrá-los no projeto, incentivando sobre a importância de seu papel como profissional de saúde na comunidade e promover a realização das ações de vigilância em saúde da mulher, conforme os problemas já identificados. A 2^a ETAPA- foi com o grupo de mulheres da comunidade, trabalhando sob a ótica de empoderamento desse grupo, sobre o seu direito a sexualidade, sobre o planejamento familiar, saúde sexual, e controle das ISTs. Já a 3^a ETAPA foi a oficina de sexualidade na adolescência, com encontros mensais na escola da área de abrangência a fim de realizar uma reflexão com os adolescentes sobre saúde sexual e projetos de vida. Dessa maneira, grupos de discussão foram realizados com os profissionais da equipe. As mulheres da comunidade e os adolescentes da escola da localidade da área de abrangência, observando-se consequentemente um aumento no número de coletas de CCO, bem como também um aumento de Neoplasia Intra-epitelial Cervical (NIC). Sendo este diagnóstico um alerta para uma atenção maior para não evolução ao Câncer de Colo de Útero, evidenciando a importância de estar realizando a conscientização das mulheres da área de abrangência da USF para que elas procurem realizar o exame anualmente e deem sequência ao tratamento adequado ao diagnóstico apontado no resultado

do exame. Conclui-se que a utilização da metodologia da problematização, possibilitou intervir de maneira eficaz de modo que se partiu dos pontos elencados pelos profissionais e comunidade como problemas reais da ESF e a teorização destes forneceram o suporte para que efetivassem as ações transformadoras. A contribuição deste estudo para a saúde, além de mudanças de práticas no local de estudo, também possibilita a reflexão dos acadêmicos e profissionais acerca do planejamento de suas ações em saúde. Além de fortalecer a integração ensino - serviço - comunidade e estimular o olhar crítico dos docentes e profissionais a partir de problemas reais existentes na comunidade, levando não apenas a reflexão da temática, mas também a aplicação de estratégias e ações a realidade, visando à solução ou a minimização dos problemas elencados.

UTILIZAÇÃO DE GRUPO DE USUÁRIOS COMO FORMA DE CUIDADO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Laura Virgili Claro, Verydiana Peruzzi Comis, Scheila Soares de Oliveira, Andreia Soares Cassol, Michele Bulhosa de Souza, Débora Schlotfeldt Siniak

Palavras-chave: grupo terapêutico, reabilitação, caps

APRESENTAÇÃO: O uso de drogas que alteram o estado mental, chamadas de substâncias psicoativas (SPA), acontece há milhares de anos e muito provavelmente vai acompanhar toda a história da humanidade. A relação do indivíduo com cada substância psicoativa pode, dependendo do contexto, ser inofensiva ou apresentar poucos riscos, mas também pode assumir padrões de utilização altamente disfuncionais, com prejuízos biológicos, psicológicos

e sociais. Isso justifica os esforços para difundir informações básicas e contáveis a respeito de um dos maiores problemas de saúde pública que afeta, direta ou indiretamente, a qualidade de vida de todo ser humano (BRASIL, 2011). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (Brasil, 2003), já o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2007), 12,3% das pessoas com idades entre 12 e 65 anos eram dependentes do álcool, em relação ao uso de maconha e cocaína 8,8% e 2,9% respectivamente, dos entrevistados afirmaram o consumo desses tipos de drogas. Diante desse quadro, o governo brasileiro tem adotado, por meio de política do Ministério da Saúde, estratégias que visam combater o avanço do uso abusivo de álcool e de outras drogas. Entre essas estratégias está a implantação do Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPS ad) em cidades com mais de 100 mil habitantes, com a finalidade de disponibilizar tratamento a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, por meio de uma proposta baseada em serviços comunitários e apoiada por leitos psiquiátricos em hospital geral de acordo com as necessidades dos pacientes (PEIXOTO et al., 2010). OBJETIVO: O presente trabalho possui como objetivo relatar as experiências vivenciadas em grupo de usuários realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. METODOLOGIA: O cenário de relato foi um grupo de usuários, onde os encontros são realizados semanalmente nas dependências do CAPS, sendo coordenada por uma psicóloga, uma pedagoga e acompanhado por duas residentes do

Programa de residência Integrada em saúde mental Coletiva, profissionais da área de enfermagem e nutrição. O grupo é considerado aberto, visto que todos os usuários que estão no CAPS no dia em que o grupo acontece, são convidados a participar. Os participantes se organizam em um círculo, para que seja possível a visualização entre todos e estimular a integração do grupo, são abordados assuntos diversos, alguns são sugeridos pelos próprios usuários e outros são previamente escolhidos pelas coordenadoras do grupo, entre os assuntos já abordados, os que mais instigaram o diálogo e de maior interesse pelos frequentadores do grupo foi depressão, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), retomar os estudos, recaídas, o que desejam para o futuro, consequências do uso e abuso de álcool e outras drogas. RESULTADOS: As sessões possuem em média uma hora de duração, o número de participantes varia entre 10 e 15 participantes, em sua maioria do sexo masculino, sendo todos adultos com dependência ou em álcool ou em outras drogas ou de ambos. Nesse sentido, estudos afirmam que mulheres procuram menos os serviços de atendimento a usuários de álcool e drogas do que os homens, por razões como o estigma social em relação ao papel da mulher e por conta de o próprio perfil de usuário da mulher ser diferente do homem. Em estudo qualitativo realizado com mulheres da Unidade de Tratamento de Alcoolismo do Instituto Philippe Pinel no Rio de Janeiro, observou que 90% das mulheres declararam beber em âmbito privado e que se comportam de forma diferente quando bebem no âmbito social. Dado que pode indicar que mulheres conseguem esconder a dependência por mais tempo e que, por conta da forma como a sociedade vê a mulher alcoolista, há maior preocupação em relação à autoimagem ao expor-se a um tratamento em que terá que se deparar com outras pessoas

(PEIXOTO et al., 2010). Durante a realização do grupo é construído um ambiente de forma acolhedora para que o participante sintase seguro para falar sobre os seus sentimentos e expor opiniões, a equipe explora as potencialidades dos usuários com a finalidade de elevar a autoconfiança e autoestima, que são fundamentais no processo de reabilitação. Alvarez et al., (2012) descreve que a tecnologia de grupo é um recurso que vem sendo usado por profissionais de saúde, pois os auxilia a aliviar sentimentos de solidão e isolamento social, possibilitando troca de experiências e reflexão. A utilização de grupos requer a criação de um ambiente em que seus integrantes possam compartilhar suas experiências e sentimentos com a certeza de serem compreendidos pelos outros participantes. Ao oferecer apoio emocional e informações/orientações, estes grupos possibilitam a percepção da situação real que estão vivendo, por meio do conhecimento de dados mais concretos sobre o problema e diminuição das fantasias a ele relacionadas, ajudando-os no enfrentamento da crise vivenciada. O grupo oportuniza aprender novos comportamentos em clima de compartilhamento e aceitação. Por isso, apresenta-se como um excelente recurso terapêutico para lidar com pessoas que vivem situações de crise, tendo como objetivos promover coesão e apoio, elevando a autoestima e a autoconfiança de seus participantes. É perceptível no relato dos usuários que muitos se sentem fortalecidos ao frequentar o CAPS, pelo convívio com os profissionais e colegas de tratamento, por isso, a valorização das atividades em grupo, que propõem e facilitam a interação social, é fundamental para atender os propósitos da atenção psicossocial, devendo-se atentar para que essas sejam espaço tanto de construção material, como a realização de alguns produtos; quanto subjetiva, propiciando

o diálogo e o convívio social (NASI & SCHNEIDER, 2011). CONSIDERAÇÕES FINAIS: O grupo busca trabalhar a redução de danos com os usuários, diante disso são utilizadas estratégias para que eles possam compreender algumas situações que ocorrem a partir das escolhas individuais, crenças e atitudes, o que possibilita maior aproximação entre profissionais e usuários, fortalecendo esse vínculo para que todos possam expressar seus pensamentos. Os profissionais precisam estimular o diálogo e debate sobre diversas temáticas que provoquem a ideia de mudança do estilo de vida, redução de situações de sofrimento e promoção do autocuidado aos usuários.

UTILIZAÇÃO DO GENOGRAMA PARA CONSTRUÇÃO DO PLANO TERAPÊUTICO DE UMA FAMÍLIA

Roger Allan Vieira dos Santos, Kerle Dayana Tavares de Lucena, Matheus Crispim Mayer Ramalho, Rodrigo Paiva Alencar Miranda

Palavras-chave: Genograma, Família, USF, SUS, Plano Terapêutico

APRESENTAÇÃO: O Genograma é um instrumento que deve ser utilizado para compreender as famílias, observando as estruturas internas e externas, podendo referenciar o futuro e demonstrar o passado, facilitando as interpretações alternativas da experiência familiar. O processo terapêutico utiliza o Genograma como ferramenta de suma importância, pois suas informações orientam a prática clínica, identifica vulnerabilidades, estrutura o planejamento das ações de saúde, promove a continuidade de cuidado. A construção de um Genograma tem por objetivo potencializar a comunicação, sistematização e organização do plano de cuidado de uma família, para que os profissionais de saúde da atenção básica possam ter maior

eficiência no plano de cuidado das famílias. Nesse contexto, tal instrumento deve conter: dados pessoais, história clínica, padrões de relações familiares, símbolos que definam as relações interpessoais, data da sua realização. Para sua construção é necessário primeiramente um estudo aprofundado das interações da família estudada, principalmente, do seu paciente índice. O Genograma é uma representação gráfica da família que apresenta várias gerações, porém, além de características genealógicas inclui, também, as relações e interações familiares. Por isso, a eficiência desse instrumento é inquestionável, visto que ele é arquitetado sob as relações que unem uma família e as informações médicas e psicossociais que se ligam ao longo das gerações analisadas na fase presente de avaliação do cotidiano familiar, fato que lhe proporciona um enorme poder analítico sobre as mazelas que afetam a família estudada. Tais fatos possibilitam a criação de uma série de hipóteses sobre como o problema clínico da família pode conectar-se a um plano terapêutico criado pela equipe de saúde. Nesse sentido, esse trabalho tem como objetivo: apresentar um genograma construído por discentes de medicina para um plano terapêutico visando uma melhor qualidade de vida para a família acompanhada. Método do estudo: Trata-se de um relato de experiência produzido por discentes de medicina do segundo período durante as práticas do Módulo de Atenção à Saúde II, componente obrigatório da grade curricular. O relato de experiência é um documento em que deve estar registrado todo percurso desenvolvido pelo aluno em sua experiência/vivência de estágio, de pesquisa de iniciação científica, de participação em movimento estudantil/ associativo ou projeto de extensão. Os alunos foram divididos em grupos de duas e/ou três pessoas com a intenção de acompanharem famílias escolhidas

previamente pela equipe de saúde de cada território, cenários das práticas do módulo supracitado. Cada grupo visitava uma família durante o semestre letivo para construir o vínculo e produzirem o Genograma e plano de cuidado para cada uma delas. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2015 no território do Róger, bairro do município de João Pessoa-PB. Foram realizadas seis visitas, sendo a última para apresentação do Genograma e Plano de Cuidado para a equipe de saúde. Os alunos realizaram buscas na literatura para subsidiar o plano terapêutico, aliado às informações dos prontuários e ao diálogo com os profissionais da equipe. Apresentação da Experiência: as visitas eram realizadas a cada quinze dias, com objetivos traçados para que os discentes pudessem coletar os dados necessários para o genograma e poder, principalmente, criar vínculo com a família. No primeiro dia, o objetivo era para conhecer a família. Utilizou-se por questões éticas, nomes fictícios para família acompanhada. Lá moravam quatro pessoas, sendo todos homens, dois irmãos e dois sobrinhos desses irmãos, todos já adultos ou idosos, sendo o mais novo com 42 anos e o mais velho com 80 anos. No segundo dia de visitas, o objetivo era coletar os dados pessoais dos integrantes da família, além disso, aferimos a pressão arterial dos mesmos. Todos os moradores da casa possuíam algum tipo de doença, uns mais graves, outros menos. Seu M.B.C., de 80 anos, tinha histórico de colesterol alto e hipertensão, e apresentava uma atrofia nos membros inferiores, o que lhe deixava com dificuldades de caminhar. Sua PA foi de 120x90 mmHg, apresentando uma pressão controlada por medicamentos e alimentação, fator esse que era comemorado por ele, visto que era hipertenso. Seu J.B.S., de 74 anos, é hipertenso e possuía um histórico de hipertrofia na próstata que nunca foi acompanhado por nenhum

médico após o diagnóstico, pois afirma não querer se submeter mais ao exame de toque retal. Sua PA foi de 160x80 mmHg, mostrando que sua pressão estava alta. Ele relatou que costumava ingerir bebidas alcoólicas e às vezes não tomava a medicação por esquecimento. Dessa forma o paciente foi orientado sobre a importância do medicamento ser tomado regularmente para que evitasse problemas mais graves de saúde, assim como foi esclarecido sobre os malefícios da ingestão de bebidas alcoólicas. Seu J.S.C., de 42 anos, era o que apresentava mais patologias na casa, pois tinha: hipertensão, diabetes, e epilepsia, com recorrência de convulsões a cada 15 dias, mesmo ele afirmando tomar todos os remédios corretamente. Sua PA foi de 110x70 mmHg, mostrando estar controlada por meio dos seus medicamentos. Seu A.S.C., de 52 anos, era alcoólatra e apresentava quadros de depressão, segundo relato dos outros integrantes da família. Sua PA foi de 130x100 mmHg, mostrando estar um pouco alterada, porém, dentro da normalidade. No terceiro dia de visitas, o objetivo foi para identificar o tipo de família e sua funcionalidade. Dessa forma, a família foi classificada como sendo do tipo “outros”, adotando o referencial teórico de Ventura, pois não se encaixara em nenhum outro tipo de classificação (nuclear, alargada, monoparental, reconstruída e unitária). O grau de funcionalidade da família era disfunção moderada, pois havia pequenos atritos entre os irmãos e sobrinhos, muitas vezes por seus estilos de vida e por seus descuidados com a sua saúde. No quarto dia de visita, o objetivo foi para coletar alguns dados adicionais para construção do genograma, como data de nascimento e profissão dos integrantes da família, além de outras pessoas da terceira geração familiar, todavia, tivemos muita dificuldade de realizar essa busca, tendo em vista que os integrantes da casa não tinham amplo

conhecimento dos seus familiares, pois todos mantinham uma relação distante com esses ou já haviam morrido. No quinto dia de visita o objetivo foi construir um plano de cuidado para os integrantes da família e, para tanto, orientamos quanto o uso dos medicamentos, o uso de equipamentos de proteção individual por seu J.S.C., já que ele era catador de latinhas, recomendamos quanto ao cuidado com os alimentos, para que os hipertensos e diabéticos tivessem menos complicações, além de tentar aproximar mais os integrantes da casa com os cuidados que a USF pode oferecê-los, pois muitos deles não realizavam exames há anos, o que se torna preocupante devido ao grande número de doenças que eles possuem. No sexto dia de visita o objetivo foi apresentar o Genograma familiar junto à equipe de saúde. Para isso, confeccionou-se um banner com o genograma para apresentar a equipe da unidade de saúde e aos alunos de medicina que estavam presentes. Dessa forma, todos puderam ter uma visão de forma detalhada de todas as relações daquela família. CONSIDERAÇÕES FINAIS: a partir disso, poderão melhorar e direcionar um plano de cuidado satisfatório aos pacientes, se baseando nos relacionamentos e dificuldades que cada um possui. Com isso, ficou evidente a eficácia do genograma para a construção de um plano terapêutico de uma família.

VALORIZANDO A PALAVRA DO IDOSO PARA ALÉM DA DINÂMICA CAPITALISTA: IMPRIMINDO O “NOVO” NA ESCUTA DE “VELHOS” NA ATENÇÃO BÁSICA

Jaqueline Oliveira

Palavras-chave: Idosos, Escuta, Atenção Básica

APRESENTAÇÃO: Este trabalho é resultado de um projeto de estágio de Psicologia

realizado em uma Estratégia Saúde da Família (ESF). O que irá se apresentar é um recorte e valorização de falas de indivíduos idosos, que por vezes são vistos como sujeitos “velhos”, pois são observados a partir de olhares capitalistas, que tentam incansavelmente imprimir a “máscara” do novo. Toda história de vida é uma história a se contar de forma singular que imprime na memória uma versão pessoal, mas compartilhada de acontecimentos carregados de existência. Lembrar e contar sobre a mesma, tem uma função primordial em relação aos idosos, é resgatar histórias vividas que são reais e presentes, cheias de emoções e afetos. As lembranças que permanecem são aquelas potencializadas em sentimentos sejam eles de felicidade ou tristeza, nomear os sentimentos em palavras é conciliar o passado com o presente e porque não pensar em um futuro, mesmo que ele seja próximo e apresente a morte como limite. A partir desta ideia os objetivos traçados na realização do estágio foram à construção de um espaço discursivo para possibilitar a fala destes sujeitos que por vezes vivem em uma completa invisibilidade na sua comunidade e em casa; apoio terapêutico a Estratégia Saúde da Família; acompanhamento nas visitas domiciliares com os agentes comunitários de saúde.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: É fundamental diferenciar o envelhecimento da velhice. O envelhecimento é uma expressão originada na biologia, é uma etapa do desenvolvimento humano, assim como, a puberdade correspondente ao processo da adolescência. Essa fase provoca relevantes modificações sociais, psicológicas e principalmente biológicas devido à passagem do tempo cronológico. Já a velhice é o resultado, a condição do sujeito que passa pelo envelhecimento, ela é carregada de representações sociais relacionadas diretamente com a forma como as pessoas vivem acima dos 65

anos de idade. É importante destacar que as representações sociais, são um conjunto de ideias, conceitos, explicações construídas no cotidiano das relações entre indivíduos, elas tornam-se significativas, pois influenciam no modo de viver das pessoas e da sociedade. Debater sobre representação social se faz fundamental para compreender as representações sobre envelhecimento e velhice caracterizadas com perdas, doenças, limitações e incapacidades. Nesta perspectiva, a criação de um espaço de fala permitiu que os idosos recuperassem suas referências simbólicas e sociais, proporcionando sair desta alienação e anonimato que por vezes o discurso social e científico os reduz. Quando se abre a possibilidade da fala desses “velhos” como se autodenominam, algo novo se insere, uma nova oportunidade de olhar para sua vida de outra maneira e compreender situações que até então passavam despercebidas, ou até mesmo permaneciam como traumas. É a reelaboração da herança histórica, afinal sofremos os efeitos dela no corpo físico e no psiquismo. Inicialmente o método adotado foi à observação participante, posteriormente, entrevistas semanais com idosos em suas casas, através da qual surge uma narrativa espontânea por parte destes sujeitos e abordagem terapêutica através da palavra (escuta clínica).

RESULTADOS E/OU IMPACTOS: A “escuta” abriu a possibilidade de reconstruir histórias de idosos de 70 a 107 anos, que são exemplos de quem muitas vezes fica a margem de uma sociedade em que o velho é descartado, pois já não é mais produtivo, bem como, são esquecidos pelos próprios familiares que “não tem tempo” para os mesmos. No momento que se deparam com um outro disposto a lhe “dar ouvidos”, trazem histórias de vida ricas em detalhes e denominadas por eles mesmos como um “romance”, narrativas que por vezes estão escondidas no íntimo do pensamento ou até mesmo fixadas no tempo

já vivido, é um baú a ser aberto. Analisando esta experiência teoricamente, devemos situar a mesma dentro de um contexto histórico e de um sistema de produção, neste caso o capitalismo. Podemos afirmar que o discurso capitalista desenvolve um mercado de consumo para a “velhice”, ou seja, são produtos e técnicas desenvolvidos com o objetivo de esconder e protelar os efeitos da idade sobre o corpo físico e psicológico. É importante afirmar, que para a lógica capitalista sustentar o ideal de juventude é fundamental, este é um dos motivos pelo qual a palavra “idoso” surge, na tentativa de esconder o inevitável, as limitações, a finitude em última instância a morte.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Percebemos que os idosos/velhos têm um conhecimento, um saber, eles podem ser produtivos, não no sentido de gerar lucros ou ainda produzir cientificamente, mas sua construção resulta em benefícios para o contexto social. Eles são o elo da história de cada família, o “saber” que quando não transmitido na sua forma de narrativa, de versão de vida, aparece como repetição e sintoma nas gerações seguintes. Dessa forma o que eles transmitem tem efeitos também nos filhos, netos e posteriores gerações, permitindo uma rede familiar apoiada em referências simbólicas, evitando a repetição daquilo que não se fala os sintomas, sofrimentos, doenças físicas e psíquicas. Portanto, analisando a escuta destes idosos, bem como, os efeitos do discurso capitalista, denunciamos esta realidade proposta nas entrelinhas das construções “positivas” sobre envelhecimento: “só é velho quem quer”. A partir desta suposta escolha de cada sujeito, a uma verdade que prevalece, não há um lugar para o velho na sociedade, mas sim espaços restritos e próprios criados para que os idosos convivam, um bom exemplo desta verdade, são os asilos. É imprescindível destacar que é intrínseco ao processo de envelhecer a finitude, ou

seja, a morte. A pergunta que fica é: “Por que a para que ter medo do inevitável?” A sociedade vive um tempo histórico que a morte é negada, a sociedade produziu seres narcísicos que por vezes negam sua mortalidade, com isso podemos compreender aqueles que veem a velhice como um defeito e não como um estágio de existência. A partir da década de 60 no século XX com a ascensão da juventude, os jovens gradativamente passaram a dominar a tecnologia desconhecida pelos mais velhos. Pela primeira vez na história os mais velhos passam a não ser os detentores do saber sobre a vida, o processo de transmissão é afetado significativamente, de forma que a comunicação entre gerações é posta em risco. Vivemos na sociedade do consumo, do descartável, da jovialidade, da beleza, das descobertas, da evolução, em que os velhos já não são mais referenciais. Enfim, apesar de toda evolução e possibilidades, não podemos alterar esta verdade absoluta: a morte, ela é a única certeza da vida e sem ela, seria insuportável viver. A morte torna a vida plena de sentido, nesta perspectiva o trabalho realizado com estes idosos foi de imprimir o novo aonde o velho predominava, sem desconsiderar a finitude da vida, mas sim deslocando a morte do lugar central dos seus pensamentos. Rememorar, reviver e redescobrir a vida todos os dias se faz fundamental para oportunizar a qualidade de vida dos velhos e no processo de cuidado e produção de saúde daqueles que escutam, neste caso, os profissionais de saúde.

VER-SUS “NA ROTA DO SERTÃO DO PAJEÚ” PERNAMBUCO: A EXPERIÊNCIA DO PIONEIRISMO DA REGIONALIZAÇÃO

Camila Tenório Ferreira, Daianny de Paula Santos

Palavras-chave: VER-SUS, Sistema Único de Saúde, Regionalização

APRESENTAÇÃO: Considerando a saúde como direito de todos e dever do Estado, os sujeitos que acreditam nesta veracidade devem lutar para uma efetivação de um Sistema Único de saúde (SUS) acessível para todos. Observa-se, porém, que na maioria das formações acadêmicas existem lacunas no que diz respeito à formação de pessoas para o setor saúde. Ao longo do tempo têm sido desenvolvidas estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação dos trabalhadores de saúde às necessidades da população e ao fortalecimento do SUS. Neste contexto, as Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) vêm se revelando como estratégia de educação permanente para a formação de trabalhadores para o SUS, contribuindo para a composição de sujeitos capazes de promover transformações. Na Região Metropolitana do Recife - Pernambuco, o projeto VER-SUS tem sido construído coletivamente por estudantes, professores, gestores, trabalhadores da assistência, representantes de movimentos sociais e vem cumprindo, nos últimos anos, um papel de sensibilização de corações e mentes para a luta por um SUS possível e uma sociedade igualitária. De 2012 até o momento, foram realizadas oito versões do VER-SUS, sendo registradas cerca de 750 participações entre estudantes, facilitadores e viventes. Em todo o Estado, municípios de diversas Regionais já pactuaram com o projeto para receber as vivências. Destacamos a experiência do “VER-SUS Sertão do Pajeú” que ocorreu entre os dias 13 a 21 de janeiro de 2015, no Assentamento de Reforma Agrária Virgulino Ferreira, que contou com cerca de 70 participantes, vindos de sete estados da região nordeste. Deste modo, objetivou-se relatar a experiência do VER-SUS Sertão do Pajeú, da construção até a pós-vivência. **DESENVOLVIMENTO:** O VER-SUS Sertão do Pajeú teve como proposta

pioneira vivenciar a regionalização da saúde nas articulações entre os serviços de saúde pertencentes à XI Regional de Saúde (XI GERES) de Pernambuco, com o intuito de interiorizar cada vez mais estágios de vivências na realidade do SUS. O processo de construção e execução da vivência consistiu nas seguintes etapas: (1) Organização logística; (2) Articulação intersetorial; (3) Organização pedagógica da vivência; (4) Realização da vivência; (5) Avaliação geral; (6) Prestação de contas e relatório final; (7) Certificação; (8) Pós-VER-SUS. Para tornar operacional estas etapas e propiciar organicidade dos membros da comissão organizadora (CO), o grupo se distribuiu nas seguintes comissões: comunicação/divulgação; seleção de viventes/facilitadores; infraestrutura e projeto; formações político-pedagógica e secretaria operativa. Em relação às articulações intersetoriais realizadas, destaca-se a articulação com os companheiros do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra da Regional do Sertão do Pajeú. Tal fato possibilitou que o alojamento da vivência fosse a um assentamento de reforma agrária, além da participação ativa dos companheiros na vivência na condição de viventes, possibilitando a reflexão sobre a questão social e a saúde no campo e a aproximação dos participantes com os ideais de luta e organização dos movimentos sociais. O VER-SUS Sertão do Pajeú se deu num processo de imersão teórica, prática e vivencial dentro do sistema de saúde, de comunidades de populações específicas e de resistência. A metodologia dos 13 dias de imersão foi organizada em três módulos: como funciona a sociedade; redes de atenção à saúde e papel do sujeito na história. Por possuir uma metodologia singular, a vivência foi estruturada a partir dos fundamentos pedagógicos de Paulo Freire, que propõem um processo

educativo compartilhado voltado para “o despertar” da consciência. Partindo da premissa do comprometimento do VER-SUS Sertão do Pajeú com a regionalização da saúde, as vivências ocorreram em municípios pertencentes à XI GERES: Calumbi, Carnaubeira da Penha, Flores, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo. Neste processo os participantes foram oportunizados a vivenciar o funcionamento dos serviços e atendimentos à saúde da população, observando as disparidades da rede de atenção regional compartilhada entre os municípios. **IMPACTOS:** Em relação à aproximação da gestão da XI GERES com o projeto, tal fato possibilitou uma reflexão acerca do que existe enquanto política pública e as questões que precisam ser aprimoradas na rede municipal e regional de saúde. Sem dúvida, esse espaço de diálogo e troca de visões sobre a saúde já se configura como um impacto positivo, uma vez que permite aos gestores refletirem sobre a condição de saúde dos municípios e ouvir de outros atores as indagações e sugestões sempre suscitadas pelas vivências e debates que ocorrem no transcorrer do VER-SUS, o que poderá contribuir direta ou indiretamente na tomada de decisões no tocante à saúde. Coloca-se como desafio para a potencialização do projeto VER-SUS em Pernambuco o envolvimento das demais GERES, no sentido de garantir ampla interiorização e regionalização, além de contrapartida financeira; a manutenção da autonomia dos grupos estudantis na condução da vivência; a construção de continuidade às discussões iniciadas durante a experiência, bem como atenda às demandas de formação da população do campo junto aos movimentos sociais populares. As vivências nos serviços de saúde e nas comunidades de populações específicas e de resistência, aliadas à fundamentação teórica utilizada trouxeram

novos elementos para entender a realidade do SUS, bem como a apropriação de temas relevantes à formação acadêmica diante da atual conjuntura. O contato com essas informações deu aos estudantes a oportunidade de compartilhar de um espaço ímpar de aprendizado, difusão de saberes e formação política, possibilitando-os uma reflexão crítica acerca da realidade vivenciada. Isto resultou em um saldo positivo, exposto na avaliação final do projeto, onde muitos externaram o desejo de atuar como agente multiplicador da experiência seja na academia ou em demais espaços de troca de saberes e militância. Além disso, a experiência gerou impactos que refletiram sobre a comunidade do assentamento, que acompanhou toda a vivência, participando de espaços como o de compartilhamento sobre a luta pelo direito à terra, direito à saúde e sua relação com a sociedade e o objetivo de projetos como o VER-SUS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Em suma, apesar de ser difícil transcrever no papel as sensações e reflexões geradas através do VER-SUS Sertão do Pajeú, a partir deste relato é possível perceber que o projeto foi capaz de despertar o contato com o novo, a sensação de incômodo e o desejo de ação dos estudantes em seu processo de formação acadêmica. A sua mensagem de consciência política, a troca de experiência e vivências acabou por produzir estímulos e transformações da concepção de sociedade e do papel social de cada indivíduo para além da formação, revelando o potencial da metodologia participativa, não-bancária, que faz com que os estudantes passem a se reconhecer enquanto atores sociais e agentes políticos capazes de promover transformações na sociedade onde estão inseridos.

VER-SUS HELIÓPOLIS - UMA ANÁLISE DA PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA PRODUÇÃO DE SAÚDE

Carolina da Silva Buno, Emelyn Hernandez Rosa, Beatriz de Almeida Simmerman, Allan Gomes de Lorena, Pedro Henrique Faria de Caravilho

Palavras-chave: VERSUS, Educação em Saúde, Participação Popular

O projeto Vivências e Estágios da Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) do Ministério da Saúde (MS) em parceria com Associação Brasileira Rede Unida reativado em 2011, têm como pressuposto estimular a formação de trabalhadores/as para o Sistema Único de Saúde (SUS). No estado de São Paulo, o projeto foi retomado em 2012, porém consolida-se no ano de 2014, com a mobilização e formação de uma comissão de estudantes, de diversas universidades e graduações, pensando em construir as vivências do projeto tendo como prerrogativas a educação permanente em saúde, multi e interdisciplinaridade, construção de redes, olhar vivo ao território e suas complexidades. O objetivo deste relato de experiência é descrever as vivências tidas durante a realização do VER-SUS na edição de inverno de 2015, com foco no projeto realizado na favela de Heliópolis, em São Paulo. Heliópolis nasce de uma trajetória de lutas e, como fruto desses movimentos, conta até hoje com um grande número de lideranças populares. Num breve resgate histórico, a região onde hoje fica a comunidade foi adquirida em 1942, pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) para abrigar seus associados. Desde então, o terreno passa por diversas vendas, permutas, divisões entre grandes empresas, públicas e privadas, com o objetivo de abrigar seus trabalhadores. Em 1970, a Prefeitura Municipal de São Paulo desocupa a favela de Vila Prudente

e aloca os moradores desabrigados nessa mesma região. Outros fluxos de ocupação vão tomando a área de Heliópolis, que cresce às margens do ABC Paulista e à mercê do descaso público, fazendo com que seus moradores se organizem em busca de direitos básicos e à vida. (SOARES, 2010) Durante o período passado em Heliópolis, o grupo do projeto VER-SUS vivenciou o território, suas histórias e singularidades, tendo como participante deste caminho a União de Núcleos e Associações de Heliópolis (UNAS), umas das organizações populares mais atuantes na região. A história do UNAS conversa diretamente com a da comunidade e com militância da população na conquista do direito à moradia e posse de terras. Além da luta habitacional, hoje o UNAS desenvolve ações que buscam a autonomia e cidadania dos moradores de Heliópolis, em parceria com diversos setores da sociedade, nos campos da saúde, educação, esporte, cultura e direitos humanos. No que tange a participação popular em saúde, desde as esferas de gestão a proposição de ações voltadas à assistência, a comunidade mostra-se participante, crítica e ativa. Dentro da gestão em saúde, e das prerrogativas da Lei n.º 8.142/90, as unidades de saúde possuem conselhos atuantes, que disputam as pautas e as necessidades da comunidade junto à gestão local. Entretanto, nas ações propostas à níveis de assistência, prevenção e promoção à saúde, observamos um grande distanciamento entre as falas da gestão e o vivenciado pela população - desde projetos de iniciativa popular, não-reconhecidos pela saúde tradicional, quanto serviços diferenciados de qualidade que não chegam até os moradores deste território. Durante a imersão conhecemos diversas ações em saúde, de iniciativa das lideranças locais que atinge e mobiliza a comunidade, tanto pela metodologia, linguagem e facilidade de acesso, mas que não dialogam com os serviços prestados pelos equipamentos

regionais. Entre estas ações, a que mais despertou o interesse entre os viventes, foi o projeto “Crack Zero”, que aposta em um novo tipo de cuidado à usuários de crack, tendo como eixos centrais a ressocialização do indivíduo e o uso de substâncias não-medicamentosas, como limão e café, como parte do cuidado. Mesmo não-reconhecido tecnicamente pelo setor saúde, é notável o caráter acolhedor e compromissado do projeto, o que nos faz colocar em discussão o “produzir saúde”. Estamos transpondo os muros das unidades e produzindo saúde, de todos, com todos e para todos? Quando conseguiremos envolver os atores sociais, ser pertencentes àquele território, nos comunicando e produzindo saúde a partir da potencialidade das pessoas? Em diversos momentos, tendemos a hierarquizar o saber, reiterando a supremacia do saber científico sobre o popular, o que acaba por nos alienar da realidade. (OLIVEIRA, 2014) O serviço de saúde possui grande dificuldade em se comunicar com a comunidade e muitas vezes, limitam suas ações, anulando parcerias com aqueles que deveriam ser parte viva da produção do cuidado. Na experiência em Heliópolis foi possível também perceber o distanciamento dos serviços com a comunidade durante a visita à Casa de Parto de Sapopemba. Questionou-se nesse momento a utilização deste equipamento, considerado referência nas práticas de parto humanizado na cidade de São Paulo, por gestantes moradoras de Heliópolis, uma vez que este localiza-se em território próximo à comunidade. Na ocasião, o serviço coloca que a principal demanda vem de outras regiões de saúde e em sua maioria, por mulheres de classe média. Enxergamos aqui outra exclusão da comunidade no que tange a participação e até mesmo na utilização de unidades de atendimento regionais, que deveriam ser construídas em conjunto e pensadas pluralmente, caminhando em

prol de espaços de encontros entre gestão e comunidade. Em saúde, tanto faz se usuários, trabalhadores ou gestores, enfim, se todos atuam ativamente nos encontros. Interferem. Por isso é que o trabalho em saúde acontece em ato, é um trabalho vivo em ato. Porque todos atuam uns sobre os outros no momento da produção do encontro. Todos disputam sentidos. Todos disputam projetos. E todos tomam decisões. Decisões diferentes dependendo do contexto e dos envolvidos. E por isso mesmo é que todos são gestores, todo mundo faz gestão. Do usuário ao secretário! (EPS EM MOVIMENTO, 2014) Diante de experiências significativas onde em um projeto como o ‘Crack Zero’ a comunidade têm total liderança e em outro como a Casa de Parto de Sapopemba, onde a comunidade não possui ao menos o conhecimento do serviço, percebemos a importância de se discutir e (re) pensar encontros e arranjos na produção de saúde. Estamos quebrando paradigmas, compartilhando saberes, cuidados, construções e efetivando o controle social em saúde? Estamos sendo bem-sucedidos nas relações entre comunidade-gestão, comunidade-trabalhador e comunidade-saúde? A escuta, a atenção, o interesse, o vínculo, o respeito e a responsabilização estão no cenário da saúde em Heliópolis? Fica desta experiência tais provocações.

VER-SUS NA RAPS E A (DES) CONSTRUÇÃO DA LOUCURA: EXPERIÊNCIAS, DIÁLOGOS E DESAFIOS NA SAÚDE MENTAL

Camila Tenório Ferreira, Alberis Luís dos Santos

Palavras-chave: VER-SUS, RAPS, Saúde Mental

APRESENTAÇÃO: A oitava edição das Vivências e Estágios na Realidade do Sistema

Único de Saúde (VER-SUS), construída pela comissão organizadora da Região Metropolitana do Recife (RMR), inovou a proposta da vivência, que trouxe o desafio de potencializar e fazer ser compreendida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no estado de Pernambuco (PE). Com o lema VER-SUS na RAPS: “Fazendo Ciranda na Roda da Loucura”, a edição de verão do VER-SUS PE RMR 2015 corroborou com os princípios e objetivos da portaria nº 3.088/2011, que instituiu e compreende a rede de atendimento para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e enfrentamento ao álcool e outras drogas, refletindo sob a égide da lei nº 10.216/2001 e os desafios na saúde mental em PE. Esta iniciativa surgiu como fruto de avaliações das vivências anteriores, onde se percebeu que, diante do impacto gerado pela vivência, os momentos de discussão destinados à Saúde Mental se mostravam insuficientes para contemplar toda a necessidade de debate e aprofundamento acerca do tema, além da necessidade de explicitar as particularidades da Reforma Psiquiátrica dentro da Reforma Sanitária. Sendo assim, faz-se importante pontuar que a proposta não se limitou a vivências nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas em toda a RAPS. Objetivou-se relatar a experiência de construção do VER-SUS na RAPS: “Fazendo Ciranda na Roda da Loucura”. Desenvolvimento Sabe-se o quanto ainda são escassas as experiências de vivências e estágios na RAPS durante os processos formativos. A partir disso, buscou-se criar uma proposta de VER-SUS em que seja permitido aos participantes conhecer a RAPS, reconhecê-la como um espaço integrante do SUS e referenciá-la como um novo espaço de aprendizagem. No período de construção da vivência, aconteceram formações políticas com a comissão organizadora envolvendo o tema da RAPS, com a proposta de preparar o grupo para conduzir a vivência junto

aos demais participantes. As formações abordaram a história da loucura, da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial e da RAPS, assim como aspectos históricos centrais para se compreender a nova abordagem proposta pela comissão organizadora do VER-SUS PE RMR. O VER-SUS na RAPS: “Fazendo Ciranda na Roda da Loucura” contou com a participação de 30 participantes, dentre os quais: 15 estudantes do estado de Pernambuco, 05 estudantes de outros três estados de três regiões distintas (Rio Grande do Norte, Mato Grosso e Pará), 05 companheiros do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) e 05 facilitadores. A vivência, que ocorreu em um processo de imersão teórica, prática e vivencial durante 13 dias, foi dividida metodologicamente em três módulos: como funciona a sociedade; rede de atenção psicossocial e papel do sujeito na história. No módulo de rede de atenção psicossocial foram discutidos os seguintes eixos temáticos: história da loucura e reforma psiquiátrica; atenção básica e matriciamento; atenção psicossocial especializada; saúde pública x saúde privada; reabilitação psicossocial e promoção da saúde. O mapeamento dos dispositivos de saúde em que foram realizadas as vivências partiu da necessidade de ampliar a percepção dos participantes no entendimento e funcionamento de rede, sendo realizadas vivências em três municípios pernambucanos: Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe e Recife. Foram realizadas vivências nos hospitais Ulisses Pernambucano e Geral Otávio de Freitas, no Serviço de Emergência Psiquiátrica Passos I, em leitos integrais do Hospital Evangélico, consultório na rua, em Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em Estratégias de Saúde da Família, em CAPS álcool e outras drogas, CAPS infantil, CAPS II e CAPS III. Destacamos o envolvimento do Núcleo Estadual de Luta Antimanicomial Libertando

Subjetividades, que teve papel fundamental durante o desenvolvimento desta edição, desde o surgimento da ideia, passando pelos primeiros planejamentos e processo de construção e durante toda a vivência. A presença de militantes do Núcleo na construção do VER-SUS na RAPS, com o conhecimento crítico da rede de serviços, seus funcionamentos e da Reforma Psiquiátrica foram de grande importância para repensar os eixos temáticos do metodológico e adaptá-los nesta edição inovadora do projeto. RESULTADOS: Divididos em grupos de vivência, os estudantes iniciavam o dia realizando as vivências nos dispositivos de baixa à alta complexidade da Rede de Atenção Psicossocial e no retorno ao alojamento, utilizando o método freireano de produção do conhecimento, realizavam leituras, estudos de caso, oficinas teatrais e atividades lúdicas, discussões em grupo, assistiam documentários relacionados às temáticas, problematizando o que foi vivenciado. Sendo assim, era possível realizar discussões aprofundadas sobre os dispositivos de saúde visitados, enxergando-os dentro da rede, problematizando seu papel na política e entendendo o que temos e o que queremos quando se trata do cuidado em Saúde Mental. Durante a vivência, observamos uma referida necessidade entre os participantes em se organizar politicamente no campo de defesa dos direitos sociais, da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, do movimento estudantil, entre outros. Destacando a Luta Antimanicomial como movimento estratégico para desmistificação da loucura, combate à opressão e segregação às pessoas em sofrimento mental, novos militantes versusianos foram surgindo no decorrer das vivências, legitimando, assim, o desafio do VER-SUS na RAPS em promover um debate horizontalizado na perspectiva de uma educação popular em saúde, da inclusão social, repensando a relação sujeito-rede-

direitos para fortalecimento do movimento antimanicomial congruente com os princípios de Universalidade, Equidade e Integralidade do SUS. Após a vivência grande parte dos egressos do projeto se aproximaram de coletivos, núcleos, associações e diretórios acadêmicos que tem como bandeira principal a luta por um SUS público, equânime e de qualidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Constatou-se que o VER-SUS na RAPS foi um importante espaço para formação crítica acerca do SUS, tornando-se um diferencial na trajetória acadêmica dos egressos do projeto, que serão os futuros trabalhadores das Redes de Atenção em Saúde. Os resultados observados no período pós VER-SUS possibilitaram afirmar a importância do VER-SUS na RAPS para o engajamento dos participantes egressos na construção de novas propostas equânimes junto aos movimentos estudantis, sanitários, psiquiátricos e conselhos municipais, revelando a positividade das vivências que somam forças nas redes de serviços em saúde e de intersetorialidade. Diante dos fatos experienciados com a articulação do diálogo sobre a RAPS, evidencia-se a importância da temática da Saúde Mental na dimensão problematizadora do VER-SUS, com efeito significativo nas atividades campanhas, reflexivas e pedagógicas, consubstanciando nas redes de trabalho pós-vivência. Portanto, trabalhar na lógica da Rede de Atenção Psicossocial como meio de despatologização e desinstitucionalização, atribuindo valor aos serviços substitutivos, imprimindo sentido à vida, desmitificando o que se entende sobre loucura na sociedade, tornou o VER-SUS na RAPS um potente instrumento capaz fortalecer o movimento de luta contra os retrocessos psiquiátricos e isolamento de subjetividades. Nesse sentido, a luta em prol da humanização psiquiátrica expressiu o compromisso do VER-SUS na RAPS em

dialogar com os diversos espaços culturais, de transformação dos agentes sociais, de forma a conscientizar sobre o processo de saúde-doença na desconstrução do paradigma da loucura.

VER-SUS TOCANTINS: CONTRIBUIÇÕES NA FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Igor Rodrigues Arouca, Mariane de Melo Costa, Rute Ramos da Silva Costa, Flavia Farias Lima, Vanessa Schottz Rodrigues

Palavras-chave: ver-SUS, Saúde, Educação

APRESENTAÇÃO: O projeto VER-SUS (Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde) é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida, com a Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS, com a União Nacional dos Estudantes (UNE), com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Seu intuito é garantir aos estudantes de graduação, residentes, estudantes de ensino técnico e integrantes de movimentos sociais a possibilidade de adentrar nos espaços administrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a partir disto construir um emaranhado de conhecimentos acerca da realidade que permeia nosso sistema. Sendo esta construção de caráter crítico, dinâmico e dialógico, que permite a permutação e o compartilhamento de saberes entre os viventes, facilitadores, comissão organizadora, unidades de saúde de nível primário, secundário ou terciário, gestores e comunidade. **OBJETIVO:** Este trabalho objetiva apresentar as atividades desenvolvidas nos estágios e vivências da segunda edição e de inverno do projeto Vivência e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) em Tocantins na cidade de Palmas. **DESENVOLVIMENTO:**

As atividades aconteceram entre os dias 03/08/2015 a 09/08/2015 contando com a participação de três categorias: viventes, facilitadores e comissão organizadora. Destes participantes, 25 eram viventes e 5 facilitadores, resultando em 30 participantes integrais às atividades durante a semana de vivência. Dos participantes, contamos com a representação de 8 federações do país: Tocantins, Goiás, Amazonas, Pará, Rio de Janeiro, Piauí, Maranhão e Minas Gerais e, ainda, da cidade de Brasília. As instituições de origem dos mesmos eram privadas, federais e estaduais. Alunos de graduação dos cursos de Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Gestão em Saúde Coletiva, Psicologia e Serviço Social. Os estágios e vivências concentraram-se na cidade de Palmas com eventuais visitas nos municípios de Tocantínia e Santa Tereza do Tocantins. As atividades foram realizadas por turnos, sendo as visitas ocorridas nos períodos matutinos e vespertinos dos correntes dias, enquanto os turnos noturnos eram reservados para avaliações dos dias de vivência e discussões acerca da atual conjuntura do Sistema Único de Saúde. Os locais dos estágios e vivências foram o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), Hemocentro Coordenador de Palmas (HEMOTO), Policlínica da Região Norte, Estratégia Saúde da Família (ESF) Loiane Moreno Vieira, Núcleo de Apoio a Saúde da Família- SUL (NASF-SUL), Capadócia (Comunidade Coqueirinho), Secretaria Estadual de Saúde, Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), Aldeia indígena Salto em Tocantínia, Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), Centro de Referência em Fisioterapia da Região Sul (CREFI-SUL), Hospital e Maternidade Pública Dona Regina, Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), Unidade de Pronto Atendimento Norte (UPA- Norte), Comunidade Quilombola de Barra do Aroeira e Assentamentos de São João e Mariano. Para otimizar as vivências, as facilitadoras,

junto da comissão organizadora, dividiram os viventes e facilitadores em três grupos e cinco subgrupos. Sendo os três grupos Ipê Rosa, Ipê Amarelo e Ipê Roxo e os subgrupos Cagaita, Buriti, Murici, Mangaba e Jenipapo. Fui escalado ao grupo Ipê Rosa e ao subgrupo Cagaita. **RESULTADOS:** O Projeto VER-SUS-TO permite aos participantes, sejam eles graduandos, técnicos ou residentes uma oportunidade ímpar de adentrar no Sistema Único de Saúde e o encarar nas diferentes esferas, como usuário dos serviços de saúde, como coadjuvantes nas práticas de saúde, como profissionais e futuros profissionais da área e como gerentes e gestores, ou seja, na construção e efetivação do sistema, na participação como prestador de serviço e na utilização enquanto usuário. O projeto permite a saída do mundo das conceituações pré-fixadas para o mundo da realidade, desta forma, garante aos participantes possibilidade de criação de suas próprias conclusões acerca da atual conjuntura do Sistema Único de Saúde, com isso, possibilita o exercício de aguçar o senso crítico dos participantes, tornando-se um agente potencializador de transformações equitativas às reais demandas sociopolíticas do país que envolvem a saúde e a educação. O VER-SUS-TO possibilita também o fortalecimento da atenção integral à saúde quando aproxima as profissões da saúde de forma a garantir o exercício e a consciência da importância da equipe multiprofissional nos setores da saúde, seja primário, secundário ou terciário, pois, os participantes, dentro de suas especificidades curriculares, contribuem para alguns objetivos comuns: conhecer, viver e efetivar o Sistema Único de Saúde, através de elucidações da atual realidade do SUS com olhares díspares de acadêmicos de diversos cursos da área da saúde e regiões do país. O projeto permite ainda, entender a potência que há na municipalização e como são fundamentais os princípios doutrinários do sistema como o princípio

da equidade, universalidade, integralidade, regionalização e hierarquização na construção de um sistema único e específico a cada situação. No VER-SUS-TO, estes princípios tornam-se reais aos olhos dos participantes em algumas ocasiões e irreais em outras. Contudo, observa-se enorme necessidade de fiscalização, apesar de tornarem-se reais, não significa efetividade, devido a sua irrealdade dentro de situações específicas como o acesso aos serviços de saúde que ainda não chega a cada micro área do país. Há comunidades extremamente negligências quando se trata do acesso aos serviços de saúde e dos determinantes básicos para obter o atual conceito fixado de saúde. Há necessidade de atentar os olhares às comunidades quilombolas, ribeirinhas, populações de bairros de ocupação e populações de assentamentos e ainda, quanto ao descaso com a saúde indígena. A expansão dos serviços de saúde deve acompanhar cada expansão socioespacial, sociocultural e política. Outra contribuição do VER-SUS-TO é garantir a manutenção dos arcabouços teóricos dos participantes através das discussões diárias ao final de cada expediente de estágio e vivência. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência de ver, sentir, respirar e tocar o Sistema Único de Saúde por uma semana, com certeza, é uma das melhores formas de conhecer como deve ser e como não deve ser o funcionamento do SUS. O VER-SUS-TO transmitiu situações e experiências que mostraram realmente o que é a realidade, garantiu a saída do participante de sua vida para entender que existem vários outros tipos de realidades, não só a que este estava acostumado a vivenciar, o que de fato contribuiu para a formação enquanto futuro profissional da saúde, para seu crescimento pessoal como pessoa e ser humano, e como cidadão, o incitando a ser um profissional cidadão que entenda as necessidades e demandas de sua realidade e consiga agir conforme for necessário.

VER-SUS: PERSPECTIVA DE UMA SAÚDE MAIS INTEGRAL PARA A POPULAÇÃO

Arianne Tiemi Jyoboji Moraes, Adriane Pires Batiston

Palavras-chave: estágio, equipe, saúde

APRESENTAÇÃO: O presente artigo aborda o primeiro projeto de Vivências e Estágios no Sistema Único de Saúde (VER-SUS). Realizado no ano de 2012, em Mato Grosso do Sul, teve como objetivo relatar sobre a participação de acadêmicos de diversas áreas da saúde, tendo em vista os princípios doutrinários do SUS, no trabalho em equipe interprofissional. O que é imprescindível para que haja um cuidado integral à população, no entanto, muitas vezes a prática em cada área de atuação torna-se segmentada. Essa fragmentação no atendimento agrava-se quando o serviço torna-se estritamente biomédico, tendo o médico como figura central e detentor de uma posição superior a outros profissionais. No entanto, quando se trata de atenção à saúde, partindo de uma ideia transdisciplinar, todos os trabalhadores são inclusos neste processo de serviço. Dentre os profissionais que poderiam estar inclusos nesses serviços estão os assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Todos esses são considerados profissionais da saúde, conforme a Resolução nº 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde. Quanto maior a composição de saberes para a produção do cuidado ao indivíduo, maior será a capacidade de enfrentar os problemas relacionados à saúde. Entretanto, quando existe a assistência em saúde focada apenas em um profissional como, por exemplo, em ações centradas em médicos ou enfermeiros, a produção

do cuidado não se torna integralizada e unificada em torno do usuário do sistema de saúde. Com o intuito de estimular a formação de profissionais mais aptos à demanda do SUS, foram realizadas algumas mudanças curriculares na graduação das áreas da saúde, sendo assim, o Ministério da Saúde (MS) criou em 2002 a Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais da Saúde cujo objetivo foi estimular o trabalho multiprofissional, valorizando a saúde coletiva e prestigiar o SUS. A partir destas ações e outras vivências correlacionadas, foi proposto o projeto VER-SUS/BRASIL em 2003, que teve como projeto piloto, uma vivência no Estado do Rio Grande do Sul, em 2002. Após um período de estagnação, foi lançada novamente mais uma edição do VER-SUS/ Brasil pelo MS em 2011 e 2012, com foco nas redes de atenção à saúde, mas principalmente na atenção básica, visto que é considerada a organizadora do processo de cuidado. O cenário de estágio foi proposto em regiões de saúde, portas de entrada, mapas de saúde, redes temáticas, entre outros. Desenvolvido o trabalho no estado de Mato Grosso do Sul, a primeira vertente do projeto ocorreu em janeiro de 2012, quando a secretaria de nove municípios se dispôs a apoiar o projeto. As cidades em que ocorreu o VER-SUS foram Campo Grande, Rochedo, São Gabriel do Oeste, Ivinhema, Costa Rica, Maracaju, Dourados, Corumbá e Ladário. Cada cidade recebeu um grupo de 5 a 7 pessoas, exceto Campo Grande e Dourados, as quais receberam 8 e 3 grupos respectivamente, com aproximadamente 5 a 7 pessoas em cada grupo. Esses grupos foram direcionados às cidades de vivências de acordo com a sua origem, ou seja, os acadêmicos participaram em cidades diferentes da de origem. As inscrições para o projeto foram amplamente divulgadas pelas redes sociais nos meses de dezembro e início de janeiro. Através da lista de inscritos

disponibilizada pela organização do projeto, foi possível constatar que neste período, através do site versus.otics.org, foram realizadas 122 inscrições de acadêmicos da área da saúde para a modalidade estudante e 26 para a modalidade facilitadora. Dentre os inscritos na modalidade estudante, 109 representavam o sexo feminino e 13 o sexo masculino. E ainda, 67 eram de faculdades particulares e 55 de faculdades públicas. Todos residiam no estado de Mato Grosso do Sul. Na modalidade estudante, constavam inscritos de 9 áreas diferentes em saúde, sendo 62 da enfermagem, 34 da fisioterapia, 8 da farmácia, 7 da medicina, 3 da psicologia, 3 da nutrição, 2 da fonoaudiologia, 1 da medicina veterinária, 1 da pós-graduação em Saúde Coletiva e 1 da odontologia. Na modalidade facilitadora, encontravam-se 10 inscritos da enfermagem, 8 da fisioterapia, 3 da psicologia, 1 da odontologia, 1 da saúde coletiva, 1 da farmácia e 2 da medicina. Considerando as duas modalidades, houve desistência de 21,31% dos candidatos, dentre esses, o acadêmico de medicina veterinária, sendo assim, o número de participantes do VER-SUS no estado foi de 96 estudantes, englobando 8 distintas áreas da saúde e 7 instituições de ensino. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** O trabalho interprofissional envolve um processo de cooperação que engloba um conjunto de habilidades, saberes e atividades especializadas, que quando se relacionam proporcionam uma assistência à saúde mais integralizada. Isso é importante, pois quando se trata de apenas uma área da saúde não é possível lidar com todas as dimensões que englobam as necessidades em saúde de cada indivíduo. Apesar de a saúde no Brasil ter ganhado novos rumos, as universidades ainda formam separadamente os profissionais que precisarão trabalhar juntos, baseando-se na organização disciplinar e nas especialidades, o que resulta em um estudo fragmentado dos agravos em saúde do indivíduo, e

assim, são formados profissionais que dominam diversas tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com os aspectos subjetivos da população como os morais, sociais e culturais. Deste modo, é importante que haja a adequação do ensino, para a construção de processos de trabalhos e competências profissionais mais fortalecidas, integrando o ensino à realidade dos serviços do SUS. Nesta primeira edição do VER-SUS, que ocorreu em Mato Grosso do Sul, considerando apenas os dados dos inscritos na modalidade estudante, pode-se constatar que a maior parte, 50,81%, dos acadêmicos era do curso de enfermagem. O grande interesse desses acadêmicos pelo projeto poderia estar relacionado ao fato de a profissão integrar a equipe de ESF. No entanto, essa relação torna-se duvidosa quando comparada ao número de acadêmicos de outras áreas, como a medicina e a odontologia, que mesmo fazendo parte da equipe representaram uma minoria inscrita. A pouca procura por esses acadêmicos (medicina 5,73% e odontologia 0,81%) é preocupante, quando a ideia é estimular o trabalho em equipe na atenção básica. Esses dados foram similares à pesquisa realizada por Silva et al., na qual foi constatado que os estudantes dessas áreas ainda apresentam uma resistência à atividades que visam à aprendizagem do trabalho em equipe interprofissional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Para uma assistência em saúde mais íntegra é necessário que se exerçam as diretrizes que o SUS preconiza, como um atendimento que vise à universalidade, equidade e à integralidade. Contudo, quando observamos a real situação do país percebemos alguns déficits, os quais devem ser trabalhados e isso ocorrerá com as lutas sociais, os usuários, os profissionais da saúde e os gestores. O VER-SUS provoca os acadêmicos para que eles reflitam sobre a sua formação e as necessidades de mudanças no atendimento

realizado no SUS, buscando formar profissionais mais favoráveis ao trabalho em equipe, aos trabalhos preventivos e de promoção em saúde, com um foco maior nas necessidades dos indivíduos. A interação com outros estudantes proporciona a troca de conhecimentos, a cooperação entre os futuros profissionais da saúde e a conscientização dos deveres de cada profissão. Além do que, o trabalho em equipe interprofissional minimiza a sobrecarga de algumas profissões.

VERSUS COMO ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DA COMISSÃO ORGANIZADORA, EM FORTALEZA-CE

Milena Bezerra Oliveira, Suziane Cosmo Fabricio, Luis Fernando de Souza Benicio, Charlliane Fernandes Gonçalves Ribeiro, Itanna Vytoria Sousa Serra, Paula Jordânia Paixão de Souza, Tila Carolina Bezerra Goes

Palavras-chave: VERSUS, Formação Profissional, Educação Permanente

APRESENTAÇÃO: Por meio desse texto, socializamos as possibilidades do projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), como estratégia de educação permanente, utilizada em Fortaleza-CE. Visualizando-o por meio do olhar da comissão organizadora local, que vivenciaram e, atualmente, constroem as imersões e os seminários. Referido projeto foi idealizado a partir dos Estágios Interdisciplinares de Vivência (EIV), sua realização iniciou no Rio Grande do Sul, somente com estudantes de Medicina. No município supracitado, a primeira vivência aconteceu em 2002, momentaneamente houve uma pausa na execução a nível estadual, retomando em 2012, nos moldes da Política de Educação Permanente em Saúde, instituída em 2004, pelo Ministério da Saúde. É vinculado a Rede

Unida e é custeado com financiamento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), via submissão de projeto. O VER-SUS propõe vivências no cotidiano do SUS, refletindo sobre as potencialidades dos territórios e a efetivação dos princípios do SUS, contribuindo para a formação de graduandos, estudantes tecnólogos, residentes e movimentos sociais. Visa fortalecer o trabalho em equipe, o diálogo com outros protagonistas do cuidado e as diversas formas de produção de saúde, desconstruindo concepções limitadas acerca da saúde pública. Consideramos, nesse processo, a valorização de militantes para o SUS, forjando atores que busquem qualificar o sistema de saúde. Acreditamos que todas as categorias profissionais são essenciais, edificando a ideia de que as múltiplas esferas da vida são interligadas e que, dessa forma, faz-se necessário discutir acerca dos determinantes de saúde. Para este texto, pretende-se resgatar aspectos do VER-SUS como mecanismo de educação permanente, colaborando para a formação dos sujeitos supracitados. Compreendendo o princípio fundamental da epistemologia freiriana. É nesse sentido que o VER-SUS é potente, pois se pensamos a partir do contexto, no qual nos inserimos, faz-se necessário imergir em diferentes concretudes. Muitas vezes é preciso sentir para entender, apropriar-se das múltiplas realidades. Traçamos o desenvolvimento desse trabalho por meio de vivências como comissão organizadora e participante locais, do referido projeto. Além disso, utilizamos nosso acúmulo teórico acerca da educação permanente, dos assuntos abordados durante as vivências e das discussões fomentadas no decorrer de nossos encontros. Durante a vigência do VER-SUS os sujeitos ficam imersos pelo período de nove e quinze dias, alojados coletivamente. A dinâmica do VER-SUS compreende visitas em instituições e espaços promotores de saúde, englobando todos os níveis de atenção,

além de populações específicas como, por exemplo, tribos indígenas, assentamentos do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), a Rede de Urgência e Emergência. Além disso, compreende-se a necessidade de partilhar, de trocar saberes; impressões; sensações. Por isso, realizamos rodas de conversas sobre os assuntos trabalhados durante o dia. Utilizamos, em todos os espaços relacionados ao VER-SUS, metodologias participativas, trabalhando em roda, resgatando as poesias, as cirandas, embalados em músicas e afetividade. **METODOLOGIA:** A metodologia que usamos é embasada na educação permanente, entendendo que a formação não deve ser dissociada da prática cotidiana, tampouco deve ser somente após ingressar como profissional de saúde. Todos esses processos de organização não acontecem de forma estéril, mas são momentos ricos de debates e reflexões sobre o que se pretende, sobre a melhor forma de se conduzirem os processos, sobre as respostas que precisam ser dadas à sociedade, cuidados com relações interpessoais e articulações institucionais são riquezas difíceis de traduzir em palavras. Estivemos, enquanto comissão organizadora, presentes em muitos momentos, apoiando no que foi necessário e auxiliando o andamento dos processos, cuidando de cada atividade. Decidimos que iríamos participar ativamente, com o intuito de reavaliar essa vivência, dispomos a afetar e sermos afetados novamente, compreendendo que cada coletivo têm suas especificidades no modo de caminhar. Estivemos novamente imersos, não somente durante os dias da vivência, mas no processo de elaboração, nas reflexões e nas memórias necessárias para elaboração desse relatório e acessamos também nossa vivência, revivemos sentimentos e somos novamente tocados, sensibilizados para o potencial transformador do VER-SUS. **RESULTADOS:** Acreditamos que nossos resultados e avaliações são bastante

positivas, reforçando o SUS que desejamos, o proposto pela Constituição de 1988. Consideramos que o empoderamento, assim como a consciência é um processo individual, mas que pode ser construído coletivamente. A proposta é desconstruir lentes, transformar. É incrível o quanto saímos revigorados, sensibilizados com a vivência do VER-SUS, compreendendo para além do funcionamento das unidades, mas sua dinamicidade, as pessoas envolvidas, articulando e considerando a historicidade dos espaços e dos movimentos é que conseguimos transvêr das pessoas e das instituições. O aprendizado não é dado, mas é vivencial. Essa vivência contribui, por exemplo, na ampliação da compreensão de saúde, entendendo que a saúde e seu cuidado estão além dos equipamentos e das políticas de saúde, sendo necessário levar em consideração que a natureza, a fé, a religiosidade e a crença andam de mãos dadas no processo da promoção da saúde. É difícil explicar com palavras sensações que perpassaram os sentidos, pois o amor presente no brilho dos olhos no processo do cuidado, da solidariedade, move para viver e sentir tais experiências. Nesse processo, deparamo-nos com viventes abertos a todos os momentos, pessoas que foram sensibilizadas pelas situações vivenciadas, bem como sujeitos que não se visualizaram nesse local. Vimos o companheirismo, os vínculos sendo formados, indivíduos que resignificaram seus pensamentos. Superamos os impasses, conseguimos horizontalizar as relações, interagimos com os viventes, fomos viventes. O VER-SUS é um projeto estimulador e instigante. Acreditamos que a experiência proporcionada pela vivência do VER-SUS é única. O que nós aprendemos, vivenciamos, conhecemos, compartilhamos e partilhamos não encontraremos algo similar em nenhum outro lugar. É interessante o quanto se cresce no contato com o outro profissional, o outro pessoa, o outro amigo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Quando chegamos ao final de todas estas vivências é possível perceber o quão múltipla pode ser uma cidade como a nossa, e, o quão limitado pode ser a nossa visão dela e tantos outros aspectos. Foi de extrema importância visitar os diversos equipamentos e vidas, e conhecer a multiplicidade do potencial humano. Este foi, acreditamos, um dos maiores ganhos que o VER-SUS nos trouxe e ressaltamos a importância da efetiva participação da comunidade e dos viventes na construção e/ou fortalecimento de uma visão crítica no grupo. Surpreendemo-nos bastante, mas as vivências têm essa característica, possibilita-nos agigantar os sentimentos, partilhar as lentes, aguçar os olhares, conhecer as múltiplas realidades, estar sensível e aberto.

VERSUS: UMA IMERSÃO MULTIPROFISSIONAL NA REALIDADE DO SUS

Raphael Moraes da Rosa, Talitha Demenjour Silva, Talita Demenjour Silva, Renata Andrade Santos, Renato Miguel Resende, Giovane Oliveira Vieira

Palavras-chave: Ver-SUS, Sistema único de Saúde, multidisciplinaridade

INTRODUÇÃO: O VER-SUS é um programa de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde proposto pelo Ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida, com a Rede Governo Colaborativo em Saúde/UFRGS, com a União Nacional dos Estudantes (UNE), com o Conselho Nacional das Secretarias de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Iniciou-se no ano de 2002 no Rio Grande do Sul e no ano de 2004 foi expandido para outros estados do Brasil. No Rio de Janeiro, ele ocorre uma vez por ano desde 2011, com a duração de doze dias. O objetivo do projeto

é valorizar e potencializar o compromisso ético-político dos participantes no processo de implantação do SUS, permitindo que os mesmos tenham um maior contato com os seus princípios e contribuindo na ampliação do conceito de saúde e no amadurecimento da prática multiprofissional e interdisciplinar, assim como para a integração ensino-serviço-gestão-controle social. Entende-se que ele é uma ferramenta para fomentar a discussão e luta por um sistema de saúde amplo e que entenda e cuide dos seus usuários de forma holística. O trabalho tem como objetivos relatar e analisar a experiência ocorrida no município do Rio de Janeiro no período de 26 de junho a 6 de agosto de 2015 e destacar a importância dos modelos de estágios de imersão na formação de futuros profissionais de saúde e atores sociais. **DESENVOLVIMENTO:** Um grupo de quarenta e quatro viventes foi subdividido em quatro áreas programáticas (AP), tais quais AP 2.1 que faz cobertura dos bairros de Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal; AP 2.2 que faz cobertura dos bairros do Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel; AP 3.2 que faz cobertura dos bairros de Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho; e AP 5.3 que faz cobertura dos bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba cada qual com dez viventes, um facilitador, que era um vivente de edições anteriores responsável por orientar os demais e um apoiador, que era um membro do Centro de Estudo da respectiva área e atuava como uma ponte

entre os viventes e a unidade. Todos, exceto os apoiadores, ficaram alojados num mesmo hotel, onde tinham a oportunidade de compartilhar as experiências vividas em cada uma das áreas programáticas. O grupo foi formado por discentes das mais variadas áreas de conhecimento tais como direito, gestão pública, design de interiores além dos da área de saúde (medicina, enfermagem, terapia ocupacional e psicologia), seguindo assim, a lógica da formação de equipe multidisciplinar em saúde. Ao longo dos dias foram visitados diversos cenários inseridos nos diferentes níveis de complexidade, desde a atenção básica a gestão. O roteiro de visitas foi construído de forma que primeiro víssemos como funciona a gestão central e o contexto histórico da cidade do Rio de Janeiro e depois passássemos por unidades dos diversos níveis de complexidade em saúde, iniciando na atenção primária e terminando na alta complexidade, incluindo também os serviços de atenção psicossocial. Todas as noites, o retornar ao hotel, realizava-se discussões e debates a cerca da vivência do dia. A dinâmica das discussões envolvia pequenos grupos e depois a plenária com todos os participantes. E em seguida, cada participante elaborava um relato no qual expressavam suas reflexões acerca do que vivenciaram naquele dia enviando o mesmo no formato de portfólio para a plataforma do programa (OTICS). Um dos mais importantes momentos de socialização do grupo ocorria durante as refeições. As refeições matutinas eram realizadas no próprio hotel, as vespertinas em restaurantes próximos dos locais de vivência e as noturnas em um restaurante próximo ao alojamento, sendo estes espaços utilizados para trocas informais de experiências e também, para estreitamento de vínculos entre os estudantes. O programa inseriu os viventes em atividades culturais e esportivas como visitas ao Museu de Arte do Rio de Janeiro (MAR), caminhada pelo

forte de Copacabana, atividades físicas socioeducativas, visitas ao Museu da Vida e Bibliotecas na Fiocruz colocando em pauta a visão de saúde ampliada fundamental para a concepção do SUS. No último dia, os grupos realizaram uma apresentação, em formato livre, aos representantes da secretaria municipal de saúde e da comissão estadual do projeto, mostrando criticamente o que aprenderam durante a vivência. **RESULTADOS:** A participação de estudantes de diversas graduações desde a área da saúde e outros cursos tais quais direito, design de interiores e gestão pública proporcionou uma rica troca de experiência assim como quebras de paradigmas interprofissionais. Em cada debate e visita, muitas visões equivocadas sobre assistência e funcionamento do sistema único de saúde foram desconstruídas. Foi nítida a percepção da necessidade dos profissionais trabalharem intersetorialmente a fim de que se possa construir um SUS mais forte e unido, sendo este um dos maiores legados que o VER-SUS nos deixou. Foi possível a cada indivíduo uma autorreflexão sobre o seu papel como agente transformador da sociedade estimulando assim sua pró-atividade política social não antes percebida ou experimentada pelos viventes. Ao final do estágio cada equipe realizou um relatório multidisciplinar acerca de sua experiência e que foi enviado ao Ministério da Saúde e seus demais parceiros. Esse relatório objetiva trazer os aspectos importantes da vivência e propor melhorias para o município visitado. **CONCLUSÃO:** Acreditamos que o programa tem uma contribuição importante na formação do indivíduo enquanto agente social, e principalmente, para o sistema de saúde que carece de profissionais com visão ampliada de saúde, cientes que a integralidade do cuidado, a universalidade e a equidade são princípios que estão intimamente associados à qualidade do atendimento oferecido e a capacitação

profissional. Baseado nesses pressupostos propõe-se que o Ver-SUS tenha uma maior divulgação com a finalidade de acessar um maior número de profissionais em formação e incitar reflexão e inserção do sujeito no sistema único de saúde. É importante também que haja uma ampliação do projeto, estendendo para municípios do interior, principalmente aqueles que abrangem as diversidades populacionais tais como quilombolas, ciganos, indígenas dentre outros grupos, evidenciando que a população brasileira possui uma formação populacional diversificada e heterogênea, e a inserção de acadêmicos nesses cenários viabiliza uma vivência diferenciada e única. Faz-se necessário também a inclusão de indivíduos que ainda não adentraram na universidade, mas que já nutrem interesse em conhecer nosso sistema de saúde, colocando em prática uma das diretrizes do SUS que é a participação e controle social.

VIVÊNCIA INTEGRADA NA COMUNIDADE: O APRENDIZADO EM SERVIÇO NA ESCOLA MULTICAMPI DE CIÊNCIAS MÉDICAS DO RIO GRANDE DO NORTE

Lucas Pereira Melo, Tiago Rocha Pinto, Ana Luiza Oliveira Oliveira, George Dantas Azevedo

Palavras-chave: educação Médica, Integração Ensino-Serviços e Comunidade, Atenção Básica à Saúde

APRESENTAÇÃO: Trata-se de um relato de experiência sobre o processo de implantação e execução de um inovador módulo teórico-prático desenvolvido dentro da estrutura curricular do curso de graduação em medicina da Escola de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN) na cidade de Caicó, Rio Grande do Norte (RN). O módulo “Vivência Integrada na Comunidade” (VIC) é parte

integrante e obrigatória na grade curricular dos 40 alunos ingressantes no curso a cada ano. Desenvolvido do 2º ao 8º semestre do curso, sendo dividido em sete blocos mensais de 120 horas de imersão nos cenários da Atenção Básica à Saúde de oito municípios da região do Seridó potiguar e paraibano. Os blocos que antecedem o período do internato, iniciado no 9º semestre do curso, obedecem a uma organização sequencial com diferentes objetivos e em grau crescente de complexidade. Sua organização requer também a articulação prévia junto a gestores municipais e trabalhadores da saúde, pautada por negociações e pactuações que envolvem diversos atores e instâncias. Operacionalizado dentro da área da Saúde Coletiva, a integração ensino-serviços e comunidade demanda a organização de docentes e apoiadores da área em espaços de reunião e supervisão de campo, assim como na oferta de disciplinas teóricas e laboratórios de habilidades exigidas durante o período de experiência. **DESCRIÇÃO DO TRABALHO:** A escolha dos municípios sede das atividades obedeceu a lógica multicampi do próprio curso, além de respeitar os municípios de origem da maioria dos alunos e onde residem seus familiares. Assim, 40 unidades básicas de saúde dos municípios de Caicó, Currais Novos, Santa Cruz e São João do Sabugi e Ipueira no RN e Patos, Pombal e Sousa na Paraíba passaram a receber 40 alunos do curso de medicina em vivências mensais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A partir dos acordos firmados, cada aluno passa a experimentar a rotina de atendimentos de uma UBS e de tudo aquilo que permeia o processo de trabalho, como: o trabalho em equipe, a integração com o território e com os outros níveis de atenção, a requisição de exames e encaminhamentos, a participação de ações cotidianas e campanhas de saúde, entre outras. A cada bloco diferentes objetivos e propostas são traçados, configurando uma estratégia de aprendizado em serviço

que se coaduna aos preceitos orientadores de uma formação profissional atrelada as características e particularidades do SUS. Além de acompanhar o cotidiano assistencial em serviço, os alunos recebem a supervisão semanal de um docente da EMCM, além do trabalho de preceptoria realizado pelo médico e demais profissionais das equipes de saúde. As supervisões são agendadas conforme as singularidades de cada UBS e disponibilidade de deslocamento do docente durante a semana. Às sextas-feiras, os alunos retornam à EMCM para participarem dos momentos teóricos que compõem o módulo, assim como em outras atividades e ações que se mostrem necessárias. Resultados: Pode-se afirmar que desde o início dos trabalhos a EMCM já conseguiu fomentar inúmeras ações nos cenários da AB destes diferentes municípios. Entre estas, ressalta-se sua missão de potencializar a formação e fixação de profissionais médicos na região do semiárido nordestino além de qualificar as práticas profissionais e o cuidado em saúde ofertado à população. Os instrumentos de avaliação e rodas de conversa revelaram que a experiência foi em sua grande parte positiva, contribuindo de modo significativo para consolidar conhecimentos teóricos obtidos no estudo individual e espaços de discussão coletiva em sala de aula, bem como uma oportunidade única de aprendizado na concretude do SUS com todas as suas potencialidades e fragilidades. Apesar disso, os (as) alunos (as) também manifestaram sentimentos de descontentamento frente a percalços e problemáticas que se apresentaram no caminho, como: a precariedade das instalações das UBS, a falta de insumos e medicamentos, a dificuldades de diálogo e interação com o preceptor médico, a não participação em grupos, atividades de educação em saúde e ausência de matriciamento e equipamentos sociais que qualifiquem a assistência, ociosidade no período de vivência, entre

outras. As ponderações entre o que é positivo e negativo na experiência trazida pelos estudantes é estimulada pela figura dos coordenadores e docentes do curso que julgam fulcral a manutenção de canais abertos de comunicação e espaços periódicos de interlocução, qualificando assim o acompanhamento, avaliação e reformulação das atividades de modo constante e processual. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Neste momento, encontros docentes periódicos estão sendo realizados para dar início ao terceiro bloco do VIC, o que demanda, mais uma vez, novas rodadas de negociação e pactuação com os todos os envolvidos. Entre os trâmites, burocracias e ações que são requeridas na organização das atividades, estão a criação de convênios entre a EMCM e Secretarias Municipais de Saúde, além da realização de oficinas voltadas aos preceptores e gestores da Atenção Básica que abordam entre outras questões a importância dos momentos de supervisão, discussão de casos e outros mecanismos e aportes que dão sustentação ao papel formador do SUS. Seja no discurso dos alunos como dos próprios trabalhadores da rede de saúde das diferentes localidades, pudemos constatar o reconhecimento pela oportunidade de vivenciar de modo intenso a concretude do SUS em tudo aquilo que compreende suas fortalezas e fragilidades, bem como o estreitamento de relações com a EMCM e das possibilidades de construção de novas parcerias, a exemplo dos projetos de Mestrado Profissional e Residência Multiprofissional em Atenção Básica, já submetidos e em fase de análise, ambos com previsão para o início de 2016. Do mesmo modo, é notório que ainda restam inúmeros obstáculos e entraves a serem superados, principalmente em uma proposta permeada por múltiplas instâncias, atores e serviços. Além disso, a legitimidade e o sucesso das ações dependem da negociação de interesses distintos e de necessidades que não são homogêneas, mas que, ao

mesmo tempo, conferem a caracterização de um novo curso de graduação em medicina que já nasce com uma proposta pedagógica diferenciada e concatenada as idiosincrasias da realidade brasileira. Assim, temos convicção de que estamos traçando uma história comprometida com um modelo de formação atenta e compromissada com a população, mas que também é forjada na concepção de um aluno que tenha capacidade crítico-reflexiva para pensar e atuar imbuído de autonomia e responsabilidade social.

VIVÊNCIA INTEGRATIVA DE UM GRUPO DE IDOSOS COMO FERRAMENTA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Aline Maria Monteiro da Silva, Jéssica Rodrigues dos Santos, Tamiris Albuquerque Martha, Janaína Maria Alves Campos, Janaína Maria Alves Campos., Jeane Constantino Pereira, Thainá Rayane Bezerra Vieira

APRESENTAÇÃO: A Educação Popular em Saúde é concebida como a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o dia-a-dia do trabalho – ou da formação – em saúde de forma reflexiva através das relações concretas que operam realidades e que possibilitam a construção de espaços coletivos e partilhados. Tomando como pressuposto essa concepção teórico-metodológica encontra-se o programa Mais Saúde na Comunidade. Este é uma atividade de extensão da Universidade Federal da Paraíba que possui como principal cenário de práticas a comunidade do Grotão na cidade de João Pessoa-PB, tendo como uma de suas frentes de participação social o Grupo de Idosos (GI), no qual, são realizados encontros semanais e diferentes temas são discutidos de forma educativa, lúdica e ativa. A partir dessa perspectiva, a clássica

imagem do idoso dependente e isolado do convívio social tem sido transformada com a definição de envelhecimento ativo, que procura desconstruir o paradigma imposto pela cultura da sociedade brasileira. Com isso, os idosos são incentivados a adotar hábitos de vida mais saudáveis, tornando-se responsáveis pelos cuidados com a própria saúde. O programa Mais Saúde na Comunidade possui caráter interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional, desenvolvendo suas ações por meio de quatro projetos: Projeto Educação Popular e Saúde do Trabalhador (PEPST), Projeto Promoção da Saúde em Comunidades com Ênfase na Estratégia Saúde da Família, Fisioterapia na Comunidade e Projeto Acesso Cidadão: práticas integrais e interdisciplinares para inclusão da pessoa com deficiência ao lazer, esporte, arte e cultura. Neste último, são promovidas práticas integrais e interdisciplinares de promoção à acessibilidade da pessoa com mobilidade reduzida. As atividades são realizadas na praia do Cabo Branco, orla marítima de João Pessoa, e no Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). O projeto, que também prevê o acesso à jogos esportivos, lazer e cultura, é resultado de uma parceria da Prefeitura Municipal de João Pessoa (PMJP), por meio da Secretaria de Planejamento (SEPLAN), com a Fundação Casa José Américo; a ONG (Assessoria e Consultoria para Inclusão Social); e a Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD). João Pessoa, diferente de outras cidades brasileiras, é a única que está implantando um programa mais amplo de atividades. Além do acesso ao mar por meio de 13 cadeiras anfíbias, dois caiaques adaptados e duas pranchas de surf também adaptadas, o projeto irá disponibilizar duas handbikes, dois kits de bocha, um kit de vôlei sentado e uma esteira que também garante o acesso dos cadeirantes até o mar. O trabalho ainda conta com a participação de estudantes

voluntários da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e do Centro Universitário de João Pessoa (Unipê). **OBJETIVO:** Descrever a vivência integrativa do Grupo de Idosos do Programa de Extensão Popular Mais Saúde na Comunidade no Projeto Acesso Cidadão situado na Praia de Cabo Branco (João Pessoa – PB), à partir do olhar de seus atores: extensionistas e idosos. **METODOLOGIA:** O Programa Mais Saúde na Comunidade disponibilizou um micro-ônibus para buscar os idosos no bairro do Grotão e levá-los ao Acesso Cidadão na praia de Cabo Branco. O percurso para chegar à praia foi bastante dinâmico, pois todos se divertiram com cantigas de roda e brincadeiras. Chegando à Orla de Cabo Branco o grupo dirigiu-se para a Fundação José Américo onde o Programa foi apresentado para o público presente que incluía as pessoas com mobilidade reduzida e seus acompanhantes, idosos e extensionistas. Foi aberto um espaço para discussão, reflexão e sugestões. Depois disso, o grupo se dirigiu ao ponto de apoio do Projeto Acesso Cidadão na praia, onde ficam os equipamentos utilizados na atividade. Os idosos participaram de uma prática de alongamentos e caminhada, entraram no mar, observaram o trabalho realizado junto às pessoas com deficiência, caracterizando um espaço de troca de experiências e solidariedade. Além disso, foi oferecido um lanche coletivo e os idosos puderam dançar e se integrar ao som de músicas cantadas por uma das pessoas beneficiadas pelo projeto Acesso Cidadão. **RESULTADOS/IMPACTOS:** Os resultados dessa experiência apontam para a importância do envelhecimento ativo para uma boa qualidade de vida das pessoas idosas. Compreendendo qualidade de vida como o direito à condições de vida dignas, incluindo moradia, saúde, educação, cidadania, cultura e lazer, esta vivência possibilitou o acesso dessas pessoas ao lazer, pois puderam passear e visitar um local turístico da cidade em

que residem, mas que muitas vezes por dificuldades financeiras ou mesmo falta de acompanhantes não conseguem frequentar. “Maravilhoso”, “relaxante” e “ótimo”, foram palavras ditas pelos idosos como definição do dia atípico que passaram. Para alguns, este passeio foi magnífico, pois já não iam à praia há muito anos. Um passeio tão simples, a um lugar tão próximo que para alguns passa despercebido, mas que eles souberam valorizar e aproveitar ao máximo a vivência. Além disso, os princípios da amorosidade, troca de saberes e respeito estiveram presentes na ação, fortalecendo o vínculo e integrando os extensionistas com os idosos. O Acesso Cidadão é uma iniciativa que promove a acessibilidade das praias pessoenses às pessoas com deficiência e mobilidade reduzida. Mais do que esporte, cultura e lazer, esta ação torna o ambiente da praia um espaço democrático. Afinal, esta característica pode ser percebida na fala de um dos atores da experiência, quando diz que: “nós não somos deficientes, deficiente é o sistema.” **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Pode-se concluir que o profissional da saúde pública precisa conhecer a realidade dos aspectos físicos, mentais, sociais e demográficos das famílias, para que possa prestar assistência de forma integral, contínua e humanizada aos membros, devendo analisar as informações coletadas para elaborar o plano assistencial de acordo com a realidade da família, incluindo a assistência domiciliar como local de atenção e cuidado, a fim de alcançar as metas estipuladas junto ao plano de intervenção. Assim, participar das ações de extensão junto à comunidade possibilita a construção de um aprendizado contínuo que só quem extrapola os muros da universidade e se aproxima da realidade do povo consegue obter. Logo, a formação em saúde passa a ser reorientada e de fato voltada para as necessidades da população brasileira.

VIVÊNCIA INTERPROFISSIONAL NO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PARA O TRABALHO - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: PET-RAS

Vitoria Regina Quirino de Araujo, Taciana da Costa Farias Almeida, Gisetti Corina Gomes Brandão

Palavras-chave: Interprofissionalidade, Programa Educação para o Trabalho, Redes de Atenção à Saúde

APRESENTAÇÃO: Todos conhecemos a clássica formação em “V” dos voos das aves. Por que elas escolhem voar dessa forma? Para os estudiosos do comportamento das aves, na formação em “V”, o grupo inteiro consegue voar cerca de 70% a mais do que se cada ave voasse isoladamente. À medida que cada ave bate suas asas, ela cria uma sustentação para a seguinte. Quando a ave líder se cansa, ela reveza, indo para a fim do “V” e uma outra assume a liderança. As aves de trás grasnam para encorajar as da frente a manterem o ritmo e a velocidade. E assim elas seguem voando! Com a compreensão de que o trabalho em equipe é enriquecedor à todos e que aprofundar as discussões acerca de educação, saúde e trabalho são necessárias para a formação acadêmica, em março de 2013 começamos os primeiros contatos acadêmicos para a elaboração do Projeto do Programa de Educação para o Trabalho - Redes de Atenção à Saúde em uma parceria entre a Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, Universidade Estadual da Paraíba – UEPB e a Secretaria de Saúde de Campina Grande – SMS/CG, na Paraíba. **OBJETIVOS:** contribuir para o processo de formação dos alunos dos cursos de Enfermagem, Psicologia e Medicina da UFCG e Fisioterapia da UEPB, e qualificar por meio dos grupos de aprendizagem tutoriais os profissionais da Rede de Atenção à Saúde do município de Campina Grande, na Paraíba. Nessa proposta conjunta, fomos

capitaneados por uma docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, que demonstrou desde o início da sua atuação como coordenadora a sua capacidade de liderança, motivação e organização em todas as atividades desenvolvidas. De forma tranquila e fluida elaboramos o Projeto a ser submetido ao Ministério da Saúde e fomos contemplados em duas linhas: Doenças Crônicas (com ênfase em câncer de mama e colo do útero) e a linha SOS – Urgência e Emergência. Esse investimento acadêmico oportunizou desafios, oportunidades e conquistas, inicialmente para as tutoras, mas que se estendeu para a equipe de preceptoras, acadêmicos e por conseguinte para as usuárias e usuários das unidades de saúde de atuação do PET-RAS. No campo profissional, cada um de nós, saiu da zona de conforto, da visão e atuação disciplinar e exclusivista. O papel de cada uma das tutoras, teve início com o planejamento e elaboração do projeto inicial, teve prosseguimento com a redação do edital de seleção, seleção dos preceptores e alunos, definições acerca da metodologia do projeto. **METODOLOGIA:** Todas as questões operacionais para tal voo foram partilhadas por nós e a partir das vivências individuais, coletivamente definimos a metodologia do nosso PET-RAS que foi um dos diferenciais dessa vivência cheia de desafios. E esses foram muitos. Iniciamos essa experiência com 16 alunos do curso de Enfermagem, 11 de Fisioterapia, 12 de Medicina e 8 de Psicologia; 13 preceptoras dos mesmos cursos, e três tutoras; o que nos tornou uma equipe de 63 pessoas, com metas e objetivos a serem alcançados. A partir da articulação com a Secretaria de Saúde no início do projeto foi possível a escolha e distribuição das unidades de saúde a serem contempladas com o PET-RAS, e para tal, contamos com a disponibilidade dos preceptores da Rede de Atenção em Saúde para a

efetivação das ações como monitoramento da realidade do serviço e participação da equipe do PET-RAS. Como proposta metodológica, optamos por promover rodízios periódicos a cada dois meses, de forma que cada acadêmico pudesse vivenciar o fluxo e as diversas realidades da Rede de Atenção à Saúde. Inicialmente, os alunos foram destinados às unidades de saúde designadas aleatoriamente por nós tutoras. Nelas, cada aluno, em cada unidade denominada como unidade de origem, permaneceu por dois meses, em um período de aculturação com as demandas do serviço, identificação das maiores necessidades das unidades, engajamento com a equipe, no desenvolvimento de ações diversificadas, como rodas de conversa, palestras, dinâmicas, fortalecimento das campanhas e outras ações pertinentes às áreas dos acadêmicos, com vistas a oferecer aos profissionais dos serviços e aos usuários ações em educação em saúde e/ou intervenções próprias de cada categoria. Após dois meses, os acadêmicos faziam rodízio para outra unidade, a fim de conhecer in loco todo o funcionamento da Rede de Atenção em Saúde e as demandas de cada unidade de acordo com o seu nível de complexidade. Embora o estudante estivesse em realização de rodízio, havia uma vinculação com a unidade de origem, uma vez que na sua vivência inicial ele foi orientado por nós tutoras, a identificar as questões que pudessem ser problematizadas a fim de ser gerado um projeto de pesquisa em tal unidade. **RESULTADOS:** Nesse sentido, de forma conjunta, discentes, preceptoras e tutoras, realizamos diversas atividades de forma interprofissional nas unidades, acompanhamento de ações educativas até intervenções propriamente ditas, além de elaborarmos 10 projetos de pesquisa, os quais obtiveram aprovação nos Comitês de Ética das duas Instituições de Ensino, os quais tinham como objetivos principais a identificação de problemas passíveis de

serem sanados a partir de intervenções, com vistas a transformação da realidade da unidade de origem, sendo também estas as contribuições do PET-RAS. Entre as atividades, nós tutoras acompanhamos as atividades desenvolvidas pelas preceptoras e acadêmicos em encontros periódicos, fazemos as avaliações das ações e encaminhamentos dos tutoriais para identificação das questões a serem problematizadas e pesquisadas. Fomos ainda responsáveis pela elaboração conjunta de projetos de pesquisa, correções, ajustes e envio para os Comitês de Ética. Nos responsabilizamos também pela avaliação dos resultados obtidos e sua socialização em eventos e publicações em revistas. Assim a partir da metodologia por nós adotada, a equipe do PET/UFCG/UEPB/SMS-CG vivenciou o ensino, extensão e pesquisa, a partir dos rodízios nas diversas Unidades de Saúde, nos diferentes níveis de complexidade: Atenção Básica, (quatro UBSF), Unidades de Saúde como SAMU e UPA, Unidades Hospitalares, ala cirúrgica feminina, setor de quimioterapia e UTI de um Hospital Universitário. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Dessa forma, o fluxo da Rede foi vivenciado, pesquisado e compreendido. As diferentes realidades foram vistas e a prática da Educação para o Trabalho foi vivida por cada um, individual e coletivamente, disciplinar e interprofissionalmente, o que enriqueceu ainda mais tal experiência. Os acadêmicos de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina e Psicologia em sua permanência nas unidades puderam vivenciar a realidade local, os êxitos e necessidades do processo de trabalho, vivenciaram o trabalho em equipe, foram estimulados a aliar o conhecimento teórico e técnicos à prática e em condições não necessariamente favoráveis. A oportunidade da vivência interprofissional e, por consequência, o respectivo conhecimento e valorização das diversas áreas, fortaleceu o grupo a partir da compreensão de que o êxito é

resultado do esforço de todos. Cada um dos representantes dos cursos contribuiu com seus conhecimentos e áreas de atuação, e em linhas gerais, todos exercitamos sobretudo, a aprendizagem e o respeito mútuo dos conhecimentos, competências e habilidades. Assim sendo, o árduo e desafiador trabalho por ter sido construído e vivido coletivamente, possibilitou esforços conjuntos para a sustentação, o revezamento da liderança, o estímulo ao grupo, aspectos necessários para o êxito da proposta que fluiu em harmonia como o voo das aves.

VIVÊNCIA NA EDUCAÇÃO E SAÚDE CUBANA, UM DEBATE NA PRÁTICA

Roberta Silva de Paola, Gabriel Martins Cruz Campos, Giselle de Carvalho

Palavras-chave: cuba, atenção básica

APRESENTAÇÃO: O Núcleo Brasil-Cuba (NBC) é um estágio vivenciado na saúde e na educação pública de Cuba ofertado na etapa brasileira, para 20 estudantes de medicina pré-selecionados. Consiste em um programa de intercâmbio organizado a partir de um acordo bilateral entre a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM) e a Federação Estudantil Universitária de Cuba (FEU). Caracterizado como um intercâmbio de vivência e contato com as realidades distintas entre Brasil e Cuba, que incentiva o debate e a reflexão crítica sobre os diferentes sistemas de saúde, de educação, assim como sobre aspectos da diversidade social e cultural correlacionado ao sistema político-econômico de cada um. Cuba é um país que oferece saúde universal de qualidade e gratuita, baseado na defesa de saúde como direito de todos, dever e prioridade de governo. As políticas em saúde são edificadas em torno da Atenção Primária, sendo fundamental o controle social e a participação popular, na

garantia de um sistema de saúde adequado às necessidades da população. Isso levou a uma elevação dos indicadores de Saúde alcançando, por exemplo, a expectativa de vida de 79,3 anos, uma taxa de 4,2 mortos por mil nascidos vivos e ao índice de população subnutrida menor que 5% ao fim de 2013. O NBC proporciona a inserção dos estudantes em todos os níveis de atenção cubanos e nas diferentes áreas do cuidado, além do debate e troca de experiências entre os participantes, estudantes cubanos e a população. O Brasil tem como princípio norteador da saúde um sistema de saúde público, gratuito e de qualidade. Cuba representa através do investimento na Atenção Básica e do incentivo ao controle social um exemplo de como é possível alcançar com equidade uma excelente cobertura em saúde. **OBJETIVO:** O NBC visa à inserção do acadêmico na atenção primária para conhecer e refletir sobre os avanços e desafios dos dois sistemas de saúde, possibilitando enriquecimento humano-profissional e auxiliando na construção do nosso SUS. Ainda promove um amplo conhecimento da realidade cubana e uma profunda reflexão sobre os choques de realidades encontrados, fomentando ideias e discussões. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** As atividades se basearam no conhecimento das mais diversas áreas de saúde, conhecendo toda a rede inclusive no setor da saúde mental, ainda que com enfoque na Atenção Básica. É de suma importância ter em mente o processo histórico e social que culminou na criação desse sistema e que possibilita sua execução até os dias de hoje. Além disso, o sistema educacional, em especial a educação médica, também foi contemplado. O intercâmbio cultural entre DENEM e FEU faz com que as duas entidades estudantis estudem estratégias para se tornarem mais representativas. O estágio ainda traz como princípio a vivência em grupo em que os participantes se vêem

ligados a uma rotina coletiva em que todos compartilham dos mesmos deveres e privilégios onde as decisões são pautadas no princípio da democracia, mas sempre pensando no próximo. A ideia norteadora da vivência grupal é proveniente do modo de viver cubano, a fim de tornar a realidade dos participantes ainda mais intensa e próxima da vida cubana. As vivências se passam principalmente em Havana, a capital do país, onde realizamos visitas a consultórios, policlínicos, hospitais terciários e centros de atenção primária especializados, como o Hogar Materno para as gestantes. Há, inclusive, rodízio de plantões em policlínicos para observar um pouco da urgência e emergência do país. Visita-se ainda o interior e os CDR – “Comitês de La Defensa Revolucionaria” – que têm função semelhante ao controle social brasileiro –, mas que funciona na prática! Na rede de saúde mental há visitas ao Centro de Salud Mental que oferece o cuidado a pacientes com transtornos mentais leves, voltando-se para a promoção da saúde e prevenção de agravos e também, ao próprio hospital psiquiátrico. Na casa de los abuelos é possível conhecer pessoas que passaram por todo processo histórico da revolução cubana e entender como se dá o envelhecimento da população. Quanto ao sistema educacional, visitam-se Universidades tal qual a famosa Universidade de Havana e Escuela Latino Americana de Medicina, centro de formação internacionalista de profissionais de saúde. Outra parte da experiência se dá na província de Santa Clara, capital histórica do triunfo da revolução cubana e onde se encontram monumentos aos médicos revolucionários, e, é claro, pelos inúmeros centros históricos de Havana. **RESULTADOS:** Toda atividade dentro do NBC visa incitar o debate sobre as diferenças entre os sistemas de saúde pública cubana e brasileira, o processo histórico que culminou nessas diferenças e as perspectivas de mudanças. O Sistema

Cubano se assemelha em suas diretrizes ao brasileiro, com os princípios de Integralidade, Regionalização, dentre outros. O modelo é composto por Policlínicos: centros de saúde com diversas especialidades e pronto-socorro que cobrem uma população máxima de 20.000 pessoas e são responsáveis pelo suporte e referência de até 20 Consultórios Médicos de Família (CMF). Enquanto uma unidade básica brasileira trabalha com cerca de 10 profissionais que acompanham 4.000 pessoas, o CMF de Cuba trabalha com 1 médico e 1 enfermeira que realizam o acompanhamento de 1300 pessoas, muitas vezes acompanhados de um odontólogo. Além disso, encontramos um sistema sem filas, onde a equipe multiprofissional funciona oferecendo saúde de excelência para todos. A população possui, além do extenso conhecimento de como funciona seu sistema de saúde, uma grande formação de educação em saúde, tanto através dos meios de comunicação quanto das escolas. Chama atenção, em relação ao Brasil, a formação intensiva em defesa dos direitos das mulheres e da população LGBT, em especial na saúde. Assim, o contato com um sistema de saúde público de sucesso, fomenta ideias para o sistema brasileiro, além de enriquecer a experiência acadêmica e aguçar o senso crítico e capacidade argumentativa dos participantes. Ademais, a vivência grupal traz à tona a solidariedade, compaixão e coletivização das vivências, desconstruindo parte do individualismo enraizado em nós haja visto o modo como se estrutura a sociedade brasileira, um obstáculo inerente para a compreensão da sociedade coletivista e socialista cubana. Possuir uma condição de vida simples, porém com todas as necessidades básicas atendidas, com educação e saúde de qualidade e para todos, com alimentação subsidiada pelo governo e políticos representativos dos interesses da população, faz dos cubanos um povo feliz. **CONCLUSÕES:** As reflexões proporcionadas

pela experiência em um país onde o acesso à saúde é irrestrito assume grande relevância para a formação desses estudantes e, conseqüentemente, para a saúde pública do Brasil. Trocas de experiências como esta deve ser intensificada de modo a avançarmos nas mudanças em nosso sistema, não somente a nível educacional e de saúde, mas permitindo a reflexão sobre reformas que abranjam todo um sistema político e econômico brasileiros, pois só assim será possível revolucionar o processo de viver de um povo.

VIVENCIANDO A SAÚDE MATERNO INFANTIL NO PET-SAÚDE

Ariele dos Santos Costa, Osvaldinete Lopes de Oliveira Silva, Thanara dos Santos, Márcia Cristina Chita Espírito Santo, Valéria Rodrigues de Lacerda

Palavras-chave: educação, pet-saúde, materno infantil, SUS

APRESENTAÇÃO: O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é uma política indutora de mudanças na formação profissional na área da saúde, visando estimular práticas que contribuam para formar um profissional crítico-reflexivo, com habilidades para identificar, minimizar ou resolver problemas. A metodologia utilizada pelo PET-Saúde oportuniza aos estudantes da área da saúde vivenciar o SUS e conhecer o cotidiano das equipes de saúde em todas as áreas de atuação e em todos os grupos específicos. Dentre esses, o grupo materno infantil demanda ações contínuas de promoção da saúde, reforçando a atenção ao ciclo gravídico-puerperal e o crescimento e desenvolvimento da criança; momento especialmente oportuno para atuação transdisciplinar dos profissionais de todas as áreas da saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O PET - Saúde Materno-Infantil

da UFMS foi constituído de estudantes de Enfermagem, Medicina, Nutrição, Odontologia, Farmácia e Fisioterapia e priorizou o desenvolvimento de ações de intervenção e pesquisa no grupo materno-infantil em 6 Unidades de Saúde (3 Unidades Básicas Saúde da Família, 2 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Centro de Atendimento à Mulher e Centro de Especialidades Infantil) em Campo Grande – MS. Os estudantes tiveram a oportunidade de participar ativamente de atividades de educação, prevenção e promoção em saúde em conjunto com as equipes multidisciplinares de saúde das unidades. O público-alvo eram mulheres que iam às unidades para as consultas diversas e eram convidadas a participar de oficinas e rodas de conversa na sala de reuniões. Foram abordados temas de interesse como aleitamento materno, higiene oral, hábitos alimentares, planejamento familiar, alterações físicas durante a gestação, importância do pré-natal, a importância das cadernetas, crescimento e desenvolvimento infantil, entre outros. As presentes recebiam, além de orientações, kits oferecidos pelas unidades. Foi também desenvolvida uma pesquisa transversal com as mães para investigar os fatores associados ao comprometimento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de dois anos. As mães foram entrevistadas nas salas de espera sobre as condições socioeconômicas da família e práticas alimentares das crianças. Do cartão da criança foram obtidas informações sobre idade, peso, estatura e condições de nascimento. O estado nutricional foi classificado em escore para os índices estatura/idade (E/I) e peso/idade (P/I), segundo curvas de crescimento da OMS, 2006. As associações entre as variáveis foram analisadas pelo teste do Qui-Quadrado de Pearson, com significância de 5%. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Percebemos que o número de gestantes e puérperas

ainda é reduzido nas atividades, mesmo que essas sejam planejadas coincidindo com o retorno dessas mulheres as consultas. Tentamos lidar com a realidade encontrada, no caso das gestantes e puérperas, escutamos as queixas, observamos os cartões e as dificuldades existentes. O diálogo prevaleceu na promoção de saúde, pudemos pensar em propostas para as futuras intervenções conforme as dúvidas que elas demonstravam ter. Através deste espaço, oportunizamos pela conversa, as orientações e estímulos para o enfrentamento das dificuldades como para amamentar exclusivamente, conceito sobre o próprio leite, considerado como fraco ou pouco, além de demais aspectos que foram relevantes para o contexto. Encontramos novas formas de promoção da saúde, através da conversa informal, fora do consultório, fortalecendo o cuidado humanizado e integral, ampliando o conhecimento e as trocas entre estudantes, profissionais e comunidade, viabilizando um diálogo potencializador para o cuidado em saúde. O potencial de contribuição dos acadêmicos de diferentes áreas da saúde, com a teoria, vivências e experiências distintas aumentou durante as práticas. Além disso, os resultados da pesquisa nos mostraram alguns aspectos importantes sobre as condições socioeconômicas, de saúde e nutrição das crianças. Foram investigadas 209 crianças. 75% das famílias tinham renda mensal familiar de até 2 salários mínimos e 78% das mães estudaram até o ensino médio. De parto normal nasceram 50,7% das crianças e 81% eram cuidadas pela própria mãe todo o tempo. Quanto à amamentação, 95,1% dos bebês foram amamentados e 77,4% ainda amamentavam. Dentre os menores de 6 meses, 94,6% ainda estavam recebendo o leite materno, mas só 55,9% em aleitamento materno exclusivo (variando de 68% de 0 a 1 mês para 33% aos 5 meses). O Aleitamento Materno foi

de 62,6% em crianças com 6 a 12 meses e de 50,9% entre as crianças no segundo ano de vida. 13% das mães eram adolescentes; dentre estas 66,7% tiveram parto normal e 92,6% amamentaram. Quanto ao estado nutricional, 7,5% das crianças tinham peso baixo ou muito baixo, 7,5% peso elevado e 17,9% baixa estatura. A frequência no consumo alimentar diário das crianças maiores de 6 meses foi de: arroz (75,7%), feijão (80,4%), carnes (62,6%), frutas/sucos naturais (73,8), leite (62,6%), doces (18,7%), refrigerantes (9,3%), achocolatado (15,9%) e suco em pó (15%). Cerca de 7% dos menores de 6 meses já ingeriam outros alimentos como arroz, feijão, carnes, frutas, legumes e leite. Não amamentar foi associado ao uso de mamadeiras ($p=0,025$) e parto cesárea ($p=0,041$). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O PET- Saúde provou ser muito importante tanto para os acadêmicos quanto para os profissionais, pois além de propor intervenções, aprendemos a observar os impactos das ações em saúde e identificar as reais necessidades. Dentre elas, observamos que as famílias são em sua grande maioria de baixa renda, que existe uma elevada prevalência de baixa estatura entre as crianças e, embora as taxas de Aleitamento Materno Exclusivo e Aleitamento Materno estejam acima da média nacional, o número de crianças que já consome diariamente alimentos processados e ultraprocessados deve despertar a atenção e a preocupação das equipes de saúde local, fomentando a implementação de ações de prevenção às doenças crônicas não transmissíveis voltadas às crianças desde os primeiros anos. Ressaltamos a importância do fortalecimento do vínculo da equipe de saúde com as mães, praticando a escuta qualificada e compreendendo suas dúvidas e dificuldades acerca da amamentação e alimentação complementar, pois essas questões podem repercutir diretamente na saúde da criança. Por fim, ressaltamos que

a integração usuários-equipe-acadêmicos fortaleceu-se gradativamente no decorrer dos encontros, e podemos vivenciar de fato, a integração ensino-serviço-comunidade. O PET, portanto, constitui-se em uma importante estratégia que concretiza, de forma contextualizada no cotidiano real da saúde pública, o ensino, a pesquisa e a extensão na área da saúde. Sendo assim, sugerimos sua ampliação e fortalecimento para que todos os estudantes dos cursos da área da saúde no país tenham a oportunidade de uma formação mais qualificada para o trabalho em equipes multiprofissionais.

VIVÊNCIAS DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM NO ENSINO TRADICIONAL E METODOLOGIA ATIVA

Anderson de Araujo Martins, Pâmela Ribeiro Ramos, Patricia Lima Ávalos, Nathan Aratani

Palavras-chave: Aprendizagem Baseada em Problemas, Enfermagem, Formação Profissional

INTRODUÇÃO: É crescente a utilização de metodologias ativas na formação de profissionais da saúde, as quais são processos de ensino-aprendizagem que propiciam ao aluno a construção de um pensamento crítico-reflexivo, voltado para a realidade visando a solução de problemas, que reflitam sobre a sociedade e seus determinantes, buscando conciliar teoria e prática. Dentre essas estratégias pedagógicas, encontramos a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), a qual é uma proposta de ensino que procura a articulação de disciplinas voltada para a realização de práticas interdisciplinares e resolução de situações problemas com a aprendizagem centrada no aluno como autoconstrutor do conhecimento e o docente apenas um facilitador desse processo. O método ABP possibilita ao aluno um aprendizado

mais produtivo que o ensino tradicional, pois as disciplinas estão integradas entre si, combinando conteúdos do básico com o profissionalizante auxiliando os estudantes em suas práticas. Já no ensino tradicional os conteúdos são desenvolvidos de maneira isolada em disciplinas independentes umas das outras, resultando em um aprendizado fragmentado, onde o rendimento acadêmico é prejudicado, pois a associação de conteúdos muitas vezes não é alcançada. As discussões propiciadas pelas tutorias na solução de uma situação problema estimulam o discente a buscar diversos meios para a formação de uma opinião concisa sobre determinado assunto, fomentando no mesmo o interesse em aprender e incentivando a construção de um pensamento crítico capaz de refletir acerca do impacto do que fora exposto, com o cotidiano considerando os fatores que implicam na solução deste. Além do que foi mencionado pode-se salientar que as tutorias são essenciais na formação de profissionais enfermeiros como líderes, agentes comunicativos e capazes de trabalhar em equipe para lidar com as diferentes situações, características as quais dificilmente são encorajadas no modelo tradicional e também é fundamental para uma relação professor-aluno benéfica, sendo o docente moderador do processo ensino-aprendizagem e não transmissor do conhecimento como no modelo de ensino tradicional, já que o mesmo é construído por ambos. (CYRINO; PEREIRA, 2004). A Aprendizagem Baseada em Problemas ainda apresenta algumas dificuldades, pois muitas vezes sobrecarrega o aluno, o qual em partes não tem o tempo necessário para seu estudo ser produtivo, outro fato importante a ser ressaltado é a adesão e a capacidade dos docentes em desenvolver o método de maneira adequada tendo como objetivo principal a melhor aprendizagem dos acadêmicos. Vale reforçar que diversas

vezes a falta de preparo e de interesse dos professores, sobretudo das matérias básicas, em adotar metodologia ativa, acabam por prejudicar a construção do conhecimento fazendo com que os estudantes não atinjam o que é proposto pelo método. Objetivo: O presente trabalho teve por objetivo relatar a experiência de alunos de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul-UFMS que vivenciaram o modelo tradicional de ensino e o método ativo. Descrição da Experiência: Considerando a vivência no ensino tradicional, podemos citar que seus principais pontos positivos incluem a organização das disciplinas de maneira que facilita a sistematização do tempo de estudo para cada uma, o conhecimento acerca de um assunto é mais sólido, porém mais difícil de ser assimilado, os professores em geral estão mais habituados a trabalhar com esse método, facilitando a resolução de dúvidas. Os aspectos negativos que merecem destaque são o conhecimento transmitido, o qual é isolado, não há estímulo de integralização entre uma disciplina e outra, e o aprendizado torna-se dissociado. Esse método acaba sendo centrado no professor como detentor e única fonte de saber, não incentivando o aluno a buscar outras fontes para o seu conhecimento, vale também salientar que o modo conforme as avaliações são organizadas, de maneira separada, auxilia no planejamento do tempo de estudo. Já o método ABP acaba exigindo maior dedicação por parte dos discentes, pois trata-se de uma metodologia ativa, em que o professor está ali apenas para facilitar a aprendizagem, fazendo com que o estudante empenhe-se em pesquisar outras fontes, despertando interesse no mesmo em sempre pesquisar mais do que é proposto. Por os conteúdos/disciplinas estarem articulados favorece a compreensão dos alunos a respeito de determinado assunto, como por exemplo, o sistema digestório,

abordando ao mesmo tempo a anatomia, fisiologia, histologia e parasitoses do mesmo, propiciando uma melhor associação dessas. Outro ponto benéfico da ABP são as tutorias, as quais acabam por estimular os discentes a possuírem uma visão mais ampla acerca do que fora discutido, além de encorajar os estudantes a conseguirem se expressar de maneira mais clara e desinibida, com a realização das mesmas os acadêmicos constroem o conhecimento de forma coletiva, considerando a própria opinião e dos demais, não somente a partir do individual. A elaboração do portfólio contribui para o aprendizado, por incentivar os alunos a se familiarizarem com as normas técnicas e a escrita científica, servindo também como uma futura fonte de informações para os mesmos, auxiliando até mesmo na elaboração do trabalho de conclusão de curso. Os pontos negativos a serem considerados são o pouco tempo livre para estudos, ou seja, a grade é muito sobrecarregada e são muitos assuntos a serem aprendidos. É importante também reforçar que devido à recente adesão do curso a esse método alguns docentes ainda não estão preparados para lidar com o mesmo, sobretudo professores do básico, os quais apresentam certa resistência à ABP. Em virtude da grande carga horária e variedade de conteúdos trabalhados o aluno acaba sendo prejudicado ao perder uma conferência, devido às avaliações serem integradas às vezes acaba atrapalhando o desempenho dos acadêmicos, visto que alguns assuntos divergem bastante, dificultando a assimilação dos mesmos. RESULTADOS: Consideramos que com a utilização da ABP os estudantes foram incentivados a adquirir um interesse maior tanto pela leitura, quanto pela pesquisa científica, desenvolvendo habilidades como a interpretação e escrita, essenciais na formação de qualquer profissional contribuindo para a articulação entre

conhecimento prévio e adquirido com as discussões do grupo, alcançando saberes e habilidades, os quais lhes serão úteis ao longo da vida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Comparando os dois métodos, podemos inferir que o método da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) é mais vantajoso em relação ao modelo de ensino tradicional, uma vez que a ABP propicia aos alunos uma aprendizagem mais ampla e concisa.

VIVÊNCIAS DO ACADÊMICO BOLSISTA E A FORMAÇÃO CRÍTICA DO ALUNO DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Edria Aparecida Ferreira, Caroline Mota de Jesus, Dayse Maria Vasconcelos Rodrigues, Márcia Izabel Gentil Diniz

Palavras-chave: Formação profissional, Acadêmico bolsista, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: A oferta de um ambiente, onde o aluno possa obter experiência e um contato mais veemente com a prática profissional é extremamente importante para o desenvolvimento de suas competências e habilidades. Neste sentido, o estágio não obrigatório representa ao acadêmico uma boa oportunidade de aprendizado que complementa consideravelmente a sua formação. De acordo com a Lei Nº 11.788, que dispõe sobre o estágio de estudantes, tal atividade é o ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, dentre outros. O mesmo visa aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, projetando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o

trabalho. No âmbito da enfermagem, a resolução CNE/CES nº3 de 2001, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação do enfermeiro, a qual apresenta uma série de habilidades e competências a serem desenvolvidas pelo acadêmico, sendo elas atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente. Neste documento destaca-se ainda, que tal curso tem como perfil do formando egresso/profissional: formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Almeja-se o desenvolvimento de um profissional qualificado para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico, intelectual e pautado em princípios éticos. Existe também a expectativa que o profissional seja capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Sua atuação deve estar pautada, na valorização da responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Diante do que foi exposto, existe a imprescindível necessidade de desenvolvimento acadêmico de um enfermeiro hábil, conhecedor da teoria e das necessidades da população sob seus cuidados e promotor de vidas saudáveis. Não obstante, esse futuro profissional deve, ainda, ser crítico e reflexivo frente aos desafios de realizar um cuidado integral e eficaz. Embora a Universidade promova grande parcela dessa formação, observamos que ainda existe uma inadequação do perfil dos graduandos da área da saúde frente à realidade e as novas necessidades do Sistema Único de Saúde como informa a publicação Política de Recursos Humanos para o SUS: balanço e perspectivas divulgado no ano 2002. Nesse contexto, se pode evidenciar um subsídio singular na formação do acadêmico bolsista, o qual, se

constitui em uma oportunidade de estágio não obrigatório nos diferentes espaços de atenção à saúde no país, com destaque para os estabelecimentos públicos, o que propicia ao acadêmico o enfrentamento da realidade e das necessidades da saúde brasileira. Assim sendo, este trabalho objetiva descrever o impacto da experiência advinda do estágio como acadêmico bolsista na formação crítica do aluno de enfermagem e na sua escolha para a vida profissional. **Desenvolvimento:** A experiência aqui descrita, foi ambientada em duas instituições vinculadas a rede do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, uma Unidade Hospitalar e um setor destinado a desenvolvimento de políticas e ações intersetoriais com foco na promoção da saúde. Dessa forma, o relato, abrange a vivência tanto do cuidado individual, quanto coletivo, assim como preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem de 2001, quando descreve em seu artigo 4º que os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. O estágio compreendeu uma carga horária de 12 horas semanais e teve a duração de 10 meses. As ações desenvolvidas pelos acadêmicos incluíram uma imersão nas atividades diárias dos setores com a orientação de preceptores, abrangendo uma apresentação final de trabalho com tema específico escolhido pelo próprio aluno e orientado por um profissional de área afim. Dentre as atividades desenvolvidas, incluem-se a prestação de cuidados individuais e coletivos, planejamento e implementação de ações de prevenção e promoção da saúde, realização de educação continuada, discussão de casos e resolução de problemas, dentre outras. **RESULTADOS:** Essas atividades extracurriculares promovem não somente o aprendizado de habilidades práticas e

competências, mas também provoca no aluno uma inquietação decorrente do contato com a pluralidade no cuidado a vidas, objeto principal da nossa profissão. Dessa forma, o acadêmico desenvolve uma visão crítica que define, aos menos, o profissional que ele gostaria de tornar-se o estimulando para buscar este perfil. Além disso, o estagiário reconhece as ações pertinentes a sua prática que possibilitariam uma melhora na qualidade dos serviços, reduzindo supostamente, a precariedade na assistência. Proporciona-se a oportunidade de lidar com a realidade atual no contexto da saúde, desde o começo da sua formação assim como confere também astúcia para superar as limitações impostas pelo sistema como insuficiência de recursos financeiros e humanos, além do distanciamento entre as políticas estabelecidas para o que é ou pode ser aplicado na prática. Outro aspecto a ressaltar é o fato de que o estágio extracurricular coloca os acadêmicos diante da realidade da profissão sem intervenção do docente acadêmico e suas avaliações, favorecendo o amadurecimento de anseios singulares que interferem no desempenho das habilidades, competências e do senso de autonomia. Trata-se também neste sítio da interação multiprofissional e suas respectivas expertises, o que enfatiza para o acadêmico a necessidade do trabalho em grupo, além de uma boa relação com os demais profissionais, prezando sempre pela assistência qualificada e pelo desenvolvimento de ações pertinentes a demanda da população. Embora, essa experiência seja admirável para o currículo e formação do estudante de enfermagem, existe uma barreira a ser transposta no tocante a realização do estágio. Afirma-se que por vezes, há um distanciamento entre teoria e prática, o que reflete na percepção do aluno os pontos negativos da realidade no SUS. Contudo, esse fato desperta os questionamentos e as argumentações

de como e porque o sistema assim se organiza ou desorganiza, neste caso. Isso permite uma série de críticas e propostas de mudanças que vem da universidade, visto que o estagiário ainda convive nesse ambiente. Existe dessa forma uma troca de experiências, e o acadêmico pode tornar-se um respeitável agente de mudanças nesse pequeno espaço de atuação. Por fim, vale ressaltar, que a vivência fora da Universidade permite também observar os pontos positivos e negativos da atuação profissional o que leva a reflexão sobre os problemas reais da prática e possivelmente descortina-se aí a necessidade de uma real busca por pesquisas de campo que agucem esses entraves. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência do acadêmico bolsista propicia a formação de um futuro enfermeiro com um perfil mais analítico, reflexivo, com apropriada vivência prática o que se traduz em uma compatível preparação para o exercício da profissão garantindo a qualidade da assistência. O acadêmico é capacitado a ampliar suas competências e habilidades correlacionando a teoria apreendida na universidade com os desafios do estágio, tornando-se assim mais autônomo em suas decisões, além de instituir uma visão de mundo compatível com a responsabilidade e profissionalismo no que concerne ao cuidado integral ao indivíduo e coletividade exigidos na sua profissão.

VIVÊNCIAS E APRENDIZADOS DE UMA ENFERMEIRA RESIDENTE NO POLITRAUMA DE UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM NEUROTRAUMA: UM RELATO

Denise do Nascimento Pedrosa, Jacqueline de Almeida Gonçalves Sachett

Palavras-chave: Enfermagem em Emergência, Educação em enfermagem, Internato não Médico

O trauma é considerado como um evento devastador da sociedade atual, constituindo-se uma epidemia silenciosa e letal, o que lhe confere o status de problema de saúde pública. Sendo considerada a primeira causa de morte o politraumatismo atingi indivíduos na faixa etária de 20 a 40 anos de idade, ou seja, na fase onde se é mais produtivo, sendo em sua maioria do sexo masculino. Essa prevalência pode ser atribuída ao fato da exposição às atividades e comportamentos de risco por parte da população masculina (1). Há vários tipos de trauma, onde o traumatismo crânio-encefálico (TCE) causa em média 100.000 mortes por ano e 50.000 a 90.000 pessoas apresentam déficits de comportamento e no intelecto. Qualquer agressão ao qual acarreta lesão anatômica ou comprometimento funcional do couro cabeludo, crânio, meninges ou encéfalo, onde se divide conforme-se sua gravidade em grave, moderado e leve é conceituado como TCE (2). No Brasil as principais causas de TCE são os acidentes automobilísticos, agressões físicas, quedas, mergulhos em águas rasas e projéteis de arma de fogo. A gravidade está associada de modo geral com o impacto do trauma, e as alterações neuropsicológicas das vítimas apontam após o trauma, os fatores que determinará o grau de independência funcional, e seu retorno as atividades cotidianas (3). Dentro da emergência as funções do enfermeiro são desde a escuta da historia do paciente, e exame físico, execução de tratamento, orientação aos doentes, até a coordenação da equipe de enfermagem. Aliando assim conhecimento científico, liderança, agilidade, raciocínio lógico e controle para manter a tranquilidade (4). **OBJETIVOS:** Descrever as principais vivências e aprendizados de uma enfermeira residente no politrauma de um hospital referência em neurotrauma. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, a respeito da vivência de uma enfermeira

residente em Urgência e Emergência da Universidade do Estado do Amazonas-UEA no politrauma do Hospital e Pronto-Socorro João Lúcio Pereira Machado referência em neurotrauma em Manaus. O relato abordará as primeiras experiências e aprendizados vivenciados em 2 (dois) meses e quais as principais descobertas dessa integração ensino-serviço. **RESULTADOS:** Durante o período de vivência da residente no Pronto-Socorro, observou-se que há um grande fluxo de pacientes, familiares, acadêmicos, residentes, profissionais da saúde, profissionais terceirizados, entre outros. Isso pode ser reflexo do hospital ser o único e principal hospital da cidade referência em neurotrauma de Manaus. O espaço físico assemelha-se a um grande salão, com leitos dispostos um ao lado do outro, alguns separados por cortinas, sendo que, alguns pacientes são atendidos no corredor, em macas e cadeiras, devido à grande demanda pelo serviço e a indisponibilidade de leitos em outras unidades onde há atendimento de neurocirurgia. Logo pacientes com menor grau de gravidade algumas vezes podem estar perto de paciente graves e por consequência podem presenciar situações delicadas, como a morte, o que gera grande estresse e ansiedade tanto para o internado como também para seu acompanhante. Possui uma rotina de atendimento acelerada, e esbarra nas deficiências de estrutura do sistema de saúde como um todo e as altas demandas tornam-se um ambiente altamente estressante para pacientes e familiares. Por estrutura física limitada, muitos pacientes ficam internados dentro do politrauma, aguardando vaga em unidade de internação, o que gera grande tumulto dentro do setor. Percebeu-se, em algumas situações, por parte das equipes de enfermagem e saúde, uma carência de sensibilidade frente às dúvidas e angústias do paciente/familiar, o que resulta em conflitos entre a equipe e os familiares.

Na recepção do paciente vítima de politraumatismo, observou-se a aplicação da regra mnemônica do ABCDE preconizado pelo Advanced Trauma Life Support (ATLS), onde é realizada a busca de lesões que ofereçam risco iminente à vida do indivíduo sendo desenvolvida por meio de exame físico rápido, seguindo-se de tratamento imediato, a fim de restabelecer o padrão hemodinâmico da vítima. Não há no setor a inexistência de um protocolo para atendimento ao politraumatizado o que pode interferir na eficácia da assistência, pois a observação correta da regra se torna essencial e primordial a vítima. Por função da gravidade das vítimas de politraumatismo, o atendimento sempre requer agilidade da equipe, onde as atribuições dos integrantes da equipe de enfermagem torna-se estratégia para um serviço eficaz, essa organização se fez presente em apenas algumas das situações observadas. Em certas situações o enfermeiro estabelece, no momento do atendimento, a atribuição de cada um da equipe. O que foi possível perceber que o enfermeiro, é respeitado pelos demais como gerenciador da assistência a vítima de politraumatismo, pois as atribuições definidas por este profissional são devidamente acatadas. Para que o gerenciamento do serviço e da assistência qualifique o enfermeiro como coordenador se faz necessário o mesmo possuir conhecimentos específicos que possam subsidiar os procedimentos e técnicas necessárias para realizar o atendimento com agilidade. Assim com o desenvolvimento da vivência foi desenvolvidas atividades como internações de pacientes, punções venosas, sondagens (nasoentéricas, nasogástrica, vesicais), avaliação de lesões, curativos, preparo e administração de medicamentos, registro das evoluções dos pacientes, aspiração do tubo oro traqueal, higiene oral, orientação dos pacientes sobre procedimentos e

prestação de atendimento de urgência e emergência, cuidados a pacientes críticos, além da observação e da convivência das condições de trabalho, e dos aspectos relacionados à saúde dos trabalhadores de enfermagem do setor. Além da participação da abertura do protocolo de morte encefálica, observação do processo de doação de órgãos e auxílio em duas cirurgias de captação de órgãos. **CONCLUSÃO:** Há no serviço a necessidade do desenvolvimento e a aplicação de ações protocolares o que minimizam a possibilidade de erros no atendimento à vítima de politraumatismo e, conseqüentemente, maximizam a qualidade deste atendimento. O integrante chave da equipe, responsável pela assistência a vítima traumatizada é o enfermeiro. Isso requer um aprimoramento contínuo de seus conhecimentos em relação às habilidades de liderança e atualização, para prestar atendimento nesta área. Apesar das dificuldades por falta de estrutura física adequada, material, recursos humanos deficientes, foi possível adquirir habilidades e aprendizados principalmente com pacientes neurocríticos. Além das experiências únicas adquiridas junto com a CIHDOIT, o que fortalece a importância da integração ensino-serviço, pois o residente adquire conhecimento além do se espera, tornando-se gratificante a cada novo campo de estágio.

VIVÊNCIAS E APRENDIZAGEM DE UM FACILITADOR AO FORMAR GESTORES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Sergio Ferreira de Menezes

Palavras-chave: Educação, Educação Permanente, Cursos de Apoio ao SUS

Apresento uma apreciação crítica de ser facilitador ao formar especialistas em Gestão da Vigilância Sanitária, cujo

desempenho exigiu habilidades inerentes à metodologia ativa em que o especializando é conduzido a refletir sobre suas práticas nas relações de trabalho. Ênfase, acima de tudo, a sistematização de saberes e experiência ao desempenhar essa função, que teve por objetivo formar gestores atuantes no sistema. O curso proposto pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária foi formulado por expertises da área e coordenado pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. Tal formulação calçou-se em perfil de competência baseado em três eixos — gestão do risco sanitário, do trabalho e da educação — que delimitam o escopo do trabalho e da atuação profissional. A abordagem construtivista adotada norteia a proposta pedagógica, aplicada com estratégias de aprendizagem baseada em problemas e da problematização, em que o professor assume o papel de facilitador. Ao final do processo analiso a positividade metodológica, visto que a abordagem construtivista permitiu edificar novos saberes que partem das experiências pessoais, tanto do facilitador quanto dos especializando, além de valorizar criticamente as vivências do trabalho. Especialmente, foi possível observar o aprendizado compartilhado entre os indivíduos, a integração do grupo que possibilitou a (re) construção de experiências no coletivo, aspectos esses que trazem raros significados para a qualificação dos gestores da vigilância sanitária.

VIVÊNCIAS EM SAÚDE COLETIVA: CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO EM SAÚDE

Karini da Rosa, Suzane Beatriz Frantz Krug, Rosângela Rodrigues Marques

Palavras-chave: Formação, PET, VER-SUS

A educação superior em saúde no Brasil teve início em 1808 com a primeira

Faculdade de Medicina na Bahia e o aprendizado, desde então, foi centrado prioritariamente no modelo biologicista, voltado ao funcionamento do corpo, dos órgãos e sistemas e doenças. A organização dos currículos e metodologias de ensino ainda é prioritariamente voltada a uma abordagem clássica, onde o ensino é considerado tecnicista no panorama de saúde brasileira. E é no descompasso entre a formação dos novos profissionais de saúde e as necessidades dos usuários do sistema que se encontra o entrave da relação entre serviços de saúde e ensino em saúde. Contudo, cada vez mais instituições formadoras, têm modificado essas realidades e investido fortemente em ações que visam redirecionar a formação em saúde, alinhados aos princípios e diretrizes das políticas públicas em saúde e educação, através de Projetos de Extensão, como afirmação da integração ensino-serviço e estratégias para as mudanças na formação da área da saúde, que incentivam os futuros profissionais sobre a importância do trabalho em equipe e para a visão ampliada em saúde. Assim, o objetivo deste trabalho é relatar experiências enquanto acadêmica do Curso de Graduação em Farmácia quanto a vivências em Projetos de Extensão, refletindo sobre os impactos na prática profissional atual em saúde. Enquanto estudante houve a participação em diversos Projetos de Extensão, entre eles, o “Programa de Educação Pelo Trabalho – Vigilância em Saúde/PET” – atuando no subprojeto intitulado “Vigilância em saúde: um estudo com trabalhadores cadastrados e não cadastrados na Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador de Santa Cruz do Sul”. Uma das ações desenvolvidas consistiu em um levantamento de dados secundários em prontuários de trabalhadores cadastrados na Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST), a fim de

quantificar os agravos do trabalho ocorridos no município, em um determinado período. Realizaram-se também, capacitações aos profissionais de saúde, nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e também em uma instituição hospitalar de referência do município, com o intuito de sensibilizá-los quanto a promoção e prevenção no que tange as notificações em acidentes/doenças do trabalho e, a partir disto, torná-los aptos a identificar fatos decorrentes de tais situações, bem como otimizar o trabalho oferecido à comunidade. Houve também a inserção dos bolsistas em uma unidade básica de saúde (UBS) e em seis ESFs, onde se realizavam visitas domiciliares, a fim de fazer a busca ativa de casos de acidentes/agravos do trabalho, com ou sem notificação. Ações eram realizadas também em sala de espera, o qual se confeccionou um álbum educativo, com informações referentes à Saúde do Trabalhador, que contribuiu para aprimorar a visão do usuário em relação a sua saúde enquanto trabalhador, seus direitos e riscos diante da atividade ocupacional. Concomitantemente as atividades nos serviços de saúde, os estudantes eram instigados e sensibilizados a participar de congressos e eventos científicos, escrever trabalhos e artigos, a fim de divulgar os resultados e permitir aos gestores e a população em geral, ter conhecimento sobre os indicadores e problemas de saúde, no que tange a temática de saúde do trabalhador, no município de Santa Cruz do Sul. Trabalhou-se ainda, no subprojeto – “Tuberculose no Município de Santa Cruz do Sul: uma proposta de intervenção”, com atividades de atenção farmacêutica a pacientes portadores de Tuberculose Latente (ILT) em tratamento quimioterápico, atendidos no Ambulatório de tuberculose no município de Santa Cruz do Sul – RS. Destaca-se, a relevância destas atividades, pois permitiram aos estudantes de farmácia

uma visão ampliada de saúde, trabalhando com diferentes problemas de saúde, além disso, houve a integração ensino-serviço-comunidade, possibilitando ao estudante o contato direto com trabalhadores do sistema de saúde de diferentes áreas de atuação e usuários, destacando-se novamente, a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade. Participou-se também do projeto “Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS)” – onde ocorreu a imersão de estudantes de diferentes cursos da graduação na realidade dos serviços de saúde dos territórios de abrangência, constituindo-se assim, como um processo teórico, prático e vivencial. O participante fica 24 horas por dia, durante toda a vivência disponível para a atividade do projeto, de forma a observar os serviços de saúde durante o dia e a noite, discutir e compartilhar conhecimentos com os demais participantes. E no projeto “Grupo de Estudos e Trabalhos em Saúde Coletiva: protagonismo estudantil na formação em saúde” – que se configura como um coletivo estudantil, que tinha como objetivo principal fomentar mudanças na formação de estudantes da área saúde, além de politizá-lo e torná-lo sintonizado com os princípios e diretrizes do SUS. Para efetivação dos objetivos o coletivo ajudava na construção e organização de projetos e eventos como, aulas inaugurais e semanas acadêmicas integradas dos cursos de saúde da UNISC, roda de integração ensino-serviço, VERSUS/UNISC, cursos de extensão voltados a Saúde Coletiva, participação no Fórum de Saúde da UNISC, no Conselho Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul no segmento de usuários, na Comissão Municipal de Saúde Mental e na Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES 13). Embora o ensino farmacêutico não tenha como foco prioritário a Saúde Coletiva, alguns estudantes têm iniciativas de procurar Projetos de Extensão dentro da Universidade, que apontam para a construção de um perfil voltado as

demandas e necessidades do SUS. Esses projetos constituem-se ainda, como importantes dispositivos que permitiram “preencher” as lacunas do processo de ensino e aprendizado na formação em saúde, possibilitando a estudante do curso de Farmácia experimentar um novo espaço de aprendizagem, desde o cotidiano de trabalho dos serviços de saúde até o espaço de pesquisa dentro da universidade, trabalhando-se com diferentes estudantes da graduação, profissionais e usuários. Apesar de ter uma pequena participação de profissionais farmacêuticos nas instâncias e ações do SUS, o farmacêutico é de fundamental importância, podendo com sua atuação, evitar uma série de problemas relacionados aos medicamentos, como a resistência antimicrobiana, uso irracional de medicamentos, intoxicações e reinternações hospitalares, entre outras. Enquanto profissional de saúde acredita-se na formação voltada para as necessidades dos usuários e serviços de saúde, além de sintonia com os princípios e diretrizes da política pública de saúde do país. A participação nesses projetos possibilitou uma visão ampliada de saúde, observando o usuário em sua integralidade e não apenas como portador de determinada patologia, que necessita de diagnóstico e determinado medicamento. Tenta-se inserir diariamente no ambiente de trabalho, ações voltadas a prevenção e promoção da saúde e, no que tange ao trabalho em equipe, acredita-se que essa prática possibilita a troca de conhecimento e agilidade no cumprimento do objetivo ou meta, portanto, sempre que possível trabalha-se em equipe. Também se procura exercer o papel de militante em defesa do SUS, acreditando que apesar de todos os desafios e problemas que o sistema enfrenta, ainda temos muito a avançar e melhorar a qualidade de vida da população. Não há dúvidas que essas “vivências” nos projetos transformam os que por eles passam, proporcionando reflexões

e questionamentos sobre a formação. Ressalta-se que o estudante é ator do seu processo de ensino e aprendizagem, cujas vivências e experiências se devem também ao protagonismo estudantil na sua formação.

VIVENDO E APRENDENDO A ENVELHECER COM QUALIDADE: RELATO DE UMA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA EM ENFERMAGEM

Tiago de Nazaré das Chagas e Chagas, Sandra Helena Isse Polaro, Thais Regina Alencar Fonseca, Ingrid Raiane Rene Cordeiro, Marília de Fatima Vieira de Oliveira, Roseneide dos Santos Tavares, Hilma Solange Lopes de Souza, Andreia Ribeiro da Costa

Palavras-chave: Idoso, Educação em Saúde, Educação da População

APRESENTAÇÃO: O processo de envelhecimento é um dos mais marcantes acontecimentos nos mais variados tipos de agrupamentos sociais e vem se intensificando nos países em desenvolvimento como o Brasil. De acordo com os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas IBGE, obtidos através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD/2013 apresenta-se um universo de 196,9 milhões de habitantes, destes, o número de pessoas com 60 anos ou mais, já ultrapassa 14,9 milhões, o que representa mais de 12% da população brasileira, sendo que este quantitativo tende a quadruplicar fator que em 2060 fará do país um dos maiores em número de idosos do mundo. As mudanças no perfil populacional refletem grandes preocupações não só em decorrência dos agravos de doenças crônicas, mas da interação da saúde física e mental, da independência financeira, capacidade funcional e suporte social (Brasil, 2006).

Perante esta nova conjuntura, se fazem necessárias ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, partindo de ações integradas entre os níveis de atenção a saúde, em uma perspectiva interdisciplinar e multiprofissional. No âmbito municipal, o PNAD nos mostra a capital paraense com um número de idosos com 60 anos ou mais corresponde a cerca de 10,7% de toda a população sendo os idosos com 70 anos ou mais correspondentes a 4,7% desta população. Partindo destes dados, observamos a necessidade de se prestar não somente ações curativas, mas sim, ações preventivas de educação em saúde de forma contínua. Neste terceiro ano do programa “Vivendo e Aprendendo a Envelhecer com Qualidade”, visamos à manutenção das atividades de educação em saúde como maneira de estimular o autocuidado, e buscamos propiciar também maiores oportunidades de interação social e o fortalecimento do vínculo entre os participantes do grupo de convivência de uma unidade básica de saúde do município de Belém-Pa, visando atingir um público maior e mais diversificado. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Este estudo é um relato de experiência das ações em educação em saúde vivenciada pela equipe do projeto de extensão “Vivendo e aprendendo a envelhecer com qualidade” da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará no período de março a agosto de 2015. A educação em saúde é uma estratégia que visa à promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde. Enquanto realizadas dentro de um grupo favorecendo a interação social, a construção de conhecimento de forma coletiva, além da descoberta de novos significados através do diálogo. A Educação Popular é aquela que reconhece que os educandos são sujeitos construtores de seus conhecimentos e que essas construções partem, necessariamente, de suas vidas e da realidade em que estão inseridos (ALVES E AERTS, 2011). Afonso

E Abade (2008) destaca que as rodas de conversa são utilizadas nas metodologias participativas, seu referencial teórico parte da articulação de autores da psicologia social, da psicanálise, da educação e seu fundamento metodológico se alicerça nas oficinas de intervenção psicossocial, tendo por objetivo a constituição de um espaço onde seus participantes reflitam acerca do cotidiano, ou seja, de sua relação com o mundo, com o trabalho, com o projeto de vida. Para que isso ocorra, as rodas devem ser desenvolvidas em um contexto onde as pessoas possam se expressar, buscando superar seus próprios medos e entraves. Desta forma optamos por manter esta metodologia, pois possibilita o aprendizado através da socialização das experiências de vida dos participantes, propiciando a problematização de situações cotidianas, construindo assim o debate e reflexão coletiva. RESULTADOS E IMPACTOS: Como este se trata do terceiro ano do programa, os idosos se encontram já acostumados às ações desenvolvidas e de certa forma até esperam ansiosos por elas, de tal forma, que já não há tanta dificuldade na participação dos mesmos nas atividades propostas, pois se sentem confortáveis para expor suas dúvidas e contribuir nas discussões tanto com o mediador, como com os próprios colegas. Como o projeto sempre visou a abordagem de temas centrados na prevenção de patologias próprias da idade (diabetes, hipertensão, alimentação saudável dentre outras), desta vez resolvemos além de manter estes temas, introduzir temáticas mais íntimas como “a relação entre fé e saúde”, “a sexualidade na velhice” e a “violência contra o idoso”, além de outros temas que pudessem ser abordados de forma ainda mais ativa como “alongamento corporal e postura”, e o “ato de dançar como atividade física”, assim os idosos se mostraram sempre muito interessados e participativos. Desta forma, os idosos revelaram em suas falas a sua alegria em poder aprender e contribuir na

construção coletiva do conhecimento, pois através do diálogo é possível repensar sobre a sua realidade e assim agir para que se possa mudar não só seus hábitos, mas o de seus familiares, companheiros, e a própria comunidade onde estão inseridos, pois se tornam propagadores do saber, e assim se emancipam dentro de sua sociedade estabelecendo uma visão um pouco mais crítica de mundo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com o passar dos anos e as perdas biológicas ocasionadas naturalmente pelo processo de envelhecimento, acabam tornando o idoso um ser com dificuldades pontuais no desenvolvimento de certos tipos de tarefas, com isso acaba por comprometer a venda da sua força de trabalho, diminuindo assim, sua obtenção de capital e isso aliado a inúmeras questões de cunho social a exemplo do preconceito que, podem levar este idoso a um processo de isolamento, comodismo e potencial dependência funcional. Estas ações de educação em saúde em forma de roda de conversa são capazes de transformar o cotidiano deste idoso, pois ele sai de casa, onde não raro enfrenta problemas familiares, seja com o companheiro (a) e filhos, e passa a conviver com pessoas da mesma faixa etária, alegres, divertidas, interagem com os profissionais e acadêmicos de diversos cursos e por fim constroem o conhecimento coletivamente, podendo contrapor o que está sendo debatido com a própria realidade que está inserida. A reflexão sobre o seu papel social, e sobre sua própria vida, se torna a maior e melhor ferramenta para a melhoria de sua qualidade de vida, que é o maior objetivo deste programa. Do ponto de vista acadêmico, este programa se torna uma experiência sem precedentes para o graduando em enfermagem, pois permite vislumbrar um cuidado centrado na prevenção e promoção da saúde, podendo acompanhar de perto os resultados que as práticas educativas surtem na vida do usuário e na comunidade.

Eixo Gestão - resumo simples

Trabalhos de Pesquisa

“SOMOS ENGOLIDOS PELAS METAS”: RELAÇÕES DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE

Fernanda Rita Levandoski, Branca Maria Meneses

Palavras-chave: Trabalho, ideologia, Estratégia Saúde da Família

Tema: “somos engolidos pelas metas”: relações de trabalho na área da saúde. Apresentação: a pesquisa em questão objetivou analisar aspectos ideológicos manifestos nas relações de trabalho de profissionais da saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) e desenvolvem suas atividades em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), de Campo Grande/MS. Desenvolvimento: o referencial teórico foi fundamentado nos pressupostos dos estudiosos da Teoria Crítica da Sociedade. Para a coleta de dados foi elaborado um questionário fechado de respostas de múltipla escolha, com perguntas que contemplam as seguintes questões: a análise que os profissionais fazem das condições objetivas de trabalho; as atitudes valorizadas nas relações de trabalho e, aspectos de adaptação ou não dos trabalhadores à ideologia vigente. A fim de complementar os dados do questionário foi realizada uma entrevista aberta com a gestora da UBSF com os seguintes temas: cumprimento de metas do Ministério da Saúde; realização do planejamento das atividades e tomadas de decisão na UBSF; dinâmica das relações de trabalho e avaliação dos serviços prestados à comunidade. Resultados: os resultados da coleta de dados, analisados, evidenciaram

a dificuldade dos sujeitos da pesquisa em avaliar o que representa o poder da ideologia da sociedade atual. Chamou nossa atenção o fato que conseguem reconhecer contradições existentes na dinâmica do trabalho e, também, as atitudes que seriam necessárias para a oferta de serviços de qualidade à população, contudo sujeitam-se às determinações do Ministério da Saúde, mesmo quando estas não condizem com as reais necessidades da população atendida na UBSF. Os trabalhadores não se reconhecem como parte do processo político que pode mudar a gestão do SUS. Considerações Finais: Concluímos então a necessidade de se ir além, rompendo com as determinações formalizadas assentes aos interesses das classes dominantes e, assim, buscar mudanças na gestão do SUS que estejam comprometidas com as questões sociais e políticas de interesse da população. Ao discutirmos aspectos ideológicos manifestos nas relações de trabalho de profissionais da ESF, esperamos poder contribuir com a ampliação dos estudos voltados à reflexão da área de gestão de UBSF.

A DIMENSÃO PSICOSSOCIAL DA SURDEZ: DA DEFICIÊNCIA E TRANSTORNO PARA A PROMOÇÃO DA IDENTIDADE

Jony Alberto Correia

Resumo: Nas últimas décadas, conforme aponta o autor Silva (2005), os conceitos em torno das categorias “surdez” e “pessoa surda” passaram por importantes transformações. Sá (2002) reforça que, o avanço político em torno da surdez, é traduzido de forma prática nas ações de legitimação dos direitos dos surdos enquanto cidadãos plenos, com o reconhecimento dos recortes de suas identidades, língua e cultura. Assim, o processo de reconhecimento político dos

surdos está substancialmente atrelado às ações de legitimação dos direitos destas minorias. Nesse contexto, a gama de dispositivos legais no âmbito da rede de proteção social voltada ao atendimento dos surdos pressupõem o reconhecimento destes recortes identitários. No entanto, se as práticas discursivas em torno da surdez são díspares, certamente essas tendências, conforme aponta Bittencourt (2007), refratam-se no campo das políticas sociais, afinal essas políticas são predominantemente estabelecidas sob o viés da classe hegemônica e dominante, corroborando com Boscolo (2005), quando este autor menciona ser esta sociedade capitalista, uma sociedade com dificuldades em reconhecer as diferenças, sobretudo dos grupos minoritários. As tensões ideológicas e políticas, em torno da surdez, no âmbito da Seguridade Social despertaram a motivação desta pesquisa. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi problematizar as tendências/perspectivas em relação à surdez que norteiam os dispositivos legais, no âmbito da Seguridade Social. Métodos: A partir da pesquisa bibliográfica iniciou-se o levantamento das principais legislações, dentro da política de Seguridade Social, em que há consolidação de direitos destinados aos surdos. A partir desta análise, discutiu-se (por meio do método de análise dialético) os vieses em torno da categoria Surdez e do reconhecimento dos sujeitos surdos. Resultados: Identificou-se a questão da surdez, nos contextos legais, associada de forma contraditória, uma vez que subsidia garantias fundamentais na consolidação dos direitos das pessoas surdas, e predominantemente desvela-se sob a perspectiva clínico-patológica. Conclusão: O conhecimento das representações sociais e perspectivas inerentes aos dispositivos legais da rede de proteção social referentes à questão da surdez demonstraram a contraditoriedade ideológica e política destes dispositivos e deflagram os desafios

na busca pela mudança de perspectiva em torno da surdez para uma abordagem ampliada. No campo das políticas públicas setoriais, historicamente, os surdos são aglutinados em um único grupo - os "chamados deficientes" (STROBEL, 2008). Essa historicidade é também atual, uma vez que ainda permanece esta tendência em muitos dispositivos legais instaurados, tendo a surdez sob a lógica da deficiência. Há necessidade de constante debate a respeito das representações sociais acerca dos direitos concedidos. Da mesma forma, é preciso considerar as representações de identidade vivenciadas pelos surdos, para que essas políticas sociais possam superar o velho discurso ouvintista e clínico-patológico e promova-se, de fato, a legitimação da surdez como condição de diferença e não de deficiência. Apenas a partir da concepção socioantropológica da surdez é possível alcançar uma perspectiva emancipatória, capaz de romper os estereótipos que enquadram a surdez como uma condição passível de alguma ação inclusiva ou ainda, de uma ação disciplinadora e normalizadora.

A GESTÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: DESAFIOS E POTENCIALIDADES

Bruna Lígia Ferreira de Almeida Barbosa, Heletícia Scabelo Galavote, Paula de Souza Silva Freitas, Rita de Cássia Duarte Lima, Thais Antunes Sossai, Leticia Molino Guidoni, Leticya dos Santos Almeida Negri, João Paulo Cola

Palavras-chave: gestão em saúde, Estratégia Saúde da Família, pessoal de saúde

APRESENTAÇÃO: O presente estudo teve como objetivo analisar as principais modelagens de gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) no estado do Espírito Santo (ES). Parte do princípio de

que todos os trabalhadores são gestores do seu próprio processo de trabalho e que os gestores formais do trabalho são aqueles que ocupam cargos de auto direção do governo, com maior governabilidade sobre os recursos financeiros e processos decisórios, em âmbito municipal. Assim, esta proposta parte do princípio de que os responsáveis pela gestão do trabalho na ESF são protagonistas essenciais para a implementação das políticas públicas de saúde e de recursos humanos, e por isso suas ferramentas de trabalho e gestão devem ser conhecidas, no intuito de gerar conhecimento para a tomada de decisão. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A coleta dos dados foi realizada no período de março de 2014 a janeiro de 2015, em 36 municípios do estado do ES selecionados com base em um sorteio aleatório. Foi utilizada como instrumento para a coleta dos dados a entrevista semiestruturada, com um roteiro guia, e a observação participante. Nesse estudo foram realizadas 72 entrevistas com os gestores de saúde dos municípios, sendo entrevistados os ocupantes dos cargos de Secretário Municipal de Saúde; Coordenador Municipal da ESF e Coordenador Municipal da Atenção Primária à Saúde. Os dados provenientes das entrevistas foram transcritos e o conteúdo produzido foi analisado a partir da análise de conteúdo. RESULTADOS: Na identificação dos pontos favoráveis vislumbrados na gestão do trabalho das equipes da ESF, foi apontado: o vínculo profissional-usuário, a disponibilidade satisfatória dos insumos e equipamentos, a infraestrutura das Unidades de Saúde, a oferta de profissionais para comporem equipes incompletas e o trabalho em equipe. O vínculo foi valorizado como um dispositivo para o sucesso das ações de reorganização e resolutividade do processo de trabalho na ESF. Como

ponto desfavorável vivenciado na gestão do trabalho das equipes, é apontada a escassez de insumos e equipamentos. A interferência das lideranças políticas do município representa um fator de descontentamento para o gestor, o que gera entraves para a consolidação do seu plano de trabalho, tendo o potencial de desordenar e reorganizar o fluxo de trabalho das equipes e os processos de tomada de decisão e autonomia dos gestores do trabalho. Aspectos relacionados ao financiamento e as legislações que regem os gastos na gestão pública municipal são atribuídos à dificuldade de condução das atividades de gestão do trabalho na ESF. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A organização do processo de trabalho ancora o processo de gestão do trabalho considerando as peculiaridades de cada município em relação à disponibilidade de profissionais e a organização da rede de demandas e compromissos. O gestor reconhece a desorganização e a inoperância da rede de serviços de saúde do município e constata que a materialidade da gestão só é possível na dinâmica de funcionamento das redes de atenção à saúde.

A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DO PARANÁ A PARTIR DO OLHAR PARA A EQUIPE GESTORA

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

Palavras-chave: gestão do trabalho, força de trabalho, gestão em saúde

APRESENTAÇÃO: A complexidade dos processos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado e universal,

apresenta grandes desafios, em especial aos Municípios de Pequeno Porte (MPP) Pela importância e peculiaridades da estrutura dos MPP, se faz necessário conhecer as características destas equipes, suas condições de trabalho e de suas funções nos MPP para contribuir com sua qualificação e com a gestão destes municípios. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa, tendo sido utilizado um questionário estruturado aplicado no período de Nov/13 a abr/14. A população inicial de estudo foi constituída por 828 profissionais de saúde que integravam a equipe gestora nos MPP (N=82) da Macrorregião Norte do Paraná, dos quais foram entrevistados 744 profissionais. RESULTADOS: Os principais resultados foram: 70,5% referiram ter formação superior e destes, 60,3% eram formados na área da saúde e 34,4% na área de humanas e 58,0% tinham pelo menos uma pós graduação. A seleção para o cargo foi por concurso público ou teste seletivo para 74,8% dos profissionais, e para 20,3% foi por indicação ou análise de currículo. Quanto às formas de admissão, 57,3% foram por Estatuto do Servidor Público, 17,4% por meio da Consolidação das Leis Trabalhistas, 17,1% por meio de cargos comissionados e 8,2% por outras formas, como contrato por prazo determinado, prestação de serviço e outros. Com relação a um Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), 62,8% dos profissionais não estavam inseridos e 3,5% desconheciam se eram inseridos ou não. Quanto à remuneração mensal, 56,5% recebiam de R\$1.000,00 a R\$2.500,00 e 31,4% recebiam de R\$2.500,00 a R\$5.000,00, sendo que a média salarial foi de R\$2.205,73. E, 74,5% não recebiam nenhum outro valor além do salário como incentivo ou função gratificada para exercer sua função de coordenação, apesar disso 70,1% dos pesquisados relataram exercer até duas funções de gestão e 29,9% mais que duas funções. O tempo de atuação na

área de saúde foi até um ano para 8,5% dos pesquisados, de um a seis anos para 27,7%, 29,3% de 6 a 12 anos e de 12 anos ou mais para 33,6%. O tempo de atuação na função de gestão foi de até um ano para 26,3% dos profissionais e de um a seis anos para 43,6% dos profissionais, sendo que a média foi de 5,5 anos nas funções de gestão. A maioria dos entrevistados referiu não possuir experiência anterior na função de gestão (74,9%). Dos entrevistados, 15,1% eram responsáveis pelo agendamento de consultas e/ou exames, 13,9% pelo planejamento e avaliação de ações e serviços, 11,6% pela coordenação da Estratégia Saúde da Família/Programa Saúde da Família e 9,7% eram secretários de saúde, 66,9% pelos diversos sistemas de informações (SIM, SINASC, SIPNI, SIA-SUS) e 9,8% pela área de recursos humanos, sendo que destes, 68,0% eram vinculados às prefeituras e 32,0% atuavam nas próprias secretarias municipais de saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A pesquisa revelou vários aspectos positivos, como a predominância de seleção pública e de vínculos empregatícios formais e legais, bem como a escolaridade acima da exigida para a maior parte das funções. Por outro lado, evidenciou uma deficiência, que foi a ausência de PCCS e o acúmulo de funções sem contrapartida financeira além do cargo de carreira.

A IMPORTÂNCIA DA ESSENCIA DO VER-SUS NA LIDERANÇA E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO PROCESSO GRUPAL DE TRABALHO EM EQUIPE E VERSUSIANA

Klauss Kleydmann Sabino V Garcia, Amanda Amaral Abrahão

Palavras-chave: Gestão, Liderança, Trabalho

Objetivos: As Vivências e estágios visam aumentar o senso crítico perante a realidade vivida pelos usuários e profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS); conhecer a

estruturação e funcionamento dos serviços em saúde e discutir sobre o direito à Saúde e a acessibilidade e as necessidades do SUS. Metodologia: A experiência é fundamentada na pedagogia da educação para autonomia, onde é possível que o participante se sinta inserido na realidade do SUS e estimule-se a exercer seu controle social otimizando a multi e a intersectorialidade, pois nesta formação é essencial possibilitar ao ator social um objetivo a ser traçado em sua busca ao conhecimento. Resultados: Foram desenvolvidos conhecimentos acerca do funcionamento das redes de saúde no município de Uberlândia e sobre os conflitos e carências em nível de gestão, estrutura e fatores políticos. Os conhecimentos sobre as gestões federais, estaduais e municipais também foram expandidos. Assim como houve mudanças conceituais e melhor interação com temas como: raça, cor, gênero, reforma sanitária, acessibilidade e direito à Saúde. Considerações Finais: A interação com os profissionais que trabalham no SUS permite melhor percepção sobre como é feito o atendimento à demanda e o que tem de ser feito para que o setor saúde supra essas demandas com qualidade e eficiência; a troca de saberes e experiências contribui significativamente para o desenvolvimento de olhares clínicos e humanizados na saúde, de forma que a desenvoltura e o crescimento acadêmico e profissional são otimizados. Conclusões/Considerações: O projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde é de extrema importância para o crescimento pessoal, acadêmico e profissional, pois abrange profissionais e estudantes da saúde e de outras áreas. Ainda, é desenvolvedor do senso crítico perante a saúde, aumentando a participação social. Porém, ainda será necessário vivenciar a gestão praticada nas esferas estaduais e federais das políticas públicas de saúde.

A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO DO ENFERMEIRO EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COM A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ana Honorato, Juliana Gonçalves Fidelis, Bruna Pedroso Canever, Paulo Fernando Capucci

Palavras-chave: Gestão, Enfermeiro, Estratégia Saúde da Família

APRESENTAÇÃO: Este trabalho foi fruto do Trabalho de Conclusão do Curso Gestão em Enfermagem pela Apoiadora de Território que atua na Rede de Assistência no Território da Capela do Socorro, atuando na construção e fortalecimento das redes pela Organização Social Associação Saúde da Família, Coordenação Sul. O Gerenciamento em Enfermagem a cada dia vem se constituindo como uma atividade complexa que exige conhecimentos e competências para a implementação das estratégias priorizadas pelos gestores, realizando de forma organizada e gradativa de acordo com a proposta estabelecida. A importância da prática da gestão, bem como a inserção dos enfermeiros neste processo e na dinâmica organizacional do sistema e dos serviços de saúde, remetem-nos a pensar no seu caráter complexo e polêmico. OBJETIVOS: O objetivo do presente estudo foi fazer um levantamento bibliográfico sobre a importância da gestão do enfermeiro em Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família. METODOLOGIA: Tratou-se de uma revisão de literatura realizada via online na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BIREME e Scielo. Para a construção do trabalho considerou-se a análise de periódicos, dissertações e teses disponíveis em língua portuguesa. Utilizaram-se como descritores: gerenciamento em enfermagem, gestão do enfermeiro e competências gerenciais do

enfermeiro. O período de levantamento de dados foi de janeiro de 1986 a março de 2010. Para análise do material bibliográfico utilizado neste trabalho, foram consideradas as seguintes variáveis: tipo, ano e local de publicação. Também foram categorizadas as referências quanto à semelhança dos objetivos em três grandes grupos: Gerenciamento de Enfermagem, Enfermeiro Gestor, Competências Gerenciais do Enfermeiro. Na intersecção dos descritores no banco de dados, utilizados para a busca bibliográfica, foram encontrados 120 trabalhos. Entretanto, para atender os objetivos deste estudo foram selecionados 18 trabalhos. Foram utilizados 10 artigos (55,57%) que atendiam o critério de inclusão. Dos artigos pesquisados (83,35%) foram escritos depois de 2000. RESULTADOS: Este estudo evidenciou que para gerenciar um serviço de saúde é primordial que o enfermeiro gestor tenha instrumentos capazes de agregar as informações necessárias, dando subsídios para elaborar estratégias e auxiliar na tomada de decisões com atitudes humanizadas, gerenciando o cuidado com qualidade onde o cliente seja atendido holisticamente. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro ao trabalhar em equipe, exerce liderança a todo o momento, dividindo as responsabilidades ele amplia sua flexibilidade, descentralizando a tomada de decisões garantindo novos modelos assistenciais. Sendo assim, o enfermeiro gestor precisa gerenciar o cuidado com o olhar para o contexto atual com a capacidade de dar novo significado as constantes mudanças. Portanto, é imprescindível uma relação efetiva entre o objeto e finalidade do processo com o intuito de organizar os serviços visando ações pertinentes e impactantes no processo de trabalho em saúde.

A INFLUÊNCIA DA SUBJETIVIDADE NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Ana Paula de Moraes, Maisson da Silva Berg, Jorge Souza da Cruz

APRESENTAÇÃO: A expressão da subjetividade no trabalho surgiu pela primeira vez na França em 1990, com as obras do teórico e médico francês com formação psicanalítica e psicanálise Christophe Dejours, e no Brasil em um artigo publicado em 1994. Dejours relata que o ato de trabalhar demanda de uma organização afetiva e organizacional que afeta além do físico, mas também o psíquico do trabalhador. Com isso tem-se o objetivo de fazer uma breve reflexão com a influência da subjetividade na organização do trabalho. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Através de uma breve reflexão crítica com embasamento teórico e científico de Christophe Dejours, entendeu-se que a subjetividade no trabalho é de fundamental importância para dar vida ao mesmo. Levando em conta que o trabalho não é somente a atividade exercida e sim faz parte de dimensões culturais e sociais do trabalhador, o indivíduo quando se sente reconhecido dentro da execução da sua atividade laboral, transforma o trabalho real e o prescrito em fonte de prazer, através da cooperação do coletivo que reflete diretamente na saúde do trabalhador. Sendo assim importante o trabalho desenvolvido em grupo, pois o ato de trabalhar está ligado a outros sujeitos que modulam o jeito de agir desenvolvendo modos e cenários de como determinadas atividades devem ser realizadas, influenciando assim de forma direta na saúde física e mental do trabalhador. RESULTADOS: Com isso notou-se que a subjetividade agrega qualidade de vida ao sujeito, colaborando assim com o resgate do sentido de trabalhar sendo que o desejo do trabalhador deve ser reconhecido

e valorizado de maneira única, para que o trabalho tenha um verdadeiro sentido e que seja transformada em prazer. A inteligência prática deve ter seu real valor para que o prescrito ajude o trabalhador a desenvolver um saber individual sobressaltando a maximização de seu desempenho no ambiente de trabalho. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com isso notou-se que é de extrema importância a identificação de fatores positivos e/ou negativos que influenciam na subjetividade do processo de trabalho, para encontrar melhorias e proporcionar adequadas condições de trabalho ao sujeito fazendo com que seja planejado um conjunto de intervenções para melhorias no processo saúde no ambiente social e profissional.

A INFLUÊNCIA DO TRABALHO EM EQUIPE NO ATENDIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Heleticia Scabelo Galavote, Rafael Rocha dos Santos, Paula de Souza Silva Freitas, Rita de Cássia Duarte Lima, Erika Sampaio Rocha, Viviane Viana de Oliveira Cunha, Eliane de Fátima Almeida Lima

Palavras-chave: trabalho, equipe de assistência ao paciente, atenção primária à Saúde

Apresentação: A reorientação do modelo assistencial na saúde é um potencializador de impactos no Sistema Único de Saúde (SUS). Como essa reorientação atinge o processo de trabalho em saúde, faz-se necessário analisar sua influência no atendimento na atenção básica no Brasil. Portanto, o objetivo desse estudo é analisar as evidências disponíveis na literatura científica nacional sobre a influência do trabalho em equipe no atendimento realizado na Atenção Primária à Saúde. Desenvolvimento do trabalho: Para

atingir o objetivo, definiu-se como método a revisão integrativa, considerando o período de 2004 a 2013. A base de dados utilizada foi o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (também conhecido como Biblioteca Regional de Medicina – BIREME). Atenderam aos critérios de seleção 8 artigos. Resultados e/ou impactos: Foram encontrados nos artigos selecionados proximidades no tocante à importância e conformação do trabalho em equipe e sua influência no atendimento na Atenção Primária. A análise dos oito estudos que integraram essa revisão revela que a contribuição do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família (ESF) através do compartilhamento de informações que os profissionais dessa Estratégia buscam, são motivados, principalmente, pelo esclarecimento de dúvidas. Assim, são articulados os diversos saberes presentes na equipe para que se alcance um projeto comum a todos e que seja pertinente às necessidades de saúde do usuário. Os estudos analisados também enfocaram as dificuldades no processo de trabalho das equipes da ESF. Uma das dificuldades observadas com mais expressividade é a falta de infraestrutura das unidades básicas de saúde. É destacada a ausência de materiais (especialmente medicamentos, materiais para curativo e limpeza) e equipamentos para a realização de trabalho, bem como a falta de transporte para as visitas domiciliares – principalmente na zona rural. Uma outra dificuldade relatada é a falta de planejamento dos membros para o trabalho coletivo. Os momentos de reunião das equipes para planejar as ações a serem desenvolvidas são escassos, visto que, costuma-se seguir o plano de trabalho determinado pelas Secretarias de Saúde. Os artigos selecionados referem também que o trabalho em equipe com a conformação de equipes multiprofissionais é considerado essencial para o funcionamento adequado

do processo de trabalho na ESF e indicam ainda que essa conformação é essencial para o funcionamento do processo de trabalho na atenção básica. Considerações finais: Pode-se salientar as dificuldades na configuração do trabalho em equipe e na elaboração das atividades dos membros de uma equipe. Não obstante, enfatiza-se a necessidade de mais estudos para aprofundar e acompanhar a influência do trabalho em equipe no atendimento na atenção básica.

A INSTITUCIONALIDADE POLÍTICA E O SIMBÓLICO: A QUESTÃO DO LUGAR PARA O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

Renata Gomes Zuma, Mônica de Rezende

Palavras-chave: NASF, Institucionalidade política, representação simbólica

Este trabalho caracteriza-se como uma reflexão sobre a questão do Lugar para o NASF: a representatividade que um espaço físico para o NASF pode assumir e sua importância para a institucionalização política. O objetivo é construir uma linha de argumentação que movimente, que saia do lugar comum, provocando reflexões ou simplesmente compartilhando inquietações que me acompanham no dia-a-dia profissional. Ainda que se saiba que o NASF não se constitui 'como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica)' (PNAB, 2011), qual o lugar que ele ocupa dentro das Unidades? Onde ele realiza suas atividades de planejamento, reuniões? Onde ele faz o registro de suas atividades? Ou, indo além, com qual imagem (objeto) eu me relaciono quando penso no signo NASF?

Como poderemos estabelecer uma relação com ele se nem sei onde ele está? Onde o NASF está? As reflexões produzidas a partir destes questionamentos e desenvolvidas ao longo do trabalho conduziram ao seguinte pensamento: se intentamos instituir o NASF enquanto política, inscrevendo-o dentro das práticas de saúde, precisa-se antes fortalecê-lo como uma unidade independente das equipes de referência, garantindo, dessa forma, seu lugar-meio, sua estética entre - disciplinar. Porque é exatamente pela diferenciação entre sujeito e objeto (entendendo por objeto tudo aquilo que está para si), e na construção dessa relação, que se constituiria o símbolo NASF. Entendendo que os desafios impostos ao NASF estejam em grande parte relacionados à reconstrução (ou reorientação) dos modos de fazer saúde, mas levando em consideração que ainda estamos situados no tempo da racionalidade científica em que o símbolo é preponderante no modo de conhecermos - sabendo que os signos são constituídos por esse ato de conhecimento - e, por todo o exposto, suponho que assegurar um espaço físico ao NASF possa contribuir para a institucionalização da política NASF.

A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA COMO ESTRATÉGIA CONTEMPORÂNEA DA JUDICIALIZAÇÃO DA VIDA: O QUE ELA NOS MOSTRA SOBRE A PRODUÇÃO DE SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DAS NORMAS SOCIAIS?

Camila Cristina de Oliveira Rodrigues, Sérgio Resende Carvalho

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Saúde Mental, Judicialização, Internação Compulsória

APRESENTAÇÃO: O fenômeno da judicialização tem se evidenciado no

cotidiano dos serviços de saúde através crescente número de mandatos judiciais que chegam para a rede com determinações de tratamento compulsório, especialmente, em serviços de saúde mental e pela via de pedidos de internação. Esta pesquisa de mestrado pretende levantar dados sobre como a Rede de Atenção Psicossocial de Campinas/SP/Brasil vem sendo atravessada pelo fenômeno da judicialização, como este fenômeno tem se manifestado no fazer cotidiano de suas práticas e que efeitos e conexões o mesmo vem trazendo para os processos de trabalho e para os usuários e familiares do SUS. Buscamos ainda estabelecer reflexões sobre o tema à luz de Foucault, entre outros pesquisadores da Saúde Coletiva. Objetivamos mapear quem são estes usuários cujo tratamento tem se dado mais por uma diretriz jurídica que clínica? O que eles pensam sobre isto? Quem são os protagonistas sociais destas ações jurídicas? Quais as expectativas destes sujeitos? E, finalmente, que efeitos essas determinações legais trazem para o funcionamento do SUS e para o cuidado em saúde? METODOLOGIA: Tomando como base a pesquisa social em saúde desenvolvida por Minayo alinhada à proposta metodológica estratégica de triangulação de métodos qualitativos e quantitativos, levantamos o Distrito Sanitário de Campinas com maior incidência de usuários de saúde mental submetidos à internação compulsória entre os anos de 2012-2014 e, posteriormente, realizamos um grupo de discussão na reunião de coordenadores do respectivo Distrito, apresentando estes dados e promovendo um debate sobre o tema da judicialização. Ressaltamos que os dados acima citados foram levantados por meio de coleta em um dos serviços de internação psiquiátrica do município. RESULTADOS: Todos os usuários estudados nesta pesquisa são pessoas diagnosticadas por uso problemático de álcool e outras drogas e a maioria dos

atores sociais que têm demandado do setor jurídico as medidas legais de tratamento são membros da família. Acreditamos que o fenômeno da judicialização pode produzir efeitos ainda pouco estudados no fluxo regular dos serviços públicos de saúde que tem como premissa operar de porta-aberta recebendo as demandas dos usuários do modo espontâneo. Apesar da rede de saúde estar ciente do aumento deste tipo de demanda, notamos que ainda não se produziu um alinhamento institucional para lidar com este fenômeno. Supomos que há um processo de judicialização em curso na sociedade contemporânea que vem operando também no SUS articulado ao fenômeno da medicalização. Consideramos que as práticas de judicialização e medicalização da vida no âmbito dos serviços públicos de saúde devem ser objeto de problematização e desnaturalização por parte da Saúde Coletiva. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Este estudo vem instrumentalizando a produção de novos debates sobre a construção de políticas do SUS, sua interface com as normalizações contemporâneas e as tecnologias de controle e de cuidado vigentes.

A OCUPAÇÃO DOS CARGOS DE GESTÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DE GÊNERO, RAÇA E PROFISSÃO

Virgínia de Menezes Portes, Daniela Dallegrave, Rodrigo de Oliveira Azevedo

Palavras-chave: Gestão, Raça, Gênero

Apresentação: Este trabalho aborda algumas situações encontradas no cotidiano dos serviços de saúde a partir da análise de marcadores sociais naturalizados no processo de organização do trabalho nos cargos de tomadas de decisões. Verifica-se que estes cargos (Diretores, Gerentes e Coordenadores), geralmente,

são ocupados por homens, enquanto a área da saúde é predominantemente composta por mulheres. O objetivo deste trabalho foi estudar aspectos relativos a gênero, raça e profissão dos diretores do Grupo Hospitalar Conceição, desde 1975 até 2015. Desenvolvimento do Trabalho/ Metodologia: Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e qualitativa sobre o perfil dos profissionais que ocupam cargos de gestão na Diretoria do GHC. Procurou-se investigar as desigualdades de gênero, raça e profissão nestes espaços de tomada de decisão. A primeira etapa consistiu em coleta de informações sobre o perfil dos Diretores (raça, profissão, gênero, cargo, se é ou não funcionário do GHC e qual o período de exercício do cargo). Na segunda etapa, realizou-se entrevista com um membro da secretaria executiva da Diretoria. O objetivo deste momento foi conhecer a maneira como os Diretores chegam nestas posições, ou seja, solicitou-se a descrição do fluxo da posse dos diretores no GHC. Na terceira etapa, realizaram-se duas entrevistas: uma com um membro da Comissão Especial de Políticas de Promoção da Igualdade de Gênero e outra com um membro da Comissão Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial no GHC. Tais entrevistas pretenderam conhecer como foram criadas estas comissões, quais são as suas funções e a importância das mesmas para a instituição. Resultados preliminares: Ressalta-se que este trabalho está em fase de elaboração, portanto, chamamos resultados preliminares porque as análises, especialmente as qualitativas, ainda estão em fase de realização. Até este instante, foram analisadas as características de 47 diretores, no período de 1975 a 2015, sendo 45 homens (96%) e apenas 2 mulheres (4,0%). Nenhum deles era negro, sendo todos da cor branca (100%). Em relação à profissão, a maioria era médico (70,2%); em seguida, os cargos foram ocupados por advogados

(12,7%), contadores e economistas (4,2%) e por farmacêutico, administrador, dentista e psicólogo (2,1%). Deste total, 25 (53,2%) profissionais não eram funcionários do GHC, enquanto 22 (46,8%) já faziam parte do corpo de trabalho da instituição. Estas informações subsidiam a reflexão sobre a ocupação dos cargos da alta gestão neste local. Por meio das entrevistas, parte qualitativa, identificou-se que questões como a relevância das comissões e suas formas de atuação precisam ser mais bem discutidas no âmbito do GHC. Considerações Finais: O conteúdo deste estudo visa contribuir para as políticas institucionais de equidade e inclusão do Grupo Hospitalar Conceição, por meio da identificação das características e perfis predominantes nos cargos de gestão, visualizados na observação empírica. Cabe ressaltar que este estudo não pretende esgotar tal assunto e, menos ainda, apresentar uma forma totalizante e estanque de analisar e descobrir verdades, mas sim, apresentar diferentes modos de pensar e problematizar esta temática.

A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ana Claudia Pinheiro Garcia, Rita de Cássia Duarte Lima, Maria Angélica Carvalho Andrade, Paula de Souza Silva Freitas, João Paulo Cola, Thiago Fachetti, Pablo Boiteux

Palavras-chave: trabalho em equipe, saúde da família, SUS

Apresentação: O estabelecimento de equipes multiprofissionais é considerado um dos elementos chave para o desenvolvimento das práticas na Estratégia Saúde da Família (ESF) e reorganização da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), sustentada por projetos assistenciais mais integrais e resolutivos que promovam

mudanças nos processos de trabalho e nas formas de atuar sobre o processo saúde-doença, por meio de relações pessoais diretas de profissionais entre si, e com a população em geral, operando com base na adesão de clientela, no acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, na visita domiciliar e na integralidade nos cuidados de saúde. Em que pesem a relevância e as características inovadoras do estabelecimento de equipes para atuar na ESF, elas, por si só, não são suficientes para institucionalizar as práticas do trabalho em equipe. Objetivo: analisar o trabalho em equipe multiprofissional, na perspectiva dos profissionais, no contexto da ESF. Método: estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa realizada nos municípios do estado do Espírito Santo com população superior a 50 mil habitantes, entre julho de 2012 e agosto de 2013. Para coleta de dados, utilizou-se um questionário respondido por 240 profissionais: 121 ACS, 40 auxiliares ou técnicos de enfermagem, 41 enfermeiros e 38 médicos. Resultados: De modo geral, os profissionais fizeram uma avaliação positiva das variáveis analisadas, afirmando a existência de um trabalho em saúde compartilhado, respeitoso, humanizado, com responsabilização e vínculo dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade, pautado na autonomia, liberdade e prazer profissional. Considerações Finais: O trabalho evidencia a importância de se fazer saúde de uma forma integral, que se inicia dentro do próprio relacionamento de respeito/solidariedade dos profissionais, entre a própria equipe e da equipe para com a sua comunidade. Acredita-se, ainda, que estes resultados devam ser trabalhados junto às equipes, num processo de educação permanente, a fim de operar novos sentidos, de modo a permitir a reflexão e a análise crítica sobre o próprio trabalho e sua relevância para a mudança das práticas de atenção e gestão do SUS.

A PRIVATIZAÇÃO POR DENTRO: ESTUDO DOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES TERCEIRIZADOS NO MUNICÍPIO DO NATAL/RN

Jussara Lisboa Viana, Edleuza Cris Silva Tomaz, Themis Xavier de Albuquerque Pinheiro

Palavras-chave: Gestão, Público-privado, Serviços de Saúde, Terceirização

Trata-se de um trabalho que objetiva dar transparência a situação dos serviços ambulatoriais e hospitalares, em relação aos seus prestadores no município de Natal, capital do Rio Grande do Norte, durante a gestão 2009-2012. Sendo os prestadores de natureza privada, filantrópica, municipal, estadual e federal, permitiu-se enveredar de forma breve pela relação público-privado. O estudo apresenta uma abordagem quantitativa, a tipologia da pesquisa é exploratória e descritiva, desta forma buscaram-se na Secretária Municipal de Saúde (SMS) do Natal, especificamente no Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), os contratos hospitalares e ambulatoriais do quadriênio referido, compreendendo uma gestão, para complementar as informações, coletou-se, também, dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SAI) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH). No tocante aos serviços ambulatoriais percebe-se uma expansão dos serviços de natureza privado e redução dos serviços próprios. Com relação aos serviços hospitalares aqueles municipais permaneceram no mesmo patamar, enquanto que os de natureza filantrópica e federal cresceram. Estes resultados representam uma dependência da SMS aos prestadores terceirizados. Quanto à distribuição dos gastos por serviços prestados verificou-se que o município apresenta poucas despesas com serviços próprios, ambulatoriais e hospitalares,

enquanto que seus gastos, em especial, com prestadores terceirizados de natureza privada apresentam grande expansão, em especial nas áreas de Fonoaudiologia, Oftalmologia, Diagnóstico em Laboratório, Diagnóstico por Imagem e Saúde Auditiva.

A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NO SUBSISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR NAS REGIÕES NORTE E SUL SOB A PERSPECTIVA DA CONSTRUÇÃO DE LINHAS DE CUIDADO: ANÁLISES PRELIMINARES

Renata Flores Trepte, Alcindo Ferla, Júlio Cesar Schweickardt

Palavras-chave: Saúde Mental, Saúde Suplementar

O projeto em andamento analisa a Rede de Atenção em Saúde Mental no Subsistema de Saúde Suplementar Brasileiro nas Regiões Norte e Sul do País, visando identificar e sistematizar tecnologias de cuidado para subsidiar a organização da rede de cuidados em saúde mental na interface entre o público/privado. Trata-se de um estudo de implementação de políticas. O plano de investigação inclui a análise de dados dos bancos de sistemas nacionais de informação de uso na saúde, a realização de entrevistas com operadoras e prestadores de serviço, entrevistas com usuários/familiares, assim como análise documental. O projeto vem sendo desenvolvido por uma rede científica composta por pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa nas duas regiões em estudo, através do formato de estudos multicêntricos integrados. A rede científica agrega parceiros que estão mobilizados regionalmente na temática, com estudos prévios que serão articulados para a produção de uma perspectiva histórica da evolução da atenção público/privado nas referidas regiões. O estudo compara as

Regiões Norte e Sul do Brasil, que apresentam indicadores extremos de cobertura e organização dos serviços, excetuando-se a região Sudeste, que tem maior quantidade de estudos e indicadores de cobertura inflacionados, criando condições de compreender as diferentes dinâmicas de acolhimento e acompanhamento de demandas engendradas nas demais regiões. Considera-se que no Brasil coexiste um mix público e privado no sistema de serviços saúde, cujas diretrizes devem ser únicas, o que significa dizer que estas devem estar condicionadas à atuação reguladora do Estado, como apregoa a Constituição Federal (Brasil, 1988). Essa premissa é o que permite constituir este estudo, tomando como base a incorporação da linha de cuidado em planos e seguros privados de saúde, visando a composição de uma rede de cuidados em saúde mental, na interface com a política de saúde mental vigente no país. Assim, a formulação de políticas desenvolvidas pela Agência Nacional de Saúde - ANS deve estar alicerçada nas diretrizes da Lei No 10.216/01, que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Desse modo, as práticas no interior de serviços, redes e sistemas vinculados aos planos e seguros privados de saúde devem traduzir as diretrizes e os princípios das políticas nacionais.

A SAÚDE MENTAL DOS MÉDICOS EM TRABALHO NAS EMERGÊNCIAS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: DO SOFRIMENTO AO ADOECIMENTO

Jaqueline Silva Gonçalves, Carlos Brant

Palavras-chave: Trabalho, Medicina, Adoecimento, Saúde Mental

O artigo discorreu sobre as condições de trabalho e adoecimento dos profissionais

da saúde, com foco especial na atuação dos médicos, em unidades de emergência. Considerou-se o ambiente ocupacional desses profissionais, caracterizado frequentemente por jornadas extenuantes, cargas excessivas de trabalho, contato diário com a debilidade e o sofrimento físico e psíquico dos pacientes, além da permanente responsabilização pela vida e morte desses indivíduos. Nesta pesquisa, foi realizado estudo transversal por meio de levantamento bibliográfico sistemático. Verificou-se que a relação entre saúde mental e o trabalho vem se configurando como uma importante área a ser investigada, sendo relevante ressaltar que o trabalho é uma atividade fundamental à vida humana, embora possa tornar-se nocivo quando ultrapassa os limites que o ser humano pode suportar. Para desempenhar o importante papel de cuidar da saúde das pessoas, é fundamental que os profissionais da área médica atentem para suas necessidades e cuidem também de sua própria saúde física e mental, as quais estão diretamente relacionadas entre si.

ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM BUSCA DA INTEGRALIDADE NO SUS

Marília Cristina Prado Louvison, Laura Macruz Feurwerker, Oswaldo Yoshimi Tanaka, Marco Akerman, Tereza Etsuko da Costa Rosa, Débora Bertussi, Fabianny Tomaz Sitonio, Mariana Freire

Palavras-chave: atenção especializada, regulação, apoio matricial, condições crônicas

Os caminhos em busca da integralidade no SUS pressupõem atenção básica organizada em função das necessidades dos cidadãos em cada território, bem como atenção integral produtora de cuidado em rede, que acesse, quando necessário,

serviços de atenção especializada. O envelhecimento populacional e o aumento das condições crônicas indicam cada vez mais a necessidade da continuidade do cuidado em redes de atenção. No entanto, a fragmentação do cuidado não responde às atuais necessidades e contribui com custos elevados, baixos resultados e grandes filas de espera. Compreende-se que no SUS a construção relacionada às linhas de cuidado, à regulação do acesso e aos processos de cuidados compartilhados, apresenta-se como inovação e oportunidade para a efetivação do princípio da integralidade no SUS. Integra o projeto PPSUS FAPESP “Linhas de cuidado e acesso aos serviços especializados: caminhos e (des) caminhos na construção da integralidade no SUS” que tem como campo a Região Sudeste da Cidade de São Paulo e as cidades de São Bernardo do Campo e de Mauá, no sentido de analisar a produção de novos arranjos na organização, produção e regulação da atenção especializada, utilizando-se algumas condições traçadoras como Hipertensão Arterial Sistêmica, Doenças Pulmonares, Diabetes Mellitus, Obesidade e Câncer de Mama. Utilizando-se percurso qualitativo cartográfico identificou-se inovação nos territórios em análise, porém de forma ainda incipiente. Há uma intencionalidade na gestão municipal do SUS nas cidades observadas para a produção do cuidado em rede e a ampliação do acesso à atenção especializada, para além da ampliação da oferta. Um importante movimento são fóruns locais regionais de redes de serviços especializados, incluindo serviços ambulatoriais e hospitalares, que juntos estabelecem pactuações de regulação compartilhados. A possibilidade de encontros periódicos de prestadores que tenham identidade com o território, de serviços públicos e privados, gerenciados por administração direta e por organizações sociais, sob gestão municipal e estadual,

estabelece um esforço coletivo na construção de linhas de cuidado no território, avançando nas pactuações da regulação do acesso e reduzindo filas de espera. Os fóruns e oficinas que envolvem atenção básica, atenção especializada e equipe de regulação também tem se mostrado como importantes coletivos em produção, qualificando as filas nos territórios e ampliando a atuação microrregulatória da atenção básica para a produção de integralidade. Indicam a necessidade de qualificar as filas de consultas e exames especializados e construir processos de apoio e cuidado compartilhado com especialistas que apoiem as linhas de cuidado, no sentido da redução da fila e da melhoria na produção do cuidado. Por outro lado, a organização dos serviços especializados ainda demonstram arranjos tradicionais que potencializam o distanciamento com a atenção básica, estabelecendo lógicas de poder médico e tecnológico próprios, e os sistemas informatizados de regulação tem produzido invisibilidades e descompromissos quando não incorporam processos de gestão da clínica e quando não se articulam com processos microrregulatórios “vivos” nos serviços de saúde. Novos arranjos e inovações no cuidado compartilhado com a atenção especializada e uma regulação produtora de cuidado podem contribuir com a ampliação do acesso à atenção especializada, em busca da integralidade no SUS.

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DO PARÁ

Mayara Sabrina Luz Miranda, Ana Carla Alcântara Andrade, Shayene Fonseca Teixeira, Danielle Tupinambá Emmi, Helder Henrique Costa Pinheiro, Marizeli Viana de Aragão Araújo, Regina Fátima Feio Barroso

Palavras-chave: Assistência Odontológica, Atenção Primária à saúde, Epidemiologia

APRESENTAÇÃO: O Sistema Único de Saúde apresenta a Atenção Básica (AB) como o principal atendimento de entrada dos usuários ao sistema. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) tem como objetivo promover a melhoria do acesso e qualificar as unidades básicas de saúde, estimulando a ampliação do acesso e garantia do padrão de qualidade na saúde pública brasileira. Verificar a satisfação do usuário com as equipes de saúde bucal (ESB) na atenção básica em relação ao acesso e qualidade dos serviços prestados pelas equipes que participaram do primeiro ciclo de avaliação externa (AE) do PMAQ Pará. Trata-se de um estudo transversal realizado em 128 municípios do Pará, através de um trabalho conjunto entre Universidade Federal do Pará, Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA) e Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Pará. A equipe de trabalho da AE foi constituída por 8 supervisores e 12 equipes de campo com 3 avaliadores em cada uma. Foram entrevistados 1401 usuários, sendo selecionados 498 que referiram terem tido atendimento pelo cirurgião dentista (CD). Os resultados obtidos foram transferidos para uma planilha eletrônica de dados. A espera para a consulta pelos 498 usuários que tiveram acesso ao tratamento odontológico variou de 0 a 60 dias, sendo que 169 usuários esperaram 1 dia. O número de usuários que tiveram retorno aprazado até o final do tratamento foi de 222, porém a maioria não teve retorno garantido (276). O atendimento de urgência por problema bucal foi procurado por 183 usuários, mas 219 não tiveram necessidade deste atendimento. Apenas 153 tiveram atendimento de urgência na unidade que frequentavam, sendo que 113 atendimentos foram realizados na mesma hora sem

marcação. O tempo para ser atendido na unidade variou de 0 a 95 minutos, com 21 indivíduos sendo atendidos em 30 minutos. Observou-se que apenas 35,54% dos usuários que foram entrevistados durante a AE da atenção básica no Pará, relataram ter recebido atendimento odontológico. Isto demonstra a dificuldade de acesso que esta população tem aos serviços odontológicos, devido muitas das equipes de estratégia de saúde da família não apresentarem Equipes de Saúde Bucal em sua composição, refletindo no perfil epidemiológico e na baixa cobertura da atenção básica de saúde bucal no estado.

ACESSO E QUALIDADE DE ATENÇÃO À DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA

Damiana Paula Coelho Carvalho, Eliane Andrade do Nascimento, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: diabetes mellitus, acesso, qualidade, PMAQ

APRESENTAÇÃO: O Diabetes mellitus (DM) é um grave problema de saúde pública que atualmente no Brasil atinge mais de 12 milhões de pessoas. Apesar de ser uma doença crônica prolongada que causa incapacidade e mortes precoces, o acesso, acompanhamento e orientação profissional adequados na rede de atenção básica (AB) de saúde possibilitam boa qualidade de vida aos acometidos pela doença. Em 2011, através da Portaria GM/MS n.º 1654, o Ministério da Saúde busca conhecer a qualidade dos serviços ofertados na atenção primária à sociedade através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), para vários grupos, incluindo pessoas com DM. O objetivo deste trabalho é descrever as questões de acesso e qualidade no

que tange ao atendimento de usuários com DM no país. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Estudo epidemiológico, observacional, descritivo e de cunho nacional, que utilizou dados de entrevistas com profissionais coordenadores das equipes de saúde participantes do PMAQ-AB em 2012. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Foram entrevistados 17.202 coordenadores de equipes de saúde. No que tange ao acesso, em 50,7% das equipes as consultas podem ser agendadas em qualquer dia da semana, em qualquer horário. No que tange à qualidade da atenção, 92,8% das equipes utilizam a ficha de cadastro ou acompanhamento de pacientes com DM e 52% possuem registro de pacientes com DM com maior risco. A coordenação de filas de espera e acompanhamento de consultas e exames em outros pontos da rede de atenção é realizada por 49,2% das equipes. Realização de exame do pé diabético periodicamente e exame de fundo de olho ocorre por 57,8% e 40,3% das equipes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Verificaram-se dificuldades de acesso e de qualidade de atenção aos diabéticos na AB. Torna-se relevante destacar o papel da AB na gestão do cuidado do paciente na rede de atenção, especialmente no caso das doenças crônicas, atividade não realizada pela maioria das equipes. Os exames de saúde supracitados podem melhorar significativamente a qualidade de vida de pacientes diabéticos, portanto, eles precisam fazer parte da rotina assistencial das equipes da AB.

ACIDENTES DE TRABALHO ENTRE TRABALHADORES DA SAÚDE DE MUNICÍPIOS BAIANOS

Mariana Rabelo Gomes, Tânia Maria de Araújo, Jorgana Fernanda de Souza Soares, Fernanda de Oliveira Souza

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Acidentes de Trabalho, Trabalhador da saúde

APRESENTAÇÃO: O trabalho tornou-se um meio inexorável da existência humana e constituinte da identidade do sujeito. Além de ser fonte de sustento, permite ao indivíduo sentir-se útil, produtivo e valorizado, tendo sua autoestima elevada, passando a contar com a possibilidade concreta de autorrealização. Não obstante, o trabalho também expõe aqueles que o exercem a múltiplos determinantes de acidentes e doenças. Em relação aos trabalhadores das instituições de saúde, os riscos podem estar relacionados a uma série de fatores predisponentes às particularidades das atividades prestadas na assistência ao ser humano. Dentre esses, se destacam: a violência ocupacional, os fatores físicos, químicos, biológicos, psicossociais e ergonômicos. Nesse contexto, os acidentes de trabalho constituem um sério problema de saúde pública, por causar importante impacto sobre a produtividade, sofrimento físico, moral e psicológico. Além disso, excluem da sociedade pessoas úteis e participativas e afetam a economia do país ao reduzir a força de trabalho da população economicamente ativa. Assim, este estudo objetivou estimar a incidência dos acidentes de trabalho, segundo características sociodemográficas e ocupacionais dos trabalhadores da saúde em municípios baianos. **DESENVOLVIMENTO:** O estudo possui delineamento transversal e foi conduzido com 3.084 trabalhadores da atenção primária e da média complexidade do setor saúde de cinco municípios baianos (Feira de Santana, Santo Antônio de Jesus, Itabuna, Jequié e distrito sanitário do Centro Histórico de Salvador). O período da coleta de dados ocorreu entre os anos de 2011 e 2012, por meio de questionário. A análise dos dados uni e bivariada, incluiu

a descrição da população estudada, segundo características sociodemográficas, ocupacionais, hábitos de vida e estado de saúde através da incidência de acidentes de trabalho. **RESULTADOS** Observou-se, no estudo, população predominantemente feminina (78,2%), com idade entre 30 a 39 anos (36,5%), com filhos (68,8%), casados/união estável (57,2%), com tempo de trabalho superior a cinco anos (56,8%) e jornada semanal de 40 horas (64,3%). A incidência de acidentes de trabalho foi de 7,8%, sendo maior entre as mulheres (8,0%), na faixa etária até 49 anos (7,8%), sem ensino superior (7,9%), com pelo menos dois turnos de trabalho (8,4%), que utilizavam Equipamento de Proteção Individual (8,2%), que mantinham contato com material biológico (8,7%) e em situações de trabalho ativo (9,7%), segundo o modelo demanda-controle. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os acidentes de trabalho são fenômenos socialmente determinados, previsíveis e evitáveis que causam grande sofrimento para a sociedade, já que o trabalho sempre teve papel essencial na vida dos seres humanos e é através dele que o indivíduo se constitui como sujeito, afirmando sua identidade e seu desejo de ser reconhecido perante a sociedade. Sendo assim, o conhecimento da ocorrência dos acidentes de trabalho dos trabalhadores da saúde contribui para a construção de estratégias de prevenção e controle dos mesmos, mediante a identificação dos possíveis fatores de risco que possam existir no decorrer das atividades laborais, além de servirem como orientação na implementação de normas de segurança para a saúde do trabalhador, organização dos sistemas de gestão das empresas com o objetivo de melhorar as condições de trabalho.

AÇÕES DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O OLHAR DOS GESTORES DA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA

Yasmine de Castro Cunha, Marcia Moura Fe, Derlange Belizário Diniz, Paulo Cesar Almeida

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Programas e Políticas de Alimentação e Nutrição, Gestão em Saúde

Apresentação: As ações de alimentação e nutrição na atenção primária enfrentam grande desafio em viabilizar um modelo de assistência que atenda, cure e oriente com base em práticas promotoras de saúde e a inserção do profissional nutricionista ainda é insuficiente para atender toda a população (JAIME et al., 2011; BRASIL, 1999). O presente trabalho tem como objetivo conhecer as ações de alimentação e nutrição desenvolvidas nas Unidades de Atenção Primária em Saúde através dos gestores da rede municipal de Fortaleza, Ceará. **Desenvolvimento:** O estudo foi descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. A coleta dos dados foi feita no período de fevereiro a agosto de 2015, através de entrevista semiestruturada com gestores em 85 unidades de saúde nas seis regionais de Fortaleza. A amostra representou 92,0% do total geral de unidades da cidade. **Resultados:** Foram entrevistados 85 gestores, um em cada unidade, sendo a maioria do sexo feminino (81,1%), com idade média de 44,5 anos. Quanto ao grau de escolaridade, 71,7% possuem ensino superior completo, sendo a maioria enfermeiros e dentistas, possuindo 48,2% especialização e 11,7% com mestrado na área de saúde. Em relação ao preparo e qualificação para exercer a gerência, apenas 20% realizaram capacitação em gestão e 80% não possuíam qualquer curso na área de gestão. O tempo médio de trabalho

na Atenção Primária à Saúde foi de 15 anos e como gestor quatro anos. Poucas unidades de saúde (17,6%) apresentaram nutricionista e em apenas 15,2% delas não são realizadas nenhum tipo de ação de alimentação. Para os que responderam realizar ações de alimentação e nutrição em sua unidade, 51 gestores (60,7%) afirmaram realizar ações de caráter universal e 20 (23,8%) de caráter específico. Quanto aos grupos atendidos por tais ações, em 79,8% das respostas são gestantes, 75% crianças, 60,7% adultos, 50% adolescentes, 79,8% idosos, 52,4% anciões e 7,1% outros. A ausência de profissionais capacitados (67%) e de estrutura física e operacional adequada (34,1%) foram as principais dificuldades apontadas pelos gestores para desenvolver as ações de alimentação e nutrição nas unidades de saúde. Compromisso dos profissionais (63,5%), integração das equipes de trabalho (60%), e participação ativa da comunidade (34,1%) foram destacadas como as principais facilidades encontradas. A sugestão mais referida para a melhoria das ações foi a presença do nutricionista na unidade (61%). **Considerações finais:** Os dados mostraram que a maioria dos gestores não possuem cursos específicos de gestão em saúde e estes não são pré-requisitos para gerir as unidades, o que pode interferir no modo de operacionalização das estratégias nos serviços de saúde. A maioria das unidades não possui nutricionista, e os gestores reconhecem a importância desse profissional para ampliar as ações desenvolvidas.

AÇÕES DE MELHORIA DO TRABALHO NA GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Bruna Lígia Ferreira de Almeida Barbosa, Heletícia Scabelo Galavote, Paula de Souza Silva Freitas, Rita de Cássia Duarte

Lima, Thais Antunes Sossai, Leticia Molino Guidoni, Leticya dos Santos Almeida Negri, Ana Cláudia Pinheiro Garcia

Palavras-chave: gestão em saúde, Estratégia Saúde da Família, pessoal de saúde

APRESENTAÇÃO: O presente estudo teve como objetivo analisar as iniciativas para a melhoria do trabalho, implantadas no âmbito da gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) no estado do Espírito Santo (ES). **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi realizada no período de março de 2014 a janeiro de 2015, em 36 municípios do estado do ES, selecionados com base em um sorteio aleatório. Foi utilizado como instrumento para a coleta de dados a entrevista semiestruturada, com um roteiro guia, e a observação participante. Nesse estudo, foram realizadas 72 entrevistas com os gestores de saúde dos municípios, sendo entrevistados os ocupantes dos cargos de Secretário Municipal de Saúde; Coordenador Municipal da ESF e Coordenador Municipal da Atenção Primária à Saúde. Os dados provenientes das entrevistas foram transcritos e o conteúdo produzido foi analisado a partir da análise de conteúdo. **RESULTADOS:** O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é referido pelos gestores como uma das iniciativas de melhoria do trabalho na ESF, principalmente, devido ao retorno financeiro aos trabalhadores do desempenho alcançado com base em indicadores de saúde pactuados, como uma vertente de gestão do trabalho vinculada à gratificação por produtividade que está atrelada ao monitoramento de ações e olhar uniforme sobre as atividades das equipes. Além do incentivo do PMAQ, os gestores destacam o programa de cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde no estado, o PECAPS, como um fator motivador do

trabalho, já que otimiza o fazer das equipes com a pactuação de metas e destinação de recursos financeiros. O movimento de deslocamento do espaço da gestão formal para o cenário de práticas dos trabalhadores é relacionado à proposição de rodas de conversas, espaços de reflexão em grupo e ações de formação e capacitação, com o objetivo de sensibilizar os trabalhadores em relação ao trabalho realizado na ESF. A figura do apoiador institucional é referida como um elemento da gestão partilhada, sendo capaz de promover a interlocução da gestão municipal com as equipes da ESF. Em relação à implementação do Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS), 76,39% dos gestores referem não ter implementado em seu município o referido plano de valorização profissional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As mudanças e inovações na gestão do trabalho são referidas como dispositivo de motivação e comprometimento por parte dos trabalhadores. Há referência a um tipo de gestão pregressa com características militaristas de controle de gestos e ações, que é contraposta por um novo tipo de gestão partilhada com os profissionais das equipes e usuários. O PCCS constitui uma proposta de desprecarização do trabalho no SUS por meio da organização dos vínculos empregatícios e formas de ingresso nos cargos e estímulo à qualificação e formação profissional, no entanto, os gestores ressaltam a dificuldade na implantação do PCCS dos profissionais da saúde no município em virtude de entraves administrativos das diferentes esferas da gestão municipal.

AÇÕES DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS GESTORES DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Bruna Lígia Ferreira de Almeida Barbosa, Heletícia Scabelo Galavote, Paula de Souza Silva Freitas, Rita de Cássia Duarte

Lima, Thais Antunes Sossai, Leticia Molino Guidoni, Leticya dos Santos Almeida Negri, João Paulo Cola

Palavras-chave: gestão em saúde, Estratégia Saúde da Família, pessoal de saúde, planejamento em saúde, avaliação em saúde

APRESENTAÇÃO: O presente estudo teve como objetivo analisar as ações de planejamento, avaliação e monitoramento em saúde na gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) no estado do Espírito Santo (ES). Assim, os gestores e trabalhadores são protagonistas dos processos de planejamento, avaliação e monitoramento das ações, o que permite a eles processos de autoanálise e autogestão no decorrer desses processos de organização do trabalho na ESF. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. A coleta dos dados foi realizada no período de março de 2014 a janeiro de 2015, em 36 municípios do estado do ES selecionados com base em um sorteio aleatório. Foi utilizada como instrumento para a coleta dos dados a entrevista semiestruturada, com um roteiro guia, e a observação participante. Nesse estudo foram realizadas 72 entrevistas com os gestores de saúde dos municípios, sendo entrevistados os ocupantes dos cargos de Secretário Municipal de Saúde; Coordenador Municipal da ESF e Coordenador Municipal da Atenção Primária à Saúde. Os dados provenientes das entrevistas foram transcritos e o conteúdo produzido foi analisado a partir da análise de conteúdo. **RESULTADOS:** Mais de 50 % dos gestores referem não desenvolver planejamento das ações da ESF e 54,17% reconhecem que também não realizam avaliação e monitoramento das ações, configurando uma gestão do imprevisto, com definição de prioridades

elencadas com base nos problemas que surgem no cotidiano de trabalho e que requerem soluções emergenciais e pontuais. A dificuldade em desenvolver o planejamento das ações da ESF é atribuída à inexperiência em gestão, as demandas burocráticas que oneram o tempo do gestor e o distanciamento entre o espaço da gestão municipal de saúde e o cenário de trabalho das equipes. Dentre os instrumentos de planejamento, mencionados por cerca de 32% dos gestores, destacam-se o Programa de Cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde no estado, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o plano municipal de saúde e os dados secundários do Sistema de Informação da Atenção Básica oriundos dos indicadores de saúde produzidos pelas equipes da ESF. As ações de avaliação e monitoramento, quando realizadas, são executadas de forma sistemática e sem o uso de instrumentos formais e fidedignos. A satisfação do usuário representa um indicador de avaliação e monitoramento das ações, mas inexistente um instrumento concreto que permita esse aprofundamento no âmbito do atendimento das necessidades de saúde dos usuários e a resolutividade do trabalho das equipes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Na gestão local de saúde a burocratização do planejamento ocorre através da valorização dos meios em detrimento dos fins, de forma que esse processo representa uma obrigatoriedade constituída nas leis de organização da gestão no SUS apenas para mascaramento das ações. Os gestores relacionam a importância do monitoramento ao planejamento das ações para a identificação do rumo de condução dos diferentes trabalhos e a percepção do gestor sobre o próprio trabalho desenvolvido, por meio de processos equivalentes a autoanálise.

AFASTAMENTOS POR TRANSTORNOS MENTAIS DOS TRABALHADORES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GUARULHOS NO ANO DE 2011

Sheila Araújo Costa, Virginia Junqueira, Francisco Antonio de Castro Lacaz, Patricia Rosin Lacintra Vechia, Rosana Cristina Coneglian, Alessandra Neumann, Eliziane Jacqueline dos Santos, Solange Vialle, Patricia Martins Gourlat

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Afastamento, Saúde Mental

APRESENTAÇÃO: O mercado de trabalho vem sofrendo alterações importantes, de acordo com a demanda das características capitalista. O que implica na qualidade de vida desses trabalhadores, sobretudo os profissionais da saúde que lidam o tempo todo com questões relacionadas à hierarquia, autonomia de decisão, tipo de vínculo de trabalho, sobrecarga, sem contar o sentimento de impotência gerada diante das condições precárias de trabalho. **OBJETIVO:** Descrever o número de trabalhadores afastados por transtornos mentais na Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Foi analisada a planilha fornecida pelo SESMET sobre o número de afastamentos por transtornos mentais da Secretaria Municipal de Saúde no ano de 2011. Classificados por cinco categorias profissionais, sendo: Médicos, Enfermeiros, Auxiliares/Técnicos de enfermagem; Agentes Comunitários de Saúde e Atendentes SUS. Foram utilizadas duas categorias para avaliar os afastamentos: < 15 dias e ≥ 15 dias. **RESULTADOS:** Em 2011 a SMS contava com 6841 funcionários da administração direta. Desses funcionários, 8,1% se afastaram por qualquer motivo de saúde. Dos afastados 10,5% corresponde aos transtornos mentais, sendo 17,2% < 15 dias e 82,8% ≥ 15 dias de afastamento. Quando analisado

por categoria encontramos os seguintes valores respectivamente: Médicos 6,52 %, sendo 33,3% < 15 dias e 66,7% ≥ 15 dias; Enfermeiros 10,9% afastados, com 100% dessa categoria afastados por mais de 15 dias; Técnicos/ auxiliares de enfermagem 11,1% total; 18,2% < 15 dias e 81,8% ≥ 15 dias; Os agentes comunitários de saúde, 9,4 % se afastaram, sendo < 15 dias 20% e ≥ 80%. Os atendentes SUS apresentaram 13,3% de afastamento por transtornos mentais, com menos de 15 dias de afastamento de 16,7% e maiores de 15 dias 83,3%. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Importante pontuar que no trabalho, principalmente em serviços de saúde, sobremaneira a emoção e o modo de “administrá-la” são fatores importantes com efeitos diretos na saúde mental. Interpretar essa problemática pode oferecer subsídio para garantir maior o sucesso das ações voltadas e as políticas de saúde do trabalhador. Importante ressaltar que o modelo de gestão a saúde adotada pelos municípios pode refletir diretamente na qualidade de vida de seus trabalhadores e consequentemente nos serviços oferecidos aos seus usuários.

AMBIÊNCIA NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE FAMÍLIA: A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Erika Maria Sampaio Rocha, Ana Claudia Pinheiro Garcia, Rita de Cássia Duarte Lima, Maria Angélica Carvalho Andrade, Priscilla Caran Contarato, Flávio Ignes Tristão, Adriana Esteves Rabelo

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Humanização da Assistência, Ambiente

APRESENTAÇÃO: Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde, ambiência na saúde, “refere-se ao tratamento dado ao espaço físico,

entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (Brasil, 2010). A ambiência constitui-se em uma importante ferramenta facilitadora do processo de trabalho das equipes de saúde da família, tanto no seu aspecto estrutural quanto os relacionados às interações entre trabalhadores e usuários. **OBJETIVO:** analisar os aspectos relacionados à ambiência na percepção dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa, desenvolvido em municípios capixabas com população superior a 50 mil habitantes, onde estão concentrados 65,6% dos habitantes do Espírito Santo. Participaram profissionais de equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família: enfermeiros, agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem, que atuavam nas equipes há pelo menos seis meses. **RESULTADOS:** Observou-se que mais da metade dos profissionais consideraram que o espaço físico não permitia o atendimento de forma confortável. Verificou-se, ainda, divergência nas respostas em relação ao acesso à tecnologia para desenvolvimento das ações básicas entendidas equivocadamente somente como um produto ou equipamento - tecnologia dura, em detrimento das tecnologias leves. Os trabalhadores apontaram limitações e dificuldades em manter a privacidade dos usuários; informaram também ausência de manutenção satisfatória do espaço físico e apresentaram opiniões contraditórias no que se refere à construção das Unidades Básicas de Saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os profissionais demonstraram olhares diferenciados sobre o seu local de trabalho e persistem limitações em relação à ambiência para a produção do trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família.

ANÁLISE DAS AÇÕES E SERVIÇOS VOLTADOS À SAÚDE INDÍGENA NOS PLANOS REGIONAIS DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO PARÁ: TRANSVERSALIDADE OU EQUIDADE?

Rosiane Pinheiro Rodrigues, Regina Fátima Feio Barroso

Palavras-chave: Redes, indígena, inserção

Haja vista a necessidade de compreendermos os elementos teóricos e práticos que subsidiem análises e alternativas para entender as dificuldades de inserção da saúde indígena nos planos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a finalidade do aprimoramento das dimensões da gestão, cuidado e dos processos de trabalho dos profissionais envolvidos nesta grande RAS. O objetivo geral foi analisar a inserção de ações e serviços voltados para atenção à saúde indígena nos planos das RAS, que abrangem os municípios que compõem o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) – GUAMÁ TOCANTINS/PA. O presente estudo foi realizado com uma abordagem qualitativa e quantitativa. Com utilização da análise temática de Bandin e análise documental. Local do estudo: DSEI Guamá Tocantins que compõem os 17 municípios do Pará e correspondem as 8 regiões de saúde: Metropolitana I, Metropolitana II, Metropolitana III, Caetés, Lago Tucuruí, Carajás, Tocantins, Baixo Amazonas. Instrumento e procedimentos de coleta de dados: Os dados foram obtidos em 2 etapas: a primeira foi com aplicação da entrevista semiestruturada aos apoiadores e coordenador do DSEI GUATOC, apoiadores das 5 redes de atenção no Pará, bem como coordenadora estadual de saúde indígena e a segunda foi a análise documental das ações e serviços contidos nos planos regionais da rede cegonha, psicossocial, urgência e emergência, doenças crônicas e rede do cuidado à pessoa com deficiência.

Resultados parciais: Existe a compreensão pelos apoiadores/coordenadores de que essas RAS não contemplam a saúde indígena através das ações e serviços de maneira equânime. Os planos da Rede Cegonha são os primeiros planos que iniciam inserção de aproximadamente 30% das ações com vistas a contemplar as especificidades da mulher e da criança; e nos demais planos da Urgência e Emergência, da Pessoa com Deficiência, Da Psicossocial e das Doenças crônicas é quase incipiente. Percebe-se a existência de um pensamento de “transversalidade” do indígena em todas as demais redes, onde este não é visto em suas diferenças, com suas necessidades culturais e sociais garantidas pelo princípio da equidade.

ANÁLISE DAS INIQUIDADES NO ACESSO À SAÚDE BUCAL NOS MUNICÍPIOS DO NÚCLEO URBANO CENTRAL DE CURITIBA-PR

Thabata Cristy Zermiani, Roberto Eduardo Bueno, Rafael Gomes Ditterich, Rosane Souza Freitas, Maiara Tauana Souza Nievola, Janaina Naumann Nasser, Bárbara Vieira Pimentel

Palavras-chave: Gestão da Informação em Saúde, Indicadores Básicos de Saúde, Sistema Único de Saúde

A análise dos indicadores sociais associados aos de saúde consiste em uma importante ferramenta para verificar se as ações desenvolvidas estão em conformidade com o princípio da equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, objetivou-se analisar as ações em saúde bucal dos municípios do Núcleo Urbano Central (NUC) da Região Metropolitana de Curitiba- PR, por meio do uso dos sistemas de informação, verificando a existência de correlação entre Indicadores da Atenção Primária em Saúde Bucal e os

de desenvolvimento humano. Trata-se de um estudo descritivo, correlacional, com o uso de dados secundários quantitativos. Os indicadores de saúde bucal utilizados foram acessados por meio do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e consistem na consolidação do ano de 2013 em relação a: Primeira consulta odontológica programática; escovação supervisionada; procedimentos individuais básicos; e exodontia de decíduos e permanentes. Os indicadores de desenvolvimento humano utilizados foram o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), o Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM) e o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), referentes aos anos de 2010, 2012 e 2011 respectivamente. Estes índices foram obtidos nas bases de dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES) e do Sistema Firjan. Na análise estatística quantitativa utilizou-se o teste de correlação de Pearson, com nível de significância de 95%. Esta análise explicitou algumas correlações positivas entre os indicadores de desenvolvimento e os indicadores de saúde bucal, sendo elas: entre o IDHM e a média de procedimentos individuais realizados ($r=0,5227$); entre o IPDM e a média de escovação supervisionada ($r=0,5738$); entre o IPDM e a média de procedimentos individuais ($r=0,6971$); e entre o IFDM e a média de escovação supervisionada ($r=0,5475$). Encontraram-se ainda, correlações entre os indicadores de saúde bucal. A média de primeiras consultas teve correlação positiva com escovação supervisionada ($r=0,581$); com procedimentos individuais ($r=0,8953$); e com exodontias ($0,8226$). A média de escovação supervisionada, com procedimentos individuais ($r=0,69$) e exodontias ($r=0,5479$). E a média de procedimentos individuais, com média de exodontias ($r =0,8299$). As correlações

obtidas entre os índices de desenvolvimento e os indicadores de saúde bucal evidenciam que municípios com maior desenvolvimento humano apresentam uma maior média de procedimentos realizados, tornando clara a necessidade da reorganização da atenção em saúde para reduzir a iniquidade social, a qual pode ser compreendida como diferenças desnecessárias e injustas, que poderiam ser evitadas. Já as correlações obtidas entre os diferentes indicadores de saúde bucal revelam que quanto maior a média de um dos quatro grupos de procedimentos, maior é também a média dos demais grupos. Cabe destacar, por fim, a importância dos Sistemas de Informação, enquanto instrumento de avaliação e planejamento das ações de saúde bucal dos municípios.

APOSTA AOS ESPAÇOS COLETIVOS DE GESTÃO PARA IMPLEMENTAR A REDE CEGONHA NO BRASIL: O APOIO INSTITUCIONAL COMO DISPOSITIVO

Aline de Oliveira Costa, Kátia Silveira da Silva, Claudia Bonan Jannotti

Palavras-chave: Apoio Institucional, cogestão, Rede Cegonha

APRESENTAÇÃO DO TRABALHO: Desde 2011, o Brasil instituiu a Rede Cegonha como estratégia para mudar o paradigma de atenção obstétrica e infantil, por meio da implementação de uma rede de cuidados que assegure à mulher e à criança o direito à gravidez, parto e nascimento seguros e humanizados, com base em evidências científicas. E para sua implantação, tem utilizado o Apoio Institucional, campo de pesquisa deste trabalho. **OBJETIVOS:** Analisar as experiências das apoiadoras temáticas na implementação dos espaços coletivos preconizados: Grupos Condutores Estaduais e Fóruns Perinatais; Discutir limites, potencialidades e desafios do

apoio institucional nestes espaços. **METODOLOGIA:** O trabalho realizado foi uma pesquisa social, no campo qualitativo, através do método de relatos orais. As participantes são as apoiadoras temáticas que trabalham nos Estados com experiência de apoio institucional desde 2010 e que possuem GCE e Fóruns com mais de um ano de funcionamento. Foram realizadas oito entrevistas individuais e um grupo focal com as apoiadoras temáticas que cobrem treze diferentes estados das regiões Norte e Nordeste. A participação no estudo foi voluntária e esclarecida, e foi assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para análise dos dados, foram utilizados os referenciais da Análise Institucional e Socioanálise. **RESULTADOS:** Os resultados são categorizados em três de análise. “Tornar-se apoiadora” discute a sua chegada à RC e entrada no território de apoio, englobando principais motivações e processos de educação permanente vivenciados. “Apoio à implementação dos espaços coletivos na constituição da RC” apresenta o modo como foram construídos os planos de ação e a organização dos GCE e Fóruns para corresponsabilização na implementação da rede. Por fim, “Aposta no Apoio Institucional para fortalecer os espaços coletivos” enfatiza o acompanhamento avaliativo do apoio, suas principais potências e desafios, com os acúmulos produzidos ao longo da experiência. Por fim, pistas foram sistematizadas para o apoio no SUS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O apoio na RC tem trabalhado para aprimorar espaços coletivos que se corresponsabilizem, considerando interesses institucionais do MS, de implantar uma política que altere as práticas de gestão e atenção ao parto e nascimento, garanta os direitos das mulheres e crianças, conciliados com as necessidades e desejos dos sujeitos nos territórios (trabalhadores, gestores e usuários), com características específicas e necessidades singulares.

AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM SAÚDE: VISÃO CRÍTICA DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NO NORDESTE BRASILEIRO

Edenubia Pereira Felix, Andrea Caprara, Valniza Araújo da Silva, Marcos Antonio Alves da Silva, Maria Salette Galvão Moreira, Carla Samya Nogueira Falcão

Palavras-chave: Educação baseada em competências, Educação em saúde pública, Profissional de saúde

Apresentação Durante o período de atuação como Bolsistas e Coordenadores no projeto de Qualificação de Gestores do SUS, no setor responsável pela capacitação de gestores da Escola de Saúde Pública do Ceará, foi possível observar um crescente aumento dos níveis de evasão dos gestores no decorrer dos cursos ofertados pela referida instituição. Isto impulsionou-me a pensar sobre como estes estariam se adaptando aos métodos e tecnologias oferecidos. Diante do exposto surgiu em nós o interesse de investigar, entre os gestores e trabalhadores de Saúde, se o pacote de conteúdos e competências oferecidas pela ESP nos cursos enquadravam-se as reais perspectivas e necessidades vivenciadas pelos trabalhadores do SUS, necessidade aqui entendida em sua dimensão objetiva relacionada ao serviço do SUS e dentro da reserva do possível. A organização do serviço em saúde e o funcionamento deste dependem de uma gestão comprometida com o serviço e possuidora de competências necessárias para torná-lo mais célere, efetivo e humano. Desenvolvimento do trabalho O presente estudo é considerado uma pesquisa-ação. Thiollent (2007, p. 16), entre as definições possíveis afirma que a pesquisa-ação “é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma

ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo”. Como sujeitos da amostra, foram entrevistados profissionais de saúde que atuam em nível estadual e municipal 4^a Região de Saúde Cearense. Em nível estadual, coordenadores das Coordenadorias Estaduais de Saúde (CRES), no município de Baturité, Ceará em nível regional, todos os profissionais que aceitarem colaborar com o nosso trabalho. Resultados As reflexões colhidas da vivência grupal e, dos gestores entrevistados, foram aglutinadas em torno das categorias: entendimento por parte dos participantes egressos dos Projetos de Qualificação da ESP-CE acerca das Competências profissionais na área de saúde, expectativa a respeito das competências gerenciais em saúde que este participante tinha quando iniciou um dos cursos oferecidos pelo projeto e, quais as que surgiram após as experiências vivenciadas nos cursos disponibilizados para eles, percepção da necessidade de formação específica para o desempenho profissional na saúde de acordo com as competências propostas para o gerenciamento em saúde pelo projeto, percepção de necessidade, por parte do participante, de sugerir outras

ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE (ACIC): AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Karine Cavalcante da Costa, Luiza Helena de Oliveira Cazola

Palavras-chave: atenção primária à saúde, avaliação de serviços de saúde, doenças crônicas, estratégia saúde da família

Esse estudo teve por objetivo avaliar o instrumento Assessment of Chronic Illness

Care (ACIC) mediante as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) quanto à atenção às condições crônicas na Estratégia Saúde da Família em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. As condições crônicas figuram entre as principais causas de morbimortalidade no mundo, situação encontrada no Brasil e em Mato Grosso do Sul. O modelo de atenção desenvolvido não dá conta das especificidades destas condições, necessitando transformação do processo de trabalho realizado pelos serviços de saúde, principalmente na Atenção Primária à Saúde. Para tanto, pretendeu-se identificar relações entre o ACIC com os elementos constitutivos da RAS, o que permitiu discutir a pertinência do ACIC, à luz do referencial teórico proposto e adotado para organizar os fluxos assistenciais. Também se analisou a aplicação do instrumento ACIC junto a 30 profissionais de cinco equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) urbanas existentes nos quatro distritos sanitários na capital do Mato Grosso do Sul. Os resultados demonstraram que todas as dimensões do instrumento ACIC relacionaram-se com os elementos constituintes da RAS. Quanto à aplicação do instrumento, as cinco equipes de ESF avaliadas, consideraram sua capacidade para atenção às condições crônicas como razoável, sendo o sistema de informação clínica a principal fragilidade e o desenho do sistema de prestação de serviços de saúde, dimensão a qual se atribuiu a maior nota. Também se constatou a dificuldade em relação à compreensão de alguns conceitos importantes para a atenção às condições crônicas pelos profissionais. A partir dos resultados obtidos nesse estudo é possível concluir que o instrumento ACIC pode ser uma importante ferramenta voltada para a organização da atenção às condições crônicas, por ser factível quanto a sua aplicação, e permitir conhecer os processos de trabalho em equipe e compreender sua relação com a atenção às condições crônicas,

além de ser aplicável para diferentes sistemas de saúde. Sua utilização na análise de cada dimensão pode propiciar uma reflexão dos profissionais acerca de seus processos de trabalho e destacar os pontos fortes desenvolvidos pela equipe e os que precisam ser aprimorados. Recomenda-se prosseguir com este estudo avaliando a percepção dos usuários quanto à qualidade do cuidado prestado pelos profissionais da equipe.

ATENDIMENTO ÀS NORMAS OU UM COMPROMISSO SOCIAL COM A SAÚDE? UMA ANÁLISE DOS GASTOS COM A SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BAHIA

Hermes Oliveira Gomes, Maria Valesca Damásio de Carvalho Silva

A reforma sanitária, um dos legados da Constituição de 1988 consistiu em um avanço capital no que diz respeito à participação social nos conselhos de saúde e sua dinâmica de funcionamento. Entretanto, muito há o que se observar no âmbito desse espaço de discussão, sobretudo no que diz respeito aos recursos financeiros que deveriam ser aplicados na implementação de políticas públicas de saúde. Diante de situações dessa natureza, este trabalho consiste em uma análise temporal entre os anos de 2003 e 2013 sobre a composição percentual e em volume de recursos do município de Salvador no estado da Bahia, destinados à saúde. Para as estimativas de gastos, por força da Emenda Constitucional n.º 29, de 13 de setembro de 2000 (que alterou os artigos 34, 35, 156, 160 e 198 da Constituição Federal e acrescentou o artigo 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias) aos Municípios e ao Distrito Federal, fixou-se para o ano de 2000, o gasto mínimo por município em 7% (sete por cento) da receita

vinculável, atendendo a emenda. Esta investigação, portanto analisou os dados da prefeitura de Salvador nos últimos 11 anos, verificando se houve ou não o cumprimento de todo o aparato normativo específico no âmbito da saúde. Como método de investigação, foram analisadas todas as prestações de contas, particularmente as receitas e composição de despesas de cada exercício financeiro. Para consubstanciar este estudo, e sua composição de dados, foram consultados relatórios e pareceres emitidos por auditores do Tribunal de Contas dos Municípios da Bahia. Em 2003, do total das receitas arrecadadas, foram gastos 12,12% (R\$ 100.376.856,37), dentro do permitido no período por estar em período de transição. Em 2004 foram gastos 15,02 % (R\$136.189.209,11); em 2005 foram gastos 16,10 % (R\$ 162.493.126,10); em 2006 a ordem de 12,33%, (valor não especificado), em 2007 deu-se em 15,96% (valor não especificado); em 2008 os gastos somaram em 15,03% (valor não especificado), em 2009 aplicou-se 16,73% (R\$ 275.775.623,47), em 2010 destinaram 11,82% (R\$ 223.447.464,14); em 2011 foram despendidos 16,28% (R\$ 380.183.170,49); em 2012, saíram dos cofres 15,65% (R\$ 391.769.412,32), e finalmente, em 2013, os gastos foram de 16,14% (R\$455.575.495,58). Este estudo constatou certa regularidade no cumprimento normativo em praticamente todos os exercícios, exceto em 2010. Destaca-se também que, para além da adequação às normas, houve evolução do percentual aplicado, tanto conforme o valor base de 15 % quanto ao aplicado conforme comparação de receitas totais municipais arrecadadas. Neste sentido, a pesquisa mostrou que o município vem gradativamente ampliando a arrecadação e, por conseguinte, cumprindo o aparato normativo além de ampliar políticas e investimentos na saúde pública em Salvador.

ATIVIDADES EM GRUPO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM OLHAR PARA O PROCESSO DE TRABALHO E PARA AS DEMANDAS

Janaína Nogueira Guimarães, Aline do Nascimento Pereira, Amanda Firme Carletto, Noelle Castilho Caldeira Brant, Thaís Tanccini, Eliane Chaves Vianna, Margareth Rose Gomes Garcia

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Processo de trabalho, Grupos na Saúde

As atividades em grupo são tarefas das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e nossa proximidade como Residentes Multiprofissionais de Saúde da Família da ENSP/Fiocruz, nos últimos dois anos, permitiu que se percebessem dificuldades destas no processo de trabalho de equipes de Saúde da Família. OBJETIVOS: Analisar o processo de trabalho das equipes na realização de grupos na ESF no CSEGSF, no município do Rio de Janeiro. Explorar a alta demanda de usuários por serviços e a organização da equipe para receber as necessidades dos usuários. Fizemos levantamento bibliográfico e documental, bem como a coleta de dados por meio de: mapeamento dos grupos da unidade de saúde; observação sistemática junto aos grupos realizados pelas equipes de saúde da família; às reuniões de equipe; entrevistas com os profissionais envolvidos na execução destes grupos. A sistematização dos dados, bem como sua análise, foi realizada entrelaçando nosso referencial teórico com os objetivos específicos para a seleção dos temas a serem trabalhados no capítulo de resultados e discussão. Constatamos que a demanda é um fator importante para que os grupos iniciem. A partir da nossa pesquisa essa percepção foi corroborada e identificamos a demanda por serviços na ESF como principal explicação para a realização da maioria dos grupos

nas equipes pesquisadas. Estas têm uma alta demanda por consultas e uma agenda lotada, consequência de outras atividades e atribuições e os grupos se apresentam como estratégia para otimização e organização do processo de trabalho para suprir essa alta procura por serviços. Foi possível relacionar as demandas da ESF e como esta pode influenciar o processo de trabalho das equipes na realização dos grupos. Esperamos que este estudo fomentasse novas perspectivas na realização de grupos na ESF.

ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS NAS EQUIPES DE GESTÃO EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE NO NORTE DO PARANÁ

Fernanda de Freitas Mendonça, Brigida Gimenez Carvalho, Thaisa Mara de Melo

Palavras-chave: Enfermagem, Gestão em Saúde, Municípios de pequeno porte

A descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) submeteu aos municípios maiores responsabilidades no que se refere à gestão das ações e serviços de saúde, inclusive aos de pequeno porte. A participação do enfermeiro na efetivação do SUS é objeto de algumas pesquisas nacionais, que trazem reflexões sobre potências e desafios relacionados à atuação deste profissional no cenário de gestão. Sendo assim, este estudo teve o objetivo caracterizar os enfermeiros que atuam na equipe gestora de municípios de pequeno porte do norte do Paraná. Trata-se de caráter quantitativo desenvolvido a partir do recorte da pesquisa "A gestão do trabalho no SUS em Municípios de Pequeno Porte do Norte do Paraná a partir do olhar da Equipe Gestora". Os dados foram coletados no norte do Paraná, que conta com 82 municípios de pequeno porte, nos meses

de dezembro de 2013 a junho de 2014. Os resultados dessa pesquisa se restringem aos enfermeiros que integravam as equipes de gestão dos 82 municípios. O instrumento de coleta de dados foi um formulário contendo variáveis de caracterização. Os dados foram analisados a partir do Programa EPI INFO. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética e Pesquisa com Seres sob o parecer 146/2012. Foram entrevistados 176 enfermeiros que atuavam na equipe gestora, A maioria era do sexo feminino (87,5%), com idade superior a 30 anos (65,9%). Um alto percentual (79,5%) possuía pós-graduação, principalmente em saúde pública (36,7%). A maioria referiu atuar na área da saúde entre 5 e 10 anos (44,9%) e na atual função, 40,9% atuavam entre 1 e 5 anos. Estavam ocupando um cargo de gestão pela primeira vez 66,5% dos enfermeiros. A principal função assumida foi à coordenação da Estratégia de Saúde da Família ou Atenção Básica. A quantidade de funções acumuladas variou entre uma a quatorze funções, sendo que 69,9% dos entrevistados (123 enfermeiros) acumulavam mais de uma função. Os enfermeiros integrantes da pesquisa foram questionados sobre o conhecimento acerca dos principais instrumentos de gestão preconizados pelo Ministério da Saúde, assim como sobre a participação na elaboração e/ou discussão destas ferramentas. O instrumento de gestão mais conhecido pelos enfermeiros foi o Plano Municipal de Saúde (94,9%). A Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual foram os instrumentos menos conhecidos. O SISPACTO foi o instrumento em que mais enfermeiros (41,5%) participaram de forma integral. Os enfermeiros também foram questionados sobre as formas de participação nos principais instrumentos de gestão. As principais formas de participação dos enfermeiros nos instrumentos de gestão foram por meio do fornecimento de dados (85,2%) e proposição de ações e metas

(81,3%). Diante dos resultados apresentados, verifica-se o quanto a enfermagem tem um papel relevante no que se refere à gestão de municípios de pequeno porte. Apesar de ser elevada a frequência de profissionais que possuem pós-graduação ainda é muito discreta a participação dessa categoria em cursos direcionados para gestão em saúde. A maioria dos cursos são aqueles ainda específicos para a profissão.

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM DIVINÓPOLIS MINAS GERAIS

Heuler Souza Andrade, Eliete Albano de Azevedo Guimarães

Palavras-chave: Avaliação em saúde, tuberculose, atenção primária à saúde

INTRODUÇÃO: A tuberculose (TB) há milhares de anos, atinge a humanidade e ainda persiste como um dos principais problemas de saúde a ser enfrentado em todo o mundo. O Brasil, juntamente com outros 21 países agrega 80% dos casos mundiais da doença. O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) privilegia a descentralização de suas ações para a Atenção Primária a Saúde ampliando o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ou sob risco acrescido de contrair a TB. Cabe aos municípios implantar, monitorar e avaliar a organização dos serviços e das ações de promoção, prevenção e controle da doença. Neste contexto, a avaliação em saúde constitui um instrumento essencial de apoio à gestão municipal, pois gera conclusões que são importantes para a tomada de decisão sobre o programa implantado. **Objetivo:** Avaliar a implantação do programa de controle da tuberculose em Divinópolis, Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa

avaliativa que analisou a implantação do PCT em Divinópolis, entre 2014 e 2015. Optou-se pelo estudo de caso único, o PCT, cuja unidade de análise foi o componente Atenção à saúde. Foram analisadas as dimensões dos contextos organizacional, de implantação e de efeito. Para a coleta de dados, utilizou-se três questionários semiestruturados. Os entrevistados compreenderam 119 profissionais de saúde e 11 pessoas portadoras de TB. O grau de implantação foi definido por meio de um sistema de escores, com pesos diferenciados para cada indicador, segundo nível de importância atribuído, sendo classificado como: adequado, parcialmente adequado, incipiente e não adequado. A análise dos dados foi baseada em medida-síntese (média), conforme a configuração da distribuição dos dados. **Resultados:** O PCT encontra-se parcialmente implantado, com classificação de 61,6%. Entre os contextos avaliados, verificou-se que o organizacional foi o pior avaliado com 53,8%, sendo este valor influenciado principalmente pela categoria Vigilância Epidemiológica (33,3%). Os contextos de Implantação e de Efeito foram pontuados respectivamente, em 61,7% e 65,7%, sendo o contexto de implantação fortemente influenciado pela categoria Assistência (56,5%) e o contexto de efeito influenciado pela categoria Diagnóstico (53,7%). Em relação à qualidade da atenção do PCT verificou-se que as pessoas portadoras de TB possuem acesso (89,3%) aos serviços, contudo, problemas foram identificados nas categorias de diagnóstico, assistência e prevenção. De forma geral, os maiores entraves percebidos no PCT foram à insuficiência de profissional qualificado, a falta de integralidade entre gestão e unidades de saúde para o planejamento das ações, a falta de ações de vigilância epidemiológica e a centralização de várias atividades relacionadas ao tratamento e ao controle da

TB. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Com base na análise de implantação realizada pode-se listar as recomendações que demandam maior atenção: descentralização, de fato, das ações do PCT; melhoria da integralidade entre coordenação do PCT e unidades de saúde; realização das ações de vigilância epidemiológica; capacitação eficiente dos recursos humanos com vistas à melhoria da assistência e prevenção.

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Michelline Freire Moraes, Camila do Couto, Keli Valdelize Back da Cruz, Idemari Rigo

O modo como os cuidados técnicos são dispensados ou recebidos e a relação entre usuário e profissionais de saúde se configuram como um importante padrão para avaliar a qualidade da assistência. O objetivo desse estudo é saber a opinião dos usuários dos serviços como está sua satisfação com o acesso ao atendimento, tempo despendido na sala de espera, cordialidade por parte dos funcionários, atenção dada às queixas, se consegue as informações que precisa, com o horário de atendimento da unidade, atendimento prestado pelo médico, pelo enfermeiro, pelo técnico de enfermagem, pelo dentista, por outros profissionais, com as condições das salas/consultórios de atendimentos, com a privacidade, o ambiente físico da unidade, higiene/limpeza da unidade, avaliação geral do atendimento. Para atingir o objetivo proposto, foi realizado estudo descritivo, de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados nos meses de julho e agosto de 2015 e submetidos a análise de conteúdo. Foram colocados em um local estratégico e visível na unidade de saúde

50 questionários junto a uma caixa coletora e um painel explicativo, onde os usuários eram convidados a participar respondendo o questionário com 3 questões objetivas destinadas a identificar o perfil dos respondentes, 16 assertivas classificadas em Muito bom, Bom, Regular, Ruim e Não sabe e 1 questão aberta para sugestão. Toda avaliação permite verificar a qualidade do serviço, uma vez que consiste basicamente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes. Diante do exposto pode-se dizer que a satisfação dos usuários é um importante indicador para a avaliação dos serviços de saúde. Incorporar a satisfação do usuário na avaliação dos serviços pode potencializar a melhora na adesão ao tratamento, à maior adequação no uso do serviço, uma vez que quando se tem usuários satisfeitos estes tendem a aderir ao tratamento prescrito, a fornecer informações, a continuar utilizando os serviços de saúde, e o principal de tudo, é que pacientes satisfeitos são mais propensos a ter melhor qualidade de vida. Mesmo a maior parte dos usuários classificando a sua satisfação como Muito bom e Bom ainda é necessário trabalhar mais a participação do controle social para melhorar a qualificação dos serviços, promovendo assistência integral e realizar um sistema educativo a fim de aumentar a qualidade e a abrangência do trabalho, além de melhorar o vínculo dos profissionais com os usuários e a satisfação do trabalho por ambas as partes.

AVALIAÇÃO DAS DESIGUALDADES SOCIOECONÔMICAS NA PREVALÊNCIA DE GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO RIO GRANDE DO SUL

Silvia Troyahn Manica, Maria da Graça Munareto Rodrigues, Patrícia Vitória Pires, Maria de Lourdes Drachler

Palavras-chave: gravidez na adolescência, desigualdades em saúde, saúde da mulher e da criança

APRESENTAÇÃO: A gravidez na adolescência é um fenômeno expressivo no Brasil, sendo a principal causa de internações de mulheres entre 10 e 19 anos no Sistema Único de Saúde. Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) indicam que em 2012 19,2% dos nascidos vivos brasileiros eram filhos de mães nesta faixa etária. A gravidez neste grupo populacional vem sendo considerada um problema de saúde pública no Brasil, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos. Em virtude da importância epidemiológica e social deste tema para a Saúde Coletiva, este estudo teve como objetivo examinar as desigualdades socioeconômicas na prevalência de gravidez na adolescência no Rio Grande do Sul. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Estudo epidemiológico, ecológico descritivo, que utilizou dados secundários do SINASC referentes ao biênio 2011-2012. A prevalência de gravidez na adolescência foi estimada considerando o número de nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 19 anos, conforme definição da Organização Mundial da Saúde. As desigualdades socioeconômicas foram estimadas pela amplitude de variação da prevalência de gravidez na adolescência entre grupos de municípios organizados conforme a vulnerabilidade social de sua população, medida pelo Índice de Vulnerabilidade Social Municipal-5 (IVS-5), obtido da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Nos anos de 2011 e 2012 ocorreram 276.651 nascimentos, sendo que em 44.597 as mães eram adolescentes, o que corresponde a uma prevalência de gravidez na adolescência de 16,1% no

Rio Grande do Sul neste período. Entre os grupos de municípios conforme a vulnerabilidade social houve uma tendência de aumento da prevalência de gravidez na adolescência conforme a vulnerabilidade social aumentava, correspondendo a 19,3% dos nascimentos nos municípios mais vulneráveis socialmente e a 15,8% nos menos vulneráveis. Os resultados sugerem que embora a prevalência de gravidez na adolescência no Rio Grande do Sul tenha sido inferior à média nacional, esta permanece como um grande desafio para os gestores públicos, sobretudo pela escassa produção de conhecimento sobre o tema no estado. No que diz respeito às desigualdades socioeconômicas, a tendência de aumento na prevalência de gravidez na adolescência conforme a vulnerabilidade social municipal aumentava também foi verificada em outros estudos, nos quais identificaram estreita relação entre gravidez na adolescência e indicadores socioeconômicos municipais como, por exemplo, baixo Produto Interno Bruto per capita e alta proporção de pobreza. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Houve evidências de que a prevalência de gravidez na adolescência no Rio Grande do Sul apresentava desigualdades socioeconômicas. Conclui-se que é necessário que as políticas públicas, entre elas as de saúde, dirijam um olhar diferenciado às populações em maior vulnerabilidade social, pois apenas mediante a construção de estratégias intersetoriais ocorrerão reduções nas desigualdades em saúde como as observadas neste estudo.

AVALIAÇÃO DE UM CARDÁPIO INSTITUCIONAL EM RELAÇÃO AO PRECONIZADO PELO PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO DO TRABALHADOR

Géssica de Oliveira Rodrigues, Andressa Carine Kretschmer

Palavras-chave: Políticas Públicas, Nutrição, Programa de Alimentação do Trabalhador

Apresentação: O Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT foi fundado pela Lei governamental nº 6.321, de 14 de abril de 1976 e instituído pelo Decreto nº 5 em 1991, que priorizam o atendimento aos trabalhadores que ganham até cinco salários mínimos mensais. (BRASIL, 2004). Uma alimentação balanceada fornecida por uma Unidade de Alimentação e Nutrição-UAN é essencial para assegurar um melhor desempenho e diminuir o risco de desenvolver doenças e acidentes de trabalho. O PAT foi instituído com o objetivo de beneficiar o estado nutricional dos trabalhadores e, conseqüentemente, sua produtividade (BRASIL, 2004). **Desenvolvimento do trabalho:** Com o intuito de verificar a exequibilidade do preconizado pela política, compôs-se a presente investigação. Foi analisado os macro e micronutrientes dos cardápios ofertados em três dias consecutivos de um restaurante institucional localizado na região central do Rio Grande do Sul, baseando-se para computo dos componentes uma porção de cada alimento ofertado (uma porção do acompanhamento 1, uma porção do acompanhamento 2, uma porção da guarnição, uma porção das saladas ofertadas, e uma porção da carne) utilizou-se como parâmetro os exigidos pelo Programa de Alimentação do Trabalhador-PAT para verificar a adequação dos cardápios oferecidos pela Unidade. Com base em uma dieta de 2000 kcal/dia, em que o almoço deve conter 60% de carboidratos, 15% de proteínas, 25% de gorduras totais, quantidades inferiores a 10% de gorduras saturadas, 7-10g de fibras, 720-960mg de sódio e valor energético entre 600 a 800 kcal podendo haver acréscimo de 400 kcal (BRASIL, 2004). **Resultados:** Os resultados obtidos constataram que é

necessário haver uma adequação no que se refere principalmente aos níveis de sódio ofertado sendo estes na pesquisa realizada superado o preconizado pela política, inclusive em alguns dias sendo esta oferta superior a 2/3 do necessário da ingestão diária. A média calórica ofertada situou-se em torno das 630 Kcal, as proteínas em torno de 22% do cardápio, os carboidratos em torno de 63,6%, as gorduras em 18,3%, gorduras saturadas 3,50% e fibras 8,1%. **Considerações Finais:** Deve-se manter a atenção nos restaurantes nos níveis de sódio, assim como a sobrecarga proteica, embora na pesquisa atual não tenha se demonstrado demasiada, principalmente pelo fato de ser comum comorbidades associadas ao consumo elevado de sódio e proteínas.

AVALIAÇÃO DE UM INDICADOR DE IMPACTO NA SAÚDE: CGM – COEFICIENTE GERAL DE MORTALIDADE NO MUNICÍPIO DE BARROQUINHA 2003-2013

Vanessa Silva Farias, Tatiana Rodrigues Macedo Costa, Mariana Machado Matos Ibiapina, Aristotenis Silva Farias, Clarissa Maria Tomas Farias, Ana Mara Farias Melo, Antonia dos Navegantes Ferreira Oliveira, Heluana Cavalcante Rodrigues

Palavras-chave: Coeficiente Geral de Mortalidade, Avaliação, Indicador de impacto

Esse trabalho trata-se de um relato de experiência na avaliação do coeficiente geral de mortalidade do município de Barroquinha, de 2003 a 2013. Com o objetivo avaliar a informação dos óbitos, identificando os números de óbitos ocorridos anualmente, tendo por parâmetro mínimo a taxa bruta de mortalidade superior ou igual a 4,4 por mil habitantes, em Municípios com

população inferior a 50.000, segundo as recomendações da Portaria do Ministério da Saúde nº 201 de 03 de Novembro de 2010. Diante do período avaliado, constatou-se que em três anos consecutivos, o CGM mínimo não foi alcançado, diante disso, nos anos seguintes passaram a ser realizadas buscas ativas de registro de óbitos em cartórios, cemitérios e unidades de saúde, a fim de resgatar o maior número de registro de óbitos possíveis. Foi evidenciado um acréscimo em torno de 35% dos registros óbitos. Assim, podemos concluir que o Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, não apresentava a situação real dos óbitos do município, devido à falta de inserção das declarações de óbitos no sistema. O CGM quantifica a intensidade do risco de morte que uma população tem por viver em determinado local e período. E trata-se de um importante indicador de impacto para saúde, sendo imprescindível que os municípios atinjam o parâmetro mínimo e para que isso ocorra, faz-se necessária a sensibilização dos profissionais da saúde. Envolvidos no processo e serviço de epidemiologia, quanto à importância desses registros e definição e implantação de um fluxo de entrega desses formulários, para que nenhum deles deixe de ser inseridos no SIM.

AVALIAÇÃO DO PROCEDIMENTO DE CURATIVO EM FERIDAS REALIZADO POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Danielle Neris Ferreira, Adriano Menis Ferreira, Vilma Ribeiro Silva

Palavras-chave: Avaliação em enfermagem, Cuidados de enfermagem, Qualidade da Assistência à Saúde

APRESENTAÇÃO: O curativo tem se tornado um procedimento importante para avaliar a qualidade da assistência e a qualidade do cuidado, na busca por oferecer um

atendimento pautado nas melhores práticas. Objetivo: Avaliar a qualidade do procedimento de curativo realizado pelos profissionais de enfermagem em pacientes com feridas. Metodologia: Estudo transversal, descritivo e observacional, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados pela observação direta não participativa e individual, dos auxiliares e técnicos de enfermagem atuantes nas unidades de clínica cirúrgica e clínica médica, de um hospital público localizado no município de Campo Grande-MS, e consulta aos registros de enfermagem no prontuário do paciente, através de instrumento de coleta de dados do tipo check-list validado e adaptado. A amostra por conveniência constituiu 80 curativos. O procedimento foi avaliado com base no índice de positividade (IP), gerando um percentual para cada questão observada, por fase e procedimento. O procedimento de curativo foi considerado de qualidade quando apresentou IP >70%. Resultados: A maioria das questões observadas no procedimento de curativo apresentaram s IP ≤ 70% para as duas unidades estudadas. A clínica cirúrgica obteve melhor IP na fase II (79,49%), sendo as fases I (60%) e III (66,30%), enquanto que a clínica médica obteve melhor índice na fase III (62,50%), sendo as fases I (34,16%) e II (30,00%). Na clínica cirúrgica 75% dos procedimentos foram classificados como insatisfatório, na clínica médica essa classificação alcançou 97,5%. Considerações finais: A realização do procedimento de curativo mostrou-se comprometida, um reflexo implicador da qualidade da assistência de enfermagem. Contribuições para a Enfermagem: Enfatizar a importância do uso da avaliação como instrumento gerador de mudanças na atuação dos profissionais e dessa forma impulsiona-los a se responsabilizarem por suas atitudes, no sentido de evitar as não conformidades recorrentes.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E FATORES ASSOCIADOS AO ADOECIMENTO POR HEPATITE B NO ESTADO DO PIAUÍ

Ariane Gomes dos Santos, Debora Regina Marques Barbosa, Manoel Guedes de Almeida, Jaquelyne Rosado Costa Sousa, Denise do Nascimento Pedrosa

Palavras-chave: Epidemiologia, Hepatite B, Cuidado em saúde

Objetivo: analisar as características epidemiológicas e os fatores associados à ocorrência de infecção pelo Vírus da Hepatite B (HBV) no Estado do Piauí. Metodologia: estudo descritivo do tipo seccional, de cunho documental através de dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/DATASUS) referente aos casos novos de hepatite B em população residente no Piauí entre os anos de 2011 e 2013. Primeiramente, foram levantados todos os casos de hepatite virais quanto à classificação etiológica, para estabelecer comparativo epidemiológico e quantitativo no Estado. Com base no maior valor absoluto e incidência da hepatite B, foi definido o tipo de classificação etiológica para coleta de dados no SINAN. Os dados foram analisados através de estatística descritiva por meio dos softwares Microsoft Excel® e Tabwin 3.6®. Resultado: foram notificados 92 casos de hepatite B no Piauí na série deste estudo, com maior incidência no ano de 2012. O sexo feminino apresentava-se como grupo mais vulnerável à doença apresentando maiores coeficientes de incidência. A faixa etária mais acometida foi a de 20 a 34 anos e a maior parte dos indivíduos com HB apresentava à notificação baixa escolaridade. A maior parte dos casos foi identificada como hepatite crônica. Conclusão: tendo em vista a escassez de trabalhos que abordem essa temática no Piauí, este estudo contribui sobremaneira

para o conhecimento estratégico sobre as características de adoecimento pelo HBV no Estado e seus fatores associados, de modo a possibilitar a elaboração de estratégias de enfrentamento baseadas em evidência em âmbito clínico e de gestão dos serviços de saúde.

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS DE VIOLÊNCIA CONTRA HOMENS NO MARANHÃO: INTERFACE ENTRE EPIDEMIOLOGIA E SAÚDE PÚBLICA

Ariane Gomes dos Santos, Debora Regina Marques Barbosa, Manoel Guedes de Almeida, Denise do Nascimento Pedrosa

Palavras-chave: Violência, Homens, Masculinidade, Epidemiologia, Identidade

Objetivos: abordar a masculinidade a partir do perfil socioepidemiológico da violência contra homens no Estado do Maranhão no período entre 2009 e 2012. Metodologia: trata-se de estudo descritivo-retrospectivo, de abordagem quali-quantitativa, que analisou o perfil epidemiológico e fatores socioculturais possivelmente envolvidos em casos notificados de violência no Maranhão ocorridos entre os anos 2009 e 2012. Resultados: o Maranhão possui taxas alarmantes e crescentes de violência contra homens, sobretudo em cidades menores, onde as taxas de mortalidade em decorrência desse agravo mostraram-se mais importantes. Jovens e adultos jovens costumam estar mais envolvidos, sendo geralmente agredidos por pessoas próximas e em ambiente familiar, com maior incidência nos meses festivos do ano. A associação entre violência e a identidade masculina foi evidente nos trabalhos selecionados, sobretudo a violência física, que se constitui, coletivamente, a principal forma de expressão do corpo e alma

masculinos e leva o grupo à construção de relações de dominação e poder. Considerações finais: o entendimento das influências que a identidade masculina tem sobre a epidemiologia de diversos agravos que assolam o grupo é fundamental para a elaboração de estratégias de intervenção estruturantes, que visem à integralidade entre indivíduo e seu contexto sociocultural. No caso da violência, esses fatores bem se expressam no Maranhão, influenciando em sua distribuição espacial e humana.

CONTRIBUIÇÃO DA DISCIPLINA DE PICS NA GRADUAÇÃO DE SAÚDE COLETIVA PARA A FORMAÇÃO DE GESTORES COM A PERCEPÇÃO DE EFETIVAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE BASEADO NA HUMANIZAÇÃO

Joseilda Alves da Silva, Ângelo Sávio Ferreira dos Santos, Rogelia Herculano Pinto, Sueli Moreno Senna Moreno Senna, Maria Jose Farias Vasconcelos

Palavras-chave: Formação, PICS, Humanização

EIXOTEMÁTICO03=Gestão APRESENTAÇÃO: Baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo a PNPIC contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS, sem perder de vista a singularidade de cada um. No cenário atual da saúde, o modelo biomédico ainda prevalece, contudo percebe-se uma leve mudança no processo da inserção de outras racionalidades médicas e saberes popular e tradicional. No entanto, há uma carência de profissionais no país para atuarem nesta perspectiva do cuidado emancipador, bem como gestores que visem à implementação das PICS na rede de atenção a saúde. **OBJETIVO:** Ressaltar a contribuição da disciplina de PICS na graduação de saúde coletiva para a

formação de gestores com a percepção de efetivação do modelo de atenção à saúde baseado na humanização. **MATERIAIS E MÉTODO:** Pesquisa qualitativa, realizada no mês de Agosto de 2015, com 23 discentes do quinto período curso de Saúde Coletiva que cursaram a disciplina de Práticas Integrativas no primeiro semestre de 2015 da UFPE. Foi introduzida uma pergunta norteadora, com o objetivo de conhecer as diversas percepções da relevância da disciplina para sua formação como gestor. As respostas foram gravadas e transcritas para análises. **RESULTADOS:** O SUS tem assumido papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva. Nesta perspectiva de cuidar e gerenciar a saúde que os discentes de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, têm estruturado sua consciência para as novas percepções. Dentre os discentes entrevistados não houve nenhum discurso que pudesse ser classificado como objeção. Cinco declararam que foi de extrema importância para sua formação, enfatizando a efetiva implementação no sistema de saúde, pois elas trazem um novo olhar para a saúde, e elaboraram projeto de implementação das PICS em seus respectivos municípios.. Treze destacaram o cuidado emancipador que o paciente adquire ao longo do processo de cura e de possibilitar ao gestor e demais profissionais enxergar que existem outros métodos de tratamento outras possibilidades além do modelo hospitalocêntrico, valorizando o processo de humanização na saúde. Quatro reforçaram o resgate da forma de cura que nossos antepassados usavam, e um destacou que a disciplina possibilitou um olhar ao cuidado com a saúde, onde a prevenção e a promoção podem ser realizada em nosso dia-a-dia sem precisar métodos difíceis. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A inserção da disciplina de pics no currículo

obrigatório dos cursos de graduação em Saúde Coletiva proporcionará a formação de gestores diferenciados e sensibilizados para a efetiva implementação e fortalecimento de ações e serviços de PICS nas Redes de Atenção à Saúde, bem como uma Compreensão das ações das PICS como um modelo emancipador de cuidar em saúde.

CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS NORTERIOGRANDENSES COM DIFERENTES TIPOS DE GESTÃO

Nathanny Ferreira Moutinho, Luiz Eduardo Lima de Andrade, Laiza Oliveira Mendes de Melo, Gerson da Silva, Zenewton André da Silva Gama

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Cultura Organizacional, Gerenciamento de Segurança, Qualidade da Assistência à Saúde

INTRODUÇÃO: A epidemiologia alarmante de erros e eventos adversos em serviços de saúde têm apontado para os danos evitáveis aos pacientes e a necessidade imperiosa de sua prevenção no Brasil e no mundo^{1, 2}. Esta sensibilização sobre o problema tornou a segurança do paciente uma dimensão prioritária da qualidade do cuidado ao paciente e componente crítico de gestão dos sistemas e serviços de saúde. A cultura de segurança de uma organização pode ser definida como “o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam compromisso, estilo, proficiência, saúde de uma organização e gestão da segurança”. **OBJETIVO:** Avaliar a cultura de segurança do paciente em hospitais northeriograndenses com diferentes tipos de gestão. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal realizado no período de janeiro a março de 2015, em seis hospitais de

diferentes tipos de gestão. Os profissionais participantes foram aqueles que possuíam vínculo contratual fixo ou temporário ligado ao centro hospitalar de nível médio ou superior, ligados à assistência, bem como profissionais ligados à gestão hospitalar. O instrumento utilizado foi o Hospital Survey On Patient Safety Culture adaptado a realidade brasileira. **RESULTADOS:** Ao total, foram entrevistados 863 profissionais, sendo o sexo feminino o mais prevalente com 77,2%, a maior parte dos respondentes correspondeu a profissionais ligados a assistência hospitalar, os quais 84,7% têm contato direto com o paciente, o cargo/função que mais predominou foi a dos profissionais ligados à enfermagem, prevalecendo os técnicos de enfermagem, com 44,6% e os enfermeiros com 16,2% do total de profissionais. Uma pequena parcela destes tinha menos de um ano de trabalho (5,67%) e a área/unidade de trabalho mais prevalente foi à obstetrícia, 12,7%. Dentre s hospitais participantes dois não apresentaram fortalezas em nenhuma das dimensões avaliadas (H4 e H5), o hospital 1 e o 3 apresentaram duas fortalezas nas dimensões 4 e 5 e os hospitais 2 e 6 apresentaram três fortalezas nas dimensões 3 a 5. **CONCLUSÃO:** A cultura de segurança do paciente ainda é incipiente nos hospitais avaliados, é necessário intervenções específicas para promover cultura e, após deve ser realizado novo monitoramento para acompanhar a evolução da cultura de segurança nas instituições avaliadas, permitindo assim melhorar a segurança e qualidade do cuidado nos estabelecimentos de saúde.

DESAFIO PARA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

Vera Lúcia Ribeiro de Carvalho Bueno, Luiz Cordon Junior

Palavras-chave: saúde bucal, odontologia, programa saúde da família, administração de serviços de saúde, gestão em saúde

O objetivo do estudo foi analisar a implantação da política nacional de saúde bucal em municípios de pequeno porte. Trata-se de um estudo transversal, teórico, empírico, de natureza analítico compreensiva, com abordagem quantitativa/qualitativa. A região norte foi representada pelas regiões administrativas de Apucarana, Londrina e Cornélio Procópio que correspondem às 16^a, 17^a, 18^a Regionais de Saúde. A pesquisa aconteceu em duas etapas, sendo que a coleta de dados da primeira etapa, designada como quantitativa, aconteceu entre julho e dezembro de 2010 e a da segunda etapa, designada como qualitativa, entre junho e julho de 2011, com exceção do segundo grupo focal da 18^a que foi realizado em junho de 2012. Na primeira etapa foram aplicados dois questionários, um específico para coordenadores de Unidades Básicas de Saúde (90 profissionais responderam) e outro para profissionais da Equipe Saúde Bucal (178 profissionais responderam). Para análise descritiva, utilizaram-se as medidas de ocorrência. Na segunda etapa foram realizados grupos focais. Foram realizados nove grupos focais, sendo cinco com coordenadores de Unidades Básicas de Saúde e quatro com membros da equipe de saúde bucal. Os resultados revelaram que, na cidade pequena, existe uma grande proximidade entre as pessoas, mas isso não resultou em gestão democrática e participativa, nem em vínculo com a população e trabalho em equipe. Nesses municípios, os recursos para implantação das Equipes de Saúde Bucal foram absorvidos de maneira acrítica dificultando a implantação/implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, como estabelecem os textos ministeriais, resultando em uma rotina de atividades sem planejamento. Nos referidos locais, persistia a falta de integração entre

os profissionais. Ambos alegaram que a demanda excessiva os impedia de fazer reuniões e atividades de Promoção da Saúde, o que pode ser questionado tendo em vista que diversos não cumpriam suas cargas horárias. Foi observado dificuldade de se efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde. Apesar de se promover a universalidade, persistia falta de integralidade, evidenciada na dicotomia entre atividades de promoção e prevenção e atividades clínicas com preferência pelo atendimento clínico, tanto dos profissionais, dos gestores, como também da população. A gestão era influenciada por quatro atores diferentes: Coordenador da equipe saúde Bucal, Coordenador Unidade Básica de Saúde, Prefeito, Secretário de saúde e Regional de Saúde. Esta última se destacou como ente articulador entre os municípios, sendo um importante local para debater o modelo assistencial e apoiar a efetivação do Sistema Único de Saúde. Para a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, sugere-se a adoção de sistemas de trabalho por compromisso em que se definem ações com metas, previamente acordadas, acompanhadas por instâncias de participação democrática e gestores.

DIFERENÇAS E DESIGUALDADES EM UM HOSPITAL DE CÂNCER NO RIO DE JANEIRO: PENSANDO O DIREITO À SAÚDE PARA PESSOAS PORTADORAS DE LEUCEMIA AGUDA

Luciana da Silva Alcantara, Kássia Oliveira Martins Siqueira, Mônica Marchese Swinerd

Palavras-chave: Direito à Saúde, Desigualdade, Oncologia

APRESENTAÇÃO: O estudo tem como objetivo pensar o direito à Saúde de pessoas com leucemia aguda, a partir da experiência profissional vivenciada num

importante hospital de câncer localizado no Rio de Janeiro. Partimos da ideia de que os trabalhos acadêmicos devem servir como meios de luta. Para Deleuze e Foucault, as teorias que inventamos, os livros que lemos e assim como as nossas pesquisas, são como ferramentas, e também “instrumentos que podemos e devemos utilizar para questionar e provocar rupturas nos modos instituídos de pensar, agir, sentir, perceber, enfim, viver.” (ALVARENGA FILHO, 2010, p. 120-121). Nesse sentido, pretendemos contribuir para rupturas no modo como vêm sendo desconsideradas as necessidades específicas dos usuários em relação ao tratamento supracitado. Desenvolvimento: De acordo com a Lei 8.080 “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia (...)”, entre outros aspectos relacionados às condições de vida. No entanto, em nossa experiência, percebemos que a diferença do paciente com leucemia aguda e sua necessidade de permanecer próximo ao hospital devido às inúmeras seções de quimioterapia e seus riscos não está sendo considerada, no sentido de que essa necessidade seja objeto de ações e formulações de políticas voltadas a esses usuários. Ao contrário: as pessoas em tratamento nesse hospital chegam a permanecer internadas por meses consecutivos, mesmo tendo possibilidade de alta hospitalar para local próximo ao hospital. IMPACTOS PERCEBIDOS: Observou-se na atuação profissional que a situação de ausência de recursos materiais que impossibilitam moradia próxima ao hospital ou hospedagem leva essas pessoas com diagnóstico de leucemia a um sofrimento extremo, ou mesmo ao abandono do tratamento. Além disso, a sobrecarga emocional não só de pacientes como também dos familiares que acompanham é perceptível, considerando que o tratamento

requer longa internação. Existe, ainda, um efeito cascata na dinâmica hospitalar, uma vez que um leito que pode atender a outros pacientes em situação de gravidade médica permanece ocupado. Nos últimos cinco anos, muitos estudos direcionados a pacientes adultos com neoplasias hematológicas agressivas foram publicados provando que é possível curar mais utilizando a abordagem pediátrica, bem mais intensa que os protocolos desenhados para adultos. As crianças em tratamento nesse hospital contam com o apoio de uma casa financiada por uma organização não governamental. Já os adultos, até o momento, não contam com um serviço de hospedagem que atenda suas necessidades. Com isso, a necessidade de moradia próxima ao hospital não vem sendo priorizada. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Pretende-se problematizar de que modo a não consideração da diferença do tratamento das pessoas com leucemia aguda vem contribuindo para reforçar as desigualdades produzidas por relações que reforçam a banalização da vida, desigualdade essa expressa também entre os que têm e os que não têm condições de moradia próxima ao hospital, de acordo com suas necessidades e especificidades ao longo do tratamento oncológico. É, portanto, necessário problematizar essa questão, caso contrário estar-se-ia desconsiderando todas as perdas acarretadas pelo adoecimento por câncer (trabalho, projetos de vida, etc.).

DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE: DESCOBRINDO A LEVEZA NA NORMA E AS SUAS IMPLICAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO

Livia Cristina Bandeira Ramos, Ângelo D'agostini Junior, Maria Luiza Fonseca do Valle, Lisiane Boer Possa, Andre Luiz Rodrigues Silva, Gustavo Hoff, Larissa Diogenes, Carla Novara Monclar

Palavras-chave: Dimensionamento da força de trabalho, Gestão do Trabalho

Este trabalho se fundamenta nas reflexões de uma pesquisa em execução no âmbito do Ministério da Saúde desenvolvida pelo Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. Ao longo do seu desenvolvimento e em contato com diversos trabalhadores e gestores do SUS, a pesquisa indica possibilidades de novos olhares para o dimensionamento enquanto dispositivo de gestão potente e potencializador do engajamento dos trabalhadores e gestores no processo de planejamento em saúde. Essa perspectiva partiu de uma experiência oriunda de uma parceria entre Ministério da Saúde e municípios que vinham desenvolvendo o dimensionamento nos contextos locais de trabalho. O dimensionamento no cotidiano de trabalho da gestão local tem sido abordado como um dispositivo de gestão que instrumentaliza a análise sistemática sobre o cenário da força de trabalho, considerando a capacidade existente e a necessária, identificando discrepâncias e construindo estratégias para um planejamento mais aproximado das necessidades dos trabalhadores, da população e do sistema de saúde. A análise das experiências indicou que a forma que o processo de dimensionamento da força de trabalho assume está estreitamente relacionada a modelos tecnoassistenciais vigentes, se delineando a partir de processos mais ou menos criativos, centrados nas relações ou mais presos à lógica das normatividades. As diferentes possibilidades de delineamentos tecnológicos no processo de dimensionamento indicam questões importantes relacionadas à incorporação tecnológica, processos decisórios, distribuição assistencial, relação entre profissionais e a conformação de equipes, lógica que orienta o cuidado e o sentido atribuído ao ato de cuidar. A partir dessas

reflexões, assume-se neste trabalho a importância da técnica, no entanto, propõe-se a perspectiva do dimensionamento centrado no trabalho vivo em ato envolvido e implicado no processo cotidiano de trabalho. Considera a dimensão subjetiva envolvida no trabalho em saúde, modos particulares de se relacionar com outro na produção de atos de cuidado e o campo de forças, que se tencionam manifestando interesse (também contraditórios) nas formas de se pensar/fazer o trabalho em saúde. Tais tensões se atualizam nas formas que o dimensionamento se concretiza no cotidiano de trabalho e acrescentam importantes implicações no âmbito da negociação do trabalho e construção coletiva do planejamento. Assim, o dimensionamento é proposto neste estudo como um instrumento de organização que centrado nas tecnologias leves e inserido no cotidiano do trabalho em saúde considera o trabalho coletivo, democratização das relações e a concepção de equipe de saúde como eixos centrais. Há a proposição do dimensionamento como dispositivo de gestão que esteja implicado em um processo centrado no movimento relacional, de diálogos e negociação coletiva, potencializando a inventividade e processos criativos dos trabalhadores na organização do trabalho.

DISPONIBILIDADE DE TESTE RÁPIDO ANTI-HIV NO BRASIL

Emerson Silveira Brito, Vanessa Daniele Mizevski, Évelin Maria Brand, Luciana Barcellos Teixeira, Marsam Alves Teixeira

Palavras-chave: HIV, AIDS, Teste Rápido

Introdução: A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) altamente incidente no Brasil. Estima-se que existam 650

mil pessoas convivendo com a doença, das quais 150 mil desconhecem sua situação sorológica. Como estratégia para enfrentamento desta doença, no ano de 2011 começou a ser implantada a testagem rápida para detecção do vírus HIV com o objetivo de realizar o diagnóstico precoce possibilitando melhores perspectivas no tratamento e no controle da epidemia. Deste modo, este estudo tem por objetivo comparar a disponibilidade de teste rápido anti-HIV nas diferentes regiões do Brasil. Metodologia: Estudo epidemiológico observacional de cunho ecológico que buscou verificar a disponibilidade de teste rápido anti-HIV nos estabelecimentos de saúde participantes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ano base 2012. A análise descritiva e analítica dos dados foi realizada com o programa SPSS, onde foram selecionadas as unidades que responderam questões sobre a disponibilidade de teste rápido e estas foram agrupadas por região do Brasil. Comparações entre regiões foram produzidas utilizando-se o teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson. Resultados: Foram analisadas 38.806 estabelecimentos de saúde que aderiram ao PMAQ em 2012 e atenderam ao critério de inclusão. O total de estabelecimentos por região foi de 6.279 (16,2%) na Região Sul; 11.943 (30,8%) na região Sudeste; 2.906 (7%) na região Centro-Oeste; 3.210 (8,5%) na região Norte e 14.674 (37,8%) na região Nordeste. Quanto ao teste rápido sempre disponível foi observado em 8,5% das unidades de saúde na região Sul; 30,5% na região Sudeste; 6,2% na região Centro-Oeste; 5,4% na região Norte e 3,1% na região Nordeste ($p < 0,001$). Em 86% dos estabelecimentos em todo país o teste anti-HIV não estava disponível. Conclusões: Os dados apresentados mostram a carência de disponibilidade de testes rápidos anti-

HIV em todo o Brasil. Os achados também apontam desigualdades regionais quanto à oferta do insumo comparando-se as cinco regiões. Para o enfrentamento do HIV/AIDS, o teste rápido se constitui, atualmente, como uma das principais iniciativas, pois o conhecimento do status sorológico permite adequado aconselhamento e tratamento oportuno. Quando o teste rápido não está disponível, fica difícil estabelecer essa lógica. Apesar de a região Sul apresentar a maior taxa de prevalência de Aids do país, a disponibilidade do teste rápido anti-HIV, em 2012, ainda era pouco expressiva; há perspectivas de melhorias, portanto a continuidade deste estudo é relevante para saúde pública. É necessário um melhor gerenciamento de insumos, além de treinamento de profissionais associado ao estímulo à testagem rápida pela gestão dos municípios.

DISPONIBILIDADE DO TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS NO BRASIL

Emerson Silveira Brito, Vanessa Daniele Mizevski, Évelin Maria Brand, Luciana Barcellos Teixeira, Marsam Alves Teixeira

Palavras-chave: Sífilis, Teste Rápido

INTRODUÇÃO: A Sífilis é uma doença sistêmica de transmissão sexual e/ou vertical amplamente difundida em todo território nacional. A Sífilis congênita pode causar abortamento ou malformação fetal. Apesar do seu caráter prevenível foram registrados, de acordo com os dados do SINAN, 57.700 casos de sífilis em gestantes de 2005 a 2012. Dados do Ministério da Saúde apontam que ocorrem em média 4 mil novos casos de Sífilis Congênita notificados a cada ano, com uma taxa de incidência de 1,6 casos por mil nascidos vivos (1). A testagem rápida representa um grande avanço para o diagnóstico desta

doença, pois o conhecimento da sorologia positiva e a possibilidade de tratamento levam a cura. É relevante contextualizar que os testes rápidos utilizados para detectar a ocorrência de sífilis foram instituídos no Brasil em 2011. Estes testes são métodos de triagem que identificam a marcação sorológica, podendo indicar infecção prévia ou atual. Para uma análise mais precisa, é necessária uma coleta venosa para a pesquisa laboratorial de sífilis (2). O objetivo deste estudo é verificar a disponibilidade de Testes rápidos para Sífilis no Brasil. METODOLOGIA: Estudo epidemiológico observacional de cunho ecológico que buscou verificar a disponibilidade de teste rápido anti-Sífilis nos estabelecimentos de saúde participantes do PMAQ-AB (3), ano base 2012. A análise descritiva e analítica dos dados foi realizada com o programa SPSS, onde foram selecionadas as unidades que responderam questões sobre a disponibilidade de teste rápido e estas foram agrupadas por região do Brasil. Comparações entre regiões foram produzidas utilizando-se o teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson. RESULTADOS: A amostra foi composta por 38.807 estabelecimentos de saúde. Na região Sul, dos 6.279 estabelecimentos somente 1,9% relatou ter o teste rápido sempre disponível; na região Sudeste, de 11.943 estabelecimentos, 2,1% afirmou ter o teste rápido sempre disponível; na região Centro-Oeste de 2.706 estabelecimentos, em 6,8% o teste estava sempre disponível; na Região Norte de 3.210 estabelecimentos, em 2,6% o teste estava sempre disponível e na Região Nordeste de 14.674 estabelecimentos, 2% afirmou ter o teste rápido sempre disponível. A testagem para sífilis sempre disponível foi encontrada com maior frequência na região Centro-Oeste e Norte ($p < 0,01$). Teste nunca disponível foi relatado por 37.492 estabelecimentos

da Atenção Básica em todo país (96,6%). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Considerando os elevados índices de Sífilis no País acredita-se que a testagem rápida é uma estratégia importante para enfretamento da doença. A sífilis congênita é um claro evento marcador da qualidade da assistência à saúde, sendo prevenível quando realizado o devido diagnóstico nas consultas de atendimento ao pré-natal, evitando, assim, desfechos negativos sobre a saúde do conceito. Este estudo evidencia a baixa disponibilidade para testagem na atenção primária à saúde, considerando-se que esta estratégia foi implementada no ano de 2011 e este estudo conduzido em 2012, espera-se melhoria em relação à oferta da testagem.

eSAÚDE BRASIL: A EXPERIÊNCIA PARTICIPATIVA DE CONSTRUÇÃO DE UMA PROPOSTA E ATUALIZAÇÃO

Jacinta de Fátima Senna da Silva, Gillete Cardoso Coelho Neto

Palavras-chave: eSaúde, Informação e Comunicação, Participação

A construção da eSaúde Brasil inspirou-se na Nationale Health Strategy Tool Kit da Organização Mundial da Saúde e a União Internacional das Telecomunicações. OBJETIVO: Compartilhar a experiência do processo de construção e atualização participativa da proposta eSaúde Brasil. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA MÉTODO: Procedeu-se o levantamento documental do método, cronograma, memórias, reuniões, oficinas, respectivamente, objetivos e resultados. A gestão do processo de construção da proposta contou com grupo executivo e quatro grupos temáticos: Governança, Interoperabilidade, Infraestrutura e Recursos Humanos. O conteúdo de discussão dos grupos foi a junção de 7 pilares do método Tool Kit.

No processo participaram 60 especialistas que recomendaram fundamentos, ações imediatas e estratégicas. A experiência realizou-se no período de agosto de 2012 até março de 2014. O processo de atualização ocorreu de julho a outubro de 2015. RESULTADOS/ALCANÇADOS/OU IMPACTOS: A proposta foi uma iniciativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do MS, sendo atualizada pela Secretaria Executiva do Ms. Propõe a visão de eSaúde até 2020 e descreve mecanismos contributivos para o cumprimento dos objetivos do Plano Nacional de Saúde e do SUS. Os blocos construtores são agrupados em pilares: Governança e Recursos Organizacionais; Padrões e Interoperabilidade; Infraestrutura e Recursos Humanos. Contém nove ações estratégicas para cada pilar e os resultados esperados, buscando fortalecer processos e práticas de eSaúde no SUS. CONSIDERAÇÕES: No Brasil, a informação e comunicação são produzidas no território, por isso, é fundamental que ela se oriente por princípios e estratégias que permitam a integração e interoperabilidade dos sistemas que registram as ocorrências e agravos relacionados à situação de saúde do cidadão e, efetivamente, promova a qualidade, resolutividade e humanização da atenção à saúde. O uso de eSaúde vem mudando a forma de se organizar e disponibilizar serviços de saúde no mundo. Recomenda-se processo de consulta pública, diálogo junto ao Comitê de Informação e Informática em Saúde do MS - CIINFO/MS para discussão com o atual corpo diretivo. A seguir, apresentação no Conselho Nacional de Saúde e articulação junto a Comissão de Intergestores Tripartite - CIT para diálogo junto às suas instâncias, buscando construir condições de pactuação na CIT e de implementação do eSaúde Brasil no SUS.

ESTILOS DE LIDERANÇA SITUACIONAL ADOTADOS POR ENFERMEIROS NA ÁREA HOSPITALAR: INFLUÊNCIAS DO PERFIL E DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Karen Kades Cristina Kades Andrigue, Leticia de Lima Trindade, Simone Coelho Amestoy, Carmem Lúcia Colomé Beck

Palavras-chave: Enfermeiros, Liderança, Prática Profissional, Gerenciamento da Prática Profissional, Educação Continuada

Na Enfermagem a liderança é entendida como o processo por meio do qual o enfermeiro influencia as ações de outros, tencionando avanços na sua prática diária, com vistas à melhoria da qualidade da assistência. Este estudo objetivou identificar os estilos de Liderança Situacional (LS) adotados pelos enfermeiros de uma rede hospitalar e a associação destes com seu perfil pessoal e profissional. Ainda objetivou identificar como a formação acadêmica e a Educação Permanente em Saúde (EPS) influenciam os estilos de LS adotados por estes profissionais. Como referencial teórico utilizou-se o modelo de liderança proposto por Hersey e Blanchard e o desenho metodológico descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo faz parte de uma macropesquisa interinstitucional intitulada "O exercício da liderança do enfermeiro no ambiente hospitalar." Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2014 nos hospitais que compõem a rede hospitalar de Chapecó/SC, após a aprovação do Comitê de Ética. Utilizou-se para coleta de dados um questionário para determinação do perfil, o LeadershipEffectiveness and Adaptability Description, instrumento de autopercepção dos estilos de liderança e entrevistas semiestruturadas. Participaram da primeira etapa do estudo 104 enfermeiros, os quais responderam os dois primeiros instrumentos. Após

análise dos achados da primeira etapa, foram entrevistados seis enfermeiros que tipificavam os diferentes estilos de liderança adotados pelos participantes, completando a segunda etapa do estudo, voltada para a melhor compreensão das influências da formação no estilo de liderança destes profissionais. Os enfermeiros são na sua maioria mulheres (n=90-86,5%), com idade média de 32,1±6,5 anos, que atuam na área hospitalar entre 1-5 anos (n=38-36,5%). Quanto ao estilo de LS adotado pelos participantes, o estudo evidenciou o predomínio do estilo E2 (Persuadir), com o qual 68,2% se autoidentificaram. Na sequência, destacaram-se os enfermeiros com estilo E1 (Determinar) (17,3%); e com estilo E3 (Compartilhar) (9,6%). Os resultados demonstram o predomínio dos estilos diretivos, remetendo ao poder coercitivo, no qual a capacidade do líder se emprega em fazer cumprir as tarefas. Observou-se que o setor de atuação influencia significativamente no estilo de liderança adotado pelos enfermeiros (p= 0,001), indiciando na análise que a proximidade com o cuidado direto ao usuário, ao contrário do que demonstrou na literatura, no cenário hospitalar leva ao desenvolvimento de líderes mais distantes das relações e mais voltados para as tarefas e técnicas. A Análise Temática dos dados da segunda etapa possibilitou que fossem apontadas as influências da formação acadêmica no processo de LS, destacando que existem fragilidades no processo ensino-aprendizagem e falta de vivências práticas na formação acadêmica. Já em relação a EPS identificou-se a escassez de investimentos no desenvolvimento da liderança e potencializa-se que ser líder é um aprendizado contínuo iniciado na graduação e desenvolvido ao longo da vida profissional. Diante disto, a pesquisa reforçou que a formação de líderes é um desafio, não apenas para instituições formadoras, mas

também para os profissionais enfermeiros e tem marcada relação com a qualidade da assistência prestada por estes profissionais.

EXIGÊNCIAS REQUERIDAS À ATUAÇÃO DO GESTOR EM SAÚDE NO CENÁRIO DO TRABALHO CONTEMPORÂNEO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Jorge Souza da Cruz, Gímerson Erick Ferreira, Ana Paula de Moraes, Maisson da Silva Berg

APRESENTAÇÃO: A organização do trabalho em saúde tem demandado de seus gestores um elevado nível de exigência para dar conta da atuação profissional requerida ao exercício da função, que muitas vezes remetem o trabalhador a um estado de intenso sofrimento. Nesse contexto, o gestor em saúde deve não apenas gerenciar os processos de trabalho de modo eficiente, como também engajar sua equipe de trabalho para mobilização diante das demandas do serviço, as quais na maioria das vezes não se limitam ao trabalho prescrito. Em meio a tais ditames, cabe ao gestor lançar mão de uma série de padrões de comportamento e atitudes indispensáveis para obter um bom desempenho no trabalho e manter-se no cargo com o nível de atuação profissional requerido. Assim, tem-se o objetivo de identificar as exigências requeridas à atuação do gestor em saúde no cenário do trabalho contemporâneo. **Desenvolvimento do Trabalho:** Utilizou-se o método de revisão integrativa, cuja busca foi realizada nas bases de dados LILACS, BDENF, IBICS e SciELO, utilizando o descritor “gestor de saúde” combinado aos descritores “competências profissionais” ou “prática profissional” ou “papel profissional”. Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos dez anos, em periódicos nacionais e internacionais, indexados nas bases de dados selecionadas, que abordassem a atuação do gestor em saúde.

RESULTADOS: Localizaram-se inicialmente 28 artigos, dos quais 22 não respondiam ao objetivo do estudo, sendo a amostra final constituída por 6 artigos. A análise temática possibilitou identificar que as novas tendências de gerenciamento requerem o desenvolvimento de competências, práticas e funções que atendam as necessidades do mercado, e extrapolam o trabalho prescrito para esta função. Os gestores precisam estar preparados para lidar com as evoluções tecnológicas e as novas tendências de gestão de pessoas, bem como a horizontalização dos processos de gerenciamento. A atuação profissional destes profissionais deve ultrapassar a visão simplista, buscando relações complexas que entrelacem as políticas públicas de saúde com as exigências da contemporaneidade relacionadas ao gerenciamento do cuidado, e que impetram a construção de vínculos com a comunidade e com a equipe de trabalhadores, ao mesmo tempo em que é necessário responder às demandas, ritmos e cadências impostos pela organização do trabalho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As exigências requeridas à atuação do gestor em saúde demandam agilidade, abertura a mudanças em curto prazo, assunção de riscos e autonomia na dependência de procedimentos formais, embora nem sempre disponham de grau de autonomia para desempenhar sua função. Como consequência, as características atreladas a este contexto podem fomentar a intensificação dos ritmos de trabalho e a aceleração na (des) qualificação e (re) qualificação do trabalhador para dar conta dos altos níveis de exigência. Afetam estes profissionais que se vêm numa posição conhecida como “sanduíche”, pois são incumbidos a garantir a harmonia entre as demandas dos diversos atores envolvidos em seu trabalho, expondo-o ao sofrimento e a inúmeras cargas psíquicas. Refletir esta questão é importante, pois pode

possibilitar o desenvolvimento de ações transformadoras na gestão do trabalho, possibilitando melhorias à saúde deste trabalhador.

FERRAMENTAS EDUCACIONAIS PARA EXPANSÃO, QUALIFICAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Andre Luiz da Silva, Luciane Aparecida Pereira de Lima, Juliana de Oliveira Gabriel

Palavras-chave: Atenção Básica, Ferramentas Pedagógicas

O processo de qualificação das ações de Atenção Básica vem sendo induzido pelo Ministério da Saúde por meio de diferentes ferramentas de gestão e estratégias de Educação Permanente. Neste escopo, podemos relacionar as ferramentas pedagógicas disponíveis para as equipes do Projeto Mais Médicos para o Brasil e as demais ferramentas disponíveis para o conjunto de profissionais da Atenção Básica. As ações educativas disponíveis para o projeto MM se desenvolvem na Atenção Básica, de modo a promover um aperfeiçoamento da prática profissional. São diversas as ferramentas pedagógicas ofertadas aos participantes do projeto: Cursos de especialização em Atenção Básica, que possibilitam desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes que contribuam para a garantia da qualidade da atenção à saúde; Supervisão Acadêmica, responsável pela integração ensino-serviço no componente assistencial da formação dos médicos participantes do Projeto; Teleconsultoria, telediagnóstico e tele-educação do Programa Nacional Telessaúde, visando à educação para o trabalho, na perspectiva da melhoria da qualidade da atenção, ampliação do escopo de ações ofertadas, mudança das práticas em saúde e organização do processo de trabalho; Portal Saúde Baseada

em Evidências, ferramenta de Educação Permanente que objetiva a qualificação dos trabalhadores do SUS, visando alcançar a efetivação de mudanças na prática clínica. As ferramentas pedagógicas são apoio essencial ao processo de conversão do modelo assistencial orientado pela Atenção Básica de Saúde. OBJETIVO: O objetivo deste estudo é analisar a utilização das ferramentas pedagógicas disponíveis para as equipes de Saúde da Família do município de Campo Grande, para a qualificação do processo de trabalho na atenção básica. Metodologia: Inicialmente, foi realizado um levantamento das ferramentas pedagógicas disponíveis para o conjunto de profissionais que atuam nas equipes de saúde da família selecionadas para esta pesquisa no município. Através de uma análise comparativa entre equipes com profissional do PMM e equipes sem profissional do PMM, investigou-se a utilização de ferramentas pedagógicas e sua relação com o processo de trabalho na AB. No seguimento, será aplicado para os profissionais selecionados, questionário estruturado com perguntas fechadas para análise. RESULTADOS: Os resultados preliminares apontam para uma maior disponibilização de ferramentas pedagógicas para as equipes de Saúde da Família com médicos do Programa Mais Médicos, o que, por sua vez, não garante um processo de qualificação da Atenção Básica em sua totalidade. Neste sentido, temos todo um conjunto de ações indutoras do processo de qualificação das equipes de Atenção Básica constituídas por médicos do Projeto Mais Médicos. Em contraste, alguns destes dispositivos não estão disponíveis para todo o conjunto dos profissionais da Atenção Básica, sendo necessária a constituição de estratégias diferenciadas de Educação Permanente, complementares e adequadas à realidade local. Considerações finais: Torna-se, portanto, necessário avançar na estruturação de processos

educativos que assegurem novas práticas sanitárias, superando modelos tradicionais. É necessário, também, pensar na indução da formação de uma Política de Educação Permanente, de base municipal, que seja articuladora, agregadora e capaz de atender às demandas de seus distintos territórios.

GESTÃO DE CONFLITOS: MAPEAMENTO DOS CONFLITOS INTERPROFISSIONAIS NO AMBIENTE DE URGÊNCIA HOSPITALAR

Nayara Mary da Silva Pena Bento, Isabella Diniz Faria, Carla Regina Carvalho S. Gonçalves

Palavras-chave: Conflito, Profissionais de saúde, Urgência e Emergência

A convivência interpessoal no ambiente laboral é uma experiência cada vez mais desafiadora, uma vez que a civilização é marcada pela pluralidade de crenças, valores e culturas. No ambiente hospitalar, os conflitos podem ser encontrados entre profissionais, promovendo um desgaste nas relações interdisciplinares e consequente prejuízo no processo de trabalho. Dentro desse contexto, foi realizada a presente pesquisa, com o objetivo de mapear os conflitos existentes no setor de urgência e emergência de um hospital de média complexidade, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, e promover reflexões quanto às estratégias de resolução dos mesmos. Trata-se de um estudo piloto exploratório descritivo, de caráter quali-quantitativo, realizado de agosto a setembro de 2015. A amostra foi constituída por 15 profissionais lotados no setor de urgência e emergência (pronto-socorro). A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação de um questionário semiestruturado para os profissionais do hospital, respeitando todos os preceitos

éticos. O questionário possui 12 questões norteadoras, divididas em 5 eixos principais: identificação dos conflitos; interferência do conflito no processo de trabalho; estratégias de resolução adotadas; envolvimento da Instituição na resolução do conflito e reflexões sobre a experiência e resolução do conflito. Após análise dos dados coletados, foi possível observar que da amostra total de 15 profissionais, 10 destes informaram terem vivenciado situações de conflito no setor de urgência e emergência. Dentre os principais motivos podem ser citados a dificuldade de comunicação, sensação/abuso de poder, falta de responsabilidade dos profissionais, divergências na conduta profissional, fofocas e intrigas. A maior parte destes profissionais descrevem a experiência de forma negativa. Dentre estes profissionais, 9 acreditam que tais conflitos não impactam em seu processo de trabalho e 6 acreditam que eles geram desarmonia e incômodos entre os trabalhadores, causando desestímulo e cansaço, promovendo atritos, dificultando o trabalho em equipe, dentre outros. Embora alguns profissionais tenham criado estratégias próprias de resolução de conflitos ou tenham indicado estratégias adotadas pela instituição, muitos consideram o nível de contribuição e participação da instituição ruim. Os conflitos reincidiram em 90% dos casos, mostrando que não foi adotado estratégias de resoluções de conflitos eficazes. Considera-se que os conflitos podem se tornar negativos quando não bem gerenciados ou construtivos à medida que sugerem novas possibilidades. Torna-se imprescindível avaliar o contexto destes conflitos na Instituição, de forma a aferir o impacto deste, para então geri-lo de maneira adequada e eficiente. Considera-se que esses resultados trazem uma reflexão sobre a importância de se tratar o conflito enquanto um propulsor para novas reflexões da prática profissional em saúde. A gestão de conflitos pode se tornar uma boa

ferramenta para impulsionar o crescimento pessoal, a inovação e a produtividade, promovendo uma cultura de paz e um ambiente harmonioso para os trabalhadores no ambiente hospitalar. Descritores: Estratégias, Conflito, Profissionais de saúde, Serviço Hospitalar de admissão de pacientes.

GESTÃO E MEDIAÇÃO NA FORMAÇÃO DE RESIDENTES: EXPERIÊNCIAS E ATRIBUTOS DE COORDENADORES DE PROGRAMAS

Adriana Cavalcanti de Aguiar, Elaine Franco dos Santos Araujo, Wilson Couto Borges, Denise Espiúca Monteiro, Guilherme Canedo Borges

Palavras-chave: gestão de residências, mediação, formação de residentes

APRESENTAÇÃO: O acesso universal a serviços de saúde de qualidade, organizados a partir de uma concepção ampliada de saúde-doença demanda a existência de sistemas de saúde organizados, dotados de profissionais para atuarem na identificação e cuidado das necessidades de indivíduos, famílias e comunidades. O Departamento de Atenção Básica (DAB), da Secretaria de Ações de Saúde do Ministério da Saúde, enfatiza que “a Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado, regionalizado de saúde e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS”. Esta reorientação das ações de saúde demanda “a revisão dos processos de formação e educação em saúde com ênfase na educação permanente das equipes, coordenações e gestores”, e “ações articuladas com as instituições formadoras para promover mudanças na graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde”. Nos últimos anos, o Ministério de

Saúde e o Ministério da Educação criaram, em conjunto, programas para promover mudanças no ensino e nas práticas de saúde, a fim de contribuir para o fortalecimento da formação de profissionais e apoiar as mudanças do modelo técnico-assistencial. Assim, surgiram os Programas de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas e o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais em Saúde. Neste sentido, este estudo tem, por objetivo, analisar as iniciativas de gestão e apoio aos programas de residência e as ferramentas e estratégias de gestão da formação especializada no Brasil. **DESENVOLVIMENTO:** Analisamos 15 entrevistas com coordenadores de programas de residência médica e multiprofissional em quatro regiões dos pais, de modo a aprofundar o conhecimento sobre as atividades ensejadas pela gestão da formação especializada, percepções e atributos necessários para o exercício dessa função. A amostra foi extraída do universo de 63 programas estudados na composta de programas nas áreas de saúde da família e saúde da mulher na pesquisa “Preceptorial em Programas de Residência: Ensino, Pesquisa e Gestão”, sendo o adotado o critério de escolha dos programas considerados inovadores de acordo com informantes chave. As entrevistas com roteiro semi-estruturado foram realizadas no local de trabalho do entrevistado, versando sobre a história do programa, atividades de apoio ao ensino-aprendizagem e papel dos coordenadores em estabelecer pontes entre a gestão dos serviços e a residência. **RESULTADOS:** Os coordenadores de residência exercem importante papel de mediadores entre instâncias e processos, devendo interpretar as normas estabelecidas e desenvolver estratégias que garantam a qualidade do ensino da residência e simultaneamente contribuam para o desenvolvimento de

tecnologias para os serviços de saúde. A normatização dos processos que envolvem a oferta das residências é ainda insuficiente no país, cabendo aos coordenadores tomar decisões para as quais desenvolveram diversos instrumentos de gestão. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A coordenação de residências demanda diversos atributos sofisticados, sendo necessário avançar no desenvolvimento de currículos baseados em competência para a formação de gestores da residência e fortalecer fóruns de troca de experiência visando a otimizar o uso de recursos e compartilhar as iniciativas bem sucedidas.

GESTÃO EM SAÚDE: UM ESTUDO DA COMISSÃO VER-SUS/ LAGARTO-SE

Rogério Andrade dos Santos, Kalil Luno Cardoso da Silva, Tássio Cunha Paes da Costa, Damares de Jesus Almeida, Maira Barreto dos Reis

Palavras-chave: quadrilátero, SUS, gestão

O quadrilátero da formação em Saúde é uma forma didática de ver o SUS, a partir de quatro eixos: Atenção, Ensino, Controle Social e Gestão. Este trabalho é fruto de um grupo de estudo do Caderno de Textos VER-SUS/Brasil, refletido à luz de outros textos pela Comissão Organizadora do projeto VER-SUS Lagarto/SE. Objetivamos discussão e reflexão sobre a realidade da gestão e quais vertentes para melhor gestão do SUS. Estudamos a Cartilha de Textos do VER-SUS/Brasil e textos referenciais, durante encontros. A comissão foi dividida para escrever sobre um eixo, e juntos, confeccionar trabalhos sobre cada eixo. Sendo este responsável por refletir a Gestão em Saúde, eixo complexo, relacionado com os demais eixos. Os gestores do SUS criaram o Pacto pela Saúde, estabelecendo responsabilidades e metas nas dimensões:

Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. O último traz responsabilidades, descentralizando esferas, fortalecendo a gestão compartilhada e respeitando diferenças loco-regionais para assegurar acesso, resolutividade, qualidade, equidade, integralidade, fazendo dos Estados e Municípios gestores, otimizando recursos. Em nível estadual, há a Comissão Intergestora Bipartite com representantes das Secretarias Estadual e Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Federalmente há Comissão Intergestora Tripartite com representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. O financiamento do SUS dá-se por repasse “Fundo a Fundo”, distribuído em atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão. Para impedir desvios, os Conselhos Municipal e Estadual de Saúde como fiscalizadores existem. A Programação Pactuada Integrada direciona financiamento nos territórios. Há o Mapa da Saúde, que aponta a distribuição de recursos humanos, serviços e ações, do SUS e da iniciativa privada, considerando identidades socioeconômico-culturais, necessidades e desempenho, segundo metas, norteando o planejamento; a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde relaciona ações e serviços do SUS. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais são medicamentos às prioridades. Observa-se a gestão do SUS é bastante estruturada, teoricamente, entretanto na realidade há diversas alterações a serem feitas, a fim de lapidar esse eixo que dá suporte aos outros. A atenção em saúde, por exemplo, deve ter ações voltadas para si, fazendo o trabalhador lembrar que também é usuário e deve produzir cuidado com e para o outro, focado na tecnologia leve e micropolítica desse

encontro. A educação permanente deve receber ações que permitam o trabalhador de saúde ver-se inserido no trabalho multidisciplinar, garantindo integralidade do atendimento. O controle social é a expressão dos usuários e trabalhadores para editar as políticas públicas e trazer propostas para a gestão, necessitando de maior divulgação e incentivo à participação. A Gestão valorizar os profissionais, reduzindo conflitos e humanizando as relações de trabalho, estimular e respeitar a participação social, fundamental nesse pacto, e ordenar o SUS como local de formação em saúde para trabalhadores e profissionais em formação.

HETEROCONTROLE DA FLUORETAÇÃO DAS ÁGUAS DE ABASTECIMENTO PÚBLICO: SITUAÇÃO DA PUBLICIZAÇÃO DOS DADOS DE MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Cristiane Matsuo de Oliveira Piorunneck, Thabata Cristy Zermiani, Márcia Frezzatti, Vanessa Gheno, Roberto Moreira Pickler, Andrea Videira Assaf, Rafael Gomes Ditterich, Eliane Carneiro Gomes

Palavras-chave: Fluoretação da água, Análise da Água, Saúde Bucal, Saúde Pública

APRESENTAÇÃO: A fluoretação da água de abastecimento público foi reconhecida como uma das dez mais importantes conquistas da saúde pública no século XX. A interrupção temporária ou definitiva da fluoretação acarreta em perda do benefício pela população, o mesmo ocorrendo quando os teores de fluoretos ficam abaixo do exigido legalmente. Recomendada pela Organização Mundial de Saúde a partir da década de 50, a fluoretação das águas para o consumo humano é obrigatória no Brasil, onde exista Estação de Tratamento de Água, conforme lei federal no. 6.050 de 1974. A eficácia preventiva da fluoretação

da água depende da adequação do teor de fluoretos e da continuidade do processo, tornando indispensável o seu controle, tanto em termos operacionais nas estações de tratamento de água, quanto em termos de vigilância externa (heterocontrole) como direito básico de cidadania em todos os municípios. A fluoretação da água de abastecimento, respaldada na Política Nacional de Saúde Bucal desde 2004, constitui ainda um grande desafio como medida pública de proteção à saúde bucal no Brasil, haja vista as deficiências vigentes na gestão pública para a implantação desta medida, bem como de seu heterocontrole, em grande parte dos municípios brasileiros. OBJETIVOS: O objetivo deste trabalho foi verificar a publicização dos dados e informações do heterocontrole do teor de fluoretos nas águas de abastecimento público de municípios brasileiros. METODOLOGIA: Deste modo, foram pesquisados artigos nas bases de dados da Bireme, Scielo e Google Scholar no período de 2006 a 2015 com os seguintes descritores: heterocontrole, flúor, fluoretos e saúde bucal. RESULTADOS: Como resultados identificaram-se 38 artigos científicos publicados, com a apresentação de resultados do heterocontrole de somente 66 municípios brasileiros. Foi possível verificar que, de fato a minoria das cidades apresentava concentrações ótimas e recomendadas de fluoretos. Em muitas localidades, os teores estavam abaixo e, em algumas amostras, acima do ideal. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Concluiu-se que a concentração de fluoretos na água de abastecimento público necessita de vigilância constante por parte do poder público e ênfase deve ser dada ao monitoramento mensal da fluoretação das águas de abastecimento público nos municípios brasileiros, já que esta representa hoje um dos mais relevantes eixos estruturantes da Política Nacional de Saúde Bucal.

IDENTIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE GESTÃO DA CLÍNICA UTILIZADAS NO GERENCIAMENTO DO HOSPITAL NO CONTEXTO DO SUS

Maria da Graça da Silva

Palavras-chave: Gerenciamento em Saúde, Clínica ampliada, Organização de Serviços de Saúde/Enfermagem

O presente estudo apresenta e discute o conhecimento adquirido pelos profissionais no processo de implantação de uma estratégia de reformulação das práticas de gerenciamento institucional, ancoradas nas concepções da clínica ampliada e desenvolvidas em uma instituição hospitalar de grande porte, vinculada ao Sistema Único de Saúde - SUS. Objetivo: identificar o conhecimento dos profissionais que compõem o colegiado de diferentes serviços, sobre os conceitos e fundamentos propostos pela PNHAH (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar) que ancoram as práticas do gerenciamento no cotidiano da instituição. Estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa alicerçada no pensamento crítico-reflexivo sobre as abordagens teóricas que fundamentam as práticas do gerenciamento no hospital na percepção dos trabalhadores. O levantamento de dados ocorreu por meio da técnica de grupo focal, cujas categorias de análise dos discursos foram: Projeto terapêutico Singular, Acolhimento, Co-gestão – Gestão participativa, Valorização do trabalhador, Direitos dos usuários (visita aberta, direito a acompanhante, direito a informação) e Trabalho em equipe/em rede. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Constatou-se que o grupo gestor da instituição, “formadores de opinião”, é composto por profissionais jovens, com formação universitária de diferentes profissões da área da saúde e ainda que os conceitos

“chave” que compõem a abordagem teórica acima referida foram assimilados e são defendidos com afinco pelos grupos que protagonizam o gerenciamento nas unidades colegiadas estudadas, porém carecem de sustentação teórico-conceitual mais elaborada e consubstanciada em um processo de qualificação/formação dos trabalhadores que guardem relações com as abordagens crítico-reflexivo da educação. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O acompanhamento e a análise do desenvolvimento de um processo de mudança dos modelos assistencial/gerencial de uma organização hospitalar é algo instigante, capaz de produzir discussões teóricas e desafios à sua aplicabilidade prática. Os participantes reconhecem que o movimento de mudança em andamento no hospital é resultante das políticas públicas que buscam promover aderência ao novo modelo de atenção, ao mesmo tempo em que percebem as dificuldades da instituição, resultantes da instabilidade financeiro-administrativa. As perspectivas são de acompanhar o progresso das modificações e inovações no hospital, mantendo a parceira serviço/academia; proporcionar novos cursos de capacitação em gestão e fomentar outros estudos em gerenciamento em saúde. Projeto de pesquisa desenvolvido com recursos da Chamada FUNDECT/DECIT-MS/CNPQ/SES Nº 04/2012- PPSUS-MS

INDICADORES DE PROCESSO NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NUM MUNICÍPIO BAIANO

Railane Souza Cerqueira, Pâmela Santana da Silva, Isadora Reis Rodrigues, Uilma Santos de Souza, Verônica Gomes Barreto Mozart, Patrícia Figueiredo Marques

Palavras-chave: Cuidado pré-natal, Avaliação de processo, Integralidade, Enfermagem

A atenção humanizada ao parto e nascimento apresenta políticas e programas direcionadas à resolução na morbimortalidade materna e peri-neonatal com uma proposta de estabelecimento de redes a partir dos anos 2000. Inicialmente com implantação e implementação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), o qual inegavelmente aumenta a captação de gestante o mais precocemente, porém apresenta limites. Com o intuito de solucioná-los implantou-se a Rede Cegonha, programa que visa regulamentar ações que não conseguiram ser efetivadas na proposta anterior. Objetivou-se caracterizar a assistência pré-natal nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Santo Antônio de Jesus (BA) segundo os indicadores de processo estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS). Trata-se de estudo de natureza quantitativa com abordagem descritiva, retrospectiva e documental realizado a partir dos dados gerados pelas USF com adesão ao PHPN e Rede Cegonha em Santo Antônio de Jesus-BA e registrados no SISPRENATAL. Utilizou-se o software SPSS para sistematização dos dados e a análise foi embasada no referencial teórico na perspectiva da integridade. A assistência caracterizou-se com aumento da captação das gestantes, porém a realização dos exames laboratoriais foi uma das maiores deficiências do programa. Esta situação compromete o trabalho realizado no pré-natal, já que sem os exames impacta a atenção clínica no processo gravídico. Outro ponto é a captação das mulheres para consulta puerperal, momento fundamental para auxiliar na adaptação da mulher a esta nova situação e na prevenção de complicações. Considera-se importante realizar investigações na rede de serviços laboratoriais e bioimagem envolvidos na atenção pré-natal do município com o intuito de identificar os entraves e possíveis

soluções. Também realizar ações para captação da mulher puérpera da mesma forma que se faz para captação de gestantes. Sugere-se ainda a realização de investigações que favoreçam a escuta das mulheres sobre suas demandas e experiência na busca pelo cuidado à saúde.

INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B EM POLICIAIS RODOVIÁRIOS FEDERAIS

Débora Sakamoto Silva, Luciana Contrera, Maria Lúcia Ivo, Ana Rita Coimbra Motta de Castro, Larissa Melo Bandeira, Tayana Serpa Ortiz Tanaka, Gabriela Alves Cesar, Priscila Marcheti Fiorin

Palavras-chave: Hepatite B, Policiais, Material Biológico

INTRODUÇÃO: A hepatite B é uma infecção viral caracterizada como problema de saúde pública mundial, sendo estimado que aproximadamente 240 milhões de pessoas possuam a infecção crônica e cerca de 780.000 morram todos os anos devido às consequências da mesma. Profissionais de saúde e de segurança pública como os Policiais Rodoviários Federais, se encontram entre os grupos de maior risco para a infecção, uma vez que a transmissão se dá através do contato direto com sangue e fluidos corporais de pessoas infectadas. Porém, apesar das características do trabalho desta população a tornar mais suscetível, estudos relacionados à mesma se mostram escassos no país e no estado de Mato Grosso do Sul, o que justifica a investigação da temática. **OBJETIVO:** Estimar a prevalência das infecções pelo vírus da hepatite B em Policiais Rodoviários Federais de Campo Grande, MS. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo quantitativo seccional realizado com Policiais Rodoviários na Superintendência e 1^o delegacia da Polícia

Rodoviária Federal, em Campo Grande-MS, no ano de 2015, por meio de coleta sanguínea, com posterior realização em laboratório dos testes sorológicos HBsAg, Anti-HBc total e Anti-HBs, através da técnica ELISA. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMS. **RESULTADOS:** No presente estudo foram analisadas amostras sanguíneas de 117 policiais, a fim de verificar os marcadores para infecção pelo HBV. Não foi encontrado nenhum resultado positivo para o teste sorológico HBsAg, indicando não haver presença de infecção ativa. Já para o marcador de exposição Anti-HBc total foram encontrados 9 resultados positivos (7,7%), sendo que destes, um mostrou-se positivo para Anti-HBc total isolado (0,9%), indicando infecção prévia curada e sem produção de imunidade e oito mostraram-se positivos para Anti-HBc total associado ao Anti-HBs (6,8%), indicando infecção curada com produção de imunidade. Observa-se que o valor encontrado em relação ao marcador de exposição (Anti-HBc) é maior que o da população brasileira em geral, o qual, segundo inquérito nacional, é de 7,4%, confirmando assim que esta população está mais exposta a tal contaminação. **CONCLUSÃO:** Os resultados encontrados apontam para a preocupação com a proteção específica da saúde do trabalhador. Evidencia a necessidade de educação em saúde, bem como aprimoramento das demais estratégias dos serviços públicos a fim de proteger a saúde dessa população.

INQUÉRITO DE SAÚDE OCUPACIONAL EM UMA EMPRESA DE CONSTRUÇÃO PESADA: DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA A ENFERMAGEM DO TRABALHO

Luciana Alves Silveira Monteiro, Pedro Sebastião de Oliveira Lazaroni, Alexandre Kaucher Darmstadter

Palavras-chave: Inquéritos Epidemiológicos, Saúde do Trabalhador, Trabalhadores, Enfermagem do Trabalho

Apresentação: Inquérito de Saúde Ocupacional constitui-se valioso instrumento de avaliação do perfil dos trabalhadores nas corporações, pois informações em saúde são fundamentais para planejamento, programação, monitoramento e gestão das intervenções em saúde, seja individual e/ou coletivamente. Ademais, inquéritos de saúde são importantes instrumentos de avaliação das políticas instituídas pela empresa, o grau de sucesso alcançado por tais propostas, bem como a identificação de possíveis grupos em risco e elaboração do panorama de saúde dos colaboradores. Finalmente, o levantamento de dados referentes ao estado de saúde dos funcionários de uma empresa de construção pesada é necessário para possibilitar a correlação entre agravos e problemas de saúde com as condições socioambientais e a percepção do estado de saúde pelos próprios indivíduos, com o intuito de prevenir iniquidades em saúde. Dessa forma, o presente estudo tem por objetivos: levantar o perfil de saúde dos trabalhadores de uma empresa de construção pesada; estruturar o perfil nosológico dos funcionários; subsidiar a elaboração de um programa de acompanhamento de saúde eficaz para as demandas evidenciadas no estudo, segundo a faixa etária, sexo, idade e ocupação. Desenvolvimento do trabalho Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado com 127 trabalhadores da sede de uma empresa de construção pesada, em Belo Horizonte/MG. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de um questionário estruturado com perguntas objetivas e de fácil entendimento, estas englobavam aspectos de saúde e doença; qualidade e hábitos de vida. A resposta ao questionário estava condicionada a

assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização do gestor da empresa em questão permitindo a coleta de dados. A metodologia estatística incluiu análise descritiva com verificação de associação entre variáveis categóricas através do teste qui-quadrado ao nível de significância de 0,05. **Resultados:** A população era composta por 34,6% de mulheres e 65,4% de homens. Os indivíduos do sexo masculino, em sua maioria, eram tabagistas e etilistas sociais, sendo esta diferença com significância estatística apenas em relação ao hábito de fumar (p-valor = 0,01). Da população entrevistada, 17 indivíduos auto referiram ser portadores de Hipertensão Arterial e 5 de Diabetes Mellitus. Ao serem indagados quanto à participação em grupos para discussão de assuntos de promoção à saúde e prevenção de agravos, 40,16% manifestaram interesse em participar. Finalmente, a maioria dos funcionários considerou o estado de saúde “muito boa” e “boa”. **Considerações finais:** O estudo não tem a pretensão de encerrar a discussão sobre as interações do Enfermeiro do Trabalho com a saúde do trabalhador no âmbito de prática e da assistência em enfermagem em uma empresa de construção civil pesada. Contudo, para efeito de conclusão desta investigação, destacam-se alguns aspectos de relevância que efetivamente constituem-se em referências explicativas que podem ser de grande importância e efetiva contribuição para a enfermagem em geral e, em especial, para a enfermagem do trabalho. A análise dos dados apresentou resultados que permitiram conhecer a situação de saúde dos funcionários, de modo a subsidiar políticas de saúde direcionadas ao perfil da população de trabalhadores, garantindo melhor qualidade de vida dos profissionais.

INTERVENÇÕES GERENCIAIS PARA DIMINUIÇÃO DA ROTATIVIDADE DE PROFISSIONAIS MÉDICOS

Luana Paula Santos de Lima, Elisandra Mata de Silva Leal, Gislene Cruz do Nascimento, Michele Clemente, Rogerio Forteza, Bruna Pedroso Canaver, Paulo Fernando Capucci

Palavras-chave: rotatividade, médicos, gestão em saúde

APRESENTAÇÃO: O modelo vigente de atenção à saúde tem o seu foco no cuidado sobre a família e a comunidade, sendo fortemente valorizado o vínculo entre os profissionais e a população. A rotatividade dos médicos está na contramão deste vínculo, evidenciando a necessidade de ações de incentivo para a permanência do profissional médico nos serviços. Diante da falta de profissionais médicos para atuação nas áreas periféricas de São Paulo, evidenciada pelos dados levantados pelo RH da Associação Saúde da Família (ASF) Coordenação Sul, foi criado o Grupo de Trabalho (GT) Equipe Mínima Assistencial e de Apoio, grupo esse que tem por missão pensar em estratégias para esse problema. A partir dos encontros desse grupo, da leitura de artigos científicos sobre o assunto e de levantamentos de dados com o setor de recursos humanos da ASF- Coordenação Sul, se iniciou a elaboração desse projeto. O projeto encontra-se na fase inicial, onde está sendo feita a sensibilização e orientação dos colaboradores para a importância e relevância desse projeto para a instituição. A fim de identificar a percepção dos gerentes e dos profissionais médicos os fatores que podem interferir na permanência destes profissionais. O objetivo da pesquisa é aumentar a captação e fixação do profissional médico e diminuir a reposição destes profissionais. Desenvolvimento do trabalho O presente estudo será caracterizado como uma pesquisa de

campo de natureza mista, ou seja, quantitativa e qualitativa. Serão entregues questionários para autopreenchimento, com questões abertas e fechadas para dois grupos de colaboradores. O primeiro para ser respondido pelos 60 gerentes das unidades de saúde da região de Capela do Socorro e Parelheiros, e o segundo para ser respondido pelos médicos das mesmas unidades de saúde. Realizaremos a análise dos dados nominais dos dois questionários e apresentaremos em forma de gráficos e tabelas. E as questões abertas serão analisadas através da análise de discurso. A partir dos dados obtidos, iremos propor ações para captação e permanência dos médicos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Trabalho em fase de implantação, ainda sem dados de resultados. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Verificaremos a possibilidade de execução das propostas com as áreas específicas, após a execução das propostas realizaremos o monitoramento das ações sugeridas através dos dados do RH e de pesquisas de melhoria da qualidade do ambiente de trabalho com os funcionários. Após um ano do início da execução das propostas, independente dos resultados será finalizado o primeiro ciclo de monitoramento pelo Grupo de Trabalho, no entanto manteremos ações de acompanhamento das intervenções junto com os gerentes das unidades e o setor do RH. Contudo espera-se que essa pesquisa crie instrumentos técnicos para intervenções gerenciais que facilitem a captação e fixação dos profissionais médicos.

INVESTIGAÇÃO DA MORTALIDADE POR CAUSAS INDETERMINADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO (HUCFF/UFRJ) COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO

Mariana Araujo Neves Lima, Marcella Martins Alves Teofilo, Antonio José Leal Costa, Maria Stella do Castro Lobo

Palavras-chave: causas de morte, hospital universitário, gestão

INTRODUÇÃO: Informações sobre mortalidade são utilizadas em estudos epidemiológicos, planejamento e avaliação de serviços de saúde, pois permitem calcular indicadores de saúde das populações. No entanto, o seu registro pode apresentar erros relacionados às causas de morte. No estado do Rio de Janeiro (ERJ) o maior número de óbitos ocorre na rede hospitalar. **OBJETIVO:** Analisar a ocorrência de óbitos por causas indeterminadas (CI) no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ) e sua associação com os postos de internação onde o paciente faleceu. **MÉTODOS:** Estudo de registros de óbitos de base hospitalar. A fonte de dados foi o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/DATASUS) e o banco de dados do Serviço de Vigilância da Mortalidade do HUCFF/UFRJ. Foram selecionados os óbitos de residentes no ERJ ocorridos no HUCFF entre 2006 e 2012. Para análise dos dados foi utilizado o software Stata 12. O desfecho foi o óbito por CI, de acordo com a classificação de Naghavi et al (2010). A medida de associação calculada foi o odds ratio (OR) de óbitos por CI segundo os postos de internação [Clínica Médica (CM), Clínica Cirúrgica (CC), CTI e Emergência (EM)]. A significância estatística, baseada no teste do qui-quadrado, foi estabelecida no nível de 5% (p, 0,05). **RESULTADOS:** No período estudado foram encontrados 4.426 óbitos, sendo 673 (15,21%) por causas indeterminadas. Pouco mais da metade (51,2%) eram do sexo masculino, aproximadamente 45% encontravam-se na faixa de idade de 60 a 79 anos e 56,2% eram da raça/cor branca. Os resultados que apresentaram associação foram: A categoria sexo feminino (OR=1,14); a faixa etária 90 e mais anos (OR=1,97), sendo observado acréscimo ao longo do aumento das faixas etárias, a cor preta para a variável

raça e cor da pele (OR=1,22), solteiro para a variável estado civil (OR=1,16), nenhuma escolaridade (OR=1,63), o ano de ocorrência 2011 (OR=1,44) e o mês de março (OR=1,50). Quanto aos postos de internação, 44,7% dos pacientes estavam internados em CM, 7,9% em CC, 20,4% em CTI e 27,0% em EM. Com relação à mortalidade proporcional por causas indeterminadas segundo categorias do posto de internação, verificou-se maior proporção de causas bem definidas vs. indeterminadas para todas as categorias (CM: 88,8% vs. 11,2%; CC: 86,1% vs. 13,9%; CTI: 88,9% vs. 11,1%; EM: 86,5% vs. 13,5%). Em relação à CM, as chances de certificação de causas indeterminadas foram mais elevadas entre os óbitos ocorridos na CC (OR=1,37; p=0,07) e na EM (OR=1,29; p=0,02), e discretamente inferiores no CTI (OR=0,97; p=0,86). **CONCLUSÃO:** O presente tema em questão se constitui como um importante instrumento de gestão hospitalar, pois possibilita a construção de indicadores mais fidedignos, auxilia o processo de planejamento e colabora para novas práticas de saúde. A partir disso, podem-se desenvolver medidas voltadas para a melhoria do preenchimento da declaração dos óbitos ocorridos na emergência, como parte da educação continuada dos médicos do hospital.

LEVANTAMENTO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO REALIZADO SOB ANESTESIA GERAL EM PACIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE BELO HORIZONTE, MG

Maria Beatriz Pires de Magalhães, Helém Sueli Dias Figueiredo, Efigênia Ferreira e Ferreira, Renata de Castro Martins

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Atenção primária à saúde, Atenção secundária à saúde

O tratamento odontológico sob anestesia geral muitas vezes faz-se necessário em pacientes com necessidades especiais. O objetivo deste estudo foi verificar se pacientes com necessidades especiais agendados para o atendimento odontológico sob anestesia geral na Unidade de Referência Secundária foram atendidos e contrarreferenciados para a continuação do cuidado na atenção primária. Este levantamento foi realizado no Centro de Especialidades Odontológicas Centro-Sul (CEO-CS) de Belo Horizonte, MG, onde os familiares/cuidadores de 64 pacientes com necessidades especiais agendados para o tratamento odontológico sob anestesia geral, no período de setembro de 2013 a maio de 2014, foram contactados por telefone. Documentos existentes no CEO-CS forneceram dados como nome do paciente, telefone e data de marcação do atendimento odontológico a ser realizado na Unidade de Referência Secundária Sagrada Família (URS Sagrada Família) de Belo Horizonte. Foram realizadas duas tentativas de contato telefônico em horários distintos, onde esperava-se, no mínimo, cinco chamadas para considerar o telefonema não atendido. Familiares/cuidadores de 10 pacientes com necessidades especiais (15,62%) não foram contactados por telefone nas duas tentativas realizadas. O número de telefone de um paciente estava errado (1,56%). Sete pacientes (10,93%) não foram atendidos e aguardavam nova marcação, segundo relato dos familiares/cuidadores. Duas pessoas (3,12%) que atenderam ao telefonema não souberam informar se o paciente já havia sido atendido e contrarreferenciado para a atenção primária. Dos 64 pacientes com necessidades especiais agendados para o atendimento odontológico sob anestesia geral na URS Sagrada Família, 44 (68,75%) já haviam sido atendidos. Destes, 19 (43,18%) receberam a guia de contrarreferência para atenção primária, mas os familiares/

cuidadores relataram não saber o que fazer com elas, e três (6,81%) aguardavam nova marcação. A maioria dos pacientes com necessidades especiais agendados para o tratamento odontológico sob anestesia geral, cujos familiares/cuidadores foram contactados por telefone, foi atendida, mas menos da metade foi contrarreferenciada. É necessário aprimorar a interface de referência e contrarreferência do serviço, bem como, orientar os familiares/cuidadores de pacientes com necessidades especiais sobre a importância de se continuar o cuidado com a saúde na atenção primária.

LIMITES INSCRITOS NA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS: A ÓTICA DOS GESTORES DE UMA MICRORREGIÃO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Deise Moura de Oliveira, Vanessa de Souza Amaral, Adélia Contiliano Expedito, Ariana Colombari de Godoi Floresta, Amanda Medeiros Rodrigues, Ramon Augusto Ferreira de Souza, Tiago Ricardo Moreira

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Gestão em Saúde, Pesquisa Qualitativa

INTRODUÇÃO: o Sistema Único de Saúde (SUS) traz como um dos seus princípios organizativos a descentralização, que tem como objetivo a distribuição de responsabilidades entre União, Estado e município. Tal princípio traz um avanço, pautado na autonomia político-administrativa e financeira na gestão e na flexibilidade dos municípios, respeitando as realidades locais. A municipalização sinaliza também grandes desafios, repercutindo comumente em contradições no próprio sistema, as quais têm desenhado diferentes faces do SUS em todo o território nacional. Desse modo, o objetivo do presente estudo foi compreender os desafios concernentes à gestão municipal do SUS,

sob a perspectiva dos gestores de uma microrregião de saúde de Minas Gerais. MÉTODO: pesquisa qualitativa, cujos participantes foram os gestores municipais de saúde de uma microrregião de Minas Gerais. A coleta de dados se deu nos meses de agosto e setembro de 2015, por meio de um roteiro de entrevista com questões abertas, realizada individualmente com cada secretário de saúde. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin e em consonância com a literatura pertinente à temática. O projeto o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, inscrito sob o Parecer nº 1.147.443, de 08 de julho de 2015. RESULTADOS: os gestores afirmam que um dos maiores desafios enfrentados na gestão da saúde refere-se ao subfinanciamento do sistema. Apontam nesta direção à dificuldade que vivenciam com o repasse de recursos previstos pela União e Estado, que comumente ficam aquém do preconizado, exigindo que o município assuma compromissos financeiros que não tem condições de assumir. Somado a isso apontam a morosidade e a burocracia do sistema como um desafio para a gestão, dificultando a implementação de projetos em tempo hábil, o que inviabiliza muitas vezes que ações planejadas se concretizem no momento necessário. A questão da gestão de pessoas também foi mencionada como uma limitação importante, caracterizada em especial pela fragilização do vínculo e pela ausência de perfil/competência do profissional para atuar no contexto do SUS, com destaque para os médicos alocados na Estratégia Saúde da Família. CONSIDERAÇÕES FINAIS: os achados desta pesquisa remetem reflexões importantes, ao abordar os limites vivenciados pela gestão municipal do SUS. Apesar destes compreende-se o que o subfinanciamento na saúde tem recaído de maneira mais

expressiva sob esta instância de gestão e que o modelo organizacional do sistema, no que tange aos projetos e ações programáticas, configura-se como um impasse importante para o atendimento das necessidades da população no tempo oportuno. Finalmente pontua-se a fragilização do vínculo e do perfil do profissional de saúde para o contexto do SUS, remetendo a necessidade premente de despreciação do trabalho e da educação continuada e permanente junto aos trabalhadores do sistema de saúde.

LINHAS DE CUIDADO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA E ESTRATÉGIAS PARA TODAS AS IDADES EM BUSCA DA INTEGRALIDADE

Marilia Cristina Prado Louvison, Tereza Etsuko Rosa, Alexandre Kalache

Palavras-chave: envelhecimento ativo, linhas de cuidado, saúde do idoso, políticas públicas intersectoriais

O processo de envelhecimento populacional atinge todo o mundo como uma verdadeira revolução, com importantes desafios para a política, planejamento e gestão dos sistemas e serviços de saúde que precisam transformar suas práticas. No Brasil, esse processo ocorre de maneira acelerada e com grande intensidade, promovendo uma busca pelas melhores opções de organização da sociedade e dos governos para que se antecipem as respostas necessárias. As dimensões das políticas intersectoriais para municípios para todas as idades da OMS consideram intervenções no ambiente físico, transporte, moradia, oportunidades para participação, respeito e inclusão social, comunicação e informação, oportunidades para aprender, apoio e cuidado, e proteção e segurança. As linhas de cuidado intersectoriais em redes de

atenção e projetos de cidades, atenção básica e hospitais amigos do idoso têm sido construídos no sentido de enfrentar a fragmentação do cuidado e são induzidas pela Política de envelhecimento ativo da OMS e pela Política de Saúde da Pessoa Idosa do SUS. O presente estudo integra a pesquisa “Política de envelhecimento ativo e estratégias amigas do idoso: um caminho necessário e possível para a gestão de sistemas e serviços de saúde” do edital universal/CNPQ, no sentido de analisar a produção de novos arranjos da atenção à saúde da pessoa idosa em cidades e hospitais do Estado de São Paulo. Nesse sentido, inicialmente analisou-se os itens prioritários das políticas estudadas e os de certificação dos selos amigos do idoso do Estado de São Paulo que mais impactam na transformação das práticas e em diretrizes para a construção de linhas de cuidado de atenção ao idoso. Observou-se que são recomendadas ações no sentido da acessibilidade e comunicação, além da gestão do cuidado para todos os serviços. A importância de constituir ações de acolhimento e classificação de risco, vulnerabilidade e fragilidade, por meio da implantação de avaliações multidimensionais nos serviços é ressaltada, no sentido de constituir as linhas de cuidado e caminhos para a integralidade. Equipes gerontológicas de referência matriciais em apoio à atenção básica e aos hospitais são recomendadas. A implantação de ações de promoção da saúde e cuidados das condições crônicas com foco na participação e na implantação de programas de prevenção de quedas nos serviços e nas cidades aparece como principal padrão intersetorial a ser observado no sentido do envelhecimento ativo. O Acidente Vascular Cerebral e a Fratura de Fêmur são considerados importantes agravos que demandam cuidados crônicos e indicam necessidade da organização de linhas de cuidado comunitárias, hospitalares e

intersetoriais. O enfoque no idoso com dependência cognitiva indica a demência e depressão como importantes linhas de cuidado, assim como a dependência física de alta demanda como a imobilidade, que pressupõe inovação na organização dos serviços como pontos de atenção da linha de cuidados de longa duração. Considerando a promoção, as doenças crônicas, as incapacidades e a violência ao idoso, as linhas de cuidado precisam ser necessariamente intersetoriais e construir respostas para as ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos no sentido de promover integralidade e envelhecimento ativo.

MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE NA REGIÃO NORTE DO PARANÁ: ADESÃO AO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

Fernanda de Freitas Mendonça, Carlos Takeu Okamura, Luis Fernando Abucarub de Mattos, Emmeline Bernardes Duarte de Oliveira, Brigida Gimenez Carvalho

A lei número 12.871 de 2013 que instituiu Programa Mais Médicos (PMM) contempla três eixos principais: elaboração de um novo currículo de medicina com foco na Atenção Básica, expansão do número de vagas em graduação e residência médica e a contratação emergencial de médicos, a qual é foco do presente estudo. Os municípios de pequeno porte são em sua maioria, locais cujas condições favorecem a implantação do programa, visto que, possuem dificuldade de fixar o profissional médico e em outras situações são localizadas regiões de baixa acessibilidade. Diante disso, investigar como se deu a adesão ao PMM em municípios de pequeno porte é fundamental para verificar em que medida o programa tem alcançado os resultados esperados. Trata-se de um estudo quantitativo que utilizou

dados secundários. Para as informações relativas ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) foi utilizado o portal da Secretaria Estadual de Saúde Indígena (SESI) do Ministério da Saúde. Para a obtenção de número populacional e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foi utilizado o portal do Instituto de Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados relativos ao número de médicos que fazem parte do programa, bem como a adesão foram obtidas pelo portal do Mais Médicos. Os dados relativos as adesões ao PROVAB também foram obtidas pelo portal do PROVAB do ministério da saúde. Os resultados foram tabulados no programa EpiInfo versão 3.5.2 para Windows. Observou-se que do total de municípios 75,6 % aderiram ao PMM. Também, foi analisado a quantidade mínima e máxima de médicos atuantes pelo PMM que variou de 1 a 4 médicos por município, sendo que na maioria dos municípios, 59,8%, participam do programa 1 médico e 2,4% dos municípios receberam 4 médicos. O Governo Federal priorizou os municípios que se adequam a alguns critérios específicos para a adesão do PMM. Os critérios são: IDHM (Índice de desenvolvimento humano municipal) baixo ou muito baixo, municípios que aderiram ao PROVAB (Programa de valorização da atenção básica), municípios que são do DSEI (Distritos sanitários especiais indígenas). Dos municípios analisados, nenhum deles possuía o IDHM baixo ou muito baixo, apenas médio e alto, contudo os municípios de IDHM médio foram os que mais aderiram ao PMM (58,1%). Do total dos municípios analisados 77% não aderiram ao PROVAB, no entanto, dos 23% que aderiram ao PROVAB, 100% aderiram ao PMM. Quanto ao DSEI, apenas 5 faziam parte do distrito e 100% deles também aderiram ao PMM. Em relação a população, os municípios que possuíam população entre dez mil habitantes e vinte mil foram os que mais aderiram ao PMM, por outro lado os municípios com

população de até cinco mil foram os que menos aderiram. O estudo revelou que foi alta a adesão ao PMM e que dos municípios que possuíam critérios para se inscreverem ao PMM, todos fizeram a adesão e foram contemplados com profissionais.

NOVOS MODELOS DE GESTÃO: A EBSERH EM QUESTÃO

Andressa Carine Kretschmer, Carolina Von Muhlen

Palavras-chave: Autarquia, Sistema Único de Saúde, Hospitais Universitários

Apresentação: Em 2011 o Ministério da Saúde colocou em vigor a criação da autarquia EBSERH-Empresa Brasileira de Recursos Hospitalares, uma empresa pública de direito privado com a finalidade de gerir os HU-Hospitais Universitários Federais, sob o meio de confronto de ideias por parte de trabalhadores da saúde e estudantes universitários quanto à adesão do projeto, na atualidade grande parte dos Hospitais Federais é gerenciado por este modelo. A decisão quanto à adesão ou não da gestão fora realizada via Conselhos Universitários das Universidades públicas federais, que possuem em seu seio um HU. Embora se tenha conhecimento de que para a aprovação de tal medida, muitas das camadas da sociedade foram excluídas da decisão, a medida fora implantada, e hoje a autarquia realiza a gestão da maioria dos hospitais-escola federais. Desenvolvimento do trabalho: Esclarecer as relações e as atribuições de uma autarquia frente à administração pública, tratar dos prós e contras da adesão da medida em relação ao Sistema Único de Saúde. Trata-se de uma pesquisa de levantamento bibliográfico da qual se utilizou pesquisa documental e leitura da bibliografia. Resultados e Discussão: A EBSERH é uma empresa estatal, controlada em 100% pela União,

a mesma não emite ações e atua somente nos hospitais públicos de atendimento gratuito. Para tanto referir-se à mesma como privatização dos HU's é errôneo. Para Cislighi, (2011) a implantação da EBSERH poderia comprometer a autonomia da universidade quanto ao ensino, pesquisa de extensão, e da possibilidade de favorecimento do ensino privado, uma vez que admite o lucro da concessão de suas atividades. Nesta empresa, o regime de trabalho se atribui pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), que não garante estabilidade, (BRASIL, 2011). A centralização da gestão da saúde apenas na autarquia fere o princípio da descentralização preconizado pela Constituição, de maneira que a autonomia frente às ações de saúde será mais limitada, assim como a participação do cidadão frente à tomada de decisão, (ALBUQUERQUE.G.O; GUEDES, 2013). Não há mecanismos democráticos de gestão, e eleição de gestores, assim como conselhos paritários dos quais são preconizados pela legislação do SUS, o que seria o calcanhar de Aquiles no sentido de que os governos são transitórios. É pequena a parcela de representantes do povo para suas deliberações, o conselho consultivo prevê a participação de apenas um integrante dos usuários do hospital sendo este indicado pelo Conselho Nacional de Saúde. O conselho fiscal não prevê a participação popular. A empresa poderá captar recursos referentes à mercantilização da pesquisa, ensino, extensão, planos de saúde referentes a acordos com convênios, com a finalidade de aumentar o seu patrimônio, (SANT' HELENA; DOS PASSOS; COSTA; KRÜGER, 2013). Considerações Finais: O que ocorre é o receio de que o público não se torne voltado para o público, e que os recursos se mercantilizem, embora sendo realizada a gestão coerente dos recursos, os hospitais poderão reinvestir o seu capital em tecnologia e melhoria dos serviços prestados.

O DESAFIO DE AVALIAR O CUIDADO EM SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL

Márcia Fernanda de Mélo Mendes, Cristianne Maria Fammer Rocha

Palavras-chave: cuidado em saúde, avaliação de serviços, saúde mental

Este trabalho é parte de uma pesquisa de mestrado, que teve por objetivo analisar o desafio de avaliar o cuidado em serviços de saúde mental. No contexto brasileiro ainda vive-se um disputa na lógica de cuidado em saúde mental, embora se tenha uma legislação que deveria garantir a Reforma Psiquiátrica. Além desse cenário, verifica-se a escassez de dados e informações que possam ser indicadores comparativos entre diferentes dispositivos de atenção. Sendo assim, foi realizada uma pesquisa documental a respeito discursos de como a avaliação vem se constituindo na área da Saúde Mental no Brasil e no mundo. No Brasil, desde 2005 há a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, onde o Ministério da Saúde coloca-se como indutor do exercício de avaliação nos serviços de saúde. Na área da Saúde Mental, quando se pensa em números, indicadores, dados de qualidade do cuidado, poucas são as referências, não encontrei um consenso pelos pesquisadores e trabalhadores da área em relação a indicadores de qualidade de serviços de Saúde Mental. O que se encontrou nas produções acadêmicas são diferentes maneiras de avaliar os serviços e cada pesquisa utiliza indicadores, metodologias e públicos diversos. Já no material de divulgação nacional, o que encontramos são taxas de cobertura e valor de investimento financeiro. No ano de 2013 foi proposta pela Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde a aplicação do QualityRights no Brasil. Em 2015, o instrumento já havia sido traduzido e estava

em fase de aplicação do projeto piloto. Na perspectiva mundial, a OMS tem um Plano de Ação com metas para serem alcançadas até 2020, outra estratégia da OMS é a aplicação do QualityRights para avaliar e qualificar a atenção em Saúde Mental nos países colaboradores, no entanto, não encontrei dados e informações dos resultados nos países que já aplicaram o instrumento. A partir desta pesquisa pode-se perceber que a avaliação de serviços de saúde visa qualificar a atenção, no entanto, ela pode ser apenas uma forma de protocolar os procedimentos, pouco ou nada informando sobre a realidade dos serviços e muito mesmo dos sujeitos. A OMS tem uma série de documentos como o Atlas de Saúde Mental e o Plano de Ação 2013-2020, porém não é uma informação difundida no Brasil, suponho que parte da pouca difusão, no Brasil, seja por que muitos destes documentos estarem disponíveis somente em inglês. Portanto, a institucionalização da avaliação com questionários e indicadores, que sejam aplicados em diferentes serviços, demonstra ter pouca capacidade de registrar as potências e fragilidades dos serviços no Brasil.

O DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS DE GESTÃO DO TRABALHO NAS SECRETARIAS DE SAÚDE DA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL

Ingrid Beatriz da Silva, Janete Lima de Castro

Palavras-chave: Estratégias de Gestão do Trabalho, Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Recursos Humanos em Saúde

APRESENTAÇÃO: Com o avanço das novas tecnologias, estabeleceu-se um novo cenário global que influencia diretamente a organização dos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, percebe-se uma exigência de

adequações das práticas existentes para lidar com as incertezas das transformações e com as novas necessidades que surgem na sociedade. Um dos grandes desafios do SUS é criar estratégias eficazes para a superação de seus problemas, respondendo às necessidades da população, buscando construir formas de gerenciar que tornem o sistema mais integrado e eficaz. Sendo assim, constata-se um quadro desafiador para a área de Gestão do Trabalho que assume papel estratégico, considerando sua atuação nas políticas de valorização do trabalho e do trabalhador. Objetivo: O objetivo deste trabalho é mapear o desenvolvimento de estratégias de Gestão do Trabalho nas instituições públicas municipais e estaduais de saúde da região Centro-Oeste do Brasil. Metodologia: Trata-se de um estudo exploratório e descritivo sobre as estruturas de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das secretarias municipais e estaduais de saúde da região Centro-Oeste do Brasil. Os dados foram coletados por meio de um roteiro de observação aplicado aos alunos do Curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – modalidade EaD, desenvolvido pelo Observatório RH da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, em parceria com o Ministério da Saúde. O roteiro foi aplicado através da plataforma virtual de aprendizagem do curso e continha questões abertas e fechadas sobre as estruturas dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Os dados deste estudo foram analisados através da estatística descritiva. RESULTADOS: Foram observadas as estruturas de Gestão do Trabalho de 90 instituições de saúde da região Centro-Oeste do Brasil, sendo 04 instituições no nível estadual e 86 no nível municipal. Foi constatado que 47,77% destas instituições desenvolvem Avaliação de Desempenho, 28,88% administram Plano de Cargos, Carreiras e Salários e apenas 16,66%

possuem Mesa de Negociação. Nota-se que há práticas que se destacam com um elevado índice de desenvolvimento, como a Avaliação de Desempenho. Entretanto, há estratégias de gestão que são pouco utilizadas, como a Mesa de Negociação que, apesar de sua importância para a democratização das relações de trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde, ainda é pouco desenvolvida. Observou-se também que 50% das instituições estudadas gerenciam sistemas de informação em Recursos Humanos e que 52,22% delas têm cadastro digital de seus colaboradores. Esses dados demonstram uma incorporação das Novas Tecnologias de Informação e Comunicação nas instituições públicas de saúde, visando melhorar o gerenciamento da força de trabalho através da utilização da informação. **CONSIDERAÇÕES:** Ressalta-se a importância da utilização de estratégias de gestão como a Avaliação Desempenho e a Mesa de Negociação, aliadas ao uso de sistemas de informação em Recursos Humanos. Defende-se que o uso associado desses três mecanismos de gestão fortalecerá as políticas de valorização trabalhador do SUS e, seguramente, proporcionará melhorias expressivas no gerenciamento dos processos de trabalho.

O FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE PELA PERSPECTIVA DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS

Adriana Roese, Natanielle Almada Tomasi Antunes, Vilma Constancia Fioravante dos Santos

Palavras-chave: Financiamento, Saúde Pública

APRESENTAÇÃO: O tema do financiamento no Sistema Único de Saúde (SUS) é altamente complexo, especialmente quando as realidades municipais estão em

análise. A Lei Complementar nº 141/2012 estabelece de forma clara o rateio dos recursos entre os Municípios, Estados e União. Segundo esta Lei, pressupõe-se que, a normatividade inspira que os recursos voltados para saúde sejam bem distribuídos e que haja solidariedade entre os entes federados, especialmente no que concerne os recursos financeiros em saúde. **OBJETIVOS:** Analisar algumas fragilidades apresentadas pelos sistemas municipais de saúde em relação ao financiamento das ações em saúde sob a égide dos Municípios. **METODOLOGIA:** Os dados apresentados são proveniente de uma pesquisa em andamento sobre o Planejamento Regional em Saúde voltado para a implementação das Regiões em Saúde do Rio Grande do Sul, in loco Região 10, financiada pela FAPERGS. Foram entrevistados os Secretários Municipais de Saúde e, naqueles em que esta ocupação estava bem definida, os responsáveis pelo Planejamento Municipal em Saúde. Todos os envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, passando pelo processamento dos dados no Programa NVivo sob a perspectiva de análise temática de Minayo. **RESULTADOS:** Segundo o relato dos entrevistados, a dificuldade de responsabilizar os entes federados pela contrapartida em relação aos recursos tem implicações diretas na resolutividade dos serviços ofertados pelos Municípios. Os Municípios arcam com a maior proporção do financiamento das ações que oferecem e, a depender da densidade populacional, são os responsáveis pela oferta de atendimento de baixa e média complexidade, entretanto recebem como contrapartida do Estado e da União para manter serviços de baixa complexidade, onerando de maneira desigual os Municípios. Uma alternativa encontrada pelos municípios, no sentido de obter maiores recursos financeiros, é a

adesão a diferentes Políticas e Programas que ofereçam como contrapartida algum tipo de financiamento. Por outro lado, veem-se desamparados quando se trata da manutenção das atividades, recursos físicos e folha de pagamento dos profissionais. Os resultados empíricos apontam que é de conhecimento dos gestores que as pessoas, em função de suas necessidades precisam se deslocar para outros municípios buscando, muitas vezes, atendimentos específicos que não recebem em seus de moradia. Isto gera preocupação entre aqueles que têm a obrigação de financiar serviços de média complexidade, tendo em vista que, os recursos que possuem são calculados de acordo com sua população e no momento em que tem que atender a população de outros Municípios eles não recebem contrapartida para manter estes serviços. Ainda que haja gestores que aceitem abrir as portas para usuários de outros municípios e respondem com solidariedade a sua região, eles se questionam como vão responder as demandas de outras cidades, se não há recursos suficientes para seus municípios. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Ao analisar as realidades municipais deixa-se como questões propositoras de debate: a capacidade das Políticas Públicas em Saúde em atender as necessidades da população advém da forma como o gestor administra os recursos ou resulta do financiamento que se tem para colocá-las em prática?

O PMAQ/2012 E OS PROFISSIONAIS TÉCNICOS DE NÍVEL MÉDIO DO SUS: MATO GROSSO DO SUL E REGIÃO CENTRO OESTE EM FOCO

Silvia Helena Mendonça de Moraes, Karine Cavalcante da Costa, Albert Schiaveto de Souza

Palavras-chave: PMAQ, Técnicos de nível médio,

Com o objetivo de ampliar com qualidade o acesso e melhorar os processos de trabalho das equipes de saúde da Atenção Básica foi instituído, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) em 2011. O objetivo deste relato é apresentar os resultados do 1º ciclo do PMAQ, que ocorreram em 2012, relacionado à formação das equipes de saúde, focando os profissionais técnicos de nível médio. Optamos por fazer uma análise de todo o estado de Mato Grosso do Sul (MS) pelo baixo número de equipes que fizeram a adesão e comparamos o estado de MS com a região Centro Oeste (COE), composta pelos estados de Mato Grosso, Goiás e o Distrito Federal, para estabelecer um parâmetro quanto aos pontos frágeis e fortes. A avaliação da associação entre as variáveis avaliadas neste estudo e o local (MS e COE), foi realizada por meio do teste do qui-quadrado. O mesmo teste foi utilizado na comparação de proporções, duas a duas, entre os locais, considerando a correção de Bonferroni nestas comparações. Em MS, 184 equipes de saúde participaram desse 1º ciclo do PMAQ e no COE foram 925 equipes. Os resultados demonstram que, proporcionalmente, MS apresentou um percentual maior de equipes com saúde bucal (99,5%) em relação ao COE (76,0%). Há diferença significativa entre MS e COE no percentual de auxiliares de saúde bucal: para MS, o percentual é maior (79,2%) em relação ao COE (59,0%). Outra diferença significativa é o percentual de técnicos em enfermagem que é maior no COE, com 85,3% enquanto MS apresentou um percentual de 69,6%. Já em relação ao auxiliar de enfermagem, MS apresenta um maior percentual (45,7%) em detrimento ao COE (29,6%). Das equipes participantes, o percentual de técnicos em saúde bucal e agentes comunitários de saúde não apresentou diferenças significativas entre MS e COE. Com esses resultados verificamos

que em MS as equipes de Saúde da Família estão mais completas, pois inclui as equipes de saúde bucal, o que é preconizado na Atenção Básica. No COE há um percentual importante no quantitativo de técnicos (principalmente na enfermagem), enquanto que em MS esse percentual maior é de auxiliar (tanto de enfermagem quando de saúde bucal). Entendemos que MS precisa avançar na ampliação da quantidade de profissionais técnicos de nível médio, de modo a promover a profissionalização do serviço e garantir a qualidade no cuidado.

O PROGRAMA MAIS MÉDICOS E O ACESSO A ATENÇÃO BÁSICA NA BAHIA

João Paulo Almeida Brito da Silva

Palavras-chave: Atenção básica, Mais Médicos, Acesso

INTRODUÇÃO: Este trabalho tem o intuito de fazer uma breve análise da contribuição do Programa Mais Médicos para o Brasil na evolução da Atenção Básica do estado da Bahia. A Atenção Básica tem a tarefa de orientar o modelo de atenção à Saúde, ofertando ações e serviços organizados em rede, sendo a porta de entrada preferencial para toda a rede de atenção. A insuficiência de profissionais médicos é um dos principais desafios enfrentados para a expansão da cobertura da Atenção Básica. **OBJETIVOS:** O objetivo deste estudo é analisar a contribuição do Programa Mais Médicos para o Brasil na ampliação da cobertura de Saúde da Família e a ampliação do acesso a Atenção Básica no estado da Bahia. Foi realizada uma análise sistemática dos dados do Programa Mais Médicos e da Atenção Básica no estado da Bahia. **RESULTADOS ALCANÇADOS:** O estado da Bahia apresenta, segundo o IBGE, a população de 2012 é de 13.458.616 de habitantes em 417 municípios. Tais municípios foram

caracterizados em cinco perfis segundo o Programa: Capital, Região Metropolitana, G 100, 20% de extrema Pobreza e Demais municípios. Destes 389 aderiram ao Programa através de editais específicos o que representa 93,3% dos municípios do estado. Anteriormente ao lançamento do programa o estado apresentava 2.955 Equipes de Saúde da Família cadastradas, o que apresentava cobertura de 64,23 % da população. Em julho de 2015 o estado da Bahia tinha 3.321 Equipes de Saúde da Família cadastradas, elevando a cobertura para 70,81%, destas equipes, 1489 (44,8%), são compostas por profissionais do Programa. Após dois anos do Programa foram lotados 1.622 profissionais médicos nos 389 municípios aderidos promovendo acesso a aproximadamente 41% da população baiana. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Identifica-se que com a implementação do Programa Mais Médicos a Atenção Básica baiana apresentou acentuado crescimento em cobertura e grande ampliação do acesso a população. Considerando o percentual significativo de profissionais do programa atuando na Atenção Básica no estado, destaca-se o grande potencial de reorganização do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, bem como a possibilidade de promover mudanças de práticas na atenção básica principalmente pelo intercâmbio educacional pelo grande número de profissionais com formação no exterior. Neste sentido, o Programa Mais Médicos apresenta grande contribuição na consolidação do Sistema Único de Saúde do estado da Bahia.

O PROGRAMA MAIS MÉDICOS PELA RETÓRICA DA INTRANSIGÊNCIA

Rodrigo Silvério de Oliveira Santos

Palavras-chave: Mais Médicos, Comunicação, Saúde, Formação, Discurso

O estudo faz uso da obra A Retórica da Intransigência do autor Albert Hirschman, que diz respeito à identificação de elementos de intransigência no discurso conservador sobre grandes acontecimentos de ordem social, política e econômica. O objetivo do estudo foi utilizar a obra de Hirschman para verificar a aplicabilidade de suas teses no discurso dos médicos brasileiros à cerca do Programa Mais Médicos. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo. Os dados da pesquisa foram colhidos do jornal impresso de maior circulação no Brasil. Os discursos coletados foram classificados, tabulados e analisados de acordo com a tese à que correspondiam. Constatou-se que há conveniência entre teses de Hirschman e o discurso dos médicos brasileiros, que se revelou conservador e reativo em relação ao programa Mais Médico. A pesquisa abriu precedentes para a utilização de ferramentas interdisciplinares para analisar situações que digam respeito ao campo da saúde coletiva no país.

O RECONHECIMENTO NO TRABALHO: REFLEXÃO SOBRE A PSICODINÂMICA DO RECONHECIMENTO

Ana Paula de Moraes, Maisson da Silva Berg, Jorge Souza da Cruz

APRESENTAÇÃO: O teórico Cristophe Dejours desenvolve em suas obras que o modo organizacional do trabalho está diretamente relacionado às doenças psíquicas dos trabalhadores, tendo como consequência a diminuição da produtividade laboral. Com isso objetivou-se fazer uma breve reflexão sobre o reconhecimento no trabalho e sua importância na contribuição para a prevenção da saúde mental dos indivíduos. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Através de uma breve reflexão crítica acordada na teoria da psicodinâmica do reconhecimento de Cristophe Dejours, no qual desenvolve em

sua obra que o reconhecimento possibilita que o sofrimento vivenciado no trabalho seja transformado em prazer e realização, prevenindo assim inúmeras manifestações psicopatológicas. **RESULTADOS:** Entendeu-se que na contemporaneidade da organização do trabalho onde os gestores têm a produção e o lucro como suas principais metas, intensificadas pelo capitalismo em sua forma atual, deixando de lado a saúde e o bem-estar psíquico de seus trabalhadores. A psicodinâmica do reconhecimento pode contribuir para a prevenção desses agravos, com o reconhecimento da subjetividade do sujeito bem como a valorização das características inerente do trabalho imaterial, ou o real de seu trabalho, resultando no melhor desenvolvimento da qualidade de sua atividade laboral, assim desempenhando um papel fundamental para a possibilidade de transformar o sofrimento em prazer. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Com isso temos como sugestão de intervenção um maior investimento em propostas de reconhecimento no trabalho, bem como criação de espaços de fala e escuta no ambiente laboral, possibilitando que o trabalhador desenvolva a sua capacidade de se expressar perante situações que podem lhe trazer sofrimento e abrindo um espaço para a contribuição nas melhorias do processo de trabalho, valorizando e reconhecendo cada indivíduo em suas particularidades e diferenças, contribuindo de maneira efetiva no bem-estar físico e psíquico do trabalhador refletindo na qualidade de seu trabalho.

O SOFRIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE NO ÂMBITO HOSPITALAR

Jaqueline Silva Gonçalves, Luiz Carlos Brant

Palavras-chave: Sofrimento psíquico, Doença mental, Saúde do trabalhador, Atenção hospitalar, Atenção psicossocial

Ao escolher a profissão que deseja seguir o indivíduo está determinando o modo como viverá em grande parte do seu dia. O sofrimento vivenciado por alguns trabalhadores pode ser decorrente da incompatibilidade entre a história individual do sujeito, perpassada por sonhos, desejos, necessidades, projetos, esperanças, e uma organização de trabalho que não considera o indivíduo na sua totalidade. Nesses casos, o sofrimento é desencadeado quando o homem se percebe impossibilitado de empreender modificações no ambiente, ou na atividade que realiza, tendo em vista torná-la mais adequada às suas necessidades fisiológicas e a seus desejos. Conforme os achados dessa investigação a ênfase recai sobre as condições de trabalho e adoecimento dos profissionais da saúde haja vista o convívio em um ambiente conturbado, turnos desgastantes, ritmos excessivos de trabalho, acrescidos do fato de terem que lidar com a vida e a morte, com as debilidades físicas e psíquicas. Diante disso, o presente estudo objetivou conhecer a produção científica nacional sobre o sofrimento dos trabalhadores de saúde no âmbito hospitalar, identificando os principais fatores que desencadearão esses sofrimentos e analisando as estratégias desenvolvidas para enfrentá-los. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa do tema realizada através de revisão da literatura nacional sobre o sofrimento psíquico dos profissionais da saúde no contexto brasileiro. Verificou-se a grande carga de trabalho, associada às condições de infraestrutura insatisfatórias e à grande demanda por recursos físicos e psicológicos dos profissionais são os principais fatores determinam o sofrimento dos trabalhadores no exercício profissional. Considerou-se que os sofrimentos vivenciados pelos profissionais que atuam no âmbito hospitalar configuram-se como um fator que remete a preocupação em

relação às condições de trabalho e ao atendimento realizado, evidenciando que, todos os profissionais são seres humanos que apresentam limitações. e como tais, necessitam ter condições dignas de desenvolvimento de suas atividades, Sendo assim, é necessário que tanto os profissionais quanto as instituições hospitalares identifiquem situações relacionadas ao sofrimento laboral para a adoção de mecanismos e estratégias a fim de reduzir possíveis danos à saúde desses profissionais.

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE (OSS): CAVALO DE TRÓIA PARA PRIVATIZAR A GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (SUS) OU SOLUÇÃO GERENCIAL PARA O SUS?

Carlos Eduardo Siqueira, Gabriella Barreto Soares, Fabiano Tonado Borges, Renata Reis dos Santos, Clea Adams Saliba Garbin, Suzely Adams Saliba Moimaz

Palavras-chave: Organizações Sociais de Saúde, Privatização, Política de Saúde, Administração de Serviços de Saúde, Sistema Único de Saúde

Apresentação/introdução: Este trabalho é uma revisão da literatura sobre a gestão da rede de serviços de saúde pública por meio das Organizações Sociais de Saúde (OSS). Resume e discute os argumentos favoráveis e contrários às OSS, demarcados em linhas gerais em dois polos opostos: as OSS como solução para a crise gerencial do SUS os as OSS como privatização do Estado e ameaça ao caráter público do SUS. Objetivos: Revisar e avaliar criticamente a literatura publicada no Brasil sobre as Organizações Sociais de Saúde como modelo de gestão de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares. Identificar robustez e debilidades na produção científica sobre as OSS.

Metodologia: Fizemos revisão integrativa da literatura científica sobre o modelo de gestão das Organizações Sociais de Saúde, utilizando as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Scientific Electronic Library Online (SciELO). Escolhemos descritores controlados combinados com os seguintes operadores booleanos: “Organizações Sociais” AND “Sistema Único de Saúde,” “Organizações Sociais” AND “Administração de Serviços de Saúde,” e “Organizações Sociais de Saúde.” Seleccionamos 18 artigos indexados e incluímos 11 artigos científicos que não foram indexados nas bases. Criamos instrumento de coleta contendo dados referentes à autoria e às publicações. Resultados: A discussão sobre as Organizações Sociais de Saúde nas bases de dados começa em artigos publicados a partir de 1999, que analisam a Reforma do Estado com base na política neoliberal que emergia na época. Dos 29 artigos selecionados para esta revisão integrativa, 13 artigos apresentam argumentos administrativos ou gerenciais, dos quais 11 tem posicionamento favorável às OSS e 2 também as apoiam embora apresentem algumas críticas ao modelo de gestão. Quanto aos 11 artigos que apresentam argumentos políticos, 5 posicionam-se a favor, 5 contra e 1 apresenta argumentos tanto contra quanto a favor. Dentre os 5 artigos jurídicos, quatro posicionam-se contra as OSS (4) e um as defende. Conclusões/Considerações: Os estudos publicados até 2014 sobre as OSS são metodologicamente fracos e não permitem concluir nada generalizável sobre a maior eficiência da gestão de serviços de saúde por meio das OSS como superior à gestão pública. Ainda não existe acúmulo de pesquisas sobre serviços de saúde com rigor metodológico suficiente para afirmar-se com base em evidências se as OSS são de fato uma alternativa gerencial para a gestão pública do SUS.

OS IMPACTOS DO AJUSTE FISCAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: UMA ANÁLISE CRÍTICA SOBRE A REDUÇÃO DE INVESTIMENTO NO SUS

Luciana da Silva Alcantara, Senir Santos da Hora

Palavras-chave: Saúde Pública, Orçamento e Ajuste Fiscal

APRESENTAÇÃO: O estudo em questão visa contribuir com alguns elementos para a discussão sobre o tratamento de ajuste à crise econômica no Brasil e seus efeitos sobre a política de saúde. A despeito de ser o 7^o maior PIB (Produto Interno Bruto) do planeta, no financiamento público em Saúde, nosso investimento é 40% mais baixo do que a média internacional. DESCRIÇÃO DO TRABALHO: Trata-se de pesquisa teórica qualitativa, desenvolvida no âmbito do doutoramento das pesquisadoras, a partir da qual se delineia uma análise apresentando os impactos das medidas de austeridade na Política de Saúde brasileira, cujo projeto constitucional do SUS vem sendo alvo de ajuste fiscal, com estimativa de redução de despesas. RESULTADOS: Constatou-se que a política de saúde tem sido alvo de fortes tentativas de quebra da universalidade do acesso e da precarização dos serviços. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os investimentos em assistência à Saúde no Brasil são poucos. O resultado é a falta de medicamento, ausência de condições de trabalho, de orçamento e de capacidade de absorção das demandas, o que evidencia nas longas filas de espera por uma consulta ou internação. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com a Programação Orçamentária e Financeira para o ano de 2015, percebe-se que a política de saúde é a segunda pasta que mais sofreu com o ajuste fiscal, com a estimativa de redução de despesas para a saúde de aproximadamente de 11,77 bilhões em seu

orçamento. Esse limite no investimento em saúde, permite compreender que a política de austeridade na contemporaneidade é um movimento de redução de direitos sociais.

PADRÃO DA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DA FARMÁCIA PÚBLICA MUNICIPAL DE GLORINHA/RS

Mariana Portal da Costa, Clécio Homrich da Silva

Palavras-chave: estudo de utilização de medicamentos, assistência farmacêutica, medicamentos

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho faz parte de uma pesquisa em andamento vinculada ao mestrado do Programa de Pós Graduação em Saúde (PPGENSAU) da Faculdade de Medicina/UFRGS. Apresenta como objetivo descrever o padrão de dispensação de medicamentos em uma farmácia pública municipal, analisando a prevalência e a tendência de consumo. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo realizado no Município de Glorinha/RS. As informações são obtidas através dos relatórios do sistema informatizado de dispensação dos medicamentos do componente básico da Assistência Farmacêutica constantes na relação municipal de medicamentos no período de 2010 a 2014. No estudo, os medicamentos são classificados em grupos utilizando o sistema de classificação ATC da Organização Mundial de Saúde, distribuídos no segundo nível, o qual corresponde ao grupo terapêutico principal. Já, a tendência de consumo ao longo do período é avaliada através da medida de Dose Diária Definida (DDD), a qual possibilita além dessa análise, a comparação da utilização de medicamentos com outros locais. **RESULTADOS:** Com início em 2015, a presente pesquisa tem demonstrado

relevância dos estudos de utilização de medicamentos para o planejamento e avaliação das ações de saúde. Apesar disso, a revisão de literatura tem apontado que ainda há poucos trabalhos no Brasil que utilizam dados de sistema informatizado como fonte de informação para estudos de utilização de medicamentos. Essa realidade pode ser resultado da ausência de sistemas informatizados de dispensação em farmácias públicas ou quando implantado, o foco dos registros seja somente a gestão de estoque. Nesse sentido, esses registros de dados de consumo de medicamento, na prática profissional, são visualizados somente na ótica da logística do medicamento. Analisar essas informações de outra perspectiva contribui para a inserção do farmacêutico na equipe, demonstrando que os dados obtidos na farmácia podem ser utilizados para avaliar as práticas de saúde, auxiliar na elaboração do perfil epidemiológico de uma população e propor ações de educação em saúde. Nessa perspectiva, evidenciar como o profissional farmacêutico pode contribuir com a equipe de saúde e que a realização de estudos semelhantes ao em curso apresentam grande relevância, principalmente em locais com poucos dados de prevalência de doenças e indicadores de monitoramento e avaliação em saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A realização de estudos de utilização de medicamentos através de dados de dispensação permite reconhecer os medicamentos mais consumidos e o perfil de morbidade dos pacientes numa determinada população, colaborando na identificação dos principais problemas de saúde e na avaliação dos programas em execução. A partir deste reconhecimento, possibilita-se a elaboração de estratégias de intervenção em saúde, como o desenvolvimento de políticas públicas de educação em saúde para população e profissionais de saúde.

PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (RSS): UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

Mariana Sobral de Almeida, Rebecca Maria Oliveira de Gois

Palavras-chave: Enfermagem, Resíduos de Serviços de Saúde, Administração Hospitalar

APRESENTAÇÃO: Com o passar dos anos, o crescimento tecnológico e industrial trouxe o aumento das variadas formas de lixo, entre estas temos os resíduos dos serviços de saúde (RSS), conhecido como lixo hospitalar. Estes resíduos são os lixos oriundos dos hospitais, drogarias, clínicas médicas, dentre outros estabelecimentos de saúde. Os RSS são classificados em grupos de acordo com suas características e o devido descarte, estabelecido pela resolução nº 358/2005, do Conselho Nacional do Meio Ambiente. Todavia, o setor da saúde ainda se mostra relutante no que se refere aos investimentos em ações com o desenvolvimento sustentável. Este estudo tem como objetivo relatar a importância do enfermeiro no gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Enfermagem. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, que adotou como critério para seleção, a consulta ao SciELO (Scientific Electronic Library On-line) e ao Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), através do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). Para a localização dos estudos, foram utilizados os seguintes descritores: Enfermagem, Resíduos de Serviços de Saúde, Administração Hospitalar. A pesquisa foi limitada a artigos publicados nos últimos cinco anos (2010-2015). **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Todo gerador de RSS deve elaborar um plano de gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), preconizado pela RDC nº 306/2004. Este plano é um documento que abrange um

conjunto de procedimentos responsáveis para gerenciar os resíduos provenientes dos serviços de saúde. É imprescindível a participação da enfermagem para o funcionamento e descarte adequado, dentro das normas, desses resíduos. O estudo revelou, também, que parte dos profissionais de enfermagem que atuam no âmbito hospitalar desconhecem o termo “resíduos dos serviços de saúde” e as leis vigentes. Além disso, quando há o descarte do lixo, oriundo dos procedimentos, é feito de forma inadequada. Para um bom funcionamento do sistema de gerenciamento dos RSS, é necessário que profissional de enfermagem desenvolva uma consciência crítica e ecológica, além do conhecimento das principais normas em relação ao tema citado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este estudo traz como contribuição para a enfermagem a responsabilidade de atividades de promoção da saúde e de prevenção de agravos e doenças. Neste contexto, pode-se englobar a promoção da saúde do meio ambiente um dever do enfermeiro, já que tem como objetivo evitar agravos ao ser humano. O gerenciamento dos resíduos de saúde minimiza a produção dos mesmos, com intuito de proporcionar a proteção dos trabalhadores, sociedade e do meio ambiente.

PERCEPÇÃO DOS COORDENADORES DE UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA SOBRE O APOIO INSTITUCIONAL

Patricia Távora Bulgarelli, Rosane Machado Rollo, Raissa Barbieri, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: Apoio Institucional, Gestão em Saúde, Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da AB

APRESENTAÇÃO: O apoio institucional é uma ferramenta de gestão que se estrutura

dentro de uma proposta de gestão colegiada. Ele desempenha a função de ser o elo que articula e coordena questões de gestão dentro da rede assistencial da Atenção Básica (AB). Sua relevância está associada à busca pela resolutividade das questões de gestão do sistema de saúde e faz parte dos pressupostos da AB. O objetivo deste trabalho é descrever a percepção sobre o apoio institucional por coordenadores de unidades da AB no país. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Estudo epidemiológico, observacional, descritivo e de cunho nacional, que utilizou dados de entrevistas com profissionais coordenadores das equipes de saúde participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da AB em 2012. As variáveis estudadas são provenientes das questões do módulo II referente ao apoio institucional da gestão municipal para as equipes de atenção básica. Para análise dos dados foi utilizada estatística descritiva. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Participaram deste estudo 17.202 unidades, das quais 77,9% recebem apoio institucional, sendo destacada como a principal atividade do apoio a discussão sobre o processo de trabalho da equipe de AB. A contribuição do apoio na qualificação do processo de trabalho foi considerada adequada para 49,2% dos coordenadores de unidades. A participação do apoiador na equipe e a proximidade de contato também foram itens avaliados pelos coordenadores, que consideraram como adequados em 40% e 46,1% respectivamente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar da relevância da atividade de apoio institucional, observou-se que este modelo de trabalho ainda é incipiente no país e sua principal contribuição tem sido a discussão dos processos de trabalho na AB. Torna-se relevante destacar que das equipes apoiadas, mais da metade não considerou adequada à contribuição ofertada para qualificação do processo de trabalho. Tendo em vista que o apoio institucional está em

expansão e seu principal objetivo é a busca pela resolutividade das questões de gestão do sistema de saúde, estes espaços de trabalho precisam ser problematizados para a construção de fluxos de trabalho mais eficientes. A participação do apoiador na equipe e a proximidade de contato são itens fundamentais para o desenvolvimento do trabalho e podem ser melhorados.

PERCEPÇÃO DOS GESTORES SOBRE TRABALHO DAS EQUIPES EM UNIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Gisetti Corina Gomes Brandão, Maria Amélia de Campos Oliveira

Palavras-chave: Gestão, Equipes, Processo de Trabalho em Saúde

INTRODUÇÃO: O processo de trabalho em saúde é muito complexo, pois é permeado por várias finalidades que conformam diferentes projetos técnico-ético e político em constantes disputas, no mesmo cenário, para tanto compreender e valorizar o trabalho dos profissionais que atuam na Estratégia de saúde da Família -ESF requer um olhar para o contexto histórico e social como também suas potencialidades e desafios que surgem no cotidiano do trabalho, pois além do apoio financeiro, os profissionais precisam de escuta, diálogo, parceria, de formação, educação permanente e apoio da gestão. **OBJETIVO:** Caracterizar e problematizar o processo de trabalho de equipes da ESF na percepção do gestor. **MÉTODO:** Esse estudo é um recorte de uma tese de doutoramento intitulado: O processo de trabalho das equipes de saúde da família de Campina Grande -PB, pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, realizada no município de Campina Grande, no Estado da Paraíba, região nordeste do Brasil, foi realizado em duas unidades da ESF que contava com duas equipes cada UBSF,

totalizando quatro equipes nesse recorte 02 gestores participaram do estudo. Os dados foram coletados através de uma entrevista que utilizou como questão disparadora da discussão: Fale-me sobre o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família nos serviços de saúde Adalberto César e Raimundo Carneiro. Os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra e posteriormente submetidos à análise de conteúdo. **RESULTADOS:** Os dois gestores são do sexo feminino, com idade de 38 e 46 anos, tempo de formação 15 e 24 anos e tempo de atuação na gestão 8 e 20 anos, ambos possuem pós-graduação em saúde da família. A análise do material empírico resultante da transcrição das entrevistas resultou em quatro categorias: O olhar dos gestores sobre as fragilidades do trabalho das equipes; O olhar dos gestores sobre o trabalho em equipe; O olhar dos gestores sobre as potencialidades do trabalho em equipe; O olhar dos gestores sobre o acolhimento. **Conclusão:** Este estudo permitiu conhecer a percepção dos gestores sobre o processo de trabalho de quatro equipes da ESF no município de Campina Grande - PB, com o desafio de contribuir para sua transformação nas práticas no cotidiano no mundo do trabalho.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO PIAUÍ

Débora Regina Marques Barbosa, Antonia Almeida Araujo, Manoel Guedes de Almeida, Ariane Gomes dos Santos, Denise do Nascimento Pedrosa

Palavras-chave: Epidemiologia, Sífilis congênita, Cuidado Pré-natal

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico de casos notificados de sífilis congênita (SC) no Piauí, no período de 2009 a 2013. **Metodologia:** Trata-se de um estudo

descritivo do tipo seccional. Utilizou-se os dados do Sistema de Informação de agravos de notificação (SINAN) e Sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC), disponíveis no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), tabulados pelo TABNET. **Resultados:** No período avaliado, verificou-se 360 casos notificados de SC. Observou-se uma tendência crescente no número de casos notificados, com maior coeficiente de incidência registrado no ano de 2013 (CI=3,5casos/1.000NV), ano em que houve maior coeficiente de mortalidade pelo agravo (CM=0,06/100.000hab.). A letalidade pela doença apresentou-se variável, tendo sido maior em 2011 (2,6%). Do total de casos notificados, 93,6% tiveram registro da evolução clínica do paciente. Destes, 92,9% permaneceram vivos até a notificação, 0,9% foram a óbito pelo agravo e 0,9% morreram por outras causas; 5,3% das fichas tiveram, esse campo ignorado. Observou-se que em 80,8% dos casos de SC notificados, a mãe/gestante realizou acompanhamento pré-natal e 41,9% tiveram o diagnóstico da doença durante o pré-natal, em apenas 24,4% houve o tratamento do parceiro da gestante. Quanto aos dados demográficos do recém-nascido, houve predomínio do sexo feminino e raça/cor parda. Considerando a faixa etária, escolaridade e UF de residência da gestante, a maior concentração de casos foi em mães entre 20 e 34 anos e com menos 8 anos de escolaridade. 90% são residentes do estado do Piauí, na zona Urbana (79,2%). **Considerações finais:** Apesar dos esforços governamentais e da formulação e implementação de políticas públicas direcionadas ao controle da sífilis congênita, a taxa de incidência apresentou valores crescentes entre os anos de estudo, com números muito superiores à meta estabelecida para a eliminação da doença, demonstrando que a enfermidade ainda está fora de controle no Estado do Piauí. Este estudo aponta para necessidade de melhoria

na qualidade da assistência pré-natal quanto à promoção da saúde e prevenção, diagnóstico e tratamento adequado da sífilis, especialmente para gestantes adultas jovens de baixa escolaridade e sujeitas a ambiente socioeconômico de risco de adoecimento, com formulação de estratégias eficazes para adesão ao tratamento de seus parceiros.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE TRÊS LAGOAS, MS

Lucas Tenório Maia, Gabriella Nunes da Silva, Mayra Kotaki Itao, Julie Massayo Maeda Oda, Roberto Della Rosa Mendez, Sebastião Junior Henrique Duarte

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Gravidez de Alto Risco, Equipe de Assistência ao Paciente

O pré-natal é um período sensível na vida das mulheres e requer atenção qualificada por equipe multiprofissional, considerando as especificidades requeridas no monitoramento da saúde materna e fetal, especialmente quando classificado como de alto risco. A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus estão entre as principais causas que levam ao pré-natal de alto risco. Objetivou-se analisar variáveis maternas relacionadas ao pré-natal de alto risco. Estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, parte da pesquisa intitulada "Atenção integral à saúde de pessoas com doenças crônicas: diabetes e hipertensão", aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, parecer 256.59. Pesquisa realizada no município de Três Lagoas, no ambulatório do pré-natal de alto risco, no período de agosto de 2014 a abril de 2015. Participaram 180 gestantes. Incluíram-se as gestantes que tiveram classificação do pré-natal de alto risco e que concordaram em participar voluntariamente. Excluíram-se

as menores de 18 anos de idade. Os dados foram coletados em um formulário contendo variáveis relacionadas a caracterização das participantes, história obstétrica, estilo de vida, condição de saúde e a relação com os serviços de saúde. Os dados foram digitados em planilha do aplicativo Excel. Procedeu-se análise descritiva com auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences versão 21 e análise univariada por meio do teste de correlação de Pearson. Para todas as análises foi adotado um p de significância de 0,05. Os resultados evidenciam que a maioria das gestantes estava na faixa etária dos 24 aos 29 anos (36,8%); cor parda (48,9%); casadas (35%); com ensino fundamental (53,9%); multigesta (79,4); ocupação do lar (51%) e não praticam atividade física (68,9%). O hábito de fumar (p=0,000), a ingestão de carboidratos (p=0,005) e o desconhecimento da fisiopatologia (p=0,000) apresentou significância. Conclui-se que há necessidade da implementação de protocolo assistencial como referencial para guiar as ações multiprofissionais no pré-natal, que contemple o manejo das doenças crônicas mais frequentes, entre outras necessidades de saúde das gestantes.

PERSPECTIVAS DA INSERÇÃO DA FITOTERAPIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO GESTORES E GERENTES DA SAÚDE, MUNICÍPIO DE PARNAMIRIM/RN

Nathanny Ferreira Moutinho, Vilani Medeiros de Araújo Nunes, Karina Gomes Torres, Laise Mayara Barros de Oliveira, Lianne Shirley de Azevedo Araújo, Pollyana Steffany Paiva de Lima Tocchio, Joana D'Arc de Fernandes Freitas, Josefa Waldenora da Costa

Palavras-chave: Medicamentos Fitoterápicos, Plantas Medicinais, Atenção Primária à Saúde,

Apresentação: A utilização de plantas com fins medicinais é uma prática antiga, no Brasil, há poucas pesquisas que avaliem o grau de utilização das plantas como medicamentos. Sua aceitação por profissionais de saúde é um fato recente, muitos desconhecem sobre as terapias complementares, apesar do progressivo interesse e de aprovarem sua inclusão nos serviços públicos de saúde ou em cursos da área da saúde. As plantas medicinais tiveram a sua eficiência terapêutica e a segurança do uso avaliados e cientificamente aprovadas a serem utilizadas pela população nas suas necessidades básicas de saúde, em função da facilidade de acesso, baixo custo e compatibilidade cultural. O objetivo desse trabalho foi identificar o conhecimento dos Gestores e Gerentes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município de Parnamirim/RN. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório, em três etapas: levantamento bibliográfico, realização de entrevistas e interpretação e análises dos dados. Foram entrevistados 08 profissionais da saúde que estão à frente dos serviços de saúde no município de Parnamirim/RN. Resultados: Os 08 profissionais entrevistados afirmaram não ter implantado as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na ESF. No entanto, 07 deles acreditam que o programa traria benefícios à comunidade. Além disso, 05 deles utilizam as plantas medicinais como forma de medicina alternativa e reconhece os benefícios da terapêutica à qualidade de vida das pessoas embasadas em crenças populares. 04 gestores afirmaram conhecer pouco o Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, 03 disseram conhecer de forma mediana e 01 alegou não conhecer. Considerações finais: Verificou-se que grande parte dos entrevistados conhece a fitoterapia e acredita na sua eficácia, apesar do seu pouco conhecimento nessa área, como também a respeito da PNPMF. Percebe-se

que o grande desafio para a consolidação do uso de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no município de Parnamirim/RN é a qualificação dos profissionais e incentivos financeiros por parte dos governantes. Desta forma, faz-se necessária a realização de cursos de capacitação nessa área, a fim de proporcionar a inserção de plantas medicinais e fitoterápicos como forma alternativa para o tratamento de doenças, de forma segura e eficaz para a população.

POLÍTICAS DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ: O CONHECIMENTO DA EQUIPE GESTORA

Carolina Milena Domingos, Elisabete de Fatima Polo de Almeida Nunes, Brígida Gimenez Carvalho

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Política de Saúde, Atenção Básica

APRESENTAÇÃO: Nas últimas décadas, encontra-se um conjunto de políticas de saúde indutoras de mudanças propostas pelas esferas federal e estadual para o fortalecimento da Atenção Básica em Saúde (ABS), as quais devem ser incorporadas pelos serviços de saúde dos municípios. Neste contexto, percebe-se acentuada fragilidade dos Municípios de Pequeno Porte (MPP) frente aos desafios para a efetivação dessas políticas. Diante deste cenário, este estudo teve como objetivo identificar o conhecimento da equipe gestora sobre as estratégias de fortalecimento da atenção básica que estão em desenvolvimento nos MPP da Macrorregião Norte do Paraná. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa, desenvolvido em 82 MPP que integram a 16^a, 17^a, 18^a, 19^a e 22^a Regionais de Saúde do Norte do Paraná. Os MPP são

aqueles que possuem população abaixo de 20.000 habitantes. Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado aplicado a 744 profissionais que compõem a equipe gestora dos municípios, no período de novembro de 2013 a maio de 2014. Para a análise dos dados utilizou-se o programa Epi Info versão 3.5.4. Este trabalho faz parte de um projeto maior denominado: “A gestão do trabalho no SUS em municípios de pequeno porte do Paraná a partir do olhar da equipe gestora. Resultados: Constatou-se como estratégias citadas pela maioria da equipe gestora que estão em desenvolvimento nos municípios a Estratégia Saúde da Família (ESF) (98,7%), o Programa de Qualificação da Atenção Primária (APSUS) (83,7%), o Programa de Qualificação da Vigilância em Saúde no Paraná (VIGIASUS) (75,4), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (72,2%) e o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) (60,0%). De acordo com os gestores, o Programa de Valorização dos Profissionais da atenção Básica (PROVAB) (13,5%) e o Mais Médicos (MM) (17,4%) foram os programas de menor inserção e desenvolvimento nos municípios. Considerações finais: A maioria dos profissionais conhece e desenvolve programas considerados como estratégicos para a consolidação da ABS. Entretanto, os MPP ainda encontram dificuldades para desenvolver estratégias que exigem a inclusão do profissional médico e profissionais componentes do NASF. Assim, as fragilidades que impedem este desenvolvimento devem ser identificadas para que realmente se tornem estratégias que colaborem para o avanço da ABS.

PREPARO TÉCNICO DA EQUIPE GESTORA PARA O DESEMPENHO DA GESTÃO EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE DA MACRORREGIÃO NORTE DO PARANÁ

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

Palavras-chave: capacitação profissional, gestor de saúde

INTRODUÇÃO: A gestão em saúde é um campo com grande necessidade de profissionalização, é complexa à medida que há uma forte ingerência de diferentes determinantes sociais. Uma vez que a formação do gestor da saúde tem impacto direto sobre a qualidade dos serviços prestados. O desenvolvimento da gestão em saúde em municípios de pequeno porte apresenta fragilidades como a falta de uma base técnica para o desempenho da função. No Paraná, 84,5% dos municípios que fazem parte da Macrorregião Norte são de pequeno porte, ou seja, possuem população abaixo de 20.000 habitantes. **OBJETIVO:** analisar o preparo da equipe gestora da saúde do SUS para o exercício da gestão nas cinco Regionais de Saúde, que compõem a Macrorregião Norte do Paraná. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo quantitativo descritivo e exploratório que entrevistou 744 profissionais de saúde, que integram a equipe de gestão dos 82 municípios de pequeno porte que compõem a Macrorregião Norte do Paraná. A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2013 a outubro de 2014, por meio de um formulário semiestruturado. Para a análise dos dados utilizou-se o programa Epi Info versão 3.5.4. Este trabalho faz parte de um projeto maior denominado “A gestão do trabalho no SUS em municípios de pequeno porte do Paraná a partir do olhar da equipe gestora”. **RESULTADOS:** Do total de 744 entrevistados, 71% possuíam ensino superior completo, 60% graduados na área da saúde, 58% com pós-graduação, 96,4% eram lato sensu e destes 3,8% em gestão na

saúde e 0,6% em gestão em saúde pública, 1,5% referiram pós-graduação stricto sensu. Quanto ao número de funções 70,1% dos gestores exerciam até 2 funções e um gestor referiu exercer 14 funções. O tempo médio de atuação na área da saúde foi de 11 anos, 53% possuíam até três anos de atuação na função e destes 57,3% possuíam até três anos de atuação na saúde, sendo que 75% dos trabalhadores não possuíam experiência anterior ao cargo atual na função de gestão. Quanto a percepção de preparo para desempenho da função de gestão no município, 64% dizia estar integralmente preparado para exercer a função e 33,6% parcialmente preparado. Em relação à obtenção deste preparo para o cargo, 77% dos profissionais citaram experiência no cotidiano do serviço e 60% mencionaram cursos oferecidos pela Regional de Saúde. **CONSIDERAÇÕES:** Sabemos que quanto mais funções o gestor desempenhar, maiores serão o preparo e qualificação exigidos. A vivência no dia a dia e os cursos oferecidos pelas Regionais de Saúde, como Oficinas de Planificação da Atenção Primária, foram referidos pelos entrevistados como responsáveis para obterem o preparo para desempenho da função. Verifica-se a importância de se valorizar e criar espaços que oportunizem a equipe gestora a refletir sobre o seu processo de trabalho, quer estes sejam desencadeados pelo Município, Estado, União, ou mesmo pelas Instituições de Ensino. São requisitos de um movimento de mudança que contribui para o desempenho da gestão.

PROGRAMA DE INTERNAÇÃO DOMICILIAR NO HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS QUE COMPÕEM AS EQUIPES

Aldenisia Alves Albuquerque Barbosa, Analia

Soares Borges, Emilly Bezerra Siqueira de Miranda, Jane Suely de Melo Nóbrega, Jônia Cybele Santos Lima, Rossana Mota Costa, Glauber Victor Cabral de Moraes

Palavras-chave: Internação domiciliar, Condições de trabalho, Satisfação no trabalho

Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006, institui a Internação Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde, como um conjunto de atividades prestadas no domicílio às pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, assistidas por equipe exclusiva. O Programa de Internação Domiciliar (PID) foi implantado no estado do Rio Grande do Norte pela Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP), iniciando na cidade do Natal em setembro de 2005. O presente estudo tem como objetivo analisar a operacionalização do Programa de Internação Domiciliar na ótica dos profissionais que compõem as equipes do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. Como objetivos específicos estabeleceu-se, obter informações sociodemográficas das equipes do PID; Identificar a formação profissional das equipes do programa; Conhecer vínculo(s) empregatício(s) dos profissionais; Identificar dificuldades enfrentadas pelos profissionais, bem como a satisfação dos profissionais das equipes. Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado com os profissionais das equipes do Programa Internação Domiciliar no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel de Natal/RN. Os dados foram coletados através de questionários semiestruturado autoaplicável que combinam perguntas abertas e fechadas. A análise dos dados se deu por meio do programa Microsoft Office Excel, versão 2010. Os resultados mostram como pontos positivos do programa, são a união e

competência das equipes, humanização do atendimento e a desospitalização dos pacientes. No entanto, apontam também algumas dificuldades enfrentadas pelos profissionais do PID, como a falta de insumos, necessidade de mais profissionais, dificuldades de processo de referência e contra-referência, infraestrutura inadequada, violência urbano no Município e falta de autonomia nos recursos financeiros.

PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA: AMBIGUIDADES NO DISCURSO OFICIAL

Erika Maria Sampaio Rocha, Rita de Cássia Duarte Lima, Paula de Souza Freitas, Mariana Bonomo, Sibelle Maria Martins de Barros, Heletícia Scabelo Galavote, Maria Angélica Carvalho Andrade

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Avaliação em saúde, Qualidade da assistência à saúde

Apresentação: No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), escolhida como modelo reorientador do cuidado, em todos os seus níveis, reforça a concepção ampliada de saúde e atribui um caráter complexo à Atenção Básica (AB), cuja efetividade determina, em grande medida, a qualidade dos serviços ofertados por toda a rede de atenção à saúde. A resolutividade da AB é tema de extrema relevância sendo as suas políticas avaliativas um grande desafio. O presente estudo se constitui em uma análise dos documentos oficiais que embasam o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e traz como questões norteadoras: que concepção de qualidade está presente nesta política e quais implicações este entendimento traz para o cotidiano do cuidado? A Teoria das Representações Sociais embasa a análise do contexto

discursivo. Desenvolvimento do trabalho: Realizou-se uma pesquisa quali-quantitativa, de natureza descritiva e exploratória, por meio da análise dos documentos oficiais que embasam o PMAQ-AB, tendo sido selecionados a Portaria 1654/2011 (BRASIL, 2011) e o Manual Instrutivo do PMAQ-AB/ 2012 (BRASIL, 2012). Foi utilizado o software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE), que processa dados textuais por meio de uma análise estatística, em função da representatividade, distribuição e correlação lexical de palavras, dentro de segmentos de textos, indicando os termos mais significativos e as relações entre eles, no contexto do estudo. Resultados: A análise indicou que os documentos oficiais estão embasados por um sistema de representações sociais de diferentes objetos (política de atenção básica, qualidade da atenção básica, apoio institucional e assistência à saúde) que possui elementos ambíguos e antagônicos, reflexos de um processo de mudança de paradigmas na saúde. Considerações finais: Estas posições antagônicas, no discurso oficial, traduzem as ambiguidades presentes no contexto real, da dinâmica da vida social, próprias do fenômeno representacional que exprime forças ligadas à matriz hegemônica e aquelas fruto do impulso de mudança. Esta dualidade na macropolítica se estende e gera ações dúbias, com grandes implicações para o cenário micropolítico, onde se dá o cuidado. O estudo aponta, portanto, à necessidade do desenvolvimento de uma metodologia avaliativa, compatível com o modelo adotado para a AB, e o aprimoramento de instrumentos de escuta dos muitos atores, no sentido de serem, ao mesmo tempo exequíveis e dialogarem com as realidades locais.

PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – PNAAS: ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO NO INTERIOR DE SÃO PAULO

Elen Rose Lodeiro Castanheira, Patricia Rodrigues Sanine, Luceime Olivia Nunes

Palavras-chave: Avaliação de Serviços

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho relata a experiência de planejamento e organização da avaliação de estabelecimentos de saúde de média e alta complexidade pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde em 2015, em duas regiões de saúde do centro-oeste paulista. Assinala-se a importância de interação entre gestores das três esferas de governo, universidades e serviços para o desenvolvimento de avaliações que contribuam para a melhoria da qualidade dos serviços. DESCRIÇÃO: A execução do PNAAS foi coordenada pelas Universidades Federais. Para a avaliação no estado de São Paulo, a UFRGS, estabeleceu parceria com universidades estaduais paulistas. A tarefa de organizar e coordenar o trabalho de campo nas Regiões de Atenção à Saúde de Bauru e Sorocaba coube a uma equipe da FMB/UNESP composta por: um docente, um apoio técnico administrativo, um supervisor de campo, 12 avaliadores e um aluno de graduação. Foram avaliados 58 estabelecimentos de saúde, localizados em 34 municípios, com população entre 25 mil e 586 mil habitantes, 46 instituições hospitalares; 6 Centros de Terapia Renal Substitutiva (TRS); 2 Centros Especializados de Reabilitação (CER) e 4 UPAS. RESULTADOS: A preparação da avaliação teve início com o contato com os Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, responsáveis regionais pela gestão da Média e Alta complexidade ((MAC). Com apoio dos DRS foram realizadas reuniões regionais com todos os prestadores,

públicos e privados, com a presença de alguns gestores municipais. Nestas reuniões foram esclarecidos os objetivos e as etapas da avaliação, assim como uma previsão da data da visita, além do preenchimento de um cadastro contendo informações sobre a localização e o responsável em receber os avaliadores. A seleção dos avaliadores se deu a partir dos seguintes critérios: a) ser profissional da área da saúde; b) possuir experiência hospitalar; c) ter disponibilidade de 40 horas/semanais. Valorizaram-se os pós-graduandos com experiências em coleta de dados e/ou avaliação em serviços. Antes e após o treinamento dos avaliadores, foi aplicado um questionário com a finalidade de registrar expectativas e motivações em participar do processo, além de uma avaliação sobre o treinamento recebido. Ao término das atividades de campo um novo questionário para avaliação do processo foi aplicado. Durante a avaliação, os avaliadores fizeram registro de suas impressões e experiências em caderno de campo. Nas primeiras semanas do campo os avaliadores foram acompanhados pessoalmente pelos profissionais responsáveis pela supervisão e pelo apoio técnico. Um grupo no celular (whatsapp) serviu de apoio para discutir problemas e imprevistos. Foram realizadas 3 reuniões presenciais. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As estratégias de planejamento mostraram-se positivas, tendo faltado uma interlocução prévia com os gestores municipais das regiões. Os registros realizados apontam a necessidade de outros espaços para os relatos das experiências vivenciadas no campo, que mostram aspectos não contemplados na avaliação e que têm peso sobre a qualidade dos serviços prestados. Deve-se assinalar a ocorrência de conflitos éticos entre expor e não expor esses relatos e a necessidade premente de aprimoramento dos instrumentos de avaliação dirigido a prestadores contratados.

PROPOSTA DE CONTROLE DE PSICOFÁRMACOS NA FARMÁCIA DE UMA UNIDADE HOSPITALAR AOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DO ALTO RIO NEGRO

Márcio Albuquerque de Oliveira

Palavras-chave: Psicofármacos-deficiência de medicamentos-gestão de medicamentos

Este trabalho aborda sobre planejamento e gestão na dispensação de psicofármacos realizada na farmácia de uma unidade hospitalar localizada no Alto Rio Negro, medicações estas prescritas no âmbito da atenção básica (AB). Conhecendo a dimensão dos custos destas medicações controladas, dos recursos repassados às unidades hospitalares e o tempo de liberação destes, dos ciclos das demandas originárias da AB ineficiente, do limitado suprimento enviado às unidades, deve-se ter o extremo cuidado com o sistema logístico da farmácia hospitalar, mantendo um estoque adequado destes produtos. O plano de ação proposto para identificar as deficiências no abastecimento de psicofármacos na AB e controlar a dispensação na unidade hospitalar destaca reuniões com foco na interdisciplinaridade e reavaliação nas condutas durante os atendimentos dos pacientes. Outra ação proposta devido à ausência de CAPS, NASF ou outras estruturas no âmbito da AB, foi o planejamento de ações para atender a demanda nas dependências do hospital, evitando, assim, aglomeração de pessoas, desorganização e falhas nos atendimentos prioritários. O monitoramento das proporções de atendimentos em saúde mental (SM) (incluindo os usuários de álcool e outras drogas; total de atendimentos por grupo etário e sexo; total de internações hospitalares; índice de suicídios e tentativas), são essenciais como indicadores. Para

consolidar o controle da dispensação de psicofármacos no hospital, esse proposta de intervenção tem como objetivo implantar um sistema de controle da dispensação na unidade hospitalar. Estas ações permitirão promover um bom planejamento, estabelecendo prioridades, sempre atento à disponibilidade orçamentária e, dentro das possibilidades técnicas, iniciar a padronização de psicofármacos que atendam à demanda diagnosticada. Assim, realizar-se-á e organizar-se-á a gestão farmacêutica intra hospitalar, garantindo segurança, eficácia, qualidade e acesso do cliente a medicamentos ditos essenciais, preconizados no Plano Nacional de Medicamentos (PNM).

PSICODINÂMICA DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL: O CASO DOS PROFISSIONAIS DE UM CAPS III DA BAIXADA SANTISTA

Lislaine Santos Guimaraes, Laura Camara Lima, Sidnei José Casetto

Palavras-chave: Serviços de Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Educação Permanente

INTRODUÇÃO: Esse estudo nasceu da observação da pesquisadora e trabalhadora de um serviço de Saúde Mental de que alguns profissionais estavam afastados do trabalho por licença médica. O objetivo geral da pesquisa é conhecer e intervir sobre os fatores relacionados à organização do trabalho que provocam prazer, sofrimento e adoecimento nos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) de um município da Baixada Santista. Os objetivos específicos são dar oportunidade para os trabalhadores refletirem juntos e realizarem trocas verbais sobre o coletivo de trabalho; investigar o que são coletivos de trabalho e se os sujeitos se reconhecem

como um; facilitar a construção de novas formas de organizar o trabalho; incentivar processos de Educação Permanente no serviço. Projeta-se realizar uma pesquisa qualitativa, exploratória e interventiva. O referencial teórico e metodológico utilizado será a Psicodinâmica do Trabalho, proposta por Christophe Dejours. Os sujeitos serão profissionais da instituição que aceitarem participar. MÉTODO: Vislumbra-se realizar grupos de discussão com os trabalhadores do serviço. Pretende-se realizar cerca de dezoito encontros: três com a equipe de nível superior, três com as quatro equipes de enfermagem em seus turnos e três com a chefia. Os encontros serão realizados no serviço, com previsão de duas horas de duração cada. As discussões serão pautadas pela temática emergente trazida pelos sujeitos, mas sempre centrada no trabalho. Como o método escolhido prevê a existência de um coletivo de pesquisa, a pesquisadora principal será acompanhada por outra pesquisadora durante os encontros e um profissional mais experiente em Psicodinâmica que fará a supervisão. A análise dos conteúdos será feita a partir dos termos da Psicodinâmica do Trabalho, como reconhecimento, sofrimento no trabalho, defesas coletivas, tensões entre o prescrito e o real, cooperação, entre outros. Também se pretende realizar análise documental através dos dados da Medicina do Trabalho do município sobre número de licenças, dias de afastamento e adoecimento mais frequentes nos profissionais da Saúde Mental nos últimos três anos, com a finalidade de fazer um mapeamento acerca do adoecimento desses trabalhadores. O objetivo é ter uma segunda fonte de dados que traga uma avaliação do ponto de vista populacional, para verificar se a incidência de licenças médicas são mais frequentes entre os profissionais que trabalham na Rede de Atenção Psicossocial do que no resto da população de servidores.

RESULTADOS ESPERADOS: A realização dos grupos de Psicodinâmica do Trabalho com os trabalhadores do serviço tem como objetivo oferecer espaços de diálogo para que os sujeitos possam falar sobre o sofrimento no trabalho, permitindo a perlaboração, ou seja, a reelaboração dos conflitos pelos indivíduos, buscando transformar experiências individuais em reflexões coletivas, para que esses indivíduos possam se proteger do sofrimento gerado pelo trabalho. Essas reflexões grupais têm potencial transformador pela reapropriação do processo de trabalho por seus integrantes, fazendo com que o trabalho passe de fonte de sofrimento a fonte de engrandecimento da subjetividade, através de um fazer criativo. Assim, vislumbra-se que a intervenção realizada com esses sujeitos possa ser promotora de saúde, em uma proposta compatível com a Educação Permanente.

QUALIDADE DE VIDA DOS DISCENTES DO ILACVN DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)

Michael Alberto Gutierrez Sanchez, Gladys Amelia Veles Benito, Alessandra Cristiane Sibim

Palavras-chave: Ensino superior, domínios, saúde escolar, América Latina, diversidade cultural

APRESENTAÇÃO: A Organização Mundial da Saúde define a qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É uma ampla variedade de conceitos que são afetados de maneira complexa pela saúde física, estado psicológico, crença pessoal e as

relações nos aspectos sociais. OBJETIVOS: O objetivo principal desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida dos discentes da UNILA matriculados no período de 2013 pertencentes ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza (ILACVN). METODOLOGIA: Conhecendo a população de estudo, calculamos o tamanho amostral para estimadores de proporção considerando 95% de confiança. Sorteamos aleatoriamente os alunos vinculados ao ILACVN e aplicamos o questionário readequado do Whoqol-bref de 1994 para coletar os dados e traçar um perfil socioeconômico e demográfico dos alunos. Com relação aos aspectos éticos, todas as diretrizes e normas da Resolução nº 466/12 foram contempladas assegurando a confidencialidade de todas as informações. Todos os entrevistados assinaram TCLE concordando com sua participação. Os dados foram analisados utilizando o programa Epi-info7. RESULTADOS: Dos 75 estudantes entrevistados 50,67% são do sexo feminino e 49,33% são do sexo masculino. Quanto à nacionalidade 38,67% são brasileiros, 18,67% são paraguaios e 10,67% são peruanos, os demais provêm dos outros países da América Latina. Quanto ao tipo de escola em que os alunos cursaram o ensino médio temos que 81,33% dos entrevistados estudaram maior parte em escola pública. Com relação aos auxílios concedidos aos discentes aproximadamente 76% recebem consecutivamente os três tipos de auxílio (transporte, moradia e alimentação). Questionados sobre a percepção de sua qualidade de vida 5,33% avaliaram como muito boa 48% como boa e 40% como nem ruim nem boa. A qualidade de vida foi avaliada em quatro domínios, por meio de metodologia multivariada utilizando Análise de Componentes Principais (PCA). No domínio físico chilenos, salvadorenses, colombianos e brasileiros estão satisfeitos com sua capacidade de locomoção. No

domínio psicológico brasileiros, peruanos, paraguaios e Uruguaios afirmam estar satisfeitos consigo. No domínio relações sociais uruguaios, venezuelanos, bolivianos, chilenos e colombianos estão satisfeitos como apoio que recebem de seus amigos e no domínio meio ambiente, paraguaios, argentinos, equatorianos, brasileiros e Salvadorenses estão insatisfeitos com as atividades recreativas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir desta pesquisa, contribuiremos com o delineamento de diretrizes para melhorar a convivência e o rendimento escolar dos discentes nos cursos que vem desenvolvendo. Este estudo abrirá um leque amplo de temas a serem pesquisados com as comunidades discentes de outras universidades, à fim de conhecer diversos aspectos que possam influenciar na qualidade de vida dos estudantes.

QUALIDADE DE VIDA E ESTRESSE ENTRE DOCENTES NO BRASIL

Livia Vitória de Lima Cavalcante, Diêgo da Silva Lima, Alion Ruan Nascimento dos Anjos, Irlânia do Nascimento Silva, Jakelline Cipriano dos Santos Raposo

Palavras-chave: Estresse, qualidade de vida, docentes

APRESENTAÇÃO: O estresse consiste de uma condição psicofisiológica que envolve diversas situações em que o indivíduo se sente exposto a ameaças reais ou imaginárias e pode afetar negativamente a saúde mental e física do indivíduo, podendo gerar modificações fisiológicas, ocasionando quadros patogênicos. O estresse também pode afetar a qualidade de vida dos trabalhadores e repercutir negativamente no seu ambiente de trabalho e nas pessoas com que se relaciona. Tendo em vista o que foi exposto, o objetivo desta pesquisa é fazer um levantamento sobre

estresse e qualidade de vida entre docentes. METODOLOGIA: Foi realizada uma revisão sistematizada da literatura, no banco de dados Biblioteca Virtual em Saúde. Foram conduzidas duas buscas, a primeira incluiu as palavras-chaves: “docente”, “qualidade de vida”, “estresse”, e o operador booleano “AND” e na segunda busca, foram utilizadas as mesmas palavras, com exceção do “estresse”, que foi substituído por “estresse percebido”. Utilizou-se os filtros: humanos, Brasil, português, ano (2010 a 2015) e artigo. Foram incluídos os artigos que abordassem qualidade de vida e estresse entre docentes no Brasil. Resultados: Foram encontrados 66 artigos na primeira busca e dois artigos na segunda, após a aplicação dos filtros, ficaram seis artigos, dos quais dois estavam repetidos e um não abordava o tema. Fizeram parte desta revisão três artigos, dois avaliaram professores da educação básica e um avaliou docentes universitários. RESULTADOS: As pesquisas foram realizadas no Nordeste e no Sul do País. A idade média dos participantes foi de 43 e 44 anos, com predominância do sexo feminino. Com relação a qualidade de vida, apenas o estudo realizado com professores da educação básica do Sul do País avaliou qualidade de vida utilizando o instrumento WHOQOL-Bref, onde os domínios que apresentaram menores escores foram o meio ambiente (60,7) seguido pelo domínio físico (69,2). Os outros dois avaliaram a qualidade de vida de forma indireta, com inclusão de variáveis como rendimento familiar, carga horária de trabalho, satisfação com o trabalho, hábitos alimentares, consumo de substâncias psicoativas e atividade física e todos associaram essas variáveis ao estresse. Esse último foi avaliado dentro do contexto da Síndrome de Burnout para os professores da rede básica de ensino, e para os docentes universitários foi avaliado o estresse percebido. A maioria dos professores apresentaram níveis

médios e altos de exaustão, baixa realização profissional e acreditam que a profissão está gerando estresse. Nos docentes universitários também foi encontrada uma percepção elevada do estresse. Em todos os estudos, um maior nível de estresse foi associado com piora da qualidade de vida. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A profissão docente está associada a maiores níveis de estresse e conseqüentemente menores níveis de qualidade de vida. O trabalho docente é extremamente importante, pois é a base tanto para a formação básica, como para a construção de futuros profissionais. Sugere-se que os programas de saúde escolar possam ampliar sua atuação também para os docentes, visto que tanto o estresse elevado como a baixa qualidade de vida afetam diretamente a saúde e o trabalho desses profissionais.

RASTREADORES COMO FERRAMENTA DE APROXIMAÇÃO ENTRE A GESTÃO E A PRÁTICA ASSISTENCIAL

Vivian Gomes Mazzoni, Leylane Porto Bittencourt, Myllena Cândida de Melo, Carlos Joelcio de Moraes Santana, Claudia Arnoldi Carvalho, Mônica Villela Gouvêa

APRESENTAÇÃO: do que trata o trabalho e o objetivo; A experiência surgiu da intenção da gestão de um hospital do SUS de promover com a equipe de enfermagem assistencial, um programa capaz de associar demandas institucionais às necessidades dos trabalhadores. O estudo objetivou assim, reduzir hiato entre a equipe gerencial que lida com os processos institucionais e a equipe que atua diretamente na assistência ao paciente. Buscou-se na literatura ferramenta capaz de levar em conta os conhecimentos prévios do grupo e as limitações de tempo e recursos. Desta forma, pretende-se relatar o emprego de rastreadores individuais de pacientes,

como ferramenta de transformação da prática assistencial em um hospital do SUS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** descrição da experiência ou método do estudo; A metodologia de rastreador individual de paciente é à base da avaliação da acreditação realizada pela equipe da Joint Commission International. Um rastreador de paciente individual segue as experiências de pacientes selecionados para avaliar o desempenho do hospital com relação aos padrões internacionais. A ferramenta permite acompanhar a experiência de cuidados de um número de pacientes por todo o processo de cuidados de saúde do hospital e possibilita identificar problemas em uma ou mais etapas do processo de cuidados ao paciente ou nas interfaces entre os processos. A metodologia é usada para analisar o sistema de prestação de cuidados, tratamento e serviços do hospital a partir de pacientes reais. Estes rastreadores vêm sendo acompanhados por equipe específica da unidade, que envolve enfermeiros da supervisão, da qualidade, da educação continuada e líderes de equipe. Estes profissionais utilizam um roteiro para a aplicação do rastreador do paciente e na sequência, emitem relatório com os principais achados de cada visita, que servirão para balizar a planilha de achados e os planos de intervenção. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa; Foram realizados no período de abril a julho de 2015, 6 rastreadores, um em cada setor de assistência, são eles: CTI, Centro Cirúrgico, 4º andar, 5º andar, 6º andar e ambulatório. Os achados de cada rastreador foram compilados em uma planilha, a partir do que se pôde identificar os padrões do manual da JCI, que mais apareceram nos achados. Os padrões PFE (Educação dos pacientes e familiares), COP (Cuidados de Pacientes) e AOP (Avaliação dos pacientes) foram os que

mais apareceram durante a aplicação dos rastreadores. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O diagnóstico a partir dos rastreadores motivou a equipe envolvida em sua aplicação, para a construção de um plano de ação. A identificação dos padrões descumpridos fez com que os processos falhos fossem revistos e alinhados de forma a alcançar uma assistência de qualidade e segura para o paciente. A aplicação dos rastreadores vem se mostrando uma poderosa ferramenta de facilitação da aproximação entre a gestão e os trabalhadores envolvidos com a assistência aos pacientes e famílias.

REESTRUTURAÇÃO DO FLUXO DE ACIDENTE DE TRABALHO COM EXPOSIÇÃO À MATERIAL BIOLÓGICO NA AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA-PR

Maria Eneida Almeida, Édson Satoshi Miyazato, Henrique Massamiti Yamamoto

Palavras-chave: saúde do trabalhador, acidentes de trabalho com material biológico, servidores públicos municipais

No município de Londrina as ações de vigilância à saúde do trabalhador são potencializadas pelo Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador – NAST, sediado na Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde. Dentre suas atribuições está a análise epidemiológica dos agravos em saúde do trabalhador além do registro dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho no banco de dados do SINAN. O número de notificações de acidente com exposição à material biológico vem apresentando um aumento nos últimos anos e, mesmo com essa tendência evidenciamos que, particularmente em relação aos servidores municipais, tem ocorrido uma diminuição no número de notificações desse tipo de acidente, que é

um dos que mais acometem essa população trabalhadora, sendo motivo de afastamento e adoecimento. **Objetivo:** este estudo objetiva rever, reestruturar e divulgar o fluxo de atendimento de Acidentes de Trabalho com Exposição à Material Biológico para servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. Este estudo classifica-se como qualitativo de abordagem exploratória, descritivo e transversal. A população deste estudo são os serviços de saúde municipais de todas as regiões da área urbana e rural de Londrina. Ou seja, em todo local de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde onde possa ocorrer acidentes de trabalho com exposição à material biológico, tais como: Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Maternidade Municipal, Laboratório Municipal e outras unidades. Espera-se contribuir para a sensibilização dos servidores quanto à prevenção de acidentes com exposição a material biológico e, quando de sua ocorrência, que esses servidores tenham um acesso mais rápido para evitar a soroconversão, bem como a adesão ao acompanhamento pós-acidente, enriquecendo a qualidade das informações epidemiológicas de notificação desse agravo.

RELAÇÃO ENTRE ÍNDICES DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E INDICADORES DE MORTALIDADE INFANTIL: UMA ANÁLISE DAS CAPITAIS BRASILEIRAS

Rosane Souza Freitas, Thábata Cristy Zermiani, Maiara Tauana Souza Nievola, Janaina Naumann Nasser, Rafael Gomes Ditterich, Roberto Eduardo Bueno

Palavras-chave: Determinantes sociais em saúde, índice de desenvolvimento humano, mortalidade infantil

Os índices de mortalidade na infância são uma preocupação global, uma vez que mensura o bem estar da sociedade. O Brasil é um dos países signatários dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), que tem como meta de número quatro a redução, até 2015, de dois terços da taxa de mortalidade das crianças com menos de 5 anos, sendo este índice de óbitos avaliado a cada mil nascidos vivos. Tal indicador pode expressar a ocorrência de determinantes socioeconômicos geradores de iniquidades sociais, para além da reflexão da eficiência das políticas de saúde. Portanto, o objetivo deste trabalho foi analisar a relação entre alguns índices de desenvolvimento humano e os indicadores do ODM 4 das capitais brasileiras. Este estudo foi realizado a partir de dados secundários quantitativos, sendo categorizado como descritivo e correlacional. Para a execução da pesquisa foram utilizados o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), referente ao ano 2010, e o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), de 2011, sendo coletados, respectivamente, nas bases de dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e no Sistema Firjan. Os indicadores de mortalidade na infância foram acessados no Portal ODM, o qual tem como fonte de dados o DATASUS, sendo empregados na pesquisa os seguintes: taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos a cada mil nascidos vivos (2013); percentual de cumprimento da meta de redução em 2/3 da mortalidade de crianças menores de 5 anos (2013); percentual de crianças menores de 1 ano com vacinação em dia (2007). Vale enfatizar que foram utilizados os dados mais recentes, desde que apresentassem maior completude nas suas bases. Na análise estatística empregou-se o teste de correlação de Pearson, com nível de significância de 95%. Foi possível averiguar que a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos apresentou

uma forte correlação negativa com o IDH-M ($r = -0,7105$) e o IFDM ($r = -0,7447$). Tais dados revelam que quanto piores os índices de desenvolvimento humano, referentes à saúde, educação, emprego e renda, mais elevadas serão as taxas de mortalidade na infância. Apesar dos progressos oriundos do ODM 4, o óbito infantil muitas vezes ainda acontece por doenças consideradas evitáveis no âmbito da saúde. Sendo assim, é fundamental a ampliação contínua de ações que enfoquem na imunização, na diminuição de doenças parasitárias e infectocontagiosas, na sensibilização dos pais quanto ao cuidado da criança, bem como em ações de saneamento básico. Os serviços públicos devem atuar de forma intersetorial, implantando políticas públicas cada vez mais acessíveis e resolutivas, principalmente para os grupos mais vulneráveis, em prol da minimização das iniquidades sociais. Assim, os determinantes socioeconômicos que impactam diretamente nas condições de saúde da população devem ser combatidos, havendo a ampliação do acesso da população a bens e serviços de qualidade, influenciando, portanto na redução dos índices de mortalidade infantil.

RISCOS GERENCIADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS

Yamilles Ribeiro Nascimento, Ana Beatriz da Silva Pedroso, Julianne da Costa Melo, Itaine Silva Reis, Fernanda Jacqueline Teixeira Cardoso, Nayara Linco Simões, Edileuza Félix de Sousa, Simone Aguiar da Silva Figueira

Palavras-chave: Gerenciamento de riscos, Enfermagem, Qualidade

INTRODUÇÃO: Gerenciamento de riscos é o objeto de estudo de várias áreas do conhecimento e, na saúde, esta ferramenta de gestão visa prevenção de erros,

monitoramento de eventos originários do uso de produtos da saúde e dos processos assistenciais de cuidado, promovendo maior segurança ao paciente. A qualidade do cuidado requer maior segurança aos pacientes e identificação precoce de circunstâncias que os expõem a situação de risco. O estudo objetivou evidenciar quais os riscos clínicos assistenciais gerenciados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto do Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA). Metodologia: Estudo descritivo, transversal e retrospectivo, realizado a partir da análise de quarenta prontuários de pacientes que foram internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Regional do Baixo Amazonas, no período de janeiro a junho de 2012. Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do Microsoft Excel 2011. Resultados: Dos 40 prontuários analisados, observou-se que o tempo de permanência no hospital variava de 01-05 dias (55,3%), 06-10 dias (30,3%), 11-15 dias (7,2%) e mais de 15 dias (7,2%); os diagnósticos médicos mais prevalentes eram oncológicos (24,4%), pós-operatório imediato (17,1%), outros (14,6%), acidente vascular cerebral (12,2%), trauma (12,2%), septicemia (7,3%), cardiopatia (7,3%), insuficiência renal (4,9%); no que se refere a Escala de Coma de Glasgow os pacientes estavam classificados como leve (5,0%), moderado (7,5%), grave (10,0%) e outros sem avaliação do nível de consciência (77,5%). Verificou-se que os riscos clínicos assistenciais gerenciados na unidade de terapia intensiva são: risco para infecção, que apareceu em 100,0% dos registros; risco de queda 97,5%; risco de úlcera por pressão 65,0%; risco de lesão de pele 62,5% e 57,5% continham risco de broncoaspiração. Os riscos para infecção e para queda foram mais evidenciados devido às características dos pacientes deste setor hospitalar. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Gerenciar riscos permite avaliação dos indicadores de

qualidade de assistência, contribuindo para prevenção e/ou controle dos riscos no processo do cuidado, garantindo uma melhor assistência beneficiando o usuário. Essas estratégias potencializam a promoção em saúde na alta complexidade, otimiza a recuperação dos pacientes, reduzem custos financeiros ao hospital e, conseqüentemente, fortalecem o Sistema Único de Saúde.

RISCOS OCUPACIONAIS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO SISTEMÁTICA

Giselle de Santana Vilasboas Dantas, Janete Matos das Neves, Maurício das Silva Santos, Mauro César Ribeiro, Jaine Karenly da Silva, Marcela Andrade Rios, Luana Andrade Machado, Dieslley Amorim de Souza

Palavras-chave: riscos ocupacionais, enfermagem, biossegurança

Apresentação: Dentre os profissionais de saúde, a equipe de enfermagem caracteriza-se como aquela mais susceptível a precarização do trabalho no cuidado direto e indireto ao paciente. Portanto, a identificação dos fatores laborais relacionados a essa precarização assistencial possibilita à classe buscar melhores condições para o desenvolvimento das suas atividades. Logo, o objetivo foi identificar os principais riscos ocupacionais do trabalho de enfermagem. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de uma revisão sistemática que analisou artigos, teses e dissertações, publicados na íntegra ou em suas versões resumidas em revistas indexadas, entre os anos de 1980 a 2012 no banco de teses da CAPES, Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde, UNICAMP-ACERVUS, LILACS, USPDEDALUS e UNIFESP. Resultados: Os profissionais de enfermagem que atuam em países subdesenvolvidos possuem as condições

mais precárias, geralmente relacionadas às dificuldades políticas e econômicas nacionais. Embora haja exposição a riscos físicos, biológicos, químicos, psicossociais e ergonômicos, os principais riscos ocupacionais aos quais estão submetidos são aqueles relacionados ao manuseio de materiais perfuro-cortantes, surgimento de doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho e o estresse proveniente da sobrecarga de trabalho, turno noturno e enfrentamento conjunto do sofrimento dos pacientes. Essas ocorrências parecem estar relacionadas sobretudo aos vários vínculos empregatícios que a equipe de enfermagem possui o que contribui para o desgaste físico e psicológico. Considerações Finais: É necessária a rediscussão da biossegurança e o comportamento adotado durante o desenvolvimento da prática laboral a fim de reduzir os acidentes de trabalho. Deste modo, é imprescindível que haja intervenções educativas permanentes, condizentes com a realidade vivenciada por cada profissional, maior fiscalização sobre o trabalho para garantir proteção à saúde do trabalhador com vistas a diminuir a intensidade dos acidentes e incapacidade para as práticas assistenciais. Além disso, é essencial que os profissionais ampliem seu conhecimento sobre os seus direitos e amparos legais embasados nas normas regulamentadoras a fim de exigirem melhores condições de trabalho. Essa ação pode resultar significativamente na maior satisfação para o trabalho, redução de danos individuais, coletivos e melhoria da assistência para o paciente.

SIFILIS GESTACIONAL EM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Débora Regina Marques Barbosa, Manoel Guedes de Almeida, Ariane Gomes do Santos, Denise do Nascimento Pedrosa

Palavras-chave: Epidemiologia, Sífilis gestacional, Cuidado Pré-natal

Objetivo: traçar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional notificados no estado do Piauí entre 2010 a 2013. Método: Trata-se de um estudo descritivo do tipo seccional. Este estudo foi realizado a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponível no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), tabulados pelo TABNET, referente aos casos de sífilis gestacional notificados no Estado do Piauí entre janeiro de 2010 a dezembro de 2013. Para melhor compreensão da situação epidemiológica da SG no Estado, os dados foram analisados segundo as variáveis: ano do diagnóstico, escolaridade da mãe, faixa etária da mãe, realização do pré-natal, Unidade Federativa (UF) do pré-natal, tratamento do parceiro, confirmação da infecção materna, realização de teste não treponêmico e treponêmico. A coleta de dados foi feita no mês de outubro de 2014. Resultados: verificou-se 388 casos de sífilis gestacional no Estado do Piauí com desfecho de 193 casos de sífilis congênita entre 2010 a 2013. O ano de 2012 concentrou o maior coeficiente de incidência. Entre as gestantes 72,4% possuem 20 a 39 anos com faixa entre 5^a a 8^a série incompleta (44,7%). Quanto aos casos de transmissão vertical, 82,4% realizaram pré-natal na qual 40,4% obtiveram diagnóstico de sífilis durante a gestação, em 22,3% houve tratamento concomitante do parceiro. Conclusão: a taxa de incidência apresentou valores crescentes entre os anos de estudo, com números superiores à meta estabelecida para eliminação da doença. A súmula dos resultados aponta para dificuldades enfrentadas pela atenção básica de saúde no combate à sífilis gestacional. A constatação dessa realidade impõe a necessidade de se reavaliar ou reformular a assistência pré-natal no Estado,

com identificação de situações-problema e elaboração de estratégias de resolução de maneira integrada com a comunidade e que considere quantitativa e qualitativamente a realidade.

SIGNIFICADO DA GESTÃO PARTICIPATIVA PARA TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE

Fernanda Rita Levandoski, Branca Maria Meneses

Palavras-chave: Trabalho, gestão, saúde

Tema: o significado da gestão participativa para trabalhadores da área da saúde. Apresentação: este estudo refletiu sobre o significado da gestão participativa, proposta pela Política Nacional de Humanização, para os trabalhadores da área da saúde que atuam em Unidade Básica de Saúde da Família. Desenvolvimento: para iniciar as reflexões, elaborou-se discussões sobre o significado do trabalho e as mudanças nos processos de gestão do trabalho ocorridas nos diferentes modelos de produção. A seguir, abordamos as transformações ocorridas na política pública de saúde no Brasil e as modificações advindas da promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual representou importante conquista democrática de espaços de participação para a população e para os trabalhadores. Para finalizar as discussões, abordou-se a questão da gestão participativa, entendida como caminho para melhorias nos processos de trabalho e no atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde. Com o propósito de investigar se os trabalhadores conhecem a proposta de participação da Política Nacional de Humanização (PNH) e se a possibilidade de participar realmente leva a mudanças nos processos de trabalho, elaborou-se um questionário pautado em estudos sobre o tema, que foi respondido pelos

trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. O instrumento permitiu sistematizar os dados quantitativos que foram analisados qualitativamente, pautada nos pressupostos da teoria crítica da sociedade e com contribuição de alguns autores que discutem o tema. Resultados: chamou a atenção o fato de os trabalhadores conhecerem a PNH apenas como mais uma política do Ministério da Saúde e, assim, não perceberem os espaços de significativas mudanças, nas questões sociais pertinentes aos sérios problemas do sistema de saúde, que podem advir dessa Política. Considerações Finais: compreender o significado que tem a Política para os profissionais da saúde, no cotidiano de uma Unidade de Saúde, nos possibilitou analisar o que representa à oportunidade de participar da organização e planejamento do seu trabalho. Como também, pode-se observar a efetividade possível de mudanças nos serviços ofertados. A nosso ver, para que ocorra a participação, conforme proposto pela PNH, é necessária a formação política dos profissionais. O que significa analisar criticamente as propostas do Ministério da Saúde. Assim, poder-se-ia consolidar as transformações necessárias no sistema político - econômico vigente.

SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Eduardo Barros, Mary Elizabeth Santana

Palavras-chave: Síndrome de Burnout, Profissionais de Enfermagem, Saúde do Trabalhador

Apresentação: Os desenvolvimentos financeiro, tecnológico, social e cultural e os resultados da globalização originam benefícios ao mundo moderno, acarretando profundas alterações no comportamento

do indivíduo, interferindo diretamente na qualidade de vida da sociedade (GOMES; JESUS, 2012). A Síndrome de Burnout, como fenômeno, tem sido observável nas expressões de trabalhadores no decorrer dos tempos. Atualmente, seu acréscimo em função das alterações tecnológicas ou de organização do trabalho tem tido maior ênfase (BRASIL, 2001). O avanço da tecnologia acarreta mudanças no ambiente de trabalho que têm consequências no bem-estar físico e mental dos profissionais, e, por isso, a síndrome de Burnout precisa ser encarada como um problema de saúde pública. Desenvolvimento: A partir da nossa vivência na Clínica Cirúrgica de um Hospital (Belém – Pará), podemos observar o desgaste físico e mental da equipe de enfermagem ao final do plantão e esse fato nos chamou a atenção para desenvolver uma revisão da literatura sobre a incidência ou prevalência dos sintomas de Burnout nos profissionais de enfermagem. Destaca-se a relevância de se avaliar a síndrome dentre as diversas categorias de profissionais de enfermagem objetivando que as instituições possam adotar estratégias para auxiliar em melhorias no ambiente de trabalho, tornando-o menos estressante, já que os custos do desenvolvimento e manifestação do Burnout são impactantes não apenas para os profissionais, mas também para os pacientes, instituições e sociedade. A metodologia utilizada foi uma revisão integrativa, e para melhor delimitação da busca pelos artigos que abordaram a temática. Foram revisados os artigos publicados entre os anos de 2010 e 2015. Pesquisadas as produções científicas nas principais bases de dados indexadas, como MEDLINE, PUBMED, BIREME. Os descritores utilizados foram “Síndrome de Burnout”; “Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem” cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Resultados: Foram encontrados 59 artigos e o critério

de exclusão utilizado foi: publicações inferiores há cinco anos (n = 19), artigos em duplicidade (n = 10), artigo completo não disponível (n = 18) restaram então 12 artigos que foram lidos integralmente e incluídos no desenvolvimento do estudo. Considerações Finais: Podemos concluir a partir dos artigos analisados uma unanimidade ao afirmar que o ambiente de trabalho influencia positivo ou negativamente no processo de desenvolvimento da Síndrome de Burnout, a estrutura organizacional, as características próprias dos serviços de saúde e o relacionamento entre o usuário e os colaboradores são decisivos.

SOFRIMENTO DO TRABALHADOR CONTEMPORÂNEO: AS ESTRATÉGIAS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ÂMBITO DO SUS

Luiz Carlos Brant, Letícia Jordão Garcia

Palavras-chave: Sofrimento Psíquico, Atenção Psicossocial, Serviços de Saúde

INTRODUÇÃO/OBJETIVO: Ministério da Previdência Social aponta que os transtornos mentais e comportamentais ocupam o terceiro lugar em número de concessões de auxílio-doença acidentárias e não vêm acompanhando a tendência de queda no número de acidentes de trabalho no Brasil. O processo de transformação do sofrimento em adoecimento, não se faz sem consequências, uma vez que ele discrimina, estigmatiza e exclui. Abre ainda espaço para a medicalização do sofrimento, por meio da prescrição indiscriminada. O presente estudo busca identificar as estratégias de atenção psicossocial aos trabalhadores em situação de sofrimento empregada pelos serviços de saúde no âmbito do SUS, contemplados na produção intelectual brasileira, no período 2004 - 2014. **METODOLOGIA:** Metodologicamente,

recorreremos às seguintes fontes: Banco de Dissertações e Teses da Capes; produções do Ibict; da Bireme e o site SciELO. A seleção do material se fez pelos títulos, resumos e palavras chave e leitura na íntegra de artigos, teses, dissertações, capítulos e/ou livros. Para análise das informações obtidas tomamos como base os estudos de Michel Foucault, Claudine Herzlich e Jurandir Freire Costa. **RESULTADO:** Constatamos que as estratégias estão centradas na prevenção; na utilização do instrumento de sondagem, SRQ-20 Self-Report Questionnaire; na escuta, cuidados clínicos e inclusão social oferecidos pelos CAPS. **CONCLUSÃO:** Concluímos que a produção intelectual que aborda as estratégias de atenção psicossocial é precária, quando existente, a baixa produção situa-se numa zona fronteira, entre o dentro e o fora, no limite da sociedade disciplinar, a fundamentação teórica é frágil e não contempla a especificidade do usuário na sua condição de trabalhador.

TRABALHADORES DE ÁREA RURAL NO VALE DO JEQUITINHONHA, MG: ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA E DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO

Luciana Alves Silveira Monteiro, Thaís Moreira Lima, Pedro Sebastião de Oliveira Lazaroni, Andréa Gazzinelli

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, Qualidade de Vida, Capacidade para o trabalho

Apresentação: Capacidade para o trabalho (CT) e qualidade de vida (QV) são essenciais para o bem-estar do indivíduo. Avaliar a CT e a QV dos trabalhadores rurais pode fornecer informações valiosas para a melhoria das condições de trabalho, interferindo positivamente na saúde do trabalhador; levando a menor ocorrência

de incapacitações, maior produtividade e promoção do desenvolvimento social da região rural. O presente estudo teve por objetivo analisar a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho em trabalhadores residentes no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. Desenvolvimento do trabalho Estudo transversal, realizado no distrito rural de São Pedro do Jequitinhonha, município de Jequitinhonha, MG, com 242 moradores maiores de 18 anos, de ambos os sexos que exerciam alguma atividade laborativa formal ou informal no momento da entrevista. Foram utilizados os questionários "Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT)" e "Instrumento de Avaliação Abreviado de Qualidade de Vida" para a coleta dos dados. A análise deu-se através da estatística descritiva e da Regressão via Quase-Verossimilhança com função de variância constante e função de ligação identidade. Resultados: A população foi composta em sua maioria por mulheres (57%), com média de idade de 39,06 anos, que exerciam principalmente as funções de agricultores (19%), empregadas domésticas (14,5%) e comerciantes (13,6%). Entre os trabalhadores, 55% tiveram escore final para ICT classificado como bom ou ótimo e 11,2% categorizado como baixo. O valor médio da qualidade de vida foi de 68,94. As análises dos fatores socioeconômicos, demográficos e ocupacionais mostraram que apenas o estado civil influenciou significativamente o ICT (p=0,009). A relação entre QV e ICT mostrou que todos os domínios, assim como o índice geral da QV, estão fortemente correlacionados com o ICT (p<0,000). Considerações finais: Os resultados mostraram que quanto melhor a QV física e mental, melhor a condição da CT, evidenciando a relevância de abordar a saúde em sua integralidade. Bons ICT e escores para a QV podem trazer consequências benéficas na determinação da saúde e empregabilidade dos

trabalhadores, gerando impactos positivos na produtividade, absenteísmo e nos custos sociais decorrentes das pensões por incapacidade e da assistência às doenças.

UMA ANÁLISE DAS NORMAS INSTITUIDORAS DE POLÍTICAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Carolina Milena Domingos, Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes, Brigida Gimenez Carvalho, Fernanda de Freitas Mendonça

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Política de Saúde, Atenção Básica

APRESENTAÇÃO: O grande investimento na formulação de normas para a gestão do SUS por parte dos governos por si só não garantem mudanças, se torna importante a configuração de um processo de implementação das políticas de saúde. A reflexão sobre os documentos jurídicos voltados para a atenção básica colabora na compreensão de como está sendo conduzida a política de saúde no país. Diante deste cenário, este estudo teve como objetivo analisar os documentos que instituem às ações, programas e estratégias indutoras de melhorias na atenção básica no Sistema Único de Saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo que se utilizou da análise documental referente às ações, programas e estratégias indutoras de melhorias na atenção básica, priorizadas pelo Ministério da Saúde. Para a identificação dos documentos foi utilizado o portal virtual de acesso aberto do DAB. Fizeram parte do estudo os documentos disponibilizados no período de realização do acesso ao portal, compreendido entre março a maio de 2014. Após a coleta dos documentos, selecionou-se os princípios e diretrizes do SUS para fundamentar a interpretação das normas. **RESULTADOS:** Do

total dos 224 documentos identificados, 28 (12,5%) se referiam às normas que instituem, estabelecem, dispõem, atualizam ou redefinem objetivos, princípios e diretrizes sobre ações, programas e estratégias voltadas para a AB em todo território nacional. Dentre estes documentos, 16 (57,1%), apontava os princípios e diretrizes como: universalidade, integralidade, participação popular, equidade, acesso, coordenação e responsabilidade da AB pelo cuidado, continuidade do cuidado, ter os usuários e o território adscritos e vínculo. O acesso e a integralidade apareceram em todos os documentos desta categoria. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** No entanto, apesar desses documentos trazerem temas e princípios fundamentais para o alcance do que se pretende com o SUS, estes carregam grande complexidade e são multifatoriais. E ainda, os serviços de saúde possuem diversas e diferentes características locais que não podem ser atendidas por uma única normativa para todos. A redação de uma normativa não constitui garantia que estas sejam executadas da forma proposta nos serviços de saúde.

UMA GESTÃO PREPARADA FRENTE AO DESAFIO DA ASSISTÊNCIA INTEGRADA

Erli Marta Reis da Silva, Ana Cely de Sousa Coelho, Sheyla Mara Silva de Oliveira, Yamilles Ribeiro Nascimento, Ana Beatriz da Silva Pedroso

Palavras-chave: Gestor, Cuidado, Saúde integral

INTRODUÇÃO: O gestor de saúde possui papel fundamental no cuidado, pois atua como participante ativo na assistência direta ao paciente e na interação com a equipe multiprofissional, para tal, a gestão deve acontecer a partir da análise das linhas de cuidado direcionadas à população.

Logo, a partir da visão holística do gestor, pode-se ter um direcionamento de como está sendo a atenção ou se existem novos métodos que possam oferecer qualidade aos serviços, principalmente resolutividade as problemáticas de cada paciente. Nesse sentido, este estudo objetivou verificar o papel do gestor frente ao cuidado integrado. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo do tipo relato de experiência de roda de conversa, oficinas e problematização (PBL) desenvolvidas por discentes do programa de especialização em Gestão na Clínica das Regiões de Saúde – através do Instituto de Ensino e Pesquisa - IEP do Hospital Sírrio-Libanês, realizado na Universidade do Estado do Pará – UEPA Campus de Santarém, em 2014. **RESULTADOS:** A partir das problemáticas apresentadas nas atividades, percebeu-se que o gestor é responsável pela interpretação da realidade apresentada, no qual, observou-se através das contribuições realizadas pelos discentes que o gestor deve entender do processo de trabalho que atende os usuários e inovar as linhas de cuidado existentes para que a integralidade da saúde ocorra de fato, interagindo com as práticas assistenciais para perceber como está sendo o atendimento, o acolhimento, a escuta atenta, o vínculo entre o profissional e o paciente, o acesso aos serviços está ocorrendo de fato, ou se existem falhas, estudando maneiras de eliminá-las do processo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Percebe-se a importância do envolvimento de todos que participam da assistência à saúde, fornecendo ferramentas à gestão, para que ocorra uma assistência integral e humanizada aos que necessitam dos serviços de saúde. Deste modo, oficinas coletivas possibilitam a qualificação e a competência dos profissionais gestores.

VACINAÇÃO PARA HEPATITE B ENTRE TRABALHADORES DO SETOR SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO BAIANO

Fernanda de Oliveira Souza, Paloma de Sousa Pinho Freitas, Tânia Maria de Araújo, Mariana Rabelo Gomes

Palavras-chave: Atenção à Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Vacinação

APRESENTAÇÃO: Dentre as doenças endêmico-epidêmicas, que representam problemas importantes de saúde pública no Brasil, destacam-se as hepatites virais. No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) estima que 15% da população já foi exposta ao vírus da hepatite B (VHB) e que 1% sofra de hepatite crônica. A infecção pelo VHB pode ocorrer em qualquer indivíduo, no entanto existem grupos que estão, consideravelmente, mais expostos, a exemplo dos trabalhadores da saúde. Devido às exposições percutâneas ou de mucosas ao sangue de indivíduos infectados pelo vírus, o trabalho em saúde representa a principal fonte de transmissão ocupacional. A imunização é a medida de prevenção da doença, por meio de três doses da vacina contra a hepatite B, segura e de eficácia reconhecida, onde 95% dos indivíduos vacinados respondem com níveis adequados de anticorpos protetores. Essa vacinação está prevista no calendário vacinal do adulto do MS para indivíduos entre 19 e 49 anos, de acordo com o Programa Nacional de Imunização (PNI). Nesse contexto, este estudo objetivou verificar a prevalência de vacinação para hepatite B entre os trabalhadores do setor saúde de um município do Recôncavo Baiano, dada a importância da imunização dos profissionais para a prevenção da transmissão ocupacional da doença. **DESENVOLVIMENTO:** Foi conduzido um estudo transversal com 506

trabalhadores da atenção primária e da média complexidade do setor saúde de um município do Recôncavo Baiano. A coleta de dados foi realizada no ano de 2011 por meio de questionário, incluindo questões referentes a aspectos relacionados à saúde, condições de trabalho e vacinação. Para verificar a prevalência de vacinação contra hepatite B entre os trabalhadores foi utilizada análise uni variada. **RESULTADOS** A população estudada constitui-se, em sua maioria, por mulheres (78,3%), com faixa etária entre 20 a 50 anos (média de 36,6 anos), vínculo de trabalho permanente (63,8%), tempo de trabalho no setor saúde superior a 48 meses (56,5%) e 78,1% dos trabalhadores fizeram uma autoavaliação positiva da saúde (muito boa e boa). A maioria deles (85,7%) relatou ter recebido pelo menos uma dose da vacina para hepatite B. No entanto, 59,9% referiram ter recebido as três doses (completaram o esquema previsto pelo MS), indicando uma baixa cobertura. Em relação à ocupação, a maior prevalência de vacinação completa para hepatite B foi encontrada entre enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos (91,8%). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Um dos grandes avanços na prevenção e na promoção em saúde tem sido romper os elos da cadeia de transmissão de doenças por meio da administração de imunobiológicos. A vacinação completa é uma avaliação imprescindível na prevenção da transmissão ocupacional da hepatite B. Aqueles indivíduos que não estão imunes à doença devem ser informados que são susceptíveis ao VHB até que tenham a comprovação imunológica de que estão protegidos. Questões relacionadas à biossegurança nos currículos acadêmicos podem colaborar para incorporação de atitudes mais positivas frente à adesão à vacinação e à manutenção do estado vacinal.

VIOLÊNCIA NO TRABALHO SOFRIDA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Maiara Bordignon, Maria Inês Monteiro

Palavras-chave: trabalho, violência no trabalho, equipe de enfermagem

APRESENTAÇÃO: nesse resumo buscou-se relatar alguns dos resultados preliminares obtidos numa pesquisa mais ampla, que possuía como um de seus objetivos: avaliar a ocorrência de violência no trabalho entre trabalhadores de enfermagem que atuavam em unidades de pronto atendimento. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: tratou-se de um estudo transversal, realizado com profissionais de enfermagem que atuavam em unidades de pronto atendimento de um município do Estado de São Paulo, Brasil, incluindo enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, conforme esquema de amostragem probabilística e critérios de elegibilidade. Para obtenção dos dados utilizou-se um questionário. O estudo considerou os critérios éticos de pesquisas com seres humanos e contou com auxílio financeiro, por meio de bolsa de mestrado, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. RESULTADOS: os dados analisados até o momento, correspondendo a cerca de metade da amostra, demonstraram que parcela significativa dos trabalhadores de enfermagem experimentou a violência no trabalho manifestada na violência física, abuso verbal e/ou assédio sexual; e o abuso verbal foi o incidente mais autorelatado. Na maioria, os atos de abuso verbal aconteceram na unidade e os trabalhadores não receberam auxílio após vivenciar o evento, como mostraram os dados analisados até então. Nesta pesquisa, outras variáveis também foram avaliadas e auxiliarão na caracterização do evento e seus efeitos entre os trabalhadores de enfermagem dos locais de trabalho investigados. CONSIDERAÇÕES

FINAIS: embora os dados não caracterizem a totalidade da amostra, demonstram que os trabalhadores de enfermagem que atuam em unidades de pronto atendimento têm sido vítimas de violência no local de trabalho ou podem estar vulneráveis a sofrer-lá ou testemunhá-la. Este contexto indica a importância de olhar para o trabalho da enfermagem nestes serviços de atenção à saúde, ainda pouco explorados nos estudos, e propor intervenções necessárias.

Relatos de Experiências

“RE-DESCOBRINDO” A SAÚDE MENTAL EM GUAIANASES: O TECER DA REDE DE SERVIÇOS LOCAIS

Thais Pola Baptista Coelho

Palavras-chave: atenção básica, saúde mental, rede de saúde mental

Apresentação: A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada para o SUS, inclusive no que se refere aos agravos em saúde mental. No entanto, sabe-se que o manejo destas situações por parte das equipes das UBS e da rede em geral, ainda que preconizado pelas diretrizes que regem a APS, não é uma tarefa fácil no cotidiano visto que exige um manejo diferenciado, desde a chegada do usuário ao serviço até o monitoramento do cuidado e das necessidades de saúde. Desenvolvimento do trabalho: Diante do diagnóstico crescente da demanda de saúde mental na rede de serviço e uma oferta fragmentada nos serviços de saúde. Foi adotada pela gestão APS Santa Marcelina e Supervisão Técnica de Saúde de Guaianases uma medida de remodelamento do Fórum de Saúde Mental na região. Um encontro que apresentava um caráter mais educativo e de matriciamento até meados de 2014 sofreu uma transformação e tornou-se um espaço que abarcasse tanto a

análise e o reconhecimento da necessidade local como uma avaliação da oferta e do cuidado prestado nos serviços da rede (UBS, Unidade de Apoio e Caps). Resultados e/ou impactos: A partir da avaliação da rede sobre o diagnóstico situacional do território e de cada serviço da APS, quanto à oferta e acesso em SM, foi possível identificar e produzir ações de Preceptoría Semestral para os médicos generalistas sobre psicopatologia e manejo medicamentoso para os casos de baixo risco ou para casos estabilizados; realizar o diagnóstico inicial do território a partir da avaliação e requalificação da lista de espera em psiquiatria. Para tanto, foi construído pela assessoria médica, em parceria com o setor de coordenação da SM, um instrumento norteador para classificação de níveis de atenção dos quadros psíquicos nas UBS e por fim, instituir o fórum como um espaço de análise das ações realizadas pela RAPS-Guaianases. Considerações finais: Sabe-se que cada vez mais as pessoas que chegam aos serviços de saúde para solicitar ajuda trazem consigo uma ou mais questões relacionadas ao sofrimento psíquico. Diante deste desafio, o território de Guaianases optou por olhar para esta necessidade de saúde e iniciar uma intervenção estrutural de reorganização da rede. Com a intenção de ampliar o cuidado em saúde mental para além do manejo e acolhimento da situação aguda, mas organizando a oferta em todos os níveis da rede focando também na prevenção de agravos e promoção da saúde.

(RE)SIGNIFICANDO O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (M&A) DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE- APS, NA REGIÃO DA TRÍPLICE FRONTEIRA INTERNACIONAL: BRASIL-COLÔMBIA – PERU, ESTADO DO AMAZONAS- BRASIL

Maristela Olazar Serejo Duarte Alecrim, Ângela Carla Rocha Schiffler, Aída Maria

Meninéia Yunes, Robson Roberto Vidal, Cláudio F. Pontes, Sidnéia A. G. Fregni

Introdução: Constatada, pela Gestão Estadual de Saúde, inconsistências nas informações da Atenção Primária a Saúde-APS, essas avaliadas como factíveis de ativar uma reflexão/ problematização coletiva com os trabalhadores vinculados ao Monitoramento e Avaliação, M&A dos municípios. Utilizamos a estratégia da Educação Permanente em Saúde para desenvolver um projeto proposto pelo Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde- CONASS, baseado na metodologia ativa e nas oficinas de Planificação da APS, adaptado à realidade do Amazonas, deu-se ênfase às trocas e compartilhamentos dos saberes e práticas vivenciada nos municípios. Objetivos: 1. Identificar métodos e abordagens para que se possa diagnosticar e adequar os sistemas de monitoramento e avaliação para o nível estadual, considerando as realidades locais, conservando as peculiaridades étnicas, culturais, religiosas e etc.; 2. Especificar atividades, estratégias e recursos a serem utilizados nos municípios para a implementação do M&A, racionalizando e otimizando potencialidades; 3. Construir coletivos de decisão com Educação Permanente no desenvolvimento do processo de M&A a partir das necessidades locais de saúde, priorizando conforme valores locais, em consonância com o anseio da população; 4. Articular as Políticas de Atenção Integral com ações intersetoriais e transversais na organização das Redes de Atenção a Saúde - RAS nos municípios; 5. Divulgar resultados obtidos socializando informações entre os gestores, usuários e trabalhadores, através da mídia. Organizando territórios, ações e serviços de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e as estratégias implantadas. Materiais e Métodos: Realização de quatro oficinas

para implantação de instrumento de gestão da clínica: Diagnóstico e Programação Local, Protocolos Assistenciais com Classificação de Risco, e Sistema de Monitoramento e Avaliação. As Oficinas Municipais foram pactuadas de acordo com a disponibilidade da Equipe Técnica, em horários flexíveis para não comprometer as atividades rotineiras das Unidades Básicas de saúde- UBS. Resultados: O processo avaliativo teve início com os trabalhos de dispersão municipal, onde as equipes de Atenção Básica criaram estratégias operacionais, conforme as singularidades de cada território. O Planejamento integrado ascendente foi discutido, pactuado e alcançado com êxito pelo trabalho de educação permanente realizado no cotidiano das atividades das equipes, fazendo com que houvesse uma linha de cuidado preestabelecida observando as peculiaridades regionais, os aspectos epidemiológicos, sanitários e ambientais dos territórios/populações. Das 265 ações pactuadas pelas equipes, 235 foram executadas com êxito o que corresponde a um alcance de 89% das ações pactuadas na primeira oficina de trabalho. Conclusão: Na análise dos indicadores do SISPACTO e PMAQ, observamos resultados positivos na melhoria da gestão e assistência, considerando o indicador pactuado e a satisfação dos usuários, ressaltando a importância do processo dinâmico e contínuo de capacitação técnica dos trabalhadores. O município de Tabatinga- AM, que participou do projeto conseguiu melhorias nos seguintes aspectos: 1. Otimização de recursos; 2. Agenda Única; 3. Criação de sala de situação da Atenção Básica; 3. Implantação do acolhimento com Classificação de Risco; 4. Territorialização das ESF. 5. Valorização de espaços de trocas e compartilhamentos sobre o cotidiano do serviço de saúde. Descritores: Educação Permanente em Saúde; Monitoramento e Avaliação; Gestão Regionalizada, Amazônia.

A ANÁLISE DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE E A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO RELACIONADO À SÍFILIS EM GESTANTE E CONGÊNITA

Luara Lima, Patrícia Durovni

A Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAP) da SUBPAV/ SMS RJ, vem realizando a análise das notificações dos agravos Sífilis Congênita e Sífilis em Gestante registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Partindo da análise do cenário epidemiológico destes agravos no município e em suas dez Áreas de Planejamento (AP), busca-se estabelecer estratégias para apoiar as coordenações de cada área na qualificação do cuidado e das notificações. Este trabalho visa apresentar esta experiência, discutindo a utilização dos dados dos sistemas de informação em saúde como ferramentas que possibilitam conhecer aspectos do território, como características de tratamento, possíveis falhas na assistência e fluxos de comunicação entre serviços. Estas análises, em conjunto com aspectos demográficos e sociais, podem ser subsídio na elaboração de estratégias de educação permanente e gestão do cuidado. A sífilis congênita, apesar de ser um agravo evitável através do adequado tratamento da gestante com sífilis, ainda é importante causa de morbimortalidade infantil e fetal. Como evento sentinela, indica a necessidade de ampliar esforços na qualidade do cuidado de gestantes com sífilis e no controle da sífilis adquirida. Neste sentido, cabe à gestão, entre outras ações, acompanhar e analisar os dados epidemiológicos. O monitoramento dos dados e indicadores relacionados a tais agravos é realizado pela SMS RJ, pelo setor de Vigilância Epidemiológica e pela Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais CLCPE) com sua gerência de DST/ AIDS, que se responsabiliza pela elaboração de boletins epidemiológicos e pelo apoio às

DAPS(Divisão de Ações e Programas de Saúde) das CAP(Coordenação de Área de Planejamento). O município do Rio de Janeiro vem, desde 2009, promovendo a ampliação da Atenção Primária e buscando a qualificação do cuidado aos seus usuários. No entanto, considerando a complexidade das situações que envolvem casos de sífilis, temos um cenário epidemiológico de alta incidência, e desafios para sua eliminação. Este trabalho envolve análise das fichas de notificação em duplicidade no SINAN, para sua exclusão e qualificação do banco de dados. Paralelamente, dados do município e suas dez AP vem sendo levantados através do Tabwin para análise. A proposta é colaborar com o trabalho que já vem sendo realizado pela CLCPE, junto às DAPS e aos Responsáveis Técnicos (RT). O trabalho a partir dos dados vem fomentando discussões importantes, além do compartilhamento das experiências que já vêm ocorrendo nas AP, auxiliando aquelas que necessitem investimento. Espaços coletivos e dialogados são mais interessantes para construção das práticas de gestão e atenção em saúde por terem a potência de proporcionar cooperação, articulação em rede e soluções mais consistentes para os problemas identificados. Também será elaborado, a partir deste trabalho, o Boletim Epidemiológico de 2015. Os dados demonstraram diferenças entre as AP, mas, no geral, que nossos principais desafios são: garantir tratamento em tempo oportuno, considerando adesão ao tratamento e ao pré-natal, busca ativa de gestantes faltosas e garantia da disponibilidade da medicação; tratamento do parceiro, considerando a necessidade de estratégias de educação em saúde voltadas para homens e seu autocuidado; correto preenchimento do cartão da gestante e qualidade da informação.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NO NÚCLEO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO AMAZONAS: ESPAÇO DE CONSTRUÇÃO COLETIVA

Deib Lima de Souza, Camila Rocha dos Santos, Fabiana Manica

Palavras-chave: Educação Permanente, Trabalho, Rodas de Conversa

A educação, aqui entendida como um instrumento potencializador na tentativa de corrigir as deficiências no alinhamento entre o desenvolvimento de profissionais e os princípios e diretrizes do SUS, torna-se uma das principais políticas a ser implementada para o desenvolvimento de pessoas no âmbito do Ministério da Saúde. De forma a articular as competências individuais dos trabalhadores aos objetivos institucionais, visto que esses profissionais atuam na esfera administrativa da gestão Federal do SUS. A EPS nos traz orientações de forma que possamos reverter às dificuldades técnicas que enfrentamos no cotidiano do trabalho, bem como para intervir sobre os componentes políticos, ideológicos e éticos nas relações laborais na reorganização qualitativa do trabalho (CARDOSO DE MELO, 2007). A escolha por esta metodologia se deu a partir de uma proposta de intervenção que tem como foco a participação ativa dos atores sociais. Esta proposta pedagógica implica em um processo educativo no qual cada participante, individualmente, e todos no coletivo, tenham clara a sua posição de sujeitos históricos. Dessa forma, realizamos uma Roda de Conversa com os trabalhadores do Ministério que realizam suas atividades no Setor de Atenção à Saúde dos Servidores. A aplicação desta metodologia no grupo nos permitiu observar que: o aumento da motivação entre os participantes em compreender a importância de sua

participação, e que a leitura prévia dos textos e/ou links sugeridos, constituiu-se como etapa fundamental para a participação efetiva na atividade; a conscientização acerca da leitura dos textos oportunizados permitiu aos participantes ampliar o acesso ao conjunto de informações importantes para a elaboração de novos conhecimentos; a articulação entre o mundo vivido propiciou aos participantes o debate sobre a realidade do seu universo simbólico do mundo do trabalho; o caráter coletivo da atividade e o desempenho qualitativo de cada um como membro facilitador suscitou a participação enquanto sujeito histórico, onde cada um teve sua oportunidade em diferentes momentos. Houve a construção de novos significados que os próprios trabalhadores atribuíram ao seu processo de trabalho, como resultado espera-se a intervenção na realidade e elaboração de propostas concretas que transformem suas práticas, levando à superação das situações que limitam o encontro do prazer com o trabalho.

A ESTRATÉGIA PIONEIRA DO APOIO INSTITUCIONAL NO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DA SUPERVISÃO ACADÊMICA DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Anderson Sales Dias, Fabio Cesar Braga de Abreu-E-Lima, Harineide Madeira Macedo, Aline Cunha das Neves, Máira Nunes Viñas, Tatiane Ferreira de Jesus, Vinícius M.R. Ximenes, Otoniel Gomes de Miranda Filho

Palavras-chave: Apoio Institucional, Supervisão Acadêmica, Educação Permanente em Saúde, Integração Ensino-Serviço, Programa Mais Médicos

APRESENTAÇÃO: O Programa Mais Médicos foi criado no ano de 2013, com os objetivos de reorientar a formação médica, melhorar

a infraestrutura de unidades básicas de saúde e realizar provimento emergencial de médicos a áreas em escassez de atenção desse profissional. Esse último objetivo está sendo atingido por intermédio do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). A coordenação do Programa Mais Médicos é compartilhada entre os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC). As ações de responsabilidade do MEC ficaram concentradas na Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde, na Secretaria de Educação Superior (DDES/SESu/MEC). Entre as atribuições da DDES/SESu/MEC, destaca-se a Supervisão Acadêmica a médicos participantes do PMMB, estratégia que visa o fortalecimento da Educação Permanente mediante a promoção da integração ensino-serviço. DESENVOLVIMENTO: No primeiro ano de atividades, um dos importantes desafios enfrentados foi à captação e a designação de supervisores à totalidade de médicos participantes, que ocorreu concomitantemente à estruturação da DDES/SESu/MEC e da Supervisão Acadêmica, em meio a intervenções de órgãos de controle e ataques de conselhos de classe e da mídia. Neste segundo ano, as ações visaram ao fortalecimento do caráter educacional do programa e ao redimensionamento de sua estrutura inicial. Uma importante estratégia que vem catalizando este processo foi à implantação do Apoio Institucional à Supervisão Acadêmica do PMMB, iniciativa pioneira no MEC, com o objetivo primordial de apoiar o fazer das Instituições Supervisoras nos Estados. Essa estratégia baseia-se no Método de Apoio Institucional Paideia (CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e cogestão de coletivos. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2005.) na Educação Permanente e Educação Popular em Saúde. RESULTADOS E IMPACTO: O Apoio Institucional, entretanto, para além do objetivo inicialmente delineado, vem

apresentando caminhos para fazê-lo e o refazer dos integrantes das equipes de gestão da DDES/SESu/MEC, dos próprios apoiadores descentralizados e da Supervisão Acadêmica ao longo desses dois anos de atividades. As fragilidades da estratégia são identificadas e avaliadas, tornando-se oportunidades para a reflexão coletiva da prática e para a condução de experimentações de novos arranjos e pactos de gestão, norteados pela concepção de permanecer em constante construção, promover a horizontalidade das relações, valorizar a educação permanente e fortalecer a construção autônoma dos sujeitos no processo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A diversidade de realidades do território nacional, das Instituições Supervisoras e da formação dos atores do Apoio Institucional e da DDES/SESu/MEC tem oportunizado vivenciar e registrar experiências inovadoras de gestão, no âmbito do Ministério da Educação, as quais constituem a matéria prima da construção da Supervisão Acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

A GESTÃO DOS PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA – FORTALECENDO REDES E SOMANDO ESFORÇOS À SERVIÇO DOS USUÁRIOS

Caroline Dias Ferreira, Rodrigo Gomes Barreira

Palavras-chave: bolsa família, monitoramento

Os programas de transferência de renda são políticas públicas de caráter redistributivo e devem atingir a população que vive em situação de extrema pobreza. Sendo assim, objetivam minimizar o impacto da pobreza nas condições de vida da população através da transferência de recursos financeiros aos beneficiários. A situação de extrema pobreza é considerada quando a renda

per capita é menor ou igual a 70 reais. O Município do Rio de Janeiro no ano de 2010 instituiu o Cartão Família Carioca como programa de transferência de renda que tem como premissa utilizar o Cadastro Único do Governo Federal, somado ao benefício Programa Bolsa Família. Os Programas de Transferência de Renda possuem como um dos principais objetivos potencializarem o impacto das políticas públicas através da integração das mesmas, nesse sentido a saúde possui um papel fundamental. Para garantir a transferência de renda é necessário o acompanhamento de condicionalidades na saúde, educação e assistência social. A Coordenadoria de Atenção Primária da Área de Planejamento 5.3 (CAP 5.3) a partir da implantação do programa Cartão Família Carioca instituiu estratégias de monitoramento e avaliação do acompanhamento dos beneficiários residentes na área. Vale destacar que caso ocorra o descumprimento de condicionalidades os beneficiários podem sofrer sanções como advertência, bloqueio, suspensão ou até cancelamento do benefício. Objetivando reduzir o número de sanções dos beneficiários e, principalmente garantir o acompanhamento dessas famílias com vulnerabilidade, a CAP 5.3 empreende esforços a fim de fortalecer a gestão dos programas de transferência de renda no âmbito das unidades de Atenção Primária. Dentre as estratégias adotadas destaca-se a integração entre CAP, Coordenadoria Regional de Educação (CRE) e Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Tal integração ocorreu através de encontros para discussão de casos, firmarem-se acordos de cooperação mútua e divulgar as ações ocorridas na área. Outra estratégia adotada foi a Roda de Conversa com os profissionais das equipes de saúde da família, permitindo a capilarização das informações. Ainda como estratégia pode-se citar a utilização de diversos meios de

comunicação como: aplicativo de conversa; redes sociais; telefone e email permitindo celeridade para solução das demandas e otimização do tempo de resposta para dúvidas, oriundas das equipes de saúde da família que foram reportadas à CAP. Foram estabelecidas metas semanais de acompanhamento para o monitoramento das informações. As unidades recebiam um boletim de acompanhamento classificadas em ranking e com instruções de acordo com as necessidades de intensificação de ações que foram verificadas durante cada semana. O impacto dessas estratégias foi notório uma vez que a CAP 5.3 já obteve um máximo de 2.400 sanções para os residentes da área e após a adoção dessas estratégias reduziu as sanções para apenas 4. Esse relato de experiência considera que a integração da rede e o afimco monitoramento do acompanhamento, permitiram não somente a redução das sanções, mas a garantia da assistência da população vulnerável e conseqüente redução de riscos à saúde desses beneficiários.

A IMPORTÂNCIA DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NOS DISPOSITIVOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE OEIRAS-PI

Tiago da Rocha Oliveira, Danielle de Sousa Leal, Fábio Loiola da Silva, Jéssica Cristina Moraes de Araujo, Antonio Carlos Gonçalves de Carvalho, Érika Gracy Diniz Sousa, Eduardo Carvalho de Sousa

APRESENTAÇÃO: A organização do trabalho funciona diretamente no alcance de um objetivo que se define como qualidade, que vai da gestão à assistência humanizada. E para tal desempenho é preciso que se tenha profissionais preparados a atuarem na complexidade das organizações. Nesse contexto, adequa-se o projeto VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) que proporcionou

aos graduandos vivenciar a realidade do SUS, construindo um conceito ampliado de saúde através da observação das limitações e potencialidades de cada dispositivo de saúde visando à compreensão da articulação dos serviços. O estudo tem por objetivo relatar as afetações da realidade vivida nos dispositivos de saúde da cidade de Oeiras-PI. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Trata-se de um relato de experiência a partir de uma visita realizada aos dispositivos de saúde da cidade de Oeiras-PI, através do projeto VER-SUS Centro-Sul Piauiense, em agosto de 2015, que descreve a realidade encontrada pelos viventes por meio da observação. A visita ocorreu nas Unidades de Saúde, Hospital Regional e Secretaria Municipal de Saúde, nos quais os profissionais envolvidos relataram como funcionava cada setor, desde a organização à execução de cada atividade, demonstrando a importância da organização. **RESULTADOS:** A visita proporcionou identificar a complexidade dos dispositivos e observar quanto à articulação é essencial para se obter e ofertar qualidade não só para a comunidade/usuários, mas também para os próprios profissionais envolvidos. Embora o município se encontre em desenvolvimento, notou-se a organização dos serviços de saúde por meio das ações qualificadas que executam, facilitando a interação gestão-serviço-profissional-comunidade. Com tudo isso, percebeu-se a boa vontade de cada profissional em manter seu ambiente de trabalho mais humano e acolhedor agindo de forma individual e coletiva com o propósito de realizar dignamente sua função e desempenhar papel apoiador para minimizar as dificuldades da organização do trabalho. **Considerações finais:** Torna-se um verdadeiro desafio à gestão dos serviços de saúde ponderar o complexo de demandas e necessidades, fazendo-se necessário o avanço na busca de um ambiente onde os indivíduos possam produzir saúde

com competência e responsabilidade compreendendo que o essencial do trabalho começará na organização e na efetivação da articulação dos serviços. Tal afirmativa é evidenciada na cidade de Oeiras, que repassou segurança e confiança em cada dispositivo visitado, mostrando o quão forte deve ser a ligação entre os setores para que haja equilíbrio na capacidade de ação articulada entre a secretaria de saúde e as unidades de saúde.

A IN (GOVERNANÇA) DO FLUXO DO CÂNCER DE MAMA FEMININA NA NONA REGIÃO DE SAÚDE DE RUSSAS CEARÁ

Tereza Cristina Mota de Souza Alves

Palavras-chave: Câncer de Mama, Região de Saúde, Linha de cuidado, Governança

No Brasil o câncer de mama feminina é uma das principais causas de mortalidade em mulheres e no Ceará a taxa de mortalidade por câncer de mama feminina na região de saúde de Russas é de 16,5 maior até que a do Estado que é 11,8 (INCA 2014). Este trabalho se propôs a descrever a organização da linha do cuidado do câncer de mama na nona regional de saúde do Ceará com os pontos de atenção, identificando o que fragiliza as práticas do cuidado integral dentro de uma rede de atenção e ainda apontar uma proposta de intervenção ampla e coerente com a complexidade do problema fortalecendo o sistema de governança regional. O presente trabalho é de natureza quantitativa e qualitativa, já que trabalha tanto com os dados epidemiológicos como com achados, fenômenos e experiências vivenciadas. Os seus objetivos serão abordados dentro de alguns eixos principais com breves considerações sobre quadro epidemiológico do câncer de mama feminina, sobre o

processo de Regionalização do Ceará, sobre a organização dos cuidados direcionados ao câncer de mama na Região de Saúde de Russas e sobre os desafios para a criação e fortalecimento da linha do cuidado do câncer de mama e das propostas para o enfrentamento desses desafios dentro de uma rede de governança. Maior ênfase foi dada a intervenção do sistema de governança que permeia todos os pontos de atenção dessa linha de cuidado criando uma nova perspectiva de atender, assistir e cuidar. O principais resultados achados foram linha de cuidado fragmentada, pontos de atenção mal articulados, vazios assistenciais, sistemas de informação fragilizados, um sistema de governança sem informações epidemiológicas necessárias para a tomada de decisão e desarticulados.

A INSERÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO SEMINÁRIO DE GESTÃO – ACCOUNTABILITY – DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Fabiola Andrade Rodrigues, Renata Gomes Zuma, Rafaella Peixoto Oliveira

Palavras-chave: Accountability, Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Objetivando induzir práticas mais efetivas, eficazes e eficientes, em 2013 a Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro (SMS/RJ) passa a utilizar como estratégia o Seminário de Gestão Accountability. Sua proposta é analisar o trabalho desenvolvido ao longo do ano, identificar aspectos positivos e negativos do desempenho, encontrar oportunidades de desenvolvimento e melhoria dos profissionais de forma que eles saibam o que se espera, em termos de resultados, da sua atuação no território. Foram constituídos inicialmente pelos eixos acesso, eficiência e desempenho assistencial. Os indicadores

vinculados a cada eixo estavam expressos no contrato de gestão entre a SMS/RJ e as Organizações Sociais (OS) e eram de conhecimento dos membros das equipes. Com esse processo esperava-se induzir uma cultura avaliativa nas equipes de saúde da Família, rever processos e pactuar estratégias de alcance das metas não atingidas. Entendendo a importância dos NASF para o alcance de algumas metas prioritárias da SUBPAV/SMS – atualmente são 73 equipes NASF apoiando 911 ESF, distribuídas em diferentes Áreas de Planejamento – o NASF é inserido no Accountability em 2015 a partir de eixos estratégicos e em função da situação de vulnerabilidade que os usuários pertencentes a esse grupo se encontram. Por não ter indicadores contratualizados definidos, a CPNASF, em parceria com gestores da SMS/RJ e de apoiadores NASF, estabeleceu parâmetros indutores de melhoria de resultados, de qualificação da assistência e de apoio às ESF. Este trabalho objetiva, assim, descrever os agravos, situações de vulnerabilidade e as dimensões do processo de trabalho escolhidos pela Coordenação de Policlínicas e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (CPNASF), apresentando um panorama do NASF no município a partir dos dados consolidados do accountability da APS. Os aspectos relacionados ao acompanhamento/apoio do NASF às ESF mapeados no accountability foram: percentual de usuários com transtorno mental, em uso regular de psicotrópicos, dependentes ou em uso abusivo de álcool e/ou outras drogas, restritos ao leito e/ou ao domicílio, hipertensos e diabéticos dialisados, amputados ou com seqüela de AVC e beneficiários do Bolsa Família. Em relação ao processo de trabalho destacamos: composição da equipe, número de equipes matriciadas, participação do NASF nas reuniões de ESF, mapeamento das atividades das equipes NASF e gestão das listas do Sistema de Regulação (SISREG). A escolha

de determinados eixos e/ou situações prioritárias como parâmetros balizadores de um planejamento estratégico e de avaliação de desempenho das equipes significou preterir algumas questões em favor de outras. Os resultados refletem problemas no registro das ações, fragilidades no acompanhamento dos agravos prioritários e dificuldades no processo de trabalho entre eSF e NASF. Contudo, observou-se um grande número de ações voltadas para a prevenção, promoção da saúde e atividades educativas. Temos um longo caminho a percorrer em relação à qualificação dos registros que são a fonte de informação dos dados que compõem os indicadores, as listas dos usuários portadores dos agravos que devem ser considerados prioritários para a equipe NASF, integração e fluxo de comunicação com as eSF.

A INTEGRAÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UMA ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO

Renata C Jorge, Mara Cristina Ribeiro, Andréa Cristina Mello, Maria Giseli Ferreira, Nelson Almeida

Palavras-chave: Saúde bucal, Assistência Odontológica para Pessoas com Deficiências, Gestão, Rede de atenção à saúde

Este relato de experiência busca partilhar a vivência da Área Técnica de Saúde Bucal, da Superintendência de Atenção Básica, da Subsecretaria de Atenção à Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (ATSB/SAB/SAS/SES-RJ), no apoio institucional à estruturação da Saúde Bucal na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). A inserção da Saúde Bucal na RCPD foi instituída pela Portaria Ministerial nº 793, de 24 de abril de 2012,

através dos componentes Atenção Básica, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar. A SES-RJ, seguindo as orientações da referida Portaria, instituiu um Grupo Condutor Estadual da RCPD, coordenado pela Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação da SES-RJ, e constituído, dentre outros membros, por um técnico da SAB, representante da ATSB. A periodicidade das reuniões deste grupo é mensal, com pautas de coordenação e apoio na estruturação da Rede no estado. No âmbito da Atenção Básica em Saúde Bucal, a Rede se propõe a qualificar o atendimento odontológico aos portadores de deficiência. Neste sentido, o Ministério da Saúde em parceria com a UNASUS/UFPE ofertou o Curso de Capacitação da Atenção e Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência para todo o Brasil, disponibilizando vagas para Auxiliares, Técnicos de Saúde Bucal e Dentistas. A organização do curso neste estado foi realizada pela ATSB/SAB/SAS/SES-RJ e pelo Coordenador Estadual da Capacitação, promovendo o apoio à parte teórica em Ambiente Virtual de Aprendizagem e a estruturação e desenvolvimento de quarenta horas de atividades práticas em ambiente clínico. Na primeira turma do curso foram certificados 175 profissionais no estado e, na segunda turma, 29 profissionais estão realizando a parte prática, totalizando 202 profissionais qualificados para a atenção odontológica a pacientes portadores de deficiência. No âmbito da Atenção Especializada, a Portaria Ministerial nº 1341, de 29 de junho de 2012, estabelece incentivo adicional de 20% do valor de custeio mensal para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) que realizem a adesão à RCPD. Atualmente, no estado, 33 CEO's solicitaram a adesão à Rede e disponibilizam 40 horas semanais para atendimento exclusivo a pessoas com deficiência nestas unidades de saúde. No âmbito da Atenção Hospitalar,

a Rede propõe a ampliação do acesso e atendimento a estes pacientes sob sedação ou anestesia geral em centros cirúrgicos. No estado, a ATSB/SAB/SAS/SES-RJ realizou um diagnóstico com as 09 regiões de saúde para identificar na rede de serviços os hospitais que já realizavam este atendimento ou novas unidades que poderiam realizá-los e propôs pactuação de referências nas Comissões Intergestores Regional (CIR) e Bipartite (CIB). Atualmente, o estado apresenta 13 hospitais de referência para atender aos 92 municípios. Em suma, esta experiência de estruturação da Rede no estado tem sido bastante construtiva, tanto para a equipe da ATSB, pela rica oportunidade de apoiar institucionalmente os municípios e regiões de saúde em mais este espaço, quanto para a SES-RJ, pelo seu fortalecimento e continuidade de articulação entre os entes federados.

A OUVIDORIA COMO ELEMENTO ESTRATÉGICO NA SAÚDE PÚBLICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Simone Alves de Carvalho

Palavras-chave: ouvidoria, comunicação pública, comunicação estratégica

Este artigo apresenta a ouvidoria no setor de saúde pública, suas funções e seu uso estratégico no atendimento ao cidadão. O objetivo é apresentar a realidade da ouvidoria como setor de apoio ao serviço público e desmitificar a visão negativa da mesma. A metodologia utilizada é o relato de experiência do período em que exerci a função de Ouvidora em um grande hospital público do estado de São Paulo, cujo nome não será explicitado por questões éticas. Esse relato de experiência encobre o período de 2 anos, nos quais foram registradas todas as queixas, elogios e solicitações recebidas pela ouvidoria pelos

diversos meios de comunicação disponíveis. Os gráficos e quadros resultantes do trabalho oferecem uma visualização de fácil compreensão e assimilação. Como efeitos percebidos na função de ouvidora, destaca-se a necessidade de aprofundar a disciplina de comunicação interpessoal nos cursos de graduação e especialização de todas as profissões que lidam diretamente com pessoas. Na área de saúde, os profissionais que tratam a parte clínica dos pacientes, como médicos e enfermeiros, devem refletir sobre a importância que essa comunicação tem para o resultado positivo do tratamento, porque, se o paciente não entender alguma instrução médica, ele vai fazer errado, o que pode ser prejudicial à sua condição clínica. As equipes de apoio administrativo também devem se preocupar com a comunicação interpessoal, pois o atendimento é iniciado com um telefonema ou um pedido de informação no próprio hospital, e a percepção positiva ou negativa do paciente se dá a partir desse primeiro contato. Observa-se que a ouvidoria deve ser entendida como estratégica para a criação de políticas públicas de saúde, pois ela detém informações sobre as necessidades da população. O problema do funcionalismo público é real e também um fator desmotivador, pois não está previsto um plano de carreira, promoções e premiações, como em organizações privadas. Entretanto, as pessoas devem estar imbuídas de senso de responsabilidade e entender que aquele espaço é de uso público, tendo os cidadãos o direito de receber um atendimento de qualidade em todos os setores. A ouvidoria tem um papel importante que, embora já tenha sido conquistado legalmente, deve ainda ser legitimado pelas organizações de saúde e compreendido como uma ferramenta estratégica para a melhoria dos processos.

A PRÁTICA DO REIKI NA SAÚDE DO TRABALHADOR: UMA EXPERIÊNCIA NA AP 3.2 - RJ

Fernanda da Motta Afonso, Silvia Eurides Soares Veiga, Claudia Nastari, Gloria Maria Lenine do Couto Ribeiro Afonso, Renata Lameira Barros, Roulien Jorge Camargo de Souza, Sandra Solange de Moraes Alves, Silvana dos Santos Barreto

Palavras-chave: Reiki, saúde do trabalhador, práticas integrativas e complementares

APRESENTAÇÃO: Atualmente algumas unidades básicas de saúde pertencentes à Coordenadoria de Atenção Primária pertencente às regiões de Inhaúma, Méier e Jacarezinho no município do Rio de Janeiro (CAP 3.2/SMS/RJ) oferecem Práticas Integrativas e Complementares (PIC) a seus usuários. Sendo assim, a CAP 3.2 tem como meta ampliar e incluir outras práticas como Reflexologia podal, Shiatsu e Reiki, para seus funcionários e usuários. Incorporar e implementar a PIC no SUS, com ênfase na atenção básica, tem o intuito de focar o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. Em oficinas anteriores os psicólogos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) captaram estresse e ansiedade no ambiente de trabalho da CAP 3.2, principalmente com os profissionais que trabalham na rua (agentes de controle de endemia e de vigilância em saúde). Nesse sentido, a partir de uma parceria da CAP 3.2 com o Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD) tem sido realizados atendimentos de Reiki para os funcionários da CAP 3.2 e do HMCD desde setembro de 2014. **OBJETIVOS:** O objetivo deste projeto é diminuir a carga de estresse e ansiedade dos profissionais de saúde. **METODOLOGIA:** O atendimento de Reiki acontece uma vez por semana por terapeutas voluntários no ambulatório do HMCD. A técnica Reiki é aplicada com toques

suaves pelo corpo em pontos energéticos, apresenta baixo custo, é sutil, sem precisar tocar no indivíduo. **RESULTADOS:** Os efeitos são percebidos já ao fim da primeira sessão e tem apresentado muito boa aceitação pelos profissionais. O Reiki é uma prática integrativa e complementar, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde que tem como objetivo manter e recuperar a saúde física, emocional, mental; melhorar o sistema imunológico; ampliar a energia, a concentração; liberar tensões e intensificar habilidades do corpo, promovendo calma e bem estar aos profissionais. Em 1 ano já foram realizados 150 atendimentos, contemplando 62 funcionários. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Incluir a PIC no dia a dia dos profissionais de saúde, dentro do seu local de trabalho, pode auxiliá-los a obter resultados concretos na prevenção de doenças, favorecer a melhoria do seu estilo de vida e fortalecer o processo de trabalho da PIC junto aos usuários nas unidades básicas de saúde.

A VIVÊNCIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE NA DESCENTRALIZAÇÃO DO TRATAMENTO DE HIV

Marsam Alves de Teixeira, Rejane Malaggi, Arthur Alves de Teixeira, Deise Rocha Réus, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: HIV, descentralização, atenção básica

APRESENTAÇÃO: O sistema de saúde brasileiro é orientado à descentralização, no entanto a descentralização das políticas e ações em HIV/AIDS é um dos maiores desafios brasileiros para a sustentabilidade da resposta a este problema. O modelo de atendimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) em serviços especializados mostrou-se eficaz até um dado momento

da epidemia, no entanto com o avanço do cuidado e a consequente “cronificação” do HIV, identifica-se a necessidade de se pensar em alternativas mais efetivas ao combate da infecção. Configurando-se como a capital com a maior incidência de HIV do país e tendo aproximadamente 2% de sua população infectada pelo vírus do HIV, em 2012, Porto Alegre realiza a descentralização e implementação dos Testes Rápidos de HIV nos serviços de Atenção Básica (AB) e vem investindo no sentido de descentralizar o tratamento e acompanhamento dos pacientes com HIV. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Em 2014 inicia-se a sensibilização/ capacitação de profissionais médicos da AB através de rounds técnicos com vistas à capacitá-los a tratar pacientes com contagem de Linfócitos T-CD4 > 350 células/mm³, e assintomáticos. Pacientes sintomáticos, crianças, gestantes, e coinfectados com tuberculose, hepatite B ou C, são encaminhados ao serviço de referência. **RESULTADOS:** A descentralização do manejo dos PVHA é um tema polêmico, estando os profissionais e usuários divididos quanto aos benefícios da descentralização, havendo a necessidade de avaliar a adesão do paciente, a eficácia, e o manejo dos efeitos adversos da nova terapia antirretroviral (3 em 1), no entanto a experiência tem mostrando-se exitosa, já que em nível de gestão tem se mostrado ágil, acessível, e exequível. **CONCLUSÃO:** A partir do entendimento da proposta de descentralização do tratamento de usuários com HIV, cada vez mais serviços da AB se interessam e se propõe a realizar este acompanhamento, havendo hoje um crescente de unidades capacitadas, e usuários em acompanhamento na AB. Evidenciamos a importância de pesquisas que avaliem e monitorem este processo.

AGENDA DO ASSISTENTE SOCIAL COMO INSTRUMENTO DE REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Ana Cristina dos Santos Melo Ireno

Palavras-chave: Agenda, Assistente Social, Processo trabalho, Resolutividade

APRESENTAÇÃO: O trabalho consiste em relatar a experiência vivenciada enquanto assessora técnica do Serviço Social, no Serviço de Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde – SESFACS, ligado à Coordenadoria de Atenção Básica – CAB da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Campo Grande-MS. A partir da implantação da carga horária de 30 horas semanais dos assistentes sociais no ano de 2013, verificou-se a necessidade de reorganização da Agenda dos profissionais no sentido de fortalecer o processo de trabalho na Atenção Básica, pautado no documento “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde” (CFESS-2010). DESENVOLVIMENTO: A proposta de reorganização do processo de trabalho a partir da implantação de um novo modelo de Agenda foi desenvolvida de forma a provocar o profissional para um novo olhar sobre a prática desenvolvida pelos assistentes sociais das Unidades Básicas de Saúde. As atribuições dos profissionais do Serviço Social, sejam realizadas na Saúde ou em outro setor, são norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional. Na saúde, dispõe de ângulos particulares, o olhar global, do todo, muitas vezes a equipe tem dificuldade de entendimento do trabalho deste profissional, daí a importância da realização das reuniões interdisciplinares, rodas de conversa para proposição e avaliação das ações, apresentou-se a Agenda, a qual foi construída de forma

compartilhada a partir das necessidades de demandas das Unidades, das equipes e das famílias de seu território. Foram realizadas reuniões com os assistentes sociais-gerentes técnicos dos Distritos Sanitários e o Setor HumanizaSUS para construção compartilhada, contribuição com ideias, sugestões e práticas. Organizou-se rodas de conversa, encontros e capacitações com os assistentes sociais da Atenção Básica, com o intuito de apresentar a proposta e discutir o novo modelo de Agenda, como foco: demandas judiciais, acompanhamentos de casos de violências, instrumentos de apoio técnico. Realizou-se visitas técnicas nas Unidades para acompanhamento e avaliação da Agenda. RESULTADOS: A implantação da Agenda tem proporcionado suporte técnico e avaliação do processo de trabalho do assistente social frente às demandas nas Unidades e melhor entendimento das atribuições do profissional por parte das equipes. Nas visitas técnicas, verificamos que o profissional quando planeja e organiza a sua Agenda compartilhadamente com as equipes consegue ampliar o olhar e potencializar suas ações no sentido de garantir o atendimento com foco nas principais demandas, estas inerentes ao Serviço Social, como os atendimentos domiciliares, prioritários às vulnerabilidades, resultando em estudos de casos com as equipes e rede socioassistencial, consultas compartilhadas, espaços para grupos e acolhimento. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Constatou-se que com a nova reorganização da Agenda contemplando às 30 horas semanais, que o profissional quando empoderado por este instrumento, tem uma maior resolutividade diante das inúmeras demandas, reflexão da ação e critérios que impulsionam reuniões e rodas de conversa entre as equipes repensando no contexto e fatores sociais, que impactam no processo saúde-doença das famílias.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: A INFLUÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA VISITA DOMICILIAR EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DA BAHIA

Luis Rogério Cosme Silva Santos, Edilene Cândido Rocha, Matheus do Vale Andrade, Natália Farias Barbosa, Thaíssa Fernandes de Souza Soares, Ariele Gonçalves Nascimento

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde (ACS), Planejamento em Saúde, Visita Domiciliar

APRESENTAÇÃO: Este estudo apresenta uma análise dos reflexos da organização do trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) e a sua influência no cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no município de Vitória da Conquista, Bahia. Nesse contexto, entende-se o ACS como sujeito na produção da saúde no território, submetido às determinações sociopolíticas e de gestão. A Visita Domiciliar (VD) é percebida como uma estratégia fundamental que propicia novas abordagens do cuidado, com ênfase em um novo paradigma da atenção à saúde. Trata-se de um projeto universitário de extensão, realizado pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, no período de 08 de junho a 01 de julho de 2015, com os seguintes objetivos: a) identificar o grau de autonomia dos agentes na definição de metas e prioridades no contexto da Unidade de Saúde da Família (USF) a qual estão vinculados; b) analisar a coerência das intervenções quanto às metas propostas pela gestão (planejamento) e as necessidades sociais das famílias acompanhadas pelos agentes; c) capacitar os ACS visando melhor desempenho na abordagem domiciliar. DESENVOLVIMENTO (método): O projeto de extensão constou de três etapas (módulos), antecedidas por

uma oficina temática para levantamento de problemas e elaboração de intervenções para melhor adequação do processo de trabalho do ACS à realidade territorial. A oficina, que antecedeu a capacitação modular, possibilitou o desenvolvimento de estratégias pedagógicas compatíveis com as potencialidades e fragilidades apontadas pelos agentes com o intuito de atender aos objetivos propostos. Os ACS construíram um “varal de problemas”, tendo por esteio a experiência individual e coletiva, seguido da proposição de alternativas, balizadas pelos responsáveis pela execução do projeto. RESULTADOS: Constatou-se forte hierarquia na definição do processo de trabalho dos ACS. Em cadeia, prepondera baixa autonomia dos agentes na definição do processo de trabalho no Programa de Saúde da Família (PSF). Observou-se insatisfação quanto às condições de trabalho e com a qualidade da VD, por conta da dinâmica socioespacial, bem como a impossibilidade para o alcance de metas extemporâneas, definidas pelo nível hierárquico superior (verticalização). Ouviram-se relatos sobre a fragilização do trabalho coletivo e autocobrança interna e externa do grupo pelo não alcance das metas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O modo como o trabalho está organizado na APS (planejamento do cuidado) é um fator que interfere na autonomia dos agentes quanto ao processo de trabalho em sua área de atuação e compromete a qualidade da visita domiciliar.

AMBIÊNCIA FÍSICA DO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PERNAMBUCO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Milena Kelry da Silva Gonçalves, Maria Rafaela Amorim de Araújo, Mariana Ferreira de Souza, Mariana Paula Silva Vasconcelos, Mariane Silva Tavares, Marília Samapio de

Araújo, Emanuela Batista Ferreira, Dayane da Rocha Pimentel

Palavras-chave: Enfermagem de Centro Cirúrgico, Ambiente de Instituições de Saúde, Centro Cirúrgico Hospitalar

O Centro Cirúrgico (CC) é definido como um conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas e a recuperação pós-operatória imediata, cuja disposição deve promover a facilidade de acesso aos pacientes críticos oriundos da emergência, UTI e internação. Divide-se em três áreas: Não restrita; Semirrestrita e Restrita. A estrutura física dos estabelecimentos de saúde é regulamentada por normas que visam o perfeito desenvolvimento das atividades e a segurança de funcionários e pacientes. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) N° 50/2011, regulamenta a estruturação, reforma e planejamento de CC com o intuito de prestar assistência efetiva ao paciente. Este trabalho objetivou analisar o CC de um Hospital Universitário localizado em Recife/PE, confrontando-o com as exigências contidas na RDC 50/2011. Trata-se de um relato de experiência, acerca da disciplina de CC da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, realizada no período de Maio a Junho de 2015 na cidade do Recife/PE. Para coleta de dados utilizou-se um roteiro observacional semi-estruturado, aplicado em cinco visitas ao CC, com duração de três horas, da unidade supracitada. O hospital em estudo possui seis Salas de Operação (SO) que constituem a Área Restrita do CC. No piso do CC observaram-se remendos que podem provocar contaminação patogênica, enquanto que deveria ser liso, resistente e de fácil limpeza, e não possuir fissuras. O aparelho de ar condicionado split mostra-se inadequado, pois deveria ser uma central de ar. Os ambientes do entorno da SO deveriam possuir 50% da luminância

da mesma, com aumento gradativo da luminosidade em sua direção, aspecto não constatado. Um único corredor de acesso mostra-se adequado, porquanto promove o cruzamento do fluxo de pessoal e materiais esterilizados com aqueles contaminados, potencializando o risco de contaminação cruzada. A instalação elétrica apresenta-se exposta e com tomadas próximas ao piso, quando deveria ser embutida e com 1,5 m de altura, respectivamente. O lavabo deve ser próximo à SO, dotado de pia com torneiras, escovas e antissépticos; com acionamento de água e antissépticos realizado sem o uso das mãos. Observou-se que as torneiras não guardam distância adequada entre si (1m). A localização do vestiário deve anteceder as áreas Crítica, Semirrestrita e Restrita, posto que deva ser o acesso exclusivo ao CC, por ser destinado à troca de vestimentas e colocação dos Equipamentos de Proteção Individual. Este recinto apresentou disposição adequada e divisão para ambos os gêneros, além de sanitários. No ambiente externo ao CC (Área Não restrita) há sanitários e uma copa, quando o ideal seria estar localizada na Área Semirrestrita ou inserida no CC. A sala de recepção de pacientes localiza-se na entrada do Bloco Cirúrgico e a Sala de Descanso dos Profissionais deve ser localizada em local estratégico para evitar a exposição ao meio contaminado externo. Devido às diversas incoerências observadas na Unidade, recomenda-se a adequação do projeto arquitetônico em conformidade com a legislação vigente e as políticas de segurança do paciente. Ao que cabe aos profissionais de enfermagem a contribuição ativa no planejamento físico e estruturação organizacional do setor, concorrendo para a melhoria da qualidade dos serviços praticados.

APOIO INSTITUCIONAL COMO ESTRATÉGIA DE MUDANÇA DO MODELO DE GESTÃO E ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

Aline de Oliveira Costa, Adriana Lima Lopes Melo, Analia Cunha Pupo, Antonio Rodrigues Ferreira Júnior, Maria Esther Albuquerque Vilela

Palavras-chave: Apoio Institucional, parto e nascimento, cogestão

APRESENTAÇÃO: Segundo Brasil (2005) a educação à distância (EaD) é uma modalidade educacional na qual a mediação didático - pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com estudantes e professores desenvolvendo atividades educativas em lugares ou tempos diversos. Os ambientes virtuais de colaboração e aprendizagem constituem uma densa rede de inter-relações entre pessoas, práticas, valores, hábitos, crenças e tecnologias em um contexto de aprendizagem, formando uma ecologia da informação (NARDI, 1999). No ensino à distância o aluno é o centro do processo de aprendizagem e deve ser levado a desenvolver habilidades para o trabalho independente, para a tomada de decisões e esforço autorresponsável; o professor deve desenvolver no aluno a capacidade de selecionar informações, de refletir e decidir por si mesmo. É preciso lembrar que o professor deve ser, antes de qualquer coisa, um eterno estudante, pois não é o dono do conhecimento, ele é, sim, melhor conhecedor dos caminhos que levam a esse conhecimento (CHERMANN E BONINI, 2000). Para Delors (2001) o professor deve estabelecer uma nova relação com quem está aprendendo, passar do papel de 'solista' ao de 'acompanhante', tornando-se não mais alguém que transmite conhecimentos, mas aquele que ajuda os seus alunos

a encontrar, organizar e gerir o saber, guiando, mas não modelando os espíritos, e demonstrando grande firmeza quanto aos valores fundamentais que devem orientar toda a vida. Com relação ao tutor, Araújo e Figueiredo (2009), afirmam que ele é a figura responsável pela incessante comunicação que encadeia o processo de ensino e aprendizagem. Belloni (2003) destaca que o tutor deve ter a capacidade para interagir com os conteúdos e com o material didático disponibilizado e dinamizado durante um curso à distância, utilizar-se de estratégias de orientação, realizar as intervenções didáticas com a frequência necessária e ter disponibilidade para estimular a autonomia e a emancipação do aluno. Tendo em vista a expansão da tecnologia, voltada ao contexto educacional no mundo contemporâneo, torna-se de extrema relevância estudar o processo de ensino-aprendizagem envolvido nestes ambientes virtuais. Portanto, este estudo trata de uma pesquisa que buscou verificar quais as contribuições da aprendizagem colaborativa para a Educação à Distância (EaD) enfocando o professor, tutor e aluno, como principais atores envolvidos neste processo. O objetivo geral consistiu em identificar as contribuições que a aprendizagem colaborativa na EAD proporciona ao professor, tutor e aluno no processo de ensino-aprendizagem em ambientes virtuais. Os objetivos específicos buscaram-se identificar as contribuições que a aprendizagem colaborativa na EAD proporciona para o professor no processo de ensino-aprendizagem em ambientes virtuais; identificar as contribuições que a aprendizagem colaborativa na EAD proporciona para o tutor no processo de ensino-aprendizagem em ambientes virtuais; identificar as contribuições que a aprendizagem colaborativa na EAD proporciona para o aluno no processo de ensino-aprendizagem em ambientes virtuais. DESENVOLVIMENTO: A presente

pesquisa foi desenvolvida por meio de uma revisão bibliográfica, retrospectiva, compreendendo os meses entre Abril e Julho, do ano de 2013. Para levantamento dos dados bibliográficos foi considerado o período entre 1996 e 2013, ano este de finalização do trabalho. A busca pelos referenciais teóricos foi realizada pela internet, através de artigos científicos disponíveis nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library Online). RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Embora existam estudos que abordem a temática da EAD no Brasil, quando se fala em contribuições da aprendizagem colaborativa, enfocando os diversos sujeitos envolvidos no processo (professor, tutor e aluno), percebe-se que esse tema ainda é pouco estudado. Verificar as contribuições que a aprendizagem colaborativa na EAD proporciona ao professor, tutor e aluno no processo de ensino aprendizagem em ambientes virtuais tornam-se importante, pois assim, foi possível entender que o processo de ensino aprendizagem constitui-se num saber coletivo, onde cada sujeito tem seu papel muito bem definido quando se trata de ensino à distância. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A modalidade de EaD ganha, a cada dia, mais espaço com o reflexo dos benefícios do uso da Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) na educação e as mudanças significativas nas estratégias de ensino aprendizagem. O momento é de transformação na educação e trabalhar com as tecnologias e com as novas propostas contribui para a criação de um novo momento, rompendo com metodologias tradicionais e instrucionistas (RODRIGUES E CAPELLINI, 2012). Conclui-se, com este estudo, que o ambiente de aprendizagem colaborativa favorece o processo de ensino aprendizagem do grupo, possibilitando a troca de saberes, o interacionismo e a capacidade criativa e autônoma dos envolvidos.

ARTICULAÇÕES SOCIAIS QUE DESENVOLVEM MELHORIAS NO DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO DE DST'S/ HIV E HEPATITES VIRAIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernanda Moraes Santos, Bruna Lula Panelli

Palavras-chave: gestão, articulações, educação continuada

HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da aids, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. (Ministério da Saúde, 2002). Visto isto, este presente estudo tem com tema as articulações sociais que desenvolvem melhorias no diagnóstico e prevenção de DST's/HIV e hepatites virais. Trata-se de um relato de experiência da gestão do CTA/SAE do município de Candeias que tem como objetivo evidenciar as ações feitas a partir de associações e articulações com diversos serviços dentre eles: atenção básica, Associação de LGBT, profissionais do sexo, programa de saúde na escola, sejam elas em campanhas de maior destaque em datas festivas ou no cotidiano da promoção à saúde. A partir de um plano de programações de saúde que dispõem as diretrizes, objetivos e ações que o programa realizará no decorrer do ano. Este plano gera um relatório de gestão pelo qual o Ministério da saúde avalia a manutenção/diminuição/aumento ou suspensão da verba de incentivo cedida ao município. A partir deste fato, notou-se um aumento no diagnóstico da sífilis, HIV, hepatites B e C, através da articulação com a atenção básica e descentralização da realização de teste rápido 15 unidades de PSF e realização de mutirão de testes rápidos em eventos e feiras de saúde. Assim como a diminuição da transmissão vertical de HIV e Sífilis Congênita no município por conta do diagnóstico prévio na gestação, e acompanhamento

das gestantes. Além disso, a realização de atividades educativas disseminando conhecimento para diversas faixas etárias e diferentes vias de comunicação, que garante um maior acesso dos usuários ao serviço e principalmente fomenta a prevenção da disseminação de tais patologias. Destaco que o serviço de CTA/SAE Candeias não dispõe de UDM (Unidade Dispensadora de Medicamento de ARTV – Antiretrovirais) as retiradas precisam ser feitas na unidade de referência do município que fica em Salvador, sendo realizada pelo próprio paciente que se responsabilizar em ir pegá-los na data correta, o que eventualmente causa falhas no tratamento. Este é o maior desafio que a gestão encontra neste momento. Diante da complexidade do serviço, pelo estigma social que as DST'S carregam, desencadeando preconceito e exclusão, torna-se necessário traçar um planejamento que desmitifique e informe a real situação, assegure a realização do tratamento e que certifique os direitos dos usuários. Diante desta problemática, concluo que garantir articulações seja uma excelente estratégia e que a educação continuada da população que vá além da distribuição de preservativos, mas que traga informações pertinentes às patologias seja a alternativa mais eficiente para a diminuição da transmissão de tais DST'S.

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM HOSPITAIS NORTE-RIO-GRANDENSES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nathanny Ferreira Moutinho, Gérson da Silva, Laiza Oliveira Mendes de Melo, Luiz Eduardo Lima de Andrade, Zenewton André da Silva Gama

Palavras-chave: Segurança do Paciente, Cultura Organizacional, Gerenciamento de Segurança, Qualidade da Assistência à Saúde

Apresentação: A cultura de segurança é definida como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e proficiência da administração de uma organização saudável e segura¹. O primeiro passo para se estabelecer uma cultura de segurança efetiva em uma organização de saúde é avaliar a cultura corrente². Nos serviços de saúde brasileiros, a cultura de segurança foi considerada responsabilidade prioritária dos Núcleos de Segurança do Paciente, segundo a RDC ANVISA nº 36 de 2013. Sua avaliação periódica é essencial para promovê-la e favorecer a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é descrever a experiência da avaliação da Cultura de Segurança em Hospitais Norte-rio-grandenses de diferentes tipos de gestão. Desenvolvimento do trabalho: O instrumento de coleta foi o Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) adaptado ao contexto brasileiro^{4,5} da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)⁶. A avaliação foi realizada por meio de dispositivos eletrônicos: tablets e smartphones, contendo o software: E-questionário, de avaliação da Cultura de segurança hospitalar. A avaliação foi realizada com profissionais de ensino médio e superior, que possuíam vínculo ativo em cada um dos hospitais participantes. Participaram da pesquisa cinco hospitais de diferentes tipos de gestão a saber: três públicos federais, dois públicos estaduais e um privado. Além de questões socioprofissionais, o questionário englobava: uma pergunta global sobre a segurança do paciente no entorno; número de incidentes ou eventos notificados no último ano; e 42 questões referentes à percepção de segurança divididas em 12 dimensões da Cultura de Segurança do Paciente. Resultados: Participaram um total de 863 profissionais. Foi possível

fazer a descrição dos pontos fortes e oportunidades de melhoria da Cultura de Segurança em cada um dos hospitais, a partir do percentual de respostas negativas, neutras e positivas, bem como da frequência de eventos adversos notificados em cada hospital, a percepção de segurança dos profissionais e as Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança. Ao final da pesquisa em cada um dos hospitais, foi entregue um relatório com propostas que podem servir para desenhar estratégias de melhoria para o Hospital. Considerações Finais: Esta experiência nos permitiu vivenciar a rotina dos hospitais, analisar a cultura de segurança de cada instituição avaliada e, com base nessa avaliação, ver as principais fortalezas e fragilidades que os hospitais possuem e com isto propor prováveis intervenções que possam melhorar a cultura de segurança local. Também, os dados coletados, servirão de base para o desenvolvimento de futuros trabalhos científicos, focados na comparação da cultura de segurança segundo o tipo de gestão hospitalar.

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM O SERVIÇO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Amanda Brito de Freitas, Mariana Günther Borges, Bibiana de Oliveira Pavim, Luciana Barcellos Teixeira, Jéssica Hilário de Lima

Palavras-chave: pesquisa de satisfação, gestão, organização do trabalho

APRESENTAÇÃO: A pesquisa de satisfação é uma ótima ferramenta de gestão nos serviços públicos de saúde, pois permite obter dados que identificam os elementos importantes para a implementação de melhoria dos serviços ofertados, os principais problemas e o grau de satisfação dos usuários. Com este objetivo, foi

realizada uma pesquisa de satisfação em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre. METODOLOGIA: Foi desenvolvido um instrumento auto-aplicável, contendo 8 questões objetivas e um espaço aberto para opiniões, sugestões e críticas, a qual estava à disposição dos usuários na recepção da unidade de setembro de 2014 a janeiro de 2015. Avaliou-se a qualidade dos serviços por categorias, o atendimento recebido em geral, a resolutividade das demandas dos usuários pela equipe e os itens mais importantes para a satisfação com o serviço. Para a melhor compreensão dos usuários, foi utilizada uma escala própria: ótimo, bom, regular e ruim. RESULTADOS: Do total de 68 fichas analisadas, 52% dos usuários consideraram bom o atendimento e 88% estão satisfeitos com a resolução das demandas. Entre os serviços prestados, 52% consideraram ótimo o atendimento da enfermagem, 35% consideraram ótimo e 35% consideraram bom o atendimento médico e 39% consideraram ótimo o trabalho dos agentes comunitários. Os itens considerados mais importantes para a satisfação na unidade foram a capacidade para resolver problemas (31%) e a agilidade no atendimento (27%). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Este trabalho permitiu entender a visão do usuário em relação ao serviço, algo que é relevante para a qualificação do trabalho desenvolvido na Unidade de Saúde. Obter bons resultados em torno desta ferramenta e saber que o que tem sido feito no Serviço de Saúde se constitui como um dispositivo disparador para novas melhorias. De uma forma geral, a avaliação da unidade e dos serviços prestados foi considerada positiva (ótimo e bom) pelos usuários, totalizando mais de 60% para cada categoria. Entendemos que manter este tipo de avaliação será essencial para oferecer um serviço de qualidade ao usuário, podendo desta forma aproximar o profissional à comunidade e o serviço ao usuário.

AVALIANDO A AVALIAÇÃO: UM OLHAR PLURAL SOBRE O PMAQ EM MATO GROSSO DO SUL

Fernando Pierette Ferrari, Francly Webster Andrade Pereira, Karine Cavalcante da Costa, Adriana Correia de Lima, Janainne Moraes Vilela Escobar

Palavras-chave: PMAQ, Avaliação, Educação Permanente em Saúde

APRESENTAÇÃO: A Secretaria do Estado de Saúde do MS em parceria com o DAB/MS e o COSEMS/MS realizou a II Oficina do PMAQ em outubro de 2015, quando com a participação de membros da própria secretaria, representantes do Ministério da Saúde, UFMS, FIOCRUZ e técnicos das secretarias municipais do Estado propuseram um olhar coletivo sobre os dois primeiros ciclos do PMAQ - programa de avaliação e monitoramento do acesso e da qualidade da atenção básica/MS, com a finalidade de propor ajustes no processo, que contribuam com o fortalecimento da proposta. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Após a apresentação de dados referentes aos dois primeiros ciclos, quanto à participação dos municípios, foi aberta uma rodada de avaliação, quando os representantes municipais puderam colocar sua experiência, dirimir as dúvidas, dialogar entre os diferentes atores envolvidos no processo, e especialmente, trocar informações entre as diferentes realidades apresentadas. Este processo foi aberto e todas as colocações foram consolidadas num extrato apresentado no mesmo dia aos participantes, sendo validada pelos mesmos. RESULTADOS: Foi possível observar que o PMAQ já pode ser colocado como uma política de Estado, tendo como diretriz a implementação da cultura avaliativa de serviços de saúde no Brasil, de caráter formativo e qualificador. Este processo tem produzido encontros entre equipes, gestão, usuários, avaliadores, e universidades com

potência de Educação Permanente e com capacidade de produzir uma análise crítica e reflexiva do processo de trabalho, do trabalho em equipe e do serviço oferecido à população. Foram identificadas mudanças significativas positivamente no processo de trabalho das equipes, bem como melhor integração entre os membros destas equipes. Ainda alavancou a constituição de coordenadorias de Atenção Básica em muitos municípios, bem como a criação de cargos de apoiadores institucionais nas redes municipais de saúde. Foram relatos incrementos significativos na infraestrutura e em muitos casos, na remuneração profissional. Apresentam-se com maior irregularidade, as formas de repasse ou não (em alguns casos) do aporte financeiro para os trabalhadores. Esta diferenciação, como também, a ausência de processo dialógico entre gestão e trabalhadores, é identificada como a maior fragilidade, sendo gerador de tensão entre gestores e profissionais de serviço. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Importante ressaltar que a Educação Permanente e o Trabalho em Equipe apareçam fortalecidos nesse processo. Entende-se que a orientação para a normatização do aporte financeiro para os trabalhadores deva ser reforçada, assim como, a contribuição da academia em ofertar formação de facilitadores pedagógicos inseridos no cotidiano dos serviços para a qualificação da EPS, além de reafirmar o PMAQ como importante política de fortalecimento da Atenção Básica no País.

COMITÊ DE GESTÃO DA QUALIDADE DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Viviane Torqueti Feliserto Souza, Luciane Aparecida Pereira de Lima, Gabriel Valdes

Palavras-chave: Serviços de Enfermagem, Gestão da Qualidade, Planejamento e Administração em Saúde

O objetivo desse trabalho é apresentar um relato de experiência da constituição e participação colegiada do Comitê de Gestão da Qualidade do Serviço de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande /MS, a partir da resolução municipal de criação em 2012. O Comitê é constituído por 64 enfermeiros da Rede Municipal de Saúde de forma voluntária e com encontros mensais, formado pelos Colegiados: de Portadores de Feridas, Atenção Primária à Saúde, Urgência Pré-Hospitalar Fixa e Móvel, Enfermagem Especializada e Sistematização da Assistência de Enfermagem. A vivência nos encontros do Comitê através do método da roda possibilitou arranjos de organização do trabalho em enfermagem, gerando oportunidades de discussão e tomada de decisão de forma coletiva. Onde o projeto de intervenção de cada colegiado está gerando participação cogridas pela própria enfermagem no âmbito local dos serviços de saúde e pelo Serviço de Enfermagem no âmbito municipal. A cogestão no Comitê tem proporcionado o desenvolvimento de normatização e protocolos de enfermagem. Reconhecimento dos seus registros pelos demais integrantes da equipe de saúde, bem como a produção da vida através de múltiplas conexões entre a própria enfermagem nos diversos colegiados. O Comitê está no exercício de promover e praticar espaços com autograu de criatividade, autonomia, protagonismo, contagiando e contratualizando boas práticas em enfermagem baseadas na qualidade, humanização da gestão, educação e assistência de enfermagem.

COMO UM SERVIÇO UNIVERSITÁRIO ISOLADO POTENCIALIZOU A ORGANIZAÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADOS NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Carolina Lazzarotto-Silva, Leonardo Planetel

Lugarinho, Mara Demier, Maria Giseli Leite Ferreira, Beatriz Pessanha Gonçalves, Cristina Tavares, Nelson Cardoso Mesquita, Mônica Martins Almeida

Palavras-chave: Anomalias Craniofaciais, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Linha de Cuidados

Como resposta às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência, o MS propôs a organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), baseada na sua inclusão à rede de serviços existente, envolvendo desde a Atenção Básica até os serviços de reabilitação e de cuidados especializados. Considerando que as anomalias craniofaciais (AC) impõem um significativo impacto sobre a fala, audição, aparência e cognição, e influenciam de modo prolongado a saúde e integração social do portador, a SES-RJ vem trabalhando a integração do Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais (CTAC) à RCPD através do desenho de uma linha de cuidados às AC. O CTAC localiza-se em uma policlínica universitária e oferece estrutura interdisciplinar completa para o tratamento de fissura labial (lábio leporino), separação do lábio superior em duas partes, e da fissura palatina, as mais frequentes AC. Como um serviço universitário, sua articulação dentro do SUS é um desafio, ainda mais em uma rede de atenção. A partir da avaliação de outras linhas de cuidados, foi proposto um plano de ação para o desenho da linha de cuidado para AC no ERJ, envolvendo 3 macroprocessos principais, Diagnóstico da Situação, Planejamento e Gestão, e Redes Intra e Intersetoriais. O plano está sendo detalhado pelo grupo gestor da linha de cuidado e suas ações implementadas. Espera-se com esse trabalho organizar o atendimento aos portadores de AC no ERJ, além de fortalecer a organização da RCPD a partir de linhas de cuidado para cada tipo de deficiência nela abrigada.

CONSELHO SETORIAL: UMA ESTRATÉGIA DE GESTÃO COMPARTILHADA

Marilene Barros de Melo, Ana Flávia Flávia Quintão, Adilson Silvestre da Silva, Cristiana Ferreira Jardim de Miranda, Luciana Souza D'ávila, Juliana Lúcia Costa Santos, Anísia Valéria Chaves e Silva, Cleinir de Souza Gomes

Palavras-chave: Conselho Setorial, Gestão do Trabalho, Pesquisa em Saúde

A Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais implementou Conselhos Setoriais nas diversas instituições que integram o Sistema Estadual de Saúde. Trata-se de um espaço estratégico para pensar coletivamente o processo de trabalho em reuniões mensais voltadas à discussão, planejamento e tomada de decisões. Leva em consideração as especificidades e necessidades dos diferentes setores. Este trabalho visa analisar criticamente a experiência da Superintendência de Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESPMG) no período de abril a setembro de 2015. A metodologia da reunião é definida pelo setor responsável pela sua realização, utilizando diferentes estratégias como rodas de conversar, leituras de textos, relatos de experiência, elaboração de fluxos de trabalho. Constatou-se que o Conselho como uma instância de gestão colegiada, democrático-participativa constitui um locus privilegiado de articulação dos diferentes sujeitos da equipe da pesquisa, valorizando seus saberes e autonomia em torno dos microprocessos da escola e, vinculando a teoria à prática. E, em seu caráter de transversalidade em relação à ESPMG aproxima a prática em pesquisa aos referenciais que subsidiam a Educação Permanente em Saúde (EPS), problematizando as situações vivenciadas, tentando resolvê-las com base nos princípios da alteridade, da cooperação e da

solidariedade. Os integrantes da pesquisa reconhecem que as reuniões possibilitam o relato do pesquisador que “vai a campo” e se depara com as necessidades reais, a complexidade e o dinamismo dos diversos cenários. Condições que enriquecem o espaço formal do Conselho e favorecem a captação de dimensões técnica, ética e política, a ruptura dos limites no entorno das profissões, ampliando as possibilidades de conexão entre as mesmas, a tecitura das mudanças e da autogestão dos processos de trabalho. Essenciais, para a criação de estratégias diante a uma instituição fragilizada em termos de condições de trabalho e relações interpessoais. Conclui-se que os Conselhos têm-se consolidado como ‘encontros’ no mundo do trabalho em saúde, favorecendo a pluralidade nos processos interpretativos e de circulação dos diversos saberes que permeiam as práticas na escola e têm assumido uma importância fundamental para legitimar o “fazer” cotidiano.

CONSTRUÇÃO COLETIVA: ESTRATÉGIA DIALÓGICA PARA A RECONSTRUÇÃO DA REALIDADE

Jéssica Lorrane Silva Moreira, Luciana Alves Silveira Monteiro, Jaqueline Marques Lara Barata

Palavras-chave: Humanização em saúde, Construção coletiva, Gestão em saúde

APRESENTAÇÃO: Ao considerar os modelos de gestão centralizados e verticais, a presença marcante do modelo biomédico, do estabelecimento de relações de trabalho precárias, juntamente com o despreparo dos profissionais para lidar com os aspectos subjetivos dos indivíduos, percebe-se a necessidade de convocar os trabalhadores a olharem para os processos de trabalho, em busca de estratégias que promovam mudança

na forma de produzir saúde. Visto que os profissionais de saúde dominam diversas técnicas e tecnologias, mas incapazes, em sua maioria, de lidar com a subjetividade e a diversidade cultural e interpessoal, torna-se relevante promover a ampliação de espaços democráticos de discussão e de decisões coletivas. Ressalta-se que essa prática afeta diretamente o modo de prestar assistência ao usuário e influencia positivamente na satisfação dos trabalhadores. O presente estudo tem por objetivo promover espaços para a construção coletiva e dialógica de estratégias voltadas para o aprimoramento das relações interpessoais, recursos, área física e processos organizacionais tanto nas unidades administrativas, quanto nos setores assistenciais e de apoio.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência desenvolvido pelo setor de Humanização em um hospital de grande porte no cenário mineiro, onde foram realizadas rodas de conversa desde Abril/2015 com servidores e profissionais de apoio. Foram confeccionadas como estratégias “caixas de ideias”, buscando-se canalizar a expressão do colaborador através da escrita, através de sugestões, ideias e questionamentos, na tentativa detectar necessidades e potencialidades existentes no processo de trabalho. Após a confecção das caixas, houve apresentação do projeto aos coordenadores, e distribuição destas nos respectivos setores. As manifestações foram recolhidas, analisadas e categorizadas em uma planilha contemplando itens como área física, relações interpessoais, recursos, processo de trabalho e sugestões. Após o agrupamento dos relatos, foram realizadas rodas de conversa com a presença dos profissionais e coordenadores dos andares, objetivando estabelecer espaços coletivos de “ofertas e demandas”. As rodas ocorreram em horário de trabalho e o número de participantes variou de acordo com a dinâmica do andar.

IMPACTOS: Com o intuito de problematizar situações inerentes ao cotidiano, a estratégia implementada, bem como as rodas de conversa possibilitaram uma análise coletiva junto daqueles que vivenciam os dilemas cotidianos. Tal ação repercutiu positivamente junto aos colaboradores participantes, uma vez que a construção coletiva torna-se um canal assertivo de comunicação entre trabalhadores e gestores. Percebeu-se também, que a insatisfação dos profissionais não é resultado somente da insuficiência das soluções pontuais, mas, principalmente, do modo como os problemas frequentemente são concebidos e colocados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Considerando a complexidade da organização de trabalho, a intervenção representa um instrumento favorável para que o profissional possa compreender a sua realidade de forma consciente, buscando soluções concretas e apontando mudança. Ressalta-se que a utilização das tecnologias leves na gestão do trabalho privilegia a reorientação do modelo, mediante valorização do outro e ampliação da capacidade de análise das pessoas. Nessa perspectiva, implementar um diálogo horizontal, articulado com um clima organizacional influencia nos comportamentos do indivíduo na organização.

CONSTRUINDO GESTÃO COMPARTILHADA: A EXPERIÊNCIA DA COORDENAÇÃO DE POLICLÍNICAS E NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Fabiola Andrade Rodrigues, Renata Gomes Zuma, Rafaella Peixoto

Palavras-chave: Grupo de Trabalho, Gestão Compartilhada, Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Os Grupos de Trabalho (GT) são ferramentas de interação, troca de informação, sensibilização e debate sobre aspectos e objetivos que um determinado grupo tenha em comum. Podem ser fonte de inspiração e um espaço importante para a proposição e elaboração de uma agenda compartilhada com a gestão a partir de necessidades identificadas. A Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro (SMS/RJ) possui 73 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) apoiando 911 equipes de saúde da família (ESF). Os NASFs, na SMS/RJ, estão sob a Coordenação de Policlínicas e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (CPNASF) e conta com apoiadores cuja função é fazer a gestão local das equipes NASF do seu território. No intuito de propiciar uma maior identidade de propósito entre as duas instâncias gestoras do NASF – apoiadores e CPNASF –, identificou-se o GTNASF, um espaço de encontro já instituído regularmente, como um arranjo com forte potencial de exercício da gestão compartilhada e participativa. O objetivo desse trabalho é descrever a experiência da CPNASF no fortalecimento do GTNASF enquanto um dispositivo para a gestão compartilhada. Um dos papéis do apoiador, presente nas reuniões do GTNASF, é mediar a contratualização e a pactuação entre a CPNASF e os profissionais das equipes NASF do território. Para que isso aconteça sem que conflitos e discordâncias sejam levados para o interior dos serviços é necessário o máximo possível de concordância entre estratégias, objetivos traçados, seleção de prioridades, compreensão de indicadores, alcance de resultados e metas. Dessa forma, a CPNASF, construiu, a partir das demandas trazidas pelos apoiadores e coordenação, temáticas que fariam parte do GTNASF de 2015 por eixos que induzissem ao máximo esse processo de compartilhamento de propósitos. Essa construção aconteceu no último encontro do GTNASF de 2014. A

partir de quatro eixos temáticos atrelados a perguntas disparadoras, a coordenação elaborou, juntamente com os apoiadores, uma matriz FOFA correspondente a cada eixo. O objetivo foi identificar as dificuldades do grupo e construir uma agenda que abordasse suas fragilidades no intuito de minimizá-las. Quando disponibilizamos o GT para a construção de uma agenda coletiva que contemplasse os interesses dos apoiadores e da CPNASF percebemos que iniciamos um processo de reflexão no grupo sobre o seu papel enquanto apoiador. A partir daí, durante a construção da matriz, percebemos o surgimento de alguns eixos que não haviam sido considerados como possibilidade temática para o GT do ano de 2015. Interpretamos isso como o reconhecimento do espaço GTNASF como confiável e colaborativo, onde fragilidades e discordâncias podem ser expostas. Consideramos que a construção de espaços de co-gestão é um processo que não se esgota e requer amadurecimento direcionado ao pensar e fazer coletivo. Esse caráter ‘inconclusivo’ exige vigilância permanente dos gestores para que não haja retrocesso nas mudanças alcançadas no modo de gestão.

CONSULTORES E-SUS AB: A ESTRATÉGIA DE APOIO À IMPLANTAÇÃO DOS SISTEMAS E-SUS AB POR MEIO DE CONSULTORES EXTERNOS

Ana Claudia Cielo, Mara Lucia Costa, Virgínia Fava, Vanessa Lora, Igor de Carvalho Gomes, Adriana Kitajima, Tatiana Estrela

Palavras-chave: e-SUS AB, estratégia de implantação, consultores e-SUS AB

APRESENTAÇÃO: O Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), instituído pela Portaria GM nº 1.412, de 10 de julho de 2013, é o novo sistema de

informação da Atenção Básica (AB) que substitui o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A captação das informações do SISAB é realizada por meio de dois softwares: (1) Coleta de Dados Simplificada (CDS), com registro por meio de fichas; e (2) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), com a metodologia de Registro Clínico Orientado à Problemas (RCOP) e a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP-2). A Estratégia e-SUS AB operacionaliza a coleta de dados, busca reduzir o trabalho burocrático, ampliar a cultura do uso da informação para a gestão e o cuidado em saúde, aumentando a eficiência das equipes e aprimorando o cuidado às pessoas. Considerando o universo da rede de serviços na AB e a natural curva de aprendizagem na utilização de novas tecnologias, a implantação da Estratégia e-SUS AB apresenta desafios que demandam investimentos de curto, médio e longo prazos em relação à informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e à oferta de qualificação para os profissionais. Diante desse quadro, fez-se necessária a ampliação da oferta de estratégias de apoio à implantação do e-SUSAB pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), para as mais diferentes realidades do país, em especial, para os municípios que ainda não haviam iniciado a implantação. OBJETIVO: Apresentar a estratégia de consultores externos para apoio aos municípios na implantação do e-SUS AB. DESENVOLVIMENTO: Realizou-se um processo seletivo com mais de 2.000 candidatos inscritos, desses foram selecionados e qualificados 22 consultores, para oferecer apoio presencial em ações de implantação dos sistemas e-SUS AB, CDS e/ou PEC de acordo com o cenário local, em 1.087 municípios de 19 estados do país. Os municípios foram selecionados a partir dos seguintes critérios: municípios com profissionais Mais Médicos; municípios contemplados no Plano Nacional de

Banda Larga; municípios com situação de implantação do e-SUS AB não iniciado ou incipiente no ano de 2014 e municípios que não estavam contemplados em outras estratégias ofertadas pelo MS. O trabalho dos consultores consiste em realizar visitas aos municípios para auxiliar o gestor municipal na decisão do cenário de implantação, instalar o software na Secretaria Municipal de Saúde e nas UBS e realizar oficinas sobre a utilização do e-SUS AB para profissionais das equipes. RESULTADOS: Até outubro de 2015, foram visitados 73,9% (721) municípios. Os consultores identificaram que 10,2% (111) dos municípios possuem sistema próprio e não receberam visita. Ainda 63,5% das equipes dos municípios visitados enviaram dados regularmente no último trimestre para o SISAB. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir da oferta capilarizada de apoio presencial para a instalação do software e qualificação dos profissionais da AB, com disponibilidade de atendimento à distância, contempla todo o processo de planejamento, execução e análise para a implantação de um sistema de informação.

CONTRATO DE GESTÃO: UMA FERRAMENTA PARA A GESTÃO BASEADA NO PLANEJAMENTO

Ligia Botelho

Palavras-chave: Contrato de gestão, planejamento, responsabilização

APRESENTAÇÃO: O contrato de gestão é um projeto inspirado na pactuação de metas do município e consiste de maneira bem clara no repasse desta pactuação com o Estado para as equipes de estratégia de Saúde da Família. A metodologia utilizada para a execução do projeto se deu da seguinte maneira: Após a pactuação do município para os indicadores 2015 a Superintendência de Atenção Básica reuniu em um Grupo de

Trabalho Semanal várias Superintendências da Saúde como a Superintendência de Planejamento, a Superintendência de Vigilância, a Coordenação de Saúde Bucal e o Departamento de Ações Programáticas para definir em conjunto os indicadores e metas para as equipes bem como as ações esperadas para o alcance das metas. METODOLOGIA: Foram definidos 07 (sete) indicadores a saber: 1) Cobertura de exames citopatológico em mulheres de 25 a 59 anos; 2) Recém-nascidos de mães com 7 consultas ou mais de pré-natal; 3) Cobertura de acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família; 4) Internações sensíveis a atenção básica; 5) Número de exodontias em relação à procedimentos preventivos; 6) Cobertura Vacinal e, 7) Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos e população da mesma faixa etária. Após a eleição dos indicadores e definição de metas para as equipes foram elaboradas em conjunto as ações a serem desenvolvidas para as equipes e esse material produzido compilado em um contrato de gestão. Para maior clareza da ação está previsto um Seminário de Metas e Indicadores com todas as unidades de Saúde da Família da Rede para discussão com as equipes dos itens e cláusulas do contrato, bem como as formas de cálculo de cada indicador. RESULTADOS: Os resultados da experiência ainda não foram colhidos pois o projeto ainda encontra-se em fase de implantação. Está previsto um estudo comparativo da produtividade das equipes como forma de avaliação do projeto a partir de março de 2016 por comparação com o mesmo período do ano anterior respeitado o período de adaptação de 03 (três) meses do contrato e ajustes necessários das partes envolvidas. Espera-se com o projeto aumentar o nível de responsabilização das equipes por seu território; melhorar indicadores específicos eleitos pelo município; empoderar as

equipes de estratégia de saúde da família no que concerne à micro gestão; refletir positivamente no planejamento das agendas das equipes e, em última análise, melhorar a assistência prestada ao usuário.

COORDENADORA DO CONTROLE, AUDITORIA, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO NO MUNICÍPIO DE BARROQUINHA

Vanessa Silva Farias, Tatiana Rodrigues Macedo Costa, Mariana Machado Matos Ibiapina, Ana Mara Farias Melo, Aristotenis Silva Farias, Clarissa Maria Tomas Farias, Antonia dos Navegantes Ferreira Oliveira

Palavras-chave: Coeficiente Gerla de Mortalidade, Avaliação, indicador de impacto

Esse trabalho trata-se de um relato de experiência na avaliação do coeficiente geral de mortalidade do município de Barroquinha de 2003 a 2013. Tendo por objetivo avaliar a informação dos óbitos, identificando os números de óbitos ocorridos anualmente, tendo por parâmetro mínimo a taxa bruta de mortalidade superior ou igual a 4,4 por mil habitantes, em Municípios com população inferior a 50.000 habitantes, segundo as recomendações da Portaria do Ministério da Saúde nº 201 de 03 de Novembro de 2010. Diante do período avaliado, constatou-se que em três anos consecutivos o CGM mínimo não foi alcançado, diante disso, nos anos seguintes foram realizadas buscas ativas de registro de óbitos em cartórios, cemitérios e unidades de saúde. Com o levantamento dos registros, percebeu-se um acréscimo em torno de 35% dos registros óbitos. Assim, podemos concluir que o Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM, não apresentava a situação real dos óbitos do município, devido à falta de inserção das declarações de óbitos no sistema.

DO TERRITÓRIO À ACADEMIA: A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO CENTRO DE ATENÇÃO À JUVENTUDE (CAJU), EM SALVADOR, BAHIA

Maria Beatriz Barreto do Carmo

Palavras-chave: saúde mental, juventude, interdisciplinaridade, extensão universitária

O Centro de Atenção à Juventude (CAJU) é uma proposta interdisciplinar de espaço dialógico para promoção da saúde mental do jovem, onde o mesmo possa identificar e desenvolver suas potencialidades como sujeito de sua história, como cidadão atento aos cuidados com sua saúde mental. Configura-se como um serviço de extensão universitária, ligado ao Curso de Psicologia da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), situada na cidade de Salvador, Bahia. Na atualidade, alguns fatores justificam a importância de serviços e políticas públicas direcionadas à juventude, tais como: prevalência elevada e uma forte influência negativa do sofrimento mental no jovem, na sua família, na comunidade e na sociedade; ausência de programas destinados a informar ao público, às famílias e aos jovens sobre a saúde mental em uma perspectiva do desenvolvimento humano; além do potencial para estruturação de serviços de prevenção e tratamento específicos para essa população. Diante deste cenário, o objetivo geral do CAJU é promover a saúde mental de jovens baianos de 15 a 29 anos dentro da perspectiva ampliada de saúde e dos direitos humanos, alinhadas com as políticas públicas e movimentos sociais voltados para a juventude. As ações se dão por meio da arte, cultura e cidadania, através de trabalhos em grupo e individuais e, quatro linhas de ação serão desenvolvidas em longo prazo: 1) Promoção, prevenção e assistência ao jovem; 2) No âmbito acadêmico-científico, o

desenvolvimento de pesquisas com o tema da juventude; 3) Mobilização em torno de Políticas Públicas ligadas à juventude; 4) Educação permanente para profissionais da rede nas áreas de saúde e educação. O diálogo com a juventude e a sensibilidade às suas demandas, coloca-se como um dos pontos de partida, optou-se por uma tecnologia de implantação do referido Centro que favorecesse o protagonismo da juventude na construção da proposta. Neste sentido, foi realizado um Fórum de discussões composto por grupos de trabalho temáticos divididos em cinco eixos: saúde mental, educação e cidadania, cultura, sexualidade e gênero, cidade e mobilidade. Os grupos foram mistos e compostos por jovens de diversos Coletivos organizados da cidade de Salvador, todos voltados ao protagonismo juvenil, ligados à arte, poesia, vídeo e urbanismo, música e mobilização social comunitária; além disso, compuseram também os GTs jovens universitários de diversas formações na área da saúde, da própria EBMSP e de outras Instituições de ensino superior locais. Como resultado, ao fim das discussões em cada grupo de trabalho, em torno de um tema motivador, produziu-se um mapa conceitual para subsidiar a etapa inicial de implantação do CAJU, atualmente em curso. Espera-se que a proposta de implantação cumpra seus objetivos éticos e políticos, dialogando com as demandas da própria juventude, seja possível.

E-SUS AB/SISAB: NOVOS INDICADORES DE SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA

Mara Lucia Costa, Virginia Maria Fava, Thais Alessa Leite, Adriana Kitajima, Igor Carvalho Gomes, Vanessa Lora, Ana Claudia Cielo, Tatiana Silva Estrela

Palavras-chave: Atenção Básica, Sistema de Informação em Saúde, Indicadores de Saúde

APRESENTAÇÃO: O Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS) assumiu o compromisso de reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com o objetivo de qualificar a informação em saúde e de otimizar o uso dessas informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos. A essa reestruturação deu-se o nome de Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), com a implantação do novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Em consonância com a reestruturação do sistema, faz-se necessária a elaboração de novos indicadores de saúde que possibilitem mensurar o processo de trabalho das equipes de saúde e auxiliem os profissionais e gestores nas ações de planejamento, avaliação e tomada de decisão. **OBJETIVO:** Apresentar o processo de elaboração dos indicadores para monitoramento das políticas e programas de saúde no âmbito da Atenção Básica, a partir dos dados do SISAB. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Iniciou-se a discussão dos novos indicadores de saúde da AB em dois momentos. No primeiro momento, foi realizada uma oficina de dois dias, em Abril/2015, com a presença de todas as áreas técnicas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) e a participação de convidados externos, dentre eles pesquisadores e gestores municipais. Os participantes foram divididos em quatro grupos temáticos/eixos que guardam relação com princípios da Atenção Primária à Saúde – acesso e continuidade do cuidado, resolutividade, coordenação do cuidado e abrangência da oferta de serviços – a fim de proporem marcadores/indicadores de saúde relacionados aos eixos. No segundo momento, foram realizadas quatro oficinas, uma para cada eixo, com as áreas técnicas da SAS/MS, a fim de produzir e validar os marcadores/indicadores produzidos no primeiro momento e propor novos indicadores. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:**

A partir da primeira oficina, houve consenso entre os participantes de que as unidades e serviços devem ser avaliados para além das áreas programáticas, possibilitando uma visão integral da Atenção Básica. Nessas oficinas, os marcadores/indicadores foram refinados junto com as áreas técnicas da SAS/MS, e um total de 32 indicadores foram propostos, sendo 12 do eixo de acesso e continuidade do cuidado; 8 do eixo de coordenação do cuidado; 6 do eixo de resolutividade e; 4 do eixo de abrangência de ofertas de serviços. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O momento de reestruturação do sistema de informação para a Atenção Básica possibilitou uma ampla reflexão e discussão acerca de novos indicadores de saúde. Constitui-se um desafio a ser enfrentada a qualificação dos registros dos dados no sistema, bem como o papel da informação e do conhecimento nos processos de trabalho e organização das equipes.

E-SUS ATENÇÃO BÁSICA COMO ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Rafaela Cavalcanti Lira

Palavras-chave: Saúde da Família, Atenção Básica, SISAB

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Ministério da Saúde para reestruturar as informações da atenção primária à saúde (APS), substituindo-se gradativamente o atual sistema da AB (SIAB) por um novo sistema de informação, o SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Desta forma, outros sistemas com dados originados na atenção primária serão alimentados automaticamente pelas informações inseridas no SISAB, não requerendo alimentar esta base em separado, reduzindo a carga de trabalho empenhada na coleta, inserção, gestão e uso da informação na APS. Este trabalho

tem por objetivo relatar a experiência de implantação inicial do e-SUS AB no município de Paulista que está localizado no litoral norte Pernambucano, sendo pertencente à Mesorregião Metropolitana do Recife e possui uma população em aproximadamente 319.769 habitantes. Para operacionalizar a implantação do e-SUS AB no município foi instituído um Grupo de Trabalho (GT) responsável pela elaboração e condução do Plano de implantação do e-SUS AB nas Equipes de Saúde da família (ESF), tal plano foi composto das seguintes etapas: criação do GT, sensibilização dos gestores e profissionais da área técnica, capacitação de profissionais e monitoramento do processo de implantação. Foram realizadas 40 oficinas em todas as Unidades de saúde (USF e PACS) com participação de todos os profissionais, apresentando o sistema e todas as fichas que serão utilizadas no cotidiano da unidade, além de capacitar os profissionais do Núcleo de Apoio a saúde da família (NASF) e os digitadores responsáveis pela alimentação das informações no SISAB. Apresentação do projeto para os gestores e início imediato da implantação com treinamentos e instalação dos computadores na secretaria de saúde. Acreditamos importante mostrar para todas as superintendências da gestão municipal a importância deste sistema. Foi necessário, trabalhar com a sensibilização esclarecendo quanto à necessidade e importância do uso do cartão nacional de saúde (CNS). Diante desta realidade, a Secretaria Municipal de Saúde de Paulista se reorganizou, descentralizando e ampliando os locais que fazem CNS para as policlínicas e centros de saúde. A experiência de implantação do e-SUS AB irá contribuir para a organização dos serviços do SUS e melhorar a qualidade da atenção à população, porém ainda há muitos desafios para a completa utilização dessa nova ferramenta, como por exemplo, informatização da saúde, distribuição das fichas para todos os profissionais, melhoria na conectividade com a internet e por fim utilização do prontuário eletrônico.

EDUCASAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E DISPONIBILIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Aliriane Ferreira Almeida

Palavras-chave: Gestão da Informação, Informação em Saúde, EducaSaúde

Este relato de experiência é sobre as atividades realizadas dentro da proposta de estruturação de um setor de Gestão da Informação desenvolvidas no Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde). Dentro desta perspectiva de ações, o EducaSaúde pauta-se na ideia de que a produção dos saberes não corresponde apenas à construção do conhecimento, mas às práticas de conhecer. O EducaSaúde tem como proposta a realização de estudos e pesquisas sobre formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e a pesquisa-ação acoplada à Educação Permanente em Saúde. A Informação em Saúde precisa ser pensada dentro dos seguintes critérios: Informação atualizada; Informação oportuna; Informação confiável; Informação de qualidade; Informação acessível. Partindo disto, a Gestão da Informação dentro do EducaSaúde constrói-se abraçando os fluxos de informação dentro do Núcleo, o que perpassa a organização documental - o que diz respeito com padronização de documentos, sua circulação, produção e arquivamento, tanto digitais quanto físicos. Nesta área já foram definidos modelos de documentação para o Núcleo, foi dado auxílio na elaboração de Normativas visando facilitar o fluxo da informação a ser repassada para o público, foi feita análise para proposta da estruturação de uma rede compartilhada de arquivos e está sendo desenvolvida uma política de Gestão Documental, também foi feita a revisão de textos para publicação e revisão de material didático com adequação às normas ABNT e Vancouver. Além destas,

também estão previstas atividades de auxílio relacionadas à pesquisa e produção científica – levantamento da produção científica, orientações para bases de dados, fontes de informação, produção de trabalho acadêmico, currículo lattes, oficinas que envolvam as temáticas e proporcionem espaços de discussão sobre a Informação em Saúde Coletiva/Produção científica em Saúde Coletiva. O levantamento da produção científica está em andamento e já foi disponibilizada no site do Núcleo - Seção “Comunicação e Informação” através de links para os TCCs dos cursos ligados ao EducaSaúde e também a produção científica dos professores e pesquisadores relacionados (estão disponíveis no site a produção revisada de 05 professores); também no site foram compartilhados materiais com orientação para formatação de livros e TCCs e o levantamento de fontes de informação na área da Educação e Saúde com a disponibilização dessas fontes também na mesma seção do site (categorias: Bibliotecas e bases de dados, Repositórios, Fontes Institucionais, Normas para TCCs, artigos e outros, Periódicos Científicos, Metodologia Científica etc). Também foram feitas pesquisas sobre Direito Autoral e elaborado material de consulta interna sobre a Lei de Direito Autoral e Direito Autoral no Ensino à Distância. Entre os projetos apresentados para análise do Núcleo está a consolidação de uma Sala de Estudo, promovendo o acervo especializado de 1000 itens e que irá somar às demais atividades. Entende-se que a Gestão da Informação dentro de um espaço é a semente que soma para o seu desenvolvimento e qualificação.

ELABORAÇÃO DE RELATÓRIO SOBRE RESOLUTIVIDADE PARA AS EQUIPES PARTICIPANTES DO PMAQ

Thais Alessa Leite, Aliadne Castorina Soares de Sousa, Pauline Cristine Cavalcanti

Palavras-chave: resolutividade, PMAQ, equipes de atenção básica

APRESENTAÇÃO: Com o intuito de elaborar análises mais qualitativas sobre os dados coletados no 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e subsidiar gestores e equipes na organização do trabalho na Atenção Básica, foram desenvolvidos relatórios analíticos. O objetivo desse trabalho é descrever o processo de elaboração do relatório sobre resolutividade e oferta de ações pelas equipes e destacar os achados mais relevantes. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Ao finalizar o 2º ciclo do programa, observou-se a necessidade de aprimorar a forma de divulgação dos dados para as equipes e gestores da Atenção Básica. Além de disponibilizar informações descritivas sobre a participação de cada município no programa (com dados sobre número de equipes participantes, certificação das mesmas, desempenho nos indicadores de saúde e subdimensões da avaliação externa), estruturaram-se grandes eixos para análise e discussão, considerando sua relevância para a efetivação da Atenção Básica. Ao elaborar o relatório analítico sobre resolutividade e oferta de ações pelas equipes, a equipe do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde considerou três eixos principais: capacidade clínica e de cuidado das equipes; uso de recursos tecnológicos e protocolos clínicos e de encaminhamento; oferta de ações pelas equipes. A partir desses eixos, selecionaram-se as principais variáveis do instrumento de avaliação externa relacionadas aos mesmos e recorreram-se à literatura, políticas e experiências que embasassem a discussão. **RESULTADOS:** Durante a análise dos resultados e elaboração do relatório observou-se que parte importante das equipes de atenção básica atuam de maneira focada em áreas estratégicas, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica anterior,

de 2006. Apesar disso, quase a totalidade das equipes participa de ações de educação permanente e as ações dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família contribuem para a redução de encaminhamentos desnecessários. Ainda é preciso avançar na elaboração de protocolos com diretrizes de atenção e encaminhamento, avaliar o impacto e custo da incorporação de algumas tecnologias terapêuticas/diagnósticas e o uso de prontuário eletrônico. O relatório será disponibilizado no Portal do Gestor, do DAB. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A atual Política Nacional de Atenção Básica preconiza que os serviços de saúde devem se organizar para assumir a função central de acolher e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. Existem inúmeras ferramentas capazes de ampliar o escopo de atuação das equipes de Atenção Básica e dar suporte para a resolução e/ou acompanhamento de casos complexos. Tais ferramentas como telessaúde, protocolos de encaminhamento, diretrizes de atenção, prontuário eletrônico estão acessíveis, porém distribuídas de forma heterogênea no país. Outros investimentos em infraestrutura, equipamentos e medicamentos na Atenção Básica também possibilitam um aumento de resolutividade das equipes. Por fim, considerando que a maioria das equipes participa de momentos de educação permanente, é importante que essas atividades propiciem aos profissionais o aprimoramento constante de sua capacidade de análise das situações e de intervenção.

ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO SOBRE ACESSO E ORGANIZAÇÃO DA AGENDA DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PARTICIPANTES DO PMAQ

Aliadne Castorina Soares de Sousa, Pauline Cristine Cavalcanti, Thais Alessa Leite

APRESENTAÇÃO: O relatório de Acesso e Organização da Agenda das equipes de Atenção Básica (AB) foi elaborado a partir de análises qualitativas sobre os dados provenientes do banco de dados do 2º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Esse material tem o intuito de apoiar gestores e equipes de AB na reflexão sobre seus processos de trabalho e na organização dos serviços de saúde e faz parte das estratégias do Ministério da Saúde (MS) para a divulgação dos resultados do 2º ciclo do PMAQ. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O acesso aos serviços de saúde consiste num importante desafio para consolidação da AB como porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Dados coletados por meio da avaliação externa do PMAQ evidenciaram a persistência de uma grande lacuna para a garantia do acesso. Mesmo que quase a totalidade das equipes afirmem realizar acolhimento à população, um número bastante reduzido o faz durante todos os dias da semana, em todos os turnos de atendimento da Unidade de Saúde. Este relatório apresenta resultados das equipes participantes no programa e de satisfação do usuário relacionados ao acesso ao serviço e acolhimento, horário de funcionamento, organização da agenda das equipes, forma de marcação das consultas; propõe questões para diálogo e reflexão sobre os temas abordados; compartilha experiências locais sobre estratégias de organização do serviço; sinaliza para as equipes pontos que podem ser aprimorados e materiais de apoio. O relatório estará disponível no Portal do Gestor do Departamento de Atenção Básica/MS. **RESULTADOS:** Observou-se que parte

importante das equipes de AB apresenta dificuldades em equacionar ações voltadas ao cuidado programado às condições crônicas e à demanda espontânea. O relatório traz reflexões sobre esta questão e dicas práticas de como estruturar o serviço e facilitar o acesso do cidadão com diferentes demandas: consultas individuais, esclarecimento de dúvidas, apresentação de resultados de exames, participação em atividades de promoção e prevenção. O relatório tem linguagem simples, clara e faz conexão de análises sobre temas que na prática estão inter-relacionados, visando facilitar a compreensão sobre o resultado alcançado. Por fim, as recomendações para cada equipe se baseiam nos pontos de fragilidade verificados nos tópicos trabalhados no relatório. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O principal objetivo do PMAQ é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável. Com o acúmulo de dois ciclos do programa, evidenciou-se a importância de aprimorar as reflexões sobre a AB e os materiais publicizados com os resultados alcançados. Entende-se que esse relatório criado a partir de um método qualitativo é potente indutor de processos de mudança com foco na ampliação do acesso e a qualidade da AB. Após o uso dos relatórios pelas equipes e gestores, será possível estudar e compreender a potência desta ferramenta para o cotidiano dos serviços.

ENCONTRO LOCORREGIONAL DO PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA (PROVAB): ESTRATÉGIA DE GESTÃO PARA CONSTRUIR PRÁTICAS EDUCATIVAS

Anderson Freitas de Santana, Maria Clara da Silva Guimarães, Maria Ferreira Bittencourt, Mariangela Costa Vieira

Palavras-chave: Gestão, Educação Permanente, Atenção Básica

Buscando ampliação de acesso, em 2011 os Ministérios da Saúde e da Educação resolvem investir no PROVAB. Programa concebido como uma das estratégias de indução ao provimento e fixação de enfermeiros, odontólogos e médicos na Atenção Básica, em municípios com carência desses profissionais, em áreas de extrema pobreza e periferias das regiões metropolitanas (BRASIL, 2011). Para gerir os componentes do PROVAB (Formação, Educação Permanente, qualificação das Práticas assistenciais e de Produção do cuidado), o Estado da Bahia, que adotou como um dos pilares de sua política de saúde a gestão solidária e o fortalecimento da Atenção Básica, apostou nos seguintes dispositivos: Apoio Institucional, Coordenação Descentralizada da Supervisão do PROVAB e Comissão Coordenadora Estadual (com representação de médicos do PROVAB e Consultoria Jurídica). Nesse sentido, a Coordenação da Supervisão do PROVAB formulou diretrizes para orientar o processo de trabalho dos supervisores e a atuação junto ao médico e sua equipe. A supervisão tem o objetivo de prestar ajuda técnica no planejamento, desenvolvimento e avaliação da atenção à saúde, tendo em vista o resultado das ações desenvolvidas, o melhor desempenho profissional e o aprimoramento permanente do processo de trabalho da equipe em saúde. O objetivo do trabalho foi apresentar o Encontro Locorregional (ELR) como espaço de educação permanente para médicos, supervisores e gestores municipais com a finalidade de proporcionar a construção coletiva de conhecimentos e o compartilhamento de experiências que visem qualificar o processo de trabalho e atenção à saúde. O ELR é um componente do programa, este é realizado duas vezes ao ano em nove macrorregiões do Estado da Bahia, dividido em quatro

momentos: Exposição dialogada sobre um tema clínico e/ou do processo de trabalho conforme necessidades dos médicos e equipe; apresentação e discussão das “boas práticas” em serviço; discussão com gestores municipais sobre o processo de trabalho das equipes, dificuldades e fragilidades do programa, bem como condicionalidades do município para permanência no programa; discussão sobre os projetos de intervenção dos médicos que atuam no PROVAB. Participaram do estudo atores que compõe o PROVAB (Coordenação da Supervisão, Supervisores, Médicos, Gestão Municipal, Apoiadores Institucionais da Diretoria da Atenção Básica, Referências do Ministério da Saúde e Técnicos dos Núcleos Regionais de Saúde da SES). Debruçando-se sobre as mudanças nas práticas a partir da educação permanente que segundo (CECIM, 2005) é resultado de análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, que estão centradas nas práticas desses sujeitos que gerem auto-análise e estão implicados com a produção do cuidado. Os ELR resultaram na qualificação das ações desenvolvidas pelos médicos que atuam na AB/ESF. Assim, o espaço de educação permanente contribuiu para a ampliação da capacidade de reflexão, análise e de cogestão dos sujeitos, subsidiando os Supervisores, Coordenadores e gestores Municipais quanto a garantia das premissas do PROVAB e da PNAB, orientando-os na qualificação do processo de trabalho. Evidenciou o planejamento de ações coletivamente levando em consideração os interesses dos atores do programa e as necessidades do território, mudanças nas práticas e reorganização do processo de trabalho.

ESTRATÉGIAS ALTERNATIVAS DE TRABALHO UTILIZADAS PARA IMPULSIONAR O INDICADOR DE AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA

Renata C Jorge, Mara Cristina Ribeiro, Regina Varoto, Cristina Tavares, Silvia Assis, Cynthia Komatsu

Palavras-chave: Saúde Bucal, Prevenção, Escovação dentária, Indicadores de Saúde

Este relato objetiva apresentar estratégias alternativas de trabalho utilizadas para impulsionar o Indicador de Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada, encontradas em municípios do Estado do Rio de Janeiro. O Contrato Organizativo da Ação Pública foi proposto pelo Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, como instrumento de pactuação, monitoramento entre os entes federativos e fiscalização da execução da regionalização da saúde, com definição de indicadores e metas. No rol de Indicadores do Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 (Brasil, 2013), o indicador nº 05, Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada, de caráter universal, propõe como meta o aumento do percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada, refletindo no acesso à orientação para prevenção de doenças bucais. O método de cálculo e a fonte do indicador são frequentemente mal compreendidos pelos diversos gestores municipais, tendo a Coordenação Geral de Saúde Bucal/Ministério da Saúde, elaborado uma nota técnica específica para elucidação do referido indicador. Sendo encontrada a mesma dificuldade de entendimento nos gestores municipais de saúde bucal do estado do Rio de Janeiro, a Área Técnica de Saúde Bucal, da Superintendência de Atenção Básica, da Subsecretaria de Atenção à Saúde, da Secretaria de Estado

de Saúde do Rio de Janeiro (ATSB/SAB/SAS/SES-RJ) tem realizado um trabalho contínuo de apoio aos municípios e regiões de saúde no fortalecimento da compreensão deste indicador. A participação frequente nos Grupos de Trabalho da Atenção Básica/SAB/SAS/SES-RJ, visitas técnicas aos municípios e pautas nos Encontros com os Coordenadores Municipais de Saúde Bucal, tem incentivado a discussão deste indicador e a reflexão de estratégias alternativas de trabalho para impulsionar este indicador. O principal relato das coordenações municipais é a impossibilidade de aquisição e, conseqüentemente, distribuição do Kit de higiene dental, a ser utilizado na ação coletiva. Como alternativa, alguns municípios do estado tem experimentado a proposição de solicitar aos pacientes que tragam seus kits de higiene dental para as consultas odontológicas nos serviços de saúde e nos grupos prioritários de atendimento, de modo a possibilitar a ação preventiva esperada. Além deste espaço, algumas coordenações municipais tem realizado esta ação nas escolas vinculadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), sendo também solicitado ao aluno que traga seu kit de higiene dental para a escola, permitindo assim a ocorrência da atividade. Entretanto, ainda que muitas coordenações estejam cientes e realizem as ações coletivas com estes métodos alternativos, há mais um entrave neste indicador: o baixo registro do procedimento no sistema de informação ambulatorial do SUS, o SIA-SUS. Neste sentido, a ATSB/SAB/SAS/SES-RJ tem buscado a conscientização das coordenações municipais de saúde bucal e dos profissionais, quanto a importância de mostrar o trabalho realizado, através do registro de produção, como um instrumento de planejamento e gestão das ações de saúde bucal dos municípios e regiões de saúde. Como resultado, a ATSB/SAB/SAS/SES-RJ tem identificado coordenações

mais conhecedoras da potencialidade de utilização dos indicadores e cuidadosos com o monitoramento das ações de saúde bucal.

ESTRATIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DE ACORDO COM A COBERTURA POPULACIONAL COMO ALTERNATIVA DE MELHOR MONITORAR E AVALIAR OS INDICADORES DE SAÚDE BUCAL NO CEARÁ

Adriana Ferreira Ferreira de Menezes, Giselle Cavalcante de Oliveira Pessoa, Lucianna Leite Pequeno, Patrícia Soares Cavalcante, Risolinda Rodolfo de Sá Batista, Maria Luíza Rocha Barreto de Carvalho, Gemimma de Paiva Rego, Cristiano José da Silva

Palavras-chave: Estratificação, Indicador, Equipes de Saúde Bucal

Introdução: o monitoramento e a avaliação dos indicadores representam uma importante ferramenta para fortalecimento do planejamento integrado do SUS, contribuindo para incorporação e implantação das políticas públicas de saúde. Nesse sentido, o estudo objetiva demonstrar a estratificação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) do estado do Ceará, de acordo com a cobertura populacional, como alternativa de melhor monitorar e avaliar os indicadores. Metodologia: trata-se de um estudo documental e descritivo, utilizando dados secundários, coletados do DATASUS, realizado pelo Núcleo de Atenção à Saúde Bucal da Secretária da Saúde do Estado do Ceará, no ano de 2014. As ESB foram estratificadas de acordo com o indicador de cobertura populacional estimada pelas ESB do COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública), tanto em nível estadual como por região de saúde, classificadas nas seguintes categorias preconizadas pelo Ministério da Saúde: Regular (0% até 24,99%); Moderada (25% até 49,99%);

Boa (50% até 74,99%); Muito Boa (75% até 100%). Resultados: o estado do Ceará tem uma população de aproximadamente 8.606.005, com 184 municípios, dividida em 5 macrorregiões e 22 regiões de saúde. Uma cobertura populacional estimada pelas ESB de 63,9%, com 1544 equipes implantadas. A estratificação revelou os seguintes resultados para as ESB do estado em relação a cobertura: 2,7% Regular; 10,3% Moderada; 18% Boa; 69% Muito Boa. Esses resultados foram considerados favoráveis, pois a maioria das ESBs apresentaram cobertura Boa ou Muito Boa (87%), e apenas uma pequena parcela como Regular e Moderada (13%). Conclusão: conclui-se que a estratificação das ESB de acordo com a cobertura de saúde bucal, facilita o monitoramento e avaliação dos indicadores, pois possibilita o direcionamento de ações específicas para cada categoria (Regular, Moderada, Boa e Muito Boa), incentivando a ampliação e qualificação das equipes, o redirecionamento das políticas de saúde, visando à melhoria dos indicadores e das condições de saúde bucal da população em cada município.

GESTÃO EM SERVIÇO SOCIAL: PESQUISA-AÇÃO E MELHORIA DOS PROCESSOS DE TRABALHO NO ÂMBITO HOSPITALAR

Jhennifer de Souza Gois, Sandra Costa Lima, Tatiana de Castro Pedrosa Gomes, Charlliane Fernandes Gonçalves Ribeiro

Palavras-chave: Serviço Social, Gestão, Monitoramento

A pesquisa surgiu a partir da experiência de gestão da equipe de serviço social do Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), Fortaleza/CE. Na referida experiência foi sentida a necessidade de monitorar/acompanhar o trabalho dos (as) assistentes sociais nas unidades de internação por meio

do levantamento quantitativo dos registros destes (as) profissionais nos prontuários dos usuários a fim de enfatizar a importância de tais registros. O objetivo desta pesquisa foi fortalecer entre os (as) assistentes sociais da unidade a prática do registro em prontuário, por meio da realização de levantamento quantitativo desses registros, de análise dos dados obtidos e de discussão e reflexão desses dados junto à equipe. Tratou-se de uma pesquisa-ação e a metodologia utilizada compreendeu o levantamento semanal dos registros nos prontuários nas unidades de internação do referido hospital, por meio de instrumental que referia o número de evoluções do Serviço Social por leito num intervalo médio de oito dias. Com o conhecimento de toda a equipe, a pesquisa era realizada duas vezes por semana, por um período de doze meses, novembro de 2013 a novembro de 2014. Os dados obtidos eram compilados semanalmente, sendo que no segundo mês foram apresentados à equipe dados preliminares do levantamento. Por fim, os dados foram analisados pela gestão e posteriormente foi realizada uma oficina para discussão sobre o registro em prontuário no processo de trabalho do (a) assistente social e sobre a importância da sistematização da prática. A pesquisa fortaleceu na equipe a prática do registro em prontuário, o que ficou evidente na análise dos dados finais, pois identificamos o crescimento quantitativo e qualitativo do registro do Serviço Social nos prontuários durante o período pesquisado. Nas discussões realizadas, foi possível perceber que a reflexão acerca dessa dimensão da prática profissional do Serviço Social na Saúde tem feito parte da rotina da equipe, com destaque para reflexões que relacionam a interdisciplinaridade e a integralidade em saúde ao registro em Serviço Social. A pesquisa fomentou ainda o desenvolvimento de pesquisas acerca da qualidade desse registro e incentivou uma

prática reflexiva e crítica. Consideramos que a pesquisa-ação pode ser um importante mecanismo na melhoria dos processos de trabalho em Serviço Social além de contribuir para a sistematização do trabalho desenvolvido. Um dos principais fatores para isso é o fato da pesquisa-ação instigar a investigação e reflexão que são inerentes a um fazer profissional crítico, reflexivo e comprometido com o projeto ético-político profissional hegemônico.

GRUPO DE MONITORAMENTO: DESAFIO PRÁTICO DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Leila da Silva Cardozo

Palavras-chave: gestão em saúde, atenção primária, saúde

INTRODUÇÃO: o monitoramento é um processo contínuo que através da observação e análise de informações substanciais e em tempo adequado, permite a avaliação situacional, assim como uma intervenção oportuna que pode modificar a realidade. A fim de qualificar a saúde da população adstrita da gerência distrital Partenon/Lomba do Pinheiro refletindo na qualidade da saúde da população Porto Alegrense, consolidou o exercício de monitorar, instituindo no ano de 2011 um grupo de trabalho denominado de Grupo de Trabalho(GT) de monitoramento. MÉTODO: relatar a experiência vivenciada no GT. RESULTADOS: o grupo tem periodicidade de se encontrar mensalmente, é composto por 32 diferentes atores, entre eles profissionais de saúde, representantes da gestão local, da assessoria técnica de planejamento e vigilância em saúde do município, instituições de ensino e representantes do controle social. O grupo define indicadores prioritários que impactam na realidade da população, e esses são monitorados no

decorrer do ano. DISCUSSÃO: no intuito de monitorar e analisar as metas/indicadores dos serviços da Atenção Básica (AB) da gerência percebe-se esse processo como uma ferramenta inovadora, que institui uma cultura de monitoramento e de avaliação na AB, que qualifica os registros dos dados; instrumentaliza as equipes no planejamento e na tomada de decisão e transversaliza a dimensão da educação permanente. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O GT de monitoramento possibilita uma abordagem coletiva, de trocas e construções que provoca a análise e a intervenção das práticas dos serviços de saúde, e ainda, permite a reorganização do trabalho em vista de atender os resultados das metas pactuadas. No momento que se permite monitorar a situação de saúde da população, o resultado das ações do trabalho em saúde, percebe-se que as informações produzidas cotidianamente embora sejam insuficientes para apreender as mudanças desejáveis são essenciais para consolidação e reformulação das práticas em saúde, resultando em mais saúde e mais qualidade na prestação dos serviços.

IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ATRAVÉS DE INSTRUMENTO DE ACOMPANHAMENTO: UMA PROPOSTA PARA O CONTEXTO DE NHAMUNDÁ-AM

Erich Daniel de Souza e Silva

Palavras-chave: Sistema de Informação em Saúde, novos instrumentos, programas de saúde

No Brasil a história da saúde pública teve vários capítulos, entre eles, o período em que apenas tinham direito à assistência pública em saúde os trabalhadores que tinham sua carteira de trabalho assinada.

Em seguida em um novo capítulo com a aprovação da Constituição Nacional de 1988, a saúde passou a ser um direito de todo cidadão e dever do estado. Para garantir e supervisionar este direito foram sancionadas leis, criados sistemas de informação em saúde, programas de saúde nacionais, etc. A alimentação dos sistemas de informação em saúde é vinculada a um repasse de valor financeiro para custeio das ações da saúde. No entanto, a característica das informações coletadas levou a uma amostragem quantitativa acerca da saúde populacional, através de relatórios obtidos dos sistemas de informação em saúde informatizados. Sendo assim, surge a proposta para uma nova maneira de coleta dos dados, através de novos instrumentos, modelos impressos possibilitando obter amostras qualitativas acerca dos programas de saúde ofertados à população e que não dependem diretamente de sistemas informatizados. Palavras-chave: Sistema de Informação em Saúde, novos instrumentos e programas de saúde.

INSUFICIÊNCIA DE CÓDIGOS SIGTAP: ALTERNATIVAS PARA O REGISTRO DO NASF

Rafaella Peixoto da Silva Oliveira

Palavras-chave: NASF, SIGTAP, Manual

Renata ZUMA Fabiola RODRIGUES Marília TARTALHO Os profissionais das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) precisam, como qualquer equipe de saúde, registrar regularmente as atividades desempenhadas junto às equipes de saúde da família apoiadas (eSF). O registro contribui para a continuidade do cuidado dos usuários, compartilhamento de conduta entre profissionais, monitoramento e avaliação dos dados coletados e da efetividade das ações. No entanto, muitas das ações relativas

ao rol de atividades do NASF não estão codificadas pelo Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), que disponibiliza um rol de procedimentos compatíveis com o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) e com o Cadastro Internacional de Doenças (CID). Então, com este trabalho espera-se compartilhar alternativas à inexistência de códigos SIGTAP que contemplem todas as atividades realizadas pelos profissionais do NASF. A CPNASF, em parceria com a Divisão de Informação, Controle e Avaliação de uma área programática do município do Rio de Janeiro, elaborou uma tabela com todas as ações descritas como atividades do NASF no CAB 39 (BRASIL, 2014) atribuindo a cada uma, um código existente no SIGTAP. Dessa forma, além de agregar a produção do NASF à produção de cada área, os apoiadores do NASF poderão monitorar quais ações estão sendo realizadas e fazer intervenções orientadas pelas necessidades identificadas. Os resultados encontrados demonstram fragilidades dos Prontuários Eletrônicos e salientam a necessidade de treinamento dos profissionais do NASF no registro das atividades. A existência de códigos de procedimentos na tabela SIGTAP pode expressar o reconhecimento da importância das atividades do NASF enquanto ações de escopo da Atenção Primária à Saúde. Assim, considera-se esta discussão imprescindível para o fortalecimento do NASF enquanto dispositivo de apoio às equipes de Saúde da Família.

LABIN – UM ESPAÇO PARA FORTALECER RELAÇÕES ENTRE SERVIÇOS. MAIS UMA CONQUISTA PARA O ENSINO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

Bibianna de Oliveira Pavim, Liliane Maria dos Santos, Alcindo Antônio Ferla, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: Educação em Saúde, Promoção da Saúde, Gestão em Saúde

APRESENTAÇÃO: Durante a formação de profissionais da saúde, a prática no serviço é essencial. Com isso, a inserção do ensino no serviço está cada vez mais evidente durante a graduação. Fortalecer parcerias e desenvolver projetos que envolvam ensino e o serviço são fundamentais para as políticas de saúde na conjuntura atual, pois além de contribuir para uma melhor formação é uma oportunidade para obter melhor articulação das relações interdisciplinares e a qualificação dos profissionais que atuam no campo. Neste contexto, o objetivo deste trabalho é apresentar a criação do LABIN (Laboratório de Integração Universidade e Sistema Localregional de Saúde), um espaço que visa promover a articulação entre Universidade e Serviços de Saúde, estreitando as relações interdisciplinares e interinstitucionais com os órgãos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva da multidisciplinaridade formativa. **METODOLOGIA:** O LABIN é um espaço para que a Universidade esteja mais presente junto a Gerência Distrital Glória, Cruzeiro e Cristal. Sua criação se deu através de parcerias entre entidades – UFRGS, CoorSaúde, EducaSaúde, Rede Governo e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre; foi adquirido um espaço na Gerência com apoio do Conselho de Saúde Distrital; Reforma do local; Criação da biblioteca; Instalação de computadores. As ações a serem desenvolvidas neste espaço são discutidas por método de triangulação e levam em consideração as necessidades formativas dos serviços e demandas pedagógicas e institucionais da Universidade. **RESULTADO:** Foi criado um espaço completo para pesquisa e convivência entre alunos e colaboradores, é um local que incentiva a elaboração de artigos, práticas acadêmicas e troca de práticas e experiência entre os

serviços e as diferentes modalidades de ensino que a Universidade proporciona neste espaço, como atividades integradoras, residências, programas de Educação para o Trabalho (PET) e estágios curriculares. Neste primeiro ano de funcionamento, o espaço ainda é de conhecimento pelos alunos e colaboradores. A utilização do LABIN tem aumentado gradativamente, a medida em que os professores e trabalhadores vão se apropriando do local e discutindo ações de educação em parceria. O LABIN já é um espaço essencial para novas formações e um laboratório com grande concentração de dados e indicadores para trabalhos futuros, bem como um local de lazer, pesquisa e elaboração de trabalhos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Todas as ações desenvolvidas neste espaço trabalham com os pressupostos da interdisciplinaridade e multiprofissionalidade em saúde. Recomenda-se a criação destes espaços que proporcionem maior aproximação das Universidades com os serviços de saúde, pois proporcionam maior aprendizado aos discentes acerca dos cenários de práticas onde eles desenvolvem ações de saúde, e também potencializam as ações de educação permanente para os serviços de saúde.

MONITORAMENTO DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA – UMA CONSTRUÇÃO DE SUCESSO NA HISTÓRIA RECENTE DA COORDENAÇÃO ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Jaime Everardo Platner Cezario, Renata de Souza Cravo, Gisele G. M. Salgado, Eduardo Lenini da Silva Santana, Carlos Alberto Carvalho de Almeida, Maria José Pereira

Palavras-chave: Rede, Monitoramento, Urgência, Emergência

A atual política de Redes de Atenção à Saúde (RAS) implantada no Sistema Único de Saúde (SUS) foi oficializada a partir da publicação da Portaria Ministerial nº 1.600 de 07 de julho de 2011, onde foram definidas as diretrizes nacionais da Rede de Atenção às Urgências (RAU). Traçadas as diretrizes, tornou-se necessária a Organização do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do SUS, fundamentada na publicação da Portaria Ministerial nº 2.395 de outubro/2011. De posse dessas duas importantes ferramentas, em novembro de 2011 foi instituído por meio da Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite, o Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências no Estado do Rio de Janeiro (GCRUE-RJ). A apresentação da RAU no RJ foi realizada no Primeiro Fórum de Urgência e Emergência do ERJ em janeiro de 2012, fortalecendo a construção do primeiro Plano Regional da Rede de Urgência e Emergência (PAR RUE) das Regiões de Saúde Metropolitana I e II, aprovado em abril de 2012. Esses foram os primeiros instrumentos de trabalho, no modelo de Rede, da CURGE no ERJ. Através do PAR, de outras Portarias, e do Programa SOS Emergência foram oficializados os Hospitais que participariam da RUE com o Componente Porta de Entrada e/ou com Leitos de Retaguarda. Assim, a partir de setembro de 2013 foram realizados monitoramentos dos hospitais da RUE, por equipes tripartites, com representantes do GCRUE-RJ, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do ERJ e Apoiadores do MS, com objetivo de garantir o cumprimento dos requisitos e critérios previstos nas Portarias e das metas pactuadas entre os gestores e os prestadores dos serviços de saúde. O período pré-monitoramento foi importante para o esclarecimento e formalização dos processos de trabalho, além de estreitar os laços entre as diversas esferas administrativas. O MS elaborou instrumento de monitoramento

quantitativo e qualitativo que contemplava a avaliação da garantia de acesso ampliado à população aos serviços de saúde referentes aos componentes hospitalares, e utilizava diversos quesitos exigidos na Portaria GM/MS 2.395 de outubro de 2011 a fim de garantir a qualidade do Serviço prestado. O monitoramento aconteceu em 11 Municípios, dentre os quais foram avaliadas 10 Portas de Entrada e 764 leitos hospitalares, elaborado parecer técnico e devolutiva para o GCRUE-RJ. O instrumento de monitoramento utilizado foi de grande importância para ratificar a boa aplicação de recursos financeiros e auxiliar na qualificação do atendimento à população. O Monitoramento dos componentes da RAU por representantes das três esferas de gestão, articulada e integrada é de vital importância para a garantia da aplicabilidade dos recursos e ao acesso à oferta dos serviços de saúde qualificados pela população. Assim, o monitoramento contínuo e dinâmico surge como norteador da prática e modelo de manutenção das diretrizes nacionais da RAU, aprimorando, incentivando e estruturando seus principais aspectos ratificando os benefícios da gestão do SUS de modo tripartite.

NORMATIZANDO O PROGRAMA DE PROVISÃO DE MÉDICOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MARACANAÚ/CEARÁ

Sheila Cyrino Câmara, Rejane Helena Chagas de Lima, Mariana Vale Francelino, Rita Maria de Oliveira Forte, Rosângela Gaspar Cavalcante, Inês Doleres Teles Figueiredo, Cynthia Von Paumgartten Ribeiro Almeida

APRESENTAÇÃO: Ao longo dos anos, o Ministério da Saúde tem lançado programas de valorização, formação, provimento e fixação de profissionais de saúde como estratégias de fortalecimento do Sistema

Único de Saúde (SUS). Essas estratégias surgem do entendimento de que a imersão na Atenção Básica é fundamental para a formação de profissionais mais comprometidos com a realidade da população que utiliza o SUS, resultando no entendimento das reais necessidades da população brasileira de acordo com as particularidades regionais. O Programa de Provisão de Médicos do Ministério da Saúde referentes ao Projeto Mais Médicos para o Brasil e ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), trouxe para o município de Maracanaú 17 profissionais que tem contribuído na melhoria do apoio e incentivo ao trabalho no campo da Atenção Primária à Saúde. A experiência do programa em Maracanaú demonstrou a necessidade de normatização e organização da gestão do trabalho, já que os médicos ficarão sob a gestão municipal. Com o objetivo de padronizar e uniformizar o trabalho dos médicos a coordenação municipal do programa, em parceria com a Referência Estadual do Ministério da Saúde no Ceará instituíram normas sobre apresentação de atestado/licença médica, impontualidade, ausência da unidade, registro no ponto digital, encontro extramuros com a supervisão, solicitação de férias e números de atendimentos. **METODOLOGIA:** Foram realizados 2 (dois) momentos, um com a Coordenação Municipal e os médicos, onde foram apresentadas e discutidas as normatizações municipais e conversado sobre o processo de trabalho nas ESF e em outro momento a coordenação municipal com os coordenadores de unidades, onde também foi apresentada a normatização. O instrumento teve uma boa aceitação pelos profissionais que viram uma forma de direcionamento prático e resolutivo para alguns questionamentos e problemas do dia a dia. **RESULTADOS:** É indiscutível o grande mérito do Programa no Brasil e no município de Maracanaú, que proporcionou

o acesso aos serviços médicos a população, contribuindo para garantir o atendimento em áreas antes desassistidas proporcionando o fortalecer da atenção básica.

O GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM EM PROJETOS DE PESQUISA INTERPROFISSIONAIS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Laís Carolini Theis, Cláudia Regina Lima Duarte da Silva, Deisi Maria Vargas, João Luiz Gurgel Calvet da Silveira

Palavras-chave: projetos de pesquisa, gerenciamento da prática profissional, relações interprofissionais, pesquisa em enfermagem

O estudo “Condições de Vida e Saúde da População de Pomerode” configura-se como estudo de coorte multicêntrico, desenvolvido por pesquisadores da área da saúde da Universidade Regional de Blumenau (FURB) em parceria com a Universidade de Greifswald na Alemanha. Tem como objetivo conhecer a linha de base das doenças prevalentes e seus fatores de risco da população de Pomerode – SC – Brasil. Trata-se de uma amostra aleatória simples de 4.414 voluntários, com idade entre 20 e 79 anos, que residem há pelo menos 06 meses no município. A parceria teve início no ano de 2011 com a vinda dos pesquisadores alemães ao Brasil. O projeto é financiado pela FAPESC (Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina). No ano de 2013 após a contratação de duas enfermeiras iniciou-se a estruturação do centro de exames para a coleta de dados no Hospital Universitário da FURB. A proposta deste estudo é relatar a experiência da enfermeira coordenadora do centro de exames. Sua atribuição consiste na participação ativa e coordenação das seguintes etapas: estruturação física do centro de exames; colaboração na

elaboração da planta física para aprovação pela ANVISA; supervisão das reformas necessárias; gerenciamento da aquisição de equipamentos; participação na elaboração dos procedimentos operacionais padrão que descrevem a correta execução para cada tipo de exame e demais manuais de normas e rotinas do centro de exames; coordenação da contratação e treinamento dos examinadores; supervisão da calibração dos examinadores e dos equipamentos; participação em estudos piloto e desenvolvimento de ferramentas gerenciais utilizadas no processo para avaliação de qualidade dos dados e gestão de recursos humanos e financeiros; proposição da estruturação de fluxo para captação dos participantes, divulgação do estudo no município de Pomerode, supervisão para contratação e treinamento de entrevistadores para o domicílio, gerenciamento do transporte dos participantes do município de Pomerode à Blumenau, devolução dos resultados dos exames e parceria com as equipes de Estratégia de Saúde da Família no município. Conforme o relato, a natureza e variedade das atividades da enfermeira coordenadora do centro de exames apresenta grande complexidade, sendo necessário o gerenciamento de conflitos de pessoal, supervisão de processos para garantia da manutenção dos prazos, e sincronismo das atividades de captação de voluntários e coleta no cotidiano, além da preservação da segurança dos participantes, sua privacidade, integralidade e sigilo dos dados. Conclui-se que a vivência contribuiu para a qualificação profissional e pessoal da coordenadora do centro de exames. A atividade de pesquisa, na dimensão descrita, é desafiadora para o profissional enfermeiro e permite a reflexão sobre a atuação desse profissional no campo da pesquisa. Demonstra o caminho a ser percorrido por profissionais engajados em realizar pesquisa em saúde no Brasil.

O PAPEL DO NASF NA REGULAÇÃO AMBULATORIAL: CONSTRUINDO UM GUIA RÁPIDO

Renata Gomes Zuma, Rafaella Peixoto Oliveira, Fabiola Andrade Rodrigues

Palavras-chave: Gestão de Listas, NASF, Regulação ambulatorial

A Regulação Ambulatorial é uma ferramenta de coordenação do cuidado e imprescindível à garantia da integralidade da atenção prestada ao usuário. No município do Rio de Janeiro utiliza-se o SISREG, um sistema online criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da Atenção Primária à internação hospitalar, sendo uma importante ferramenta para condução do usuário na RAS. Após estudo realizado pela Coordenação de Policlínicas e NASF (CPNASF) sobre as filas de espera no SISREG, verificou-se gargalos significativos com relação a algumas especialidades, ocasionados pelo excesso de encaminhamentos desnecessários e pela baixa oferta relativa de vagas. Outro ponto constatado foi com relação à qualidade dos encaminhamentos: muitos estavam sem descrição clínica ou estas eram insuficientes para justificá-los. Entendendo a importância do NASF enquanto dispositivo de apoio às equipes de Saúde da Família na resolução de problemas clínicos e sanitários e para a introdução de práticas que ampliam o escopo de ofertas, a CPNASF elabora, em parceria com a Superintendência de Atenção Primária (SAP/SUBPAV), um Guia Rápido de Diretrizes do NASF na Regulação Ambulatorial a fim de orientar o manejo das listas do SISREG pelos profissionais do NASF, em apoio às equipes de Saúde da Família ou de forma complementar a elas. Assim, este trabalho objetiva descrever o percurso metodológico de construção do documento e apresentar o Guia Rápido do NASF na Regulação Ambulatorial. Para

elaboração do Guia, instituiu-se um grupo de trabalho constituído por representantes da SAP, CPNASF, apoiadores e profissionais do NASF das Coordenadorias de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro. Estruturou-se o Guia em três grandes eixos: Gestão das Listas: Quais listas monitorar; o Fluxo; Como fazer a gestão das listas; o Papel do NASF na Regulação Ambulatorial; e as atribuições das categorias profissionais que compõem os NASF do município. Operacionalização da Gestão das Listas: como construir um plano de intervenção para Gestão das Listas do SISREG pelo NASF (passo a passo) Monitoramento e Avaliação do processo: sua importância e como fazer para atingir os dois grandes objetivos da gestão das Listas do SISREG pelo NASF – a qualificação dos encaminhamentos para atenção especializada, através da ampliação do escopo de ações da APS, e a consequente redução do nº de encaminhamentos possíveis de serem resolvidos nesse nível de atenção. Cada eixo foi desenvolvido por grupo de profissionais que produziu um texto inicial. Após revisão pela CPNASF, adequou-se ao escopo de um Guia Rápido, conferindo a ele características estruturais mais objetivas. Apresentou-se, então, para o grupo todo a fim de validar as adequações e dar andamento ao processo, oferecendo para análise de revisores externos, com experiência em gestão de Listas. O documento final passou por aprovação de todo o grupo, sendo, então, enviado para publicação. A construção compartilhada foi importante para aprofundar as discussões acerca da função gestora do NASF, discutindo atribuições dos profissionais do NASF e fortalecendo os processos que a CPNASF visa induzir. Considerando todo o percurso, espera-se contribuir significativamente para a qualificação dos encaminhamentos e aumento da resolutividade da APS.

O POTENCIAL DA ENFERMAGEM EM DEFESA DO SUS

Luciane Aparecida Pereira de Lima

Palavras-chave: enfermagem, gestão da enfermagem, colegiado de gestão, SUS,

APRESENTAÇÃO: Os Enfermeiros influenciam diretamente o panorama geral dos cuidados de saúde, incluindo financiamento, rentabilidade e gestão de recursos, custos dos cuidados de saúde e acesso. As decisões que cada enfermeiro toma várias vezes por dia, na prática cotidiana fazem uma diferença vital na eficiência e eficácia de todo o sistema. Os enfermeiros são o núcleo para alcançar o melhor equilíbrio qualidade/acesso/custo. Este trabalho tem o objetivo propor um debate sobre o caminho da enfermagem brasileira em defesa do SUS como defesa de sua própria essência, autonomia, protagonismo, reconhecimento político, social, financeiro e científico. A defesa do SUS e da enfermagem a partir da ampliação do acesso aos serviços de saúde pela oferta do cuidado da própria enfermagem. Sendo força de mudança para ambos em sua integralidade. **RESULTADO:** O Comitê de Gestão da Qualidade do Serviço de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS desde 2011 constituído por seis colegiados de 10 a 12 enfermeiros atuantes nos serviços de saúde e na gestão tem realizado um prática de co-gestão e análises no cotidiano do trabalho do enfermeiro e do seu potencial na gestão dos serviços de saúde em defesa do SUS. Quanto mais os enfermeiros assumirem uma agenda clínica, pedagógica e de gestão do cuidado de forma a executar a sua responsabilidade técnica e apoiando toda sua equipe de enfermagem, há um aumento da oferta e consequentemente do acesso aos serviços de saúde com maior qualidade, humanização, eficácia e

eficiência. Conclusão: Dessa forma, pode ser um caminho para a enfermagem, pois representa uma expansão do papel do enfermeiro com maior grau de autonomia, sendo à força da mudança da enfermagem brasileira e mundial. A Ampliação do acesso aos serviços de saúde é a força da enfermagem e do SUS e a potencialização da mudança dos sistemas universais de saúde em todo mundo.

O TRABALHO DA COMISSÃO DE SUSTENTABILIDADE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ALPES DO JARAGUÁ

Edson Manoel dos Santos, Eugênia Zilioli Iost, Luciana Aparecida Vidal da Silva

Palavras-chave: Agenda Ambiental na Administração Pública, Sustentabilidade, Unidade Básica de Saúde

Introdução: Por iniciativa do Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), a Unidade Básica de Saúde (UBS) Alpes do Jaraguá instituiu a Comissão de Sustentabilidade com representatividade de todas as categorias profissionais da UBS com o objetivo de discutir e encaminhar as questões ambientais pertinentes ao cotidiano da UBS com base na metodologia da implantação da Agenda Ambiental na Administração Pública – A3P, que servirá de base para a futura implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (PGRSS). O objetivo desta comissão é implantar a A3P na UBS e assim estabelecer metas para a redução do consumo de água, energia elétrica, papel e copo descartável e inserir a temática ambiental em todos os espaços e serviços da UBS, trazendo o olhar ambiental para a promoção e a prevenção à saúde. Métodos Os participantes da Comissão de Sustentabilidade foram selecionados pela gerência da UBS conforme o perfil identificado para o trabalho da

comissão. Iniciada em março de 2015, são realizadas reuniões mensais da Comissão para o acompanhamento e análise do consumo de água, energia, copo descartável e papel de todo o ano de 2014 e comparar com o mesmo período do ano de 2015. Os dados obtidos foram retirados do histórico de consumo disponível no site da SABESP, consumo de energia elétrica fornecido pela Coordenadoria Regional de Saúde Norte e dados de consumo de papel e copo descartável foram obtidos pelos registros da UBS. Resultados e Discussão Os resultados estão avançando na implantação da A3P na UBS. As reuniões já realizadas demonstram maior motivação e envolvimento dos profissionais com a demanda ambiental do território. A análise dos resultados é feita com base em dados de 2014 e 2015, comparando além dos dados de consumo os atendimentos realizados pela UBS, tanto em consultas médicas e de enfermagem, como os procedimentos realizados pelos auxiliares de enfermagem. Os resultados quantitativos continuam sendo processados e sistematizados, mas os qualitativos já são visíveis nos profissionais que se atentam mais a economia de água e energia, a redução do consumo de copo descartável e de papel, além do maior interesse em assuntos da temática ambiental. Conclusões O processo de trabalho da Comissão de Sustentabilidade tem ampliado o olhar da UBS para além das questões curativas, passando a enxergar também as questões ambientais. É notável o “policiamento” dos funcionários com a economia de água e de energia, sempre se lembrando de apagar as luzes e desligar os equipamentos ao sair de uma sala, impressões somente quando necessário e com o recurso frente e verso sempre que possível e a substituição do copo descartável por canecas e garrafas de água tem entrado na rotina dos profissionais. Os próximos passos se referem ao fortalecimento das capacitações

aos colaboradores e usuários, a promoção de atividades de bem estar e melhora da qualidade de vida dos profissionais e a implantação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

O USO ESTRATÉGICO DE TECNOLOGIAS PARA QUALIFICAR A PRODUÇÃO DO CUIDADO NO RS

Rebel Zambrano Machado, Carmen Bagatini, Priscilla da Silva Lunardelli, Camilia Susana Faler

APRESENTAÇÃO: Para qualificar as ações do SUS no estado e garantir o papel principal da APS como centro de comunicação da RAS, a SES/RS estabelece parcerias estratégicas de tele medicina para serviços de matriciamento e equipes de atenção básica. O objetivo principal da SES/RS com estas parcerias é o de promover a retaguarda qualificada aos serviços de matriciamento e a inovação na gestão da Atenção Primária à Saúde e qualificar o trabalho das equipes dos municípios, fortalecendo os atributos da APS. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: As Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) estão sendo aproveitadas por toda a sociedade e há um interesse crescente nas formas como elas podem ser usadas para atender e apoiar a saúde da população e dos profissionais. Com o Telessaúde RS, representa uma oportunidade à gestão para auxiliar na organização das RAS e da qualificação da APS. As ações desenvolvidas pelo Telessaúde RS são de teleconsultoria, tele-educação e telerregulação voltadas a todos os profissionais que trabalham na APS/ESF (médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, técnicos auxiliares em saúde bucal, agentes comunitários de saúde) e aos demais profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) à APS. Acrescenta ainda aplicativos para

acompanhar usuários, facilitando o trabalho dos profissionais. A SES/RS ainda está fechando parcerias com outra Instituição de Ensino para ações de tele medicina, com o objetivo de tele consultoria para casos de tuberculose e HIV/Aids. Essa consultoria ofertará rounds aos serviços de assistência especializada em DST, HIV/Aids (SAE) e aos profissionais de Atenção Básica que tratam tuberculose. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: O aumento pelo uso do Telessaúde RS aponta a satisfação com a ferramenta, principalmente através do 0800. A carteira de oferta de serviços aumenta conforme a demanda das equipes, no sentido de qualificar o cuidado. Outra ação com resultados significativos é a telerregulação, com a criação de quase 30 protocolos de encaminhamento de pacientes e/ou material de apoio. Atualmente foram evitados cerca de 28% dos encaminhamentos em endocrinologia, também desenvolvido o protocolo em nefrologia com 45% de encaminhamentos evitados. Os pacientes são tratados na própria Unidade Saúde e além de qualificar as filas foi proporcionada uma excelente oportunidade de educação permanente para os médicos da atenção básica. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O serviço tem facilitado o acesso da população. As características de um serviço que leva a informação qualificada ao trabalhador de saúde auxiliam no enfrentamento do cotidiano das situações de saúde. Além de garantir qualidade no atendimento também tem promovido a fixação dos profissionais nos locais de prática garantindo a continuidade do vínculo, bem como, a articulação destes entre si e o acesso a recursos de diagnóstico e terapia antes não acessíveis.

O USO ÉTICO-POLÍTICO DO APOIO INSTITUCIONAL: DO CONCEITO ÀS PRÁTICAS DE SAÚDE NOS TERRITÓRIOS

Carine Bianca Ferreira Nied, Aline de Oliveira Costa, Rafael Dall'alba

Palavras-chave: Apoio Institucional, conceito, gestão em saúde

INTRODUÇÃO: Acredita-se no apoio institucional como uma metodologia que constrói diferentes formas de mediação em rede entre políticas públicas, trabalhadores, usuários e grupos sociais, projetos e interesses diversos, sendo pensado como uma estratégia de transversalidade entre as diferentes políticas envolvidas na saúde. Segundo Campos, proponente do conceito, o apoio implica trazer algo externo ao grupo que opera os processos de trabalho ou que recebem bens e serviços. Tal conceito vem sendo construído nos últimos 15 anos por diversos autores e experimentado em diferentes formas nas três esferas de gestão do SUS (município estado e união). A partir de 2011, foi adotado pelo Ministério da Saúde como estratégia de aprimorar a relação interfederativa e implementar políticas prioritárias pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite. Porém, com a ampliação de seu uso e uma forma republicana, democrática e não restritiva de operar seus diferentes modos, este conceito tem sofrido desvios na sua constituição epistemológica, sendo capturado por lógicas muitas vezes arbitrarias, antidemocráticas e concentradoras do poder de decisão, contrárias a formulação original. **OBJETIVOS:** Avaliar a necessidade de conceituação das diferentes práticas de apoio institucional no seu modo de operacionalização, a partir das experiências na SES/RS, Rede Cegonha/MS e PNH/MS. **RESULTADOS:** Através da aposta do apoio foi possível ressignificar os espaços de gestão no SUS, produzindo

reconhecimento de novos modos de pensar e fazer, considerando diferentes interesses e desejos, a partir de sua conceituação inicial. Os coletivos apoiados puderam cartografar seus modos de fazer em saúde, o que possibilitou a invenção de novos olhares e práticas de cuidado. No entanto, houve experiências em que, pela falta do acúmulo, constituído até então por outras estratégias de apoio, e resistências políticas às novas formas de gestão, o dispositivo foi utilizado para reproduzir modos clássicos de gestão, atuando de forma normativa e prescritiva na implementação destas políticas. Nessas experiências, a potência do coletivo ficou restrita às ações autoritárias, hierarquizadas, com concentração de poder versus baixa autonomia dos diferentes sujeitos. Essa forma de banalização do conceito apoio, além de desmobilizar os coletivos, exerceu uma resistência na aceitação e progresso de iniciativas de desenvolvimento dos projetos já pactuados. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** No campo da saúde o apoio tem buscado construir outro jeito de produzir saúde e significá-la. Contudo, ao apostar no apoio institucional aos coletivos como principal dispositivo para a consolidação de políticas de saúde, considerando os direitos das pessoas, assegurando novos modos de gerir e cuidar, os apoiadores têm mobilizado os sujeitos nos territórios para que sejam capazes de produzir intervenções criativas e singulares. A vasta construção conceitual do apoio, aliada a saúde coletiva como campo de construção e disputa política, incorpora fortemente conceitos e ferramentas da área disciplinar das humanas como a sociologia. Entretanto, não pretendemos homogeneizar e tornar o conceito de apoio estritamente hermético e restrito a um grupo que monopoliza esse saber, mas sim, reiterar que a construção do apoio é coletiva e possui uma raiz epistemológica embasada nos princípios democráticos.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM CONSELHOS DE SAÚDE: UM DESAFIO NECESSÁRIO

Carolina Von Muhlen, Andressa Carine Kretschmer

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Conselhos de Saúde, Participação Social

Apresentação: A realização do projeto vinculado ao Ministério da Saúde e a Rede Colaborativa de Governo-Rede Unida no Rio GrandedoSul, o VER-SUS-Vivenciase Estágios na realidade do SUS é um instrumento educativo potente de transformação dos futuros atores sanitários e sociais, pois além de o projeto proporcionar o conhecimento das complexidades do sistema, a realização da vivência pelos participantes em geral conscientiza e propicia uma visão crítica dos sistemas públicos quanto ao que se refere ao “empoderar-se” do cidadão. **Desenvolvimento:** Durante a realização do projeto na 14^a Coordenadoria de Saúde do Rio Grande do Sul edição verão de 2014 houve a oportunidade de participar de reuniões do conselho municipal de saúde e obter conhecimento das discussões que circulam a respeito da saúde pública em âmbito regional e estadual, assim como obter embasamento a respeito da CIR (Comissões Intergestores Regionais), CIES (Comissão Integração Ensino-Serviço), políticas públicas etc. Os Conselhos de Saúde constituem-se espaços de participação ativa dos usuários e gestores, são formas de participação social que hoje são consolidados como mecanismos de democracia brasileira. **Resultados e Considerações Finais:** Durante a participação do CMS (Conselho Municipal de Saúde) na cidade polo da 14^a Coordenadoria de saúde, representada pelo município de Santa Rosa (RS), os acadêmicos puderam identificar a importância, a responsabilidade e o compromisso da participação social.

Verificou-se que controle social no SUS significa direito e dever da sociedade de participar ativamente do debate e da decisão sobre a elaboração, implementação e avaliação de todos os programas e políticas que envolvem a Saúde Pública, e é por meio deste instrumento que é realizado o orçamento, a gestão e o controle de políticas que serão realizadas, porém evidenciam-se fragilidades neste âmbito, no sentido de que ainda é pequena a parcela da população que frequenta as reuniões e possui conhecimento de sua realização, assim como as datas e horários nem sempre são compatíveis. Cabe salientar que a população colegiada em um CMS é de 50% referente aos usuários dos serviços, sendo necessária a realização de campanhas em prol da conscientização da população que ainda carece de informações.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES): RELATO DE EXPERIÊNCIA NA CONSTRUÇÃO DO PLANO OPERATIVO PARA IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO EFETIVA NO NÚCLEO ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE MONTES CLAROS-MG

Cynthia Antunes Barbosa

Palavras-chave: Planejamento Estratégico Situacional, Assistência Farmacêutica, Gestão

INTRODUÇÃO: O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é uma metodologia de gerenciamento que constitui no seu desenvolvimento em quatro momentos fundamentais: o momento explicativo, o normativo, o estratégico e o tático-operacional para o desenvolvimento de estratégia na tomada de decisões em uma situação problema. As ações realizadas por meio do planejamento podem auxiliar no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) através

da reorientação da atenção a saúde em todos os níveis de assistência, inclusive a Assistência Farmacêutica. O PES é uma ferramenta que viabiliza a identificação das potencialidades e dificuldades locais a partir do enfoque situacional de maneira a garantir a participação efetiva dos diversos atores envolvidos no processo. OBJETIVO: Relatar a experiência de desenvolvimento do planejamento estratégico situacional para construção de um plano operativo como ferramenta para implantação da gestão efetiva para uma melhor organização dos serviços da Assistência Farmacêutica ofertado aos usuários. MATERIAIS E MÉTODOS: Trata-se de um estudo de caso com enfoque qualitativo. O plano foi desenvolvido no Núcleo de Assistência Farmacêutica da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros (SRS/MOC), por meio de oficinas com a participação de diferentes atores do setor de Processo, do Componente de Medicamentos Estratégicos e Especializado envolvidos diretamente com o serviço. RESULTADOS: Para a elaboração do PES, utilizou a sequência de quatro momentos: Explicativo, Normativo, Estratégico e Tático-Operacional. Através do planejamento foi possível identificar nove problemas dentro do serviço, que tiveram sua priorização por meio dos parâmetros de magnitude, transcendência, vulnerabilidade, urgência e factibilidade. O problema “Falta de capacitação dos funcionários em todos os setores envolvidos com a Assistência Farmacêutica” foi priorizado com maior pontuação entre os parâmetros considerados. Em seguida, definiram-se as causas e consequências do problema priorizado, assim como operações e ações para aprimoramento gerencial da instituição com a elaboração final de uma espinha de peixe e a imagem objetivo para o problema. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A estruturação do serviço, organização e qualificação das atividades da assistência farmacêutica requerem ações planejadas. O

planejamento estratégico é essencial para o gerenciamento de suas atividades no serviço de saúde. O Planejamento Estratégico Situacional que resultou na construção do plano operativo mostrou-se adequado para implantação da gestão para uma melhor organização dos serviços da assistência farmacêutica. Fez-se refletir sobre as questões administrativas, educativas e assistenciais do processo de trabalho acerca das atividades desenvolvidas no Núcleo de Assistência Farmacêutica em prol de educação permanente e melhor planejamentos das ações.

PRÊMIO INOVASUS: DISPOSITIVO DE CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DA GESTÃO DO TRABALHO NO SUS

Livia Ramos, Ângelo D’agostini Junior, Maria Luiza Fonseca do Valle, Gustavo Hoff, Andre Luiz Rodrigues Silva, Larissa Diogenes, Ednara Gonçalves

Este trabalho consiste em um relato de experiência sobre o processo de construção do Prêmio InovaSUS, uma iniciativa do Ministério da Saúde, coordenada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que tem como objetivo reconhecer, valorizar e dar visibilidade às experiências locais. Lançado em 2011, o Prêmio segue com edições nos 4 anos consecutivos. Participam do concurso secretarias de saúde dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, além de consórcios de saúde e fundações públicas no âmbito do SUS. A inscrição acontece conforme edital publicado pelo Ministério da Saúde, envolvendo áreas temáticas como: negociação em saúde, plano de cargos, carreiras e salários, promoção da saúde do trabalhador, avaliação de desempenho, desprecarização da força de trabalho, sistemas de informação na gestão do trabalho, dimensionamento da força de trabalho, políticas de provimento e/ou

fixação de profissionais. Tais eixos temáticos são articulados a critérios como: inovação, multiplicação, resultado, participação dos trabalhadores, sustentabilidade e caráter educativo. A avaliação é feita por uma comissão composta por integrantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), além de representantes dos trabalhadores na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. Na edição de 2015 o INOVASUS teve o seu escopo ampliado apresentando dois editais distintos articulando Gestão do Trabalho e Gestão da Educação na Saúde. Tal perspectiva aposta na lógica da articulação entre trabalho e educação para qualificação da gestão no SUS. Ao longo do desenvolvimento do Prêmio foram premiadas 77 iniciativas, envolvendo apoio técnico e financeiro para implementação das ações premiadas. Observa-se que a iniciativa tem provocado desdobramentos importantes como: sistematização e divulgação das experiências premiadas, realização de encontros regionais para divulgação e debate, parceria com municípios e estados para desenvolvimento e fomento de ações relacionadas à Gestão do Trabalho no SUS, publicação dos Livros relacionados às 04 edições realizadas, premiação da iniciativa do INOVASUS no 18^o Concurso Inovação na Gestão Pública Federal, promovido pela Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) e acompanhamento pela Escola Andaluz de Saúde Pública do Governo de Andaluzia da Espanha de seis experiências premiadas em edições anteriores para o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação de boas práticas. Assim, o desenvolvimento da iniciativa tem objetivado contribuir para construção de espaços de diálogos e interlocução

entre gestores e trabalhadores, buscando favorecer a articulação interfederativa, a integração e o aprimoramento dos processos de Gestão do Trabalho e da Educação no SUS.

PROCESSO DE ENFERMAGEM SEGURO: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE COMO UM PROJETO DE INTERVENÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR DE ENSINO

Mercy Souza, Larissa Menezes, Carolina Pompeo, Sabrina Magrin, Simone Crispim, Ligiane Estevam

APRESENTAÇÃO: Este trabalho é o resultado do projeto de extensão da UFMS - curso de Metodologia de Apoio as Equipes de Saúde para Enfermeiros, com o método de pesquisa ação de intervenção na instituição hospitalar. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O projeto de extensão voltado para diferente atuação do profissional enfermeiro no estado abordou vários temas, com um eixo central no método de apoio a cogestão institucional e a construção de espaço coletivo, visando o papel social e político deste profissional em diferentes esferas da assistência, seja ela na rede pública primária, secundária e ou terciária. Assim este grupo elaborou como atividade do curso, o projeto de intervenção a fim de garantir a coletividade da ação. O tema escolhido foi identificação do paciente, considerando a importância desta e sua relação do pouco uso com a ocorrência de erros na assistência ao indivíduo e a pouca valorização na prática diária pelos profissionais da saúde. Com a política pública voltada por completa à segurança do paciente e com a aprovação da Portaria do ministério da saúde, em seis pilares, sendo o seu foco inicial no processo correto da identificação, a fim de reduzir a ocorrência de incidentes. Foram traçados

os passos de intervenção, elaborado cronograma das ações e propostas das metas do processo de implantação do projeto na instituição. O projeto ainda esta em desenvolvimento em um hospital de ensino em parceria com o Núcleo de Segurança do Paciente. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: O trabalho executado em equipe foi em um primeiro momento realizar um diagnóstico situacional, certificando do uso das pulseiras, com visitas aos pacientes e familiares à beira do leito, conferindo os dados, a integridade e a existência desta. Enfatizando com a família, paciente e equipe assistencial o principal motivo de se utilizar a pulseira, certificando de que o uso deste dispositivo pelo paciente seja conferido pelo profissional em cada procedimento, assegurando a todos um cuidado seguro, livre de danos decorrência de ações negligenciadas. Ocorreram várias discussões do processo, chegamos à padronização dos dados de identificação. A dinâmica empregada foi de sensibilizar e capacitar os colaboradores, a criação de um fluxograma e a conscientização do uso adequado da pulseira de identificação, que atualmente está sendo monitorado pelos enfermeiros da assistência e o Núcleo de segurança do paciente. Assim como resultado do projeto de intervenção será a sua implantação em 100% de adesão do uso da pulseira tanto para quem presta a assistência e para quem recebe o cuidado, em especial nos setores de atendimento aos pacientes cirúrgicos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O curso nos fez refletir sobre uma prática que pode ser considerada simples, mas que se não utilizada e se negligenciada por questões culturais na prática diária, pode causar danos irreversíveis aos pacientes e ainda ao profissional responder ética e juridicamente por estes. Assim constatamos que a identificação do paciente é abrangente e de responsabilidade interdisciplinar e multiprofissional.

PROGRAMA DE SAÚDE INCLUSIVO NAS EX-COLÔNIAS DE HANSENÍASE DE MINAS GERAIS

Getulio Ferreira de Moraes, Adriana Fernandes Carajá, Eni Carajá Filho, Cordovil Neves de Souza, Tiago Sávio Moreira Possas

Palavras-chave: Inclusão Social, qualidade de vida, plano terapêutico, participação da Comunidade

Autores (1), GETULIO FERREIRA DE MORAIS (1) TIAGO SÁVIO MOREIRA POSSAS (2), ADRIANA FERNADES CARAJÁ (3), Cordovil Neves SOUZA (4), ENI CARAJÁ FILHO (5) Instituição 1 FHEMIG - FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS (OLAVO BILAC 112 CITROLANDIA BETIM MG CEP 32650-820), 2 MORHAN - MOVIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DAS PESSOAS ACOMETIDAS PELA HANSEN (Rua do Matoso Nº 6, sala 204 - Praça da Bandeira - - RJ - CEP. 20) Apresentação: O Brasil possui trinta e três (33) ex-hospitais colônias de hanseníase, sendo quatro (04) em Minas Gerais. São 437 usuários com diversos perfis: idosos, pessoas com deficiência e atingidos pela hanseníase em variadas formas de vulnerabilidade social. Com o objetivo de oferecer uma atenção à saúde com base no conhecimento das necessidades do usuário, em julho de 2008, foi implantado nas ex-colônias de hanseníase o Protocolo de Reabilitação e Cuidado ao Idoso e o Plano Terapêutico, sendo o primeiro uma avaliação geriátrica ampla e o segundo contem as propostas de profilaxia dos agravos da saúde do paciente, a terapêutica e a reabilitação através do trabalho da equipe multidisciplinar. A proposta é a implantação da Linha de Cuidado do Lar Inclusivo e da Atenção Domiciliar, propiciando ao acesso aos serviços e a melhoria da qualidade de vida. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um relato de experiência, vivenciado por os usuários, os trabalhadores e a Gestão

da Casa de Saúde de Santa Izabel, localizada em Betim no Estado de Minas Gerais, em que esses atores da ação, estão repensando o modelo atual bastante fragmentado do ponto de vista assistencial, propondo a substituição do mesmo para ações integrais e inclusivas. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Rompimento da lógica de assistência focal, entendimento do processo do trabalho coletivo, ampliação da oferta de serviços, inclusão social, co gestão incluindo opinião e satisfação do usuário e valorização do trabalho em saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Este trabalho permitiu identificar necessidades individuais de prevenção, promoção e tratamento multidimensional dos usuários assistidos em uma ex-colônia do Estado de Minas. Empoderou o sujeito como agente ativo da promoção de sua qualidade de vida e alinhou a participação social como estratégia para alcançar seus objetivos.

PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL NO RIO GRANDE DO SUL: UM TRABALHO INTEGRADO ENTRE MINISTÉRIO DA SAÚDE, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE

Carla Cristiane Freire Corrêa, Ruth Ordovas, Daniele Fraga Dalmaso, Vivian Perez, Melissa Azevedo, Flávio Wanderlei Gomes da Silva, Leandro Rodrigues, Heloisa Germany

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Integralidade em Saúde,

APRESENTAÇÃO: Este trabalho tem a intenção de compartilhar a experiência do trabalho realizado no Estado do Rio Grande do Sul (RS) no que refere ao desenvolvimento do Programa Mais Médicos para o Brasil - PMMB. O trabalho se dá de forma integrada entre as Referências Descentralizadas do Ministério da Saúde - MS, as Apoiadoras

Institucionais do Ministério da Educação - MEC e Assessora da Organização Pan Americana de Saúde - OPAS, que ficam no território. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: No RS o Programa Mais Médicos conta atualmente com, aproximadamente, 1.100 profissionais os quais são médicos brasileiros, estrangeiros e da Cooperação com a OPAS (Brasil e Cuba) que atuam em mais de 400 municípios. As ações do Programa são desenvolvidas de forma conjunta pelos Ministérios da Saúde e Educação, bem como da OPAS, através das referências, apoiadoras e assessora que compartilham além de um espaço comum, no Núcleo do MS do RS onde são realizadas reuniões semanais para planejamento, discussão de casos e monitoramento das questões relevantes ao Programa, também participação nos encontros de supervisão locais (que são realizados pelos supervisores do programa com os médicos), visitas aos municípios, participação nas reuniões mensais da Comissão de Coordenação Estadual do PMMB, Oficinas de acolhimento estadual aos médicos, reuniões com supervisores e tutores do programa e também Grupos de email e Whatsapp, para agilizar a comunicação. RESULTADOS: O trabalho integrado viabilizou um compartilhamento de ações e responsabilidades, além de troca de saberes e práticas, que vem trazendo maior competência ao grupo, potencializando o trabalho desenvolvido no território. Desta forma, todos são capazes de interagir e juntos planejarem ações e estratégias para as questões cotidianas. Em muitos Estados, não há este trabalho de forma integrada, o que acreditamos que possa dificultar o desenvolvimento das ações do programa de forma qualificada. Esta integração fez deste grupo um coletivo capaz de criar, articular, rearticular, compor e transformar a realidade do trabalho, pois há confiança e cooperação entre todos

e o apoio aos municípios e instituições parceiras do programa, no estado, são realizados de forma mais ágil e resolutiva. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esta experiência revela a potencia de um trabalho realizado em equipe, onde o compartilhamento e troca de saberes e competências é capaz de operar no crescimento pessoal e profissional do grupo, trazendo um sentimento de grupalidade e parceria para o desenvolvimento do trabalho vivo em ato. Este fazer coletivo qualifica e articula o grupo na sua prática diária. A partir desta experiência exitosa esperamos que o nosso fizesse profissional na saúde seja cada vez mais composto de idéias, parcerias, saberes, numa combinação de diversos ingredientes que integrem nossa atuação na gestão do cuidado e atenção a saúde, qualificando nosso fazer, no Programa Mais Médicos no RS.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO (PSE CARIOCA)/ÁREA PROGRAMÁTICA (AP) 5.1: TRABALHANDO A PLURALIDADE NO CUIDADO EM UNIDADES ESCOLARES

Fabiana Silva Marins, Lucia Maria Santos Brandão, Erivelto Soares de Medeiros, Ludimila Cuzatis Gonçalves, Louise Anne Reis da Paixão

Palavras-chave: Intersetorialidade, Informação, Pluralidade

INTRODUÇÃO: Trata-se de uma experiência exitosa do PSE com expressiva melhora na integração de três setores envolvidos (Saúde, Educação e Desenvolvimento social), enfatizando a atuação das equipes da Estratégia de saúde da Família (ESF), aumentando as ações escolares com olhar sensível à pluralidade de cada unidade escolar/ aluno e a qualificação dos registros

destas ações. O PSE Carioca, através da resolução conjunta SEGOV/SMS/SME/SMDS Nº 01 DE 06 DE FEVEREIRO DE 2015 incluiu o setor Desenvolvimento Social no Grupo de Trabalho Municipal (GTI) já constituído pela Saúde e Educação, como estratégia de integração e articulação entre as políticas públicas. O Núcleo de Saúde na Escola e na Creche (NSEC) da AP 5.1 do município do Rio de Janeiro, como GTI local- NSEC8 cobre um território com 187 unidades escolares municipais, 6 equipamentos sociais e 22 unidades de saúde municipais, com 122 Equipes da ESF, com o desafio de intensificar a sensibilização na atuação co-responsável visando o respeito, a cultura de paz em toda e quaisquer ações realizadas. **OBJETIVO:** Demonstrar a criação de estratégias que fomentem a integração dos setores, com maior autonomia dos profissionais e a co-responsabilidade na realização de ações e registro das mesmas pelo PSE, enfatizando a pluralidade no cuidado em ambiente escolar. **MÉTODO:** Mediar reuniões intersetoriais para planejamento nos territórios, respeitando suas devidas especificidades (cada local tem clientela adscrita com suas peculiaridades, seus valores) e para sensibilização e esclarecimento aos profissionais quanto ao registro no sistema de informação do PSE Carioca; Monitoramento dos registros e Retorno para os profissionais sobre os mesmos; avaliação trimestral conjunta entre os setores elencados com vistas ao impacto no cotidiano dos alunos. **RESULTADOS:** Percebeu-se que houve desdobramento com impacto, pois nos meses de fevereiro e março/2015 foram realizados 470 registros de ações e nos meses de julho e agosto/2015, 1226 registros, dentre as quais muitas tratavam direta ou transversalmente de questões relativas ao respeito às diferenças, fomentando sempre a cultura de paz. Houve também aumento de reuniões intersetoriais

locais sem a interferência do NSEC 8, com autonomia das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Percebeu-se que com as estratégias supracitadas, principalmente com o retorno dado do que tem sido feito em toda a AP 5.1, caminhamos para uma crescente interação intersectorial (cada vez mais descentralizada), que requer pleno envolvimento dos pares a fim de que os alunos possam usufruir de uma atenção à saúde integral, singular e de qualidade. Ainda que com vivências diferentes, conclui-se que há possibilidade de um trabalho mais ampliado e que atenda as necessidades reais de cada aluno/unidade escolar, acreditando que a médio e longo prazo tenhamos respostas positivas através de demonstração de mudanças de comportamentos, com mais tolerância e respeito às diferenças.

PROVISÃO DE MÉDICOS NO MATO GROSSO DO SUL: UMA ANÁLISE RETROSPECTIVA DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

Andre Luiz da Silva, Elza Helena Krawiec, Maysa Fátima Brown, Priscilla Azevedo Souza

Palavras-chave: Provisão, Atenção Básica, processo de trabalho

O Projeto Mais Médicos para o Brasil faz parte do pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema de Saúde, visando também cumprir a garantia à população do direito a saúde, considerando que o país ainda convive com situação de carência de profissionais médicos e má distribuição destes no território nacional. Este relato de experiência tem o objetivo de descrever a trajetória de implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil no estado do Mato Grosso do Sul, que possui uma população

de 2.619.827 habitantes distribuídos em 79 municípios. O Projeto Mais Médicos teve início no estado com a chegada, em agosto de 2013, de médicos selecionados para os municípios que fizeram adesão à proposta do Ministério da Saúde, atualmente são 59 municípios aderidos. Desde então o estado vem recebendo profissionais para compor as equipes de Atenção Básica e do total de 549 equipes da Estratégia Saúde da Família, 211 são compostas por médicos dos programas de provisão, Mais Médicos para o Brasil e Programa de Valorização da Atenção Básica, representando com isso 38,6% do total de equipes. Isto representa 32,1% da cobertura de Atenção Básica – que corresponde a 83,6% de cobertura total no estado. À guisa de análises mais refinadas, observa-se nesta trajetória um processo de implantação com diferentes desafios relacionados à complexidade do contexto que envolve o Sistema Único de Saúde. As estratégias utilizadas para enfrentamento destes desafios vão desde a gestão compartilhada dos programas na Comissão de Coordenação Estadual, com os atores institucionais presentes no território, até a construção de ferramentas de monitoramento e avaliação do processo de trabalho das equipes envolvidas. Este processo vem sendo construído e constituído, na medida em que os médicos vão sendo alocados nas equipes de Atenção Básica dos municípios. Foram observadas mudanças significativas no processo de trabalho na Atenção Básica (gestão e serviços). Além disso, percebe-se que a articulação dos programas de provisão com os diferentes instrumentos de qualificação da Atenção Básica como PMAQ, Requalifica UBS e ferramentas pedagógicas como Telessaúde, potencializa sobremaneira o processo de qualificação da Atenção Básica nos diferentes contextos e territórios.

RELATANDO A VIVÊNCIA NO VER-SUS CENTRO-SUL PIAUIENSE E A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO NAS CIDADES DE PICOS, IPIRANGA E OEIRAS NO ESTADO DO PIAUÍ

Fábio Loiola da Silva, Danielle de Sousa Leal, Antônio Alexandre Henrique de Sousa, Tiago da Rocha Oliveira, Jéssica Cristina Moraes de Araújo, Ana Carla Ramos Borges, Camila Sabrina de Oliveira Lima, Guilherme Pertinni de Moraes Gouveia

APRESENTAÇÃO: O Projeto VER-SUS tem grande contribuição na formação profissional dos estudantes da graduação em saúde, proporcionando um legado e uma visão de saúde pública vivenciada em campo, sendo fundamental na formação de um profissional crítico-reflexivo sobre sua atuação no sistema único de saúde. O estudo refere-se ao relato da vivência de estudantes de diversas áreas da saúde, realizadas nas cidades de Picos, Ipiranga e Oeiras no Piauí. **METODOLOGIA:** O projeto VER-SUS Centro Sul Piauiense possibilitou uma experiência incrível, na qual pudemos vivenciar e observar a realidade da saúde pública nas cidades de Picos, Ipiranga e Oeiras. O contraste percebido entre as cidades é nítido quando falamos de gestão, haja vista que em Picos foi observada uma constante mudança da gestão em saúde nos últimos meses (três vezes), impossibilitando a continuidade do trabalho da gestão, deixando a desejar na saúde pública. Todavia em Ipiranga e Oeiras sua atual gestão é atuante, há alguns anos e age de forma conjunta com suas equipes de agentes comunitários de saúde, fazendo reuniões periódicas semanais, tendo o retorno de suas ações junto à comunidade, o que possibilita identificar diversas limitações e facilita a intervenção mais adequada a ser feita em um menor espaço de tempo. As visitas nos proporcionaram identificar

as limitações e as potencialidades de cada cidade e, principalmente, entender o quanto é necessário o trabalho em equipe com as Unidades Básicas de Saúde. **RESULTADOS:** Em Picos, de acordo com o observado e relatado em algumas visitas, percebemos uma cidade voltada ao interesse político em sua gestão, deixando a desejar na saúde pública, já nas cidades de Ipiranga e Oeiras, sua gestão trabalha prioritariamente na atenção primária, fazendo com que trabalhos preventivos nas Unidades Básicas de Saúde tenham reflexos satisfatórios na atenção secundária, levando assim uma baixa demanda por serviços mais especializados nos hospitais e assim a saúde pública venha sendo colocada em prática de forma correta, fazendo com que os usuários aprendam que a forma preventiva e primária é essencial para saúde da população. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É evidente a necessidade da formação na graduação voltada para uma saúde pública humanizada e principalmente com qualificação dos estudantes voltada para serem futuros gestores, visível nas duas realidades vivenciadas com Picos uma das principais cidades do estados não possui uma Unidade de Terapia Intensiva e a saúde se articular principalmente em instituições privadas, realidade totalmente diferente de Ipiranga e Oeiras mostrando que uma boa gestão da Atenção Primária desafoga os hospitais.

RELATO DE EXPERIÊNCIA NO VER-SUS/DF

Antonio Rêgo da Silva Júnior

Palavras-chave: VER-SUS, Gestão, Relato

INTRODUÇÃO: O VER-SUS é um programa de estágios e vivências no Sistema Único de Saúde, que proporciona ao estudante sua inserção nos serviços, no qual são conhecidas as formas de funcionamento

das instituições públicas de saúde, as práticas profissionais e a organização das RAS. **OBJETIVO:** Expor neste resumo às percepções obtidas através das experiências vividas nos serviços de saúde, expondo sucintamente as características intrínsecas do funcionamento da rede de atenção em saúde do Distrito Federal. **MÉTODOS:** Ao adentrar nos serviços de saúde do Distrito Federal percebe-se a dissonância existente na Unidade da Federação com maior PIB Per capita do país e que ao mesmo tempo possui serviços mal gerenciados, sucateados, desorganizados na maioria das vezes, principalmente na atenção básica. Na atenção básica o número de equipes da ESF eram poucas em todas as cidades satélites, sendo assim boa parte da população não era coberta pela estratégia. Da mesma maneira o NASF, que apresenta poucas equipes e realizam o apoio matricial de maneira equivocada, como atendimentos ambulatoriais, ao invés de direcionarem suas práticas para a prevenção e promoção de saúde. Outros serviços que instigavam nossas inquietudes eram as Unidades “Mistas”, que inicialmente foram criadas para serem serviços de atenção básica, mas que no decorrer do tempo começaram inserir-se na média complexidade. Sendo assim, são serviços anômalos que transitam da atenção básica à média complexidade, tendo os gestores o desejo de se tornarem efetivamente serviços ambulatoriais. O Hospital São Vicente de Paulo é o retrato da escassez de investimento na saúde mental no Distrito Federal. Este hospital é um manicômio em pleno funcionamento na Capital Federal, no qual centenas de pacientes vivem trancafiados num local insalubre, sem quaisquer condições de realizar o fazer humano. Os pacientes geralmente perambulam na ala do hospital, sujeitos e muitas vezes sem o vínculo com a família. Os Centros de Atenção Psicossocial ainda são poucos se comparado com a demanda

existente, o que propicia as pessoas se deslocarem de sua localidade para ir ao CAPS de outra região, deixando assim o serviço sobrecarregado. **RESULTADOS:** O panorama geral dos serviços de saúde do Distrito Federal está aquém do que é esperado. Nota-se, que não existe coordenação entre os níveis de atenção em saúde, ou seja, a relação da referência e contrarreferência está fragilizada, o que impede do usuário de ter um acompanhamento integral e longitudinal. Outro ponto importante a ser destacado é o alto investimento nos serviços de pronto atendimento, como é as UPAS e o baixo investimento na atenção básica, contrariando assim a política nacional de atenção básica. Isso pode ser exemplificado com a estrutura física dos Centros de Saúde de Samambaia, que estão a mais de vinte anos sem realizar reformas que melhorem efetivamente o espaço. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a RAS necessita de investimentos que melhorem a estrutura física dos espaços, propiciando melhores condições de trabalho, o melhor direcionamento dos recursos financeiros e qualificar os profissionais através da educação permanente, capacitando-os para as novas e diversificadas demandas.

SISTEMA DE CONTROLE, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DE RESULTADOS (E-CAR) A EXPERIÊNCIA DO SEU USO NA GESTÃO: AVANÇOS E DESAFIOS

Luci Fabiane Scheffer Moraes, Elisabeth Moreira dos Santos, Celia Maria Catex Aly, Luciana Mara de Oliveira, Afonso Teixeira dos Reis, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Palavras-chave: sistemas, monitoramento, e-Car, gestão, planejamento estratégico

Frente ao desafio de desenvolver um plano estratégico, o Ministério da Saúde

(MS) discutiu e aprovou o Planejamento Estratégico (PE/MS) para a gestão 2011 – 2015, pactuando 16 objetivos estratégicos, 131 estratégias, 582 resultados e 98 recortes estratégicos, considerados norteadores institucionais. Para imprimir racionalidade ao processo de controle, acompanhamento e avaliação dos resultados do PE/MS, identificou-se a necessidade de compatibilizar os instrumentos de planejamento e gestão e contar com uma ferramenta gerencial de monitoramento dos resultados pactuados. Essa ferramenta, é o sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-Car), que está sob a responsabilidade do DEMAS/SE/MS, em parceria com o Datasus. A utilização da ferramenta nos ciclos mensais e trimestrais de monitoramento e nas diferentes instâncias colegiadas de gestão tem sido um processo indutor de mecanismos de desenvolvimento institucional. Por ser uma ferramenta tecnológica voltada para o acompanhamento estratégico e para o gerenciamento operacional de ações, ela permite um recorte de resultados que podem ser monitorados de forma diferenciada, disponibilizando uma visão gerencial, por meio da qual é possível comparar períodos acompanhados e avaliar o andamento das ações e a evolução de seus indicadores ao longo do tempo. O fortalecimento da consolidação da cultura de monitoramento no MS pode ser observado pelo uso e aperfeiçoamento do e-Car, considerado um sistema customizado às situações do cotidiano de gestão do MS. Ainda em implementação, o e-Car requer esforços institucionais, feedback dos usuários e a contribuição de todos os parceiros para o seu constante aperfeiçoamento tornando-se efetivamente um instrumento de gestão.

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE: CARTÃO SUS DIGITAL COMO DISPOSITIVO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Rafael Dall'alba, Giliate Cardoso Coelho Neto, Jacinta de Fátima Senna da Silva

Palavras-chave: Tecnologia da Informação, registro eletrônico, Sistema de Informação em Saúde

A necessidade de informações legítimas, acessíveis e de fácil compreensão compreende um dos grandes desafios do cuidado tanto para usuários, profissionais da saúde e gestores. A complexidade do sistema único de saúde brasileiro (SUS) requer um constante aperfeiçoamento de suas tecnologias de modo a atender as demandas da população seguindo os seus princípios e diretrizes de equidade, integralidade e universalidade. Nesse âmbito compreende-se a promoção da saúde (PS) como uma representante das tecnologias leves (MERHY, 2002), agindo na combinação de ações planejadas do tipo educativo, político, legislativo ou organizacional em apoio aos hábitos de vida e condições favoráveis à saúde dos indivíduos, grupos ou coletividades assim compondo estratégias de melhorias da saúde. Neste cenário temos também tecnologias do tipo leve-duras que são os saberes estruturados como a clínica e as tecnologias duras mais facilmente entendidas como hardwares (máquinas) e softwares (aplicativos). Na convergência dessas tecnologias construiu-se o aplicativo do Cartão SUS Digital (CSD) pelo Ministério da Saúde que aqui será abordado como dispositivo de promoção da saúde. O Cartão SUS Digital (CSD) é a evolução da proposta da mídia física fazendo parte da base da estratégia e-saúde que tem como objetivo aumentar a qualidade e ampliar o acesso à atenção à saúde através do uso das Tecnologias de Informação incluindo os

saberes e práticas inerentes a esta área do conhecimento - que contribuam para agilizar o fluxo assistencial, qualificar as equipes de saúde e tornar mais eficaz e eficiente o fluxo de informações para apoio à decisão em saúde, em sua complexidade que envolve tanto a decisão clínica, de vigilâncias em saúde, de regulação e promoção da saúde quanto de gestão. O CSD busca tornar-se um importante dispositivo de PS, a fim de aproximar ainda mais o usuário do SUS do seu processo de cuidado aumentando não só a acessibilidade, mas também garantindo uma qualidade no cuidado recebido. No total, 16 sistemas de informação em saúde já estão integrados ao cartão SUS. Esta é o primeiro passo para que tanto os pacientes quanto os profissionais de saúde podem usufruir dos registros, decisões clínicas e análises presentes. A incorporação da base de cadastro de pessoa física - CPF da Receita Federal automaticamente torna todo cidadão detentor de sua identidade no SUS simplificando o processo de cadastro. Logo o cartão entra como integrador do Registro Eletrônico de Saúde que tem como função repositórios de informações relevantes sobre a saúde e bem estar do paciente e estão integrados de modo físico ou virtual. O aplicativo está disponível para smartphones com sistema Android e em breve estará disponível pra Iphone e Windows phone. Na interface do usuário são disponibilizados os exames realizados, peso, tipo sanguíneo, alergias, medicamentos em uso e profissionais da saúde que lhe atenderam, configurando assim uma estratégia de promoção da saúde por meio da informação. Na interface do aplicativo relativo ao profissional de saúde terá a funcionalidade de acesso aos dados do usuário, bem como um conjunto de alertas a situações de saúde específicas de risco ou intervenção, isto é promoção da saúde por intermédio de um melhor gerenciamento do cuidado. No âmbito da

gestão o cartão SUS digital tem o potencial de agilizar e melhorar a regulação, aprimorar parâmetros de financiamento e sistemas de monitoramento, controle e avaliação na geração de indicadores mais confiáveis. Há, também, a possibilidade de aperfeiçoar os processos de ressarcimento junto a ANS e racionalizar recursos do SUS podendo gerar a economia de um bilhão de reais ao ano (FGV 2014). Tecnologia e Promoção da Saúde O CSD responde à necessidade de ampliação da capacidade argumentativa dos sujeitos informacionais (usuário e instituições) para um processo democrático emancipador fortalecendo os princípios e diretrizes de equidade, integralidade e universalidade do SUS. Não se trata somente de tecnologia e sim de humanização na saúde. Ao fortalecer o conjunto de informações estaremos garantindo uma maior participação do usuário tanto na sua utilização do SUS quanto na avaliação e controle do mesmo. Essa aproximação e real intervenção no seu processo de cuidado do próprio usuário, como a possibilidade de acompanhar as ofertas às suas demandas, tende a ampliar o exercício nos processos de decisão (empowerment) ampliando a autonomia dando ênfase para o desenvolvimento do exercício da cidadania, condição fundamental da promoção da saúde. A gestão fazendo-se uso dessas informações qualificadas poderão racionalizar os recursos podendo reestruturar a rede de atenção para atender de forma mais integral e equitativa. O CSD qualificando a informação e o usuário por sua vez consumindo essa informação, alimentará o ciclo dado-informação-conhecimento resultando em tomadas de decisões mais assertivas e conexas com as demandas dos territórios. Considerações Finais: Ao mesmo tempo, tem-se a criação de tecnologias cada vez mais precisas e sofisticadas em todas as atividades humanas e o aumento dos desafios e dos impasses colocados ao

viver. O acesso a informação de qualidade e o fortalecimento do empowerment do usuário gerado pelo aplicativo do cartão SUS digital configuram-se como um importante dispositivo de promoção da saúde com amplas possibilidades de desenvolvimento do SUS. Link para download do Cartão SUS digital : <https://play.google.com/store/apps/details?id=br.gov.datasus.cnsdigital>

VIVÊNCIA ACADÊMICA NA CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS DIABÉTICOS CADASTRADOS NA UBSF N-23, NA ZONA NORTE DE MANAUS-AM

Rute Silva de Oliveira Patricio

Palavras-chave: Enfermagem, Diabetes Mellitus, Saúde Coletiva

Descrição da Experiência: Nas aulas práticas da disciplina Saúde Coletiva II, realizadas no mês de junho de 2015, na UBSF N23, na abrangência do Distrito de Saúde Norte, pudemos conhecer a estrutura física, organizacional e de recursos humanos desta, bem como a atuação do profissional enfermeiro no contexto da Estratégia de Saúde da Família. Durante este período foi caracterizado o perfil dos pacientes diabéticos cadastrados na unidade, através de consulta aos prontuários e entrevistas com os ACSs. A consulta aos dados foi consentida pela equipe do estabelecimento, uma vez que tal atividade teve por finalidade contribuir com os profissionais no planejamento e monitoramento qualificado das ações de saúde direcionadas aos portadores desta condição crônica. Resultados alcançados: Os dados serviram para mostrar aos servidores o panorama atual dos diabéticos, no que compete ao acompanhamento e monitoramento destes. Mostrou-se fundamental o conhecimento dos trabalhadores da atenção primária sobre o perfil destes clientes, para que o

planejamento de ações estratégicas esteja voltado às suas necessidades, consistindo assim em uma assistência integralizada e que assegure o direito do cidadão que convive com o diabetes. Repercussões da experiência: Tal experiência foi de grande valia para a formação acadêmica, uma vez que permitiu uma aproximação da realidade vivenciada na atenção primária enquanto futura profissional, bem como atuar junto à comunidade no que concerne às atividades de promoção, prevenção e manutenção em saúde. Considerações finais: Ações como esta são de suma importância, pois se propõe a identificar o perfil dos diabéticos cadastrados no serviço de saúde, seus riscos e vulnerabilidades, a eficiência do tratamento e evolução clínica, proposição de medidas intervencionistas individualizadas e coletivas para melhorar a qualidade de vida destes clientes.

VIVÊNCIA: CONHECENDO A REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA

Rodrigo Souza de Souza Barbosa

Palavras-chave: Uberlandia, Organização, Saude

RESUMO: Período de Realização: 02 a 08 de Março de 2015, totalizando 84 horas. OBJETO DA EXPERIÊNCIA: Unidades de saúde pública e privadas da cidade de Uberlândia, estado de Minas Gerais. OBJETIVOS: Observar e analisar as unidades de saúde pública e privada da cidade de Uberlândia/MG, comparando as diversas formas de atenção local com as atenções em saúde do Distrito Federal. METODOLOGIA: Realizou-se estudo observacional transversal, de forma que os viventes realizaram relatórios diários notificando suas constatações a respeito da situação de saúde de Uberlândia, apresentando possíveis sugestões, e análise

comparativa em relação às formas de atenção e situação em saúde do Distrito Federal. RESULTADOS: A cidade de Uberlândia é uma das mais populosas do estado de Minas Gerais, de forma que a organização em saúde e atuações profissionais apresentase de maneiras diferentes em relação às demais cidades do estado. As unidades em saúde são distribuídas em: programa de atenção a saúde da família- PSF, unidade de atendimento integral - UAI, Hospital Universitário e Hospitais Públicos, sendo estas diferentes da organização em saúde do Distrito Federal. Os Programas de Saúde da Família - PSF estão localizados em casas com o intuito de se adaptar a uma condição desfavorável, por conta de não ter estrutura física adequada, mantendo-se sempre cheias, enquanto as UAIs realizam atendimentos de básica e média complexidade, e alguns atendimentos de urgência e emergência. Outro ponto que tange a essa maneira de organização da distribuição profissional, que é prejudicada pelo número de unidades e alta procura populacional. Os profissionais de saúde que atendem nas UAIs e PSFs queixam-se da administração a respeito do gerenciamento dos serviços de saúde do Estado e a medida que o mesmo encontrou para reverter esse problema. Com a criação do FUNDA-SUS, irá se exigir que todos os profissionais alocados terão que realizar concurso público para ocupar os cargos. ANÁLISE CRÍTICA: O funcionamento das UAI apresentam grande impacto na saúde pública de Uberlândia, de forma que o maior investimento em hospitais e redistribuições das complexidades seria de caráter facilitador para a população, e os serviços de saúde necessitam de investimento em sistema de informações virtuais para estabelecer a comunicação entre os diferentes níveis de atenção. Vale ressaltar a importância da implementação do SAMU na cidade para melhorar a qualidade de vida da população.

CONCLUSÕES E/OU RECOMENDAÇÕES: As condições de saúde de Uberlândia no sistema público são satisfatórias apresentando bons profissionais, entretanto verifica-se a necessidade de implementação de estratégias da organização em redes e FUNDA-SUS.

WORKFLOW, FERRAMENTA FACILITADORA NO PROCESSO DE TRABALHO EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA

Luiz Antonio Costa Sparremberge

Palavras-chave: gestão, educação,

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) disponibiliza o software Workflow, para que todos os seus empregados possam utilizá-lo acordo com o seu processo de trabalho. A Gestão do Trabalho Educação e Desenvolvimento (GTED) é um setor vinculado diretamente à Gerência de Recursos Humanos do GHC, onde se promovem várias ações orientadas pelos princípios e pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Os processos de educação permanente, formação para gestores, apoio à Política de Avaliação e Desenvolvimento, mediação de conflitos, acompanhamento das equipes e ações de planejamento, são algumas das atividades realizadas pela GTED. Dentro dessas atribuições o gerenciamento e suporte presencial e online são ofertados aos trabalhadores que queiram utilizar-se do Workflow para realizar suas atividades de formação. A partir da utilização do software Workflow foi possível garantir maior segurança e também o armazenamento dos dados dos profissionais solicitantes de atividades de formação individual, principalmente as que envolvem apoio institucional, tais como: participação em congressos, seminários, cursos e simpósios entre outras. Sendo o GHC uma instituição

que promove a igualdade de oportunidades a todos os seus trabalhadores, então a procura por atividades de formação deveria ser equilibrada entre os profissionais que compõem seus quadros. Observamos, porém, que tais atividades são solicitadas em maior parte por profissionais que ocupam cargos de nível superior, mais especificamente médicos das mais diversas especialidades, do que as solicitadas por qualquer outra categoria profissional. Essa diferença se acentua sobremaneira quando são levados em conta os demais trabalhadores que exercem funções de nível médio e nível fundamental nas mais diferentes áreas de atuação dentro da instituição, tendo eles ou não curso superior. Com base nessa realidade e levando-se em conta que todos os trabalhadores do GHC têm oportunidades iguais dentro da instituição, pensamos em argumentos que talvez pudessem justificar tal situação, como por exemplo, maior facilidade de acesso às informações e aos computadores da instituição, publicização de atividades, facilidade de liberação desses trabalhadores de suas atividades profissionais, necessidade de atualização e aprimoramento das equipes, período de afastamentos para realizar atividades por conta dos acordos sindicais homologados pelo GHC.

Eixo Gestão - resumo expandido

Trabalhos de Pesquisa

“EM OBRAS”: UMA HISTÓRIA SOBRE O PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Vanessa Lora, Jeane Félix

Palavras-chave: Programa Requalifica UBS, infraestrutura, Ambiência

Este trabalho contemplou a Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e teve por objetivo contar uma história acerca de como surgiu o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Requalifica UBS – e como ele é monitorado através do Sistema de Monitoramento de Obras – o Sismob. Trata-se de um estudo feito a partir da análise de documentos referentes ao Requalifica UBS e da observação participante no ambiente de trabalho como campo de formação. As Portarias que implantam e redefinem os componentes do programa serviram de documentos para análise descritiva no trabalho. Ademais, os relatos selecionados para serem apresentados durante a IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família compuseram o diálogo com o Programa Requalifica UBS que foi feito a partir da ótica da importância de uma boa infraestrutura e ambiência das UBS nos processos de trabalho que contribuem para o sucesso e avanço da Atenção Básica. A estratégia metodológica de observação participante foi utilizada para contar a minha visão do Programa, partindo das vivências que tive como especializanda do Departamento de Atenção Básica, sendo

que para isso, recorri aos meus escritos registrados no diário de campo, bem como das conversas que tive com os colegas do Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos. Ao final do processo de escrita deste trabalho, observa-se que a criação do Programa Requalifica UBS, que repassa recurso para os municípios construírem, reformarem ou ampliarem suas UBS, possibilita a melhoria e a (re) qualificação de sua estrutura, readequando e ambientando os espaços e potencializando os processos de trabalho, promovendo mais saúde para a população em questão, além da satisfação dos profissionais no desempenho de seu trabalho.

A “NOVA” CLASSE MÉDIA E A COMPRA SERVIÇOS PRIVADOS DE SAÚDE NO BRASIL

Ingrid D’avilla Freire Pereira, Jeni Vaitsman

Palavras-chave: nova classe média, Sistema Único de Saúde (SUS), relações entre o público e o privado

1. APRESENTAÇÃO E OBJETIVO: As relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o subsistema privado – a partir das condições peculiares de seu desenvolvimento no Brasil – têm revelado as contradições para a efetivação do direito à saúde no Brasil. As tensões entre estes projetos se reafirmam a partir de 2003 com a eleição dos governos petistas e suas diretrizes de crescimento econômico, inclusão pelo consumo e ampliação de programas de transferência de renda condicionada para os mais pobres (PROGRAMA DE GOVERNO DILMA ROUSSEFF, 2014). Ao mesmo tempo em que é possível afirmar que entre os anos de 1992 e 2012 houve redução da pobreza (de 16,0% para 6,0%) e da pobreza extrema (de 8,0% para pouco mais de 3,0% da população) (IPEA, 2012; IPEA, 2013),

mais recentemente a agudização das crises econômicas e política do país têm afetado a formalização do trabalho e o poder de compra (redução dos salários nominais e elevação das taxas de inflação). Faz parte desta dinâmica, a construção do discurso sobre as aspirações das famílias brasileiras, especialmente das que compõem a “nova” classe média, com relação a compra de serviços de saúde. A compra de serviços de saúde por esta população seria uma aspiração? Quais fatores a mobilizam? Este discurso vem sendo induzido pelo governo? Quais as repercussões deste processo para a experiência da cidadania? 2. MATERIAL E MÉTODO: O surgimento da “nova” classe média esteve, inicialmente, associado à possibilidade de compra de itens como computador, celular, carro, casa financiada crédito em geral e produtivo, contribuição previdenciária complementar, diploma universitário, escola privada, plano de saúde, seguro de vida e o mais expressivo de todos: a volta da carteira assinada (NERI, 2008). Entretanto, a constatação de que este segmento da classe trabalhadora alcançou o status de ascensão ao padrão de consumo moderno e de que ela representa o estrato predominante na sociedade brasileira não foi ser saudado com otimismo por diversos autores (POCHMANN, 2014; FLEURY, 2013; SOUZA, 2010). Este trabalho propõe a análise dos argumentos da Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) – Secretaria vinculada à Presidência da República que vinha sistematizando pesquisas prioritárias para o governo em sua publicação oficial chamada “Vozes da Classe Média”. Na primeira edição do exemplar a SAE afirma que a compra de serviços privados consiste em comportamento esperado, ou mesmo uma aspiração da nova classe média, equiparando a compra de serviços como saúde e educação à aquisição de bens duráveis (BRASIL, 2012). 3. RESULTADOS: O fenômeno de mobilidade social ascendente

verificado na última década no Brasil ocorre simultaneamente à manutenção dos custos de vida elevados, bem como o acesso restrito a serviços públicos, que tem como consequência o crescimento expressivo dos mercados privados de serviços de saúde e de educação. De acordo com a primeira edição do Caderno Vozes da Classe Média, há uma demanda crescente por serviços privados de saúde na medida em que há elevação da renda das famílias. O percentual de pessoas com “plano de saúde particular na classe média (24%) é 4,5 vezes à correspondente porcentagem na classe baixa (5%), na classe alta essa porcentagem (65%) é apenas 2,7 vezes a correspondente porcentagem na classe média”. E conclui que no caso da saúde, o comportamento da “nova” classe média se assemelha muito mais à classe alta do que à classe baixa (SAE, 2012, p.33). Os argumentos da SAE para explicar a as razões pelas quais a “nova” classe média aspira à compra de serviços privados de saúde são: a) maior disponibilidade de recursos financeiros; b) maior apreço pela maior qualidade oferecida por serviços privados; c) maior inadequação dos serviços oferecidos (pelo SUS) às necessidades dos mais pobres; e d) acesso compulsório mediante tendência das empresas ofertarem planos de saúde coletivos. Tais hipóteses demandam análise crítica que, neste trabalho, foi realizada a partir de revisão de literatura sobre classes sociais e sobre a relação público-privado nas políticas de saúde. O projeto dos governos petistas de ampliação do consumo das classes populares tem apresentado limites, seja do ponto de vista das garantias reduzidas da sustentabilidade do padrão de mobilidade social alcançado – o que fica ainda mais evidente nos contextos de crise – como também da prevalência dos gastos em saúde mantém as iniquidades sociais no acesso aos serviços de saúde. Apesar da definição do SUS como um sistema de acesso universal, a

constituição de um projeto de consumo de serviços privados demonstra a hegemonia do setor privado com implicações para a efetivação da cidadania, o que se reafirma no fato de que as publicações analisadas equiparam a compra de serviços como saúde e educação pela NCM à aquisição de bens duráveis. A existência de altos gastos privados reflete a fragilidade e ambiguidade das políticas de saúde no Brasil. O fato das famílias no estrato mais baixo de renda concentrarem seus gastos em saúde na compra de medicamentos, com presença residual de gastos com seguro de saúde, atendimento ambulatorial especializado, atendimento odontológico e exames complementares evidencia a possibilidade de comprometimento da renda das famílias brasileiras (COSTA & VAITSMAN, 2014). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A sustentabilidade das mudanças alcançadas pela melhoria de renda tem ficado comprometida especialmente pela construção de um projeto inclusivo a partir do consumo. Em tempos de crise, como o SUS pode se constituir efetivamente como alternativa para a consolidação do direito à saúde? Do nosso ponto de vista, a continuidade do ciclo de inclusão e desenvolvimento social passa, necessariamente, pela ampliação das políticas públicas e pela efetivação do direito à saúde. Esta realidade pode contribuir ainda para a construção da solidariedade, componente estruturante dos sistemas de proteção social.

A ENGRENAGEM DO PLANEJAMENTO REGIONAL: DA MICRO À MACRO-ORGANIZAÇÃO DO COMPARTILHAMENTO

Vilma Constancia Fioravante dos Santos, Julia Negri Sampaio, Adriana Roese

Palavras-chave: Regulação, Regionalização, Sistema Único de Saúde

Apresentação: O Planejamento Regional em saúde no Rio Grande do Sul vem se consolidando paulatinamente e está sendo impulsionado pelo Decreto nº 7508 de 2011. Este, especialmente, em função de suas diretrizes voltadas ao planejamento da saúde, organização da assistência à saúde e a articulação interfederativa, colocadas em prática por meio das Regiões de Saúde. A regulação do Sistema de Saúde local é um instrumento para a organização e otimização dos recursos disponíveis no Sistema e para a autonomia municipal no atendimento das necessidades em saúde e nas negociações nos fóruns propositivos comuns da Região de Saúde. A problemática aqui debatida envolve situações no sentido de contribuir com o Planejamento Regional de uma região de saúde in loco. Esta área se conforma a partir de um redesenho proposto pela Resolução nº 555/12, da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A escolha desta Região de Saúde se deu em função desta ter, em sua conformação, uma Capital e estar inserida em uma Região Metropolitana, em que os limites de um Município e outro são tênues, tanto no que concerne as distâncias geográficas, quanto os deslocamentos provocados pelo movimento de seus habitantes em busca de trabalho e atendimento em saúde. Esta pesquisa é intitulada Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Planejamento em Saúde: Os Desafios da Região Metropolitana Porto Alegre-RS. A mesma é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) do Brasil e a Secretaria de Estado da Saúde do RS/SES-RS, no âmbito do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde, sob chamada FAPERGS/MS/CNPq/SESRS n. 002/2013. O presente estudo busca analisar a organização da Região de Saúde

10 no Estado do Rio Grande do Sul. Assim como, compreender o olhar dos gestores municipais da saúde e sua atuação na administração do sistema público de saúde. **Desenvolvimento:** Pesquisa qualitativa do tipo exploratória, tendo a área analisada no estudo composta por seis Municípios - Alvorada, Cachoeirinha, Gravataí, Glorinha, Porto Alegre e Viamão - articulados em uma das 30 Regiões de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul. Os dados apresentados foram gerados a partir de entrevistas semiestruturadas, junto aos gestores municipais de saúde. Estas foram transcritas na íntegra e categorizadas a partir da análise de conteúdo, auxiliada por software de organização de dados e das categorias empíricas. Salienta-se que o projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética da UFRGS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Resultados:** A regulação dos recursos nos municípios que compõem a RS10 é permeada pela demanda gerada em função da ampliação da oferta de serviços na atenção básica, este processo amplia a demanda por acesso aos serviços de saúde em outros níveis do Sistema de Saúde, ou seja, haverá como consequência o aumento do volume de encaminhamentos para a média e alta complexidade. Isto se torna uma discussão permanente nas instâncias das Coordenadorias Regionais de Saúde, tendo em vista que é justamente nestes níveis de atenção que os Municípios encontram as principais dificuldades em garantir o direito de acesso universal ao atendimento em saúde da população. Soma-se a esta questão, a escassez de recursos humanos para atender a esta demanda, fator compartilhado por todos os municípios, a decorrência disto é um intenso fluxo de encaminhamentos para consultas especializadas em outros municípios. Além disso, outro gargalo apontado pelos municípios, é que o fluxo de encaminhamentos dentro do

Estado é regulado normativamente pela Capital, entretanto, isto não estaria sendo publicizado entre os Municípios, no que se refere ao número de vagas que podem ser utilizadas pelos municípios para cada especialista. A tímida participação dos gestores municipais no planejamento regional foi apontada como uma fragilidade sobre como foram determinadas as referências médicas no Estado. Em decorrência disso, não é possível planejar com antecedência os encaminhamentos, contribuindo assim para o aumento da fila de espera. Outro aspecto é que, além da carência de médicos especialistas, os gestores contam com outra dificuldade, o limitado número de equipamentos para uma linha de tratamento completa. Assim, em algumas situações, pode haver o médico especialista no município, porém não ter serviços para realizar diagnósticos ou proporcionar o tratamento necessário. As consequências dessa combinação de dificuldades são as mais variadas, como por exemplo, a longa fila de espera para atendimento e tratamento de média e/ou alta complexidade, os deslocamentos de pessoas entre regiões distantes, a superlotação de Unidades de Pronto Atendimento na busca de tratamentos mais complexos, a falta de insumos, ausência de recursos para diagnosticar, entre outras situações relacionadas. Diante desse cenário, os gestores reconhecem a necessidade de uma rediscussão do planejamento em saúde na região como um todo, assim como do próprio pacto federativo, da regionalização, dos repasses para municípios e das referências. Entretanto, é reconhecido que dificilmente estas complicações são tratadas em reuniões e congressos, e isto acaba por nunca ser trabalhado em espaços coletivos de discussões. Os gestores apontam que a funcionalidade do sistema esta ultrapassada e engessada, novas demandas e necessidades têm surgido,

porém soluções para tais não têm sido realizadas para acompanhar as mesmas. Frente a este panorama, uma das soluções vislumbradas para enfrentar o grande quantitativo de pessoas nas filas de espera seria a implementação de ambulatórios de especialidades. A intenção dos municípios é contratar o máximo de especialidades para o município, como cardiologista, pediatra, dermatologista, ginecologista, dentre outros, para que as pessoas não precisem procurar por atendimento e tratamento em unidades de Pronto Atendimento. Desta maneira, diminuindo o número de usuários nas emergências e, também, encurtando a longa fila de espera para atendimento de média e alta complexidade. Considerações Finais: A demanda para tratamento e atendimento na média e alta complexidade vem aumentando cada vez mais, entretanto, a oferta desses serviços e de equipamentos diagnóstico-terapêuticos não tem acompanhado na mesma proporção. Estes obstáculos são compartilhados pelos municípios da RS 10, mesmo a Capital que concentra boa parte da capacidade instalada este ator tem a incumbência de atender o Estado inteiro. A questão vai além dos limitados recursos humanos, físicos e materiais, o cerne da questão está relacionado ao processo de Planejamento, Regulação e monitoramento em Saúde, que não tem acompanhado o processo de inovações e mudanças no campo da saúde. Além da rediscussão do pacto federativo e da municipalização de responsabilidades que nem sempre tem respaldo quanto à capacidade técnica e financeira para sua execução. Um caminho vislumbrado para isso é este tema ser inserido em encontros coletivos de debates para repensar na estrutura do sistema e para maior transparência e desenvolvimento de capacidade técnica para as tomadas de decisões.

A GESTÃO COMPARTILHADA NO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: ALGUMAS REFLEXÕES

Angelica Cristina Nagel Hullen, Márcio Eduardo Brotto

Palavras-chave: Programa Bolsa Família, SUAS, SUS

1. INTRODUÇÃO: Com a criação do Programa Bolsa Família – PBF, em 2003, o Brasil, passa a ter um programa de transferência de renda com condicionalidades, destinado às famílias em situação de pobreza com renda per capita mensal de até R\$ 77,01 até R\$ 154,00 ou extrema pobreza, com renda per capita de até R\$ 77,00, que atinge mais de 13 milhões de pessoas na atualidade (MDS/08-2015). Para a sua execução, o Programa três dimensões centrais: o alívio imediato da pobreza pela transferência de renda diretamente às famílias; a ruptura do ciclo intergeracional da pobreza, por meio do acesso aos serviços de educação, saúde e assistência social; e a oferta de ações e programas complementares que contribuam para o desenvolvimento integral das famílias. No que se refere às condicionalidades do Programa as mesmas relacionam-se à educação e a saúde. Na educação todas as crianças e adolescentes de 6 a 15 anos devem estar matriculados na rede regular de ensino e obter frequência mínima de 85%. Aos jovens de 16 e 17 anos a matrícula é facultativa e a frequência mínima é de 75%. Já com relação à saúde, os compromissos são assumidos pelas famílias que possuem crianças menores de 7 anos, gestantes e nutrizes. As atribuições para gestão e execução deste acompanhamento são compartilhadas entre a saúde, entre o Ministério da Saúde (MS) com as gestões estaduais e municipais do Sistema

Único de Saúde (SUS) e a política de Assistência Social, por meio do Ministério de Desenvolvimento Social (MDS) e as Secretarias Estaduais e Municipais de Assistência Social. **2. OBJETIVO:** O objetivo desta pesquisa consiste em analisar a contribuição da integração entre a política de saúde e da política de Assistência Social na agenda das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família; as evidências que reforçam o impacto do PBF na melhoria das condições de vida e saúde das famílias beneficiárias; bem como os desafios futuros para a articulação entre a Assistência Social e Saúde para esta agenda. Por meio desta pesquisa, pretendemos demonstrar que a conjugação de esforços entre as equipes do SUS e dos SUAS nas diversas esferas, e as diretrizes do PBF, em consonância com as práticas do Serviço Social, na garantia de acesso aos serviços básicos de saúde para as famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, contribuíram para a redução das vulnerabilidades e efetiva integralidade do cuidado aos beneficiários, melhorando as condições de vida e de saúde e contribui para a ruptura do ciclo intergeracional de pobreza. **3. METODOLOGIA:** Para a realização deste trabalho utilizamos a pesquisa documental, por meio da análise da literatura existente, bem como das informações contidas no site do MDS e no Sistema de Gestão do PBF na Saúde. Além disso, realizamos “rodas de conversa” com a equipe que compõe a Coordenação Estadual do Programa Bolsa Família do estado do Rio de Janeiro, técnicos do MDS e participação em eventos intersetoriais regionais com a presença de representantes das Coordenações Estaduais e municipais das políticas de Saúde, Educação, Assistência Social e PBF e presença nas reuniões da CIB- Comissão Intergestores Bipartite, quando este tema foi discutido na pauta. **4. RESULTADOS:** No Brasil, as estratégias para a redução da pobreza da desigualdade residem no crescimento

da renda per capita e na distribuição mais igualitária de renda, além da combinação de políticas que estimulem o crescimento econômico e diminuam ao mesmo tempo, a desigualdade. E nesse contexto o PBF mostra-se como uma estratégia que tende a reduzir à pobreza, em especial, a extrema pobreza monetária das famílias. Porém, é necessário um conjunto amplo de acesso a políticas públicas, compreendidas pela via de direitos, para que as famílias em situação de vulnerabilidade consigam reduzir a condição em que se encontram. O SUS, devido ao seu caráter universal é uma importante política de promoção e inclusão social, apesar de ainda persistirem algumas dificuldades, especialmente no que se refere a sua consolidação como um sistema público equânime. Para melhorar a situação da saúde da população, que também significa reduzir a pobreza e as desigualdades, considera-se importante a intervenção de ações coordenadas entre as diversas políticas, com foco nas situações de vulnerabilidades. Desde a primeira vigência de acompanhamento das condicionalidades do PBF pela saúde, em 2005, até a primeira vigência, em 2015, o número de famílias a serem acompanhadas pela Saúde passou de 5,5 milhões, para aproximadamente 11,8 milhões de famílias. No 1^o semestre de 2015 foram acompanhadas mais de 8 milhões de famílias, sendo monitoradas mais de 5 milhões de crianças e 180 mil gestantes. No que se refere ao acompanhamento das condicionalidades previstas para as crianças beneficiárias do PBF, os registros mostram importante evolução. É importante destacar o percentual de acompanhamentos do estado nutricional das crianças e do calendário vacinal atualizado. Na primeira vigência das condicionalidades (2005), apenas 277.323 crianças foram acompanhadas. Na 1^a vigência de 2015, esse número passou para mais de 5 milhões de crianças. Ou seja, observa-se

que além da ampliação da cobertura é possível perceber que as ações contínuas no acompanhamento do estado nutricional das crianças, identificando as prioridades para este público. Além disso, é possível constatar também a consolidação do quadro nacional de imunizações, visto que as ações de acompanhamento das condicionalidades permitiram avanços no que se refere a este quadro no país. Para que estes resultados fossem possíveis além da integração entre as políticas de Saúde e Assistência Social foi necessário um conjunto amplo de ações envolvendo a atuação dos Assistentes Sociais para que ocorresse o efetivo acompanhamento das condicionalidades. Dentre as principais ações identificadas, podemos destacar: Planejamento das ações da agenda de condicionalidades de saúde nas esferas estaduais e municipais; Mobilização e sensibilização das famílias nos equipamentos sociais; Rodas de conversa e participação em eventos para as famílias sobre a importância do cumprimento de condicionalidades; Palestras específicas sobre as condicionalidades com a equipe de saúde (como por exemplo para nutrizes); Ações de acompanhamento familiar; Monitoramento do acompanhamento das condicionalidades; Registro das informações das famílias no SICON (Sistema de Condicionalidades). 5. CONCLUSÕES : O empenho e a confluência dos esforços entre os princípios de atenção básica do SUS e SUAS, as diretrizes do PBF e as ações desenvolvidas pelos profissionais do Serviço Social na garantia do acesso aos serviços básicos de saúde, propiciaram que um número considerável de famílias, mais de 8,7 milhões, passassem a ser acompanhadas no que se refere ao estado nutricional e calendário vacinal das crianças e pré-natal das gestantes. Estes resultados demonstram o amplo envolvimento dos gestores e equipes de profissionais de ambas as áreas, bem como o reconhecimento da

importância da agenda o compromisso e a oportunidade na garantia do acesso aos serviços básicos de saúde com a consequente redução das vulnerabilidades sociais no Brasil. É necessário ainda que alguns desafios sejam vencidos para que o processo se consolide, dentre os quais podemos destacar: a ampliação do diálogo e da intersectorialidade entre as políticas, o repasse de informações par as famílias e a ampliação da rede da política de Assistência Social e Saúde, dentre outros.

A GESTÃO DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES PARA O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFES

Thais Dias Carvalho Martins, Fracis Sodré, Denilda Littike

Palavras-chave: Processo trabalho, Gestão e Política de saúde

APRESENTAÇÃO/OBJETIVO: As reformas ancoradas na chamada Nova Gestão Pública (NGP) proliferaram nos últimos 20 anos, alimentando processos de mudança a fim de combater dois supostos problemas burocráticos: a ineficiência relacionada ao excesso de procedimentos controles processuais, e a baixa responsabilização dos gestores públicos sobre o funcionamento dos serviços de saúde pública. Para alcançar esses objetivos, a proposta básica foi flexibilizar a administração pública e aumentar a sua produção. O Brasil não ficou de fora desse perfil reformista. O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, formulado pelo então Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), seguiu muitas linhas básicas da Nova Gestão Pública (Sano & Abrucio, 2008). A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) é uma dessas alternativas. A EBSERH é uma empresa pública de direito privado criada em dezembro de 2011 pelo

governo federal, que foi pensada para administrar todos os hospitais universitários (HUs) pertencentes às instituições federais de ensino e supostamente resolver os problemas crônicos de pessoal destas instituições. A empresa abre, de forma mais flexível, os HUs ao capital privado, entrega para um 'terceiro' a sua administração, implementa metas produtivistas de desempenho e faz a gestão das relações de trabalho. Os hospitais universitários no Brasil recebem financiamento do Ministério da Educação e da Saúde. Cumprem o papel de serem formadores de recursos humanos através dos trabalhos de ensino, pesquisa e extensão universitária, capacitando e treinando recursos humanos para a saúde pública no país. No caso do Espírito Santo, o Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) – hospital pertencente à Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) foi o primeiro a conveniar com a EBSERH. A proposta é que a gestão dos recursos humanos e do capital para isto seja administrada por esta empresa pública de direito privado. Trata-se de reeditar uma relação que tem como princípios os mesmos das Fundações Estatais de Direito Privado e das Organizações Sociais (OS's), ou seja, o de transferência de patrimônio público e financiamento das políticas sociais mediante a celebração de contratos de gestão e a possibilidade de captar recursos com a venda de serviços que mercantilizam as políticas sociais. Desde o mês de dezembro de 2011 o Hospital Universitário da UFES vivencia a possibilidade de ter a sua gestão repassada para tal empresa, o que se formalizou recentemente, no início do ano de 2013. Pretendemos com esta pesquisa caracterizar como é o planejamento da gestão dos trabalhadores e suas políticas denominadas por "política de recursos humanos" para este trabalhador do SUS que guarda a peculiaridade de ser também um formador de novos profissionais. Um

estudo já realizado por nosso grupo de pesquisa traz resultados preliminares sobre o tema da gestão implantada pela EBSEH no HUCAM, no entanto, muitos dados ainda encontram-se difusos, sem respostas dadas oficialmente pela própria empresa – o que nos coloca novamente como questão de pesquisa o tema da gestão do trabalho pela EBSEH com a finalidade de complementares análises, dados e informações que ainda não possuímos em função da ausência de respostas não oferecidas pela EBSEH. O trabalho tem como objetivo geral estudar a política de gestão de pessoas do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM) para a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de uma pesquisa de estudo social com abordagem qualitativa por meio da busca e análise documental referente ao tema. Foi feito o exame de documentos como teses, dissertações, artigos publicados, livros, noticiários e buscas em sites com informações sobre a proposta de gestão da EBSEH. Utilizaram-se bancos de dados como o Scielo, a Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, e a Biblioteca Virtual em Saúde, e analisou-se documentos institucionais internos, como o Plano Diretor Estratégico dos Hospitais Universitários Federais (PDE), enfatizando o HUCAM. Analisamos e comparamos o atual organograma atualizado pela EBSEH, com o organograma criado pela UFES em 2010. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Identificamos no histórico do HUCAM que foram elaborados três Planejamentos Estratégicos: 1996, 2004 e 2010, referindo-se ao planejamento das ações e serviços, com o objetivo de definir diretrizes, metas e projetos a serem efetivados. Ao realizar este planejamento devem ser considerados os condicionamentos institucionais, e além das normas do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC), existe a Lei de responsabilidade fiscal (HUCAM,

2010). Após o convênio com a EBSEH, foi elaborado o Plano Diretor Estratégico para o HUCAM, 2014. O organograma é um esquema representativo de organizações que diferenciam relações hierárquicas, disposições, relações internas, entre outros aspectos. Assim, através de sua análise estrutural é possível apontar avanços e retrocessos. Após a análise minuciosa de ambos os organogramas, nota-se que dentro do organograma da UFES em 2010, o organograma do “HUCAM 2010” apresenta organização verticalizada clássica, baseado em Serviços, Divisões, Departamentos e Diretoria. O nível hierárquico aparece através do arranjo do poder organizacional verticalizado. Conforme abordado anteriormente conclui-se resumidamente, que o organograma “HUCAM 2010” consistia-se em Conselho de Deliberação Superior e Diretoria em ênfase, seguido por cinco Diretorias de Departamentos, dezesseis Divisões e setenta e dois Serviços. O atual organograma “HUCAM/ EBSEH 2014” consiste em Superintendência, três Gerências, Colegiado Executivo em ênfase, Auditoria e Conselho Consultivo (Secretaria, Comissões), Ouvidoria, Assessoria Jurídica, Assessoria de Comunicação, Unidade de Planejamento, Setor de Gestão da informação e informática, e o Núcleo Operacional composto por quatorze setores, quarenta e três unidades e sete divisões. Entre as diversas mudanças geradas pelo novo organograma, destaca-se o aumento no número de gestores significando uma maior subdivisão do trabalho que acaba por dificultar a integração entre trabalhador e gestor. Há redução da base composta por Unidades - anteriormente eram chamados de Serviços - e Divisões. A Diretoria passa a ser chamada de Gerência, aumentando os salários pagos aos gestores. Foi inserido também os Setores, que é composta por Unidades. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A EBSEH surge num contexto crítico dos

HUF's. Alegaram que o problema era gestão, criticaram as condições físicas estruturais dos HUF's, entre outros. É perceptível um forte clima de tensão entre servidores UFES e empregados EBSEH, que acaba por afetar nos atendimentos. Muitos trabalhadores relatam a dificuldade de ter acesso à presidência do hospital, fato esse que aumenta o clima de tensão por parte dos trabalhadores. Durante toda a pesquisa procuramos por documentos institucionais da empresa com o intuito de embasar nossos estudos, e durante muito tempo não tivemos sucesso. O Plano Diretor Estratégico dos HUF's, utilizado em nossa análise, havia sido publicado recentemente, no entanto, recebemos a informação que o atual organograma publicado utilizado em nossa pesquisa já havia sofrido algumas alterações e atualmente está passando por novas modificações.

A IMPORTÂNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO SGA NO SETOR DE SAÚDE

Teresa Santos Leal, Alaercio Aparecido Oliveira

Palavras-chave: Qualidade, SGA, Saúde

Sustentabilidade é a habilidade de sustentar ou suportar uma ou mais condições exibidas por algo ou alguém, é uma característica ou condição de um processo ou de um sistema que permite a sua permanência, em certo nível, por um determinado prazo. Este conceito, tornou-se um princípio, segundo o qual o uso dos recursos naturais para a satisfação de necessidades presentes não pode comprometer a satisfação das necessidades das gerações futuras. O objetivo deste estudo é identificar expectativas, insatisfações e necessidades do Sistema de Gestão Ambiental nas instituições de saúde nos dias atuais, considerando a mudança no comportamento do consumidor que está

se tornando a cada dia mais informado, conhecedor dos seus direitos e, portanto, mais exigente, habituando-se a este modelo existente em algumas organizações. Utilizou-se pesquisa exploratória, descritiva e de campo em dois Hospitais da região metropolitana de Curitiba. Verificou-se que as unidades hospitalares têm conhecimentos de gestão ambiental, porém ainda não executa por falta de orientação, a empresa tem normas sobre SGA, ainda que mostrem falhas, e funcionários demonstrem total desconhecimento e descaso sobre o assunto. Percebe-se a necessidade de uma conscientização dos funcionários na divulgação de conhecimentos em SGA mais humanizada nesse aspecto, para evitar a perda da essência teórico/prática dos conceitos e da posição em destaque já que há necessidade presente de uma busca contínua que exige o comprometimento de toda a equipe envolvida.

A LEI DOS 60 DIAS: UMA ANÁLISE DA LEI 12.732 DE 2012, QUE DISPÕE SOBRE O DIREITO AO INÍCIO DO TRATAMENTO DO CÂNCER NO SUS, APÓS UM ANO DE SUA IMPLEMENTAÇÃO

Luciana Souza Aquino, Ana Laura Brandão, Paulo Eduardo Mendonça

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Neoplasias, Política de Saúde, Oncologia

O câncer é assunto de relevância para a saúde pública, e tornou-se prioridade na Agenda da Saúde do Ministério da Saúde. Frente a algumas situações e problemas decorrentes da capacidade e do funcionamento da rede de atenção oncológica para o tratamento do câncer, o Tribunal de Contas da União realizou auditoria operacional no ano de 2011 sobre a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). Neste cenário em novembro de 2012, foi sancionada a Lei

nº 12732/12 que “dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início”. Objetivo: Compreender a trajetória e os desdobramentos da Lei 12.732/12 após um ano de sua implementação. Metodologia: Análise do discurso da transcrição de audiência pública do Senado Federal acerca deste tema. Resultados: Organizados em duas perspectivas: questão transversal e a questão central de cada ator presente na audiência. Na perspectiva transversal apontou-se a questão comum a todos os participantes que se refere ao prazo de 60 dias que é estabelecido pela Lei, já na perspectiva central foi mencionado um conjunto de causas que levariam ao problema da demora para o início do tratamento de câncer. Para melhor análise do problema em questão, elaborou-se um modelo evidenciando as causas e consequências relacionadas à rede de Atenção Oncológica como: Gestão; Capacidade Instalada; Integração da Rede; Sistemas de Informação; Financiamento; Recursos Humanos e; Assistência Farmacêutica. Assim como as suas consequências, tais quais: Desassistência; Judicialização e; Medidas governamentais na elaboração de Leis ou portarias. Conclusão: Trata-se de um problema multicausal, e que este, demanda ações complexas no âmbito da gestão, e por outro lado, a Lei dos 60 dias não é suficiente para a garantia de algumas demandas preconizadas pela PNAO.

A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NA DEMOCRATIZAÇÃO DO SETOR DE SAÚDE NO BRASIL

Diego Ferreira Lima Silva, Claudio Valdivino Silva, Elza Maria Souza

Palavras-chave: Participação, Democratização, Conselhos de Saúde

Este ensaio apresenta a trajetória da participação da sociedade civil brasileira nas conquistas do setor de saúde no período da redemocratização política no País. Autores como Carvalho, Fleury Paim e Gerschman auxiliam a compreensão desse caminho. Pretende-se demonstrar a importância dos movimentos sociais da saúde e suas diferentes relações com o Estado brasileiro com vista à institucionalização dos Conselhos de Saúde. Como alternativa fundamental para a concretização da democracia participativa, os avanços práticos dos mecanismos de controle social desses colegiados ainda são bastante limitados. Estudos realizados sobre Conselhos de Saúde no Brasil, para compreender seja a sua funcionalidade e organização ou o grau de conhecimento de seus membros quanto a suas atribuições, de modo geral, apontam uma profunda distância entre o espírito da Lei 8.142/90 e a realidade desses colegiados. Presoto e Westphal destacam que os regimentos internos dos Conselhos não têm se efetivado na prática, pois há um desconhecimento por parte dos conselheiros de suas funções legalmente definidas. Um estudo realizado por Cotta et al. aponta que 44,2% dos conselheiros entrevistados afirmaram que não divulgam as decisões tomadas no Conselho Municipal de Saúde (CMS) à população e que para 35,3% dos entrevistados as pautas discutidas nas reuniões são determinadas pelo secretário municipal de Saúde e 11,8% afirmam que as prioridades dos temas são determinadas apenas pelos conselheiros. Dessa forma, pode-se dizer que, a exemplo do que ocorre no CNS, a representatividade da sociedade ainda tem um caráter controlado e limitado. Wendhausen e Caponi destacam as relações assimétricas entre os conselheiros usuários e os representantes dos demais segmentos. Os autores registraram que, de 77 falas dos representantes dos segmentos presentes em uma das reuniões do Conselho, 33

foram do presidente do Conselho e 20 de outros representantes governamentais, que, somadas, representam 62% de falas do segmento governamental; apenas 17 falas foram feitas pelos outros segmentos, e, destas, somente 7 eram referentes aos usuários. Esse estudo evidencia a condição hegemônica do segmento governamental. Landerdhal et al., ao analisarem as resoluções de um Conselho de Saúde, constataram que grande parte das resoluções tratava da indicação de representantes, principalmente para os hospitais, convênio com a Casa de Saúde e para o Conselho Regional de Saúde. Escorel, ao analisar os avanços práticos dos mecanismos de controle social, avalia que ainda são bastante limitados, mas aponta as potencialidades desses colegiados desde que apresentem certas características, como: diversidade em sua composição, simetria do poder interno, representatividade de todos os participantes; deliberações democráticas, compreendidas como tempo e informações necessárias para reflexão e discussão dos temas propostos; prestação de contas à sociedade e pressão sobre o poder constituído para levar em conta as deliberações. A autora, que coordena um estudo sobre controle social no Brasil, aponta que, em 2010, período estudado, das 41 resoluções do Conselho Nacional de Saúde, 20 tratavam do funcionamento das comissões internas e apenas seis faziam referência a alguma deliberação da conferência, o que demonstra uma preocupação menor em propor e influenciar as políticas de saúde. Foi possível sintetizar os caminhos da história recente do controle social no Brasil no campo da saúde. Percebe-se, então, as diversas faces e momentos da relação entre o Estado e a sociedade civil. Quase 25 anos após a criação do SUS e 23 anos dos principais marcos normativos – leis 8.080 e 8.142, que criaram o SUS e institucionalizaram o controle social –, o que se vê é que, apesar

dos esforços para consolidar essa visão moderna de participação social, o quadro de reordenação social e política proposto ainda não experimentou um progresso sequencial dos direitos civis, políticos e sociais. Na atual conjuntura política de dez anos de um governo que traz como premissa as bandeiras populares, dentre elas a saúde como exercício de democracia, o que se visualiza é um esvaziamento político da maioria dos Conselhos ao longo do País, com práticas ainda marcadas pelo passado de legitimação do poder dominante. O papel exercido outrora pelos movimentos sociais e populares de formação de conselheiros cada vez mais se distancia da população, institucionalizado na representação de um controle social ainda aparentemente “figurativo”. Diante dessa realidade, questiona-se a atuação dos Conselhos de Saúde como espaço público democrático. Em suma, a democratização da saúde ainda atravessará muitos desafios, sobretudo no campo político. Parece que a dificuldade de desenvolver mecanismos que permitam a consolidação do controle social é diretamente proporcional aos desafios de consolidação do SUS, visto que não basta apenas ofertar serviços de qualidade; é preciso oferecer serviços de qualidade construídos com a participação da sociedade. Para consolidar essa visão moderna de participação social, o quadro de reordenação social e política proposto ainda não experimentou um progresso sequencial dos direitos civis, políticos e sociais.

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL CONTEMPORÂNEA NO CONTEXTO DA POLÍTICA SOCIAL BRASILEIRA

Thayane Santos Crespo da Cunha

Palavras-chave: Política Social, Saúde Mental, Trabalho

A política de saúde mental contemporânea no contexto da política social brasileira. Thayane Santos Crespo da Cunha (Mestranda do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social – UFF) Apresentação: O trabalho pretende contribuir para compreensão acerca da política social enquanto campo de produção de novos conhecimentos. Configura-se como categoria de análise complexa dentro das ciências sociais e, portanto, necessita de novas incorporações conceituais que estão atreladas à tradução prática sobre o que é política social. Ao discutir sobre as roupagens assumidas pela política social, suas configurações social e cultural e principalmente os desafios para sua efetivação, deve-se levar em conta as intenções e relações de poder intrinsecamente associados à efetivação ou não dos objetivos. Os atores envolvidos no processo de construção e suas intencionalidades e valores defendidos aparecem como outros elementos que nos possibilitam compreender como uma determinada política social se insere na dinâmica dos projetos societários. Analisar a política social implica desvendar o jogo de forças envolvidas, os atores que participam desde o processo de formulação e todo o processo de formação das instituições que direcionam as práticas. Enquanto política pública, a política social inserida no bojo das ações governamentais está implicada na dimensão histórica e política da proteção social e no desenvolvimento econômico. As reflexões em torno do desenvolvimento da proteção social nos permitem apontar que as características de cada modalidade de proteção social a partir da formação do Estado moderno assumiram aspectos da cidadania ora traduzida como “invertida”, ora como “regulada”, ora como “plena” em diferentes contextos institucionais e políticos (FLEURY, 1989; SANTOS, 1979). Tratando-se da formação da política social

no Brasil, as características dos diferentes modelos de proteção social estão presentes na conjuntura atual. E ainda que o caso brasileiro possua formas específicas inerentes à sua tradição histórica e política, que na maioria das realidades territoriais reproduz práticas conservadoras, os modelos de “cidadania invertida” e “cidadania regulada” analisados pelos autores citados são reproduzidos nas diversas instâncias. Inicialmente a “cidadania invertida” configurou o acesso aos serviços sociais mediante práticas assistencialistas, na comprovação de miserabilidade e no reconhecimento do indivíduo na condição de necessitado (FLEURY, 1989). E já no contexto do autoritarismo burocrático na década de 1960 o avanço da privatização dos serviços, principalmente na saúde, inclusive desencadeando um “movimento” no desenvolvimento de novas ações no campo da saúde mental a partir da articulação política dos profissionais. Trazendo a análise para o contexto contemporâneo da política social brasileira e as estruturas de bem-estar defendidas por alguns autores como um processo de abertura democrática a partir do período constituinte e a interação de novos atores na cena política nos anos oitenta, as políticas sociais assumem em sua estruturação o princípio de justiça social. Entretanto, conforme destaca Fleury (2008) a proposta da seguridade social articulou lógicas diferenciadas já existentes de reconhecimento na dinâmica de formação das políticas sociais: com o campo da saúde direcionado pela necessidade, a previdência social pela condição de trabalho e a assistência social pela incapacidade do indivíduo, ainda que numa tendência ao modelo de “individualização dos riscos” mediante o avanço da ideologia neoliberal (ibidem, p. 17). As inovações nesse processo de formação do modelo de seguridade social no Brasil trouxeram dois princípios

que foram destacados nesse trabalho para nossa compreensão acerca da Política de Saúde Mental e os desafios da premissa intersetorial na condução das ações públicas nessa área. A construção da Política de Saúde Mental como um “movimento”: Partimos da premissa de que a Política de Saúde Mental deve ser pensada enquanto processo social e contínuo de transformação da atenção e cuidado em saúde mental, sobretudo ao considerar como objeto de ação o sujeito em sofrimento mental e “a existência global e complexa do corpo social” (AMARANTE, 2010, p. 66 apud ROTELLI, 2001). Porém, num breve histórico a literatura nos mostra que durante toda a história houve um destino social designado àqueles considerados “loucos” segundo a ordem instituída referente a cada período histórico e seus respectivos ordenamentos sociais, políticos e econômicos na formação da sociedade ocidental. Para Serra (1979), a trajetória do desenvolvimento do saber psiquiátrico se inscreve no sentido de manutenção da ordem burguesa no final do século XIX, enquanto instância que assume um papel político na medida em que serve à disponibilidade do Estado burguês, por conseguinte, verifica-se um discurso político que estabelece o destino social dos sujeitos considerados “doentes mentais”. A lógica de desinstitucionalização até então elementar nas alternativas de reforma nos outros países europeus como já mencionado, reduzia-se ao processo de desospitalização. O movimento da Psiquiatria Democrática iniciado pelos profissionais dando continuidade ao trabalho desenvolvido por Franco Basaglia e Franco Rotelli, significou antes de tudo um movimento político no sentido de desconstrução do paradigma racionalista, que preconizava a cura da doença mental (problema-solução), um movimento que pautou a “invenção da saúde e de reprodução social do paciente” (AMARANTE, 2001, p. 30). Para isso, foram

criadas estratégias de substituição ao modelo asilar como, por exemplo, a criação de Centros de Saúde Mental e Plantão Psiquiátrico no Hospital Geral, ou seja, construiu-se uma rede de oferta de serviços territoriais substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, com vistas ao tratamento integral desses sujeitos inseridos em suas relações sociais (ibidem, 2001). A participação social nesse processo foi um elemento decisivo na formulação de ações, com a inserção de novos atores sociais nesse processo, na maioria representada por familiares e os próprios usuários. Vale ressaltar a significativa atuação do MTSM na perspectiva de desinstitucionalização do tratamento à loucura no Brasil, enquanto provocador de novas formas de assistência psiquiátrica na desconstrução do ideal hospitalocêntrico e verticalizado, em sempre propor ações a partir da própria realidade dos pacientes psiquiátricos inseridos em seu contexto familiar, social e comunitário. Sendo reconhecido não como um movimento institucional, e sim como um movimento popular. (ibidem, 2013). Já na década de 1990 o rumo da trajetória de desinstitucionalização sob o lema “por uma sociedade sem manicômios” se configurara na criação de novos CAPSs, NAPSS e hospital-dia em vários municípios brasileiros, que tiveram como modelo de atenção em saúde mental a experiência nos municípios de Santos e São Paulo. Considerações finais: Em relação à análise desenvolvida ao longo do trabalho acerca das considerações da Atenção Psicossocial a partir da desconstrução dos paradigmas clássicos de tratamento à loucura no contexto brasileiro, foi possível salientar a necessidade de constante investimento e atenção do Estado no campo da saúde mental, que tem sido marcado pela escassez e precarização dos serviços territoriais. Ainda que a Atenção Psicossocial pressuponha a construção de um conjunto de práticas substitutivas e

transformadoras, precisa-se pensar como tais práticas se traduzem no campo da política social. Enquanto uma política social “em movimento” caracterizada na contemporaneidade da política de saúde pela sua atuação sob o lema “por uma sociedade sem manicômios”, os serviços territoriais são potencialidades de desenvolvimento de ações intersetoriais, tanto no que tange ao combate de práticas hospitalocêntricas quanto na construção de novas modalidades de atenção integral à população usuária. Portanto, a escassez e desconstrução dessas modalidades na cena contemporânea vêm caracterizando uma política cada vez mais distante da concepção de oferta democrática à população usuária.

A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO AMAZONAS: AVANÇOS E RECUOS DE UMA POLÍTICA

Raquel Maria Navarro, Júlio César Schweickardt

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental, Amazônia

Este trabalho teve como objetivo a análise do processo de Reforma Psiquiátrica no Amazonas no período entre a década de 1970 até os dias atuais. Para isso, utilizou-se pesquisa de fontes documentais e histórias orais de gestores e profissionais de saúde que estavam envolvidos na política de saúde mental no Estado e no município de Manaus. O Processo de Reforma Psiquiátrica iniciado no Amazonas por profissionais de saúde inconformados pelas condições desumanas, com a violência e corrupção dentro do hospital psiquiátrico público no final da década de 1970, passa a ganhar destaque na década de 1980 ao desenvolver algumas iniciativas embrionárias do que mais tarde seria denominada ‘Reforma Psiquiátrica’. Nos anos de 1979 e 1980,

o movimento buscava a transformação asilar através do desenvolvimento de uma estratégia terapêutica baseada no trabalho assistido, mas na década de 1990 estagnou e perdeu o foco. A discussão foi retomada a partir de 2001 quando se insere novamente nesse processo a partir da aprovação da lei nº 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica). Várias iniciativas marcam a retomada do movimento amazonense em prol da Reforma Psiquiátrica a partir de 2001: a criação da comissão estadual de saúde mental, a realização da 1^a Conferência Estadual de Saúde Mental e de vários fóruns, bem como de vários abraços simbólicos até a consequente discussão e aprovação da Lei Estadual de Saúde Mental, na qual se buscava a articulação de profissionais, gestores e usuários. A Reforma Psiquiátrica amazonense defendeu a criação de serviços substitutivos e o consequente fechamento do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. A mobilização a partir de 2001 levou a formulação da Política Estadual de Saúde Mental aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde através da Resolução CES n 037 de 04/11/2003, que objetivava a desinstitucionalização da loucura através da implantação dos serviços substitutivos. No entanto, o projeto de lei estadual de saúde mental nº3.177 foramsancionados apenas em 2007, segundo os atores dessa Reforma não foram efetivados, sendo que a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS só se deu em 2005, no município de Parintins e, em 2006, no município de Manaus. Essas mudanças não tiveram êxito na garantia da implantação de serviços substitutivos em número suficiente para atender a demanda em saúde mental, principalmente na capital de Manaus. Ao se fazer uma análise histórica do processo de Reforma Psiquiátrica no Amazonas foi possível constatar ao longo de várias décadas uma alternância no movimento de articulação e desarticulação entre

trabalhadores de saúde mental, gestores e usuários em prol da saúde mental do Amazonas, o que enfraqueceu o movimento e fez com que perdesse o foco em vários momentos. A data de 1980-1981 é relevante para a história da desinstitucionalização da loucura no Amazonas porque representou o início do processo de desinstitucionalização psiquiátrica. O primeiro registro é político-ideológico, na luta pela substituição do modelo asilar e sua tecnologia e o segundo é teórico-técnico, pela transformação radical do campo da saúde mental pela terapia ocupacional. Enquanto no Brasil a atenção em saúde mental inicia ações para a desinstitucionalização no final da década de 1980 e início da década de 1990, o Amazonas manteve o modelo hospitalocêntrico e uma desospitalização com a redução dos leitos psiquiátricos. Esse modelo resultou, muitas vezes, em práticas de desassistência e abandono, em decorrência do espaço vazio deixado pela não efetivação de serviços substitutivos. O Estado do Amazonas, a partir dos anos 1990, atravessou um processo de estagnação na discussão da Reforma Psiquiátrica. Devido ao desgaste e desentendimentos dos envolvidos no movimento, os profissionais de saúde mental, organizações da sociedade civil e usuários deixaram de discutir os rumos da saúde mental no Estado, trabalhando de forma isolada. Isso trouxe como consequência o enfraquecimento do movimento e a diminuição das discussões das políticas públicas e as ações em saúde mental. Os atores pesquisados entendem que reforma psiquiátrica não se efetivou completamente porque houve uma desarticulação dos atores da Reforma Psiquiátrica e a falta de mobilização da sociedade civil para pressionar os gestores no sentido de implantar uma rede de serviços substitutivos. Essa realidade só começa a mudar no Amazonas a partir da visita do coordenador nacional de saúde

mental, em 2005, para uma avaliação da política de saúde mental do estado. Nesse momento, aproveitou a oportunidade para esclarecer e sensibilizar o secretário estadual de saúde para a importância da implantação dos serviços substitutivos e destacou o papel a ser desempenhado pelos CAPS nessa nova rede de assistência em saúde mental. O fato de ter logrado êxito nessa visita, abriu espaço para a retomada das discussões e no ano seguinte foi implantado o primeiro CAPS em Manaus. Passado dez anos, verifica-se uma mobilização para a implantação de outros CAPS em Manaus, e para o cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, mas ainda esse processo é muito lento e aquém das necessidades das pessoas em sofrimento ou transtorno mental. A descentralização dos atendimentos para as policlínicas de Manaus nas últimas décadas demonstra um movimento político público que reforça o modelo ambulatorial-hospitalar (Modelo médico-centrado), que não faz parte da Rede de Atenção Psicossocial. Na capital do Estado há a manutenção da prática hospitalar/ambulatorial como estratégia de cuidado à pessoa em sofrimento ou transtorno mental. Os atores envolvidos no movimento da Reforma Psiquiátrica têm questionado a mudança desse modelo hospitalar no cuidado à pessoa em sofrimento ou transtorno mental. A política de saúde mental no Amazonas tem sofrido também pelo desinteresse dos gestores e governantes, segundo as fontes documentais e orais da pesquisa. Ao observar os serviços presentes no interior do Estado, a partir de uma política de implantação de CAPS’s, verifica-se que os mesmos têm tentado ser resolutivos, devido às dificuldades de acesso a capital e às suas especificidades regionais. Porém ao se abordar a questão de cadastramento de leitos em hospitais gerais o impasse no interior é o mesmo que na capital, devido

à falta de capacitação de recursos humanos que deem suporte nas crises psiquiátricas. Segundo as fontes documentais e orais, outros fatores como: o lento processo de fechamento do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro tem gerado um impasse para a alocação desses profissionais (com um amplo conhecimento no manejo de crises psiquiátricas) para assumirem outros serviços de base comunitária; capacitação de profissionais de outros serviços. Esses são pontos fundamentais para o avanço no processo de desinstitucionalização. Outro ponto de suma importância é a inclusão da Saúde Mental nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde do Amazonas com recursos financeiros alocados e definidos com o objetivo de implementar a Rede de Atenção Psicossocial. A partir dessa descrição e análise histórica, concluímos que a Política de Saúde Mental no Estado tem sido influenciada pelos conflitos e desencontros entre os atores e a gestão da saúde. Trazendo prejuízos para a efetiva realização da Reforma Psiquiátrica no Estado do Amazonas. A Reforma Psiquiátrica no Amazonas: avanços e recuos de uma política

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: MOLDES, CORTES, COSTURAS, REMENDOS, ALINHAVOS E O DESAFIO DE VESTIR A COORDENAÇÃO DO PROGRAMA

Elenita Sureke Abilio, Maria José de Jesus Alves Cordeiro, Conrado Neves Sathler

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde, Formação em Saúde

Este trabalho apresenta uma reflexão sobre o direcionamento político da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) proposto pelas instâncias deliberativas, a partir do processo de implantação do Programa de

Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (RMS-HU/UFGD), relatando a experiência da autora no programa como preceptora e como coordenadora. A proposta é discutir a Formação direcionando o foco para os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), que estão em andamento desde o ano de 2005, gerido pela Portaria Interministerial MEC/MS nº. 2.117/05, fazendo um recorte a partir do processo de implantação do Programa a partir de 2009. A experiência na coordenação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) contribuiu para que a autora estivesse imbuída de intensas inquietações referentes ao compromisso com o Hospital como instituição executora, com as relações que se configuram nos cenários de prática, com a participação dos residentes em espaços de cogestão e à formação dos residentes para o SUS, centralizando para o processo de transição da graduação para a pós-graduação o qual a residência opera. A pesquisa é qualitativa e descritiva. A corrente teórica do movimento pós-estruturalista orientará a pesquisa por estar intimamente ligado ao pós-modernismo e que destaca como aporte teórico alguns autores da Saúde Coletiva e das teorias do Currículo. O trabalho traz em si, o discurso da desafiante função de estar num lugar nunca habitado e ter que desbravar esse campo por vezes florido, por muitas vezes minado. A formação dos profissionais de Saúde que atuam no SUS tem suscitado sempre grandes discussões e com isso a busca de estratégias pedagógicas que se adaptem às necessidades de saúde

A SAÚDE ORGANIZADA EM REDE: REFLEXÕES SOBRE A PORTARIA MS 4279/2010

Ilidio Roda Neves

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Administração de Serviços de Saúde, Descentralização, Sistema único de Saúde, organização & administração

A saúde é uma questão complexa e de difícil explicação, mas que, entretanto, sabemos que envolve o acesso aos bens de consumo, aos serviços de saúde, à previdência social e à educação, assim como ao meio ambiente, a economia e as relações com o capital. Esta heterogeneidade e complexidade de elementos que se articulam e permeiam no campo da saúde, exprimem-se numa pluralidade de maneiras. Decodificar e atuar na realidade da saúde exige capacidade para lidar de forma produtiva com o diferente, o contraditório e o conflituoso, disponibilidade para o contato, manejo de tensões, senso crítico e autoanálise, estabelecendo um esforço permanente de convivência na diversidade, o que torna a atuação em rede um elemento fundamental e não apenas um padrão de interação. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar a portaria 4279 de 2010 do Ministério da Saúde, que propõe a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, tendo como suporte teórico os pressupostos da Saúde Coletiva. O Ministério da Saúde, a partir da portaria 4279, propõe, com a estruturação das RAS, sobrepujar a fragmentação que existe nos serviços de saúde oferecidos e na gestão do SUS e intensificar as relações em rede. Aponta também neste documento que a regionalização e a organização do sistema sobre a forma de rede é estratégia fundamental para que se cumpram os seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e equidade, destacando “a construção de vínculos de solidariedade e cooperação” como principais atributos. Nela a ideia de pactuação, contratualização e gestão ramificam-se, de tal forma que chega às unidades de serviço. O que se espera com isto é o aperfeiçoamento constante da gestão e, conseqüentemente, criar

um processo contínuo de aprendizagem. Construir de fato uma rede implica estabelecer internamente constantes pactuações da gestão necessárias para que ocorra o envolvimento de diferentes participantes na construção das políticas públicas. O trabalho em rede é uma oportunidade de desenvolvimento de atos que democratizem o acesso e a participação de uma multiplicidade de atores sociais, em constante troca de informações, propicia a conjunção de objetivos comuns e/ou complementares ao potencializar a criação de canais de comunicação entre aqueles que a compõe. As atividades assim planejadas apresentariam um grande potencial de sucesso, sendo muito mais eficientes do que as elaboradas e desenvolvidas a partir do modelo gerencial hegemônico, que quebra e dificulta o estabelecimento de relações entre singularidades, tanto entre os trabalhadores de saúde, como entre usuários e uns com os outros, da repetição e reprodução da realidade e da normatização excessiva e burocratização da organização do trabalho. Contraditoriamente, circulam no meio oficial de governo uma leitura sobre o SUS na qual rede quer significar, simplesmente, uma ligação entre as diferentes esferas de gestão, estruturas de transmissão de normas e produtos de execução. O êxito da organização em rede não pode ser medido por métodos de gestão tradicional, baseada em dados numéricos, mas sim pela competência em estabelecer e cumprir objetivos claramente definidos, que queiram criar, produzir, ampliar no espaço em rede da qual façam parte, de tal maneira que isto mobilize e contribua para compor e articular o grupo, levando a produção de ações cooperadas. As RAS seriam organizações onde o poder de gestão pulverizaria-se por diversos serviços de saúde, sendo os pontos unificadores e de vinculação entre si, os objetivos, propostas comuns, as ações cooperadas e interdependentes, possibilitando oferecer

a uma determinada população a atenção contínua e integral necessária. Muito embora o trabalho em rede não seja uma novidade foi com o desenvolvimento nas últimas décadas das redes cibernéticas que se tornou possível o crescimento de uma “inteligência coletiva” nas diversas redes, em especial da área da saúde, possibilitando uma maior difusão das informações e a participação ativa da população, ressignificando o campo e a própria forma como este se organiza, incorporando outra lógica de funcionamento, mais horizontalizado, democrático e participativo. Dentro dos princípios preconizados pela lei orgânica da saúde, apontando alternativas viáveis para o desenvolvimento de processos democráticos de interação, para a construção de políticas públicas, com a interlocução de um amplo espectro da sociedade interagindo e participando das tomadas de decisão, ultrapassando o restrito e fechado espaço dos especialistas e dos grupos que, tradicionalmente, fazem parte das deliberações. Ao tratar de rede em saúde estamos também falando de integração vertical e horizontal, onde a integração vertical se refere à articulação de unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade e de focos de ação que são responsáveis por serviços e ações de natureza distinta, ainda assim, complementares. Já a integração horizontal refere-se à articulação entre unidades de mesma natureza de serviços, nível de complexidade, necessidade tecnológica e conhecimento, onde são feitos acordos para troca de saberes e auxílio, buscando assim ampliar o campo de atuação e diminuir os custos com o ganho em escala. A expectativa com este tipo de integração é que as estruturas de saúde trabalhem alinhadas com um objetivo comum, um mesmo propósito, sob uma única linha de comando, uma gestão única e que a comunicação flua entre as diferentes unidades, desenvolvendo suas ações de

forma cooperada e interdependente. Este trabalho nos serviços de saúde seria composto por uma grande quantidade e variedade de linhas em conexão nas quais ocorrem encontros que seriam, ao mesmo tempo, operativos, políticos, comunicacionais, subjetivos, uma forma de linguagem que potencializaria a criação e o desenvolvimento de vínculos interpessoais e intersociais, fluxos permanentes plurais e amplos de trocas entre os profissionais e os usuários do sistema. As instâncias de gestão e a sociedade civil organizada, formando uma rede complexa de relações de múltiplas direções e sentidos que ocorriam a partir de pactuações estabelecidas entre si – que poderia tanto se compor a partir de tensões e conflitos como de acordos consensuais – que atuariam no desenvolvimento das linhas de cuidado, a partir das quais se materializariam e adquiririam valor de uso perante o usuário do SUS, possibilitando acontecer às ações em saúde bem como o desenvolvimento de políticas públicas de saúde. Isso daria às redes ao mesmo tempo um caráter caótico e um potencial revolucionário de ações de transformação institucional. Se esta rede for pactuada e desenvolvida de forma colaborativa, de fato, a complexidade de fatores, questões e elementos que a englobarão e a ela estarão ligados poderão produzir em quem participa um forte sentimento de pertença. Os trabalhadores, assim como a equipe, poderão se sentir como parte de algo maior, que se interconectará com outras equipes, serviços, pessoas e redes, a aqueles que vivem nos territórios de saúde. As exigências e desafios existentes no campo da saúde demandam o trabalho interdependente de vários profissionais, com diferentes níveis e graus de formação, não só atuando conjuntamente, mas em rede. Assim, o envolvimento dos profissionais na rede, as contratualizações, pactuações e participações na gestão dos

serviços são fundamentais para a sua valorização como trabalhadores da saúde: a saúde como campo de pesquisa e trabalho é extremamente complexo e deve envolver o conjunto dos seus profissionais. Sendo um dos grandes desafios e característica das redes a busca por articular desejos e interesses pessoais e profissionais com as necessidades e anseios da sociedade na medida em que são usuários do sistema de saúde.

A TRANSVERSALIZAÇÃO NA GESTÃO DOS EQUIPAMENTOS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Luana Paula Santos de Lima

Palavras-chave: Transversalização, transversalidade, Gestão, Saúde

Neste trabalho iremos observar o princípio da transversalidade. O princípio da transversalidade prevê que a atenção e a gestão devem andar juntas sendo diferente dos modelos verticais, burocratizados e hierárquicos presente em muitos serviços, sempre em busca do fortalecimento de redes, melhorando assim os modos de cuidar e gerir os serviços. O HumanizaSUS quer propor e quer apostar que o conceito de homem ideal se distancie e que busquemos aprender pelos conceitos de experiência, ou seja, essa humanização vai acontecer no concreto das vivências diárias dos serviços de saúde, nas propostas diárias dos humano - colaboradores que não são aquele homem perfeitos e idealizados. A PNH sob essa perspectiva aproxima as iniciativas já existentes, a fim de englobar e vigorar, tendo como base as experiências do SUS, aumentando as conversas sobre s conceitos da humanização e a não separação entre a atenção e a gestão. Desta forma fica evidente a necessidade da discussão e da elaboração de pesquisas sobre o tema

transversalidade, pois este é um subsídio extremamente valioso para orientação dos modos de gerir serviços de saúde, em especial os serviços de saúde, visto que sem o estudo dos possíveis melhoramentos as formas de atenção e de gestão, não se fazem avanços nos modelos burocratizados de gestão e na busca pela co-gestão. O objetivo deste trabalho é verificar o conceito de transversalidade e sua aplicação na gestão dos equipamentos de saúde. O presente estudo se caracterizou como uma pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa e descritiva. Para seu desenvolvimento, foi realizado um levantamento bibliográfico na biblioteca virtual da saúde, nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), por meio das palavras chave transversalidade e transversalização e que faziam referência aos serviços de saúde, não houve delimitação da janela cronológica para pesquisa. Foram incluídas na pesquisa todas as publicações desta temática, e após a identificação das obras, foi feita a leitura dos resumos, e selecionadas aquelas que fizeram referência ao objeto da pesquisa. Em seguida as publicações foram lidas na íntegra e realizada a identificação o conceito de transversalidade, posteriormente caracterizadas conforme o ano de publicação, base de dados, titulação/profissão dos autores e o conceito de transversalidade. A análise se realizou considerando o referencial teórico de transversalidade da Política Nacional de Humanização. Encontrou-se 7 trabalhos utilizando a palavra chave transversalização e 74 com a palavra transversalidade, totalizando 81 publicações. Entre estes, após a leitura dos resumos, foram excluídos 69 que não fizeram referência ao objeto de pesquisa, não se apresentaram na íntegra e estavam escritos em outro idioma, restando 12 publicações a serem analisadas. Entre as publicações, 5 fazem referência ao conceito

de transversalidade em diferentes níveis de gestão, 5 descrevem sobre assistência, um sobre rede e um sobre política. Verificamos nesta pesquisa que houve a ampliação da compreensão sobre os conceitos de transversalidade e transversalização complementando o conceito da PNH. Nas publicações 6 e 10 se utilizou o conceito da análise institucional onde descreve sobre os atravessamentos políticos, econômicos, sociais, culturais, sexuais e libidinais existentes em uma relação social e conseqüentemente em todas as instituições. Já nas publicações 1, 2, 3, 5, e 11 observou-se o conceito utilizado na educação, onde um tema deve estar presente em várias áreas. Averiguamos que o conceito utilizado no princípio da transversalidade da Política Nacional de Humanização ainda esta sendo insuficientemente estudado pelos profissionais dos equipamentos de saúde, e esta sendo pouco aplicado pelos gestores dos serviços, houve somente 2 trabalhos que utilizaram o conceito exato da PNH, 7 abrangeram parcialmente. Observou-se entre as publicações, apenas a publicação 6 e 9 aborda a gestão, trabalhando o conceito da transversalidade utilizado na análise institucional. As outras publicações 8 e 11 abordam a assistência. No estudo 8 se discute a transversalização da clínica, utilizando como um potencializador das ações e no 11 discute a transversalidade na prática psicossocial, ou seja, no dia a dia das ações e atendimentos realizados no serviço. Encontramos um trabalho (12) onde se estudou aplicação do conceito de transversalidade da PNH na gestão de equipamentos de saúde. E explicita que a PNH indica o fortalecimento do trabalho em equipe como estímulo a transversalidade. Para que não se perca a característica instituinte do SUS todos os profissionais da saúde devem se apropriar dos princípios da PNH e utilizá-los nas suas práticas diárias. Fomentando a figuração principal

desses sujeitos, mostrando aos gestores que os trabalhadores da saúde podem fazer seu exclusivo processo de trabalho, podendo inclusive aperfeiçoar a gestão participativa e dessa forma aumentar a transversalização das pessoas e redes incursas no atendimento aos usuários, criando assim uma gestão corresponsável. Para isso acontecer os profissionais deve pensar e criar mecanismos em rede, com a ausência de atravessamentos hierárquicos, que tenham incontestável reconhecimento da importância de diferentes saberes e uma descentralização da supervisão. Também, dispositivos internos coletivos, flexíveis e dinâmicos de troca de saberes, que motivem a valorização da experiência profissional sem minimização da experiência humana, buscando alto grau de comunicação e motivando a criação de conhecimentos subjetivos. Criando assim uma nova configuração dos serviços de saúde, com base em uma organização coerente de atendimento territorial e descentralizado. Tornando esses equipamentos metamórficos e transformadores no atendimento em saúde, se mostrando propícios para implementação de práticas que estimulem a produção de subjetividades interdisciplinares, que implicam na constituição de novas formas de se pensar, tratar, cuidar e gerir o serviço, na busca da resolubilidade da atenção em saúde. Fazendo desta forma os próprios humanos - colaboradores irão estruturar uma assistência e gestão que utilizam a PNH como norteador e que incorporem o conceito de transversalidade nas práticas do dia a dia das instituições de saúde, fazendo com que ocorra o encontro entre a gestão e a assistência. Observamos que o conceito de transversalidade e transversalização encontrado nos trabalhos transitam por definições dadas por diversos autores e por várias linhas de pensamento e que houve a ampliação da compreensão sobre

os conceitos complementando o conceito da PNH. Dentre os trabalhos, três deles fizeram referência à gestão dos serviços e trouxeram uma visão positiva do uso da transversalidade como interventora da transversalidade nos saberes e nas práticas do cotidiano do serviço, produzindo desta forma subjetividades e mudança da cultura dos trabalhadores. Podemos afirmar que apesar do pequeno número de trabalhos encontrados, a qualidade dos achados se mostra relevante e condizente com o exposto na PNH.

ACESSO A SAÚDE BUCAL: AVALIAÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE

Mary Anne de Souza Alves FranãÇA, Newillames Gonçalves Nery, Francijane Diniz de Oliveira

Palavras-chave: equidade, saúde bucal, acesso

APRESENTAÇÃO: O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante na atenção a saúde. Em virtude das desigualdades nas condições de saúde bucal no Brasil, deve-se assegurar na organização da demanda a disponibilidade dos serviços de saúde considerando as diferenças entre os indivíduos. Para que o acesso a assistência em saúde bucal seja equânime é necessário ponderar questões específicas da saúde bucal e aspectos socioeconômicos e de saúde geral. Descrever os critérios de ordenação da demanda utilizados na ficha de equidade em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família em Goiânia. **DESENVOLVIMENTO:** A ficha de equidade foi elaborada com dados da situação socioeconômica, condições de saúde geral e bucal das famílias e seus respectivos escores. Informações como situação de trabalho (empregado ou desempregado), condições referidas (alcoolismo, tabagismo, gestante,

hipertenso e diabetes), condições de saúde bucal como dor de dente, necessidades de prótese foram dentre outras utilizadas como critérios de priorização. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** A implantação da ficha permitiu a ordenação da demanda de forma mais equânime por priorizar o agendamento relacionando os determinantes de saúde e as necessidades de saúde bucal percebidas pela família. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os critérios de priorização para agendamento na ficha da equidade em saúde bucal deu oportunidade aos profissionais de organização da demanda, onde a ordem de chegada não representa o principal critério e priorizando as famílias em situações de risco. E, além disso, esta ficha forneceu dados para que a ESB possa fazer o diagnóstico das famílias e subsídios para o planejamento das atividades.

ACIDENTES DE TRABALHO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM ENVOLVENDO MATERIAIS PERFUROCORANTES: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Leila Conceição de Paula Miranda

Palavras-chave: Acidentes de trabalho, equipe de enfermagem, saúde ocupacional

APRESENTAÇÃO: De acordo com Brasil (2002) acidente de trabalho (AT) refere-se a todos os acidentes que ocorrem no exercício da atividade laboral podendo ocasionar, no trabalhador, morte ou lesão, levando à redução temporária ou permanente da capacidade para o trabalho. Segundo Simão et al. (2010) as doenças ocupacionais e os acidentes de trabalho constituem um importante problema de saúde pública em todo o mundo. Dentre os trabalhadores de saúde, os que têm maior probabilidade de acidentes são os de Enfermagem, especialmente os de nível médio, que são os que prestam assistência direta ao cliente.

(PAULINO, LOPES E ROLIM, 2008). Os acidentes de trabalho envolvendo material perfurocortante entre os trabalhadores de enfermagem são frequentes, sobretudo devido ao número elevado de manipulação de agulhas, cateteres intravenosos, lâminas e outros materiais utilizados na execução dos procedimentos técnicos da assistência de enfermagem e representam prejuízos aos trabalhadores e às instituições. (MARZIALE e NISHIMURA, 2004). Barboza, Soler e Ciorlia (2004) dizem que as principais causas de acidentes com perfurocortantes relacionam-se a não observação de normas, imperícia, condições laborais inadequadas, instruções incorretas ou insuficientes, falhas de supervisão e orientação, falta ou inadequação no uso de equipamentos de proteção individual (EPI). Na prevenção de acidentes, os esforços devem ser concentrados inicialmente na eliminação dos perigos e/ou eliminação dos riscos, não permitindo interação direta entre pessoas e perigos e, posteriormente, orientações e fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI). Com a combinação dessas medidas, é possível obter melhores resultados na prevenção de acidentes do trabalho e de doenças ocupacionais. (NISHIDE, BENATTI e ALEXANDRE, 2004). Diante do exposto, este trabalho trata-se de uma pesquisa que buscou conhecer a problemática dos acidentes de trabalho envolvendo materiais perfurocortantes. Porque e quando eles acontecem, quais são os principais fatores de risco predisponentes, quais medidas a serem adotadas frente a esses acidentes e as principais recomendações para preveni-los. Teve-se por objetivo geral realizar um estudo de revisão bibliográfica sobre os acidentes de trabalho na equipe de enfermagem envolvendo materiais perfurocortantes no período de 2002 até 2011. Os objetivos específicos: identificar porque e quando os acidentes com

materiais perfurocortantes acontecem; conhecer os fatores de risco predisponentes para a ocorrência de acidentes de trabalho na equipe de enfermagem com materiais perfurocortantes; identificar a ocorrência da notificação e subnotificação dos acidentes; fornecer informações sobre medidas de proteção para os trabalhadores de enfermagem; prevenir-se contra acidentes de trabalho com perfurocortantes. **DESENVOLVIMENTO:** A presente pesquisa foi desenvolvida por meio de uma revisão bibliográfica, retrospectiva, compreendendo os anos de 2002 a 2011, sendo realizada pela internet, buscando referenciais teóricos em artigos científicos disponíveis nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library Online). **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Os resultados obtidos com este trabalho mostram que inúmeros são os fatores relacionados com os acidentes de trabalho, na equipe de enfermagem, envolvendo materiais perfurocortantes. Dentre eles destacam-se o não uso dos equipamentos de proteção individual (EPI), a manipulação de agulhas, a dupla jornada dos profissionais, falta de atenção durante a manipulação do material e o turno diurno de trabalho. Outro dado relevante da pesquisa é que a subnotificação dos acidentes de trabalho com perfurocortantes existe e é um fator que impede o acompanhamento dos mesmos, pois se não há notificação não há dados referentes ao acontecimento, não sendo possível adotar medidas de prevenção. Foi constatado que as medidas de precauções-padrão são importantes para evitar os acidentes envolvendo materiais perfurocortantes. Assim como o treinamento da equipe de enfermagem, através da educação continuada e o correto descarte dos materiais perfurocortantes em local adequado são também medidas efetivas e necessárias que devem ser

implementadas no ambiente de trabalho para proporcionar uma maior segurança aos profissionais da enfermagem. O fato de se conhecer a problemática dos acidentes de trabalho envolvendo materiais perfurocortantes contribui sobremaneira para que os trabalhadores de enfermagem protejam-se e previnam-se contra tais acidentes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O presente estudo de revisão bibliográfica permitiu identificar as razões da ocorrência dos acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes na equipe de enfermagem. Bem como propor medidas de proteção para os trabalhadores de enfermagem prevenir-se contra tais acidentes. Por fim conclui-se que é necessário implementar ações educativas no ambiente de trabalho para qualificar constantemente a equipe de enfermagem para a correta prática do exercício profissional além do uso adequado dos equipamentos de proteção para assegurar a sua saúde promovendo o seu bem estar geral, minimizando e reduzindo a ocorrência dos acidentes de trabalho envolvendo materiais perfurocortantes.

ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS EM TRABALHADORES DE SANTARÉM-PA

Gabriela de Cássia Oliveira dos Santos, Aragonês da Silva Franco, Marilyn Neves Nogueira, Andréa Leite de Alencar, José Walter Silva Costa

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, animais peçonhentos, EPI

APRESENTAÇÃO: Saúde do trabalhador, por definição legal do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei 8.080 de 1990, em seu artigo sexto, estabelece que é um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção

da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. Trabalhar em ambientes que oferecem más condições tanto estruturalmente quanto psicologicamente, acarreta em sérios riscos à saúde física e mental do profissional, por isso é importante a colaboração na proteção do ambiente, nele compreendido o do trabalho. ¹ O mundo do trabalho é complexo, exigindo cada vez mais novos sistemas e novas tecnologias de produção, fazendo necessária a criação de novas técnicas para controle e prevenção de acidentes. ² Cabe ressaltar a necessidade de informar aos trabalhadores e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, respeitando a ética profissional. ¹ O trabalho pode oferecer meios para gerar uma vida saudável, mas também pode gerar mortes, doenças e a incapacidade parcial ou permanente do indivíduo ao exercer suas funções. ² Os animais peçonhentos são aqueles que produzem substância tóxica, e possuem um aparelho especializado para inoculação desta substância na sua presa ou predador. ³ Devido ao alto número de notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em agosto de 2010, o agravo foi incluído na Lista de Notificação Compulsória (LNC) do Brasil, publicada na Portaria Nº 2.472 de 31 de agosto de 2010 (ratificada na Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011).^{4,5} Segundo o Tribunal Superior do Trabalho (TST), conforme o art. 19 da lei nº 8213/91, acidente do trabalho é aquele que pode ocorrer pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal, perturbação funcional que cause a morte, perda ou redução permanente ou temporária, da capacidade para o

trabalho.6 Desta forma este estudo visa averiguar o número de acidentes ocorridos em trabalhadores, causados por estes animais na cidade de Santarém-Pará, no período de janeiro de 2012 a setembro de 2015. DESENVOLVIMENTO: O presente estudo foi realizado em Santarém, Pará, e a coleta de dados foi do período janeiro de 2012 ao mês de setembro de 2015, as informações foram obtidas no SINAN. Esse banco de dados é gerado a partir da junção das informações constantes nas fichas de notificação das Secretarias Municipais de Saúde e investigação específica para o agravo: Acidente por Animais Peçonhentos. A metodologia adotada foi a quantitativa/descritiva, sendo que o modelo quantitativo considera tudo que for quantificável, traduzindo em números, opiniões e informações, fazendo-se necessário o uso de recursos e técnicas estatísticas. E o modelo descritivo pode estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza, expondo as características de determinada população. Para traçar o perfil da população acidentada foram obtidas as variáveis sociodemográficas (gênero) e aquelas relacionadas ao acidente (tipo de animal, classificação final, evolução do caso e local da picada). Após, exportou-se o banco de dados para o Microsoft Excel versão 2010, onde os dados foram tabulados e analisados. RESULTADOS: Os dados coletados apontam que no período de janeiro de 2012 a setembro de 2015, a cidade de Santarém-Pará obteve um total de 1852 casos de indivíduos picados por animais peçonhentos. Dentre esses, 237 (12%, 237/1852) casos correspondem aos trabalhadores acidentados na cidade de Santarém, Pará. A maior parte destas ocorrências aconteceram em zonas rurais 86,49%(205/237), o que denota a importância da Norma Regulamentadora 31 - NR 31, que tem por objetivo estabelecer os preceitos a serem observados na

organização e no ambiente de trabalho, de forma a tornar compatível o planejamento e o desenvolvimento das atividades da zona rural, que envolve a agricultura, pecuária, silvicultura, exploração florestal e aquicultura com a segurança e saúde e meio ambiente do trabalho.8 Na zona urbana foram 12,23% (29/237) casos, a periurbana 0,42% (1/237) e em áreas indefinidas foram 0,84% (2/237). Destes 87,76% (208/237) que foram acometidos correspondem ao gênero masculino e 12,23% (29/237) ao gênero feminino. A classificação final do acidente de leve a moderado se deu em 78,05 % (185/237) dos casos e de 20,67% (49/237) classificado como grave, houve ainda 1,26% (3/237) casos que aparecem em branco ou ignorados. Sendo a letalidade correspondente a 0,84%, significando que houve 2 óbitos no período pesquisado. Quanto ao tipo de animal peçonhento, a maioria dos casos notificados de acidentes por estes animais foram ocasionados por serpentes 56,11% (133/237) e escorpiões 33,33% (79/237), seguido pela aranha 2,10% (5/237), lagarta 0,42% (1/237) e abelha 0,42% (1/237). Outros animais peçonhentos que não foram identificados correspondem a 7,59% (18/237). Os locais mais atingidos pela picada foram os pés dos trabalhadores 43,03% (102/237), as mãos 22,78% (4/237) e as pernas 17,72% (42/237). Outras partes (cabeça, braço, e etc.) correspondem a 16,45% (39/237). CONSIDERAÇÕES FINAIS: O presente estudo, apesar de apresentar limitações em seus dados, como as dos registros de algumas variáveis em branco ou de “ignorados”, foi possível delimitar a situação dos acidentes por animais peçonhentos na cidade de Santarém-Pará. Ressalta-se a necessidade de uma abordagem educativa aos trabalhadores quanto ao cuidado em realizar suas atividades laborais em locais de riscos, visando a sua proteção durante toda a jornada de trabalho. É necessária a

promoção de treinamento em segurança e saúde no trabalho, um estudo das condições de trabalho com análise dos riscos originados do processo produtivo. A maioria dos casos notificados foram por serpentes e escorpiões, o que se ressalta o uso dos equipamentos de proteção individuais (EPI's), que ajudam em medidas de controle, prevenção e minimização dos danos causados por estes animais, que envolve algumas medidas simples como usarem botas com cano longo ou botinas com perneira, evitando as picadas nos membros inferiores onde o índice foi maior, e o uso de luvas e mangas de proteção nas atividades rurais e de jardinagem. Examinar calçados e roupas pessoais antes do uso também são importantes como medida de prevenção. Fazendo com que estes trabalhadores tenham estas atitudes, ocorrerá por consequência a redução dos índices destes acidentes, efetivando dessa forma a promoção da saúde do trabalhador, principalmente do trabalhador rural, onde a situação é bem mais grave, como aponta este estudo.

AÇÕES INTERSETORIAIS PARA A PREVENÇÃO DA CONTAMINAÇÃO HUMANA E AMBIENTAL POR AGROTÓXICOS

Graziella Chaves Trevilato, Robriane Prosdocimi Menegat, Vilma Constância Fioravante dos Santos, Marilise Oliveira Mesquita, Deise Lisboa Riquinho

Palavras-chave: saúde do trabalhador, intersectorialidade

APRESENTAÇÃO: Este resumo tem origem no Projeto de Pesquisa intitulado “Impactos do Cultivo do Tabaco na Saúde do Trabalhador e na Qualidade do Solo e da Água em Propriedades dos Municípios da ‘Metade Sul’ do Rio Grande do Sul”. Para desenvolver

o projeto, partiu-se da premissa de que a saúde do trabalhador produtor de tabaco está em situação de vulnerabilidade, e que os impactos ao meio ambiente estão relacionados a esse tipo de trabalho. Atitudes de integração entre diversos setores podem colaborar para a preservação da saúde e do ambiente em que a população rural vive, proporcionando condições de sustentabilidade na agricultura e no modo de vida. Tem-se como objetivo conhecer quais são as ações intersectoriais locais com enfoque na prevenção ao uso inadequado e contaminação humana e ambiental por agrotóxicos utilizados no cultivo de tabaco. DESENVOLVIMENTO (MÉTODO DE ESTUDO): Trata-se de um recorte de uma pesquisa de abordagem quantitativa e qualitativa, com perspectiva metodológica híbrida. A etapa qualitativa se desenvolveu junto aos gestores e profissionais envolvidos na questão de pesquisa e responsáveis pelas secretarias municipais de saúde, meio ambiente, agricultura e Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER) de três Municípios produtores de tabaco, que aceitaram participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram coletados entre 2014 e 2015 por meio de entrevistas semiestruturadas e examinadas pela análise de conteúdo, e a identificação das categorias empíricas foi realizada por meio da análise temática. Foram respeitados os aspectos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº. 496, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto implementou a coleta dos dados após aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 18647813.5.0000.5347. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Nos Municípios do estudo, a maioria dos trabalhadores rurais trabalhava com o cultivo do tabaco. A EMATER de um dos Municípios declarou

já ter identificado problemas de saúde decorrentes do trabalho laboral dessas pessoas e, então, entraram em contato com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) buscando intervenções que resolvessem essas situações. Segundo os entrevistados, a doença da folha verde do tabaco e o alto índice de suicídio e de homicídio acometem os fumicultores de forma importante. A partir dessa constatação, a EMATER colaborou com a área da saúde ao indicar essas questões como problemas de saúde pública e ao recomendar e conduzir as pessoas aos serviços do Sistema Único de Saúde em busca de tratamento. A depressão foi considerada pelos entrevistados como o principal fator indutor do suicídio, compreendida como decorrência, inclusive, do uso de agrotóxicos. Ainda em integração com outras organizações, a EMATER de Candelária tinha uma ação conjunta com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Santa Cruz do Sul, e a partir daí realizavam reuniões mensais para discutir e debater sobre o uso dos agrotóxicos, além de outras questões pertinentes, e conseguiram verbas para realização de exames que comprovam a doença da folha verde na população exposta. A mesma EMATER desenvolvia também ações sociais baseadas em políticas nacionais e estaduais, atividades com a Secretaria de Meio Ambiente - contribuindo com campanhas de educação ambiental perpassando questões sobre agrotóxicos no meio ambiente e na contaminação da água, trabalhando junto ao Conselho Agropecuário. Além dessas parcerias, interagia principalmente com o setor saúde, participando de grupos nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), trabalhando os assuntos suicídio e doença da folha verde e trabalhando também com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atuando com questões como o meio ambiente e a coleta de lixo no interior. Apesar do bom

entrosamento da EMATER com a Secretaria Municipal de Saúde, nota-se a necessidade de maior amparo das políticas públicas para continuar melhorando a atenção à saúde e a organização da rede de saúde do município. Nos Municípios, a EMATER trabalhava com forte ênfase na agroecologia. Em um deles, a EMATER possuía forte relação com a EMBRAPA, Universidade e Organizações Não Governamentais (ONGs). A Secretaria Municipal de Saúde de deste mesmo Município desenvolvia ações com a EMATER, Secretaria de Meio Ambiente e Vigilância Ambiental, nessa última em escolas. Ainda na Vigilância Ambiental eram trabalhados assuntos como a Doença de Chagas, a Dengue, e orientações quanto ao cuidado com a água com a contribuição do VIGIAGUA. No mesmo Município citado anteriormente, quanto à integração com a EMATER, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) trabalhava conjuntamente no interior, e a SMS era responsável pela coleta de material para o exame de cotinina, que indica a intoxicação pela doença da folha verde. Em dois Municípios, as questões quanto à doença da folha verde e o suicídio eram trabalhadas de forma intersetorial com a EMATER, a Secretaria Municipal de Saúde através do CAPS, equipes de saúde da família e a Secretaria Municipal de Meio Ambiente, a partir do cuidado com o meio ambiente, a coleta de lixo no interior e a educação ambiental, a qual se dá geralmente nas escolas (ação conjunta com a Secretaria Municipal de Educação), e inclui na pauta a temática do uso de agrotóxicos. As Secretarias Municipais de Agricultura dessas cidades também uniam trabalhos com a Secretaria Municipal de Saúde e com os ACS, devido ao seu papel fundamental na interação com a população. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com a pesquisa, tem sido possível aproximar a Universidade dos serviços de saúde e de apoio à agricultura nos Municípios em

questão, promovendo saberes importantes para essas entidades, beneficiando os agricultores. Além disso, pôde-se ressaltar a importância do fortalecimento das ações no âmbito do SUS, principalmente no que diz respeito à saúde dos trabalhadores rurais expostos a diversos riscos provenientes da atividade laboral, como a depressão, neoplasias, doenças crônicas. Nota-se que as instituições têm conhecimento sobre a contaminação da água por agrotóxicos, porém pouco se faz ou ainda se estuda o que fazer quanto a essa problemática. Nos municípios estudados, foram identificadas atuações da Vigilância Ambiental, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, EMBRAPA, EMATER, Secretaria Municipal de Saúde, de Agricultura e de Meio Ambiente. Pôde-se perceber que as ações intersetoriais, juntamente com a força das políticas públicas contribuem para a preservação, manutenção e recuperação da saúde ambiental e dos fumicultores, melhorando a qualidade de vida dessa população.

AGIRES MILITANTES, PRODUÇÃO DE TERRITÓRIOS E MODOS DE GOVERNAR: CONVERSÇÕES SOBRE O GOVERNO DE SI E DOS OUTROS

Kathleen Tereza da Cruz

Palavras-chave: Estado, Organização, Governo, Cartografia, Micropolítica, Governamentalidade, Governo de si e Outros

APRESENTAÇÃO: O presente estudo analisa agires militantes de gestores em saúde e os territórios vivenciais forjados para si e para outro a partir de suas práticas micropolíticas, isto é, seus modos de governar. É uma pesquisa cartográfica que percorre duas experiências governamentais vivenciadas pela autora como gestora em

duas secretarias de saúde, uma municipal (2004-2006) e outra estadual (2007-2010). Foi desenvolvido e defendido como tese de doutorado na Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, dentro do Programa de Pós-graduação de Clínica Médica (FCM/UFRJ) com apoio da CAPES. Analisa as vivências da autora nesses governos, tomando-as não como uma individualidade, mas como a singularidade do modo como atravessam o seu corpo, as forças de um determinado contexto histórico. Forjam-se alguns conceitos-ferramenta “avaria”, “bússola visceral” e “Caixa de Ferramentas para Sentintes” que possibilitam produzir novos planos de análise e percorrer os desconfortos criados por um modo de exercer o poder formal de governar essas organizações, o que permite dar visibilidade e dizibilidade para ao lugar negativo que se produzia para o outro e às repercussões negativas desse tipo de política na fabricação dos coletivos gestores em organizações de saúde. Como efeito ocorre uma “torção” do olhar da pesquisadora, no sentido perceber o seu protagonismo como fabricadora do mundo vivido, avariando-se sua perspectiva instrumental na relação com o outro, existente até então, e que agenciava a submissão do seu agir militante a um mundo do qual ela “sentia” ser vítima do outro – era o outro que não fazia, não sabia, o outro enunciado como “problema” das organizações. Este movimento de revisitar, estranhar e analisar estes agires, construiu linhas de fuga dos territórios instituídos da gestão e encarnados no corpo da autora como um modo de existência, em busca da fabricação de outros mundos possíveis para os coletivos e para as organizações em saúde, que fossem agenciados pela perspectiva que toma o outro como alteridade para si e não como coisa a ser manipulada, que toma a política como possibilidade de fabricação de coletivos que apostam no outro como potencia da organização. Movimentar-se

nesse sentido significou vazar as referências de um Estado dado, no sentido de produzir novas narrativas do Estado vivido como agenciamento, criando outros planos de análise sobre funcionamento vivido nas organizações de saúde e as afecções no corpo decorrentes dessa experiência no exercício do poder formal de governar a si e aos outros. Nesse sentido, se aposta em uma estética na qual partilhar o sensível é uma forma de experimentar a política, convidando o leitor a percorrer seus movimentos na produção e exploração dos elementos e dos planos que compõem os vários ambientes possíveis do conjunto da experiência, as afecções vividas, a fabricação das entradas e das saídas, os acontecimentos produzidos e produtores do agir, e o efeito dessa produção como potência do corpo para descobrir as potências de vida que escapam a razão, produzindo o algo mais que vai além do que temos consciência, abrindo-se para novas narratividades. Registra-se a exploração dessas experiências e a produção do campo de investigação que circunscreve certo campo comum de interesse que posiciona a problemática dos agires de militantes e seus modos de produzirem a si e de governarem o outro, diante do fato de que todos governam e todos são gestores. Focou-se a atenção nos desconfortos que foram revividos quando se buscava onde se situava o outro nos modos de agir e governar, liberando o desejo e a necessidade de dar voz ao que estava querendo “poder”. Narra o desenvolvimento de como se utilizou os elementos heterogêneos – como o desenhar e o pintar, o produzir imagens, o encontro com a poesia, a poesia, da produção de imagem – na fabricação de dispositivos para produzir linguagem para os interditos do campo da gestão vividos pela autora como gestora, cartografando os territórios vivenciais e seus conjuntos de práticas. Evidenciaram-se avarias que põe

em foco o tema do coletivo, evidenciando o efeito do agir líder nos mesmos, e visibilizando este modo de governar, ou seja, este agir governo que atua na produção da organização com império e do coletivo como lugar da indução a comportamentos e da captura do outro. Descreve-se o engendramento das faculdades política e médica na produção de um agir estratégico e epistêmico, constitutivos desse agir líder, e que se tornam constitutivos do coletivo vivido pela autora, como um funcionamento em cada um, fabricando um modo de governar a si ao outro a partir de um agir instrumental na relação com o outro como exercício de uma política. Desenha-se uma cartografia do território da gestão em saúde através da exploração intensa de artefatos heterodoxos para fazer falar, construindo o campo de investigação a partir da análise dos desconfortos vividos no exercício do seu agir militante em relação aos efeitos produzidos por suas políticas. Produz uma teoria sobre o agir militante no território da saúde, caracterizando os agires gestores em dois: agires guerreiro e agires estado. Agires militantes estado-guerreiro atuam na dobra constitutiva do território da gestão, deparando-se de um lado com o território material que são organizações produtoras de saúde, estabelecimentos de saúde, redes reais no lugar e no tempo e do outro lado no território dos homens, que problematiza esse processo de constituição da construção da subjetividade dos próprios militantes, dos seus modos de governo, de suas produções enquanto coletivos sentintes. Esses agires militantes, percorrem estes territórios da dobra, ora como nômades, percorrendo territórios desconhecidos, em busca dos alimentos para produção da vida, com suas bússolas viscerais, guiando-os intuitivamente de encontro em encontro, em sensações de satisfação, de compreensão, de paixão, mas também

de frustração, de angústia, de dúvidas, de medo, de solidão, de estranhamento, o que denominamos de agires guerreiro. Outra hora, como sedentários, a partir de seus controles eletrônicos à frente do aparelho de televisão (os gabinetes dirigentes), operando em saltos, entre os canais estruturados de políticas, projetos, intervenções, modelos, refugiando-se no conhecido, no reconhecido, no legitimado, no instituído, em busca de conforto, de certeza, de segurança, de previsibilidade, operando normas, receitas e resultados agires estado. Utiliza-se uma correlação entre o agir do militante com o do pintor/artista, na qual se percebe uma relação com seus projetos muito semelhante a do pintor e sua obra, o que permite abrir uma chave para discutir o campo de atuação da gestão como um território instituído na imprevisibilidade dos efeitos produzidos pelos agires tensionados constantemente por suas intencionalidades por resultados. Dessa forma, ao governar somente podemos recolher dos agires, seus efeitos a posteriori, pois não se consegue prever o que vai acontecer, somente se pode “intencionar”. Portanto, governar é intencionar resultados, mas produzir acontecimentos. O intencionar resultado é claramente atributo de um agir linha, que em sua forma estriada de produzir o espaço, tenta dominá-lo e demarcá-lo, através da produção objetos esquemáticos (dos fatos políticos) e suas respectivas imagens públicas (as marcas de governo), típicos do agir-estado. O produzir acontecimentos, é justamente o inesperado provável, o desconcertante “efeito colateral”, o incontrolável efeito nanquim, que insi em vazar a política de governo, e manchar flores e jardins os mais variados possíveis, deslocando linhas originalmente planejadas.

ANÁLISE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE, PLANEJAMENTO E GESTÃO ATRAVÉS DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Tatiane Fernandes Trindade, Ana Paula Gossmann Bortoletti, Alcindo Antônio Ferla, Gimerson Erick Ferreira, Érica Rosalba Mallmann Duarte

Palavras-chave: Educação Permanente, Planejamento em Saúde, Avaliação em saúde

Apresentação: A Atenção Primária em Saúde (APS) é uma das estratégias de organização e reorganização dos sistemas de saúde. No Brasil, essa estratégia deve ser vista como reordenadora da atenção à saúde, dado seu combate às iniquidades nesse campo. Corroborando com essa ideia em 2011, foi aprovada a atual versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual defende que a atenção básica (AB) deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (1). Neste contexto, o Ministério da Saúde (MS) propôs, na ação “Saúde mais perto de você”, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). O PMAQ tem por objetivo “a implantação de um modelo de gestão que valoriza cada vez mais a avaliação e a utilização desta para o planejamento, qualificação e financiamento de suas ações (2). O programa está dividido em 4 etapas, sendo a primeira a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes, a segunda etapa compreende o desenvolvimento das ações que são implementadas por meio de autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, a terceira etapa é a avaliação externa e por fim, na quarta etapa, ocorre a recontratualização

iniciado um novo ciclo. Nesse contexto, a educação permanente apresenta papel importante para a mudança das práticas profissionais e organização do trabalho, redirecionando o modelo de atenção, uma vez que é construída a partir dos nós críticos do processo de trabalho, possibilitando a educação ascendente e a promoção de experiências inovadoras, visto que a mudança do modelo de atenção impõe a necessidade de qualificação dos serviços de saúde e de seus profissionais (1,3). A AB requer um saber e fazer em educação permanente para concretizar o novo modelo de atenção à saúde no Brasil, que visa à integralidade do cuidado com melhoria do acesso e da qualidade dos serviços ofertados (3), entretanto, essas mudanças demandam planejamento das ações com vistas a atingir o objetivo proposto. O planejamento pode ser entendido como um pacto de ações para a superação de desafios e favorece o monitoramento e a avaliação das ações implementadas, servindo de subsídio para reordenamento ou manutenção das ações. Objetivo: Este trabalho teve como objetivo analisar o impacto da educação permanente no processo de planejamento da equipe e a atuação da gestão na organização do processo de trabalho na atenção básica no Rio Grande do Sul (RS) a partir dos dados do primeiro ciclo do PMAQ. Método do estudo: Pesquisa quantitativa, transversal e exploratória, com abordagem de análise secundária de dados, a partir da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva, com testes de tendência central, qui-quadrado e comparações de frequências absolutas e relativas. Resultados: No primeiro ciclo do PMAQ, o RS teve, entre seus municípios, 69% de adesão ao programa, totalizando 827 equipes participantes, dentre as quais havia equipes da saúde da família e equipes da

atenção básica. Destas, nove não cumpriram a etapa de avaliação externa, portanto não integraram este estudo. A maioria das equipes participantes (72,1%) conta com atividades de educação permanente que envolvam profissionais da atenção básica. Dentre estas, 73,5% consideram que as atividades contemplam as necessidades e demandas das equipes e 26,5% consideram as atividades insuficientes. Com relação ao planejamento das ações, 89% das equipes haviam desenvolvido alguma atividade de planejamento nos 12 meses anteriores à pesquisa. Foi observado que equipes com atividades de educação permanente estão mais associadas às atividades de planejamento e à definição de resultados e metas. Definir resultados e metas é fundamental para a concretização dos propósitos do planejamento. Quando não se acompanham as ações que foram planejadas a fim de atingir um determinado resultado, qualquer resultado serve. É preciso pensar no que se está fazendo e onde determinada tarefa nos levará. Quanto ao apoio para o planejamento e a organização do processo de trabalho, 79,1% das equipes que realizaram atividades de planejamento nos últimos 12 meses responderam que receberam apoio. Com base nos resultados da avaliação externa do PMAQ, pôde-se perceber que as equipes contam com mais de um apoiador, não estando restritas somente ao apoiador institucional. Os resultados sinalizam que, envoltos de trabalho e cumprindo normas preestabelecidas, nem sempre os gestores conseguem perceber os vieses de seu trabalho de suas equipes. Ter um apoiador pode facilitar a tomada de decisões, fornecendo maior segurança ao gestor e à construção de meios para enfrentar as dificuldades encontradas. Todas as equipes participantes da pesquisa foram questionadas sobre o fornecimento, pela gestão, de informações que auxiliem na análise da situação de saúde: 82,8%

referiram receber um ou mais informativos. Referente ao processo de autoavaliação, 81,7% das equipes tinham realizado algum tipo de avaliação nos seis meses anteriores à pesquisa, 17,4% não realizaram e 1% não sabia ou não respondeu. A educação permanente apresenta íntima relação com os processos de planejamento e a presença de uma gestão que disponibilize informações úteis para análise da situação de saúde. O apoio da gestão na discussão dos dados de monitoramento, na realização de autoavaliação e na organização do processo de trabalho em função da implantação ou qualificação dos padrões de acesso e qualidade do PMAQ também teve associação significativa com equipes de municípios onde há educação permanente. A evidência encontrada neste estudo, de que equipes de AB com atividade de educação permanente nos municípios estão mais associadas ao monitoramento e à análise dos indicadores e das informações de saúde, corrobora com a ideia de que a educação permanente é um ponto importante na transformação das práticas profissionais a partir da problematização da realidade apresentada. Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos e ideias, compreendendo os processos e propondo soluções. Considerações finais: A presença da educação permanente mostrou-se estatisticamente significativa para os processos de mudanças e melhorias na atenção básica, sendo oportunos sua ampliação e seu fortalecimento a fim de atender às demandas das equipes de atenção básica e suas respectivas populações. Uma gestão de qualidade depende do planejamento de suas ações com acompanhamento de resultados e metas. O primeiro passo para o planejamento é o levantamento de problemas com a eleição de prioridades. Neste sentido, a autoavaliação e o acesso à informações para análise

da situação de saúde são primordiais. O PMAQ traz a autoavaliação rompendo com o aspecto negativo que muitas vezes está intrinsecamente relacionado a qualquer tipo de avaliação, promovendo mudanças por meio da identificação dos problemas e das dificuldades encontradas no próprio processo de trabalho e valorizando o que há de melhor e que se traduz em qualidade do serviço.

ANÁLISE DA EFICIÊNCIA DE HOSPITAIS REGIONAIS EM UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

João Paulo Teixeira Silva, Roberval Edson Pinheiro Lima

Palavras-chave: Hospitais Regionais, Regionalização, Rede Hospitalar

APRESENTAÇÃO: O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e n.º 8.142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população. Desde a sua gênese, muito se avançou em termos de descentralização, de pactuações de objetivos e metas, entre os representantes das esferas de governo e da adoção de componentes de planejamento, entre outros aspectos. Neste sentido, a regionalização surge como estratégia de descentralização da oferta de assistência à população e possibilidade de resolução de grande parte dos agravos e doenças, o mais próximo possível da residência das pessoas, conferindo comodidade e facilitando o acesso à população. Ela se mostra, ainda, como uma diretriz organizativa capaz de melhorar a qualidade e a racionalidade da assistência de uma determinada região, unindo recursos econômicos, humanos, tecnológicos em um serviço regional a fim de que uma população de determinado

território tenha suas necessidades de saúde supridas. O hospital, no contexto assistencial, é uma instituição voltada ao diagnóstico e tratamento de pessoas, clientela com perfil interno e externo ao estabelecimento, que serve ao mesmo tempo para promover a saúde, assim como a manutenção e/ou restabelecimento da saúde do paciente. Evidencia-se sua caracterização como uma organização extremamente complexa, e com características técnico-assistenciais e administrativas próprias. Enfatizar o controle de custos nas organizações públicas corrobora com a necessidade de imprimir resultados no processo de atenção e assistência, bem como, confere status de qualificação para o exercício das funções de gerência e/ou gestão. Os resultados desse processo são uma maior produtividade, uma maior qualidade na assistência e aumento na racionalização do uso de recursos. Destaque-se que no Brasil, mediante busca em registros técnico-científicos, que o achado mais significativo é que os hospitais não fazem uso de nenhum sistema de custos que oriente e ofereça parâmetros para suas decisões administrativas, controle de atividades e investimentos. A utilização de indicadores que permitam aferição de produção e qualidade, como a Taxa de Ocupação Hospitalar (TxOH) e o Tempo Médio de Internação (TMI), dentre outros, associados às informações de orçamento e custos como o Valor Médio do Procedimento (VMP), são ferramentas importantes no planejamento e na tomada de decisão dos gestores. O objetivo deste estudo é avaliar a eficiência de hospitais regionais das principais regiões do estado do Rio Grande do Norte, à luz dos principais indicadores como TxOH, TMI e VMP. Além da avaliação do alcance e/ou impacto dos objetivos e do custo-eficácia, isto é, medir e comparar os custos e suas consequências no perfil sanitário da população, permitindo analisar a sua eficiência relativa. **DESENVOLVIMENTO**

DO TRABALHO: Trata-se de um estudo avaliativo de metodologia qualitativa, que incorpora a avaliação normativa e promove uma pesquisa avaliativa, buscando estudar os componentes do objeto em relação às normas e critérios e examinar as relações que existem entre os diferentes objetos da pesquisa. Para este estudo avaliativo foram selecionadas seis unidades hospitalares integrantes da rede estadual de um estado do Nordeste Brasileiro. Sendo duas unidades de pequeno porte, duas de médio porte e duas de grande porte. A escolha de duas unidades para cada classificação de porte é justificada pela possibilidade de comparação de desempenho entre unidades de mesma classificação, aferindo os indicadores, buscando possibilidades de nexos explicativos. O foco da abordagem se concentra nos elementos que traduzem o reflexo do custeio assistencial, importante componente do processo de trabalho da gestão em saúde, escalonando a análise pelo porte assistencial. Os critérios de inclusão foram: (1) ser um hospital-geral; (2) ser de gerência do poder público estadual; (3) possuir número de leitos operantes; (4) ter expressividade na assistência à demanda referenciada dentro da região no qual está instalado. O período em análise foi do ano de 2014, os dados sobre produção hospitalar e ambulatorial foram coletados nas bases de dados oficiais do Ministério da Saúde (MS), com fulcro no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), além do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) onde constam os dados sobre leitos operantes de cada unidade. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Dentre os indicadores utilizados na análise, a TxOH busca avaliar a utilização dos leitos na unidade por meio de uma relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período. O TMI é usado como critério para aferir a

quantidade de dias que um leito é ocupado. Já o VMP consiste no valor monetário médio para uma determinada internação. O valor do Giro dos Leitos (GL) é usado para representar a utilização desse durante o período considerado e a resolubilidade no tratamento, sendo calculado pela relação entre o número de pacientes que saem e o número de leitos disponíveis em determinado período. Os indicadores de VMP, TMI e TxOH tiveram seus maiores índices nos hospitais de grande porte, cujas médias foram, respectivamente, R\$ 1.453,94, 7,5 e 71%; enquanto os de médio porte obtiveram R\$ 409,10, 4,0 e 41,4%. Os índices alcançados pelos hospitais de pequeno porte seguindo os critérios supracitados foram R\$ 481,10, 3,5 e 35,7%. A análise evidenciou ainda que a TxOH e o TMI são maiores na clínica médica, onde um dos hospitais de grande porte registrou o mais elevado valor de TxOH (123,5%) e o outro da mesma categoria atingiu o maior valor de TMI (11,1). O melhor desempenho na média do GL foram dos hospitais de pequeno porte, muito embora as unidades desta categoria registrassem os valores mais extremos (um com índice 17 e o outro 5). Nos hospitais de médio e pequeno porte o TMI em leitos cirúrgicos girou por volta de 2 dias. Considerando a portaria nº 1.631/2015 do MS, a TxOH média ideal para uma unidade hospitalar está entre 80 e 85% e o TMI médio ideal é 5,5 (sendo para a clínica médica uma média de 8,0). Desse modo é possível notar que os hospitais de grande porte são os que mais se aproximam dos padrões estabelecidos. Os hospitais de pequeno porte apresentam índices bem abaixo do considerado ideal e, por realizarem mais procedimentos de média complexidade o retorno financeiro é menor, resultando em maior custo para o estado a sua manutenção. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As unidades de referência regionais têm como papel principal ofertar

assistência médica de maior complexidade à população. Entretanto, no Rio Grande do Norte, pelo excesso de hospitais regionais, a grande maioria com baixa resolubilidade e eficiência, oneram o estado que propiciam melhora da qualidade de vida da população. Assim sendo, se faz necessário repensar o perfil das unidades, analisando sua eficiência por meio de indicadores e definir quais as melhores estratégias para ofertar uma assistência racional e qualificada à população. Neste sentido, é interessante considerar a tendência internacional de que os hospitais de grande porte apresentam maior eficiência no sentido da utilização de sua capacidade potencial instalada e disponibilidade de recursos de natureza diversa, como cognitivos, tecnológicos, materiais, financeiros, dentre outros. Considerando que estes atendem a casos de maior complexidade, gerando considerável retorno financeiro à gestão, tornando-os mais sustentáveis.

ANALISE DE CONTEXTO MUNICIPAL DE MUNICÍPIOS COM ADEÇÃO DOS TIPOS 1 E 2 AO PROGRAMA DE FORTALECIMENTO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM MINAS GERAIS

Lucília Nunes de Assis, Eliete Albano de Azevedo Guimarães, Juliana Vaz de Melo Mambrini, Filipe Curzio Laguardia, Nayara Dornela Quintino, Zélia Maria Profeta da Luz

Palavras-chave: ação intersetorial, integralidade em saúde, vigilância da saúde

A Vigilância da Saúde (VS) propõe a articulação das ações de promoção, de screening, de proteção e de assistência para o enfrentamento de problemas de saúde de indivíduos e de grupos (causas determinantes, riscos, agravos ou danos), tendo por base o território, a intersetorialidade e a avaliação dos

processos desenvolvidos. Esse modelo subsidia a integração das ações pertinentes à Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância Sanitária (Visa), Vigilância Ambiental (VA), Vigilância da Saúde do Trabalhador (Visat) e Promoção da Saúde pela articulação entre serviços da VS e Estratégia de Saúde da Família (ESF), além de considerar o contexto das políticas públicas, intersetoriais à saúde, implementadas. Políticas de saúde recentes apresentam diretrizes para a reorientação das ações e serviços da VS e da Atenção Primária à Saúde (APS), na perspectiva da integralidade dos serviços em rede e também no que tange às práticas de saúde intersetoriais. O Projeto Estadual de Fortalecimento da VS (PFVS) em Minas Gerais (MG) visa a descentralização desses serviços de forma articulada à ESF, na perspectiva do alcance da efetividade das ações de VS. O objetivo do estudo foi caracterizar municípios com adesão ao PFVS segundo políticas públicas relacionadas aos determinantes da saúde. Procedeu-se a um estudo de casos múltiplos com abordagem quantitativa. Os municípios-caso foram selecionados dentre os 853 municípios de Minas Gerais-MG considerando o porte populacional (Departamento de Informática do SUS-DATASUS, 2012), as metas alcançadas no PFVS (Sistema Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas/GEICOM da Secretaria do Estado de Saúde-SES/MG, 2013) e o Índice Mineiro de Responsabilidade Social-IMRS (Fundação João Pinheiro/MG, 2013). O IMRS, com variação de 0 a 1, foi classificado a partir do referencial das faixas do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-IDHM. Assim, os municípios, quanto a um cenário de políticas públicas, podem apresentar nível muito alto (0,800-1,000); nível alto (0,700 a 0,799); nível médio (0,600 a 0,699); nível baixo (0,500 a 0,599) e nível muito baixo (0,000 a 0,499). Após análises estatísticas prévias de correlação utilizando

o coeficiente de Spearman (valor $p < 0,05$), oito municípios-caso foram selecionados: seis municípios de adesão tipo 1 ao PFVS com IMRS de maior diferença para caracterizar situações opostas e pareados segundo porte populacional (menos de cinco mil habitantes-hab.; de cinco a menos de 20 mil hab. e de 20 a menos de 50 mil hab.) e dois municípios-caso com adesão tipo 2 ao PFVS, com resultado de meta alcançada nesse Projeto em contraste e porte de 500 mil a menos de um milhão de hab. Os municípios de adesão tipo 3 não foram incluídos por constituírem menos de 0,5% dos municípios do estado. A caracterização dos municípios-caso foi feita por meio de uma análise descritiva dos índices das políticas públicas e respectivas tendências no âmbito dos 853 municípios de MG. Utilizou-se o Programa de Análise Estatística R, versão 3.0.0 (2013-04-03). Os dois municípios com adesão tipo 1 ao PFVS, de menor porte e IMRS de valores opostos, formaram o único par que se diferenciou quanto ao cenário da assistência social. Os demais pares de municípios-caso, independente de IMRS ou resultado de metas no PFVS diferentes, apresentaram índices de assistência social semelhantes, classificados como médio ou baixo. Nos municípios-caso o Índice de Renda/Emprego não encontrou relação com as políticas de assistência social. Destaca-se que a predisposição no conjunto de 853 municípios mineiros foi de uma associação inversa entre o desenvolvimento de políticas de assistência social e o Índice de Renda/Emprego do município ($p < 0,0001$). A responsabilidade municipal com a cultura local identificou-se pela disponibilidade de equipamentos diversos como museus, teatros, cinemas, bibliotecas, centros culturais, grupos artísticos, dentre outros, além da presença de estruturas gestoras na área. Nesse setor, os municípios-caso de adesão tipo 1 ao PFVS, com melhor IMRS, se destacaram. Situação contrária ocorreu

para o par de municípios com adesão tipo 2 ao PFVS que se diferenciavam pelos resultados alcançados no mesmo, visto que o de pior resultado apresentou melhor Índice de Cultura. Os municípios de adesão tipo 1, com melhor IMRS, tiveram destaque na responsabilização quanto à educação. O par de municípios com adesão tipo 2 ao PFVS, de resultado em contraste quanto ao mesmo, não obteve diferenças entre seus Índices de Educação. Dentre os oito municípios-caso apenas um alcançou nível de responsabilização médio (0,600-0,699) quanto ao setor educação, os demais ficaram entre baixo ou muito baixo, como cerca de 94% dos municípios mineiros. Todos os municípios-caso comparados entre si, com melhor IMRS ou melhor resultado no PFVS, apresentaram melhores Índices de Esporte/Lazer/Turismo. Os municípios-caso de adesão tipo 1 e 2 ao PFVS, respectivamente, com melhores IMRS e melhor resultado no PFVS, também obtiveram melhores condições ambientais. Faz-se constar que dentre os 853 municípios os melhores Índice de Saneamento/Habituação/Meio Ambiente estavam nos municípios maiores ($r=0,48$; $p < 0,0001$) e com melhor renda ($r=0,18$; $p < 0,00001$). Os municípios-caso de maior IMRS apresentaram melhor resultado quanto à segurança pública. Já os municípios-caso comparados pela distinção entre os resultados no PFVS, apresentaram correlação inversa, sendo que o de melhor resultado no Projeto foi o que teve pior segurança pública dentre todos. Em geral, nos municípios de MG, os sub-índices do IMRS referentes à renda/emprego e segurança pública não se relacionaram ($p > 0,05$), sendo que quanto maior o porte populacional, pior foi a situação da segurança pública ($r = -0,11$; $p < 0,001$). Os resultados apontaram que os municípios-caso de IMRS em contraste, independente do tipo de adesão ao PFVS, apresentam maior disparidade quanto às

políticas públicas analisadas e que nem sempre as mesmas estiveram relacionadas à renda ou porte do município. O contexto municipal do município de adesão 2 ao Projeto, com melhor resultado quanto às metas pactuadas, não foi mais favorável no que tange à responsabilização com a assistência social, cultura, educação e segurança pública. A identificação prévia desses diferentes contextos favorece a melhor compreensão da descentralização da VS, visto que a capacidade de gestão dos municípios é determinada por desigualdades sociais, econômicas, políticas e pelos mecanismos de gestão adotados. Portanto, faz-se necessário aprofundar o estudo no âmbito dos municípios-caso, a fim de se obter maiores explicações quanto a possíveis condicionantes dos serviços da VS/ESF e respectivas ações de vigilância desenvolvidas.

ANÁLISE DO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE: A APROXIMAÇÃO ENTRE OS MUNICÍPIOS

*Vilma Constanca Fioravante dos Santos,
Adriana Roese*

Palavras-chave: Regionalização, Política de Saúde, Consciência Regional

APRESENTAÇÃO: A descentralização das Políticas Públicas no Brasil, em conjunto com sua redemocratização, é um fator que contribui para que o Estado se aproxime das pessoas. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos anos de 1990 com suas Normas Operacionais Básicas (NOB), os Municípios foram responsabilizados pela provisão de serviços e organização de sistemas municipais de saúde. A integração destes sistemas municipais tem sido pensado no âmbito do SUS a partir das Redes de Atenção em Saúde (RAS) que

compõem em conjunto as Regiões de Saúde, estes arranjos tem a intencionalidade de fortalecer as estruturas municipais e superar as desigualdades regionais no campo no que concerne a oferta de serviços em saúde. Tem-se como objetivo analisar as dificuldades enfrentadas pelos Municípios em estudo na efetivação da organização das Regiões em Saúde. Desenvolvimento do Trabalho Trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa. A área empírica em estudo é composta por 6 Municípios articulados em uma das 30 Regiões de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul. O Decreto 7.508 de 2011 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde provocou a necessidade de os Estados repensarem o seu mapa de saúde a partir do novo conceito de Região de Saúde adotado. O Rio Grande do Sul promoveu o redesenho territorial das suas Regiões de Saúde, em 2012, com a resolução 555/2012/CIB/RS, esta normatização alterou a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Estado, aproximando Municípios limítrofes e objetivando maximizar a capacidade instalada dos Municípios. Este estudo é financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) do Brasil e a Secretaria de Estado da Saúde do RS/SES-RS no âmbito do Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde, sob chamada FAPERGS/MS/CNPq/SESRS n. 002/2013. Resultados Análise preliminar dos dados da pesquisa apontam para dois eixos de análise, um deles voltado à configuração regional que aglutinou Municípios anteriormente estranhos uns aos outros e a presença de uma Metrópole no desenho regional. O fato de que a reorganização dos Municípios se deu em nome da idealização de uma configuração em que sejam possíveis novas e flexíveis formas de agenciamento

entre os Municípios ainda é perpassada pela manutenção de um modelo de territorialização, ainda da década de 1950, quando eram então chamadas de Delegacias ou Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). Este processo histórico no Sistema de Saúde brasileiro implicou em o Estado em estudo atualmente possuir 30 Regiões de Saúde redesenhadas distribuídas nas 19 CRS's já existentes. O impulso promovido pelo Decreto 7508 de 2011, provocou a transição de Municípios entre as CRS, no redesenho de algumas das Regiões de Saúde. Esta situação foi apontada pelos entrevistados como um retrocesso na discussão política e nas negociações com a Gestão Estadual. Isto está relacionado ao fato de que, as diferenças de estrutura organizacional dentro das CRS implicam diretamente nas condições institucionais para negociar e tencionar junto ao Estado recursos para o Municípios. Outro fator que interfere na capacidade de articulação e negociação regional é o amadurecimento das discussões entre os representantes municipais e estaduais nas arenas decisórias, que tem sido dificultado em função das mudanças político-administrativas. O processo de descentralização na Região de Saúde é impactado pelas disparidades em relação à densidade populacional e a distribuição e concentração das tecnologias e especialidades nos Municípios. Os gestores municipais apontaram que o crescimento demográfico não foi acompanhado pelo aumento da capacidade instalada e do teto financeiro para subsidiar os serviços de saúde. A realidade da região em estudo com a inserção de uma Metrópole em seu desenho regional conforma relações que interferem no entendimento que se tem sobre o papel desempenhado por esta enquanto referência em saúde para a região e para o Estado. Essa situação traz dificuldades aos Municípios para a organização em Regiões de Saúde e a responsabilização pelo

compartilhamento regional dos serviços de média e alta complexidade. A cooperação e a solidariedade regional são fragilizadas pela relação intermunicipal com a Metrópole, concentradora da maior densidade tecnológica. O não compartilhamento de forma equânime dos serviços desta, na Região de Saúde, é interpretada pelos municípios como uma forma inadequada de distribuição da oferta tecnológica. Mesmo frente ao posicionamento da região, a perspectiva da gestão de saúde da metrópole é de que sua relação regional não se sobrepõe à estadual. Tendo em vista que, a oferta de serviços deveria ser balizada pelas necessidades dos usuários, pois a experiência da metrópole demonstra que se isso ficasse à critério dos municípios, estes resolveriam individualmente suas filas de espera com recursos da Capital. O processo de articulação política em âmbito regional é reconhecida como incipiente pelos entrevistados. A Metrópole é identificada como um dos atores que exerce mais força nas decisões regionais e estaduais. Neste contexto, os Municípios consideram a possibilidade de que, a Metrópole deveria compor uma única Região de Saúde, ou talvez estar separado das regiões, representando unicamente uma referência Estadual. Considerações Finais O processo de descentralização vertical, do Estado para os Estados e Municípios, é permeado de elementos que evidenciam o quanto alcançar resultados mais equitativos e efetivos demanda que as Políticas Públicas sejam afinadas à realidade local. No caso em estudo verifica-se que, o agenciamento dos Municípios em Regiões de Saúde traz consigo possibilidades importantes ao desenvolvimento local e, também, retrocessos no que concerne à perda do que já havia sido consolidado no âmbito das negociações que por ventura já haviam sido firmadas por municípios que tinham entre si interesses incomuns e que

até mesmo poderiam estar em recortes territoriais diferentes. As dificuldades enfrentadas na efetivação deste complexo arranjo organizacional demanda inovações no âmbito da gestão pública, especialmente para resolver problemas concretos que emanam do processo de atender especificidades que ora são locais, ora regionais. Possivelmente, um dos desafios mais vultuosos neste contexto seja da promoção de relações mais solidárias entre os municípios que possuem entre si diferentes capacidades técnicas e de capacidade instalada para o atendimento das necessidades em saúde da população.

APLICAÇÃO DO CICLO PDCA COMO FERRAMENTA GERENCIAL EM UM HOSPITAL DE REFERENCIA DO SUS

Vivian Gomes Mazzonei, Leylane Porto Bittencourt, Myllena Cândida de Melo, Mônica Villela Gouvêa

APRESENTAÇÃO: do que trata o trabalho e o objetivo; O objetivo é relatar a aplicação do ciclo PDCA como ferramenta gerencial em um hospital quaternário do SUS, promovendo diálogo constante entre os sujeitos, de modo a adequar processos gerenciais e enfrentar conflitos e tensões que possam vir a comprometer a qualidade da assistência. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: descrição da experiência ou método do estudo; Para atender aos objetivos propostos adotou-se o Ciclo PDCA (do inglês Plan-Do-Check-Act). Trata-se de ferramenta gerencial de avaliação e de execução de processos. O PDCA foi originalmente desenvolvido, na década de 30, pelo estatístico americano Walter A. Shewhart e popularizado, na década de 50, pelo especialista em qualidade W. Edwards Deming. O Ciclo PDCA é também conhecido como Ciclo de Shewhart, Ciclo da Qualidade ou Ciclo de Deming, e é extremamente útil

para a solução de problemas e nesse sentido, poucos instrumentos se mostram tão efetivos para a busca do aperfeiçoamento organizacional. A ferramenta faz referência ao estímulo e incorporação de uma cultura de avaliação orientada por um paradigma educativo em que é preciso problematizar a maneira de pensar, perceber, julgar e avaliar constantemente. Nos últimos 70 anos, após a publicação da proposta de Shewhart, o ciclo tem contribuído no processo de estruturação do pensamento, ordenação de esforços e planejamento de projetos ou mudanças. Vale ressaltar que, durante todos estes anos, o método foi aperfeiçoado, passando a incorporar diferentes etapas com modelagem cíclica em que cada uma das etapas possibilita o desenvolvimento da fase seguinte. Em geral, constitui uma ferramenta de gestão simplificada em que se faz necessário identificar o objeto do processo de trabalho, além de definir a matriz de responsabilidades, estabelecer as medidas de controle e analisar o fluxo de todas as etapas necessárias para completar o ciclo de realização. São estas características que fazem do PDCA uma ferramenta ativa em que todos os atores relacionados ao processo de trabalho têm participação e propriedade diante de cada uma das suas etapas. O Ciclo PDCA é dividido em 4 partes ou etapas, como se segue: P (Plan) = Planejar; D (Do) = Executar; C (Check) = Verificar e; A (Act) = Agir. Cada uma destas etapas é responsável pela retroalimentação do ciclo e contribui, sobremaneira, para a tomada de decisões. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa; O PDCA vem sendo utilizado como ferramenta para a educação continuada de trabalhadores de enfermagem. O planejamento de sua aplicação envolveu quatro fases que serão descritas a seguir. A fase 1 consistiu no planejamento das temáticas, teorias e/ou processos que

serão desenvolvidos com as equipes, nessa fase foram desenvolvidos os instrumentos que serão utilizados para os treinamentos posteriores: avaliação inicial, dinâmicas de grupo e avaliação final do treinamento. A fase 2 envolveu dois momentos. a) Treinamento das lideranças setoriais em relação à temática anteriormente planejada, utilizando os instrumentos necessários, e b) Replicação do treinamento pelas lideranças setoriais aos membros de sua equipe, incluindo a aplicação da avaliação inicial e das dinâmicas necessárias. Na fase 3 foram adotados rastreadores. Foram selecionados pacientes de uma lista de pacientes ativos, de forma a “rastrear” suas experiências por todo o hospital. Os pacientes selecionados foram os que passaram por vários setores ou serviços complexos e, portanto, tiveram mais contato com várias partes do hospital. A abordagem através dos rastreadores acompanhou a experiência de certo número de pacientes por todo o processo de cuidados de saúde do hospital e permitiu identificar problemas em uma ou mais etapas do processo de cuidados ao paciente ou nas interfaces entre os processos. Os rastreadores são de dois tipos: rastreadores de paciente individual e rastreadores de sistemas (gestão de medicamentos, prevenção e controle de infecção, gerenciamento e segurança de instalações, sala de operação, central de suprimentos estéreis, endoscopia). Este relato diz respeito à aplicação de rastreador de paciente individual, com o intuito de verificar a aquisição do conhecimento do treinamento anteriormente realizado pelas lideranças setoriais e pela equipe de enfermagem que presta assistência direta ao paciente. Durante a aplicação do rastreador individual, o avaliador precisa analisar o prontuário do paciente com a equipe responsável pelos cuidados e tratamento do paciente e posteriormente entrevistar o paciente e/ou a família (se isso for apropriado

e a permissão for concedida pelo paciente e/ou pela família), utilizando instrumento específico de coleta de dados. Na fase 4, a gerência receberá a análise das avaliações iniciais e finais, realizadas pela equipe, além do relatório dos rastreadores, verificando quais os processos que estão falhos, o que precisa ser melhorado e o que precisa ser treinado novamente, além de, elencar indicadores, para monitoramento de todo o processo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O ciclo PDCA é um método gerencial de tomada de decisões que visa garantir o alcance das metas necessárias e pode auxiliar para uma administração voltada para a melhoria contínua. Por meio de suas etapas, espera-se que os resultados obtidos, e também o próprio processo em si, sejam melhorados, formando uma espiral de qualidade ascendente. A essência do ciclo PDCA é a ideia de que as saídas de um processo geralmente formam parte das entradas do processo subsequente, formando um circuito de realimentação de informações para a tomada de decisões sobre o controle da qualidade do processo. O Ciclo PDCA tem como objetivo exercer o controle dos processos, podendo ser usado de forma contínua para seu gerenciamento em uma organização, por meio do estabelecimento de uma diretriz de controle (planejamento da qualidade), do monitoramento do nível de controle a partir de padrões e da manutenção da diretriz atualizada, resguardando as necessidades do público alvo.

ARTICULANDO A PRODUÇÃO DE SAÚDE EM REDE: MAPEAMENTO DOS SERVIÇOS INTERSETORIAIS DE APOIO ASSISTENCIAL PARA O CIS/UNP

Emanuelly Souza, Haíla Morais, Gerlândio Medeiros, Jéssica Silva, Alice Nascimento, Lívia Lima

Palavras-chave: saúde, ferramenta, gestão

Este trabalho é fruto de um projeto de intervenção desenvolvido durante a disciplina Estágio Básico em Psicologia e Processos de Saúde, do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Potiguar (UnP). O projeto foi realizado no Centro Integrado de Saúde (CIS) da referida universidade, um serviço-escola que oferece assistência multidisciplinar à saúde aberta à comunidade, objetivando contribuir para a formação acadêmica de futuros profissionais de saúde, numa perspectiva de integralidade do cuidado, baseando-se nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, na tentativa de sanar uma carência observada nas instituições que formam a rede de assistência municipal, o projeto tentou a construção de uma cartilha composta por informações sobre os serviços disponíveis, organizados sob a forma de uma rede intersetorial de apoio assistencial, com vistas a facilitar e agilizar os encaminhamentos necessários aos casos atendidos pelos estagiários de Psicologia do serviço. O projeto utilizou-se do método qualitativo e da pesquisa-intervenção, fazendo uso de um questionário semiestruturado aplicado aos colaboradores do CIS, com o intento de averiguar as dificuldades vivenciadas na condução dos casos clínicos e dos encaminhamentos necessários, e os serviços importantes que deveriam constar no material a ser construído. Com base nos dados auferidos, foi produzida uma cartilha que poderá auxiliar no tratamento psicoterapêutico, nela constando informações sobre serviços na área jurídica, da assistência social, da saúde e da segurança. Espera-se, com a proposição desse trabalho, galgar maior agilidade nos encaminhamentos, redução da fila de espera por atendimento e fortalecimento da intersetorialidade na atenção à saúde.

AS CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO NO SUS*Senir Santos da Hora*

Palavras-chave: Saúde, Trabalho, Crise,

APRESENTAÇÃO: O estudo pretende analisar os impactos da crise do capital nas relações de trabalho no SUS. Nesse sentido, faz-se necessário destacar as transformações societárias contemporâneas em uma perspectiva histórica, analisando os seus fundamentos e seus impactos na vida social. Em primeiro lugar, inicio, procurando analisar o processo de crise capitalista na particularidade brasileira e as respostas engendradas pelo capital por meio da mundialização financeirização e da contrarreforma do Estado, no bojo do ideário neoliberal. Em segundo lugar, e justamente por isso, busca-se mostrar de maneira sintética os impactos da crise estrutural do capital nas relações de trabalho no SUS, elucidando a forma sangrenta de retração de direitos trabalhistas e/ou previdenciários dos servidores públicos. Ao fim, torna-se premente a abordagem dos impactos das medidas de austeridade, que visam à recuperação do equilíbrio econômico, sobre a vida da classe trabalhadora, na medida em que sugerem corte de despesas em políticas sociais, com expressivo corte no orçamento da política de saúde. Logo, podemos afirmar que estamos vivendo uma crise duradoura, sistêmica, crônica e permanente que atinge a própria estrutura de produção e reprodução do capital. As observações que se seguem têm o objetivo limitado de escrutinar alguns pontos básicos da crise estrutural do capital, sem por outro lado, deixar de situar a crise do sistema capitalista enquanto expressão de suas próprias contradições, no âmbito da dinâmica da acumulação. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica qualitativa, desenvolvida no período de doutoramento

da pesquisadora, onde são apresentadas, a partir de uma análise de produção teórica, as tendências atuais e desafios da política de saúde para os trabalhadores do SUS, seja pelas formas de enfrentamento das novas expressões da questão social, seja pelas novas configurações dos espaços sócios - ocupacionais e ainda pelas condições sociais que circunscrevem o trabalho na atual conjuntura. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: A crise é inerente ao modo de produção e não há possibilidades de existência do capitalismo sem crise, pois ela é funcional ao seu modo de produção: é por meio dela que o capitalismo se restaura e cria as condições necessárias à sua existência. Pois, a crise não é entendida como um acidente de percurso, nem algo aleatório ou independente do movimento do capital. Estamos vivendo à contradição mais radical do capital, que vem acarretando, entre tantas consequências, profundas mutações no interior do mundo do trabalho: de um lado forças produtivas sem precedentes, de outro lado uma desumanização do trabalho, marcada pelo enorme desemprego estrutural e pelo crescente contingente de trabalhadores em condições precarizadas. Pois, a crise tem efeito destrutivo, não para o capital, mas para a classe trabalhadora. Esta crise atinge hoje o seu grau mais perverso, com a negação dos direitos, cujas tendências destrutivas se estendem por toda parte, através da expropriação e violação das condições fundamentais de vida da classe trabalhadora, com o desmonte dos direitos historicamente conquistados, com a corrosão do trabalho por meio do aumento da precarização das relações e condições laborais – além da informalidade de metade da população economicamente ativa -, com a desorganização política dos sujeitos coletivos e com a criminalização dos movimentos sociais. Não obstante, essa crise, vai exigir profundas transformações macrossocietárias, com mudanças

regressivas nas relações entre Estado e sociedade civil, em um quadro de recessão, impulsionado pelo aumento do desemprego e do subemprego, da radicalização das desigualdades e da pobreza, assim, como da regressão das políticas sociais, mediante o processo de privatização, mercantilização e refilantropização. CONSIDERAÇÕES FINAIS: No Brasil, desde o ano de 1990, as crises implicaram em ausência de investimentos em políticas sociais. Nesse sentido, cabe afirmar a tese de que a redução de investimento em política social vem corroborando para a elevação da precarização do trabalho. Um dos maiores cortes, das medidas de austeridade, atingiu a política de saúde, com redução de 11,77 bilhões em seu orçamento, conforme explicita a Programação Orçamentária e Financeira para o ano de 2015, além de outras medidas que alteram os direitos dos servidores públicos e dos demais trabalhadores do Regime Geral da Previdência Social, cujas reformas para as leis trabalhistas flexibilizam cada vez mais as relações e condições laborais estabelecidas no SUS. O ajuste fiscal vai permitir que a União alcance o superávit primário de R\$ 55,3 bilhões dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social, conforme prevê a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) 2015. O que podemos constatar é que as medidas de austeridade, executadas no atual governo, seguem as diretrizes propostas pelos organismos financeiros internacionais. Estes, particularmente o Banco Mundial e o FMI têm um único interesse, que é o promover um aquecimento nas relações econômicas e financeiras internacionais, sob o discurso de equilíbrio econômico. Esse processo desencadeado propicia alterações nas relações e condições de trabalho na esfera estatal, principalmente no âmbito do SUS. Essas características do mundo do trabalho contemporâneo – polivalência, terceirização, subcontratação,

queda salarial, crescimento de contratos de trabalhos temporários, desemprego – afetam todas as profissões. Na esfera estatal, a forma de inserção dos trabalhadores, mediante a realização de concursos públicos vem sendo modificada pelo aumento das contratações temporárias e da terceirização das atividades profissionais via cooperativas, fundações, entidades filantrópicas e organizações não governamentais, que ratificam a grande tendência de precariedade das relações e condições de trabalho, e, ainda, as contradições e tensões no campo das políticas públicas, do ponto de vista de suas racionalidades.

ASSISTÊNCIA À MULHER NO SEGUIMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO EM UMA REGIÃO DE SAÚDE*Ana Cristina Bortolasse de Farias*

Palavras-chave: Teste Papanicolaou, Rede de Atenção à Saúde, Equidade de Acesso, Estratégia de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO: Nas últimas décadas, o câncer tornou-se um problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que para ano 2030, no mundo, haja 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas com a doença. Uma eficiente medida para redução da mortalidade é o rastreamento abrangente e constante que pode reduzir óbitos por câncer de colo de útero em mais de 70% em relação às populações não assistidas. A finalidade do rastreamento é detectar alterações celulares em estágios iniciais para que procedimentos de intervenção sejam oportunos, ou seja, assegurar o seguimento destas mulheres. Dados estaduais apontam que mais de 60% das mulheres com alteração celular do colo do útero em Mato Grosso do Sul não estão sendo seguidas

pela rede de atenção à saúde, fato que compromete as intervenções precoces. Diante ao exposto, este estudo objetivou analisar o fluxo assistencial estabelecido para as mulheres com resultado do exame citopatológico alterado a partir de entrevistas realizadas para profissionais da rede básica e especializada, com base no protocolo de Diretrizes e fluxos assistenciais estabelecidos pelo Ministério da Saúde. **DESENVOLVIMENTO:** Estudo transversal na microrregião de Nova Andradina tendo como cenário os municípios que a compõem: Angélica, Anaurilândia, Batayporã, Ivinhema, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul, Taquarussú e Dourados, sendo este último, sede da macrorregião de saúde e referência para a assistência de alta e média complexidade. Foram elaborados quatro diferentes formulários para entrevista, 01 para profissionais da atenção primária (33 entrevistas), 01 para coordenadores municipais de saúde da mulher (07 entrevistas), 01 para os profissionais do sistema de regulação municipal e de referência para região (08 entrevistas), e 01 para profissionais da atenção especializada (04 entrevistas). Cinquenta e dois profissionais foram entrevistados, abrangendo todos os pontos assistenciais relacionados à assistência à mulher. Os quatro instrumentos tinham dois blocos, o primeiro, comum a todos (Sexo, faixa etária, profissão, tempo de trabalho e treinamento/capacitação para atuar na área). No segundo bloco do instrumento destinado aos profissionais da atenção básica foi inquirido sobre os fluxos assistenciais (forma de registro do resultado, conduta da equipe, acompanhamento à mulher, instrumentos utilizados e barreiras enfrentadas para o seguimento nos níveis de maior complexidade). Aos coordenadores municipais da saúde da mulher foi questionado como é realizado o

monitoramento do seguimento dos exames com resultados alterados e quais estratégias para assegurar o atendimento dos casos de câncer do colo do útero. O instrumento aos serviços de regulação investigou o processamento dos encaminhamentos, sistema de recebimento e autorização dos mesmos, forma de deslocamento do paciente e o mecanismo de comunicação com a mulher. O instrumento da atenção especializada para média e alta complexidade buscou listar os procedimentos executados, formas instituídas para o monitoramento do tratamento e identificação das dificuldades do setor. As entrevistas foram realizadas entre os meses de dezembro de 2013 e março de 2014. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, CAAE: 29402114.3.0000.0021. **RESULTADO:** Todos os procedimentos especializados preconizados pelas Diretrizes Brasileiras para o seguimento do câncer do útero estão disponíveis na rede, exames de colposcopia, biopsias; exereses da zona de transformação/cirurgia de alta frequência; conização do colo uterino, radioterapia, quimioterapia e cirurgia de colo uterino. As entrevistas com atenção primária apontam falhas quanto à conformidade entre resultados de exames e intervenções. Grande parte dos exames com resultados como, “células escamosas atípicas indeterminadas provavelmente não neoplásicas” e “lesão intraepitelial de baixo grau”, 16 (48%) e 26 (78,8%) respectivamente, são encaminhados para outros níveis de atenção quando a recomendação é tratar no nível local. Por outro lado, lesões que devem ser encaminhadas, dos 33 profissionais da atenção primária entrevistados, 07 (21,21%) afirmam tratar no nível local. Não há acompanhamento efetivo no encaminhamento das mulheres com resultado de exame alterado, quando 18 (54,54%) unidades de atenção primária,

os profissionais orientam as mulheres a procurar o serviço de regulação do próprio município e em 09 (27,27%) a procurar diretamente o serviço de referência. Para os casos em que é necessário encaminhar para a sede da macrorregião, todas as unidades de saúde, 33 (100%), solicitam que a mulher procure o serviço de regulação do município de origem para agendamento. Em 27 (81,8%) das unidades de saúde não há informações de contra referência da assistência e/ou tratamento realizado nas mulheres encaminhadas aos serviços especializados. Na atenção primária, 25 (75,8%) citam dificuldades para seguimento ao tratamento das mulheres com exame alterado. Dentre eles, 14 (42,4%) apontam dificuldade para agendar exames complementares, 11 (33,3%) afirmam falta de vagas para realizar o agendamento para a primeira consulta nos outros níveis de complexidade e 09 (27,3%) dificuldades para consultas subsequentes. Dos sete coordenadores municipais da saúde da mulher 01 informou receber e registrar o resultado do exame. Em seis municípios a coordenação não registra. Referem que o monitoramento da assistência é feito pelo Sistema e Informação do Câncer (SISCAN) ou por meio de reuniões de equipe. Conforme os coordenadores do sistema de regulação dos municípios, a paciente é informada sobre a sua agenda de atendimento na atenção especializada por meio de contato telefônico em 06 (75%) municípios, que também notificam a equipe de ESF, ou seja, há duas ações para comunicar a mulher sobre seu agendamento. Dourados, município de referência para os demais, comunica o serviço de regulação do município de origem, sem contato com a paciente. Todos os municípios que encaminham se responsabilizam pelo transporte das mulheres. Dos 04 profissionais da atenção especializada, 02 afirmam que há demanda reprimida para a

assistência à mulher. Motivos relacionados à gestão e estrutura do serviço como a falta de material, equipamentos e de profissionais, além de estrutura inferior à demanda. Uma das preocupações expressas pelos entrevistados foi o atendimento da mulher com diagnóstico tardio, em estágios avançados, o que dificulta o tratamento e o prognóstico de cura. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo identificou que embora os fluxos assistenciais estejam previstos nas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, os mesmos estão sem coordenação. A falta dessa gestão é um importante componente explicativo para os resultados ruins encontrados na região e que motivaram esta pesquisa: 70% das mulheres com alterações celulares de colo de útero não são seguidas e o estado tem um dos maiores índices de mortalidade por câncer do colo do útero. Evidenciou a necessidade de aprimorar o atendimento às mulheres sob dois aspectos. Um deles trata da qualificação dos trabalhadores, onde, cada nível de atenção à saúde da mulher execute assistência que lhe é definida pelos protocolos clínicos, ampliando a capacidade resolutiva. O segundo aspecto aponta para a necessidade de melhorar os sistemas de acompanhamento entre os pontos de atenção, mantendo a mulher permanentemente no foco e a colocando nos pontos de atenção previstos para a respectiva linha do cuidado. Afinal compete ao sistema de saúde e não ao cliente a garantia do acesso à assistência. Consideramos este estudo de suma importância dado o seu relevante diagnóstico de falhas em uma política pública instituída e deve ser analisado pelos tomadores de decisão para a adoção de novas práticas visando a efetivação da rede de assistência.

ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO PELA SAÚDE SUPLEMENTAR NO MUNICÍPIO DE DOURADOS-MS

Laura Caroline Mendonça Thiry, Fabiane Melo Heinen Ganassin, Rogério Dias Renovato

Palavras-chave: Saúde Suplementar, Envelhecimento, Serviços de Saúde para Idosos, Supplemental Health, Aging, Health Services for the Aged

APRESENTAÇÃO: O rápido envelhecimento populacional no Brasil causou uma mudança na característica demográfica e epidemiológica da população, dando lugar a doenças crônicas e incapacidades funcionais, o que leva o aumento da procura de serviços de saúde. A qualidade do envelhecimento terá relação direta com os gastos em saúde, assim as políticas públicas de saúde e social deverão considerar a manutenção da capacidade funcional e a promoção a saúde. Para tanto, o Brasil possui diversas políticas públicas voltadas para o idoso. Dentre elas, a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNSPI) - Portaria nº2.528 de 19 de outubro de 2006 - que tem como principal finalidade a recuperação e a autonomia e independência do idoso, através de medidas coletivas e individuais em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, surgiu o interesse de pesquisar sobre o sistema de saúde suplementar e suas políticas de saúde para com o idoso, em conhecer melhor tal sistema voltado a pessoa idosa no âmbito de Dourados/MS, uma vez que este sistema deve estar em consonância com as políticas públicas de saúde para o idoso. Atualmente, o sistema de saúde brasileiro oferece três tipos de contratação de serviços: os públicos, que englobam o SUS; o sistema de saúde suplementar, com seus planos privados pré-pagos individuais ou coletivos e os serviços

de contratação direta pelos indivíduos. A saúde suplementar foi regulamentada no ano de 2000 com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, órgão de regulação, normatização e fiscalização das atividades que garantem a assistência à saúde privada. O envelhecimento da população está afetando a saúde suplementar de forma rápida, visto que a estrutura etária dos beneficiários está ficando cada vez mais envelhecido, em uma comparação com a população brasileira no ano de 2010, o contingente de beneficiários com 60 anos ou mais era de 11, 1%, ao passo que o da população total era de 10,8%. Segundo um estudo relacionado ao ano de 2008, observou-se o aumento da adesão de beneficiários com faixa etária a partir de 25 anos e idosos com 80 anos ou mais, as mulheres são as que mais possuem planos de saúde, a renda percapta, também é fator influenciador para adesão aos planos de saúde, em média, indivíduos com renda entre 2 a 3 salários mínimos, alegam possuir plano de saúde. Além disso, também foi estudada a escolaridade, inferindo que enquanto a maioria de idosos sem plano de saúde possui nível de instrução correspondente a no máximo o ensino fundamental, os idosos com plano de saúde apresentam ensino superior e ensino médio. Os idosos são os principais utilizadores da saúde suplementar, em relação a contratação de planos de saúde a faixa etária que mais cresce, é a de idosos. Observa-se um contínuo crescimento dessa faixa etária, em março de 2013 os idosos ocupavam 12,9 % de pessoas com 59 anos ou mais. O envelhecimento da população nem sempre esteve entre as preocupações do país, porém com o rápido aumento da população idosa, tornou-se um ponto a ser estudado, já que o Brasil atinge características demográficas de países de primeiro mundo, mesmo que seus sistemas e instituições não condigam com esse cenário. No Brasil algumas iniciativas da década de

60 tiveram impacto para a construção das políticas brasileiras para a pessoa idosa, que foi a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 1961, que promovia obras sociais e iniciativas de amparo a velhice. Atualmente dentre as leis que amparam a saúde do idoso, em âmbito nacional, estão a Política Nacional do Idoso (PNI), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), e Estatuto do Idoso em âmbito municipal da cidade de Dourados/MS, a Política Municipal da Pessoa Idosa e do Conselho Municipal da Pessoa Idosa, Lei nº2717 de 29 de novembro de 2004. Assim, com base no que foi visto, o Brasil em termos de legislação está se mobilizando para melhorar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Logo, torna-se relevante conhecer o que a saúde suplementar tem feito e está fazendo para melhorar a saúde da população mais envelhecida, de forma que o objetivo deste projeto de pesquisa é descrever as atividades de assistência à saúde do idoso oferecida pelo sistema de saúde suplementar atuante no município de Dourados/MS, no período de 2010 a 2015. Identificando as atividades de saúde disponibilizadas aos idosos e relacionar as propostas de assistência à saúde do idoso ofertadas pelo sistema de saúde suplementar com a Política Municipal da Pessoa Idosa de Dourados/MS. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Este estudo terá caráter descritivo com abordagem qualitativa. Será realizado na cidade de Dourados/MS, no âmbito comercial e administrativo das empresas operadoras de planos de saúde, a população alvo será os gestores das operadoras de assistência a saúde que serão contatados pessoalmente ou através de telefonema. A participação dará mediante a assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A coleta de dados será realizada através de entrevista semiestruturada com uso de gravador de áudio para transcrição

da fala do participante, as entrevistas darão início logo após aprovação do Comitê de Ética e serão marcadas previamente para um melhor desenvolvimento. A análise de dados será realizada através da técnica de Análise de Conteúdo. IMPACTOS: Espera-se que com este estudo seja possível conhecer as políticas de saúde voltadas para a pessoa idosa no sistema de saúde suplementar através das operadoras de plano de saúde de Dourados/MS e quais atividades de saúde são ofertadas a essa população, uma vez que as políticas públicas de saúde do idoso visam principalmente a qualidade de vida, independência e autonomia do mesmo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Esta pesquisa surgiu do interesse em conhecer as políticas públicas voltadas para o idoso na saúde suplementar e ações de saúde oferecidas a essa população, já que as políticas públicas estão em consonância com as diretrizes do SUS. Assim, espera-se que os objetivos deste projeto sejam alcançados, permitindo conhecer melhor as relações entre a saúde da pessoa idosa no sistema suplementar e as políticas de saúde voltadas aos mesmos.

ATENÇÃO AO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DE DADOS DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)

Silvia Troyahn Manica, Luciana Barcellos Teixeira, Maria de Lourdes Drachler, Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Palavras-chave: câncer do colo do útero, atenção básica em saúde, saúde das mulheres

APRESENTAÇÃO: O câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais incidente em mulheres e o sétimo na população em geral, com cerca de 530 mil novos casos e 270 mil óbitos no mundo em 2012, o equivalente

a 7,5 % das mortes por câncer no sexo feminino. No Brasil foi o terceiro tumor mais incidente em mulheres e a quarta causa de mortalidade feminina por câncer no referido ano. Visando reduzir estas altas taxas de incidência e mortalidade, o exame citopatológico do colo do útero, método de rastreamento do câncer do colo do útero, possui sensibilidade e especificidade aceitáveis, baixo custo, segurança na realização e boa aceitação pelas mulheres, o que lhe confere relevância para a saúde pública. O Ministério da Saúde preconiza a realização trienal do exame citopatológico do colo do útero, correspondendo a coberturas anuais de 33,3% da população alvo de rastreamento da doença, mulheres de 25 a 64 anos de idade. O alcance da cobertura preconizada desses exames em mulheres nesta faixa etária tem sido considerado o componente mais importante da atenção básica à saúde dessa população no que diz respeito à redução da incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. Visando melhorias nos processos de trabalho das equipes de atenção básica e ampliação do acesso e da qualidade dos serviços prestados à população feminina brasileira. Este trabalho tem como objetivo investigar a atenção ao câncer do colo do útero ofertada pelas equipes de atenção básica participantes do PMAQ. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Estudo epidemiológico, observacional, descritivo e de base nacional, que utilizou dados de entrevistas realizadas com profissionais coordenadores de 17.202 equipes de atenção básica participantes do PMAQ em 2012. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: No que diz respeito à realização do exame citopatológico do colo do útero, 97,3% das equipes de saúde de atenção básica entrevistadas informou realizá-los na unidade de saúde. Durante as visitas domiciliares 83,1% das equipes informou que seus agentes comunitários de saúde

realizavam a busca de mulheres elegíveis para realização do exame citopatológico do colo do útero. Nestas unidades de saúde 55,3% não possuíam o registro do número de mulheres com exames citopatológicos em atraso, 82,7% possuíam o registro de mulheres com exames citopatológicos alterados e 87,7% realizava o seguimento das mulheres após o tratamento realizado. A divulgação e sensibilização da importância da realização do exame citopatológico ocorreu em 92,3% das equipes de saúde. Estes resultados sugerem que a quase totalidade das equipes de saúde participantes do PMAQ informou realizar exames citopatológicos do colo do útero no serviço de saúde. De acordo com dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), em 2012 o Sistema Único de Saúde realizou mais de oito milhões de exames na população alvo do rastreamento da doença no Brasil, contudo este número de exames parece insuficiente, conforme indicado pela cobertura nacional de exames citopatológicos do colo do útero de 15,8% naquele ano. Um elemento importante para a elevação das estimativas de cobertura desses exames é o recrutamento sistemático de mulheres para a realização do exame citopatológico. Contudo, 16,9% das equipes de saúde referiu que seus agentes comunitários não costumam adotar tal prática. Além disso, mais da metade das equipes de saúde informou não controlar a periodicidade com que o exame citopatológico é realizado, isto é, nestas equipes se desconhece o número de mulheres em atraso que algum dia compareceu ao serviço de saúde para realizar este exame e, até mesmo, o número de mulheres que nunca realizou o exame citopatológico. Este cenário é típico de um programa de rastreamento oportunístico, dado que o programa organizado de rastreamento do câncer do colo do útero ainda não foi implementado no Brasil. De

maneira geral o rastreamento oportunístico ocorre quando a pessoa procura o serviço de saúde e o profissional aproveita o momento para rastrear alguma doença ou fator de risco. Por esse motivo, não considera o recrutamento e o controle sistemático da população alvo do rastreamento da doença. Embora essa forma de proceder seja a predominante na maioria dos serviços de saúde no mundo é menos efetiva no impacto sobre a morbimortalidade atribuída à condição rastreada, o que provavelmente justifica as altas taxas de incidência e mortalidade do câncer do colo do útero em países em desenvolvimento como o Brasil. O número de equipes que possuíam o registro de mulheres com exames citopatológicos alterados e que realizava o seguimento das mulheres após o tratamento realizado, apesar de satisfatório, também pode ser aperfeiçoado, dado que este acompanhamento é considerado indispensável, pois essas mulheres se tratadas de maneira adequada, não apresentarão evolução para lesão invasiva, o que contribuirá para a diminuição da incidência e mortalidade do câncer do colo do útero no Brasil. Ademais, mesmo que 92,3% das equipes de saúde tenham informado realizar atividades de divulgação e sensibilização da importância da realização do exame citopatológico do colo do útero, este percentual também deve ser ampliado. Esta divulgação e sensibilização para a comunidade sobre a importância deste exame possuem extrema relevância para redução da morbimortalidade por câncer do colo do útero no Brasil. Sobretudo porque esta doença possui cerca de 100% de chances de cura, podendo ser tratada em nível ambulatorial em cerca de 80% dos casos quando diagnosticada e tratada precocemente, o que representa, portanto, grande melhoria na sobrevivência e qualidade de vida das mulheres. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A realização do

exame citopatológico e demais ações do rastreio sob responsabilidade das equipes de atenção básica participantes do PMAQ devem ser problematizadas, sobretudo, porque estas equipes têm divulgado e realizado o exame, no entanto, não possui registros das mulheres que o realizam e tampouco sobre o intervalo em que estes exames têm sido realizados. Esta falta de controle das ações que compõem a atenção ao câncer do colo do útero tende a gerar um contingente de mulheres super-rastreadas e outras em atraso na realização do exame citopatológico. Além disso, identificou-se que as equipes de atenção básica participantes do PMAQ necessitam qualificar o registro de mulheres com exames citopatológicos do colo do útero alterados, pois este registro é essencial para assegurar a realização dos procedimentos diagnósticos e encaminhamento para tratamento dos casos confirmados de câncer. Entende-se que a melhoria dos indicadores da atenção ao câncer do colo do útero investigados neste estudo deve ser foco do Sistema Único de Saúde para garantir a atenção integral à saúde das mulheres em todo o país.

ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE FORTALEZA É COORDENADORA DO CUIDADO E CENTRO DE ATENÇÃO DAS REDES PRIORITÁRIAS DEFINIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE?

Érica Larissa Fontenele do Vale, Luana Pereira do Nascimento Lima, Kellinson Campos Catunda, Milena Bezerra Oliveira, Andressa Pontes Araújo, Francisca Aparecida Pinheiro Cavalcante, Lucia Conde de Oliveira

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

O Sistema Único de Saúde vem sendo organizado numa rede regionalizada

para prestar atendimento integral a sua população. Nesse sentido, vem se estruturando a atenção primária em saúde numa tentativa de reorientação do modelo de atenção à saúde. Para avançar nesse processo o Ministério da Saúde resolveu instituir as Redes de Atenção à Saúde (RAS), reforçando o papel da atenção primária como coordenadora e ordenadora do cuidado em saúde, ao mesmo tempo em que definiu cinco redes prioritárias para serem estruturadas. Desta maneira, segundo Santos e Andrade (2013) para superar tais fragilidades do sistema de saúde, as redes de atenção são pensadas como um novo modelo de gestão e de organização alternativo ao estabelecido até então, caracterizado através da burocracia, da verticalização, da hierarquização e da setorização. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza contratou a assessoria de Eugênio Vilaça Mendes para orientar o processo de implantação das redes de atenção no município. Analisar a atuação da Atenção Primária em Saúde (APS) de Fortaleza como coordenadora do cuidado e como centro de atenção das redes prioritárias definidas pelo Ministério da Saúde. Desta forma, tem-se como objetivos específicos: caracterizar o funcionamento da APS de Fortaleza; identificar os avanços e visualizar os desafios postos para a efetivação da integralidade no sistema único. Esta pesquisa é de natureza qualitativa. Para elaboração, deste estudo, foi necessário um aprofundamento do referencial teórico com pesquisa bibliográfica, além de um levantamento documental. Desse modo, dentre os documentos que definimos como referenciais para análise da configuração atual das RAS e dos serviços e ações ofertados na APS, estão: a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988; Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990 e lei 8.142/1990; decreto nº 7.580/2011; portaria nº 1.459/2011; portaria nº

4.279/2010; Política Nacional de Atenção Básica/2012; e referenciais legais e estudos teóricos sobre o tema. Ademais, fez-se necessário o trabalho de campo e as observações sistemáticas, como técnicas de pesquisa, no intuito de perceber como as diretrizes e regulamentações propostas pelo Ministério da Saúde estão sendo colocadas em prática. Para isso, selecionamos dentre as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), a Dr. Jurandir Picanço, na qual desenvolvemos a pesquisa durante o período de junho, julho e agosto de 2015. Utilizamos como critério, para seleção da unidade, a classificação das regionais, indicando quais as UAPS laboratórios para implementação das redes no município. A pesquisa seguiu as normas éticas previstas na Resolução 466/2012, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE. A Unidade de Atenção Primária em Saúde, selecionada para o estudo, fica localizada na secretaria Regional V em Fortaleza. Foi fundada em 1982. Atende uma população de 17.500 pessoas. Nela estão quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e cada equipe atende, em média, 4.200 pessoas. As equipes são compostas por 21 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cinco médicos (dois servidores, um médico contratado pelo Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB), e dois médicos contratados pelo programa Mais Médicos), três dentistas, cinco auxiliares de enfermagem, três agentes de saúde bucal. Considerando os dados acima, percebe-se a flexibilização do trabalho, caracterizando o processo de precarização das relações trabalhistas que compromete a qualidade dos serviços pela insegurança dos trabalhadores e a descontinuidade do trabalho que dificulta a formação de vínculos com os usuários. Acerca da área de abrangência, a unidade tem a quantidade ideal de quatro equipes de ESF, que se responsabilizam por atender 22 micro áreas,

das 25 que compõem a região adscrita. Há, portanto, três áreas que estão descobertas, das quais os usuários devem buscar informações diretamente na Unidade de Saúde. No que se refere ao espaço físico, é importante ressaltar a UAPS dispõe de uma boa infraestrutura, foi sendo modificado ao longo dos anos e passou por uma reforma no ano de 2013, melhorando as instalações e as condições de atendimento. Apesar da recente reforma e da boa estrutura atual da unidade de saúde, ainda há problemas com equipamentos, principalmente, os odontológicos. A partir das observações foi possível perceber as fragilidades na organização e gestão dos serviços na UAPS e, principalmente, em estabelecer diálogos com os demais serviços de saúde, resultando nos pontos desarticulados das RAS e nas respostas insuficientes as necessidades da população. Nesse contexto, ficou evidente a dificuldade em realizar encaminhamentos referenciados, pela limitação de oferta dos serviços especializados de média e alta complexidade, e de medicamentos e insumos básicos. Cinquenta por cento da carga horária de trabalho das equipes de saúde da família concentra-se no atendimento da demanda espontânea, fragilizando a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde. Quanto ao fluxo de usuários na unidade de saúde, conforme observações realizadas, é maior no turno da manhã. O início da tarde apresenta pouca movimentação, considerando que nesse horário os atendimentos realizados são apenas os que possuem horário marcado e o atendimento à demanda espontânea inicia-se apenas às 16 horas. Durante todo o dia, há grande rotatividade de usuários no Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), onde é realizado o agendamento de consultas e exames, além de esclarecimento de dúvidas. Em outra situação pudemos observar que há aparente despreparo no atendimento ao usuário, ao demonstrar

atitudes aparentemente apáticas diante das demandas dos usuários. Os registros dos diários de campo obtidos durante as observações sistemáticas permitiram obter as informações que foram sistematizadas. A UAPS na qual está sendo realizada a pesquisa não consegue oferecer assistência à saúde de forma a suprir as necessidades da população, considerando que não oferece sequer todos os serviços que estão programados para serem realizados, seja por falta de insumos, de material ou de capacitação profissional no que diz respeito a um tratamento mais humanizado ao usuário. Entretanto, os indícios apresentados são resultados da parte inicial da pesquisa que serão aprofundados, portanto, na medida em que a pesquisa de campo prosseguir teremos novos elementos que favorecerão maior propriedade para conclusões mais elaboradas. Embora, já se constitui como instrumento de profunda importância para compreender as complexidades, limitações, dificuldades e desafios impostos à garantia de uma atenção à saúde baseada na integralidade, na longitudinalidade e na capilaridade.

ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PMAQ-AB – UM TRABALHO DE EQUIPE

Ana Carolina Oliveira Peres, Maria Eduarda Pereira Caminha, Rafael Sebold, Ana Izabel Jatobá de Souza, Ana Lúcia Schaeffer Ferreira de Mello

Palavras-chave: Avaliação em saúde, Atenção Primária à Saúde, Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde, Melhoria de Qualidade

Apresentação: Diante do desafio de planejar a gestão municipal de saúde, o governo

normatiza os compromissos entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno de prioridades que são relevantes para saúde pública brasileira. A partir de tal normatização surge o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), considerado uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para qualificar a Atenção Básica (AB) por meio de incentivos financeiros às equipes de saúde mediante pactuação de metas de qualidade. O principal objetivo do PMAQ é induzir e ampliar o acesso de forma a contribuir para melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais, além de instituir a cultura da avaliação e do monitoramento em saúde. Um dos mecanismos que viabiliza esta pactuação é o Plano de Saúde, que apresenta uma análise detalhada dos indicadores de saúde do município. O PMAQ iniciou em Florianópolis - SC no ano de 2012 e o Programa se mostrou potente estratégia de formação e fortalecimento do trabalho em equipe do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) realizado em parceria entre Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a Universidade Federal de Santa Catarina. Para propor ações de acordo com os indicadores que precisavam de melhorias, as equipes realizavam uma autoavaliação que as permitia elaborar uma matriz de intervenção e assim, definir os papéis de cada membro no desenvolvimento das ações para cada meta pactuada. Dessa forma, profissionais e residentes participaram de todas as etapas do PMAQ: avaliação interna da equipe, planejamento coletivo das ações e realização das ações. O presente estudo teve como objetivo analisar as ações que foram adotadas pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF), com o apoio da REMULTISF para alcançar as metas pactuadas no

Pacto Municipal de Saúde e na melhoria dos padrões avaliados insatisfatoriamente na AMAQ, após a implementação do PMAQ-AB em 2012, em um Centro de Saúde no município de Florianópolis. Desenvolvimento do Trabalho: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva e analítica, com referencial teórico metodológico no Estudo de Caso. Utilizou-se dados secundários e análise de documentos disponibilizados pelo município, tais como as atas de reuniões de equipes e de planejamento geral da Unidade Básica de Saúde (UBS), os relatórios de produção do Sistema de Informação Municipal (INFOSaúde), as planilhas de planejamento da AMAQ e a matriz de intervenção do PMAQ proposta para a UBS eleita para o caso. A análise incluiu duas dimensões: as estratégias adotadas pelas equipes da UBS, e a participação dos residentes nas ações desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Odontologia e Enfermagem para os indicadores selecionados. Resultados: O Pacto Municipal de Saúde é o instrumento de planejamento da SMS no qual consta estratégias, diretrizes, objetivos e indicadores para o desenvolvimento da saúde no município. A partir de indicadores de pactos anteriores, um plano de monitoramento para as mudanças foi elaborado, agregando diretrizes provenientes de oficinas municipais e dimensões de acesso, baseadas em revisões de literatura. A escolha dos indicadores ficou limitada àqueles que podiam ser monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por este ser o único instrumento disponível para alimentação e acompanhamento das EqSF de maneira individualizada. Dentre os 47 indicadores selecionados do Pacto Municipal, a UBS do estudo avaliou insatisfatoriamente e priorizou 7 padrões que interferem diretamente nos indicadores relacionados à saúde bucal, saúde da mulher e saúde

da criança, propondo para eles ações de intervenção. A partir da priorização, as EqSF adotaram estratégias em busca da melhoria do acesso pela população aos serviços e também para alcançar as metas pactuadas. Foram adotadas 5 (cinco) estratégias: 1 – Reestruturação do Grupo de Gestantes; 2 – Reorganização das atividades do Programa Saúde na Escola; 3 – Ampliação do acesso para prevenção do câncer de colo de útero; 4 – Promoção do aleitamento materno exclusivo; 5 – Ampliação do acesso à 1^a consulta odontológica programática; Em todas as estratégias adotadas, as residentes de odontologia e enfermagem atuaram de maneira ativa desde o planejamento até a realização das ações. O quadro abaixo sintetiza as estratégias planejadas e as ações geradas. **ESTRATÉGIA-AÇÃO GERADA:** Reestruturação do Grupo de Gestantes Realização do Grupo de Gestantes no território Integração profissional-residentes-usuários no ambiente de trabalho (CS); Promoção da autoavaliação e monitoramento das ações da equipe; Reorganização das atividades do Programa Saúde na Escola (PSE) Integração intersetorial; Criação e Realização do Grupo de Escuta para o PSE; Ampliação do acesso para prevenção do câncer de colo de útero Manutenção da oferta do nº de consultas de enfermagem para realização do preventivo; Promoção do aleitamento materno exclusivo Fortalecimento do trabalho multiprofissional na realização do Grupo de Bebês Ampliação do acesso à 1^a consulta odontológica programática Avaliação clínica em saúde bucal no território; Aumento da oferta de vagas para 1^o consulta odontológica programática; Aumento das ações coletivas de escovação bucal supervisionada; Porém, a realização dessas ações foram expressivas e efetivas apenas para os atores envolvidos ativamente nesse processo: Funcionários da UBS, residentes e comunidade. Para a gestão, as equipes não conseguiram atingir as metas pactuadas para os indicadores,

pois a produtividade numérica do residente não é computada para os profissionais das equipes as quais os residentes estão inseridos, apesar da pró-atividade, da atuação de forma crítico-reflexiva, pautado no trabalho em equipe e na construção coletiva junto da coordenação, funcionários e junto aos usuários da UBS, sendo capaz de contribuir na dinâmica do território, promovendo saúde e prevenindo agravos. Considerações Finais: Com a realização desse estudo, foi possível identificar a partir das ações, as fortalezas e fragilidades presentes nas relações de trabalho e como estas se modificam em prol de metas, de melhorias de acesso aos usuários, e no desenvolvimento do trabalho em equipe. O maior desafio encontrado foi conferir maior visibilidade ao trabalho realizado pelo residente, uma vez que, quando este assume a liderança e execução da ação, sua produção não pode ainda ser contabilizada para a EqSF, impossibilitando o registro pelo PMAQ. A participação dos residentes no processo de implantação do PMAQ, oportunizou à REMULTISF, o aprendizado para a gestão articulando conhecimento e prática multiprofissional na atenção básica.

AUDITORIA NOS SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE FISIOTERAPIA DO SUS: PROPOSTA DE PROTOCOLO

Fabiane Costa Santos, Ítalo Ricardo Santos Aleluia, Hugo Moura Santos, Jailson Souza Santos Júnior, Juliana Correia Bahia, Marcus Vinicius Mendes Santana, Rafael Rego Souza, Suzane Paixão da Silva

Palavras-chave: auditoria, Fisioterapia, serviços

APRESENTAÇÃO: A auditoria de serviços de saúde tem como objetivo verificar a eficiência, eficácia e efetividade da atenção prestada ao usuário e no Sistema Único de

Saúde(SUS)éumaatividademultiprofissional que demanda a participação de diferentes categorias profissionais (BRASIL, 2004). Nos SUS, o aumento na produção ambulatorial de Fisioterapia, nos custos com atendimentos e no quantitativo de serviços próprios e terceirizados são fatos que desafiam o controle da qualidade na atenção prestada e exigem do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) ferramentas e estratégias capazes de monitorar o processo de auditoria nesses serviços (ALELUIA, 2012; SANTOS et al., 2011). Evidências apontam a ausência dos profissionais de Fisioterapia na auditoria do SUS como importantes desafios na especificidade e validade das auditorias em serviços fisioterapêuticos (SANTOS et al, 2010; ALELUIA e SANTOS, 2013). Atualmente as ferramentas existentes para auditoria de serviços de Fisioterapia mostram-se de baixa aplicabilidade e reprodutibilidade, com importantes fragilidades de escores e pontuações que permitem emissões de julgamento mais consistentes e estimativas de implantação (MASCARENHAS, 2010a 2010b). Esse estudo teve como objetivo propor um protocolo de auditoria para os serviços ambulatoriais de Fisioterapia do SUS. MÉTODO: Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem descritiva realizado em duas etapas. A primeira correspondeu a uma extensa revisão de literatura através de artigos científicos, documentos institucionais do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), com vistas à identificação de dimensões e critérios que pudessem compor o protocolo. A revisão bibliográfica considerou documentos publicados entre 200 a 2014 e foi realizada nas bases de dados Lilacs, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde e portal Latin Science, para os artigos. Para os documentos normativos consultaram-se as publicações disponíveis nos sites do MS e COFFITO. Foram incluídos

artigos e documentos que tratassem da avaliação normativa de serviços de saúde, relativas às questões de legalidade, estrutura física, recursos humanos, organização e funcionamento e gestão de resultados. Nesta etapa, encontrou-se 150 artigos, 17 documentos técnicos do MS e 11 documentos do COFFITO. Ao final, foram utilizados 69 documentos pertinentes na construção do protocolo, cujas informações foram sistematizadas em uma planilha qualitativa para organização das informações. Os critérios foram organizados em blocos e construiu-se um escore simples para cada um. A segunda etapa correspondeu à submissão da proposta preliminar do protocolo a um processo de validação com 16 auditores de Saúde Pública, lotados em diferentes estados do Brasil. O objetivo da validação foi obter o melhor grau de consenso possível dos participantes, com relação aos blocos e seus respectivos critérios que emergiram da revisão de literatura. Nesta etapa, utilizou-se o Método Delphi (HARTZ e VIERA-DA-SILVA, 2005), em rodada eletrônica única, de forma individual e anônima, obedecendo à seguinte sequência: (1) elaboração de convite para os auditores e envio por email; (2) construção de um formulário eletrônico contendo os blocos e critérios propostos, utilizando a ferramenta Google Drive; (3) encaminhamento do formulário eletrônico via email, para os participantes; e (4) análise e tratamento dos resultados. Para cada critério os participantes deveriam exprimir seu grau de concordância através de uma escala numérica que variava de zero (discordo totalmente) a dez (concordo totalmente). Ao final de cada bloco, existiram campos para o registro de sugestões. Os resultados da validação foram analisados considerando a média aritmética e o desvio padrão (DP) das pontuações atribuídas pelos participantes para cada critério. Sendo assim, adotou-se como

padrão para permanência do critério uma média > 7 e DP < 3. Considerou-se também as sugestões qualitativas. Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) de Salvador-Ba e aprovada sob parecer nº 024939/2015. Todos os participantes assinaram o TCLE. RESULTADOS: A proposta final do protocolo consistiu na verificação inicial das características do serviço que permitam compreender suas especificidades administrativas e, portanto, possibilitar a comparabilidade com a situação de outros serviços de fisioterapia da rede SUS e a reauditoria para reavaliação do impacto que as modificações e recomendações pós-auditoria tiveram sobre o serviço. O protocolo final obteve como resultado os seguintes blocos de verificação: (1) adequação normativa, relacionados aos aspectos legais e burocráticos de rotina dos serviços de Fisioterapia essenciais para o funcionamento; (2) estrutura física, que inclui aspectos de acessibilidade arquitetônica, segurança e conforto do ambiente; (3) recursos materiais, que inclui os equipamentos mínimos para funcionamento, armazenamento, manutenção, cadastramento e atualização; (4) recursos humanos, que dispõe sobre o cadastramento e atualização dos profissionais no CNES; obediência à jornada de trabalho estabelecida em lei, registros obrigatórios, dentre outros; (5) organização e funcionamento, relativos à organização do processo de trabalho; e (6) gestão de resultados, correspondente às estratégias baseadas em resultados para melhoria e aperfeiçoamento de suas falhas, visando aumentar a qualidade e a satisfação dos usuários. A averiguação da conformidade dos blocos supracitados deverá ser o produto do julgamento em relação ao cumprimento de cada critério organizado nos blocos, a partir da correspondência

entre as informações produzidas em roteiros de observação in loco e levantamento documental (produto desta pesquisa), para atribuição da pontuação final do critério. Na distribuição da pontuação dos critérios propõe-se um escore simples com pesos diferenciados para itens considerados indispensáveis e de maior relevância para o serviço. Assim, o objetivo é que o auditor, de posse das informações coletadas na observação e análise documental possa julgar se o serviço cumpre ou não o critério estabelecido ou se sua característica administrativa se aplica ao que está sendo averiguado. Em situações nas quais, administrativamente, o serviço não se enquadre no critério proposto, o auditor terá a opção de atribuir o “não se aplica”, cujo escore global final deverá ser redistribuído em virtude desta situação. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Essa pesquisa teve como objetivo propor um protocolo de auditoria para os serviços ambulatoriais de fisioterapia do SUS próprios, contratados e/ou conveniados. As informações produzidas na revisão de literatura permitiram a construção de um instrumento que abrangesse o máximo de quesitos relevantes nos serviços de fisioterapia, a fim de proporcionar uma visão ampla sobre os aspectos da estrutura, processo e resultados. Em virtude do crescimento significativo dos custos com atendimento, da produção ambulatorial, e do quantitativo de convênios e contratos com serviços privados de Fisioterapia, espera-se que a proposta deste instrumento possa viabilizar uma melhor sistematização, oferecendo praticidade nas auditorias nos serviços de Fisioterapia do SUS, já que a falta/escassez de profissionais fisioterapeutas nas equipes auditoras de saúde pública põe em déficit a visão específica dos fatos encontrados nas auditorias fisioterapêuticas. Ademais, espera-se que essa ferramenta possa servir de instrumento para realização de pesquisas

avaliativas que permitam estimar o grau de implantação das conformidades nos serviços, permitindo comparabilidade entre distintos tipos de prestadores (públicos, privados e filantrópicos). A proposta deste protocolo não reduz a importância da construção de novos instrumentos nem a relevância da participação do fisioterapeuta nas equipes de auditoria do SUS. Novos estudos que possam contribuir com informações para a gestão dos serviços públicos de Fisioterapia são cruciais, principalmente no que diz respeito aos aspectos relativos à auditoria destes serviços.

AUDITORIA OPERACIONAL NA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE: 10 PASSOS IMPORTANTE PARA AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE E DO DESEMPENHO

Manases José Bernardo de Lima, Breno Cesar Spindola

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Auditoria em Saúde, Gestão por Resultados

Apresentação do e o objetivo do trabalho: O objetivo do sistema de controle é verificar seus registros e procedimentos, de maneira sistematizada, permanente e periódica, funcionando de maneira harmônica. O que implica na existência de procedimentos e instrumentos adequados. O sistema de auditoria reforça a figura dos quatro “es” da auditoria de gestão, detalhadas na obra de Rocha e Quintiere (2008), quais sejam a Economia, a Eficiência, a Eficácia e a Efetividade (GLOCK, 2008). De acordo com Catelli (2009), a missão do controle é viabilizar a aplicação dos conceitos de gestão econômica dentro da empresa otimizando seus resultados, deixando de ser um controle puramente a posteriori, para destacar-se também como controle prévio e concomitante das ações governamentais

(SANTANA, 2010). De acordo com a Lei Complementar nº 141/2012, a avaliação de gestão em saúde passa pelo controle periódico do cumprimento dos objetivos da gestão, de suas atribuições e da melhoria dos indicadores de saúde (BRASIL, 2012). Todavia, apesar da diretrizes estabelecidas, não se identifica instrumentos e procedimentos sistematizados para avaliar a qualidade da gestão em saúde na esfera municipal. A auditoria é uma atividade de gestão obrigatória no processo de condução e desenvolvimento do sistema de saúde. Desta forma, é fundamental a construção de proposta de processos e procedimentos de auditoria em saúde que possibilitem uma avaliação de conformidade e desempenho de uma gestão de saúde na esfera municipal. Os Princípios e Exigências Constitucionais são definidos no Capítulo VII que trata da administração pública, estabelecendo princípios basilares: LEGALIDADE, IMPESSOALIDADE, MORALIDADE, PUBLICIDADE.... e a “EFICIÊNCIA”. Esta última trazida pela Emenda Constitucional 19, a qual traz consigo outros princípios como: Economicidade, Eficácia e Efetividade. Este trabalho objetivou propor um Programa de Auditoria para avaliação da conformidade e do desempenho da gestão em saúde na esfera municipal. Desenvolvimento do trabalho: descrição da experiência ou método do estudo: estudo inovador e original, de paradigma teórico-metodológico positivista, do tipo avaliativo, método indutivo; e fenomenológico e fenomenográfico, não experimental e exploratório, combinação de abordagem, levantamento survey, propósito de nível exploratório, analítico e interpretativo-explicativo, e análise documental, utilizando triangulação de método. (SANTOS, 2009; MINAYO, 2010; BABBIE, 1999). Como proposta de método na análise e na construção de uma proposta de Programa de Auditoria Operacional, o desenho do

estudo foi constituído de duas grandes dimensões investigativas: 1^a Dimensão: Conformidade da Gestão – Apresenta Padrões de Conformidade da Gestão que aponta para sua estrutura organizacional e para o cumprimento de seus compromissos normativos e institucionais. Apontam para as competências e o Modelo de Gestão vivenciado em cada lugar. Esta dimensão possui elementos da organização e do desenvolvimento da gestão do SUS que precisam ser cumpridos, controlados e analisados pelos órgãos de controle interno e externo, bem como pelo controle social. Passa pelas questões legais, administrativas e pela ideologia política prática, que podem ser visualizadas no Painel de Compromissos e na Organização Jurídica e administrativa (normativa, Legal), bem como no cumprimento da legalidade Conformidade Contábil e fiscal da gestão municipal. Esta dimensão contribuiu mais efetivamente na elaboração de elementos para compor a Proposta de Programa de Auditoria Operacional da Gestão Municipal de Saúde, relacionados aos princípios da ECONOMICIDADE (Insumos / Investimento) / EFICIÊNCIA (processos). O produto final desta dimensão foi a construção de um Painel de Compromissos, identificando os principais compromissos e exigências normativas para a conformidade da gestão em saúde, seus instrumentos de gestão comuns no SUS e aqueles específico da gestão local. 2^a Dimensão: Desempenho da Gestão – Apresenta aspectos relacionados às prioridades em saúde no contexto locorregional e nacional, bem como aponta para os resultados alcançados pelas ações e serviços de saúde e seu impacto na qualidade de vida da população. No caso do produto da saúde, por tratar-se de um conceito muito complexo, não pode ser medido apenas como números absolutos e sempre requer a comparação com outras realidades. Logo, torna-se fundamental

a construção, qualificação e eleição de Indicadores de Saúde que apontem para o grau de desempenho da gestão em saúde. Esses indicadores podem ser de processos, de resultados. Para este trabalho, como proposta metodológica, a partir do levantamento dos compromissos normativos e políticos da gestão municipal, construiu-se um quadro de ações, identificadas em cada compromisso, bem como, um Painel de Indicadores, os quais passaram por processo de qualificação. Esta dimensão contribuiu mais efetivamente na elaboração de elementos para compor a Proposta de Programa de Auditoria Operacional da Gestão Municipal de Saúde relacionados à EFICÁCIA (produtos) da gestão municipal e sua EFETIVIDADE (impacto) de suas ações e serviços de saúde. Resultados e/ou impactos: os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa. A partir da análise dos normativos legais da gestão em saúde, considerando as evidências científicas dos problemas, das ações e das políticas de saúde, bem como o marco teórico escolhido, foram identificadas diversas questões importantes da gestão de qualidade e por resultado no campo da saúde pública. Destacam-se as dez temáticas consideradas no trabalho como as mais importantes no processo de Auditoria Operacional para avaliação da gestão em saúde na esfera municipal, com foco em sua conformidade e em seu desempenho. Essas temáticas aglutinam aspectos fundamentais da organização da gestão em saúde, de seu modelo assistencial, e ainda, elementos ligados às prioridades em saúde coletiva no território local, regional e no país. São eles: Aspectos ligados, sobretudo, à Conformidade da Gestão: 1 – Organização e conformidade da Gestão do Sistema de Saúde na esfera municipal; 2 – Modelo de Gestão Instituído; 3 – Desenho da Rede de Ações e Serviços de Saúde e sua conformidade; 4 – Planejamento,

Monitoramento e Avaliação das ações e serviços de saúde; 5 – Custo dos Serviços de Saúde (despesas dos serviços, Economia da Saúde); 6 – Análise de Relatórios do SIOPS; 7 – Gestão de Trabalho e de Educação na Saúde; 8 – Participação e Controle Social; 9 – Acesso à Informação; e 10 – Auditoria em Saúde. Considerações finais: A auditoria se traduz em uma ferramenta importante para a mensuração da qualidade e dos custos das ações e serviços de saúde, por isso precisa ser institucionalizado no espaço da gestão em saúde como uma estratégia de avaliação sistemática e formal, sendo realizada por pessoas não envolvidas diretamente em sua execução, buscando fiscalizar, controlar, avaliar, regular e otimizar a utilização dos recursos, físicos e humanos, a fim de determinar se a atividade está de acordo com os objetivos, e ainda, contribuindo para a tomada de decisão. A Triangulação de Método ampliou a capacidade investigativa; revelou peculiaridades por região e esfera de gestão; apontou semelhanças e diferenças melhor discutidas no trabalho; aprofundou os termos/concepções identificados; e fez emergir divergências e conflitos. Percebeu-se a necessidade de sistematização de um novo processo investigativo do problema sob a ótica dos trabalhadores e usuários da saúde.

AUDITORIA OPERACIONAL NA GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE: 10 PASSOS IMPORTANTES PARA AVALIAÇÃO DA CONFORMIDADE E DO DESEMPENHO

Manases José Bernardo de Lima, Breno Cesar Spindola

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Auditoria Operacional, Gestão por Resultados

APRESENTAÇÃO: O funcionamento do controle implica na existência de procedimentos e instrumentos

adequados para verificação dos registros e procedimentos, de maneira sistematizada, permanente e periódica, funcionando de maneira harmônica. O sistema de auditoria reforça a figura dos quatro “es” da auditoria de gestão, detalhadas na obra de Rocha e Quintiere (2008), quais sejam a Economia, a Eficiência, a Eficácia e a Efetividade (GLOCK, 2008). De acordo com Catelli (2009), a missão do controle é viabilizar a aplicação dos conceitos de gestão econômica dentro da empresa otimizando seus resultados, deixando de ser um controle puramente a posteriori, para se destacar também como controle prévio e concomitante das ações governamentais (SANTANA, 2010). De acordo com a Lei Complementar 141/2012 a avaliação de gestão em saúde passa pelo controle periódico do cumprimento dos objetivos da gestão, de suas atribuições e da melhoria dos indicadores de saúde (BRASIL, 2012). Todavia, apesar da diretrizes estabelecidas, não se identifica instrumentos e procedimentos sistematizados para avaliar a qualidade da gestão em saúde na esfera municipal. A auditoria é uma atividade de gestão obrigatório no processo de condução e desenvolvimento do sistema de saúde. Desta forma, o objetivo aqui é a construção de proposta de processos e procedimentos de auditoria em saúde que possibilitem uma avaliação de conformidade e desempenho de uma gestão de saúde na esfera municipal. Os Princípios e Exigências Constitucionais são definidos no Capítulo VII que trata da administração pública, estabelecendo princípios basilares: LEGALIDADE, IMPESSOALIDADE, MORALIDADE, PUBLICIDADE....e a “EFICIÊNCIA”. Esta última trazida pela Emenda Constitucional 19, a qual traz consigo outros princípios como: Economicidade, Eficácia e Efetividade. Desenvolvimento do trabalho: descrição da experiência ou método do estudo: estudo inovador e original, de paradigma teórico-metodológico positivista, do tipo avaliativo, método indutivo; e fenomenológico e

fenomenográfico, não experimental e exploratório, combinação de abordagem, levantamento survey, propósito de nível exploratório, analítico e interpretativo-explicativo, e análise documental, utilizando triangulação de método. (SANTOS, 2009; MINAYO, 2010; BABBIE, 1999). Como proposta de método na análise e na construção de uma proposta de Programa de Auditoria Operacional, o desenho do estudo foi constituído de duas grandes dimensões investigativas: 1^a Dimensão: Conformidade da Gestão – Apresenta Padrões de Conformidade da Gestão que aponta para sua estrutura organizacional e para o cumprimento de seus compromissos normativos e institucionais. Apontam para as competências e o Modelo de Gestão vivenciado em cada lugar. Esta dimensão possui elementos da organização e do desenvolvimento da gestão do SUS que precisam ser cumpridos, controlados e analisados pelos órgão de controle interno e externo, bem como pelo controle social. Passa pelas questões legais, administrativas e pela ideologia política prática, que podem ser visualizados no Painel de Compromissos e na Organização Jurídica e administrativa (normativa, Legal), bem como no cumprimento da legalidade Conformidade Contábil e fiscal da gestão municipal. Esta dimensão contribuiu mais efetivamente na elaboração de elementos para compor a Proposta de Programa de Auditoria Operacional da Gestão Municipal de Saúde relacionados aos princípios da ECONOMICIDADE (Insumos / Investimento) / EFICIÊNCIA (processos). O produto final desta dimensão foi a construção de um Painel de Compromissos, identificando os principais compromissos e exigências normativas para a conformidade da gestão em saúde, seus instrumentos de gestão comuns no SUS e aqueles específicos da gestão local. 2^a Dimensão: Desempenho da Gestão – Apresenta aspectos relacionados às prioridades em saúde no contexto

locorregional e nacional, bem como aponta para os resultados alcançados pelas ações e serviços de saúde e seu impacto na qualidade de vida da população. No caso do produto da saúde, por se tratar de um conceito muito complexo, não pode ser medidos apenas como números absolutos e sempre requer a comparação com outras realidades. Logo, torna-se fundamental a construção, qualificação e eleição de Indicadores de Saúde que apontem para o grau de desempenho da gestão em saúde. Esses indicadores podem ser de processos, de resultados. Para este trabalho, como proposta metodológica, a partir do levantamento dos compromissos normativos e políticos da gestão municipal, construiu-se um quadro de ações, identificadas em cada compromisso, bem como, um Painel de Indicadores, os quais passaram por processo de qualificação. Esta dimensão contribuiu mais efetivamente na elaboração de elementos para compor a Proposta de Programa de Auditoria Operacional da Gestão Municipal de Saúde relacionados à EFICÁCIA (produtos) da gestão municipal e sua EFETIVIDADE (impacto) de suas ações e serviços de saúde. Resultados e/ou impactos: os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa -A partir da análise dos normativos legais da gestão em saúde, considerando as evidências científicas dos problemas, das ações e das políticas de saúde, bem como o marco teórico escolhido, foram identificadas diversas questões importantes da gestão de qualidade e por resultado no campo da saúde pública. Destacam-se as dez temáticas consideradas no trabalho como as mais importantes no processo de Auditoria Operacional para avaliação da gestão em saúde na esfera municipal, com foco em sua conformidade e em seu desempenho. Essas temáticas aglutinam aspectos fundamentais da organização da gestão em saúde, de seu modelo assistencial, e ainda, elementos ligados às prioridades em saúde coletiva no

território local, regional e no país. São eles: Aspectos ligados sobretudo à Conformidade da Gestão: 1 – Organização e conformidade da Gestão do Sistema de Saúde na esfera municipal; 2 – Modelo de Gestão Instituído; 3 – Desenho da Rede de Ações e Serviços de Saúde e sua conformidade; 4 – Planejamento, Monitoramento e Avaliação das ações e serviços de saúde; 5 – Custo dos Serviços de Saúde (despesas dos serviços, Economia da Saúde); 6 – Análise de Relatórios do SIOPS; 7 – Gestão de Trabalho e de Educação na Saúde; 8 – Participação e Controle Social; 9 – Acesso à Informação; e 10 – Auditoria em Saúde. Considerações finais -A auditoria se traduz em uma ferramenta importante para a mensuração da qualidade e dos custos das ações e serviços de saúde, por isso precisa ser institucionalizado no espaço da gestão em saúde como uma estratégia de avaliação sistemática e formal, sendo realizada por pessoas não envolvidas diretamente em sua execução, buscando fiscalizar, controlar, avaliar, regular e otimizar a utilização dos recursos, físicos e humanos, a fim de determinar se a atividade está de acordo com os objetivos, e ainda, contribuindo para à tomada de decisão. A Triangulação de Método ampliou a capacidade investigativa; revelou peculiaridades por região e esfera de gestão; apontou semelhanças e diferenças melhor discutidas no trabalho; aprofundou os termos/concepções identificados; e fez emergir divergências e conflitos. Percebeu-se a necessidade de sistematização de um novo processo investigativo do problema sob a ótica dos trabalhadores e usuários da saúde.

AVALIAÇÃO DAS REDES E CUIDADOS INTEGRADOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Ana Laura Brandão, Paulo Eduardo Xavier de Mendonça, Eduardo Fernandes Felix de Lima

APRESENTAÇÃO: As redes de cuidado integrado são uma questão central para a efetividade de um Sistema de Saúde. Apesar do consenso do importante papel das redes, suas definições, formas de organização e operacionalização não são consensuais. Tais redes estão fundamentalmente centradas nos usuários e são desenvolvidas para aumentar, através da redução da fragmentação, a integração dos cuidados e melhorar os resultados clínicos, a satisfação, eficácia e eficiência do cuidado além de reduzir custos. O impacto da integração nos resultados em saúde e no bem-estar tem sido difícil de ser aferido e avaliado. Por esta razão, autores apontam para o importante papel do monitoramento e avaliação da integração da atenção à saúde. Para o funcionamento e organização das redes de cuidados, são importantes os conceitos de integração, coordenação e continuidade do cuidado. A coordenação do cuidado entre níveis assistenciais se dá através da articulação entre os serviços e ações de saúde. Segue desde a APS aos prestadores de maior densidade tecnológica. A continuidade dos cuidados deve ser entendida como o resultado da coordenação, do ponto de vista do paciente. É definida como o grau de coerência da experiência recebida no atendimento pelo paciente ao longo do tempo. Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivos compreender como os estudos, tanto nacionais como internacionais, avaliam as redes de cuidados integrados de atenção à saúde e identificar o papel da Atenção Primária à Saúde nas redes. **DESENVOLVIMENTO** Partiu-se das seguintes perguntas norteadoras: Como se caracterizam os estudos voltados para avaliação das redes e cuidados integrados de atenção à saúde? Qual é o papel da APS? A busca literária foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) onde foram consultadas as bases de dados

Medline, Pubmed, Lilacs, PAHO e IBICS. A expressão de busca foi: “Delivery of Health Care Integrated” OR “Delivery of Health Care” OR “Comprehensive health care” OR “Network health”) AND (evaluation OR assessment). A busca foi realizada de agosto a novembro de 2013. Na busca, surgiram 2548 artigos. Com a aplicação do filtro de idiomas (inglês, português e espanhol), 2255 artigos foram selecionados para análise de título. Destes, 299 foram selecionados para leitura dos resumos. Após novo filtro, resultado da leitura dos resumos, restaram 75 artigos para leitura integral. Três artigos eram repetidos e 24 foram considerados que não se aplicavam aos critérios estabelecidos. Desta forma, obteve-se um total de 48 artigos. **RESULTADOS** A produção sobre o tema se ampliou ao decorrer das décadas com maior ênfase a partir dos anos 2000. Em relação aos tipos de estudo, os que apresentaram maior número foram os estudos de caso com 52,1 %, seguidos dos de revisão de literatura (45,8%) cujo foco era basicamente a definição conceitual de rede de cuidado, integração e coordenação do cuidado. A maior parte dos artigos (41,7 %) apresenta um modelo próprio de avaliação. Em segundo lugar são os artigos que avaliam a rede de cuidados integrados através dos conceitos da qualidade (16,7%). Depois são os que não mencionaram nenhum método ou instrumento específico (14,6%). Na sequência temos os que utilizaram os atributos da APS para avaliar a rede em 12,5% dos estudos. E por fim os artigos que utilizaram o Balanced Score Card como metodologia de avaliação das redes (10,4%). Quase metade dos artigos não mencionou o papel da APS (47,9%). Os artigos que apenas incluíram a APS no modelo de avaliação forma 27,1%, representada através de alguns indicadores. Na sequência temos os artigos que além de incluir a APS a colocaram como fundamental no processo

de integração das redes de cuidados (25,0%). O conceito de desempenho das redes de cuidados integrados é centrado em três objetivos: melhorar a saúde, melhorar a capacidade de resposta às expectativas da população e garantir a equidade. A medição do desempenho se relaciona ao alcance de metas com os recursos disponíveis. No caso dos artigos que apresentaram modelo próprio de avaliação, eram estudos de caso (52,1%), o que contribuiu para muitos desses estudos descreverem modelos lógicos próprios. Em geral os modelos baseavam-se em matrizes analíticas compostas por dimensões amplas relacionadas ao sistema de saúde. Essas dimensões, por sua vez, são representadas por indicadores que consideram a experiência do paciente, a eficácia do cuidado, a segurança dos pacientes, etc. Os artigos que empregaram na avaliação a perspectiva da Qualidade se basearam em indicadores para avaliar a qualidade do processo de atenção para assim avaliar o sistema como um todo. Um terceiro artigo baseou-se em documento da OMS de 2000, responsável por introduzir um marco conceitual para avaliar desempenho do sistema de saúde, composto por dimensões como: cobertura das ações em saúde, utilização da atenção e acesso aos serviços. Os artigos que não apresentaram método de avaliação se deve ao fato de que na busca bibliográfica, muitos artigos eram do tipo de revisão (45,8%). Logo, sua maioria, não apontou uma metodologia específica ou mesmo algum instrumento de avaliação. Balanced Score Card tem sido utilizado no monitoramento e avaliação dos cuidados em saúde, tanto em nível distrital como em nível nacional. A OMS aprovou a abordagem do BSC na avaliação em saúde para o fortalecimento dos sistemas de saúde. Sucessos na sua utilização foram relatados nos sistemas de saúde da Holanda, Itália, Canadá, Afeganistão, China e Zâmbia. Dentro dos estudos que incluíram a APS

na avaliação, alguns a pontuaram como fundamental para integração do sistema. Tal conclusão foi obtida segundo dois diferentes aspectos. O primeiro deles foi a importância da continuidade do cuidado na integração e a longitudinalidade. Outro aspecto destacado é a importância da gestão da informação e da comunicação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** A falta de especificidade e clareza na definição de cuidados integrados prejudica a compreensão sistemática, sua aplicação e gerenciamento. A atenção integrada está associada a resultados positivos na melhora do desempenho do sistema. No entanto, as evidências acumuladas sobre a eficácia são derivadas de estudos de diferentes modelos e componentes, o que traz menos certezas com relação a cada estratégia e seus resultados. As avaliações são desenvolvidas de forma pulverizada, isto é, estratégias e métodos distintos empregados na avaliação da atenção integrada. Dos métodos descritos, ressaltou-se o uso da avaliação da qualidade, que é considerado um conceito multifacetado, assumindo assim vários significados, que podem variar de acordo com os atores. A APS vem exercendo importante papel na organização das ações e serviços dos sistemas de saúde desde meados do século XX. Porém, na revisão realizada a APS foi incluída na concepção de avaliação de redes em menos da metade dos estudos. Um grande desafio é enfrentar a fragmentação, ordenando os sistemas de saúde com base na APS, constituindo sistemas universais de saúde que garantam a atenção integral. Neste sentido, o presente estudo conclui que é importante reforçar o papel dos serviços de APS como a porta de entrada do sistema com ação resolutiva, assim como aclarar o papel das equipes da APS na condução, coordenação do processo do cuidado, integração com os outros níveis assistenciais e a regulação dos fluxos de atendimento.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE ADOECIMENTO ENTRE PROFISSIONAIS DA CONSTRUÇÃO CIVIL NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ/SC

Naraiane Fermino, Priscila Locatelli, Katrini dos Santos Conteratto, Calandra Zotti, Clodoaldo Antônio de Sá, Rosana Amora Ascari, Tania Maria Ascari

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Risco Ocupacional, Enfermagem, Gestão

INTRODUÇÃO: Nas últimas décadas as transformações ocorridas em todo o mundo tiveram intensa repercussão na saúde dos indivíduos e coletividade dos trabalhadores. A inclusão crescente de novas tecnologias, aliadas a um novo conjunto de inovações organizacionais modificou fortemente a estrutura produtiva dos países em desenvolvimento, resultando em mudanças profundas na organização, nas condições e nas relações de trabalho. O fortalecimento laboral reflete na atual fase do sistema capitalista, implicando em um grande consumo das energias físicas e psíquicas dos trabalhadores. A insegurança gerada pelo medo do desemprego submete os indivíduos a contratos de trabalho precários, baixos salários e a ambientes insalubres e de alto risco, comprometendo a saúde e a vida do trabalhador. Nessa perspectiva, destaca-se a indústria da construção civil, que é considerada um setor de amplo avanço para a atual economia brasileira. Porém, este setor expõe graves problemas que necessitam com extrema urgência serem resolvidos, como exemplos: as não conformidades com as leis vigentes, frequente informalidade da mão de obra, baixa escolaridade dos trabalhadores, problemas de produção e qualidade, entre outros². O objetivo deste estudo foi avaliar os riscos de adoecimento presentes nas atividades laborais dos trabalhadores da Construção

Civil no município de Chapecó/SC, Brasil e identificar o perfil destes trabalhadores. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa transversal de abordagem quantitativa, tendo como cenário uma empresa do ramo da construção civil, localizada no município de Chapecó-SC, Brasil. Participaram 73 indivíduos atuantes nos seis canteiros de obras da referida empresa no período de novembro e dezembro de 2013. O instrumento utilizado para a pesquisa foi o Inventário sobre o Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA), que tem por finalidade investigar o trabalho e os riscos de adoecimento por ele provocado em termos de representação do contexto de trabalho, exigências (físicas, cognitivas e afetivas), vivências e danos³. É apresentada a partir da descrição do contexto de trabalho avaliada pela Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT); descrição das exigências avaliada pela Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT); descrição do sentido do trabalho, avaliada pela Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST) e descrição de efeitos do trabalho para a saúde avaliados pela Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT). A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina sob nº 433.212/2013. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Ao analisar as características dos trabalhadores da construção civil, houve predomínio do sexo masculino (92%), entre 18 a 28 anos (29%), casado (49%), com ensino fundamental incompleto (29%), atuando entre 6 a 10 anos na construção civil (24%) e trabalhando na atual instituição de 6 a 11 meses (39%), no período diurno, com carga diária de 9 horas, totalizando 44 horas semanais. A EACT é composta por: organização do trabalho, condições de trabalho e relações sócio profissionais. O primeiro fator foi avaliado

com média 3,68, na avaliação moderada, considerada crítica representando situação-limite, potencializando o custo negativo e o sofrimento no trabalho. O segundo fator, Relações Sócio profissionais, obteve média 1,88 sendo avaliada como positiva satisfatória. O último fator desta escala são as Condições de Trabalho, avaliada como positiva, satisfatória. A ECHT é composta por: custo físico, cognitivo e afetivo. O primeiro fator obteve resultado negativo, tendo como consequência o risco de adoecimento, requerendo providências imediatas nas causas. O fator Custo Cognitivo, teve avaliação moderada, crítico. O terceiro fator, custo afetivo, foi avaliado positivamente, satisfatório. A EIPST é composta por: realização profissional e liberdade de expressão, esgotamento profissional e falta de reconhecimento. A partir dos resultados o fator Realização Profissional, foi avaliado com média 4,65, sendo avaliado positivamente, satisfatória. O segundo fator, Liberdade de Expressão, obteve resultado 4,17, situando o mesmo na avaliação positiva, satisfatória. O terceiro fator, Esgotamento Profissional, resultou média 2,02, situando o mesmo na avaliação negativa, porém satisfatória. O quarto fator, Falta de Reconhecimento, atingiu média 1,21, sendo avaliado negativamente, porém satisfatório. A EADRT é composta pelos fatores: danos físicos, danos psicológicos e danos sociais. Em ambos os fatores, foram obtidos resultados positivos suportáveis, ou seja, esta avaliação significa resultados positivos e que devem ser mantidos. **CONCLUSÃO:** Apesar de ser um instrumento longo, o ITRA, proporciona a identificação dos riscos de adoecimento em vários contextos do ambiente laboral e como a enfermagem pode atuar sobre esses riscos, além disso, sua aplicação gera uma reflexão nos trabalhadores sobre o processo de trabalho e as relações com sua saúde. A partir disso, espera-se que este

estudo possa refletir no olhar de todos os profissionais da saúde, principalmente, dos enfermeiros que têm um papel fundamental na promoção e prevenção à saúde desses trabalhadores, tanto no âmbito assistencial e administrativo quanto no da educação, integração e principalmente no âmbito da pesquisa que no decorrer do estudo percebeu-se fragilidades em relação à indústria da construção civil, que possui um vasto campo para estudo e pesquisa.

AVANÇOS NA GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB): UM PANORAMA REFLEXIVO SOBRE A SUA IMPLEMENTAÇÃO EM 2014

Diana Carolina Ruiz Mendoza, Mónica Sacramento Souza, Níliá Prado, Maria Guadalupe Medina, Rosana Aquino

Palavras-chave: Atenção básica, Política Nacional de atenção básica, implementação, participação social, financiamento

Apresentação A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é considerada prioritária para a consolidação do Sistema Único de Saúde, ao considerar a Atenção Básica, o contato preferencial com os usuários e o “centro de comunicação” com toda a rede de atenção à saúde. Portanto, os avanços ou retrocessos na sua implementação são muito relevantes. O ano de 2014, foi marcado por eventos que influenciaram direta ou indiretamente a PNAB, a despeito da instabilidade econômica no cenário nacional, aumento da inflação, discussões em torno do caso de corrupção na Petrobrás e a discussão acerca dos investimentos financeiros para realização da Copa do Mundo, além disso, foram realizadas as eleições presidenciais, e diversas mudanças na gestão administrativa do Departamento de Atenção Básica (DAB) no nível central. Tendo em vista que no ano 2012 a PNAB foi reformulada, é de interesse

analisar os avanços e desafios no processo de implementação das diretrizes renovadas. A nova Política Nacional de Atenção Básica permanece articulando a Atenção Básica (AB) com importantes iniciativas do SUS, programas e estratégias transversais que visam à expansão e melhoria da qualidade das ações e serviços, com vistas ao fortalecimento da AB no Brasil, e incorpora outros programas como o PMAQ, PROVAB, Mais Médicos, dentre outros, que buscam consolidar a PNAB no país. O presente estudo de revisão documental pretendeu resgatar, de forma breve, as iniciativas referentes à implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio de fatos relacionados ao processo de implementação das propostas supracitadas, especialmente no ano de 2014, como parte do processo de acompanhamento da política de APS. Referente ao ano de 2014, neste estudo buscou-se localizar os fatos sistematizando-os em categorias pré-definidas, a saber: fatos e eventos relevantes para a implantação da política, participação social e resultados alcançados pelas estratégias e/ou iniciativas que compõem a PNAB. Portanto, este estudo analítico é relevante por propor o monitoramento anual dos avanços e desafios colocados no cenário da saúde para a consolidação da PNAB, permitindo uma reflexão crítica acerca do processo de implementação de estratégias governamentais e dos interesses e posicionamentos concretos dos atores sociais. Método: Trata-se de uma revisão e análise de documentos e sites oficiais, como publicações e portarias do Ministério da Saúde (MS), bem como revisão da literatura científica sobre a temática no Brasil, referente ao cenário nacional na saúde, participação social na Atenção Básica, implementação de iniciativas que constituem o arcabouço da PNAB atual, atores envolvidos na implementação da políticas/programas, fatos decisões e ações relevantes para

a política e resultados alcançados. Foi realizado levantamento de documentos e publicações em bases de dados científicas (Scielo, Periódicos Capes, Science direct) e sites específicos (ABRASCO, CEBES, Rede Unida, CONASS, CONASEMS), relatórios, artigos científicos e outros documentos que poderiam conter informações sobre a implementação da PNAB no ano 2014. Para a análise dos dados, utilizou-se uma matriz de sistematização desenhada com o auxílio do software Excel[®]. Resultados No ano 2014 ocorreram debates relacionados à abertura do SUS ao capital estrangeiro e sobre a PEC nº 358 do orçamento impositivo, a ampliação de vagas para cursos de medicina e residências médicas como parte da proposta do programa Mais médicos, o lançamento do terceiro edital do PROVAB com a inclusão dos profissionais da odontologia e enfermeiros. Houve ampliação na cobertura e a na articulação intersetorial do Programa Saúde na Escola, foi implantado o programa peso saudável e publicado o caderno de atenção básica nº 39 contemplando a discussão sobre o NASF, foi redefinida a Política Nacional de Promoção da saúde, e foi permitida a incorporação das vagas do PROVAB no Programa Mais Médicos para assim assegurar a permanência do profissional na atenção básica nos municípios por um período mais prolongado. Também ocorreram importantes fatos relacionados ao Programa Mais Médicos, como a renovação do termo de cooperação técnica MS – OPAS/OMS para continuidade do intercâmbio Brasil-Cuba e publicação de portarias referentes a qualificação das ações no programa. No mesmo ano, a lógica do financiamento da AB foi direcionada para a ampliação da Estratégia Saúde da Família, implementação de Academias da Saúde, Consultórios na Rua, Requalifica SUS, PMAQ, Programa Mais Médicos e Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB. O tema

participação social também foi amplamente debatido. Em maio, foi instituída a Política Nacional de Participação Social (PNPS) e o Sistema Nacional de Participação Social (SNPS), com o objetivo de fortalecer e articular os mecanismos e as instâncias democráticas de diálogo e a atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil. Uma carta aberta em defesa da PNPS, detalhando críticas de diversos setores conservadores do país à recém-lançada Política e as articulações advindas para barrar o Decreto 8.243 que a instituiu, foi assinada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) quem destacou o seu posicionamento contrário aos conservadores. Os avanços na PNAB em 2014 tem sido objeto de estudo de vários autores. Um estudo evidenciou que as equipes de saúde da Família atuam cada vez mais como porta de entrada preferencial, atendendo a demandas diversas e exercendo a função de filtro para a atenção especializada. Contudo, persistem importantes barreiras organizacionais para acesso, os fluxos estão pouco ordenados, a integração da APS à rede ainda é incipiente e/ou inexistente a coordenação entre APS e a atenção especializada. Em outro estudo, os autores descreveram as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas realizadas pelas equipes de saúde da família com base em dados do PMAQ, indicando incipiência da realização das ações analisadas, especialmente aquelas dirigidas para idosos e para a detecção de problemas entre escolares, além de pouca comprovação das ações realizadas, traduzindo a baixa institucionalização dessas ações no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Estas publicações reiteraram alguns dados levantados na sistematização dos diversos documentos. Considerações finais A análise de artigos científicos e documentos técnicos permitiu problematizar algumas questões relevantes acerca dos desafios

da PNAB. Os desafios se expressam na falta de entendimento, conhecimento e regulamentação formal nos sistemas locais; necessidade de capacitações voltadas para equipes de saúde, gestores e conselheiros; desarticulação entre as legislações e o modelo de atenção e gestão adotado pelo município; limites do caráter deliberativo e autonomia dos sistemas locais na condução de diretrizes especificadas nas políticas nacionais, entre outros. As análises também possibilitaram inferir uma premissa à integralidade das ações e serviços no SUS e na APS, como as fragilidades na integração de rede de atenção à saúde em relação ao ordenamento e definição do fluxo, em especial na contrarreferência, fato que pode comprometer a integralidade e o papel da Atenção Básica de coordenar o cuidado e ordenar as redes. Foi possível identificar também alguns antagonismos que incidem, diretamente, no controle social na Atenção Básica implicando recuos, que podem ser observados no contexto de privatização da atenção básica em alguns estados e incipiente implementação dos Conselhos Locais de Saúde.

CARACTERÍSTICAS DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS EM REDES CENTRADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Italo Ricardo Santos Aleluia, Maria Guadalupe Medina, Thiago Santos de Souza, Erika Rodrigues de Almeida, Mariana Nossa Aragão, Rosana Aquino, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Luara Cambuí

Palavras-chave: Atenção Primária, Redes, Modelo de Atenção, Condições Crônicas

APRESENTAÇÃO: A atenção às condições crônicas exige melhorias na prestação do cuidado relativas ao acesso, à qualidade e à continuidade da atenção, mediante a

integração de serviços entre os diferentes níveis do sistema de saúde e ao interior de um mesmo nível (ALMEIDA et al., 2012). No âmbito da APS, o cuidado às condições crônicas deve ser orientado por práticas que visem integrar os níveis assistenciais e facilitar o ordenamento de fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações, através da conformação de redes de atenção que tenham como finalidade garantir a integralidade do cuidado; a integração entre trabalhadores e serviços; a racionalização e otimização do processo de trabalho e a continuidade da atenção (PIRES et al., 2010; SISSON et al., 2011). De um lado, autores ressaltam a falta de integração dos cuidados como um entrave crítico e que contribui para erros de diagnóstico e de tratamento, utilização equivocada de recursos e aumento dos custos para o sistema de saúde (PUIG et al., 2009). Do outro, atestam que a fragmentação do cuidado reduz a eficiência da atenção, contribuindo para a instalação de longas filas de espera, duplicações de provas diagnósticas e hospitalizações desnecessárias (ALMEIDA et al., 2012; LORENZO e NAVARRETE, 2007). As reformas organizacionais dos sistemas de saúde têm atribuído diferentes conformações de modelos que visam orientar os meios, as práticas e processos de trabalho, seja nas relações entre profissionais, entres estes e os serviços e/ou população usuária, entretanto, há que se destacar a escassez de estudos que sistematizem essas proposições e que identifiquem suas potencialidades, modos de operacionalização, metodologias avaliativas e graus de sucesso e insucesso. Esse estudo teve como objetivo sistematizar o conhecimento produzido na literatura nacional e internacional sobre características da atenção às condições crônicas, em redes centradas na atenção primária à saúde. MÉTODO: Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura nacional e

internacional. Compuseram essa revisão documentos como artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado, publicados entre 2000 e 2012 e indexados nas bases de dados científicas Pubmed, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Na elaboração das sintaxes de busca priorizaram-se aquelas que garantissem a sensibilidade (inclusão do maior número possível dos documentos relacionados ao objetivo do estudo) e especificidade (exclusão dos documentos não relacionados ao objetivo do estudo). Utilizou-se combinações e operações booleanas, a partir de descritores previamente definidos e categorizados nas bases de dados Pubmed (MeSH Terms) e nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), além dos unitermos presentes nas publicações identificados nas leituras exploratórias sobre a temática, ambos nas línguas inglesa e portuguesa. Para seleção e busca dos estudos na língua inglesa utilizou-se os MeSH Terms Primary Health Care, Chronic disease, Cardiovascular diseases, Hypertension, Diabetes Mellitus, Pulmonary Disease, Chronic Obstructive, Asthma, Neoplasms. Já para as buscas em língua portuguesa adotou-se unitermos como Atenção, Doenças Crônicas, Doença Crônica, Condições Crônicas, Doenças cardiovasculares, Hipertensão arterial, Diabetes, Câncer, Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Inicialmente foram reunidos 1.990 documentos, distribuídos em 875 (43,9%) artigos na base Pubmed, 650 (34,2%) artigos na base Scielo e 465 (23,4%) dissertações e/ou teses na base BVS. A seguir, procedeu-se à exclusão dos documentos em três etapas. Na primeira foram suprimidas as duplicidades de cada base com a exclusão de 453 artigos e 154 dissertações e/ou teses. Na segunda etapa restaram 1383 textos e foi realizada a leitura dos títulos e resumos, com a exclusão de 746 artigos e 239 dissertações e/ou teses. Nesta etapa aplicaram-se os seguintes

critérios de exclusão: (1) não tratar de condições crônicas da espécie humana; (2) não abordar as doenças ou condições crônicas definidas como condições traçadoras para esse estudo; (3) tratar de doenças ou condições agudas; (4) não tratar de propostas/características de gestão de serviços em redes centradas na Atenção Primária à Saúde (APS); e (5) textos não redigidos nas línguas portuguesas e inglesas. Na terceira etapa leu-se 398 textos restantes e foram excluídos 116 artigos e 46 dissertações/teses, restando, ao final desta revisão, um total de 236 documentos para serem utilizados no preenchimento da matriz de sistematização dos resultados. Considerou-se características ou elementos sobre modelos de cuidados, seja quanto ao conteúdo das práticas, seja quanto às relações profissional-usuário, profissional-profissional e profissional-comunidade. A análise dos textos foi feita de forma duplo-cega por dois revisores, através de uma matriz de sistematização dos resultados. RESULTADOS: Considerando as características da atenção às condições crônicas em redes centradas na APS, os documentos revisados indicaram que a relação entre os profissionais deve ser orientada por uma atuação multidisciplinar e multiprofissional. Além disso, são necessárias melhorias nos mecanismos de integração e comunicação entre profissionais da APS e profissionais da atenção especializada, assim como entre os profissionais e gerentes de unidades básicas de saúde. Alguns estudos chamaram a atenção para a necessidade da integração de práticas convencionais com práticas complementares e inovadoras nos sistemas de saúde. Os autores evidenciaram que a relação profissional-usuário deve ser pautada em práticas educativas, que orientem os sujeitos portadores de condições crônicas e seus familiares para o autocuidado. Foi mencionada, também, a

importância de estratégias comunicacionais para o aconselhamento que considerem o contexto de vida e saúde dos sujeitos, incluindo-os nas decisões e no planejamento sobre o processo assistencial. Uma gama de produções destacou a relevância do papel dos familiares no monitoramento e adesão ao tratamento, além da necessidade de práticas de acolhimento, vínculo e responsabilização, integrando profissionais, usuários e familiares. No que tange à relação profissional-comunidade, foi possível identificar que essa díade deve ser pautada em práticas educativas que promovam o empoderamento dos sujeitos para o autocuidado. Quanto ao modelo de prestação dos cuidados, os estudos recomendaram a priorização de práticas de aconselhamento preventivo e de promoção da saúde, em que os usuários e a comunidade tivessem seus aspectos sociais, culturais, étnicos, dentre outros, levados em consideração pelas equipes, de modo a valorizar e fortalecer as potencialidades comunitárias, sobretudo, estabelecendo parcerias com lideranças e organizações locais. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Esse estudo delineou as características da atenção às condições crônicas em redes centradas na atenção primária. As principais proposições apontaram a integração das práticas e do processo de trabalho de forma multiprofissional e interdisciplinar. O âmbito das relações entre profissionais e usuários remonta para práticas voltadas ao empoderamento e integração de usuários e familiares com vistas à maior participação destes, no processo decisório relativo ao plano de cuidados, que devem estar centrados, sobretudo, em práticas educativas e de promoção da saúde, mediante parcerias comunitárias. Assim como as características de gestão de serviços, o espectro da atenção às condições crônicas em rede apresentou diversas proposições e recomendações, com importantes limitações relativas a critérios e

indicadores de avaliação do conteúdo das práticas. Houve ainda um importante déficit de estudos que apresentassem métodos de avaliação e/ou descrevessem experiências concretas sobre as proposições. Nesse sentido, recomenda-se estudos de avaliação de efetividade das diferentes recomendações, que fomentem inferências capazes de sustentar sua implantação, avaliação e monitoramento, no âmbito das políticas e programas voltados à prestação do cuidado em redes centradas na APS.

CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO DE SERVIÇOS EM REDES CENTRADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA CONDIÇÕES CRÔNICAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Italo Ricardo Santos Aleluia, Maria Guadalupe Medina, Ana Luíza Queiroz Vilasbôas, Thiago Santos de Souza, Erika Rodrigues de Almeida, Luara Cambuí, Rosana Aquino, Mariana Nossa Aragão

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Redes, Gestão de Serviços, Condições Crônicas

APRESENTAÇÃO: As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um importante problema de saúde pública, por denotarem alta carga de morbimortalidade (SCHMIDT et al., 2011). Sua expressiva prevalência tem aumentado em velocidade significativa com efeitos importantes sobre a qualidade de vida da população e sobre os sistemas de saúde (MENDES, 2011; GIOVANELA, 2011; HOFMARCHER et al., 2007). Diante deste cenário, as reformas organizacionais dos sistemas de saúde têm apontado a necessidade da constituição de redes centradas na atenção primária como eixo estruturante para garantia da integralidade do cuidado, da integração entre trabalhadores e serviços, da continuidade do cuidado, da

racionalização de custos e da otimização do processo de trabalho (MENDES, 2011; GIOVANELA, 2011; HOFMARCHER et al., 2007). Como constituinte das redes de atenção à saúde, a gestão/gerência é elemento fundamental na organização dos recursos humanos e materiais disponíveis e na condução das estratégias de oferta e organização das práticas nos serviços e entre os serviços, seja de forma horizontal ou vertical (TANAKA, 2010; ALMEIDA et al., 2010; LIN, 2007). Na literatura, diferentes proposições relativas à gestão de serviços de saúde em redes centradas na APS para DCNT estão em evidência. Entretanto, há importantes controvérsias, ambiguidades, além de diferenças importantes relativas à abrangência temporal e espacial das experiências, sua efetividade, metodologias avaliativas e níveis de evidência. O objetivo deste trabalho é apresentar o conhecimento produzido na literatura nacional e internacional sobre características da gestão de serviços de saúde às condições crônicas, em redes centradas na atenção primária à saúde. MÉTODO: Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura nacional e internacional sobre as características da gestão de serviços em redes centradas na APS. Compuseram essa revisão documentos como artigos, dissertações de mestrado e teses de doutorado, publicados entre 2000 e 2012 e indexados nas bases de dados científicas Pubmed, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Na elaboração das sintaxes de busca priorizaram-se aquelas que garantissem a sensibilidade (inclusão do maior número possível dos documentos relacionados ao objetivo do estudo) e especificidade (exclusão dos documentos não relacionados ao objetivo do estudo). Utilizou-se combinações e operações booleanas, a partir de descritores previamente definidos e categorizados nas bases de dados Pubmed (MeSH Terms) e nos Descritores em Ciências da Saúde

(DECS), além dos unitermos presentes nas publicações identificados nas leituras exploratórias sobre a temática, ambos nas línguas inglesa e portuguesa. Para seleção e busca dos estudos na língua inglesa utilizou-se os MeSH Terms Health Services Administration, Primary Health Care, Chronic disease, Cardiovascular diseases, Hypertension, Diabetes Mellitus, Pulmonary Disease, Chronic Obstructive, Asthma, Neoplasms. Já para as buscas em língua portuguesa adotou-se unitermos como Gestão, Doenças Crônicas, Doença Crônica, Condições Crônicas, Doenças cardiovasculares, Hipertensão arterial, Diabetes, Câncer, Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Inicialmente foram reunidos 1.990 documentos, distribuídos em 875 (43,9%) artigos na base Pubmed, 650 (34,2%) artigos na base Scielo e 465 (23,4%) dissertações e/ou teses na base BVS. A seguir, procedeu-se à exclusão dos documentos em três etapas. Na primeira foram suprimidas as duplicidades de cada base com a exclusão de 453 artigos e 154 dissertações e/ou teses. Na segunda etapa restaram 1383 textos e foi realizada a leitura dos títulos e resumos, com a exclusão de 746 artigos e 239 dissertações e/ou teses. Nesta etapa aplicaram-se os seguintes critérios de exclusão: (1) não tratar de condições crônicas da espécie humana; (2) não abordar as doenças ou condições crônicas definidas como condições traçadoras para esse estudo; (3) tratar de doenças ou condições agudas; (4) não tratar de propostas/características de gestão de serviços em redes centradas na Atenção Primária à Saúde (APS); e (5) textos não redigidos nas línguas portuguesas e inglesas. A terceira etapa de exclusão correspondeu à leitura completa dos 398 textos restantes onde foram excluídos 116 artigos e 46 dissertações/teses, restando, portanto, ao final desta revisão, um total de 236 documentos para serem utilizados no

preenchimento da matriz de sistematização dos resultados. Para esse estudo considerou-se características da gestão de serviços de saúde tudo que envolvesse proposições, características ou elementos relacionados à gestão, organização e financiamento de serviços de saúde em redes de atenção à condições crônicas centradas na APS. A análise dos textos foi feita de forma duplo-cega por dois revisores, através de uma matriz com categorias de análise emergentes, a partir da revisão, a saber: (1) organização das práticas assistenciais entre os serviços; (2) gestão do trabalho; (3) participação social; (4) planejamento e avaliação; (5) e financiamento. RESULTADOS: As principais características da gestão de serviços em redes centradas na APS para atenção às condições crônicas indicaram que as práticas profissionais devem estruturar-se sob a forma de padronização de condutas, utilização de protocolos e de sistemas informatizados. A importância dos sistemas de referência e contrarreferência com fluxos bem estabelecidos, implantação de linhas de cuidado, acesso regulado à rede, criação de parcerias com organizações e instituições da sociedade civil, além da integração de práticas de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, também foram apontados. Outras questões apontadas na literatura abarcaram a gestão do trabalho, na perspectiva da educação permanente, do treinamento profissional e da avaliação e monitoramento de desempenho dos profissionais para aumentar a competência técnica das equipes e melhorar a qualidade da atenção. Além disso, autores ressaltaram a gestão participativa para viabilizar a participação dos profissionais, usuários e comunidade como atores sociais importantes no planejamento e na tomada de decisão, na atenção ao portador de doença crônica, no âmbito da APS. Por fim, destacou-se o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações de

forma regular e institucionalizada, sob a ótica do usuário, a fim de identificar fragilidades, estabelecer metas e elencar prioridades de saúde. Não foram encontradas proposições sobre financiamento nos textos analisados. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A sistematização proposta nesse estudo apontou uma variedade de ideias, proposições e recomendações interessantes, mas, sobretudo, ambiciosas. Os estudos analisados não apresentaram critérios e indicadores para avaliação das proposições nem mecanismos para operacionalizá-las. Apesar da identificação desse conjunto de elementos sobre as características da gestão, não foram observadas, na maioria dos estudos, metodologias ou, mesmo, experiências concretas que sustentassem as proposições ilustradas. Além do mais, identificou-se uma expressiva escassez de estudos avaliativos que apontassem a efetividade e a viabilidade das diferentes proposições, bem como mecanismos e modalidades de financiamento, além de proposições relativas à seleção, contratação e qualificação de recursos humanos. Dessa forma, os achados não são conclusivos para que se possam emitir generalizações sobre as características relativas à gestão de serviços de saúde e à atenção às doenças crônicas. Contudo, uma gama de elementos foi identificada e sistematizada, os quais podem ser considerados importantes para o processo de tomada de decisão em políticas ou programas que visam operacionalizar a produção do cuidado em redes integradas e centradas na APS.

CONEXÕES COM A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA REDE INTERESTADUAL DE SAÚDE PERNAMBUCO-BAHIA - REDE PEBA: TRILHAS E TRILHOS DE UMA PESQUISA COMPARTILHADA

Raquel Miguel Rodrigues, Emmanuela Mendes Amorim, Clara Oliveira Esteves,

Márcio Costa de Souza, Nathália Rosa, Nancy Oliveira Brandt, Bárbara Eleonora Bezerra Cabral, Mário Sérgio Oliveira Machado

Palavras-chave: Regulação em Saúde, Redes de Atenção à Saúde

APRESENTAÇÃO: Este resumo trata sobre a conexão do grupo de pesquisadores com a Rede Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco. Esta é a primeira Região Interestadual de Saúde do país, que envolve a macrorregião norte da Bahia, com sede em Juazeiro e a macrorregião sudoeste de Pernambuco, sede em Petrolina (rede PEBA), compreendendo, na sua conformação inicial, 55 municípios. Este estudo situa-se no âmbito da pesquisa nacional: “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no SUS: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”. Este resumo tem, portanto, o objetivo de discutir os caminhos trilhados pela pesquisa para a entrada no campo da Rede Interestadual - PEBA a fim de apresentar uma reflexão sobre as apostas da pesquisa. DESENVOLVIMENTO: Nesta pesquisa, partimos do olhar cartográfico para rastrear os movimentos realizados no cotidiano das pessoas envolvidas na produção do cuidado junto às diferentes redes de atenção à saúde. As fontes identificadas em cada rede são variadas, utilizando diversos instrumentos para coleta de dados, como fontes documentais, caso - traçador, usuário-guia e narrativas. Partimos também do encontro enquanto aposta metodológica. Dessa forma, cada pesquisador vai construindo “entradas” a partir de conexões já existentes ou constituídas com sujeitos que, direta ou indiretamente, fazem parte da assistência à saúde local. Vamos construindo agendas formais estruturadas e/ou informais nos serviços, e/ou nas gestões locais, municipais e/ou estaduais de Saúde para

apresentação e autorização da pesquisa. Os encontros realizados são variados em tempo, quantidade e modos de fazer. Especificamente, na rede PEBA, estamos tecendo diferentes arranjos com os gestores, trabalhadores e usuários, de forma que suas narrativas sobre o campo possam emergir e assim, tomamos tais narrativas como potencial analítico, partindo do pressuposto de que o conhecimento sobre o campo só pode ser produzido a partir dele mesmo. Estamos no processo de construção, com os atores com os quais nos conectamos, da ideia de que eles também são pesquisadores e que realizamos uma avaliação compartilhada a partir do que já é produzido por eles no cotidiano do complexo mundo da produção do cuidado em saúde. RESULTADOS PRELIMINARES: A rede PEBA compõe o conjunto das redes de atenção à saúde em estudo no estado da Bahia. Um importante ponto dessa rede que se destaca no seu processo de construção é a regulação “entre” esse território. A implicação desse grupo de pesquisadores com esse tema nasce da experiência de gestão em saúde de alguns, a partir da percepção de que, dentre os diversos desafios do cotidiano desta prática, a regulação se torna visível e dizível nas experiências, algumas vezes como um incômodo, problema, entrave e outras como resolução, potência e ampliação do acesso. Por isso, assumem o delineamento de marcas cravadas no interior dos processos de subjetivação do pesquisador, gestor e trabalhador que trazemos, enquanto multidão. Desta forma, este lugar de intercessão do acesso à saúde (rede PEBA), muito atravessado pela regulação, pode ter uma força analisadora da produção do cuidado. Entendendo também que uma das apostas desta pesquisa nacional é a de que a experiência vem antes da produção do conhecimento, e não o contrário, as nossas entradas nesse campo partiram do pressuposto de que uma das primeiras ações que precisaríamos alavancar seria

a de identificar atores que participaram do processo de construção dessa rede e que fizeram ou fazem parte dela. A partir da leituras de artigos, dissertações e teses disponíveis, foi possível localizar uma primeira pista: a de que a proposta desta foi produto das experiências de pactuação da oferta dos leitos, principalmente de urgência e emergência, entre os municípios de Juazeiro (BA) e Petrolina (PE). Como se trata de cidades conurbadas, separadas fisicamente apenas pela ponte Presidente Dutra, já havia uma prática cotidiana instituída de pactuação dessa oferta. Em 2009, foi implantada a Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco - Pernambuco-Bahia, porém, no seu processo de institucionalização foram incluídas outras microrregiões de ambos estados atravessados pela constatação dos vazios assistenciais para leitos de urgência e emergência de toda essa região. Outra pista identificada nas referências disponíveis foi a participação, durante a implantação da rede, das instituições - Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-BA); Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP-PE); Secretarias Estaduais de Saúde (BA e PE) e Ministério da Saúde no diagnóstico e formulação da rede. A primeira conexão possível de ser feita foi através de uma entrevista com um representante da Direção de Serviços da FESF responsável pela articulação com os trabalhadores do estado da Bahia vinculados à rede PEBA. Esta entrada, então, se deu a partir de março de 2015. Apesar de identificarmos uma estrutura funcional instituída por deliberações da Comissão Inter gestora Bipartite (CIB) de ambos estados para funcionamento desta rede, a implantação da Central de Regulação Interestadual de Leitos – CRIL aparece como a estrutura de maior relevância, de acordo com as fontes documentais encontradas e pelo relato recolhido na FESF. Nesta mesma entrevista

identificamos atores que participaram desse processo e iniciamos os contatos com os que ainda atuam em Juazeiro, já que a CRIL está sediada neste município. Além destes, realizamos conexão com uma docente da Universidade do Vale São Francisco (UNIVASF), instituição que possui Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e da Família, que nos oportunizou aproximação com a localidade. Fomos inseridos no IV Fórum de Mobilização Antimanicomial do Sertão, em maio de 2015, espaço que nos permitiu a mediação de uma roda narrativa para apresentação da pesquisa e aproximação com trabalhadores da rede. Neste espaço dialogamos com trabalhadores da saúde, da educação, acadêmicos de cursos de graduação e de programas de residência. Um outra entrada foi construída com trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro, que contava com uma trabalhadora que foi participante ativa do processo de construção dessa rede e continua atuando na CRIL. Desde então, maio de 2015, temos construído encontros mensais, tanto com a equipe da CRIL quanto com a equipe de residentes e docentes da UNIVASF. A perspectiva desse arranjo de entradas no campo tem propiciado uma aproximação com o cotidiano dos serviços dos municípios-sede, assim como com o cotidiano da equipe da CRIL, diretamente envolvida na regulação do acesso dessa região aos leitos de urgência e emergência, majoritariamente ofertados nos municípios citados. Nesse momento, estamos identificando, junto com estas equipes, possíveis casos - traçadores que poderão ser nossos “guias” para análise dos efeitos desta rede na produção do cuidado no usuário e através dele. Várias sugestões têm surgido nesse percurso e a ideia é integrarmos usuários cuidados pelos residentes que tenham sido regulados pela CRIL e nos perguntarmos: o que aconteceu? como

foi esse processo? Qual a potência de um arranjo em rede interestadual para qualificar os processos de cuidado? **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A produção desses espaços de diálogo vai sendo forjada à medida que a aproximação dos pesquisadores com os sujeitos dos territórios vai sendo tecida e pode assumir dinâmicas variadas, associando desde rodas de conversa, visitas aos serviços, participação do cotidiano com os trabalhadores nos serviços até participação de eventos promovidos pela rede formal e informal de saúde local. Portanto, todos os sujeitos são potenciais “guias” e pesquisadores para a construção compartilhada da pesquisa.

CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA ATENÇÃO DOMICILIAR POR GESTORES EM SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS: DESAFIOS E POTENCIALIDADES

Patrícia Alves Paiva, Orlene Veloso Dias, Yara Cardoso Silva, Maria de Fátima Ribeiro Luiz Costa, Pollyane Teixeira Rocha, Kênia Lara Silva

Palavras-chave: atenção domiciliar, serviços de atenção domiciliar, redes de atenção à saúde

APRESENTAÇÃO: O Brasil passa por diversas transformações e dentre elas destaca-se a transição epidemiológica. Estas modificações estão atreladas ao aumento do envelhecimento populacional, através da rápida queda da fecundidade e a redução da mortalidade. Além disso, as modificações ocorridas nos padrões de morte, morbidade e invalidez associados aos fatores biológicos, econômicos, ambientais, científicos e culturais são determinantes para tais alterações. Estudos mostram que até a década de 30 do século XXI haverá um predomínio de idosos em relação ao número de crianças, além de

uma diminuição considerável da população em idade produtiva. Para conseguir lidar com estas transformações, se faz necessário novas estratégias e novos mecanismos para o cuidado em saúde, além da construção de políticas públicas adequadas de atenção à saúde e intervenções integrais que se desvinculem apenas do cuidado hospitalar e de práticas anti-hegemônicas. A atenção domiciliar está em ascensão no Brasil desde 1990 e se mostra relevante modalidade de atenção por contribuir com a diminuição da sobrecarga do sistema de saúde proporcionando maior eficiência na atenção à saúde no país. O giro de leitos é uma necessidade para o funcionamento do sistema de saúde e exige mudanças na lógica de organização dos hospitais até a ambulatorização de procedimentos. Os hospitais cada vez mais se voltam a atender casos graves e clinicamente instáveis, principalmente por conta dos custos e de temas relacionados à qualidade da atenção. Desta forma, vem se intensificando a busca por melhores alternativas de atenção à saúde, dentre essas, a atenção domiciliar. Considerando a sua importância o Ministério da Saúde implantou o Programa Melhor em Casa de Atenção Domiciliar (AD) regulamentado pela Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013. Objetivo: Analisar os critérios de inclusão, exclusão, elegibilidade e alta adotados pelos coordenadores de serviços de Atenção Domiciliar, vinculados ao Programa Melhor em Casa no Estado de Minas Gerais. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória de abordagem qualitativa ancorada no referencial teórico-metodológico da dialética. Foram realizadas entrevistas a partir de roteiro semiestruturado, com gestores em saúde de 16 municípios em diferentes regiões do Estado de Minas Gerais entre janeiro e setembro de 2015. Por meio da análise de conteúdo, foi possível identificar as seguintes categorias: critérios

de inclusão, de exclusão, alta e elegibilidade da atenção domiciliar. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer n° 938.240. Resultados: A partir das entrevistas verificou-se que os coordenadores dos programas de Atenção Domiciliar utilizam como critérios as diretrizes da Portaria do Melhor em Casa para admitir, excluir e estabelecer a alta. No entanto, informam que existem exceções aos critérios, de forma a atender melhor às necessidades da população. Foram relatados como critérios de inclusão as condições de saúde do paciente, a identificação de cuidador que assuma os cuidados, o contexto socioambiental e a existência de residência que permita o acesso da equipe e que esteja adaptada às necessidades do paciente. Quanto aos critérios de exclusão apontam as condições estruturais do domicílio, a ausência de cuidador e a falta de segurança para os profissionais. Os critérios de alta estão relacionados a estabilidade clínica e finalização do tratamento. Em alguns momentos a alta é adiada por medidas protetivas devido a estrutura da rede, quando o outro ponto da rede não está bem preparado para receber o paciente e garantir a continuidade do cuidado. No que diz respeito à elegibilidade a maioria dos gestores alega que os pacientes passam por avaliação clínica realizada pelo médico que define se o paciente segue para a atenção domiciliar ou não. A utilização dos critérios indica como desafio para a AD a presença de cuidador. Este desafio pode ser decorrente de diversos fatores tal como tempo para a evolução do quadro do paciente ou a quebra da confiança e relação entre cuidador e profissionais ou cuidador e paciente. Um dos requisitos da atenção domiciliar é o apoio ativo de um cuidador que se responsabilize pelo acompanhamento diuturno do usuário, seja esse cuidador um familiar, um vizinho, um amigo voluntário ou um cuidador contratado. Essa modalidade implica,

portanto, em transferir responsabilidades, ou seja: uma parte do cuidado que institucionalmente seria realizado pela equipe de saúde passa a ser realizada pelo cuidador ou pela família. Nessa perspectiva, a equipe que presta atenção domiciliar tem papel muito importante na relação com o cuidador, que é o responsável por realizar todas as ações básicas para a manutenção da vida, auxiliando-o, capacitando-o em procedimentos assistenciais, esclarecendo dúvidas e fornecendo suporte psicológico. Assim, faz-se extremamente importante a presença do cuidador em todas as etapas do processo de atenção domiciliar. Outro desafio refere-se a rede fragmentada. Os pacientes recebem alta do programa, são encaminhados para outro ponto da rede, mas acabam por vezes retornando para a atenção domiciliar devido a piora do quadro. É relevante informar que o usuário admitido na modalidade AD2 ou AD3 ao receber alta deve seguir para modalidade AD1 que é de responsabilidade da atenção básica. Assim, a terminologia “Alta para AD1” foi proposta reconhecendo e enfatizando a possibilidade – e necessidade – de que um paciente em AD seja encaminhado para a AB, de forma articulada, a fim de que o cuidado no domicílio seja continuado pelas equipes de atenção básica. Conclusões: Os resultados do estudo permitiram evidenciar como é importante que as equipes dominem os critérios de elegibilidade para a AD, bem como os critérios que caracterizam os pacientes conforme as modalidades de cuidado. A partir destes critérios, dos protocolos de serviços de atenção domiciliar e da prática assistencial acumulada pelas equipes, pode-se traçar um perfil dos pacientes elegíveis para a AD com o objetivo de auxiliar as equipes e serviços na sua identificação. Isso é fundamental para fomentar a articulação do serviço de atenção domiciliar em rede, no aumento da resolutividade e na identificação/indicação do paciente elegível

para a atenção domiciliar. Identificaram-se neste estudo elementos que caracterizam a construção de modelo assistencial com ênfase nas tecnologias leves e na atuação multiprofissional. Nesse novo panorama, a família e o usuário reestabelecem a centralidade na condução do cuidado, anteriormente restrito às práticas dos profissionais de saúde. Os resultados deste estudo expõem informações acerca de uma importante modalidade de assistência à saúde, que favorece a gestão do cuidado humanizado, otimiza o leito hospitalar e amplia as Redes de Atenção à Saúde no SUS.

DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS NO CONTEXTO INTERCULTURAL BRASILEIRO

Walmir Pereira

Palavras-chave: PNASI, Saúde Intercultural, Povos Indígenas,

O enfoque do presente trabalho consiste na análise dos desafios e possibilidades abertos com o advento em cena da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI) no contexto intercultural brasileiro contemporâneo, considerando a conjectura heurística segundo a qual a articulação dos eixos cultural, político e sanitário constitui caminho profícuo à consecução de investigações de caráter inter e transdisciplinar para a produção de conhecimento nas áreas temáticas da educação em saúde e de gestão em saúde pública. O mesmo estudo estrutura-se como perspectiva crítica diante das prerrogativas políticas e normativas legais em curso instituintes da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena - emanadas das diretrizes e princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) -. Assim, a diretriz investigativa adotada pela pesquisa aposta

na possibilidade efetiva de articulação entre as áreas da saúde pública, saúde coletiva e promoção da saúde com os campos desconhecimentos antropológicos, históricos e sociológicos, considerando a fertilidade de investir-se numa perspectiva de trabalho dialógica e interdisciplinar. Justificamos a empreitada, também, em razão da relevância sociocultural, educativa e sanitária de mirar para a conjuntura do tempo presente propondo-se a trabalhar com povos e coletividades sociais, étnicas e culturais sociologicamente minoritárias, visando à construção de espaços dialógicos, tanto em termos reflexivos como de intervenção social, de promoção em saúde e desafios para a implementação, estruturação e consolidação das Políticas Nacionais de Atenção à Saúde Indígena no contexto intercultural brasileiro do século XXI. As conquistas no campo da saúde introduzidas pela constituição cidadã de 1988 constituem um marco jurídico político de reconhecimento da diversidade cultural indígena brasileira, visto que historicamente o projeto universalizante da modernidade ocidental, idealmente homogeneizador das relações entre os grupos sociais e étnicos, para se legitimar esteve alicerçado numa perspectiva monocultural eurocêntrica colonialista, na qual o respeito e a promoção da diversidade e das diferenças culturais jamais foram imaginados como possibilidade real de vigência. Contrariamente, em nome de um universalismo essencialista, o Estado Nacional moderno brasileiro longe de reconhecer a gama dos direitos civis, culturais, econômicos e políticos dos grupos sociais e étnicos minoritários formulou um conjunto de dispositivos ideológicos e mecanismos objetivos de produção e reprodução da exclusão e das desigualdades sociais. Em nossa investigação, assinalamos que cada povo e/ou coletividade indígena, possui suas concepções, valores e formas próprias de vivenciar o processo de saúde e

da doença. Frente a tal diretiva, as ações de prevenção, promoção, proteção e educação da saúde precisam considerar e reconhecer esses aspectos como centrais no diálogo entre profissionais e gestores do campo da saúde com os usuários indígenas, observando os contextos interculturais e políticos vigentes, assim como o impacto histórico da relação de contato Interétnico vivenciada por cada povo e/ou coletividade específica. Diante deste contexto histórico é que a Política Nacional de Saúde Indígena vem definindo os objetivos, as diretrizes, as estratégias e responsabilidades de gestão voltadas para as melhorias das condições sanitárias e de saúde dos povos e das coletividades indígenas. A política em tela inclui a saúde diferenciada, o cuidado, a atenção, a promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como os processos de gestão participativa e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde dos indígenas no Brasil. A referida política constitui-se num exemplo a ser considerado de política transversal, e vem operando com os processos de formulação, gestão e execução compartilhados entre as três esferas de governo, seja no campo específico da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, seja em áreas correlatas. A problemática desta investigação articula-se à produção de análises interpretativas e pesquisas empíricas na intersecção dos eixos cultural, político e sanitário, privilegiando uma investigação de cunho inter e transdisciplinar, a qual busca colocar em diálogo campos de conhecimentos das áreas disciplinares das humanidades e das ciências da saúde. Nesses termos, ao eleger como contexto histórico-espacial contemporâneo os espaços territoriais em que estão estabelecidos os povos e coletividades indígenas no âmbito nacional concebe-se

uma perspectiva metodológica interdisciplinar, fomentando, portanto, a possibilidade do conhecimento disciplinar ser pensado e apresentado como temático. A partir da perspectiva metodológica sumariamente aqui delineada, a pesquisa configura um esquema de apreensão dos dados da seguinte ordem: - Plano discursivo e representacional dos agentes sociais pesquisados: neste caso, os povos e coletividades indígenas e suas visões das ações de saúde dirigidas às suas especificidades culturais e étnicas conforme as diretrizes e princípios emanados da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (2002). - Observações e dados oriundos de trabalho de campo, centrado no uso da história oral e método etnográfico junto aos povos e coletividades indígenas. Estas observações e registros de campo conformam-se como elemento importante do projeto a ser desenvolvido junto às coletividades alvo desta pesquisa, a partir da observação *in loco* e da realização de entrevistas com a utilização da técnica de história oral. Em síntese, o tratamento teórico-metodológico a ser dispensado à investigação proposta é o de uma abordagem de natureza inter e, potencialmente, transdisciplinar, o que torna necessário ter clareza da importância do reconhecimento das diferenças e especificidades dos campos disciplinares e princípios norteadores da investigação. Nesses termos privilegia-se - como princípio orientador deste projeto de pesquisa, juntamente com a análise da PNASI no contexto intercultural brasileiro contemporâneo - o sentido atribuído presentemente pelos atores e coletividades indígenas, em suas tradições cosmo políticas e sociocossmológicas, às ideias ocidentais de atenção à saúde e saúde diferenciada para os povos e coletividades indígenas. No que concerne aos povos indígenas, os mesmos têm direitos a conservar suas medicinas

tradicionais próprias e a manter suas práticas de saúde, incluindo a conservação de suas plantas, animais e minerais de interesse vital, sob o ponto de vista cultural e sanitário. Em termos conclusivos, o processo contemporâneo de pós-estruturação e consolidação da Política Nacional de Atenção a Saúde Indígena deve contar com a participação dos indígenas, representados por suas organizações e referentes nos Conselhos de Saúde locais e distritais. No que tange à legislação vigente aos povos e coletividades indígenas, a Portaria do MS nº 70/GM de 20/01/04, a qual aprova as diretrizes da gestão da PNASI, sua implantação deve respeitar culturas, valores, historicidades e tradições sociocossmológicas de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas coletividades indígenas. Juntamente com as diretrizes emanadas no âmbito da PNASI, outra ação governamental, de responsabilidade institucional do Ministério da Justiça, através da FUNAI, que assume relevância entre os fatores determinantes de saúde e qualidade de vida dos povos e coletividades indígenas, é a garantia dos territórios tradicionais indígenas, por meio de uma política de demarcação, fiscalização e retirada de invasores de seus territórios. A rigor, a promoção da saúde e da qualidade de vida indígena está diretamente relacionada à garantia da demarcação, desintração e vigilância permanente das terras e territórios indígenas. Por fim, a saúde é concebida neste estudo como direito social fundamental das coletividades indígenas e afrodescendentes ao acesso à atenção integral à saúde, mediante a superação dos fatores, tanto de natureza interna como externos ao espaço setorial estrito sensu que tornam essas populações mais vulnerável aos agravos à saúde, respeitando suas peculiaridades linguísticas e etnoculturais, nos termos das legislações

constitucionais e dos dispositivos infraconstitucionais vigentes. Diante deste contexto marcadamente intercultural, para uma adequada problematização da educação e da promoção da saúde dos sujeitos e alteridades indígenas participantes na investigação proposta, acreditamos necessário o reconhecimento de que os indígenas e seus coletivos se constituem, na conjuntura presente, como sujeitos de direitos e dignos de exercerem a condição de cidadania plena. Nesse sentido, a investigação em curso busca refletir sobre as concepções de saúde, expressas discursivamente e postas em práticas pela atual Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena e suas contribuições efetivas na consolidação de iniciativas afirmadoras dos processos educativos e promotores da saúde junto aos povos e coletivos indígenas. Trata-se, portanto, de investir na compreensão da realidade singular experienciada pelos povos e coletividades indígenas no Brasil contemporâneo, nos seus diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e da qualidade de vida dessas pessoas e coletividades étnica e culturalmente diferenciadas.

DESENVOLVIMENTO DE FERRAMENTA DE GESTÃO PARA O DESENHO DA REDE DE ATENÇÃO EM ODONTOLOGIA : LINHA DE CUIDADO EM SAÚDE BUCAL DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Jacqueline Webster, Victor Nascimento Fontanive, Fernando Anschau

Palavras-chave: Rede de Atenção em Odontologia, Ferramenta de Gestão em Odontologia, Linha de Cuidado em Odontologia

O presente projeto visa à construção coletiva de uma ferramenta em que, através de mapas analíticos, materializa a produção do cuidado através da vivência dos atores modelo usuário centrado. Desta forma o produto finalístico terá condições de mapear a atenção odontológica nos níveis de densidade tecnológica, empregados na produção do cuidado, demonstrando a amplitude e complexidade da necessidade de atenção odontológica. O modo como se estruturam e são gerenciados os processos de trabalho configuram “um dos grandes nós críticos” das propostas que apostam na mudança do modelo tecnoassistencial em saúde no Brasil. O enfoque técnico-científico da formação e atualização é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco principal. O desenvolvimento do mapa do cuidado, difundido a cada ator envolvido no processo, serve como ferramenta analisadora que procura “escutar” os ruídos e identificar os incômodos, produzindo um quadro referencial sobre o qual podemos criar novas reflexões como ferramentas para a ação. Este processo perpassa por: Nivelamento de conhecimentos sobre rede de atenção à saúde; As diversas definições atribuídas à rede de atenção à saúde no passar dos anos no Brasil, fazem com que tenhamos que iniciar as discussões a partir de um modelo de ferramenta que expressa à rede de atenção à saúde Bucal proposta para o GHC não só pela exposição da ferramenta em si, mas também pelo nivelamento de conhecimentos a cerca do que é uma rede de atenção à saúde com os trabalhadores em saúde do GHC. Proposição de um fluxograma do cuidado dispensado ao usuário na instituição - construído a partir do usuário; Desta forma, a lógica do trabalho por si será revisitada – agora em função do usuário – criando uma dimensão para discussão da alteridade, além do próprio trabalho. Num continuo o trabalho

apresenta como resultado a proposição de um fluxograma do cuidado dispensado ao usuário - usuário centrado, com intuito de promover o pensar e discutir os processos em odontologia nas diversas esferas de gestão. Para além, disto: amplia os modos de produzir os atos em saúde através da explicitação da Rede de Atenção; reproduz, a partir da linha de cuidado em Saúde Bucal as boas práticas na assistência; expande o desenho da linha de cuidado como ferramenta de gestão para outras áreas além da assistência odontológica; cria espaços de discussão do cotidiano do trabalho na assistência, amplia o conhecimento da rede de atenção em saúde no âmbito da assistência odontológica e identifica os nós críticos que necessitam de soluções para otimizar o fluxo assistencial; Ao final, podemos considerar que a sociedade, atualmente, pode ser configurada através de um modelo de rede, principalmente com a utilização da tecnologia da informação iniciada no final do século XX, promovendo a globalização de informações, tecnologias, mudanças sociais, produzindo reflexos na conceituação político econômica para os Estados. (Castells, 1999). Em sociedades complexas interagem culturas diferentes e pessoas diferentes, com diversos olhares sobre a realidade, assim como sobre a saúde; trazendo também diversas formas de enfrentamento, assim sendo, a assistência à saúde deveria levar em consideração esta diversidade e não gerar barreiras na construção do modelo de atenção. A composição socioeconômica através dos tempos se traduz em atualmente com um cenário onde as transições demográfica e epidemiológica trazem um incremento relativo das condições crônicas. Tem sido assim, no Brasil, que apresenta uma situação de saúde de tripla carga de doenças, manifestada na convivência de doenças infecciosas, parasitárias e problemas de saúde reprodutiva, causas

externas e doenças crônicas. Há uma crise dos sistemas de saúde contemporâneos que se explica pela incoerência entre uma situação de saúde com predomínio relativo forte de condições crônicas e uma resposta social através de sistemas fragmentados e voltados principalmente para as condições agudas e agudizações das condições crônicas. Na área da saúde pública, mais especificamente no SUS, segundo a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as redes de atenção são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Este modelo de atenção surge como estruturas de serviço que tem em seu fundamento e atuação a conotação de garantir a efetividade das políticas públicas e ações em saúde contrapondo o modelo burocrático, hierárquico, verticalizado e fragmentado que se mostra incapaz de sustentar o acesso e qualidade na atenção à saúde da população. Neste cenário fica clara a necessidade de coordenar a atenção em saúde em seus níveis de densidade tecnológica tendo como objetivos fundamentais à economia de escala, interligar as ações e políticas de saúde viabilizando o acesso da população e qualificação da assistência. (Mendes, 2011). Este processo induz ao planejamento em relação à atenção à saúde, trazendo a tona preocupações quanto à sua sustentabilidade econômico-financeira, política, efetividade técnica e impacto na saúde populacional, temas pertinentes e sempre presentes àqueles que atuam nas esferas de gestão. Essa preocupação fez com que novas formas de pensar os serviços e sistemas de saúde iniciassem uma integração entre o conhecimento clínico e epidemiológico e

o planejamento e a gestão. Este momento trouxe a necessidade de oferta de novos arranjos organizacionais e de revitalização dos conceitos de rede de atenção à saúde. A concepção participativa dos trabalhadores em saúde e dos usuários do sistema único de saúde nestas construções promulgou transversalmente o enlace de diversas áreas antes fragmentadas. Neste contexto, faz-se presente a atenção odontológica com todas as suas especificidades e necessidades de atuação. Para que tenhamos um atendimento de qualidade e responsivo, os serviços, de acordo com suas especificidades e capacidade instalada, devem ser resolutivos de forma a não quebrar a linha do cuidado, garantindo uma assistência integral à saúde. A reorganização dos processos de trabalho é base de sustentação para vencer os desafios para alcançar a integralidade na assistência à saúde, aliando-se a isto as ações assistenciais, corroboradas pelas palavras de CECÍLIO & MERHY “... uma complexa trama de atos, procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores [...]”.

DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DO PROTÓTIPO DE UM SISTEMA PARA GESTÃO DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, NATAL/RN

Erika Christiane Fernandes Garcia, Wilma Maria da Costa Medeiros, Ethel Borges Nogueira, Angelica Teresa Nascimento de Medeiros, Marcia Rique Caricio, Roberval Edson Pinheiro de Lima, Elielton Pedroza dos Santos

Palavras-chave: Sistemas de Informação, Epi Info, Gestão em Serviços de Saúde

APRESENTAÇÃO: Os sistemas de informação (SI) tornaram-se um dos principais recursos computacionais na área de gestão em serviços de saúde, sendo capazes de auxiliar os profissionais no processo de trabalho. Diante disso, este objetivo o desenvolvimento e implantação de um protótipo de um sistema para a informatização do atendimento ambulatorial do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG), de forma a contribuir com os profissionais, a instituição e os pacientes permitindo facilitar o atendimento, minimizar os erros e prover maior segurança. **MÉTODOS:** O primeiro passo para desenvolver o protótipo foi conhecer o problema de perto e o funcionamento do atendimento ambulatorial do hospital, com o intuito de identificar as necessidades dos usuários e o fluxo das informações. O levantamento dos requisitos foi realizado através de reuniões com a equipe do Núcleo de Assistência a Saúde do Trabalhador (NAST) do HMWG. Num primeira análise constatou-se a falta de informações principais como dependentes de primeiro grau, acarretando atendimento de usuários que não abrangiam essas características, tornando o atendimento fora do objetivo principal como também a falta de informações de saúde do servidor acarretando problemas para futuras ações de saúde. O modelo de processo de software utilizado foi a prototipagem, que é um modelo evolucionário e permite a análise progressiva e interativa das necessidades do sistema, dessa forma um primeiro protótipo é desenvolvido e, então, analisado pelo cliente que pode refinar os requisitos e, assim, construir um novo protótipo até a adequação completa. A partir do levantamento dos requisitos a modelagem do banco de dados foi realizada através do software Epi Info, pois se trata de

um sistema de livre distribuição que contém uma série de programas desenvolvidos para a Microsoft Windows. São destinados ao uso por profissionais da saúde que conduzem investigações de epidemias, administração de banco de dados para vigilância de saúde pública e outras tarefas, além de ser um banco de dados para uso geral e aplicações estatísticas. Durante todo o processo de criação, e depois da implantação, será desenvolvido um tutorial para nortear a equipe de como será a funcionalidade de cada item do cadastro que funções serão aceitas ou não, como será preenchido e o que pode causar a suspensão do atendimento ao servidor e/ou seus dependentes de primeiro grau. Para que assim o sistema tenha fidelidade de informações e também facilidade de acesso para os que o irão utilizar. **RESULTADOS:** Protótipo funcional de um sistema que pode ser acessado em computadores pessoais e notebooks. O primeiro resultado foi o modelo inicial de uma ficha de cadastro, nela procurou-se indicar as informações necessárias. Em seguida, foi obtida a modelagem do banco de dados. A tela principal consta dos dados pessoais principalmente informações dos dependentes de primeiro grau como mãe, pai, filhos e cônjuges, quando for iniciado o cadastramento serão solicitados documentos comprobatórios originais e a posterior de informações de saúde, principalmente cartão de vacina do servidor, data do último periódico, se o servidor é diabético ou hipertenso e para as servidoras do sexo feminino qual a data do último preventivo. Todas essas informações de saúde serão para que em uma análise futura possam ser feitas ações de saúde educativas e preventivas. No geral, tem algumas características do software, em sua maioria a interface de comunicação com usuário, como a navegação em telas, entre outros subconjuntos de funcionalidades, em versão primária, antes que o sistema

venha realmente a ser construído, de forma definitiva. Como o atendimento ambulatorial abrange servidores, terceirizados e aposentados. É necessário que alguns comandos sejam postos e assim não acarrete problemas de cadastro futuros, o servidor terá direito ao atendimento, como também seus dependentes de primeiro grau. Os terceirizados e aposentados terão direito apenas ao seu atendimento, acarretando assim um comando específico para evitar preenchimentos indevidos e problematizando o atendimento ambulatorial. O sistema já passou pela fase de testes e análises preliminares e já entrou na fase de implantação, entrega e feedback da prototipagem e as melhorias surgem de acordo com a necessidade do NAST. De acordo com suas características o protótipo passou pelo nível operacional e encontra-se no nível gerencial e estratégico através do desenvolvimento de módulos com esta finalidade, dessa forma tornando-se visível a transformação dos dados em informação e finalmente em conhecimento. Para início de cadastramento foram feitos cadastros em fichas manuais e juntamente com a apresentação de documentos originais, apenas a cópia do cartão de vacina foi exigida, pois esse vai para um arquivo e depois será analisado para saber se as vacinas do servidor estão atualizadas e desse modo realizar ações para atualização das vacinas. No sistema tem-se o cadastro para saber se o servidor entregou a cópia do cartão de vacina. Depois de realizado o cadastro e confirmados se estão de acordo, segue-se para o arquivo do prontuário e será feita uma pesquisa e verificação se neles constam realmente os dados do servidor e seus dependentes de direito. Nesse caso mãe, pai, filhos e cônjuge, esse só terá o cadastro efetivado se comprovado por certidão de casamento e/ou união estável. No caso de enteados, só serão também cadastrados se forem registrados como

filhos. Após a implantação desse sistema já foram colhidos resultados satisfatórios, onde a limpeza desses prontuários mostrou que o atendimento estava sendo feito para usuários que não tinham direito ao atendimento ambulatorial, tornando o serviço prejudicial a quem realmente necessitava e tinha direito ao atendimento. **CONCLUSÃO:** Todas as informações dos atendimentos ambulatoriais realizados, bem como dados dos dependentes de primeiro grau e os dados decorrentes de exames serão armazenados computacionalmente de forma validada e podem ser acessados de maneira rápida e fácil pela equipe do NAST. O uso de um sistema computadorizado pode trazer maior segurança e minimização de erros. O acesso rápido e consistente às informações de saúde do funcionário do hospital é de fundamental importância para um atendimento seguro e de boa qualidade. Dessa forma, a atitude de informatizar coloca em prática os preceitos do uso de informações em saúde na gestão dos serviços.

DISCRIMINAÇÃO NO PROCESSO DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO DE PESSOAS COM HIV/AIDS

Maisson da Silva Berg, Gímerson Erick Ferreira, Jorge Souza da Cruz, Ana Paula de Moraes

APRESENTAÇÃO: Atualmente, tem aumentado o número de pessoas que vivem com HIV/AIDS, e que possuem melhor qualidade de vida, sendo este aumento atrelado à cronificação da doença, resultante dos avanços da terapia antirretroviral. A cronificação possibilitou ainda a essas pessoas, uma melhor inserção no mercado de trabalho e conseqüentemente a realização de planos e projetos em sua carreira. Entretanto,

alguns desafios ainda perpassam essa questão, como a discriminação que pode estar envolvida na organização do trabalho, particularmente nos processos de gestão de pessoas, e que afetam diretamente indivíduos com HIV/AIDS que desejam a inserção e o desenvolvimento no trabalho. Nessa perspectiva de análise, a manutenção da qualidade de vida dessas pessoas no ambiente laboral torna-se uma preocupação coerente com as temáticas investigadas em saúde do trabalhador, sendo importante refletir essa questão desde sua gênese. Isso porque o contexto da gestão de pessoas na contemporaneidade expõe uma realidade na qual as denominações de seus processos nem sempre revelam a essência do seu discurso, sendo por vezes imbuídos do aperfeiçoamento de mecanismos conforme as exigências do cenário atual. Essa concepção é visualizada, por exemplo, no processo de recrutamento e seleção (R&S), o qual se norteia tipicamente por uma visão gerencial estritamente estratégica, com foco na eficiência e na eficácia sob a perspectiva organizacional, explorando minimamente questões humanas e sociais que deveriam constituir o verdadeiro gerenciamento de pessoal. Nessa perspectiva, considera-se que o processo de R&S pode ser permeado por armadilhas perversas, a exemplo da discriminação, especialmente em se tratando de grupos historicamente marginalizados, que muitas vezes são vítimas da injustiça social, da repressão e do preconceito, como as pessoas com HIV/AIDS. Assim, tem-se o objetivo de refletir criticamente acerca da discriminação de pessoas com HIV/AIDS no processo de R&S, com vistas à sinalização de propostas de intervenção à qualidade de vida desses trabalhadores.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Apresenta-se uma reflexão teórica sobre a discriminação de pessoas com HIV/AIDS no processo de recrutamento e seleção

de pessoas. A discriminação do candidato resulta do preconceito e, considerando que na legislação brasileira não existe uma previsão de quais métodos e técnicas de R&S devem ou não ser utilizadas para que não haja uma conduta discriminatória nesse processo, é comum que o resultado de tudo isto assuma formas de sofrimento no trabalho, assunto de plena relevância. Sob a perspectiva de Christophe Dejours, grande nome da Teoria da Psicodinâmica do Trabalho, o sofrimento consiste numa vivência subjetiva intermediária entre a doença mental e o bem-estar psíquico. Na medida em que o pleno bem-estar não é possível de ser alcançado, a saúde passa a ser concebida como algo inalcançável, conduzindo uma busca constante contra o sofrimento para manter-se na normalidade. Esse sofrimento deriva da racionalidade produtivista que passou a ser disseminada como a única saída para o cenário competitivo atual, não sendo diferente no processo de R&S. Essa lógica da dominação e da competitividade faz com que os métodos de gestão de pessoas se contraponham às conquistas sociais e aos avanços trabalhistas e difunda estratégias gerenciais marcadas pela frieza e perversidade que induzem à discriminação.

RESULTADOS: Embora já exista um avanço legal que sinalize a necessidade de reformulação das estratégias de gestão, a gestão de pessoas ainda está muito voltada para os resultados da organização e pouco preocupada em possibilitar a orientação de gestores, candidatos e até mesmo futuros profissionais em relação a possíveis excessos neste processo. Nesse sentido, os modos de obtenção de informações sobre os candidatos, por mais que em um primeiro momento possam parecer inofensivos, em grande parte das vezes podem ser abordadas por técnicas que são consideradas discriminatórias pela legislação brasileira. Do mesmo modo, a

exigência de exames para aferir qualquer doença, mesmo que esteja dentro do poder de comando do empregador, deve estar relacionada à atividade profissional do trabalhador, sendo que, com relação ao HIV, não pode ser exigido exame anti-HIV para admissão no trabalho, embora haja controvérsias sobre isto. Essa perspectiva discriminatória, tanto pode repercutir no âmbito humano, por atingir diretamente a preservação da liberdade, dignidade e intimidade do trabalhador; como do ponto de vista do profissional de gestão de pessoas, pois pode trazer prejuízos a sua carreira e imagem profissional; como também no âmbito das organizações, uma vez que a falta de discernimento ao adotar condutas discriminatórias, pode levar não só ao exercício de uma conduta pouco ética em relação aos futuros trabalhadores, como também ser gerador de prejuízos legais, financeiros, comprometendo, inclusive, a imagem da organização diante do mercado de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Embora haja um grande número de casos de pessoas infectadas pelo HIV/AIDS, a discriminação existente no cenário do trabalho atual ainda prevalece, de maneira que é importante refletir essa questão, pois a desinformação da sociedade e de gestores sobre o modo com que esse ponto interfere e impacta na vida e na saúde do indivíduo que vive com esse diagnóstico em seu ambiente laboral, pode ser fator de exposição a cargas psíquicas, e gerador de sofrimento, muitas vezes patogênico. Analisar criticamente a discriminação de pessoas com HIV/AIDS no processo de R&S é importante, pois falta empatia aos representantes das organizações no cenário contemporâneo, englobando o aspecto humano em suas ações, para que os trabalhadores não sejam visualizados como mero recursos, mas como pessoas, independente da sua condição de saúde. Pensando em propostas de intervenção, é importante fazer com

que os profissionais responsáveis pelos processos de R&S se dêem conta das ações discriminatórias que podem estar envolvidas em seu trabalho, no sentido de se distanciar desta questão e de buscar novas e diferentes possibilidades de desenvolver tais processos. Contudo, cabe ressaltar que existem fatores históricos, sociais, culturais e econômicos que estão envolvidos nesse processo e que modelam a atuação do profissional, de maneira que muitas vezes, estes profissionais não se dão conta de que estão discriminando. Por tal motivo, é importante fortalecer a informação da sociedade em geral, quebrando paradigmas e buscando medidas que possibilitem o rompimento de preconceitos historicamente impostos. Nesse sentido, faz-se necessário o desenvolvimento de novos estudos que aborde a discriminação de pessoas com HIV/AIDS no mundo do trabalho, de maneira a possibilitar que ações de discriminação sejam extintas deste cenário e contemplem as condições de inserção e a percepção destas pessoas acerca de tais processos.

DISCURSOS SOBRE A SAÚDE EM DOURADOS (MS): GESTÃO E TECNOLOGIAS

Conrado Neves Sathler, Catia Paranhos Martins, Elenita Sureke Abilio

Palavras-chave: Análise Institucional do Discurso, Produção de Sentidos, Gestão em Saúde, Saúde

Apresentação: Este breve relato se refere a uma parcela de observações discursivas realizadas no percurso da pesquisa docente intitulada "Hospital Universitário: análise institucional de micropolíticas, produção de sentidos, saberes e práticas", pesquisa em andamento na Universidade Federal da Grande Dourados. O objetivo desta pesquisa é o de analisar como

são construídas as práticas hospitalares, quais discursos as sustentam e como estes discursos produzem relações de/ e sobre saúde. Este recorte apresenta um panorama do município de Dourados (MS) e observa nele quais os valores e princípios circulantes sobre saúde na mídia impressa e na internet. Desenvolvimento do trabalho: Compreendemos que as instituições de saúde, todas elas, sejam de intervenções diretas ou atitudinais, de assistência ou gestão, estão inseridas nesta rede discursiva e que ela mesma está dispersa nos demais discursos sobre a saúde em circulação pela aldeia global que caracteriza o nosso mundo. Vamos nos ater a alguns enunciados retirados das páginas online das instituições, de uma revista temática que se vê nos consultórios particulares e de um jornal aberto: esta é a composição de nosso corpus. Escolhemos, para análise, os temas de maior regularidade ou as marcas observadas na materialidade linguística de cada instituição. Como método de análise, fizemos as questões: quem fala? De onde fala? Para quem fala? O que o texto omite? Onde mais é dito o que emerge no texto? Que possíveis efeitos de sentido são gerados pelo texto? Consideramos significativos para nossa análise os enunciados que observamos com maior regularidade discursiva, assim, o sentido do discurso assumiu maior importância para analisarmos os discursos relacionados à saúde e ao SUS. As instituições de saúde são denominadas A1, A2 e A3, por considerarmos que o discurso não está colado a uma instituição com exclusividade, ao contrário, os discursos circulam e sustentam instituições dentro de seus interesses de formação e manutenção de clientela. Os enunciados institucionais estão destacados em itálico. Resultados da pesquisa: A voz dos gestores municipais é muito frequente nos meios de comunicação. E a preocupação geral ainda parece estar relacionada, de forma excessiva, com as

estruturas físicas dos equipamentos de saúde. [...] por exemplo, passou por obras de revitalização, reparos e ampliação. A ativação da UPA modificou os serviços de urgência e emergência do município e levou mais qualidade ao atendimento desafogando as estruturas (A1). Este recorte fala de ...revitalização, reparos e ampliação... do prédio onde funciona o serviço de saúde, aqui em especial sobre a unidade de pronto atendimento (UPA), que ainda é uma prioridade para os gestores. Um argumento comumente apresentado afirma que a visibilidade dos prédios se associa a seu idealizador e isso garantiria votos ao político que o constrói. Os discursos circulantes, exemplificados na fala de um gestor, estão focados nos modelos hospitalocêntricos e centrados no conhecimento biomédico, que privilegia as condutas clínicas laboratoriais e medicamentosas, com ênfase nas tecnologias duras em detrimento às tecnologias leves. As tecnologias em saúde (...) podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais (MERHY, 2005). Isso ilustra o funcionamento discursivo que implica não somente na visão capitalista de que o poder sobre a saúde tem relação direta com o poder sobre a construção de mais serviços e com a capacidade de pagamento dos procedimentos realizados. O problema que se desenvolve no entorno deste discurso é que há nele uma tensão territorial que se instala nas relações. O valor do trabalho clínico está centrado no diagnóstico e na terapêutica e pouco voltado à prevenção e à promoção da vida. A ênfase nas tecnologias duras acaba sendo maior do que o valor dado às tecnologias leves. Como consequência, o valor dado à Atenção

Básica, inclusive na remuneração dos serviços é menor do que aos procedimentos especializados. Por fim, a gestão se volta à doença e pouco se faz pela saúde. Neste contexto, os demais pontos que constituem o campo da saúde são comprometidos: a assistência passa a ser medicamentosa e o controle social se volta ao controle contábil das ações de saúde, diminuindo a importância do acompanhamento das políticas públicas como concepções de relações sociais, econômicas e ambientais ligados à saúde. Além de cuidar dos prédios, o prefeito também pensa na qualidade do atendimento à população. Problemas que existiam quando iniciou sua administração como a constante falta de médicos e remédios, hoje já não existe mais ... (A2). O excerto acima vem apontar para a ligação que a gestão faz entre a qualidade da assistência e as tecnologias duras. Assim, a ligação direta de qualidade do atendimento com a presença de médicos e remédios vai parecer óbvia. Efetivamente, podemos ponderar o que não há essa relação, pois, a presença de remédios, médicos e prédios não garante a saúde da população, por motivos de ordem do acesso e do conceito de saúde empregado, uma vez que a abordagem dos gestores se liga ao conceito de saúde como ausência de doença. Detalhe das instalações: foi planejado de modo a oferecer a máxima comodidade. O objetivo foi tornar o ambiente hospitalar tão agradável e acolhedor quanto possível (A3). E a confusão se manifestou igualmente neste recorte, pois o acolhimento requerido pelo SUS e firmado pela Política Nacional de Humanização afirma que acolher é, sobretudo, estar junto (BRASIL, 2010, p. 06), e se caracteriza pela tecnologia leve. Considerações finais: Percebemos que as mudanças de conceitos, métodos e práticas de Saúde são inócuas se não ocorrem alterações nos modelos de saúde. Como os discursos estão interligados e há

forças econômicas mais hegemônicas no território, é preciso intervenções de outros níveis, como na formação e no controle social para provocar alterações no cenário. Apontamos essa forma de intervenção pela naturalização que observamos de valores interligados na assistência e na gestão e o apagamento discursivo das instâncias de Ensino e de Controle Social.

DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS PARA CONTROLE DA DIABETES DENTRO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE-MS

Kelly Santos Schneider Nunes, Doroty Mesquita Dourado, Sandra Christo de Souza

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, tratamento, ESF,

APRESENTAÇÃO: Diabetes Mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas, envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. O DM2 é a forma presente em 90% a 95% dos casos, pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Uma epidemia de DM está em curso. Em 1985, estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030. Muitos indivíduos com diabetes são incapazes de continuar a trabalhar em decorrência de complicações crônicas ou permanecem com alguma limitação no seu desempenho profissional. No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável

pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica, submetidos à diálise. Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento medicamentoso disponível. Protocolos internacionais e nacionais têm proposto que a assistência em DM seja conduzida por uma equipe multiprofissional na intenção de promover cuidado integral, equitativo, resolutivo e de qualidade. O Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência. O PSF foi implantado em Campo Grande em 1999, atualmente o sistema municipal de saúde pública conta com 28 Unidades Básicas de Saúde e 34 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). As UBSF abrigam 86 ESF, destas equipes, 42,95% conta com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), esta estrutura determina uma cobertura do PSF de 35,19% da população. O Programa de Controle do diabetes mellitus foi implantado em Campo Grande no ano 2000 e 15 anos após, existem 25.079 pacientes diabéticos cadastrados em toda rede municipal (UBS e UBSF). O paciente recebe o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) junto com medidas que orientam modificações em seu estilo de vida (educação em saúde, alimentação e atividade física). O tratamento tem como meta a normoglicêmica, devendo dispor de boas estratégias para a sua manutenção a longo prazo. Sendo indicado quando os valores glicêmicos encontrados em jejum e/ou pós-prandiais estiverem acima dos requeridos para o diagnóstico

do DM. As principais medicações utilizadas pelo Sistema Único de Saúde são: a insulina de ação rápida, a insulina NPH, a metformina, a glibenclamida. Assim, notamos a importância em avaliar a disponibilidade de medicamentos para o controle da diabetes nas UBSFs de Campo Grande-MS. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, modelo inquérito de avaliação de serviço que têm por referencial teórico-metodológico as categorias básicas de avaliação da qualidade de serviços de saúde: estrutura-processo-resultado (E-P-R) proposta por Donabedian e Starfield com base nas dimensões da Atenção Primária à Saúde. Serão obtidas informações relativas ao atendimento dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, na rede de atenção básica à saúde na região urbana do município de Campo Grande no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2014. O município de Campo Grande tem atualmente 805.397 habitantes de acordo com o Censo IBGE 2010, população ajustada para 2013. Para atender as necessidades de saúde da sua população, o sistema municipal de saúde pública conta com 28 Unidades Básicas de Saúde e 34 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). As UBSF abrigam 86 ESF, destas equipes, 42,95% conta com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), esta estrutura determina uma cobertura do PSF de 35,19% da população. A pesquisa foi realizada em 29 UBSF, sendo estas as que aceitaram participar. Este projeto contou com a participação de pesquisadores de três instituições, Universidade Anhanguera-Uniderp (UNIDERP) instituição executora, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) e Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande – MS (SESAU) como instituições parceiras. As informações obtidas foram sistematizadas na categoria: Informações relativas às medicações disponíveis no serviço de saúde das unidades

básicas de saúde da família. A obtenção dos dados se deu por três formulários aplicados cada um a três classes diferentes, sendo elas o paciente, o médico e o gerente da unidade. Cada formulário foi desenvolvido para melhor aferir os dados referentes a essa pessoa dentro da cadeia de atendimento. A aplicação dos formulários foi condicionada a validação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos da pesquisa. O Banco de dados foi tratado no programa Excel (Microsoft Corp. Estados Unidos) e analisado estatisticamente no Epi Info 6.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e Bioestat. RESULTADOS: Analisados os formulários, sendo considerados unicamente os dados relativos a medicação e sua disponibilidade, temos a seguinte configuração: relativo a análise dos pacientes foi prescrito medicação a 96,5%, sendo o tratamento medicamentoso exclusivo em 19,7%; relativo a análise dos médicos 81% prescreveram medicação na conduta inicial do paciente com DM2; relativo a análise das UBSFs 3,4% das unidades disponibilizam 2 classes dos principais medicamentos para tratamento, enquanto 65,5% disponibilizam 3, 17,2% disponibilizam 4 e 10,3% disponibilizam 5, sendo (1) Insulina de ação rápida presente em 89,6% das unidades, (2) Insulina NPH em 89,6%, (3) Metformina em 93,1%, (4) Sulfoniluréia em 24,1%, (5) Glicose Hipertônica (50%) em 24,1% e (6) Glucagon em 3,4%. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A grande maioria dos pacientes com diagnóstico de DM2 fazem uso de medicação, e os médicos optam por iniciá-la precocemente o que torna sua disponibilidade essencial para a eficácia do tratamento e prevenção de complicações. Ainda que a maioria das unidades possua medicamentos, apresentam poucas opções de classes para o correto tratamento, sendo que há diferentes indicações conforme a necessidade. A Metformina e

as insulinas são as que apresentam maior disponibilidade, o que corrobora com as principais combinações para o tratamento de DM2. A Sulfoniluréia sendo uma das principais indicações combinada com a biguanida (metformina) apresenta muito pouca disponibilidade, sendo alarmante.

DO SOFRIMENTO À MORTE NO AMBIENTE LABORAL: REFLEXÕES SOBRE O SUICÍDIO RELACIONADO AO TRABALHO NA CONTEMPORANEIDADE

Maisson da Silva Berg, Gímerson Erick Ferreira, Ana Paula de Moraes, Jorge Souza da Cruz

APRESENTAÇÃO: Anualmente são registrados cerca de dez mil casos de suicídio no Brasil e mais de um milhão em todo o mundo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde. Essa silenciosa epidemia tem sido alvo de preocupação de estudiosos, que têm empreendido esforços no ensejo de buscar novas iniciativas e medidas para intervir sob essa questão, visto que o suicídio se configura um problema de saúde de pública. O processo de suicídio é um evento complexo, multifacetado, que envolve aspectos da dimensão consciente e inconsciente do indivíduo e que, em meio à complexidade de suas causas, sinaliza o desespero e o sofrimento. O trabalho pode constituir uma das causas do suicídio, uma vez que, diante dos novos modos de organização do trabalho, leva o trabalhador a adotar estratégias defensivas, as quais, quando insuficientes, podem resultar nas mais diversas patologias, culminando muitas vezes nesse mal. Essa relação é defendida por Christophe Dejours, psiquiatra e psicanalista francês, grande expoente da Psicodinâmica do Trabalho, que há algum tempo vem concedendo relevo a esta questão e que anuncia que o suicídio no local de trabalho é uma mensagem brutal

de sofrimento. Logo, considera-se o ato suicida no ambiente laboral uma questão de relevância social, sendo importante refletir criticamente acerca das práticas disseminadas pela organização do trabalho contemporâneo e que são geradoras de sofrimento patogênico, no sentido de buscar alternativas de caráter preventivo ao suicídio e de criar possibilidades de intervenção em saúde do trabalhador. Assim, têm-se como objetivos para esta produção: tecer algumas reflexões acerca do modo como as configurações do trabalho contemporâneo têm contribuído para o suicídio nos locais de trabalho; e levantar propostas para a prevenção do suicídio no trabalho, sinalizando medidas de intervenção em saúde do trabalhador. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de uma reflexão teórico-filosófica ancorada na Teoria da Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours, que por focar na análise da organização do trabalho, e, a partir desse entendimento, compreender como são produzidos os processos de subjetivação, as patologias e a saúde; pode subsidiar um olhar ampliado diante do fenômeno do suicídio relacionado ao trabalho, abrindo caminhos para intervenções em saúde do trabalhador. A Psicodinâmica do Trabalho refere-se a uma teoria e prática específica, desenvolvida por meio de uma investigação interdisciplinar, cujo método é a clínica do trabalho, a qual procura compreender a dimensão sociopsíquica do trabalho, partindo da premissa de que todo comportamento tem um sentido. Por meio da clínica do trabalho, consegue-se desvelar o dito e o não-dito, o visível e o invisível, reconhecendo o real do trabalho e a mobilização empreendida pelo trabalhador para se engajar no trabalho. Nesse sentido, a clínica em Psicodinâmica do Trabalho está ligada à ação, a uma prática e uma intervenção, pois se constitui num modo de dar visibilidade às situações de trabalho

e às vivências de prazer e sofrimento dos trabalhadores, desvelando as mediações que ocorrem entre o sujeito e o real do trabalho. Assim, tal referencial parece oferecer recursos para iluminar a compreensão dos suicídios relacionados ao trabalho, a fim de favorecer propostas de intervenção que possibilitem o desenvolvimento de medidas de prevenção e promoção da saúde do trabalhador. **RESULTADOS:** Para além do paradigma de desenvolvimento da produção anteriormente exaltado na figura do “homem-boi”, e que visava o domínio do trabalhador sob sua capacidade física, as “novas” configurações do trabalho contemporâneo têm expropriado a capacidade intelectual e emocional do trabalhador, induzindo as pessoas a um pensar alienante, oposto aos caminhos da emancipação e que o coloca na condição de “servidão voluntária”. Nessa situação, o trabalhador perde o sentido de liberdade e assume para si os projetos organizacionais, tornando-se conivente ao mascaramento da organização do trabalho injusto e negando o próprio sofrimento, bem como o de seus pares. Esquece os seus próprios desejos e compromete toda a sua subjetividade e rentabilidade do seu corpo e mente em prol da maximização do desempenho e da superação das metas individuais e organizacionais. Frente a essa conjuntura, o trabalhador se submete aos ditames da organização do trabalho. Este incita o investimento ilimitado no trabalho, a intensificação dos ritmos, o aumento da pressão do tempo, as exigências de produção, e as relações precárias que se estabelecem e o faz lidar cotidianamente com a sensação de insegurança, instabilidade, incompetência, solidão, expondo-se a agressões psicológicas que são banalizadas e que situam o bem-estar e a saúde física e mental em segundo plano. Todo esse sofrimento é gerador de sinais e sintomas de descompensações psíquicas

graves e que podem induzir ao suicídio, na medida em que os trabalhadores usam esse subterfúgio como uma forma de solucionar seus problemas. Na perspectiva dejouriana, a relação entre suicídio e trabalho pode ser interpretada à luz de três concepções: ao modo como o indivíduo gerencia seu próprio estresse; às vulnerabilidades individuais que podem ter sido desencadeadas pelo trabalho; e à análise sociogenética, cuja organização do trabalho assume grande importância na saúde mental. Tal perspectiva assinala a urgência em abordar o suicídio e sua relação com o trabalho, na tentativa de pensar ações que possam prevenir esse grave problema. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Em meio ao grande número de suicídios no trabalho em todo o mundo, e considerando a ínfima relação entre estes casos e a organização do trabalho no cenário contemporâneo, propõe-se um maior investimento em medidas de prevenção e intervenção no ambiente de trabalho. O suicídio ainda é um tabu em nossa sociedade, e por este motivo, muitas vezes fugimos da responsabilidade e atribuímos a culpa à “loucura do indivíduo”, ao invés de relacioná-la à “loucura do trabalho”. É necessário falar sobre o assunto, mostrar que ele existe e que é possível combatê-lo. O trabalhador precisa estar ciente de que tem voz e de que junto aos seus pares, pode buscar espaços de negociação que favoreçam o coletivo e a busca de melhores condições de trabalho. Toda essa conjuntura mostra a importância de se promover a emancipação do trabalhador, bem como da sociedade como um todo, no sentido de denunciar, de pressionar e de exigir medidas para as práticas abusivas que possam desencadear o suicídio no trabalho. Anuncia a necessidade de criação e implementação de políticas públicas direcionadas à saúde do trabalhador nas empresas, as quais possibilitem maior autonomia do trabalhador e assegurem propostas de

melhorias do trabalho, buscando propiciar um ambiente mais saudável e um melhor convívio com o coletivo de trabalho. Nesse sentido, é importante que as organizações possam oferecer espaços de deliberação para o trabalhador, propondo modos de gestão mais horizontalizados, em que seja possível discutir o real do trabalho e nos quais possa ser valorizada a circulação da palavra, valorizando as dificuldades do coletivo em cumprir o trabalho prescrito e lançando mão de estratégias que possibilitem a melhoria dos processos. Sugere-se ainda a criação de espaços de atendimento qualificado, direcionados ao atendimento de trabalhadores em sofrimento psíquico e em risco de suicídio, onde a fala e a escuta seja valorizada, o anonimato seja preservado e o trabalhador sintá-se seguro em compartilhar seus medos, anseios e dificuldades, sem se sentir constrangido ou coagido por dialogar sobre seu sofrimento.

ENFRENTAMENTO DE ENFERMEIROS (AS) LÍDERES NA PRIMEIRA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Patrick Schneider, Maria Isabel Ozuna dos Santos, Ana Luísa Pedron Bona, Anna Carolina Colautti, Gisele Silva Lourenço, Priscila Rodrigues da Cunha, Mariana Mendes, Geórgia Rosa Costa

Palavras-chave: Enfermeiros, Liderança, Emprego

APRESENTAÇÃO: Diante das transformações decorrentes do quadro político social e econômico no Brasil, a Enfermagem enquanto profissão deve ser reorganizada com o intuito de avançar não apenas na formação de um novo profissional, mas, principalmente, de um indivíduo crítico capaz de contribuir para a transformação do contexto em que está inserido. A formação profissional deve ser fundamentada em

conhecimentos e na ética, direcionada para a capacidade de identificar problemas, buscando alternativas para superá-los, como o desenvolvimento do raciocínio crítico, a autonomia, a criatividade. Neste sentido, percebe-se que o processo de formação do enfermeiro tem como objetivo investir no desenvolvimento de competências e lideranças. Entretanto, ao egressar da universidade o enfermeiro recém-formado se depara com algumas situações nunca abordadas durante a graduação, o que gera uma sobrecarga de ansiedade e medo. Ao assumir um cargo de líder de equipe, o enfermeiro recém-formado muitas vezes tem receio de ser rejeitado, de ser demitido caso não se configure como um bom líder e até mesmo, sente-se despreparado para ocupar um espaço que é de fato seu. Isto tem gerado, na primeira experiência profissional, a necessidade de reinventar-se já que ser enfermeiro envolve o aspecto de liderança diariamente. As competências referentes ao perfil do enfermeiro foram definidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e podem ser identificadas como: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente. Como metodologia, este estudo fez uso da revisão integrativa da literatura, que buscou evidenciar e discutir as principais características sobre o enfrentamento do enfermeiro na primeira experiência como enfermeiro recém-formado. Foram utilizados cinco artigos, indexados na base de dados Scientific Electronic Library (SCIELO), ressalta-se que os artigos foram escolhidos aleatoriamente e escolhidos de acordo com a melhor abordagem sobre a temática escolhida. **DESENVOLVIMENTO:** A formação na área da saúde passou por várias mudanças, que propuseram maior crescimento e conhecimentos aos futuros profissionais, a partir das Conferências Nacionais de Saúde e criação de leis orgânicas, a formação de

profissionais passou a ter uma visão integral, comprometimento social e formação geral, a partir dessas mudanças ficou claro que o perfil, as competências e habilidades dos profissionais da saúde formados não correspondiam ao exigido pela sociedade da época. Os cursos de graduação em enfermagem tendem a desenvolver um programa de aprendizagem para estimular nos estudantes os valores de enfermagem como profissão autônoma, tendo como centro das atenções é o paciente. Ribeiro (1995) enfatiza a importância da introdução de alterações na formação inicial da enfermagem, tanto no que se diz respeito a conteúdos, como no que diz respeito à forma, utilizando, por exemplo, metodologias que apelem à classificação de valores, confronto com dilemas morais e tomadas de decisões. Porém, logo no início de sua vida profissional, os enfermeiros descobrem que são outras as expectativas das instituições de saúde, que enquadram estes profissionais, geralmente, em tarefas administrativas. **RESULTADOS:** Dos resultados encontrados, vê-se a grande dificuldade de enfermeiros recém formados em atuar como líderes de equipe. Os estudos apontaram que os maiores enfrentamentos tem ligação com a necessidade de superar o preconceito de terem pouca experiência e também pouca idade; obter credibilidade da equipe; superar as lacunas na formação, especialmente no que diz respeito aos aspectos gerenciais e de liderança da equipe, dificuldade de relacionamento interpessoal, dificuldades de trabalhar em equipe, dificuldades em trabalhar com profissionais desatualizados e escassez de recursos. Esses desafios tinham como ponto de convergência a necessidade de estabelecer um relacionamento harmonioso com todos os profissionais que faziam parte da equipe de trabalho. Ao analisar a liderança em enfermagem, vimos que ela se trata de um processo por meio do qual o enfermeiro influencia outras pessoas,

motivando-as a realizar suas ações de modo a atingirem a excelência no trabalho. Outro estudo realizado com enfermeiros recém-formados buscou saber os pontos principais para um bom líder, entre eles foi citada a comunicação, pois com ela o líder pode se relacionar com os demais profissionais e com isso influenciar os outros. Os outros pontos foram: inteligência, autoconfiança, carisma, autoridade, honestidade, destreza técnica e persuasão. Mas para alcançar essa confiança dos demais profissionais, o enfermeiro tem que ter autoconfiança e conhecer o que se passa com a equipe. Foi possível observar que, realmente um enfermeiro recém-graduado não é um produto acabado, precisa de treinamento, incentivo e prática para desempenhar com segurança sua função profissional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conforme a Lei do exercício profissional nº 7.498 de 1986, o enfermeiro tem como competências, gerenciar unidade em instituição pública e privada; organizar e dirigir os serviços de enfermagem e as atividades dos técnicos e auxiliares; planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os locais de assistência de enfermagem. Embora o cenário prático apresente-se de forma impactante e difícil para o recém-formado no que se refere à liderança, gerenciamento de conflitos e a tomada de decisão, a lei 7.498/86 desde a sua criação sugere um desafio ao profissional e assegura-o e o incentiva a persistir nas ações, ampliando suas perspectivas acerca da sua atuação profissional. Perceber que muitos sonhos adormecem na medida em que o profissional é devorado por um sistema institucionalizado e que isto faz com que o enfermeiro recém inserido no processo de trabalho sintam-se incapazes de liderar e executar suas habilidades nos fez refletir de forma positiva. Embora sejamos inexperientes no modo de agir, somos um novo modelo profissional, capaz de inovar-se e modificar-se conforme a exigência da

situação. Estamos abertos a capacitação, queremos reflexão e ainda buscamos mentores capazes de nos direcionar na tomada de decisão. O importante é acordar, resgatar os sonhos traçados no período de formação, gerir forças que modifique e os torne realidade, somos grande parte da força de trabalho no âmbito da saúde, somos fortes, só precisamos de persistência, de atitude que fortaleça a profissão escolhida. Se somos educados durante a graduação que seremos líderes, porque temos tanto receio em ocupar um lugar que por lei é nosso? Entende-se que políticas devem ser estudadas, sejam estas com interesses políticos, ou mesmo com interesses públicos, porque se tratando de saúde o único intuito político existente deve ser o de que a saúde é um direito de todos e um dever a ser buscado, questionado e solicitado por todos.

EQUIPES GESTORAS NOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE: QUEM SÃO E QUAIS SÃO SUAS FUNÇÕES

Stela Maris Lopes Santini, Elisabete Fatima Polo de Almeida Nunes, Brigida Gimenez Carvalho, Maria Carolina Bof Bonfim, Fernanda de Freitas Mendonça, Carolina Milena Domingos, Elisangela Pinafo, Camila Ribeiro Silva

Palavras-chave: gestão do trabalho, força de trabalho, gestão em saúde

A complexidade dos processos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado e universal, apresenta grandes desafios, em especial aos Municípios de Pequeno Porte (MPP), que correspondem a 73% dos municípios brasileiros (IBGE, 2010), 79,2% dos municípios do Estado do Paraná (PARANÁ, 2013) e 84,5% na área da Macrorregião Norte (Macronorte), composta pelas Regionais de Saúde (RS) de

Apucarana (16a), Londrina (17a), Cornélio Procópio (18a), Jacarezinho (19a) e Ivaiporã (22a). Sabe-se que a gestão em saúde depende de inúmeros determinantes, entre eles a disponibilidade de equipes capazes de atuarem como gerentes nos mais diferentes níveis e áreas do SUS. Pela importância e peculiaridades da estrutura dos MPP, se faz necessário conhecer as características destas equipes e suas funções para contribuir com sua qualificação e com a gestão destes municípios, que exige o aporte de conhecimentos específicos de forma atualizada e coerente com toda a complexidade que envolve a gestão do sistema. Para tanto, esta pesquisa foi iniciada com a identificação dos integrantes das equipes gestoras, mediante contato com as respectivas RS e entrevistas com os secretários municipais de saúde para indicação do nome das pessoas-chaves nos municípios que fossem responsáveis pela coordenação das seguintes atividades: gestão do fundo municipal de saúde, operação dos sistemas de informação, gestão da força de trabalho, vigilância sanitária e epidemiológica, gestão dos serviços de saúde, coordenação de programas e da Estratégia Saúde da Família (ESF), regulação e auditoria, planejamento e avaliação. A escolha das atividades de gestão nestas áreas foi definida considerando que estes são espaços determinantes para a gestão da saúde e conseqüentemente para a operacionalização/implementação do SUS nesses municípios. A população inicial de estudo foi constituída por 828 profissionais que integravam a equipe gestora nos MPP (N=82) da Macrorregião Norte do Paraná, dos quais foram entrevistados 744 profissionais (89,9%), com 84 perdas (10,1%). Dentre os entrevistados, houve predominância de profissionais do sexo feminino (66,9%), sendo que esta tendência se manteve em todas as RS. Quanto à faixa etária, 52,7% dos profissionais encontravam-se entre 30 a 44 anos de idade, com média

de 37,8 anos e moda de 32 anos (idade mais frequente). Quanto ao nível de escolaridade, 524 profissionais (70,5%) referiram ter curso superior e destes, 58,0% possuíam pelo menos uma pós-graduação. Somente 0,3% dos profissionais possuíam unicamente o ensino fundamental completo e nenhum dos entrevistados referiu ensino fundamental incompleto. Estes resultados sugerem uma maior busca por formação de nível superior e especialização pelos profissionais das equipes, bem como a ocupação de funções de gestão/coordenação por profissionais com maior formação. Ainda no quesito escolaridade, 60,3% dos 524 integrantes das equipes gestoras que possuíam curso superior eram graduados na área da saúde e 34,4% eram graduados na área de humanas. Dos 331 profissionais que possuíam especialização, 40,2% eram na área de gestão e modelos de atenção à saúde (enfermagem do trabalho, ESF, saúde coletiva, gestão em saúde pública, etc.) e 32,0% eram na área técnico-assistencial da saúde (hematologia, acupuntura, urgência e emergência, obstetrícia, farmacologia, psiquiatria, enfermagem em Unidade de Tratamento Intensivo-UTI, entre outras) e sete referiram possuir residência, distribuídos em todas as RS, com exceção da 19^a RS. A maioria das funções de gestão eram ocupadas predominantemente por profissionais enfermeiros, exceto para os responsáveis pelos sistemas de informações ambulatorial e hospitalar, pela área de recursos humanos e pelo agendamento de consultas e exames, em que predominaram profissionais com formação em administração; pela vigilância sanitária em que predominaram profissionais com formação em medicina veterinária; pela coordenação de saúde bucal em que predominaram odontólogos; e pela coordenação da assistência farmacêutica e pela coordenação de compras e licitações, em que predominaram farmacêuticos. Quanto à realização de pós-graduações

Stricto Sensu, foram referidas por cinco profissionais, muito provavelmente porque este tipo de pós-graduação esteja mais distribuído em grandes centros e sejam mais direcionados para a área acadêmica e não para a atividade profissional. Além disso, o acesso a estes cursos são limitados pela menor oferta de vagas e pela necessidade de mais tempo de dedicação do que uma especialização, o que pode dificultar a conciliação do estudo com o exercício das funções de gestão. Por ocasião das entrevistas, foi questionado aos profissionais das equipes gestoras quantas e quais funções os mesmos exerciam nas equipes de saúde de seus municípios. Em resposta à primeira questão, 70,1% dos pesquisados relataram exercer até duas funções de gestão e 29,9% mais que duas funções. Em resposta à segunda questão, foram identificados 72 secretários municipais de saúde que representavam 87,8% dos municípios e 9,7% do total de entrevistados. Quanto às demais funções de gestão 66,9% dos entrevistados eram responsáveis pelos diferentes sistemas de informação; 15,1% pelo agendamento de consultas e/ou exames; 13,9% pelo planejamento e avaliação de ações e serviços; 11,6% pela coordenação da ESF/Programa Saúde da Família (PSF) ou Atenção Primária à Saúde (APS); 11,6% pela coordenação da vigilância epidemiológica; 9,8% pela área de recursos humanos, sendo que destes, 68,0% eram vinculados às prefeituras e 32,0% atuavam nas próprias secretarias municipais de saúde. Mesmo a pesquisa tendo sido realizada em 82 municípios, como a maioria dos profissionais atuava em mais que uma função, 86 profissionais se autorreferiram como coordenadores da ESF ou ABS, e igual número pela coordenação da vigilância epidemiológica, podendo sugerir que o mesmo profissional realize estas duas funções; 84 como coordenadores de UBS, 103 como responsáveis pelo planejamento e avaliação, 112 como responsáveis pelo

agendamento de exames e consultas especializadas e 498 como responsáveis pelos diversos sistemas de informações. Foram pesquisados o tempo de atuação dos profissionais nas funções de gestão e o tempo de atuação destes na área da saúde. Em relação ao tempo de atuação nas funções de gestão no município, 26,3% dos profissionais tinham até um ano nas funções e 43,6% de um a seis anos. A média de tempo de atuação nas funções foi de aproximadamente 5,5 anos. Quanto ao tempo de atuação na área da saúde e não especificamente somente na função de gestão, 25,8% (N=192) dos profissionais referiram possuir de 12 a 24 anos de atuação e o tempo médio foi de 11 anos. A maioria dos entrevistados referiu não possuir experiência anterior na função de gestão (74,9%). Os resultados sobre a escolaridade demonstraram que o fato destes profissionais atuarem em MPP, no interior do Estado, não os impediu de ter acesso a processos de formação e pós-graduação, caracterizando equipes com escolaridade adequada ou superior ao exigido aos cargos ocupados, o que pode impactar positivamente no padrão de qualidade da gestão dos serviços. Também confirmou a feminilização das equipes municipais de saúde e o crescimento da participação das mulheres no mercado de trabalho em saúde, bem como a importância dos profissionais da categoria de enfermagem no contexto da gestão de saúde. E evidenciou uma possível sobrecarga de atividades por parte dos profissionais das equipes, pois a maior parte destes (70,1%) conciliavam as atividades das funções de carreira com as de gestão. Sabemos que a gestão da saúde nos municípios não se faz somente pelo gestor formal, daí a importância de investimentos na qualificação das equipes de gestão e da promoção de estratégias de valorização e reconhecimento da função para fixação e melhorias de desempenho das equipes dos MPP.

ESTUDO DE PERFIL DO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Liliany Mara Silva Carvalho, Joanito Niquini Rosa Junior, Paulo Henrique da Cruz Ferreira, Alessandra de Campos Fortes Fagundes

Palavras-chave: Gestor municipal de saúde, municipalização, estudo de perfil

Em 1990, foi aprovada pelo Congresso Nacional, a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080, que atribui ao município a direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), e a execução dos serviços, ficando a União e os Estados, responsáveis pela normatização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação. Em complementação a esta no mesmo ano a Lei 8.142 regulamentou a gestão pública do SUS em todos os níveis de governo. Assim, com o advento das referidas leis, tivemos a municipalização da saúde, que é um processo da descentralização da gestão do sistema de serviços até a base político-administrativa do Estado brasileiro, implicando no reordenamento dos papéis que cabem a cada uma das instâncias político administrativas, isto é, ao governo federal e aos governos estaduais e municipais. Municipalizar a saúde significa, portanto, trazer para a gestão municipal a capacidade de definir, junto com os municípios, o que fazer com a saúde na sua área de abrangência, através da autonomia de gestão e descentralização de recursos financeiros. O município passa a ser um nível de grande importância nos processos de descentralização, por assumir novas funções e ser lócus de mudanças. Neste contexto, as políticas descentralizadoras representam novos desafios para a gestão tanto pela assunção de novas responsabilidades, como para instituição de mudanças. A gestão do sistema pode ser entendida como o conjunto de atividades políticas,

técnicas e administrativas desenvolvidas com o propósito de assegurar a condução, o planejamento, a programação, a direção, organização e controle do sistema de serviços de saúde em sua totalidade. A partir das mudanças preconizadas pelo movimento da Reforma Sanitária e que desembocaram na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), as transformações reivindicadas enfocavam, dentre outras, na qualidade da gestão dos serviços. A consolidação do SUS está intimamente ligada ao perfil dos atores que assumem e conduzem as diversas instâncias de governo. É neste sentido, por considerar que mais do que um administrador, o gestor do SUS é uma autoridade sanitária em cada esfera de governo, cuja ação política e técnica deve estar pautada pelos princípios da reforma sanitária brasileira e, considerando o significado estratégico da municipalização, é que o presente trabalho tem por objetivo a análise do perfil do gestor municipal de saúde da Região de Saúde de Diamantina. O trabalho foi realizado através de entrevista semiestruturada, com a utilização de técnicas qualitativas de pesquisa tanto para a coleta, quanto para a análise dos dados. O estudo foi desenvolvido na Região de Saúde de Diamantina, que de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais (PDR) compreende o total de quinze municípios, com extensão territorial de 14.266,1 km² e população estimada em 174.912 habitantes. São eles os seguintes municípios: Alvorada de Minas, Carbonita, Coluna, Congonhas do Norte, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Gouveia, Itamarandiba, Presidente Kubitschek, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves e Serro. Esta pesquisa atendeu aos princípios éticos e à Resolução 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de nº 840.133 de 21/10/2014. Todos os gestores municipais de saúde participantes

desta pesquisa assinaram previamente a Autorização da Coleta de Dados em que consentiram que o município fosse participante da referida pesquisa. Somente após o consentimento dos 15 municípios o projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP. No momento da entrevista os participantes assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ainda o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos. As entrevistas foram gravadas utilizando gravador digital Samsung Galaxy S4 e, em seguida, transcritas na íntegra no software Microsoft Word 2007 (®Microsoft Corporation), respeitando-se todas as falas. Por questões éticas neste trabalho os gestores, nosso objeto de pesquisa, foram denominados como G, sendo enumerados G1, G2, G3 e assim sucessivamente. Para a numeração dos gestores optamos por critério de sorteio, impedindo que o número fosse associado a ordem alfabética, localização geográfica ou outros. Os resultados deste trabalho mostraram que a maioria dos gestores tinham dificuldades para reservar um tempo para responder aos questionamentos, sendo frequentemente interrompidos e demonstrando que haviam tarefas imediatas e corriqueiras que necessitavam ser cumpridas, evidenciando as dificuldades de planejamento para realizar uma atividade previamente agendada. Além disto no momento das entrevistas ficou evidente a necessidade do gestor em se fazer politicamente presente para o atendimento a determinados usuários do serviço de saúde. Evidencia-se que a maioria dos gestores está situada na faixa etária entre 31 a 40 anos (65%), com média de 33,5 anos. A idade compreendeu entre 27 anos, o mais novo deles, e 64 anos o mais velho. Em relação a distribuição por sexo podemos notar que 34% são do sexo masculino e 66% do sexo feminino, mostrando uma disparidade, confirmando a forte presença feminina na força de trabalho

em saúde. Dos 15 entrevistados 67% tem formação em nível superior, sendo que destes 50% formaram-se em algum curso relacionada à área de saúde; 6% tem nível técnico e 27% concluíram apenas o segundo grau. Questionados sobre a participação no curso “De repente... gestor”, curso voltado a formação de gestores municipais de saúde oferecido pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS), constatamos que a maioria deles, 60%, não efetuaram o curso e uma minoria de 40% foi capacitada. Por fim avaliamos o tempo de gestão, a grade maioria compreendeu entre 1 ano e 1 mês a 2 anos como gestor municipal de saúde, seguidos de 20% que tem mais de 3 anos e 1 mês empatados com os que tem 2 anos e 1 mês a 3 anos, 13% revelou-se com menos de 1 ano. Destacamos aqui os extremos em que encontramos um gestor que tinha apenas 3 meses no cargo em comparação a outro com 24 anos de atuação no cargo. Os resultados demonstraram a importância de formação e capacitação dos gestores municipais de saúde evidenciando a necessidade de proposta de um perfil gerencial, que especifique as atribuições e responsabilidades do gestor municipal de saúde. Além disto, no momento das entrevistas ficou evidente a necessidade do gestor em se fazer politicamente presente para o atendimento a determinados usuários do serviço de saúde.

FATORES GERADORES DE ABSENTEISMO DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM SANTA CATARINA, BRASIL

Naraiane Fermino, Nádia Heylmann, Rosana Amora Ascari

Palavras-chave: Absenteísmo, Enfermagem, Gestão, Saúde do Trabalhador

INTRODUÇÃO: O absenteísmo refere-se à frequência ou duração do tempo de trabalho perdido quando os profissionais não comparecem ao trabalho, isso corresponde às ausências quando se esperava que os funcionários estivessem presentes. No entanto, é importante considerar que as causas do absenteísmo nem sempre estão ligadas ao profissional, mas sim à instituição com processos de trabalho deficientes através da repetitividade de atividades, da desmotivação, das condições desfavoráveis no ambiente de trabalho, da precária integração entre os empregados e a organização e dos impactos psicológicos de uma direção deficiente que não visa uma política prevencionista e humanística. Na área da enfermagem, as ausências desorganizam o trabalho de toda uma equipe, ausência que traz graves perturbações à realização das atividades e sobrecarga aos demais membros do grupo. Reduz a produção, aumenta o custo operacional e dificulta a substituição dos trabalhadores diretamente. Os fatores relacionados com o absenteísmo feminino vão desde a necessidade de cuidado dos filhos e das tarefas domésticas até a maior suscetibilidade ao estresse e a problemas de saúde. Mesmo que tenha apenas um emprego, é comum a mulher enfrentar a dupla-jornada, representada pela associação do trabalho “fora de casa” com o trabalho doméstico. Sentiu-se então, a necessidade de conhecer a incidência do absenteísmo por doença junto aos trabalhadores de enfermagem e fatores geradores deste absenteísmo, suas características em relação ao gênero, avaliando os motivos de afastamento, categoria, idade e sexo, na tentativa de refletir sobre a magnitude desta problemática para subsidiar ações de controle do absenteísmo na equipe de enfermagem de um Hospital Universitário no estado de Santa Catarina, Brasil.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa

de caráter descritivo, com abordagem quantitativa. Para ter acesso aos registros, do Serviço de Atenção da Saúde do Trabalhador (SAST), foi encaminhado ao Hospital Universitário um ofício destinado ao representante do setor de RH, solicitando permissão de manuseio as informações acerca dos atestados e afastamentos para tratamento de saúde, correspondente ao período de janeiro a dezembro de 2011. A coleta de dados obedeceu a um protocolo que preservou o anonimato das informações individuais. Os dados coletados foram organizados em forma de tabelas, analisados de acordo com estatística descritiva simples e discutidos com base na literatura científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Este estudo compreendeu um total de 172 pessoas entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que procuraram o atendimento no Serviço de Atenção à Saúde dos Trabalhadores (SAST) em 2011, destes foram totalizadas 136 consultas entre atestados e afastamentos. Os resultados apontam para atestados e/ou licenças médicas no período de estudo, técnicos de enfermagem (72,09%), mulheres (94,19%), na faixa etária de 26 a 35 anos (36,63%), casada (44,19%), com nenhum filho (63,37%), trabalhadoras no período noturno (38,95 %). Alguns autores relacionam como causa do absenteísmo feminino, o fato de a maioria das mulheres inseridas no mercado de trabalho ser responsável pelos afazeres de casa e cuidado com os filhos. Esta dupla jornada de trabalho repercute em seu cotidiano e durante o seu turno de trabalho, não conseguindo afastar-se dos problemas do lar. Os enfermeiros foram responsáveis por 13,5% (76) dos afastamentos. Estudo aponta que a menor frequência de afastamentos de enfermeiros no trabalho pode ser atribuída ao fato de que, sendo o profissional que responde pela equipe de enfermagem, a responsabilidade do cargo pode determinar uma presença

mais constante, e menos cansativa. A ocorrência de uma maior quantidade de atestados entre os técnicos de enfermagem demonstram que quanto mais baixo o nível hierárquico ocupado pelos trabalhadores da equipe de enfermagem, maior a probabilidade de afastamentos por motivo de adoecimento. Quanto ao número de dias afastados do trabalho, se observa que das 136 consultas realizadas, 106 indivíduos que prevaleceram de 1 a 4 dias de afastamento, isto corresponde (77,94%), seguido de 5 a 10 dias com 28 afastamentos (20,58%) e dois afastamentos foram de mais de 10 dias (1,47%). Um estudo constatou que mais de 80% de todas as ausências tem duração igual ou inferior a três dias, contribuindo com menos de 15% dos dias perdidos; e que menos de 10% dos casos são responsáveis por mais de 80% dos dias perdidos. Verificase entre todas as categorias estudadas que, a unidade hospitalar de internações clínicas teve maior incidência entre licenças e afastamentos (24,26%), seguido da emergência com (19,85%), a unidade de terapia intensiva - UTI com (14,70%), a unidade de internação cirúrgica teve (11,02%), maternidade e berçário com (7,35%), pediatria (5,88%), centro cirúrgico (5,14%) e oncologia com (4,41%). Dos afastamentos (n=136) a maioria foi por agravos de doenças, sendo que as doenças do olho e anexo prevalecem com 29 casos (21,32%), seguidas de doenças do sistema osteomuscular com 26 casos (19,11%); doenças do aparelho respiratório com 20 casos (14,70%); os atestados médicos por acompanhante 15 casos (11,02%), doenças do geniturinário e algumas doenças infecciosas e parasitárias somam cada uma 10 casos representando (7,35%); doenças do aparelho digestivo foram 9 casos (6,61%), gravidez, parto e puerpério com 8 casos (5,88%); doenças infecciosas intestinais 5 casos (3,67%) e as lesões e envenenamento e fatores que influenciam o estado de

saúde e contato com serviço com 2 casos cada, (1,47%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os índices de absenteísmo por doença entre os trabalhadores de enfermagem da instituição pesquisada apresentam-se elevados, indicando a necessidade de estudos em cada local de trabalho, buscando detectar problemas causais específicos de cada unidade hospitalar e avaliação da organização e posto de trabalho com vistas à melhoria das condições de trabalho e promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem. Há também a necessidade de criação de um banco de dados para aperfeiçoar o registro das faltas, a fim de facilitar seu controle e possibilitar futuras pesquisas, visando à saúde, segurança e boas condições de trabalho dos profissionais de saúde, considerado um recurso valioso pela Organização Mundial de Saúde.

FATORES IMPACTANTES NO ATENDIMENTO AO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

Caroline Soares Nobre, Caline dos Santos Vasconcelos, Eleonora Lima Peixinho Guimarães

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Atenção primária a saúde, Serviços de Saúde

APRESENTAÇÃO: Em 2025 o Brasil ocupará a sexta colocação entre os países do mundo com maior número de idosos, com a finalidade primordial de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Foi criada em 19 de Outubro de 2006 a Portaria Nº 2.528 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, amparando todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais. A política considera a necessidade de

buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos, por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde. Sendo a família a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família um papel fundamental (BRASIL, 2006). Ao considerar a fragilidade da saúde do idoso, muitos são acometidos por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT) - estados permanentes ou de longa permanência, que podem gerar um processo incapacitante, afetando sua funcionalidade, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer a qualidade de vida, desta forma são os principais motivos da busca pelo atendimento na Atenção Primária à Saúde (APS) por esta população. Deste modo, objetivou-se identificar os fatores que impactam no atendimento prestado aos idosos, usuários da APS no Brasil. DESENVOLVIMENTO: Estudo de caráter exploratório por meio de uma revisão integrativa, na qual segundo Mendes (2008), a mesma inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisões e a melhoria da prática, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento, que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Foram utilizadas as bases de dados nacionais e internacionais, Scielo, Bireme e Google acadêmico, no período de agosto a novembro de 2014. Utilizou-se como filtro o ano de publicação (2000 a 2014), considerando um período anterior de cinco anos, a criação do Estatuto do Idoso, que ocorreu em 2006. Os descritores utilizados para a busca na base de dados foram: Saúde

do Idoso, Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde, Serviços de Saúde, Saúde do Idoso e Saúde da Família. Foram realizadas combinações entre os descritores gerando um total de 210 artigos e destes, foram selecionadas 10 publicações considerando os critérios de inclusão: artigos completos disponíveis em português que apresentassem os fatores positivos e desafiadores que influenciam no atendimento ao idoso na atenção básica. Foram excluídos artigos que tratam da acessibilidade do idoso no âmbito hospitalar e artigos idênticos. RESULTADOS: Não foi possível identificar as possíveis influências do Estatuto do Idoso na qualidade do atendimento prestado, pois, as publicações são após 2006. Os autores são profissionais das áreas da Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Odontologia, Medicina e Serviço Social. Destes, os enfermeiros estão em maioria com quatro (40%) dos manuscritos. Destes autores, nem todos deixaram claro na sua identificação a área de atuação. Apenas um artigo deixou claro que a profissional era especialista em Atenção à Saúde e Envelhecimento. Alguns indicaram as áreas que estão relacionadas como Saúde da Família, Saúde Coletiva, Educação e Saúde Comunitária, enquanto outros identificaram apenas sua categoria profissional. No que se refere às regiões do Brasil, apenas a região norte não esteve presente. As universidades públicas representam oito (80%) dos artigos selecionados. Essas instituições de ensino foram representadas por alunos de graduação, especialização, mestrado, doutorado bem como os docentes. Os objetivos traçados tinham caráter de identificação das ações prestadas e dificuldades enfrentadas na assistência, além de avaliar e analisar o atendimento oferecido ao idoso. Os principais fatores que influenciam o atendimento prestado aos idosos na APS estão associados à

utilização do Serviço de Atenção Básica foi “Escolaridade”, ao fato de “perceber-se saudável” e “autorrelatos de dano crônico”. Na realização do estudo, os autores puderam observar que os próprios idosos se queixaram da dificuldade de acesso às UBS/USF. Ainda assim, foi percebido que a Atenção Básica tem conseguido atender grande parte da população idosa. Essa percepção dos autores contradiz a percepção dos idosos, que referiram dificuldade para acessar o serviço de saúde das UBS/USF (PASKULIN, VALER e VIANNA, 2011). Identificaram fatores semelhantes pesquisadores de Fortaleza (Barros et al., 2011) na qual estão a baixa assiduidade dos idosos, sem motivo específico para justificar e a necessidade de capacitação do profissional para intervir no processo de envelhecimento. Referindo que a baixa assiduidade pode estar relacionada à autopercepção de se sentir saudável ou dificuldade no deslocamento até a Unidade de Saúde. Cabe destacar que Oliveira e Tavares (2010) afirmam que a pouca assimilação das orientações, especialmente no que se refere aos medicamentos, além do pouco acompanhamento dos familiares estão associados ao atendimento prestado, aludindo à baixa renda e escolaridade da população de usuários idosos. Em acordo com Paskulin, Valer e Vianna (2011) que acreditam na escolaridade como um dos fatores negativos responsável pela pouca assimilação das orientações prestadas pelos profissionais de saúde. Três artigos (Barros et al., 2011; Mendes et al., 2013; Almeida et al., 2011) trouxeram como fator dificultador o aperfeiçoamento, capacitação e profissional. Os profissionais de saúde recebem a capacitação profissional durante o período de graduação, mas, nem sempre esse ensino é suficiente para garantir uma boa prática profissional. Tavares et al. (2008) realizaram um estudo que buscou descrever o conhecimento dos acadêmicos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro -

UFTM, sobre definição cronológica do idoso, geriatria e gerontologia, onde foi identificado que cerca de 75% desses cursos abordam o tema, a frequência de contato com o idoso gira em torno de 50% dos acadêmicos e os mais interessados nessa temática são os estudantes de enfermagem, seguido dos de medicina. A sobrecarga de trabalho foi outro fator destacado pelos artigos de Motta, Aguiar e Caldas (2011) e Almeida et al. (2011). Seja na ESF ou UBS, considerando a demanda prevista de atendimento, quantidade de famílias cadastradas e programas para executar, principalmente para o enfermeiro, requer planejamento e organização para conseguir atingir as metas pactuadas e atender as necessidades da comunidade. Além da sobrecarga de trabalho e infraestrutura das unidades de saúde, a escassez de recursos humanos, também, dificultam o atendimento (BARROS et al., 2011). CONSIDERAÇÕES FINAIS: O fato de a população brasileira e mundial estar em constante envelhecimento, deve ser motivo para a veemência da gestão pública e das universidades, no investimento em capacitação profissional e infraestrutura. Diante dos fatores associados ao atendimento do idoso, acredita-se que assim como a saúde da criança e a saúde da mulher que obtém consultas específicas, a saúde do idoso pode e deve ser remodelada designando uma consulta específica a esta população alvo. Os atendimentos das ESF e UBS por vezes, estão programados para atender usuários com determinada patologia como hipertensão e diabetes ocorrendo um direcionamento da assistência para a patologia, proporcionando um cuidado clínico generalizado. Legitimar o serviço prestado à população brasileira idosa proporcionará um envelhecimento acompanhado e amparado com ações de promoção da saúde e prevenção de agravos inerentes ao envelhecimento.

FINANCIAMENTO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAL DE SAÚDE: COMPARANDO INVESTIMENTOS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DA GRANDE VITÓRIA

Fabiana Turino, Francis Sodré

Palavras-chave: SUS, Organização Social de Saúde, Financiamento público

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi concebido com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988. O SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma política de Estado construída pelas forças sociais que lutaram pela democracia e organizaram-se pautados na Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Nos debates para a formulação da CF houve a reafirmação da força do setor privado dentro das políticas públicas de saúde no Brasil. Podemos classificar o artigo 199 – que diz: “A assistência à saúde é livre a iniciativa privada” – como o primeiro golpe sofrido pelo pensamento de uma política pública progressista para o SUS. Em meados da década de 90, o processo de construção e consolidação do SUS sofre com a influência da discussão em torno da reforma administrativa do Estado, o que implicou a busca por alternativas de gestão das organizações governamentais. Naquele momento havia o entendimento por parte do governo federal de que o Estado deveria ser mínimo para desburocratizar a máquina pública. Então, em 1995, o Ministério Administrativo da Reforma do Estado, comandado pelo ministro Carlos Bresser-Pereira, apresentou o Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRAE). Com a promulgação da emenda constitucional nº 9.637, de 1998, as atividades estatais foram divididas em dois tipos: a) as ‘atividades exclusivas’ do Estado; b) as ‘atividades não exclusivas’ do Estado que seriam prestadas tanto pela iniciativa privada como pelas organizações sociais que integrariam o setor

público não estatal. O resultado disso foi que houve flexibilização administrativa com a transferência da gestão de serviços não exclusivos, como saúde, educação e cultura, para entidades privadas. Esse movimento, conhecido como Nova Gestão Pública (NGP), marcou a administração no campo da saúde no contexto brasileiro a partir de então. Observa-se com destaque a inserção das organizações sociais (OS), criadas pela Medida Provisória nº 1.591, de 9 de outubro de 1997, e regulamentada na forma da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Esses entes tiveram como objetivo promover a desobrigação do Estado frente às políticas sociais, em especial a saúde, como também a desoneração estatal no que compete o emprego dos recursos financeiros, assim como a desobrigação sob a gestão pública, entendida pelos defensores desse modelo como “burocrática e engessada”. A questão que se coloca é se realmente a atuação das OS’s ofereceu à sociedade uma gestão no campo da saúde mais eficiente e menos burocrática, realizando os serviços preconizados com qualidade e custos menores. O objetivo deste trabalho é buscar comparar o volume de recursos financeiros destinados aos cinco principais hospitais públicos da Região Metropolitana da Grande Vitória (ES) sob administração direta – Hospital Dório Silva (HDS), Hospital São Lucas (HSL), Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), Hospital Antônio Bezerra de Farias (HABF) e Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves (HIMABA) – com três unidades hospitalares que foram cedidas para gestão de uma Organização Social de Saúde (OSS) – Hospital Estadual Central (HEC), Hospital Dr. Jayme dos Santos Neves (HJSN) e Hospital de Urgência e Emergência (HUE) – no período de 2009 a 2014. O estudo consiste em análise de dados secundários para uma pesquisa descritiva. Foram extraídos dados públicos de financiamento da saúde e

indicadores de desempenho de sites como: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES); Governo Estadual do ES; Secretaria Estadual de Saúde e Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS). A partir dos dados oficiais disponíveis, foi realizado o cruzamento de informações e posterior análise para averiguar a proporção dos volumes dos recursos financeiros. Assim foi possível comparar o volume de recurso público empregado nos dois modelos de gestão: administração direta – pelo Estado; e administração indireta – pela OSS. Após o cruzamento dos dados públicos disponíveis chegamos a alguns apontamentos. O que mais chama atenção é a comparação o volume de recursos financeiros alocados anualmente nos hospitais sob gestão direta em relação aos hospitais gerenciados pelas OSS. Em 2009 foram aplicados R\$ 116.091.153,35 nas unidades sob administração direta contra R\$ 1.022.962,50 na indireta. No ano seguinte essa relação foi de R\$ 135.737.162,11 (direta) versus R\$ 34.081.374,17 (indireta). Já em 2011 foram 154.300.847,36 (direta) e R\$ 44.584.599,00 (indireta). Um ano depois os valores foram de R\$ 173.108.090,86 x R\$ 30.368.545,31. O salto dos recursos para OSS aconteceu em 2013, quando o segundo hospital começou a ser gerenciado por OSs. O valor chegou a R\$ 143.635.094,48, enquanto que para os hospitais de gestão direta foram R\$ 188.233.794,63. Por fim, em 2014, o valor investido na gestão direta foi menor que na indireta: R\$ 198.083.322,10 x R\$ 234.733.195,89. Fica evidente a mudança de foco nos valores investidos em saúde. Os valores repassados às OSS saltam da casa de 30 milhões de reais, em 2010, para quase 235 milhões de reais, em 2014. Um aumento de quase 8 vezes mais. Para qualificar melhor os dados desse volume financeiro associamos esses valores com o número de atendimentos/internações efetuados pelas unidades hospitalares.

Os cinco principais hospitais estaduais da Grande Vitória sob administração direta do estado realizaram no ano de 2009 um total de 1.764.280 atendimentos/internações. Nesse período foram investidos pouco mais de 116 milhões de reais, o que resulta em uma relação de R\$ 65,80 por cada atendimento/internação. No mesmo ano, foram feitos apenas 72 atendimentos/internações no HEC, que passou a ser administrado pela OSS Pró-Saúde apenas em dezembro daquele ano. A razão de R\$ 14.207,81 para cada atendimento é descomunal se comparada com o valor gasto com os hospitais da administração direta. O fato de ter sido inaugurado no fim do ano não diminui a discrepância dos valores investidos por atendimento no HEC, como pode ser identificado nos anos seguintes. Vale destacar que a primeira OSS atuando nos hospitais públicos da Grande Vitória foi a Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar (Pró-Saúde) e iniciou suas atividades no fim de 2009 na gestão do HEC. A segunda entidade que começou a atuar no estado foi a Associação Congregação de Santa Catarina. Ela iniciou os trabalhos em dezembro de 2011 para substituir a Pró-Saúde na administração do HEC, pois houve divergência em relação ao valor superestimado no contrato. Em fevereiro de 2013, a Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES) passou a atuar como OSS na gestão do HJSN. Por fim, o Instituto Americano de Pesquisa, Medicina e Saúde Pública (IAPEMESP) começou a atuar em setembro de 2014. Apenas esses quatro entes receberam nos cinco anos um total de quase 500 milhões de reais, tendo realizado aproximadamente 335 mil atendimentos entre 2009 e 2012. No mesmo período os cinco hospitais sob administração estatal fizeram quase 7 milhões de atendimentos, tendo recebido em cinco anos pouco mais que 965 milhões de reais. Os números mostram que na prática

a entrada das OSS na gestão dos hospitais públicos do Espírito Santo não concretiza o discurso de desoneração da máquina pública proposto no PDRAE, mas sim a desoneração frente às políticas sociais. As análises iniciais dos dados deixam claro que os financiamentos direcionados para OSS não se transformam em um maior número de atendimentos. A política que enxerga o princípio da desburocratização como único caminho para melhoria do Sistema Único de Saúde, mostram somente o fato que essas entidades possuem mais autonomia nos processos de aquisição e contratação de recursos humanos.

FORMAÇÃO DE GESTORES PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: DISCUTINDO UMA PESQUISA APLICADA

Vanessa Nolasco Ferreira, Carlos Henrique Assunção Paiva, Fernando Antônio Pires-Alves, Luiz Antônio Teixeira

Palavras-chave: Gestão de Pessoas, Atenção Primária à Saúde, Materiais de Apoio Pedagógico

Apresentação e objetivos: O presente trabalho é fruto de uma proposta conjunta do Observatório História e Saúde (DEPES/COC) e do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde (Icict/Fiocruz). Dedicar-se a construção de seção descritiva e instrucional denominada *Pense SUS-Gestão* a ser hospedada na Plataforma *Pense SUS* (<http://pensesus.fiocruz.br/>) com vistas a contemplar a formação de gestores de serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. Por intermédio da confecção e divulgação de materiais de apoio pedagógico, é objetivo da iniciativa promover uma inteligibilidade mais completa de questões-chave para a organização das instituições e da rede de

saúde no Brasil. As discussões e iniciativas em torno da organização das instituições de saúde não parecem ter seguido o mesmo ritmo de renovação que percorreu o debate acerca da organização dos sistemas de saúde. Esse quadro sugere que, regra geral, as instituições que prestam assistência e permitem o ingresso dos usuários no sistema de saúde, tenham permanecido afeitas aos modelos da escola da administração clássica, organizados em torno de noções mais ou menos rígidas de autoridade e hierarquia, pouco inclinadas a contemplar a questão da participação de funcionários e usuários nos processos de gestão, inspirados, enfim, em modelos de organização e planejamento de caráter essencialmente tecnicista e normativo (Abrahão, 2005). Várias foram as iniciativas visando vencer essas limitações. No terreno da formação de gestores hospitalares, já em meados dos anos 1970, o Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde (PROHASA) teve como objetivo romper com os padrões então vigentes de formação de quadros gestores no campo da saúde, rumo a perspectivas críticas ao modelo vigente (Contim, 2009). No terreno da Atenção Primária, mais de uma década depois, em uma tentativa de melhor formar e qualificar gestores para esse nível assistencial, podemos destacar a iniciativa do curso sobre Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde, também conhecido como Projeto GERUS (Brasil/MS, 1997). Apesar das tentativas de superação da dicotomia serviço/sistema de saúde, o sistema de saúde brasileiro em nossos dias, entre seus inúmeros e variados desafios mantém, como herança institucional persistente, a permanência de formas de gestão de base tecnicista e normativa (Rivera, Artmann, 2012). Significa dizer, em termos práticos, que o padrão de comportamento dos gestores, como regra, não parece situar suas ações e ambições

segundo uma perspectiva que considere uma dimensão mais ampla, política e institucional, na qual se insere a instituição e o setor da saúde. Método: O projeto está assentado em três ordens de procedimentos metodológicos: (1) levantamento e sistematização de informação já disponível acerca das problemáticas identificadas no escopo do projeto; (2) constituição de oficinas com gestores da Estratégia de Saúde da Família e com discentes de gestão em saúde; (3) com base nas fontes primárias e secundárias selecionadas, análise e construção de narrativas acerca dos eixos-problema. A atividade de levantamento considera a produção acadêmica e documentos institucionais que tratam dos eixos-problema identificados. Para efeito de levantamento, serão considerados materiais relevantes todos aqueles que tomem como objeto específico ou parcial algum dos eixos-problema identificados. A princípio não haverá recorte temporal e a seleção dependerá de critérios de relevância para uma compreensão dos problemas. Serão privilegiadas, como fontes de informação para o levantamento, bases bibliográficas qualificadas (Base Hisa, BVS etc) e acervo documental depositado no Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz (DAD/COC) e outras instituições que façam guarda de documentação considerada relevante para fins de pesquisa. A realização de três oficinas junto a profissionais da gestão da Estratégia Saúde da Família e estudantes de gestão em saúde terá como propósito colher informações acerca do imaginário e da agenda de problemas identificados por estes sobre a gestão de serviços de Atenção Primária. Sem que se identifique os falantes, as oficinas com profissionais e discentes tem o propósito de colher opiniões e tomar atitudes acerca dos principais problemas identificados por estes, segundo eixos-problemas pré-definidos. À luz das

experiências concretas dos participantes, as Oficinas, ao mesmo tempo, colocarão como fóruns e/ou oportunidades de validação, ajustes ou inclusão de novos eixos norteadores para a pesquisa, de forma que o escopo de pesquisa, aqui definido, possa ser encarado como uma matriz inicial de investigação. No terreno da informação e comunicação, atividades centrais no nosso plano de trabalho, o projeto conta com a reconhecida expertise do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde (Icict/Fiocruz). O *PenseSUS* se apresenta como um agregador de conteúdos relacionados ao Sistema Único de Saúde (SUS) que, a partir de noções, conceitos estratégicos e princípios pertinentes ao SUS, provenientes do campo da Saúde Pública/Coletiva. A parceria desenvolverá a partir dos levantamentos e escuta qualificada de gestores um novo segmento para o site que abrigará materiais instrucionais e de apoio pedagógico com o intuito de formar e qualificar gestores da APS. Resultados / Impactos: Construção da seção descritiva e instrucional *Pense SUS-Gestão* voltado para Gestão da APS na Plataforma *Pense SUS* em parceria com o ICICT, criador e mantenedor da plataforma. Tal parceria visa à construção de materiais de apoio pedagógico virtual e manutenção dessa ferramenta que através do uso web poderá atingir gestores de todo o país. Escuta qualificada de Gestores Atuantes na APS e em Processo de Formação, por intermédio das parcerias com o Mestrado Profissional da UNESA, da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da UFRJ e da Ferramenta *Fale Conosco* do *PenseSUS* a partir da criação da categoria gestor, possibilitando, com isso, a escuta de Gestores da Atenção Primária à Saúde do país inteiro. Essas parcerias fornecerão subsídios para a construção de materiais que deem conta de problemas objetivos da gestão. Conclusão: Gerir serviços de saúde tem se revelado

um empreendimento técnico-político repleto de desafios. Conjugando os interesses definidos pelos espaços de autonomia dos diferentes profissionais com a necessidade de uma efetiva coordenação dos processos de trabalho, para citar um exemplo, tem se revelado uma das questões-chave para a boa organização da assistência à saúde (Mintzberg, 1995). Ao que tudo indica, gestores estão diante de instituições que exigem altas capacidades de negociação e comunicação (Rivera, Artman, 2003). Quando se trata de unidades e equipes que operam como portas de entrada do sistema de saúde – como o são as unidades básicas de saúde e as equipes de saúde da família – os desafios parecem se radicalizar, uma vez que a complexidade do trabalho (diante de uma grande variedade de situações clínicas e sociais) também impõe dificuldades para a sua organização. A problemática de gestão sobre a qual essa proposta pretende intervir reside numa tendência, mais ou menos disseminada entre gestores, que compreende a gestão das instituições de saúde fora do devido enquadramento histórico-sociológico em que estas se inserem. Negar tal enquadramento supõe que as mesmas instituições operariam à parte dos constrangimentos a que estão submetidos à organização do sistema de saúde e do próprio setor em seu conjunto. Sendo assim, por meio de recursos pedagógicos, nossa iniciativa produzirá uma compreensão e uma melhor inteligibilidade das problemáticas da gestão das instituições de saúde no nível da APS, de tal modo que possamos inseri-las dentro de matrizes e tendências organizacionais e políticas que conformam práticas e modelos para o campo.

GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA: SISTEMATIZAÇÃO DE UM SERVIÇO CLÍNICO COM O AUXÍLIO DA PESQUISA-AÇÃO

Maria Angela Ribeiro, Djenane Ramalho de Oliveira, Pedro Augusto do Amaral

Palavras-chave: Gerenciamento da Terapia Medicamentosa, Sistema Único de Saúde, Câncer de mama, Sistematização, Pesquisa-ação

APRESENTAÇÃO: O medicamento é o recurso terapêutico com melhor custo efetividade, entretanto muitas vezes está associado a resultados negativos. Estes se tornam importantes problemas de saúde pública mundial e são transferidos para a sociedade como impactos não apenas econômico mas também como sofrimento humano. Os pacientes em uso de medicamentos, no entanto, podem desenvolver Problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), que têm sido amplamente descritos na literatura científica. PRM é todo e qualquer evento indesejável experimentado por um paciente que envolve, ou seja, suspeita de envolver a terapia medicamentosa, e que interfere nos objetivos propostos para a terapia e requer julgamento de um profissional para resolvê-lo. Estes problemas funcionam como uma barreira para o alcance das metas terapêuticas causando aumento da morbidade e mortalidade relacionada com a farmacoterapia. Atualmente o serviço de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) representa uma forma efetiva, sustentável e humanizada para que o profissional farmacêutico insira de forma colaborativa no processo de cuidado do paciente, produzindo impacto significativo no sistema de saúde. O GTM está pautado nos pilares básicos da Atenção Farmacêutica e propicia ao farmacêutico a oportunidade

de aplicar todo seu conhecimento farmacoterapêutico para promover o bem estar do outro, enquanto identifica, previne e resolve PRM. Diferentes soluções têm sido propostas para reduzir a morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos. Em nível de sistemas de saúde, soluções como políticas de saúde, legislação e regulamentação têm sido implementadas. Em nível institucional, protocolos clínicos e formulários terapêuticos são desenvolvidos com este objetivo. Em nível individual, ou seja, pensando-se o paciente como foco, a filosofia de prática da Atenção Farmacêutica tem se apresentado como uma das melhores soluções. O estudo estruturou-se a partir do referencial teórico metodológico da pesquisa-ação, iniciada na primeira geração de pesquisa-ação em Kurt Lewin na década de 40. A pesquisa-ação é um tipo de metodologia que tem sido cada vez mais usada nas pesquisas científicas. É utilizada para a melhoria no cenário da prática aplicada, mediante aprimoramento da práxis ação-reflexão-mudança e aprendizagem. Isto quer dizer que além de aperfeiçoar a prática de trabalho, o uso desta metodologia ainda busca a integração colaborativa entre as pessoas. Ela possibilita a interação ampla entre pesquisadores e participantes implicados na situação investigada voltados para a busca de uma mudança planejada. Após a priorização dos problemas, busca-se, conjuntamente, as soluções, resultando em pesquisa e ação. **DESENVOLVIMENTO:** Este trabalho objetivou demonstrar a sistematização como instrumento útil na transformação da práxis do profissional farmacêutico frente ao paciente e aos outros membros da equipe de saúde ao prover o serviço de GTM no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). O presente estudo nasceu em um cenário de prática clínica com pacientes em tratamento do câncer de mama. À luz da prática colaborativa, a documentação para

registros da prática clínica do farmacêutico, desfecho dos PRM e julgamento sobre o estado clínico dos problemas de saúde do paciente, parâmetros norteadores do processo de tomada de decisão do farmacêutico foi aprimorada. Em segundo momento, o sistema de agendamento com fluxo pré-estabelecido na abertura de agenda por recepcionistas do serviço, foi instituído. A integração de diferentes saberes teóricos e práticos durante a interação do pesquisador, co-pesquisadores e demais integrantes da equipe dos profissionais de saúde, sem diferença hierárquica foi o grande diferencial da pesquisa-ação na sistematização do serviço. Aconteceu dois momentos distintos de capacitação ancorada no referencial teórico da Pharmaceutical care practice. Outra característica do método foi a possibilidade de mudança e construção com reflexão coletiva considerando a voz dos sujeitos em todos os momentos do processo. Para alavancar o serviço de gerenciamento da terapia tecmedicamentosa (GTM), a pesquisa-ação contribuiu de forma única, haja vista que a metodologia propicia ao profissional despir-se de sua atitude natural farmacêutica através da viabilização de uma interação dialógica crítica e reflexiva entre os participantes da pesquisa. Essa metodologia dá voz, vez e oportunidade de expressão os sujeitos com todo o seu arsenal de fenômenos subjetivos repletos de saberes, experiências, mitos e tabus que emergem no processo da sistematização do serviço. Considerando que GTM é um novo serviço para o sistema de saúde com uma cultura e papéis sociais bem definidos, a pesquisa-ação representou um caminho democrático e inclusivo para a implantação da nova prática e intervenção de saúde. A pesquisa integra o projeto “Resultados clínicos, econômicos, aspectos humanísticos, culturais e educacionais de serviços de gerenciamento da terapia medicamentosa

no Sistema Único de Saúde” cumpriu os princípios éticos e foi aprovado pelo COEP UFMG - Parecer nº. 2578034.4.0000.5149. RESULTADOS: O delineamento do estudo foi exploratório - descritivo e retrospectivo - de pacientes em tratamento do câncer de mama e em uso de medicamentos para comorbidades associadas. Os dados coletados foram referentes ao período de janeiro de 2014 a setembro de 2015 e obtidos de prontuários e demais documentos relacionados ao GTM. A idade média das pacientes foi de 53 anos. De 228 participantes do estudo cada um tinha em média 3 Problemas Relacionados ao Uso de Medicamentos e os mais prevalentes foram: PRM 2 - condição não tratada (29%); PRM 5 - reação adversa (20%); PRM 7- quando o paciente não seguia as instruções (15%); PRM 4 - dose muito baixa (13%); PRM 3 - medicamento mais efetivo disponível (10%); PRM 6 - dose muito alta-dose incorreta (6%) e PRM 1- medicamento desnecessário (7%), respectivamente. Vale enfatizar que 60% dos PRM identificados foram resolvidos pelo farmacêutico juntamente com o paciente. Por se tratar de um centro especializado, a fragmentação do fluxo de cuidados na rede de atenção à saúde prejudicou a resolução de PRM que exige intervenção de médicos de outros serviços. Devido ao sistema de documentação utilizado, não foi possível coletar dados sobre a situação clínica do paciente em resposta a cada intervenção realizada, uma vez que não havia campo para o registro do dado, no início do processo. Assim a avaliação da situação clínico-farmacoterapêutica dos usuários no decorrer do tempo de acompanhamento não ficaria fidedigna. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estudo possibilitou visualizar um número significativo de PRM identificados e resolvidos na mesma proporção, justificando o potencial do serviço e ratificando a necessidade de perpetuação do serviço no cenário estudado bem como sua expansão

para as Redes de Atenção a Saúde. A pesquisa-ação tornou-se um instrumento valioso na reflexão sobre os valores culturais vigentes no sistema de saúde e na profissão farmacêutica, permitindo transformações profundas no ser e no fazer profissional e viabilizou sucesso na sistematização do serviço de GTM no cenário estudado.

GESTÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL: A CONSTRUÇÃO DA IDEIA DO MEDICAMENTO ENQUANTO UM BEM PÚBLICO EM TODA SUA EXTENSÃO

Letícia Lassen Petersen, Cristianne Maria Famer Rocha

INTRODUÇÃO: A discussão do medicamento enquanto um bem público em toda sua extensão é de fundamental importância, notadamente no que tange à racionalidade de seu uso e acesso. A oferta de um estudo sistemático acerca da gestão do “bem” medicamento no território brasileiro, seja em sua apresentação para o mercado de consumo, seja em sua apresentação para a rede pública de saúde é de suma importância, pois permite a compreensão da responsabilidade do Estado em relação aos acessos públicos deste insumo. Estudos desta natureza retomam os princípios da República Federativa do Brasil, presentes no texto constitucional (art. 4º da CF/88), notadamente a prevalência dos direitos humanos e a cooperação entre os povos para o progresso da humanidade. Ao mesmo tempo em que remete à reflexão da atuação pública no sentido de proteção dos sujeitos que se encontra em seu território, especialmente a proteção frente aos interesses do capital. Sem o escopo de esgotar o assunto, esta pesquisa pretende provocar o leitor a reflexão dos interesses que circundam a própria racionalidade

de preservação da vida e a necessidade desta regulamentação pública para que a população não se torne vítima de uma promessa irracional de cura. MÉTODO. Para a realização deste estudo pautou-se a pesquisa no método hipotético-dedutivo, com características teóricas empíricas. Para apurar a construção de um referencial teórico acerca da concepção de bem público, foi realizado um estudo bibliográfico com os principais autores que abordam a temática. Para a aplicabilidade deste referencial no estudo empírico, a pesquisa se dedicou ao mapeamento dos atores envolvidos na implementação da Política Nacional de Medicamentos - dedicada ao controle do próprio mercado de medicamento em território nacional - e dos atores envolvidos na implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica - dedicada ao fornecimento de terapêuticas junto ao Sistema Único de Saúde de forma gratuita e universal a toda população. Somente a utilização destas estratégias metodológicas de pesquisa permite tecer um diálogo da importância da regulação estatal deste “mercado” da saúde, sem perder de vista a necessidade de uma oferta pública de saúde coletiva. RESULTADOS: A partir do mapeamento dos atores que constituem a Política Nacional de Medicamentos e do caminho que o medicamento percorre para se chegar às prateleiras do mercado farmacêutico. Bem como dos atores que constituem a Política de Assistência Farmacêutica, percebe-se que o medicamento é tratado como bem público em toda sua extensão. A natureza deste bem, enquanto bem de consumo, é distinta da natureza de outros bens, para os quais o cidadão lança mão da sua escolha e opção. O medicamento faz parte do campo da necessidade humana e, como tal, a regulamentação lançada pelo Estado para fiscalizar seu ingresso no mercado de consumo do território nacional, necessita

ser pautada pela lógica da segurança e da racionalidade. Na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, para além dos critérios da segurança e racionalidade, leva-se em consideração o pressuposto da oferta universal, por meio do qual o bem medicamento é revestido do conceito de inesgotabilidade. De acordo com as regras da política a própria negociação do preço faz parte da arquitetura da política. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O bem medicamento se difere de qualquer outro tipo de bem comercializado no mercado nacional, pelo fato de impactar diretamente a vida dos sujeitos. A regulamentação pública de seu acesso, mesmo quando disposto no mercado de consumo – para venda em farmácias e drogarias – é imprescindível para segurança da população.

GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS DA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL: UM PANORAMA ACERCA DOS PRINCIPAIS ENTRAVES

Dinorah de França Lima, Rafael Rodolfo Tomaz de Lima, Janete Lima de Castro

Palavras-chave: Recursos humanos, Hospitais universitários, Gestão da saúde

APRESENTAÇÃO: O sistema público e, por conseguinte, o Sistema Único de Saúde (SUS), não vem acompanhando com a mesma rapidez as transformações e inovações que ocorrem no mundo, sobretudo, no que concerne aos investimentos para o desenvolvimento da força de trabalho. O atual modelo de gestão encontrado nas instituições públicas de saúde é baseado no modelo de administração pública implantado em meados do século XIX, cujos princípios norteadores foram o formalismo, a impessoalidade, o controle rígido dos processos de trabalho, dentre

outros¹. Ademais, as organizações públicas perderam a noção do seu principal objetivo, que é dar respaldo às necessidades da sociedade. No campo da saúde, isso implica diretamente na qualidade da assistência ofertada à população. Em decorrência disso, criam-se ambientes de trabalho complexos, em que os profissionais tornam-se cada vez mais desvalorizados e desmotivados, desenvolvendo de forma insatisfatória práticas de trabalho e, consecutivamente, de prestação de serviço à saúde. Dentre as instituições públicas de saúde, os hospitais universitários são unidades peculiares que, além de lidarem com a assistência à saúde, lidam também com a formação de recursos humanos e com o desenvolvimento tecnológico. A efetiva prestação de serviços ofertada à população por esses citados estabelecimentos de saúde proporciona o aprimoramento constante do atendimento e a criação de protocolos técnicos para as diversas patologias. A gestão da média e alta complexidade no SUS é temática e largamente discutida pela sua problemática que perpassa qualidade e custo da assistência, capacitação de pessoal, sobreposição de tecnologias e, a partir da Reforma Administrativa do Estado iniciada nos anos de 1990, os modelos de gestão indiretos. A Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no SUS trata das relações de trabalho existentes no sistema de saúde a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a sua efetividade e eficiência. Sendo assim, o trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local. Isso faz com que a melhoria do padrão de eficiência seja garantida na composição da rede do SUS. Esta pesquisa, integrante do Projeto de Apoio à Estruturação da Rede de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

no Brasil, desenvolvido pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ObservaRH/UFRN), em parceria com o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) do Ministério da Saúde, teve o objetivo de identificar as dificuldades encontradas nos setores de gestão do trabalho e da educação na saúde nos hospitais universitários da região Centro-Oeste do Brasil. Tal identificação permitirá adequar à realidade existente ao que é preconizado pelo SUS em relação às políticas de valorização do trabalhador e do trabalho. Diante disso, a democratização das relações de trabalho no serviço público, por meio do fortalecimento e da ampliação de mecanismos e de espaços de participação e a valorização dos trabalhadores, está no centro do debate que envolve a gestão do trabalho e da educação na saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com uma abordagem qualitativa. A coleta dos dados foi realizada através da aplicação de questionários contendo perguntas abertas. Esta pesquisa contou com a participação de 18 sujeitos, representando os seguintes hospitais universitários: Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT); Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP) da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) e Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Os referidos sujeitos da pesquisa são trabalhadores dos já mencionados hospitais e alunos do curso de Especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ofertado pela UFRN na modalidade de Educação a Distância (EaD). Esse método de educação se destaca pela característica de democratizar o acesso ao conhecimento, pela ampliação do número de profissionais capacitados e, conseqüentemente, pela

maior abrangência da qualificação dos processos de gestão. O levantamento dos dados ocorreu no período de março a maio de 2015 e, para a análise, foi utilizado o método da Análise de Conteúdo. Ressalta-se que este estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), vinculado à UFRN, respeitando as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) para pesquisas envolvendo seres humanos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** As respostas obtidas apontaram como dificuldades a burocracia, dificultando o uso dos recursos financeiros que são insuficientes; morosidade dos processos administrativos que necessitam de intervenção da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH); permanência da divisão entre a área de administração de pessoal e de capacitação de pessoal; déficit de recursos materiais; relacionamentos interpessoais frágeis; estrutura física precária; falta de integração dos empregados por diferentes vínculos; falta de pessoal para atender às demandas administrativas e de gestão do setor; falha na comunicação e falta de capacitação de pessoal para os funcionários das instituições de saúde investigadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir da realização deste estudo, verificou-se que é necessário reestruturar os setores da gestão do trabalho e da educação na saúde nos hospitais universitários para que estes possam corresponder efetivamente com as exigências do SUS, utilizando-se da sistematização de referenciais teórico-metodológicos, bem como de ferramentas e dispositivos para a gestão de recursos humanos em saúde. Além de propiciar a tomada de decisões baseada em evidências, tal reestruturação permitirá qualificar a assistência através da promoção da educação permanente em saúde, da produção e da disseminação

de novas tecnologias em saúde. Assim, por meio de iniciativas educacionais, espera-se transformar as práticas de trabalho para que haja mudanças na realidade, no sentido da melhoria da qualidade e da segurança dos serviços de saúde prestados e, principalmente, na qualidade de vida da população brasileira. Por fim, acreditamos que este estudo poderá contribuir para a qualificação da gestão dos hospitais universitários da região Centro-Oeste do Brasil, a fim de que possam alcançar e cumprir com o seu verdadeiro papel enquanto instituição de ensino e pesquisa na saúde, integrando a rede de serviços do SUS. Ademais, valorizar a gestão do trabalho e da educação na saúde nos hospitais universitários implica em qualificar o trabalhador que, na maioria das vezes, atua como preceptor. Dessa forma, proporcionar o desenvolvimento dos trabalhadores e preceptores resulta em investir na formação dos alunos e futuros profissionais.

GESTÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: UMA ANÁLISE DAS EQUIPES PARTICIPANTES DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE (PMAQ-AB), 2012

Swheelen de Paula Vieira, Márcia Cristina Rodrigues Fausto, Helena Maria Fonseca Seidl, Juliana Gagno, Lília Romero Barros, Edson Menezes

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Recursos humanos em Saúde, Gestão em saúde

APRESENTAÇÃO: Um dos maiores desafios do processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) está relacionado à valorização dos profissionais de saúde, atores fundamentais para a implementação de políticas, em especial as mudanças

propostas para a reorientação do modelo assistencial. Contribuindo para a discussão sobre a valorização de recursos humanos em saúde no SUS, o presente estudo pretendeu analisar aspectos da gestão do trabalho na atenção básica. O estudo da gestão do trabalho em saúde pressupõe a garantia de aspectos básicos para a valorização do trabalhador de saúde e seu processo de trabalho, tais como: Plano de Carreira, Cargos e Salários; vínculos com proteção social; e espaços para discussão e negociação das relações de trabalho em saúde. O objetivo deste trabalho foi analisar especificidades da gestão do trabalho na atenção básica a partir da análise das entrevistas com os profissionais das equipes participantes do PMAQ-AB ocorrido no ano de 2012. O Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi criado em 2011 mediante Portaria GM/MS 1.654 de 19 de julho de 2011. O principal objetivo é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de padrões de qualidade nacional, regional e locais comparáveis, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. METODOLOGIA: Para realização deste trabalho, utilizaram-se entrevistas com os profissionais das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), ocorrido em 2012. O processo de avaliação externa do PMAQ-AB foi composto por instrumentos de coleta, divididos em três módulos: Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, cujas questões foram direcionadas para a realização do censo de infraestrutura da unidade de saúde; Módulo II - Entrevista com profissional de saúde de nível superior sobre processo de trabalho da equipe de atenção básica e verificação de documentos da UBS; Módulo III - Entrevista com o

usuário na Unidade Básica de Saúde sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde. Foram entrevistados no Brasil 65.391 usuários e 17.201 equipes de atenção básica que aderiram ao PMAQ, distribuídas em 13.843 UBS. Houve adesão de 71% dos municípios. As análises do presente estudo foram geradas a partir do banco de dados disponibilizado pelo Departamento de Atenção Básica, onde posteriormente, foram realizadas análises estatísticas por meio do software IBM SPSS versão 21. Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza descritiva e exploratória, com base no módulo II do instrumento de coleta de dados (entrevista com profissionais), num total de 17.201 equipes de adesão ao PMAQ-AB. Os aspectos de gestão do trabalho, selecionados a partir das variáveis do programa foram as seguintes: tempo de atuação, perfil e formação dos profissionais das equipes de atenção básica; formas de contratação e modalidade de vínculo dos profissionais; plano de carreiras e educação permanente. A análise foi realizada por porte populacional dos municípios (até 10.000 hab.; 10.001 a 20.000 hab.; de 20.001 até 50.000 hab.; de 50.001 até 100.000 hab.; de 100.001 até 500.000 hab.; e mais de 500.000 hab.). Em acordo com a resolução às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, Parecer Nº 32.012 em 06/06/2012. RESULTADOS: Os resultados estão descritos quanto: o perfil dos profissionais entrevistados, tempo de atuação, educação permanente, modalidade de vínculo dos profissionais e existência de planos de carreira. Dentre os profissionais respondentes do PMAQ, 92,3% são enfermeiros e 56,5% dos profissionais declararam ter entre menos de um ano e até dois anos de atuação na mesma equipe.

Dentre os entrevistados, 81,1% afirmaram haver ações de educação permanente ofertadas pela gestão municipal. Ainda, verificou-se que quanto maior o porte do município maior o percentual de ações de educação permanente, revelando maior acesso a espaços de qualificação das práticas profissionais nesses municípios. Quanto às formas de contratação e modalidade de vínculo trabalhista dos profissionais respondentes do PMAQ 2012, no que se refere ao agente contratante, 77,9% dos profissionais foram contratados pela administração direta, ou seja, vinculados diretamente à administração pública, seja ela municipal, estadual ou federal. Quando se analisa por estrato populacional, verifica-se que nos municípios de 500 mil habitantes ou mais o percentual de contratação direta é menor se comparado aos demais estratos, destacando-se, dentre a modalidade de terceirizações, os profissionais contratados de maneira indireta via Organizações Sociais em Saúde (OSS). Pode-se afirmar ainda que, a incorporação dos Planos de Cargos, Carreiras e salários (PCCS) nos municípios ainda é frágil. No Brasil, apenas 21,1% dos entrevistados referiram possuir plano de carreira. Dentre os entrevistados, 81,1% afirmaram haver ações de educação permanente ofertadas pela gestão municipal. Ou seja, quanto maior o porte do município maior o percentual de ações de educação permanente, revelando maior acesso a espaços de qualificação das práticas profissionais nesses municípios. CONSIDERAÇÕES FINAIS: De acordo com os resultados, foi possível fazer uma aproximação do cenário da gestão do trabalho nas equipes participantes do PMAQ 2012 no que se refere aos aspectos de qualificação, educação permanente, contratação, vínculo e carreira. Os dados analisados mostram que o enfermeiro é o profissional que mais desempenha a função de coordenação da equipe de atenção

básica, independentemente do porte populacional dos municípios. Por outro lado, deve-se atentar para o significado do acúmulo de funções exercido por esses profissionais e para as múltiplas tarefas que exerce na AB, no sentido de se ampliar a reflexão do quanto essa condição tem tido impactos deletérios no compartilhamento da produção do trabalho em equipe. Os dados analisados neste estudo mostram a importância de se continuar empenhando esforços para a desprecarização dos vínculos de trabalho, com destaque para a pluralidade de formas de vínculos na atenção básica. Um dos principais apontamentos deste estudo consiste na importância na continuidade de esforços com vistas à desprecarização dos vínculos de trabalho, à implementação de planos de carreira no SUS, à formação e qualificação profissional e ao fortalecimento da educação permanente. Sugere-se que outros estudos possam aprofundar o objeto aqui proposto, contribuindo com novos subsídios para o fortalecimento da gestão do trabalho na atenção básica.

GESTÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL NO PERÍODO DE 1991 A 2015

Andrea Santos Lais Santos e Santos, Maria Guadalupe Medina, Nilia Maria Prado de Brito Lima Prado, Rosana Aquino Guimarães Pereira, Efigênia Cardoso Cardoso

Palavras-chave: Financiamento da Assistência à Saúde, Atenção Básica, Investimentos em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Primary Health Care, Financial Resources in Health, Financial Resources in Health

APRESENTAÇÃO: A discussão da Atenção Primária à Saúde (APS) ganhou relevância internacional nos anos 70, resultando em

um questionamento acerca da organização da atenção à saúde. Com o modelo de gestão descentralizada compreendeu avanços no movimento de descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização; o estabelecimento de novos mecanismos de financiamento na saúde; e a progressiva transferência de responsabilidades pela execução direta de ações e serviços de saúde a estados e principalmente aos municípios, o financiamento passou a ser mais discutido no SUS e, atualmente o financiamento da Atenção Básica (AB) no Brasil é tripartite. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) republicada em 2011 permitiu um aporte financeiro para a APS, ao reconhecer a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um modelo de atenção à saúde de reorganização que inclui o financiamento de outras iniciativas no orçamento com destinação de recursos financeiros, tais como: Programa Nacional de Imunização e alimentação saudável, os incentivos referentes à Farmácia Básica e às ações de vigilância. Além disso, recursos para Projetos específicos, que inclui os recursos da Compensação das Especificidades Regionais, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde e Recurso de Estruturação e ampliação de UBS. Essas diversas estratégias foram implementadas ao longo dos anos com o intuito de reorganizar a APS, e atrelado a elas, foram discutidos o financiamento de ações, buscando consolidar os princípios do SUS de universalidade e integralidade. Entretanto, cabe entender de forma crítica e reflexiva a partir de uma revisão documental, como evoluiu o financiamento da APS no Brasil no período de 1991 a 2015. DESENVOLVIMENTO: Trata-se de uma revisão documental da literatura que buscou responder a seguinte questão: Como evoluiu o financiamento da Atenção Primária à Saúde no Brasil no período de 1991 até 2015? Para a seleção

dos artigos, foram consultadas as seguintes bases de dados: LILACS, SCIELO, MEDLINE, Web Of Science, Periódicos CAPES, Science Direct, Google acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. A consulta foi realizada no período de março a abril de 2015. Para delimitar a busca nas bases de dados, foram selecionados uni termos no Decs e no Mesh. Foram utilizados descritor em dois idiomas, inglês e português, em cada base pesquisada: Financiamento da Assistência à Saúde; Recursos em saúde; Alocação de Recursos em Saúde; Recursos Financeiros em Saúde; Financiamento Governamental; Gastos em Saúde; Investimentos em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Recursos Financeiros em Saúde; Custos de Cuidados de Saúde, e para compor os descritores no idioma em inglês foram utilizados os mesmos uni termos traduzidos para o idioma em inglês. Os uni termos foram combinados e adaptados para cada base de dados consultada. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos completos disponíveis na íntegra e gratuita; artigos que discutiam o financiamento da APS no Brasil no período estudado; artigos com estudos desenvolvidos no Brasil; Tipo de documento: Artigo e documentos técnicos e normativos. Os critérios de exclusão foram: artigos e documentos que abordaram o financiamento da média e/ou alta complexidade; não apresentaram resultados condizentes com o estudo. Os dados foram extraídos e analisados por duas pesquisadoras. Foram encontrados 1228 documentos para análise inicial de título e resumos, destes, 1058 foram excluídos por não discutir a temática do objeto do estudo, e explicar abordagens específicas referentes a recursos destinados a doenças ou agravos; com estudos ocorridos em outros países, artigos com abordagem de alta e/ou média complexidade; artigos com resultados de análise de processo de trabalho de distintos profissionais; e

artigos que não trouxeram a discussão do financiamento da saúde e da APS. Deste modo, resultaram 91 documentos para leitura dos textos na íntegra. Selecionouse 52 documentos após a leitura para compor a análise documental. Destes 11 se tratava de artigos científicos, 41 eram documentos técnicos ou normativos, ou seja, portarias; leis; manuais, dissertações, artigos, documentos selecionados nos sites da ABRASCO, COSEMS, CONASS, ISAGS, CEBES, RADIS e ENSP e publicações de anais de congressos científicos. Resultados: A análise dos diversos documentos permitiu uma reflexão crítica sobre a evolução do financiamento da APS de forma cronológica. Optou-se neste estudo em sistematizar os achados localizando os episódios referentes ao financiamento da AB em uma ordem cronológica iniciando-se na década de 90 (propulsora no desenvolvimento da APS no Brasil e marcada por importantes mudanças na política nacional de atenção primária à saúde e por grande investimento na ampliação do acesso à saúde). Com o intuito de organizar esses achados foram criados períodos orientados pela linha do tempo destacando os marcos importantes para o financiamento da APS, são eles: Período 1. 1990 a 1996: Reorganização do financiamento da AB com base na definição de fluxos de transferência dos recursos; Período 2. 1998 a 2006: Intensificação de critérios de financiamento e gestão da AB e formalização da PNAB; Período 3. 2007 a 2010: Transferência de recursos por blocos de financiamento; Período 4. 2011 a 2015: Reformulação da PNAB com incentivo a novos programas para compor a AB; e novas estratégias para a reorganização da gestão em saúde Os diferentes estudos e documentos analisados demonstraram que para a implementação do Piso da Atenção Básica (PAB), as transferências dos recursos por bloco de atenção tornaram-se mais relevantes. Percebeu-se que a partir do ano

2006, uma tendência ascendente, em que os montantes de transferências relativas aos incentivos do PAB variável ultrapassam os do PAB fixo, expressando a rápida expansão destes programas, com destaque para o PSF, sob forte indução do Ministério da Saúde. Com a definição e publicação da PNAB (2006 e 2011) os recursos destinados ao PAB Variável foram direcionados para o custeio dos programas que compõem a PNAB. Foi sistematizada em uma tabela todos os programas que constituem o Bloco da AB, desde a década de 1990 até 2015, considerando o ano de implementação da iniciativa, objetivo e a forma de financiamento na APS, o que propiciou uma análise mais resolutiva. Foram também construídos gráficos analíticos representando os dados extraídos dos artigos e/ou documentos técnicos, permitindo a ampliação do olhar crítico a despeito das diferenças e semelhanças do financiamento, considerando a esfera governamental e as peculiaridades regionais. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A análise empreendida permitiu identificar o processo de financiamento da APS no Brasil no período de 1991 a 2015, em resposta a questão formulada no início do presente estudo. Contudo, percebeu-se insuficiência de estudos que remetem a uma discussão crítica mais concreta sobre o financiamento da APS. As maiorias dos estudos descreveram a alocação de recursos específicos para programas e pelo PAB (fixo e variável), criação dos blocos de financiamento com autonomia da gestão local para decisão quanto à utilização dos recursos e a vinculação de recursos federais aos programas prioritários do Ministério da Saúde. Permitiu a construção de uma linha do tempo com marcos relevante para o financiamento da APS, o que auxiliou a compreensão do processo de organização dos momentos de gestão e da evolução dos recursos destinados para a APS, a análise da organização do financiamento concomitante

a reorganização do modelo de atenção à saúde, da descentralização dos recursos federal e estadual para os municípios e o processo ascendente de implementação do financiamento de programas que compõem a APS.

GESTÃO E ACOLHIMENTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO

Francine dos Reis Pinheiro, Carlos Honorato Schuch Santos

Palavras-chave: Humanização da Assistência, Acolhimento Hospitalar, Gestão em Saúde

Um instrumento da Política Nacional de Humanização (PNH) criado para minimizar os problemas decorrentes da não distinção de riscos ou graus de sofrimento nas emergências, foi o Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR). Através da implantação desta nova sistemática de trabalho, é possível, em tese, dar atenção a problemas, como o grande fluxo de atendimentos, que geram sobrecarga de trabalho e que demandam uma reorganização do processo de trabalho. Essa sistemática permite atender ao usuário do serviço de acordo com os diferentes graus de sofrimento, ou necessidade, e não mais por ordem de chegada. Além disso, o AACR presume que o usuário deve ser visto para além da doença e suas queixas e que o acolhimento deve ser complementado com a construção de um vínculo terapêutico, visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2008). O objeto de estudo deste trabalho foi a Emergência de um Hospital Público de Grande Porte no sul do Brasil, onde o AACR já foi implantado. O hospital em estudo está localizado em Porto Alegre e atende usuários tanto da própria cidade quanto da Região Metropolitana. Tendo em vista que a emergência do

Hospital busca se adequar para melhorar a qualidade do serviço ofertado e fazer jus aos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), o problema da presente pesquisa foi: a implantação do AACR contribuiu para a organização do fluxo de atendimento/acolhimento dos usuários, qualificando os processos de gestão da Emergência do Hospital? Para responder parcialmente o referido problema de pesquisa, o objetivo geral do trabalho foi analisar o processo de AACR da Emergência do Hospital. Para que fosse possível atingir o objetivo geral da pesquisa, foram perseguidos os seguintes objetivos específicos: a) descrever o passado e o presente do processo de acolhimento do setor de Emergência do Hospital; b) descrever as principais melhorias e gargalos do processo; e c) descrever as oportunidades de melhoria do processo. A pesquisa realizada foi qualitativa e pode ser considerada como exploratória descritiva. Foi exploratória devido ao fato de ter sido como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema e foi descritiva em razão de ter buscado descrever as consequências que a implantação do AACR trouxe para a gestão hospitalar, de modo a identificar eventuais melhorias e gargalos no processo de acolhimento dos pacientes na Emergência do Hospital. A técnica utilizada foi à análise documental. Foram analisados documentos institucionais, como relatórios sociais, material utilizado em apresentações públicas e sistema de informações da instituição, compreendendo o período de 2005 a 2013. Buscou-se informações sobre o fluxo de pacientes, o volume de atendimentos, o número de atendimentos por categoria de cor, o tempo de espera etc., antes e a partir da implantação do AACR no hospital em estudo. Foi escolhido este período de análise, pois em 2005 foi implantada a diretriz “acolhimento” no hospital em estudo, percorrendo uma série de iniciativas, nos anos posteriores,

em relação às questões de humanização e acolhimento, até alcançar o ano de 2011, ano de implantação do AACR na Emergência do hospital. Além disso, os dados foram analisados através de análise interpretativa. Para tanto, buscou-se compreender os fenômenos da realidade estudada, de forma a inferir impressões e conclusões, apoiadas na técnica aplicada de análise documental. Foram identificados melhorias e gargalos após a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR). Dentre as melhorias que surgiram após a implantação do AACR, pode-se evidenciar: a) a agilidade no atendimento aos usuários que necessitam de conduta imediata, conseguindo cumprir com o que está disposto pelo MS para o AACR, que é priorizar os casos mais graves, invertendo a lógica de atendimento por ordem de chegada e atendendo de acordo com a vulnerabilidade e o risco do usuário; b) a Emergência não se encontra tão lotada, de forma a melhorar o fluxo de atendimento/acolhimento; c) a diminuição do tempo de espera dos usuários para atendimento na Emergência. Em 2011, o tempo máximo de espera para consulta no hospital chegou a ser de até 22 horas. Ao final de 2012, o maior tempo de espera foi de 6 horas, tendo em vista que a média de espera para atendimento passou a ser de 19 minutos (BRASIL, 2013); d) a diminuição do percentual de pacientes classificados com a cor verde, que passou de 74,3% em 2011 para 47,8% em 2013 (BRASIL, 2013). Isto aponta que os usuários estão se dirigindo a outras instâncias (como a UPA do hospital ou as próprias Os) de acordo com a sua gravidade de risco e não mais procurando como primeira instância a Emergência; e) o tempo de espera para atendimento das cores laranja, vermelha e amarela, que são as que costumam ser atendidas na Emergência, está, de modo geral, de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS); f) a identificação de gravidade dos

casos por meio da aplicação do Protocolo de Manchester traz maior segurança ao profissional que faz a triagem, através dos discriminadores e dos fluxogramas do protocolo; e g) a sistematização de dados dos usuários, oportunizada a partir da implantação do AACR, que permite o controle e a gestão dos indicadores de desempenho. Dentre os gargalos observados que ainda se encontram presentes no fluxo de acolhimento da Emergência, pode-se destacar: a) a ausência de um acolhimento “completo”, pois o usuário sozinho precisa observar e saber para onde deve se dirigir, ou conduzir-se ao guichê de informações para questionar, além de o acolhimento ser encerrado após a triagem, antes do atendimento médico, o qual deveria se dar em todas as etapas de atendimento ao usuário, isto é, desde sua chegada ao serviço até a sua saída; b) a escuta (atendimento pelas enfermeiras nos consultórios) é realizada com a porta aberta, de frente ao saguão, no qual os usuários aguardam para a chamada para os consultórios ou para o atendimento médico; e c) falta de informação sobre o tempo médio de espera do paciente após a triagem e classificação de risco. Portanto, de acordo com o que foi observado no local de estudo, é possível concluir que, embora existam significativas melhorias no processo de acolhimento dos pacientes após a implantação do AACR, há gargalos que podem e devem ser analisados para o planejamento de futuras mudanças, de modo a melhorar o atendimento do setor. A partir dos resultados da pesquisa, pode-se constatar que o AACR não é uma ferramenta de exclusão, isto é, não possui o objetivo de reencaminhar os pacientes para outros serviços sem lhes oferecer o atendimento adequado, mas organizar e garantir o atendimento de todos os usuários (BRASIL, 2009). Tendo em vista que cerca de 80% dos atendimentos diários na Emergência são casos de baixa complexidade (BRASIL,

2011) e que isto acaba interferindo no fluxo de atendimento aos usuários que realmente necessitam de cuidados urgentes e emergentes, o AACR é uma ferramenta de gestão importante, pois organiza a porta de entrada e a fila de espera de atendimento dos usuários. No entanto, é insuficiente para a resolução dos problemas típicos de um serviço de urgência, em função da sua grande complexidade.

GESTÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE: ALGUNS ENTRAVES DOS CONSELHOS POLITICOS NO MUNICIPIO DE SALVADOR

Hermes Oliveira Gomes, Maria Valesca Damásio de Carvalho Silva

Palavras-chave: Conselhos Municípios, Saúde, Gestão

INTRODUÇÃO: Este estudo tem o objetivo de analisar as principais características dos Conselhos Municipais de Saúde de Salvador no Estado da Bahia, particularmente no que diz respeito à competência técnica dos Conselheiros na execução orçamentária e financeira da saúde. Para tanto, partimos do pressuposto que tais Conselhos se configuram como espaços de controle social importantes para o fortalecimento e ampliação da Democracia e os ditames do novo *modus faciendi* de gerir a Res Pública através da participação social e como tal, precisa ter conhecimento de toda a dinâmica das decisões tomadas. Neste estudo, abordar-se-á como foco os Conselhos de Políticas - ligados às políticas públicas mais estruturadas ou concretizadas em sistemas nacionais, pautadas na dimensão da cidadania e na universalização dos direitos sociais. Esta pesquisa justifica-se, sobretudo pela importância que os Conselhos de Saúde representam para a garantia de recursos para as políticas públicas direcionadas para

este setor, permitindo, em tese, a eficiência nos serviços de saúde à sociedade. Diante da obrigatoriedade da existência desses espaços de discussão e deliberação pelo ministério da saúde, a criação desse conselho de saúde vem especialmente para legitimar e fiscalizar os repasses federais de recursos públicos para saúde, garantindo em última instância a efetiva implementação de políticas públicas de saúde conforme prévio planejamento. Ergo, os conselhos de saúde ocupam um lugar estratégico na gestão da saúde haja vista que essa é uma das áreas que tem passado por grande carência de gestão e adequada destinação na alocação de recursos. A prática tem demonstrado que, muitos desses recursos não são adequadamente alocados devido à falta de preparação técnica dos conselheiros. Diante desse breve contexto, a questão de partida que se faz pertinente é: Quais os principais entraves do Conselho de Saúde do município de Salvador, no Estado da Bahia, particularmente no que diz respeito à competência técnica dos Conselheiros na execução orçamentária e financeira da saúde? **DESENVOLVIMENTO:** O surgimento dos conselhos gestores ou conselhos de política como os municipais está intimamente atrelado à promulgação da Constituição Federal de 1988, que de forma concreta os tornou espaços de discussão e deliberação fundamentais para pensar e agir direta ou indiretamente no campo das políticas públicas. Os conselhos de políticas surgiram como resultado da Lei Orgânica da Saúde (LOS) e da assistência social (LOAS) (Avritzer, 2008) Desta forma, percebe-se que os Conselhos Municipais funcionam como espaços de controle social importantes para o fortalecimento e ampliação da Democracia e o exercício da participação social, “já que regulamentam as ações dos órgãos aos quais estão vinculados, deliberando ou não, reivindicações feitas pela população e pelas demandas elencadas em cada reunião

de conselho” (OGPP, 2014). Segundo a Resolução CNS 33-92 (BRASIL, 1992), os conselhos de saúde integram a estrutura básica da Secretaria de Saúde dos estados e municípios com composição, organização e competências fixadas em Lei. De facto, a criação desses conselhos, particularmente os de saúde, objeto desse estudo, pretende trazer maior fidedignidade das informações sobre a área de saúde, fiscalizando e acompanhando a aplicabilidade dos recursos que são destinados a atividades fins ou meios da Administração Pública que tratam especificamente desta área. Mas, é preciso lembrar que outras áreas também se inserem no âmbito desses espaços, como é o caso do Conselho de Alimentação Escolar, Conselho do FUNDEB, Conselho de Assistência social, entre outros. **RESULTADOS** O estudo, para alcançar o objetivo pretendido, mapeou os Conselhos Municipais existentes na cidade a partir de uma vasta pesquisa exploratória qualitativa de cunho documental, como análise de atas, sobre a forma, modelo e a composição estrutural do aparato normativo e características das principais atribuições exercidas pelos conselhos de saúde auxiliares da administração direta do município de Salvador. Sobre a vinculação à Secretaria Municipal de Saúde do Salvador, temos os seguintes conselhos, quais sejam: Conselhos Distritais de Saúde – CDS; b) Conselhos Locais de Saúde do Município do Salvador – CLS; c) Conselho Municipal de Atenção ao Consumo de Substâncias Psicoativas – COMASP; e, d) Conselho Municipal de Saúde do Salvador – CMS. O estudo mostrou que os 4 (quatro) conselhos estudados, (CDS, CLS, COMASP, CMS) possuem os quatro “Poderes” em conjunto, sendo normativo, deliberativo, fiscalizador e consultivo. Neste sentido, os dados permitem inferir que quanto mais “poderes” forem atribuídos aos conselhos, maior é a possibilidade dos mesmos

realizarem um trabalho fiel e autônomo, principalmente por respeitar os ditames do novo formato de gestão pública cujo pressuposto é convidar a população para gerir de forma compartilhada e integrada a Res Pública. O estudo chama a atenção, pois os conselhos vinculados a Secretaria de Saúde, apresentam uma composição de 50% de conselheiros usuários do sistema, 25% de gestores das unidades envolvidas, e os outros 25% de gestores municipais de centros de saúde. No somatório, percebe-se que entre usuários e unidades operacionais desse conselho, há uma faixa de 75%. Essa realidade permite inferir que os reais envolvidos no processo de prestação dos serviços ligados a área de saúde compõem essa estrutura e têm condições de opinar com maior segurança em prol de um serviço público que realmente atenda os princípios da eficiência e eficácia. No caso dos conselhos referendados, a pesquisa mostrou também uma forma de participação mais democrática, mas insuficiente para atender aos referidos princípios na sua totalidade., mesmo tendo população e usuários do sistema de saúde como maioria de membros votantes do conselho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** Os conselhos de políticas são espaços de fundamental importância no que diz respeito à garantia dos direitos da população de participar da agenda política no debate para além da estrutura legislativa e executiva na gestão do território. Após a constituição de conselhos que exercem poder fiscalizador como os de saúde, entre outros, a obrigatoriedade de auditar a aplicação de recursos públicos é uma das responsabilidades dos conselheiros, todavia, há indícios de que pela falta de competência técnica desses membros, a execução orçamentária e financeira não se realiza com a eficiência necessária na aplicação dos recursos públicos. Mesmo atuando segundo os moldes de uma gestão democrática e participativa no município,

aspectos importantes para a construção de uma agenda de políticas públicas, ajustes precisam ser feitos, sobretudo nas questões voltadas à efetividade de políticas públicas e aplicação dos recursos financeiros de forma adequada. A problemática estrutural evidenciada nesse estudo de caso é um exemplo que precisa ser aprofundado em outros debates que deem conta da amplitude dos conselhos e da sua importância para a sociedade, isso tanto na questão da composição, como também nas formas de poder e na atuação mais sistemática e na competência técnica dos conselheiros.

GOVERNANÇA PÚBLICO-PRIVADA EM SAÚDE: ATORES, INDICADORES E MECANISMOS DE GESTÃO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Nathalia Figueiredo de Azevedo

Palavras-chave: Governança Público-Privada, Estratégia de Saúde da Família, Mapeamento de Atores, Instrumentos de Gestão

O artigo tem o objetivo de descrever como a governança no SUS, mais especificamente da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no município do Rio de Janeiro, é impactada pela dinâmica público-privada gerada a partir da introdução de diferentes atores sociais, no contexto de avanço de uma lógica neoliberal. A gestão da ESF no município do Rio de Janeiro foi estudada utilizando-se o conceito de governança como sendo redes estruturadas resultantes da interação de uma multiplicidade de atores; e o conceito de Capital Social dado os aspectos da vida social – redes, normas e confiança – que balizam a ação dos atores para o alcance de objetivos. Partimos do pressuposto de que os resultados da ESF são impactados pelos interesses dos atores privados prestadores

de serviços públicos ao levarmos em consideração, não apenas os instrumentos e indicadores de gestão, como a existência de assimetrias entre áreas centrais e periféricas, bem como a concentração em áreas específicas abastecidas (ou não) por outros programas e políticas sociais. O presente estudo desenvolveu uma pesquisa documental e bibliográfica, de orientação processual, visando ao mapeamento dos provedores de serviço, dos instrumentos de gestão e dos resultados da ESF. Cabe destacar que, inicialmente, o sistema de saúde do município do Rio de Janeiro, segundo os indicadores levantados, tem apresentado melhorias significativas nos últimos anos, em particular a ampliação da cobertura do programa de atenção básica (Estratégia de Saúde da Família). Desse modo, há aparentemente em todas as frentes avanços significativos no quadro sanitário da cidade. Entretanto, ao investigarmos a alteração na dinâmica público-privada pela introdução das OSSs, deparamo-nos com a transferência da gestão e das atividades das políticas públicas para o setor privado, mediante repasse de recursos financeiros, de equipamentos, de instalações públicas e de pessoal. Isto ocorre em áreas nas quais o Estado viabiliza (ou deveria viabilizar) os direitos sociais garantidos legalmente, subtraindo possivelmente aos Tribunais de Contas a prerrogativa constitucional de fiscalizar os resultados e a economicidade dessas apropriações de recursos públicos. Observou-se, a partir da análise empreendida que os resultados da ESF são impactados pela introdução de novos atores privados prestadores de serviços públicos ao levarmos em consideração, não apenas a ausência de clareza no uso de instrumentos e insuficiência indicadores de gestão detalhados, como a possibilidade de existência de assimetrias entre diferentes atores na atuação dos conselhos (COSEMS-RJ e COQUALI), bem como a concentração

em áreas específicas do município abastecidas (ou não) por outros programas e políticas sociais. Os resultados apontam também para significativa concentração de aparelhos de saúde, na zona oeste, em bairros de empreendimentos destinados à faixa de renda mais baixa. Indicam que os instrumentos de gestão são insuficientes para o alcance de autonomia e da governança no desenvolvimento da ESF. Logo, percebe-se que o setor público é atualmente o ator decisivo para desenvolver e moldar a sociedade em novas redes de política pública e da construção do capital social, entretanto, sob forte preocupação quanto a sua capacidade real de realizar uma governança focada na garantia direitos fundamental de forma transparente e eficiente.

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE

Rosana Claudia Mirandola, Elenara Oliveira Ribas, Márcio Mariath Belloc

Palavras-chave: Programa Nacional de Segurança do Paciente, gerenciamento de risco, trabalho em rede

APRESENTAÇÃO: O atendimento aos usuários do sistema de saúde é cada vez mais complexo. Neste contexto de multidisciplinaridade e complexidade, manter a segurança do paciente é primordial para conseguir um resultado assistencial desejado. Quedas, infecções, erros de medicação (incluindo prescrição) e outros eventos adversos são extremamente comuns nas unidades hospitalares e a maior parte destes eventos é possível de ser prevenida. Esta realidade tem mudado com o aumento do conhecimento em gestão de risco na saúde e com o envolvimento de organizações internacionais e nacionais

em campanhas, processos educacionais e regulamentações focadas no aumento da segurança do paciente. A publicação da RDC 36 de 25 de julho de 2013 apresenta um grande avanço em direção a consolidação de processos de segurança. É também, um grande desafio para as instituições, trabalhadores e usuários, pois prevê a participação de todos nos processos de segurança. O objetivo deste trabalho é descrever o processo de implantação do Programa de Segurança do Paciente em uma rede de hospitais com complexidades diferentes. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O grupo em estudo, denominado Grupo Hospitalar Conceição, situado em Porto Alegre, RS, é formado por 4 hospitais de características distintas e localizados em áreas físicas diferentes: 1 hospital geral de alta complexidade (Hospital Nossa Senhora Conceição) de 843 leitos; 1 hospital de atendimento a pacientes pediátricos de 220 leitos (Hospital da Criança Conceição); 1 hospital de pronto atendimento e trauma (Hospital Cristo Redentor) com 264 leitos; 1 hospital dedicado à saúde da mulher e ao binômio mãe-bebê (Hospital Fêmina) com 183 leitos. Para fortalecimento do programa de segurança do paciente, o grupo de hospitais criou a coordenação de gerenciamento de risco para sistematizar e coordenar as iniciativas já existentes nos diversos hospitais e implantar o programa de segurança do paciente na rede. Foram criados os Núcleos de Segurança do Paciente em cada unidade hospitalar com participação do gerenciamento de risco e de representantes das áreas das instituições. O programa de segurança do paciente incluiu os protocolos definidos pelo Ministério da Saúde, Identificação do Paciente, Higienização das Mãos, Cirurgia Segura, Prevenção de quedas, Prevenção de úlceras por pressão e Uso seguro de medicamentos. Além dos protocolos, outra meta de segurança do paciente é melhorar

a comunicação entre os profissionais da saúde. O processo desenvolvido para implantação do PNSP em rede incluiu: 1. A gestão integrada de normativas com desenvolvimento e ajuste de programas, protocolos, processos e indicadores de forma que fossem adaptados a diversas realidades. Em unidades de alto risco, tais como Unidade de Tratamento Intensivo, hemodiálise, emergência, está em implantação grupos locais de segurança do paciente que discutem as estratégias e dificuldades locais para implantação de processos de segurança e dos protocolos corporativos. Os indicadores de segurança estão incorporados no planejamento estratégico da rede, sendo avaliados pela diretoria do grupo hospitalar e com desdobramento para as unidades que compõem a rede. 2. Desenvolvimento de ferramentas de gestão informatizadas integradas, que são usados em todas as unidades da rede: - avaliação de risco de ulcera por pressão – utilizada a escala de BRADEN em todas as unidades não pediátricas - avaliação de risco de quedas – utilização da escala de MORSE nas primeiras 24 horas de internação - processo de notificação de incidentes – sistema informatizado, anônimo de notificação acessado por qualquer computador da rede. As notificações são direcionadas para o gerenciamento de risco da unidade de referência mas acessado e acompanhado pela coordenação da gerenciamento de risco. 3. Desenvolvimento de recursos humanos: - priorização de treinamentos bimestrais abertos a todos os colaboradores com temática comum a todas as unidades - incorporação da segurança do paciente no processo admissional de todos os profissionais contratados e estagiários - treinamento “in loco” para os processos prioritários no momento da implantação ou mudança de rotina - incorporação de conceitos de segurança no programa da Residência integrada em Saúde e em alguns

programas da residência médica. - Jornadas de Cirurgias Seguras, Gerenciamento de risco e Segurança do Paciente anuais, que são realizadas desde 2010. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Nestes anos os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde foram descritos, implantados e acompanhados nas unidades, porém, nem todos estão com bons indicadores de utilização e há necessidade de incorporação de indicadores de processo, o que está em curso neste momento. As unidades utilizam as ferramentas informatizadas disponibilizadas para avaliação de risco e notificação, sendo que todos os incidentes graves e catastróficos são avaliados pelas equipes e discutidos com a coordenação de gerenciamento de risco. O processo de incorporação de conceitos de segurança do paciente nas unidades assistenciais permanece um desafio principalmente por necessitar de mudança de cultura e comportamental de todos os agentes da saúde (equipe assistencial, apoio, direção e usuário) na priorização da segurança na tomada de todas as decisões. Nem sempre a percepção da insegurança do processo ou da decisão acontece. A clareza dos objetivos, o modelo de implantação da mudança e a empatia podem ser as chaves de uma mudança de comportamento. CONSIDERAÇÕES FINAIS. Nosso modelo tem tido sucesso em implantar os processos relacionados aos protocolos corporativos prioritários e na inserção de conceitos de segurança do paciente no ambiente hospitalar. Neste momento este processo está iniciando um novo ciclo de análise e planejamento de melhorias. Embora o caminho em busca de um cuidado seguro seja infinito, a implantação dos protocolos nas unidades não hospitalares (Unidade de Pronto Atendimento e Programa de Saúde da Família) e no programa de formação médica são os objetivos imediatos.

INCORPORAÇÃO DOS AGENTES DE COMBATES ÀS ENDEMIAS NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Manases José Bernardo de Lima

Palavras-chave: Agente de Combate às Endemias, Saúde da Família, Vigilância em Saúde

Este artigo trata do trabalho do Agente de Combate às Endemias (ACE), na perspectiva da integração das ações da Vigilância em Saúde (VS) e da Atenção Primária em Saúde (APS). O objetivo principal foi analisar o processo de incorporação dos ACE nas Equipes de Saúde da Família (eSF) no Brasil, suas fundamentações normativas. Esta integração se refere a um processo complexo e interdisciplinar de aproximações teórico - prático que visa bem mais que à inserção das ações de VS nas práticas da APS. Implica na compreensão ampliada do conceito de saúde, do desenvolvimento de um modelo sistêmico de atenção à saúde, no enfrentamento integrado dos problemas de saúde, possibilitando mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde no território local. Como também, reorganização dos processos de trabalho, superando a fragmentação das ações e da departamentalização institucional. No Brasil não há consenso com relação a melhor nomenclatura para designar os trabalhadores que atuam diretamente ligados aos fatores ambientais (combate às endemias). Compreende-se, aqui, como o termo mais adequado “Agentes de Vigilância em Saúde - AVISA”. Porém, por razões normativas, serão considerados no texto como ACE. As atribuições do ACE foram definidas na Lei nº 11.350/2006. A Portaria nº 1.007/2010/GM/MS (suspensa) instituiu a incorporação dos ACE na APS, visando fortalecer as ações de VS juntos às eSF, definindo critérios para essa

incorporação. A habilitação de municípios estaria condicionada ao cumprimento dos critérios definidos no Art. 5º, são eles: I – Municípios que tenham aderido ao Pacto pela Saúde; II – Municípios conforme cobertura de estimada de saúde da família e porte populacional: a) até 10 mil habitantes (hab.), ter 100% de cobertura de eSF; b) de 10.001 a 50.000 hab., ter cobertura de eSF mínima de 80%; c) de 50.001 a 100.000 hab., ter cobertura de eSF mínima de 60%; d) de 100.001 a 500.000 hab., ter cobertura de eSF mínima de 40%; e) mais de 500.000 hab., ter cobertura mínima de 30%; e Parágrafo Único – que define: municípios com até 50.000 hab. somente serão elegíveis para habilitação caso optem por incorporar o ACE a todas eSF. O processo metodológico vivenciado demonstra se tratar de estudo inovador e de natureza científica original, de paradigma teórico-metodológico fenomenológico e fenomenográfico, de pesquisa do tipo não experimental e exploratória, fundamentada na combinação de abordagem, de enfoque quantitativo, utilizando escopo de levantamento survey, de corte transversal não probabilístico; e de enfoque qualitativo, utilizando método interpretativista, por meio de pesquisas de campo e análise documental, utilizando uma triangulação de método (SANTOS, 2009; MINAYO, 2010; BABBIE, 1999). Para selecionar as capitais e para selecionar os municípios com populações menores de 50 mil habitantes, fora da região metropolitana, foi criado o indicador Pi (percentual de incorporação de ACE nas eSF). O indicador Pi teve o seguinte módulo de cálculo: $Pi = \frac{\text{número de eSF a incorporar ACE} \times 100}{\text{Teto de eSF no mesmo ano}}$. Selecionou-se 16 estados, 29 municípios, cinco regiões do país. Participaram 162 sujeitos (73% da amostra). A Portaria Nº 611/2010/SAS/MS habilitou 685 municípios e 2953 eSF, com um total de recursos a ser repassado de R\$ 22.296.200,00 no país; e

a Portaria Nº 753/2010/SAS/MS habilitou 35 municípios e 131 eSF, com um total de recursos de R\$ 1.001.600,00. Por fim, em 2010 foram habilitados no Brasil 723 municípios e 3.080 eSF. A distribuição das homologações de adesões se deu das seguintes formas, em cada estado, considerando o número de municípios e o número de eSF, respectivamente: AC (3 e 16), AL (9 e 76), AM (2 e 61), AP (6 e 15), BA (26 e 290), CE (33 e 148), ES (10 e 67), GO (23 e 130), MA (52 e 161), MG (79 e 455), MS (13 e 53), MT (20 e 47), PA (16 e 75), PB (47 e 117), PE (11 e 206), PI (16 e 101), PR (76 e 197), RJ (22 e 189), RN (41 e 74), RO (9 e 18), RR (6 e 9), RS (18 e 56), SC (49 e 163), SE (13 e 47), SP (99 e 277) e TO (24 e 32). Após análise, viu-se que dos 723 municípios habilitados, 149 (20,6%) não cumpriam com algum ou mais de um dos critérios definidos e das 3.084 eSF habilitadas, apenas 2540 (82,4%) eram elegíveis. Foram identificadas 152 irregularidades: 13 municípios de SE (100%) e 3 municípios de MG não tinham sequer aderido ao Pacto pela Saúde (Homologação): 19 municípios não cumpriam com critério II (a) – tinham até 10 mil habitantes e não possuíam 100% de cobertura de eSF, sendo eles: RO (1), PA (1), AP (1), SE (1), MA (1), PB (1), PI (1), RN (2), TO (1), PR (3) e SC (6); 2 municípios da BA não atendiam ao critério II (e); Um município de SP também não atendia ao critério II (e). Em relação ao cumprimento do Parágrafo Único do artigo citado, notou-se então, que dos 149 municípios irregulares, 114 (76%) não atendiam a este critério. Atualmente, a Portaria nº 1.024, de 21 de julho de 2015 reforça a necessidade de integração das ações do ACS com as do ACE, sendo esta uma diretriz definida no decreto, em relação ao financiamento do ACS “integração das ações dos ACS e dos ACE”. Já a Portaria nº 1.025, de 21 de julho de 2015, define o quantitativo máximo de ACE passível de contratação, de acordo com

os parâmetros e diretrizes estabelecidos no art. 2º do Decreto nº 8.474/2015, sendo uma das diretrizes: a integração das ações dos ACE à equipe de APS, destacando a necessidade de incorporar o ACE nas eSF e da integração de suas ações com as do ACS. Apesar do avanço na definição de linha de financiamento, o normativo não garantiu o financiamento para todos os ACE em atuação, com um quantitativo diferente, inclusive, do número já cadastrado no SCNES. Conclui-se que o processo de incorporação dos ACE nas eSF no Brasil, desde seu início, foi uma medida polêmica e controversa. As dificuldades sua efetivação foram reforçadas pelas diversos equívocos no processo de adesão dos municípios e no não cumprimento pelo MS das regras de financiamento. Esta incorporação tem passado mais pelo campo ideológico do gestor em saúde (não é consenso), do que pelo cumprimento de normativo, o que enfraquece a medida enquanto decisão efetiva de política pública que assegure os princípios da integralidade e da equidade no SUS.

INOVAÇÕES NO REGISTRO DE AÇÕES DO PSE CARIOCA E AS SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A MELHORIA DA GESTÃO DO PROGRAMA

César Augusto Paro, Diego Ignacio Larrea Arasa, Isabela Cardoso Nascimento, Raquel Malta Fontenele, Alexandre da Silva Nascimento, Suely Kirzner, Dilma Cupti de Medeiros, Elisabete Alves

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Saúde do Escolar, Gestão, Planejamento participativo, Sistemas de Informação

APRESENTAÇÃO: O Programa Saúde na Escola Carioca – PSE Carioca – tem como um dos seus eixos de atuação o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações

de promoção, prevenção e atenção à saúde do escolar (RIO DE JANEIRO, 2015). Planejar, definindo de forma simples e comum, é não improvisar. Trata-se de compatibilizar um conjunto diversificado de ações, de maneira que sua operacionalização possibilite o alcance de um objetivo comum. É a escolha organizada dos melhores meios e maneiras de se alcançar os objetivos propostos. Planejar é decidir o que fazer (PELETTI, 1990). Já monitorar é acompanhar algo para saber se seu desenvolvimento está se dando segundo o esperado. É um ato contínuo de observação em que os envolvidos obtêm retorno de informações sobre o progresso que tem sido feito para o alcance de metas e objetivos. Monitorar é constatar (PNUD, 2013). Por sua vez, a avaliação é o processo de valoração das ações concluídas, ou em andamento, para determinar até que ponto estão sendo atingidos seus objetivos e quais foram os entraves para seu alcance, contribuindo para a tomada de decisão e o processo de (re) planejamento do que deve permanecer. Avaliar é valorar (ibidem). O planejamento, o monitoramento e a avaliação se constituem em importantes elementos para a gestão do PSE Carioca, garantindo que as ações programadas alcancem suas metas de modo eficiente e eficaz. Para tanto, a informação figura como um importante componente na dinâmica destes três elementos. Os sistemas de informação são responsáveis pela coleta, armazenamento e processamento de dados, assim como pela difusão das informações, ou seja, são sistemas compostos por um conjunto de elementos que objetivam transformar dados em informações (COELI; CAMARGO JR.; SANCHES; CASCÃO, 2009). A partir da acumulação de informações, constrói-se o conhecimento, que é consolidado por meio de permanente atualização, confrontando-se antigas e novas informações, adquiridas a todo o momento (BRANCO, 2001). O conhecimento subsidia

a tomada de decisões que irão gerar ações concretas. Por fim, estas ações deverão ser avaliadas, sempre levando em conta a situação de saúde, e gerando dados que retroalimentarão todo este processo. O PSE nacional preconiza que sejam utilizados dois sistemas de informações para o registro das atividades desenvolvidas no âmbito do PSE (BRASIL, 2007, 2013): a) o Sistema e-SUS da Atenção Básica (e-SUS/AB) para o registro das ações relacionadas ao Componente I; e b) o Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle (SIMEC) para o registro das ações relacionadas ao Componente II e III. Desenvolvimento do trabalho: Diante de um cenário em que a informação sobre as ações de saúde do escolar figuravam como um desafio para a gestão do programa, seja por sua insuficiência (a rede básica de saúde não adotava ainda o e-SUS/AB, com dificuldade de obtenção de informações sobre as ações do Componente I) ou pela demora em obtê-la (os dados do SIMEC somente eram consolidados uma única vez ao ano), o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) buscou pensar coletivamente em estratégias para superar estes entraves. Deste modo, gestores dos diferentes setores (saúde, educação e desenvolvimento social) que contribuem no desenvolvimento do programa uniram-se juntamente com seus apoiadores regionais (os profissionais dos Núcleos de Saúde na Escola e na Creche - NSEC - de cada uma das áreas de planejamento da cidade) para a construção de um sistema de informação que pudesse complementar os sistemas já existentes. A fim de facilitar o registro das ações realizadas no PSE Carioca, instituiu-se a “Ficha de Registro das Ações do PSE Carioca” como uma das ferramentas estratégicas do Projeto Básico 2015-2016 do PSE Carioca (RIO DE JANEIRO, 2015). Esta ferramenta teve como objetivo auxiliar o posterior preenchimento do e-SUS/AB e SIMEC e, principalmente, subsidiar o

processo de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde na escola, dado que visa proporcionar maior agilidade e confiabilidade no registro. Para tanto, estabeleceu-se um novo fluxo de registro em que cada escola da rede pública de ensino do município do Rio de Janeiro recebeu este referido instrumento. Toda vez que ocorre uma ação do PSE Carioca em alguma unidade escolar, o profissional responsável por desenvolver aquela determinada ação (seja este vinculado à unidade de saúde, ao Centro de Referência de Assistência Social, a outras instituições parceiras ou até mesmo à própria escola) deve procurar a direção da unidade escolar e preencher em conjunto a ficha para descrição das atividades realizadas. Mensalmente, a direção da escola deve acessar o “Formulário Eletrônico de Registro de Ações do PSE Carioca” e preenchê-lo com os dados registrados na ficha. Posteriormente, os profissionais de cada uma das Coordenadorias Regional de Educação (CRE) pertencente ao NSEC, em conjunto com os outros parceiros deste núcleo, realizam a análise dos registros coletados das unidades escolares de seu território. Esta análise tem como função realizar as críticas necessárias aos dados, o que oferta maior qualidade às informações registradas. Caso estes profissionais identifiquem aspectos para serem melhorados no registro, contatam-se as respectivas unidades escolares para realizar, de forma conjunta, os ajustes que se considerem pertinentes. Além de ofertar uma maior qualidade aos dados do PSE Carioca, este processo visa a ser um dispositivo de educação permanente dos profissionais de saúde, educação, desenvolvimento social e/ou outros que estiveram envolvidos nas ações de saúde na escola. Após a análise, são calculados os consolidados destes dados. Por fim, os profissionais do Nível Central (NC) do GTI-M do PSE Carioca

agregam os dados consolidados das 11 CRE e constroem um painel avaliativo do PSE Carioca a nível municipal. IMPACTOS: Identifica-se que o processo de reflexão e análise conjunta que levou à criação desta nova forma de registro foi importante para que fosse possível estabelecer este novo fluxo e os novos instrumentos de registro. A necessidade de registro conjunto da ficha pelos profissionais da ação com a direção da escola foi estrategicamente traçada para que houvesse maior comunicação entre os profissionais que participavam do programa, o que facilitou a construção de vínculo entre estes atores e o reforço do planejamento, desenvolvimento e avaliação conjunta das ações. As informações sobre o PSE Carioca têm sido mais qualificadas, possibilitando observar o que tem sido realizado, assim como o que não tem sido realizado (não) tem sido realizado, para, então, entender o porquê desta situação e planejar para desenvolver ações que superem possíveis entraves. Aumentou-se a qualidade das informações produzidas no âmbito do programa, o que tem relação direta com a maior qualidade com que o dado é produzido nos registros das ações locais. CONSIDERAÇÕES FINAIS: É imprescindível dar continuidade na instauração e aprimoramento de um diálogo permanente entre a saúde, a educação e o desenvolvimento social no desenvolvimento do PSE Carioca para um efetivo exercício da intersectorialidade. A busca pela melhoria dos processos de trabalho e por uma gestão eficiente se fazem necessárias para a produção efetiva de um trabalho de promoção da saúde de qualidade que possa suprir as necessidades de saúde da população escolar, visando a sua qualidade de vida.

INTEGRAÇÃO ENTRE VIGILÂNCIA EM SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL: DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES AO SUS

Manases José Bernardo de Lima

Palavras-chave: Vigilância em Saúde, Atenção Primária em Saúde, Gestão em Saúde, Integração em Saúde

Apresentação e objetivo do trabalho: Este artigo trata da integração entre a Vigilância em Saúde (VS) e da Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil. O objetivo principal foi analisar os desafios e as contribuições desta integração para o Sistema Único de Saúde (SUS), sob o ponto de vista dos gestores em saúde, nas três esferas de gestão. Esta integração se refere a um processo complexo e interdisciplinar de aproximações teórico-prático que visa bem mais que a inserção das ações de VS nas práticas da APS. O termo “Atenção Primária em Saúde” é considerado por Mello et al. (2009) como uma terceira expressão, uma variação terminológica adotada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 2005 e pelo CONASS em 2007, originada da tradução de “Primary Health Care (PHC)”, referente à língua inglesa, impressa para a conferência de Alma Ata da OMS em 1978. Porém, de acordo com o autor, a APS teve seu definitivo momento de visualização após o clássico estudo “atenção médica primária”, o qual demonstrou que a imensa maioria da assistência médica nos Estados Unidos da América (EUA) e Reino Unido era realizada nesse nível de atenção. De acordo com Batistela (2009), o termo “Vigilância em Saúde” direciona ao verbo vigiar. A palavra tem sua origem no latim *vigilare* e, segundo o Dicionário Aurélio, significa observar atentamente, estar de sentinela, estar atento a. Segundo Waldman (1998), a vigilância passa ter o propósito

de aprimorar as medidas de controle às doenças, e não só com a definição limitada e específica de observação de contatos de pacientes com doenças ditas “pestilenciais”. Sem a pretensão de reducionismo, é possível compreender VS à luz de três diferentes concepções definidas por Teixeira, Paim e Vilasboas (1998): a primeira concepção define VS no sentido de “Análise de Situação de Saúde”, contribuindo para ampliação e fomentação do Planejamento em Saúde (TEIXEIRA, 2003); a segunda define VS numa visão de “Integração Institucional entre a Vigilância Epidemiológica (VE) e a Vigilância Sanitária (VISA)”; o terceiro entendimento está ligado à ideia de uma “Proposta de Redefinição das Práticas Sanitárias”. Esta última vertente conceitual possui também duas concepções diferentes, que embora não sejam antagônicas, divergentes e excludentes, enfatizam aspectos distintos da VS. O primeiro aspecto valoriza a dimensão técnica da VS, na medida em que a percebe enquanto um “Modelo Assistencial Alternativo”. Desenvolvimento do trabalho: descrição da experiência ou método do estudo – Trata-se de um Estudo inovador e de natureza científica original, de paradigma teórico-metodológico fenomenológico e fenomenográfico, de pesquisa do tipo não experimental e exploratória, fundamentada na combinação de abordagem, de enfoque quantitativo, utilizando escopo de levantamento survey, de corte-transversal não probabilístico; e de enfoque qualitativo, utilizando método interpretativista; com análise de conteúdo do tipo temático e descritivo, com propósito de nível exploratório, analítico e interpretativo-explicativo, orientado à compreensão do fenômeno para os sujeitos estudados, por meio das pesquisas de campo e análise documental, utilizando uma triangulação de método e ênfase no enfoque qualitativo (SANTOS, 2009; MINAYO, 2010; BABBIE, 1999). Investigou-

se as seguintes categorias de análise: Conceito, Desafios e Contribuições. Foram tratadas aqui as categorias “desafios”, ou “entraves”, e “contribuições”. A unidade de análise foi à gestão tripartite do SUS. Foram selecionados e estudados 16 estados, 29 municípios, cinco regiões do país e 6 instituições da esfera federal e analisou-se 23 publicações. Participaram 162 sujeitos (73% da amostra). Resultados e/ou impactos: os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa - Na sondagem de opinião a aplicação do questionário foi realizado de forma presencial, durante o Congresso Nacional de Secretário Municipal de Saúde, realizado em Brasília, em 2011. Participaram do estudo 149 sujeitos das três esferas de gestão (73,3% do esperado). A esfera de Gestão Federal apresentou o maior percentual de participação e a esfera municipal foi que apresentou o menor percentual de participação (64,44%), com maior participação dos secretários de saúde (70%) do que dos gestores de áreas técnicas. A menor participação foi dos Secretários Estaduais de Saúde (62,5%). Enquanto que na esfera federal a participação foi maior do que o esperado (120%), exceto em relação aos gestores ligados à FUNASA (26,67%). Os principais desafios para a gestão em saúde foram para esfera federal (81,3%); e em terceiro lugar do ponto de vista dos gestores da esfera estadual (49,2%). O Monitoramento e a Avaliação das ações de forma integrada foram compreendidos pelos gestores da esfera estadual como o mais importante desafio (57,6%), para a esfera municipal. Na opinião dos gestores das esferas municipal/estadual as 10 (dez) mais importantes contribuições são, seguindo respectivamente a ordem de classificação: o planejamento estratégico situacional (21,8%); a análise nas condições de vida e situação de saúde (13,5%); a integração entre os profissionais, equipes, ações e serviços de saúde (12,5%); a mudança

de paradigma no modelo de gestão e de atenção à saúde (11,9%); a integralidade do cuidado na atenção à saúde (11,2%); a otimização e racionalização dos recursos humanos, materiais e financeiros (10,8%); a atenção à saúde de base territorial local (10,6%); o conhecimento local das situações de risco, vulnerabilidades, iniquidades e dos determinantes e condicionantes da saúde (10,6%); o aumento do grau de resolutividade das ações e serviços de saúde – proatividade, eficiência, eficácia e efetividade (8,5%); o monitoramento e a avaliação integrados (8,1%). Os principais achados relacionados às contribuições da integração entre a VS e a APS para o SUS, dialogam com os achados encontrados sobre os principais desafios a serem enfrentados pelos gestores, investigados neste mesmo estudo: Planejamento em Saúde; Monitoramento e Avaliação; Território Único de atuação das equipes; Integração entre os profissionais, as equipes e as instituições. Considerações finais: Cada um dos resultados retratam uma especificidade das percepções dos sujeitos sobre os desafios e as contribuições da integração entre a VS e a APS no SUS, numa dada perspectiva subjetiva, para um tipo de gestor, em um tipo de esfera de gestão e numa determinada realidade local/regional. Percebe-se que a Triangulação de Método ampliou a capacidade investigativa; revelou peculiaridades por região e esfera de gestão; apontou semelhanças e diferenças melhor discutidas no trabalho; aprofundou os termos/concepções identificados; e fez emergir divergências e conflitos.

INVESTIGAÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT EM POLICIAIS MILITARES POR MEIO DO INSTRUMENTO DE MASLACH

Mellani Dumke, Paola Maritssa Dacol, Sérgio Maus Junior, Rosana Amora Ascari, Clodoaldo Antônio de Sá, Liana Lautert

Palavras-chave: Enfermagem, Estresse, Esgotamento profissional, Saúde do Trabalhador, Risco ocupacional

INTRODUÇÃO: Entre os diversos fatores que podem comprometer a saúde do trabalhador, o local de trabalho é apontado como um gerador de conflito, assim que o indivíduo percebe a lacuna existente entre o compromisso com a profissão e o sistema em que está inserido¹. No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador visa reduzir os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho². Dentre as doenças ocupacionais elencadas nesta política, esta a Síndrome de Burnout (SB), que conforme o Ministério da Saúde (MS) predomina entre os profissionais da saúde, assim como em professores, policiais, bombeiros e demais profissões que estão sujeitas a ter um contato diário com o público e que possuem grande carga emocional³. O Burnout conhecido também como esgotamento profissional é descrito como um fenômeno composto por sentimentos de fracasso e exaustão, tendo como causa um desgaste excessivo de energia e recursos, mediado pela prática e estresse no cotidiano laboral. A SB é o produto do estresse crônico, encontrado tipicamente no ambiente do trabalho, principalmente quando existem pressão excessiva, desavenças, poucas recompensas emocionais e pouco reconhecimento, sendo então visto como um fenômeno psicossocial constituído de três aspectos: Exaustão Emocional (EE), Despersonalização (DE) e Baixa Realização Profissional (RP). A Exaustão Emocional é caracterizada por uma escassez de energia e um sentimento de esgotamento emocional, que tem a sobrecarga de trabalho como a causa principal. A Despersonalização acontece quando o profissional passa a tratar os clientes, os colegas de trabalho e a organização de forma estranha e impessoal. E a Baixa Realização Profissional caracteriza-se por uma disposição do

trabalhador em autoavaliar-se de maneira negativa, sentindo-se insatisfeito e infeliz com seu desenvolvimento profissional, vivenciando uma queda no sentimento de competência e na sua capacidade de interagir com as pessoas⁴. Policiais em todo o mundo constituem uma das categorias de trabalhadores com maior risco de vida e de estresse⁵. No caso específico dos policiais militares, o nível de estresse tem sido apontado como superior ao de outras categorias profissionais, não só pela natureza das atividades que realizam, mas também pela sobrecarga de trabalho e pelas relações internas à corporação cuja organização se fundamenta em hierarquia rígida e disciplina militar. OBJETIVO: O presente estudo buscou identificar qual o risco para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout nos trabalhadores da Polícia Militar de Chapecó - Santa Catarina, Brasil, além de conhecer o perfil desses trabalhadores. MÉTODO: Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem quantitativa, desenvolvido com policiais militares inseridos no 2º Batalhão da Polícia Militar em Chapecó - SC, Brasil. Consideraram-se critérios de inclusão ser policial militar em atuação há pelo menos um ano no cenário pesquisado, que aceitaram participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos do estudo os funcionários em férias, licença ou atestado no período da coleta de dados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer n. 756.207 de 14/08/2014. A coleta de dados deu-se por meio de questionário no período de outubro a dezembro de 2014. Os dados coletados foram tabulados no programa Excel® e importados para o programa SPSS - StatisticalPackage for Social Sciences, para análise estatística descritiva. O instrumento de coleta de dados pautou-se no Inventário (questionário) de Burnout (MBI-HSS) Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey, para identificação do risco para o

desenvolvimento de SB e, num formulário com dados sociodemográficos a fim de descrever o perfil dos trabalhadores participantes. RESULTADOS: Quanto ao perfil sociolaboral houve predomínio do sexo masculino (92%), entre 18 a 39 anos de idade (74%), casado ou em união estável (63%), graduado (58%), sem filhos (52%), que não trabalha noutro lugar fora da corporação (87%) e atua em escalas de plantão (69%). As variáveis: estado civil, número de filhos, turno de trabalho e possuir ou não outro emprego fora da corporação foram analisadas estatisticamente com as três dimensões do Burnout (Exaustão Emocional, Despersonalização e Baixa Realização Profissional). Quanto ao estado civil, os indivíduos solteiros, casados e em união estável apresentaram nível de Exaustão Emocional alto, Despersonalização médio e baixa Realização Profissional alta. Sendo assim estes estão com risco de desenvolver a Síndrome. Quanto o fato de possuir filhos ou não, os indivíduos que não possuem e os que possuem apresentaram nível de EE alto, DE médio e RP alto. Em relação aos horários de trabalho, os indivíduos que trabalham em turnos fixos e os que realizam escalas de plantão apresentaram nível de EE alto, DE médio e RP alto. Quanto o fator de possuir outro emprego ou não, os indivíduos que possuem outro emprego e os que não possuem apresentaram nível de EE alto, DE médio e RP alto. Nenhum indivíduo estava acometido pela SB neste estudo, uma vez que se considera em Burnout o indivíduo que revela altas pontuações de exaustão emocional (EE) e despersonalização (DE), associadas a baixos valores em realização profissional (RP)6. CONCLUSÃO: A partir da análise dos dados coletados, o estudo mostrou que não há incidência da síndrome de Burnout entre os policiais militares que participaram desta pesquisa. Porém, aponta que uma quantidade significativa de profissionais está em situação de risco para

o desenvolvimento da referida síndrome, pois apresentam duas das três dimensões do Inventário de Burnout (MBI-HSS: Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey). Sugere-se atentar para os sintomas apresentados, procurando meios de diminuir esse risco de desenvolvimento de Burnout através de intervenções pontuais, mantendo o bem-estar do trabalhador da polícia militar para que se mantenham ativos e assim, possam contribuir com a segurança pública. Os profissionais da saúde em geral podem promover e proteger a saúde dos trabalhadores através da promoção e prevenção da saúde, visando, assim melhorar a qualidade de vida dos profissionais.

MAPEAMENTO DOS PROCESSOS DE TRABALHO FRENTE À REDE CEGONHA NO GHC: A CONSTRUÇÃO DE UMA FERRAMENTA DE GESTÃO DO SUS

Fernando Anschau, Jacqueline Webster, Márcia Martins Marquesan, Luiz Roberto Braun Filho, Lauro Luis Hagemann

Palavras-chave: Mapeamento, Processos, Rede Cegonha, Ferramenta

INTRODUÇÃO: Os altos coeficientes de mortalidade materna e neonatal no nosso país, bem como as deficiências encontradas no acompanhamento pré-natal e na garantia de acesso com qualidade ao parto e nascimento, foram aspectos determinantes na proposição do governo federal da implantação da Rede Cegonha. Este momento trouxe a necessidade de oferta de novos arranjos organizacionais e de revitalização dos conceitos de rede de atenção à saúde. A concepção participativa dos trabalhadores em saúde e dos usuários do sistema único de saúde nestas construções promulgou transversalmente o enlace de diversas áreas antes fragmentadas.

Para que tenhamos um atendimento de qualidade e responsivo, os serviços, de acordo com suas especificidades e capacidade instalada, devem ser resolutivos de forma a não quebrar a linha do cuidado, garantindo uma assistência integral à saúde. A reorganização dos processos de trabalho é base de sustentação para vencer os desafios para alcançar a integralidade na assistência à saúde, aliando-se a isto as ações assistenciais, corroboradas pelas palavras de CECÍLIO & MERHY "... uma complexa trama de atos, procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores [...]". Ao propormos o presente estudo, suscitamos inevitavelmente a discussão do trabalho vivo em ato em diversos aspectos: propositivo, processual e finalístico. A Rede Cegonha utilizada como modelo de mapeamento de redes de atenção, nos faz salientar também a necessidade de mudança no modelo de atenção com acolhimento, humanização e maior qualificação na assistência; temos, pois a mudança como objeto de estudo. A mudança neste contexto é o objetivo cuja complexidade do dia-a-dia nos traz questões de senso continuum e não findo, além do que, o próprio planejamento de ações – a partir do fluxograma da linha de cuidado expresso - traz a abrangência futura de novas mudanças e da necessidade de revisita aos fluxos. METODOLOGIA: 1. oficinas de construção do conhecimento a cerca das redes de atenção em saúde; 2. oficinas sobre linhas de cuidado e processos de trabalho; 3. rodas de conversa com todos os setores do GHC envolvidos com a Rede Cegonha (Serviço de Saúde Comunitária, Maternidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Maternidade do Hospital Fêmeina,

Unidades Neonatais do Hospital da Criança e do Hospital Fêmeina, Setores de Urgência e Emergência do GHC que atendem gestantes e crianças, Ambulatórios especializados no pré-natal e no atendimento infantil; Unidade de Pronto Atendimento); 4. construção do fluxograma com todos os pontos de atenção interligados em rede a partir da atenção à gestante e à criança; 5. oficinas de oferta do fluxograma da linha de cuidado para as equipes envolvidas com redesenho de fluxos; 6. arte de criação do desenho do fluxo que expresse a identidade do GHC; 7. redação final dos processos de discussão e construção do fluxograma; 8. oferta da ferramenta "linha de cuidado" para a gestão do GHC. RESULTADOS E DISCUSSÃO: O mapa dos processos de trabalho traz para a gestão a possibilidade de identificação das estruturas, dos fluxos assistenciais, dos processos de trabalho, da inserção de diretrizes clínicas e dos nós - críticos na busca de: 1. da garantia do acesso e qualidade da assistência; 2. do cumprimento de metas pactuadas na contratualização com o gestor; 3. da eficiência e transparência da aplicação dos recursos; e 4. do planejamento participativo e democrático. A gestão da atenção hospitalar neste cenário de visibilidade pelo desenho da linha de cuidado se faz em consonância com o desenho da rede de atenção em saúde, de acordo com: 1. o papel do hospital na rede; 2. a implementação de fluxos regulatórios; 3. a contratualização; e 4. os critérios de monitoramento e avaliação. Impactos do Projeto Impactos – científicos. O trabalho já demonstrou ser o mapeamento dos processos de trabalho na construção gráfica da linha de cuidado uma ferramenta de intervenção nos próprios processos e fluxos do cuidado; Assim, podemos identificar diferentes impactos nos resultados de indicadores já utilizados no monitoramento assistencial e da gestão; É possível medirmos os impactos na qualidade assistencial após

o uso da ferramenta; Impactos – econômico social. A identificação de nós críticos para a otimização dos fluxos assistenciais, assim como da necessidade de novos fluxos ou de incorporações tecnológicas traz a possibilidade de ganhos sociais importantes, uma vez que o desenho da linha de cuidado se faz junto com a rede de atenção à saúde; Tornam-se mais transparentes e eficazes as aplicações dos recursos; Impactos – ambiental. O projeto é voltado para o mapeamento dos fluxos e processos de trabalho na rede cegonha; entretanto, a discussão sobre a mudança no modelo de atenção às gestantes e crianças trouxeram a necessidade de adequação da ambiência dentro da nossa instituição. Assim sendo, já estamos com projeto de adequação – ambiência do centro obstétrico e com grupo de trabalho em discussão de um novo hospital materno, infantil e do adolescente no GHC. Aplicabilidade para o SUS. É um projeto voltado ao desenho de linhas de cuidado dentro do Sistema Único de Saúde, pensado para ter centralidade no usuário do SUS. A realização do projeto já traz mudanças e qualificação assistencial dentro do Grupo Hospitalar Conceição, caracterizado por ser 100% SUS.

MAPEAMENTO DOS TRANSTORNOS MENTAIS E DO COMPORTAMENTO RELACIONADOS AO TRABALHO EM SANTOS, ENTRE 2006 E 2013: GRANDES TENDÊNCIAS POR CID, GÊNERO E SETOR

Laura Camara Lima

Palavras-chave: saúde do trabalhador

APRESENTAÇÃO: O objetivo da investigação foi produzir um mapeamento que permita dimensionar: incidência e prevalência de seis Transtornos Mentais e Comportamentais relacionados ao trabalho (CID-10: F.10, F.32, F.43, F.48, F51.2, Z73.0), na população de

trabalhadores do município de Santos. A série histórica foi determinada para fazer um estudo do impacto da promulgação da lei (Brasil, 2007) que define o Nexo Técnico Epidemiológico (NTEP), a partir da qual se deveria poder, mais facilmente, determinar o nexo entre os agravos que acometem os trabalhadores (CID-10) e as atividades exercidas por eles, em um determinado setor econômico (segundo a classificação CNAE). Um levantamento de dados relativos aos seis TMCRT estudados foi realizado para dimensionar o impacto. Para obter informações sobre os trabalhadores que possuem emprego formal (CLT), autônomos e regimes especiais solicitamos o auxílio da Gerência Executiva de Santos (GEX Santos) do INSS; para obter informações sobre os funcionários públicos, fomos buscar dados no Departamento de Engenharia e Segurança e Medicina do Trabalho (DESMET) da Prefeitura de Santos. Os responsáveis da GEX nos forneceram informações sobre benefícios concedidos, de 2006 a 2013, referentes aos agravos: CID F.32, F.10, F.43.1, F.48.0, F.51.2 e Z73.0. E também sobre os Benefícios concedidos referentes aos agravos CID F10.2, F32, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F32.8, F32.9 e F.43.1 discriminados por tipo (Auxílios Doença previdenciários, Auxílios Doença acidentários e total), gênero e pelos ramos de atividade (Comerciário, Transportes e cargas, Industriário, Outros) e aqueles referentes aos agravos F.41.0, F41.1, F41.2, f41.3, F41.8, F41, discriminados por gênero. Os responsáveis do DESMET nos forneceram os dados relativos às perícias realizadas no DESMET relacionadas aos TMCRT estudados. As informações, contabilizadas por atos de médicos peritos, incluem os seguintes dados: gênero, CID, profissão ou função, número de dias de afastamento. Procedemos às análises estatísticas descritivas e inferenciais, de modo a dimensionar a incidência dos diferentes agravos, nas diferentes categorias

de sujeitos. Os resultados, referentes aos dados da GEX Santos, revelam uma prevalência dos Episódios Depressivos (F.32), que ocupam 79% do total, enquanto que o Estresse Pós-Traumático (F.43) corresponde a 13% e a Dependência ao Álcool (F.10) a 8% do total. Entretanto, essa tendência geral vem se invertendo. Em 2003, a depressão correspondia a 96% da soma desses três agravos, dez anos depois, ela passou a representar 61% desse total. Por sua vez, o estresse pós-traumático passou dos insignificantes 1% em 2003, para os consideráveis a 26% dez anos depois; enquanto que, paralelamente, o alcoolismo crônico passou de 3% a 12% do total, com oscilações durante a década. O número de benefícios concedidos referentes aos TEPT (CID F.43) vem sofrendo uma alta ao longo do período, vindo a representar 46% do número de depressões, no final do período estudado. Para investigar se houve efeito do NTEP depois de 2007, calculamos a proporção dos auxílios-doença acidentários ao número de auxílios-doença previdenciários para cada um dos CID; assumindo o critério de que quanto mais alta a porcentagem, maior o reconhecimento do vínculo com o trabalho. No caso dos homens, a Dependência ao Álcool dificilmente é reconhecida como estando vinculada ao trabalho, uma vez que os auxílios-doença acidentários representam, em média, apenas 3% dos previdenciários, subindo para 6 e 7%, respectivamente em 2007 e 2010. Nos episódios depressivos (F.32), a proporção de auxílios-doença acidentários concedidos em relação aos previdenciários, segue o mesmo padrão em ambos os gêneros ficando, em média, em torno de 6%. No caso das mulheres, em relação à dependência ao álcool, a proporção dos auxílio-doença acidentários chega a 80% em 2010 e 33% em 2011, o que indica que o vínculo entre trabalho e dependência ao álcool parece ser mais facilmente

reconhecido no caso feminino. No que diz respeito aos transtornos de estresse pós-traumático (F.43.1), os auxílios-doença acidentários representam, em média, 37,5% dos previdenciários, o que significa que nesse caso o NTEP parece ter provocado uma mudança, no sentido do aumento dos auxílios-doença acidentários. Os setores da economia que concentram a maior parte dos benefícios concedidos, no caso da população masculina, são comércio e transportes; no caso da população feminina eles se concentram no setor comerciário. O setor de Transportes concentra ainda assim, bastante adoecimento masculino, tendência que seria provavelmente acentuada se considerássemos as informações a respeito da distribuição relativa da população de trabalhadores no setor em relação à população geral de trabalhadores. Quanto aos funcionários, a proporção relativa dos agravos do grupo F representa 9-14,4% do total de perícias realizadas no DESMET, permanecendo em torno de uma média de 12%, durante cinco anos. Em 2006, e sobretudo em 2013, os CID F perderam espaço em relação ao número total de perícias, sendo que em 2011 eles se sobressaíram. Esses dados funcionários apresentam uma tendência geral semelhante aos celetistas: os transtornos de humor, que no início do período eram majoritários, vão perdendo espaço para os transtornos de ansiedade, de maneira que no fim da série histórica, os dois agravos apresentam números bem semelhantes. A categoria F.40-49 aumentando gradativamente ao longo do período analisado. Inversamente, F.10-19, inicia alto e diminui; em 2010 vai ao mínimo e depois aumenta. Os resultados indicam que, em termos proporcionais, os episódios depressivos perdem espaço em relação aos três outros agravos. Entre 2006 e 2013, os transtornos de ansiedade F.41 passam de 27% para 43% e os TEPT têm crescimento de 50%; a dependência ao álcool passou de

7% a 16%. A proporção relativa do número anual total de benefícios concedidos por F.41 a homens e mulheres inverteu-se. Em 2006, os homens (55%) predominavam em relação às mulheres (45%); em 2013 as trabalhadoras tornam-se majoritárias (59%). Em 2006, cada gênero tinha um padrão específico de comportamento, em 2013, a semelhança entre os gêneros aumenta. No que se refere ao tempo de afastamento concedido pelos peritos aos trabalhadores adoecidos, identificamos que, no caso das depressões e ansiedades (CID's F.32 e F.43.1), a diferença entre as médias de homens e mulheres não passa de dois dias; entretanto, no que se refere à dependência ao álcool (F.10), a diferença é da ordem de 25%: aos homens são dados 37 dias, e às mulheres 25 dias de afastamento. Quanto à proporção dos três agravos em relação ao todo representado por eles, percebe-se que: nos homens, a depressão representa 40%, a ansiedade 44% e a dependência ao álcool 16%; enquanto nas mulheres, a depressão representa 55%, a ansiedade 44% e o abuso de álcool 1%. Os resultados indicam que apesar do NETP, a manutenção da saúde mental ao trabalho é um grande desafio hoje no município, que precisaria ser melhor estudado para que se possa pensar em ações eficazes para supera-lo, considerando os gêneros. Resta saber como esses TMCRT têm se manifestado nos locais de trabalho, como eles têm influenciado as relações de trabalho e par que mecanismos e em que medida eles têm invadido e colonizado a subjetividade e modificado a vida dos trabalhadores e de suas famílias; mas esses estudos fazem parte das próximas etapas dessa pesquisa e das que se sucederão a ela.

MERGULHOS INTENSOS DE UMA EQUIPE DA ATENÇÃO BÁSICA NA PRODUÇÃO DE CUIDADO E REDE EM SITUAÇÕES DE FRAGILIDADE E/OU VULNERABILIDADE

Magda Souza Chagas, Ana Lúcia Abrahão

Palavras-chave: Atenção básica, Cuidado, Vulnerabilidade em Saúde, Saúde da Família

INTRODUÇÃO: A atenção básica tem passado por mudanças altamente significativas nos últimos anos no país e as mudanças incluem, para além do enfrentamento e tensão entre modelos de atenção, a construção de novas relações entre profissionais da saúde e usuários, o exercício da responsabilização do cuidado e vínculo com usuário ganham dimensão de experimentação diferenciada. Já não é suficiente apostar nas regras ou algoritmos de atendimento diante de usuários que nas ações pedem outra relação, pede outro agir de toda a equipe, diante da não adesão aos tratamentos propostos, na resistência em situação de fragilidade e/ou vulnerabilidade em que o pedido de ajuda pode ser apenas comparecer para o atendimento. Sim a atenção básica expandiu a cobertura e agora é possível também olhar para a questão da qualidade da gestão e das práticas das equipes. O que as equipes de atenção básica tem produzido na construção de cuidado diferenciado, singular e com responsabilização é a estrutura central deste texto. Este trabalho é parte integrante da pesquisa Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa. Quem tem como tema a construção de uma rede nacional de pesquisa compartilhada Universidade-SUS para realizar pesquisa qualitativa sobre a produção do cuidado em

diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o número do parecer: 876.385, em 18/11/2014. **OBJETIVOS:** Acompanhar a produção do cuidado na equipe da atenção básica com foco nas Redes Temáticas de Atenção à Saúde. Descrever as experiências de invenções e/ou criações da própria equipe no estabelecimento de vínculo e cuidado com o usuário. Problematizar a construção de redes de assistência e criações de redes vivas de cuidado. **METODOLOGIA:** A metodologia definida para esta pesquisa foi a partir da observação participante (Minayo, 2010) em que adotamos como ferramenta de trabalho o diário de campo e entrevistas semiestruturadas, ao acompanhar equipes de saúde nos diferentes níveis de atenção, identificar com as mesmas usuáries-guia. Usuários-guia, aqueles que têm as características de um caso traçador do cuidado, os eixos ordenadores, aqueles usuários que circulam e atravessam as redes de cuidado e as estações de cuidado, que demandam muitas redes de cuidado e o tempo todo instigam as equipes para construção de modos de cuidar (Abrahão et al, 2014). Através deles caminhamos a partir das linhas de assistências estruturadas pelas portarias e seguimos caminhos que surgem, em movimentos cartográficos da produção de cuidado da própria equipe no lugar da invenção, donãodimensionadonasportarias; mas inclusive nas próprias redes-vivas que os próprios usuários vão construindo para eles tendo ou não a dimensão saúde como foco, mas que repercutem na mesma. Neste material o foco está nas produções e arranjos de uma equipe. A observação participante registrada no diário de campo e entrevistas semiestruturadas forneceram material que foi trabalhado e destacados pontos, analisadores e com eles realizamos

apresentação/conversa com a equipe. Deste momento, que poderíamos chamar de “devolutiva”, quando a pesquisa dobra sobre a equipe e esta olha para a sua própria produção, temos outro momento em que a pesquisa passa a fazer sentido para os trabalhadores e o sentir-se sujeito da ação, sujeito do fazer o da sua própria produção ganha a superfície e eles reconhecem a potência em si. **RESULTADOS:** Os resultados apontam a intensidade no contato e invenções na construção de vínculo e responsabilização que os profissionais da equipe estabelecem, principalmente com usuários em situação de fragilidade ou vulnerabilidade, como gestantes usuáries de drogas, idosos que moram sozinhos, usuários da saúde mental em acompanhamento pós-crise, aqui incluídos os adolescentes e outros. Existe uma aposta na vida e não foi percebido movimento de fuga ou movimentos para evitar encontros. Pelo contrário, o mergulho que os profissionais fazem é intenso na relação com os usuários e é possível apontar a constante busca pela flexibilidade seja no horário para atendimento com os usuários e construção de arranjos possíveis junto aos mesmos; seja no tipo de oferta de cuidado que pode incluir aumento da frequência na unidade e criar agendas com diferentes profissionais na/para “ocupação do tempo” com oferta de cuidado; ou ainda seja no que poderíamos chamar de exercício de não julgamento moral; os profissionais fazem profundas experimentações com o outro e consigo inclusive na intensidade. A apresentação, melhor seria dizer o movimento de tornar visível para a própria equipe o que ela produz junto aos usuários, colocou na superfície dos profissionais sentimentos de reforço, identidade, valorização, “o que é feito e não percebido”. Como a fala de uma profissional: “Se eu posso falar de um momento de sucesso nessa vivência está sendo esse agora em que você nos fala para

nós mesmos, do tipo construir identidade e ver que a minha equipe por mais que pareça que a gente não está conseguindo resolver nada, a gente conseguiu muita coisa que a gente não percebeu. Entendeu? Eu acho que este está sendo nosso primeiro fôlego depois do mergulho. (O primeiro respiro de verdade, completa outra). O primeiro respiro. O primeiro sucesso que eu pensava que eu não estava conseguindo. Que parecia impossível, que a gente está promovendo um cuidado que realmente é diferencial".

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Existe trabalho realizado para além da rede estabelecida nas portarias, existe construção de rede viva, de rede de afetos e cuidado. Por exemplo, com gestante e usuária de drogas que teve a guarda ameaçada, foi construída uma rede articulada com a instituição de atendimento à gestação de alto-risco, construção de rede de desejos e possibilidades na relação direta com gestante/puérpera na busca de entender, ofertar e participar do processo de "recuperação" dela, articulação com Conselho Tutelar e ainda ampla rede de afeto e cuidado envolvendo profissionais da equipe mais o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) e deixando-se envolver com/na relação família. Poderia dizer que, pegando um pouco Merhy (2002, 2006) quando fala sobre tecnologia na saúde: dura, leve-dura e leve, poderíamos dizer que a equipe que acompanhamos opera tecnologia levíssima.

MESA DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE NAS SECRETARIAS DE SAÚDE DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

Nathalia Hanany Silva de Oliveira, Renata Fonsêca Sousa de Oliveira, Janete Lima de Castro

Palavras-chave: Negociação Coletiva, Mesa de Negociação do Trabalho, Mesa de Negociação Permanente do SUS

INTRODUÇÃO: Na literatura, observa-se que conflito é uma categoria constante nos estudos sobre negociação. Nesse sentido, faz-se necessário entendê-lo como um elemento inerente ao contexto da gestão. Um dos grandes desafios colocados na administração, tanto pública quanto privada, consiste em gerenciar os conflitos nas organizações, junto ao atendimento adequado das demandas da sociedade e, mais especificamente, dos usuários e consumidores de produtos e serviços¹. Como ferramenta de ação para intervir no campo da resolução de conflitos de interesses, o Ministério da Saúde tem incentivado a Negociação Coletiva como uma estratégia para a gestão das relações de trabalho. Sabe-se que conflitos não administrados contribuem para a ineficiência, baixa produtividade e má qualidade dos serviços, acarretando a frustração de servidores e a insatisfação dos usuários. A prática da negociação coletiva vem sendo amplamente estudada nas últimas décadas. No campo da saúde, essa ferramenta conquistou um espaço "privilegiado" que são as Mesas Permanentes de Negociação¹. Ademais, compreende-se como negociação um ato político destinado a gerar viabilidade mediante acordos duradouros e respeitados entre atores sociais que têm interesses, poder e recursos para enfrentar situações que os afetam mutuamente através de participação corresponsável e equânime². Para os efeitos da Convenção 154 – Convenção sobre incentivo à Negociação Coletiva, adotada em 19 de junho de 1981, em Genebra – o termo "negociação coletiva" compreende todas as negociações que acontecem entre um empregador, um grupo de empregadores ou uma ou mais organizações de empregadores, de um lado, e uma ou mais organizações de trabalhadores, de outro, visando definir condições de trabalho e termos de emprego; regular as relações entre empregadores e

trabalhadores; regular as relações entre empregadores ou suas organizações e uma organização de trabalhadores ou organizações de trabalhadores³. Diante desse cenário, a Mesa Nacional de Negociação do Sistema Único de Saúde (MNN/SUS) nos dias 5 e 6 de maio de 1993, foi instaurada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em sua 24^a reunião, no uso de suas atribuições legais e nas prerrogativas que lhe foram conferidas pelas Leis: 8.080/90 e 8.142/90. Em 1995, com mudanças na gestão do Governo Federal, houve a desativação da Mesa. Após diversos debates no CNS sobre a relevância da retomada das negociações com os trabalhadores do SUS, decidiu-se reinstalar a Mesa. Essa decisão foi propícia com o governo recém-eleito, no ano de 2003, o qual propôs o fortalecimento dos espaços de negociação, consolidando a Mesa de Negociação como espaço democrático para resolução de conflitos. Sendo esse espaço democrático um fórum paritário e permanente de negociação, em que estão reunidos gestores públicos, prestadores de serviços privados e entidades sindicais nacionais que representam os trabalhadores. Na Mesa, são debatidas e pactuadas questões referentes às relações e às condições de trabalho no SUS, com o intuito de democratizar as relações entre gestores e trabalhadores e a valorização dos trabalhadores na perspectiva de melhorar a qualidade do serviço prestado pelo SUS. Nesse sentido, por compreender a importância da instalação de um espaço de negociação democrática e paritária, o presente trabalho tem como propósito identificar a existência da Mesa de Negociação Permanente em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde da região Nordeste do Brasil, de modo a identificar, caso não exista, quais os principais motivos para a não implantação da referida Mesa. Esta pesquisa integra-se

ao projeto de "Apoio à Estruturação da Rede de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no SUS" realizada pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ObservaRH/UFRN). **METODO DE ESTUDO:** Trata-se de um estudo descritivo de natureza qualitativa. Os participantes deste trabalho foram os alunos do Curso de Especialização e Aperfeiçoamento em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, desenvolvido na modalidade de Educação a Distância (EaD), curso este promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com ObservaRH/UFRN na região Nordeste do Brasil, tendo como período de realização de novembro de 2012 a abril de 2014. Do total de 225 instituições que foram convidadas a participar da pesquisa, 128 participaram, sendo 8 secretarias estaduais e 120 secretarias municipais. Partindo dessas premissas, para a realização desta pesquisa foram utilizadas as informações referentes a existência ou não da Mesa de Negociação e quais os principais motivos para a não existência da referida Mesa. **RESULTADOS/ E OU IMPACTOS:** De acordo com os resultados encontrados, evidenciou-se que apenas 16,1% das instituições respondentes referiram ter Mesas implantadas. Desse modo, destaca-se a importância de estabelecer espaços que proporcionem o tratamento de conflitos no âmbito da gestão do trabalho, para se trabalhar na lógica de pactuação e negociação coletiva entre os diversos trabalhadores, gestores e prestadores de serviços que atuam no SUS. Nesse sentido, Braga Jr e Braga afirmam que o propósito fundamental da Negociação Coletiva é o desenvolvimento das relações de trabalho e o tratamento dos seus conflitos, utilizando como referência o objetivo comum de prestar e atender, com qualidade, eficácia e democracia, aos serviços e demandas da cidadania em seu benefício e em prol da dignidade da pessoa

humana⁴. Ainda que 83,9% das instituições respondentes não possuam Mesa de Negociação, muitas delas afirmaram que está em processo de implantação. Outra questão investigada refere-se aos principais motivos da não instalação da Mesa de Negociação Permanente nas instituições de saúde, a saber: falta de interesse por parte da gestão em implantar uma gestão participativa; ausência de uma adequada estrutura física; falta de pessoal, bem como resistência destes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A gestão das instituições respondentes ainda carece de discernimento da importância do processo de criação e implantação das mesas de negociação, de modo a instituir uma gestão participativa. Nesse contexto, sugere-se o estabelecimento de mecanismos de estímulos e valorização por parte das instituições e daqueles que lá atuam, para o reconhecimento da importância de espaços como esses. Evidencia-se a necessidade de compreender que a Negociação Coletiva faz parte de uma ferramenta de gestão de trabalho que possibilita o gerenciamento de conflitos e pactuação de acordos, de forma equânime aos trabalhadores, gestores e prestadores de serviços. Dessa forma, percebe que a Mesa de Negociação é um avanço porque permite que as partes explicitem democraticamente sua pauta de interesses; pratiquem, por meio do diálogo e da negociação, a busca de consensos entre diversos dissensos existentes; sistematizem e troquem informações⁵.

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES POR PERFIL DE MUNICÍPIO

Alline Lam Orué, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, Mara Lisiane de Moraes dos Santos, Albert Schiaveto de Souza

Palavras-chave: gestão em saúde, atenção primária à saúde, avaliação em saúde

APRESENTAÇÃO: O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 2008, com o intuito de apoiar às equipes da Atenção Básica (AB) com vistas à resolutividade e qualificação das ações desenvolvidas neste nível de atenção. A equipe de NASF é composta por profissionais de diversas especialidades e sua atuação esta pautada no apoio matricial, a fim de que a assistência e o cuidado aos usuários da AB sejam mais integrais na perspectiva da interdisciplinaridade. Neste contexto, este estudo tem o objetivo identificar e analisar a composição das equipes do NASF nos diferentes municípios brasileiros. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, seccional, de abordagem quantitativa, com base em dados secundários. Tais dados compreendem os resultados da avaliação externa do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), correspondente ao período de 2013 a 2014. Foram analisadas as questões referentes ao NASF no PMAQ em todo o território nacional, totalizando 17.157 equipes participantes. Para valer-se destes dados, foi obtida autorização da comissão PMAQ no Estado de Mato Grosso do Sul. Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente, de modo a agrupar os resultados obtidos pelo PMAQ-NASF de acordo com a classificação preconizada pelo IBGE em relação aos perfis de município: perfil de pobreza (municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza); capitais; G100 (100 municípios com população acima de 80 mil habitantes, com os mais baixos níveis de receita pública per capita e alta vulnerabilidade social de seus habitantes); região metropolitana e; demais municípios. Foi realizado o teste do qui-quadrado com correção de Bonferroni, $p < 0,05$, para revelar o nível de significância das diferenças entre os valores encontrados. As questões versaram

sobre a composição do NASF existente e sobre a importância de outras categorias profissionais, além do papel da gestão na discussão prévia à composição da equipe. **RESULTADOS:** Em relação às categorias profissionais existentes no NASF para realização do apoio, observando os dados nacionais em ordem crescente, tem-se que a categoria médico homeopata representa 1% (n=174) das categorias encontradas, médico do trabalho 1,3% (n=229), médico acupunturista 1,7% (n=285), médico veterinário 1,9% (n=326), médico geriatra 2,4% (n=414), médico internista (clínica médica) 3% (n=519), sanitarista 3,7% (n=636), arte educador (profissional com formação em arte e educação) 6% (n=1.022), médico psiquiatra 16% (n=2.741), médico ginecologista/obstetra 16,6% (n=2.850), médico pediatra 17,6% (n=3.017), terapeuta ocupacional 24,8% (n=4.248), farmacêutico 40,9% (n=7.012), fonoaudiólogo 50,8% (n=8.713), profissional de educação física 62,2% (n=10.665), assistente social 69,1% (n=11.850), nutricionista 85% (n=14.580), psicólogo 87% (14.931) e, fisioterapeuta 87,4% (n=14.993), além da classificação "outro" representando 5,1% (n=882) das categorias profissionais. Nota-se semelhança estatística entre a frequência apresentada pelo perfil de pobreza e o G100 quanto à categoria fisioterapeuta, com 92,1% (n=3.964) e 93,1% (n=1.420) respectivamente, aparecendo em primeiro lugar em ambos os perfis e também nas capitais, com 88,4% (n=2.745), o que sugere que tanto os municípios de maior vulnerabilidade socioeconômica quanto os grandes centros tendem a incluir os fisioterapeutas na equipe de NASF. Já em regiões metropolitanas e demais municípios, esta categoria profissional aparece em terceiro lugar, com frequência de 79,3% (n=1.937) e 85,2% (n=4.927) respectivamente, enquanto que a categoria mais presente nestas equipes de NASF

é a de psicólogo, representando 90,5% (n=2.211) em regiões metropolitanas e 88% (n=5.091) nos municípios que não se enquadram nos perfis anteriores, o que pode indicar uma maior demanda de saúde mental do que física propriamente dita nestes contextos. Considerando-se as três categorias mais encontradas, sem classificá-las ordinalmente, é possível observar que o fisioterapeuta, o nutricionista e o psicólogo fazem-se presentes em todos os perfis de município. A categoria médico homeopata apresenta-se como a menos encontrada em equipes de NASF, com frequência de 0,3% a 1%, exceto nas capitais, onde representa 2,5% (n=77) e a categoria que menos aparece é a de médico do trabalho, com frequência de 0,6% (n=19), seguida de médico veterinário, com 0,6% (n=20), médico internista 2% (n=61) e só então o homeopata. O que sugere que, no interior dos estados brasileiros, a homeopatia se apresenta como a menor demanda para a AB e/ou que a oferta deste serviço é escassa nestes municípios. É possível observar que nacionalmente, 85,1% (n=14.605) das equipes consideram que seria importante outra categoria profissional na composição do NASF, desmembrando, temos frequência de 80,3% (n=1.226) no perfil G100, e semelhança estatística em todos os outros perfis, que apresentaram entre 86,4% e 84,7% das equipes observando tal necessidade. Estes dados podem indicar que a atual composição das equipes de NASF não abrange na totalidade às necessidades de apoio na ótica das equipes e que estas precisam ter suas composições revistas periodicamente. Na questão que aborda se o gestor municipal debateu com a equipe sobre quais categorias profissionais deveriam compor o NASF, houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre todos os perfis de município, sendo as respostas "sim" correspondentes a 69% (n=2.968) para o perfil de pobreza; 37,9% (n=1.175) para as

capitais; 50,1% (n=764) para G100; 55,3% (n=1.350) para regiões metropolitanas e; 59,5% (n=3.441) para os demais municípios. Pode-se observar que nos municípios com 20% ou mais da população vivendo em extrema pobreza, há maior frequência relativa de respostas positivas, o que indica uma proximidade da gestão com as equipes de AB e preocupação do gestor com as necessidades da população e demandas das equipes, enquanto que nas capitais a maior parte das respostas foi negativa, apontando para certo distanciamento entre gestão e equipes de AB, com consequente tomada de decisão por parte do gestor municipal, de forma unilateral. Esta questão também indica que mesmo com as diferenças significativas entre os perfis, pode-se dizer que a discussão entre gestão e equipes da AB para a constituição das equipes do NASF, a fim de abranger as reais demandas de serviço, aconteceu com uma frequência inferior ao desejável – apenas 56,5% (n=9.698) dos casos brasileiros. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Considerando que pouco mais da metade das equipes foi consultada pelo gestor municipal para que o mesmo pudesse selecionar as categorias profissionais necessárias à composição das equipes de NASF, e que tal resultado reflete em certa insatisfação das equipes de AB quanto à escolha de tais categorias, recomenda-se que haja uma maior aproximação do território e da população, assim como debate e corresponsabilização entre gestão e equipes para tomadas de decisão coletivas, seguras e eficazes, proporcionando uma assistência mais integral e resolutiva aos usuários da AB. Acreditamos que a composição das equipes NASF poderia ser diferente da identificada se houvesse uma maior proximidade entre gestão, equipes de AB e usuários, com vistas ao planejamento e enfrentamento dos problemas e necessidades do território.

O ABSENTEÍSMO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UTI DE UM HOSPITAL

Ana Paula de Lima, Lourdes Missio, Dieny Gonçalves Inácio Cornachini, Layla Oliveira Campos Leite Machado

Palavras-chave: Absenteísmo, Saúde do trabalhador, Equipe de enfermagem

Apresentação: A ausência do profissional no emprego é caracterizada por absenteísmo, contudo, por serem inúmeros os motivos para o absenteísmo, entre eles, o adoecimento e o acidente de trabalho, devido às possíveis condições inseguras e inadequadas no trabalho, agentes estressantes que provocam desequilíbrio psicológico e físico (MARTINATO et al., 2010). O absenteísmo na equipe de enfermagem é um grande problema, para as instituições, inclusive as hospitalares, por não estarem precavidas quanto à cobertura do absenteísmo destes profissionais. Contudo, gera-se uma sobrecarga de trabalho para o restante da equipe na unidade de terapia intensiva, assim, comprometendo a qualidade da assistência prestada aos pacientes (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009). Para tanto, na unidade de terapia intensiva encontram-se internados os pacientes críticos que necessitam de cuidados intensivos, os mesmos possuem um quadro de saúde delicado, que facilmente evolui de um estado grave para o óbito. Além disso, a UTI é considerada um setor fechado, limitador e estressante, assim, sendo fatores relevantes que contribuem para o absenteísmo dos profissionais de enfermagem (GUERRER; BIANCHI, 2008). Decidiu-se investigar qual o motivo que leva os profissionais a praticar o absenteísmo. A relevância deste trabalho para o meio científico, como para a comunidade social, é a contribuição para as possíveis implementações da própria instituição,

onde a mesma poderá reorganizar-se e minimizar os transtornos de gerenciamento e recursos humanos, afastando-se assim a hipótese da insatisfação profissional, evitando o abandono da profissão ou até mesmos descasos com os clientes. Objetivo principal desta pesquisa é traçar o perfil dos profissionais de enfermagem e levantar alguns fatores que os levaram a praticar o absenteísmo nas unidades de terapia intensiva. Método do estudo: Este estudo quantitativo, descritivo e transversal, obteve o colhimento de informações científicas, através de um questionário com 12 questões, sendo 11 questões fechadas e 1 aberta, relacionadas aos fatores que contribuem para o absenteísmo na equipe de enfermagem. Foram entrevistados 18 profissionais da unidade de terapia intensiva de um hospital público de Dourados/MS, no período de abril a maio de 2013. Resultados: Através dos dados acima retirados da pesquisa em campo, nota-se que (78%) é do sexo feminino e dentro desta porcentagem (67%) são técnicas de enfermagem, conclui-se, portanto, que o ambiente de trabalho é predominantemente o sexo feminino e a formação é técnico em enfermagem. A idade entre 26 a 32 anos é predominante o sexo feminino com (38%), a faixa etária entre 33-49 anos também predomina o sexo feminino com (33%), o sexo masculino encontra-se na faixa etária de 33-49 anos com (17%). Os dados acima mostram uma realidade importante, que técnicos em enfermagem com tempo de trabalho menor que 1 ano neste mesmo setor é de (33%), podemos observar que mais de 3 anos de trabalho no mesmo setor estão os técnicos em enfermagem com (28%). Entre 2 a 3 anos estão os técnicos com (6%), os enfermeiros com 17(%) estão entre 1 a 2 anos de tempo de trabalho neste setor. Observou-se que os motivos que levam a falta da grande maioria está relacionado a sobrecarga de trabalho (21%), estresse (21%) e dupla

jornada (21%), como principais motivos que levam ao absenteísmo. Constatamos que (12%) dos entrevistados faltam por motivos de doenças, confirmando o que Silva et al. (2006) diz que o maior índice de absenteísmo da equipe de enfermagem é relativo ao sistema respiratório. Devido à exposição que a equipe de enfermagem sofre de agentes biológicos, mãos contaminadas se não houver higienização adequada, manuseio de material podendo ter secreções, manuseio de material perfurocortantes, muitas vezes ambiente abafado por falta de ventilação. Manuseio de produtos químicos como os produtos de limpeza para a desinfecção de materiais e ambiente, gases anestésicos podem ser as causas de infecções no trato respiratório. Ficou evidência que (12%) dos entrevistados faltam por motivos de doenças. A dupla jornada de trabalho dos enfermeiros se faz necessário pelo principal motivo, baixa remuneração, assim para suprir procura uma nova fonte de renda, no entanto, tendo mais de um serviço consequentemente sobrecarregam-se, podendo levar ao estresse e influenciar a qualidade de vida e qualidade de serviço prestado por este profissional da saúde (PRETO; PEDRAO, 2009). No estudo evidenciou que (50%) da equipe de enfermagem possuem outro vínculo empregatício os funcionários entrevistados que possuem dois vínculos empregatícios afirmaram que, os principais fatores que levam ao absenteísmo: é a sobrecarga de trabalho com (66%), o estresse com (55%) e a dupla jornada (44%). Também, constatamos que os profissionais com mais de um vínculo empregatício, relataram a falta de motivação com (33%) sendo um fator contribuinte para o absenteísmo. Observou-se ainda, que (78%) dos 18 profissionais de enfermagem entrevistados estão satisfeitos com o seu trabalho. Porém (22%) dos entrevistados dizem que não está satisfeito com o trabalho. Outra resposta

dada pela equipe de enfermagem é que (61%) diz que na sua ausência existe outro profissional qualificado para substituí-lo, outros (39%) diz que não existe pessoas para substituí-lo. Dos 18 entrevistados (100%) disseram que suas faltas são justificadas e avisadas previamente para seus superiores. A assistência prestada à pacientes em UTI causa bastante discussão, pois de um lado ela solicita intervenções rápidas, de outro, o emocional também mobiliza os sentimentos que repetidamente expressam-se de forma muito intensa. A enfermagem na UTI engloba a realização de um trabalho permeado por imprecisões, vai do aspecto gratificante ao limitante que estão presentes no dia a dia (GUERRER; BIANCHI, 2008). Considerações finais: O melhor entendimento sobre fatores que levam ao absenteísmo na equipe de enfermagem e conhecer o perfil destes profissionais, tem como benefício o desenvolvimento de ações preventivas ou corretivas dos gestores, pois a ausência de um integrante da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva, além de ocasionar transtornos à equipe, sobrecarrega os demais companheiros, comprometendo assim a qualidade dos serviços prestados aos clientes. Os profissionais de enfermagem entrevistados relataram que os principais fatores que contribuem para o absenteísmo são: o estresse, a sobrecarga de trabalho e a dupla jornada, acarretando a falta de motivação para o trabalho. Portanto, é de fundamental importância que a instituição tenha a prática da gestão pela qualidade total, atenda às necessidades básicas do profissional de enfermagem para a melhor obtenção de um atendimento de qualidade aos pacientes. Cabe aos profissionais gestores da instituição de saúde, o compromisso de melhores condições de trabalho, a valorização e fortalecimento de sua equipe, confiar e respeitar à opinião de seus colaboradores, por conseguinte, dispor de treinamentos motivacionais e

de aprimoramento dos conhecimentos de seus liderados. É importante ampliar o conhecimento já existente acerca dos fatores relacionados ao absenteísmo, poder contribuir para a motivação destes profissionais, tão importantes para o bom funcionamento da unidade de terapia intensiva.

O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO NACIONAL A PARTIR DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

Marsam Alves de Teixeira, Emerson Silveira de Brito, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: PMAQ, acolhimento, atenção básica

APRESENTAÇÃO: A Política Nacional de Humanização (PNH), um dos programas do Ministério da Saúde (MS) para a melhoria do acesso e atendimento à população, instituiu o acolhimento como parte da dinâmica de atendimento, possibilitando o acesso através da demanda espontânea nos serviços que fazem parte da rede de Atenção Básica (AB). O Acolhimento é dado como o processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica em responsabilização do trabalhador/ equipe pelo usuário, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável. Favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com os serviços de saúde, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade. O acolhimento não se resume somente na recepção do usuário ou simplesmente uma etapa do processo de atendimento, mas sim deve ocorrer em todos os momentos

no serviço e saúde e ser realizado por todos os profissionais, propiciando assim um compartilhamento de saberes. É uma postura que pressupõe uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários. O acolhimento identifica as demandas dos usuários e reorganiza o serviço e o processo de trabalho, tendo como objetivo ampliar e qualificar o acesso dos usuários, humanizando o atendimento e impulsionando a reorganização do processo de trabalho nas unidades de saúde. Visando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde, em 2011 o governo federal lança o PMAQ-AB, o qual procura estimular a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, em ofertarem serviços de acordo com as necessidades concretas da população e as políticas nacionais. Este programa tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB, e nesse sentido, o acolhimento foi avaliado. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Entendendo a amplitude do PMAQ, a inexistência de pesquisas desse âmbito no SUS, e a relevância do acolhimento na AB, este estudo se propôs a analisar a frequência com que o acolhimento ocorre, quais são os profissionais que participam da sua implementação, e a existência de protocolo com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência em estabelecimentos de saúde de atenção básica do país que afirmaram a existência de acolhimento no serviço. Trata-se de um estudo nacional, de cunho epidemiológico, observacional e descritivo, tendo seus dados extraídos

a partir de questões do primeiro ciclo de avaliações do PMAQ, conduzido em 2012. As análises foram produzidas no programa SPSS e são apresentadas por estatística descritiva. As variáveis em estudo foram as seguintes: Está implantado o acolhimento na unidade de saúde?; Com que frequência acontece?; Quais profissionais participam do acolhimento? A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência? **RESULTADOS:** A amostra entrevistou 17.202 coordenadores de equipes de saúde em todo o Brasil, destas, 13.769 (80,3%) referiu possuir o acolhimento implantado e em 69,8% o acolhimento é realizado durante toda a semana. Quando analisada a disposição por regiões do país, observou-se que no Sudeste o acolhimento é ofertado em 92,3% das unidades de saúde, seguido pela região com Sul (82%), Nordeste (70,8%), Centro-Oeste (67,7%) e Norte (63,1%). Quanto ao profissional que realiza o acolhimento, observa-se concentração na equipe de enfermagem, sendo realizado pelo enfermeiro em 76,3% e pelo técnico em enfermagem em 49,7% dos serviços. Das unidades pesquisadas apenas 38% referiu possuir protocolo de diretrizes terapêuticas para atendimento à demanda espontânea. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O acolhimento é um tema de extrema relevância e que continua sendo frequente pauta nos espaços de discussões, já que se trata de uma diretriz da Política Nacional de Humanização e Política Nacional da Atenção Básica e se faz presente em inúmeros serviços de saúde, como evidenciamos nos dados acima apresentados. Observa-se uma disparidade entre as regiões do país no que se refere a implantação do acolhimento, havendo a necessidade de disseminação e ampliação principalmente nas regiões Centro-Oeste e Norte. Apesar de o acolhimento ser entendido como um dispositivo de estreitamento de vínculo

e ampliação do acesso às demandas da comunidade, identifica-se que este vem sendo exercido prioritariamente pela equipe de enfermagem, o que nos sinaliza a necessidade de instrumentalização das demais categorias para o uso dessa ferramenta e sensibilização quanto a sua potencialidade. A partir da constatação de que somente 38% das equipes pesquisadas referiu possuir protocolo de diretrizes terapêuticas para atendimento à demanda espontânea, os dados que a classificação de risco e identificação de necessidades vêm sendo realizada de forma distinta nestes serviços, possivelmente baseada na formação profissional e experiências prévias, o que pode inclusive interferir na proposta de aumento da resolutividade do acolhimento.

O PAPEL DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA REABILITAÇÃO E REINERÇÃO DE UM FUNCIONÁRIO APÓS ACIDENTE DE TRABALHO

Naraiane Fermine, Carine Provensi, Bruna Raquel Kessler, Rosana Amora Ascari

Palavras-chave: Absenteísmo, Saúde do Trabalhador, Gestão, Equipe Multidisciplinar

INTRODUÇÃO: No contexto de exposição a ambientes insalubres, o trabalhador muitas vezes encontra sob pressão, aumentando o risco de acidente de trabalho. O absenteísmo torna-se cada vez mais frequente, o que diminui a qualidade e a produtividade do trabalhador. Em decorrência do avanço das legislações na área de saúde do trabalhador, as empresas investiram na formação de equipe multidisciplinar para atuação na medicina ocupacional, ou seja, na busca da minimização dos riscos laborais e promoção da saúde do indivíduo no ambiente de trabalho. Nessas circunstâncias o enfermeiro exerce papel fundamental

na recuperação de um funcionário após um acidente de trabalho, algumas vezes é nele que o funcionário mais confia. As visitas domiciliares e o acompanhamento do funcionário após o acidente de trabalho afetam diretamente o retorno do mesmo à sua antiga função. E quando o retorno ao trabalho exige mudança de função/atividade, o enfermeiro, junto com a equipe multidisciplinar deve fornecer todo o apoio para a adaptação deste funcionário em sua nova função. O enfermeiro do trabalho deve fornecer todo apoio que o funcionário necessita após um acidente de trabalho, incluindo a visita domiciliar e o apoio à sua reinserção na empresa, o que possibilita conhecer melhor a situação do trabalhador e suas necessidades para recuperação. A partir disso, o objetivo desta revisão narrativa de literatura é conhecer o papel da equipe multidisciplinar na reabilitação do trabalhador e sua reinserção na empresa após um acidente de trabalho. **METODOLOGIA:** Tratou-se de um estudo de revisão narrativa da literatura. Foi realizado um levantamento de pesquisas através dos bancos de dados disponíveis eletronicamente na Biblioteca Virtual em Saúde, além da utilização de livros e outros manuscritos para a discussão dos resultados. O período de estudo compreendeu os meses de abril a junho de 2012. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados no período de 2006 a 2011, produção nacional, disponíveis em textos completos online, tendo Brasil como país de publicação no idioma português. Os descritores utilizados foram “Enfermagem do Trabalho”; “Saúde Ocupacional”; “Reabilitação Profissional” e “Absenteísmo”, resultando em 3218 manuscritos. Posteriormente, foi realizada a leitura dos títulos e resumos na busca de evidência para responder o objetivo deste estudo. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e leitura dos títulos e resumos na busca de evidência para

responder o objetivo deste estudo, sete artigos foram incluídos nesta revisão narrativa da literatura, os quais foram lidos na íntegra e seus dados transcritos para um formulário desenvolvido para este fim possibilitando a tabulação e análise dos resultados. Por questões éticas, todas as autorias dos manuscritos utilizados nesta revisão foram citadas no capítulo das referências. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os sete artigos selecionados para este estudo versam sobre diferentes aspectos da reabilitação de funcionário após acidente de trabalho a saber: processo de retorno ao trabalho após AT; reabilitação profissional no Brasil; planejamento ergonômico do posto de trabalho; fatores que influenciam o retorno ao trabalho em acidentes envolvendo mãos; o retorno ao trabalho em trabalhadores amputados e o papel da enfermagem na reabilitação. No artigo “Aspectos relacionados ao processo de retorno ao trabalho de indivíduos com distúrbios musculoesqueléticos do membro superior: uma bibliografia comentada” aborda o que a empresa e os colegas deveriam oferecer ao indivíduo no retorno ao trabalho, além da reabilitação física e psicológica, o suporte familiar e social. Porém não há programas de reabilitação nas empresas, apesar da necessidade do retorno ao trabalho e evitar o desgaste emocional e perdas pessoais para o trabalhador e custos envolvidos neste processo¹. Assim, as empresas devem criar um programa de reabilitação, levando em conta que as pessoas devem ser consideradas parceiras das organizações, cujos objetivos tanto pessoais quanto organizacionais caminham em uma mesma direção². O estudo “Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública” permitiu compreender a necessidade de uma política pública de reabilitação profissional e a reinclusão social de trabalhadores com restrições. O

artigo “Fatores associados ao retorno ao trabalho após um trauma de mão: uma abordagem quali-quantitativa” analisa a presença de um profissional para auxiliar no processo de retorno ao trabalho, tanto para indicar uma mudança temporária de setor, quanto orientar para deixar os horários flexíveis para o trabalhador continuar tratamento e adaptar a função às dificuldades no desempenho. No estudo “A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT)”, os autores tecem argumentos sobre a melhoria da ergonomia no trabalho, planejando as condições em que esse trabalhador vai desempenhar sua função, ficando a equipe multidisciplinar responsável para encontrar formas de minimizar as inadequações do ambiente de trabalho³. Quando analisado o manuscrito “Acidentes de trabalho envolvendo mãos: casos atendidos em um serviço de reabilitação”, identificou-se de se apropriar sobre os acidentes de trabalho envolvendo mãos, em decorrência da gravidade e alta incidência destes casos, além de causarem graves prejuízos psicológicos, econômicos e nos papéis sociais desempenhados pelos indivíduos, considerando que este é o tipo de acidente que ocasiona maior dificuldade no retorno ao trabalho⁴. Os casos de retorno ao trabalho são muito baixos e o índice de aposentadoria elevados devido a média de idade na época da amputação e etiologia vascular prevalente, geralmente associada com outros fatores, é o que retrata o artigo “Retorno ao trabalho em amputados dos membros inferiores”⁵. O atraso no encaminhamento e na inclusão do amputado em programa de reabilitação, por falta de condições técnicas, é uma característica fortemente determinante do resultado final de todo trabalho da equipe multidisciplinar de reabilitação³. O último artigo analisado: “Papel da enfermagem

na reabilitação física”6 abordou a importância de um bom relacionamento entre membros da equipe multidisciplinar e as qualificações do enfermeiro para que haja um bom processo de reabilitação. A efetividade da equipe está diretamente vinculada ao nível de esforço coletivo empreendido pelos membros para produzir os resultados da tarefa, da quantidade de conhecimentos e habilidades que esses trazem para desenvolvê-la e do grau de adequação das estratégias de desempenho por eles escolhidas. **CONCLUSÃO:** A partir da revisão foi possível compreender que o retorno do funcionário ao trabalho está diretamente vinculado à atenção da equipe multidisciplinar na sua reabilitação, pois é devido a ela que o paciente recebe as orientações, cuidados e tratamento para facilitar a sua volta ao trabalho, também é a equipe multidisciplinar que deve analisar as necessidades do trabalhador após o acidente ou doença e realocá-lo na função que ele está apto a desenvolver. Contudo, ainda não há políticas públicas específicas para a temática em questão. Observou-se, a necessidade de um profissional para orientar a volta do funcionário ao trabalho na empresa, a fim de facilitar sua adaptação, respeitando as dificuldades do trabalhador e melhorando a ergonomia do trabalho. A área de saúde ocupacional permite o planejamento das ações da equipe multidisciplinar, a sistematização da assistência, a discussão das decisões a serem tomadas e o desenvolvimento de atividades que promovam o bem-estar físico e psíquico do trabalhador.

O PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE – PMAQ-AB – COMO DISPOSITIVO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EQUIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho

Palavras-chave: Atenção Básica, Promoção da Saúde, Equidade, Acesso, Qualidade

APRESENTAÇÃO: O objetivo deste resumo é apresentar o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) como um dispositivo de Promoção da Saúde (PS) e da equidade. Parte-se do pressuposto de que esta abordagem do PMAQ-AB é uma inovação para a perspectiva da Promoção da Saúde. Trata-se de estudo baseado em dados do 2º ciclo PMAQ-AB buscando evidenciá-lo como um dispositivo de PS e da equidade dialogando com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), entre outras políticas e normativas. **Introdução** A atual PNPS (Brasil, PNPS, 2014) tem diretrizes que dialogam com os programas e ações em desenvolvimento na Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS) como o PMAQ-AB, a saber: i) a incorporação das intervenções de PS no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais; ii) o fomento ao planejamento de ações territorializadas de PS, com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades, para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social; iii) apoio à formação e à educação permanente em PS para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável (Brasil, PNPS, 2014). Por meio das equipes de AB – equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs), de programas como a Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde, entre outros, são desenvolvidas ações cotidianas em todos os

municípios brasileiros. O PMAQ-AB é mais uma estratégia de fortalecimento da AB, em conjunto com o Programa Mais Médicos, Requalifica UBS, e-SUS AB, entre outros. A opção pela utilização da PNPS como principal ponto de interlocução com os programas e ações da AB parte da consideração da importância do fortalecimento de Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB), de Alimentação e Nutrição (PNAN), entre outras, como indutoras de ações de PS e de equidade, tendo claro que a PS não se resume a política. **Resultados:** O 1º ciclo do PMAQ-AB ocorreu em 2011 e 2012, o 2º ciclo em 2013 e o 3º ciclo está previsto para o último trimestre de 2015 e 2016. No 2º ciclo do PMAQ participaram 5.070 municípios (91%), 30.522 equipes de Atenção Básica (88,7%), 19.946 equipes de Saúde bucal (89,6%), 1.813 equipes Nasf (93%) e 860 CEOs (94,2%). Em relação ao número de municípios e equipes de AB, isso representa um aumento de 27,8% e 74,5% respectivamente, já que foram 3.965 municípios (71,2%) e 17.482 equipes no 1º ciclo. Até a atualidade já foram repassados, através do PMAQ-AB, mais de R\$ 4 bilhões e meio de reais (2011 = R\$ 54.741.400,00; 2012 = R\$ 874.833.600,00; 2013 = R\$ 1.304.406.800,00; 2014 = R\$ 1.371.945.461,76; 2015 = R\$ 929.458.500 – até setembro). No 2º ciclo, 4.712 equipes de atenção básica (16%) foram avaliadas como Muito Acima da Média, 10.015 equipes (33%) foram avaliadas como Acima da média, 14.729 (48%) como Mediano ou Abaixo da Média, 353 (1%) como Insatisfatória e 713 (2%) foram desclassificadas. Alguns dados evidenciam o PMAQ-AB como um dispositivo de PS e da equidade: 97,8% (n= 24.055) das UBS funcionam em dois turnos, manhã e tarde, 98,8% (n= 24.055) de segunda a sexta. As consultas de pré-natal, hipertensão arterial e diabetes mellitus são ofertadas por mais de 90% das equipes (n= 29.788), 95,5%, 93,2% e 93,1% respectivamente. Em relação ao controle

social e participação popular, 67,2% (n= 30.522) das equipes têm mecanismos de avaliação de satisfação do usuário e 56,6% referem existir conselho local de saúde ou outros espaços de participação na UBS. Contudo, ainda há desafios: apenas 47,7% (n= 24.055) funcionam no horário de almoço, entre 12 e 14h, menos da metade (46,1%, n=29.778) das equipes oferta consultas para usuários obesos. Sobre o retorno da avaliação realizada por especialistas quando o usuário é encaminhado, 10,4% (n= 30.522) afirmam que sempre obtém o retorno, 66,1% obtém retorno algumas vezes e 23,4% não recebem retorno. Destaca-se que 83,3% dos usuários (n=115.726) avaliaram o cuidado recebido pela equipe de saúde como Bom ou Muito Bom, 82,3% não mudariam de UBS se tivessem oportunidade e 86% recomendariam a UBS a um amigo ou familiar. **CONSIDERAÇÕES:** O PMAQ-AB como dispositivo de Promoção da Saúde e da equidade A PS, baseada no conceito ampliado de saúde, é um “conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da RAS, buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social” (Brasil, PNPS, 2014). Já a equidade, segundo Scorel (2009), leva em consideração que as pessoas são diferentes e têm necessidades diversas. Assim, é necessário uma distribuição heterogênea de recursos para atender suas necessidades de saúde. O PMAQ-AB através dos eixos: Acesso nas unidades básicas de saúde (UBS); Abrangência das Ações Ofertadas; Coordenação do Cuidado e Integração com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS); e Satisfação e participação do usuário; contribui para a PS e para a promoção de equidade ao buscar garantir um padrão de qualidade por meio de um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho

das equipes de saúde da AB (Brasil, PMAQ-AB, 2015) e, assim torna-se uma importante ferramenta para o alcance do objetivo principal da PNPS: promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. Destaca-se também o objetivo específico da PNPS que está diretamente ligado com as ações na AB a partir dos dados gerados pelo PMAQ-AB: promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores expressos, para trabalhadores, gestores e cidadãos. Outros pontos de convergência entre a PNPS e os programas e ações da AB que estão contemplados nesse resumo são os eixos operacionais da PNPS: territorialização, gestão, educação e formação, produção e disseminação de conhecimentos e saberes. Através deles é possível traçar estratégias para concretizar ações de PS na AB. Como desafio destaca-se que há necessidade de maior articulação das UBS e equipes da AB com outros pontos da RAS, de horários de funcionamento das UBS que atendam a necessidade de trabalhadores, por exemplo, funcionando à noite ou nos fins de semana, além de processos de trabalho que deem respostas à demanda espontânea, ampliação de ações essenciais nas UBS tais como ações e consultas para o usuário obeso, entre outros. Baseado nos resultados apresentados, afirma-se que quase metade das equipes participantes do 2º ciclo foram bem avaliadas (49%) e que a AB, no atual estado da arte, faz diferença positivamente na vida de milhões de brasileiros e brasileiras e se caracteriza como um dispositivo de PS e da equidade.

O TERRITÓRIO E AS REDES VIVAS DE SAÚDE NUMA COMUNIDADE FLUTUANTE NO AMAZONAS

Júlio Cesar Schweickardt, Ana Paula Portela

Palavras-chave: Território, Gestão, Saúde Coletiva, Amazônia

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho propõe uma investigação sobre um espaço muito diferenciado no território amazônico, que é uma comunidade flutuante denominada Catalão. Esse é um território verdadeiramente líquido, pois as casas foram construídas sobre troncos de madeira e, portanto, se deslocam de acordo com o ciclo das águas dos rios. A comunidade se localiza no município de Iranduba, na margem direita do rio Negro, próximo de Manaus. Possui uma estrutura de energia, escola, saúde, coleta de lixo e transporte. A comunidade já existe há 35 anos têm 106 casas e conta uma associação que cuida dos interesses dos moradores. Nesse caso, podemos problematizar se essa comunidade poderia ser considerada ribeirinha, pois esta não está na margem das águas, mas está sobre ela e permanece nela de acordo com o movimento da seca e da cheia do rio Negro. A proposta se insere num projeto maior que busca fazer a relação entre a territorialidade de grupos sociais com os territórios e as redes vivas de saúde na Amazônia. O objetivo desse projeto é compreender a dinâmica social da comunidade na relação com o território e a formação de redes de saúde. A temática é relevante porque apresenta um território específico da região, que vive dentro dos padrões de sociabilidade associada à dinâmica dos rios. Interessamos descrever e analisar o processo de construção de redes no território líquido, que se transforma na mudança das estações de chuva e seca e que caracterizam a

Amazônia. Território e Redes O território e as redes se fazem na vida cotidiana das pessoas para responder às necessidades de saúde, tanto as informais quanto a do Sistema Único de Saúde – SUS. No entanto, entendemos que a saúde está também relacionada com as questões ambientais, sustentabilidade, educação, participação social e gestão. Assim, é compreensível que a identidade social desse grupo tenha uma relação com a dimensão da organização social e com as noções de espaço e lugar. Na Amazônia, as territorialidades ganharam dimensões variadas porque agregaram questões ambientais, culturais, diversidade étnica, processo de ocupação da terra, movimentos de afirmação de algumas tradições e invenção de outras. Assim, temos um território em constante movimento e dinamismo, agregando a isso a gestão das políticas públicas sobre esse mesmo espaço. Por outro lado, não podemos esquecer que o território é desigual e campo de disputas, portanto heterogêneo. Considerar o território na Amazônia como dinâmico e complexo nos conduz à necessidade de termos políticas de saúde com estratégias diferenciadas, com um olhar atento para as especificidades e nuances que esse espaço apresenta. Nessa perspectiva, o território amazônico se constitui num espaço geográfico de múltiplas relações sociais e de poder que exige uma gestão e uma produção de cuidado que se movimente como os banheiros e as águas, pois o rio nunca é o mesmo quando se tem o olhar atento e perspectivo. Neste sentido, norteiam esta proposta algumas questões: Como estes sujeitos constroem sua identidade nesse espaço social? Como os moradores acessam os serviços da rede de saúde? Quais as redes de saúde que são acessadas por esses sujeitos no território vivo? Como a política de saúde identifica e compreende esse grupo social? Qual a noção e uso do território dos moradores?

Como os serviços de saúde e suas equipes têm olhado para estes sujeitos? Em outro ângulo, qual a percepção das pessoas sobre o cuidado ofertado pelos serviços de saúde? Como a promoção à saúde se relaciona com as práticas e o espaço social? Como esses sujeitos constroem o seu cuidado? **METODOLOGIA:** Os referenciais teóricos do estudo serão norteados pela discussão das redes vivas e micropolítica do cuidado propostos por Merhy (2007), Franco e Merhy (2013) e Gomes e Merhy (2014). As referências de território vivo Merhy (2007) e Passos, Kastrup e Escóssia (2009); Ferlaet al. (2015). Além disso, utilizaremos como referencial a produção das pesquisas do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA, especialmente em relação à educação permanente em saúde e a regionalização, organizada por Schweickardt et al. (2015). A metodologia será de pesquisa participante com a participação ativa dos comunitários em todos os momentos da pesquisa, portanto, a pesquisa é de natureza compartilhada. Os comunitários serão convidados a participar da pesquisa como pesquisadores e participar ativamente da construção do conhecimento. Realizamos atividades com a comunidade, portanto já estão na nossa rede de colaboração. Por outro lado, realizaremos uma prospecção com os profissionais de saúde da rede de saúde para que possamos nos aproximar das percepções desses sobre a comunidade. O recurso do diário de campo será utilizado como uma forma de cartografar o território de vida dos moradores do Catalão. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados desta pesquisa pretendem contribuir com as políticas públicas e com o próprio movimento dos comunitários tanto no aspecto da identidade como da participação social na saúde. A pesquisa contribuirá com o mapeamento de um território específico na Amazônia, com a proposta de dar

visibilidade às diferentes territorialidades aos diferentes grupos sociais. Desse modo, o presente trabalho traz a contribuição para o debate sobre os territórios sociais e as redes de saúde na região Amazônica.

O TRÂNSITO DE INSTITUCIONALIDADES NA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO CEARÁ

Neusa Goya, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ricardo José Soares Pontes

Palavras-chave: Gestão do SUS, Regionalização da Saúde, Empresariamento da saúde

INTRODUÇÃO: A descentralização da saúde constrói-se durante uma produção discursiva normativa, via edição de portarias ministeriais, as quais com poder de ordem sobre o que falar, o que e como fazer e financiar, produz um solo positivo para o seu aparecimento como objeto de discurso para o desenvolvimento do SUS. Uma formação discursiva regular da descentralização da saúde que se desenhou com ênfase organizativa na municipalização e na regionalização. Tanto em um processo como em outro, o SUS se fez (e se faz) em base tensional, por colocar em disputa projetos políticos de qual a natureza existencial do seu caráter. Se universal, público, integral e em comando único ou se de cobertura universal forjando na integralidade o quanto e o que cobrir; público e com comando único, porém atravessado pelo empresariamento da saúde em diálogos com o (quase) mercado dado a fabricação de institucionalidades jurídicas, no âmbito do Direito Privado, incumbidas para a gestão de equipamentos públicos de saúde. Essa dimensão de tensionamento é real. Materializa-se na processualidade da regionalização, colocando-a no centro do debate do SUS. No Ceará, esta realidade é potente. A regionalização da saúde é

operada no Estado, desde o final de 90, compondo um campo de problematização de diferentes ordens. Especificamente, nesse trabalho, indaga-se Como se deu a experiência de regionalização da saúde do Ceará e quais institucionalidades foram constituídas para a gestão da prestação de serviços nas suas regiões de saúde? Método Estudo qualitativo que objetiva narrar a regionalização da saúde do Ceará, destacando as institucionalidades constituídas para gerir serviços de saúde regionais e analisando suas implicações no SUS. O estudo foi construído por meio das narrativas, das entrevistas abertas e gravadas com gestores estaduais (3 do nível central e 22 das Regionais de Saúde). Adotou-se o método hermenêutico para análise dos textos construídos pela transcrição das entrevistas e narrativas institucionais de documentos afins ao tema, buscando uma interpretação profunda e contextualizada. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, parecer 137.055, sendo financiado pela Fundação Cearense de Apoio a Pesquisa, por meio do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), Edital 03/2012. **RESULTADOS:** A regionalização da saúde, desencadeada no final da década de 90, no Estado do Ceará, constituiu-se como um projeto técnico-político do Governo, encabeçado pela Secretaria da Saúde do Ceará (SESA). Atualmente, o modelo regionalizado do Ceará é composto por 22 RS e 05 MS. No tocante ao desenho regional e suas funções assistenciais poucas alterações foram feitas de 1998 a 2015, apontando que, apesar das adequações encaminhadas pela SESA, a cada edição de uma nova normativa do Ministério da Saúde, a forte influência conceitual do modelo regionalizado do Ceará foi de orientação do Governo, que desenhou, por meio da SESA, a reforma do setor saúde. Reforma essa que contemplou: a concepção e formação/capacitação de um quadro

executivo e coordenador da regionalização, por meio da Escola de Saúde Pública do Ceará; organização de um modelo da saúde com definição de territórios regionais, constituído já em 1998 por 20 microrregiões e três macrorregiões de saúde; reforma administrativa com a instituição de novas Coordenadorias Regionais em diálogo com o desenho assistencial, assegurando em cada microrregião uma estrutura regional da SESA; constituição de instâncias de pactuação intergestores, desde 2000, com a implantação de Comissões Intergestores Microrregionais de Saúde; envolvimento de coletivos representativos de prefeitos e secretários municipais de saúde, configurando um tipo de institucionalização da governança regional que privilegia a atuação federativa e a constituição de institucionalidades, com distintas modalidades de gestão, para gerir serviços de saúde prestados por equipamentos públicos. Os cenários de cada uma das 22 RS comportam estruturas físicas recentes de Policlínicas e Centros Especializados Odontológicos (CEO), ambos de atuação regionalizada, implantados pelo Governo Estadual. Em duas Macrorregiões de Saúde, Cariri e Sobral, foram instituídos os chamados Hospitais Regionais, também implantados pelo Governo Estadual. Na reforma do setor saúde, as gestões das Policlínicas e dos CEO ficaram sob a responsabilidade de Consórcios Públicos de Saúde (CPS), instituídos em cada uma das RS, exceto na de Fortaleza, totalizando 21 CPS. O CPS refere-se a uma Associação Pública, de natureza autárquica e interfederativa, com Personalidade Jurídica de Direito Público, tendo como entes consorciados o Estado e municípios. A ideia de fazer uso desse tipo de institucionalidade e modalidade de gestão não foi aleatória. Em 2007, a SESA, através da Portaria 2.061/2007, criou a Comissão de Fomento e Implantação de CPS no Ceará. Nos anos de 2009 e 2010, houve

a publicação de leis ratificando a Carta de Intenção de 21 CPS e em 2014 todos estavam em funcionamento. No que é tocante à gestão dos Hospitais Regionais e de seis Unidades de Pronto Atendimento (UPA) houve a opção pela gestão via Organização Social de Saúde (OSS), encarnada no Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar – ISGH, com Personalidade Jurídica de Direito Privado, criado em 2002. Entretanto, essa opção não se deu em 2002. Em 1997, o Governador do Estado, sancionou a Lei 12.781, que instituía o Programa Estadual de Incentivo às Organizações Sociais e dispunha sobre a qualificação das OS. O ISGH foi qualificado com o objetivo de pesquisar e produzir conhecimentos e técnicas nas áreas de saúde e gestão hospitalar, responsabilizando-se pela administração e gestão hospitalar para difusão e aplicação no âmbito do sistema estadual de saúde. O primeiro Contrato de Gestão entre o ISGH e a SESA, ao final de 2002, teve como objeto a operacionalização da gestão e execução, pelo Contratado, das atividades e serviços de saúde a serem desenvolvidos do Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara. O Contrato foi da ordem de R\$2.700.000,00 (Dois milhões e setecentos mil reais). Em 2015, os contratos implicaram em recursos de R\$458.364.247,34 (Quatrocentos e cinquenta e oito milhões, trezentos e sessenta e quatro mil, duzentos e quarenta e sete reais e trinta e quatro centavos), para a gestão de 3 Hospitais e 6 UPAS. O desenho da regionalização foi processualmente fabricado em consonância com o discurso da eficiência e eficácia do Estado; redução de gastos e proposição de melhoria da qualidade dos serviços; diálogos entre o Estado e o mercado para a viabilização da relação entre o público e o privado para a provisão de serviços de saúde, por meio das institucionalidades criadas e modos de gestão instrumentalizados por contratos de gestão sob uma lógica fortemente assistencial.

Constitui um modelo tendenciado à delegação para o setor público não-estatal de responsabilidades executivas diretas pela provisão de serviços, fortalecendo o Estado Regulador em detrimento do Estado diretamente Executor. Entretanto, no Ceará, não se conseguiu imprimir as funções do Estado Regulador, permanecendo, contudo, o Estado financiador dos serviços de saúde. Considerações Finais As grandes questões nacionais em torno da regionalização da saúde se materializam na experiência do Ceará, apontando caminhos, saberes, práticas e desafios. Se essa experiência apontou para adoção de modalidades de gestão distintas, configuradas em diferentes institucionalidades, indicou também a necessidade urgente de se dialogar sobre a manutenção política do projeto do SUS PÚBLICO, UNIVERSAL, INTEGRAL E ÚNICO, além a efetividade real dessas institucionalidades em uma gestão regionalizada. O risco é o de se ter arranjos institucionais pulverizados Brasil afora, que além de descaracterizar o ideário político do SUS, não garante a integralidade da saúde.

OBSERVATÓRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS QUE VÊ E TRANSVÊ

Rafael Cardoso Chagas, Emerson Merhy, Polyana Esteves

Palavras-chave: Observatório de política em saúde, cuidado, Micropolítica

INTRODUÇÃO: Este trabalho é parte das análises iniciais realizadas pela pesquisa “Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde”, financiada pelo CNPQ e ainda em andamento. Desenvolvida pelo coletivo de pesquisadores da linha Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde durante o ano de 2014. Neste trabalho, apresentaremos questões e ferramentas teóricas e

metodológicas produzidas no fazer inicial da pesquisa. A pesquisa tem por finalidade produzir ferramentas de análise de políticas no setor saúde, envolvendo uma rede de pesquisadores em diversas instituições de ensino superior por todo Brasil. A pesquisa foi dividida inicialmente em 6 eixos de acordo com as leis a serem pesquisadas, contando com a instalação de observatórios locais nas diversas regiões do país. A proposta da criação de um Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde procura atenderem ao desafio de analisar as formas em que se dá a constituição de um arcabouço legal, desde a formulação de uma política específica até suas implicações no cotidiano da produção do cuidado em saúde. Assim, apostamos na análise de múltiplos níveis, com a utilização de ferramentas quantitativas e qualitativas, propondo como um dos elementos centrais da produção da análise a conversação entre os diversos atores envolvidos na política proposta. Assim, diferentemente do campo da filosofia política tradicional, entende-se o Estado e as políticas públicas como uma construção social e histórica, inseridos nas práticas sociais dos sujeitos concretos, permeadas por relações de poder e saber. O que interessa neste estudo de políticas públicas é abandonar os universais e analisar os mecanismos que permitiram a racionalização de certas práticas de governo que, ao se constituírem enquanto um regime de verdade possibilita a emergência de uma política pública ou de um programa. **METODOLOGIA:** Esta pesquisa utilizou como metodologia o que chamamos de análise microvetorial. Na análise microvetorial, muitos aspectos são abordados: seus discursos manifestos, suas ações concretas, seus planos e programas de trabalho com suas metas e objetivos declarados. Nas políticas públicas em geral, um ator (pessoa física ou instituição) normalmente estrutura um programa de

ação que visa induzir comportamentos específicos em diversos atores do sistema com resultados declarados esperados. Esta ação estruturada pode tomar múltiplas formas: normas, resoluções, políticas, decretos-lei, lei, contratos de gestão, entre outros. Os resultados esperados podem ter diversas métricas em nível dos serviços e aspectos qualitativos. No entanto, muitas vezes, desde a formulação de uma política até a produção dos resultados esperados, uma cadeia muito longa de atores é percorrida. Estes atores, como parte integrante do processo de produção do cuidado, funcionam sempre como potências que podem ou não contribuir para alcançar a meta pretendida, ou como criadores de inovações que modificam o sentido e transformam completamente a noção de resultado da política. Nesse sentido, a análise microvetorial coloca em conversação a longa cadeia de atores evocados a partir da formulação da política, suas ações, os efeitos na produção cotidiana do cuidado e, em destaque, na trajetória de vida do usuário final do sistema, que em princípio deveria auferir os benefícios diretos do que estava sendo proposto. Com esse entendimento, as frentes de pesquisas constituíram-se por meio de coletivos de pesquisadores. Estes coletivos são formados pelos diversos atores das políticas e os pesquisadores externos, diluindo a dicotomia entre sujeito e objeto da pesquisa. Isso significa que a pesquisa é entendida como um acontecimento, que se produz no encontro com o outro e não previamente definida pelo arcabouço teórico e metodológico elaborado pelos pesquisadores a ser aplicado no campo da pesquisa. **RESULTADOS:** No primeiro ano da pesquisa foram criados doze observatórios locais e atualmente, para além dos seis eixos iniciais, outras linhas de pesquisa foram abertas, como a lei dos mais médicos, os sinais que vem da relação ensino e serviço e os sinais que vem da

rua. Ademais, produzimos um conjunto de questões no fazer inicial da pesquisa. A análise da constituição de uma política, levando em consideração as rupturas, as descontinuidades e as lutas pelo exercício do poder que nunca cessam, mesmo com a institucionalização em forma legal de uma política, que tem por objetivo colocar no campo do visível certas práticas cotidianas de relações de poder que atravessam as políticas públicas. Nesse sentido, as ferramentas de análise e as questões de pesquisa não são formuladas anteriormente, mas no próprio campo. A avaliação da política e a construção das ferramentas fazem parte de um mesmo movimento de pesquisa. Assim, se apresenta aqui algumas ferramentas e noções produzidas. 1 - O encontro como uma ferramenta que coloca as maneiras de se viver no centro da pesquisa e do cuidado em saúde. Posiciona-se, dessa forma, o pensamento enquanto produção de processos de subjetivação, não sendo apenas formas de reafirmação de saberes anteriormente formulados. A vida é, nesse sentido, um elemento importante de orientação da produção de conhecimento, entendido como um processo vivo, irreduzível aos saberes que transcendem a experiência, constituídos por fora do viver. Nesse sentido, deve-se estar aberto, na investigação, a esse conhecimento que é produzido no encontro, seja nos atos de cuidado e/ou no fazer da pesquisa. 2 – Utiliza-se a noção de pesquisa-interferência como contraponto a noção de pesquisa-intervenção. Na pesquisa-interferência, o pesquisador se apresenta como uma força fraca, que, ao estar menos protegido pelas verdades instituídas, se abre para o mundo e para o objeto como forma de produzir conhecimento. Não fazendo isso, o pesquisador não lida com as interferências, pois não suporta seus efeitos. 3 – O pesquisador que se contamina pelo mundo, enlameia-se de realidade para

produzir conhecimento, denominado de pesquisador-inmundo. Ao mesmo tempo em que esse pesquisador está se produzindo em ato e na relação com o mundo e com o outro, também pode produzir novos mundos e conhecimentos possíveis. 4– Ao pesquisar o plano micropolítico da constituição de uma lei, percebemos a política como um dispositivo, na medida em que se configura como reveladora de regimes de verdade, enunciações já dadas, ao mesmo tempo em que apresentam fissuras nesses regimes, mediante práticas cotidianas, que se colocam como um devir. 5 – A pesquisa aposta fortemente na produção de redes vivas de cuidado. A produção do cuidado em saúde não é totalmente capturada pelas políticas, normas e regras da gestão e pelos saberes científicos previamente estabelecidos. Não obstante a presença destes saberes e normas, operando intensamente, verifica-se que os sujeitos no seu caminhar cotidiano também atuam com seus interesses nessa produção, inventando redes de cuidado que não estão previamente estabelecidas. Pesquisar essas redes e o conhecimento que elas produzem pode permitir inventar novas formas de análise e de configuração de uma política 6 - A ideia de usuário-guia é utilizada em várias frentes da pesquisa como ferramenta que permite explorar as redes e suas complexidades a partir de seu itinerário. Assim, pode-se revelar tanto caminhos, que não estão dados pela gestão em saúde, que o usuário produz, bem como os incômodos que a equipe sente e que, também, a coloca em análise com finalidade de pensar formas de superá-los. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Em suma, este trabalho teve por objetivo fazer emergir ferramentas e questões de pesquisa não capturadas por certa epistemologia, capazes não apenas de ver, mas, fundamentalmente, de transver uma política pública em saúde.

OFICINA DE RESULTADOS DO 2º CICLO DO PMAQ-AB DO RS: GESTÃO, INFRAESTRUTURA E PROCESSOS DE TRABALHO

Marielli Costa de Souza, Carol Cardoso Rodrigues, Francele Dimer Magnus, Juliane Cristina Silva de Azevedo Martinez, Neusa da Silva, Poala Vettorato, Raíssa Barbieri Ballejo Canto, Vinicius Honscha Botelho

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Gestão em Saúde

INTRODUÇÃO: O programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) objetiva, através de metodologias de avaliação, garantir acesso e melhor qualidade de atenção à saúde a toda a população. Divide-se em quatro etapas. A primeira corresponde à adesão dos municípios, a segunda envolve o desenvolvimento de ações de mudança na gestão e no cuidado realizado pela rede, na terceira acontece a avaliação externa e a última refere-se às pactuações. As quatro etapas representam um ciclo do PMAQ (BRASIL, 2012). Nos dias 13 e 14 de agosto de 2015, os resultados obtidos na terceira etapa do segundo ciclo do programa, foram apresentados pelo Ministério da Saúde (MS) em uma oficina, reunindo representantes do estado do Rio Grande do Sul (RS) e do MS, gestores municipais, COSEMS, profissionais de saúde e Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a fim de analisar e debater os resultados da avaliação externa no estado, em comparativo com o Brasil. O objetivo deste trabalho é analisar os conteúdos oriundos das oficinas que são referentes às temáticas gestão, infraestrutura e processos de trabalho originados dos relatos da oficina. **DESENVOLVIMENTO:** As discussões que ocorreram durante a oficina foram registradas em relatorias, de onde provêm os dados analisados neste trabalho. Para isto,

os representantes das sete macrorregiões do Estado foram divididos em quatro grupos: macros Norte e Missioneira, macro Metropolitana, macros Serra e Vales e macros Centro Oeste e Sul. Os dados foram tratados através de análise de conteúdo, lançando mão das fases da análise temática orientadas por Minayo. Na primeira fase ocorreu o levantamento e organização do material acerca do tema da pesquisa; na segunda, a exploração do material levantado; e, na terceira, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação destes (MINAYO, 2010). **RESULTADOS:** Da análise dos dados, destacou-se a categoria gestão, infraestrutura e processos de trabalho, onde estão inseridos os seguintes assuntos: planta e infraestrutura, atuação dos gestores, apoio institucional e dificuldades encontradas na implantação e processos de trabalho dos Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF). Quanto à infraestrutura, a análise revelou que as Unidades de Saúde da Família (USF) no estado do RS foram melhor pontuadas quando comparadas às médias nacionais. Porém, de acordo com dois dos grupos de discussão, a estrutura das unidades avaliadas não condiz com a planta básica das USF preconizada pelo Ministério da Saúde, uma vez que esta diverge em vários aspectos do que a Vigilância em Saúde do RS considera necessário para liberação do funcionamento do serviço de saúde. Um dos objetivos do PMAQ-AB é incentivar os gestores e as equipes locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários nas Unidades Básicas de Saúde. Um dos grupos avaliou que seus gestores nem sempre possuem experiência na área de gestão em saúde pública, não compreendem que planejamento e avaliação são fatores importantes no processo de trabalho, priorizando os atendimentos individuais e especializados em detrimento de ações

voltadas para a atenção integral à saúde. Os participantes apontam divergências entre os dados apresentados e a real participação da gestão no apoio à organização do processo de trabalho a partir dos padrões do PMAQ. Ressalta-se a importância de utilizar a ferramenta para reflexão e mudança nos processos de trabalho e indicadores, e não somente como uma avaliação burocrática para receber o recurso. A respeito do Apoio Institucional, dois dos grupos relataram que os resultados apresentados pelo MS não refletem a realidade das unidades de seu território, indicando que boa parte das equipes não conta com esta prática. As discussões de ao menos dois dos grupos apontam o NASF como um dispositivo ainda muito incipiente no Estado, precisando ser fortalecido, haja visto que apenas 31 equipes participaram deste ciclo do PMAQ. Entretanto, em boa parte dos municípios o apoio matricial às Unidades de Saúde da Família acerca de Saúde Mental tem sido realizado pelos Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), serviços existentes apenas no RS, com foco exclusivo em Saúde Mental. Apesar de existir uma orientação quanto à transição de NAAB para NASF, esta vem encontrando dificuldade pelo fato do NASF ocupar-se não apenas da Saúde Mental, mas de prestar apoio à Saúde da Família e seus processos de forma integral, expandindo o escopo de ação sem necessariamente ampliar e/ou qualificar as equipes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considerando a experiência da oficina, os participantes evidenciam algumas divergências entre os dados apresentados pela avaliação do PMAQ-AB e suas experiências no território. Quanto à infraestrutura, demonstrou-se a necessidade de consonância entre parâmetros seguidos pelo Ministério e pela Vigilância em Saúde do Rio Grande do Sul. Observou-se que dentre os gestores presentes, representantes dos municípios

que aderiram ao PMAQ-AB, parte compreende os propósitos do programa de avaliação e compromete-se com os seus resultados, enquanto que, outros deixam muito a desejar a esse respeito, evidenciando a necessidade de preparação dos municípios ao aderir ao PMAQ. O Manual Instrutivo do PMAQ (BRASIL, 2012) descreve o apoio institucional como um importante instrumento de reformulação do modo tradicional de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. É uma forma de qualificar e horizontalizar a gestão, à medida que, além de auxiliar no processo de trabalho, aproxima a equipe do planejamento e avaliação de seu próprio trabalho. Diverge do que ocorre em supervisões tradicionais, focadas em ações punitivas e disciplinares em detrimento de processos colaborativos que visem ampliar a capacidade de ação das equipes. A partir da divergência entre o dado apresentado e a percepção dos participantes, é necessária uma reflexão sobre o modo de levantamento dos dados e sobre a liberdade que as equipes possuem para fornecer respostas que revelem fragilidades das gestões municipais. Essas fragilidades também se evidenciam na implantação dos NASF's que, segundo levantado nas discussões, tem tido menos a ver com as necessidades específicas dos municípios que com o interesse no subsídio financeiro que este gera. Quanto ao processo de trabalho das equipes, aparecem como nós críticos a escassez de orientações técnicas efetivas, específicas para o funcionamento do NASF, bem como a dificuldade de as equipes trabalharem na lógica do cuidado compartilhado e da clínica ampliada, o que se atribui ao posicionamento assistencial da gestão.

ORGANIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS NA SAÚDE DA FAMÍLIA E A DEMARCAÇÃO DO MODELO DE SAÚDE EM DOIS CENÁRIOS DA BAHIA

Marlon Vinicius Gama Almeida, Marluce Maria Araujo Assis

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde, modelos, saúde da família

APRESENTAÇÃO: quando nos referimos à demarcação de um modelo de saúde, concordamos com Paim (2003) ao afirmar que enquanto a conjuntura sanitária do Brasil não passa por uma alteração profunda e significativa, os modelos assistenciais servem como recursos de orientação e planificação de intervenções que permitem uma análise da situação, com vistas a concepções de interferências que busquem alterar a realidade apresentada. Desse modo, os modelos assistenciais são concebidos para o enfrentamento de problemas de saúde nos âmbitos individuais e coletivos e podem apresentar ao menos três concepções quando relacionados aos modelos de atenção à saúde: uma concepção genérica, que se vincula ao conceito de documentos oficiais; outra, que traz consigo a noção das intermediações entre o técnico e o político e compreenderia a elaboração de um projeto assistencial; e a última, que versa sobre a ideia de uma dimensão técnica das práticas de saúde, esta última adotada na construção deste trabalho. Assim, ao pensarmos o acesso à saúde, inúmeros aspectos podem estar relacionados à sua concretização (ou não), o que lhe confere um caráter diverso, de múltiplas análises e divagações, não sendo permitida a sua categorização de uma maneira unidimensional. O acesso aos serviços de saúde relaciona-se às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos

serviços, que vai muito além da dimensão geográfica, ao abranger, também, aspectos econômicos, relativo aos gastos do usuário com o serviço; aspectos culturais que envolvem normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e aspectos funcionais, que se relacionam com a oferta de serviços adequados às necessidades da população (UNGLERT, 1990). O acesso é um elemento eficaz para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde. A partir dele é possível mensurar a satisfação dos usuários com o atendimento, determinar a escolha do serviço e estabelecer, quase sempre, o vínculo com o sistema de saúde e os sujeitos envolvidos. Ademais, as desigualdades de acesso encontram-se como um dos principais problemas a serem enfrentados para que o SUS funcione efetivamente. No cenário nacional convive-se com acessos seletivos, excludentes e focalizados que se complementam e se justapõem, nos diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, um descompasso entre a legislação e a legitimidade social (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003). O acesso é seletivo por ser desigual em função do poder de compra dos usuários; excludente por condicionar o direito de assistência universal à lógica de mercado, racionalizando gastos e, por fim, focalizado ao limitar o atendimento público a determinados serviços ou programas. Neste contexto, o presente estudo tem por objetivo discutir a organização do acesso dos usuários na atenção à Saúde da Família e suas interfaces com o modelo de atenção à saúde em dois cenários da Bahia, Brasil. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Pesquisa, de abordagem qualitativa realizada entre os meses de agosto de 2012 e fevereiro de 2013, teve o número de entrevistados definidos por inclusão progressiva, interrompida pelo critério de saturação. Foram entrevistadas 102 pessoas

em dois municípios da Bahia, Brasil: grupo I (equipe de saúde - 49); grupo II (usuários da Saúde da Família - 37) e grupo III (dirigentes do SUS municipal - 16). **Técnicas de coleta de dados:** entrevista semi-estruturada e observação sistemática. **MÉTODO DE ANÁLISE:** análise de conteúdo temática e fluxograma analisador. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** ao tentarmos entender como o acesso se organiza na estruturação de um modelo da saúde, principalmente na Saúde da Família, nos deparamos com um arranjo de falas que converge para a composição de uma organização do serviço que se baseia na demanda programada ou agendada, em detrimento da espontânea. Se por um lado, a demanda agendada aperfeiçoa as ações da equipe de saúde, que pode se programar para a realização de intervenções, atividades de educação em serviço, uso de ferramentas e tecnologias, na busca da resolubilidade das diligências apresentadas pelos usuários do sistema; por outro, a programação de ações específicas e a oferta organizada, com enfoque para aquelas que se referem aos grupos de risco ou que derivam dos programas ministeriais, complicam o acesso das pessoas à unidade de saúde e a sua fundamentação como "porta de entrada" para o SUS. Não obstante, a (des)organização da demanda espontânea contribui para a implacabilidade das filas nas madrugadas defronte as unidades de saúde, como uma maneira de tentar se garantir o atendimento clínico nestes locais. Embora nem mesmo assim esteja afiançada a entrada da pessoa no serviço, o que confere ao SUS uma limitação da entrada no serviço a partir da imposição de barreiras, o que leva a parte dos sujeitos implicados a escoarem para a rede de serviços particulares, na tentativa de fugir da crueldade e humilhação que as longas filas acabam por lhes conferir. Por outro lado, existe uma conformação por parte dos usuários e trabalhadores

do serviço, que aceitam a situação sem quaisquer indagações e, em vista das inúmeras atribuições vivenciadas em outros serviços e localidades, demonstram que não há queixas a serem feitas em relação ao que expusemos anteriormente, seja por não incorporar a saúde como um direito de cidadania ou por apresentar uma baixa expectativa em relação ao que é ofertado pelo serviço. Ademais, as longas esperas por um acolhimento, informação ou consulta espelham o confinamento a que se subordinam os usuários dos serviços que fazem parte de uma demanda reprimida que está sempre a se expandir. Tal realidade diminui a credibilidade nos préstimos da equipe de saúde, dificultam a continuidade da assistência e desencadeiam um efeito compulsório que majora ainda mais os problemas vivenciados nos setores de média e alta complexidade. Destacamos que, nas análises realizadas, a impressão de (des) responsabilização por grande parte dos profissionais que tentam fazer a Saúde da Família nos dois municípios estudados. Durante o período de observação sistemática vivenciamos a triste realidade de usuários que são maltratados e agredidos pelo sistema e pelos trabalhadores, diariamente. Estivemos com recepcionistas que responsabilizavam os usuários por sua situação de saúde e não conseguiam, minimamente, ouvir suas queixas e angústias, médicos que chegavam ao serviço atrasados e se retiravam antes do final do expediente, muitas vezes, passando menos de uma hora em atendimento, enfermeiras desgastadas pela lógica cruel da assistência ou que seguiam o modelo centrado no procedimento, como uma maneira de minimizar suas inquietações. Situações estas que, quando comparadas a outros estudos, se repetem, cronificam e parecem inverter a perspectiva do sistema de saúde de cuidar dos cidadãos e aprofundam as distâncias e as injustiças, que tanto lutamos

para superar desde o advento do SUS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Sem dúvida, a força do modelo centrado no procedimento é um dos maiores entraves para a construção de uma realidade mais justa e igualitária, que possa romper com tamanhas iniquidades. Se pensarmos na Saúde da Família como “porta de entrada”, precisamos estruturar este sistema para que os usuários que consigam adentrar os serviços não se encontrem desamparados, com a sensação de ter penetrado em uma casa vazia, sem recursos para garantir a continuidade da sua assistência e a integralidade da sua atenção. Impor a reorganização do modelo aqui exposto, sem estruturar a atenção básica e suas associações, é pensar na promoção da saúde, exclusivamente, e esquecer que inúmeros sujeitos ainda dependem dos processos curativos e preventivos para sobreviver.

OS HOSPITAIS DE ENSINO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA NO CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO DA EBSEH

Larissa Barros, Cristiana Mercuri, Stella Senes, Geyse Miranda

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Hospitais de Ensino, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

No Brasil contemporâneo, em contexto de crise do capitalismo mundial, novas mediações históricas reconfiguram e agravam a questão social e desdobram-se em profundas transformações nos padrões de acumulação, nos processos de produção e gestão do trabalho, além de alterações importantes no papel do Estado na execução das políticas sociais, com nítida tendência à regressão de direitos, especialmente, os da esfera da Seguridade Social (NETTO, 1996; IAMAMOTO, 2007, 2013). Esses fatores

articulados mantêm relações estreitas com a situação econômica e política que é enfrentada hoje na Universidade Federal da Bahia (UFBA), e, particularmente, nos hospitais universitários Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (COM-HUPES) e Maternidade Climério de Oliveira (MCO). Atribui-se aos desdobramentos dessa conjuntura a proposta de reestruturação do modelo jurídico e organizacional dos hospitais universitários federais, por meio da implantação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH). No caso da UFBA, a proposta teve adesão do Conselho Universitário (CONSUNI), em 2012. Este estudo resulta de pesquisas bibliográficas e documentais preliminares referentes ao projeto de pesquisa “O trabalho de assistentes sociais nos hospitais de ensino da Universidade Federal da Bahia no contexto de implantação da EBSEH” e teve como propósito levantar e sistematizar as principais questões levantadas no debate sobre o processo de implantação da EBSEH nos hospitais universitários vinculados à UFBA. Com base, exclusivamente, em informações de acesso público, a exemplo de jornais, periódicos e documentos diversos disponíveis na internet entre julho e outubro de 2015, este estudo busca apresentar, além de alguns aspectos do contexto histórico do referido processo, as discussões voltadas ao novo modelo de gestão, notadamente, as principais questões que estão sendo suscitadas sobre a EBSEH e os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), em seu movimentos de consolidação e (ou) retração. Destarte, ressaltamos que hospitais de ensino (HE) têm importância para o desenvolvimento do SUS, como espaços de referência assistencial de alta complexidade e pólos de formação de recursos humanos, contribuindo significativamente para o desenvolvimento de pesquisas e para a incorporação de novas tecnologias. Não obstante, muitos

são os problemas enfrentados: quadros de servidores insuficientes, precarização do trabalho, instalações físicas deficientes, subutilização da capacidade instalada para alta complexidade, redução da oferta de serviços à comunidade etc. Diante da “trama da crise” dos hospitais de ensino (LAMPERT et al., 2013), os Ministérios da Saúde e da Educação criaram, através da portaria 1.702/2004, o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino baseado em quatro eixos a serem desenvolvidos de forma integrada: gestão, assistência, ensino e pesquisa. (BRASIL, 2004). Assim, a EBSEH é apresentada como a solução do governo para a denominada “crise” dos HUs. No entanto, para Correia (2012), esse modelo de gestão trata-se de privatização do que é público, posto que o Estado abdica de ser o executor dos serviços públicos, através da abertura à iniciativa privada como fornecedora destes serviços, mediante repasse de recursos, de equipamento e instalações públicas e de pessoal para entidades privadas. Os denominados novos modelos de gestão têm sido apresentados como a resolução dos problemas do SUS e dos HUs. Restringe-se tudo à má e (ou) à ineficiência da gestão pública, apresentando-se como saída a sua terceirização, que em nome de uma suposta modernização (CORREIA, 2012). A EBSEH foi criada pelo Governo Federal por meio da Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e marcada por questionamentos de analistas da saúde e algumas manifestações políticas contrárias a sua criação, a exemplo da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde. Empresa pública vinculada ao Ministério da Educação, dotada de personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, a EBSEH é o órgão responsável pela gestão do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais. E, para o Governo Federal, essa implantação representa o início de uma nova etapa para os hospitais universitários federais. O governo

defende que com a criação da EBSEH dar-se-á prosseguimento à recuperação dos hospitais universitários federais, garantindo as condições necessárias para a oferta de assistência à saúde da população, de acordo com as orientações do SUS e para a geração de conhecimento de qualidade e formação dos profissionais da área da saúde (EBSEH, 2015). Na análise destacamos que os documentos, legislação e site oficial da EBSEH na Bahia apresentam um discurso de uma nova política para modernizar a gestão hospitalar. Tomando como referência o “mapa estratégico”, orientado pela chamada cultura da qualidade, orquestrada pela administração gerencial, difunde-se o uso de um conjunto de metas e indicadores centrados na gestão por resultados. Há uma valorização dos aspectos administrativos, em uma exaltação dos meios, subordinando objetivos e princípios da Política de Saúde a parâmetros empresariais, como acontece quando são considerados prioritariamente os valores quantitativos de produção, através de avaliações da produtividade. Questiona-se, ainda, a participação dos trabalhadores na construção dessas metas e a não avaliação dos processos pelos quais os trabalhadores estão submetidos. Sobre essa mesma dimensão do debate, destacamos que, conforme o Regimento da EBSEH, há restrições à participação dos trabalhadores e usuários do SUS, expressando dissonância com os princípios da participação e do controle social conquistados pelo movimento da Reforma Sanitária. Ainda de acordo com o referido Regimento, na composição do Conselho de Administração está prevista apenas a participação de um representante dos trabalhadores em reuniões, e desde que nestas não sejam tratados temas referentes às relações sindicais, remuneração, benefícios e vantagens assistenciais e de previdência complementar, sob a justificativa de que

ficaria configurado “conflito de interesses”. Sob a marca da EBSEH, no que se refere à gestão do trabalho, são identificados diferentes regimes jurídicos trabalhistas nos hospitais universitários federais: vínculos estabelecidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por meio de contratação por convênios, projetos etc. Além disso, cabe destaque para os vínculos originais dos servidores públicos lotados nos HUs, estes regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU). Nesses termos mais uma questão apresenta-se como relevante ao debate: a diversidade de vínculos que desafia a organização política dos trabalhadores porque diferencia e pulveriza suas demandas, seus interesses, suas reivindicações e até os seus direitos. A finalidade desse modelo de organização e gestão é reestruturar os hospitais universitários federais e, de acordo com o discurso oficial, solucionar o problema de recursos humanos, cumprindo assim o acórdão do Tribunal de Contas da União (TCU) que exigiu a substituição dos servidores contratados pelas fundações de apoio às universidades, que somam 26 mil servidores em todo o país. Para concluir, explicitamos a defesa de que o SUS não é um sistema de saúde que possa sobreviver e se consolidar com políticas orientadas pelo projeto liberal, que alimenta os interesses da indústria médica globalizada e transforma a saúde em mercadoria. A luta por direitos sociais e em particular pelo direito à saúde deve ter como pressuposto a luta por um Estado democrático participativo, com justiça social e equidade. Para que a saúde seja um direito de todos como assumida pelo Movimento Sanitário é necessário um novo acordo em nome do interesse público, que recomponha os princípios e as orientações constitucionais, sendo assim incompatível com propostas nas quais a saúde é tratada como negócio ou mercadoria (CEBES, 2015).

PARA ALÉM DA REGIONALIZAÇÃO: ENSAIO CARTOGRÁFICO DAS REGIÕES-VIVAS DE SAÚDE NA BAHIA

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

Palavras-chave: regionalização, regiões-vivas, cartografia

APRESENTAÇÃO: Este resumo tem como proposta apresentar o percurso inicial da pesquisa nacional “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no SUS: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”, financiada pelo Ministério da Saúde, tomando como dispositivo as redes de produção do cuidado produzidas por usuários e trabalhadores para se pensar o processo de regionalização de redes de atenção à saúde instituídas no estado da Bahia. Este estudo situa-se no âmbito mais abrangente da pesquisa, que visa compreender a produção do cuidado nas diferentes redes de atenção à saúde, entendendo os serviços, municípios, gestores, voluntários, trabalhadores e, principalmente, os usuários através de seus agenciamentos como produtores do que temos chamado de “redes vivas.” Desta forma, este trabalho tem como objetivo descrever a produção das regiões vivas de saúde no estado da Bahia. **DESENVOLVIMENTO:** As fontes identificadas em cada local são variadas, utilizando diversos instrumentos para coleta de dados: fontes documentais, caso-traçador e narrativas. Partindo de formulações que tem o encontro como aposta metodológica, cada pesquisador foi construindo, ao longo dos últimos 12 meses, “entradas” em três municípios baianos a partir de conexões já existentes ou constituídas com sujeitos que,

direta ou indiretamente, fazem parte da assistência à saúde local. Foram construídas agendas formais e/ou informais na gestão de serviços ou da própria Secretaria Municipal de Saúde para apresentação e autorização da pesquisa. Os encontros realizados foram variados em tempo, quantidade e modos de fazer. A produção desses espaços de conversa foi forjada à medida que a aproximação dos pesquisadores com os sujeitos dos territórios foi sendo tecida. Cada “entrada” no campo adotou uma dinâmica própria associando desde rodas de conversa; visitas domiciliares; visitas a territórios de abrangência de serviços de saúde; observação; participação do cotidiano dos serviços com os trabalhadores; participação de eventos promovidos pela rede de saúde ou beneficente local; oficinas com trabalhadores; entrevistas com gestores, trabalhadores e usuários; até conversas informais nas ruas das cidades. **RESULTADOS:** Tomando como analisadores os diversos enunciados produzidos nos encontros nas redes é possível identificar fluxos de acesso e barreira aos serviços estabelecidos pelas atuais regiões de saúde. Uma das questões que se destaca é que tais arranjos são produzidos com forte influência de interesses privados (sejam de ordem econômica ou política) que, ao invés de facilitar o acesso, podem causar o efeito contrário. A dimensão micropolítica da fabricação de redes e regiões é, muitas das vezes, secundarizada nas definições dos pactos interintrafederativos. A manutenção de visões deturpadas da municipalização dos serviços pode produzir um enfraquecimento na conformação das redes de cuidado e não sua capilaridade como previsto. Estudos sobre regionalização em saúde no Brasil apontam a constituição das regiões de saúde se reinventando prioritariamente no plano normativo sem considerar essa produção micropolítica. Desta forma, o que se pode observar no cotidiano dos serviços

é uma produção de ofertas de serviços e ações de saúde deslocadas das redes de cuidados informais construídas pelos usuários e trabalhadores. No estado da Bahia, se observa que a proposta recente de revisão da regionalização da saúde é um processo pautado na base associativa territorial, contemplando somente espaços formalmente instituídos de gestão, cabendo aos usuários e outros atores um lugar de recebedores dessa ação. No entanto, na potência dos encontros com trabalhadores/gestores e usuários, a partir de um caminhar cartográfico pelas redes de câncer e pessoa com deficiência, e a rede interestadual Pernambuco-Bahia, foi possível observar a produção de uma região-viva, reconhecendo que distintos atores produzem uma regionalização para além das regiões formais. Nestas “entradas”, tomadas como dispositivos capazes de dar visibilidade e dizibilidade para esta realidade notou-se pontos de conexão da rede que tensionam os desenhos de regionalização do Estado. Pode-se observar um vazio assistencial em algumas das regiões de saúde do Estado, principalmente no que se refere a serviços de oncologia, de reabilitação e de leitos de alta complexidade, fazendo com que muitos usuários sejam encaminhados para municípios maiores como Feira de Santana, Salvador, Ilhéus e Vitória da Conquista, ou até mesmo Petrolina (PE). É importante ressaltar que Salvador ainda é a referência para todo o Estado, que se transforma em grande aglutinador das ofertas e por isso gargalo nos serviços de referência. Ao mesmo tempo, observamos as pactuações locais que ultrapassam as fronteiras dos estados da Bahia e Pernambuco e que, apesar das inúmeras dificuldades, vêm tentando construir uma articulação das ofertas dos leitos de urgência e emergência, por exemplo, a partir da constatação dos vazios assistenciais nesta rede de toda a Região do Vale Médio São Francisco. É

possível notar que municípios limítrofes intra ou entre estados e não contemplados pelas regiões instituídas conduzem seus processos de pactuação de maneiras distintas e, conseqüentemente, com efeitos distintos. Estas realidades tomadas em suas singularidades vão tensionar ainda o debate sobre a cogestão estabelecida pelo arranjo dos planos de regionalização, que considera apenas os espaços formais como produtores do itinerário de cuidado na rede de atenção, invisibilizando e não reconhecendo a rede-viva de conexões que é produzida pelo usuário, como seu itinerário singular de acolhimento, em cogestão com espaços formais e não formais da rede de atenção. Inclusive, é dizível pelos atores implicados com os debates das pactuações regionais o progressivo esvaziamento destes espaços formais. Observamos ainda, por parte dos trabalhadores, uma produção intensa de conexões para dentro e para fora das redes formais de pactuação nas quais estão inseridos, sendo eles também parte da produção da rede existencial dos usuários, em uma dobra constante entre o instituído e o instituinte, representando uma vivacidade que possibilita a potencialização das regiões vivas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Estas trajetórias colocam para o tema da regionalização a necessidade de ampliar o debate no sentido de considerar multiplicidade de territórios existenciais que são construídos pelo usuário em busca de uma rede de acolhimento para si. São redes-vivas em acontecimento e que dão outras visibilidades para as fronteiras micropolíticas que são conformadas no cotidiano das redes, superando uma única prática de cuidado restringida ao plano associativo territorial. Estes encontros cotidianos que se dão no plano da existência dos usuários e trabalhadores, permitindo que a multiplicidade de modos de fazer seja tomada como foco principal na produção do cuidado em saúde, que

demandam novos enfoques, para entender o processo de regionalização. Observamos a manutenção de um centro de poder em determinadas esferas, invisibilizando uma multiplicidade de esferas de interlocução de outros atores que estão negociando processo cooperativos presentes na prática cotidiana, onde se pactua a produção de outras redes, outros sentidos, em especial a partir do próprio usuário e suas redes de conexão, que inventam a todo o momento uma região viva.

PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA UM NOVO PARADIGMA DE FINANCIAMENTO, CAMINHOS E DESAFIOS: O CASO DE BELO HORIZONTE

Cristina Maria da Paz Oliveira Martins, Carla Jorge Machado, Elza Machado Melo

Palavras-chave: Parcerias Público-Privadas/legislação&jurisprudência, Avaliação da Tecnologia Biomédica, Administração de Serviços de Saúde, Privatização/organização & administração, Proposta de Concorrência

Baseado na RDC 50, foi criado pela equipe do Projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde do Município de Belo Horizonte, um instrumento que avaliou a estrutura física, aspectos construtivos, conforto ambiental e humano, sustentabilidade, ergonomia, eficiência energética e manutenção. Consolidados os dados, desvelou-se uma infraestrutura precária e deficiência. Dos 147 CS do Município, 59 apresentavam condições estruturais incompatíveis com o cuidar. Estudos demográficos apontaram a necessidade de construir mais 21 unidades. Neste cenário emergiu um grande desafio para a administração Pública. Onde e como aportar os recursos financeiros demandados para alavancar os projetos, diante dos obstáculos de ordem orçamentária, sem

perder de vista as características do serviço público? Encontrar alternativas de financiamento para o setor de saúde, que sejam mais modernas e eficientes, visando à melhoria das condições de trabalho, é fundamental para garantir a promoção de saúde dos trabalhadores e usuários. Pesquisa exploratória e descritiva de natureza documental que apresenta um novo paradigma de financiamento, a Parceria Público-Privada (PPP). Para a construção do marco legal, foi realizada a revisão das leis que regem as Organizações Sociais, as Licitações e as PPP, as formas de repasse de incentivos financeiros e o documento base da Política Nacional de Humanização. Para o estudo de caso foram utilizados os cadernos que compõem o certame - Edital 008/11, e consultas ao banco de dados criado especificamente para o projeto. Tem como objetivo, apresentar as modalidades e formas de financiamento para a qualificação da infraestrutura da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, com vistas a subsidiar os gestores no processo decisório, com ênfase na modalidade de (PPP) e o seu potencial enquanto ferramenta de financiamento, gestão e desenvolvimento. A PPP é uma modalidade de concessão administrativa ou patrocinada que traz em seu bojo uma abordagem inovadora para a administração pública. Esta atrela a realização de obras à prestação de serviços públicos, assim como a manutenção. Melhora a oferta da qualidade na prestação do serviço ao propor um prazo: não inferior a cinco anos, estimulando o investimento, não superior a 35 anos. O valor do investimento, não pode ser inferior a vinte milhões. Estabelece a repartição de riscos e a constituição de um fundo garantidor, aumentando a confiança do mercado, e a constituição de uma Sociedade de Propósito Específico, para o empreendimento. Um dos pontos inovadores da PPP está no fato de que a

contraprestação pública só se inicia após a disponibilização do serviço. O pagamento está atrelado a indicadores de desempenho, conforme metas e padrões de qualidade e disponibilidade. O não cumprimento das metas pelo parceiro acarreta na redução dos valores a serem pagos. Vale ressaltar a importância da elaboração dos indicadores para análise das metas, que devem ser objetivas e mensuráveis. Estudos jurídicos e de viabilidade econômico-financeira demonstram diversas vantagens da PPP frente a outras modalidades de parceria. Como melhorias operacionais, melhor acompanhamento da qualidade das atividades, contraprestação baseada em indicadores de qualidade e disponibilidade, financiamento do investimento do privado, culminando na qualidade dos serviços, no saneamento dos recursos públicos e na transparência dos processos. Para empreendimentos inovadores e de grande magnitude, este novo paradigma de financiamento pode constituir-se em um instrumento de viabilidade, em um cenário caracterizado pela imposição de restrições orçamentárias. Este estudo de caso, não teve a pretensão de esgotar as infinitas formas de fazer o diagnóstico situacional de uma rede, mas, de fazer um recorte de uma realidade que permita identificar as necessidades e apontar caminhos para alavancar a sua qualificação por meio da modelagem baseada na PPP. É importante dar voz aos trabalhadores da Saúde e usuários para compreendermos o modo do fazer. Esta escuta juntamente com o diagnóstico situacional nos permitiu identificar as possibilidades, as necessidades, os recursos e as limitações da rede em relação à infraestrutura. No início, o projeto enfrentou resistências e obstáculos, especialmente no que se referia ao temor da privatização da saúde. O ganho de confiança adquirido foi através de muitas apresentações e esclarecimentos, onde se desmistificou o tema, quebrando

os preconceitos. As portarias publicadas pelo Ministério da Saúde estão muito aquém das necessidades do município. Mas têm o seu valor e lugar, pois, essas contemplam de fato as necessidades de infraestrutura dos municípios que adotaram como modelo equipes de saúde da família descentralizadas. Ainda na seara de captação de recursos, o Orçamento Participativo, mais as verbas destinadas à implantação das obras elencadas nesta modalidade provêm dos Recursos do Orçamento do Tesouro, portanto, com limitações financeiras. No que tange às Organizações Sociais e às Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, ambas são consideradas entes de fomento, mas a primeira está inserida, de modo radical, no fenômeno da “privatização do social”, absorvendo serviços e bens estatais já existentes. A segunda propõe uma parceria, atuando de forma paralela através do fomento da atividade. Mas, nos dois casos, é a administração que aporta os recursos financeiros, portanto, não há que se falar em parceria. Conclui-se mediante as análises das diferentes formas de alocação de recursos e modalidade de contratos e frente às diversidades que vêm enfrentando o setor da saúde, que é mandatário buscar formas alternativas de financiamento. Deve-se visar sempre o crescimento da rede e o compromisso social, ou seja, estas formas alternativas devem respeitar esses princípios e não simplesmente delegar ao privado a gestão dos serviços assistenciais. Diante destas demandas e da crescente necessidade de qualificar a rede, sem desconsiderar outras propostas e sem querer oferecer uma resposta única à questão da crise financeira, a PPP parece oportuna no contexto atual. Mesmo com tantos estudos e cenários por parte dos envolvidos, o caminho ainda é incerto. Pois, depende em muito da vontade política de fazer um movimento transformador. Empreendimentos ousados e de grande monta necessitam ser mais cautelosos.

Apesar das dificuldades, o movimento foi e será transformador. É importante ressaltar, que é preciso cautela na adoção da PPP. A modelagem para a PPP demanda grande volume de recursos e tempo. A elaboração da análise preliminar de viabilidade do projeto delineando o escopo, apontando as vantagens em relação aos ganhos de eficiência e qualidade se comparada com a forma tradicional de contratação é essencial para garantir o apoio dos atores envolvidos no processo, e para não se correr o risco de estagnação por falta de interesse do mercado. Além disso, o processo de elaboração do edital bem conduzido refletirá no sucesso da parceria e nos objetivos a serem alcançados. Neste sentido, a percepção de sucesso da PPP firmada com o Município de Belo Horizonte, para alavancar o projeto de Qualificação da Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde, é decisiva para fomentar outros empreendimentos no campo da saúde em outros municípios. Não se pretende aqui defender a PPP como a única solução para as questões relacionadas ao baixo financiamento da saúde e as limitações orçamentárias, mas compartilhar os caminhos possíveis para a melhora da saúde pública no Brasil, sugerindo estratégias. Enfim, este trabalho é apenas um feixe de luz sobre a PPP e a sua importância no que tange ao tema financiamento da infraestrutura de equipamentos públicos. Ainda há um universo a ser engendrado sobre o tema, inovação e pontos polêmicos.

PMAQ-AB - DO MINISTÉRIO AO MUNICÍPIO: UMA ABORDAGEM GENEALÓGICA

Raquel Miguel Rodrigues, Naly Soares de Almeida, Benízia Pessanha, Luciana Pereira Moulin, Kathleen Tereza Cruz, Emerson Elias Merhy

Palavras-chave: Atenção Básica, Avaliação em Saúde

APRESENTAÇÃO: Este resumo tem como proposta abordar os resultados parciais dos efeitos da criação da Portaria 1.654 de 2011, que institui o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) na produção do cuidado. Situa-se no âmbito de uma Pesquisa Nacional chamada “Criação do Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde”, UFRJ-CNPQ. Esta tem por finalidade produzir ferramentas de análise de políticas no setor saúde, que contribuam para a conformação de observatórios de políticas públicas em saúde em diversas instituições de ensino superior, por todo Brasil. No âmbito inicial da pesquisa, buscou-se discutir as formas em que se dá a constituição de um arcabouço legal, desde a sua formulação até suas implicações no cotidiano da produção do cuidado em saúde. A pesquisa está dividida em 6 eixos de acordo com os atos normativos relacionados às atenções oncológica, básica e domiciliar, à educação permanente, à saúde mental, à atenção a pessoa com deficiência e residência multiprofissional. Cada eixo investigará a política mediante a articulação de 3 microvetores, quais sejam: análise da constituição de uma política a partir da abordagem genealógica, análise dos aspectos macropolíticos que envolvem os resultados de uma regulamentação específica e análise dos dispositivos gerados no cotidiano da produção do cuidado. Esses microvetores devem dialogar entre si e cada eixo definirá sua melhor utilização, levando em consideração as possibilidades abertas pela política a ser estudada. O vetor em análise neste estudo está sendo constituído através de encontros sistemáticos cujo tema da “genealogia” é um dos elementos para se pensar os efeitos de uma norma, enquanto uma produção micropolítica. O Observatório

no município de Macaé-RJ elencou o eixo que contempla a atenção básica através do estudo do PMAQ-AB. Tomamos como ponto de conexão/partida para a escolha do eixo nossos encontros - pesquisadores e trabalhadores - que já aconteciam desde setembro de 2013, quando professores da Medicina de Família e Comunidade da UFRJ-Macaé, promoveram um curso de extensão chamado “Atenção Básica e Redes Vivas”, para um conjunto de cerca de 50 trabalhadores da rede local de saúde. Este percurso inicial foi produto das aproximações já realizadas entre trabalhadores, gestores e docentes da UFRJ em Macaé, aliado às experiências profissionais e pessoais dos pesquisadores locais com o cotidiano da atenção básica. Partindo do reconhecimento que uma política pública é algo constitutivo a todas as relações entre as pessoas e, portanto, pode ser construída pelos atores que estão direta e indiretamente envolvidos na sua implementação, este estudo inicialmente buscou identificar atores que participaram dessa produção. O objetivo deste estudo é abordar os resultados parciais do vetor “genealogia” a partir da análise dos atos normativos, das construções discursivas produzidas por atores envolvidos na criação e implementação da Portaria e a trama das linhas de força que vai forjando a sua instituição. **DESENVOLVIMENTO:** As atividades das pesquisas do Observatório em Macaé, seguiram uma dinâmica de encontros semanais do grupo de pesquisadores, que permitiu a leitura e análise de fontes documentais como a Política Nacional da Atenção Básica, a Portaria específica e Manual Instrutivo do PMAQ, artigos e dissertações sobre o tema, além dos textos sobre a questão da genealogia. Aliado a esse processo, realizamos um mapeamento das ferramentas e dos atores que precisaríamos acessar para análise desse vetor. Identificamos alguns atores que participaram da construção do PMAQ no Ministério da

Saúde e aqueles que participaram da sua implementação em Macaé. Realizamos, em 2014, entrevistas semiestruturadas com o Diretor do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde e com o técnico de referência da Coordenação da Atenção Básica de Macaé, responsável pelo PMAQ. A partir da análise das fontes secundárias e primárias (transcrição das entrevistas realizadas) alguns analisadores que já se destacaram na fase 1, desse processo: o PMAQ enquanto uma política de indução; enfoque gerencialista das práticas avaliativas; a prática da contratualização enquanto ferramenta; papel instrumental das instituições de ensino e pesquisa na avaliação externa; o lugar secundário das equipes e os usuários no processo de avaliação. **RESULTADOS:** Os resultados parciais apontaram algumas fragilidades e potências do PMAQ. Dentre as fragilidades podemos destacar o próprio percurso da sua construção pautado na demanda gerencial de repasse de recursos financeiros, vinculados a contratualização de indicadores e metas, o que distancia o instrumento do cotidiano das equipes e seus problemas. A participação do usuário apareceu, mas com enfoque pautado na sua satisfação como um consumidor. O tempo destinado às instituições de ensino e pesquisa para promoverem as avaliações externas foi outro fator de fragilidade, visto que estas deveriam preencher um formulário extenso de questões o que dificultou uma maior integração com os trabalhadores. No caso de Macaé, há destaque, também enquanto fragilidade, para a questão da vinculação dos recursos financeiros às equipes, sendo um repasse fundo a fundo e, portanto, condicionado ao ordenamento de despesa do Secretário Municipal de Saúde e aos processos licitatórios, há o descontentamento das equipes quanto ao destino dos recursos sendo demanda presente o repasse

direto aos trabalhadores. Houve também dificuldades no município para articulação apoiadores/atores que pudessem se apropriar ou mesmo aplicar a autoavaliação, ficando sob a responsabilidade dos(as) enfermeiros(as) das equipes avaliadas, esse papel da auto-avaliação. A escolha das primeiras equipes a realizarem a adesão foram atravessadas por interesses políticos à época, o que não retratou, num primeiro momento, a realidade da maioria das equipes de Macaé. Como potência podemos destacar: a educação permanente em saúde (EPS) e o apoio institucional para os trabalhadores da assistência e da gestão como apostas para reinvenção das práticas, a promoção de autoavaliação e aproximação com as múltiplas realidades das equipes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Embora recente e em fase de implantação dos seus vários ciclos, o PMAQ em si pode ser um analisador da construção de políticas públicas de saúde no Brasil atravessada pelas contradições da nossa sociedade, num mix de apostas coletivas e indutivas, na liberdade e no controle do trabalho vivo em ato, na produção de procedimentos e na produção do cuidado. A ideia do PMAQ, enquanto uma aposta para a melhoria da qualidade e acesso à atenção básica, padece de uma maior mobilização de atores sociais que a sustentem mesmo em governos distintos como política.

POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NAS PRÁTICAS DE MONITORAMENTO PARA CONSOLIDAÇÃO DO PLANEJAMENTO DOS MUNICÍPIOS NA REGIÃO DE SAÚDE

Adriana Roese, Camila Reuter, Vilma Constância Fioravante dos Santos

Palavras-chave: Regionalização em Saúde, Monitoramento, Saúde Pública

APRESENTAÇÃO: A efetivação da organização das Regiões de Saúde em âmbito local e regional é um passo importante para que o Sistema de Saúde brasileiro atue de maneira organizada e conectada com as realidades locais. O processo de Monitoramento desempenha importante papel neste contexto, oferecendo substratos para o Planejamento em Saúde. Este estudo tem como cenário de análise uma Região de Saúde conformada a partir de um redesenho proposto pela Resolução nº 555/12, da Comissão Intergestora Bipartite (CIB), do Estado do Rio Grande do Sul. O presente trabalho busca analisar as práticas e os processos de Monitoramento realizados, em âmbito local e regional e, quais as interferências destes na organização das Regiões de Saúde. Considerando que, o Monitoramento dá subsídios para a efetivação da atenção em saúde com qualidade. **DESENVOLVIMENTO:** Pesquisa qualitativa do tipo exploratória, tendo a área analisada a Região de Saúde 10, do estado do Rio Grande do Sul, sendo composta por seis Municípios. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas, junto aos gestores municipais de saúde. As entrevistas foram transcritas na íntegra e categorizadas a partir da análise de conteúdo, auxiliada por software de organização de dados e construção de categorias empíricas. Esta pesquisa é intitulada “Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Planejamento em Saúde: Os Desafios da Região Metropolitana Porto Alegre-RS”. A mesma é financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) em parceria com o Ministério da Saúde (MS), com o Conselho Nacional de Desenvolvimento científico e Tecnológico (CNPQ) do Brasil e a Secretaria de Estado da Saúde do RS/SES-RS no âmbito do Programa de Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde, sob chamada FAPERGS/MS/CNPq/SESRS

n. 002/2013. RESULTADOS: Os resultados preliminares da pesquisa apontam que o processo de Planejamento em Saúde, nos Municípios em estudo, ainda está em fase de incorporação na rotina organizacional e, o Monitoramento não é implementado de forma equitativa na Região de Saúde a qual eles compõem. Em consequência, estes processos que poderiam se retroalimentar, ainda demandam apoio institucional para que sejam implementados. Naqueles Municípios em que o Planejamento em Saúde ocorre, ele é transversalizado pelas prioridades impostas na implantação de novas políticas públicas que incidem sobre este campo. Desta forma, os Municípios elegem prioridades em saúde para atender e, as demandas latentes, são incorporadas posteriormente. As evidências empíricas apontaram que, isto está relacionado à ocorrência de problemas inesperados, em que as equipes em saúde acabam direcionando seu trabalho para resolvê-los, o que é assinalado como um obstáculo para a incorporação de processos de Monitoramento e de Planejamento em Saúde. Outro fator apontado pelos gestores como uma fragilidade para a implantação de um sistema de Monitoramento e Planejamento nos Municípios seria o fato de que, é uma característica definidora dos serviços públicos a inexistência da cultura organizacional. A partir do depoimento dos entrevistados, foram constados diversos motivos para os quais o Planejamento em Saúde ainda seja incipiente nos Municípios. Dentre os mais citados estão os relacionados aos profissionais das equipes que não valorizam a prática do Planejamento em seu processodetrabalho,adesvalorizaçãosofrida pelos profissionais que atuam na gestão e, dificuldades de realizar Planejamento Local nas unidades de saúde. Também, foram citadas as fragilidades estruturais como, a fragmentação do Planejamento

realizado pela própria secretaria de saúde, que se mostrou relacionado ao fato de que os Municípios realizam o Planejamento em Saúde de acordo com a fonte de financiamento que recebem, haja vista que, precisam se organizar minimamente para utilizar estes recursos, porém o Estado não se responsabiliza pelo Planejamento em relação a sua utilização. Em relação aos instrumentos utilizados localmente, os Municípios fundamentam a avaliação em saúde, especialmente, por meio dos indicadores do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SISPACTO) e de seus Planos Municipais de Saúde, os Relatórios de Gestão também são citados dentre eles. Visando a melhoria do sistema, os Municípios acabam buscando alternativas para solucionar o problema relacionado ao Monitoramento. Os Municípios citam programas de incentivo e espaços de gestão, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e a Vigilância em Saúde, como apoiadores para adesão e qualificação do Monitoramento e Planejamento. Em um dos Municípios, foi citado que, devido ao incentivo financeiro do PMAQ, os profissionais foram motivados a realizar o Monitoramento, minimizando a resistência existente em relação ao desenvolvimento desta ação. Foi uníssona a postura dos Municípios em relação ao fato de que a Vigilância em Saúde atua como uma importante ferramenta na avaliação dos indicadores e, segundo os gestores, são estes que embasam a formulação das políticas públicas em saúde nos Municípios. Outra possibilidade de fomentar a prática do Monitoramento e Planejamento em Saúde é a educação permanente dos profissionais, visando à implantação do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) para organizar os parâmetros dos indicadores e projetar ideias e soluções

para os desafios encontrados na gestão. Esta ação aponta para possibilidades de práticas de gestão mais participativas sendo implantadas na Região. Os gestores ainda idealizam melhorias, e para isso ocorrer, os entrevistados dos Municípios de grande porte, listaram dois modelos que seriam os ideais e que, ao serem implantados, a avaliação dos dados seria realizada de forma mais facilitada e efetiva. Os modelos seriam os utilizados pela iniciativa privada que se encontra vigente e, a adesão de um sistema informatizado, como nos Prontos Atendimentos, para formar uma rede de informações. CONSIDERAÇÕES FINAIS: De modo geral, as soluções levantadas pelos gestores para a qualificação do Monitoramento tentam flexibilizar o setor público, mas o que se verifica é que nem todos têm condições técnicas e financeiras para tomarem por iniciativa própria esta responsabilidade. Em boa medida, é possível associar a segregação das esferas governamentais, que gera individualização no processo de gestão, faltando apoio dos outros níveis governamentais para com o Município e a Região. Os resultados preliminares do estudo permitem inferir que os gestores entrevistados dialogam sobre a importância do Monitoramento e da avaliação no processo de Planejamento Municipais e Regional em Saúde. Neste sentido, potencialidades e fragilidades foram apontadas como possibilidades para a gestão. Pensa-se que potencializar os instrumentos de gestão já postos, como os Planos, Programações de Saúde e Relatórios de Gestão, auxiliarão na construção de uma cultura de Monitoramento no Sistema Único de Saúde.

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE E O MONITORAMENTO DO PRÉ-NATAL NO BRASIL

Lia Fernanda Trajano da Silva, Ana Paula Gossmann Bortoletti, Luciana Barcellos Teixeira, Gímerson Erick Ferreira, Érica Rosalba Mallmann Duarte

Palavras-chave: Assistência à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Cuidado Pré-Natal

APRESENTAÇÃO: A assistência durante o pré-natal tem como objetivo garantir o curso de uma gestação saudável, durante a qual a mulher deve ter acesso a acompanhamento psicossocial, atividades educativas, preventivas e que tenha como desfecho o nascimento de um bebê saudável, sem implicações negativas para a saúde materna 1. Apesar do aumento da cobertura do pré-natal, a mortalidade materna ainda se constitui como importante problema de saúde pública no mundo, observando-se diferenças quanto às suas causas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento 2. Em consonância a esse panorama, um dos atuais objetivos de desenvolvimento do milênio estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é “Melhorar a saúde materna”, o qual tem como metas diminuir a mortalidade materna a três quartos da verificada em 1990 e alcançar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva até 2015 3,4. Nacionalmente, um importante avanço em termos de políticas públicas na atenção à saúde materna foi a instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000, o qual visa à adequação do cuidado prestado nesses períodos 5,6 e o Programa Rede Cegonha, estratégia lançada pelo Ministério da Saúde em 2011 que tem entre seus objetivos a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção no pré-natal, parto e

puerpério 7. Porém, tão importante quanto implementar ações com o intuito de elevar os níveis de saúde de uma população é avaliar os resultados alcançados. Dentro desse contexto, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) da Atenção Básica desponta como ferramenta de avaliação, cujo principal objetivo é instigar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, garantindo um padrão da qualidade que possa ser comparado em todo o território nacional 8. OBJETIVO: Caracterizar a adesão ao pré-natal e investigar a frequência de exames, orientações e procedimentos com 8.774 usuárias que participaram do PMAQ, entre 2011 e 2013, no Brasil. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, transversal de natureza quantitativa. Os dados utilizados pertencem ao banco do componente do primeiro ciclo de avaliação externa do PMAQ, os quais foram coletados no período de 2012-2013. Para análise estatística foi utilizado o teste de qui-quadrado para comparar proporções e com ajuste da variância na análise bivariada, adotando nível de significância de 5%. RESULTADOS: Verificou-se uma cobertura de pré-natal de 98,7% (n=8522) no Brasil. Dentre as justificativas escolhidas pelas entrevistadas para a não realização do pré-natal, houve a prevalência da categoria “outros”. Estudo aponta que entre os motivos para não realizar pré-natal estão barreiras de acesso, problemas pessoais e não saber que estava grávida 9. A unidade de saúde ficar longe da casa da gestante também foi fator determinante para 6% das mulheres não realizarem o pré-natal. Porém, um dos 10 passos da assistência de qualidade ao pré-natal especifica que a gestante deve ter garantido o transporte público gratuito para comparecer às consultas, quando necessário 1. Outro motivo apontado em 6% das gestantes foi que se sentiram “mal atendidas”, o que evidencia a necessidade de fortalecer o acolhimento e humanização

enquanto eixos estruturantes do cuidado, para que oportunidades de promover a atenção não sejam desperdiçadas. Outro motivo apontado foi que a equipe não realizava pré-natal (n=1, 1%). A média de idade das mulheres foi de 26,5 ± 6,3 e a categoria de cor ou raça mais prevalente foi parda/mestiça com 49,2% (n=4293), em contraste com a indígena, responsável por menos de 1% das respostas (n=79). Saber ler e escrever também se mostrou como associado à realização do pré-natal, enquanto, curiosamente, a escolaridade não demonstrou relação com a adesão. Também não foi evidenciada relação entre adesão e as variáveis escolaridade, cor ou raça, diferente do apresentado em outro estudo 9. Foi verificado que viver/morar com companheiro (a) favorece a realização do pré-natal. A presença de companheiro (a) também está associada a maior número de consultas, assim como a ausência está relacionada à menor cobertura pré-natal, corroborando com um estudo realizado no município do sul do Brasil 10. Trabalho remunerado era exercido por menos de um terço (25,8%, n=2262) das gestantes, e 62,4% (n=5177) possuía renda familiar de uma a três salários mínimos. As entrevistadas foram questionadas quanto ao local de realização da maioria das consultas de pré-natal da última gestação. Grande parcela (n=6122, 70,7%) havia realizado na unidade onde ocorreu a entrevista, 17,7% (n=1536) em outra unidade de saúde, 4,3% (n=370) em hospital, 4,6% (n=396) em consultório particular e 2,7% (n=237) realizou a maior parte do pré-natal em outros locais. Apenas as mulheres que haviam realizado a maioria das consultas na unidade onde foram entrevistadas continuavam respondendo ao bloco relativo à gestação e pré-natal, totalizando uma amostra de 6122 mulheres para as questões referentes a orientações, exames e procedimentos. Mulheres com companheiro, que leem e escrevem, não aposentadas apresentam associação

significativa com a adesão ao pré-natal. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A adesão ao pré-natal tem relação estreita com fatores sociais, demográficos e culturais. Os resultados encontrados por meio do PMAQ ratificam que algumas características das gestantes estão intimamente ligadas à realização pré-natal. A busca ativa de gestantes e puérperas é importante e, para isso, é imprescindível que a equipe de saúde conheça o território e a população sob sua responsabilidade, permitindo intensificar os esforços para atender as mulheres mais vulneráveis. A organização das unidades de saúde de forma a priorizar as usuárias que não possuem as características associadas à realização do pré-natal é uma necessidade para qualificar a assistência, o que pode ampliar ainda mais a cobertura pré-natal e diminuir os desfechos perinatais desfavoráveis. Porém, é importante enfatizar que proporções de coberturas encontradas neste estudo, se observadas isoladamente, não refletem necessariamente a qualidade da atenção recebida pelas gestantes durante o pré-natal, à luz das limitações apresentadas. Os resultados encontrados neste estudo refletem uma realidade nacional que pode contribuir com o atendimento nos cenários locais. O banco do PMAQ contém dados que contemplam unidades de saúde participantes do primeiro ciclo e que podem ser utilizados em estudos futuros para nortear as ações de gestores e profissionais da saúde em seus diferentes contextos e realidades.

RESTRIÇÕES AO ACESSO DE RESIDENTES NO EXTERIOR AOS SERVIÇOS DO SUS: CASO DO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU - PR

Felipe Mozar Laurine Ferraz de Novaes, Rodne de Oliveira Lima

Palavras-chave: Gestão, Direito à Saúde, Acesso ao SUS, Estrangeiros,

APRESENTAÇÃO: A Constituição brasileira de 1988 reconheceu o direito à saúde como inerente a todas as pessoas. Por isso, constitui “dever” do Estado, nos três níveis de governo, garantir o acesso “universal e igualitário” às ações e serviços de saúde (artigo 196). Não obstante a clareza da dicção constitucional, a implementação do dever estatal sofre mitigação concreta, quase sempre mediante a justificativa da limitação de recursos. Neste contexto, observa-se a adoção de critérios excludentes por gestores do SUS em regiões de fronteira internacional, com o objetivo de limitar o acesso de pessoas residentes no exterior aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste trabalho busca-se relatar e analisar a adoção de restrições de acesso aos serviços do SUS por parte da gestão municipal de Foz do Iguaçu - PR, localidade de médio porte, que possui fronteiras com a República do Paraguai e com a República Argentina. A equalização das demandas sociais na região da tríplice fronteira Brasil – Paraguai – Argentina constitui vultoso desafio ao processo de integração do MERCOSUL. O lento progresso do bloco decorre das disparidades econômicas e sociais dos países que o constituem. A vitalidade do MERCOSUL depende da progressiva implementação de processos de desenvolvimento que estendam às regiões mais pobres novas capacidades de produção de riquezas e substanciais melhorias nas condições de vida da população. A tríplice fronteira é região de grande densidade populacional: no Brasil, Foz do Iguaçu possui população estimada de 263 mil habitantes; na Argentina, Puerto Iguazu possui população de 80 mil habitantes; o maior contingente da população fronteiriça encontra-se em território paraguaio, perfazendo mais de 550 mil pessoas. Essa

população de aproximadamente 900 mil pessoas, além de brasileiros residentes no interior do Paraguai, socorre-se constantemente dos serviços de saúde ofertados pelo SUS. As condições desiguais de organização e funcionamento dos sistemas de saúde nos países fronteiriços ampliam o fluxo de usuários para o território brasileiro. Uma excessiva fragmentação dos serviços caracteriza o sistema argentino, comprometendo a necessária articulação entre os diferentes níveis de governo e originando graves desníveis de equidade na prestação dos serviços públicos de saúde (PNUD, 2011). O sistema paraguaio, historicamente organizado com base no atendimento à população economicamente integrada, destina 80% de seus recursos ao atendimento de 20% de sua população (ALUM & BEJARANO, 2011), o que ocasiona graves limitações de acesso ao conjunto da população, ainda que a gratuidade dos serviços tenha sido paulatinamente expandida desde o ano de 2001. O sistema brasileiro, organizado sob os princípios da universalidade e da integralidade, constitui alternativa real de acesso da população fronteiriça aos serviços de saúde. Não obstante suas limitações técnicas e financeiras, os serviços do SUS ofertados em Foz do Iguaçu possuem capacidade de atendimento a usuários em todos os níveis de complexidade. Esse fato, aliado ao permanente fluxo fronteiriço, atrai ao município brasileiros e estrangeiros residentes no exterior, em busca de atendimento assistencial. Essas circunstâncias desencadeiam forte pressão de demanda sobre os serviços públicos de saúde. Frente à finitude dos recursos financeiros, a gestão local da saúde em Foz do Iguaçu protagoniza há anos a imposição de restrições de acesso ao sistema. É comum a instituição de exigências adicionais para o cadastramento de usuários, em flagrante ofensa à legislação nacional e à

proteção constitucional do direito à saúde. A municipalidade figura como ré em ação civil pública proposta pelo Ministério Público Federal no ano de 2006, proposta com o objetivo de garantir o atendimento a brasileiros e estrangeiros residentes no exterior, especialmente em território paraguaio. Da ação resultou sentença parcialmente procedente, com confirmação em segundo grau, que adotou como diretriz a tese da “reserva do possível”, atualmente repelida pela jurisprudência firmada nos tribunais superiores brasileiros. No momento, o referido processo encontra-se em tramitação junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), pendente o julgamento de recurso extraordinário. METODOLOGIA: No mês de abril de 2015 o Secretário Municipal de Saúde encaminhou memorando às unidades públicas de atendimento de Foz do Iguaçu, instituindo novas restrições de acesso aos usuários do SUS residentes no exterior. Condição para o atendimento eletivo a estrangeiros à posse de visto de permanência no país e à apresentação de Cadastro de Pessoa Física e de fatura dos serviços de fornecimento de água e esgoto ou de energia elétrica em nome do solicitante; determinou-se a interrupção do fornecimento do Cartão Nacional do SUS a estrangeiros pelas unidades de saúde e a proibição de seu atendimento nos serviços eletivos. A imposição dessas exigências suscita os questionamentos adiante explicitados acerca da legalidade das medidas e de sua adequação aos princípios que regem o funcionamento do SUS. Alcance do princípio da universalidade de acesso aos serviços do SUS. A universalidade de acesso aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, constitui o primeiro dos princípios orientadores da organização e funcionamento do SUS. O princípio implica a garantia de acesso de toda pessoa aos serviços de saúde de que necessite. RESULTADOS: Questionamentos acerca da

aplicabilidade do preceito aos estrangeiros foram recorrentemente dirimidos pelo STF que, em sucessivas decisões, afirmou a inviolabilidade dos direitos fundamentais e interpretou a expressão “residentes no Brasil” como garantia desses direitos a toda pessoa presente no território nacional (cf. HC 74051-1 e precedentes). No Brasil, o direito à saúde é reconhecido como direito fundamental de toda pessoa, independentemente de sua origem ou nacionalidade, a teor do disposto na Constituição Federal (artigo 196) e nos pactos internacionais dos quais o país é signatário (Declaração Universal dos Direitos Humanos, artigo 25; e Pacto Internacional Sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, artigo 12). Por isso, não se amoldam ao sistema jurídico brasileiro restrições ou exigências que impliquem em mitigação do direito de acesso aos serviços do SUS. Financiamento dos serviços prestados a usuários residentes no exterior. A sistemática ordinária de financiamento do SUS encontra-se fundada na transferência de recursos entre os entes federados, mediante pactuações que consideram o grau de descentralização dos serviços, os indicadores epidemiológicos e a densidade demográfica das localidades. O financiamento dos serviços ofertados a estrangeiros e brasileiros não-residentes no país depende do atendimento ao contido no artigo 23, parágrafo 2º, da Portaria 940/2011, do Ministério da Saúde, que regula o processo de cadastramento dessas pessoas no Sistema Cartão Nacional de Saúde. Cadastrado o usuário como residente no exterior, possibilitará ao nível de gestor prestador do serviço a formalização do pedido de reembolso dos custos, segundo a tabela de remuneração do SUS, e a pactuação de metas para atendimento, nas regiões de fronteira. Também a Portaria MS 399/2006 aborda o tema ao regular a constituição de regiões fronteiriças na

sistemática de regionalização dos serviços de saúde (cf. item 2.1). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conclui-se, portanto, que a disponibilização dos serviços de saúde a pessoas residentes no exterior em regiões de fronteira não encontra obstáculos no processo de financiamento do SUS. Antes, depende política de organização dos serviços e sistemas de saúde pelo gestor local.

RODA DE CONVERSA COM AGENTES COMUNITÁRIOS

Flávio Aparecido Zanaldi, Gabriela Markus, Conrado Neves Salther, Catia Paranhos Martins

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, Estratégia da Saúde da Família, SUS

Este trabalho faz parte do projeto de extensão: Acompanhamento e apoio técnico ao Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que está sendo realizado pelos alunos do último ano do curso da psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), no estágio Supervisionado em Psicologia Social e Comunitária. Tendo em vista a saúde do trabalhador da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) percebe-se um alto número de afastamentos no trabalho, além disso, observa-se a falta de espaços de comunicação entre os próprios trabalhadores, o que impede a construção de processos de enfrentamento das relações de poder e trabalho, inibindo o desenvolvimento e a autonomia desses profissionais que, por serem silenciados, acabam excluídos da gestão e têm desvalorizados seus potenciais na instituição. Um ambiente de trabalho que não contribua com as relações dos trabalhadores ou na mobilização e na participação impossibilita a criação de meios

que assegurem a melhor qualidade de vida e gera consequentemente o adoecimento. Quando o trabalho se torna um processo de criação, o trabalhador é levado a produzir e reproduzir o seu desejo, de maneira que se sinta satisfeito pelo reconhecimento interno que sua tarefa lhe proporciona, logo ele não executa simplesmente um roteiro socialmente estabelecido. Ao levar em conta que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um ator importante na implementação do SUS e no fortalecimento dos serviços por meio de uma maior integração entre a Atenção Básica e a comunidade, ao ouvir esse profissional a gestão abre espaço para a expressão de suas angústias, de seu sofrimento e, dessa forma, possibilita ao trabalhador tornar-se um fator de transformação social. “De acordo com Morosini (2003) Programa de Saúde da Família (PSF) desempenha um papel fundamental no cenário das políticas de saúde no Brasil, sendo considerado o principal eixo reformulador da atenção à saúde. Entre os elementos da saúde da família, destaca-se o trabalho do ACS, que tem como missão ser o elo entre a comunidade e o SUS. O ACS além de um trabalhador da saúde, é um membro da comunidade e, também, um usuário do sistema de saúde, o que torna ainda mais complexa a situação desse profissional. Ele enfrenta o dia a dia da comunidade na qual trabalha e, na maioria das vezes, não tem espaço para poder expressar seu sofrimento e sua angústia, o que leva a perda do seu potencial de crescimento profissional e pessoal. “De acordo com Marquis e Huston (2005), algumas das fontes mais comuns de conflito organizacional situam-se em problemas de comunicação, na estrutura organizacional e no comportamento individual nas organizações (apud ALMEIRA 2007).” O objetivo do trabalho é contribuir com as Ciências da Saúde por meio da compreensão do funcionamento

de equipes da Estratégia da Saúde da Família, compreender a realidade dos ACS, ouvir seus relatos e dar a oportunidade de expressão do seu sofrimento e suas angústias, problematizar as questões que surgem nos discursos dos ACS sobre Saúde, levantar dados por meio de pesquisas bibliográficas, observação participante e com rodas de conversa e, por fim, avaliar os dados por meio da análise de discurso e contribuir em conjunto com os Agentes Comunitários nas maneiras de intervenção que busquem auxiliar nas resoluções dos problemas. Será adotada a metodologia da pesquisa qualitativa, utilizando a observação participante, conhecendo a história dos ACS e compreendendo os discursos que os cercam (MINAYO, 2012). Além disso, como forma de procedimentos de coleta de dados será utilizada a pesquisa bibliográfica, em sites como SCIELO, BVS, DEDALUS-USP, como também a biblioteca da UFGD. As rodas de conversa também serão utilizadas, em conjunto com a observação participante como forma de coleta de dados. De acordo com MOURA e LIMA (2014), a roda de conversa é uma forma de produzir dados em que o pesquisador se insere como sujeito da pesquisa, já que participa da conversa e ao mesmo tempo produz dados para discussão, sendo um instrumento que permite a partilha de experiências e o desenvolvimento de reflexão sobre as práticas educativas dos sujeitos, em um processo de interação. A análise de dados será por meio da Análise das regularidades, das rupturas ou das omissões discursivas. A análise do Discurso preocupa-se em compreender os sentidos que o sujeito manifesta através do seu discurso (CAREGNATO, 2006). Nos resultados percebe-se que os ACS possuem a necessidade de expressar suas angústias, suas frustrações, seus desejos, suas alegrias, ou seja, o ambiente de trabalho em que estão inseridos não possibilita um espaço de diálogo para estes trabalhadores. Nos

relatos dos ACS observam-se várias histórias que representam o quanto este trabalho é desgastante e o quanto é difícil lidar com o usuário e os outros companheiros da Unidade Básica de Saúde, da mesma forma, relatam um sentimento de impotência quanto as condições de trabalho, já que muitas vezes são cobrados pelos usuários quanto a exames, remédios, consultas e não podem fazer nada. Os ACS observam na comunidade: miséria, violência, abandono, exclusão e adoecimento sem suporte institucional. Além disso, relatam que percebem uma diferença entre eles mesmos e os demais profissionais da UBS, que na maioria das vezes apenas enxerga o conceito de saúde como uma relação saúde-doença em um plano biológico e não de uma forma mais ampla, considerando o ambiente, o acesso, as alegrias e as tristezas da população. Portanto, ao abrir um espaço de diálogo, em que a angústia e o sofrimento possam ser pensados em conjunto, de forma reflexiva e crítica, o ACS tem a oportunidade de rever seu trabalho e buscar soluções, como também problematizar, construir e desconstruir seu cotidiano profissional, qualificando sua atuação e contribuindo para a melhora institucional como um todo. Este projeto de estágio e extensão propiciou a obtenção da experiência de campo, podendo ouvir os discursos e construir em conjunto as alternativas de expansão das possibilidades de construção de enfrentamento das dificuldades. Este projeto é, também, em sua concepção global, uma oportunidade muito gratificante e importante na formação profissional para o futuro quando se pretende atuar no SUS e chegar minimamente preparados para intervir em campo e contribuir com a psicologia na construção da Saúde Comunitária.

SAÚDE PÚBLICA, PRÁTICAS E EXPERIÊNCIAS: CARACTERIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DO HOSPITAL MATERNIDADE MUNICIPAL DE SEVERIANO MELO

Makcion Muller Rodrigues Leite, Walquiria Oliveira Dantas

Palavras-chave: SUS, Saúde Pública, Gestão Municipal, Hospital, Severiano Melo

Os problemas da saúde pública brasileira perpassam o tempo. Ser cidadão é contribuir positivamente para o desenvolvimento da sociedade ou comunidade, de acordo com a definição que Chauí (1994), ao qual o indivíduo faz parte. Mas, para que isso venha acontecer, é necessário e obrigação dos representantes e líderes assegurarem todos os direitos necessários a uma vida digna. A saúde é um direito fundamental e está assegurada perante a lei, descrita na Constituição Federal de 1988. Desde o final da década de 1980 nosso país é assistido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), elaborado na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 pelo Ministério da Saúde. Na ocasião foram convocados técnicos, gestores e usuários – representantes de grupos e organizações sociais e de bairro – para tratar sobre a construção de um sistema eficaz na solução dos problemas relacionados à saúde pública. De acordo com Baptista (2002), “está conferência foi um marco histórico da política de saúde brasileira, pois, pela primeira vez, contava-se com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão de uma política setorial”. A saúde não se restringe apenas no campo do adoecimento do corpo biológico, Baptista (2002) também apresenta a nova forma de pensar e definir saúde, sendo: “o bem estar físico, mental e social do indivíduo”. Para que se chegue a uma vida saudável, é necessário que a

saúde seja garantida desde a habitação. Por muito tempo, predominou a ideia do paciente como um amontoado de partes, um corpo esfacelado disperso no mundo. O ser humano é integral, unificado, e imerso em um contexto social, que está sujeito a riscos biológicos, psicológicos e sociais. O funcionamento dos serviços públicos de saúde de nosso país deve estar atrelado ao pensar crítico da criação e funcionamento das políticas públicas, da qual destacamos o SUS, que se caracteriza como uma das mais fortes estratégias mundiais de prevenção e promoção à saúde, de acordo com Matta (2004). Com base em todos os conceitos trabalhados, este estudo traz um foco nas gestões dos serviços públicos de saúde, que quando administradas incorretamente acabam por comprometer a vida daqueles que se utilizam dos serviços, que são na grande maioria, de acordo com Matta (2004), a parcela pobre da população. A Lei. Nº 8.080 dispõe sobre as condições necessárias e que devem ser garantidas pelo Estado para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos quais necessitam, como também descreve sobre o funcionamento e organização dos serviços correspondentes. O trabalho traz os resultados de um estudo de campo realizado no Hospital Maternidade Municipal de Severiano Melo, localizado na cidade de Severiano Melo, no interior do estado do Rio Grande do Norte, na região Oeste Potiguar. O objetivo principal foi investigar e descrever sobre os principais desafios que são enfrentados, na garantia e qualidade dos serviços de saúde, assim como o funcionamento e promoção da política por parte da gestão municipal. Trazemos também uma mostra dos dados gerais do município para entendermos a estruturação dos serviços ofertados, e conhecermos a realidade social do mesmo, tendo em vista que, a saúde engloba as condições nas quais o sujeito vive. A cidade de Severiano Melo foi fundada

em 1963, a área total corresponde 157, 833 km², população de 5.752 habitantes, densidade demográfica de 36,44hab./km², altitude de 147 m, em relação ao nível do mar, com clima semiárido, de acordo com o senso 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A margem de alfabetizados é de 3.913 mil habitantes, que pelo dado conclui-se o elevado número de analfabetos, característica de uma população que detém a preocupação no desempenho das atividades econômicas voltadas para a agricultura, que é a principal atividade econômica, com destaque nas plantações e cultivos de feijão, milho e caju. Segundo dados da Secretária Municipal de Saúde do município, as principais causas de morte nos últimos anos, são as doenças do aparelho circulatório, digestivo, doenças infecciosas e parasitas e câncer, dos quais se destacam o de mama, próstata e pele. Os dados correspondem o período de 2008 a 2012. Faz-se necessário o apontamento das principais características do município para que possamos entender as condições de sobrevivência da população, que se utiliza dos serviços de saúde ofertados pelas unidades, e que segundo Lopes (2011), é necessário esse entendimento, pois temos uma caracterização da saúde pelas condições de bem estar psicológico e social. O hospital presta atendimento ambulatorial, internação, urgência e vigilância em saúde. As instalações da unidade são formadas pela categoria urgência e emergência, constituída por sala de atendimento a paciente crítico/grave, de atendimento indiferenciado e de repouso e observação. A unidade também conta com os serviços de central de esterilização de materiais, farmácia com distribuição de medicamentos gratuitos, lavanderia, sala de nutrição e dietética, serviço de prontuário de paciente e de manutenção dos aparelhos. O hospital ainda conta com os equipamentos grupo gerador, respirador/ventilador, eletrocardiógrafo,

máquina de ultrassonografia e a coleta de resíduos biológicos. Entre os anos de 1996 e 2013 foram investidos R\$ 3.697.870,16, para melhoramento na qualidade dos serviços. De acordo com dados da Secretária Municipal de Saúde, as ações públicas estão ligadas diretamente à atenção social, como meio da promoção e prevenção da saúde da população. As estratégias de urbanização e saneamento devem se constituir dentro do enfoque das medidas preventivas e paliativas para o não adoecimento da mesma. A construção e qualidade da política só serão possíveis pela participação popular, dos líderes e representantes das comunidades que apresentam um “feedback” aos gestores sobre a oferta e utilização dos serviços. O plano de ação proposto pela gestão municipal está baseado na multidisciplinaridade, envolvendo as demais secretárias – habitação e educação –, na construção de medidas reais e eficazes. Outro ponto de destaque no plano de trabalho são as relações que devem ser estabelecidas como garantia de uma assistência completa, na resolubilidade dos problemas que não podem ser sancionados na própria unidade, pela carência das especialidades médicas. Assim, são configuradas e estabelecidas as relações com os hospitais de municípios vizinhos, e das grandes cidades do estado, como Mossoró e a região metropolitana de Natal. Há muito que ser modificado e discutido nas configurações e gestões da política do SUS. A ação de educação em saúde deve estar articulada à urgência de se corrigir a tendência de um agir em saúde fragmentada e desarticulada, embasado em uma postura autoritária, verticalizada de imposição de um saber científico descontextualizado e inerte dos anseios e desejos da população no tocante a sua saúde e condições de vida. Este estudo tornou prático o reconhecimento da configuração e estruturação da gestão municipal de

Severiano Melo, por meio do Hospital, porém, com características próprias, por se configurar através das especificações da população, que na maioria, se utilizam unicamente dos serviços prestados, traçado como o maior desafio pela libertação e solução de todas as deficiências encontradas nas ações. Atuar na saúde de cidades com configuração tão específica denota uma série de cuidados, métodos e técnicas que devem ser utilizadas cuidadosamente.

SUJEITOS DO QUADRILÁTERO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA REGIÃO OESTE DE SANTA CATARINA NA VISÃO DE SEUS ATORES

Natalia Hoefle, Maria Elisabeth Kleba, Giselle Mascarello de Oliveira

Palavras-chave: Gestão, Educação Permanente em Saúde, Comissão de Integração Ensino-Serviço

Apresentação: A Portaria GM/MS nº 1996/2007 define a Educação Permanente como um conceito pedagógico, no setor da saúde, para fortalecer relações entre ensino e o serviço de saúde (BRASIL, 2007). Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivo a transformação das práticas profissionais, mudanças e melhoria institucional baseada na análise dos processos e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007). Compete à Comissão Intergestores Regional (CIR), juntamente com a Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES), implementar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) em sua Região de abrangência. A CIES deve funcionar como instância interinstitucional e regional para a cogestão da PNEPS, atuando na formulação, na condução e no desenvolvimento de ações, contribuindo para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores, visando

à melhoria da assistência e a reorganização dos serviços de saúde (BRASIL, 2007). Em sua composição participam representantes da gestão estadual e municipal da saúde e da educação, trabalhadores da saúde, instituições de ensino com cursos na área da saúde e movimentos sociais ligados ao controle social, constituindo, assim, um quadrilátero formado por sujeitos de diferentes segmentos vinculados ao setor saúde: atenção, ensino, gestão e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Este trabalho objetiva descrever como o quadrilátero da formação, por meio da CIES, está articulado na Região Oeste de Santa Catarina para fomentar a EPS. Desenvolvimento do estudo: Trata-se de um recorte do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Enfermagem, desenvolvido no primeiro semestre de 2014, no qual, por meio da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), buscou-se fortalecer a gestão da EPS na Região de abrangência da CIR Oeste de Santa Catarina. A PCA tem por finalidade conhecer e provocar mudanças na realidade, o que requer a participação dos sujeitos envolvidos no processo de pesquisa. Ao mesmo tempo em que se compromete com a construção de conhecimento, articula-se com a prática assistencial, possibilitando a implicação dos pesquisadores com o cotidiano do trabalho em saúde. Para Trentini; Paim (2004), a implementação da PCA divide-se em cinco fases: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. Para coleta de dados foram aplicadas entrevistas junto à câmara técnica da CIES, e um questionário aos secretários municipais de saúde da região. A apreciação dos dados foi realizada considerando-se os quatro segmentos da CIES, resultando em quatro categorias, a saber: “dos gestores”, “dos trabalhadores”, “dos movimentos sociais e controle social” e “do ensino”. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) protocolo nº 031/CEP/2014. Foi oferecido termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) e o termo de uso de imagem e voz a todos os participantes. Resultados: A CIES da Região Oeste de Saúde de Santa Catarina, no período estudado, estava em processo de reestruturação de sua Câmara Técnica e dos representantes dos 25 municípios que a compõem. As CIES têm um papel importante na condução dos Planos Regionais de EPS (PAREPS), representando espaço relevante de discussões e deliberações. Para que as ações prioritizadas contemplem a realidade é necessária a participação de todos os envolvidos no processo, sejam gestores, formadores, trabalhadores da saúde, sejam pessoas envolvidas em movimentos sociais e no controle social (SILVA et al., 2013). Nessa perspectiva, a elaboração do PAREPS, em 2014, contou com a participação das Instituições de Ensino Superior (IES) da Região, da Gerência de Saúde, trabalhadores do Hospital Regional do Oeste e de alguns municípios que compõem a Região Oeste de Saúde. Nesta oportunidade, os sujeitos envolvidos apontaram a importância de se trabalhar com todos os segmentos, com ações coletivas ou específicas. Dos Gestores: representantes da Câmara Técnica salientaram a necessidade de maior apoio da gestão para as ações de EPS, bem como sua baixa compreensão acerca do contexto e do conceito de EPS. Silva et al. (2013), em estudo sobre a educação permanente em saúde na ótica dos membros da CIES de uma das regiões do Rio Grande do Sul, também relatam que um fator limitador é a pouca participação dos gestores nas ações de educação permanente em saúde e, em decorrência, a inadequação das condições para a operacionalização das ações educativas. Por outro lado, os gestores entrevistados no presente estudo afirmam que a EPS é uma ferramenta

para o “aperfeiçoamento e qualificação contínua dos profissionais”, para “solucionar os problemas das demandas de saúde” e também proporciona a “troca de experiências” entre os profissionais de saúde. Apesar de as falas indicarem valorização dos gestores sobre a EPS, elas enunciam uma visão restritiva, à medida que relacionam as ações de EPS voltadas apenas aos profissionais, evidenciando que os gestores não se reconhecem como sujeitos em processo de aprendizagem. Outro achado importante, é que, dos 15 gestores entrevistados, apenas sete reconhecem a CIES como parceira para auxiliar nas ações de EPS no município. Por outro lado, durante a III Oficina para elaboração do PAREPS, 13 gestores municipais participaram ativamente do encontro, elencando como prioridade para os anos de 2014-2016: capacitação em redes; mostra regional da atenção básica; e, curso de aperfeiçoamento para coordenadores e gestores. Dos trabalhadores; nesse segmento, um dos desafios para suprir as demandas de EPS na Região é o envolvimento maior dos serviços, no sentido de trazerem demandas de formação e desenvolvimento para as Universidades. Silva et al. (2013), reforçam que as parcerias das universidades com os serviços podem facilitar o desenvolvimento de ações educativas mais coerentes com suas necessidades. Favorecem ainda a incorporação de questões de aprendizagem significativas no processo de formação dos profissionais de saúde. Dos movimentos sociais e controle social: destaca-se a participação desse segmento na oficina do PAREPS, em que representantes dos usuários defenderam a necessidade de capacitação para qualificar o exercício do controle social. Destaca-se que os conselhos de saúde são constituídos não apenas por usuários, mas também por trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e gestores. Nesse sentido, o planejamento de processos

educativos voltados a estas instâncias deve levar em conta a heterogeneidade de seus representantes para fortalecer os segmentos com maior dificuldade de acesso à informações necessárias ao processo de tomada de decisão, em especial os usuários dos serviços de saúde (ALENCAR, 2012). Do ensino: uma potencialidade relatada pelos participantes do estudo foi a existência de quatro IES na Região, com cursos na área da saúde, para fomentar a EPS, bem como sua possibilidade de articulação para propor e desenvolver ações de EPS, independente dos recursos financeiros e apoio da CIR/CIES. Por outro lado, a CIES é percebida como espaço que pode favorecer a articulação das IES da Região, bem como um espaço que as universidades têm para discutir e contribuir para a efetivação da PNEPS, com ações de EPS voltadas aos diferentes segmentos do quadrilátero. Para Celedônio et al. (2012), a articulação entre as Instituições de Ensino Superior e os serviços de saúde potencializam respostas às necessidades concretas da população, já que contribuem para a formação de recursos humanos, a produção do conhecimento e a prestação dos serviços. Considerações finais: neste estudo identificamos as fragilidades e as potencialidades para o desenvolvimento da PNEPS, levando em consideração a percepção dos sujeitos envolvidos quanto ao processo de EPS na Região Oeste de Saúde de Santa Catarina e o papel de cada um para o fortalecimento ou não deste processo.

UM ESTUDO SOBRE GESTÃO E PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Elenita Sureke Abilio, Simara de Souza Elias, Maria Jose Jesus Alves Cordeiro, Edinéia Albino Nunes Cerchiari, Cassia Barbosa Reis

Palavras-chave: planejamento em saúde, gestão em saúde, integralidade

O objetivo deste artigo é fundamentar a necessidade de se utilizar um enfoque estratégico de gestão e planejamento em saúde. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva, de caráter analítico, com o objetivo de identificar produções científicas em periódicos nacionais sobre o tema. Optamos, portanto, para fins de elaboração deste artigo por apresentar os principais fundamentos teórico-metodológicos dos processos de gestão e planejamento, ainda fundamentando as políticas de saúde direcionando para os princípios da integralidade. APRESENTAÇÃO: Mais do que um administrador, o gestor do SUS é a “autoridade sanitária” em cada esfera de governo, cuja ação política e técnica deve estar pautada pelos princípios da reforma sanitária brasileira. Referenciado por Matta (2007), o reconhecimento de duas dimensões indissociáveis da atuação dos gestores da saúde: a política e a técnica, que pode ajudar a compreender a complexidade e os dilemas no exercício dessa função pública de autoridade sanitária, a natureza dessa atuação e as possíveis tensões relativas à direcionalidade da política de saúde em um dado governo e ao longo do tempo. Através da formulação de políticas públicas que assegurem a implantação e o desenvolvimento de ações e serviços de acordo com as necessidades da população, com respeito aos princípios do Sistema Único de Saúde e com a garantia da participação da comunidade. Não há como dissociar o processo de gestão da necessidade do planejamento para o mapeamento das necessidades de saúde da população, portanto abrangemos neste artigo importantes aspectos como a dimensão do SUS, a dimensão de rede de saúde, a integralidade e a atenção básica como principal acesso dos usuários para os serviços de saúde. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritiva, de caráter analítico, com o objetivo de identificar produções

científicas em periódicos nacionais sobre o tema de Gestão e Planejamento em Saúde, visando uma conexão com a proposta teórica dos processos de gestão, fundamentado por diversos autores que pesquisam sobre o SUS. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Ao abordar as imensas diferenças entre os milhares de municípios brasileiros, Merhy (2006) adverte para o fato de que, em contexto de grande heterogeneidade econômica e social, a descentralização de políticas públicas, incluindo as de saúde, pode levar a consequências adversas, como até mesmo ao aprofundamento das desigualdades. É necessário então, assegurar condições adequadas para o fortalecimento da gestão pública, dos mecanismos de coordenação da rede e de promoção do acesso de todos os cidadãos às ações e serviços de saúde necessários, independente do local de residência do usuário. Há situações em que a atenção tem seu foco no procedimento, na tecnologia, não na pessoa que necessita de cuidado. Nesta situação o paciente sempre está em risco de sofrer medidas desproporcionais, pois os interesses da tecnologia deixam de estar subordinados aos interesses do ser humano (BIZATTO, 2003). Para garantir a resolubilidade nos serviços de saúde é preciso fortalecer, no cotidiano dos serviços, o princípio da universalidade do acesso, o que significa que todos os cidadãos devem poder ter acesso aos serviços de saúde, no caso, para serem acolhidos em relação às situações de violência. Para isso cabe a responsabilização das instâncias públicas pela saúde como bem de todos e direito de cada cidadão. Isso deve continuar a ser implementado com a consequente constituição de vínculos solidários entre os profissionais e a população, empenhados na coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, tendo como princípios éticos a defesa e a afirmação de uma vida digna de ser vivida (BRASIL,

2006). Torna-se necessário repensar as práticas, aprimorando as técnicas de atendimento, a formação profissional e a proteção ao usuário do serviço de maneira integrada. O planejamento em saúde é um termo largamente utilizado no cotidiano da política e da administração, tanto na esfera pública quanto na esfera privada, entendido como um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, com vistas à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2010). Vilasboas (2006) afirma que o ato de planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade, e, que esta ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação. As práticas de planejamento devem agir sobre a organização das práticas de saúde de modo a torná-las coerentes com os princípios orientadores da finalidade da ação institucional, contribuindo para a implementação das políticas de saúde. RESULTADOS: O tema de qualquer modelo de atenção à saúde faz referência ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar do indivíduo, do coletivo, do social, dos meios, das coisas e dos lugares. E isto sempre será uma tarefa tecnológica, comprometida com as necessidades enquanto valores de uso, enquanto utilidades para indivíduos e grupos (MERHY, 2002). Os sistemas fragmentados caracterizam-se pela forma de organização hierárquica, a inexistência da continuidade da atenção, a passividade do usuário, a ação reativa à demanda, o investimento nas intervenções curativas, o financiamento por procedimentos, dentre outros (MENDES,

2010). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Mesmo com os avanços, há aspectos que se colocam de forma prioritária e que constituem desafios para a institucionalização do planejamento no SUS, então conhecer a realidade social e epidemiológica da região a ser atendida é princípio norteador para a gestão em saúde. A partir da concepção de planejamento presente nas publicações e documentos técnicos pesquisados, faz-se uma reflexão considerando os instrumentos de gestão estabelecidos, destacando a importância da avaliação neste processo e a vinculação às abordagens teórico-metodológicas mais aceitas atualmente para o planejamento em saúde. O maior desafio para a implementação do SUS é a exigência de utilização de ferramentas que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde nas comunidades, o mapeamento das necessidades sociais e de saúde e a definição de intervenções que apresentem modelos de promoção e prevenção realmente eficientes e eficazes. Uma dessas ferramentas é o planejamento como um importante instrumento para a reorganização do processo de trabalho, que deve abranger desde a identificação dos problemas até o monitoramento e avaliação das ações de saúde.

UM OLHAR CRÍTICO SOBRE A CONTRATUALIZAÇÃO ENTRE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS E UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

Barbara Lopes de Andrade Bulhões, Ana Laura Brandão, Paulo Eduardo Xavier de Mendonça

Palavras-chave: Reforma do Estado, Gestão em Saúde, Contratualização, Indicadores, OSS

Apresentação: As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e as Organizações

Sociais da Saúde (OSS), hoje são mais que simples siglas, definem um tempo, uma política e a marca de governos, a associação entre estes são também testemunhos da reforma gerencial do Estado, empreendida no Brasil e na América Latina no decorrer dos anos oitenta e noventa. O estudo sobre o tema busca a transparência e participação social nestas definições, trazendo análises que tornem mais nítido como ocorre a regulação de equipamentos do Estado por meio de contratos de gestão. No Brasil, este processo de Reforma do Estado percorreu diversos governos acompanhando as interfaces da conjuntura internacional. Após a Constituição de 1988 aprimora-se o desenvolvimento neoliberal e apresenta-se o Plano de Reforma do aparato do Estado como crítica à falta de efetividade e ineficiência da administração pública. Este processo sistematizado por Bresser Pereira prossegue com políticas de ajuste estrutural, aceleração da programação de privatização e definição de uma agenda de reformas, como a Reforma Gerencial, e através do Plano Diretor da Reforma de Estado em 1995, que segundo este autor, poder-se-ia sair da Administração Pública Patrimonialista e Burocrática na direção da Administração Pública Gerencial. (BRESSER-PEREIRA, 2010; ABRUCIO, 2007). As alternativas ditas gerenciais têm em comum a regulação pelo Estado. Em vista disto, o fortalecimento da regulação dos serviços públicos operados por estas parcerias seria ponto fundamental para estabelecimento de um governo mais efetivo, e para isto seriam necessários marcos e aparatos regulatórios que funcionassem a contento. Nesta busca por maior eficiência, foram desenvolvidos instrumentos para medir o desempenho em termos de qualidade, eficiência e equidade, além de montar sistemas de gerenciamento de desempenho na perspectiva de impulsionar mudanças de comportamentos que possibilitem melhores

resultados (VIACAVA et al., 2004). Entre estes instrumentos estão os indicadores apresentados nos contratos de gestão, que definem como será avaliado o desempenho, garantindo a definição de metas específicas e controle sobre o que é realizado. No caso do contrato analisado, o que deve ser cumprido e mensurado pelos indicadores, consta nas leis e definições das políticas, como a Política da Rede de Urgência e Emergência do Brasil. As UPAs são o principal componente fixo da rede de urgência pré-hospitalar do país, no Município do Rio de Janeiro (MRJ) são geridas por OSS envolvendo elevados recursos públicos transferidos de acordo com metas físicas pactuadas por indicadores. Esta situação descrita indica que estudos devem analisar tais contratos para subsidiar o planejamento em prol da assistência integral e qualidade nos serviços, além de eficiência e economicidade. Para isto o presente estudo busca compreender o processo de contratualização entre as OSS e o município do RJ com foco na sua relação do modelo de gestão e a reforma do Estado e sistematizar resultados da oficina de consenso que analisou os indicadores da UPA presentes no contrato. Desenvolvimento: O estudo foi desenvolvido por meio de análise documental e análise do grupo de consenso que avaliou os indicadores do contrato por meio do método Delphi. Na análise dos indicadores utilizaram-se os critérios de propriedades essenciais, as quais qualquer indicador deve apresentar e sempre devem ser consideradas como critérios de escolha independente da fase ou do ciclo de gestão em que se encontra a política sob análise. Estas propriedades dos indicadores são expostos no documento do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão de 2012, são eles: Utilidade, Validade, Confiabilidade e Disponibilidade. Esta oficina definiu a classificação dos indicadores por atenderem ou não os critérios aplicados à teoria da seguinte forma, Sim: Atende aos critérios

das propriedades essenciais e Não: Não atende aos critérios das propriedades essenciais. Os itens que não considerados como indicador foram classificados como Cumprimento de Contrato (CC) ou Não é Indicador (NI). Resultados: Dos 15 itens apresentados apenas um foi considerado indicador adequado com base nas Propriedades Essenciais, o Percentual de Boletim de Atendimento de Emergência (BAE). O indicador Tempo médio de Espera entre classificação de risco do enfermeiro e o atendimento médico e Percentual de Trombólise realizadas no tratamento de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com Supradesnivelamento do segmento ST (segmento apresentado no Eletrocardiograma), apresentam-se insatisfatórios apenas para confiabilidade, 4 indicadores apresentam metade dos critérios de maneira satisfatória e dois atendem apenas a propriedade disponibilidade. O que comprometeu a adequação dos indicadores as propriedades foi a falta de descrição dos métodos, a maneira como são construídos e como as atividades relacionadas a eles serão realizadas. Apresentando ainda muitas inconsistências entre seus nomes, objetivos e metas, além de pouca adesão às dimensões de classificação. Dos 15 itens, 6 apresentaram tais inconsistências (2 Não é indicador e 4 Cumprimento de Contrato). Quanto à dimensão a que eles pertencem os possíveis indicadores não apresentam clara associação à classificação, além de não haver definição das categorias no contrato. A maioria dos quesitos propostos não se adequa as propriedades essenciais de indicador, sendo números brutos ou cumprimentos contratuais/legais. Ou seja, da maneira como são descritos, a maioria deles não se ajusta às dimensões propostas e não aferem a qualidade do que se propõe. O que figura grave equívoco do contrato tendo em vista que a regulação feita pelo Estado se dá por meio deste

instrumento, e estes “indicadores” constam como pontos para repasse financeiro entre MRJ e OSS. Considerações Finais: A análise dos indicadores demonstram que a regulação pelo Estado por este tipo de contrato é frágil, pois os indicadores por si só não podem definir uma análise absoluta da realidade, precisando estar descritos e contextualizados de maneira clara e referenciada, o que não ocorre no contrato analisado. Tendo em vista o olhar crítico do campo da avaliação e a elaboração das políticas públicas, os indicadores são passíveis de constantes disputas de poder a fim de afirmar ou negar o que realmente se busca contratualizar. Neste sentido, a democracia representativa atual, possibilita de certo modo uma crítica pública, que fomente a discussão frente aos indicadores dos contratos apresentados pela gestão pública. Comparado com indicadores internacionais percebe-se que os apresentados no contrato apresentam pouco foco nos usuários e com a noção de rede. Com isso identifica-se a importância de mais trabalhos, a reformulação dos indicadores dos contratos, além de se ampliar a discussão das maneiras de regulação do Estado. Deste modo confirmamos as suposições iniciais, apreendidas em experiências técnicas, acadêmicas e de atuação nos movimentos sociais. A inconsistência do contrato pode apresentar mais relações com os interesses dos entes contratados do que os voltados para a regulação do Estado. O que nos leva a refletir para além do dever de se radicalizar na transparência das políticas e ações do Estado. A importância de fomentar nos espaços o olhar de quem usufruí das políticas como uma visão qualificada e norteadora, capaz de colaborar e construir novas perspectivas sobre as políticas públicas.

UMA ANÁLISE ACERCA DOS INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO TRABALHO NAS SECRETARIAS DE SAÚDE DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL

Rafael Rodolfo Tomaz de Lima, Dinorah de França Lima, Janete Lima de Castro

Palavras-chave: Recursos humanos, trabalho em saúde, gestão do trabalho

Nas duas últimas décadas, o mercado de trabalho passou por diversas transformações que foram ocasionadas, em sua maioria, pela inserção de novas tecnologias oriundas da terceira revolução industrial, conhecida como a “era da informação”. Todavia, o mercado de trabalho manteve como uma de suas principais características a presença intensiva e uma forte dependência do trabalho humano. O sistema público e, por conseguinte, o Sistema Único de Saúde (SUS), não tem acompanhado com a mesma rapidez as transformações e inovações que ocorrem no mundo, sobretudo, no que concerne aos investimentos para o desenvolvimento da força de trabalho. O atual modelo de gestão encontrado nas instituições públicas de saúde é baseado no modelo de administração pública implantado em meados do século XIX, cujos princípios norteadores foram o formalismo, a impessoalidade, o controle rígido dos processos de trabalho, dentre outros. Ademais, as organizações públicas perderam a noção do seu principal objetivo, que é dar respaldo às necessidades da sociedade. Na área da saúde, isso implica diretamente na qualidade da assistência ofertada à população. Em decorrência disso, criam-se ambientes de trabalho complexos, em que os profissionais tornam-se cada vez mais desvalorizados e desmotivados, desenvolvendo de forma insatisfatória práticas de trabalho e, consecutivamente, de prestação de serviço à saúde. Para

romper com essa realidade, bem como com a fragmentação e verticalização do processo de trabalho em saúde, o Ministério da Saúde vem incentivando, mais precisamente desde 2003, através da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e com a criação da Política Nacional de Humanização (PNH), a implantação de instrumentos de gestão do trabalho nos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal) do SUS. Esses instrumentos, tais como a Avaliação de Desempenho; o Plano de Cargos, Carreiras e Salários; a Mesa de Negociação do Trabalho em Saúde; a Política de Educação Permanente em Saúde etc.; oportunizam o desenvolvimento de boas condições de trabalho, através da democratização e flexibilização das relações trabalhistas, qualificação dos profissionais para atuarem frente às exigências de saúde da população e promoção da saúde dos trabalhadores. Esta pesquisa, integrante do Projeto de Apoio a Estruturação da Rede de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde desenvolvido pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ObservaRH/UFRN) em parceria com o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) do Ministério da Saúde, teve o objetivo de identificar os principais instrumentos de gestão do trabalho em saúde implantados nas secretarias municipais e estaduais de saúde da região Nordeste do Brasil. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com uma abordagem quantitativa. A coleta dos dados ocorreu com a aplicação de um formulário, contendo perguntas fechadas, aos alunos do curso de especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ofertado pela UFRN na modalidade de Educação a Distância (EaD). Além de alunos do citado curso, os sujeitos respondentes também atuavam nas secretarias de saúde investigadas. O levantamento dos dados ocorreu no período de novembro de 2013 a fevereiro de 2014 e o envio dos formulários

respondidos pôde ser feito de duas formas: a) via sistema eletrônico desenvolvido para tal fim, ou b) durante o momento presencial de encerramento do curso. A análise dos dados obtidos foi realizada através da estatística descritiva, utilizando o software Statistic Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 20.0. Ressalta-se que esse estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), vinculado à UFRN, respeitando as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) para pesquisas envolvendo seres humanos. De acordo com os 128 respondentes dessa pesquisa, 08 representando secretarias estaduais de saúde e 120 representando secretarias municipais de saúde, ficou evidenciado que 42,5% das instituições possuem Avaliação de Desempenho, enquanto 57,5% não possuem. 29,1% das instituições investigadas possuem Plano de Cargos, Carreiras e Salários contra 70,9% que não possuem. No que se refere à Mesa de Negociação do Trabalho em Saúde, apenas 16,1% das instituições investigadas possuem e 83,9% não possuem. 25,2% das secretarias de saúde analisadas possuem atividades de capacitação na área de gestão do trabalho e da educação na saúde, enquanto 74,8% não possuem. Por fim, porém não menos importante, 38,2% das instituições que participaram dessa pesquisa possuem Política de Educação Permanente em Saúde e 61,8% não possuem. Diante dos resultados encontrados, percebe-se que apesar do forte investimento do Ministério da Saúde, por meio da SGTES, para induzir o fortalecimento dos instrumentos de gestão do trabalho em saúde nas instâncias do SUS, as secretarias de saúde estudadas, sejam de âmbito estadual ou municipal, ainda enfrentam dificuldades para implementá-los. Tais dificuldades, que na maioria das vezes são de ordem econômica e estrutural, são reflexos do processo de descentralização do

SUS, impulsionado pela Constituição Federal de 1988 e pela Reforma Sanitária Brasileira. O referido processo vem buscando adequar o sistema público de saúde brasileiro às características e singularidades presentes em cada região do nosso país. Todavia, como o Brasil é um país de dimensão continental formado por diferentes “Brasis” e realidades sociais e sanitárias distintas, é preciso criar estratégias diferenciadas para atender às necessidades dos setores de gestão do trabalho e da educação na saúde nos estados e municípios das diferentes regiões da nação. Ademais, partindo do pressuposto de que a saúde do trabalhador não é compreendida somente pela ausência de doenças ocupacionais, mas também pelo estímulo à criatividade, autonomia, protagonismo, participação, construção de boas práticas e condições de trabalho facilitadas por meio dos instrumentos de gestão do trabalho, a ausência de tais instrumentos nas instituições de saúde vinculadas ao SUS compromete a promoção da saúde do trabalhador. Consecutivamente, se o trabalhador da saúde não está saudável e desempenhando as suas habilidades de maneira satisfatória, a prestação da assistência à saúde dos usuários também não será de boa qualidade. Por fim, espera-se que os resultados desse estudo possam corroborar para o fortalecimento da área de gestão do trabalho e da educação na saúde no Nordeste brasileiro e nas demais regiões do país.

VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AUDITORIA PARA SERVIÇOS AMBULATORIAIS DE FISIOTERAPIA DO SUS

Fabiane Costa Santos, Italo Ricardo Santos Aleluia, Juliana Correia Bahia, Hugo Moura Santos, Jailson de Souza Santos Junior, Marcus Vinícius Mendes de Santana, Rafael Rêgo Sousa, Suzane Paixão da Silva

Palavras-chave: validação, protocolo, auditoria

APRESENTAÇÃO: A auditoria de serviços de saúde no SUS tem como objetivo verificar o cumprimento das regulamentações das leis inerentes ao sistema, controlar gastos, fraudes e corrigir problemas existentes, priorizando a qualidade e a segurança do atendimento aos usuários. Os serviços de Fisioterapia do SUS se enquadram na atenção de média complexidade, correspondente àqueles que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, tanto em ambiente ambulatorial quanto hospitalar (BRASIL, 2009). No Brasil, dados dos sistemas de informação apontaram a existência de mais de 20 mil serviços de fisioterapia na rede SUS em 2014. Ainda neste mesmo período foram registrados 44.428.887 atendimentos em todo o país correspondendo a um gasto representativo da ordem de R\$ 232.513.044,04 de reais (BRASIL, 2014). Estudos sobre a auditoria de serviços públicos de fisioterapia levantam uma série de fatores que justificam a existência de um maior controle e monitoramento da qualidade e segurança na atenção aos usuários, sobretudo mediante a construção de instrumentos que sistematizem o processo de auditoria nestes serviços (ALELUIA, 2013; ALELUIA, 2012; SANTOS et al., 2011). Dentre os fatores mais importantes, aponta-se o crescimento significativo da quantidade dos serviços contratados e conveniados com a rede, o que produz um importante tensionamento mercadológico nas relações público-privadas, o aumento dos custos e atendimentos em todas as regiões do Brasil, a escassez de fisioterapeutas atuantes nas equipes de auditoria do SUS e de instrumentos que quantifiquem com praticidade e confiabilidade, a implantação de aspectos inerentes à estrutura, processos e resultados (BRASIL, 2014;

SANTOS et al, 2010; ALELUIA e SANTOS, 2013; (MASCARENHAS, 2010a 2010b). O objetivo desse trabalho foi apresentar os resultados de um processo de validação de um instrumento de auditoria para serviços ambulatoriais de fisioterapia do SUS. **MÉTODO:** Esse trabalho é parte do projeto de pesquisa intitulado “Auditoria nos serviços ambulatoriais de fisioterapia do SUS: proposta de protocolo.” A construção do instrumento emergiu de uma extensa revisão nacional e internacional da literatura onde se organizou critérios de averiguação por blocos, a saber: adequação normativa, estrutura física, recursos materiais, recursos humanos, organização/funcionamento e gestão de resultados. Participaram do estudo auditores de Saúde Pública atuantes há, no mínimo, um ano na auditoria do SUS; que auditassem e/ou já tivesse auditado serviço de Fisioterapia público/contratado/conveniado com o SUS; e que aceitasse assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na validação do protocolo utilizou-se o Método Delphi (HARTZ e VIERA-DA-SILVA, 2005) em rodada única, de forma individual e anônima, por via eletrônica, através de formulário contendo os blocos e critérios propostos, utilizando como ferramenta o Google Drive. Nessa etapa os participantes expressavam seu grau de concordância, através de uma escala numérica que variou de zero (discordo totalmente) a dez (concordo totalmente), havendo, ainda, espaços destinados ao registro de sugestões qualitativas, por bloco. A análise dos resultados da validação considerou a média aritmética e o desvio padrão (DP) das pontuações atribuídas pelos participantes. Adotou-se como padrão para permanência dos critérios uma média > 7 e DP < 3 (HARTZ e VIERA-DA-SILVA, 2005). Em suma, quanto maior a média aritmética, maior a importância do critério. Quanto menor o desvio padrão, maior o grau de consenso entre os

auditores. Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) de Salvador-Ba e aprovada sob parecer nº 024939/2015. Todos os participantes assinaram o TCLE. **RESULTADOS:** Participaram do processo de validação 16 auditores pertencentes ao Estado da Bahia, em sua maioria do sexo masculino (75%), com média de idade de 41 anos e tempo de atuação na auditoria do SUS de aproximadamente oito anos, em sua maioria enfermeiros (n=7) e médicos (n=4). No geral, o grupo de participantes apresentou-se bastante homogêneo em relação ao grau de concordância entre os critérios, de modo que houve a exclusão de apenas um critério, sendo os demais aprimorados em termos de redação e conteúdo. Outra contribuição do processo de validação diz respeito à indicação de outras legislações que não foram filtradas na revisão e que complementaram o aprimoramento dos critérios. Ademais, alguns critérios foram realocados entre os blocos visando sua melhor correspondência e alguns blocos tiveram sua localização alterada no instrumento, com vista a estabelecer uma ordem lógica dos itens de verificação. Os critérios com maior pontuação envolveram questões relativas a alvará sanitário e registro profissional, às condições de higienização do ambiente, à existência de cadastramento e atualização dos profissionais nos sistemas de informação; à existência dos equipamentos mínimos descritos em portaria federal, embora desatualizados; à existência de normas e rotinas institucionalizadas; à presença de identificação dos profissionais e à realização de avaliações periódicas sobre a percepção do usuário. As principais sugestões de modificação estiveram relacionadas duplicidade de informações; à inserção de anotação de responsabilidade técnica; à utilização do decreto de acessibilidade; ao registro e atualização dos

equipamentos no sistema de informação e manutenção preventiva periódica; à inclusão da apólice do segurado em caso de estágio legal; à existência de um plano de educação permanente para os profissionais; à solicitação do número de contrato com o SUS; e à existência de registro e comprovação dos procedimentos realizados e cobrados. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Essa pesquisa teve como objetivo apresentar os resultados do processo de validação de um instrumento de auditoria para os serviços ambulatoriais de fisioterapia do SUS. Considerou-se o processo de validação com os especialistas um momento enriquecedor e crucial no aprimoramento da proposta preliminar do instrumento, haja vista que a experiência prática e o conhecimento específico dos auditores possibilitaram um olhar amplo e crítico, permitindo diferenciar aspectos necessários e indispensáveis aos serviços de públicos de fisioterapia. A metodologia escolhida neste processo de validação se mostrou de fácil aplicabilidade e interpretação, permitindo aos pesquisadores cotejarem a teoria com a prática. Espera-se que a proposta do instrumento possa corresponder às necessidades da auditoria de fisioterapia no SUS, contribuindo para sistematização mais criteriosa e específica deste processo, permitindo assim, subsidiar recomendações, medidas preventivas, corretivas e punitivas, que reflitam sobre a qualidade da atenção, segurança e satisfação dos usuários. Recomenda-se a aplicação do instrumento em pesquisas avaliativas que tenham por objetivo estimar o grau de implantação de conformidade dos serviços próprios, contratados e conveniados com o SUS e que seus resultados possam fomentar a formulação de padrões e rotinas, mais ambiciosos e focados em resultados.

VALIDAÇÃO DE MATRIZ AVALIATIVA DO VÍNCULO LONGITUDINAL/CONTINUIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM NOVO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO PARA APOIO À GESTÃO NO SUS

Elenice Machado da Cunha, Gabriela Rieveres Borges de Andrade, José Muniz da Costa Vargens, Gisele O'dwyer, Catia Cristina Martins de Oliveira, Marcio Candeias Marques

Palavras-chave: Avaliação da Atenção Primária, Vínculo Longitudinal, Continuidade do Cuidado

APRESENTAÇÃO: O presente estudo consistiu em validar matriz de critérios, indicadores e questões para avaliação do vínculo longitudinal na Atenção Primária (AP). O desenvolvimento desse instrumental insere-se na discussão sobre a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no país, e pauta-se na pertinência de se disponibilizar para a gestão local/municipal uma metodologia de fácil compreensão e aplicabilidade. Também parte do pressuposto de que, no âmbito do funcionamento e gerenciamento das equipes de AP, o vínculo longitudinal é representativo de outras características estruturantes desse tipo de atenção, tais como a coordenação do cuidado e a integralidade da atenção. **METODO DO ESTUDO:** O conceito de vínculo longitudinal foi construído, em base à revisão de literatura, utilizando os termos 'longitudinalidade' e 'continuidade do cuidado', sendo definido como "relação duradoura entre paciente e profissionais da equipe de AP, que se traduz na utilização da Unidade Básica de Saúde (UBS) como fonte regular de cuidados ao longo do tempo, para os vários episódios de doença e para os cuidados preventivos". Na construção do conceito, para fins de avaliação da

AP, considerou-se que três dimensões compõe o atributo: identificação da UBS como fonte regular de cuidados, relação interpessoal profissionais de AP/paciente e, continuidade da informação. A versão inicial da matriz avaliativa era composta de catorze critérios e vinte e oito indicadores, e previa cinco fontes de informação: gestor, gerentes de unidades/territórios, profissionais da atenção, pacientes e prontuários; com roteiros compostos de questões abertas e fechadas. Houve uma experiência previa de aplicação, na qual a atenção aos portadores de hipertensão arterial foi utilizada como condição traçadora, e a relação com os profissionais médico e enfermeiro compreendidas como representativas da relação interpessoal profissionais da equipe de AP/paciente. O número excessivo de itens e a diversidade das fontes de informação foram apontados como empecilhos para a aplicação da matriz de forma sistemática. Na primeira etapa do projeto a equipe dedicou-se à revisão dos conceitos estruturantes da matriz avaliativa, revisitando suas dimensões. Na segunda, critérios, indicadores e questões da matriz foram revisados. As fontes de informação foram limitadas a duas: usuários e prontuários; e houve ajustes de conteúdo e de formato dos itens, reduzindo os quantitativos para: sete critérios, 19 indicadores e 24 questões fechadas, sendo 19 para o roteiro de entrevista com o usuário, e cinco, com subitens, para o roteiro de revisão do prontuário. A primeira e a terceira dimensão ficaram com somente um critério, e a segunda, com cinco. A atenção aos portadores de diabetes foi acrescentada à condição traçadora. A terceira etapa englobou a validação externa do conteúdo da matriz a partir de consultas aos especialistas em uma adaptação da técnica de grupo Delphi. Consistiu em uma rodada de análise e julgamento via internet e uma oficina presencial. Considerando

que 'validação de conteúdo' resulta do julgamento de diferentes examinadores, que analisam a representatividade dos itens em relação às áreas de conteúdo e à relevância dos objetivos a medir, foram considerados especialistas: pesquisadores que desenvolvem estudos no âmbito da atenção primária, estudiosos de métodos e técnicas de avaliação de serviços de saúde, profissionais da atenção e, estudantes de pós-graduação envolvidos em pesquisas e práticas relacionadas ao tema. Para o julgamento via Internet foi utilizada a plataforma de formulário eletrônico do SUS (Formsus). O formulário foi estruturado a partir das três dimensões do atributo e subdividido em blocos em base aos sete critérios que as representam, seguidos dos respectivos indicadores e questões de cada critério. Esse conjunto foi expresso em itens afirmativos, e o julgamento consistiu em assinalar o grau/intensidade da concordância com esses itens segundo escala likert de cinco opções: concordo totalmente, concordo parcialmente, não concordo nem discordo, discordo parcialmente e discordo totalmente. Ao final de cada bloco havia um espaço aberto para a proposição de substituição ou acréscimo de itens, ou ainda a exposição de comentários. Foram enviados por e-mail 42 convites à participação, com 30 respostas iniciais e 27 julgamentos efetuados, sendo os respondentes das seguintes categorias: 12 pesquisadores, 04 profissionais da gestão da Atenção Básica (municipal - 01, estadual - 02, e do Ministério da Saúde - 01), 05 profissionais do atendimento e 06 alunos da residência multiprofissional em Saúde da Família. Na Oficina de consenso participaram 20 especialistas convidados, das mesmas categorias, dos quais quinze haviam participado do julgamento via Internet, e o restante, concordado em participar após análise do projeto. **RESULTADOS:** No julgamento via Internet, para todos

os itens, a soma das concordâncias total e parcial foi superior a 85%, tornando desnecessária a análise quantitativa do grau de concordância inicialmente prevista, bem como a realização de uma segunda rodada a distância. Foi realizada a análise de todos os comentários, constatando-se que, em sua maioria consistiam em propostas de ajustes e algumas sugestões de inclusão de indicadores e questões. Para a primeira dimensão houve 18 comentários, com predominância de sugestões para melhorar a clareza das questões e de transformar um dos itens em questão aberta para posterior categorização. Para a segunda dimensão, que teve 48 observações, além dos ajustes, houve propostas de inclusão de indicadores e questões que contemplassem outros profissionais da equipe, além do médico e do enfermeiro. Para a terceira dimensão – continuidade da informação, houve 17 comentários; contudo, parcela destes demonstrando desconhecimento de que a elaboração de indicadores e questões teve por base as diretrizes e protocolos do Ministério da Saúde para o atendimento ao grupo da condição traçadora e a única fonte do dado serão o prontuário do paciente. Frente a tal constatação a equipe decidiu incluir na programação da Oficina de consenso esclarecimentos sobre conceitos e opções da estruturação da matriz avaliativa. Na Oficina, após os devidos esclarecimentos, seguiu-se a apresentação do relatório da rodada de julgamento à distância e a dinâmica para a construção do consenso, em um formato que permitia breve discussão entre os convidados sobre as sugestões e opções. A proposta de inserção de indicador e questão que contemplasse o Agente Comunitário de Saúde como um dos elementos chave para o vínculo, já mencionada na rodada à distância, foi reforçada; e outras questões que valorizassem características do modelo adotado no Brasil para a AP, como

a visita domiciliar e a adesão às atividades educativas, sugeridas. Três conjuntos de indicador/questão foram acrescentados, um em cada dimensão. Ao final, como resultado do consenso, uma nova versão da matriz. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Para finalizar a validação de conteúdo da matriz avaliativa está prevista a aplicação do instrumental metodológico nas equipes de Saúde da Família de um determinado Território de Saúde. A expectativa é que a aplicação dessa metodologia subsidie a gestão da AP local; e possa ainda ser utilizada em outras localidades cuja gestão tenha a intenção de promover avanços na qualidade dos serviços de AP de forma participativa, valorizando aspectos e diretrizes do modelo brasileiro.

VIVA MULHER: OS DESAFIOS DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO AMAZONAS, 1999 – 2011

Lucia Regina de Azevedo Nicida, Júlio César Schweickardt

Palavras-chave: Políticas Públicas, História, Câncer, Amazônia

Nosso trabalho analisa o processo de estabelecimento de políticas públicas referentes à prevenção e ao controle do câncer do colo do útero, no Estado do Amazonas. Nossa análise concentrou-se entre os anos de 1999 e 2011, período que se inicia com a estruturação do Programa Viva Mulher/AM. E, finaliza com o lançamento, no Amazonas, do Plano de Fortalecimento das Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo de Útero e da Mama, do governo federal (INCA, 2011). A crescente incidência dos casos de câncer em grande parte do mundo faz com que diversos países busquem, cada vez mais, adotar medidas efetivas de prevenção na atenção primária

(ações que buscam evitar a ocorrência da doença) e atenção secundária (relacionada ao diagnóstico precoce) para reduzir de forma substancial os números de novos casos, assim como medidas de controle e redução das taxas de mortalidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) cerca de 40% das mortes por câncer poderia ser evitado, o que transforma as estratégias de prevenção num importante componente em qualquer plano de controle do câncer (INCA, 2012). Na região Norte a doença tem alcançado índices preocupantes principalmente aqueles que se referem ao câncer do colo do útero, de pele, de estômago e de mama. Tomando como exemplo o câncer de colo do útero, no ano de 2011, o estado do Amazonas apresentou a maior taxa de mortalidade do país, quando comparado a outros estados da União (INCA, 2013). Índices que têm evidenciado uma imensa disparidade entre eles, quanto ao alcance de resultados positivos em relação à prevenção e controle da doença. O desconhecimento e a desinformação são obstáculos significativos para que se consiga de forma efetiva obter resultados positivos em relação a sua prevenção e controle. Nesse sentido compreendemos que estudos relativos a história das políticas adotadas para o enfrentamento da doença pode contribuir nessa luta, pois nos permite conhecer as ações, analisar que caminhos foram adotados e projetar medidas que tragam a redução dos índices que vem se apresentando. Para tanto, estabelecemos como objetivo desse trabalho compreender como se configurou o processo de estabelecimento do Programa Viva Mulher/AM e as estratégias adotadas para a prevenção e ao controle do câncer do colo do útero, no estado do Amazonas, entre os anos de 1999 e 2011. Assim como contribuir com estudos históricos que analisam o diálogo que se estabelece entre as políticas nacionais e locais. A metodologia adotada

foi de natureza qualitativa e o tipo de pesquisa a bibliográfica e documental. Dentre os documentos analisados encontram-se os relatórios da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas, relatórios da Fundação Centro de Controle de Oncologia/AM, leis e decretos referentes ao tema da pesquisa. Também foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com atores que fizeram parte da história da implantação e desenvolvimento do programa no Estado. Analisamos as diretrizes propostas pelo Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero, instituído pelo Ministério da Saúde no ano de 1998, que funcionaram como elementos propulsores das medidas que foram estabelecidas no Amazonas. Cuja campanha recomendava medidas e estabelecia metas, dentre as quais: de coleta de material para exames citopatológicos, de prazo para que os resultados dos exames fossem entregues; para todo território nacional e funcionaram como parâmetro para o que foi estabelecido no Estado (BRASIL, 1998; TEIXEIRA; PORTO; NORONHA, 2012). Foi examinado a descentralização das ações e serviços, medida também preconizada pelo Viva Mulher, que propiciou, um ano após a sua criação, que Programa estivesse implantado nos 62 municípios amazonenses (AMAZONAS, 1999). Significando um importante avanço em relação à oferta do exame citopatológico, incluindo as mulheres indígenas e ribeirinhas. Vimos que a cada avanço surgiam novos desafios, pois a implantação do Programa era um aspecto altamente positivo, pois a partir dele emergiram novas necessidades a serem superadas. Uma das preocupações recorrentes ao se analisar os relatórios diz respeito ao descompromisso político. Evidenciando a necessidade de esclarecimento e uma maior sensibilização tanto entre os prefeitos, como entre os secretários municipais de saúde para que as

determinações pactuadas fossem cumpridas e as necessidades atendidas (AMAZONAS, 1999; AMAZONAS, 2001). Foram incluídos em nossa discussão os cuidados com a estratégia de rastreamento do câncer do colo do útero oferecido às mulheres na faixa etária recomendada. Contribuindo para a percepção do aumento de número de mulheres atendidas, mas também da concentração desses números na cidade de Manaus. Evidenciando a necessidade de melhoria das estratégias de divulgação e de acesso das mulheres do interior (AMAZONAS, 2002; AMAZONAS, 2011; CORRÊA; VILELLA, 2008). A implantação e o funcionamento do SISCOLO, que tem se tornado uma ferramenta imprescindível no que tange ao seguimento das mulheres que realizaram o exame, assim como em relação à avaliação do andamento do programa - as falhas no preenchimento de formulários, a falta de adesão dos profissionais de saúde na padronização das informações (AMAZONAS, 2004). Dentre as conclusões suscitadas pelo estudo incluem-se o entendimento de que a implantação de um programa sistematizado com foco na prevenção e controle do câncer de colo do útero no estado do Amazonas perpassa pela identificação da influência de movimentos políticos nacionais, em especial o Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero. O movimento gerado pelo Viva Mulher nacional associou-se a conjuntura local, de necessidade de redução dos altos índices de mortalidade e incidência do câncer de colo uterino e da atuação de atores locais que contribuíram nesse processo. A Secretaria de Estado de Saúde elegeu a Fundação Centro de Controle de Oncologia – FCECON como a instituição responsável de operacionalizar os programas de prevenção e controle do câncer, sendo parte do processo de descentralização das ações. Foi a partir desse movimento que ocorre a implantação do programa em todos

os municípios do Estado e o esforço em garantir os atendimentos em todas as UBS do município de Manaus. O foco era ampliar o cuidado preventivo e de diagnóstico precoce e assim reverter o quadro negativo encontrado na região, que apesar desses esforços ainda não se tornou realidade. Foram identificadas falhas no processo de rastreamento, o descompromisso político, as questões relativas ao mau funcionamento da referência e da contra referência, a alta rotatividade entre os profissionais de saúde, que por sua vez acarretava a necessidade de formação e capacitação de novos profissionais que pudessem substituí-los como alguns dos aspectos que comprometeram o bom andamento do Programa. Em contrapartida, o estabelecimento da Nova Fase de Intensificação do Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo Uterino e Mama. Em 2011, apresentou-se como uma possibilidade de enfrentamento desses entraves, já que entre outros aspectos, suscitou a criação de um Comitê Estadual do Programa de Controle do Câncer de Colo Uterino e Mama com o objetivo de avaliar e elaborar propostas de aperfeiçoamento do programa, pertinentes à realidade do Amazonas.

Relatos de Experiências

A COORDENAÇÃO DE ÁREA COMO INSTRUMENTO DE DESCENTRALIZAÇÃO NA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE RECIFE

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

Palavras-chave: Descentralização, Residência Multiprofissional, Gestão em saúde

APRESENTAÇÃO: A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) através regulamentação da Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 1990 e da lei 8.142, do mesmo ano, inicia um processo de mudança no modelo de atenção à saúde, na concepção do processo saúde-doença e na organização dos serviços e sistemas do setor o que proporcionou a criação de novas áreas de atuação na saúde. A operacionalização das diretrizes constitucionais de descentralização e de participação social para a organização e gestão do SUS. Vem acarretando mudanças expressivas no desenho institucional das instâncias de gestão em todos nos níveis (Municipal, Estadual e Federal). A década de 1990 é marcada pelo avanço do processo de descentralização do setor saúde no Brasil. A partir de 1996, com as medidas de incentivo, expressas, sobretudo, na Norma Operacional Básica 1996 (NOB/96), observa-se um dos aspectos mais relevante neste período que é o processo de Municipalização da gestão, ou seja, a esfera municipal torna-se a principal responsável pela gestão da rede de serviços de saúde

pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde. Entre esses avanços foi proposta em 1994 a estratégia do Programa de Saúde da Família que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS. Esta estratégia traz como questão central a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica e o trabalho baseando-se em equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde no território. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma “população adscrita”, localizada em uma área delimitada, mediante ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e de agravos mais frequentes. O conceito de território considerado neste trabalho não está apenas relacionado à delimitação, ao espaço, principalmente a composição dos seres que transformam o espaço através da economia, política e cultura, o território nada mais é do que uma construção social, a qual determina a situação de saúde daquela área. O território permanece em constante evolução, pois está baseado no dinamismo que é inerente ao ser social. O conceito de território-área diz respeito ao que a unidade ambulatorial de saúde abrange, que é delimitada através do fluxo e do tipo de serviço de saúde demandado pela população. Prova deste dinamismo é a recente adequação da gestão em saúde da Cidade do Recife, a qual, até 2014 era dividida em seis Distritos Sanitários. Objetivando garantir a descentralização e a efetividade das ações os distritos com maior número populacional foram redivididos ampliando o número de distritos sanitários. Assim, o Distrito Sanitário III, local de experiência, dividiu-se em III e VII. Assim, o Distrito Sanitário III dividiu-se em III e VII, estando, atualmente, com a seguinte composição: Distrito Sanitário III - Bairros: Aflitos, Alto do Mandu, Apipucos, Casa

Amarela, Casa Forte, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço, Santana, Sítio dos Pintos e Tamarineira. Já o Distrito Sanitário VII - Bairros: Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Brejo do Guabiraba, Brejo do Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Mangabeira, Morro da Conceição, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro e Vasco da Gama. Como instrumento de descentralização da gestão foi estabelecida a função de Coordenação de área o qual monitora, coordena e avalia as ações, garantindo atendimento qualificado à população nos equipamentos de saúde. O coordenador de área considera a possibilidade de mudanças no território quando se propõe a perceber e conhecer o dinamismo a qual os serviços de saúde estão sujeitos, bem como a população, a qual aqueles serviços são ofertados, seu perfil de saúde e doença, suas carências. É um papel fundamental para a garantia dos princípios do SUS, pois age sobre os usuários através dos trabalhadores, gerenciando a excelência do processo de trabalho na porta de entrada do serviço de saúde. **OBJETIVO:** O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da FCM/UPE permite a observação crítica e intervenção no processo de trabalho dos gestores e trabalhadores no âmbito do SUS, com esta perspectiva, apresentamos a experiência dos residentes do primeiro ano a nível distrital. Durante cinco meses, a atuação foi feita no Distrito Sanitário III, viabilizando a análise de diversos setores, entre eles a Coordenação de Área. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A Coordenação de Área do Distrito Sanitário III é composta por duas profissionais, as quais são subordinadas à gerência distrital. Entre suas atividades estão: Fazer a relação das unidades com outros setores (Financeiro e Recursos Humanos, Infraestrutura, Ensino-Serviço, Políticas de Saúde); Acompanha frequência, férias,

contratações, treinamento e transferência dos funcionários e profissionais de saúde das unidades. Requisitar materiais e insumos, além de monitorar reformas. Participa dando suporte à logística dos eventos. Auxilia a avaliação de desempenho dos profissionais e indicadores do território. Há Unidades Básicas Tradicionais (UBTs) que contam com gerentes próprios para a administração, a Coordenação de Área nestes casos faz a análise da atuação do gerente, além de mediar conflitos e problemáticas. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Percebe-se que apesar das dificuldades no processo de trabalho e da recente inserção da função no distrito sanitário, a presença do Coordenador de Área no território aumenta a resolubilidade dos problemas, uma vez que é um veículo de comunicação direta, evitando que a demanda fique reprimida na gerência do distrito. A coordenação de área garante que os objetivos sejam atingidos da forma mais rápida mantendo a qualidade e as especificidades do contexto territorial, ou seja, é um verdadeiro instrumento de descentralização da gestão. Destaca-se a importância de rever a definição da função, pois observa-se a ênfase em atividades operacionais em detrimento de um papel articulador que pressupõe coordenação. Entre outros, a Coordenação de Área poderia priorizar os estudos de casos com as equipes, participando diretamente na melhoria da qualidade do serviço, analisar e dar suporte mais efetivo as equipes nas análises do território. Além disso, ampliar as discussões em relação aos relacionamentos interpessoais, uma vez que as equipes apresentam dificuldades na mediação dos seus conflitos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Considera-se a relevância da Coordenação de Área dentro da configuração institucional adotada pelo município do Recife, bem como a capacidade apresentada em melhorar a efetividade da atenção à saúde. Ressalta-se a importância da discussão e articulação

do tema com outros setores e áreas do conhecimento, a fim de consolidar a função enquanto instrumento de descentralização da gestão do SUS no âmbito da atenção básica e promover novos estudos, sobretudo em relação aos impactos futuros dessa proposta para a atenção à saúde.

A FLOR E A NÁUSEA NO APOIO INSTITUCIONAL: O PROCESSO HISTÓRICO DE ORGANIZAÇÃO DO APOIO INSTITUCIONAL NA CGGAB/DAB/MS

Sibeli da Silva Diefenthaler, Patrícia Barbará Dias, Adriana Almeida

Palavras-chave: apoio institucional, Atenção Básica, SUS, gestão federal

“Preso à minha classe e a algumas roupas, vou de branco pela rua cinzenta. Melancolias, mercadorias espreitam-me. Devo seguir até o enjoo? Posso, sem armas, revoltar-me? (...)” Este trabalho tem como objetivo contribuir para a compreensão sobre o Apoio Institucional, a partir das reflexões feitas na Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica (CGGAB/DAB), no período de 2011 a 2013. Através da análise do processo de trabalho, trazer a discussão do Apoio como uma estratégia potente de transformação da organização do trabalho e do fortalecimento da Política Nacional de Atenção Básica, na caminhada pela efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho busca na metáfora com a poesia de Drummond, a flor e a náusea, demonstrar as contradições dos desafios e das potências do Apoio. O trabalho é fruto da Especialização em Saúde Coletiva e Educação em Saúde (UFRGS/MS). DESENVOLVIMENTO: Esse estudo foi baseado na análise do processo de construção do Apoio Institucional na CGGAB/DAB/MS, a partir de 2011, ano

de implantação do Apoio Institucional na CGGAB, através de uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo exploratório. A coleta de dados foi realizada a partir da técnica da narrativa. A narrativa não é uma verdade literal do ocorrido, mas a representação que deles faz o sujeito e, dessa forma, pode ser transformadora da própria realidade (CUNHA, 1997). As informações coletadas nas observações foram registradas em um diário de campo, buscando documentar as vivências do pesquisador frente à situação estudada (GOLDIM, 2000). O grande marco instituído na política de saúde no Brasil é a criação do SUS o qual se baseia em um conceito ampliado de saúde para população construído coletivamente. É necessário observar como se apresenta o processo político em saúde contextualizado com a conjuntura e assim buscar formas de enfrentamento necessárias para garantir o acesso legítimo à saúde. (PAIM, 2013). Há uma relação direta das relações sociais com as decisões e direções sociais, Marx já dizia que “o modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política, intelectual em geral” (MARX, 1988, p.24). Assim pode-se inferir que o Apoio Institucional se produz no seio da contra hegemonia, por produzir sentidos diferentes (horizontalidade, construção coletiva) do que o modo vigente produz. A questão seria mais bem colocada da seguinte forma: Diante de um determinado projeto ético, estético e político que considere o apoio como possibilidade metodológica, em quais relações de saber-poder o apoio deveria necessariamente inscrever? (NUNES, 2011). Apoio é baseado no encontro entre os sujeitos e na produção das relações dos mesmos de uma maneira horizontal, tendo como intencionalidade a democratização institucional a partir da cogestão. O Conceito apoio pretende capturar todo este significado: não se trataria de comandar objetos sem experiência

ou sem interesses, mas sim de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários (CAMPOS, 2000). O apoio institucional tem a capacidade de produzir uma melhor análise institucional e a partir da mesma projetar construções coletivas de novos arranjos institucionais que visem à qualificação do processo de trabalho. O apoio institucional está vinculado ao modo de fazer cogestão. Trata-se de uma prática contra-hegemônica por adotar como diretriz a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos (JUNIOR, 2013). Reflexões sobre o apoio a partir da vivência na CGGAB A CGGAB é uma das coordenações do DAB/MS dentro da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). É a coordenação que historicamente possui uma relação interfederativa, com Estados e municípios, por meio do Apoio Institucional. O trabalho também envolve os trabalhadores e os usuários do SUS, por trabalhar com a oferta de cursos de formação, na organização de encontros entre trabalhadores e usuários, tais como Conferências, Fóruns e Mostras. Para implementar o apoio na coordenação, trabalhadores, com experiências prévias, principalmente, no fazer/ser apoio do Estado junto aos municípios, foram convidados a compor a coordenação. Segundo os trabalhadores, o momento de maior materialização do apoio foi em meados de setembro de 2011 com as oficinas do primeiro ciclo do PMAQ (Programa de Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica). O PMAQ foi um canal com os territórios e gestores, disparou demanda e possibilitou produzir relações no apoio, pois havia um objeto de trabalho definido, a implantação de um novo programa. Ao mesmo tempo, gerou alguns questionamentos por parte dos trabalhadores com relação a que apoio estava fazendo por não utilizaram todos os elementos, que antes usavam no apoio estadual as regionais de saúde ou

ainda no apoio municipal com as equipes. O desafio é a compreensão por parte dos trabalhadores que estão na gestão federal, mas já estiveram na gestão municipal e/ou estadual, de outro apoio institucional, de agregar a literatura sobre o tema com o desafio de construir outra forma de fazer. De caminhar na formulação do que é ser/estar apoio no MS e como materializar esse fazer na esfera federal. O fato é que diante de uma estrutura ministerial, há dificuldades de se produzir novas formas de relações, a tensão e conflito fazem parte desse contexto. A cobrança pelo cumprimento de metas estabelecidas é grande e nem sempre o tempo da instituição é o mesmo tempo do processo relacional do apoio, o que gera questionamentos constantes sobre sua efetividade. “O fim de tudo não é o apoio, o fim de tudo é o objeto e esse não pode ser meramente descrito como resultado implantado é a relação, nessa relação o processo vale mais do que o resultado.” Essa fala, verbalizada em uma roda com apoiadores, sintetiza o objetivo do apoio institucional na CGGAB, demonstra a clareza de entendimento sobre o processo de trabalho, considerando os avanços e desafios de se fazer apoio na esfera federal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: “Sento-me no chão da capital do país às cinco horas da tarde e lentamente passo a mão nessa forma insegura. Do lado das montanhas, nuvens maciças avolumam-se. (...) É feia. Mas é uma flor. Furou o asfalto, o tédio, o nojo e o ódio.” Trazer o apoio institucional para a discussão como uma estratégia potente de transformação da organização do trabalho e de fortalecimento da Atenção Básica na caminhada pela efetivação do SUS foi o objetivo desse trabalho. Mas, além disso, o apoio institucional é uma das tantas possibilidades de construção coletiva para transformação do cotidiano nauseante que ainda vivemos. Enxergar e sentir a náusea são fundamentais no processo para projetar

e então forjar novos arranjos e construir outras relações sociais, projetar flores, ainda que feias. A náusea se traduz na difícil atividade de produzir vínculo, de implantar programas, de construir agendas, mas que produz a flor. Flor ainda que feia, por não estar completa, por possuir falhas, é uma flor, cria e recria novas formas de relações, produz cuidado e fortalecem os sujeitos na sua autonomia, flor essa chamada de Atenção Básica. Ao mesmo tempo em que, esse apoiador tem ofertas ele tem a abertura, a disponibilidade de escutar o outro no seu território, com suas vivências e assim retornar para a instituição nauseante e formular de forma contextualizada novas possibilidades, novas flores. Por isso reforço que ainda que uma flor feia, o apoio institucional, rompe o asfalto, o tédio, o ódio e o nojo.

A IMPORTÂNCIA DO ESTÁGIO DE VIVÊNCIA NO SUS NA FORMAÇÃO ACADÊMICA NO CAMPO DE PÚBLICAS

Nalbert Alessandro Queiroz Pimentel, Maria Clara Delmonte, Nathália Figueiredo de Azevedo, Raphael Moraes da Rosa

Palavras-chave: VERSUS, Campo de Políticas Públicas

O presente trabalho tem por objetivo descrever a importância do programa do Ministério da Saúde e Rede Unida - Vivências e Estágios da Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) na formação multidisciplinar de quadros para atuar no campo de públicas, na expressão da vivência dos estudantes da graduação de Gestão Pública e Desenvolvimento Econômico e Social (GPDES/UFRJ). O programa de vivências e Estágios da Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) surge, em 2002, com o objetivo de valorizar e potencializar o compromisso ético político dos

participantes no processo de implantação do SUS, permitindo que os mesmos tenham um maior contato com os seus princípios e contribuindo na ampliação do conceito de saúde e no amadurecimento da prática multiprofissional e interdisciplinar, assim como para a integração da tríade ensino-gestão-controle social. Entende-se o estágio de vivência como uma ferramenta de para fomentar a discussão e reformulação da luta iniciada pelo Movimento da Reforma Sanitária no país, nos anos 1970, por um sistema de saúde que entenda e cuide dos seus usuários de forma holística. Desde 2009 vem sendo implementado o Programa Nacional de Formação em Administração Pública (PNAP), uma iniciativa no âmbito do Sistema UAB realizada em parceria entre a CAPES e diversas Instituições Públicas de Ensino Superior como estratégia de descentralização e fortalecimento da gestão pública, especialmente em âmbito local, e em pleno contexto de expansão da educação superior por meio do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), objetivando ampliar o acesso e a permanência na educação superior. Inicia-se no ano de 2010, o Programa de Graduação de Gestão Pública para o Desenvolvimento Econômico e Social, GPDES, na UFRJ, em formato presencial com caráter pluridisciplinar, oferecido conjuntamente pela FACC (Faculdade de Administração e Ciências Contábeis), FND (Faculdade Nacional de Direito), IE (Instituto de Economia), IPPUR (Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional) e NEI [Núcleo de Estudos Internacionais (extinto em 2013)]. Visando formar cada vez mais indivíduos capacitados científica, técnica e eticamente para a preservação e o aperfeiçoamento da ação pública nos mais diferentes campos e níveis: elaboração e implementação de políticas, planos, programas e projetos, assim como gestão, monitoramento e avaliação das práticas e

intervenções de agências governamentais e não governamentais. O objetivo do presente trabalho é analisar a experiência de aprendizado multidisciplinar resultante das diversas vivências e experiências obtidas no VER-SUS ao estudante do Campo de Públicas no Estado do Rio de Janeiro. Desde a edição de 2012.1 do VER-SUS na Cidade do Rio de Janeiro, o GPDES possui participação ativa, construindo uma relação que visa, principalmente, a formação de atores sociais críticos e dispostos a transformar a gestão pública e a sociedade como todo. Essa confluência proposta pelos modelos de ensino possibilita o aprimoramento do gestor público na área da saúde, objetivando uma formação comprometida com os princípios e a ética na implementação e no aprimoramento do Sistema Único de Saúde, tornando-se assim, ator e potencializador das mudanças necessárias na nossa sociedade. Esse grupo procurou adotar uma proposta alternativa de pesquisa que permitisse a participação, o debate e a reflexão na questão proposta. Portanto, foi adotada uma postura crítica e reflexiva, em um estudo exploratório, visando a desafiar a “Educação Bancária” (FREIRE, 1987) por meio do reconhecimento de que o conhecimento surge da experiência e da realidade concreta do homem e este compreende o seu caráter histórico e transformador. Assim, impulsionados pelos ensinamentos de Florestan Fernandes (1979), o qual reflete que a expansão orgânica da civilização baseada na ciência e na tecnologia científica requer, essencialmente, a universalização e o respeito pelos direitos fundamentais da pessoa humana, a democratização da educação e do poder, a divulgação e a consagração de modelos racionais de pensamento e de ação, a valorização e a propagação do planejamento em matéria de interesse público, refletimos na participação plural de estudantes de diversas formações tanto na área da saúde quanto outros

cursos tais quais direito, design e gestão pública, propriamente dita, proporcionou uma rica troca de experiência além da quebra de paradigmas interprofissionais. Sendo nítida a percepção da necessidade da intersetorialidade dos profissionais a fim de que se possa construir um SUS mais forte e unido, sendo este um dos maiores legados que o VERSUS refletiu na produção acadêmica individual e coletiva destes estudantes-pesquisadores. A metodologia reflexiva (ALVESSON, 2003) do estudo foi desenvolvida da ação para a atuação. A primeira etapa consiste na participação da construção do Ver SUS junto a Comissão Estadual na pactuação com os municípios até a imersão, que necessariamente se corporifica no produto deste trabalho: o campo. Assim como a construção do relatório final, entregue à Comissão Nacional do Projeto VER-SUS, a segunda etapa consiste em, a partir de encontros entre os estudantes-pesquisadores, discutir as dimensões de análise da reflexividade, formuladas a partir de OLIVEIRA E PICCININI (2007): a metodologia do VER-SUS e a forma como os estudantes-pesquisadores do campo de públicas se relacionaram com os objetos e sujeitos do estudo; os principais questionamentos e (re) posicionamentos diante da realidade vivida, mais especificamente, dos temas e situações que frequentemente se encontraram “fora do lugar” na prática diária da vida social; as contribuições da vivência para identificar as limitações da educação formal e para repensar as grades curriculares da Graduação de Gestão Pública para o Desenvolvimento Econômico e Social (GPDES/UFRJ). Foi possível a cada indivíduo uma autorreflexão sobre o seu papel como agente transformador da sociedade estimulando assim sua pró-atividade políticossocial não antes percebida ou experimentada pelos viventes. Ao final do estágio cada estudante de gestão

pública refletiu a cerca de sua experiência multidisciplinar no VER-SUS e das mudanças quanto às respectivas percepções sobre o posicionamento e atuação do gestor público na área da saúde. Da maneira como é feita, a vivência se torna de suma importância para a formação de um gestor público, principalmente, para aqueles que vierem a atuar na área da saúde. Acreditamos na importância da vivência para a formação do indivíduo enquanto agente social, e principalmente, para o sistema de saúde que carece de profissionais com visão ampliada, cientes que a integralidade do cuidado, a universalidade e a equidade são princípios que estão intimamente associados à qualidade do atendimento oferecido e a capacitação profissional. Portanto, a partir desses pressupostos, propõe-se que o VER-SUS possua maior interação e divulgação perante aos cursos de gestão pública, administração pública, gestão de políticas públicas, e cursos correlatos, para acessar um maior número de profissionais em formação e incitar reflexão e inserção do sujeito no sistema único de saúde. É de extrema necessidade que o gestor público conheça o sistema de saúde, aplicando-se a interação entre diretrizes do SUS e o que é ensinado nas salas de aula: o controle social e a gestão participativa.

ACCOUNTABILITY EM SERVIÇOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS – RELATO DE EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Rafaella Peixoto da Silva Oliveira

Palavras-chave: Accountability, Seminário de Gestão, Atenção Especializada

Há diferentes estudos sobre a utilização do termo Accountability na administração pública brasileira em que se levanta a

problemática da utilização do termo de forma a garantir o seu significado inicial (PINHO; SACRAMENTO, 2009; ROCHA, 2008; PORTELA, 2007). Em uma pesquisa exploratória sobre a fundamentação do termo Accountability, Pinho e Sacramento (2008) concluíram que não existe um termo único que expresse o significado do termo Accountability na língua portuguesa. Em síntese, Accountability, representa a responsabilidade, a obrigação e a responsabilização em de gestores ocupantes de um cargo em prestar contas à luz de parâmetros previamente definidos (PINHO; SACRAMENTO, 2008). De acordo com Rocha (2008), Accountability pode ser entendida como um processo de avaliação e responsabilização permanente dos agentes públicos nomeados em cargos e/ou funções da administração pública (ROCHA, 2008) Entendendo que a prestação de contas deve estar atrelada ao processo de trabalho dos gestores públicos, a Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, Promoção e Vigilância em Saúde (SUBPAV) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro iniciou o primeiro ciclo de Accountability em 2013, primeiramente para as unidades de Atenção Primária em Saúde. No município, Accountability é tratado como um Seminário de Gestão em que o diretor/gestor da unidade de saúde deve apresentar para população, profissionais da unidade e técnicos da subsecretaria um documento com formato pré-definido que contempla indicadores relacionados às ações e serviços de saúde, indicadores de gasto financeiro com medicamentos/insumos e as estratégias identificadas para o alcance das metas não atingidas. O processo do Accountability acontece no segundo semestre do ano e contempla todas as equipes de atenção primárias distribuídas nas 231 unidades. Após a visita os técnicos da subsecretaria elaboram um relatório que é apresentado em forma de consolidado no final do ano a

todos os gestores envolvidos no processo a fim de subsidiar o planejamento das oportunidades de melhorias identificadas. As unidades de APS no ano de 2015 iniciaram o terceiro ciclo do Accountability. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2010b, p. 194). “Publicizar o que se faz, como se faz e criar canais de contestação integram uma dimensão indispensável para que mecanismos de controle social da administração possam ser efetivos.” O Rio de Janeiro possui ambulatorios de especialidades atrelados aos hospitais e maternidades e centros de especialidades, sob administração municipal, que ofertam procedimentos, consultas e exames especializados por meio do sistema de regulação SISREG. Desses, nove centros de especialidades são de responsabilidade da SUBPAV. Os demais ambulatorios de especialidades são geridos pela Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE). Nesses centros de especialidades são ofertados consultas, exames e procedimentos da atenção especializada. Em alguns desses funcionam o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e o Centro Especializado em Reabilitação (CER). O acesso para ambos os serviços também se dá por meio do agendamento pela atenção primária no SISREG. Esses centros de especialidades são denominados de policlínicas na estrutura da SMS e são compostos, em grande parte, de profissionais estatutários municipais e federais. Essas unidades já foram referência para a atenção primária em saúde, principalmente antes do ano de 2009 que a cobertura de atenção primária na cidade era inferior a 4% (BRASIL, 2015). Ao longo do tempo e da expansão da APS no município, que hoje dispõe de 45% de cobertura e tem o planejamento para alcançar 70% de cobertura de APS no ano de 2016 (BRASIL, 2015; RIO DE JANEIRO, 2012) essas unidades deixaram de ser

referência para as ações e serviços de APS para realizar a missão de executar a atenção secundária. Nas policlínicas são ofertados procedimentos médicos e de demais especialidades não médicas, tais como, nutrição, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia. O acesso regulado, por meio do SISREG, iniciou-se em meados de 2012 quando a regulação ambulatorial foi descentralizada. Em relação aos sistemas de informação essas unidades não dispõem de prontuário eletrônico e as informações relativas à assistência prestada podem ser verificadas no prontuário de papel e no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA – SUS). Neste sentido, a fim de identificar oportunidades de melhorias e constante responsabilização do gestor da unidade e equipe com um perfil de unidade que dialogue com as necessidades e modelo de atenção do SUS no município de Rio de Janeiro, as policlínicas passaram a integrar o ciclo de unidades inseridas no processo do Accountability. Objetivo Fortalecer a cultura do Accountability nas unidades de atenção especializada, no âmbito da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, Promoção e Vigilância em Saúde do município do Rio de Janeiro. Metodologia Este trabalho trata-se do relato de experiência da Coordenação de Policlínicas e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (CPNASF) na construção do formato do Seminário de Gestão Accountability Policlínicas e resultados preliminares, para prestação de contas das atividades desenvolvidas nas policlínicas do município do Rio de Janeiro. Para a elaboração do formato do Seminário de Gestão Accountability para as policlínicas foi utilizado como base o formato desenhado para as unidades de APS, com as equivalências necessárias em relação à fonte para coleta de dados. A elaboração do formato do Accountability policlínicas seguiu cinco etapas básicas: equivalência

com o formato da APS; apresentação para o grupo de trabalho e revisão; definição do formato final com o secretário municipal de saúde; apresentação para os diretores de policlínicas; qualificação dos técnicos da SUBPAV para participar do Seminário de Gestão Accountability policlínicas. No geral, o documento contemplou as dimensões: Estrutura (ficha técnica da unidade; parque tecnológico) – Produção apresentada no SIA SUS (perfil de atendimento das consultas; produção por complexidade; produção por grupo da tabela SUS) – Laboratório – Farmácia (equipe de profissionais; série histórica dos medicamentos mais dispensados, por ano; principais gastos financeiros); Habilitações (CEO; CER); Indicadores específicos (percentual de aprovação da produção; proporção da carga horária regulada no SISREG em relação à carga horária ambulatorial no CNES) – Responsabilidade técnica (atividades; equipe e atribuições do Núcleo Interno de Regulação) – Regulação (panorama da oferta regulada; absenteísmo por clínica; estratégias para enfrentar o absenteísmo). Resultados Enquanto resultado tem sido possível identificar quais dimensões a gestão deve investir, identificar fragilidades em cada unidade, conhecer as experiências exitosas, compartilhar boas práticas e identificar novos talentos nas unidades. Considerações finais: O Accountability tem sido um momento de importante para prestação de contas das unidades e recomendações para a gestão local e gestão central, cumprindo com o propósito da responsabilização dos gestores.

ACOLHIMENTO AO NOVO SERVIDOR: DA CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE INTERVENÇÃO ATÉ SUA EXECUÇÃO

Alanny Ferreira Moutinho, Rossana Mota Costa

Palavras-chave: Acolhimento, Pessoal de Saúde, Educação em Saúde

Acolher o novo servidor é receber o novo integrante da instituição proporcionando-lhe uma inserção que possibilite seu desenvolvimento e a clareza da missão da instituição a qual ele encontra-se inserido. A rede municipal de saúde de Natal é composta por 77 (setenta e sete) unidades de saúde e em cada uma delas, todos os anos, novos profissionais são inseridos nestes serviços, por diversos vínculos. O compromisso com o Sistema Único de Saúde (SUS) começa no acolhimento destes profissionais, onde este acolhimento passa a ser uma ferramenta que irá tecer uma rede de confiança e solidariedade entre as pessoas, entre profissionais de uma equipe, entre essa equipe e a população que ela atende. É relevante a existência de programas de integração para os novos colaboradores/funcionários chegarem mais seguros, motivados e comprometidos com a missão da instituição. Especialmente no setor saúde, onde os recursos humanos são essenciais, pois todos os serviços e atividades desenvolvidos dependem diretamente dos trabalhadores de saúde e de seu processo de trabalho, ele é o produtor da assistência. O presente trabalho trata de um relato de experiência da construção de um projeto de intervenção para implantação do Acolhimento Institucional aos novos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Natal realizado por uma especializanda do curso de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte até sua execução, junto a profissionais do cenário da intervenção. A proposta foi escrita no ano de 2015, inicialmente motivada por ser Trabalho de Conclusão de Curso. O projeto englobou todos os novos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, sendo eles servidores efetivos, trabalhadores com

nomeação para cargos em comissão, profissionais descentralizados ou cedidos, terceirizados e de cooperativas profissionais, pois todos têm sua importância na rede. No projeto foram traçadas as seguintes etapas para implantar o referido Acolhimento Institucional: a) Escrever a nota Técnica de Acolhimento Institucional aos novos servidores; b) Publicar a Nota Técnica no Diário Oficial do Município (DOM); c) Elaborar e organizar a dinâmica do acolhimento aos novos servidores; d) Divulgar o encontro de acolhimento e integração aos novos profissionais; e) Executar a intervenção. A Nota Técnica do Acolhimento Institucional seria escrita e apresentada aos gestores da SMS Natal responsáveis pela Gestão do Trabalho, para que fizessem as devidas considerações e/ou alterações. E, quando finalizada, encaminhada pelos gestores para publicação no DOM. Foram traçadas as seguintes ações para realização da intervenção: a) Apresentar o organograma da Secretaria Municipal da Saúde, assim como a missão, as características, funções e estrutura dos Departamentos e serviços de saúde da rede municipal visando a compreensão dos novos servidores sobre o funcionamento da secretaria, setor ou serviço ao qual está se integrando b) Informar ao novo servidor acerca da legislação que norteará sua vida funcional, bem como, seus direitos e deveres tendo em vista a ciência por parte dos novos servidores da legislação que norteará sua vida funcional, seus direitos e deveres c) Retratar sobre sustentabilidade e ética no serviço público para sensibilizar quanto as questões de sustentabilidade e ética como instrumento de gestão de conduta nas organizações públicas e d) Realizar coffee break para integrar os novos servidores. A execução, primeiro acolhimento aos novos servidores, ocorreu no mês de julho de 2015, informalmente, antes de ser publicada a Nota Técnica prevista no

projeto, uma vez que em um curto prazo de tempo foram nomeados novos servidores municipais, Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias. Em virtude disto, foi apresentado o projeto aos gestores municipais do Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e do Centro de Controle de Zoonoses, que tiveram boa receptividade e fizeram algumas sugestões a fim de aprimorar a dinâmica de acolhimento aos novos servidores. Logo, foi organizado, junto a esses atores, a programação, convites e elaboração das apresentações, que abrangeu o organograma da Secretaria, missão da instituição, características, funções e estrutura dos Departamentos, direitos e deveres do servidor e ética no serviço público. Também foram convidados, e se fizeram presentes, o prefeito da cidade do Natal, o Secretário Municipal de Saúde, a Secretária Adjunta de Atenção Integral à Saúde, o Secretário Adjunto de Gestão Participativa do Trabalho e da Educação na Saúde, a Secretária Adjunta de Logística, Administração e Finanças, os Diretores dos Distritos Sanitários, entre outros atores da gestão municipal. A programação foi mais extensa que o previsto no projeto, pois foi incorporado apresentações culturais e explanação sobre a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. O coffee break para integração dos novos servidores foi igualmente realizado com sucesso. Logo, com a realização do acolhimento, considerando os temas abordados, facilitamos a adaptação dos novos funcionários, aumentando a capacidade de resposta dos mesmos para atenderem às necessidades dos serviços de maneira mais rápida e satisfatória. Os novos profissionais entraram na instituição e passaram por um momento de acolhimento e integração, tentamos garantir que se sentissem à vontade desde seu primeiro dia de trabalho na organização, compreendessem sobre o funcionamento da secretaria, setor ou

serviço ao qual estavam se integrando e tivessem ciência da missão, características, funções, estrutura da instituição e legislação que norteará sua vida funcional, bem como, seus direitos e deveres e que tomassem a ética como instrumento de gestão de sua conduta na organização. Para dar continuidade a este trabalho, ainda será discutida e escrita a Nota Técnica para ser publicada e esta se tornar um importante instrumento de acolhimento e integração, capaz de modificar atitudes e processos de trabalho. Assim, os trabalhadores iniciantes perceberão que a instituição está disposta a se envolver com eles, assim como espera que eles se envolvam com ela.

ACOLHIMENTO, GESTÃO DEMOCRÁTICA E GT EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Felipe Gargantini Cardarelli, Flavio Dias da Silva, Simone Ribeiro Spinetti, Pollyana Sant'Ana Mota Dias, Marivani Mendes da Silva

Palavras-chave: gestão democrática, acolhimento, Classificação de Risco, Urgência e Emergência, saúde pública

APRESENTAÇÃO: A sociedade moderna se transforma de forma rápida e profunda e tem buscado se adaptar às essas constantes mudanças e, associado a isto tentado atender às demandas de uma clientela cada vez mais exigente. Os novos desafios que se impõe na vida dos cidadãos de uma metrópole com mais de dez milhões de habitantes, o estilo de vida do paulistano, pressupõem mudanças de paradigmas e adequações no modelo de assistência à saúde. (SÃO PAULO, 2015 e DIAS, 2015) Os gestores dos serviços de saúde têm adotado novas posturas que impõem a melhoria do nível da qualidade, na tentativa de suprir estas exigências, e até mesmo superá-las, através de métodos adotados no processo

de melhoria contínua da qualidade de serviço de saúde prestado (1). A Secretaria Municipal de Saúde, atenta à realidade identificou a necessidade de racionalizar e hierarquizar a oferta de serviços de saúde no território e propôs a criação, em 2005, das Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA). (SÃO PAULO, 2015 e DIAS, 2015) As AMAs tem como finalidade o atendimento não agendado de pacientes portadores de doenças de baixa e média complexidade, buscando resolutividade, encaminhamento para as unidades básicas de referência ou transferências para rede hospitalar (ASF, 2015). Conta com equipe multiprofissional, incluindo Clínica Médica, Pediatria e Cirurgia Visa ampliar o acesso de pacientes que necessitam atendimento imediato, acolhimento de problemáticas sociais relacionadas à situação do atendimento e agravos de saúde, bem como orientação e direcionamento das disponibilidades e fluxos da rede básica de saúde (ASF, 2015). O AMA Parelheiros, situada no extremo sul da cidade de São Paulo, com funcionamento 24 horas, com características peculiares pela demanda do território em que se situa, sendo uma das poucas referências para o atendimento emergencial e possui alto atendimento, 14.970 média mensal. A OS Associação Saúde da Família (ASF), gestora do território de Parelheiros, baseou na Política Nacional de Humanização (PNH) a implementação do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), como forma de garantir atendimento humanizado e de qualidade, além de reforçar o trabalho em rede no território. À partir deste acolhimento, referenciando os usuários às suas unidades de referência (UBS/ESF), que compõe 85% do território, como forma de reforçar a gestão do cuidado pela Atenção Básica, conforme preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). Pretende-se relatar a experiência desta implantação por meio da criação de

um Grupo de Trabalho (GT), composta por funcionários de todos os setores, incluindo representantes médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administrativos, serviço social, técnico de Raios X, segurança e higiene, por entender que todos participam do acolhimento na unidade, não sendo papel único da enfermagem e médicos. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O Ministério da Saúde tem como política, priorizar o atendimento com qualidade e a participação integrada dos gestores, trabalhadores e usuários na consolidação do SUS através de estratégias como PNH (BRASIL, 2004). O acolhimento é uma ação tecno-assistencial, um modo de operar os processos de trabalho com foco na integralidade do cuidado, que pressupõe relações éticas, humanitárias e de solidariedade entre profissional de saúde e usuário e sua rede social, incluindo os instrumentos e conhecimentos técnicos dos profissionais, mas também reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. (BRASIL, 2004). O ACCR como dispositivo tecno-assistencial implementado em um serviço como o AMA Parelheiros, permite refletir e transformar modos de operar a assistência na rede, pois através do estudo de sua demanda se revela os modelos de atenção e gestão, as relações de acesso aos serviços e unidades, evidenciando dificuldades de oferta de serviços a população adscrita, permitindo ao Gestor que atue para a solução de problemas. (BRASIL, 2004). Para esta implementação foi realizado um processo de Educação Permanente (EP) com objetivo de sensibilizar e instrumentalizar os profissionais do serviço com ferramentas técnico-assistenciais e protocolares para o acolhimento e classificação de risco. Decidiu-se, juntamente com Apoiador e Gestor da unidade, que a implementação do ACCR seria através da participação dos profissionais, entendendo a importância

da sua autonomia e o protagonismo, corresponsabilidade entre eles, melhoria do trabalho em equipe, integração da equipe e principalmente, do reconhecimento que estes profissionais têm mais conhecimento do cotidiano do seu trabalho (BRASIL, 2004). Trabalhou-se com conceito de “Apoio Paidéia” de gestão em saúde apresentado por Campos (2003) como inspiração e balizamento. O método destina-se a gestão de coletivos organizados para a produção de valor de uso, ou seja, um método de gestão do trabalho, que tem como pressuposto a construção da democracia organizacional, e tem como objetivo “aumentar capacidade de análise e intervenção” dos coletivos. Campos (2003). Assim, na sequência das oficinas de EP, os encontros se seguiram, com representantes de todos os plantões e profissões presentes no serviço (de médicos à trabalhadores operacionais) que favoreceu a integração do grupo até que estes se constituíssem em comissão ou Grupo de Trabalho (GT), incentivado pelo Apoiador de território, tendo sido formalizado e apoiado dentro da unidade, considerando opiniões de trabalhadores que não fazem, formalmente, parte do grupo. Este espaço coletivo organizado, participativo e democrático, que funciona à maneira de um órgão colegiado e se destina a implementar e gestar a ACCR no serviço, propondo protocolos, levantando dificuldades, propondo soluções e estratégias ao serviço, junto ao Gestor e Apoiador. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: A implementação do ACCR se deu de forma rápida e consistente, devido ao envolvimento dos trabalhadores da equipe. O processo de EP e formação de um GT auxiliaram o processo de integração da equipe dos serviços em seus diferentes turnos e classes profissionais. Deste a implementação houve diminuição de número de atendimentos, devido a referência às unidades de referência. 35 UBS/ESF recebem as informações dos usuários atendidos na AMA Parelheiros,

de maneira estruturada e detalhada, buscando ativamente a vinculação, especialmente aqueles sem demanda de pronto atendimento. Essas UBS têm revisto o funcionamento do acolhimento e vinculação com a população adscrita para a sua potencialização, principalmente com aumento de ofertas de vagas e acolhimento contínuo. O GT tem trabalho em rede com as unidades do território, propondo novas ações e disparando novas formas de integração com os serviços em rede e em linha de cuidados. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A gestão democrática ou cogestão, com o envolvimento e participação dos trabalhadores como sujeitos do processo e suas colaborações se mostraram fundamentais para a consolidação do ACCR na unidade, colaborando para um processo de trabalho e de gestão mais democrático, participativo e integrado. Os membros do GT se empoderaram da ACCR e da PNH, tornaram referências para os demais membros da equipe oferecendo-os ferramentas e trazendo suas dificuldades para o GT. O GT inicia agora uma integração aos profissionais das outras unidades em um GT de Acolhimento ampliado, de território, que facilite rodízio de funções e articulação em rede para disparar outras ações como a de linhas de cuidado.

DIFERENTES SENTIDOS DE “APOIO” EM DISPUTA: POSSÍVEIS EM CONSTRUÇÃO – RELATO DE EXPERIÊNCIA NA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

Tatiana Clarkson

Palavras-chave: gestão, apoio institucional, cuidado,

Em 2007 é criada uma coordenação da Política de Humanização na Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro com

o intuito de realizar apoio institucional aos Hospitais Estaduais de Urgência e Emergência da Região Metropolitana do Estado. As unidades não apresentavam uma organização do atendimento que levasse em consideração o risco das pessoas, os fluxos estavam confusos, sem uma ambiência adequada, com profissionais insatisfeitos tanto com a gestão quanto com as condições de trabalho. Algumas ferramentas divulgadas pela Política Nacional de Humanização (PNH) possibilitaram propostas de Acolhimento com Classificação de Risco nas portas de entradas dos hospitais, obras de adequação das salas de atendimento das emergências por risco, e estabelecimento dos fluxos. Essas ações de “apoio” foram estruturadas com foco na realização das mudanças nas unidades, no entanto, o como fazer, de modo a participar a gestão e os trabalhadores não era questão em debate. Nesse sentido, entrava em disputa a compreensão sobre apoio institucional, não mais como prática ou movimento de suporte para uma construção coletiva junto aos gestores, trabalhadores e usuários, ou como modo de ampliação dos espaços de participação e transformação. Respaldados pelo gabinete, atravessados pelo tempo político, e não sem resistência, esse trabalho foi sendo construído junto às unidades, e com dificuldade deste ser composto em conjunto com a equipe gestora dos Hospitais Estaduais em nível central, frágil e em constante troca, assim como as direções das unidades. Somada a essa fragilidade de gestão, o RH foi uma tônica durante anos nessas unidades que tiveram que substituir cooperativados, por dois concursos temporários, fundação e OSS. Os apoiadores desses hospitais passaram a ser referência no estado para ajudar a realizar as melhorias das portas de entrada, ofertando capacitações e reorganização dos fluxos. Além disso, tentavam propor normatividades para garantir os espaços de envolvimento e participação das famílias, com garantia

dos acompanhantes e ampliação dos espaços de visita nos hospitais. No entanto, por mais que dispositivos propostos pela PNH, esses pareciam ser temas de menor importância aos problemas que as unidades enfrentavam. A fragilidade das gestões estava em conseguir de forma coesa dar conta do cuidado, da organização do acesso de forma a ter uma atenção mais resolutiva, efetiva, dentro do tempo esperado, combatendo a superlotação e o abandono já tão naturalizado. A saída da gestão maior da SES nessa época foi a terceirização como via. Momentos anteriores a essa transição do modelo de gestão, experiências de grupos de trabalho com a construção de geografia e diagnóstico assistencial, implantação de kanban pela equipe de enfermagem para acompanhamento do tempo de internação das pessoas, discussão dos casos e construção de linhas de cuidado, trouxeram para o centro do debate o cuidado que as unidades vinham realizando. Além disso, o efeito vivenciado foi de maior envolvimento dos gestores e trabalhadores, o que poderíamos considerar uma dobra da experimentação do sentido de apoio por esta equipe. Em concomitante, o surgimento das UPAs e sua expansão por todo o território estadual, trouxe para o cenário a importância do apoio estadual aos municípios. Os apoiadores da humanização - solicitados para capacitarem sobre protocolo de classificação de risco, unidos ao grupo de apoiadores da atenção básica estadual, diante dos efeitos da entrada das UPAs nos territórios (da fragilização à leitura diagnóstica do funcionamento e das barreiras de acesso a atenção básica), propuseram maior diálogo junto as gestões municipais e suas equipes. Esse passo importante do apoio permitiu a aposta nos coletivos municipais de construção dos fluxos de cuidado às pessoas. A vivência compartilhada do apoio institucional aos municípios comprovou que poderia a SES ter outro lugar importante no desenvolvimento

do SUS com os municípios, ao contrário do lugar burocrático, pouco implicado e fiscalizador de ações. Não é fácil aos apoiadores do estado compartilhar das angústias, gasturas e impotências das amarrações técnico-políticas nos territórios. Com o tempo os deslocamentos provocados por oficinas de trabalho nas regiões com seus desdobramentos junto às equipes de atenção básica puderam ser caixa de ferramenta rica encorajadora na formação de grupos de trabalho regionais. No entanto, sem chão ainda sólido sobre o que seria o apoio institucional aos municípios, com a chegada da proposta do apoio pelo Ministério da Saúde, a partir do ano de 2011, e com sua segmentação instituída por redes temáticas e suas respectivas políticas (rede cegonha, rede de urgência e emergência, etc.), o apoio toma força como meio de construção regional junto aos municípios, tendendo a seguir os formatos das portarias com as formações dos grupos condutores estaduais e regionais e realização de diagnósticos, planos regionais e monitoramento. As agendas são tomadas pelos informes das novas portarias e os modos de angariar recurso, entretanto, estes não resultaram necessariamente em efetivação e mudança do cotidiano do cuidado na saúde. Dado esse cenário, muitas são as análises e os desafios. Não são os formatos de grupos condutores que garantem democratização, produção coletiva e mudança, nem são os recursos, e nem a instituição em si da função apoio. Há risco de encapsulamento aos formatos e as portarias, perdendo-se o foco nas singularidades dos territórios, e no envolvimento de todos com o cuidado a ser realizado em conjunto com os municípios e suas equipes. Nesse último ano em continuidade ao trabalho do apoio aos hospitais estaduais pela equipe de humanização da SES, e com a entrada das OSS, diferentes têm sido os desafios. Quando possível, o mergulho tem podido

munir as equipes e gestões das unidades de ferramentas que podem melhorar a gestão do cuidado. Ainda são intensos, e em disputa, dentro da SES, os sentidos de apoio. O “tete a tete” com as pessoas nas unidades parecem ampliar a caixa de ferramenta desta equipe de modo que outros podem ser os modos de criação e desdobramento desse trabalho junto aos municípios e suas equipes nas regiões. Essa experiência tem permitido alçar voos junto a outras áreas da secretaria, a partir do encontro com pessoas, seus desejos e potências, ampliando espaço afetivo, de resistência, de criação e de diálogo e conversa com os movimentos sociais e municípios. Uma espécie de movimento-contágio vai se irrompendo entre algumas áreas e equipes da SES, organicamente vai se apoiando a criação de espaços e comitês de saúde junto à população e gestores. Em apoio à coordenação de Gestão Participativa e algumas áreas técnicas da atenção básica criou-se comitês como do Campo, Floresta e Águas, população LGBT, população Negra, Educação Popular em Saúde, grupo de trabalho de saúde dos adolescentes do Degase, população de Rua, pessoas em situação de violência, comitês de Promoção da Equidade e Participação Social Regionais, etc. Sobre o foco do cuidado, o apoio parece não precisar de ‘nome próprio’, é movimento de criação e reinvenção do corpo SES... e que assim seja...

EDUCAÇÃO PERMANENTE E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: LIMITES E POSSIBILIDADES

Maria Luci Esteves Santiago, Ayla Maria Calixto de Carvalho, Andreia Alves de Sena Silva, Francisco das Chagas de Sá e Pádua, Renara Maria C. de Carvalho, Smithanny Barros da Silva

Palavras-chave: Saúde Escolar, Educação permanente, Política Pública

APRESENTAÇÃO: O processo de formação das equipes de educação e de saúde que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente, constituindo o componente 3 do Programa. Destaca-se como foco das formações a realização de atividades de educação permanente de diversas naturezas, junto aos professores, profissionais da escola e das equipes de Saúde da Família, em relação aos vários temas de avaliação das condições de saúde, de prevenção e promoção da saúde. As ações do componente 3 do PSE são apoiadas pelos GTIM, constituído por profissionais da Saúde, Educação Municipal e Estadual e é centrada na gestão compartilhada. Em Teresina, o GTIM foi instituído por portaria específica. A criação do grupo oportunizou, entre outras coisas, o planejamento e execução das Formações inerentes a esse componente do Programa. Este resumo tem como objetivo relatar a experiência do Grupo Técnico Intersetorial Municipal (GTIM) do PSE sobre as atividades desenvolvidas no componente 3 do Programa, de Educação permanente e capacitação dos profissionais para o PSE, realizadas de março a junho de 2014. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência do GTIM do PSE, sobre as atividades desenvolvidas no componente 3, do referido Programa. Os Seminários aconteceram nos turnos manhã e tarde, sendo o de Promoção da Alimentação Saudável do PSE, realizado nos dias 25 e 26 de fevereiro de 2014. O Seminário de Prevenção do uso de Tabaco, Álcool, Crack e outras drogas, aconteceu nos dias 03 e 04 de abril de 2014 e o Seminário sobre Direitos sexuais e reprodutivos e prevenção das DST/AIDS aconteceu no dia 04 de junho de 2014. Resultados: A primeira formação, o

Seminário sobre Promoção da Alimentação Saudável do PSE, foi realizado nos dias 25 e 26 de fevereiro de 2014, no turno da manhã e, promoveu discussões relacionadas sobre os fatores desencadeadores da obesidade; questões relacionadas ao diabetes mellitus, seus sintomas, preconceito, dificuldades de acesso aos alimentos e alimentos recomendados; e ainda sobre alimentação e qualidade de vida, identificando nos alimentos do dia a dia quais as escolhas mais saudáveis através da verificação da rotulagem dos alimentos. E, ainda, a discussão de atividades, a serem trabalhadas nas escolas, a partir do Guia de sugestões de atividades da Semana Saúde na Escola do Ministério da Saúde. A segunda formação, o Seminário de Prevenção do uso de Tabaco, Álcool, Crack e outras drogas, aconteceu nos dias 03 e 04 de abril de 2014, nos turnos manhã e tarde. Neste debateu-se sobre a Política de Redução de Danos; sobre a abordagem precoce dos transtornos psiquiátricos na adolescência; sobre o papel da família, como aliada para prevenção do uso de drogas; a escola como espaço privilegiado para prevenção do uso de drogas, através de uma experiência de um município do Estado. Por fim apresentou-se a Rede de apoio a prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários de drogas de Teresina. O seminário envolveu secretarias de Enfrentamento às Drogas; Centro de Apoio Psicossocial; Universidade; Secretaria da Assistência Social; de Segurança Pública; do Esporte e Lazer; da Juventude, da Cultural entre outras. A terceira formação, sobre Direitos sexuais e reprodutivos e prevenção das DST/AIDS aconteceu no dia 04 de junho de 2014, durante todo dia, onde foi abordado sobre as mudanças físicas e comportamentais da adolescência e seus reflexos sobre a sexualidade dentro da família e escola. Sendo apresentado ainda relato de experiências de equipe de saúde da família sobre o trabalho

de fortalecimento de vínculos com adolescentes, que favoreceram a discussão sobre sexualidade. A constituição do GTIM colaborou positivamente para a construção coletiva das ações, todavia, ainda percebe-se um maior envolvimento dos profissionais da Saúde, desde grupo, no planejamento e execução das atividades. Conjectura-se que, o fato dos recursos financeiros do Programa serem geridos pela Saúde interfere para que os atores da Educação, não se reconheçam como protagonistas do Programa. Considerações finais: A constituição do GTIM deve ser feita de forma criteriosa, a fim de constituir um grupo coeso, proativo, engajado com as questões do Programa e preparado para efetivar a intersectorialidade, capaz de refletir no planejamento e execução das ações. Destaca-se o papel relevante da gestão do PSE a nível local, envolvendo as secretarias de Saúde e Educação, como motivadores do GTIM.

IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO ADULTO DE CARÁTER TRANSITÓRIO NO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA, RIO GRANDE DO SUL: O CUIDADO PARA UM “NOVO AMANHÃ”

Moroni Correa de Oliveira, Liene Maria Pereira de Campo, Elinar Maria Stracke, Laura Virgili Claro

Palavras-chave: Saúde Mental, Redução de Danos, Serviços de Saúde

APRESENTAÇÃO: O uso e/ou abuso de drogas lícitas e ilícitas não é um algo novo na sociedade. Há milhares de anos, por diversas razões estas substâncias psicoativas são utilizadas pelo homem, algumas por motivos religiosos ou culturais, para facilitar a socialização ou até mesmo para se isolar (MACHADO; BOARINI, 2013). Neste contexto, é possível observarmos na atual sociedade as consequências de tal uso, tornando em quase sua totalidade, um

problema de Saúde Pública, com reflexos na formulação de conceitos ou pré-conceitos que permeiam o conceito drogas e suas implicações na sociedade, dentre eles por exemplo, o aumento da violência e indivíduos em situação de rua. Há um crescente aumento do número de uso de drogas no mundo, onde claramente é possível observarmos as diversas mudanças, que integram a sociedade atual, com impacto em seus costumes e valores pessoais. Com isto, segundo Nasiet al. (2015), argumenta sobre o aumento da identificação de novos casos de indivíduos com problemas de saúde mental, os quais, para se reinserirem na sociedade, demandam de apoio social. Uruguaiana situa-se na micro-região da campanha ocidental do Estado do Rio Grande do Sul, fazendo fronteira com o Uruguai ao Sul, e com a Argentina a Oeste, pertencente ao MERCOSUL. Apresenta um Comércio Exterior fortalecido devido à fronteira com a Argentina tendo o maior Porto Seco Rodoviário da América Latina, situado na cidade, com uma frota significativa de caminhões que atravessam as nossas fronteiras. Pela sua localização estratégica de fronteira, faz parte do Plano Emergencial de Acesso ao Tratamento de Usuários de Álcool e Drogas propostos pelo Ministério da Saúde, que lança novos dispositivos de enfrentamento ao combate ao crack, como o programa de ação conjunta da Organização Mundial da Saúde e do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC/OMS) para ampliação do Tratamento. Através da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas de 2003 o crack como foco principal da estratégia que compõem ações de Redução de Danos, propondo-se a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo (FONSECA, 2012). Muitos estudos no campo de uso de álcool e outras drogas, afirmam que o uso de substâncias psicoativas é

um problema mundial. Levantamentos no Brasil sobre drogas, realizados entre 2001 e 2005 apresentaram o resultado do aumento de 19,4 para 22,8% o consumo de qualquer droga ilícita (VARGENS; CRUZ; SANTOS, 2011). O uso do Crack ganhou uma proporção muito elevada no fator de uso/dependência nos Estados Unidos na década de 1980 e na Europa passa a ser introduzido no início dos anos 90, sendo um problema ainda de preocupação crescente. No Brasil, foi introduzida a droga no final dos anos 80, e seu consumo aumentou muito rapidamente, isto em consequência do preço baixo e aos efeitos intensos que a droga propicia (VARGENS; CRUZ; SANTOS, 2011). O crack tornou-se um relevante problema de Saúde Pública gerando graves prejuízos físicos, psicológicos e sociais a indivíduos e famílias. Em face da complexidade que envolve o fenômeno, o cuidado em saúde mental deve abranger de maneira pautada no trabalho multidisciplinar, superando o modelo biomédico, desenvolvendo tecnologias de cuidado que propiciem a reintegração dessas pessoas à vida em sociedade. Justifica-se esta necessidade, ao inferir que o indivíduo ao estar sendo inserido a comunidade estará amparado para lidar com o sofrimento psíquico, físico e social que afetam sua saúde (NASI et al., 2015) Através da lei 10.216 de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, fica garantido aos usuários de serviços de saúde mental, tanto aos indivíduos que sofrem transtornos mentais, quanto os decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, a universalidade de acesso e direito a assistência; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando estabelece a necessidade dos serviços comporem o mais próximo do convívio social de seus usuários, passando a priorizar a rede cuidados extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas- CAPS AD (MACHADO; BOARINI, 2013; BRASIL, 2003). Segundo Elias e Bastos (2011),

pessoas que usam drogas de modo prejudicial apresentam-se em uma situação de maior risco, desta maneira necessitam de maiores e mais intensivos cuidados de saúde do que a população como um todo. Segundo Vasconcelos et AL (2015, p. 51) “O cuidado a usuários de álcool e outras drogas necessita do comprometimento com a construção de vínculo sem focar na finalidade de retirar seus vícios de cena, mas, sim, trabalhando com eles, entendendo a relação estabelecida entre sujeito-compulsão”. Ainda segundo estes, para a produção de um cuidado (clínica) é necessário entender que a droga compõe um território subjetivo, tem uma função singular neste panorama. Para a construção e consolidação da chamada clínica ampliada, devemos observar segundo os mesmos: descentrar-se da doença, desfocar-se da droga como “o” problema a ser extirpado, para comprometer-se com a constituição de outros processos de subjetivação, vislumbrando e construindo outras novas formas de vida, e de vida em sociedade, onde o usuário é igual a todos baseando-se na premissa da igualdade e direito de acesso à saúde e tratamento perante o modelo que rege o atual cenário da Saúde Brasileira, o SUS. No intuito de ampliar ações de atenção em Saúde Mental, a Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana, RS, a partir do ano de 2014, iniciou a implantação da Casa de Acolhimento Transitório, momento em que realiza o processo seletivo de profissionais, com base na portaria ministerial nº 121, de 25 de Janeiro de 2012, a qual institui a Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas, no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Tem por objetivo conforme inciso primeiro oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação

de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo (BRASIL, 2015). O CAPS de referência (CAPS ADIII Homero Tarrago) será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular de cada usuário. A UAA terá disponibilidade de 15 vagas, destinada à maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos, com o funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana. Estruturalmente o serviço, é formada por 3 quartos, cada um com 5 camas, divididos entre a categoria de masculinos e femininos, uma sala para lazer, 2 salas de atendimento, um refeitório, uma cozinha, 2 banheiros com chuveiro, um banheiro para os funcionários, um auditório para a realização de palestras/atividades, uma sala administrativa, e um pátio aos fundos. De acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, está formulada a composição mínima da equipe de saúde, contando com 1 Enfermeira, 3 Técnicos de Enfermagem, 2 Psicólogas e 1 Assistente Social. Pretende-se com a ampliação de serviços na Rede de Atenção em Saúde Mental do município, garantir um espaço que visa proporcionar aos usuários em vulnerabilidade social, o direito e a capacidade de uma vida digna, estimulando a autonomia dos indivíduos e sua reinserção social, por meio do vínculo e cuidado integrado entre diferentes profissionais que compõem a equipe, por meio do desenvolvimento conforme suas especificidades de atividades e ações que potencializem tal resultado almejado.

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Rosana Claudia Mirandola, Elenara Oliveira Ribas, Márcio Mariath Belloc

Palavras-chave: Programa Nacional de Segurança do Paciente, gerenciamento de risco, rede de atenção à saúde

APRESENTAÇÃO: O atendimento aos usuários do sistema de saúde é cada vez mais complexo. Neste contexto de multidisciplinaridade e complexidade, manter a segurança do paciente é primordial para conseguir um resultado assistencial desejado. Quedas, infecções, erros de medicação (incluindo prescrição) e outros eventos adversos são extremamente comuns nas unidades hospitalares e a maior parte destes eventos é possível de ser prevenida. Esta realidade tem mudado com o aumento do conhecimento em gestão de risco na saúde e com o envolvimento de organizações internacionais e nacionais em campanhas, processos educacionais e regulamentações focadas no aumento da segurança do paciente. A publicação da RDC 36 de 25 de julho de 2013 apresenta um grande avanço em direção a consolidação de processos de segurança. É também um grande desafio para as instituições, trabalhadores e usuários, pois prevê a participação de todos nos processos de segurança. O objetivo deste trabalho é descrever o processo de implantação do Programa de Segurança do Paciente em uma rede de hospitais com complexidades diferentes.

IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Rodrigo André Cuevas Gaete, Igor de Carvalho Gomes, Adriana Kitajima

Palavras-chave: Sistema de Informação, Atenção Básica, Prontuário Eletrônico

APRESENTAÇÃO: O projeto de substituição do Sistema de Informação da Atenção

Básica (SIAB), iniciado em 2011, foi criado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) sob uma clara necessidade de modernizar a plataforma de informação que tinha disponível a época, como reflexo do lançamento da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) também em 2011. Em 2012, o censo das Unidades Básicas de Saúde (UBS), sob demanda do Programa Nacional de Requalificação das UBS, mostrava o cenário de informatização em que se encontravam as unidades, colocando um grande desafio de modernização do sistema, com apenas 12% dos consultórios médicos e de enfermagem capazes de receber um sistema com Prontuário Eletrônico, e um pouco mais de 30% das unidades com algum tipo de conectividade de internet, de tal forma que fosse possível compartilhar informação com a rede de atenção à saúde. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Algumas diretrizes essenciais foram destacadas no projeto: sistema centrado no cidadão, individualização do registro clínico e orientado ao Registro Eletrônico de Saúde (RES) padronizados. Com essas diretrizes ficou claro que era necessário mais que um sistema de software, seria necessário uma estratégia, a qual se deu o nome de Estratégia e-SUS Atenção Básica. Além de um conjunto de ações sobre a padronização de registros clínicos com vistas a um sistema de RES e a necessidade de reorientar o desenvolvimento de sistemas sob a necessidade de interoperabilidade entre eles, em 2013, dois sistemas foram criados: 1) Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), sistema a cargo das informações em nível nacional e de uso secundário; 2) Sistema e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), composto por dois softwares, um com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e outro com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), ambos encarregados do usuário primário do sistema de informação, ou seja, o profissional de saúde. Para

sistemas terceiros ou próprios já existentes nos municípios, foi ofertado um mecanismo de importação de dados de registros de atendimento usando o framework Apache Thrift, e mais recentemente o formato XML. O sistema com CDS é um software de apoio a digitação de um conjunto de fichas e formulários que contemplam minimamente o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, a saber: Cadastro Domiciliar, Cadastro Individual, Ficha de Atendimento Individual, Ficha de Procedimentos, Atividades Coletivas, entre outras. O sistema com PEC, é um software que atende as necessidades mínimas de informatização e gestão de uma UBS, contempla os fluxos de agenda do profissional, de recepção, acolhimento e atendimento do cidadão. Em especial o Prontuário Eletrônico, usado para atendimento, utiliza o modelo de Registro Clínico Orientado à Problemas (RCOP) permitindo o uso integrado do método SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) com o sistema de Classificação Internacional da Atenção Primária - CIAP2 (Motivo da Consulta, Problema Detectado, e Intervenções e Procedimentos). Entre as estratégias de implantação do e-SUS AB no país, se destacam quatro: 1) QualiSUS/ Proesf: um projeto de implantação com financiamento integral das ações de informatização das UBS, alcançando um total de 486 municípios em 15 regiões metropolitanas do país; 2) Núcleos de Telessaúde: incentivo financeiro para 15 núcleos com o objetivo de capacitar e apoiar a implantação do Sistema e-SUS AB, tanto no aspecto de saúde como na formação de capacidade de tecnologia de informação (TI), atingindo um total de 1820 municípios; 3) Oficinas de capacitação de multiplicadores para municípios com mais de 100 mil habitantes; 4) Equipe de consultores de implantação: ofertado a municípios em situação de baixa implantação do sistema, totalizando um conjunto de 1296 municípios.

RESULTADOS: A partir da primeira versão do Sistema e-SUS AB, lançado em agosto de 2013, até o momento atual, agosto de 2015 e a alguns passos de alcançar a transição total entre o SIAB para o SISAB, com 90,6% dos municípios enviando dados para o novo sistema de informação nacional. É possível observar na Figura 01, como se deu a evolução da implantação no território nacional. A Figura 02 mostra a evolução percentual da situação de implantação por equipe de saúde, considerando implantado uma equipe que utiliza qualquer um dos softwares do Sistema e-SUS AB e incluindo a exportação de dados por sistemas próprios. Figura 01 - Evolução da Implantação em território nacional (DAB, 2015) Figura 02 - Situação de Implantação, semestral, por EQUIPE (DAB, 2015) Para avaliação da situação de implantação foram considerados os seguintes parâmetros: 1) implantado, 60% das equipes ESF ou mais estão em estágio II ou III de implantação; 2) intermediário, entre 30 e 60% das equipes ESF estão em estágio II ou III de implantação; 3) incipiente, ao menos uma equipe ESF iniciou a implantação do e-SUS AB; e 4) não iniciado, nenhuma equipe ESF iniciou a implantação do e-SUS AB. Para as classificação de estágios de implantação por equipe adotou-se os seguintes parâmetros: Estágio I, envio apenas dos registros de atividade coletiva; Estágio II, envio de qualquer registro de ação de saúde; e Estágio III, envio mínimo de registros de cadastro individual, atendimento individual e visitas domiciliares. Durante a análise do processo de implantação se percebeu uma correlação importante entre os municípios de pequeno porte e a situação de implantação, onde os municípios com menor porte populacional e com até 10 equipes, tiveram maior capacidade de implantação, independente da sua classificação no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O processo de implantação da Estratégia

e-SUS AB, alcançando uma altíssima taxa de implantação, em apenas dois anos do lançamento do novo sistema, não teria sido possível sem o grande esforço do coletivo de equipes de gestão dos municípios e dos estados, bem como no envolvimento maciço dos profissionais de saúde que valorizaram a necessidade de substituir o sistema antigo por ferramentas mais modernas e pelo conjunto de informações agora mais próximas de uma gestão da clínica mais efetiva. Sobre a estratégia, pode-se concluir que foi fundamental considerar o contexto atual de cada município, oferecendo softwares de registro simplificado de tal forma que fosse possível iniciar a implantação da estratégia ainda que estes não tivessem uma estrutura de informática adequada. Em perspectiva, se espera que as equipes que queiram implantar sistemas com Prontuário Eletrônico possam fazê-lo ao ter disponível computadores e uma rede local na unidade, e na sequência que possam compartilhar informação por meio de um sistema de RES a partir de ter disponível uma conexão de internet.

INCENTIVOS FINANCEIROS ESTADUAIS À SAÚDE DA FAMÍLIA: ADESÕES NAS REGIÕES DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2013-2014

Aline de Souza Moscardini, Roger dos Santos Rosa, Fabiane Vargas de Vargas, Liara Saldanha Brites

Palavras-chave: financiamento, atenção básica, regionalização

Este relato de experiência aborda aspectos do financiamento em saúde, pauta relevante em todas as esferas de governo quando se discute compartilhamento de responsabilidades e garantia de alcance da universalidade e da integralidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O relato centra-se nos recursos destinados à atenção

básica no Rio Grande do Sul, em especial para a Estratégia de Saúde da Família, por meio de incentivos financeiros instituídos por meio de transferências fundo a fundo, ou seja, do fundo estadual de saúde para os fundos municipais de saúde, de forma regular e automática. Os incentivos foram criados pela Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul (CIB/RS) por meio da Resolução nº 503/2013 que estabeleceu um conjunto de incentivos financeiros estaduais diferenciados para qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal (http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382539863_cibr503_13.pdf). A Resolução reconhecia a importância do profissional de enfermagem e a formação diferenciada do Médico de Família e Comunidade para a qualificação da Estratégia de Saúde da Família, bem como a necessidade de incentivar a presença do técnico de saúde bucal para ampliar o acesso e qualificar as ações de saúde bucal. Os recursos financeiros oriundos da Resolução podem ser utilizados pelos municípios para despesas de custeio e de capital, desde que estejam coerentes com a Política Nacional de Atenção Básica. A prestação de contas é feita por meio do Relatório de Gestão Municipal de Saúde. O objetivo deste trabalho foi analisar a distribuição das adesões aos incentivos financeiros estaduais criados pela Resolução nº 503/2013–CIB/RS nas 30 Regiões de Saúde do RS nos dois primeiros anos, destinados a estimular a inclusão nas equipes de Saúde da Família de (i) Médico de Família e Comunidade; (ii) 2º Enfermeiro; e (iii) Técnico em Saúde Bucal modalidade I. **Procedimentos metodológicos** O estudo teve caráter descritivo e documental cujas fontes foram os dados coletados das adesões aos incentivos financeiros estaduais previstos na Resolução nº 503/2013–CIB/RS. Foi utilizado o sistema online do Formsus - Coleta de dados de fontes secundários, oficiais e públicos. A unidade de análise foram as 30 Regiões de

Saúde do RS e o período os anos de 2013 a 2014. Os dados foram organizados em planilhas Excel®. Por utilizar fontes de dados públicos de natureza financeira e contábil e não caracterizados como pesquisa em seres humanos, não houve necessidade dos trâmites previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados encontrados na pesquisa que em 2013, ou seja, no ano de edição da Resolução nº 503/2013-CIB/RS, não ocorreram adesões aos incentivos nas Regiões de Saúde. Em contrapartida, 26 (86,7%) das 30 regiões apresentavam algum município com adesão em 2014. Quatro regiões não apresentaram município algum com adesão (Fronteira Oeste, Pampa, Uva Vale e Jacuí Centro). O total de adesões aos três diferentes incentivos nas 30 Regiões de Saúde do estado foi de 126 em 2014. Foram 62 (49,2%) adesões para o incentivo para o 2º Enfermeiro, 38 (30,1%) para o de Médico de Família e Comunidade e 26 (20,7%) para o de Técnico em Saúde Bucal O maior número de adesões ocorreu na região Capital/Vale Gravataí, que totalizou 34 adesões (27%). Essa região é formada por apenas seis municípios, mas conta com a maior população (2,2 milhões de habitantes) em relação às demais. Em seguida, as Regiões Diversidade e Vales e Montanhas apresentaram cada uma 9 adesões aos três diferentes incentivos. As Regiões Alto Uruguai Gaúcho e Rota da Produção, 7 adesões cada. Foram seguidas pelas da Fronteira Noroeste e Caminho das Águas com 6 adesões cada, e pelas regiões Vale dos Sinos e Sete Povos das Missões, com 5. Já as com 4 adesões foram Belas Praias, Vale do Caí/Metropolitana, Planalto e Sul. No grupo com menos quantidade de adesões, uma região teve 3 (Botucaraí) e sete apresentaram 2 adesões cada uma (Entre Rios, Bons Ventos, Vale Paranhana/Campos da Serra, Araucárias, Caxias e Hortências, Vinte e Oito, e Vale da Luz). Por fim, com apenas 1 adesão estão Verdes

Campos, Carbonífera/Costa Doce, Portal das Missões, Campos de Cima da Serra, e Vinhedos e Basalto. Quanto ao incentivo para inclusão do 2º Enfermeiro na equipe de Saúde da Família, incentivo que apresentou maior número de adesões, foram 62. Do total das 30 Regiões de Saúde, 21 (70,0%) aderiram e apenas 9 não encaminharam adesão. Em relação ao incentivo para Médico de Família e Comunidade, o segundo incentivo criado pela Resolução nº 503/2013-CIB/RS em número de adesões, 16 (53,3%) regiões aderiram e 14 não solicitaram adesão, totalizando 38 adesões. A região Capital/Vale Gravataí apresentou o maior número, com nove. A região Fronteira Noroeste com cinco adesões seguiu-se das regiões Diversidades e Vales e Montanhas com quatro cada uma. Acerca do incentivo para inclusão do Técnico em Saúde Bucal, o incentivo que apresentou o menor número de adesões, apenas 2 (6,7%) regiões aderiram - a Região Capital/Vale Gravataí e a Sete Povos das Missões, respectivamente com 25 e uma adesão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Idealmente, espera-se que a criação e a implantação de incentivos financeiros para melhorar e estruturar a atenção básica presente, em última instância, impactos positivos nos indicadores de saúde da população do território em que são aplicados. Essa expectativa é reforçada pela natureza não coercitiva do incentivo, cuja adesão é facultativa aos municípios, esperando-se que seja tanto maior quanto maior interesse local existir. Contudo, as fragilidades de diferentes ordens identificadas no curto período disponível para análise, a diversidade acentuada na distribuição geográfica das adesões por região de saúde e as limitações das fontes utilizadas (dados secundários e fontes documentais) não permitem que tais achados embasem inferências sobre os impactos para a população advindos de tais adesões. Nesse sentido, cabe ressaltar

que foi previsto o acompanhamento dos desdobramentos das adesões nos próximos anos. Há necessidade que sejam realizados outros estudos para analisar os impactos desses incentivos financeiros na produção de ações em saúde por esses profissionais e nos indicadores de saúde por região. Por fim, é necessário avançar em estratégias inovadoras, incluindo incentivos estaduais semelhantes, que viabilizem a qualificação da Saúde da Família e que possibilitem com que a força técnica profissional seja ampliada para garantir as premissas do SUS, no acesso à saúde de qualidade e para todos.

INFLUÊNCIA DA GESTÃO PARA O FUNCIONAMENTO DAS DIFERENTES UNIDADES DE SAÚDE VISITADAS DURANTE O VER-SUS UBERLÂNDIA E UBERABA

Aline Cristina Barbosa Siqueira, Augusto César Ferreira Rocha, Cristiane de Souza Moraes Donegá, Gabriela Alves Martins Guimarães Lyrio Todo, Maria Juliana da Silva Almeida, Morgana de Oliveira Couto

Palavras-chave: gestão, ver-sus, cargos, saúde

Apresentação: Trata-se de um relato de experiência que objetiva comparar criticamente as gestões de diferentes unidades de saúde visitadas durante as Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VER-SUS) Uberlândia 2015.1 e VER-SUS Uberaba 2015.2. As vivências permitiram aos participantes analisarem e compararem algumas unidades de saúde de maneira crítica. No que se refere à gestão da atenção na saúde, é importante considerar que um dos principais entraves ao desenvolvimento da Reforma Sanitária brasileira tem sido, segundo Carvalho & Cunha (2006), a falta de engajamento para que ocorram

mudanças no processo de trabalho e falta de participação dos trabalhadores da área da saúde na melhoria da classe. Nesse sentido, percebe-se a importância de se considerar o trabalho desses profissionais como um elemento determinante para a mudança do modelo assistencial em saúde. Cabe lembrar que os modelos de assistência em saúde apresentam-se tanto como uma tradução pragmática das regras legislativas que normatizam o setor, de condicionantes macropolíticas (Estado, Políticas Públicas), econômicas e sociais, quanto pela ação política de sujeitos individuais e coletivos (Carvalho & Cunha, 2006). Os participantes das vivências constataram que todos os cargos de gestão de unidades de saúde em Uberaba são comissionados, sob indicação política, o que muitas vezes pode resultar em ineficiência administrativa, seguindo a lógica da “cordialidade”, descrita por Sérgio Buarque de Holanda (1902-1982), não levando em conta a capacitação profissional. Soma-se a isso o fato de, na maioria das vezes, não existir um treinamento eficiente desses gestores, adaptado à realidade da unidade em questão. Em tais contextos vivenciados, foram identificados profissionais desde os mais capacitados até aqueles que são ausentes dos locais de sua responsabilidade. Tais percepções focais demonstram a necessidade de se construir alternativas organizacionais que busquem a superação de uma determinada tradição gerencial fundamentada na transformação das pessoas em instrumentos que seguem os objetivos das instituições de saúde. É preciso para a superação dessa visão reducionista o estímulo do compromisso das equipes com a produção de saúde. Desenvolvimento do trabalho: Exemplos dessas realidades foram observados em março de 2015, durante o VER-SUS Uberlândia, quando os participantes visitaram instituições como a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF)

Rural Tangará e a Unidade de Atendimento Integrado (UAI) Tibery, locais significativos para comparação de gestões. A primeira, apesar de contar com menos recursos em relação à cidade, garantiu melhorias na promoção e prevenção da saúde da população rural desde a sua fundação, em agosto de 2014. A UAI Tibery, que tem um fluxo populacional e verbas maiores, ainda assim não promove a totalidade dos benefícios que poderia ofertar às suas 11 áreas de referência. Apesar de tratar-se de níveis diferentes de atenção à saúde, essa comparação ocorreu pelos questionamentos relacionados à forma como acontecia a gestão das unidades, sendo percebido um maior conhecimento e articulação entre administração e saúde pública pela coordenação da UBSF Rural. O VER-SUS Uberaba, em julho de 2015, permitiu aos visitantes o entendimento da discrepância do funcionamento das unidades de saúde de acordo com a gestão. No Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM), não ocorrem atendimentos essenciais, como aqueles voltados para a saúde da mulher idosa, da mulher negra e da mulher transexual, que são populações submetidas a determinantes sociais da saúde que merecem uma atenção especializada. Diante o discurso da gestora, notou-se que mesmo contando com um dos melhores espaços físicos, em comparação a outras unidades de saúde, ele é pouco aproveitado. Na Residência Terapêutica, no bairro Fabrício, segundo relatos dos funcionários e observação dos visitantes, o gestor aparece uma vez por mês. Em oposição ao CAISM, o local é alugado e inapropriado às atividades dos residentes, tendo, ainda assim, utilização máxima do espaço. A unidade funciona devido ao empenho dos funcionários, o que evidencia a importância do trabalho multiprofissional comprometido para o funcionamento adequado de uma unidade, ainda que a

gestão em si não seja efetiva. Na Unidade Especializada em Reabilitação (UER), o gestor demonstrou pouco conhecimento sobre a instituição e os serviços prestados. Aqui observa-se que cargos comissionados têm a possibilidade de atrapalhar ou potencializar um funcionamento mais eficaz da instituição, de acordo com seu preparo profissional e sua motivação interna. O Centro de Saúde Eurico Vilela de Uberaba, abrangendo três gestões (básica, especializada e epidemiológica) necessitava de uma coordenação mais eficaz; possui, agora, um gestor comissionado, que está promovendo a unidade. Isso ficou evidente pois, antes dele a unidade estava com defasagem estrutural, materiais entulhados, e programas com pouca eficiência. Após seis meses de sua gerência, foi perceptível melhorias significativas, como a ausência de entulhos, reforma do prédio – cedido pelo Estado e inadequado para as atividades -, efetivação e criação de programas de saúde. Também foi possível conhecer o funcionamento da Farmácia de Acolhimento de Uberaba, inaugurada em junho de 2013, abrangendo tanto usuários da farmácia básica quanto os de medicamentos de alto custo. O objetivo da unidade é, por meio de uma equipe treinada, dar o atendimento correto, seguindo o fluxo farmacêutico preconizado pelo Ministério da Saúde. Foi possível observar que a presença de uma advogada, ainda que comissionada, comprometida na gestão da unidade juntamente com a ação de profissionais da área farmacêutica, resultou em otimização da distribuição e fluxo dos medicamentos no município. Ademais, houve redução da judicialização da Saúde, pois a coordenadora promoveu uma integração entre os médicos e juizes, reduzindo a necessidade de mandados judiciais para o fornecimento de medicamentos. Resultados: As realidades vivenciadas nas duas cidades apresentaram variedade de modelos de gestão que evidenciaram

situações díspares de coordenadores comissionados e concursados. Enquanto uns desempenhavam a função eficazmente, dispostos a realizarem um atendimento multidisciplinar, que atenda às demandas biopsicossociais dos usuários, outros tinham como padrão a ineficácia. Em casos de gestão inoperante, percebia-se a importância dos profissionais que realizavam as atividades e geriam indiretamente a unidade. Outro entrave era a estrutura dos espaços, que prejudicava a gerência da maioria dos locais visitados, pois eram alugados ou cedidos e inapropriados. Assim, faz-se necessário a existência concomitante de um profissional gestor capacitado, perceptivo às necessidades estruturais, administrativas e sociais, e uma equipe comprometida com as demandas da saúde pública. Segundo Carvalho & Cunha (2006), o comprometimento dos trabalhadores de saúde deve necessariamente incluir a ideia de que: “A compreensão que temos sobre o que é saúde e doença condiciona o olhar sobre a realidade e define, em boa medida, o que é problema de saúde, assumindo um papel determinante sobre as características organizativas do setor da saúde”. Sendo assim, apenas o trabalho conjunto destes agentes sociais pode resultar no funcionamento ideal das unidades que compõem o SUS. Considerações finais Nos municípios de Uberaba e Uberlândia, em Minas Gerais, o cargo comissionado é um aspecto relevante, pois é adequado quando a pessoa indicada é capacitada para tal função, porém, um problema quando ela possui o cargo e não desenvolve melhorias esperadas. Também foi possível observar diversos fatores situacionais referentes ao modo de gestão, sendo possível afirmar que para que ocorra o funcionamento efetivo da unidade de saúde é preciso uma equipe adaptada à realidade do espaço e disposta a atuar em conjunto para a prevenção de doenças, promoção e reabilitação da saúde.

O “MULTI” NOSSO DE CADA DIA: A EXPERIÊNCIA DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS NO PROCESSO DE TRABALHO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Tarcila Freitas de Sousa, Thaís Almeida Brasil, Sofia Yoneta, Ruan Rocha Silva, Danielle Rodrigues Siqueira, Lilian Miranda, Maria Lucia Freitas Santos

Palavras-chave: atenção básica, estratégia de saúde da família, processo de trabalho, trabalho em equipe

Relato de experiência, de abordagem qualitativa, tipo descritivo, sobre processo de trabalho de uma equipe de Saúde da Família (eSF) sob o olhar de residentes multiprofissionais: Assistente Social, Cirurgiã-Dentista, Enfermeira, Nutricionista e Psicólogo. É um relato construído a partir de um trabalho intitulado “Diagnóstico Situacional em Saúde” apresentado ao Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) em Agosto de 2015. Buscamos reconhecer nossos papéis de residentes multiprofissionais e acompanhar os efeitos que produzimos. Nossa proposta se apoiou na proposição e no desenvolvimento de ferramentas para auxiliar a equipe a compreender seu processo de trabalho e adquirir bases mais sólidas para a decisão sobre suas próprias ações, contribuindo para seu processo de autonomia. Objetivo: Descrever a experiência, enquanto residentes multiprofissionais, da integração em um processo de trabalho de uma eSF. Descrição da Experiência: A Atenção Primária à Saúde (APS) é estruturada por um conjunto de ações de promoção e proteção à saúde, bem como, prevenção de agravos (BRASIL, 2012). Estas ações são conduzidas por

meio de práticas gerenciais participativas e democráticas através do trabalho em equipe, dirigidas à população com territórios definidos. Na lógica da ESF, uma equipe multiprofissional, acompanha famílias identificando problemas de saúde, os riscos sociais existentes, os agravantes de saúde da comunidade, dentre outros. Entretanto, no trabalho multiprofissional também existem diversas dificuldades referentes à compreensão e a importância das ações em equipe, como a reunião semanal; a ausência de escuta e compartilhamento de trabalho e experiências entre profissionais; falta organização de ações e atividades. Mesmo com esses entraves, o trabalho multiprofissional proporciona a produção do cuidado em saúde, a troca de saberes entre profissionais com formações diferentes. Possibilita espaço para o desenvolvimento de ações em equipe como reuniões, discussão de casos, grupos, e planejamento. Em nossa vivência, a equipe acompanhada pelos residentes atualmente é composta por um Médico da Família, uma Enfermeira, uma técnica de Enfermagem, seis ACSs, um Dentista e um Auxiliar de Saúde Bucal. Para conhecer as peculiaridades de uma eSF, além de apoiar o processo de trabalho, propusemos dinâmicas para conhecer questões subjetivas do trabalho, muitas vezes veladas, mas que se materializavam no dia a dia, principalmente no âmbito das relações interprofissionais. Resultados e/ou Impactos: Desde Maio/2015, os residentes estão imersos na rotina de uma eSF. Através da imersão no serviço em saúde com a equipe, os residentes identificaram como desafio as relações interpessoais e profissionais entre os membros da eSF como pouca adesão dos profissionais na reunião, ausência da discussão de casos e troca de experiências, pouca escuta e articulação entre os integrantes da equipe, etc. Assim, estratégias começaram a ser desenvolvidas pelos residentes para contribuir no

processo de trabalho no que diz respeito à relação interprofissional. Tentando superar os desafios quanto à coesão da equipe, na relação conosco, propusemos ferramentas de educação permanente; estratégias de ampliação de parcerias inter e intrasetoriais, avaliando sugestões e adotando tecnologias que aprimorem o processo de trabalho. Reuniões de equipe são espaços privilegiados para educação permanente, corresponsabilização, renegociação e planejamento, sendo o local de encontro muito valorizado e investido por nós. Com isso, propusemos, nessas reuniões, momentos de reflexões e dinâmicas. Na tentativa de contribuir para a consolidação desse espaço, realizamos pactos com todos os integrantes da equipe, como de ouvir o outro, inscrever-se para falar, respeitar as inscrições e se basear em pautas para o seu desenvolvimento. A consolidação da reunião de equipe permitiu um entendimento maior dos profissionais sobre sua importância para a organização e planejamento do trabalho, discussão e repasse de casos, entre outros. A partir disso, a primeira dinâmica realizada trazia à tona o questionamento sobre o que seria processo de trabalho, sua descrição e análise, ressaltando as ações positivas e negativas, bem como os efeitos do trabalho da equipe na composição do cuidado. Essa discussão permitiu que os profissionais defendessem seus pontos de vista, auxiliando na valorização do trabalho da equipe, ao mesmo tempo em que permitiu a reflexão sobre os desafios do trabalho multiprofissional. Depois dessa ação pontual surgiu a proposta de atividades, em médio prazo, na reunião. A estratégia proposta pelos residentes é consolidar oficinas de trabalho com temas demandados pela própria equipe, priorizando espaços de escuta que possibilitem interação. Outra forma de contribuir com a integração da equipe foi a participação dos residentes no grupo de Hiperdia. Esse grupo era

desenvolvido somente na forma de consultas coletivas para troca de receitas. Na tentativa de construir um espaço de vínculos, trocas, informações e educação permanente entre profissionais e usuários, propusemos que a troca de receitas acontecesse concomitantemente com uma roda de conversa nesses encontros mensais sobre temas diversos, tanto sobre os mitos e verdades sobre Diabetes e Hipertensão, quanto sobre estilo de vida, alimentação saudável, serviços de saúde e outros. E, nesse horizonte, nos empenhamos para iniciar um movimento de ressignificação do grupo. Observamos que a população ali presente mostrou-se, por ora, satisfeita com as atividades desenvolvidas dos temas diversos. A equipe planejou e desenvolveu a ação com objetivo definido, com a integração e envolvimento dos ACS e do educador físico. Conhecendo nossas limitações, assumindo os desafios a serem superados, nos contemplou ter realizado a proposta de forma organizada. Pudemos notar que um dos desafios encontrados pela equipe consiste em planejar os espaços de grupos e explorar suas potencialidades. Considerações Finais: O cuidado prestado à população se coloca condicionado à dinâmica de interação dos profissionais de uma eSF. Em uma equipe multiprofissional em saúde, espera-se integração e interação entre os membros, na dinâmica de co-responsabilização do cuidado com indivíduo, família e comunidade. Sabendo das exigências e sobrecarga do processo de trabalho desses profissionais na APS, particularmente aqueles inseridos na Saúde da Família, recomenda-se fortemente discutir sobre planejamento de ações voltadas para a Saúde do Trabalhador, tematizando o Sofrimento no Trabalho e criando formas coletivas de enfrentamento das dificuldades.

O PAINEL DE BORDO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Carine de Oliveira Franco Morais, Selma Antunes Nunes Diniz, Fabio Renan de Lucia, Lucia Carvalho Cidrao

Palavras-chave: Mapa Estratégico, Balanced Scorecard, Painel de Bordo

Com o advento do processo de estruturação das Redes de Atenção à Saúde no município de Fortaleza, em 2013, que teve por objetivo reorganizar e integrar os serviços de saúde, observou-se a necessidade de mensurar em dados quantitativos a aplicabilidade do Mapa Estratégico (ME) da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, que pontua as áreas prioritárias de ação. Dessa forma, lançou-se mão de uma ferramenta chamada Painel de Bordo para o monitoramento das ações desenvolvidas nas áreas prioritárias de atuação definidas previamente na construção da missão, visão, valores e objetivos da instituição. O Painel de Bordo é uma ferramenta disponível aos gestores locais das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) que possibilita a medição de desempenho cotidiano das equipes, a partir das metas, com capacidade de programar ações de prevenção ou correção, permitindo a extração de relatórios para tomada de decisão, buscando a melhoria contínua dos resultados em saúde. É um método de coleta de dados quantitativos e de análise qualitativa destes, que tem seu fundamento teórico no Balanced Scorecard, que é um modelo de gestão criado por David P. Norton, do Instituto Nolan, Norton e Company, e por Robert S. Kaplan, da Harvard Business Scholl. Tal método tem como cerne a estratégia organizacional voltada para o desenvolvimento de objetivos de ações consideradas essenciais

para a existência e atuação da organização. É a definição dos objetivos de uma instituição que possibilita o delineamento do ME, e este serve como instrumento norteador dos planos operacionais, portanto, o ME é a representação gráfica das conexões entre as ações traçadas no ambiente organizacional. (KAPLAN & NORTON, 2004). No contexto de ação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, a construção do ME firmou o compromisso com a sociedade de reduzir a mortalidade materna e infantil, reduzir a mortalidade prematura por doenças cardiovasculares, reduzir a mortalidade por causas externas, reduzir a mortalidade por câncer (mama e colo uterino) e reduzir a mortalidade por dengue. Com fins didáticos e estratégicos, o Painel de Bordo está contemplando inicialmente, 3 dos 5 objetivos estratégicos referidos: redução da mortalidade materna e infantil, redução da mortalidade prematura por doenças cardiovasculares e redução da mortalidade por câncer (mama e colo uterino), totalizando em 13 indicadores. A coleta de dados se dá por meio dos relatórios de atendimentos gerados pelo prontuário eletrônico, cujo acesso é facultado ao gestor local das UAPS. Com o advento das novas tecnologias e com a agilidade com que as informações transitam hoje através da Internet o prontuário de papel ficou obsoleto. Tudo isso fez surgir a necessidade de consolidar as informações adquiridas acerca de determinado indivíduo no momento das consultas por parte de profissionais da saúde em uma ferramenta digital, então foi criado o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Considerando a definição do Institute of Medicine (apud MARIN & NETO, 2003), o PEP é um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários fornecendo acesso a um conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como

links para bases de conhecimento médico. Em Fortaleza, o modelo de prontuário utilizado nas UAPS é o desenvolvido pela empresa FastMedic. A base de informações no PEP é o cadastro do paciente. O cadastro na Atenção Primária tem como objetivo, além de fornecer informações atualizadas sobre o indivíduo, fazer a correlação deste com o seu domicílio, uma vez que a atuação da Equipe de Saúde da Família (ESF) fundamenta-se na territorialização que divide a área de abrangência de uma unidade de saúde em microáreas que ficam sob a responsabilidade direta de um Agente Comunitário de Saúde (ACS), que obedece ao critério de ser responsável por um número de pessoas preconizado pelo Ministério da Saúde, máximo de 750 pessoas por ACS e 4.000 por Equipe de Saúde da Família (DAB/MS). Desse modo, em cada atendimento realizado a um usuário em uma UAPS, o PEP é alimentado pelo profissional que está prestando a assistência. Os dados informados geram um relatório, que está sendo utilizado pelo gestor da UAPS para alimentar os dados solicitados na planilha do Painel de Bordo. O Painel de Bordo elenca, para cada objetivo estratégico, uma série de dados a serem coletados no PEP dentre eles: número de pessoas cadastradas, número de consultas agendadas e realizadas, número de pessoas acompanhadas por cada programa estratégico (Programa de Saúde Integral da Mulher, Programa de Saúde da Criança, Programa de Saúde do Hipertenso/Diabético) e número de coletas de exames citopatológicos. Para definir os objetivos estratégicos a serem utilizados na construção do Painel de Bordo, bem como os indicadores relevantes que a planilha deveria contemplar, foram realizadas oficinas, reuniões e pactuações entre as áreas técnicas envolvidas, o núcleo gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e os técnicos regionais responsáveis pela aplicação e monitoramento do Painel de

Bordo. O processo iniciou-se em abril de 2014 e, em maio de 2015, o Painel de Bordo começou a ser aplicado aos gestores locais das UAPS. Foram realizadas orientações sobre o levantamento dos dados disponíveis no PEP FastMedic, as necessárias para alimentar a planilha eletrônica e atualizada mensalmente de forma online e em tempo real. Os dados são consolidados em planilhas locais, regionais e municipal. O monitoramento é mensal e a cada três meses o gestor realiza avaliação das informações consolidadas. Os indicadores são identificados em três cores: verde, amarelo e vermelho, que são vinculadas às metas pactuadas conforme série histórica de cada equipe, da seguinte forma: o indicador ficará verde quando o resultado alcançado for = a 95% do que foi pactuado, amarelo, de 75% a 94,9% e, vermelho, < que 75%, permitindo ao gestor uma avaliação capaz de subsidiar as tomadas de decisões. Atualmente, já temos cinco meses de preenchimento de Painel de Bordo e é possível observar um maior envolvimento dos gestores com o PEP. Haja vista que o PEP é uma ferramenta nova, que ainda gera muitas dúvidas e receios por parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza, o Painel de Bordo veio auxiliar o gestor local na apropriação do conhecimento acerca das funcionalidades do sistema. Um gestor empoderado, reflete em uma equipe comprometida. O conhecimento do gestor de que as corretas informações no PEP geram um impacto positivo no preenchimento do Painel de Bordo e estimula a equipe a ter acuro no momento de inserir novas informações, afinal, o que mais importa é a condição de saúde do cidadão e a saúde é construída também nesse processo de análise de dados e de informações. Portanto, é possível considerar que, assim como em outras organizações, dentro da Secretaria Municipal de Saúde, a importância de

podermos visualizar de forma balanceada os resultados atingidos é mais que uma medida tática ou operacional. É reflexo da importância que a gestão está dando para a necessidade de termos uma gerência estratégica fundamentada no equilíbrio. Equilíbrio entre medidas financeiras e não financeiras, permitindo o envolvimento de todos os níveis gerenciais, garantindo o foco e possibilitando o alinhamento gerencial e conceitual das ações desenvolvidas na atenção primária à Saúde no município de Fortaleza.

O USO DE TECNOLOGIAS DE NUVEM PARA A ORGANIZAÇÃO E TRANSMISSÃO ON AIR DE UM EVENTO CIENTÍFICO DE SAÚDE

Rita de Cássia Machado da Rocha, Paula Chagas Bortolon, Aliniana dos Santos, Fernanda Silva, Adriana Moraes, Maria Corina Amaral Viana, Nilton Bahlis dos Santos

Palavras-chave: educação em rede, tecnologias interativas, internet

Trata-se de um relato de experiência do trabalho em equipe de organização e utilização das tecnologias interativas como whatsapp, facebook e transmissão on air, no I Congresso Norte e Nordeste de Saúde Baseado em Evidências (I Consebe). Os objetivos foram: promover o engajamento da equipe de organização do evento por meio das tecnologias interativas; conectar redes de conhecimento na área de saúde baseada em evidências. O I Consebe sucedeu nos dias 26, 27 e 28 de agosto de 2015, no Centro de Convenções do Cariri, destinado a estudantes, pesquisadores e profissionais interessados na prática baseada em evidências e pesquisas em Gestão, Avaliação e Inovação Tecnológica em Saúde. Uma realização da Universidade

Regional do Cariri (URCA), do Grupo de Pesquisa de Tecnologias em Saúde do SUS (GPTSUS), com o apoio da Rede Brasileira de Avaliação Tecnologia e Saúde – REBRATS, Rede de Políticas Informadas por Evidências - EvipNet, do Núcleo de Evidências da URCA, com o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado em Enfermagem) da URCA - Mestrado Profissional da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) URCA – Fiocruz e do Núcleo de Experimentação em Tecnologias Interativas (Next/Fiocruz). O Congresso foi organizado por uma professora, alunos de graduação em enfermagem e do mestrado da Universidade Regional do Cariri (URCA), contando também com profissionais em caráter remoto, coordenados pelo Next, que se empenhou em organizar as atividades na Internet, desde a assistência de elaboração de site, aplicativo, planejamento de mídia, criação do canal no Youtube até a transmissão do evento ao vivo via hangout. Os alunos foram divididos em comissões: a comissão científica era responsável pelos trabalhos que estavam sendo submetidos e os repassavam aos avaliadores; a comissão geral pelas demandas do evento; a comissão de divulgação era responsável pela divulgação na mídia e captação de alunos para o evento nas universidades; e a comissão de transmissão ao vivo ficou responsável pela transmissão do evento em tempo real, empregando o recurso “on air” do hangout. Para facilitar o planejamento e execução das atividades foram criados grupos no WhatsApp, um com todas as pessoas da organização do evento e outros específicos para cada comissão formada. Por meio deste aplicativo de mensageria assíncrona, se tinha uma comunicação ágil e conversas para resolver questões do evento. Coloca-se que a finalidade deste aplicativo seria o de desenvolver ações de articulação da equipe: como organização das atividades, avisos e planejamentos.

Buscando garantir o trabalho colaborativo e interativo, além do acesso remoto a todo o material relativo ao Congresso, foi criada uma conta de e-mail no Gmail, sendo a mesma utilizada para a criação de um canal no Youtube, através do qual foram realizadas as transmissões on air das apresentações, bem como fazer registros de depoimentos pré e pós- congresso. Foi criada também uma fanpage no Facebook como meio de divulgação e visualização do congresso pelos alunos e demais interessados em participar das discussões colocadas pelo evento. A metodologia utilizada foi a de educação em rede, desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa da FIOCRUZ “Tecnologias, Culturas e Práticas Interativas e Inovação em Saúde, tendo seu laboratório o Núcleo de Experimentação em Tecnologias Interativas (Next). Para trabalhar a educação em rede as ações devem se desenvolver em atividades organizadas e sistemáticas, que gerem processos de sincronização entre os participantes. A tentativa de centralização de atividades em rede se relaciona com o formato tradicional, no qual o mediador é o centro das atividades e só ele coordena e impulsiona as ações. Mas, o trabalho em rede é diferente: é voltado para ações distribuídas, organizadas a partir de um acordo pedagógico entre os participantes do processo educacional (professores, tutores, aprendizes, gestores, etc.), onde é definido um mínimo de regras e objetivos que pautam os participantes. A partir deste acordo as ações se desenvolvem de forma autônoma e se torna um processo de educação permanente, um espaço de troca de conhecimentos e um eterno aprendizado em rede e na rede. As formas de comunicação utilizadas para organização e planejamento das atividades também foram usadas, durante e depois do evento e serviram como experimentação de aprendizado em rede, de produção e colaboração para estruturar um evento científico. Percebemos a adesão

às tecnologias pelos alunos e professores organizadores do evento, que se envolveram nas ações desenvolvidas no ambiente web, trazendo comentários e discussões para os grupos do Whatsapp. Quando novos recursos foram apresentados, como o hangout para transmissão on air do evento, todos se mostraram positivos e receptivos à novidade. Logo antes das palestras e durante elas, a organização da equipe era toda feita pelo Whatsapp. Tão logo uma palestra se iniciava a transmissão on air começava e cada grupo específico e geral recebia o post do Youtube e ia divulgando o evento em suas redes sociais. A mesa-redonda “Tecnologias em Saúde” foi a que obteve mais acesso de visualizações no youtube 111, o post da página do Facebook relativo a esta atividade teve um total de 1.558 curtidas e o canal do Youtube “I Consebe” alcançou 828 visualizações e 25 inscrições. Esta última está relacionada às pessoas que se inscrevem no canal e receberam as atualizações e novas postagens nos seus e-mails. Um fator limitante do processo de transmissão foi a pouca prática de alguns membros com o uso desta tecnologia e a instabilidade da internet, que tiveram como consequência a geração de múltiplos links para uma mesma atividade. Dificultando dimensionar seu alcance e o de lay entre o tempo de início das palestras e a postagem dos respectivos links na fanpage do evento no Facebook. Além da transmissão em tempo real, a grande inovação veio por conta da participação à distância na mesa-redonda de Tecnologias de um palestrante da ENSP/Fiocruz do Rio de Janeiro, que ocorreu via hangout transmitido em um telão. Isto permitiu alcançar aqueles que não puderam ir ao evento, ou algum participante que precisou ir embora antes, mas poderia aproveitar o tempo de espera no trânsito ou no aeroporto para continuar participando da atividade. Por fim, o armazenamento dos vídeos no Youtube permitiu criar uma

memória da produção do conhecimento ali construído, o que pode ser utilizado como referência na área da saúde baseada em evidências. A organização de um evento na área da saúde por alunos, professores e profissionais de saúde de modo remoto é um desafio. Há necessidade de superar padrões antigos de centralização e controle e se adaptar a nova forma de lidar e usar as tecnologias interativas. Primeiramente vista apenas como ferramentas, às tecnologias da web tem um imenso potencial de conexão, divulgação, interatividade, representam um avanço para a área de educação, contribuindo com o fortalecimento entre pesquisa e os profissionais que atuam na ponta dos serviços de saúde. A utilização das tecnologias no congresso facilitou não só a dinâmica do trabalho em equipe e a comunicação entre os organizadores, pois é distribuída e não centralizada, mas também representou o alcance de um público bem maior do que aquele presente fisicamente.

ORGANIZANDO AS INFORMAÇÕES NA TRANSIÇÃO DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO: SIAB A SISAB

Leika Aparecida Ishiyama Geniole, Gilvania Ficagna, Lucimara da Silva Magalhaes, Sandra Cristina Souza, Joseli Azevedo Amorim, Patricia Zanatta Coneglian

Palavras-chave: Saúde da família, processo de trabalho, informação

APRESENTAÇÃO: A atenção primária em saúde tem como atributos essenciais o acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002; MENDES, 2009), para se efetivar estes atributos é essencial que os profissionais da equipe administrem a informação à respeito do seu território (MENDES, 2010). Ou seja, o trabalho em saúde da família deve ser subordinado às características do

território da equipe. Somente através do planejamento das ações de acordo com essas necessidades pode-se almejar realizar ações que possam impactar na melhoria das condições de vida dessa população. Para isto a informação atualizada dos dados é essencial. A informação era obtida através da Ficha- A do agente comunitário de saúde (ACS), no qual eram inseridos dados de composição e estrutura familiar, domicílio e patologias referidas entre outros. Esse instrumento foi substituído quando da implantação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) a partir de 2014, no município Campo Grande- MS. O SISAB, criado a partir da publicação da Portaria nº 1412/GM/MS de 10/07/2013, tem por finalidade qualificar o registro e as informações em saúde através da implementação da estratégia e-SUS AB. Essa transição têm desencadeado problemas que estão inviabilizando o acesso à informação através do referido sistema em nossa cidade. A falta de dados dificulta o planejamento de ações. Diante deste problema a equipe optou por implementar um sistema paralelo de controle. A UBSF Marabá foi implantada em 1999, composta por duas equipes de saúde da família, com duas equipes de saúde bucal e uma assistente social responsável pelas duas áreas. A equipe que está desenvolvendo o trabalho tem sob sua tutela 942 famílias cadastradas com uma população de aproximadamente 4800 pessoas. A equipe é composta por 1 médico, 1 cirurgião-dentista, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar de saúde bucal e 09 Agentes Comunitários de Saúde. O sistema Objetivo Geral: administrar as informações referentes à população da área da equipe de saúde. Específico: Organizar as informações da extinta Ficha- A Atualizar as informações dos programas de HAS, DM e pessoas restritas ao domicílio. Arquivar as informações. Processar as informações. Socializar as informações. MÉTODO: relato

de experiência sobre implementação de sistema paralelo de informações, com implantação à partir de março de 2015. A partir dessa data foram iniciadas discussões sobre a necessidade de se recuperar as informações do território, foi solicitado à gestão a habilitação para que a equipe pudesse acessar as informações inseridas pelo ACS dentro do e-SUS. O acesso foi liberado para um membro da equipe, que iniciou o monitoramento da inserção dos dados. Identificou-se neste íterim a dificuldade de transmissão dos dados e na sequência a “perda” de todas as informações por problemas no sistema. O atual sistema ainda não foi plenamente instalado pelo município, mesmo com os módulos disponibilizados o sistema mostrou-se muito lento e pouco intuitivo. Além disso, aparentemente o servidor do sistema municipal não está suportando o número de acessos no mesmo instante, com frequentes “quedas” do mesmo. Diante disto fez-se a opção por criar um sistema paralelo de informação. Acordou-se a necessidade de resgatar a ficha-A, que foram atualizadas e digitalizadas. Para digitalizar o material foi utilizado um aplicativo instalado no telefone celular, os arquivos foram salvos em PDF. Além disso, foram digitalizados os cadernos contendo informações dos programas de Hipertensão Arterial, Diabetes e pacientes restritos ao domicílio. As informações foram enviadas para armazenamento em nuvens através de email e compartilhado com todos os integrantes da equipe: nove ACS, cirurgião dentista, assistente social, enfermeiro e técnico de enfermagem. As pastas foram organizadas por agentes comunitários e dentro de cada pastas as informações foram organizadas por ruas. As fichas foram nominadas com o nome da mãe da família, ou do dono do domicílio quando não havia a figura “mãe” no domicílio. As pastas foram compartilhadas com todos os membros da equipe de

saúde, inclusive com a equipe de saúde bucal. A primeira dificuldade foi resgatar e atualizar as fichas-A, pois encontravam-se desatualizadas desde a implementação do e-SUS; na ocasião a gestão fez a opção de realizar a alimentação do referido sistema, desativando a utilização do SIAB. A segunda foi sensibilizar cada membro da equipe para a execução da ação. Para promover a adesão a mais uma função foi utilizada a metodologia de roda de conversa tendo como tema central: como resgatar as informações do território? RESULTADOS: o primeiro resultado obtido com a ação foi promover a reflexão da necessidade de integração de todos os membros da equipe de saúde e do compartilhamento ágil da informação. Com a intervenção foi possível a atualização cadastral dos moradores da área que encontrava-se desatualizada. Os cadastros de pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus foram atualizados, tendo sido excluídas as pessoas que mudaram de área e os óbitos. Além disto, a ação possibilitou a chance de convidar os pacientes faltosos às consultas de rotina. A atualização dos pacientes com restrições para sair do domicílio estão sendo visitados para levantamento de necessidades em saúde; as visitas estão sendo realizadas pelos membros da equipe, podendo ser o médico, enfermeira, assistente social ou o cirurgião dentista, todos com foco nas necessidades além do núcleo de formação. As demandas estão sendo repassadas para os membros da equipe para a resolução dos problemas encontrados. Esta forma de organizar o serviço permite ainda que o profissional que fez o diagnóstico do problema possa inserir no arquivo informações referentes à família visitada; informações que podem ser visualizadas pelos outros membros da equipe, inclusive o ACS. Obviamente sendo respeitado o sigilo do indivíduo. A equipe de saúde vem há mais de um ano, desenvolvendo ações

em horários alternativos, para melhorar o acesso de trabalhadores ao serviço de saúde. Para que isto ocorra é feito junto ao ACS levantamento de pessoas que têm problemas de saúde, principalmente doenças crônicas degenerativas que não frequentam o serviço por causa dos horários de atendimento. Essa ação sempre aumentava a carga de trabalho dos ACS, no sentido de realizar este diagnóstico, com esta nova forma de trabalho é possível que o técnico de enfermagem faça este levantamento, otimizando desta forma o agendamento de consultas. Outra situação que justificou a implementação desta forma de trabalho foi a perda dos dados alimentados no e-SUS AB, quando se iniciou a alimentação do sistema houve falha e todas as informações foram perdidas, gerando dificuldade de planejar o trabalho com foco nas necessidades do território. Com esta proposta de trabalho, tem sido possível resgatar pacientes que estão com controle inadequados tanto de níveis pressóricos quanto de níveis de glicemia, permitindo desta forma melhor manejo destes pacientes. Pacientes com condição referidas de HAS e DM estão sendo captados para consulta. Outra ação realizada é a avaliação sistemática de cavidade oral para diagnóstico oportuno de lesões pré-malignas; observa-se que os usuários após iniciarem o uso de próteses dentárias não realizavam avaliações periódicas em cavidade oral, hábito que procuramos mudar mostrando a necessidade de realizá-las anualmente, principalmente em pacientes alcoolistas ou tabagistas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A implementação de um sistema paralelo de informação facilitou a organização do trabalho da equipe de saúde, que passou a ter maior controle das necessidades de sua clientela.

PANORAMA DOS DADOS PERINATAIS DA POPULAÇÃO INDÍGENA DA REGIÃO DE DOURADOS, MS

Angela A N Rios, Liliane Ferreira da Silva, Márcia Cristina Pereira da Silva

Palavras-chave: saúde indígena, saúde da mulher, parto, obstetrícia

APRESENTAÇÃO: A reserva indígena de Dourados é a mais populosa entre todas do Estado e possui três grupos étnicos diferentes que dividem as aldeias: guarani-kaiowá (denominados kaiowá), guarani-nhandéva (denominados guarani) e os terena, com uma população estimada de 14.680 habitantes. O serviço prestado à população indígena é de responsabilidade da SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena), executado pelo DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena), através da sua unidade descentralizada denominado Polo Base de Saúde. A atenção básica está inserida no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS) com a responsabilidade formal e de toda estrutura ligada ao Ministério da Saúde. As ações de controle do pré-natal, parto e puerpério têm como principal objetivo acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonatal. No modelo assistencial desenvolvido pelo Polo Base de Dourados, a condução do pré-natal é realizada principalmente pelas enfermeiras, por uma questão de identificação de gênero, levando em consideração os aspectos sociais e o respeito às questões de gênero e especificidades das etnias. A Rede Cegonha, instituída no SUS pela Portaria 1.459 de 24/06/2011 e fundamentada nos princípios da humanização, prevê as mulheres, recém-nascidos e crianças o direito ao acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-

natal, transporte e vinculação da gestante à unidade de referência e assistência ao parto e nascimento. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O Grupo Condutor Municipal da Rede Cegonha (GCM-RC) de Dourados, que vem trabalhando desde 2011 para a qualificação da assistência materna e perinatal, em uma política de cogestão incluindo gestores, trabalhadores e usuários, concluiu que é urgente e necessária a implantação de um Centro de Parto Normal, nos moldes da Rede Cegonha, conforme a portaria nº 11 GM/MS, de 07/01/2015 para atendimento às parturientes de baixo risco, para efetiva melhoria na qualidade da assistência e redução da morbimortalidade materno-infantil, inclusive considerando as especificidades culturais da população indígena residente na microrregião de Dourados. Os objetivos da Rede Cegonha, segundo o Art. 3º da portaria 1.459, de 24 de junho de 2011 são: I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade. **RESULTADOS E IMPACTOS - EFEITOS PERCEBIDOS DECORRENTES:** Atualmente a população de mulheres indígenas em idade fértil (faixa etária de 10 a 49 anos) é de 4775 pessoas. De acordo com os aspectos culturais, após a primeira menstruação, a “menina mulher”, já está apta para o casamento e gerar filhos, ou seja, a gravidez na adolescência é tratada de forma natural e não é vista como um fator de risco (Gráfico 1). O nascimento é um evento natural. Porém o que se verifica ao longo do tempo é uma excessiva “medicalização” deste processo, sem que se verifiquem ganhos na qualidade da assistência e tampouco significativos redução dos índices de mortalidade materna

e perinatal (Fonte: SESAI - DSEI Dourados). Apesar dos esforços empenhados para redução das taxas de cesariana na população em geral, temos acompanhado um aumento expressivo destas taxas dentre a população de mulheres indígenas (Gráfico 2). Segundo dados fornecidos pela SESAI desde 1963 a população indígena tem assistência obstétrica realizada em um hospital de pequeno porte situado na região da aldeia, com encaminhamento das complicações para o hospital de referência municipal. (Fonte: SESAI - DSEI Dourados). A partir de 2011, com o início do serviço de atenção obstétrica no Hospital Universitário, houve um declínio no número de partos atendidos no antigo hospital, conforme apresentado no Gráfico 2, o que é justificado por uma questão multifatorial, que passa pela falta de profissionais dispostos e capacitados para o atendimento ao parto, inadequações na estrutura física e falta de equipamentos, bem como, conforme relatos obtidos nos diálogos com trabalhadores e usuários indígenas, a preferência por uma estrutura com disponibilidade de recursos tecnológicos na assistência ao parto, que é associado à segurança e acolhimento (Fonte: SESAI – DSEI Dourados). Os diálogos e os dados apresentados apontam para a necessidade de qualificar a equipe e a estrutura de assistência em um hospital de pequeno porte próximo à aldeia com perfil assistencial voltado para a população indígena. Há necessidade de reforma e de aquisição de equipamentos para ambiência, bem como de qualificação dos recursos humanos, com assistência conduzida por enfermeiras obstetras treinadas para o atendimento ao parto de baixo risco. A este modelo de assistência é dado o nome, segundo o Ministério da Saúde, de Centro de Parto Normal (CPN), onde é priorizado o atendimento humanizado e de qualidade para os partos de risco habitual e privilegiam a privacidade, a dignidade e a autonomia

da mulher ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável e contar com a presença de acompanhante de sua livre escolha, no intuito de melhorar a assistência prestada ao parto das mulheres indígenas e consequentemente os indicadores de partos neste local. Os serviços de atenção obstétrica hospitalar (Casa de Parto e Hospital Universitário) devem estabelecer um protocolo de referência e contra-referência e compromisso para o aprimoramento dos processos de trabalho interinstitucionais para que a assistência seja fundamentada na qualificação, na humanização da atenção e da gestão, na redução de risco e respeito aos aspectos sócio culturais da população indígena. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar de ser um fenômeno natural e um evento fisiológico, o processo do trabalho de parto pode sofrer influências multifatoriais que o tornam passível de intervenções. É preciso considerar que o parto por cesárea é uma laparotomia que exige uma série de cuidados clínicos, técnicos e anestésicos e que se associa também a algumas complicações que devem sempre ser ponderadas antes da indicação, deve, portanto, ser decidido por critérios estritamente clínicos e obstétricos. A Organização Mundial de Saúde considera-se ideal a taxa de cesárea em torno de 15 a 20% para o total da população. A série histórica de partos na população aqui apresentada merece especial atenção dos gestores da saúde e dos produtores de material científico voltado para a saúde pública materno-infantil, haja vista a elevação expressiva da taxa de cesarianas com a mudança do local onde acontecem os partos. Mais do que identificar os fatores que motivaram as indicações de cesariana, é preciso buscar compreender qual o impacto e a percepção da assistência ao parto, seja ele natural ou cirúrgico, do ponto de vista dos diversos atores envolvidos: mulheres grávidas e puérperas, parteiras e rezadeiras tradicionais da aldeia, gestores e

profissionais de saúde. Portanto precisamos desenvolver habilidades e sensibilidade, ouvindo o que o povo indígena fala sobre sua condição de saúde x doença, colocando-se como sujeito que aprende com o outro e, sobretudo respeitando suas diferenças culturais e garantindo ambiente favorável para um nascimento livre de riscos para a mãe e o filho.

PERCURSO DE UMA FORMAÇÃO EAD EM MICROPOLÍTICA DA GESTÃO E TRABALHO EM SAÚDE: PROBLEMATIZANDO O AGIR COTIDIANO DA GESTÃO EM SAÚDE

José Guilherme Wady Santos, Ana Lúcia Santos da Silva, Rosiane Pinheiro Rodrigues

Palavras-chave: Educação à Distância, Micropolítica do Trabalho, Gestão em Saúde

O presente trabalho parte da experiência dos autores como coordenador pedagógico e tutores, no curso de Especialização em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde, em EAD (Educação à Distância), iniciado em novembro de 2014 e que ainda está em andamento. Com objetivo de formar especialistas em Gestão do Sistema Único de Saúde e contribuir para o aprimoramento dos processos de organização das redes de atenção à saúde, o curso tem abrangência nacional, com a realização de três encontros presenciais (com defesa de Monografia no último deles), e fundamentam-se em alguns pressupostos, tais como: o uso das experiências do cotidiano da gestão como condutoras do processo de ensino e aprendizagem, perpassados pelos conteúdos das unidades de aprendizagem (Políticas de Saúde; Planejamento e Gestão; Epidemiologia; Avaliação em Saúde; Financiamento do SUS; Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde), consideradas como ferramentas para reflexão sobre

a prática dos alunos e entendidas com valor de uso, ambos esses aspectos, como dispositivos de diálogos, integração de coletivos e de mudanças loco regionais. No Estado do Pará foram abertas sete turmas, distribuídas de acordo com as 13 Regiões de Saúde do estado, e os encontros presenciais têm sido realizados congregando-se cinco dessas turmas na cidade de Belém, uma em Santarém (Região de Saúde do Tapajós e Baixo Amazonas) e uma em Conceição do Araguaia (Região do Araguaia Tocantins). Desse modo, e a partir da realização de diversas atividades de avaliação e fóruns de discussão que são propostos à medida que os alunos avançam no curso, pretende-se trazer seus cotidianos de trabalho em gestão para dentro da plataforma, para trocas entre os próprios alunos e entre estes e o tutor de sua respectiva turma. A partir desses aspectos, nesse trabalho pretende-se pensar sobre tal experiência, particularmente a partir da implicação de estar em um cargo de gestão na área da saúde e se tornar aluno de um curso como o aqui descrito. Problematizando seus agires militantes em saúde e os territórios que eles forjam para si e para os outros (coordenação, tutores e demais alunos) a partir de suas práticas e vivências, ou seja, seus modos de governar. Referindo-se aqui, especificamente àqueles que estão em uma situação de governo formal, ocupando lugares na máquina estatal, pois bem sabemos que trabalhadores e usuários também governam, disputando projetos e transformam cenários. Estar em um curso EAD gera algumas demandas que não são tão simples de serem superadas. Mesmo em um curso que se pretende menos estruturado, com atividades avaliativas e participação em fóruns de avaliação com prazos mais flexíveis, cumprir com determinadas exigências requer certo planejamento da vida diária. Nesse sentido, bastante comum entre os alunos e gestores argumentos de diversas ordens, tais como a “falta de tempo”,

para justificar o fato de ou não estarem acompanhando o curso como deveriam, ausentando-se do mesmo por período igual ou superior até ao prazo máximo tolerável pelo curso, muito embora relatassem a continuidade do interesse em permanecer no mesmo. Desse modo, olhando para tais aspectos nos coube problematizar o fato de esses alunos e gestores ainda se verem desvinculados do curso, isso considerando não apenas que a atividade de gestão na área da saúde, é comumente descrita como uma atividade cheia de compromissos e apostas de governo, mas também que um dos fundamentos mais importantes do curso é a aposta de fazer os alunos/gestores pensarem sobre o seu agir cotidiano na gestão, a micropolítica do trabalho em saúde e trazê-lo para a plataforma, no ambiente virtual de aprendizagem e trocas de experiências entre eles, os demais e os tutores. Assim, não seria o curso, justamente uma possibilidade para que os mesmos pudessem fazer isso junto com os demais e com os próprios tutores. Não estariam eles presos a lógicas administrativas que não os permitem coletivizar seus fazeres, o que poderia contribuir para pensar seu cotidiano de gestão a partir de uma lógica menos econômico centrada e mais usuário centrada, numa dimensão mais cuidadora? Não seria essa uma potente possibilidade de operar a gestão cotidiana a partir de sua micropolítica e como um dispositivo que incorpore outras tecnologias do agir em saúde? A partir disso, temos que, caminhando para o término do curso, podemos pensar na possibilidade de os alunos/gestores estarem fabricando um território da gestão que se codifica não no coletivo e, a partir daí, ainda estarem colados “na gestão”, que só passa a existir como um território quando corporificada nos corpos, em ato de performatividade que não se submete a nada, sendo nada mais do que um ato de produzir uma ação e delimitar um território de atuação – o

da gestão em saúde. Eles, alunos gestores, como componentes de um governo, participantes da rede de poder do Estado, tem a autoridade para a fabricação deste mundo, o território da gestão. Verificamos as grandes possibilidades de a “não socialização” das experiências através dos fóruns na sua plenitude. Mas apostamos que a construção coletiva do projeto de intervenção traga para as equipes do território a reflexão da troca e da construção conjunta a partir da problematização e busca de objetivos comuns: o acesso à saúde da população!

PLANIFICAÇÃO E GESTÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE REFERÊNCIA

Maiane Lima de Souza, Cíntia Nascimento de Jesus, Dennifer da Rocha da Silva, Elaine Basílio dos Santos, Tainara de Souza Santos, Edenise Maria Santos da Silva Batalha

Palavras-chave: Gestão, Gerenciamento, Enfermagem

O trabalho gerencial de Enfermagem consiste em um processo por meio do qual um grupo cooperativo de pessoas dirige suas ações e recursos buscando atingir metas e objetivos comuns visando solucionar problemas da instituição e garantir a manutenção de um atendimento de saúde com qualidade. Este estudo trata-se de um relato de experiência vivenciado por graduandos do 6º semestre do curso de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, através do componente curricular Planificação e Gestão em Unidade Hospitalar, e teve como objetivo discernir de forma prática as atribuições do enfermeiro mediante os aspectos gerenciais dentro do serviço e seus impactos para uma prestação de assistência direta à saúde com qualidade. A prática foi realizada em um hospital público de grande porte no município de Salvador, uma instituição

referência para a assistência de alta complexidade nas áreas cardiovascular e renal no período de 10 dias por dois grupos distintos de discentes divididos entre as unidades de Clínica Cirúrgica de Cardiologia e Nefrologia. À priori acompanhamos o fluxo de ambas as unidades tanto nos aspectos gerenciais quanto assistenciais fazendo um diagnóstico situacional que contemplou um protocolo de avaliação minucioso voltado para a estrutura organizacional e física da unidade, bem como recursos materiais e humanos disponíveis, a sistematização da assistência, normatizações, o perfil da clínica e a classificação de pacientes, o que nos possibilitou reconhecer as falhas e problemas mais relevantes de cada unidade e dessa forma propor estratégias de melhoria. As atividades realizadas contemplaram desde atividades de cunho gerencial como a participação da passagem de plantão, organização e controle de materiais, escala de pessoal, admissão e alta de pacientes, visita de enfermagem, dimensionamento de pessoal, perfil da clínica, checagem do carro de parada, bem como atividades assistenciais como evolução de enfermagem, realização de curativos, coleta de Swab para cultura de pacientes em precaução, retirada de pontos, exame físico, entre outras atividades. Como fruto da observação do grupo atuante da unidade de Nefrologia, constatou-se que o perfil da clínica mais prevalente era de pacientes internados com Insuficiência Renal Crônica (IRC) dialítica, Pós Operatório Tardio de Transplantados Renais e pacientes submetidos à Pulsoterapia, sendo que grande parte desses pacientes eram portadores de HAS e DM e alguns com doenças imunossupressoras que evoluíram com problemas renais devido ao diagnóstico tardio. Com base nesse perfil observamos dois procedimentos que requeriam atenção especial dos profissionais e que até o momento não possuíam uma padronização regulamentada quanto à forma de atuação

diante de tais práticas. Uma delas foi com relação à Pulsoterapia, procedimento este que pode ocasionar diversos distúrbios metabólicos e, portanto requer um profissional treinado e habilitado para lidar com qualquer reação que o paciente venha a ter. Diante disso, foi construído um Procedimento Operacional Padrão-POP visando orientar os profissionais e evitar a ocorrência de eventos adversos durante o procedimento. Outra prática comum realizada na unidade era a administração de Glunonato de Calcio em pacientes portadores de IRC que realizaram Paratireoidectomia, procedimento este com alto risco de extravasamento e necrose local observado em dois pacientes, além de relato de casos prévios ocorridos. Como forma de contribuir para melhoria da assistência, foi elaborado um segundo POP voltado também para essa prática visando diminuir as complicações decorrentes de sua administração. Um terceiro POP foi elaborado para orientar ações que reduzissem o risco de aquisição de infecção primária da corrente sanguínea em pacientes com acesso vascular para hemodiálise, possibilitando melhor qualidade do serviço. Outra atividade realizada na unidade de Nefrologia foi à classificação de pacientes com base no Escore de Schein/RenisLikert. Essa avaliação foi realizada beira leito com cada um dos 23 pacientes internados da unidade, o que nos possibilitou realizar ainda a classificação de risco de cada paciente e dessa forma direcionar os cuidados com vistas a evitar tais complicações. Outra atividade de responsabilidade da enfermeira gerente, mas com impacto significativo na assistência direta ao paciente é a checagem do carrinho de parada na qual encontramos algumas irregularidades posteriormente solucionadas com relação à quantidade de material necessário para suprir as demandas da unidade. Já no grupo atuante na Unidade de Clínica

Cirúrgica de Cardiologia foi observado que o perfil da clínica era prevalentemente de pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Doença Arterial Coronariana (DAC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Diabetes Mellitus (DM), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), e pacientes submetidos a Cateterismo (CATE). Diante disso, o grupo ficou responsável por elaborar os Diagnósticos de Enfermagem, as Intervenções de Enfermagem e o Plano de Cuidados para cada um dos perfis mais prevalentes observados na unidade pautados nos diagnósticos de enfermagem da NANDA. Essa proposta teve como objetivo orientar os profissionais quanto às necessidades de cada paciente, bem como instruir medidas para melhoria da assistência prestada àquele paciente de forma específica e direcionada, baseando-se nas necessidades individuais de cada um. Em ambas as unidades as demais atividades relacionadas à gerência de enfermagem, como dimensionamento de pessoal, classificação de pacientes, controle de materiais e escala de pessoal foram realizadas durante o período dos 10 dias de prática. Na unidade de Nefrologia diante do que foi observado nos dias de prática foi possível constatar que apesar dos desafios por se tratar de uma instituição pública a organização do serviço se mostrou eficiente e eficaz tanto nos aspectos gerenciais quanto nos assistenciais. As principais observações estão relacionadas com os materiais necessários que estavam sempre disponíveis e em quantidade adequada em relação à demanda da unidade, a passagem de plantão era realizada de forma bastante efetiva, além de ter a presença também da enfermeira gerente da unidade que ouvia as demandas de serviços gerenciais pendentes e prontamente buscava resolução. Na unidade de Cardiologia dois pontos que mereciam atenção especial foram com relação à passagem de plantão e a evolução

de Enfermagem que apresentavam algumas inconformidades posteriormente sinalizadas. Por fim, todo o trabalho produzido pelos dois grupos, bem como os problemas observados com as respectivas sugestões de melhoria foram entregues à coordenação de Enfermagem de cada unidade como forma de aperfeiçoar o cuidado e orientar quanto aos pontos que devem ser observados e melhorados para garantir um atendimento mais qualificado. Através das aulas práticas conseguimos entender a importância do gerenciamento para uma prestação de assistência em saúde com maior qualidade, e que o casamento entre uma equipe assistencial e gerencial capacitada pode impactar de forma significativa e positiva na qualidade dos serviços prestados. Percebemos o quanto o conhecimento com relação aos aspectos gerenciais é importante para nossa formação, e que a atuação na rede SUS proporciona o fortalecimento dos seus princípios e das relações entre o ensino e o serviço propiciando o crescimento e amadurecimento prático enquanto alunos e futuros profissionais de saúde. Compreendemos que saúde não se faz apenas com procedimentos assistenciais, e que o processo de trabalho gerencial é um instrumento mediador para uma prática assistencial de qualidade, demonstrando que quando os dois são realizados de forma efetiva todo o serviço flui de forma dinâmica e com mais facilidade e qualidade, se tornando, portanto, impossível dissociar ambas as práticas que representam o elo fundamental para um atendimento integral de qualidade.

POLÍTICAS AFIRMATIVAS EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Ludmila Marques Silva, Renata Rodrigues Lopes

Palavras-chave: igualdade racial, políticas afirmativas, saúde da população negra

CEPPIR-GHCA: Comissão Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial do Grupo Hospitalar Conceição surgiu pela iniciativa de um grupo de trabalhadores preocupados em resolver problemas relacionados à desigualdade racial no âmbito da saúde. Em 2003 foi criada a Portaria Institucional legitimando os trabalhos da Comissão no Grupo Hospitalar Conceição. A Comissão desenvolve ações que consistem em promover a implementação de políticas afirmativas e inclusivas, que contribuem para a promoção da saúde, observando os princípios básicos do SUS, e as especificidades étnicas dos trabalhadores e usuários do GHC. As atividades realizadas têm como embasamento o Estatuto da Igualdade Racial, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e outras ferramentas de promoção da igualdade racial para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. PRINCIPAIS OBJETIVOS DA COMISSÃO ESPECIAL DE POLÍTICAS PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL: Implementação das Políticas afirmativas na área da saúde considerando as especificidades étnicas dos trabalhadores e usuários do GHC; Resgatar a importância de cada grupo étnico na construção da identidade brasileira; Considerar as diversidades religiosas, culturais e políticas; Elaborar estratégias de combate ao racismo, ao preconceito e a discriminação racial; Implantação do Comitê Técnico Saúde da População Negra; Sensibilizar todos os trabalhadores e trabalhadoras do GHC para que o atendimento prestado leve em consideração as diferenças étnicas e suas especificidades; Incentivar a coleta dos quesitos raça - cor - religião no cadastro dos trabalhadores do GHC e usuários do SUS; Implementar a Política Nacional de Atenção a Saúde Integral da População Negra no

GHC conforme lei 12.288/10. PRINCIPAIS CONQUISTAS E/OU REALIZAÇÕES: Além de cursos, seminários, oficinas de capacitação aos profissionais da área da saúde, a CEPPIR-GHC é protagonistas em relação a: Cotas para afrodescendentes - Garantia da reserva, de no mínimo 10% de vagas para afrodescendentes em todos os processos seletivos do GHC a partir do Processo Seletivo Público de 2005; A partir de novembro de 2014, após a assinatura do Termo de Adesão ao Pacto de Combate ao Racismo Institucional, o GHC compromete-se, ainda mais, através de ações específicas que estão incluídas no Pacto assinado pelo então Governador Tarso Genro; Realização do exame de eletroforese de hemoglobina a todas as gestantes atendidas no GHC. Através desse exame que se identifica na gestante o traço ou a Doença Falciforme; Coleta do quesito raça - cor -religião, em todos os cadastros dos trabalhadores e usuários do GHC; Entrega da Comenda João Cândido - é uma homenagem que a Comissão presta, desde 2004, durante as comemorações da Semana da Consciência Negra, para pessoas ou entidades que de alguma forma desenvolvem atividades que contribuam por melhores condições de vida da População Negra. João Cândido Felisberto, o “Almirante Negro”, revolucionou a Marinha liderando a Revolta das Chibatas. Gaúcho, nascido em Encruzilhada do Sul no ano de 1896 iniciou sua trajetória na Marinha aos treze anos de idade. O Almirante Negro lutou bravamente pela Abolição, dos castigos físicos e pela tortura a que eram submetidos estes marinheiros, em sua maioria os negros, pelos oficiais da Marinha Brasileira; Curso Raça e Etnia - Curso realizado anualmente para apresentar aos trabalhadores do GHC informações necessárias para a efetiva implementação de políticas de combate ao Racismo Institucional; fórum inter-religioso e a inserção das religiões de matriz africana no GHC. O Grupo Hospitalar Conceição é a

primeira Instituição Pública de saúde que cumpre a constituição brasileira no que diz respeito ao culto religioso, fazendo valer assim o que preconiza a legislação. Para viabilizar este direito foi criado um Fórum inter religioso com representantes de denominações religiosas para prestar assistência espiritual nesta instituição de saúde. Para que se conseguisse organizar e garantir o acesso de todas as denominações religiosas na Instituição, trabalhando de forma condizente e dentro das normas ditadas pelo controle de infecção, o grupo que integra o fórum Inter-religioso pensa ações para viabilizar de forma seguras as visitas nos hospitais, como: curso para visitantes, cadastro, identificação etc. Entendendo que é de suma importância que as religiões de Matriz Africana prestem assistência espiritual nesta instituição pública de saúde juntamente com as demais religiões que já atuam neste espaço, para que se possa oportunizar aos usuários, funcionários e simpatizantes ou simplesmente aqueles que acompanham alguém nas unidades de saúde do Grupo. O acesso à assistência espiritual identificada com a sua fé faz com que as pessoas se sintam melhor acolhidas, pois todas as pessoas têm direito a um tratamento humanizado e sem discriminação. É cientificamente comprovado que a fé de cada indivíduo atua diretamente na recuperação da sua saúde contribuindo assim para a melhora do corpo físico, além de ser um direito constitucional. A CEPPIR/GHC incentiva e organiza as participações das religiões de Matriz Africana devido a todo histórico de discriminação que essas religiões enfrentaram e ainda enfrentam. Nos dias destinados às religiões de Matriz Africana comparecem no espaço inter-religioso um Babalorixá ou uma Yalorixá que oferecem um “Axé” para trabalhadores (as) e usuários (as) que buscarem esse atendimento espiritual. Visitar usuários internados em todas as

unidades ou setores para que estas possam ter o direito de saber que toda e qualquer religião pode ter acesso a ele, pois muitas vezes por ser apenas uma denominação a fazer visita em um determinado setor, fica parecendo que esta denominação é a única a pode estar ali. Se o usuário não souber que ele tem o direito de receber assistência espiritual da denominação que ele segue, acredita ou simplesmente simpatiza, então não estamos oportunizando a este usuário o acesso a saúde integral. Quando da internação, o (a) usuário (a) solicita, através do NAE (Núcleo de Assistência Espiritual) a visita de um representante de sua denominação religiosa. Compra institucional do PAA de comunidades quilombolas realizadas pelo GHC. O GHC realizou a primeira chamada pública para compra de produtos agroecológicos de comunidades quilombolas, onde, através da compra institucional potencializa o desenvolvimento local e sustentável para os povos e comunidades tradicionais, deixando de entendê-los como beneficiários e tratando-os como atores ativos da economia nacional, reforçando o trabalho externo que é realizado pela CEPPIR GHC inclusive em visitas nestas comunidades. Com esta ação o GHC foi o pioneiro a comprar os alimentos certificados com o selo “Quilombos do Brasil”, produzidos por comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, para servir aos seus trabalhadores e usuários alimentos agroecológicos, diretamente dos produtores. O selo “Quilombos do Brasil” garante uma maior valorização, fomento e profissionalização de suas práticas produtivas quilombolas. Um total de sete (07) comunidades quilombolas estão em processo de fornecimento, numa relação de comercialização de produtos agro-ecológicos ao GHC. Ocorrem diálogos permanentes com as comunidades quilombolas e Cooperativas, através de oficinas de capacitações e orientações

sobre como proceder para a efetivação desta relação de compra e venda entre comunidades quilombolas e o GHC, tendo em vista que foram criados editais específicos para estas compras.

PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: A FUNÇÃO DO APOIADOR NOS ESTADOS CORRESPONDENTES À INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR UFRN

Jussara Lisboa Viana, Marie Marcelle Prestes Câmara, Monique da Silva Lopes, Jéssica Daniella da Silva Santos, Débora Mayara Varela da Silva, Kelienny de Meneses Sousa, Themis Xavier de Albuquerque Pinheiro, Paulo de Medeiros Rocha

Palavras-chave: Avaliação, Gestão, pesquisa,

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2005 (Portaria nº 382/GM/MS) (BRASIL, 2005) e passou por reformulação recente segundo a portaria GM/MS nº 28, 08/01/2015. Seu objetivo é avaliar os estabelecimentos de atenção especializada, ambulatorial e hospitalar, contemplados com recursos financeiros do MS quanto às dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido (BRASIL, 2015). O PNASS planejava avaliar 2.589 estabelecimentos de saúde em todo o país, sendo estes Hospitais, Unidades de Pronto Atendimento, Centros Especializados em Reabilitação, Centros de Terapia Renal Substitutiva. Para a coleta dos dados, o programa fornecia o formulário de itens de verificação através do PNASS Mobile, além de solicitar o envio de planilha com informações dos usuários atendidos de 4 a 10 de maio de 2015 com o objetivo de, posteriormente, avaliar a satisfação

dos usuários. O programa foi organizado com o apoio de cinco Instituições de Ensino nucleadoras, entre elas, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), responsável pela aplicação dos itens de verificação nos estados do Alagoas, Amapá, Ceará, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte. Cada Instituição nucleadora ficou responsável pela realização de um teste piloto em diferentes tipos de estabelecimentos, ficando a UFRN responsável para avaliação da Terapia Renal Substitutiva (TRS). Nessa ocasião, toda a equipe de apoio participou ativamente desta avaliação, que depois de realizada, subsidiou o relatório submetido ao Ministério da Saúde. A coordenação geral da pesquisa na UFRN estruturou a equipe para que em cada estado houvesse um coordenador local e um apoiador. Neste sentido, formou-se a equipe de apoiadores com estudantes de graduação do curso Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde, curso de Ciência e Tecnologia e de mestrado e doutorado em Saúde Coletiva. A equipe de apoio atuava no Departamento de Saúde Coletiva, no Campus Central da UFRN. No período de junho a agosto de 2015 ocorreram a seleção e capacitação dos avaliadores e a coleta de dados. Vale ressaltar que a pesquisa no estado do Amapá foi realizada sob a responsabilidade das apoiadoras, onde 06 (seis) estabelecimentos foram avaliados. Este momento contribuiu para expertise da equipe quanto ao conhecimento realista do instrumento de coleta, bem como permitiu conhecer e vivenciar dificuldades e pontos facilitadores que os avaliadores poderiam encontrar no campo, proporcionando o empoderamento sobre os assuntos abordados nas capacitações que ocorreram posterior a esta experiência. Antes de iniciada a capacitação dos avaliadores o aplicativo eletrônico PNASS Mobile foi instalado, configurado e testado em tablets pela equipe de apoio. Durante a capacitação as apoiadoras se deslocaram aos estados sob

responsabilidade da UFRN, para apresentar o formulário de itens de verificação do PNASS e as instruções para utilização do aplicativo. Para o trabalho a ser desempenhado, os avaliadores foram selecionados e treinados de acordo com as normas da instituição local, sendo contratados sob o regime celetista de trabalho. O contato contínuo com os avaliadores durante a coleta foi viabilizado por grupos do aplicativo WhatsApp®. Neste espaço, os avaliadores conseguiram esclarecer suas dúvidas quanto ao instrumento, logística do campo ou outro assunto administrativo, favorecendo o bom andamento da pesquisa. Diariamente, os avaliadores elaboravam um resumo da avaliação, garantindo e incentivando a troca de experiências e o adequado acompanhamento da coleta de dados. O contato com os estabelecimentos sobre a data da visita e coleta de dados ocorreu com, no mínimo, uma semana de antecedência. Para tal, foi utilizado o e-mail e, posteriormente, o telefone. Por e-mail avisava-se a semana prevista para a avaliação e encaminhavam-se os seguintes documentos: ofício do Ministério de Saúde; ofício da UFRN; modelo de planilha dos usuários; relação de documentos necessários para comprovação e; roteiros de itens de verificação. O contato por telefone agendava-se o dia exato da avaliação e reforçava-se a importância da participação do estabelecimento no PNASS. No tocante ao recebimento das planilhas dos usuários, foi observado que parte dos estabelecimentos retornavam este documento fora dos padrões exigidos pelo MS, dificultando e atrasando o seu envio no sistema (SiPNASS). Além disso, ao final da pesquisa constatou-se pendências quanto ao recebimento de algumas planilhas e incompletude dos dados em outras. Durante o processo houveram dificuldades relacionadas ao contato com alguns estabelecimentos, pois os telefones disponibilizados estavam

desatualizados. Utilizou-se a estratégia de localizar pela internet telefones de prefeitura e secretarias para auxiliar a comunicação com o serviço a ser avaliado. Também identificamos certa resistência de alguns responsáveis pelos estabelecimentos em aceitarem a data prevista para coleta e a própria avaliação. Para além das dificuldades encontradas destacam-se as potencialidades em ter uma equipe de apoiadoras durante o PNASS. Esta facilitou o desenvolvimento da pesquisa, bem como a descentralização na gestão da pesquisa, uma vez que a mesma ocorreu de forma simultânea em cinco estados. Por meio das ligações telefônicas e da troca de mensagens por aplicativo WhatsApp®, houve rapidez na comunicação com os avaliadores e com os coordenadores locais para o repasse de informações da coordenação geral e do MS. Notou-se eficiência na comunicação com os responsáveis pelos estabelecimentos, pois estes poderiam entrar em contato com a equipe de apoio quando necessário, de modo que as dúvidas em relação à pesquisa eram prontamente sanadas por cada apoiadora estadual. Também como atribuição da equipe de apoio existiu o compromisso da elaboração de relatório de supervisão de campo, juntamente com o coordenador do Estado correspondente, sendo desenvolvido semanalmente, contendo informações sobre o cumprimento da logística e pendências relatadas em reuniões sistemáticas com a coordenação geral. Como intuito de divulgar o acompanhamento do campo dos estabelecimentos avaliados pela UFRN, desenvolveu-se uma revista digital em quatro edições, denominada Boletim Informativo PNASS, que teve a colaboração da coordenação geral, coordenadores locais, apoiadoras e avaliadores. Para composição do produto final que deverá ser entregue ao MS no término da pesquisa, há o relatório geral, em fase de desenvolvimento, com a consolidação de todos os relatórios de

supervisão de campo, acrescidos os relatos dos boletins informativos, as considerações finais dos responsáveis pelo projeto e o compromisso da produção científica relativo à avaliação do PNASS. Diante do exposto, concluímos que para a efetivação de um projeto de tamanha complexidade como o PNASS, tornou-se fundamental o trabalho da equipe de apoio à coordenação geral, estadual e avaliadores, ressaltando o sucesso alcançado no modo como este transcorreu. Além disso, esta atividade contribuiu com a dinâmica atual de institucionalização da avaliação da qualidade pelo Ministério da Saúde, vislumbrando a prestação de cuidados adequados e equânimes.

PROGRAMA NACIONAL TELESSAÚDE BRASIL REDES: FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E DE APOIO ASSISTENCIAL NO SUS

Thaís Maira de Matos, Tâmara Albuquerque Leite Guedes, Alexandre Medeiros de Figueiredo

Palavras-chave: Telessaúde, Educação Permanente em Saúde, Gestão do cuidado

APRESENTAÇÃO: O Programa Nacional Telessaúde Brasil foi instituído com vistas à necessidade de ampliar ofertas de Educação Permanente em Saúde. Em 2007 o Ministério da Saúde criou, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), o Telessaúde Brasil por meio da Portaria GM/35/2007. Surgiu como projeto piloto em apoio à Atenção Primária em nove Estados da Federação, com objetivo de melhorar a qualidade do atendimento da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS), integrando educação e saúde por meio de ferramentas de tecnologias da informação. Em 2011 foi lançada a Portaria 2.546/2011 que redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a

ser denominado Telessaúde Brasil Redes, objetivando não apenas fomentar as atividades de EPS, aproximando-as das equipes de Atenção Básica localizadas em qualquer ponto do país, mas também ofertar estratégias de apoio assistencial que fortaleçam a integração entre os serviços de saúde ampliando a resolutividade dos mesmos. Atualmente coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), ambas do Ministério da Saúde (MS), o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes tem por objetivo oferecer aos profissionais de saúde, que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na Atenção Básica (AB), suporte à gestão do cuidado em saúde, por meio das Teleconsultorias, Telediagnósticos, Segundas Opiniões Formativas e Atividades Teleeducação, realizadas a partir do uso de Tecnologias de Informação e Comunicação. Para isso, o Programa conforma-se numa rede constituída pelos Núcleos Telessaúde e pelos Pontos de Telessaúde, implantados em serviços de saúde. Segundo Castro Filho et al. (2012), um processo de Telessaúde não se limita a interação virtual entre um solicitante e um teleconsultor através da Internet. Por trás desse processo existe toda uma estrutura transparente e complexa que envolve pessoas, equipamentos, aplicativos, estrutura de rede (física e lógica) e espaços físicos adequados em todos os pontos de interação. É importante ter em mente que o único elemento concreto passível de ser virtual nesse processo é a distância geográfica, pois o tempo, apesar de ser maleável por não exigir sincronidade, não pode ser eliminado, quando muito, pode ser otimizado. Para Campos, et. al (2009) a responsabilidade do cuidar exige uma reavaliação constante do profissional para que ele tenha condições de acolher às necessidades do outro e às suas também, como pessoa e como profissional, à medida

que as dificuldades, os impasses e as soluções apareçam no dia a dia do trabalho. OBJETIVOS: Ofertar serviços que possibilitem a qualificação do processo de trabalho e do cuidado em saúde, para localidades remotas e/ou com vazios assistenciais de especialistas, por meio de tecnologias da informação e comunicação. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes iniciou como um projeto piloto com oferta de atividades em apenas nove estados brasileiros. Atualmente estão implantados 46 Núcleos de Telessaúde em 23 Unidades da Federação (UF), com oferta de teleconsultoria para todas UF, teleeducação para 16 e telediagnóstico em 10 estados. Todas as atividades de teleconsultoria para Atenção Básica são de apoio assistencial e de processo de trabalho com caráter educacional. Portanto, tem o objetivo de ampliar a capacidade resolutiva de quem as solicita. Além disso, devem ser baseadas na melhor evidência científica disponível, adaptada para as realidades locais e seguindo os princípios do Sistema Único de Saúde. A série histórica do período de 2008 a agosto de 2015 revela que dentre as ofertas de serviços o Telediagnóstico têm sido o serviço com maior utilização com 2.567.523 exames realizados e laudados, seguido da participação em Teleeducação com 2.057.517 e a Teleconsultoria com 326.141 atividades. Atualmente existem 888 Segundas Opiniões Formativas publicadas na Biblioteca Virtual em Saúde / Atenção Primária à Saúde (BVS / APS) como recursos educacionais para apoiar os processos de educação permanente dos trabalhadores da AB. e Saúde (SUS), da Atenção Básica (BRASIL, 2012). A articulação dos Núcleos Telessaúde as Centrais de Regulação é uma ferramenta potencial para qualificação das filas de espera para consulta na rede especializada e apoio na tomada de decisão para encaminhamentos. O Programa Telessaúde atua como um importante

instrumento para ampliar e facilitar o acesso a determinadas ações de saúde, aumentar a resolutividade na AB, realizar matriciamento e ser uma estratégia de educação permanente. Em locais onde há escassez de profissionais e grandes distâncias para acesso aos procedimentos e consultas especializadas, o uso do Telessaúde pode reduzir as filas de espera, os custos e riscos aos usuários e, assim, auxiliar na organização da rede de atenção à saúde. As atividades de Teleeducação que são cursos, palestras, seminários e rodas de conversa virtual são ofertados considerando às necessidades loco regional dos profissionais de saúde, tendo como principal parâmetro a dúvidas apresentadas nas solicitações de teleconsultoria. RESULTADOS/IMPACTOS: É possível destacar alguns benefícios que a utilização do Programa Telessaúde trouxe em diversas localidades do Brasil: a) Apoio às Equipes de Saúde Indígena do Nordeste, com pontos Telessaúde implantados em Pólos Base de 3 Distritos Sanitários Especiais Indígenas; b) Redução da fila de espera para acesso à rede especializada em alguns estados como Paraná e Rio Grande do Sul; c) Oferta educacional para os mais de 18 mil profissionais vinculados ao Programa Mais Médicos; d) Apoio Diagnóstico por meio do serviço de Telediagnóstico em mais de 1.000 municípios. Destaca-se ainda que os profissionais que utilizam o programa relatam redução de 80% na intenção de encaminhar e 90% de satisfação com o uso do programa na qualificação da atenção. Estes resultados são importantes para revelar o potencial do programa no cenário nacional e contribuir para sua utilização e crescimento. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes tem a necessidade de se reconstruir, reinventar, pensar em novos modos de operar as estratégias do programa de forma mais articulada com as demandas da rede de atenção. Nessa perspectiva,

é preciso repensar a partir dos desafios apontados: a) Redefinir formas e fontes de Financiamento do Telessaúde; b) Ampliar oferta de Telediagnóstico – redução dos vazios assistenciais; c) Ampliar a utilização de Teleconsultoria; d) Articular ações de Teleeducação com a Educação Permanente em Saúde. e) Fortalecer a integração dos Núcleos de Telessaúde com a Rede de Serviços; f) Articulação do Telessaúde à Política de Regulação do SUS com apoio a implantação de protocolos clínicos e de regulação, e qualificação da “fila de espera” – redução no tempo de encaminhamentos. g) Ampliar e implementar o Sistema de Monitoramento e Avaliação de Resultados do Telessaúde – SMART; h) Apoio a Implantação das Linhas de Cuidado; i) Articulação do Telessaúde aos programas de residência e cursos de graduação, na perspectiva de reorientação da formação para o SUS; j) Discutir novos desenhos para o programa em áreas estratégicas: saúde mental, saúde indígena, doenças raras e outros; k) Ampliar a indexação de conteúdos educacionais no repositório institucional do Programa Telessaúde Brasil Redes.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À PESSOA COM RISCO DE SUICÍDIO NA REGIÃO DE SAÚDE DE SOBRAL/CE: TECENDO CONCEITOS, CUIDADO E SOLIDARIEDADE EM SAÚDE MENTAL

Adriana Melo de Farias, Rafael dos Santos da Silva, Zzy Maria Rabelo Câmara, José Reginaldo Pinto, Thallynne Rosendo da Costa, Mayara Carneiro Alves Pereira

Palavras-chave: Rede psicossocial, suicídio, gestão em saúde

APRESENTAÇÃO: Este trabalho tem como objetivo principal apresentar um relato de experiência na área da gestão em saúde da rede psicossocial de cuidados

à pessoa com risco de suicídio na região de saúde de Sobral/CE. O interesse por articular uma rede de cuidados surgiu após observar a inexistência de políticas públicas municipais e regionais voltadas para a temática em estudo, bem como se pode observar, através da revisão de prontuários no Hospital Regional Norte e das fichas de notificações dos casos de tentativa e suicídio encaminhadas pelos Hospitais Santa Casa de Misericórdia de Sobral e Dr^o Estevam, a existência de 97 casos de tentativa de suicídio que deram entrada nas emergências da região, entre os anos de 2014 e outubro de 2015. Este levantamento epidemiológico realizado pela equipe técnica da 11^a Coordenadoria Regional de Saúde de Sobral/CE (CRES) juntamente com os residentes de saúde coletiva da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (ESP-CE), objetivou a coleta de informações que possibilitasse traçar o perfil epidemiológico das pessoas com risco de suicídio residentes na região de saúde de Sobral, composta por 24 municípios e que atualmente conta com 629.957 habitantes. DESENVOLVIMENTO: Os dados coletados referentes aos 97 casos notificados, permitiram preliminarmente identificar o perfil das pessoas com risco de suicídio, revelando a incidência de tentativa de suicídio entre 53,61 % de pacientes do sexo feminino e 46,39 % masculino, compreendidos em sua maioria nas faixas etárias de 18 a 24 anos, 29,90%; entre 30 a 50 anos, 24,74%; entre 12 a 17 anos foram 19,59% e entre 50 a 65 anos, 7,22%. A incidência de tentativas de suicídio entremulheres e mulheres jovens tem se revelado de forma expressiva nesse estudo, assim como nos estudos de Rapeli (2003), Gaspari (2002) e Feijó (1999), realizados, respectivamente, em São Paulo, Campinas e Porto Alegre. Quanto a ocupação 18,56 % são estudantes, 12,37% estão empregados e 9,28% são agricultores. Nos aspectos referentes ao tipo de agravo,

89,69% foram tentativas e 11,31% das fichas de notificação nada constam acerca do encaminhamento e desfecho do caso. Dessas notificações, 50,52% dos pacientes fizeram uso de medicações (antidepressivos e ansiolíticos), 32,99% utilizaram como meio de extermínio o envenenamento, sendo os conflitos familiares e separação amorosa, 49,48% conflitos com pacientes com transtorno psiquiátrico, 12,37% os principais motivos relatados que geraram a tentativa de suicídio. Desse modo, analisando esse grave problema de saúde pública que se configura nos territórios assistidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), dos Núcleos de Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), optou-se por articular, junto a rede de atenção psicossocial dos 24 municípios da região de saúde, ações e estratégias de suporte e cuidados em saúde mental para pacientes com risco de suicídio. Para isso, o locus de debate e reflexão ocorreu, inicialmente, junto à Comissão Intergestora Regional (CIR), secretários municipais de saúde, através de uma gestão compartilhada e solidária, se propuseram a elaborar o plano de ação da rede de atenção psicossocial da região de saúde de Sobral, cujos pontos de atenção sediados pelos municípios (CAPS, Unidade de Acolhimento, leitos psicossociais, CAPS AD, UBS, NASF, etc.), apresentariam como prioridade atender os portadores de transtorno mental grave, ressaltando nessa articulação entre serviços e profissionais da saúde mental a importância de promover o cuidado integral dos usuários, priorizando os princípios éticos de valorização da saúde mental e da vida. Assim sendo, após a elaboração do plano de ação regional e de aprovação na Comissão Intergestora Regional/CE e Comissão Intergestora Bipartite/CE, cada município junto aos seus pontos de atenção da rede, elaborou um plano de ação local de prevenção ao suicídio, incluindo o perfil

epidemiológico, estratégias de identificação e acompanhamento - através de projetos terapêuticos singulares de pacientes com risco de suicídio e de ações intersetoriais - além de ações sociais de mobilização e informação às populações sobre a temática, conjuntamente, com as diversas categorias profissionais e com os diversos setores governamentais e não-governamentais. A rede de atenção psicossocial da região é composta por 10 CAPS, sendo três CAPS II, 06 CAPS tipo I e um CAPS Álcool e Drogas. Conta, ainda, com Residência Terapêutica, Comunidades Terapêuticas, Unidades Básicas de Saúde e leitos hospitalares em Hospital Geral que articulam protocolos clínicos e de referência e contra-referência entre os diversos serviços de saúde, tendo como porta de entrada a atenção básica. No que concerne a coordenadoria regional de saúde coube a tarefa de fomentar junto aos hospitais estratégicos à notificação compulsória dos casos de tentativa e suicídio, o preenchimento da ficha de notificação, elaborada pela rede de atenção integral do município de Sobral, que através da portaria municipal 107/2007 instituiu a obrigatoriedade da notificação nos hospitais gerais existentes no município de Sobral, cujo fluxo de encaminhamento das fichas se dá dos Hospitais Gerais para a CRES/Sobral e desta para os pontos de atenção da rede na região, no prazo máximo de 72 horas, após a entrada do paciente nos serviços de emergência. Além disso, a 11^a Coordenadoria Regional de Saúde de Sobral presta assessoria técnica, acompanhando os planos de ação dos vinte e quatro municípios da região, assim como administra um banco de dados e disponibilizar trimestralmente o boletim epidemiológico dos casos de tentativa e suicídio existentes na região, cujas informações coletadas podem subsidiar as estratégias municipais de saúde mental junto às populações, prevenindo o suicídio e promovendo ações de valorização

da vida junto às comunidades. Ressalta-se, também, que cada município conta com um técnico de referência na área da gestão para organizar localmente junto aos serviços de saúde, de forma interdisciplinar e intersetorial, as ações de busca ativa, visita domiciliar e cuidados psicossociais, quando necessário, ao paciente com risco de suicídio. RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS: Assim sendo, como resultado dessas articulações e ações desenvolvidas na região estamos formalizando e divulgando a nível regional o boletim epidemiológico dos dados coletados da ficha de notificação aos gestores municipais e profissionais de saúde. Oportunizando a criação de um banco de dados sobre a temática que nos permite fomentar pesquisas e estudos nas diversas áreas da saúde de forma a garantir uma melhor atenção psicossocial as populações com risco de suicídio, como também, poderá subsidiar propostas de educação permanente para os profissionais de saúde de forma mais coerente e adequada à realidade da saúde mental das populações. Acredita-se poder impulsionar e valorizar a implantação de políticas públicas em saúde mental que fortaleçam as ações integradas dos serviços de saúde da atenção primária, secundária e terciária no enfrentamento desse agravo à saúde coletiva.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: MEDIAÇÃO DE CONFLITO NA SAÚDE

Suzana Nussemeyer da Rosa, Aline Zeller Branchi

Palavras-chave: mediação, negociação, equipes

O interesse pela mediação surgiu devido às necessidades vivenciadas durante o cotidiano das relações de trabalho, tanto quanto aos conflitos e ou outros problemas que aí emergem, onde exigem análises

e debates. A referência técnica do RH (recursos Humanos) no Grupo Hospitalar Conceição passou a ser uma articuladora da política institucional de gestão de pessoas, dando suporte nos processos de trabalho. A GTED foi procurada pelas fisioterapeutas da Medicina Interna porque as mesmas não conseguiam realizar diálogo com os fisioterapeutas da UTI, para saber da evolução de um paciente e gostariam que eu mediasse uma conversa para tratar do assunto. Procurei ouvir as partes envolvidas direta e indiretamente, pois há diversos aspectos práticos que favorecem negociações de conflito. A ideia foi de concentrar o foco nos aspectos práticos e tornar a negociação bem-sucedida. A mediação propõe uma mudança de paradigma no intuito de resolver os conflitos dentro e fora das equipes e a busca de respostas para problemas que impedem o trabalho em rede nas equipes que são vivenciadas e que exigem análises e debates, motivando a busca de respostas.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: PROCESSO DE TRANSIÇÃO DO AMA E IMPLANTAÇÃO DA UBS INTEGRADA JD. CAMPINAS – RESGATE DO MODELO TRADICIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Adriano Maiolini, Armênia Gonçalves, Paulo Fernando Capucci, Bruna Pedroso Canever

Palavras-chave: AMA, UBSI, Reorganização de Modelo de Atenção

O serviço de Atendimento Médico-Ambulatorial (AMA) do Jardim Campinas, situado no município de São Paulo, na região da Supervisão Técnica de Saúde (STS) de Parelheiros, em funcionamento desde 24 de agosto de 2005, é uma unidade de Atenção Básica (AB) caracterizada como porta de entrada para atendimento de urgência e emergência clínico e pediátrico.

O serviço do AMA, gerenciado por uma organização social de saúde (OSS) funciona integrado a uma UBS tradicional, gerida pela administração direta, com serviços e CNES distintos, cuja área de abrangência possui uma população de aproximadamente 27 mil usuários. Por ser uma unidade de fácil acesso, próxima a um grande terminal de ônibus e divisa com a região da STS Capela do Socorro, possuía uma demanda diária considerável de atendimentos de urgência e de casos agudizados, principalmente, de usuários de 8 (oito) unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) da região vizinha. Em 2015, com as propostas das novas diretrizes (Fortalecendo a Atenção Básica no Município de São Paulo), o governo definiu a transformação de algumas AMA do município para adequação como Unidades Básicas de Saúde Integrais (UBSI) que resgatariam, de certa forma, o modelo de Atenção Básica Tradicional e, o AMA do Jd. Campinas foi um dos serviços escolhidos. A diretriz trouxe e norteou algumas propostas como a unificação das duas unidades (CNES e gerencia), integração da recepção das unidades, a implantação da chamada Recepção Técnica Acolhedora (RTA) realizada por profissionais de nível superior, a manutenção de um Núcleo de Pronto Atendimento (NPA) para o período de transição de modelo, o agendamento de consultas para os médicos plantonistas do AMA que antes atendiam somente a demanda espontânea, dentre outros. A Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Sul, responsável pelas respectivas regiões das STS, conjuntamente com a Organização Social de Saúde (OSS) parceira e a Escola Técnica de Saúde (ETSUS), iniciaram o processo de planejamento pleiteando a implantação e transformação do modelo de atenção. Para isso, realizou-se uma série de estudos e oficinas com os profissionais e gerentes das unidades que mais referenciavam para o serviço do AMA/UBS Jd. Campinas, dentre

elas: UBS Chácara do Conde, Chácara do Sol, Chácara Santo Amaro, UBS Mirna, UBS Novo Horizonte, UBS Três Corações, UBS Varginha e UBS Vila Natal. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência do processo de transição do AMA e implantação da UBS integrada Jd. Campinas. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** No mês de maio de 2015, aconteceram 06 oficinas, com 49 profissionais dos serviços citados que teve por objetivo a discussão das propostas da diretriz e modelo de AB que seria resgatado com a implantação da UBSI e o que acarretaria para os serviços de entorno, ou seja, os casos agudizados e crônicos, sem risco de vida, seriam referenciados e deveriam ser acolhidos pelas suas unidades de origem de forma gradativa. Após a realização das oficinas, os gerentes das unidades e os profissionais participantes da capacitação fariam um processo de sensibilização/multiplicação com os outros profissionais que não puderam participar dos encontros, pois as referidas unidades começariam a atender a sua demanda de referência, antes realizada pelo AMA. Os profissionais enfermeiros passaram por uma capacitação específica sobre os protocolos utilizados na AB e outras rotinas como vacinação, realização de consulta e Papanicolau, programações diferentes das realizadas por um serviço de AMA, dentre outras. Os profissionais médicos, que não aceitaram trabalhar com a proposta de consulta agendada, poderiam escolher outras unidades da rede com mesmo perfil do AMA para atuação. Frente a este processo de reorganização de modelo de atenção está a RTA e profissionais enfermeiros que deixaram o modelo de triagem de risco proposto no serviço de urgência, para uma escuta qualificada com embasamento dos protocolos de enfermagem e, assim, os atendimentos dos casos graves resolvidos pelo NPA e os casos sem gravidade (usuários pertencentes à área de abrangência da

unidade), serão realizadas o agendamento de consulta médica. Os usuários que não apresentarem nenhum risco iminente devida, provenientes de outros serviços da AB, serão atendidos na RTA e referenciados para as suas unidades de origem, mediante contato telefônico, guia de encaminhamento e enviado via e-mail (relação dos usuários atendidos no serviço) para ciência dos gerentes e equipes que, terão qualificar e reestruturar os seus processos internos que visam a corresponsabilização, acolhimento e vinculação de seus usuários. **RESULTADOS:** Abaixo, a tabela 1 apresenta os dados dos números de atendimentos médicos realizados pelo serviço do AMA Jd. Campinas nos três meses anteriores ao processo de implantação do serviço para UBSI: Abaixo, a tabela 2 apresenta os números de atendimentos médicos realizados desde o dia 20 de julho, período ao qual unidade do AMA passou a funcionar como UBSI: Abaixo, a tabela 3 que demonstra o comparativo das unidades de saúde que mais referenciavam para o serviço do AMA nos três primeiros meses anteriores e, a posição atual, após a implantação da UBSI. Obs.: No mês de abril os dados estatísticos foram computados a partir do dia 14/04/2015. Diante dos dados apresentados na tabela 1, que representa o período da transição de modelo, oficinas e reuniões de sensibilização com os representantes das unidades que mais demandavam para o serviço do AMA: constata-se uma diminuição gradativa dos usuários atendidos no serviço entre o período de abril a julho, o que pode representar que as unidades da região envolvidas, trabalharam a questão da vinculação e acolhimentos dos usuários que procuravam pelo serviço do AMA Jd. Campinas. A tabela 2, demonstra a efetivação do trabalho realizado pela RTA e NPA da UBSI, a diminuição da demanda atendida, proporcionada pela atuação dos enfermeiros, atendimentos médicos frente

a RTA (paciente de risco) e a demanda agendada para atendimento (pacientes sem risco). E por fim (tabela 3), a diminuição da demanda de atendimentos de usuários por respectivas unidades de saúde que trabalharam o processo de acolhimento organizado por meio de encaminhamentos da UBSI (impresso, telefone, e-mail), ou seja, readequação deste processo: responsabilização pela própria demanda espontânea, vinculação de seus usuários ao serviço e mesmo o agendamento de consultas médicas e de enfermagem, dentre outros. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir do relato citado, é evidente que a proposta de ampliar o acesso com qualidade, organizado por meio da implementação da UBS Integral, é uma proposta de enfrentamento aos problemas de saúde do território e à diversidade das condições de uso, é uma forma de trabalhar a adesão, integrando a atividade programática com o atendimento não agendado e rompendo a segmentação/fragmentação da situação UBS-AMA. É apostar na melhoria da qualidade da assistência da população, substituindo um modelo de atendimento as demandas agudas, por um modelo de cuidado longitudinal, além de trabalhar a rede, pois cada unidade/profissionais envolvidos no processo são corresponsáveis pela organização e atendimento de suas próprias demandas. A atuação em prol da promoção da saúde de forma sistemática e respeito com a comunidade, pois o serviço atende as pessoas de forma integral, com ação multidisciplinar resolvendo problemas e possibilitando a continuidade do cuidado com os outros pontos de atenção da rede.

SAÚDE MENTAL NO TRABALHO: O GRUPO COMO ALTERNATIVA

Jorge Miguel Soares Rodrigues, Nauristela Ferreira Paniago Damasceno, Cecília Freitas

Martins, Cristiane Domingos, Adriana Rochas de Carvalho Fruguli Moreira

Palavras-chave: Saúde mental, Saúde do trabalhador, Grupo

Apresentação: As mudanças nas formas de produção desenvolvem-se com implicações sociais relevantes no âmbito das relações do trabalho, gerando aumento das exigências mentais, incluindo os aspectos cognitivos, emocionais e psicossociais, em diversas ocupações (ROCHA, 2013). Segundo Guimarães (2013) essa conjuntura também fez com que a organização do trabalho e os fatores psicossociais do trabalho fossem foco de vários estudos, principalmente após os anos 60, os quais indicam que essas transformações, combinadas aos fatores individuais, podem gerar tensão, fadiga e esgotamento profissional, ou seja, fatores psicossociais implicando situações de sofrimento e adoecimento relacionado ao trabalho. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é relatar o desenvolvimento e os resultados parciais de uma atividade com foco na saúde mental do trabalhador, realizada com grupos de profissionais de uma Instituição de Ensino Superior (IES). MÉTODO: A atividade aqui relatada foi realizada em IES pública que possui várias Unidades Universitárias (UU), abrangendo 15 municípios do mesmo estado. Nessa estrutura multicampi um dos desafios para a gestão de pessoas é a distância entre as UU e a sede. Atuam na IES, aproximadamente, 1300 trabalhadores entre efetivos, contratados e terceirizados. Considerando a solicitação dos próprios trabalhadores e/ou gestores das UU a atividade em grupo foi planejada, por equipe de profissionais vinculada à gestão de pessoas, com o objetivo de proporcionar a troca de conhecimentos, vivências e sentimentos a respeito do trabalho e suas particularidades, de modo a contribuir com as relações

socioprofissionais. O trabalho fundamentou-se nos grupos operativos de reflexão, que trabalham as seguintes funções egóicas: percepção, pensamento, conhecimento e comunicação, conforme proposta de Zimerman (2000). A vivência do coletivo, proporcionada pelos grupos de reflexão com as equipes de trabalho, contribui ainda para o resgate da solidariedade e da cooperação entre os trabalhadores, atualmente fragilizadas pelas formas de gestão, além de oferecer suporte às dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos trabalhadores (BIANCHESSI et al, 2014). Os encontros iniciaram-se em julho de 2014 e para sua operacionalização, primeiramente, foi realizada divulgação prévia da data, horário, local e objetivos, com intermédio dos gestores de cada UU. Os encontros foram realizados em espaços da IES, em horário comercial, com duração estimada de 1h e 40min. Foram abertos a todos os profissionais que atuam em cada UU, com participação voluntária. No planejamento do primeiro encontro, foram selecionadas atividades vivenciais e/ou dinâmicas de grupo, como disparadores da discussão. Dessa forma, foi proporcionado um espaço de fala coletiva e escuta sobre o trabalho, suas relações. A observação e a própria discussão dos grupos foi subsidiando o planejamento dos próximos encontros, a partir de temas comuns ao cotidiano das equipes. Além disso, sempre foram inseridos disparadores que promovessem a troca de experiências e conhecimentos entre os trabalhadores. Nas situações em que foi solicitada ou identificada a necessidade de intervenção individual, essa foi realizada em espaço reservado, na própria IES, além de verificada a pertinência de encaminhamento específico - psicoterapia, visita social, etc. Os encontros foram registrados, por escrito, a partir dos principais itens abordados pelos grupos, como objetivo de levantar as facilidades/dificuldades indicadas pelos

participantes, em relação ao trabalho, possibilitando subsídios para outras intervenções ou encaminhamentos. Resultados e Discussões De julho a dezembro de 2014 foram realizados 6 encontros mensais dos quais participaram, em média, 45 trabalhadores de 4 UU. Em algumas unidades a participação dos trabalhadores foi mais expressiva e em todas elas observou-se maior frequência de trabalhadores da área administrativa do que docentes. Além disso, os gestores das UU, apesar de apoiarem e solicitarem a atividade, não participaram da maioria dos encontros. Constatou-se que, em determinados casos, a própria organização do trabalho dificulta a participação de alguns trabalhadores; ainda assim, considera-se que é relevante encontrar formas para promover a integração de outros membros aos grupos, no próximo ciclo da atividade. Contudo, entre os participantes dos grupos, notou-se uma evolução na abertura dos trabalhadores para a troca de conhecimentos e experiências, estreitando as relações interpessoais no trabalho. Esse processo grupal que privilegia o diálogo e a troca, sem distinções hierárquicas ou de categorias profissionais, também possibilitou uma aproximação entre os participantes e mostrou-se como um relevante meio de aprimorar o contato entre os profissionais, facilitando o reconhecimento das diferenças, semelhanças, pontos fortes e dificuldades individuais e do grupo. As discussões dos grupos também abordaram a importância do autoconhecimento e do potencial de impacto das características individuais no ambiente de trabalho, nas relações com os colegas e com o público externo. Nesse ponto, observou-se a necessidade de investir em aprimoramento dos gestores, visto que situações que implicam no funcionamento da instituição e no clima organizacional – como os processos de comunicação formal interna e externa, a

integração de novos servidores, a gestão de pessoas e de conflitos – requerem habilidades e conhecimentos gerenciais que podem ser desenvolvidos ou aprimorados em capacitações específicas. Os trabalhadores também discutiram sobre suas dificuldades em relação às condições de trabalho tanto no que se refere às particularidades da UU como as que consideram decorrentes do distanciamento da sede administrativa da IES. Foram observados conflitos entre as categorias profissionais e também com os gestores, bem como dificuldades quanto à forma como é organizado o trabalho. Além disso, foram discutidas questões relativas à remuneração, benefícios e a necessidade de investimento da IES em atividades pertinentes ao desenvolvimento, à saúde e à qualidade de vida dos trabalhadores. Em dezembro de 2014, foi realizada uma avaliação, por escrito, dos encontros com os trabalhadores, para apontar as percepções dos mesmos acerca das atividades realizadas no semestre. O impacto na reflexão sobre o trabalho foi o ponto mais destacado na avaliação e relacionou-se com a percepção do papel de cada um na instituição e na melhoria das relações no trabalho, com vistas ao bem-estar dos trabalhadores, à qualidade do serviço oferecido à comunidade e à profissionalização do serviço público. Outro aspecto citado nas avaliações foi a necessidade de maior aproximação da sede com as UU, integrando o trabalho de forma a unificar a gestão de pessoas, promovendo a construção da identidade dos trabalhadores. Dessa forma, os trabalhadores reconheceram a relevância da atividade e formalizaram o interesse por sua continuidade. Destaque-se que como a atividade foi direcionada aos trabalhadores que atuam fora da sede, ela possibilitou ainda a coleta de elementos singulares de cada UU que podem subsidiar futuras intervenções relacionadas à gestão de

pessoas e à saúde do trabalhador, com foco nas demandas identificadas no processo dialógico dos grupos e na observação. Considerações Finais A realização dos encontros coletivos possibilitou discussões sobre a forma como se organiza o trabalho, sobre o sentido do trabalho e sobre como se constroem as relações entre os trabalhadores (entre si, com os gestores e entre as categorias profissionais) e suas atividades, mobilizando a percepção dos participantes sobre seu papel no mundo do trabalho, promovendo a responsabilização e a autonomia. Dessa forma, os grupos de reflexão mostraram-se como uma alternativa viável para a promoção de saúde mental dos trabalhadores, principalmente, no que se refere às relações de trabalho, uma vez que fomentam a empatia, a cooperação e a compreensão de atitudes e sentimentos que afloram no cotidiano profissional. Por conseguinte, espera-se que essa atividade possa ser ampliada a outras UU.

SEMANA MUNICIPAL EM DEFESA DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA DE SANTA MARIA-RS: A EXPERIÊNCIA DE CONSTRUÇÃO COLABORATIVA ENTRE GESTÃO PÚBLICA, UNIVERSIDADE E ORGANIZAÇÕES DE APOIO À PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Paula Cadore, Cristian Evandro Sehnem, Pricila Arrojo da Silva, Cristiane Wagner, Taísa Gomes Ferreira

Palavras-chave: Semana da Pessoa com Deficiência, direitos, sensibilização comunitária

Apresentação: No ano de 1964 foi sancionado o Decreto Federal nº 54.188, desde então, anualmente, entre os dias 21 e 28 de agosto, realizam-se ações para sensibilizar e conscientizar a sociedade

acerca da existência e dos direitos das pessoas com deficiência. (BRASIL, 1964). Em 1997, na cidade de Santa Maria, foi sancionada a Lei Municipal nº 4088, de 08 de setembro, que instituiu a Semana Municipal da Pessoa Portadora de Deficiência Física. (BRASIL, 1997). Para ampliar o público alvo e adequar a terminologia utilizada na referida legislação, em 2011 foi agregado ao período a Semana Municipal de Inclusão Social, por meio da Lei nº 5.557, de 23 de novembro de 2011. (SANTA MARIA, 2011). Neste mesmo ano foi criado o Conselho Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência de Santa Maria (COMDEPEDESMA) e, em 2013, a Frente Parlamentar em Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Santa Maria (FPPCD). De 21 à 29 de agosto de 2015, ocorreu a II Semana Municipal em Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência de Santa Maria (SMDPCD). Foi organizada pela gestão pública – FPPCD e Secretaria de Município da Educação de Santa Maria (SME/SM); por Instituições de Ensino Superior - Núcleo de Acessibilidade (NA) e Estágio Supervisionado em Saúde da Comunidade do Curso de Terapia Ocupacional (ESC/TO) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Universidade Luterana Brasileira (ULBRA); e por organizações de apoio à pessoas com deficiência (OAPCD) a partir do CONDEPEDESMA. Objetivou sensibilizar a comunidade e promover coletivamente o debate das necessidades, já que a cidade ainda carece de ações e serviços à pessoas com deficiência. Assim, pretende-se descrever a experiência da construção da II SMDPCD e sua repercussão a partir da ótica de estudantes, docentes e servidores da UFSM, que participaram a partir do ESC/TO e NA. Vale ressaltar, que serão debatidas apenas as atividades em que houve participação dos autores desse relato. Descrição da experiência A partir do tensionamento do ESC/TO e NA, a primeira reunião para a formação da comissão de

organizadora da II SMDPCD foi convocada pela FPPCD e contou com a participação do presidente do CONDEPEDESMA, ESC/TO e NA da UFSM, professor da ULBRA (também representava a SME/SM) e de 3 OAPCD. A Agenda Institucional para a Semana Nacional das Pessoas com Deficiência organizada pela UFSM foi utilizada como eixo condutor para a elaboração da II SMDPCD. As ideias para o evento foram debatidas e a proposta de programação foi aprovada. A programação completa da II SMDPCD foi composta por palestras presenciais e online, sessões de filmes com debates, mobilizações sociais com distribuição de materiais informativos e dinâmicas de sensibilização, apresentações de projetos realizados em prol deste público, reunião com a comunidade e evento na praça central do município. O ESC/TO além de apoiar as diferentes atividades dentro e fora do campus da UFSM elaborou uma reunião com diferentes atores sociais para a discussão dos direitos das pessoas com deficiências. Realizou-se uma roda de conversa coordenada pelos alunos do ESC/TO com o tema “direitos das pessoas com deficiência” na Câmara Municipal de Santa Maria. Participaram vereadores, assessores, lideranças comunitárias, acadêmicos e profissionais de saúde e de apoio ao emprego. Apesar de a ação ser realizada na região central da cidade (de maior acesso) não houve registro da participação de pessoas com deficiência, familiares e de OAPCD. Os alunos do ESC/TO buscaram promover uma relação horizontalizada entre os presentes permitindo que todos os envolvidos expusessem suas dúvidas, inquietações e sugestões. Foi uma ação potencializadora, já que propiciou pela primeira vez o encontro de diferentes pessoas que se dedicam à temática da deficiência. Reconheceu-se que para o desenvolvimento de ações efetivas, profissionais e gestores precisam identificar quem são as pessoas com deficiências e quais são suas necessidades.

Será organizado um grupo de trabalho misto (gestores e profissionais) para a organização e um inquérito municipal. A necessidade do inquérito corrobora com o exposto no Relatório nacional da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010. Sua efetivação poderá contribuir na identificação das pessoas com deficiência, identificando suas necessidades para a construção de estratégias de para a inclusão das pessoas com deficiência. Os objetivos da IISMDPCD corroboram como Relatório Nacional da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010, onde o se reconhece que ainda há muito a se melhorar, principalmente em relação às estatísticas, que poderão subsidiar o desenvolvimento e manutenção de políticas públicas (BRASIL, 2010). Avaliando as atividades promovidas na II SMDPCD foi possível identificar restrita participação da comunidade – inclusive de pessoas com deficiência. Isto evidencia limitações na participação e no acesso destas pessoas nos diferentes espaços da cidade. Todavia, se reconheceu necessidade de organizar a III SMDPCD com mais antecedência, em horários e espaços em que as pessoas com deficiência possam participar mais ativa e efetivamente. Impactos A II SMDPCD oportunizou um diálogo entre a comunidade, gestão pública, instituições e universidades, construindo assim coletivamente, o controle social na cidade, que pode apoiar gestores na construção e efetivação de políticas públicas e na garantia ao acesso à direitos. Ressalta-se a importância deste evento no município, diante a sensibilização que promove na comunidade, bem como a ampliação da visibilidade de questões relacionadas às pessoas com deficiência. A participação dos alunos do ESC/TO, na organização e na

execução do evento, foi uma ação singular e importante para formação, pois puderam estabelecer novos olhares sobre as pessoas com deficiência e a comunidade. Desse modo, proporcionou-se a vivência para a construção profissional além das técnicas, oportunizando uma formação política, gestonária e de qualidade, propulsora para formação de profissionais diferenciados, com experiências significativas capazes de formar e fortalecer redes de saúde, sociais, de vida e autonomia para as pessoas com deficiência. Considerações finais: A limitada participação das OAPCD e de pessoas com deficiência apontaram desafios e diretrizes para o trabalho da universidade: a sensibilização das instituições para a ampliação do acesso aos direitos e a efetivação da participação das pessoas com deficiência nos diferentes espaços da sociedade, com ênfase nos espaços do controle social. Também impactou positivamente para a construção da IISMDPCD, visto que, foi reconhecida a necessidade do evento ser construído com mais antecedência para contemplar questões relacionadas ao desejo e promover estratégias efetivas de acesso.

UM EXERCÍCIO DE APRENDIZAGEM: O CASO DA REVISÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE - PNPS

Vanessa de Almeida Guerra, Regiane Rezende, Dais Gonçalves Rocha, Kleber Rangel Silva, Raquel Rondow Bahia, Marco Akerman

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Política de Saúde

INTRODUÇÃO: A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, com o objetivo de apresentar a Promoção da Saúde como

uma perspectiva de ampliar o conceito de saúde considerando a determinação social do processo de saúde e doença. A PNPS traça objetivos, diretrizes e estratégias de implantação das práticas de Promoção da Saúde. Isso define as atribuições de cada esfera de gestão federal, estadual e municipal para a operacionalização das ações de Promoção da Saúde no âmbito do SUS. As mudanças ocorridas na sociedade nos últimos anos, e as consequências nas condições de saúde da população, apontam para a necessidade de rever a PNPS, a fim de se obter novos arranjos intersetoriais da gestão pública, novas perspectivas da cidadania ativa, de se aproximar mais do enfrentamento dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Além de criar um modelo de atenção à saúde mais resolutivo e de qualidade voltado à atenção integral e contribuir de fato para a redução das iniquidades. O objetivo deste trabalho é apresentar o relato da Oficina Sudeste como parte do processo de revisão da PNPS. **RELATO DA EXPERIÊNCIA:** A Oficina é uma das abordagens da metodologia utilizada na revisão da PNPS intitulada Múltiplos Movimentos Simultâneos, que reforça o papel regional através da elaboração de uma matriz analítica que sistematiza os resultados da região Sudeste contendo os seguintes eixos: objetivos, princípios, diretrizes, temas e ações. A Oficina Sudeste contou com a participação de pesquisadores, gestores, técnicos, professores e alunos de graduação e pós-graduação, contemplando todos os estados da região sudeste do Brasil. Em cada Oficina foram representados diferentes segmentos da implementação da Promoção da Saúde no SUS. O caminho metodológico das oficinas regionais percorreram os seguintes momentos: 1- Identificação das práticas dos participantes de acordo com as Diretrizes da PNPS; 2- Identificação dos Valores; 3- Reconstrução/Validação dos Eixos Operativos; 4- Apresentação

do Balanço da PNPS; 5- Identificação dos Temas que emergem das práticas; 6- Seleção dos temas prioritários para a Região; 7- Seleção dos Eixos Operativos prioritários para cada tema; 8- Retomada do Modelo de Referência com a inserção dos resultados dos trabalhos (Valores, Temas e Eixos Operativos); 9- Reflexões sobre a governabilidade do setor saúde e seu papel como indutor na implementação da PNPS; 10- Estabelecimento da Rede de Compromissos. **DISCUSSÃO:** Utilizou-se da análise documental dos relatórios produzidos durante o processo de revisão da PNPS, leitura de artigos e notas de observação dos autores referentes às oficinas de sistematização. Os participantes da oficina, conforme o Modelo de Referência para as Oficinas trabalharam três novos itens: os valores, os eixos operacionais e os temas emergentes. Todos por meio da atividade de identificação das ações locais de Promoção da Saúde. Ficou definido que os valores, compreendidos como aquilo que é pétreo, ou seja, que não se abre mão, são caros à Promoção da Saúde, e que sem os quais não se pode dizer que se está fazendo Promoção da Saúde, pelo grupo eram: Horizontabilidade, Cultura, Coerência, Holismo, Emancipação, Resiliência, Territorialidade Interdisciplinaridade, Humanização, Cidadania, Co-gestão, Advocacy, Integralidade, Equidade, Ética, Inclusão, Transparência, Corresponsabilidade, Intersetorialidade, Desenvolvimento social, Valorização dos saberes e práticas, Alteridade, Sustentabilidade, Subjetividade, Diversidade, Autonomia, Criatividade, Empoderamento, Colaboração, Participação e Justiça social. Os eixos operacionais como: I-Vigilância, Avaliação e Monitoramento; II- Pesquisa, inovação e conhecimento; III- Gestão, Regulação & Controle; IV- Formação para a Promoção a Saúde; V- Articulação Intersetorial; VI- Trabalhar

com a comunidade / territorialização; VII- Participação e Controle Social; VIII- Promoção da Saúde nas Redes de Atenção; IX- Financiamento; X- Comunicação e Mídia; XI-(Auto) Cuidado para a Promoção da Saúde. E os temas transversais discutidos na oficina foram: Alimentação saudável, saúde urbana, práticas corporais, saúde mental e cultura de paz, saúde bucal, saneamento, saúde do trabalhador, redução de danos, prática de cuidado, sexualidade, ciclos de vida, vulnerabilidades, meio ambiente, populações em situação de vulnerabilidade, gênero, atividade física, lazer, saúde rural, pessoas com necessidades especiais, desenvolvimento local e prevenção da violência e acidentes, sendo os três primeiros os mais votados e, portanto os que foram avaliados a partir da priorização dos eixos operativos. Esta atividade teve como propósito demonstrar a lógica e a coerência do processo proposto para revisão da PNPS durante as oficinas regionais, e como o marco de referência faz a integração e a validação de todos os passos metodológicos da oficina. Os temas selecionados e suas respectivas ações a serem planejadas e implementadas precisam seguir os eixos operativos, contemplar e respeitar os valores, fortalecer as diretrizes da PNPS e terem como compromisso a transformação da realidade, por meio da atuação nos fatores condicionantes e determinantes sociais de saúde. Ao final, foi realizada uma atividade intitulada Rede de Compromissos, em que foram distribuídos cartões postais da região sudeste, e cada participante redigiu uma mensagem com o objetivo de selar o seu compromisso com o Comitê Gestor da PNPS, a fim de levar adiante o sentimento e os resultados advindos da oficina, e futuramente, da nova PNPS. **CONCLUSÃO:** Os resultados da Oficina Regional Sudeste contribuíram para a composição da revisão da PNPS, na medida em que apresentaram particularidades advindas do mundo do

trabalho dos diversos atores envolvidos em seus respectivos espaços de prática e implementação de ações de Promoção da Saúde. Ao considerar e respeitar o perfil de seus participantes, a oficina regional possibilitou a discussão democrática que contribuiu para o processo de revisão da Política que foi construído por meio do exercício de uma escuta participativa que contempla os princípios e valores da Promoção da Saúde no processo de sua construção. Foi possível perceber que a intersetorialidade é uma questão fortemente compreendida, porém há muita dificuldade para a sua operacionalização, em termos técnicos, na falta de instrumentos, quanto para a questão política em disputa de poderes. Já a governabilidade do setor saúde foi em relação ao seu papel indutor na implementação da PNPS. A metodologia desenvolvida na oficina aponta para a possibilidade de replicar essa metodologia em diferentes dimensões, nos âmbitos estadual, municipal, distrital e local, como foi afirmado que a participação é um processo relacional que pode criar a identidade coletiva de um grupo, uma vez que promove a reflexividade da ação social. Os atores coletivos são criados no curso das atividades, bem como a identidade coletiva é construída e negociada pela ativação de relacionamentos sociais que conectam os membros de um grupo ou movimento. É proporcionando reflexões que se pode tornar viva a nova PNPS.

Eixo Rotas Críticas - resumo simples

Trabalhos de Pesquisa

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA, E O APOIO MATRICIAL NO ATENDIMENTO DAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Jony Alberto Correia

Palavras-chave: Modelos de Atenção em Saúde, Violências, Integralidade do cuidado em Saúde

Nas últimas décadas, novas tecnologias para o SUS passaram a ser incorporadas em todos os níveis da Atenção em Saúde. Estas “tecnologias” não são apenas os insumos tecnológicos científicos, os equipamentos da “tecnologia dura”, mas também as novas ferramentas voltada para a qualificação com vistas à integralidade do atendimento. Os desafios decorrentes destas novas ferramentas, no entanto, são justamente fomentar essas transformações das práticas, e conseqüentemente da práxis em saúde. Estas tecnologias leves precisam ser operacionalizáveis nos territórios, avançando aquém do campo das ideias para se tornarem permeáveis na ação profissional. Aumentar o escopo, o nível de resolutividade e a integralidade da Atenção não são processos automáticos! Logo, a engrenagem destas novas tecnologias leves parecem mais complexas que a dos insumos das tecnologias duras, pois dependem essencialmente do entrosamento de diferentes dispositivos, da qualificação teórica-metodológica, técnico-operativa e ético-política dos atores envolvidos, e,

de um processo de gestão do trabalho norteado para a integralidade do cuidado e corresponsabilização das demandas existentes nos territórios. Nesse sentido, o trabalho apresentado discorre por meio de abordagens críticas e propositivas, a interdisciplinaridade e a ampliação do escopo na Atenção Básica associada às ferramentas tecnológicas na gestão dos processos de trabalho do NASF – o Apoio Matricial, a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular e o Projeto de Saúde no Território. Seguidamente, por meio de relatos de ação, problematiza-se interlocuções e engendramentos do Assistente Social do NASF, junto às equipes de ESF. Assim, no trabalho de especialização apresentado relata-se como, por meio da ferramenta do apoio matricial junto às equipes de ESF o Assistente Social/NASF pode desencadear o fomento da dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial, resultando na qualificação das equipes de ESF para os atendimentos, manejos e encaminhamentos das situações de violências tendo a Atenção Básica em Saúde como porta de entrada, alcançando efetivas transformações nas práticas em saúde por meio de processos de Educação Permanente. **Metodologia:** Adotou-se o método de análise dialético/dialógico e pesquisa bibliográfica no embasamento teórico deste trabalho. A definição da necessidade e elaboração do plano de ação, na intervenção do Serviço Social do NASF, teve como aporte teórico o conhecimento obtido durante o curso de especialização em Saúde da Família. **Resultados:** Identificou-se recorrentes acionamentos ao Serviço Social do NASF/Palhoça, por parte das equipes de ESF, para o atendimento direto, encaminhamentos e notificações das situações de violências. A alta prevalência destes acionamentos traduziam uma aparente compreensão diminuta das possibilidades do NASF, como também expressavam um relativo

desconhecimento sobre as diversas tipologias e expressões das violências. A partir dos processos de matriciamento desenvolvidos pelo Assistente Social/NASF, as equipes de Saúde da Família passaram a adotar práticas transversais de vigilância em saúde, culminando com o aumento de 103% das notificações de violência na Atenção Básica (em Palhoça) tornando-se possível compreender a dimensão epidemiológica dos agravos das violências nos territórios sanitários do município e qualificando os trabalhadores das equipes de ESF para os atendimentos e encaminhamentos dos agravos das violências acolhidos na Atenção Básica.

BARREIRAS NO ACESSO À SAÚDE PARA TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: UM ESTUDO DE SÍNTESE

Andre Luis Melo dos Santos, Maria Inês Costa Dourado

Palavras-chave: transgênero, saúde, acesso, barreiras

Mundialmente, travestis e transexuais são consideradas sujeitos desviantes das normas pré-estabelecidas de sexo e gênero pelo poder biomédico e vivenciam diversas limitações no que tange a sua liberdade individual e os direitos sociais, como educação e saúde. Especificamente neste campo, é responsabilidade do Sistema Único de Saúde oportunizar, de forma universal e integral, assistência, prevenção e promoção em saúde a toda a população brasileira. Dessa forma, é fundamental questionar as barreiras que são impostas ao público trans no acesso aos serviços e ações em saúde, uma vez que as instituições desse setor reverberam estigmas e normas patologizantes, potencializando situações de vulnerabilidade. Desse modo, este trabalho objetiva investigar e analisar as produções científicas sobre barreiras no

acesso aos serviços de saúde por sujeitos travestis e transexuais. O trabalho está sendo desenvolvido através de revisão narrativa da literatura em bases de dados indexadas como PubMed, Scopus, Web of Science, BVS e Scielo. A partir dessa busca foram encontrados ao todo 32 trabalhos, dos quais 44% (n=14) foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão. Atualmente a pesquisa encontra-se na fase de análise da literatura revisada. Preliminarmente, foi possível identificar que as barreiras presentes nos processos de acesso à saúde pelas pessoas trans figuram entre a dificuldade em assumir sua identidade de gênero, barreiras estruturais, barreiras financeiras e uma série de variáveis na relação com profissionais de saúde. Assim, espera-se que o trabalho possa contribuir para a produção científica que problematize o acesso aos serviços de saúde no Brasil, em especial sobre as barreiras vivenciadas pelos sujeitos trans nesse processo. Ademais, a revisão da literatura sobre esse tema poderá propor estratégias de minimizar, no âmbito dos sistemas de saúde, as diversas limitações que impelem o acesso dos sujeitos LGBT, em especial o público trans, aos serviços e ações em saúde.

COMPREENSÃO DE GÊNERO POR PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Anderson Reis de Sousa, Adrielly Rocha Barbosa Gonçalves, Alvaro Pereira, Emanuela Márcia de Freitas Oliveira, Tilson Nunes Mota, Adilson Ribeiro dos Santos, Jules Ramon Brito Teixeira, João Sérgio Santos Caldeira

Palavras-chave: Gênero, Enfermagem, Saúde da Mulher

APRESENTAÇÃO: As questões de gênero são

consideradas elementos construídos social e historicamente, sendo constitutivos das relações sociais entre homens e mulheres. Assim, as políticas públicas para as mulheres têm abordado gênero como pressuposto fundamental na atenção ao público feminino. Este estudo tem como objetivo analisar como a equipe de enfermagem compreende a temática de gênero no cotidiano de uma unidade de emergência hospitalar. DESENVOLVIMENTO: Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado no setor da emergência de um hospital público de uma metrópole do Estado da Bahia. Dos campos da emergência que compuseram o estudo estão: Sala Vermelha, Pronto Atendimento Cirúrgico, Sala de Triagem, Pronto Atendimento Feminino e Pronto Atendimento Masculino. Participaram da pesquisa nove trabalhadoras de saúde que compõem a equipe de Enfermagem e atuavam no setor da emergência do campo de estudo, dentre elas, quatro enfermeiras e cinco técnicas de Enfermagem. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, combinando perguntas fechadas e abertas, possibilitando ao entrevistado discorrer livremente sobre a temática de gênero. Com o intuito de assegurar os preceitos éticos, após análise e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nobre de Feira de Santana, Bahia, sob o protocolo n. 42051315.1.0000.5654, solicitamos as participantes a leitura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e procedemos aos esclarecimentos pertinentes e, em seguida, o mesmo foi assinado em duas vias. RESULTADOS: Da análise de conteúdo temática categorial emergiram as seguintes categorias: Compreensão de gênero como uma construção social e Incompreensão a respeito da concepção de gênero. As participantes relatam e reforçam os papéis de ser homem e ser mulher na sociedade

atual, onde estão atreladas as construções históricas, culturais e patriarcais adjunto ao modelo sexista e biológico que são determinantes exclusivas nas concepções de gênero, no qual homem é homem por ter o órgão sexual masculino e mulher é mulher por ter o órgão sexual feminino, assim, cada um exerce seus papéis diante da sociedade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: No entanto, percebe-se a urgência de discussões na academia e no setor saúde da temática de gênero com vista à construção de competências para o desenvolvimento de uma assistência de qualidade ao seguimento feminino e masculino.

CONFLITOS CONJUGAIS: ELEMENTOS PRECIPITADORES E ESTRATÉGIAS DE RESOLUÇÃO

Luana Moura Campos, Nadirleone Pereira Gomes, Raquel de Alcântara, Jordana Brock Carneiro, Fernanda Matheus Estrela, Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão, Nadjane Rebouças Gomes, Telmara Menezes Couto

Palavras-chave: Violência contra a Mulher, Educação, Profissionais da saúde, Enfermagem, Políticas públicas

INTRODUÇÃO: A violência contra mulher, principalmente a que ocorre no âmbito das relações conjugais, pode trazer diversas repercussões para sua saúde. A fim de evitar tais situações, faz-se necessário compreender os fatores que precipitam conflitos conjugais. OBJETIVO: Identificar elementos que precipitem os conflitos conjugais, bem como estratégias para a resolução dos mesmos. MÉTODOS: Trata-se de um estudo de pesquisa-ação, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo 10 mulheres em processo por violência conjugal junto à 1^a Vara de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher de Salvador, Bahia, Brasil. Elegeu-

se grupo focal como técnica de coleta de dados. O estudo vincula-se ao projeto “Reeducação de homens e mulheres envolvidos em processo criminal: estratégia de enfrentamento da violência conjugal” financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB). Com o intuito de atender aos aspectos éticos da pesquisa, respeitou-se a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA através do parecer Nº 039699/2014. RESULTADOS: O estudo revelou que a infidelidade e o ciúme são os principais elementos que precipitam os conflitos conjugais. Como forma de enfrentamento, as mulheres mencionaram o diálogo e o término do relacionamento conjugal. Desprezar o cônjuge foi também apontado como estratégia para lidar com situações conflitantes. CONCLUSÃO: O estudo sinaliza estratégias de enfrentamento da violência na conjugalidade, as quais podem direcionar ações públicas que visem à mediação de conflitos conjugais. Estas podem ser implementadas por profissionais da saúde, da educação, do social, dentre outros.

CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Anderson Reis de Sousa, Adrielly Rocha Barbosa Gonçalves, Alvaro Pereira, Emanuela Márcia de Freitas Oliveira, Tilson Nunes Mota, Adilson Ribeiro dos Santos, Bianka Sousa Martins da Silva, João Santos Caldeira

Palavras-chave: Violência contra mulher, Notificação, Saúde da mulher

APRESENTAÇÃO: A violência doméstica e familiar contra a mulher é definida pela Lei Maria da Penha enquanto qualquer

ação baseada na desigualdade de gênero que cause à mulher danos físicos, sexuais, psicológicos, morais ou patrimoniais, podendo inclusive levá-la a morte. Este estudo tem como objetivo identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de emergência hospitalar sobre a notificação compulsória da violência contra a mulher. DESENVOLVIMENTO: Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado no setor da emergência de um hospital público de uma metrópole do Estado da Bahia. Dos campos da emergência que compuseram o estudo estão: Sala Vermelha, Pronto Atendimento Cirúrgico, Sala de Triagem, Pronto Atendimento Feminino e Pronto Atendimento Masculino. Participaram da pesquisa nove trabalhadoras de saúde que compõem a equipe de Enfermagem e atuavam no setor da emergência do campo de estudo, dentre elas, quatro enfermeiras e cinco técnicas de Enfermagem. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, combinando perguntas fechadas e abertas, possibilitando ao entrevistado discorrer livremente sobre a notificação da violência contra a mulher. RESULTADOS: Da análise de conteúdo temática categorial emergiram as seguintes categorias: importância da notificação; o não reconhecimento da violência doméstica como de notificação compulsória e o desconhecimento quanto ao fluxo da notificação. As entrevistadas compreendem a notificação da violência contra a mulher enquanto uma estratégia que possibilita o dimensionamento da problemática e a orientação de ações para seu enfrentamento. No entanto, as percepções equivocadas, desveladas nesse estudo, comprometem a realização da notificação do agravo e por consequência o favorecimento da subnotificação. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Nesse contexto, os achados sinalizam para a necessidade

de inserção da temática violência contra a mulher, durante a graduação e pós-graduação na área da saúde, a fim de melhor capacitar os profissionais para reconhecer o agravo e preencher adequadamente a ficha de notificação.

CULTURA DE PAZ EM SAÚDE MENTAL COMUNITÁRIA: CAMINHOS ALTERNATIVOS EM ROTAS CRÍTICAS DE VIOLÊNCIA

Pedro Marinho dos Santos Junior

Palavras-chave: Cultura de Paz, Saúde Mental, Violência

APRESENTAÇÃO: A pesquisa bibliográfica em questão estuda a cultura de paz nas ações de uma organização não governamental de saúde mental comunitária, como estratégia para lidar com a violência no território. Os agravos psicossociais da violência sobre a saúde mental da população é cada vez mais perceptível. METODOLOGIA: O estudo foi realizado com o objetivo de evidenciar a cultura de paz nas práticas do Movimento de Saúde Mental Comunitária, uma organização não governamental situada em Fortaleza, capital do Ceará. A instituição é campo de estudos e pesquisa para diversas Universidades de dentro e fora do Estado do Ceará, por causa de suas práticas inovadoras e inseridas em um bairro com índices elevados de violência. A instituição é um conjunto integrado de modalidades de atendimento em saúde mental e educação, composto por um CAPS geral, centros de qualificação para o trabalho, centros de arte educação e departamento para produção e execução de projetos no campo da saúde mental comunitária. Também é polo formador em Terapia Comunitária e desenvolveu a Tecnologia Social Abordagem Sistêmica Comunitária. Nas práticas desenvolvidas pela organização, o conceito de paz não

pode ser confundido com passividade. Ele é determinante para ações “[...] a disposição dos sujeitos, a compreensão dos problemas de violência e exige, por sua vez, um processo educacional que possa efetivar uma cultura de paz” (PAIM, 2011, p.1). Pensar a questão da paz na imersão diária dos conflitos mobiliza práticas sociais na valorização de sentimentos como “[...] respeito, dignidade, tolerância, para que, desse modo, se efetive a paz, a educação torne-se um meio indispensável na construção desta sociedade” (PAIM, 2011, p.5). Práticas presentes em uma roda de capoeira, em uma roda de terapia comunitária, na educação profissional por meio da formação humana e na arte educação. Em meio a um território onde a violência em suas diferentes matizes, acontece de forma diária. As ações do Movimento de Saúde Mental Comunitária em conjunto com outros movimentos sociais da região funcionam como práticas de resistência e oportunidades para a juventude da região experimentar outros modos de vida. Conforme Puig (1998), a abertura para o diálogo, sensibilidade e auto regulação são instrumentos que podem auxiliar no desenvolvimento pessoal. A inserção dos valores humanos, presentes nos trabalhos de Araújo, Puig e Arantes (2007), no ambiente educacional promove o pleno desenvolvimento do sujeito que pode pensar, decidir e refletir de forma crítica e solidária. Nos referenciais de Jares (2002), a educação para uma cultura de paz segue a cooperatividade no trabalho em grupo, como elemento didático no processo ensino aprendizagem. Para este autor, os benefícios de uma educação para a paz surgem quando do contato com metodologias problematizadoras no currículo que fazem surgir a percepção crítica da realidade para a intervenção e transformação. Exatamente por não ser ausência de conflito, a paz busca o desafio do processo de cooperação (MATOS 2007).

DESAFIOS DO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA PESSOA IDOSA PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Carla Carvalho Gonçalves, Isabel Rossiter Cardoso

Palavras-chave: maus-tratos ao idoso, idoso fragilizado, envelhecimento da população

O presente trabalho tem por objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a violência contra idosos com a proposta de localizar discussões sobre o assunto que direcionem para enfrentamento das dificuldades dos profissionais de saúde na abordagem aos casos suspeitos e estratégias de ações de enfrentamento. Com a pretensão de responder aos objetivos, foi realizada busca de artigos no acervo do portal de pesquisa da BVS, utilizando os descritores maus-tratos ao idoso. Artigos foram selecionados, bem como publicações do governo brasileiro como leis, manuais do Ministério da Saúde, portarias, cartilhas orientadoras, relatórios relevantes citados pelos autores, que ampliaram a pesquisa, contribuindo para resposta aos objetivos propostos. Ainda foram consultados livros, dissertação de mestrado e publicações da OMS. Nas últimas décadas assistimos à mudança no perfil etário da população mundial e brasileira. O envelhecimento populacional vem ocorrendo em ritmo acelerado devido às transformações socioeconômicas, avanços tecnológicos e melhoria das condições sanitárias. A essa mudança de perfil etário é dado o nome de transição demográfica. A longevidade é uma conquista histórica e social da humanidade, mas trouxe em seu bojo a perversidade da violência contra a pessoa idosa. É uma população com vulnerabilidades que exigem cuidados específicos devido às limitações impostas pelo avançar da idade, ocasionando conflitos familiares, intergeracionais, tais

como maus tratos e violência contra a pessoa idosa. A violência contra a pessoa idosa é uma questão de grande magnitude, de grande complexidade e difícil abordagem por envolver relações de afetos, conflitos e defesa do agressor negando a violência sofrida. Nesse sentido, mesmo a violência contra pessoa idosa ser alvo de notificação compulsória, preconizado pelo estatuto do idoso, ela é subdiagnosticada e subnotificada. O enfrentamento à violência contra pessoa idosa é um dos grandes desafios desse século. Requer ações estruturais de mudança de visão de mundo e políticas públicas efetivas que oportunizem um envelhecimento ativo, enquanto direito personalíssimo do ser humano, criando laços de solidariedade e inquietude aos profissionais que trabalham com a pessoa idosa.

ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONJUGAL: ESTRATÉGIAS DE RESOLUÇÃO DE CONFLITOS

Ionara da Rocha Virgens, Nadirleene Pereira Gomes, Luana Moura Campos, Jordana Brock Carneiro, Welton Souza Campos de Araújo, Telmara Menezes Couto, Milca Ramaiane da Silva Carvalho, Fernanda Matheus Estrela

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Estratégias de Enfrentamento, Saúde, Enfermagem

INTRODUÇÃO: A violência conjugal é considerada um problema de saúde pública por conta do impacto social e econômico para o Estado, uma vez que aumentam a demanda por serviços de saúde, jurídico, policial, social, além de provocar absenteísmo. **OBJETIVO:** Descrever o processo de enfrentamento da violência conjugal. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com abordagem

qualitativa realizado em Salvador, Bahia, Brasil. As participantes foram mulheres que se encontram em processo judicial junto à 1^a Vara de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher de Salvador, Bahia. Para a coleta das informações foi utilizada entrevista semiestruturada. Os dados foram sistematizados com base na Análise de Conteúdo de Bardin e a análise respaldada em textos sobre a temática. A pesquisa respeitou as orientações éticas contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado através do parecer Nº 039699/2014 do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Resultados: As participantes do estudo referiram diferentes estratégias para enfrentar a violência, sendo elas: apoio de familiares/amigos; apoio de Instituições Sociais; e auxílio de Órgãos Públicos de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher. A partir das entrevistas foi possível identificar que, apesar do Brasil desde 2006, contar com uma Lei específica, que visa coibir a violência contra a Mulher, através da criação de Varas/Juizados especializados e punir de forma mais rigorosa seus agressores, as participantes do estudo recorreram a estes serviços somente após esgotarem as tentativas para manterem-se no relacionamento conjugal sem violência. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O presente estudo permitiu descrever as diferentes estratégias utilizadas pelas mulheres para o enfrentamento da vivência de violência conjugal. Chama atenção que as mesmas dificilmente denunciam os primeiros episódios de violência, buscando a ajuda de instituições apenas quando outras tentativas de manutenção do relacionamento falham. Sinaliza-se ainda que a identificação desses meios de enfrentamento possa nortear ações para empoderamento da mulher em situação de violência conjugal e rompimento do ciclo.

ESTUDO SOBRE O ACOLHIMENTO A PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO (HUAP/UFF)

Sonia Maria Dantas Berger, Elizabeth Clarkson, Felipe Raphael de Oliveira Previdi, Luciana Moraes Rabelo

Palavras-chave: Violência, violência sexual, violência contra a mulher, Integralidade em Saúde, notificação compulsória

A Organização Mundial da Saúde reconhece a violência como um problema de saúde pública (Dahlberg&Krug, 2007). Porém, no cenário brasileiro, a integração da atenção a tal problemática ainda é insatisfatória na formação e na atenção em saúde. A pesquisa busca produzir conhecimentos que colaborem para a melhoria da atenção a pessoas em situação de violência, partindo de um diagnóstico situacional do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP-UFF), contando com a participação de professores da Saúde Coletiva, acadêmicos de Medicina, alunos de iniciação científica e estudantes de Psicologia e Serviço Social de programa de desenvolvimento acadêmico, todos integrantes de projetos inseridos na linha de pesquisa 'Atenção Integral a Pessoas em Situação de Violência' do Grupo de Estudos em Gerência e Ensino em Saúde do Instituto de Saúde Coletiva (GEGES/ISC/UFF). Trata-se de um estudo de caso exploratório e descritivo de natureza qualitativa, com duração inicial de 18 meses (etapa I de análise documental e entrevista estruturada, etapa II de observação de atendimentos e realização de entrevistas semi-estruturadas e etapa III de entrevista a gestantes e puérperas atendidas na maternidade). No semestre 2014-II, fase exploratória da investigação, aprofundamos conhecimentos sobre o problema da violência, linhas de cuidado em saúde normatizadas, rede intersetorial de atenção

e rotas críticas percorridas, bem como sobre especificidades da pesquisa qualitativa em saúde, marcos teórico-conceituais e éticos necessários à abordagem do tema (gênero, direitos humanos, entre outros) e dados gerais sobre o campo de pesquisa (HUAP). Entre março e setembro de 2015 ajustaram e concluíram os questionários e o roteiro de entrevistas semi-estruturadas. Realizamos pré-testes entre os membros do projeto enquanto aguardávamos a aprovação da pesquisa pelo CEP e, quando a mesma foi liberada, passamos para a fase de análise documental, explorando dados das fichas de notificação de casos de violência disponibilizadas pelo setor de vigilância epidemiológica do HUAP-UFF, partindo de 2011 (ano em que a notificação de todos os tipos de violência passou a ser compulsória) até os dias atuais. A análise de prontuários de usuáries(os) que tiveram seus casos notificados encontra-se em processo de desenvolvimento. Em paralelo, na emergência obstétrica do hospital, iniciamos levantamento sobre o motivo de entrada das mulheres/usuáries no setor (segundo livro de registro inicial dos casos), selecionando aqueles de violência para serem analisados no seguimento/ desfechos intrasetoriais (na saúde) e intersetoriais (na rede) dos casos. A partir de outubro/2015 planeja-se dar início às entrevistas com profissionais e usuáries. As atividades desenvolvidas demonstram a potencialidade teórico-metodológica do projeto em redimensionar a formação e a prática de estudantes e profissionais sob o eixo da 'Integralidade em Saúde' (Mattos, 2009), contribuindo de forma inovadora para a produção e o avanço do conhecimento científico. O estudo vem dando já maior visibilidade aos fluxos e demandas envolvidos nos casos de violência atendidos na unidade de saúde, bem como envolvendo, pouco a pouco, profissionais de saúde, estudantes e professores em amplo processo de problematização do acolhimento prestado.

ESTUDO SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CONSUMO DE ÁLCOOL E MASCULINIDADE: REFLEXÕES PARA O PROJETO TERAPÊUTICO DE PACIENTES QUE NÃO ADEREM AO TRATAMENTO

Altamir Trevisan Dutra, Augusto Schimidt, Myriam Aldana Vargas Santin

Palavras-chave: Representações sociais, alcoolismo, plano terapêutico

APRESENTAÇÃO: A interdisciplinaridade no cotidiano do trabalho é um tema que vem sendo encorajado nos últimos tempos no cuidado com a saúde. Esse trabalho visa apresentar experiência de interdisciplinaridade em um trabalho de conclusão de curso (TCC) de um curso de graduação em medicina da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), que permitiu posteriormente uma abordagem mais abrangente ao realizar o plano terapêutico de um usuário de uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Chapecó- oeste de Santa Catarina. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Em 2014 apresentamos um TCC acerca da análise das representações sociais do consumo de álcool e masculinidade, que buscou entender o ser humano e seus aspectos biopsicossociais, por meio de um estudo qualitativo. Posteriormente, quando começaram os estágios do internato, tendo em mente o estudo realizado, percebemos outras formas de abordar a clínica de pacientes que não aderem ao tratamento. Além da resistência do paciente é comum a contratransferência por parte dos profissionais de saúde para o usuário e seu modo de viver. Dentre os pacientes que observamos, destacamos um usuário de 54 anos, branco, trabalhador da construção civil. Ele era hipertenso e etilista com diversas co-morbidades. **RESULTADOS:** Considerando o estudo prévio acerca de representações sociais e consumo de álcool foi possível ter uma visão mais holística do

paciente. Conforme o estudo no TCC revelou, o consumo de álcool está relacionado à masculinidade. Foi possível perceber que o paciente em acompanhamento tinha no consumo do álcool sua principal forma de lazer. Relatou também que o consumo de álcool era necessário para interação com amigos no bar, e que caso não o fizesse ouvia brincadeiras depreciando sua imagem como homem. O estudo prévio do tema, representações sociais, teve aplicabilidade nesse caso, pois permitiu entender melhor a não adesão do paciente aos tratamentos e abstinência. Foi possível identificar determinantes sociais que influenciavam suas escolhas. Primeiro percebendo que o problema de etilismo do paciente é um reflexo da cultura vigente. A partir disso, elaboramos um plano terapêutico singular, levando em conta a dificuldade de deixar do hábito de consumir álcool, visto que a abstinência do álcool implica em uma exclusão social por seus pares, que consideram o consumo de álcool como algo "normal" a um homem de sua idade, gênero e classe social. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Desse modo, o estudo do tema representações sociais durante a formação médica mostrou-se como importante para o manejo desse paciente. Além das orientações medicamentosas e não medicamentosas que já vinham sendo feitas, combinamos encontros mensais para conversar sobre os avanços e dificuldades.

EXPRESSÕES E REPERCUSSÕES DA VIOLÊNCIA CONJUGAL

Thaysy Andrade Silva Bispo, Nadirlene Pereira Gomes, Alacoque Lorenzini Erdmann, Fernanda Matheus Estrela, Moniky Araújo da Cruz, Larissa Simões Jesus da Cruz, Alana Borges dos Santos, Nildete Pereira Gomes

Palavras-chave: Violência baseada em gênero, assistência integral à saúde da mulher, cuidados de enfermagem

A violência conjugal ancora-se na desigualdade de gênero, social e historicamente construída a partir da crença social do poder do homem sobre a mulher, o que dificulta a mulher perceber-se em vivência de violência, bem como os profissionais de saúde em reconhecer o agravo. Embora muitas vezes mascarada, os sinais da violência estão presentes nos espaços da saúde, manifestos pelas marcas da agressão física e/ou queixas clínicas somatizadas. É essencial que os profissionais conheçam as diversas formas de expressão da violência, bem como suas repercussões. Estudo baseado na Teoria Fundamentada nos Dados, aprovado pelo Comitê de Ética (21560/2012), com o objetivo de compreender os significados atribuídos por profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família acerca das expressões e repercussões da violência conjugal. Foram entrevistados 52 profissionais que atuam na Saúde da Família em um município de Santa Catarina. O estudo permite desvelar as implicações da vivência de violência conjugal para a saúde das mulheres, expressa pela violência psicológica, moral, patrimonial, sexual e física. O agravo desencadeia problemas de saúde física e psicológica, com comprometimento inclusive suas atividades laborais. Por se dá no espaço familiar, a violência traz sérias repercussões para toda família, principalmente para os filhos, prejudicando seu desenvolvimento cognitivo, seu desempenho educacional e sua capacidade de relacionamento. Esse entendimento favorece a responsabilização profissional no que diz respeito à investigação desse agravo como causa associada à busca do serviço de saúde pela mulher, especialmente por conta da naturalização do poder masculino sobre a mulher, responsável pela invisibilidade deste fenômeno.

FEMICÍDIOS EM PORTO ALEGRE: O QUE DIZEM OS INQUÉRITOS POLICIAIS

Ane Freitas Margarites, Stela Nazareth Meneghel

Palavras-chave: Femicídios, feminicídios, gênero, análise crítica do discurso

Femicídio é um conceito que designa assassinatos pautados em gênero, ou seja, mortes femininas por agressão devido ao fato da vítima ser uma mulher. Esta pesquisa de desenho quali-quantitativo teve por objetivo quantificar a fração de feminicídios em uma amostra de inquéritos policiais de mulheres assassinadas, obtidas na Delegacia de Homicídios de Porto Alegre, no período de 2006 a 2010. Outro objetivo foi analisar, sob a perspectiva da teoria do Patriarcado e da Análise Crítica do Discurso, os textos dos inquéritos policiais tipificados como feminicídios. Pesquisaram-se os dados da vítima, do autor, os cenários do crime, a posição do relator e o indiciamento. Dos 89 inquéritos analisados, 64 mortes (72%) foram tipificadas como feminicídios. As vítimas eram jovens, negras, com baixa escolaridade, exerciam ocupações pouco valorizadas socialmente e viviam nos bairros mais pobres da cidade. Mulheres assassinadas possuíam histórico de violência perpetrada por parceiro íntimo e um quarto delas havia feito boletim de ocorrência policial. As identidades das vítimas indicam que, em Porto Alegre, os feminicídios são mais prevalentes entre as sobrantes da sociedade: mulheres negras, pobres, prostitutas, moradoras de regiões de exclusão e tráfico. O histórico de violência de gênero e de ocorrências policiais, a não abertura de inquéritos ou o encerramento sem indiciamento indicam o quanto as vidas dessas mulheres pouco ou nada valem; agressores, em contrapartida, ainda são vistos como doentes ou passionais. Estes dados indicam a magnitude e gravidade

deste agravo e a necessidade de identificar situações de risco e prevenir desfechos letais. Nos inquéritos policiais a desqualificação da vítima e a naturalização da violência foram frequentes, embora também tenham aparecido discursos alinhados à perspectiva da desigualdade de gênero.

FEMINICÍDIOS EM PORTO ALEGRE – UMA ANÁLISE QUANTITATIVA

Ane Freitas Margarites, Stela Nazareth Meneghel, Roger Flores Cecon

Palavras-chave: Femicídios, feminicídios, assassinatos de mulheres, gênero

Feminicídio é um conceito que designa assassinatos ligados a gênero ou mortes femininas por agressão devido ao fato de a vítima ser uma mulher. Pesquisas indicam que entre 60 a 70% dos assassinatos de mulheres são crimes de gênero, porém estes dados ainda são pouco conhecidos no Brasil. O objetivo deste estudo foi quantificar a fração de feminicídios em uma amostra de inquéritos policiais de mortes femininas por agressão obtidas na Delegacia de Homicídios de Porto Alegre, no período de 2006 a 2010. Dos 89 inquéritos analisados, 64 mortes (72%) foram categorizadas como feminicídios. As vítimas eram jovens, negras, com baixa escolaridade, exerciam ocupações pouco valorizadas socialmente e viviam nos bairros mais pobres da cidade. Elas tinham histórico de violência perpetrada por parceiro íntimo e um quarto delas havia registrado boletim de ocorrência policial. A comparação entre vítimas de feminicídio e outras mortes mostrou que no primeiro grupo a maioria dos agressores era conhecido, elas tinham história de violência prévia e registro policial. Estes dados indicam a magnitude deste crime e a necessidade de identificar situações de risco e prevenir desfechos letais.

IMPACTO DA VIOLÊNCIA URBANA NO CONTROLE DA DENGUE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, NORDESTE BRASILEIRO

Edenubia Pereira Felix, Andrea Caprara, Tamires Layane Lima, Joana Nobre, Cyntia Monteiro

Palavras-chave: violência, urbana, dengue

Apresentação: A violência urbana é uma realidade epidêmica na maioria das grandes cidades do Brasil com mais de meio milhão de habitantes. A região Nordeste teve o maior Índice Homicídio Ano, em 2012. E, o Ceará foi o terceiro estado nordestino com maior índice, cuja capital Fortaleza liderou a lista nordestina. Situação que interfere em vários aspectos da saúde da população, inclusive no controle da dengue. O cálculo do IDH funciona de acordo com o índice que varia de zero (nenhum desenvolvimento humano) a um (desenvolvimento humano total). O bairro da Granja Lisboa com uma população de 52,042 e IDH de 0,169 fica localizado na regional V, com 570 mil habitantes com 18 bairros. Objetivo: A pesquisa busca analisar as repercussões da violência urbana no cotidiano do controle da dengue a partir da realidade de um bairro do Município de Fortaleza, capital do Ceará, Nordeste brasileiro. Desenvolvimento do Trabalho Pesquisa descritiva e documental com abordagem qualitativa, dentro de um marco conceitual da pesquisa multicêntrica ecobiopsocial sobre dengue e doença de Chagas na América Latina e no Caribe, realizada em bairros de Fortaleza, Ceará, no período de 2011-2013. Foi selecionado um bairro para o estudo atual, local com alto índice de violência. Para a coleta de dados foram utilizados diários de campo, relatórios de pesquisa e entrevistas com o agente de endemias e moradores. Na organização e análise dos dados, tomou-se como base a metodologia da análise de conteúdo, enfatizando a questão da violência e seu

reflexo nas ações de controle da dengue. Resultados: Observou-se que a violência sobrepõe o interesse da população à saúde no caso da dengue, posto os altos índices de criminalidade, a inserção das drogas e seus desdobramentos, assim como, relatos de assaltos dos instrumentos de trabalho e fardamentos dos profissionais de endemias, no cenário estudado. Percebeu-se que essas questões atuam como situações limite no cotidiano do trabalho desses agentes, dificultando o acesso às casas e a mobilização social para organização comunitária no controle da dengue. Assim, a violência interfere na organização social em prol da saúde coletiva, e possui uma ligação direta com a questão da desigualdade social e com a inadequação das políticas públicas. Considerações Finais: Na concepção atual da saúde, a segurança é um fator importante para alcançar um ambiente saudável. Neste estudo, a violência foi um dos entraves para o controle da dengue, e, ao mesmo tempo, está presente nos determinantes da doença. A forma de organização social da população e a privação de um ambiente seguro distanciam as pessoas da participação social no controle da dengue, sendo necessário promover novas intervenções na problemática exposta.

IMPLICAÇÕES DA VIOLÊNCIA CONJUGAL PARA AS MULHERES

Jéssica Damasceno de Santana, Nadirlene Pereira Gomes, Luana Moura Campos, Jordana Brock Carneiro, Telmara Menezes Couto, Nadjane Rebouças Gomes, Cíntia Correia Mesquita, Ozenildes Batista dos Santos

Palavras-chave: Violência doméstica, Violência contra a mulher, Conflito familiar

INTRODUÇÃO: Dados revelam que mais de um terço das mulheres, em todo o mundo

são violentadas por seus parceiros. Nesse contexto, torna-se urgente a promoção de discussões sobre as repercussões desse tipo de violência para a vida das mulheres e de sua família. OBJETIVO: Descrever as implicações da violência conjugal para a vida das mulheres que a vivenciam. MÉTODOS: Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, vinculado ao projeto intitulado “Reeducação de homens e mulheres envolvidos em processo criminal: estratégia de enfrentamento da violência conjugal”, sob financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, Edital nº 012/2013 - Apoio à Pesquisa em Segurança Pública. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com mulheres que relataram vivência de violência conjugal em processo judicial junto à 1^a Vara de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher de Salvador, Bahia. Os dados foram organizados e codificados através da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, sendo possível formular núcleos de sentido, agrupados nas seguintes categorias temáticas: Repercussões para as mulheres e Repercussões para os filhos. O estudo atendeu aos aspectos éticos contidos da Resolução 466/2012 do CNS e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sob parecer 039699/2014. Resultados: A partir das entrevistas evidenciou-se que vivenciar violência na conjugalidade traz implicações para a saúde física e psicologia da mulher e repercute na saúde emocional e no desempenho escolar de seus filhos (as) que presenciam um cotidiano de relações violentas. CONCLUSÃO: Considera-se assim a necessidade de estratégias de prevenção da violência conjugal e identificação precoce de famílias nessa situação a fim de promover um cuidar que minimize os danos desencadeados pela vivência do fenômeno.

INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO A SAÚDE DA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Anderson Reis de Sousa, Zoete Karla Ferreira Matos, Márcia Alves de Souza Oliveira, Thiago Silva Santana

INTRODUÇÃO: A existência histórica de pessoas em situação de rua não pode ser ignorada ou deslocada da construção e das discussões acerca da nossa sociedade, especificamente falando, da construção de uma sociedade justa e de direitos. Esta parcela da população vem crescendo e sofrendo diretamente as consequências de um modelo econômico neoliberal globalizado, produtor de exclusão em todas as esferas, tanto econômica, como política, cultura e social. Objetivo: Refletir sobre a integralidade da atenção à saúde de pessoas em situação de rua e suas contribuições para a prática em Enfermagem, visando elucidar os mecanismos para ampliação e construção de novas formas de atuação frente aos problemas de saúde dessa população. METODOLOGIA: Trata-se de uma reflexão teórica sobre a temática em questão, norteada pela proposta de Jean Watson, como forma de dar sustentação hipotética para levantamento da bibliografia. Resultado: A necessidade de conhecer profundamente estas mesmas pessoas que moram nas ruas, bem como a esfera social com a qual se relacionam e as probabilidades de distorções que tendem a influenciar negativamente ao entendimento e tratamento das mais variadas potencialidades, a quase não existência de prevenção e promoção para agravos e doenças às pessoas em situação de rua, necessidade de um tratamento mais particular para os CRs (Consultórios de Rua). CONCLUSÃO: de acordo com os resultados, observou-se o intuito de promover maior engajamento às pesquisas e trabalhos

referentes ao tema em epígrafe, visando o norteamento de subsídios voltados para um olhar mais aguçado a essa realidade e, principalmente, para consolidação da importância e contribuição do enfermeiro como fator preponderante à perpetuação e execução da integralidade da atenção à saúde de pessoas em situação de rua.

JUVENTUDE E CRIMINALIDADE: UMA ANÁLISE SOBRE A POSSIBILIDADE DA REDUÇÃO DA MAIORIDADE PENAL

Stella Anunciação Gomes Leite, Ariadyne dos Santos Lopes, Graziela Fernandes, Isaura Máisa Souza Santos

Palavras-chave: adolescente, ato infracional, inimizabilidade, maioridade penal

APRESENTAÇÃO: No presente trabalho os autores visam discutir as possíveis soluções sobre a possibilidade da redução da maioridade penal, atualmente foco de grande polêmica no âmbito social. Os principais objetivos da realização desta pesquisa foram de identificar, analisar e compreender as propostas de ementa à constituição em discussão no Congresso Nacional, abordando os diferentes pontos de vista dos atores envolvidos na temática. A pesquisa foi realizada de Janeiro a Maio do ano de 2015, na região metropolitana de Belo Horizonte/MG. Primeiramente se fez um breve estudo acerca dos principais fatores que contribuem para o clamor da população versus mídia, que é o maior meio de veiculação de informações e possui um poder potencial e decisivo na opinião pública. Em seguida analisam-se as entrevistas dos envolvidos, com participação ativa junto ao adolescente em conflito com a lei e os mesmos. Posteriormente se apresentam os resultados das entrevistas e por fim os autores fazem uma análise crítica sobre o tema, bem como se posiciona quanto à tão discutida possibilidade de redução da

inimizabilidade penal. O que mais chamou a atenção na análise dos resultados foi o fato dos adolescentes se posicionarem a favor da redução da maioridade penal.

MECANISMOS DE SUBMISSÃO FEMININA: GÊNERO, POBREZA E INIQUIDADES

Roger Flores Ceccon, Stela Nazareth Meneghel, Virgínia de Menezes Portes

Palavras-chave: Pobreza, Gênero, Iniquidades, Vulnerabilidade

Este texto apresenta reflexões sobre as desigualdades de gênero em que estão expostas mulheres que vivem em condições de pobreza extrema. As informações foram produzidas em uma localidade pobre do município de Porto Alegre através de observações registradas em diário de campo baseadas em atendimentos, visitas domiciliares, grupos de educação e reuniões com profissionais da saúde, educação e assistência social. O local vive à margem da sociedade e nele predominam situações de pobreza extrema, exclusão social, violências, tráfico de drogas e prostituição. As mulheres estão expostas a mecanismos de submissão e controle da sexualidade, vulneráveis à epidemia de Aids e vítimas de adoecimento mental. É necessário evidenciar as consequências sociais da pobreza em sociedades patriarcais para que se possam instituir práticas de cuidado integral.

MORTALIDADE MATERNA EM CAPITALS BRASILEIRAS: UM MARCADOR DE EQUIDADE DE GÊNERO

Roger Flores Ceccon, Stela Nazareth Meneghel, Gabriela Arguedas Ramires, Anelise Hanh Bueno, André Luis Machado Bueno, Virgínia de Menezes Portes

Palavras-chave: Mortalidade, Mortalidade Materna, Gênero, Violência contra a mulher, Raça e saúde, Estudos Ecológicos

OBJETIVO: Analisar a relação entre mortalidade materna, características sociodemográficas e acesso a serviços nas capitais brasileiras. **MÉTODOS:** Estudo ecológico cuja variável dependente foi a razão de mortalidade materna e as independentes foram as variáveis sociodemográficas e de acesso a serviços entre 2010 a 2012 nas capitais brasileiras. As variáveis foram associadas através do teste de Correlação de Pearson e as que apresentaram significância estatística na análise bivariada foram incluídas no modelo de Regressão Linear Multivariada. **RESULTADOS:** A maioria das mulheres que morreu devido à gravidez ou parto era negra, solteira e com baixa escolaridade. Os óbitos ocorreram no hospital, durante o puerpério e a causa mais frequente foi a doença hipertensiva. Houve associação estatística com as variáveis: Índice de Gini, proporção de população negra e número de consultas de pré-natal ($p < 0,20$), permanecendo no modelo final a relação entre mortalidade materna e população negra ($\beta = 0,436$; $p = 0,003$; $r^2 = 0,72$). **CONCLUSÃO:** Os achados revelam a racialidade da mortalidade materna, indicando a presença de iniquidades na atenção à saúde das mulheres negras.

MULHERES EM VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA CONJUGAL CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA

Thaysy Andrade Silva Bispo, Fernanda Matheus Estrela, Josinete Gonçalves dos Santos Lírio, Rosana Santos Mota, Kátia Cordélia Cunha Cordeiro, Moniky Araújo da Cruz, Larissa Simões Jesus da Cruz, Alana Borges dos Santos

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Conflito conjugal, Enfermagem, Saúde pública, Gênero, Saúde da mulher

A violência conjugal constitui-se um grave problema de saúde pública por conta da morbimortalidade por este agravo e seu impacto sobre a produtividade econômica. Agrava-se a dificuldade de reconhecimento da problemática por parte dos profissionais contribuindo para subenumeração de mulheres que vivenciam o agravo, sendo portanto, e essencial o preparo profissional para a identificação do fenômeno. Este estudo teve como objetivos identificar os aspectos demográficos e socioeconômicos de mulheres em situação de violência conjugal bem como conhecer suas expressões e consequências. Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, vinculada ao Grupo de Estudos “Violência Saúde e Qualidade de Vida” através da pesquisa-ação “Reeducação de homens e mulheres envolvidos em processo criminal: estratégia de enfrentamento da violência conjugal”, financiada pela Fundação de Amparo à pesquisa do Estado da Bahia, cujo projeto fora aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (n. 877.905). O estudo foi realizado na 1^a Vara de Violência Doméstica e Familiar contra Mulher localizada no município de Salvador, Bahia, Brasil. Os dados foram extraídos dos Formulários de Análise Documental, preenchidos por psicólogas e/ou assistentes sociais durante entrevista com a mulher e calculados as distribuições das frequências. Os dados foram processados no programa STATA. A investigação dos processos registrados em 2014 revelou que a denúncia da violência conjugal é realizada, na sua maioria, por mulheres com idade entre 25 e 49 anos, negras, solteiras, com filhos, que concluíram pelo menos o ensino médio

e que exercem atividades remuneradas, embora com vencimento de até dois salários mínimos. Tais achados sinalizam ser esse o perfil de mulheres que já estão sensibilizadas para romper com o ciclo de violência, sendo a denúncia uma das possibilidades. A este público específico, devem ser investidas ações que empoderem às mulheres a não desistir da luta por uma vida livre de violência. Evidencia-se o imbricamento entre saúde e violência e, portanto, a essencialidade do preparo profissional para associar os aspectos clínicos e comportamentais apresentados pelas mulheres à violência a fim de identificar mulheres que vivenciam o agravo e encaminhá-las à serviços de referência.

MULHERES NUM MUNDO CARCERÁRIO

Anna Carolina Martins Silva, Ana Cristina Passarella Brêtas

Palavras-chave: Mulheres, Prisões, Narrativa

APRESENTAÇÃO: “A prisão? É um lugar, vou falar pra você... A prisão, eu sempre falo pra todo mundo, é o lugar pra você refletir tudo que fez na sua vida, de bom e ruim. Até o que você imaginou que não poderia vir na sua memória, volta.” Foi assim que uma mulher da Penitenciária Feminina de Sant’Ana definiu a prisão enquanto conversávamos na coleta de dados deste estudo. Estar na prisão permitiu captar cheiros, formas e cores impregnadas nas paredes e também, nas palavras, silêncios e gestos das mulheres que estavam encarceradas. Essas mulheres, apesar de serem minoria quando comparadas ao total de homens presos, estão em número cada vez maior nas unidades brasileiras. Este é um estudo de natureza qualitativa que utilizou como método a História Oral Temática, com o objetivo de conhecer o cotidiano prisional a partir de histórias

contadas por mulheres que cumprem pena em privação de liberdade na Penitenciária Feminina de Sant’Ana, na cidade de São Paulo e assim, compreender as realidades vividas por elas. **DESENVOLVIMENTO:** Foram feitas entrevistas com oito mulheres que concordaram em participar do estudo, após apresentação do mesmo. Em um espaço da unidade prisional, o registro destes encontros ocorreu a partir da gravação do áudio e de um diário de campo; este material foi transcrito. Posteriormente, houve reordenação das entrevistas adotando o recurso da transcrição. Nesse momento, como propõe Bourdieu (1997), havia a intenção de orientar a atenção do (a) leitor (a) àquilo que se julga pertinente. Os eixos temáticos que surgiram diante do material obtido são: “o eu e a outra”; “mimeografar o passado e imprimir o futuro”; “diariamente”; “disciplina e poder: morto! Vivo! Vivo! Morto! Vivo” e a elaboração dos mesmos foi seguida da análise crítica, relacional, entre os dados empíricos obtidos no trabalho de campo e as categorias analíticas. **RESULTADOS:** A relação que foi construída com tais mulheres nos fez a todo tempo assumir posições de “eu” e “outra”; sair do ambiente prisional através de memórias e esperanças; se aproximar do cotidiano, apreendido por cada uma delas ao se adaptarem, criando formas de resistência e compreendendo as circunstâncias do encarceramento; notar que por meio do poder disciplinar tão próprio das instituições totais e totalizantes, as vivências estão, sobretudo, controladas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência reinventou pesquisadoras e pesquisadas e ampliou horizontes para a compreensão da vida de mulheres num mundo carcerário. A prisão, instituição total e totalizante, demanda olhar de perto para ouvir e é assim que se torna possível a relação com as mulheres, além de seus delitos. Como enfermeira notamos que essa aproximação

considera quem são como vivem e quais são os sentidos que as mulheres encarceradas atribuem as suas vidas e, encontra o que há de essencial ao cuidado, quando pensado em sua dimensão ontológica.

OS SENTIMENTOS QUE EMERGEM EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA E O CUIDADO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Marcia Karolayne Garcia de Quadros, Angela Maria Bittencourt Fernandes da Silva

Palavras-chave: violência doméstica, mulher, terapia ocupacional, sentimento

INTRODUÇÃO: A violência acompanha toda a história da humanidade. Tal como numa epidemia, todos são afetados pela fonte comum de uma estrutura social desigual e injusta que alimenta e mantém ativos os focos específicos de violência, os quais se expressam nas relações domésticas, de gênero, de classes e no interior das instituições. De acordo com pesquisas da Organização Mundial de Saúde as mulheres são alvos de todo tipo de violência, seja ela, física, simbólica ou sexual doméstica ou abuso sexual, e na maioria provocada por parentes ou pessoas próximas a vítima. A Terapia Ocupacional é a área do conhecimento, voltada à prevenção e ao tratamento de indivíduos com distúrbios físicos, afetivos, clínicos, psíquicos, sensoriais ou sociais. Concentra-se em prevenir e diminuir as incapacidades e obstáculos que surgem como consequência destes transtornos que impedem a pessoa de ter independência. **OBJETIVO:** Identificar os sentimentos que emergem em mulheres vítimas de violência doméstica. **METODOLOGIA:** Análise de conteúdo utilizou-se Bardin que é resultante de testes de associação de palavras (estereótipos e conotações) e visa estudar os estereótipos sociais espontaneamente partilhados

pelos membros de um grupo relativo. **RESULTADOS:** Participaram do estudo dez mulheres atendidas na casa da mulher Nilopolitana. Identificou-se que a agressão coloca à tona, uma série de sentimentos que se inicia na desde a primeira agressão seja verbal e física e vai sendo carregada por toda uma vida. Algumas mulheres relatam que após ter passado um tempo da agressão, ainda se sentiam oprimidos pela marca causada por ela. Normalmente esses sentimentos estão diretamente relacionados às repercussões da agressão no seu meio social, pois se referem que não gostariam de ser identificados como aquele que tem uma mulher agredida a qual representa a culpa, medo, rejeição e risco, demonstrando a falta de cuidado consigo mesmo. **CONCLUSÃO:** A violência doméstica causa uma ruptura familiar, pois a mulher permanece carregada de marcas; o medo de conviver com o parceiro é grande devido à agressão e o mesmo fato se repetir, com isso, oportunizando o aumento de solidão, favorecendo o isolamento dessas mulheres frente seus familiares e amigos. O projeto de Terapia ocupacional tem dado a oportunidades de essas mulheres voltarem a se incluir tanto na sociedade, como no meio familiar. A percepção dos sentimentos dessas mulheres nos permitiu compreender as particularidades dos sentimentos internalizados por elas após a agressão, tais como: preocupação, discriminação, medo, responsabilidade, angústia, solidão, incompreensão, omissão que influenciam o seu isolamento e a sua culpa frente à comunidade, a família, aos amigos e no trabalho. Evidenciamos que a violência doméstica ainda permanece como um tabu, carregada de estigma, pela própria mulher agredida, quanto pela sociedade; pois o medo e ao mesmo tempo a dependência daquele companheiro faz com que aumente a necessidade de isolamento físico, social e emocional, fazendo com que o indivíduo

muitas das vezes desista do seu próprio eu, ou seja, de suas vontades. Verifica-se que a Terapia Ocupacional desenvolveu no projeto oficinas que proporcionaram elas expressarem todo o seus sentimentos.

PROMOÇÃO DA SAÚDE DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS E O TRATAR HUMANIZADO NO ÂMBITO DO SUS

Carlos André Santos Leite, José de Ribamar Gomes de Sousa Filho, Kassia de Sousa Martins, Herli de Souza Carvalho, Pacitta Rezende Amora de Sena, Cristiane das Graças Carneiro, Jhonatan Costa

Palavras-chave: Transsexualidade, SUS, Travestilidade, humanização

APRESENTAÇÃO: O direito à saúde no Brasil é fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária e está garantido na Constituição de 1988. No texto constitucional a saúde é entendida de maneira ampliada e não apenas como assistência médico sanitária. Nesta concepção, saúde é decorrente do acesso das pessoas e coletividades aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais. Por tanto, a saúde tem papel essencial na integração social de sujeitos estigmatizados, como as travestis e transexuais, que por um longo período sofreram com discursos patologizantes de suas identidades de gênero. Partindo de tais pressupostos o seguinte trabalho busca identificar ações a nível nacional para a promoção da saúde de travestis e transexuais diante de uma prática humanizada no âmbito do SUS. **DESENVOLVIMENTO:** Por meio do estudo comparativo de dados coletados em Conferências de discussões sobre a temática, com as prerrogativas da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais buscou-se a identificação das ações práticas para a integração das Travestis e Transexuais

no âmbito do SUS e a possível eliminação de barreiras estigmatizantes no tratamento de patologias nestes sujeitos sociais. **Resultados:** Identificou-se num primeiro momento um abismo estatístico entre as prerrogativas da supracitada Política Nacional de Saúde e os dados coletados, levando-nos a questionar a efetividade da mesma. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar da disparidade notada na pesquisa entre dados coletados e a legislação, também se percebeu que houve um avanço claro entre a anterior ausência legislativa e a atual configuração. Tal percepção deu-se a partir da observação de que apesar da não completa efetividade, a Política Nacional mostrou-se um avanço inegável no que tange o tratamento humanizado de sujeitos estigmatizados e excluídos de uma cidadania plena, que também envolve o acesso a um tratar humanizado no serviço público de saúde.

REDE DE SUPORTE À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA CONJUGAL

Luana Mora Campos, Nadirlene Pereira Gomes, Ionara da Rocha Virgens, Jordana Brock Carneiro, Fernanda Matheus Estrela, Telmara Menezes Couto, Nadjane Rebouças Gomes, Luana Araújo dos Reis

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Estratégias de enfrentamento, Enfermagem de atenção primária, Políticas públicas

INTRODUÇÃO: A violência conjugal pode ser considerada um problema de saúde pública, pois além de trazer danos à saúde física e mental das mulheres e da sua família, compromete a produtividade econômica do país. Diante a complexidade e magnitude da violência conjugal, necessário se faz a articulação de saberes e serviços. **OBJETIVO:** Identificar a rede de suporte à mulher em situação de violência conjugal.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, vinculado ao projeto “Reeducação de homens e mulheres envolvidos em processo criminal: estratégia de enfrentamento da violência conjugal”, sob financiamento da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e a Secretaria de Segurança Pública (SSP). As participantes da pesquisa foram 10 mulheres com vivência de violência conjugal, em processo na 1^a Vara de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher de Salvador, Bahia, Brasil, eleita como cenário do estudo. Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de grupo focal. A pesquisa respeitou os aspectos éticos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. **RESULTADOS:** Conforme as mulheres participantes do estudo, a família, os amigos, as organizações não governamentais (Narcóticos Anônimos, MADA – Mulheres que amam demais) e os equipamentos institucionais para proteção a vítimas de violência (Delegacia da Mulher, Vara, Ministério Público, Defensoria Pública) constituem uma rede de apoio para o enfrentamento da violência conjugal. Mesmo que de forma isolada, o apoio recebido favorece o empoderamento das mulheres, fortalecendo-as para adoção de iniciativas para saída do ciclo da violência. **CONCLUSÃO:** Os achados nos remetem a necessidade de fortalecimento da rede de apoio à mulher em situação de violência, que não se limite às instituições formais, englobando os demais meios de suporte elencados pelas mulheres. A enfermagem, na atuação no âmbito da Atenção Primária à Saúde, pode viabilizar esse processo.

REFLETINDO SOBRE A SEXUALIDADE E SUA INTERFACE COM A VIOLÊNCIA CONJUGAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luana Moura Campos, Nadirle Pereira

Gomes, Jéssica Damasceno de Santana, Jordana Brock Carneiro, Fernanda Matheus Estrela, Telmara Menezes Couto, Nadjane Rebouças Gomes, Kátia Cordélia Cunha Cordeiro

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Violência baseada em gênero, Gênero, Educação, Violência Sexual, Enfermagem

INTRODUÇÃO: A violência conjugal consiste em um problema de saúde pública, pois adoece física e emocionalmente às mulheres, bem como toda família. Enraizada na desigualdade de gênero, esse fenômeno é socialmente construído, naturalizado e compartilhado, de modo a reafirmar o poder do masculino sobre as mulheres. O domínio do homem se estende inclusive sobre o corpo, à vontade e a sexualidade de suas companheiras. **OBJETIVO:** Socializar a experiência de uma atividade de intervenção sobre sexualidade e sua interface com a violência conjugal. **Métodos:** Trata-se de uma intervenção vinculada ao projeto “Reeducação de homens e mulheres envolvidos em processo criminal: estratégia de enfrentamento da violência conjugal”, sob financiamento da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e da Secretaria de Segurança Pública. As participantes foram mulheres com história de violência conjugal em processo junto à 1^a Vara de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher de Salvador, Bahia, Brasil. Como técnica de coleta de dados, realizou-se grupo focal. O estudo respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resultados:** A intervenção favoreceu o partilhar de experiências relacionadas à limitação do exercício da sua sexualidade, a vivência de violência sexual no relacionamento conjugal e a infidelidade por parte do cônjuge. As falas das mulheres, ancoradas na desigualdade de gênero, evidenciam relação entre

vivência de violência conjugal e o exercício da sexualidade. **CONCLUSÃO:** A experiência constitui-se enquanto um espaço de reflexão, no qual as mulheres se deram conta de que não exercitam plenamente sua sexualidade, se sujeitando a vontade do cônjuge. Sinaliza-se, pois para a importância do olhar sob a perspectiva de gênero no sentido de dar visibilidade a violência que a mulher vivencia cotidianamente, condição essencial para ruptura do ciclo.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E SAÚDE DAS CATADORAS DE RESÍDUOS SÓLIDOS RECICLÁVEIS: UMA ABORDAGEM ETNOGRÁFICA

Joaquim Pedro Ribeiro Vasconcelos, Jéssica Camila de Sousa Rosa, Sílvia Maria Ferreira Guimarães

Palavras-chave: Representações sociais, Saúde da trabalhadora, autocuidado, itinerários terapêuticos

Este trabalho reflete o contexto social, econômico e ambiental da população de trabalhadores catadores de resíduos sólidos recicláveis. Esse tipo de ocupação é exercido por profissionais que se organizam de forma autônoma ou em cooperativas. O trabalho é marcado por características de exposição a variações climáticas, a riscos de acidente de manipulação do material, a acidentes de trânsito e, muitas vezes, a violência urbana. Ao analisar o perfil dos trabalhadores, a partir de uma revisão de literatura, encontrou-se nesse cenário um maior número de mulheres e após imersão no campo empírico em duas cooperativas do Distrito Federal foi constatado que as mulheres exercem um número expressivo como trabalhadoras. O objetivo principal é compreender as condições de vida e trabalho das catadoras e o autocuidado com sua saúde. **Método:** Utilizou-se da pesquisa

qualitativa para compreensão do contexto político e social dessas trabalhadoras, cuja técnica foi a etnografia. **Resultados:** As catadoras estão inseridas em um contexto de vulnerabilidade de vida e trabalho, devendo ser investigados, mostrando a real situação para o poder público, desse grupo populacional, principalmente nos aspectos relacionados aos percursos que as mulheres nessa situação percorrem nos serviços e instituições em busca do acesso e cuidado em saúde. **Considerações:** Ressalta-se que à exposição a condições que não favorecem a sua saúde física, emocional e social é presente, visto que as mesmas se submetem à condições de trabalho insalubres ao bom desempenho laboral, assim comprometendo a qualidade de vida.

SIGNIFICADOS DA VIOLÊNCIA PARA MULHERES E AS REPERCUSSÕES EM SEUS PROJETOS DE VIDA

Itayany de Santana Jesus Souza, Sinara de Lima Souza

Palavras-chave: Violência contra Mulher, Saúde da Mulher, Rede de Atenção

A palavra violência é um vocábulo de origem latina, vem da palavra vis, que significa força e se refere ao uso da mesma para demonstrar superioridade física e constrangimento sobre outrem. A violência é um fenômeno complexo, com diferentes formas de manifestação, sofre influência da visão de mundo dos envolvidos, evoluiu historicamente, e faz parte do cotidiano das populações que buscam alternativas de enfrentamento. Portanto, a violência interfere negativamente nos processos de vida dos indivíduos a ela submetidos, modificando comportamentos, provocando adoecimentos nas esferas física, psíquica e emocional. Destacamos que a violência contra a mulher é um evento observável por

diversos ângulos para além do indivíduo e das relações de poder atrelados, mas também engloba a forma como cada sociedade comporta-se, especificando a variedade de fatos sociais, econômicos, culturais e religiosos que as envolve. Os objetivos deste estudo foram compreender os significados da violência para mulheres internadas em um hospital público do interior da Bahia e as repercussões dessa violência em seus projetos de vida. Pesquisa qualitativa do tipo exploratória, realizada em um hospital público, com cinco mulheres que sofreram diferentes tipologias de violências, e foram internadas, no período de janeiro a abril de 2015. Utilizamos a entrevista semiestruturada para coleta dos dados. Foi utilizado o método de análise temática de conteúdo. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Resultados: As mulheres referiram que a violência é algo triste e que deixa marcas, relacionando à ocorrência deste fenômeno, a violência causada pelo parceiro íntimo muito controlador e violento, a disseminação das drogas na comunidade, a dificuldade de acesso à Rede de Atendimento, violência no trânsito que ocasiona acidentes, e ideias suicidas motivadas pela infelicidade na relação conjugal. A violência sofrida trouxe repercussões negativas causando prejuízos, medo de ter um novo relacionamento amoroso, medo de retornar ao ambiente familiar que a faz rememorar a violência sofrida, interrupção de seus sonhos e projetos de vida pelo tempo prolongado do internamento hospitalar para tratar as lesões decorrentes dos eventos violentos, e falta de perspectiva para o futuro, como a dificuldade de manter-se economicamente devido o adoecimento por conta da violência sofrida. CONCLUSÕES: Consideramos que a violência, qualquer que seja, causou impactos negativos na vida das mulheres e seus significados repercutiram diretamente na saúde e nos projetos de vida. Apontamos a integralidade da Rede de Atenção como

fundamental. Para tanto, as ações a serem desenvolvidas com pessoas em situação de violência têm que suplantar as expectativas do tratamento das lesões físicas que motivam a internação hospitalar. A Rede de Atenção deve ser acionada logo que as violências sejam identificadas pelos profissionais que acolhem e cuidam dessas mulheres. Contudo, precisamos avançar na efetivação das Políticas Públicas no campo da educação e informação à população em geral, na estruturação dos serviços que compõem a rede e na sensibilização dos profissionais.

UM OLHAR SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS E BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS(PNSLGBTT) E SEUS EFEITOS SOCIAIS

Carlos André Santos Leite, José de Ribamar Gomes de Sousa Filho, Kassia de Sousa Martins, Herli de Souza Carvalho, Pacitta Rezende Amora de Sena, Jhonatan Costa, Cristiane das Graças Carneiro, Rômulo Batista Sá Moraes

Palavras-chave: Estigma, SUS, LGBTT, Saúde

APRESENTAÇÃO: A despeito das conquistas e dos avanços decorrentes da implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS), ainda há problemas estruturais que precisam ser superados se pretendemos assegurar universalmente serviços de saúde de qualidade para a população brasileira. Neste contexto segundo COSTA (2004:12) “O ideário da integralidade compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado... até a produção de ações de cuidado de saúde por meio de práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos”. Ações como a PNSLGBTT, baseadas nos princípios de universalidade, integralidade e equidade,

buscam o acesso humanizado ao SUS de sujeitos socialmente estigmatizados. Com isso, buscou-se no seguinte trabalho a observação dos efeitos sociais de tal política, e perceber se eles se coadunam com os objetivos da mesma. Desenvolvimento: Por meio do estudo comparativo de dados coletados em artigos de discussões sobre a temática, com as prerrogativas da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais buscou-se a identificação dos efeitos sociais no âmbito do SUS e as possíveis disparidades entre estes elementos na eliminação de barreiras estigmatizantes no acesso ao tratamento humanizado de saúde. Resultados: Os dados referentes às ações de implementação da PNSLGBTT e da necessidade de políticas públicas como esta demonstraram um abismo quantitativo entre seus objetivos e diretrizes e a realidade cotidiana dos serviços de saúde pública. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A necessidade de sensibilização de profissionais da saúde para o atendimento não discriminatório da população LGBT constitui um dos temas mais recorrentes nos planos, programas e demais documentos que apresentam diretrizes, objetivos e metas para as políticas públicas de saúde formuladas para esses segmentos. Apesar disso, ainda se demonstra falha a profissionalização adequada para o tratamento por parte dos trabalhadores da saúde a estes segmentos, consistindo esta questão na principal causa da não efetividade plena de ações como a PNSLGBTT.

USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARES: UMA ANÁLISE A PARTIR DA PESQUISA NACIONAL DA SAÚDE ESCOLAR (PENSE 2009-2012)

Caroline Soares Soares Nobre, July Grassiely de Oliveira Branco, Ceci Vilar Noronha

Palavras-chave: Drogas ilícitas, Adolescentes, Saúde Escolar

O uso de substâncias psicoativas têm se mostrado um grave problema de saúde pública. Ao voltarmos os olhares ao público adolescente, estudos nos mostram que de uma forma geral os adolescentes são vulneráveis à ação de drogas, devido a processos fisiológicos decorrentes a idade. Este trabalho tem por objetivo analisar comparativamente o uso de crack entre escolares, tendo como base a pesquisa nacional de saúde escolar dos anos de 2009 e 2012. Realizou-se um estudo de observação predominantemente descritivo, de tendência temporal, sendo realizada análise espaço-temporal da taxa de uso de substâncias psicoativas por adolescentes escolares do 9º ano do Ensino Fundamental no Brasil. O estudo utilizou dados secundários da Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE). A escolha do período (2009 a 2012) deu-se em virtude da realização da pesquisa nestes dois anos. A investigação busca apresentar a situação do Brasil de forma global, cujos dados serão comparados entre as capitais e sexo em relação ao uso de drogas. No ano de 2009 o uso de substâncias psicoativas em escolares do 9º ano do Ensino Fundamental, que relataram terem feito uso de drogas alguma vez na vida se apresentada na ordem de 13,2 % Curitiba (12,1% feminino, 14,3% masculino), 11% no Recife (8,1% feminino, 14,3% masculino), 10,8% Belo Horizonte (9,0% Feminino e 12,7% masculino), 10,3% em João Pessoa (7,1% feminino e 14,1% masculinos) e Natal (8,4% feminino e 12,4% masculino). No ano de 2012 tivemos 17,5% Florianópolis (18,1% feminino e 16,9% masculino), 14,4% Curitiba (14,8 feminino e 14,0 masculino), 14,1% Distrito Federal (14,0% feminino 14,1% masculino), 13,2% Vitória (12,0% feminino e 14,3% masculino) e 12,0% Porto Alegre (13,1% feminino e 10,8% masculino). Os dados levantados

em 2009 retratam que 8,7% dos escolares já entraram em contato com alguma droga ilícita, ou seja, maconha, cocaína, crack, cola, “loló”, lança perfume e ecstasy. Já em 2012 o percentual foi 7,3% dos escolares, o que nos leva a crer na diminuição no contato com as substâncias psicoativas supracitadas, apesar do aumento em capitais até então não citadas entre as cinco primeiras com elevados índices no ano de 2009. No entanto, durante a pesquisa do ano de 2009 percebe-se uma predominância das capitais da região nordeste com alta porcentagem de escolares que já usaram drogas e Curitiba continuando entre as primeiras capitais com o maior percentual. Esta realidade no ano de 2012 se modifica para região Centro-Oeste e permanece na Região Sul com a cidade de Curitiba e a chegada da cidade de Florianópolis sendo a cidade com maior índice. No que tange ao sexo apesar dos homens aparecerem com maior percentual, percebe um crescimento significativo entre as mulheres no ano de 2012, chegando ao referido percentual, ser maior em algumas regiões do Brasil. Frente aos dados levantados surge a necessidade da implementação de ações de combate ao uso de substâncias psicoativas no âmbito escolar com inserção na matriz curricular. Bem como, políticas públicas voltadas para adolescentes com práticas educativas com intuito de conscientização sobre os malefícios do uso de drogas.

VIOLÊNCIA CONJUGAL: REPERCUSSÕES PARA OS FILHOS

Josinete Gonçalves dos Santos Lírio, Nadirlene Pereira Gomes, Moniky Araújo da Cruz, Luciano Pimentel Bressy, Jordana Brock Carneiro, Larissa Simões Jesus da Cruz, Luana Moura Campos, Nadjane Rebouças Gomes

Palavras-chave: Violência contra mulher, Família, Saúde, Mulher

Introdução: A violência conjugal é considerada um problema de saúde pública, pois gera custos para os cofres públicos, além de danos para a saúde física e mental das mulheres como também acomete a família, sendo os filhos considerados um grupo vulnerável ao adoecimento. Objetivo: Identificar as repercussões da violência conjugal para os filhos. Metodologia: Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, realizado com mulheres em processo junto à 1^a Vara de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher de Salvador, Bahia, Brasil, com história de violência conjugal. O estudo vincula-se ao projeto intitulado “Reeducação de homens e mulheres envolvidos em processo criminal: estratégia de enfrentamento da violência conjugal”, aprovado pelo Edital nº 012-2013 – Apoio à Pesquisa em Segurança Pública da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB). Utilizou-se como técnica de coleta de dados o grupo focal. O estudo foi aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, sob parecer Nº 039699/2014 e atendeu aos preceitos éticos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Resultados: O estudo mostrou que violência conjugal traz implicações para a saúde dos filhos, muitos dos quais apresentam ao longo da vida comportamentos agressivos e/ou desencadeiam adoecimento mental. Considerações finais: As repercussões da violência conjugal para os filhos sinalizam para a necessidade de atenção às crianças e adolescentes que podem estar inseridos no contexto familiar permeado pela violência. São importantes ações políticas focadas a esse grupo no intuito de prevenir o agravamento e/ou minimizar seus efeitos.

VIOLÊNCIA DE GÊNERO: CONCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

Anderson Reis de Sousa, Adrielly Rocha Barbosa Gonçalves, Alvaro Pereira, Emanuela Márcia de Freitas Oliveira, Tilson Nunes Mota, Adilson Ribeiro dos Santos, Bianka Sousa Martins da Silva, João Sérgio Santos Caldeira

Palavras-chave: Violência de Gênero, Saúde da mulher, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: A sociedade embora em constante transformação produz e reitera valores androcêntricos que reforçam a assimetria e poder das relações entre homens e mulheres. Trazendo no seu âmago graves problemas, dentre eles a violência de gênero, referida como quaisquer atos de violência baseada na diferença de gênero, que resulte em sofrimentos e danos físicos, sexuais e psicológicos da mulher, inclusive ameaçam de tais atos, coerção e privação da liberdade na vida pública ou privada. Este estudo teve como objetivo conhecer e analisar, à luz de gênero, as concepções de profissionais de enfermagem em relação à violência de gênero. DESENVOLVIMENTO: Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado no setor da emergência de um hospital público de uma metrópole do Estado da Bahia. Dos campos da emergência que compuseram o estudo estão: Sala Vermelha, Pronto Atendimento Cirúrgico, Sala de Triagem, Pronto Atendimento Feminino e Pronto Atendimento Masculino. Participaram da pesquisa nove trabalhadoras de saúde que compõem a equipe de Enfermagem e atuavam no setor da emergência do campo de estudo, dentre elas, quatro enfermeiras e cinco técnicas de Enfermagem. Os dados foram coletados

por meio de entrevista semiestruturada, combinando perguntas fechadas e abertas, possibilitando ao entrevistado discorrer livremente sobre a temática da violência de gênero. Com o intuito de assegurar os preceitos éticos, após análise e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nobre de Feira de Santana, Bahia, sob o protocolo n. 42051315.1.0000.5654, solicitamos as participantes a leitura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e procedemos aos esclarecimentos pertinentes e, em seguida, o mesmo foi assinado em duas vias. RESULTADOS: Da análise de conteúdo temática categorial emergiram as seguintes categorias: O que pensam os profissionais de enfermagem acerca da violência de gênero; A violência de gênero e as práticas da unidade de emergência hospitalar: identificando limites, vislumbrando potencialidades. Evidenciou-se a construção histórica onde a mulher é vista como de controle social masculino, onde se submete as vontades e as ordens do companheiro, seja ele marido ou não, ainda que seja um sujeito social autônomo e dona do próprio corpo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante disso, percebemos a importância de que essa mulher em situação de violência seja amparada pela rede de proteção e atenção a violência contra a mulher, uma vez que precisa ganhar visibilidade fora do contexto que é acometida como estratégia de enfrentamento e que outras pessoas identifiquem essa violência para ser combatida.

VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR DE HOMENS EM PROCESSO CRIMINAL

Jaqueline Alves Alves Pires, Álvaro Pereira, Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão, Nadirlene Pereira Gomes, Anderson Reis

de Sousa, Welton Souza Campos de Araújo, Jéssica Damasceno de Santana, Nildete Pereira Gomes

Palavras-chave: Relações familiares, Violência na família, Violência baseada em gênero, Enfermagem

INTRODUÇÃO: A violência intrafamiliar tem sido apontada como geradora de graves repercussões para a saúde física e mental das pessoas que a vivenciam. **OBJETIVO:** Desvelar a violência intrafamiliar vivenciada por homens em processo criminal. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, vinculado ao projeto financiado pela FAPESB: “Reeducação de homens e mulheres envolvidos em processo criminal: estratégia de enfrentamento da violência conjugal”. Os colaboradores da pesquisa foram cinco homens que respondiam judicialmente por processo de violência conjugal na 1^o Vara de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher de Salvador, Bahia, Brasil. Utilizou-se como técnica de coleta de dados o grupo focal. O estudo atendeu aos aspectos éticos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo CEP através do parecer nº 039699/2014. **RESULTADOS:** Os homens referiram à vivência de violência intrafamiliar desde a infância expressas nas formas física, verbal e psicológica. Mencionaram também, que, em alguns momentos presenciaram a violência conjugal entre os seus pais. **CONCLUSÃO:** A vivência de violência relatada pelos colaboradores sinaliza para o caráter intergeracional da violência, de modo que os autores também vivenciam ou vivenciaram o fenômeno em algum momento da vida, em especial aquela que se manifesta no espaço doméstico. Considerando que esta se encontra enraizada na desigualdade de gênero, necessário se faz a criação de

espaços que permitam reflexões para a desconstrução desse fenômeno. Mediante o exposto, é fundamental que a temática violência seja trabalhada ainda na formação acadêmica, independente da área de atuação, com o objetivo de identificar a violência intrafamiliar.

Relatos de Experiências

“EM BRIGA DE MARIDO E MULHER: EU METO SIM A COLHER”

Leonardo Diego da Silva Silveira, Aline Pessoa de Sá Amorim, Aline Rafaela Nogueira Serafim, Jaciara Alves de Lima, Rosilda Saldanha Lopes de Oliveira, Stheffannir Fernandes de Souza Soares Maia

Palavras-chave: Violência, Mulher, Casais, Sociedade

APRESENTAÇÃO: A violência está presente na cotidianidade sobre diferentes óticas das quais podemos observar. Existem vários tipos de violência na sociedade e essas se expressam de diversas formas, tendo maior destaque a sexual, a física, a moral e a psicológica. A intervenção teve como objetivo construir o conhecimento sobre a violência contra a mulher e levar esclarecimentos acerca dos direitos, deveres, redes de apoio e assistência em relação a essa problemática, bem como expor sobre a Lei Maria da Penha. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A ação realizada tratou-se sobre a violência sofrida, presenciada e vivenciada pelas mulheres na sociedade e foi realizada no dia 15 de maio de 2015 na capela de São Pedro no bairro abolição IV, município de Mossoró/RN, tendo como público-alvo os casais do Encontro de Casais com Cristo (ECC). É importante levar a discussão de violência

contra a mulher para os casais devido na maior parte dos casos essa violência ocorrer no âmbito familiar pelo próprio companheiro, mas não somente limitado a esse, podendo ocorrer por outras pessoas do arranjo familiar. Assim, foi trabalhado de forma clara e lúdica, de maneira a chamar a atenção para que os casais interagissem e entendessem a mensagem, já que se trata de um tema que é recorrente na sociedade, com o intuito de quebrar tabus e paradigmas entre esses. A intervenção foi materializada sob a forma de uma roda de conversa onde a equipe primeiramente abordou os conceitos referentes à violência sofrida e vivenciada pelas mulheres, os direitos e deveres, as redes de apoio entre outras coisas e posteriormente foi efetuada uma dinâmica sobre o assunto buscando complementar o que foi passado. **IMPACTOS:** A ação proposta ao grupo de casais do ECC propiciou uma correlação direta no sentido da disseminação do conhecimento acerca da violência contra a mulher. Possibilitar a construção da informação para os agentes receptores da ação, por meio da educação popular, mostrou o quanto se faz necessário levar o conhecimento para perto das pessoas. O momento foi de grande importância para os cidadãos ali presentes, havendo o debate desses junto à equipe proponente da ação. Assim, a roda de conversa na qual foi desenvolvida levou esclarecimentos acerca da problemática em apreço e contribuiu no sentido de objetivar o conhecimento para aquelas pessoas presente na ação, visto que na atualidade as informações são escassas e não conseguem atingir a todas as pessoas, dadas as condições socioeconômicas, culturais e estruturais na qual estão sujeitos os núcleos familiares na cotidianidade. Por fim, esta ação possibilitou o exercício da troca de conhecimento entre os participantes da mesma. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A violência contra as mulheres na sociedade vem crescendo diariamente. Violência essa

que na maior parte é causada pelo próprio companheiro da vítima. É necessário que se fortaleça os debates em torno dessa temática tanto para as mulheres, quanto para os homens e que de fato a Lei Maria da Penha se efetive rigorosamente no sentido de garantir os direitos das mulheres vítimas de algum tipo de violência.

A IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO NA QUALIDADE DE VIDA DA MULHER CONTEMPORÂNEA

Jaciely Garcia Caldas, Fernanda da Silva Lima, Mayra Gama Leão, Fabio Pereira Soares, Nádia Maria Machado da Costa, Tiago de Nazaré das Chagas e Chagas, Thiago do Reis de Oliveira Costa, Daiane de Souza Fernandes

Palavras-chave: Autocuidado, Qualidade de vida, Mulher Contemporânea

Apresentação: Com o surgimento das religiões monoteístas, a mulher ganhou um perfil diferente na visão do novo mundo, o sobrepulamento do eu, assim deixando suas expectativas e emoções de lado para se dedicar aos cuidados da família e da casa. Com o surgimento da revolução industrial no século XVIII a mulher vê uma forma de se expressar mais e ser ouvida. Desta forma visamos uma abordagem diferenciada de como a mulher pode conciliar suas atividades diárias e promover o seu autocuidado, sempre enfatizando a autoimagem como um referencial de como sua vida se encontra. **Objetivo:** Sensibilizar sobre a importância do autocuidado de mulheres através de ações sobre educação em saúde. **Descrição da Experiência:** Trata-se de um relato de experiência de discentes do curso Enfermagem da Universidade Federal do Pará, realizado com um grupo de mulheres que aguardavam atendimento em uma Unidade Básica de Saúde de Belém,

baseado em um programa de auditório tendo como tema “A Importância do Autocuidado”. O programa foi dividido em três partes de blocos com entrevistas e dois comerciais onde no primeiro momento foi escolhida uma integrante da plateia para participar do quadro “fonte da juventude”, o qual proporcionou a esta mulher algumas mudanças em seu visual. Cada bloco explorou uma temática, recebendo para isso “três especialistas”, representados pelos próprios discentes. No primeiro bloco foi entrevistada uma especialista sobre alimentação saudável, respondendo para tanto as perguntas a respeito do assunto e sua relação com o autocuidado. No segundo bloco foi entrevistado um “especialista” em sexo, abordando o tema “a importância do sexo na vida da mulher”, enfatizando a relevância do assunto e sua relação na construção da autoimagem e autocuidado. Logo em seguida tivemos um comercial que abordou de forma breve a respeito de “cuidados na manicure”. No último bloco e por fim a última entrevista, uma “especialista” na área de estética respondeu as questões de como a estética pode estar relacionada com a qualidade de vida. No final a integrante da plateia escolhida no início do programa foi revelada com as modificações obtidas na “fonte da juventude”, sendo as explicações voltadas para as transformações ocorridas com a participante. Resultados e/ou impactos: Percebemos que as mulheres começaram a expressar curiosidades mostrando o seu grau de interesse e aprendizagem, ou seja, uma interação que surpreendeu a todos de forma positiva. Ao final foi feito um questionamento a essas mulheres sobre o grau de conhecimento adquirido por elas durante o programa e todas as mulheres que se expressaram, enfatizaram que agora entendem o que fazer e como fazer pra sempre terem o melhor cuidado consigo

mesmas em todas as fases da vida, mostrando que o objetivo do trabalho fora alcançado de forma satisfatória. Considerações finais: A ação mostrou-se bastante eficaz para repasse de conhecimento e demonstração do mesmo, uma vez que as mulheres nos surpreenderam com suas curiosidades e interesses ao tema, com certeza foi de grande valia na promoção de autoestima e bem-estar.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM TRAVESTIS

Scharllet Machado de Gasperi, Martha Helena Teixeira de Souza

Palavras-chave: Travestis, Educação em Saúde, Enfermagem

INTRODUÇÃO: As travestis representam o maior contingente das transgêneros, as quais incluem todas as pessoas que assumem socialmente o papel de gênero oposto ao sexo biológico natural. Assumindo as características femininas, algumas fazem aplicação de silicone ou tomam hormônio para feminilizar seu corpo, além de adotarem uma identidade e um nome feminino (MOTT, 2003). Embora alguns avanços tenham se apresentado nos últimos anos, estudos mostram que os serviços de saúde tendem a se organizar para uma clientela heterossexual, limitando suas possibilidades de atuação efetiva junto a pacientes LGBTs (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais). Pesquisas apontam que as práticas sexuais ou identidades sexuais não normativas de pacientes podem interferir negativamente nas formas de cuidado que recebem em determinados serviços de saúde (MOSCHETA, SANTOS, 2010). A exclusão das travestis é percebida inclusive nas políticas públicas. No Brasil, o Estado passou a fazer e pensar políticas públicas para a população travesti quando esta foi considerada um

“grupo de risco”. **METODOLOGIA:** Em função dos desafios vivenciados por profissionais da saúde diante do cuidado com a população homossexual, foi desenvolvido um relato de experiência sobre o trabalho de educação em saúde realizado com grupo de travestis do município de Santa Maria/RS. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Foram realizados encontros no pensionato no qual residem uma média de 18 travestis. Neste período foram abordados diversos assuntos, destacando-se a competitividade entre elas, a luta para serem reconhecidas pela sociedade, os conflitos com a família, a prostituição, os riscos com o silicone e, principalmente, a falta de atendimento adequado à sua realidade nos serviços públicos de saúde. Percebeu-se que ao receberem atenção dos acadêmicos de enfermagem as travestis sentiram-se valorizadas e respeitadas. Relatos de descaso nas suas vivências foram frequentes, tais como: “olham para nós sempre com preconceito”, o que acaba as afastando dos serviços de saúde e levando-as a fazer uso da automedicação. Cuidar da saúde para as travestis envolve também o cuidado direto com o corpo, o qual muda constantemente devido a ingestão de hormônios e aplicação de silicone industrial. **CONCLUSÃO:** Com a realização deste trabalho, verificou-se a importância de uma orientação sólida que prepare os acadêmicos para buscar conhecer a real necessidade dessa parcela da população. Percebeu-se a necessidade de ampliar os espaços de discussões sobre o tema, incluindo neste contexto o enfermeiro, na busca de políticas públicas eficazes. Os estudos desse tema são escassos, por isso a importância da realização de pesquisas sobre ele, visando minimizar as dificuldades enfrentadas pelas travestis no atendimento à sua saúde.

FORMAÇÃO DE PSICÓLOGOS E RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL NA AMAZÔNIA

Rachel de Siqueira Dias, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Palavras-chave: Residência multiprofissional, saúde mental, reforma psiquiátrica

APRESENTAÇÃO: O presente resumo se propõe ao relato de experiência da formação de profissionais psicólogos, em Residência Multiprofissional em Saúde mental, e objetiva estabelecer considerações sobre as políticas públicas da instituição desta na modalidade de ensino em serviço. Sendo esta a primeira experiência de formação em residência multiprofissional em saúde com área de concentração em saúde mental no Estado do Pará, Norte do País, Amazônia brasileira. A Residência Multiprofissional em Saúde mental, inserida na Rede de Atenção Psicossocial - RAP's iniciou em 2012, com 09 residentes de quatro áreas diferentes, dois deles psicólogos. Inspirou-se teórico-metodologicamente na vertente da Psicologia social das práticas discursivas e de produção de sentido no cotidiano e na escrita etnográfica da antropologia interpretativa. A residência multiprofissional serve a formação de um profissional voltado à saúde coletiva no serviço e a articulação de saberes, práticas, compatíveis com as necessidades do campo da saúde mental. A formação na residência tende a proporcionar uma formação em subjetividade, na assistência à saúde, procurando entender e responder às necessidades e as problemáticas dos usuários e familiares, contribuindo assim com a interação efetiva da equipe, buscando ajudar na melhoria da qualidade do serviço ofertado, com uma visão integrada de toda a equipe, sendo feito um trabalho multidisciplinar em rede. Constitui-se numa pós-graduação lato sensu

oferecida às profissões que se relacionam com a saúde (psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, assistência social) é caracterizada por ensino em serviço. Seu corpo docente foi composto por coordenadores, tutores e preceptores os quais fazem parte dos Serviços. METODOLOGIA: Os residentes, em grupos multiprofissionais, desenvolvem ações em quatro diferentes cenários de prática-aprendizagem da rede pública de saúde mental de Belém - Pará, a saber: Centros de Atenção Psicossocial de Saúde Mental CAPS II, CAPSi, CAPS AD, Clínica Psiquiátrica em Hospital Geral (Emergência Psiquiátrica e Setor de Internação Breve) e Unidade Básica de Saúde. O rodízio proporcionou aos residentes a oportunidade de atuar em diferentes instituições e equipes no modelo substitutivo psicossocial. Sendo desenvolvida juntamente com Universidade Estadual do Pará e Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna. A primeira fase se fez através da passagem do residente pelos diversos Serviços, como também são repassados conteúdo teórico, teórico-prático, visando problematizar e fazer avançar as questões surgidas no cotidiano dos diversos Serviços. O trabalho teórico-prático inclui supervisão clínico-institucional, que aprofunda a abordagem dos casos atendidos, aponta as dificuldades e possibilidades da rede, e a atuação exercida pelos residentes. As aulas teóricas abrangem conteúdos como: SUS, reforma psiquiátrica, enfrentamento ao crack e outras drogas, redução de danos, bioética, avaliação e técnicas em saúde mental, psicopatologia fundamental, políticas públicas de saúde e outras. As atividades práticas permitiram uma visão global e crítica da rede como um todo. Isto se dá porque o psicólogo aprende em serviço, ou seja, trabalha e estuda em um mesmo momento. A Residência Multiprofissional em Saúde Mental é inédita no Norte do

País. Essa formação tem respondido a um dos grandes desafios enfrentados para a efetiva implantação da Reforma Psiquiátrica brasileira nessa Região, que é a formação adequada de seus profissionais.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tatiane Geralda André, Viviane Carrasco

Introdução: A saúde mental no Brasil foi marcada por um período de grande sofrimento, pois os chamados “loucos” ou “doentes mentais” eram internados contra a sua vontade em instituições carcerárias (manicômios) privando-o do convívio de seus familiares e da sociedade. Nesse cenário a Estratégia de Saúde da Família (ESF) atua na desinstitucionalização, constituindo uma ferramenta para trabalhar a saúde mental na atenção básica, evitando o isolamento e a perda do convívio familiar e social do portador de doença mental. O objetivo desse estudo foi descrever o cuidado de enfermagem desenvolvido na atenção básica (ESF), ao paciente portador de transtorno mental no município de Dourados/MS. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo acerca de um relato de experiência que apresenta os desafios e as atividades vivenciadas durante as aulas práticas da disciplina de Saúde Mental, do Curso de Enfermagem, da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, no período de março a novembro de 2014, no município de Dourados/MS. Resultados: Considera-se a atenção básica a porta de entrada de todo Sistema de Saúde, inclusive no que diz respeito às necessidades de saúde mental dos usuários. Busca-se resgatar a singularidade de cada usuário, investindo no seu comprometimento com o tratamento, tentando romper com a lógica de que a doença é sua identidade e de que

a medicação é responsável pelas melhoras; investindo nas suas potencialidades; auxiliando na formação de laços sociais e apostando na força do território como alternativa para a reabilitação social. Neste contexto, o enfermeiro na ESF tem como papel: a promoção da saúde mental, a prevenção da doença mental, ajuda ao doente mental para enfrentar as pressões de sua patologia e também a assistência ao paciente, à família e à comunidade. Foi possível observar que no campo de aula prática no qual foi realizado o estudo, as ações de saúde mental eram isoladas e não aconteciam de forma plena por parte da equipe multiprofissional, por recursos humanos reduzidos. A atenção à saúde mental necessita de ampliações das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, treinamentos e educação em saúde visando à qualidade da assistência prestada aos pacientes portadores de alterações psicológicas e distúrbios mentais. Considerações finais: As aulas práticas em Saúde Mental contribuíram para o conhecimento aprofundado sobre ações desenvolvidas na Atenção Básica dentro da perspectiva de restaurar e prevenir doenças e agravos mentais. Diante disso, a vivência prática desperta a importância de trabalhar a Saúde Mental nas unidades de saúde, pois, com isso pode gerar mudança na maneira de ver o sujeito que precisa de tratamento mental, pelos próprios profissionais. Na ESF em questão, constatou-se a necessidade de um suporte para pessoas com transtornos mentais. Dessa forma seria importante a capacitação desses profissionais de saúde, para que os mesmos tivessem mais clareza de como agir em relação aos doentes mentais. Talvez o medo, o estigma sobre essa temática, não favorece que esses profissionais tenham um olhar amplo e diferenciado e com isso podem corroborar para lacunas na assistência ao paciente com transtorno mental.

REGIÃO DE FRONTEIRA E OS SERVIÇOS DE SAÚDE DE PONTES E LACERDA-MT: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA VIVÊNCIA VER-SUS

Romero dos Santos Calã

O VER-SUS é um projeto que tem como proposta a realização de estágios de vivência no Sistema Único de Saúde, em que os participantes têm a oportunidade de conhecer e debater acerca da realidade do SUS e sua diversidade. Nesse relato objetivamos buscar o SUS e sua particularidade em Pontes e Lacerda-MT. E durante o 3º dia de vivência na zona rural da cidade, na UBS Matão que atende 300 famílias totalizando 500 pessoas, que é administrada somente por uma técnica em enfermagem que fica sozinha no local além de atender 24 horas a unidade tem que fazer plantão em outra UBS vizinha. As dificuldades relatadas começam a partir daí; do momento que uma única técnica fica responsável por toda unidade. Devido, ser uma área de fronteira existe um grande número de prostíbulo, o qual proporciona um grande número de adolescentes que chegam à unidade com início de aborto. Sem contar que na escola da comunidade já foram constatadas relações sexuais e bebidas alcoólicas entre os alunos adolescentes. Outra dificuldade é o atendimento dos bolivianos que trabalham nas fazendas locais e que a maioria tem seus documentos confiscados pelos patrões, e o problema da língua também. Apesar das dificuldades, a unidade não passa problemas com materiais. Como efeitos percebidos dessa experiência podem perceber que se tem muita necessidade de recurso humano, para o trabalho fluir na unidade, dentre eles o profissional de medicina e um psicólogo pra lhe dar com toda a situação característica local de fronteira dentre elas, trabalhar com as adolescentes vítimas de exploração sexual e os bolivianos que são vítimas

de trabalho escravo. Depois das visitas reafirmou a necessidade de ampliar estágios com a proposta do VER-SUS, que possibilita o aluno um estágio para além da prestação de serviços curativos entendendo que todos (usuários, gestores e estudantes) são protagonistas nesse processo de construção do SUS. Estando o Sistema Único de Saúde em construção por todos, cabe trazer o debate a partir de suas diretrizes pensando além das dificuldades e potencialidades, pensando propostas que facilitem o acesso e a relação entre gestores, profissionais e os usuários nos mais diversos grupos.

RESGATANDO NOSSAS MARIAS

Bianca Garcia Cappelli

Palavras-chave: Violência contra a mulher e interseccionalidade

Atuando como Coordenadora de um Centro Especializado de Atendimento à Mulher em situação de violência de gênero - CEAM Chiquinha Gonzaga - equipamento da Secretaria Especial de Política para as Mulheres do município do Rio de Janeiro, que integra a Rede de Serviços Especializada para Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Recentemente uma assistente social cursando a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na ENS/FIOCRUZ escolheu o Ceam para realizar seu estágio optativo. Certo dia uma amiga sua, assistente social que trabalha do NASF, lhe passa uma mensagem aflita. Faz o relato de uma visita domiciliar que não pode ser realizada porque o morador expulsou todos da casa, não deixando que nenhum cuidado fosse ofertado, nem a sua companheira, nem a ele. Era um caso conhecido na vizinhança, Dona Maria sofria violência doméstica há muito tempo, já fora usuária de drogas, “estava limpa agora”, mas seu companheiro, conhecido como “Menor” era usuário e fazia

pequenos “serviços” para os “meninos” da localidade para conseguir algum dinheiro. Além disso, ele tinha histórico de transtorno mental. O agravante veio do fato de que todos da equipe de saúde, rede de apoio e vizinhança, identificavam que ela corria grande risco. Já estava cega, presumia-se em decorrência das muitas pancadas que levava na cabeça. Realizamos uma reunião e decidimos que precisávamos atender Dona Maria imediatamente e confirmando o risco, encaminhá-la para nosso abrigo, que atende mulheres em situação de violência, que estão em risco iminente de morte. Fizemos contato com o CMS e nos colocamos a disposição para realizar o atendimento. Devido à distância, nos propusemos a fazê-lo no próprio CMS, aproveitando para discutir o caso em conjunto com a equipe de saúde. A assistente social do NASF fez toda articulação, ficou em contato conosco e o atendimento foi agendado. Devido às circunstâncias a equipe do CMS precisou pensar, em conjunto com o NASF, uma estratégia para tirar Dona Maria de casa e trazê-la para atendimento, pois como estava cega há pouco tempo, não conseguia sair sozinha. Somando-se a isso, foi preciso fazer tudo de maneira a não despertar nenhuma suspeita no “Menor”, que poderia ameaçar as pessoas. Tudo agendado chegamos ao local. Dona Maria foi trazida pela tia do “Menor” e sua filha, que haviam se transformado em rede de apoio, providenciando para que ela tivesse acesso à alimentação. Reunidos o Ceam, a equipe de saúde, a rede de apoio, e a gerência do CMS, tivemos uma conversa longa e difícil, mas todos chegaram à mesma conclusão: era imperativo tirar Dona Maria daquela situação. Precisávamos fazer isso sem que o “Menor” ligasse seu “desaparecimento” a sua tia, então pedimos que ela fosse embora com a filha. Alguns minutos depois uma pessoa do Ceam acompanhou a equipe de saúde e Dona Maria para resgatar alguns

de seus pertences. Voltaram, entramos no carro e levamos Dona Maria para o Ceam, de onde, após atendimento individual, seguiu para o abrigo. Trabalho intersectorial, multiprofissional e possível. Dona Maria está segura. Agora pode planejar uma vida livre da violência.

TERRITORIALIZANDO A PESSOA PRIVADA DE LIBERDADE: CONSTRUINDO UM GRUPO DE ENCONTRO DE TRABALHO COMO ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Larissa Ellen Pereira dos Santos., Anderson Kevin de Araújo Serafim, Adrine Louise de Lima, Geyziane de Souza Medeiros, Natasha Felipe da Silva, Marconi Edson Lira de Amorim, Dailton Alencar Lucas de Lacerda

Palavras-chave: Territorialização, Sistema Penitenciário, Grupo de Encontro de Trabalho (GRT)

APRESENTAÇÃO: A territorialização em saúde é uma estratégia para identificar sujeitos e cenários considerando aspectos geofísicos, humanos, socioculturais e econômicos para planejamento inicial de ações ou intervenções de práticas sanitárias. É uma ferramenta importante utilizada pelas Redes de Atenção em Saúde do Sistema Único de Saúde. O Programa Mais Saúde na Comunidade é uma atividade de extensão da Universidade Federal da Paraíba que desenvolve diversas ações em territórios periféricos, onde a população ou grupos populacionais estão em situação de vulnerabilidade social e de saúde. Dentre as suas diversas atividades está o desenvolvimento de práticas de saúde no Sistema Penitenciário do Estado da Paraíba (SPEP). Neste sentido a proposta de construção de um grupo de encontro de trabalho (GRT), a partir de discussões realizadas no Programa Mais Saúde na

Comunidade, utilizando os princípios da Ergologia, inicia-se com a territorialização no SPEP, para propor ações de intervenção em saúde do trabalhador nesse Sistema. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de territorialização realizada no SPEP, para a construção de um GRT com a pessoa privada de liberdade. O sistema carcerário aponta para diversas situações que favorecem o adoecimento dos sujeitos submetidos a este regime. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: Para planejar uma estratégia que possa amenizar os problemas de saúde enfrentados por este público foi feita uma territorialização em diversas unidades do SPEP. As visitas aconteceram às sextas feiras no horário vespertino. A primeira visita foi realizada na cidade de Sapé, zona da mata paraibana que possui um presídio reconhecido como paradigma em ressocialização. Nesta unidade foram constatadas diversas condições favoráveis a ressocialização como: aulas de xadrez, de música e biblioteca. A segunda visita foi realizada na penitenciária de segurança média Hitler Cantalice, localizada em João Pessoa, no bairro de mangabeira, que comporta apenas do sistema semiaberto e aberto que trabalham através de convênios em vários locais e órgãos do município de João Pessoa. No mesmo dia foi visitado o Julia Maranhão, a única penitenciária feminina da cidade. Esta possui uma ala direcionada para gestantes e lactantes, onde recebem uma assistência garantida pela LEP. A visita seguinte foi no presídio Geraldo Beltrão, presídio de segurança máxima, que possui salas de aula, cursos profissionalizantes, fabricação de tijolos e criação de animais. A última vivência ocorreu na Companhia Estadual de Habitação Popular (CEHAP), um convênio que possuem apenas em progressão de pena através do trabalho. RESULTADOS/IMPACTOS: As vivências proporcionaram uma reflexão crítica sobre o sistema

carcerário, além da experiência da LEP em prática, proporcionando a formulação de ações do GRT junto a presídios e convênios de trabalhos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir da visão dos próprios presidiários os estudantes perceberam a importância das oportunidades de trabalho dentro e fora do cárcere, confrontando a realidade da classe marginalizada em ressocialização.

Eixo Rotas Críticas - resumo expandido

Trabalhos de Pesquisa

A ATENÇÃO AO PARTO NO SUS: A ESCUTA MATERNA NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Suelen Beal Miglioransa, Cássia Regina Gotler Medeiros

Palavras-chave: Humanização da Assistência, Nascimento, Sistema Único de Saúde (SUS)

Para falar sobre nascimento e parto é necessário considerar que este não deve ser visto apenas como um evento da medicina, mas sim como um evento em que a mulher é a protagonista e que leva em consideração aspectos fisiológicos, psicológicos e espirituais. A Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2004), tem proposto novas metodologias de atenção e gestão às políticas, programas e estratégias existentes na saúde, prevendo a inclusão de todos os atores sociais envolvidos nos processos de atenção. No âmbito do nascimento a estratégia de saúde Rede Cegonha (BRASIL, 2011) propõe uma rede de cuidados que garanta assistência humanizada e de qualidade à mulher. A

partir deste embasamento, a presente pesquisa teve como objetivo geral conhecer a assistência ao parto das gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990) num município do interior do Rio Grande do Sul, realizando uma discussão e interlocução com o que preconiza a PNH e a Rede Cegonha. Considerou os seguintes objetivos específicos: (a) Investigar como se efetiva a atenção ao parto nesse município considerando as diretrizes do componente II – parto e nascimento, da Rede Cegonha; (b) Verificar o conhecimento das puérperas a respeito das rotinas e procedimentos realizados no ambiente hospitalar durante o trabalho de parto e parto; (c) Identificar os sentimentos das puérperas com relação ao seu parto; (d) Avaliar aspectos positivos e negativos relatados pelas puérperas em relação ao seu trabalho de parto e parto. Ao considerar-se a longa caminhada na implantação de uma atenção mais humanizada nos serviços de saúde e a proposta da inclusão de todos os atores sociais envolvidos nos processos de saúde (gestor-profissional-usuário), esta pesquisa torna-se relevante no momento em que possibilita a obtenção destes objetivos a partir do relato das usuárias do serviço, avaliando como se efetivam os cuidados em saúde e a atenção integral à mulher gestante e ao nascituro, podendo contribuir para a qualificação do componente II da Rede Cegonha. Realizou-se um estudo descritivo exploratório, de caráter qualitativo, por meio de entrevistas semiestruturadas com puérperas. As entrevistas foram realizadas com data e horário agendados, no domicílio das entrevistadas, conforme a sua disponibilidade. Foram respeitados os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sendo a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa a qual foi submetida. A metodologia de análise utilizada foi a análise de conteúdo (BARDIN, 2011). A partir da escuta foi realizada uma

avaliação sobre as práticas institucionais na atenção ao nascimento, relacionando com o que preconiza a PNH e a Rede Cegonha. Os sujeitos entrevistados foram seis puérperas, com faixa etária entre 18 e 41 anos, que realizaram acompanhamento pós-natal no serviço público de saúde do município em estudo e que tiveram seus partos realizados pelo SUS na maternidade deste município, no ano de 2014. Emergiram das entrevistas três categorias de análise: Rotinas e procedimentos hospitalares; Percepções das puérperas sobre o atendimento da equipe; Sentimentos e crenças envolvidos com o processo de hospitalização. Nestas se observou, respectivamente, os diferentes procedimentos que as puérperas foram submetidas ao longo de sua internação hospitalar; o atendimento prestado pela equipe de saúde e o modo como este atravessa os demais itens de análise, procedimentos e sentimentos; e os sentimentos como o medo, a dor e o sofrimento, a felicidade e gratidão pelo nascimento, a ansiedade pelo encontro com o filho e a perda de identidade no ambiente hospitalar. A efetivação do atendimento prestado no espaço de cuidado e atenção ao parto, a partir das entrevistas, foi positiva. Porém, apresentou problemas que foram evidenciados por meio de queixas sobre os cuidados prestados, incômodos com procedimentos e rotinas. Foi possível, a partir do estudo, concluir-se que, no espaço avaliado, as práticas de atenção estão em dissonância com as recomendações de ambas as políticas e das leis orgânicas do SUS. Dentre as diretrizes do componente II – parto e nascimento, observou-se que o hospital de referência no município as cumpre parcialmente, em especial desconsiderando o que é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como Boas Práticas de Atenção ao Parto. Vale ressaltar que na proposta deste estudo não foi considerado o acesso aos prontuários das

entrevistadas e assim esta análise baseia-se exclusivamente nas escutas realizadas. São as ações do componente II avaliadas: (a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais: satisfatório, não houveram relatos de falta de leitos e não houve necessidade de uso de leitos de Unidades de Tratamento Intensivo adulto ou neonatal; (b) ambiência, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal: cumpre-se parcialmente; (c) uso de práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas: foram cumpridas parcialmente as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996); (d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato: satisfatório; (e) acolhimento com classificação de risco: não foi possível avaliar; (f) estímulo à implementação de equipes horizontais de cuidado: não foi possível avaliar. As puérperas demonstraram grande desconhecimento sobre as rotinas e procedimentos que foram submetidas no ambiente hospitalar, o que problematiza a real inclusão de todos os atores sociais envolvidos, conforme a ferramenta da PNH. Quanto aos sentimentos das puérperas com relação ao seu parto, observou-se que este é um momento cheio de felicidade e gratidão pela chegada do filho, porém, considerando-se os entremeios das falas, em especial sobre os procedimentos realizados e atendimento prestado, às mulheres citaram sentimentos de medo, dor, ansiedade e perda de identidade. A interlocução do que emergiu das entrevistas das puérperas com a PNH e a Rede Cegonha, confirmaram que existem grandes desafios a serem enfrentados para a implantação de uma atenção mais humanizada e efetiva ao parto, sendo ainda longa essa caminhada.

Porém, demonstra-se possível, na medida em que os espaços de atenção ao parto, como o hospital, forem compondo-se com a PNH desde sua atenção até a gestão. É necessário enfrentar as dificuldades que vão além de estruturas físicas, mas que dizem respeito aos processos de trabalho e equipe, a cultura organizacional e ao entendimento ético-político de como deve se efetivar a relação usuário-profissional-gestor.

A INVISIBILIDADE DE QUEM É VISTO TODOS OS DIAS: DIFICULDADES DO VIVER NA RUA

Scheila Mai, Rafael Rossetto, Fátima Martins, Fabio Herrmann, Jéssica Mai, Janainny Magalhães Fernandes, Giliard Mai, Bernadette Kreutz Erdtmann

Palavras-chave: Dificuldade, População em situação de rua, Invisibilidade

APRESENTAÇÃO: As pessoas em situação de rua estão por todos os lugares, se refugiando das intempéries, espalhados pelos espaços públicos, estando tão próximos, mas ao mesmo tempo tão distantes que podemos as ver, mas não as (re)conhecer. Morin¹ compreende que a abertura subjetiva em relação ao outro determina que estejamos abertos para determinadas pessoas próximas e privilegiadas, mas que na maioria do tempo permanecemos fechadas para as demais. Descreve ainda o quanto que na vida cotidiana ficamos quase indiferentes às misérias físicas e partimos para os julgamentos morais, dos quais sentimos repugnância pelo “vagabundo” encontrado na rua e que, entretanto, somos capazes de sentir compaixão pelo mesmo quando se encontra na leitura ou na projeção de um filme. Disto decorre a necessidade de estudar e compreender o visível mais incompreensível, pois para o mesmo autor¹, a visão é o sentimento mais confiável que temos e em consequência a essa confiança é

que surgem os inúmeros erros de percepção. Nas trajetórias de vida da população de rua é possível visualizar a exclusão social como um processo de exclusão do seu lar, das leis, dos seus direitos, da humanidade, da vida e da condição humana². **METODOLOGIA:** Trata-se de um recorte de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, do qual foi desenvolvido a partir de entrevistas individuais semi-estruturadas com 14 pessoas em situação de rua e observação participante dos mesmos, incluindo mais seis pessoas, totalizando 20 atores observados através de imersão em locais de agrupamento de pessoas em situação de rua, em um município do Oeste Catarinense. Este estudo respeitou a Resolução/CNS 466/12 e foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. O trabalho teve como objetivo compreender o cotidiano das pessoas em situação de rua, a luz dos saberes de Edgar Morin, sendo um recorte da pesquisa, os resultados apresentados serão com enfoque nas dificuldades que essa população encontra pelo viver na rua. **RESULTADOS:** A compreensão entre os seres humanos quer próximo, quer estranho, é fundamental para que as relações humanas saiam de seu estado bárbaro de incompreensão¹. Para muitos a rua é encarada como uma situação difícil, que representa sofrimentos, julgam que viver na rua não é bom, não é vida. Diante da complexidade do conhecer, surge a necessidade de buscar no subjetivo de cada ser, qual é a maior dificuldade que uma pessoa em situação de rua encontra no cotidiano por estar vivendo nesta condição. Imediatamente são concebidas no nosso inconsciente as dificuldades que essa população enfrenta, pensamos logo em ser a fome, o frio, a falta de moradia e/ou de emprego, a presença de doenças e a ausência familiar, e assim simplificamos um mundo de complexidades à uma visão cegueira. No complexo mundo do conhecer o real o que é revelado nos surpreende quando, a maior dificuldade de viver na rua

relatada pelas pessoas em situação de rua é a rejeição da população. O desprezo sentido, demonstrado por parte das outras pessoas os fere, os machucam, deixam marcas, que estão enraizadas em suas falas quando essas se revelam: “A maior dificuldade é a indiferença das pessoas, né?... que te tratam como se tu não fosse uma pessoa, te olham: ‘é um morador de rua’, muita gente não te trata bem”.; “Dificuldade é você estar andando, você passa e o povo: ‘aquele é um drogado, é um ladrão!’”. Para Morin¹ é assim que encerramos o problema quando dizemos os “drogados”. Temos aqui uma categoria que despreza a vítima, que a julga e a culpabiliza por esta situação, onde a única arma, evidentemente, é a repressão. Morin¹ também descreve que “se descobrirmos que somos todos seres falíveis, frágeis, insuficientes, carentes, então podemos descobrir que todos necessitamos de mútua compreensão”. Enquanto seguimos a reprimir os oprimidos, continuaremos a viver em uma sociedade tão cega quanto opressora, que emite a responsabilidade do opressor e, se não bastasse ainda, justifica essa omissão “jogando” o problema ao próprio oprimido. A compreensão não desculpa nem acusa: pede que se evite a condenação peremptória, irremediável, como se nós mesmos nunca tivéssemos conhecido a fraqueza nem cometido erros. “Se soubermos compreender antes de condenar, estaremos no caminho da humanização das relações humanas”¹. As pessoas em situação de rua vivenciam constantemente cenas de desprezo, seja por um olhar, por uma expressão, por uma palavra. Eles sentem que são ignorados, rejeitados, excluídos, pré conceituados como “vagabundos”, perigosos, ladrão entre outras denominações. O desprezado, sente-se ferido, mutilado e machucado “[...] sabe quantas vezes uma pessoa passou e parou para conversar comigo? Você é a terceira pessoa entre esses oito anos que estou na rua”. A etapa que a própria humanidade lhe

é negada, é uma das mais cruéis fases que podem existir ao ser humano⁷. Somos seres de interdependência, dos quais necessitam vivenciar momentos de troca com o outro para o crescimento e realização pessoal⁴. As pessoas podem buscar constantemente a realização pessoal, mas se a sociedade as negar, se os transeuntes as desprezarem, se persistir o sentimento de fazer de conta que tais pessoas não existem, a realização pessoal será uma busca inatingível e utópica para toda a sociedade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O maior dilema do ser humano tem sido o de lidar com a dicotomia do eu e do outro, esquecendo que somos seres alicerçados na negação explícita da existência do outro, por meio da indiferença e da exclusão. Infelizmente, convivemos com uma terrível sensação de impunidade por aquele que vive às margens, de onde lhe é recusado os direitos como ser pertencente à sociedade. A população em situação de rua possui características próprias que, em condições miseráveis, encontram meios de sobrevivência em uma sociedade voltada à cegueira humana, que se torna indiferente ao diferente como tentativa de não enxergar o que não lhes agrada, ignorando, assim, a própria condição humana. Recordamos que Morin¹ justifica esse processo como o enfraquecimento da solidariedade que cada um deixou de entender seu laço orgânico com a cidade e os seus concidadãos. Compreendemos que esse enfraquecimento da solidariedade, tem ocorrido em consequência da evolução do mundo capitalista que tem direcionado as pessoas a viver no egocentrismo, mas entendemos ainda que, a solidariedade só poderá existir diante daquilo que me proponho a compreender, enquanto a sociedade persistir em ignorar, excluir e marginalizar o desconhecido (as pessoas em situação de rua), continuaremos a viver o estado bárbaro da incompreensão, que acusa e julga sem mesmo conhecer.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À HOMENS EM SITUAÇÃO DE PRIVAÇÃO DE LIBERDADE

Anderson Reis de Sousa, Kelane Borges Rocha de Souza, Marli Luz Santos, Rayanne Cristine da Paixão Santos, Thiago da Silva Santana, Tilson Nunes Mota

Palavras-chave: Prisões, Assistência de Enfermagem, Saúde do Homem

APRESENTAÇÃO: No Brasil existem cerca de 473.636 detentos, em face da dura realidade presente nas unidades prisionais, sendo esta a quarta maior população carcerária do mundo. Para buscar garantir o acesso à saúde e oferecer-lhes ações e serviços de atenção à saúde dentro das unidades prisionais vigora neste país a Política Nacional de Saúde do Sistema Prisional (PNSSP) e como segunda iniciativa, e esta, diretamente focalizada à população masculina, é implantada, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Estudos apontam uma alta incidência de infecções respiratórias, alergias, dores de cabeça, problemas digestivos e várias infecções sexualmente transmissíveis entre a população privada de liberdade. As doenças graves mais comuns entre os presos são a tuberculose e a Aids estimando que cerca de 20% dessa população no Brasil vivem com o HIV. Diante desta problemática, reconheceu-se a necessidade de dispensar atenção à saúde, especificamente nas unidades prisionais, com direcionamento aos agravos de saúde da população masculina, que decorre de problemas importantes geradores de impactos para a saúde pública. **OBJETIVO:** Este estudo teve como objetivo descrever a assistência de Enfermagem prestada à homens em situação de privação de liberdade. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa

é um método de pesquisa que permite buscar, e ter uma avaliação crítica e aportando uma síntese das evidências disponíveis do tema investigado, com intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, bem como a identificação de fragilidades que direcionam para o desenvolvimento da assistência e de futuras pesquisas. Nessa perspectiva elaborou-se um revisão integrativa através das seis fases da sua operacionalização, realizando uma busca nas bases de dados científicas do SCIELO, Biblioteca Virtual em Saúde, BIREME, no qual foram pesquisados artigos através dos descritores Prisões, Assistência de Enfermagem, Saúde do homem, buscando captar a totalidade de artigos que abordassem a temática a partir dos critérios de inclusão delimitados em produções nacionais, publicadas nos últimos 15 anos, na íntegra, que apresentassem resultados consistentes, e de exclusão tais como anais de eventos, trabalhos repetidos, manuais, dissertações e teses. **RESULTADOS:** Resultaram desta busca 23 artigos, entretanto apenas 9 correspondia aos critérios, os quais constituem a amostra deste trabalho. Para análise e discussão dos resultados, os artigos foram categorizados em história do sistema penal brasileiro, saúde no sistema carcerário, contextualização do direito à saúde, assistências de enfermagem aos homens privados de liberdade. A partir da análise desses dados foram determinados os enfoques que embasaram as abordagens da assistência de enfermagem aos homens em privação de liberdade. A análise dos artigos sugere resultados evidentes referentes à prática do cuidado e a relação de ajuda que são os princípios norteadores da atuação da enfermagem, e pode ser aplicados à população privada de liberdade. Diante do que foi encontrado, evidencia-se que a produção científica pesquisada é bastante recente, a primeira publicação datada de

2002. Os artigos revelam que a população masculina como predominante nas unidades prisionais, e que deve ser merecedora de atenção entre os profissionais de saúde e que a assistência de enfermagem prestada depara-se com situações em que há espaço físico inadequado, com problemas de iluminação, ventilação e ruído, bem como nas farmácias e sanitários; atuação em climas de tensões, resistência da população prisional em aderir as ações desenvolvidas; limitações das práticas em saúde; desestruturação para receber pessoas com deficiências, particularmente cadeirantes, com mobilidades reduzidas, problemas visuais e idosos; situações incompatíveis com a prática de atividades médicas, de enfermagem e social; distribuição inadequada de enfermeiros e técnicos de enfermagem por números de aprisionados, déficit em treinamentos básicos para execução de algumas atribuições, especificamente ao tratamento de doentes com transtornos mentais; inexistência de fundos mensais o que causa a falta de medicamentos básicos e resultam no comprometimento da saúde do paciente e a falta de equipamento técnico para facilitar o atendimento básico de emergência. No que se refere a presença de materiais, os estudos apontam para a carência em itens como blocos de receituários, materiais de pequenas cirurgias. Quanto as práticas assistenciais desenvolvidas pela equipe de Enfermagem destaca-se a atenção direcionada para o diagnóstico e tratamento das doenças crônicas como diabetes, hipertensão, hanseníase, tuberculose, IST e HIV/AIDS, e em menor escala a aplicação de protocolos assistenciais para o desenvolvimentos das ações. Dessa forma demonstra uma fragilidade da assistência de enfermagem para a população privada de liberdade, tornando quase inexistente, uma vez que realizada sua prática atrelada a condições precárias devido a vulnerabilidade

do sistema penitenciário brasileiro que historicamente são marcados por superlotação, alimentação insuficiente, insalubridade, péssimas condições sanitárias, ausência de assistência à saúde, jurídica, educacional e profissional aumentando assim a sua vulnerabilidade as doenças. Não foi evidenciado nos estudos a realização de ações de educação para a saúde, que se transversalizem por outras temáticas, tais como sexualidade, higiene, paternidade, planejamento familiar, resolução de conflitos, ressocialização e autocuidado. Também não foi evidenciado os instrumentos para a realização da assistência, tais como a consulta de enfermagem, dispositivos gerenciais e educacionais. No entanto, a equipe de enfermagem torna-se indispensável, pois contribui para o resgate das condições biopsicossociais, que trazem reflexos na melhoria da qualidade de vida e saúde dessa população, minimizando discriminações, iniquidades, negação do acesso à saúde, e promovendo o respeito, integralidade, universalidade, equidade e garantia dos direitos sociais, éticos e legais. Evidenciou-se que a luta pelos direitos humanos e cidadania das pessoas privadas de liberdade vem se fortalecendo, especialmente por meio da atuação de movimentos sociais, com o enfoque voltado para a redução das desigualdades. Assim, as equipes de saúde terão o desafio de interferir no cotidiano da desassistência, tendo por base padrões humanos e prevenção da saúde que se traduzem em ações tecnicamente competentes e socialmente apropriadas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nota-se que a saúde da população masculina privada de liberdade configura-se em uma problemática discussão que necessita ser explorada, e que tem se tornando uma questão de saúde pública, na qual a própria condição de confinamento dos detentos representa uma oportunidade singular para a implementação

de programas terapêuticos, medidas preventivas e ações educativas específicas para esse segmento da população, que, em geral, tem menos acesso aos serviços de atenção à saúde. Para desenvolver as ações, os profissionais de enfermagem possuem papel fundamental, visto que, como integrantes da equipe de saúde, desenvolvem atividades e ações no âmbito individual quanto coletivo, visando desde a promoção da saúde e prevenção de doenças, até ações técnicas e assistenciais que serão fundamentais para se alcançar as metas da PNSSP e superar as principais patologias que fomenta e agravam a saúde prisional. Assim compreendemos que o cuidador de enfermagem inserido em uma organização que presta serviço ao 'outro' é responsável pela qualidade do atendimento que é dispensado ao ser cuidado e, para tal, deve empenhar-se e oferecer-lhe o melhor de si para assegurar um cuidado humanizado, a efetivação do papel da enfermagem se estabelece como primordial e única para a implementação do novo modelo assistencial de saúde, cujo olhar está voltado para a saúde e não para a doença, e cujo foco é o indivíduo inserido em um contexto social.

CIDADANIA SEXUAL, JUSTIÇA DE GÊNERO E DEMOCRACIA ÍNTIMA NA ADOLESCÊNCIA

Helena Maria Campos, Maria do Carmo Fonseca, Cláudia Gersen Alvarenga Paiva, Isabella Campos de Araújo, Yago Freire Ferreira, Marianna Campos Assis

Palavras-chave: adolescência, equidade de gênero, democracia íntima, saúde sexual

APRESENTAÇÃO: A Adolescência é uma fase da vida marcada pela passagem da infância para a idade adulta, com transformações físicas, psicológicas e sociais, vivenciada de formas diferenciadas em cada sociedade,

num determinado tempo histórico. A sexualidade é uma dimensão fundamental da vida, principalmente nessa fase da vida, pois envolve práticas e desejos relacionados à afetividade, prazer, amor e à saúde (Brasil, MS, 2007). Gênero é um papel social que se constrói por aproximação ou oposição a grupos de referência, tomando como base o binômio homem/mulher, reproduzido a partir de normas e expectativas sociais. A conquista da cidadania sexual, compreendida como "o reconhecimento e usufruto de um conjunto de direitos relacionados com a sexualidade" (Santos, 2005, p.57) promove saúde sexual e relações amorosas democráticas. Garantir equidade de gênero e direitos sexuais propicia o exercício do direito à saúde e da cidadania sexual, defendidas como direitos humanos. No presente estudo, propõe-se a ideia de justiça de gênero, ainda não existente na literatura [1], questionando-se o regime de gênero e as relações de poder, desconstruindo papéis sociais impostos e hegemônicos, buscando a equidade e a democracia íntima. O objetivo geral é compreender as vivências afetivas e sexuais, as relações de gênero, o conhecimento sobre direitos sexuais entre adolescentes para subsidiar estratégias educativas emancipatórias que promovam cidadania sexual, justiça de gênero e saúde sexual. METODOLOGIA: Esta pesquisa se caracteriza como qualitativa, busca-se compreender e desvendar os significados e sentidos que os sujeitos atribuem aos fenômenos, as relações que estabelecem, correlacionando-os ao contexto sócio histórico em que se inserem e às teorias que fundamentaram as interpretações, utilizando uma ótica multidisciplinar, articulando os saberes da sociologia, da filosofia e da psicologia sobre adolescência, sexualidade e relações amorosas na contemporaneidade (Flick, 2004; Turato, 2005; Minayo, 2008; Deslandes, 2002, 2007; Silverman, 2007;

Bauer, Gaskell, 2007). A população de estudo configura-se com adolescentes, de 14 a 19 anos, alunos de escola pública em Belo Horizonte. Definiu-se por esse público por se acreditar que a adolescência é uma fase crucial do desenvolvimento humano, momento de reedição da identidade, além de influenciar futuros laços afetivos. O número de participantes é definido pelo critério de saturação (Fontanella, Ricas, Turato, 2008) tendo por base a sustentação das informações. A primeira etapa do percurso metodológico se constitui de estudos e revisão da literatura. A segunda etapa designa-se pela pesquisa de campo, com coleta de dados através de entrevistas individuais, utilizando um roteiro semiestruturado, com questões que buscam compreender e desvendar os significados e sentidos que atribuem aos fenômenos, tais como relações afetivo-sexuais, equidade de gênero, direitos sexuais, correlacionando ao contexto sócio histórico em que se inserem. As entrevistas são gravadas com consentimento dos participantes, posteriormente transcritas, preservando a identidade dos estudantes. Para a interpretação das informações optou-se pela análise de conteúdo através do estabelecimento e descrição de categorias analíticas (Bardin, 1977; Bauer, 2007). Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas René Rachou/FIOCRUZ sob o parecer N^o 986.929. RESULTADOS PRELIMINARES: Esta investigação ainda está sendo desenvolvida, por isso apresentar-se-á os resultados focando-se na discussão teórica. O campo da sexualidade e dos direitos sexuais é bastante fecundo, encerra tensões e múltiplas perspectivas, envolve conceitos bastante discutidos como liberdade, gênero, respeito às diferenças, relações, dignidade humana e direitos humanos (Heilborn, 2006; Minayo, 2011). A sexualidade é um campo fecundo de possibilidades e ao

mesmo tempo polêmico, porque emerge da experiência social, na forma de práticas e saberes, possibilitando, a construção do lugar do eu e do outro. Neste sentido, a sexualidade seria uma invenção social ao se constituir historicamente a partir dos discursos que normalizam, regulam e constituem saberes e verdades sobre o que é o sexo, o feminino, o masculino e toda a imensa rede que os envolvem (Foucault, 1985; Louro, 2001). Em uma sociedade capitalista, caracterizada por uma lógica de mercado, a desigualdade e iniquidades nas relações de gênero, as relações de poder e a ameaça frequente de violência e coerção dificultam ou muitas vezes impossibilitam a negociação de práticas sexuais mais seguras e a garantia da equidade e dos direitos sexuais, conseqüentemente os direitos humanos dos adolescentes. Apesar de alguns avanços, os direitos sexuais assim como a equidade de gênero não atingiram os níveis preconizados, indicando a necessidade de maior atenção por parte dos governos e da sociedade em geral (Dixon-Muller, 1984; Ventura, 1999, 2004; Armas, 2008; Rios, 2008). Há ausência de espaços de diálogos abertos e reflexivos sobre sexualidade, sobre as relações afetivo-sexuais e sobre os direitos sexuais com os adolescentes, como também falta serem considerados como sujeitos de direitos, protagonistas do processo e autores da própria vida (Campos, 2011; Leite, 2012). Há fortes indícios de que muitos sofrimentos relatados pelos adolescentes estejam relacionados às iniquidades de gênero e injustiças cognitivas e sociais, decorrentes do mundo capitalista, onde as trocas, inclusive as afetivas, ficaram cada vez mais mercantilizadas. Destaca-se a crítica à razão indolente presente na nossa sociedade ocidental, que se baseia na simetria dicotômica, que esconde sempre uma hierarquia, por exemplo: homem/mulher; norte/sul; cultura/natureza, branco/negro e

outros binômios que contraem o presente, porque desconsideram algumas realidades e experiências e não valorizam a diversidade (Boaventura Santos, 2007). Nessa pesquisa se priorizou a ampliação do conhecimento sobre as relações entre homens e mulheres, introduzindo “uma corrente quente” na racionalidade, para construir uma “teoria da união e não da separação” que abranja relações compreensivas e amorosas. Geralmente as críticas recaem sobre a pretensa universalidade de direitos e a existência de desigualdades entre homens e mulheres no que diz respeito aos direitos de cidadania. Consideramos necessário ir além, garantir o direito de ser igual quando um estiver em situação de inferioridade, mas também o direito do reconhecimento da diferença quando a igualdade descaracterizar. É preciso descolonizar as relações e reinventar a emancipação, substituir as relações de poder por relações democráticas, com autoridade compartilhada, o que estamos denominando de justiça de gênero. Face à histórica desigualdade da mulher e também à discriminação sofrida pelos adolescentes a luta por justiça de gênero para esses grupos deve ser mais intensa. Aposta-se na ecologia de saberes e em estratégias educativas emancipatórias compartilhadas com os adolescentes, que promovam diálogos criativos entre os saberes científicos e os saberes não-científicos, que ampliem a compreensão dos fenômenos e potenciem ações coletivas de luta por cidadania sexual e justiça de gênero. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conhecer o mundo adolescente e criar estratégias educativas que propiciem a cidadania sexual e a justiça de gênero pode favorecer o potencial de resiliência, promover a saúde sexual e garantir direitos humanos. Ressaltam-se a necessidade de realizar uma tradução recíproca com os participantes da pesquisa, buscando inteligibilidade dentro do contexto onde

vivem, levando-se em conta suas singularidades e potencialidades para conquistarem direitos humanos, particularmente os direitos sexuais, superando o enfoque biomédico e os padrões heteronormativos da sexualidade, numa perspectiva contra-hegemônica, para conquistar cidadania sexual e justiça de gênero. Nesse sentido, considera-se relevante a discussão sobre o sistema relacional entre homens e mulheres, onde persistem as relações de poder patriarcais e a construção de uma abordagem que considere a relação entre democracia, cidadania, direitos humanos e direitos sexuais, bases para um modelo de compreensão dos direitos sexuais denominado de direito democrático da sexualidade. 1 Na literatura encontra-se os termos Justiça social, Justiça cognitiva (Boaventura Santos, 2007; Nunes, 2008); Justiça Sanitária (Nunes, 2009); Justiça ambiental (Porto, 2009; 2011).

CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO SOBRE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Rosana Alves de Melo, Tâmara Requião Peralva

Palavras-chave: Violência doméstica, Conhecimento, Enfermeiros, Emergência hospitalar

APRESENTAÇÃO: A violência é considerada um problema histórico que está presente desde o momento que a vida coletiva se desenvolveu, em que o homem criou formas de controle do meio e dos seus semelhantes, e faz parte de todos os contextos, permeando as relações em todas as classes sociais e étnicas. Dessa forma, é considerado um problema de saúde pública, que também acomete a economia mundial, interferindo nas despesas anuais da saúde, além de provocar a morbimortalidade da

população, acarretando em dor, sofrimento e traumas. Dentre os mais diversos tipos de violência existente, a violência doméstica está bastante presente nos lares e tem o potencial de causar um impacto significativo na vida de todos os membros da família, mesmo que não deixe marcas visíveis. Pode ser definida como aquele tipo de violência que ocorre no espaço domiciliar, sendo causada por integrantes da própria família e por aqueles que não tenham um laço consanguíneo. É um tipo de violência que acomete mais crianças, adolescentes, mulheres e idosos, e em menor proporção os homens. É importante destacar que todos os casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica devem ser notificados, no intuito de favorecer a proteção dos indivíduos que vivem em situação de violência, bem como de suas famílias. O atendimento no setor de emergência ao indivíduo em situação de violência é o primeiro contato deste com uma unidade hospitalar, onde deverá ocorrer o cuidado inicial e, diante das necessidades do indivíduo, deve haver uma abordagem adequada pela equipe multiprofissional, o que inclui a assistência de enfermagem. Isso possibilita a intervenção precoce e os devidos acompanhamentos necessários e encaminhamentos à rede de proteção. O profissional enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, tem a função de auxiliar na assistência dos casos existentes, prestando uma assistência integral e resolutive, o que poderá favorecer a quebra do ciclo da violência. Sua intervenção envolve o contato imediato, exigindo um atendimento humanizado e imparcial diante dos seus sentimentos, em meio à necessidade de solucionar o problema do indivíduo. O conhecimento e as estratégias adotadas, frente aos casos de violência doméstica, são cruciais para a condução dos casos, e isso envolve a necessidade do profissional enfermeiro ter conhecimento abrangente a respeito da temática,

com uma visão assistencial integral, interdisciplinar, holística, humanizada e contextualizada, para que possa acolher, assistir e direcionar as pessoas em situação de violência. **OBJETIVO:** Assim, levando em consideração as diversas atribuições do enfermeiro nesse contexto, bem como a importância das práticas assistencialistas de sua responsabilidade, o presente estudo objetivou analisar o conhecimento do profissional enfermeiro que atua nos serviços de emergência hospitalar, sobre violência doméstica, bem como os diversos aspectos que a envolve esse fenômeno. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido no setor de atendimento de emergência de três hospitais públicos de Petrolina/PE e Juazeiro/BA, que incluía atendimento de crianças, adolescentes, adultos e idosos. Duas delas eram instituições de médio, e uma de grande porte. Os participantes do estudo foram enfermeiros que atuam no serviço de emergência das instituições supracitadas, que foram entrevistados no mês de maio de 2015, tendo como critério de inclusão estar atuando nesse setor há pelo menos seis meses, não necessitando, assim, possuir pós-graduação na área, no momento da entrevista. A coleta de dados se deu através de entrevista semiestruturada, em local reservado e no momento que fosse oportuno para o entrevistado, de forma assegurar sua privacidade e, ao mesmo tempo não comprometer o desenvolvimento de suas atividades profissionais. Esta pesquisa foi previamente autorizada pelas instituições envolvidas, através da assinatura da carta de anuência. Posteriormente foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, da Universidade de Pernambuco, com aprovação em março de 2015, através do Parecer Nº 971.832. A análise de dados se deu através da técnica de análise de conteúdo temática, que é um método

que prioriza o estudo da frequência das características presentes na mensagem, com extremo rigor científico; e propõe a análise das características ausentes da mensagem. RESULTADOS: De acordo com o resultado dessa pesquisa, pudemos observar que o profissional enfermeiro consegue, em sua maioria, descrever o que é violência doméstica, porém, nem sempre essa percepção resulta no entendimento dos tipos de violência domésticas existentes, assim como no reconhecimento de quem pode ser ou não agredido, acreditando que somente as mulheres são passíveis de sofrer violência nos lares. Também foi referido pela maioria dos entrevistados que os sentimentos de pena, raiva, desprezo e medo, despertados diante dos casos de violência doméstica assistidos, bem como o desconhecimento de como proceder diante desses casos, são fatores que limitam a realização da notificação, e de um atendimento humanizado e efetivo. A maioria associa a falta de conhecimento técnico científico a uma formação acadêmica deficiente nesses aspectos. Os resultados também nos mostrou que os profissionais entrevistados reconhecem a violência doméstica como é um problema expressivo na nossa sociedade, e mesmo existindo uma rede de proteção e diversos direitos a proteção dos indivíduos, é um fenômeno que afeta e deixa muitas sequelas físicas e emocionais, e que está presente dentro e fora dos lares, independente de questões socioeconômicas, culturais e étnicas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Para que haja um atendimento eficiente e eficaz por parte dos profissionais envolvidos na atenção aos indivíduos em situação de violência doméstica é necessária uma política de responsabilidade institucional, respaldando o profissional para a realização dos diversos protocolos necessários aos encaminhamentos a rede de proteção, o qual defina claramente o papel de cada

membro, instituição, órgão governamental, setores da sociedade civil e profissionais no atendimento e prevenção da violência, para que assim se construa uma rede hierarquizada, articulada e contínua de ações, assim como para a notificação dos casos. O enfermeiro, como integrante da equipe de saúde, necessita estar apto a prestar uma assistência de qualidade, tendo com preparo técnico-científico para atuar tanto no cuidado quanto na prevenção dos casos de violência, devendo estar atento para tais situações e promover a existência e/ou integrar as redes de atendimento locais. Diante disso, se faz necessário a inclusão do tema violência em todas as discussões, desde o momento da graduação, considerando que os profissionais em formação, possam atender e conduzir os casos em suas práticas diárias, sem envolvimento emocional, já que a violência se faz presente em todas as sociedades, nos diversos contextos, e atingindo todos os indivíduos, diretamente ou indiretamente. Esperamos que este estudo contribua para a reflexão sobre a temática da violência doméstica, embora saibamos que esse assunto não se esgota com os resultados dessa pesquisa, pelo contrário, esse foi apenas o recorte possível nesse momento e novos e mais aprofundados estudos precisam ser realizados como subsídio aos profissionais de saúde na prevenção e solução da violência doméstica, que atinge todos os indivíduos.

DIFICULDADES NO RECONHECIMENTO DO SUICÍDIO POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Anderson Reis de Sousa, Luana Santos Braz Rocha, Luzia Fernanda Borges Miranda, Sandra Maria Lôbo Macêdo Pereira, Thiago da Silva Santana, Tilson Nunes Mota

APRESENTAÇÃO: A cada ano, cerca de um milhão de pessoas morrem por suicídio no mundo, o que constitui uma importante questão de saúde pública e para além dos números, o impacto psicológico e social em uma família e na sociedade é inatingível. O suicídio é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um ato intencional do indivíduo para extinguir sua própria vida. E vários fatores podem estar associados como, tentativas anteriores de suicídio, transtornos mentais como a depressão, transtornos por uso de álcool e outras drogas, ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sócio demográficas, tais como pobreza, desemprego e baixo nível educacional. Algumas tentativas de suicídio são vistas como manifestações históricas e essa percepção desencadeia atitudes hostis e desumanizadas por parte da equipe de saúde, particularmente quando o risco de vida é mínimo ou nulo. Estas posturas acarretam em condutas assistenciais inadequadas e mesmo a desatenção dos casos ocorridos. Santos afirmam que a interpretação dos comportamentos suicidas, por parte dos profissionais de saúde, revela-se muito importante para determinar a atuação junto dos indivíduos, no que respeita ao atendimento hospitalar e ao posterior encaminhamento. Os sinais indiciários da seriedade da intenção suicida, tais como a comunicação prévia de que iria ou vai se matar, mensagem ou carta de adeus, planejamento detalhado, precauções para que o ato não seja descoberto, ausência de pessoas por perto que possam socorrer, tudo isso revela que quem quer cometer o suicídio apresenta alguns sinais anteriormente. É importante salientar que atitudes estigmatizantes influenciam negativamente a atenção e o tratamento recebidos pelos pacientes e, além disso, têm impacto na psicologia de receptor e no seu bem-estar, atuando

como obstáculo considerável para a busca de ajuda, acesso ao tratamento, adesão e eficácia do mesmo. Objetivo: Descrever as dificuldades no reconhecimento do suicídio por profissionais de Enfermagem. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, que propõe uma compreensão particular e profunda dos fenômenos sociais em questão. O campo empírico desta pesquisa teve como cenário de estudo um hospital público do município de Feira de Santana, Bahia. As participantes que compuseram este estudo foram 14 profissionais que fazem parte da equipe de Enfermagem, sendo elas 08 técnicas e 06 enfermeiras, que atuavam em unidades de emergência do hospital mencionado. Foi utilizada como técnica para coleta de dados a entrevista semiestruturada, e para o tratamento do material empírico foi adotada a análise de conteúdo temático proposta por Bardin. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, observando-se os preceitos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos. Os dados foram coletados no mês de Maio de 2015. As entrevistas foram realizadas durante os plantões, nas instalações próprias da unidade. As mesmas foram gravadas e transcritas após apresentação da atividade proposta e autorização do entrevistado. Para a sua operacionalização o projeto de pesquisa fora submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nobre de Feira de Santana, sob o parecer de nº CAAE: 42053415.8.0000.5654, respeitando a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe das normas e diretrizes regulamentadoras para pesquisas em seres humanos. Resultados: A principal dificuldade percebida durante o relato dos entrevistados foi a dos profissionais em identificar os sinais associados ao suicídio, devido ao subjulgamento inerente ao atendimento, que por vezes

os profissionais tendem a apresentar uma certa incompreensão em relação à pessoa que tentou o suicídio. Ao analisar a fala das entrevistadas percebeu-se que há um subjulgamento das mesmas em relação ao ato cometido pelos pacientes. Ao considerarem que supostamente as ações cometidas seriam mais uma forma para “chamar atenção”, demonstra as fragilidades no processo de identificação de uma tentativa de suicídio. Tais posicionamentos acarretam em condutas assistenciais inadequadas e mesmo a desatenção dos casos ocorridos. Os profissionais de enfermagem demonstraram dificuldade na compreensão do reconhecimento dos sinais que levam os indivíduos a cometerem suicídio a partir de uma concepção ampliada, que consideram como relevante para este reconhecimento, os elementos representativos e precipitadores, uma vez que estes indivíduos encontra-se em situação de suicídio. Outra problemática enfrentada pelos profissionais no momento do atendimento a pessoa vítima de suicídio, é a questão da estigmatização a estas. Esta dificuldade então, se torna expressiva ao considerar as falas que traduziam conceitos preconceituosos e naturalizadores do fenômeno da violência. Ficou evidenciado no estudo a presença de preconceitos e julgamentos, não havendo a compreensão de que esse problema pode desencadear uma depressão, e gerar novas tentativas por parte do indivíduo, podendo conseguir com êxito finalizar com a vida. Isso demonstra o quanto os profissionais que se encontram nas grandes emergências hospitalares estão despreparados para lidar com tais situações, e o quanto essas atitudes podem prejudicar na assistência prestada. Portanto, é de significativa relevância que os profissionais de enfermagem, possuam adequada informação a respeito do suicídio e dos comportamentos que estão diretamente relacionados a ele, para que de

fato uma assistência mais acolhedora possa ser implementada. Foi possível identificar também, dificuldade na condução dos casos, bem como fragilidades no processo assistencial prestada pela equipe de enfermagem, uma vez que a concepção de dificuldade para estas profissionais está associada ao nível de comprometimento das vítimas. Com isso é importante que este profissional esteja capacitado, para que possa estar atento as expressões, pois simples gestos, olhares ou palavras podem ser interpretados pelo outro como ameaçadores. Outro fato importante a ser considerado é a questão da sobrecarga de trabalho por parte dos profissionais da emergência, a desarticulação entre os setores intra-hospitalares, ausência de leitos e dificuldades nas transferências para serviços e setores mais especializados, e poderão comprometer a qualidade da assistência prestada. Faz-se perceber comportamento suicida necessitam de uma assistência mais individualizada, intensa e que elas tentam prestar essa assistência mais completa, capaz de assistir esses pacientes na sua totalidade. Considerações Finais: O estudo evidenciou que os profissionais ainda desconhecem os sinais do comportamento suicida, não valorizam as demandas expressas pelos pacientes com comportamentos suicidas e enfrentam dificuldades na condução dos casos, negligenciando a complexidade da problemática. Sendo assim torna-se relevante discutir a problemática a fim de promover reflexões e mudanças de condutas. É importante enfatizar que o trabalho em equipe proporciona um atendimento individualizado, uma discussão mais detalhada do caso, aprofundamento nas causas associadas ao suicídio, como forma de promover um enfrentamento da problemática, conferindo resolubilidade a outras questões que não se resumem as afecções de ordem física. Dessa forma, uma

atuação pautada nessas premissas abrange as intervenções técnicas e interação entre a equipe multidisciplinar de maneira a coordenar seus planos de ação.

DISCURSOS DE MULHERES NEGRAS SOBRE SUAS VULNERABILIDADES DE SAÚDE – TRANSVERSALIDADES POR GÊNERO E ETNIA

Roseana Maria Medeiros, Patrícia Carla Schmidt

Palavras-chave: Mulheres Negras, Vulnerabilidades de Saúde, Gênero/Etnia

Vulnerabilidades de saúde de mulheres negras são questões fundamentais no contexto sócio-político-histórico e de saúde no Brasil. A relevância repousa em aspectos genético/hereditários, mas em especial, em questões político sociais. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Ministério da Saúde, 2013) é um modo para se compreender algumas razões sobre a saúde da população negra já que se propõe a ações que superem diferenças de atenção integral a esta população. Estudo de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. O objetivo foi analisar o que as mulheres negras sabem ou não sobre suas vulnerabilidades de saúde. Os dados foram coletados em 2014 em Erechim/RS. Participaram mulheres com idade superior a 18 anos com critério de inclusão: ser negra ou parda. A pesquisa foi aprovada pelo CEP - URI Erechim/ CAAE 27972114.6.0000.5351. A apreciação dos dados se deu pela Análise de Discurso. Os resultados mostraram ausência de repertórios e apontaram para a necessidade em superar subjetividades nas relações saber-poder entre mulheres negras e profissionais de saúde.

DO OPERÁRIO AO BANDIDO: A PRODUÇÃO SOCIAL DE MASCULINIDADES NO CAMPO DA SAÚDE

Helen Barbosa Barbosa dos Santos dos Santos, Henrique Caetano Nardi

Palavras-chave: masculinidades, violência, saúde do homem

Tendo em vista que o campo das masculinidades é uma temática bastante atual e com escassa bibliografia, objetivamos traçar uma perspectiva genealógica de como foram se constituindo os distintos arranjos de masculinidades a partir de diferentes marcadores de poder. Assim, para uma atualidade tangível a ser problematizada, buscaremos situar as distintas produções sociais de masculinidades no interior do dispositivo da medicalização, a partir de variadas conjunturas históricas do Brasil, bem como analisar a forma como se deu o acesso ao cuidado em saúde de homens tornados inteligíveis, a partir de sua inscrição em masculinidades circunscritas como legítimas ou ilegítimas no país. Ressalta-se que a medicalização dos corpos não passa apenas pelo campo da saúde, mas insere-se como um dispositivo de poder transversal a outros dispositivos, como da segurança, do trabalho e da sexualidade, o que nos leva em direção a traçar as principais estratégias de regulação sobre os corpos masculinos. Inspirado em estudo dissertativo, formulamos a seguinte questão: Que marcações de poder possibilitaram para certas masculinidades terem determinados acessos ao cuidado em saúde? No que concerne ao corpo social na história da saúde do Brasil, distintos arranjos de masculinidades foram produzidos no interior do dispositivo da medicalização; masculinidades tanto legitimadas na vida política e social como homens infames, ou seja, corpos inúteis e

danosos ao país. Homens negros, pobres, de 14 a 24 anos de idade. Apesar da centralidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), criada em 2009, que foi impulsionada pela Sociedade Brasileira de Urologia e teve sua centralidade na neoplasia de próstata, a maior causa de morbimortalidade são as causas externas. Estes homens, marcados pela interseccionalidade de cor, raça e classe social, são os mais atingidos. O mapa da violência de 2010 registrou, conforme Waiselfisz (2011) 49.932 homicídios registrados pelo Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do DATASUS, sendo que 45.617 pertenciam ao sexo masculino (91,4%) e 4.273 ao feminino (8,6%). Historicamente, essas proporções não têm mudado de um ano para outro. Redundantemente, o caráter totalizador de descrição dos corpos que fizeram história no Brasil, sempre descritos gramaticalmente no masculino, silenciou sobre os modos como os sujeitos foram capturados pelo dispositivo da medicalização no Brasil. Mas quando a perspectiva do debate nas pesquisas sobre a saúde no Brasil transversaliza o debate sobre a generificação dos corpos em determinadas conjunturas, é o corpo feminino que costuma entrar em análise (AQUINO, 2011). E apesar das masculinidades estarem sempre em estado de fluidez, de deriva (SEFFNER, 2003), naturaliza-se o masculino atribuído às características fixas pelas normas de gênero a partir da dinâmica da dominação, da agressividade. Nesta senda, partimos da Analítica Queer, que conforme Miskolci (2009) faz uma crítica aos discursos hegemônicos na cultura ocidental, pois dissolve a noção dos sujeitos sexuais como estáveis para focar nos processos classificatórios, hierarquizadores que normalizam os comportamentos. Butler (2008), afirma que não há sexo que não seja já desde sempre gênero. Todos os corpos são generificados desde o começo de sua existência social (e não há existência que

não seja social); significa que não há “corpo natural” preexistindo à sua inscrição cultural. Isso aponta para a conclusão de que gênero não é algo que alguém é, é algo que alguém faz em ato, ou mais precisamente, uma sequência de atos, um “fazer” em vez de um “ser. A história foi escrita por homens, mas durante grande parte do século XX, a historiografia brasileira caracterizou-se por um discurso que exaltava os “grandes homens” (heróis desta história) e julgava e desqualificava homens que eram produtos de nosso contexto social, mas que foram transformados em culpados pelo atraso do país (escravos, miscigenados, degenerados). Neste sentido, Matos (2001) questiona que eventos e personagens históricos foram invisibilizados para construir-se uma memória preponderante no país. Ademais, o espaço público foi e ainda é tratado pela historiografia tradicional como espaço de construção e fortalecimento da nação, realizado preponderantemente por mentes e braços masculinos, em diversos momentos históricos. Lobo (2008) retoma esta expressão do autor, em estudo sobre a produção social de corpos degenerescentes no Brasil: “Existências infames: sem notoriedade, obscuras como milhões de outras que desapareceram e desaparecerão no tempo. (...)”. Porém, sua desventura, sua vilania, suas paixões alvos ou não de violência instituída, sua obstinação e sua resistência encontraram em algum momento quem as vigiasse, quem as punisse, quem lhes ouvisse os gritos de horror, as canções de lamento ou manifestações de alegria.” (LOBO, 2008, p.17). Parafraseando Foucault em seu livro “Em defesa da sociedade”, questiona-se: que vidas importaram serem vividas para a nação brasileira? Os “(...) corpos que importam”, os “sujeitos aceitos (...)”, (LOURO, 2004, p.15) são aqueles que obedecem a normas regulatórias. Aqueles que oscilam, hesitam, inventam novos caminhos e ousam trilhá-los são suspeitos, no limite, descartáveis, restos. Explorando a

história da saúde no Brasil, percebemos que os homens já eram objeto de medicalização nos diversos contextos históricos. Carrara (2009) já havia indicado que os homens eram foco da medicalização em território circunscrito, como bordéis, casas de jogos, botecos. No Brasil, sabemos que antes da emergência do SUS, somente trabalhadores de carteira de trabalho assinada tinham garantidos certos direitos de acesso à saúde. O controle da força de trabalho pode ser considerado como o primeiro alvo de atenção do biopoder em relação ao masculino. Assumir o caráter de problematização, ao tomar as peculiaridades de produção social das masculinidades no campo da saúde, é recontar a história dissolvendo a veracidade naturalizada dos fatos. É perceber o caráter indissociável da relação gênero, raça, classe, geração na construção da versão brasileira da medicina social. Nossa análise apontará para as condições de possibilidade que conduz determinadas masculinidades ao campo da abjeção por meio da marcação racial. Veremos que o racismo científico vai esquadrihar os sujeitos saudáveis e perigosos (vagabundos desviantes sexuais, criminosos), bem como definir a doença pela herança hereditária. Historicamente, o dispositivo do trabalho também se configura como estratégia de poder fundamental para disciplinar o corpo social masculino e torná-lo coerente às propostas biopolíticas do Estado. Contudo, percebe-se que as masculinidades transitam pela linha limítrofe entre a produção social de masculinidades que ocupam o lugar da norma e os corpos infames, representados pela identidade segmentarizada do trabalhador e do vagabundo. Logicamente, diversas nuances escapam a esta prescrição binarizada do modelo ideal de masculino e o seu oposto. Assim, demarcamos o caráter indissociável da relação gênero, raça, classe, geração na construção da versão brasileira da medicalização das masculinidades.

FATORES RELACIONADOS À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER PERPETRADA POR SEU PARCEIRO ÍNTIMO

Kerle Dayana Tavares de Lucena, Alisson Cleiton da Cunha Monteiro, Hemílio Fernandes Campos Coêlho

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Gênero, Qualidade de Vida

APRESENTAÇÃO: A violência perpetrada contra as mulheres acompanha a humanidade em seu percurso histórico, apresentando diferentes conteúdos e formas nas diversas sociedades, de acordo com a variação do padrão de valores culturais que influenciam os juízos éticos de cada uma delas. Este tipo de violência se concretiza frequentemente no domínio privado, e o lar que em outras situações seria a referência de refúgio e proteção, nestes casos, configura-se como local privilegiado para a prática e a ocultação da violência. O risco de uma mulher sofrer algum tipo de agressão dentro da própria casa pelo seu companheiro é quase nove vezes superior ao risco de ser agredida na rua. Os dados sobre a violência doméstica contra a mulher no Estado da Paraíba e no município de João Pessoa não estão organizados em um Banco de dados que facilite o trabalho dos pesquisadores e oriente as autoridades a tomar decisões que possam prevenir e/ou minimizar os efeitos da violência contra a mulher. Além disso, os dados existentes na Secretaria de Segurança Pública do Estado da Paraíba não coincidem com os dados existentes na Secretaria de Saúde do Município sobre o tema em questão, razão pela qual esta proposta de investigação adquire também relevância. A mulher apresenta problemas e necessidades singulares de saúde, diferentes dos demais grupos que compõem a esfera social. Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a vulnerabilidade feminina frente

a certos agravos está mais relacionada com as questões de gênero, como a situação de discriminação na sociedade, do que com fatores biológicos. Nesse contexto, é preciso identificar outros fatores relacionados à violência contra a mulher, bem como aprofundar discussões acerca do impacto desse fenômeno na vida das mulheres e da sociedade. Ainda são necessários estudos para investigação desse evento nas comunidades urbanas e, sobretudo sobre a influência deste na qualidade de vida para obtenção de informações inéditas que podem ser utilizados para o planejamento de ações governamentais e para gerar indicadores de comparação entre as diversas comunidades, regiões e países. OBJETIVO: investigar os fatores relacionados à violência contra a mulher perpetrada por seu parceiro íntimo. METODOLOGIA: trata-se de um Inquérito de base populacional, transversal, exploratório, descritivo. A unidade de análise foram os domicílios no município de João Pessoa-PB. O estudo foi desenvolvido no período de agosto de 2013 a dezembro de 2015. RESULTADOS/IMPACTOS: essa pesquisa é fruto de uma tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba. O termo gênero é definido como a construção social do sexo e se diferencia da variável sexo porque esta refere-se à dimensão biológica da caracterização anatomo-fisiológica dos seres humanos, reconhecida como essencial e inata na determinação das distinções entre homens e mulheres. O campo de estudos de gênero consolidou-se ao final da década de 1970, com o fortalecimento do movimento feminista e desde essa época vem sendo incorporado pela academia, nas diversas áreas de pesquisa, a fim de discutir e analisar a condição do homem e da mulher na sociedade à luz das desigualdades entre os sexos. Diante do exposto, e considerando os processos de trabalho como um dos pilares que dão suporte ao conceito da categoria

modelo de assistência argumenta-se que, o trabalho que qualifica a atenção à saúde da mulher, na perspectiva de gênero, precisa superar o modelo de atenção limitado à reprodução biológica que ainda caracteriza a maioria dos processos de trabalho das práticas em saúde da mulher, mantendo-se fiel à concepção positivista de ciência. A superação desse modelo implica, além de anunciar novas intenções, concretizá-las, para o que urge rever seu processo de trabalho posto que, na perspectiva da emancipação da opressão das mulheres o saber crítico sobre a situação de opressão que a abordagem de gênero encerra. Com base nessa pesquisa verificou-se que existe associação entre a violência de gênero e a qualidade de vida urbana das mulheres. O estudo fez uma associação entre o questionário WHOQOL-BREF e o da OMS Who Way Study. São considerações fatores de risco para suscetibilidade à violência doméstica contra a mulher: relações sociais fragilizadas; sofrimento psíquico e domínio cognitivo. Em relação às consequências da violência na vida e saúde das mulheres, a violência impacta significativamente a saúde física, mental e social das mulheres por ela vitimizadas. Problemas como hipertensão arterial, doenças cardíacas, transtornos da ansiedade, distúrbios do sono e alimentação, depressão, stress, acidente vascular encefálico, paralisia facial, e comprometimentos da sexualidade foram referidos pelas participantes dos estudos como consequências diretas da violência sobre a saúde e a vida social das mulheres participantes do estudo. Ressalta-se a necessidade de preparo dos profissionais de saúde para lidar de forma sensível e eficaz com as mulheres vítimas de violência que buscam os seus cuidados. Assinalam também que seu enfrentamento não deve ser centralizado no tratamento de suas consequências, mas na sua prevenção primária. Atualmente, o modelo de atenção tendo como centro

a família coloca os profissionais de saúde em posições estratégicas que permitem o desenvolvimento de mecanismos que possibilitem a conscientização e o empoderamento das mulheres para desconstruir a desigualdade estabelecida e reconstruir relações equitativas de gênero. CONSIDERAÇÕES FINAIS: por sua complexidade, a violência doméstica ainda representa um desafio para o setor saúde. Entre as dificuldades para superar tal desafio encontram-se os obstáculos para o seu diagnóstico, tais como os fatores de ordem cultural, a falta de orientação dos usuários e dos profissionais de saúde, fazendo parecer que ambos os grupos de sujeitos envolvidos têm receio em lidar com os desdobramentos do fenômeno. A violência contra a mulher é um tema que se refere às relações sociais que pretendem sua dominação e submissão constituindo assim, um tipo de relação social de poder. Por ser produzida nas relações sociais, ou seja, na dinâmica política e histórica das sociedades, ela é percebida na atualidade, sobretudo, como desigualdade de gênero. Ressalta-se que apenas a igualdade de gênero não é suficiente para igualar socialmente as mulheres, mas, ela pode ser um começo para a emancipação das mulheres, pois desigualdade de classe é flagrante quando pensamos no enorme contingente de mulheres sem acesso à informação, ao conhecimento e aos espaços qualificados do mercado de trabalho. Essas mulheres constituem a maior parte da demanda dos serviços públicos de saúde e é nesses locais que buscam o acolhimento e a atenção às suas necessidades em saúde.

GÊNERO E PARTO HUMANIZADO ENTRE O IDEAL E O REAL

Zoraide Vieira Cruz, Rita Maria Radl Philipp, Tânia Rocha Andrade Cunha

Palavras-chave: Parto Humanizado, Gênero: violência obstétrica

APRESENTAÇÃO: A assistência ao parto era exclusivamente feminina, realizado por parteiras, as quais embora não dominassem o conhecimento científico, eram conhecidas por suas experiências. Assim, os acontecimentos na vida da mulher se sucediam na sua residência, onde elas trocavam conhecimento e descobriam afinidades. A partir do século XIX, a condução do parto mudou, deixou de ser visto como natural, privativo e familiar e passou a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde com vários atores conduzindo este processo. Tal fato favoreceu a submissão da mulher a qual deixou de ser protagonista do processo do parto, tudo isso em nome de uma assistência segura. Surge então a política de humanização do parto, proposta de atendimento à mulher garantindo seus direitos a uma maternidade segura e prazerosa; com uma assistência centrada em suas necessidades. Ao longo da história, as mulheres sofrem perseguições e discriminações que se manifestam através de atos para calar suas vozes, descaracterizar suas necessidades e vontades. E, no caso do processo de parturição essa realidade não é diferente. Acredita-se que trabalho possa servir para ampliar a reflexão sobre a assistência ao parto ofertada à mulher nas instituições de saúde no processo de parturição as quais representam ações de desumanização. O presente trabalho objetivou apresentar e denunciar algumas circunstâncias a que a mulher está sujeita no processo de parturição METODOLOGIA: Estudo qualitativo, reflexivo das práticas de atendimento ofertadas às mulheres no momento do parto. O corpus de documentos da mídia escolhidos para a análise retórica desta pesquisa foi composto por matérias jornalísticas produzidas pelos atores sociais responsáveis por blogs regionais que denunciaram mesmo sem usar esta expressão, a Violência Obstétrica na assistência direcionada ao atendimento ao parto de mulheres atendidas em um

hospital conveniado ao SUS no município de Itapetinga. O critério de escolha deu-se devido a gravidade e visibilidade nacional que estes fatos tiveram e ainda estão tendo na região e na Bahia. Os dados coletados foram analisados à luz das questões preconizadas pela Política de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério de Saúde do Brasil contribuindo assim na elaboração desta reflexão. Resultados e Discussão A Unidade Hospitalar citada neste estudo é conveniada também ao SUS; funciona 24h, atendimento de emergência, clínico, cirúrgico pediátrico, ortopédico e obstétrico, além de ter uma Unidade de Terapia Intensiva. Os profissionais médicos, atendem em regime de plantão e de sobreaviso, neste último caso, o médico não se encontra necessariamente no espaço físico do hospital, sendo convocado quando necessário. No que concerne ao atendimentos às gestantes, a admissão é de livre demanda, quando chegam são avaliadas pelo plantonista e referenciada ao pré parto ou devolvidas para casas em caso de falso trabalho de parto. Observa-se que os registros das práticas de assistência ao parto invisibiliza detalhes importantes que fazem a diferença nos desfechos de saúde de mães e bebês, mas, em alguns casos, infelizmente trágicos como o apresentado, neste estudo. J.S.M, 9 meses de gestação, secundigesta, deu entrada no pronto socorro da referida Unidade de Saúde, com o trabalho de parto em curso, já perdendo líquido amniótico; ficou em observação, aguardando atendimento do especialista o qual, conforme dados veiculados na mídia, também estava atuando como médico plantonista serviço na Unidade de Pronto Atendimento e no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. É est arrecedor imaginar que uma unidade de saúde, que se presta a atender à gestante não tenha in loco um especialista para tal procedimento. Neste caso aqui abordado, parturiente foi admitida na Unidade, avaliada pelo clínico

no turno matutino, apenas sendo vista pelo especialista à noite, visto que este, ferindo todas as leis trabalhistas, código de ética médica e, o mais impressionante ferindo a lei da física, estava trabalhando em três lugares ao mesmo tempo. Sabe-se que a assistência ao parto deve ser segura, devendo ser garantido a cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas fundamentalmente, permitindo e estimulando o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto. O objetivo dos profissionais que atendem partos deve ser o de se obter ao fim da gestação, um recém-nascido saudável, com potencialidade para desenvolvimento biológico e psicossocial futuro; e também uma mulher/mãe com saúde e não traumatizada pelo processo de nascimento que acabou de experimentar. Observa-se na verdade o que Saffioti e Almeida (1995) relatam, ocorre uma “conspiração do silêncio”, significando que, em geral, não há denúncia de violência, impedindo, assim, tanto de forma qualitativa quanto quantitativa, que dados sejam revelados, evidenciando a gravidade e a magnitude desse fenômeno. Esta mulher encontrava-se totalmente vulnerável, sofrendo, sem forças e com o seu filho em risco de morte. Parece até um território fora do alcance da lei, onde mais se dá o fenômeno da violência de gênero por parte de profissionais médicos, sexo masculino. As Unidades Hospitalares possuem protocolos os quais dizem até mesmo as horas que um parto, período máximo para se ter um bebê, desrespeitando as peculiaridades de cada organismo. Seguem series de intervenções por vezes desnecessárias e violentas, ferindo a subjetividade materna. Assim ocorreu: o médico informou ao marido que o bebê faleceu, que iria tentar salvar a mulher. Esclareceu que a criança tinha quase 6 kg, e por isso manobras foram feitas as quais conseguiram que a cabeça do bebê saísse mas, mesmo quebrando as

clavículas da criança não teve êxito sendo necessário uma cesária e decapitar a criança. Neste caso, a violência institucional/obstétrica é evidenciada pela negligência no atendimento, excesso de intervenções que trazem dores e marcas físicas e psíquicas. O conhecimento médico hegemônico em relação a assistência ao parto, parte de um modo de pensar e agir que reforça uma lógica colonial e produtivista, tendo como marco a intervenção sobre o corpo feminino. Não se vislumbra cumprimento dos preceitos do parto Humanizado. O discurso da classe médica em destacar o bem estar da paciente pode ser visto como estratégia de dominação no processo do parto e nascimento. Considerações Finais Verifica-se descompasso entre a política de Humanização e a prática e que a distância entre o que se recomenda e que se faz possa ser reduzida através da adoção de um conjunto de medidas de ordem estrutural, gerencial, financeira e educativa, de forma a propiciar às mulheres brasileiras - sobretudo aquelas mais carentes - um parto verdadeiramente humanizado. Espera-se que com este trabalho, possa dar visibilidade às diversas situações vividas por nós, mulheres, como usuárias do sistema de saúde brasileiro. Mulheres de todo o país relatam ter sofrido diversas formas de agressões na assistência à saúde, principalmente na gravidez, no parto, pós-parto e nos casos de abortamento. Essas agressões são tão comuns que se tornaram previsíveis e até mesmo esperadas, mas a realidade não deveria ser essa.

GRUPO DE TEATRO COM ADOLESCENTES: UMA ABORDAGEM SOBRE A VIOLÊNCIA E USO DE DROGAS ATRAVÉS DA ARTE CÊNICA

Renata Szpak Rodrigues, Maria Urânia Alves, Karla Ferreira Rodrigues, Aline Luisa Mafra, Mariana Campos Martins Machado, Letícia Pereira Zancanaro

Palavras-chave: Educação em saúde, adolescente, saúde coletiva, escola,

APRESENTAÇÃO: Entre os fatores de risco para o uso de drogas por adolescentes, a literatura científica destaca a baixa condição socioeconômica, a disponibilidade da droga no meio social, taxa de criminalidade elevada, além dos aspectos socioculturais, incluindo campanhas publicitárias e políticas sociais (BROOK et al., 2006). Entre os fatores, também se destaca a baixa adesão às atividades escolares, como atrasos e reprovações (ZWEIG, PHILLIPS e LINDBERG, 2002). Diante da gravidade do uso precoce de drogas ilícitas por adolescentes, e do reconhecimento da saúde no contexto holístico e dos seus determinantes sociais, culturais, políticos e econômicos, o Projeto de extensão “Desatando os Nós da Velha Grande: promovendo cidadania e geração de renda”, do Programa de extensão “Liga de Saúde Coletiva”, realizado com apoio da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), propôs o grupo de teatro Vida Real. As atividades estão sendo desenvolvidas com adolescentes de 13 a 16 anos de idade em uma escola municipal localizada no bairro Velha Grande, em Blumenau (SC), território adscrito da Unidade Básica de Saúde Arão Rebelo, onde as atividades do Projeto de Extensão “Desatando os Nós da Velha Grande” são realizadas. No grupo de teatro trabalham-se a temática da violência, do uso e tráfico de drogas, temas escolhidos pelos próprios participantes. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: As dinâmicas de grupo, rodas de conversa e oficinas realizadas no grupo de teatro ocorrem na sala de multimídia da escola, semanalmente, durante o período vespertino. Os participantes do grupo são estudantes da “reinturmação” (repetentes) do período matutino ou vespertino da escola. A proposta de desenvolvimento do trabalho com estes adolescentes partiu do diretor da escola, visto ser constante a presença de comportamentos violentos e

indicadores de uso de drogas entre estes adolescentes. Nas atividades trabalha-se com o acolhimento, criando vínculos entre as pessoas da comunidade com idades a partir de 13 anos, promovendo saúde, cidadania e qualidade de vida, possibilitando a percepção holística dos problemas. O foco deste projeto é atender ao objetivo do milênio 2, Educação Básica de Qualidade para Todos, e objetivo 8, Todo Mundo Trabalhando pelo Desenvolvimento (ONU, 2015). Inicialmente, o grupo de teatro foi proposto para a escola e os adolescentes, que aceitaram a proposta. No primeiro encontro, foram realizadas três dinâmicas de grupo de interação, de forma a promover aproximação e confiança entre os adolescentes, e entre os adolescentes e o coordenador. A dinâmica “O espelho” (201 Dinâmicas de grupo...), objetivou despertar para a valorização de si, promovendo a autoestima dos participantes. A dinâmica “Fósforo” (VALLE, 2007), para realizar uma breve apresentação do grupo. Finalmente, realizou-se a dinâmica da “Caixa de pandora”, em que os adolescentes escreveram em pequenos papéis os seus sonhos, o seu projeto de vida. Esta dinâmica objetivou trabalhar elementos de motivação, conforme explicado por Ayres (2004), além de possibilitar maior aproximação com a equipe. No segundo encontro foi houve apresentação de três modalidades de peças teatrais aos adolescentes, de forma que o grupo escolhesse aquela de seu interesse. As modalidades foram: comédia, teatro de sombras e drama. Ainda no segundo encontro foi proposto um acordo de convivência coletiva para o grupo, em que todos deveriam assinar. No compromisso de boa convivência constavam algumas cláusulas, como a proibição de agressão física e/ou verbal, proibição do uso de aparelhos celulares durante as oficinas, responsabilidade com a peça desenvolvida, respeito mútuo entre

os participantes, dentre outras. No terceiro encontro, realizou-se roda de conversa, com o objetivo de captar os temas de interesse dos jovens para realização do teatro. Nos três encontros subsequentes, realizaram-se oficinas para elaboração do roteiro da peça teatral. Posteriormente, os adolescentes puderam escolher os personagens que representariam, e foram iniciados os ensaios, que ainda estão em andamento. RESULTADOS E IMPACTOS: Desde o início das atividades, cerca de 15 adolescentes já estiveram presentes em oficinas, sendo que atualmente a peça conta com 8 integrantes assíduos e representantes de personagens. O trabalho propicia o desenvolvimento de pró-atividade, criatividade e autonomia dos adolescentes, fundamental para a formação de cidadãos críticos, participativos e responsabilizados sobre o seu autocuidado em saúde. Inicialmente, os adolescentes manifestaram certa resistência em participar do grupo de teatro, devido ao possível receio da apresentação em público, além de rebeldia própria da idade, falta de interesse pelo projeto e imaturidade e talvez faltasse de compromisso com a realização da peça. Durante as oficinas, buscou-se motivar a comunicação solidária no grupo. No momento, os adolescentes apresentam maior adesão em relação ao projeto, e demonstra entusiasmo, curiosidade e interesse em relação à peça teatral e aos temas abordados. Este projeto busca promover a troca e construção compartilhada de saberes entre a equipe e o grupo de adolescentes envolvidos, melhorando a autoestima integrando ações de Educação Popular em Saúde, no contexto da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (BRASIL, 2014). A peça teatral será apresentada no dia 28/11/2015, em evento promovido pela escola, e os ensaios estão sendo realizados periodicamente. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Este projeto buscou mostrar aos adolescentes possibilidades de

escolhas, discutindo abertamente os temas do uso e tráfico de drogas e da violência, favorecendo comunicação solidária e o estabelecimento de diálogo. Ademais, oportuniza o envolvimento em atividades culturais, e promove possibilidade de transformação da realidade, valorizando a saúde e a qualidade de vida.

O AUTOCUIDADO NA PREVENÇÃO DE DST'S E HIV EM MULHERES HOMOAFETIVAS DA CIDADE DE CHAPECÓ-SC

Maira Tellechêa da Silva, Lucimare Ferraz, Deborah Cristina Amorim, Jessica Gregolin Panseira, Kaiana Castro

Palavras-chave: Homoafetividade, cuidado, saúde da mulher

APRESENTAÇÃO: A sexualidade é um tema periférico, alimentado por tabus e preconceitos, especialmente quando se trata de homoafetividade, uma infinita variação sobre relações sexuais e afetivas entre pessoas do mesmo sexo. Essa discussão é mais difícil quando a conversa é sobre a prevenção de DST's/HIV, pois se fala muito sobre a prevenção entre heterossexuais, esquecendo que homoafetivos também se relacionam sexualmente. A homoafetividade é vista com preconceito e por isso o medo ou resistência para falar sobre sexualidade e afeto com estes sujeitos. Resistência que dificulta a abordagem e as orientações para promoção, prevenção e cuidado que não acontecem ou deixam muito a desejar. O olhar privilegiado das ciências da saúde para a mulher enquanto sujeito reprodutivo, mas não sexual, excluíram do foco de atenção mulheres cuja prática, relações e desejos sexuais são homoeroticamente orientados. Sendo assim a mulher homoafetiva é vista como invulnerável a transmissões de doenças. Com o objetivo de melhorar

a qualidade de vida da mulher brasileira foi elaborado pelo ministério da saúde em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que deve atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, (negras, indígenas, de áreas urbanas e rurais, em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, etc.). Ainda assim hoje quando se trata de saúde da mulher o olhar é para gravidez, parto, índices de câncer de mama e câncer do colo do útero. Na formação em saúde, o tema saúde da mulher é abordado sem levar em conta as suas especificidades, um exemplo é a não discussão acerca da homoafetividade. A saúde de mulheres lésbicas é assunto silenciado, pouco abordado tanto entre elas, quanto nas publicações acadêmicas. A partir daí surgiu a necessidade de conhecimento sobre a prática assistencial com esse grupo, considerando que o papel do profissional da saúde no cuidado é ouvir, orientar, ensinar, aprender, fortalecer. OBJETIVO: Identificar como é o autocuidado na prevenção de DST's e HIV em mulheres homoafetivas, em diferentes faixas etárias, na cidade de Chapecó - SC. DESENVOLVIMENTO: O estudo se caracteriza como pesquisa qualitativa, que analisa e interpreta aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade humana, analisando hábitos, atitudes, tendências. Foi realizado com mulheres homoafetivas e idade acima de 18 anos. Participaram 10 mulheres, abordadas pela estratégia “bola de neve”, quando um sujeito leva a outro. Foi utilizado roteiro de entrevista semiestruturado para que as entrevistadas tivessem mais liberdade para falar sem fugir do tema. Ao iniciar as entrevistas encontramos dificuldades devido à desistência de algumas mulheres ao saberem que a entrevista seria gravada. A partir daí tivemos que buscar outra pessoa para começar as entrevistas, causando atraso na coleta de dados. As mulheres

que aceitaram gravar a entrevista gostaram do assunto e nos indicaram uma amiga formando assim a “bola de neve”, totalizando dez participantes. RESULTADOS: A primeira questão abordada foi sobre a orientação sexual. Todas afirmam ser homossexuais, sendo que duas já haviam sido casadas com homens e atualmente têm relação estável com outra mulher. Uma afirmação que nos chamou atenção foi que não é exatamente uma definição, mas uma ‘condição’, pois ela nasceu assim. K.N. 21 anos nos diz: “Eu nunca me defini realmente hetero ou lésbica, é a partir do que eu estou sentindo pela pessoa [...]hoje eu me defino lésbica porque eu amo a menina que está comigo”. Oito das entrevistadas tiveram o início de sua vida sexual com mulheres e por isso não sentiram a necessidade e não foram instruídas a realizar uma consulta ginecológica. Estudos indicam que a primeira visita ao ginecologista reforça a importância de fatores associados a convenções sociais de gênero ao apontarem, como as principais vias de acesso, o início da vida (hetero)sexual e a maternidade. Quando questionadas sobre a realização de consultas ginecológicas, cinco das entrevistadas dizem realizar consultas anualmente, uma delas foi casada e tem um filho e mesmo se relacionando com uma mulher atualmente, acha importante se cuidar. Duas delas relataram histórico de câncer na família ou já ficaram expostas a fator de risco, por isso realizam consulta. Outras duas entrevistadas relataram que acham importante cuidar da saúde. Dentre as cinco que não realizam consultas ginecológicas uma relatou que deixou de ir ao ginecologista quando se separou do ex-marido. ‘Tenho medo’ B.T.B. 18 anos, ‘Não sei por que’ K.L.T. 21 anos, ‘Pode ser relaxamento’ K.P. 23 anos e ‘Não acho necessário’ A.E.N. 31 anos. Foram essas as respostas dadas quando questionamos o motivo da não realização de consultas: ‘Pessoas do meu convívio na mesma situação

que a minha já procuraram [orientação], e os médicos não deram orientações, e não pediram exames porque não tinha relação com homens’ relatou A.E.N. 31 anos. Segundo o dossiê de saúde das mulheres lésbicas, os profissionais da saúde solicitam menos o exame papanicolau e as mulheres homoafetivas nem sempre procuram cuidados quando necessário, ou só fazem quando surge um agravo. A partir dessas informações perguntamos o que entendem por autocuidado. Para as entrevistadas se resume em ‘cuidar de si’ e ‘prevenção’, uma das entrevistadas relata que ‘é tudo aquilo que eu posso cuidar na minha saúde [...] na parte física e espiritual também’ R.Z. 40 anos. Dentre as entrevistadas apenas uma não soube responder ou não disse o que entende. Em relação aos cuidados de promoção, prevenção ou autocuidado durante a relação sexual, oito das entrevistadas cuidam da higiene e escolha da parceira e duas relataram que não tem nenhum tipo de cuidado. Dentre as que cuidam da higiene e escolha da parceira somente uma relatou que faz uso de camisinha nas próteses, e também uso de papel filme no sexo oral. É importante destacar que a entrevistada não teve orientação sobre prevenção sexual, mas ao acompanhar uma consulta com a irmã (HIV +) ouviu as orientações passadas pela médica. ‘Eu fui a uma consulta com ela [com a irmã] na infectologista essa abordou o assunto, claro ela estava falando com minha irmã, que ela poderia inclusive ter sexo oral, utilizando papel filme, aí eu pensei: opa! Pêra aí, eu também posso usar!’ L.R. 35 anos. Devemos levar em consideração que nove das entrevistadas estão em um relacionamento estável ou tem parceira fixa e não veem necessidade da utilização de método de barreira para a prevenção de DST’s/HIV. Ao serem questionadas sobre ficar com alguém casualmente elas não souberam responder o que fariam para

se proteger. Questionadas a respeito da prevenção de DST’s/HIV todas afirmaram ter recebido orientações na escola, em meios de comunicação, campanhas do Ministério da Saúde, entretanto, quando perguntamos se essas orientações levaram em consideração a homoafetividade, apenas P.L.W. 18 anos relatou que no ensino médio teve orientação de uma professora que é voluntária no GAPA (Grupo de Apoio a Prevenção de AIDS), as demais disseram que essas orientações sempre foram voltadas a relação heterossexual. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Percebemos que apesar de estarem sendo desfeitos alguns tabus em torno da sexualidade, falar sobre prevenção de DST’s e HIV exige aprofundamento, principalmente relacionado à homoafetividade feminina. Identificamos que mulheres homoafetivas se cuidam/previnem a partir de informações comuns que não levam em consideração suas práticas sexuais. É importante que os profissionais de saúde elaborem estratégias para que essas mulheres sejam cuidadas e se cuidem a partir de especificidades do grupo.

O ENFERMEIRO FRENTE A SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA ADOLESCENTES

Lucyana Conceicao Lemes Justino, Simone Sousa Oliveira Fonseca, Cristina Brandt Nunes, Maria Auxiliadora de Souza Gerke, Maria Angélica Marchetti Barbosa

Palavras-chave: Violência sexual, saúde do adolescente, enfermagem

APRESENTAÇÃO: O enfermeiro e os demais profissionais de saúde enfrentam dificuldades ao atender adolescentes que sofreram violência em decorrência dos conflitos ocasionados em suas abordagens sobre o fenômeno. Em função dos diversos aspectos culturais, éticos e legais

envolvidos na questão, há necessidade de um conhecimento aprimorado da legislação pertinente para que a assistência seja efetiva às necessidades das pessoas em situação de violência. Diante dessa problemática, objetivou-se levantar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre as ações do enfermeiro frente à situação de violência sexual contra adolescentes. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de uma revisão integrativa da produção científica a respeito da situação da violência sexual contra adolescentes. Esse método de pesquisa viabiliza sintetizar e divulgar as evidências disponíveis na literatura. A questão norteadora da pesquisa foi: “Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre as ações do enfermeiro frente à situação de violência sexual contra adolescentes?”. A coleta de dados foi empreendida nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Banco de Dados da Enfermagem (BDEnf) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline). A pesquisa transcorreu no mês de julho de 2013. Para todas as bases, utilizaram-se Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): violência sexual, saúde do adolescente e enfermagem, nos idiomas: português, inglês e espanhol com as respectivas traduções. Os critérios de inclusão da amostra foram: artigos científicos publicados na íntegra em português, inglês ou espanhol no período de 2003 a 2013 nas bases de dados Medline, Lilacs e BDEnf e que consideraram a adolescência como a faixa etária de 10 a 19 anos, como preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Os artigos encontrados foram predominantemente relatos de casos, estudos descritivos e avaliações de programas. A busca foi realizada independentemente por duas pesquisadoras, como recomendado para aumentar o rigor metodológico. RESULTADOS: Para esta revisão integrativa,

selecionaram-se 8 artigos (5 brasileiras, 2 do continente africano e 1 dos Estados Unidos), classificados nas seguintes categorias: a notificação e a atenção à saúde do adolescente. Houve predomínio nas publicações do ano de 2011 (3, ou 37,5%), seguidas das lançadas em 2008 e 2009 (2, ou 25% em cada ano) e em 2006 (1, ou 12,5%). Prevaleram produções brasileiras sobre a temática, com 5 publicações e houve 2 publicações do continente africano e 1 dos Estados Unidos da América. Observou-se a importância da notificação dos casos suspeitos e confirmados de violência contra adolescente, com a finalidade de combatê-la e cumprir com o compromisso legal e moral, além de detectar precocemente e contribuir para o enfrentamento da violência contra essa clientela, por meio da intervenção nas situações de vulnerabilidade, pois a notificação é um instrumento de proteção e defesa dos direitos das crianças e adolescentes, além de fornecer subsídios a elaboração de políticas públicas e propostas de atenção às pessoas em situação de violência sexual. A notificação é amparada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1968, de 25 de maio de 2001, dispõe sobre a notificação de suspeita ou confirmação de violências doméstica, sexual e outras agressões contra crianças e adolescentes atendidos pelo Sistema Único de Saúde, inclui todas elas na relação de doenças e agravos e propõe uma ficha de notificação compulsória para os serviços de saúde registrar os casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Por isso, um elemento importante é o preenchimento completo e correto dos dados que compõe a ficha de atendimento, pois a falha de registro dificulta a identificação de risco e a formulação de políticas de prevenção. Portanto, os profissionais de saúde não podem deixar de identificar, diagnosticar, notificar e atuar frente a casos confirmados de violência ou suspeitos por meio de sinais e sintomas sugestivos. O ato de notificar

inicia um processo que visa interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família e por parte de qualquer autor da violência até que a situação seja esclarecida. Quanto à categoria de saúde do adolescente, constatou-se que a atenção à saúde do adolescente em situação de violência sexual é abordada em quase todas as publicações e a atuação da enfermagem é percebida como ampla e complexa abrangendo a participação no diagnóstico, principalmente pela consulta de enfermagem, nas ações educativas, no acompanhamento e na notificação. Os profissionais de enfermagem têm papel fundamental na observação de sinais e sintomas de quadros clínicos, além de perguntar durante a consulta de enfermagem sobre eventos violentos, a fim de detectar e intervir de maneira preventiva, minimizar as situações de violência contra o adolescente e participar ativamente de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos. A problemática da violência sexual entre adolescentes é muitas vezes ocultada, assim a visualização desse evento diminui a vulnerabilidade dessa clientela para a infecção de HIV, pois o enfermeiro pode intervir intensivamente nos cuidados pós-violência, por meio de fornecimento de medicação de contracepção de emergência e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis principalmente a de HIV, conforme protocolo de cuidados e/ou prescrição médica de acordo com a realidade local. Sabe-se que frente à complexidade do problema não há como situar unicamente como de competência do enfermeiro a função de prevenir e acompanhar os casos de violência, mas envolve um olhar multiprofissional e ações intersetoriais e um papel importante para a enfermagem poderia ser parte de ações coletivas e de acompanhamento dessa família em seu ambiente domiciliar. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conclui-se que o enfoque da violência sexual contra

adolescentes no Brasil e no exterior, particularmente no continente Africano, são distintos. Evidenciou-se que na África esses casos são ocultados e negados, o que faz agravar a situação devido a não realização da profilaxia das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o HIV, não ocorrendo nesses países a notificação dos casos aos órgãos competentes. Já nas produções brasileiras, constam normas e diretrizes nacionais de identificação dos casos e protocolos de atendimento. Observou-se que a produção científica das atribuições do enfermeiro frente à situação da violência sexual contra adolescentes ainda é escassa, predominando as pesquisas sobre a notificação e a atenção à saúde do adolescente. O principal ponto de vista abordado é com relação à identificação da violência vivida, através dos sinais e sintomas e torná-la evidente por meio da notificação, o acompanhamento dos casos e interrompê-la por meio de medidas preventivas e de ações imediatas. Portanto, conhecer a produção científica da violência sexual contra os adolescentes pode favorecer a visibilidade do fenômeno, bem como o aprimoramento das ações dos profissionais de saúde, em especial ao enfermeiro. Este fato pode estimular a criação de políticas públicas em saúde, a organização dos serviços de atendimento, o aprimoramento das ações e dos instrumentos do processo de trabalho e, permitir uma abordagem de cuidado humanizado que venha romper com a dinâmica da violência sexual em que tantos adolescentes e famílias se encontram envolvidos.

PERCEPÇÕES DE ADOLESCENTES EM PERÍODO DE INTERNAÇÃO

Rosana Alves de Melo

Palavras-chave: Adolescentes, Percepções, Período de internação, Violência, Ressocializar

APRESENTAÇÃO: Atualmente, a prevalência de atos violentos cometidos por adolescentes com intenção de autoafirmação e outros motivos, tem crescido em todos os contextos sociais, envolvendo uma relação de poder e força, tendo o potencial de causar danos psicológicos, físicos e morais irreversíveis na vida dos indivíduos, e ocorre através de atos infracionais que, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), configura-se em uma conduta descrita como crime ou contravenção penal, passível de internação. As causas externas são os agravos que tem maior impacto na morbimortalidade de adolescentes, sendo a violência mais frequente, a partir dos 15 anos. Associadas a esses agravos, o porte de arma de fogo e a participação em brigas apresentam uma alta prevalência entre jovens, acarretando altos índices de homicídio e suicídio (SILVA et al., 2009; ANDRADE et al., 2012). Considerando o índice de criminalidade entre os adolescentes, existem as instituições de cunho socioeducativo que tem como finalidade, por meio da privação de liberdade ou não, ressocializar os adolescentes que se encontram em conflitos com a lei. A última medida das medidas hierárquicas, a internação, é aplicada pelo juiz, aos adolescentes que cometem atos infracionais de cunho grave, por não encontrar outra medida adequada para atender esse indivíduo (AMARAL, SANTOS, OLIVEIRA & PARRÃO, 2014). A Fundação de Atendimento Socioeducativo (FUNASE) é o órgão responsável pelo atendimento dos adolescentes que estão sob medida socioeducativa de restrição e/ou privação de liberdade, visando à garantia dos seus direitos fundamentais, através de ações conjuntas com outras instituições públicas e a sociedade civil organizada, preconizado pelo ECA, com base Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (FUNASE, 2015). As discussões sobre as dificuldades das práticas educativas, no sentido de avaliar se estas favorecem ou desfavorecem a

ressocialização, estão cada vez mais fazendo parte das discussões que envolvem a questão da internação de adolescentes. Vale ressaltar que, com o aumento exacerbado da violência, os estabelecimentos passam por uma superlotação, favorecendo aumento da periculosidade dos adolescentes, que tem como consequência o aumento da reincidência desses indivíduos. Considerando as percepções e os sentimentos dos adolescentes que se encontram em período de internação nas instituições de cunho socioeducativo, bem os fatores que envolvem as modificações sociais em suas vidas após esse período, este estudo objetivou conhecer as percepções dos adolescentes em período de internação assistidos pela FUNASE de Petrolina/PE. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida na FUNASE da cidade de Petrolina/PE, instituição esta que tem como finalidades, entre outras, planejar e executar as medidas socioeducativas; fortalecer o núcleo familiar nas suas funções de sobrevivência, de provisão de afeto e de cidadania, com vistas à convivência familiar e comunitária da criança e do adolescente atendidos; (FUNASE, 2015). A amostra foi constituída de 15 adolescentes que estavam em período de internação na referida instituição. Os critérios de inclusão foram estarem internos na Fundação no momento da pesquisa e aceitarem participar desta através da assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, após a prévia autorização dos pais ou responsáveis, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada em março de 2015, através de uma entrevista semiestruturada. As entrevistas foram registradas com auxílio de um gravador portátil, após a autorização do indivíduo, em local e horário preestabelecido, garantindo o sigilo, o anonimato e privacidade. A análise

dos dados foi feita através da técnica de análise de conteúdo temática. A pesquisa foi baseada no que dispõe a Resolução n 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), e também aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), com número de parecer número: 858.196, respeitando todos os preceitos éticos e a autonomia dos indivíduos. RESULTADOS: A ocorrência de atos violentos é uma problemática bastante presente na nossa realidade e tem o potencial de afetar substancialmente a vida de todos os envolvidos. Os adolescentes aparecem nesses contextos, muitas vezes como propagadores desses atos violentos, sendo necessário ficarem um tempo pré-determinado sob internação, no intuito de evitar que cometam mais delitos e seja favorecida sua ressocialização. Pudemos observar nesse estudo que a percepção dos adolescentes acerca dos atos infracionais cometidos e suas implicações na sociedade e em suas próprias vidas, é um fenômeno complexo, já que sua compreensão, ora converge, ora diverge daquilo que é estabelecido com norma social, no sentido de que em algum momento eles visualizam essa infração de conduta como algo banal. Observamos que a principal consequência após ficarem reclusos, foi à mudança de comportamento a respeito de suas famílias, demonstrando uma maior valorização das pessoas desse ciclo, sendo evidenciada pela distância da família na vida dos adolescentes a falta que o núcleo familiar faz, tendo sido referenciado por eles. Essa percepção foi vista através da saudosidade. Apesar de alguns dos entrevistados não acreditarem na possibilidade de serem ressocializados, os resultados mostraram que eles confiam no trabalho proposto pela Fundação, assim como o trabalho dos agentes de operacionalização das ações socioeducativas, como possibilidade de reinserção social. Nesse sentido, as

principais pretensões deles, após o término do período de internação, envolvem estudar e trabalhar, visando uma mudança de vida futura. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O modo como as medidas socioeducativas são estabelecidas para os adolescentes em período de internação são de extrema importância para delimitar a percepção destes, como algo negativo ou positivo, sobre a ressocialização e a potencialidade de mudança de no seu contexto de vida, futuramente. O atendimento, baseado naquilo que é preconizado pelo ECA, pode permitir uma intervenção que garanta o desenvolvimento de programas pedagógicos, atividades escolares, profissionalização, esporte, artes e de atividades de saúde, proporcionados de maneira sistemática (ESTEVAM, COUTINHO & ARAÚJO, 2009; BRASIL, 2010). Tudo isso poderá resultar na reflexão do adolescente sobre o seu contexto de vida atual, para que este busque novos direcionamentos e favoreça o seu retorno ao seu convívio social e familiar. O modo como as medidas socioeducativas são estabelecidas para os adolescentes em período de internação são de extrema importância para delimitar a percepção destes, como algo negativo ou positivo, sobre a ressocialização e a potencialidade de mudança de no seu contexto de vida, futuramente. O atendimento, baseado naquilo que é preconizado pelo ECA, pode permitir uma intervenção que garanta o desenvolvimento de programas pedagógicos, atividades escolares, profissionalização, esporte, artes e de atividades de saúde, proporcionados de maneira sistemática. Dessa forma, entendemos que o presente estudo é de grande relevância, pois além da precariedade de pesquisas na área, permite uma visão mais integral sobre os adolescentes em período de internação, permitindo que conheçamos suas compreensões, percepções e pretensões, uma vez que é importante para um trabalho

multiprofissional, pois conhecendo a população em questão, podemos dar um melhor direcionamento às ações educativas colocadas em prática.

PERCEPÇÕES SOBRE A AFINIDADE DO HOMEM COM O PROCESSO DE SAÚDE-DOENÇA EM CONTRASTE COM A SAÚDE DA MULHER

Ildernandes Vieira Alves, Kerma Márcia de Freitas, Jéssica Rodrigues Brito, Tuarne Vieira Alves, Elaine Carvalho de Oliveira Medeiros, Josué Barros Júnior

Palavras-chave: Gênero e Saúde, Saúde do Homem, Saúde da Mulher,

APRESENTAÇÃO: As diferenças entre gênero são impulsionadas desde a infância, ao ponto que, aos meninos são atribuídos ações mecanicistas, muitas vezes ausentes de sentimentalismo, são criados indivíduos sob a perspectiva do bateu levou, de que o choro é algo que mostra fraqueza e devem ficar para o sexo oposto (BRASIL, 2012). Um desafio palpante que cerca a discussão de gênero no âmbito da saúde coletiva é incorporar o sujeito masculino, sem interferir nas relações de gênero e dimensionamento social. Tanto o sexo masculino como o feminino estão mutuamente interligadas, sendo agregados de forma equânime, ao passo que não se descarte as singularidades ou as pluralidades (COUTO, 2012). É indiscutível que homens e mulheres não são iguais, cada indivíduo, assim, como cada gênero têm suas peculiaridades, porém, essas diferenças não foram fomentadas para gerar desigualdades, mas servir de suporte para debates na comuna e a construção de uma sociedade mais igualitária e virtuosa, que respeite as diferenças de gênero (BRASIL, 2012). Nessa perspectiva objetivou-se investigar a percepção de homens e profissionais sobre

a afinidade do homem com o processo de saúde-doença em contraste com a saúde da mulher. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, realizado em uma Estratégia Saúde da Família do interior do Ceará, decorrente de um estudo maior na qual investigou a Efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no estado do Ceará. A pesquisa foi realizada com três grupos distintos, dois formados por usuários do sexo masculino e um por profissionais de nível superior que compunham a unidade na qual o estudo foi feito. Objetivando manter o sigilo e anonimato dos participantes do estudo, as falas foram codificadas de acordo com o grupo respectivo, sendo o grupo 1 dos usuários pela letra H, o grupo 2 dos usuários pela letra H seguida da letra b subscrita e dos profissionais pela letra P. Os dados foram coletados por técnica de grupo focal. Sendo as falas gravadas, transcritas na íntegra e analisadas utilizando a técnica de análise de conteúdo dando origem a categorias temáticas. O estudo foi desenvolvido obedecendo à determinação da Resolução Nº 466/12. **RESULTADOS/DISSCUSSÕES:** Ao analisar as falas a respeito da percepção de homens usuários e profissionais de nível superior a respeito da relação entre homem e saúde, originou-se duas principais categorias temáticas. Em analogia entre a figura masculina e a feminina nos moldes da saúde é encontrado nas falas dos usuários que as mulheres são as mais procuradas pelos profissionais e serviços de saúde, ao passo que chegam a secundarem a assistência à população masculina. Na ótica profissional, é reconhecida como uma verdade, decorrente do fato do Ministério da Saúde proporcionar ações destinadas com mais prevalência para o sexo feminino. [...] o que tá acontecendo não só aqui na nossa cidade, mas todo país é a abordagem, geralmente quando a gente recebe uma

abordagem em casa da saúde eles procuram as mulheres e talvez os homens. (H1). A maioria das ações que o Ministério da Saúde disponibiliza é voltado para a mulher [...] (P1). Autenticando tais afirmações Meirelles e Holl (2009) enfatizam que os serviços de saúde são vistos pelos homens como sendo destinados e preferíveis às mulheres, levando em conta que, as ações disponibilizadas são voltadas especialmente para esse público. Na verdade, historicamente os serviços de saúde, principalmente o nível de atenção primária, mesmo sendo destinada a saúde da família, a priori, não foram estruturados para atender as demandas dos homens, visto que o corpo masculino por muito tempo foi enxergado com lócus do não cuidado. Outra noção articulada a esse respeito é destacada por um profissional afirmando que essa configuração é necessária visto que a mulher tem uma maior necessidade das ações serem voltadas para elas, levando em consideração que ela engravida e necessita de mais atenção. A mulher também ela tem mais porque as ações serem mais direcionadas para ela, porque a mulher engravida [...] (P6). Algumas práticas profissionais baseiam-se muitas vezes no trabalho autônomo, fundamentando-se em suas próprias ideias e crenças. Essas ações algumas vezes reforçam a desigualdade em gênero e saúde ao enxergarem os homens como “os trabalhadores” e a mulher como a “cuidadora da família”, reduzindo-a ao corpo reprodutor e agente do cuidar (SCHRAIBER, 2012). Não obstante, é inegável a importância de uma assistência qualificada às mulheres, principalmente no período onde outro ser está sendo gerando, todavia pensamentos como esse podem potencialmente aprofundar o abismo existente entre o homem e o serviço. A analogia não é feita no sentido de quem precisa de mais ou menos atenção e muito menos de dissociar um sujeito do outro, mas sim, para compreender e orientar

práticas concretas que favoreçam uma abordagem coletiva ao sujeito singular. Em o Ser homem e a interferência no processo de cuidar, foram identificados nos discursos dos pesquisados que o sexo masculino é cercado por um tabu que prega que homem é forte e provedor, dessa forma dispensa cuidados com a saúde. O homem ele é resistente a não querer ou se achar doente ou querer prevenir alguma coisa [...] (H1). [...] como ele tem que prover as coisas e casa né ele tem que ser forte a base forte da casa acha que ele não pode adoecer (P7). A partir dos relatos, ficou evidenciado que o homem retarda ao máximo possível, ao seu modo, o processo de adoecimento, seja por achar que não pode adoecer pelo fato de ser homem e tem que ser forte ou até mesmo pela questão da rejeição a cuidados preventivos. Destarte, é indubitável a importância da figura masculina para manter equilibradas as condições do lar, assim como é o da mulher, de tal modo como é a de cada membro pertencente da família. Tal responsabilização em suprir todas as necessidades da família é decorrente de um contexto histórico a qual a sociedade foi moldada, onde atarefou o homem de tal papel e mesmo com as mudanças contemporâneas, ideologias retrógradas ainda exercem forte efeitos coletivos, representando no homem uma cobrança descomedida que o impede de adoecer. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O pensamento hegemônico de um perfil de masculinidade imutável ainda exerce forte papel sobre a saúde do homem, mas aos poucos vem sendo modificado, ficando percebido pelos próprios homens que assim como as mulheres, crianças e idosos, o corpo masculino também é lócus de cuidados. Contudo, ainda existem pensamentos reducionista que invisibilizam os homens, à medida que a maioria das ações disponibilizadas são destinadas ao sexo feminino, secundando o cuidado ao

homem. Em certo sentido não cuidar do homem significa não cuidar dos demais integrantes da casa e muito menos da sociedade, ao passo que quando esse adoecer compromete todo o cenário a sua volta. Em decorrência das mudanças contemporâneas aos poucos os homens estão reconhecendo suas potencialidades como cuidadores, embora seja contido, não devem ser reprimidos e sim estimulados, para que desapontem como protagonistas no cenário do SUS.

PERCURSOS CARTOGRÁFICOS: APRENSÃO DAS RELAÇÕES ENTRE SOM E SENTIDO EM CONTEXTOS DE LAZER NOTURNO E SEUS DESDOBRAMENTOS SOBRE A CONSTITUIÇÃO DE PERFORMANCES DE GÊNERO

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

Palavras-chave: Gênero, estilos musicais, contextos recreativos noturnos

APRESENTAÇÃO: Este trabalho discute o tema das relações de gênero (BULTER, 1989) e as expressões de iniquidade entre masculinidades e feminilidades apreendidas por meio da pesquisa cartográfica (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009; 2014) em contextos de lazer noturno do município de Chapecó, Santa Catarina. O estudo foi concebido pelo Grupo de Estudos e Pesquisa de Gênero FOGUEIRA e aprovado no Edital 383/Reitoria Unochapecó/2014. Dentre seus objetivos, destacamos a proposta de identificar e analisar características de contextos recreativos noturnos, as experiências da corporeidade que se apresentam em tais contextos e seus efeitos de subjetivação sob performances de

gênero, produzidos na relação com sentidos enunciados pelos estilos musicais veiculados. A participação em eventos recreativos noturnos é atividade comum à significativa parte da população. Estudos contemporâneos vêm afirmando a necessária atenção a esses acontecimentos quando visamos compreender “modos de subjetivação” (GUATTARI, 1996). Trabalhos como os de Lomba, Apóstola e Cardoso (2012) e de Romera (2014) vêm demonstrando conexões entre tais eventos e a violência, o consumo de drogas e a adoção de comportamentos de risco. Porém, poucos estudos atuais buscam analisar as relações de gênero que se explicitam nesses contextos. Considerando a categoria gênero como analisador que permite compreender as apresentações do corpo, as performances sexuais e as maneiras de pensar, sentir e agir em relação aos lugares historicamente e socialmente demarcados sobre o sexo biológico, entendemos que a análise das expressões de gênero em contextos de recreação noturna contribui para a constituição de olhares mais apurados sobre o cotidiano, capazes de problematizar as iniquidades, auxiliando na visualização de problemáticas e evidenciando a necessidade de atenção aos desdobramentos de experiências perpassadas pelas questões de gênero no cuidado à saúde. Os contextos de lazer noturno, portanto, são cenários importantes à compreensão dos modos de subjetivação, pois tanto a música, quanto os encontros que eles proporcionam, produzem sentidos e práticas, incidindo sobre as subjetividades. METODOLOGIA: A produção dos dados foi sustentada pela inserção empírica em contextos de lazer noturno, realizada por acadêmicos do curso de graduação em Psicologia da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó, através da observação participante e orientados pela perspectiva cartográfica. A pesquisa

cartográfica, pressupondo a coexistência do conhecer, do agir e do criar, procura instituir uma política de pesquisa na qual habita a cena pesquisada, os sentidos e ações engendrados nela. Dessa maneira, visa o protagonismo tanto de pesquisadores como de participantes, em uma produção de conhecimento dialógica, considerando distintos pontos de vista capazes de formar um plano comum, mas ao mesmo tempo heterogêneo (KASTRUP; PASSOS, 2014). É a riqueza e a heterogeneidade desses contextos que interessa ao cartógrafo, o que leva o pesquisador, que opta por essa metodologia, a adotar um funcionamento da atenção flutuante, voltada ao acompanhamento de processos relacionais complexos e não à demarcação de objetos com contornos precisos, que deixariam escapar singularidades. Além da observação participante (fundamental à etnografia), foi adotado como técnica para produzir conversas informais (SPINK, 2014) o registro em diário de campo. As informações foram obtidas em quatro casas noturnas, duas delas promovendo, nos momentos de observação participante, festas de música sertaneja, uma apresentando um show de rock e a última promovendo evento com temática orientada pela música pop. Buscamos identificar características de ambientes e de grupos de frequentadores. Foram registradas, em diário de campo, as músicas executadas em cada uma das festas e seus enunciados verbais, as formas de relação que os pesquisadores estabeleceram com demais participantes dos eventos e, principalmente, relações que expressassem sentidos sobre os papéis de gênero e o exercício da sexualidade. Resultados: Nos contextos investigados, os pesquisadores puderam constatar a existência de referências identitárias distintas, relacionadas aos distintos estilos musicais, que repercutem sobre os sentidos produzidos em torno do exercício de papéis

de gênero e das relações interpessoais. Segundo Piedade (2011), podemos compreender a música como imbricada à cultura, sendo a musicalidade uma expressão constituída historicamente, por meio das negociações entre o som e os sentidos que é capaz de evocar. Estilos musicais, portanto, dizem respeito tanto a um gênero discursivo (BAKHTIN, 2010) da linguagem musical, expresso em sua forma e conteúdo, quanto às significações associadas a ele, que se produzem, circulam e são consumidas na cultura. Cabe ressaltar ainda que, quando falamos em subjetivação (GUATTARI; DELEUZE, 1996), não nos referimos a uma identidade estática, mas a um processo de identificação sempre em curso, que constitui modos de pensar, de sentir e de agir sempre abertos a transformações, nos diferentes encontros experimentados por sujeitos situados em distintos contextos. Butler (1998) ainda nos alerta de que gênero e sexualidade são também construções que demarcam modos de ser relacionados ao masculino e ao feminino, construídos através de inúmeras práticas e aprendizagens. Considerando tais definições, a pesquisa de campo pôde constatar a existência de diferentes referências estéticas, relacionadas à estrutura rítmica e melódica da música, presentes em cada contexto e aprovadas pelo gosto dos frequentadores. Da mesma forma, esses diferentes estilos ainda veiculam enunciados verbais muito distintos. Nas festas sertanejas, as letras das músicas geralmente estavam dirigidas a temas relacionados ao consumo de álcool, às próprias festas e às relações sexuais, demarcando lugares de gênero binários, considerando apenas possibilidades de relações entre homem e mulher. Já na festa pop, são também feitas menções a consumo de bebidas alcoólicas e às festas, mas os enunciados dirigidos às performances de gênero e às relações sexuais não são

demarcados em torno do mesmo binarismo, sendo que tanto público quanto músicos fazem menções às relações sexuais sem considerar identidades de gênero rígidas. Na festa de rock, a maioria das músicas executadas era cantada em inglês, sendo que uma parte do público admitia não entender o conteúdo das letras. Nas músicas veiculadas em português, os conteúdos dos enunciados remetem a questões como liberdade, uso de drogas, estilo de vida confluyente com a estética do rock e relacionamentos. No caso da festa observada, voltada ao rock, apesar da menção às relações sexuais, não há nas letras expressões que demarquem lugares binários, na maioria das vezes. Percebemos, nas festas de rock e sertanejo, uma hegemonia de estilos musicais demarcados em torno dos gêneros utilizados para divulgar o evento. Já na festa pop, existe o que Piedade (2011) denomina “hibridismo contrastivo”. Nessa fusão de estilos, não temos um estilo A e um estilo B que são amalgamados para formar um C, mas sim uma fusão AB, onde, por exemplo, o pop continua sendo executado e ouvido enquanto pop, mas se hibridiza com a música eletrônica e com o funk, principalmente. Os pesquisadores perceberam, mesmo antes dessa constatação, um ecletismo estético mais acentuado nos frequentadores das festas pop. Considerações finais: Dentre os resultados, cabe destacar relações entre estilos musicais, enunciados verbais e apresentações de distintas performances de gênero em cada um desses contextos. Considerando a música como linguagem reflexivo-afetiva (MAHEIRIE, 2003) e a subjetivação como movimento aberto ao devir, fica evidente que a relação com tais enunciados, distintos em sua forma e conteúdo, produz processos de identificação que marcam as relações entre os sexos, produzindo significativas diferenças.

Portanto, a relação com a música pode gerar desde movimentos de abertura às diferenças e reconhecimento da alteridade até posturas identitárias rígidas, que demarcam, em alguns momentos, comportamentos intolerantes e que sustentam desigualdades.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO RIO DE JANEIRO DE 2006 A 2014, A PARTIR DE DOIS SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO

Bárbara Bulhões, Daniel Noro, Hélia Kawa, Henrique Sater, Irene Lopes, Josy Pinho, Maria Inês Couto de Oliveira

Palavras-chave: Notificação de Violência, Violência contra a mulher, SINAN, ISPRJ

APRESENTAÇÃO: A violência contra a mulher se apresenta como um grande desafio para a Saúde Coletiva, por representar um fenômeno social com profundos impactos à saúde da população feminina. Ainda que envolvidos por controvérsias e ocultados nas 'causas externas' dos dados epidemiológicos, a violência contra a mulher tem suas origens na histórica desigualdade de gênero, forjada pela assimetria de poder econômico e político entre homens e mulheres na sociedade. Segundo a OMS (2002), estudos internacionais mostraram que a violência contra as mulheres é muito mais grave e generalizada do que se suspeitava anteriormente. No Brasil, a luta histórica dos movimentos de mulheres e segmentos diversos da sociedade civil repercutiu para a consolidação de instrumentos jurídicos e sociais de proteção à mulher em situação de violência. Foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM); a Lei de Notificação Compulsória no caso de violência contra mulheres, crianças, adolescentes e pessoas idosas atendidas em serviços de saúde públicas ou privadas (Lei nº 10.778/2003, art. 13 da Lei nº 8.069/1990, art. 19 da Lei nº 10.741/2003); e a Lei Maria da Penha

(Lei nº 11.340/2006), que estabelece mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL 2012). Para a consolidação de tais instrumentos, é necessária a realização de estudos epidemiológicos para investigar o perfil da população violentada. O presente estudo apresenta o perfil epidemiológico de violência contra a mulher no Rio de Janeiro de 2006 a 2014, a partir de dois sistemas de notificação como bases de dados: o SINAN, vinculado ao SUS, e o Dossiê Mulher, vinculado ao Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de um estudo quantitativo retrospectivo, analisando dois bancos de dados distintos referentes às notificações de atos de violência contra a mulher. O primeiro é o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), que notifica via Ficha de Notificação para Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (Secretaria de Vigilância à Saúde, Ministério da Saúde). Fornece informações para a análise do perfil da morbidade e viabiliza um panorama das condições de saúde, nos níveis municipal, estadual e federal. O sistema é alimentado pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de notificação compulsória. O conceito de Violência para o SINAN está de acordo com as referências da OMS e Ministério da Saúde (OMS, 2012; BRASIL 2012). A segunda fonte é o Dossiê Mulher, organizado desde 2005 pelo Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro (ISPRJ), e tem como base os registros de ocorrências, realizados nas delegacias policiais fluminenses, de homicídio doloso, tentativa de homicídio, lesão corporal dolosa, estupro e ameaça contra mulheres, abarcando, assim, parte da violência física, sexual e psicológica. Para o ISPRJ as definições de violência são estabelecidas de acordo com a Lei Maria da Penha. Em 2013 o mesmo, com o amadurecimento das discussões acerca

do tema e maior conhecimento sobre a base de dado utilizado ampliou a análise com oito novos títulos: "Tentativa de Estupro", "Dano", "Violação de Domicílio", "Supressão de Documento", "Constrangimento Ilegal", "Calúnia", "Difamação" e "Injúria". Isto ampliou o panorama da violência contra a mulher, observada em suas cinco formas: física, sexual, patrimonial, moral e psicológica. **RESULTADOS:** O município do Rio de Janeiro foi responsável por 91% das notificações de violência contra a mulher registradas pelos sistemas de saúde públicos e privados do Estado do Rio de Janeiro no SINAN no período de 2006 a 2014. Apenas 4% destas fichas de notificação do estado não tiveram o campo 37 (município de ocorrência) preenchido. As mulheres pretas e pardas representaram mais da metade das notificações anuais em ambos os sistemas: no SINAN, 54% e nas delegacias, 52%. Foi encontrada uma discrepância importante entre as duas fontes de informação quanto à faixa etária das mulheres que sofreram violência. Segundo o Instituto de Segurança Pública, a faixa etária entre 25 e 34 anos é a que apresenta mais notificações, e apenas 8% dos registros são de mulheres até 17 anos. Já o SINAN registra mais da metade (56%) das notificações entre crianças e adolescentes (0 a 17 anos). As mulheres vítimas de violência apresentaram baixa escolaridade: 72% das fichas preenchidas com dados referentes à escolaridade no SINAN eram de mulheres sem ensino médio completo. Porém, houve um percentual importante de negligência no preenchimento deste dado: 49% das fichas. Pelo Instituto de Segurança Pública do Rio de Janeiro, 56% das mulheres vítimas de violência no estado do Rio de Janeiro são solteiras, enquanto pelo SINAN 33% são solteiras e 33% são casadas ou possuem união estável; Não se evidenciou relação direta entre a Lei Maria da Penha (2006) e o aumento das notificações, contudo a partir de 2011 as notificações nos sistemas aumentaram significativamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Podemos afirmar, a partir do perfil analisado no período, que as mulheres pretas e pardas sofreram mais violência do que mulheres brancas e amarelas, em ambos os sistemas de notificação. Parece haver uma dificuldade imensa das famílias em levar suas crianças e registrar ocorrências de situações em sua maioria intradomiciliares em delegacias. Já no caso dos serviços de saúde, isso é possível graças à ficha sigilosa e pró-atividade dos profissionais em investigar situações suspeitas e notificá-las, conforme os instrumentos do SUS. Apesar do preenchimento falho, aparentemente a maior parte das mulheres violentadas não possuía ensino médio completo. Não se evidenciou relação direta entre o ano de promulgação da Lei Maria da Penha (2006) e o aumento das notificações. Porém, a existência de políticas para a notificação tem avançado. Durante o levantamento de dados foram verificadas três limitações nas fontes de dados analisadas no presente estudo: 1. dados subestimados, pois muitos casos não são notificados; 2. quantidade significativa de campos das fichas de notificação/ ocorrência não preenchidos; e 3. possibilidade do não preenchimento correto de algumas variáveis por falta de treinamento e supervisão qualificada na coleta. Pode-se afirmar que no Estado do Rio de Janeiro há deficiência no preenchimento dos sistemas de notificação referentes à violência contra a mulher e que, apesar das garantias por lei, ainda está em desenvolvimento lento uma cultura de registro desse tipo de violência. Recomendamos a qualificação do preenchimento das fichas de notificação de violência, sobretudo pelo sistema de saúde, além da divulgação dos direitos das mulheres, para que as mesmas se sintam seguras em realizar a notificação no serviço de saúde ou o registro de ocorrência nas delegacias.

PREVALÊNCIA DE HOMICÍDIO DOLOSO ENTRE AS MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM CAMPO GRANDE/MATO GROSSO DO SUL

Kassandhra Pereira Zolin, Maria Auxiliadora de Souza Gerk, Cristina Brandt Nunes, Iluska Schultz

Palavras-chave: enfermagem, violência doméstica, feminicídio

O impacto causado pelo homicídio intencional vai além da perda humana, pois esse tipo de crime cria uma atmosfera de medo e incertezas para a família e comunidade da vítima. Pode-se classificar esse crime em três subcategorias: homicídio intencional relacionado a atividades criminosas, homicídio interpessoal e o homicídio sócio-político. O homicídio interpessoal é diferenciado de acordo com a natureza da relação entre a vítima e o criminoso. Sendo assim o homicídio pode ser causado por um parceiro íntimo, membro da família ou relacionado a outros tipos de conflitos pessoais (UNODC, 2013, tradução nossa). No Brasil, a Lei 13.104/2015 caracteriza como feminicídio qualquer homicídio doloso contra a mulher em virtude da condição de ser mulher; sendo assim, homicídio caracterizado como violência doméstica e familiar é um feminicídio (PINTO; MORAES; MONTEIRO, 2015). Um estudo anterior a Lei do Feminicídio com o objetivo mostrar a situação do homicídio de mulheres no Brasil, denota que entre os anos de 1980 e 2010 houve um aumento de 230% no homicídio feminino. Esse estudo utilizou como fonte o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, base de dados que sistematiza as informações contidas nos atestado de óbito, gerando assim estatísticas para ilustrar quais são as causas de morte da população em determina faixa etária em todo o

território brasileiro. Além do crescimento no número de mulheres assassinadas no país, o estudo evidenciou o quantitativo de crimes, no ano de 2010, nas capitais do Brasil. Em Campo Grande, capital de Mato Grosso do Sul, foi evidenciado um total de 22 homicídios dolosos em consequência da violência doméstica somente em no ano de 2010. A faixa etária que apresentou maior vitimização de mulheres, no ano de 2010, foi entre os 15 e 29 anos, e especificamente entre os 20 e 29 anos o número de vítimas foi maior (WAISELFISZ, 2012). Com o objetivo de estimar a prevalência de homicídio doloso entre as mulheres vítimas de violência doméstica em Campo Grande/MS, foi realizada uma pesquisa quantitativa, transversal e retrospectiva utilizando-se os dados do Sistema Integrado de Gestão Operacional (SIGO) da Secretaria de Justiça e Segurança Pública de Mato Grosso do Sul (SEJUSP/MS) referentes ao período entre março de 2010 e março de 2015. O Comitê de Ética Pesquisa Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS), sob o parecer 890.305 de 2 de novembro de 2014, aprovou essa pesquisa científica. De acordo com os dados coletados o número de homicídios dolosos entre mulheres que sofreram violência doméstica ou feminicídio totalizou 16 casos entre março de 2010 e março de 2015. Sendo que 87,5% (14) dos casos aconteceram com mulheres maiores de 25 anos e os 12,5% (2) as vítimas tinham entre 18 e 25 anos. Os dados da SEJUSP/MS mostram uma vertente da situação do feminicídio em Campo Grande, entretanto é necessário utilizar outras bases de dados para melhor conhecer as estatísticas locais. Isso é necessário, pois se sabe que em outros estudos foi relatada a possibilidade de subnotificação nos casos de violência doméstica, visto que são muitas as vezes que as mulheres não denunciam a violência por medo do agressor, por não se verem em situação de violência e pela

vergonha do julgamento social (MOURA; NETTO; SOUZA, 2012). E especificamente nos casos dos homicídios dolosos em Campo Grande – MS, a subnotificação pode ser compreendida pela falta de um sistema que cruze as informações policiais com as informações do serviço de saúde, visto que quando a mulher adentra ao hospital com alguma lesão causada pela violência não existe uma contra-referência oficial para informar à SEJUSP/MS se tal agressão levou a vítima à óbito ou não. Sendo assim, essa subnotificação pode ser percebida em Campo Grande, comparando-se os números de homicídio contabilizados pela SEJUSP, entre os anos de 2010 e 2013, com os dados do SIM que registrou um total de 28 óbitos de mulheres no mesmo período. Essa divergência de dados citada anteriormente evidencia a necessidade de esse assunto extrapolar as fronteiras jurídicas e ser compreendido pela área da saúde. Isso porque os dados do SIM são um das indicações de que profissionais de saúde são grandes aliados no combate à violência doméstica. Viera, Padoin e Paula (2010) identificam o serviço de saúde como locus para a detecção dos casos de violência desde o acolhimento até a distribuição de suas demandas. Visto que os impactos da violência contra a mulher para a sua saúde vão dos agravos físicos à saúde mental. Tanto por essas razões de saúde individual quanto pelo fato da violência contra a mulher ser um problema mundial e persistente, desde 1993 com a Conferência Mundial de Direitos Humanos e a Declaração de Eliminação da Violência Contra a Mulher, é considerada como problema de saúde pública e violação dos direitos humanos a violência contra a mulher (WHO, 2005, tradução nossa). Sendo assim, a enfermagem que é comprometida com a promoção de saúde e é uma “apoiadora” da saúde do paciente, deve ter conhecimento técnico sobre violência e lutar para o

aprimoramento das ações e intervenções de combate à violência (ACOSTA, GOMES, BARLEM, 2013, tradução nossa). Espera-se que essa pesquisa possa contribuir, futuramente, como base tanto para projetos de intervenção com mulheres que sofrem e/ou sofreram violência doméstica, quanto para trabalhos de educação em saúde para crianças e adolescentes a fim de que cresçam conhecendo as causas associadas à violência e possam desenvolver estratégias para evitá-la. Além disso, os dados apontam para a necessidade da inclusão desse tema na grade curricular das graduações em enfermagem para que, os futuros enfermeiros saibam como atuar em casos de violência. A utilização de dados secundários nessa pesquisa foi uma das limitações do estudo, isso porque esses dados podem apresentar falhas de registro. Além do mais a não utilização dos boletins de ocorrência na íntegra resultou em um tipo e perda de informação, pois nesse conseguiríamos ver o relato do crime possibilitando assim melhor compreensão da ocorrência.

TRABALHO COM SEXO, PRECONCEITO E SAÚDE

Laura Camara Lima

Palavras-chave: saúde do trabalhador, trabalho com sexo, vulnerabilidade

Estudaremos a temática do trabalho sexual, do ponto de vista da psicologia social e saúde do trabalhador, tanto no que concerne o uso do próprio corpo como ferramenta de trabalho, quanto no que diz respeito às posições sociais e subjetivas de quem trabalha na chamada indústria do sexo. A constituição da prostituição como uma prática estigmatizada se fez ao longo da história onde vários fatores se entrelaçaram. Percebe-se que as mulheres envolvidas na prática da prostituição foram categorizadas

como responsáveis pela degradação física e moral dos homens e, por extensão, pela destruição das famílias como instituição. Entre esses se pode falar do vínculo - mais metafórico do que factual - que se faz entre a prostituição e a transmissão de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Além disso, a formação do estigma relacionado à prostituição está associada também a fenômenos inaceitáveis como um todo, como é caso do tráfico de mulheres, crianças e adolescentes, da exploração sexual, do agenciamento da prostituição, entre outros. Assim, a prostituta carrega consigo, tanto para a sociedade como para si mesma enquanto concepção, o estigma de diversas práticas consideradas inadmissíveis. Os apelos sexuais são socialmente aceitos e usados como ferramenta pelo mercado financeiro a fim de atrair a atenção dos consumidores na consumação de diferentes produtos. Entretanto, quando se fala de propaganda relacionadas ao sexo, como anúncios de profissionais do sexo em jornais, revistas, internet e outros meios a aceitação e visão a respeito da propaganda muda de figura. O perfil das garotas de programa publicado em 2001, as descreve como sendo jovens que procuram esconder o que fazem, em função do preconceito social que enfrentam, apontadas como grupo de risco, veículos de doenças, modelos de imoralidade e objetos de opressão de todo tipo. Apesar dos preconceitos, a prostituição tem sido resgatada na tentativa de ser ressignificada, mediante programas de prevenção e tratamento a DST/AIDS, os quais mascaram a motivação pecuniária do Governo, uma vez que a indústria do sexo movimenta milhões. Neste contexto, parece válido perguntar se há conhecimento suficiente sobre os dilemas que atingem o cotidiano desses profissionais. Como esses trabalhadores se sentem tendo que exercer suas atividades em funções socialmente

desvalorizadas e «desvalorizantes», em relação às quais existe muito preconceito e às quais estão associadas imagens de imoralidade, sujeira e depravação da moral e dos bons costumes. Como esse trabalhador lida tais dilemas — se é que são dilemas —, como ele se vê e se sente, e como acha que é visto e sentido. Que tipo de relação subjetiva se estabelece com essa imagem a ele atribuída. Utilizamos guia de entrevista semi-aberta, elaborado com a colaboração de estudantes divididos em onze grupos de trabalho com quatro ou cinco membros. As questões abordam temas relacionados à experiência do trabalho: atividade, sentimento, autonomia, reconhecimento, realização pessoal, satisfação, identificação com a profissão, com a função, dificuldades de inserção profissional. Foram entrevistados 22 trabalhadores, metade de cada grupo: trabalhadores diretos do sexo, trabalhadores da indústria do sexo. As entrevistas foram transcritas e compartilhadas entre os pesquisadores. Os grupos de alunos realizaram análises e relatórios escritos que alimentaram o trabalho de síntese aqui apresentado. Existem inúmeras diferenças entre os profissionais entrevistados, tanto no quesito de como o trabalho é realizado, como o local onde ele é oferecido, como a condição socioeconômica do local, o horário de trabalho, o público-alvo e outras peculiaridades. Todos esses quesitos os dividem em diferentes posições e cada uma delas uma imagem diferente. Isso nos leva ao ponto que nos foi bastante claro durante as entrevistas: não existe uma categoria bem definida na qual todos se reconhecem, isto é, todas os profissionais não conseguiram se enquadrar num só lugar, como por exemplo: profissional do sexo. Eles se subdividem em grupos nos quais as diferenças são mais marcantes do que as semelhanças. A aceitação do próprio trabalho e da posição que o profissional assume é algo muito

difícil de ser elaborado. Chamou atenção a existência de discursos contraditórios, nos quais são nítidos os conflitos entre o que a pessoa demonstra, o que a pessoa sente e o que a pessoa diz. Encontramos também muita solidão, mais do que imaginávamos. Muitas profissionais do sexo relataram não possuir apoio da família. Esperávamos encontrar também profissionais falando da rede de cuidado criada pelos agentes de saúde que nos ajudaram e apoiaram nessa pesquisa, mas pouquíssimos participantes (apenas seis) declararam em sua resposta receber apoio deles, podemos atribuir esse número baixo de respostas ao vínculo criado com as agentes, que faz com que as mesmas as enxerguem como amigas não como representantes da saúde. As entrevistas mostraram que o sistema de saúde, no caso o SUS, é pouco receptivo ou pouco procurado para receber as demandas de saúde específicas das profissionais do sexo. A partir apenas de especulações nossas, talvez isso se justifique tanto por uma questão de serviços especializados indisponíveis para o tratamento, por uma questão possivelmente política. É possível que o tratamento recebido pelas profissionais do sexo seja pouco agradável, ou até mesmo hostil, encontrando o preconceito, não por uma questão particular aos serviços de saúde, mas por uma questão estrutural na sociedade na qual esses serviços estão inseridos. As entrevistas de nossa pergunta mostraram também que as próprias profissionais do sexo evitam procurar serviços de saúde especializados, para a profissão para não serem associadas formalmente a profissionais do sexo, sendo que muitas delas têm outras vidas de que precisam esconder a atividade profissional da prostituição. Portanto, os dados detectados pela pesquisa apontam que os desafios existentes no percurso de desconstrução dos processos preconceituosos e de estigma

para com os profissionais do sexo ainda necessita de muita implicação e mobilização da sociedade como um todo, para além da aceitação pública em relação à profissão. Vale ressaltar que o reconhecimento da profissão por meio dos órgãos competentes também é um eixo central na luta dos trabalhadores do sexo, pois, para além de sofrerem com preconceito do senso comum, devemos sempre lembrar que não gozam dos benefícios ofertados aos trabalhadores de outras áreas – pelo simples fato de seu trabalho não ser reconhecido oficialmente como trabalho. O que ficou muito claro para nós na realização deste trabalho é que, atrás de cada frase, entrevista e discurso, existia uma história pessoal, um sujeito que se apresentava não como estereótipo nem somente como identidade social, mas como indivíduo, atravessado pela própria história, pela sua concepção de si e pelas diversas forças que atuam na sua profissão – estigma, estereótipo, identidade, profissão, sexo – de forma que estudar as respostas é entrar na vida de cada uma das entrevistadas. As consequências do reconhecimento da profissão poderiam ser relevantes no ponto que permitiriam a segurança profissional em diversos setores, assim como também poderiam permitir políticas públicas, ou de outras iniciativas mais consistentes, específicas e adequadas para as profissionais do sexo. Em nossas entrevistas foi percebido o quanto a ausência, ainda que temporária, como gostaríamos de acreditar, da consolidação dessas iniciativas acabam provocando uma situação de extrema vulnerabilidade para as profissionais do sexo, sendo que o acesso aos serviços de saúde é baixo e outras formas de cuidado são insuficientes ou de baixa adesão.

VULNERABILIDADES DA MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM UNIDADE DE URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA

Patrícia Carla Schmidt, Roseana Maria Medeiros

Palavras-chave: Violência doméstica, Enfermagem, Discursos, Mulheres

Apresentação: Trata-se de um artigo originado da pesquisa intitulada: “Mulheres Negras e Vulnerabilidades de Saúde - Transversalidades por gênero e etnia” que tem por escopo discutir como as mulheres vítimas de violência doméstica relatam suas experiências nos serviços de urgência/emergência, com base na perspectiva do discurso foucaultiano. Para proporcionar um amparo no enfrentamento da violência, os movimentos feministas atuam com estratégias para criar a consciência de gênero, buscando reconhecer que as heterogeneidades entre homens e mulheres influenciam a violência de gênero, sendo esse um grandioso passo para minimizar essa infeliz realidade social. O Ministério da Saúde considera imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero no diagnóstico do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, para requerer a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2011a). O Conceito de violência contra as mulheres, adotado pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, constitui-se como qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado (BRASIL, 2011b, p.19). Por tratar-se de um conceito amplo, definiu-se que a violência doméstica e familiar assumem diversas formas tais como violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (BRASIL, 2006). Sendo a violência doméstica

um grave problema de saúde pública, os serviços de urgência e emergência têm se constituído em porta de entrada para mulheres que sofreram alguma violência; neste cenário, visualizamos que ainda existem dificuldades de acesso aos serviços especializados, e poucos investimentos dos gestores, apesar de muito esforço e políticas públicas voltadas para essa questão. Mesmo assim, muitas mulheres ficam desassistidas desse tipo de atenção. A violência contra as mulheres em todas as suas formas é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, idades, regiões, estados civis, escolaridade e raças. As mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e até mesmo violação dos direitos humanos, por isso a importância da humanização e a qualidade da atenção. Então pergunta-se porque os serviços de saúde, principalmente as portas de entradas - as unidades de urgência e emergência - que deveriam acolher as mulheres violentadas não cumprem essa tarefa, de modo a colaborar com a concretização das políticas de enfrentamento da violência contra as mulheres? O objetivo deste artigo foi certificar-se através de discursos na perspectiva foucaultiana, como as mulheres vítimas de violência doméstica relatam suas experiências nos serviços de urgência/emergência. O artigo foi construído a partir da referida pesquisa a qual foi aprovada pelo CEPURIsobn^oCAAE:27972114.6.0000.5351. Este estudo foi desenvolvido no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Serviços de saúde e no Grupo de estudos em temáticas de Gênero, Mulheres, Etnia, Educação, Saúde e Trabalho do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI/Erechim com apoio/financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul. As participantes que declararam terem sofrido alguma situação

de violência doméstica que foram atendidas no serviço de urgência e emergência foram um total de quatro (4) dentro do universo de dezessete (17) mulheres que participaram da pesquisa. Após o aceite em participar do estudo foi lido, discutido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e com permissão das participantes as falas foram gravadas. Para a coleta de dados utilizou-se do método da entrevista semiestruturada. Esta fase da pesquisa ocorreu de setembro a novembro de 2014. A análise dos dados deu-se sob a perspectiva da Análise de Discurso de Michel Foucault (2007). Resultados e/ou impactos: Foucault (2007, p. 135) chama de discurso um conjunto de enunciados, na medida em que se apoiam na mesma formação discursiva. O enunciado é caracterizado por Foucault como um campo enunciativo onde tem lugar e status, apresentando relações possíveis com o passado e lhe abre um futuro eventual, e não simplesmente a utilização de certo número de elementos e regras linguísticas (FOUCAULT, 2007). Para facilitar a argumentação dos enunciados, adotou-se a sigla MA (mulheres afrodescendentes) seguida de número arábico, conforme ordem de entrevistas gravadas. Santos (2004 apud VILLELA et.al., 2011) relata que alguns estudos têm mencionado comportamentos discriminatórios ou críticas morais por parte dos profissionais até mesmo da saúde, o que favorece que o relato da violência siga pouco frequente nesses serviços. Viera et. al. (2011) confirmam que a atenção à saúde das mulheres em situação de violência conforme o modelo de saúde que vigora, vem para reforçar o tecnicismo e o reducionismo biológico. Apontando ainda que a falta de preparo do profissional que realiza o atendimento repercute diretamente em uma atenção fragmentada e pouco resolutiva. Por essa razão é que não devemos esquecer de investir nos profissionais e, em ações de educação em

saúde, para que assim tornem-se mínimas as vulnerabilidades dessas mulheres e visem o empoderamento das mesmas para mudarem suas vidas (VIERA et. al. 2011). Dos saberes de como os serviços de saúde atendem as mulheres vítimas de violência, os “discursos” que apareceram formaram enunciados, cujos acontecimentos apontaram para a subjetivação e sujeição das mulheres as situações de violência doméstica. MA1 ao assumir seu discurso expressou que sofreu abuso sexual em sua própria casa quando era adolescente: “Eu fui abusada dentro de casa pelo meu próprio irmão [...] eu não consegui até hoje perdoar o meu irmão... porque não aconteceu só com um, aconteceu com dois (irmãos)” (MA1). Trazendo essas discussões para a correlação com a análise de discurso de Foucault, temos que a violência pode ser um instrumento utilizado nas relações de poder mas não um princípio básico da sua natureza (MAIA, 1995). Em si mesmo o poder não é violência nem consentimento o que, implicitamente, é renovável. Ele é uma estrutura de ações; ele induz, incita, seduz, facilita ou dificulta; ao extremo, ele constrange ou, entretanto, é sempre um modo de agir ou ser capaz de ações. Um conjunto de ações sobre outras ações (FOUCAULT, 1982, p. 220 apud MAIA, 1995, p. 90). A atuação do poder sobre os corpos que Foucault chamou de biopoder tem que ser percebida nas suas especificidades. Considerações finais: Constatou-se que o tema é extremamente complexo e abrangente. A violência contra a mulher e as relações que se estabelecem em uma unidade de urgência e emergência com os profissionais da saúde compõem um desafio inerente a esse cenário. A importância e necessidade de outros estudos analisando reflexivamente sobre essas relações interpessoais e profissionais, explorando os sentimentos e sensações da mulher vítima de violência frente à abordagem do profissional enfermeiro,

se dá de forma oportuna para prover o desenvolvimento de políticas e práticas em saúde transformadoras. Depreende-se das obras de Foucault que a violência deriva do poder com uma de suas armas. Através da realização do estudo percebeu-se que devemos ampliar nossos olhares como profissionais da saúde, necessitando desconstruir alguns pré-conceitos, em relação à mulher vítima de violência doméstica, que tão facilmente aplicamos no dia a dia, para de fato proporcionar um acolhimento a essas mulheres nas unidades de urgência e emergência.

Relatos de Experiências

COMPREENDENDO E COMBATENDO O BULLYING PARA A PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ NAS ESCOLAS, A PREVENÇÃO DE AGRAVOS À SAÚDE DOS EDUCANDOS E A GARANTIA DOS DIREITOS HUMANOS

Rejane Maria de Alencar Cunha Siqueira

Palavras-chave: Bullying- Escola- Saúde- Direitos Humanos

Muitas vezes, os jovens nas escolas são reduzidos a estereótipos que são construídos em relação a eles e que podem promover conflitos entre esses e o mundo adulto, bem como entre os próprios jovens. A sociedade cria ideologias e teorias para explicar essa diferença e justificar a discriminação. Fixa-se uma imagem social do outro que ao ressaltar a diferença, o transforma em problema social que assusta e incomoda. Nesse contexto, destaca-se o bullying escolar, que se manifesta através do bullying direto (agressões físicas e verbais) ou indireto (comentários discriminatórios e ou preconceituosos e exclusão de

estudantes dos grupos de pares). Além de comprometer o rendimento escolar, as vítimas de bullying tendem a se isolar, a apresentar baixa autoestima e a se recusar a ir à escola por vezes justificando problemas de saúde, ressaltando-se dificuldades de relacionamento e sintomas de depressão. Os jovens agressivos podem, mais tarde, se envolver em criminalidade, uso de drogas e agressão em família. Já as testemunhas do bullying sofrem pela convivência em um ambiente escolar tenso e em que as relações interpessoais se deterioram, podendo estar frequentemente apreensivas e temerosas de que possam ser as próximas vítimas, afetando assim, a sua saúde. Compreender esses comportamentos, eventos e situações geradoras de bullying é um passo importante para uma postura promotora de saúde, por isso a proposta do PSE de Resende (Programa Saúde na Escola) é atuar em processos de educação e saúde, no que diz respeito ao bullying escolar, considerando a realidade do território, a singularidade dos educandos, e a acessibilidade. A escola é um espaço privilegiado para a construção da cidadania, onde o convívio respeitoso pode ser capaz de contribuir para a garantia dos Direitos Humanos no sentido de evitar as manifestações de violência e fomentar a construção de uma cultura de paz. Para que as práticas de educação e saúde tornem-se concretas, o PSE escolheu a metodologia de oficinas que busca privilegiar o compromisso pedagógico com a produção de práticas libertadoras, o que possibilita a construção do conhecimento e do trabalho participativo com os estudantes. O nome “oficina” instiga a pensar num processo de aprendizagem que envolve uma ação concreta, o trabalho com ferramentas e instrumentos. Parte-se do pressuposto que processos de aprendizagem significativos envolvem superação da separação entre teoria e prática, assim como entre quem ensina e quem aprende. A equipe do PSE

propõe um processo de problematização sobre as situações que promovem e dificultam a vivência dos Direitos Humanos e da Cultura de Paz. Para isso é necessário partir do conhecimento que os estudantes já têm sobre a sua realidade. Como exemplo, a oficina “Dê um passo a frente”, desenvolvida com o ensino médio, teve o objetivo de promover a empatia e o respeito dentro do contexto da diferença, aumentar a conscientização sobre desigualdade de oportunidades na sociedade, a compreensão das minorias sociais ou grupos culturais e entender os Direitos Humanos. Num primeiro momento, em espaço aberto, criou-se um ambiente de trabalho colocando uma música suave. Os alunos receberam cartões contendo a descrição de personagens como: “Você é um jovem que se locomove em cadeira de rodas”; “Você é um usuário de drogas que mora com seus pais”; “Você é um homossexual gay ou lésbica”; “Você é um jovem morador de rua” e etc. Também personagens como “Você é filho de um fazendeiro rico do interior”; “Você é dono de uma empresa bem sucedida”; “Você é filho (a) do embaixador americano no Brasil”. No momento da abertura dos envelopes com os cartões, colocou-se uma música de suspense e os alunos sentaram-se no chão e incorporaram seus respectivos personagens por alguns minutos (em silêncio), enquanto algumas perguntas iam sendo feitas: Como foi a infância desse personagem? Como é sua vida cotidiana? Onde mora? Que tipo de estilo de vida tem? O que o deixa feliz? O que o deixa com medo? Etc. Os alunos fizeram uma linha, ficando um ao lado do outro, enquanto era lida uma lista de situações ou eventos como: “Você nunca teve uma dificuldade financeira grave”; “Você sente que a sua língua, religião e cultura são respeitadas na sociedade onde vive.”; “Você não tem medo de ser parado pela polícia”; “Você tem proteção social e médica quando precisa” e etc. Cada vez que

respondiam sim, davam um passo à frente, caso contrário, ficavam onde estavam. Todos olhavam ao redor e viam as suas posições em relação ao outro. Após, cada um revelava o personagem que representou, opinando sobre o que aconteceu e como se sentiram com a atividade. Problematizou-se as questões levantadas, as observações feitas e o que eles aprenderam. Foram sugeridas algumas perguntas que contribuiriam para fomentar a conversa: “Como se sentiram as pessoas que deram passos à frente?”; “Para aqueles que deram muitos passos à frente, quando começaram a perceber que outras pessoas estavam ficando para trás e que não davam tantos passos quanto eles, como se sentiram?”; “Será que o exercício espelha a sociedade de alguma maneira?” etc. Em seguida, foi passado um vídeo que fala sobre bullying e cyberbullying, suas práticas e consequências para que refletissem sobre o que viram e leram, fazendo uma relação com a atividade anterior. Após, assistiram ao vídeo com a música “Mais uma vez” do cantor e compositor Renato Russo. Por fim, foi feito um debate regrado com a temática e as situações apresentadas durante a oficina. Essas ações são inspiradas em valores como justiça, diversidade, respeito e solidariedade, que fortalecem a capacidade de reconhecer e efetuar trocas relacionais, que proporcionam aos educandos uma base estável e estimulam o seu potencial de resiliência ao longo da vida. Com as oficinas realizadas na escola, os jovens que se sentiram vítimas de bullying, foram orientados a procurarem a ajuda dos adultos, profissionais da escola, professores, orientadores, diretores, podendo ser encaminhados aos serviços de saúde em psicologia do PSE ou disponíveis nos postos de saúde, para que sejam capazes de solucionar os conflitos. Os professores também foram orientados a dar prosseguimento ao projeto durante as aulas. É a partir do apoio social recebido

na escola, na família e na comunidade que o estudante que passou por situações de violência consegue tocar a vida para frente, construindo caminhos positivos e adotando um estilo de vida saudável, um comportamento de responsabilidade e cuidado mútuo. O sentimento de se sentir apoiado, precisa ser formado, mantido e renovado a cada dia.

MULHERES VULNERÁVEIS, EM REDES, POR VEZES, FRÁGEIS DEMAIS

Paula Land Curi, Jaqueline de Azevedo Fernandes Martins, Ivana Maria Fortunato de Barros

Palavras-chave: violência sexual, rede, assistência

A violência sexual, paulatinamente, vem sendo reconhecida não só como uma questão de saúde pública, mas também como de violação de direitos humanos. É um fenômeno complexo, multicausal, subnotificado, que interfere tanto nos sujeitos quanto na coletividade. Produz uma série de agravos em saúde, sequelas orgânicas e/ou psíquicas, assim como traz importantes repercussões sociais, requerendo do Estado a formulação e implementação de políticas públicas, da mesma maneira que a organização de uma rede de serviços voltados a seu enfrentamento – sistematização de rede de cuidados e assistência. Embora as políticas nacionais de saúde incorporem a violência sexual contra a mulher como sendo uma de suas prioridades, as pesquisas evidenciam que ainda há um longo caminho a ser percorrido, pois, à violência é marcada pela invisibilidade, existindo diversos mecanismos para mascará-la e, inclusive, calar suas vítimas. Podemos dizer que, em na sociedade, as mulheres são, historicamente, sujeitos vulneráveis, que estão constantemente expostas às mais

diversas formas de violência. E, por isso, várias ações, especialmente a partir dos anos 90, foram realizadas na tentativa de se voltar esforços para seu enfrentamento e prevenção. Contudo, atenção às mulheres em situação de violência, em especial sexual, ainda se dá de maneira fragmentada e pontual. Enquanto alguns serviços se organizam em redes temáticas, lançando mão de estratégias em busca de ampliação da resolubilidade e a integralidade da atenção, outros permanecem fragilizados, desarticulados dos demais serviços, com ações fragmentadas e, por conseguinte, ineficientes. Por isso, nosso trabalho pretende discutir e ratificar a necessidade de se delimitar e sistematizar a rede de cuidados e assistência, que são oferecidas às mulheres que são violentadas sexualmente. Propomos a reflexão a partir de experiências de trabalho realizadas em unidades de saúde, do Sistema Único de Saúde, denominadas “portas de entrada”, “unidades de referência”. A partir delas, evidencia-se o quanto a sistematização em rede temática é condição imprescindível para a promoção de cuidados em saúde destas mulheres. A primeira experiência de trabalho se deu numa unidade materno-infantil, no município do Rio de Janeiro, como profissional psi. Nesta maternidade, ao longo dos anos, foi criado um fluxo de trabalho não só dentro dos muros hospitalares, mas também em todo o território. Se, de um lado, tem uma equipe mínima, treinada e capacitada para oferecer um atendimento humanizado às mulheres que davam entrada na unidade, por conta das violências sofridas, de outro, tinham vários atores que compunham a rede intersetorial de atenção e cuidados. A verdadeira consolidação de uma unidade de referência só se deu quando houve o entendimento dos diversos profissionais que o trabalho com violência, em rede temática, convoca parcerias diversas nos serviços e fora deles, ou seja, no seu território. Para isso, se criou

como estratégia o estabelecimento de reuniões bimestrais com os vários setores, profissionais e segmentos sociais disponíveis naquele território, para que, juntos, pudéssemos discutir o trabalho. Apesar de nos depararmos com as várias fragilidades do sistema, nosso trabalho caminhava na direção de tentar ultrapassar as barreiras e eventuais lacunas. Depois de mais de uma década de trabalho em unidades voltadas à saúde da mulher, unidades essas que tomam a mulher como foco e objeto de intervenção, iniciamos um trabalho com as mulheres vítimas, num hospital universitário. O Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense, é um dispositivo de saúde de alta complexidade, referência para chamada região Metropolitana II, atendendo assim uma população estimada de cerca de dois milhões de habitantes, oriundos de diversos municípios contíguos à cidade de Niterói, onde está localizado. Embora localizado no centro de Niterói, de ser uma unidade de acesso fácil e de ser uma das unidades de referência da rede de saúde de Niterói para atendimento às mulheres vítimas, a entrada na unidade de mulheres violentadas é ínfima. Em 2015, apenas cerca de 10 mulheres compareceram a unidade para iniciar o protocolo de assistência. Diante desses números, apresentou-se a necessidade de rever fluxos e processos, delimitar e sistematizar a rede de atenção e cuidados. Mas, como inserir um hospital repleto de doenças raras, tratamentos custosos, longos e invasivos, numa rede temática de violência? Que tessitura se faz necessária? Apesar dos serviços de saúde serem estratégicos, no que diz respeito à assistência integral, o que se faz mais evidente é que nessa unidade, a violência contra a mulher, mesmo que sexual, muitas vezes ainda permanece invisível. O hospital universitário conta com a presença, já a alguns anos, de um projeto extensionista intitulado SOS Mulher, que tem como

objetivo assistir as mulheres vítimas de violência sexual e doméstica. Mas, o que hoje vemos, é que o fluxo de funcionamento da assistência, quer dentro da unidade quer no território, está desarticulado, produzindo, consequentemente, iatrogenias. Chamado de rede de atenção a uma forma de organização entre instituições, em parcerias. Está para além dos fluxos simplesmente descritos e publicizados. Como conjunto de serviços e ações, articulados politicamente em níveis de complexidade, uma rede preza pela autonomia dos setores envolvidos. Mas, estruturar uma rede temática, como a de atenção às mulheres em situação de violência sexual, é um processo contínuo e permanente de articulação e comprometimento entre os setores envolvidos. Demanda ações que vão desde o diagnóstico dos serviços disponíveis no território até o seu monitoramento constante e (re)avaliação. Temos que ter clareza de que não podemos tratar a violência como um fato isolado da vida dos sujeitos, como algo que se refere ao campo privado e que demande apenas intervenção de um saber biomédico desarticulado do contexto biopsicossocial. Trabalhar com violência sexual requer, antes de tudo, uma rede articulada de serviços no território, que evitem a peregrinação das vítimas por vários (des)caminhos. Assim, torna-se necessário dar visibilidade e voz às violências sofridas pelas mulheres, desnaturalizando opressões e agressões que estas sofrem e tratando-as como problemas sociais e de saúde pública. Para tanto, é preciso analisar e dar a devida importância ao contexto e relações em que essas mulheres se inserem e para além dos agravos físicos cujo cuidado centra-se no aspecto biomédico, entender o cuidado como interdisciplinar e intersetorial. Desta forma, é possível além de tratar, cuidar e criar manejos para o enfrentamento da violência como um fenômeno que acomete não só uma mulher, mas muitas e todos os dias.

O CUIDADO COM A SAÚDE DAS TRAVESTIS QUE SOFREM VIOLÊNCIA

Scharllet Machado de Gasperi, Martha Helena Teixeira de Souza

Palavras-chave: Travestis, Violência, Cuidados de Enfermagem

INTRODUÇÃO: Travesti é uma pessoa do sexo biológico masculino que incorpora características físicas do sexo feminino, através de intervenções cirúrgicas e ingestão de hormônios, que se veste e porta-se de forma semelhante ao indivíduo do sexo feminino, porém, conservando o órgão sexual masculino (LIMA, 2013). As travestilidades no Brasil estão marcadas por uma recusa social dessa expressão de gênero, o que leva à situações de violência invisibilizadas, quando não toleradas que marcam de forma dramática muitas vidas. Travesti não é sinônimo de prostituição, entretanto, as situações de exclusão do espaço familiar e os abusos vivenciados na escola dificultam o acesso ao trabalho formal, sendo a prostituição a única alternativa. Há a necessidade de construção de um conhecimento sobre como as travestis profissionais do sexo vivem, seus riscos e suas estratégias de proteção e sobrevivência (SANTOS, 2007). Para tanto é imprescindível a percepção desses riscos, buscando construir com essa população estratégias de promoção e proteção de sua saúde. **OBJETIVO:** Compreender como travestis que se prostituem em Santa Maria/RS vivenciam a violência no seu cotidiano, visando uma reflexão do atendimento desta população nos serviços de saúde e a formação dos profissionais de saúde. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritivo-exploratória, realizado com travestis que se prostituem em Santa Maria/RS. Participaram da pesquisa 49 travestis profissionais do sexo, maiores de 18 anos. A aceitação das

interlocutoras foi efetivada com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário Franciscano com o número 017.2010.2 e atende a Resolução n 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram coletados no período de maio a agosto de 2013 e foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas com a autorização formal das entrevistadas. Para a coleta dos dados foram acessados os pontos de prostituição e residências de travestis. **RESULTADOS E DISCUSSÕES:** A maioria das travestis que participaram da pesquisa divide aluguel com outras travestis, espaços nos quais se identificam por “manas” – sendo uma constante o perambular na região pela busca dos “pensionatos”. Desde o início do trabalho de campo, observamos claramente a exposição à situações de violências físicas como uma constante no cotidiano das travestis. As travestis são também vítimas de ofensas verbais em diferentes contextos, como família, escola, pontos de prostituição, espaços públicos. As narrativas de nossas interlocutoras descrevem processos que, atuando contra a diferença dos corpos das travestis, implementam e naturalizam a violência nas famílias, nas escolas, nas delegacias e nos serviços de saúde. As falas das travestis fazem referência à violências que perpassam suas trajetórias, indicando um contexto que percebem como violento. A análise das falas levou a compreender que há um tema central que expressa como representam a violência vivenciada: ser diferente gera a violência. Para evitar a violência, esconder-se é uma palavra que as travestis conhecem bem. A maioria passa grande parte da vida em casa, omitindo documentos, só conseguindo subempregos e fugindo de constrangimentos (COUTO, 1999). Apesar de 100% das travestis

entrevistadas relataram vivências com situações de violência em diversos contextos, foi frequente ouvir que esses fatos eram tão incorporados em sua rotina que muitas vezes eram assumidos como “merecimento”. Autores mostraram que a violência que atinge travestis, sobretudo as que atuam como profissionais do sexo, é mais agressiva do que a que tende a vitimar outros homossexuais, particularmente os que não exibem os sinais de diferença no corpo (CARRARA, VIANA, 2006; PERES, 2005). As travestis vivenciam situações de opressão e discriminação desde quando suas escolhas e mudanças corporais começam a tornar-se conhecidas e comumente afastam-se da família e da escola. É dentro de casa e na própria família que o preconceito e a discriminação assumem características de crueldade, incluindo insultos, tratamentos compulsórios, humilhação, agressão física e até a expulsão do lar (MOTT ET AL., 2002). Envoltas em violência, é natural que as travestis sintam em seus corpos as marcas da violência. Muitas situações narradas pelas interlocutoras descrevem ferimentos, os quais necessitariam cuidados, no entanto, foi comum elas evitarem os serviços públicos de saúde para esse atendimento. Na maioria dos casos, os serviços de saúde não rompem o ciclo da violência contra as travestis, pois os profissionais de saúde, não tiveram em sua formação ferramentas que lhes possibilitem compreender o universo travesti, (MULLER, KNAUTH, 2008). São muitos os problemas indicados pelas interlocutoras no atendimento à saúde das travestis, que ao contrário de atuar amenizando a violência, cuidando e acolhendo integral e equanimemente, os profissionais classificam as travestis em categorias rígidas, heteronormativas, por meio de mecanismos complexos de patologização, criminalização e exclusão. A saúde das travestis é relegada à automedicação ou à ação de “bombadeiras”, as travestis mais velhas, que adquiriram

experiência em injetar silicone industrial. Portanto, não apenas os agravos causados pelas situações de violência fazem com que as travestis necessitem de cuidados com a saúde, a construção do corpo exige cuidados especiais. Os serviços de saúde tendem a organizar-se para uma clientela heterossexual, limitando possibilidades de atuação junto a pacientes LGBT. Em função dos desafios vivenciados por profissionais da saúde diante do cuidado com esta população, é que essa temática deve ser cada vez mais discutida ainda na graduação, possibilitando a comunidade acadêmica à visualização do processo saúde/doença em diferentes cenários e contextos e contribuindo para minimizar e combater qualquer forma de preconceito no processo formativo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As diversas formas de violência vivenciadas nas trajetórias das travestis interferem diretamente na sua saúde. Além de distanciá-las da família e das relações de parentesco, acabam por afastá-las das escolas e dos serviços de saúde, que replicam a violência. Verifica-se a necessidade de uma orientação sólida que prepare os acadêmicos para buscar conhecer a necessidade dessa população, tendo em vista os princípios do SUS. É preciso ampliar os espaços de discussões sobre o tema, envolvendo os profissionais e os serviços de saúde na busca de políticas públicas eficazes e que preparem os profissionais através da educação em saúde, para lidar com as diferentes necessidades desta parcela da população que necessita de um cuidado digno e de qualidade.

O PET-REDES COMO UMA POTÊNCIA INDUTORA DO MATRICIAMENTO E DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

Ana Carolina Ametlla Guimaraes, Alessandro Diogo de Carli

Palavras-chave: matriciamento, ESF, álcool e outras drogas

Apresentação: O objetivo deste relato de experiência consiste em descrever as dificuldades e as estratégias utilizadas no trabalho de matriciamento junto a uma equipe de Estratégia de Saúde da Família para o acompanhamento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas. Trata-se de um projeto vinculado ao PET-REDES. Destaca-se a estranheza das equipes de saúde diante da clínica álcool e drogas e a dificuldade em operacionalizar as ações voltadas ao cuidado dessas pessoas de forma efetiva na rotina das Estratégias de Saúde da Família. Desenvolvimento: Previamente ao início das ações propostas pelo PET-Redes da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), fez-se o diagnóstico situacional referente à problemática álcool e/ou outras drogas. Identificaram-se duas áreas de maior frequência deste agravo na cidade de Campo Grande (MS): um território pertencente a uma unidade de ESF e outro a uma Unidade Básica de Saúde, sendo que esse relato de experiência será centrado nas ações do PET-Redes ocorridas junto à equipe da ESF. A partir desses dados é que todo o subprojeto do PET-Redes foi proposto, tendo seu início em agosto de 2013. Participaram desse projeto de matriciamento vinculado ao PET-Redes os preceptores: três profissionais da equipe técnica do CAPS ad, um representante da gestão, uma profissional da ESF. Oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), doze acadêmicos de diferentes cursos de graduação da UFMS e um tutor/coordenador, também desta instituição. A autora deste relato de experiência é uma psiquiatra, que se encontrava como gestora na Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande, como coordenadora da atenção especializada deste município. Trata-se da descrição dos relatos das primeiras seis reuniões realizadas

conjuntamente com a equipe da ESF e os componentes do PET-Redes (reuniões preparatórias) e também da descrição de três abordagens conjuntas realizadas pela equipe, com alguns usuários identificados na comunidade que apresentavam problemas relacionados ao consumo de álcool e/ou outras drogas. Vamos nos ater mais as reuniões preliminares, que foram encontros preparatórios para o desenvolvimento da proposta do PET-Redes. O foco deste relato ficou centrado nas principais dificuldades encontradas na execução da proposta de fomento a esse tipo de apoio matricial e nas estratégias elaboradas para a superação dos problemas apresentados. Logo no primeiro encontro, houve a exposição da proposta de trabalho junto à equipe da ESF. Nesse momento o objetivo foi de estimular a identificação das pessoas com intenso sofrimento em função do consumo de álcool e/ou outras drogas, de fomentar a busca ativa destas no território adscrito e também de abertura para que a equipe pudesse trazer questões do seu cotidiano, relacionadas a esse tema. Os ACS mostraram-se, desde os primeiros encontros, receosos diante da proposta do grupo. Assumindo na maioria das reuniões uma posição de oposição em relação à abordagem proposta. Tanta resistência por parte de alguns membros chegou a ser manifesta como recusa formal ao trabalho. Várias alegações eram usadas por parte dos ACS, a mais recorrente era a de que não se sentiam seguros para o trabalho com essa população específica, mesmo que o grupo do PET-Redes reafirmasse sua presença constante, para poder apoiá-los em todo o percurso, inclusive na abordagem em campo. Era comum o questionamento: “Quem garante que não vão achar que nós estamos querendo saber essas coisas para contar à polícia?” ou “Vocês estão falando isso, mas depois vão embora e somos nós que ficamos aqui”. O entendimento de que o uso de álcool e/ou outras drogas não traz em si uma questão de saúde e sim

uma fragilidade moral também foi uma das questões presentes nesses encontros. Isso ficou evidente devido ao fato de que a maioria dos ACS nem sequer abordavam essas questões com as famílias. Quando questionados quanto ao motivo de não abordarem esta temática, a razão apontada foi de que não se sentiam a vontade para perguntar, de que não sabiam como mencionar o tema ou ainda alegando que: “Essas questões de intimidade não nos dizem respeito”. Esse tipo de entendimento, frente à demanda álcool e/ou outras drogas, demonstra o quanto essas questões não são consideradas um problema de saúde pública, mas um problema do usuário, fato que promove a fragilização do vínculo entre a ESF e a comunidade, bem como com os outros dispositivos da RAS. Essa associação da figura do usuário de álcool e/ou outras drogas como, necessariamente, uma pessoa também envolvida com situações de violência e criminalidade apareceu com frequência no discurso dos trabalhadores. A elaboração do PTS ainda não era parte do processo de trabalho nessa ESF, logo, tal proposta requereu que o grupo elaborasse uma oficina para a participação de toda a equipe antes que pudessemos efetivamente iniciar o PTS junto aos pacientes e familiares. Resultados: Ao total identificaram-se vinte e nove famílias que tinham mais de um ou pelo menos uma pessoa com problemas relacionados ao consumo de álcool e/ou outras drogas. Planejou-se chamar a cada encontro, seis usuários para uma avaliação pela equipe com o intuito de aproximação destes usuários que possibilitasse o início da elaboração dos PTS. Até o momento foram realizados três encontros, nos quais compareceram nove usuários. Visitas domiciliares consentidas estão sendo agendadas como estratégia de busca para os casos que não compareceram a Unidade de Saúde. Constatou-se com essa experiência, uma grande resistência para a efetivação destes casos na Atenção Básica e que a

abordagem que vinha sendo realizada até então, justificada pela dificuldade da equipe da ESF em abordar o tema, era a de se dirigir à família e não diretamente ao usuário que apresentava problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas. Contribuindo para a não efetivação do protagonismo dos usuários, sujeitando-os às ações de saúde prescritivas e muito pouco compartilhadas. Com isso, passou-se a sempre que se pretendesse oferecer ajuda, fazê-lo diretamente aos usuários. Considerações Finais. Consolidar ações de cunho matricial com as equipes da ESF ainda é tarefa incipiente. Sensibilizar os profissionais para o sofrimento relacionado ao consumo de álcool e/ou outras drogas, superando o estigma e o medo dos trabalhadores em lidar com essa temática em seu cotidiano, são as principais dificuldades a serem trabalhadas para que qualquer ação nesse sentido possa ser implementada. Faz-se necessário, instituir práticas voltadas para o acompanhamento dessa clientela, tornando as ações de saúde mental e a abordagem ao sofrimento psíquico como parte integrante das ações na Atenção Básica. Tornar as ações voltadas para as pessoas com sofrimento psíquico em função do uso de álcool e/ou outras drogas rotineiras nos dispositivos da Atenção Básica, possibilita o acompanhamento mais efetivo de cada caso. Para tanto, as equipes precisam superar o entendimento de que o encaminhamento para a atenção especializada é a única resposta a ser ofertada. A manutenção de projetos de troca de saberes como o que foi proposto pelas ações do PET-REDES, que fomentem ações intersetoriais e confirmem apoio matricial à ESF, consegue modificar a lógica de trabalho instituído, pois possibilita construir junto às equipes e a comunidade novas alternativas de cuidado. Tal iniciativa, inserida de forma contínua no cotidiano do serviço, possibilita modificações bem mais consistentes do que as intervenções pontuais realizadas até então.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO: A FORMAÇÃO CONTINUADA DE ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Sheila Kocourek, Marli Matiko Anraku Campos, Rossato M.D. Verginia, Simoni Silva da Silva, Giane Silveira

Palavras-chave: Violência Doméstica, Educação em Saúde, Formação em Saúde

APRESENTAÇÃO: A violência é um fenômeno mundial que tem um impacto negativo de grande magnitude e, no Brasil, apresenta-se hoje como um grave problema de saúde pública, impactando na qualidade de vida da população tanto pelo número de vítimas fatais que produz, quanto pelas comorbidades biopsicosociais que dela decorrem. Para a Organização Mundial da Saúde, considera-se como violência o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Este trabalho relata os desdobramentos, fomentados a partir de um projeto de pesquisa. Este projeto de pesquisa teve como objetivo identificar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde mediante pessoas que sofreram violência doméstica, que atuam nos serviços de Urgência e Emergência que atuam um município do interior do Rio Grande do Sul. Ambos os projetos foram fomentados pelo PET Redes de Atenção a Saúde. O estudo entrevistou 187 profissionais, dos quais 91% já atenderam vítimas de violência doméstica. Deste universo, 31,55% dos profissionais entrevistados relataram a necessidade de obter formação continuada

para aumentar a eficácias suas práticas. Além disso, 48% apontaram o interesse por cursos que viessem a contribuir na qualificação dos profissionais e estudantes na melhoria da identificação e atendimento às vítimas de violência. Mediante tais achados de pesquisa elaborou-se um projeto de extensão intitulado “Qualificando o atendimento às vítimas de violência”, onde foram desenvolvidas ações com intuito de qualificar os estudantes da graduação da área da saúde, bem como profissionais da saúde do município. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Com vistas a contribuir na qualificação dos profissionais da saúde que atuam na rede de urgência e emergência, bem como junto aos estudantes de graduação da área da saúde, em uma Universidade Federal do interior do RS, realizaram-se oficinas junto aos cursos de Graduação de Enfermagem, Farmácia, Terapia Ocupacional e profissional da saúde que atuam nos serviços de Urgência e Emergência. Primeiramente realizou-se o contato com os coordenadores de cada curso e entregue um convite a estes, com as propostas do projeto de intervenção e solicitando espaço para a realização das capacitações. Para os profissionais dos serviços de Urgência e Emergência, foi enviado o convite para as coordenações dos serviços e agendada uma reunião para a realização da oficina. As oficinas foram coordenadas pelos preceptores e bolsistas, tendo sido empregado um tempo de aproximado uma hora. Concomitante a preparação das oficinas elaborou-se um “Guia da rede de atenção as vítimas de violência”, com vistas a registrar conceitos, fluxos e instituições capazes de acolher pessoas que sofreram violência. Foi impresso uma tiragem de 500 exemplares do referido Guia, os quais foram distribuídos durante as oficinas. Nas oficinas, foram abordados diversos temas relacionados ao fenômeno da violência, a saber: conceitos;

natureza e tipologia de violência; fluxos de encaminhamento; importância da notificação; instrutivo de preenchimento da ficha de notificação, explicações referentes ao preenchimento detalhado da ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada; esclarecimentos sobre as legislações relacionadas a temática como a Constituição Federal, Estatuto da Criança e Adolescente, Estatuto do Idoso, Lei Maria da Penha, Lei de Notificação Compulsória da Violência contra a Mulher, entre outras. Também foram realizadas apresentação dos fluxos de encaminhamento das vítimas de violência. Foram explanados os diversos dispositivos que podem intervir, identificar e prevenir novas situações de violência como escolas, família, comunidade, Unidades de Atenção Primária em Saúde, Centro de Referência de Assistência Social CREAS, Hospitais, Centros de Atenção Psicossocial CAPS, Conselho Tutelar, Organizações da sociedade civil – lideranças comunitárias, Igrejas, Delegacias, entre outros dispositivos que tecem essa rede de proteção. Por meio desta rede os profissionais da saúde visualizam as potencialidades do seu território, bem como observam que existem serviços com potencial identificador de situações de violência, serviços para atendimento especializado, serviços para denúncia e notificação dessas situações, além de serviços para apoio às vítimas e familiares, e que cada um dos pontos dessa rede tem seu papel e sua contribuição (ARPINI, 2008). **RESULTADOS E IMPACTOS:** Ao todo foram contemplados um total de 117 estudantes e profissionais da área da saúde. Ao término de cada oficina foi entregue um instrumento de avaliação para realização do feedback. Entre os participantes 6,83% eram Residentes do Programa Multiprofissional, 11,96% estudantes do curso de graduação de Enfermagem, 30,77% da Farmácia e 38,48% da Terapia Ocupacional. Do total de participantes 11,96% eram profissionais

que trabalham em serviços de urgência e emergência. Quanto aos participantes das oficinas, majoritariamente eram do sexo feminino (84,6%). No que diz respeito a faixa etária 58,1% possuem entre 21 a 30 anos; 31,6% entre 21 anos ou menos. Considerando que o maior público foi de estudantes, verificou-se que maioria deles possuía educação superior incompleto (76%). Durante as oficinas de qualificação, percebeu-se que os profissionais que têm dificuldade de identificar corretamente os tipos de violações a que uma vítima foi submetida. Isso interfere na prevenção das múltiplas expressões da violência e no tempo de resposta às situações, que é um elemento fundamental para as ações de intervenção nos casos de violência física e sexual, por exemplo, onde há a necessidade de profilaxias e intervenções imediatas. Ainda por meio do instrumento 79% dos participantes relataram que com certeza irão utilizar com frequência os conteúdos abordados, sendo que 95% avaliaram os conteúdos de grande relevância. Com a análise da avaliação dos participantes também foi possível revelar o interesse dos estudantes e profissionais em obter conhecimento aprofundado sobre o tema, pois estes, entendendo a relevância e a necessidade de preparar-se, solicitaram mais encontros para a formação continuada no âmbito da saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conforme já mencionado, a violência é um fenômeno que cresce expressivamente no âmbito da saúde, cujo alcance se estende ao coletivo, uma vez que atinge não apenas diretamente a vítima, mas toda a família, bem como a sociedade. O enfrentamento da violência, por tratar-se de um fenômeno complexo e multifacetado, demanda estratégias diversas. O profissional precisa ter habilidade de atuar em equipe, compartilhar responsabilidades, articular instituições e equipamentos sociais de apoio. Além de um perfil desejado, a prática

humanizada e a qualificação permanente dos profissionais da saúde são fundamentais na identificação da violência doméstica, sobretudo quando exercem a prevenção e o cuidado das vítimas. A violência doméstica é um problema evitável, mediante ações de prevenção, diminuição e erradicação da violência. Entre os fatores que determinam a ruptura do ciclo de violência, está a identificação e o correto encaminhamento à rede de serviços. Por isso é crucial qualificar os profissionais de forma a torná-los a espinha dorsal na assistência e proteção das vítimas, enfatizando a necessidade urgente de integração entre diferentes setores, como saúde, justiça, bem-estar social e educação, na perspectiva de atuação na saúde baseada em equipes multidisciplinares.

SERVIÇO DE SAÚDE E REDE DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: A NECESSIDADE DE VENCER BARREIRAS PARA CONSTRUIR PARCERIAS E GARANTIR INTEGRALIDADE

Bianca Garcia Cappelli

Palavras-chave: Gênero, violência, integralidade

APRESENTAÇÃO: Atuo como Coordenadora de um Centro Especializado de Atendimento à Mulher- CEAM Chiquinha Gonzaga - equipamento da Secretaria Especial de Política para as Mulheres do município do Rio de Janeiro, que integra a Rede de Serviços Especializada para Enfrentamento à Violência contra a Mulher. A Rede de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher pressupõe uma atuação articulada entre as instituições / serviços governamentais e não governamentais e a comunidade, visando estratégias de prevenção e políticas que garantam a autonomia das mulheres, seus direitos e assistência. O fenômeno da violência contra as mulheres é complexo e

apresenta multicausalidade, demandando uma intervenção multidisciplinar e intersetorial. O CEAM realiza atendimento social, psicológico e prestação jurídica para mulheres em situação de violência, de modo a promover uma reflexão qualificada através do questionamento das relações de gênero e dos papéis desempenhados por homens e mulheres, que legitimam as desigualdades e a violência contra as mulheres. Diversos estudos relatam que essas situações são importante fator de risco para vários problemas de saúde, físicos e mentais, caracterizando os serviços de saúde como uma porta de entrada privilegiada para esses casos. Apesar disso, a reprodução de uma lógica fragmentada própria do cientificismo, as práticas procedimentais - centradas, a dicotomia entre educação e trabalho, o isolamento do sujeito de seu contexto social e histórico, e a violência categorizada como um problema de ordem social são algumas das barreiras que avaliamos ter impacto direto na identificação dos casos e das demandas que perpassam a situação manifestada através do processo de doença. Assumindo que a Rede de Serviços de Enfrentamento à Violência contra a Mulher ainda é desconhecida por muitos profissionais na área da saúde, nos propusemos a fazer visitas institucionais, palestras, rodas de conversa e oficinas, de forma a problematizar e promover parcerias. Venho propondo também uma reflexão sobre a necessidade de se incorporar ao processo de formação dos profissionais de saúde a discussão sobre o atendimento integral às situações de violência perpetradas contra a mulher, com o objetivo de tirar esses casos da invisibilidade e incorporá-los como objeto de intervenção da saúde. Visando dar sua contribuição, o CEAM se tornou campo de prática para a Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher do Hospital Escola São Francisco de Assis – HESFA/UFRJ. Minha

experiência como preceptora da Residência, vem comprovando que os profissionais que passam por processos de sensibilização, desenvolvem um olhar ampliado e implicado com essa temática, que se manifesta na sua práxis diária. Uma vez que o profissional está instrumentalizado, temos a oportunidade de desconstruir a ideia de que essa será mais uma demanda a sobrecarregar o seu trabalho, pois ele passa a compreender a relevância de sua atuação para minorar ou sanar os rebatimentos da violência na saúde da mulher. Uma das parcerias estabelecida com a ajuda dos residentes, importantes interlocutores, foi com o Instituto de Ginecologia Moncorvo Filho (IG) uma unidade de ensino, pesquisa e extensão que compõe o complexo médico-hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Durante o dia destinado a realizar estudos de caso no Centro de Estudos da unidade, foi reservado um espaço para que o CEAM pudesse se apresentar, problematizando questões relativas a gênero e violência contra a mulher, mas também sinalizando caminhos e possibilidades de encaminhamento. Em função dessa apresentação, passamos a discutir com a chefia de enfermagem da unidade a possibilidade de realizarmos oficinas com os profissionais, e houve uma aproximação entre os serviços. Ainda sim, há de se ressaltar que mesmo sabendo da existência do CEAM, os encaminhamentos não passaram a acontecer imediatamente. Não basta apresentar o serviço, é preciso que se crie um espaço privilegiado para discussão desses casos, na perspectiva de desconstruir preconceitos e vislumbrar a construção de práticas integradas de acompanhamento que se mostrem eficazes. Alguns meses depois, recebemos no CEAM a ligação de uma assistente social que trabalha no IG, relatando o caso de uma usuária que tinha sido vítima de violência sexual e estava internada. Normalmente

recebemos as mulheres para atendimento no CEAM, mas pela gravidade do caso e o fato da mulher estar internada em decorrência da violência, nossa psicóloga foi até o local realizar o primeiro contato, fazer a primeira escuta, na perspectiva de estabelecer vínculo. Quando ela teve alta, passou então a ser atendida no CEAM, mas dadas a dependência econômica do namorado e a depressão desencadeada em função da violência sexual, faltou alguns dias ao acompanhamento. Imperativo destacar nesse momento a parceria estabelecida com o IG, pois como ela também continua sendo acompanhada na unidade, o assistente social teve a oportunidade de identificar as faltas ao CEAM, trabalhar com ela a importância dessa proposta de reflexão e construção de novas possibilidades, e nos dar um retorno. Realizando essa troca, nós os serviços, de saúde e da Rede Especializada de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, nos comprometemos a empreender todos os esforços para que ela receba o cuidado que se faz necessário. O meu saber e o meu fazer se somam ao seu saber e ao seu fazer em prol do benefício das mulheres. Abandonamos nossas “caixinhas” para estabelecer parcerias, relações institucionais, realizar estudos de caso, oficinas, práticas multidisciplinares, que garantirão a integralidade desse cuidado. A OMS identifica a violência contra a mulher como um caso de saúde pública, que além dos prejuízos à saúde física e psíquica da mulher e de seus filhos, caso haja, traz prejuízos econômicos em virtude das faltas ao trabalho, grandes períodos de licença, aposentadorias precoces. É um fenômeno devastador, que assola mulheres em toda parte do mundo, independente de classe social, etnia, religião, idade ou orientação sexual. Partindo da premissa que essas situações são importante fator de risco para diversos problemas de saúde das mulheres, a identificação da violência,

elemento disparador de processos de adoecimento possibilitaria uma mudança na assistência prestada, garantindo através de ações multidisciplinares e intersetoriais, um atendimento integral; precisamos que a violência seja vista como objeto das práticas de saúde, para além de suas repercussões. A ampliação do olhar para identificação dos casos, o acolhimento destituído de julgamentos e o encaminhamento para a Rede Especializada são a única forma de impedir que a mulher seja submetida a mais uma violência, a institucional, quando vaga pelos serviços em busca de um atendimento que garanta seus direitos, todos eles previstos em leis e normativas.

VERSUS DE MÃOS DADAS COM A DIVERSIDADE

Savannah Leitzke Carvalho, Diogo Henrique Tavares

Palavras-chave: saúde holística, sistema único de saúde, gênero

INTRODUÇÃO: Desde o início da década de 1970 com o movimento sanitário até os dias atuais, a luta pela participação popular é constante no âmbito do sistema de saúde brasileiro, a fim de proporcionar maior protagonismo dos usuários no processo saúde-doença, bem como no caráter decisório das ações e serviços de saúde. A partir da luta popular, diversas mudanças ocorreram no modelo de saúde brasileiro, sendo a principal delas a regulamentação do Sistema Único de Saúde, a partir da promulgação da Lei Orgânica da Saúde 8.080, a qual propõe um sistema de saúde universal e da Lei 8.142, a qual visa o controle social no setor saúde, como principal premissa a participação popular, através de conselhos municipais, estaduais e conferências de saúde. A partir da regulamentação de um novo sistema

de saúde que agora assume um caráter universal, onde toda a população tem direito de acesso é visto que alguns grupos com maior vulnerabilidade social precisam de uma assistência diferenciada, com políticas próprias, como a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Inicialmente, a assistência para população LGBT era centralizada somente no controle da AIDS, porém em 2004, com o programa Brasil sem homofobia, se começa uma política com um caráter mais integralizado a cerca das necessidades de saúde dessa população, o qual estabelece em uma das suas diretrizes o combate à violência e à discriminação homossexual. A partir do novo sistema de saúde promulgado, várias políticas foram sendo realizadas baseadas a atender as necessidades das populações com maior vulnerabilidade social, dentre elas a Política Nacional de Saúde Integral da População de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, instituída na Portaria 2.836 em dezembro de 2011. Essa política veio para fortalecer as diretrizes do SUS no que tange a universalidade, integralidade e equidade na assistência a saúde, a fim de enfrentar as discriminações e exclusões no processo saúde-doença da população LGBT, promovendo uma maior democracia social, ampliando a luta pelos direitos referentes a gênero e sexualidade como fator fundamental na saúde. Na tentativa de uma melhor compreensão das novas políticas de saúde em base nas diretrizes do SUS; no fortalecimento das novas políticas de inclusão social das populações com maior vulnerabilidade; no trabalho multidisciplinar da equipe de saúde; e em busca de uma educação transformadora e horizontaliza a cerca da assistência em saúde, surge o projeto VER-SUS, a fim de fortalecer esses objetivos através de uma vivência em um determinado município ao decorrer de 15 dias aproximadamente, propiciando um maior conhecimento sobre

a rede de atenção a saúde, história do SUS, populações em vulnerabilidade social e formação política. A questão de gênero e sexualidade foi de grande relevância durante a vivência, sendo ponto de pauta em rodas de conversas com representação de alunos do movimento LGBT local e do movimento estudantil da universidade Federal de Santa Maria. Essa experiência me possibilitou um maior entendimento sobre a luta travada por essa população e principalmente por essa recente e grande conquista do âmbito da saúde, a política de atenção LGBT. **OBJETIVO:** Relatar a vivência sobre a temática de políticas públicas a população LGBT; fortalecer a discussão sobre desigualdade relacionadas a orientação sexual e identidade de gênero no âmbito do SUS. **Metodologia:** Relato de experiência realizado por acadêmicos do curso bacharelados em Enfermagem, no programa “Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde-VER-SUS, realizado por estudantes da área da saúde, integrantes de movimentos sociais e diretório central dos estudantes, ofertado pelo Ministério da Saúde e Rede Unida. A vivência-estágio ocorreu de 30 de janeiro a 12 de fevereiro de 2015, na cidade de Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, com a participação de 35 acadêmicos de diversas áreas de graduação e militantes de movimentos sociais. A seleção dos estudantes foi realizada online, no site versus.otcs.org, conveniado ao Ministério da Saúde. Ao decorrer da vivência, os participantes tiveram oportunidade de conhecer a rede de atenção à saúde do município de Palmeira das Missões e de municípios vizinhos (Seberi, Redentora, Ronda Alta, Sarandi) e reuniões em comunidades locais, como a indígena e alojamento do Movimento Sem Terra (MST) na antiga fazenda Annoni. Ao final de cada turno, os sujeitos debatiam sobre o que foi vivenciado durante o dia, sobre o conteúdo programático do estágio a partir de textos,

palestras com personalidades da saúde do município ou região e de militantes de movimentos sociais. Além da realização de um relatório sistematizado diário, apontando as principais atividades do dia. Um dos assuntos abordados é sobre a temática desse relato de experiência, o qual aborda a política da integralidade do SUS aliado a diretriz de equidade as populações com maior vulnerabilidade social, com ênfase a LGBT. **Resultados:** Essa vivência nos possibilitou um novo olhar sobre as novas políticas de cuidado integral do SUS, principalmente a respeito da população LGBT, as quais podem ter necessidades diferenciadas de saúde, não apenas por sua orientação ou identidade de gênero, mas também em relação aos determinantes de saúde dessa população. Intende-se que compreender a exclusão social e a falta de oportunidade no mercado de trabalho decorrente de questões ligadas a orientação sexual e identidade de gênero, influenciam diretamente no processo saúde-doença e na qualidade de vida dessa população. Compreendemos que há um caminho longo a ser percorrido e que muitas das dificuldades são devido a discriminação institucionalizada da população LGBT na sociedade, não sendo diferente no setor saúde, com profissionais pouco preparados para as necessidades de saúde dessa população, muito pelo ensino verticalizado na graduação e nas escolas, onde a temática ainda é negligenciada. Durante muitas falas nos momentos de discussão foi possível evidenciar a falta de uma política pública que de fato enfrente as ações excludentes da homofobia e da heteronormatividade, o qual subentende-se que todo usuário é heterossexual e está em conformidade com sua identidade de gênero, abrindo precedentes para o aumento da discriminação e preconceito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. **CONCLUSÃO:** Ao decorrer dessa vivência foi possível o conhecimento sobre

o SUS além do acadêmico e midiático, mas sim na sua essência quanto uma conquista popular, que apesar das dificuldades enfrentadas pela sociedade de consumo aliado aos interesses de grandes corporações continua no cotidiano dos brasileiros se diversificando, na busca de um atendimento que englobe suas diretrizes, promovendo saúde a partir do protagonismo do usuário intersetorialmente.

VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA MULHER EM MATO GROSSO DO SUL: O PAPEL DA PSICOLOGIA NO INSTITUTO MÉDICO LEGAL

Ana Alice Brites de Barros

Palavras-chave: Violência doméstica, Violência contra a mulher, Psicologia

RESUMO: O presente relato de experiência busca relatar, a partir da Psicologia, as questões relacionadas às formas de violência doméstica, em especial contra a mulher, bem como fomentar discussões acerca dos desafios atuação do psicólogo. Considerando que a violência é uma problemática histórica a respeito da violação dos Direitos Humanos, e que as formas de Violência Doméstica têm se tornado um agravante - pois se entende que o lar é um ambiente acolhedor e de conforto, e a família como função de estabelecer uma rede de apoio – tendo em vista toda esfera envolvida, merece uma melhor compreensão e estudo acadêmico. Para compreender a violência é necessário abordar aspectos individuais, psicológicos, biológicos, bem como componentes familiares, além de aspectos culturais, sociais e econômicos. A atuação do psicólogo neste serviço, fomenta conhecimentos não apenas da área psicológica, mas também do sistema jurídico envolvido; conhecer jurisdições e instâncias com as quais se relaciona, a legislação vigente associada ao seu objeto de estudo e as normas

estabelecidas quanto à sua atividade é de suma importância. Palavras-chave: Violência doméstica; Violência contra a mulher; Psicologia. **INTRODUÇÃO:** A violência é uma problemática histórica a respeito da violação dos Direitos Humanos. Atualmente as formas de Violência Doméstica tem se tornado um agravante - pois entende-se que o lar é um ambiente acolhedor e de conforto, a família como função de estabelecer uma rede de apoio – tendo em vista os aspectos que envolvem esse fenômeno, merece uma melhor compreensão e estudo acadêmico. Este trabalho justifica sua temática também a partir da grande demanda de casos de violência doméstica atendidos no Instituto de Medicina e Odontologia Legal no município de Campo Grande em Mato Grosso do Sul. A pesquisa mostrou-se relevante, pois pode propiciar maiores discussões em nível acadêmico, a expansão de novos conhecimentos, reflexões sobre as práticas em psicologia possibilitando a construção de um serviço em saúde, que atenda as necessidades do público-alvo. A violência contra a mulher pode ser conceituada como qualquer ato que resulta ou possa vir a resultar em danos ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus tratos, pornografia, agressão sexual ou incesto. (ZILBERMAN & BLUME 2005; apud WERLANG, DUBUGRAS & BORGES, 2009). **DISCUSSÃO:** Segundo Borges (2009), dentre todos os tipos de violência contra a mulher, àquela praticada no ambiente familiar é uma das mais cruéis e perversas, pois o lar, ambiente que deveria ser acolhedor, passa a ser um ambiente de perigo contínuo que resulta num estado medo e ansiedade permanente. A atuação do psicólogo em qualquer contexto jurídico deve possuir conhecimentos não apenas da área psicológica que está investigando, mas também do sistema jurídico em que está

inserido, conhecer jurisdições e instâncias com as quais se relaciona, a legislação vigente associada ao seu objeto de estudo e as normas estabelecidas quanto à sua atividade (ROVINSKI, 2008). No Instituto de Medicina e Odontologia Legal de Campo Grande, são realizados três tipos de exame de Corpo de Delito: Lesão Corporal, Sexológico e Necroscópico. Após registrar o boletim de ocorrência, na delegacia de polícia é impressa uma requisição de exame de corpo de delito, neste caso de lesão corporal (violência doméstica). Nesse sentido o exame de corpo de delito (perícia médica), analisa aspectos da integridade física, da saúde e dos quesitos relacionados à ocorrência. Perante a ausência de um serviço de psicologia que trabalhe em conjunto com a perícia médica, e mediante a necessidade deste serviço, foi elaborado um instrumento que norteia a conduta do psicólogo, pois auxilia a denotar um perfil com aspectos emocionais e psicossociais da vítima, facilitando uma futura intervenção de apoio. A priori foram realizadas entrevistas com as vítimas de violência doméstica, a partir de um questionário elaborado para atender a demanda. A partir do inquérito, buscou-se criar um parecer psicológico com a finalidade de orientar o perfil de encaminhamento ou medidas de intervenção a serem tomadas a cada caso. A experiência mostrou que ainda é baixo o número de pessoas interessadas em algum tipo de atividade, seja ela individual ou grupal, pois além do medo de exposição, é observável que a resistência à intervenção psicológica ainda é grande. Sendo assim, a experiência obtida no Instituto Médico Legal é única e significativa, ao passo que se fomenta a compreensão da necessidade da inserção de um profissional de Psicologia que interaja na equipe, trabalhando de forma a contribuir para a compreensão do fenômeno, redução da demanda e assistência às vítimas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir trabalho desenvolvido, é possível observar a

importância de se estabelecer e padronizar um serviço de eficiência que contemple a demanda. Visto que os maiores índices de vítimas de Lesão Corporal Dolosa (Violência Doméstica) são mulheres, e que a agressão física, geralmente aparece acompanhada de violência psicológica, moral ou sexual que remete um sofrimento real da mulher brasileira. Ao decorrer do estágio foram realizados alguns encaminhamentos, a partir da elaboração de pareceres psicológicos, a cada caso com suas especificidades. Observou-se a importância do serviço de psicologia neste instituto médico legal, pois entende-se que quaisquer forem as formas de violência sofrida, a vítima encontra desde o acolhimento, um suporte emocional maior para lidar com a situação. A partir deste trabalho, podemos concluir que o papel do psicólogo está sempre em construção, se adaptando as necessidades surgidas de acordo com o referencial mais adequado. Nos remete a refletir também a inserção do psicólogo em áreas antes exclusivamente médicas, a fim de que se possa quebrar o paradigma do modelo biomédico e realizar um atendimento multiprofissional, contemplando todos os aspectos do indivíduo e do fenômeno social. Vemos que é cada vez maior a preocupação dos estudiosos em compreender a magnitude e a complexidade das situações nas quais as mulheres lidam com a violência doméstica, problema este que ela enfrenta em ambiente familiar por um irmão, pai, padrasto, seja qual for o vínculo familiar, porém é cometida em maior número pelo companheiro ou ex-companheiro. Por fim, o desafio do Psicólogo é propor espaços de articulação em defesa dos direitos da mulher e maior comprometimento social, no que diz respeito ao aperfeiçoamento das políticas públicas na perspectiva de gênero, as mulheres continuam envolvidas politicamente, para o enfrentamento desta problemática.

Eixo Trabalho - resumo simples

Trabalhos de Pesquisa

A ALIMENTAÇÃO NO CÁRCERE E OS DESAFIOS PARA GARANTIR TANTO A SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL QUANTO A SEGURANÇA FÍSICA DE APENADAS NO RIO GRANDE DO NORTE

Ursula Viana Bagni, Fernanda Maria Conceição Amorim

Palavras-chave: Alimentação, Saúde da mulher, Profissional de saúde, Prisões

APRESENTAÇÃO: Embora a alimentação seja um direito constitucional garantido à pessoa privada de liberdade, tal como a qualquer outro cidadão, as refeições fornecidas na maior parte dos presídios brasileiros são de baixa qualidade. Além disso, frequentemente há múltiplas restrições na entrada de alimentos e na preparações no cárcere para complementar a alimentação fornecida, o que dificulta ainda mais o alcance das propostas do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional no que se refere ao Direito Humano à Alimentação Adequada. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Este estudo transversal foi desenvolvido em um presídio feminino do Rio Grande do Norte. Foram entrevistadas 97 reclusas do regime fechado e o gestor quanto à restrição na entrada dos alimentos do cárcere, trazidos pelos visitantes. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Uma vez que o complexo prisional fornecia às detentas as três grandes refeições diárias (desjejum, almoço e jantar), confeccionadas por empresa terceirizada, era permitido que, nos dias de visita semanal, fossem levados alimentos e preparações para viabilizar a realização

de outras refeições e pequenos lanches. Entretanto, havia restrição quantitativa e qualitativa dos alimentos, e aqueles fora da lista pré-estabelecida (a qual era fornecida impressa previamente às apenadas e seus visitantes) não eram permitidos. Segundo a lista, somente era permitida a entrada de biscoitos, ovos, flocos de milho, cebolas, tomates, refrigerantes e sucos industrializados em pó, café, açúcar, leite em pó, tempero pronto em pó, macarrão instantâneo, margarina, queijo, presunto ou mortadela, doce cremoso e chocolate. Quanto às frutas, somente era permitida a entrada de maçã, pêra, manga, melão, mamão e goiaba, desde que todas estivessem descascadas e cortadas. Por estarem em pequenos pedaços e não haver geladeiras para armazenamento, geralmente eram levados sempre em pequenas quantidades, pois precisavam ser consumidos rapidamente para não haver desperdício. Particularmente frutas como banana, uva, laranja, abacaxi, limão, tangerina e feijão preto eram proibidas. Segundo a direção do presídio, as frutas cítricas frequentemente são usadas para a confecção de bebidas alcoólicas pelas detentas, e o feijão preto pode favorecer a camuflagem de drogas ilícitas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A ausência do profissional nutricionista no cenário do cárcere favorece a restrição arbitrária de alimentos pelos gestores dos presídios, os quais, sem embasamento científico, desconsideram os possíveis prejuízos das restrições para a saúde e segurança alimentar das apenadas. Assim, deflagram-se para a grande parte das apenadas, práticas alimentares não saudáveis, com elevado consumo de alimentos industrializados e ricos em carboidratos, monotonia das refeições e baixo consumo de frutas e hortaliças. Além disso, essa alimentação pode não conter todos os nutrientes necessários para manutenção da saúde, e agravar doenças já pré-existentes,

como diabetes, pressão arterial elevada, problemas cardíacos, além de obesidade. Recomenda-se a intensificação do cuidado com a alimentação das pessoas privadas de liberdade pela equipe multiprofissional da área da saúde nas unidades prisionais, visando prevenir múltiplos agravos à saúde. Deve-se buscar sintonia entre a Segurança Alimentar e Nutricional e a segurança física das apenadas, por meio do diálogo intersetorial entre gestores e profissionais de saúde.

A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE E A SAÚDE DO HOMEM: UMA PROPOSTA DE EXPLORAÇÃO DOS ASPECTOS QUE OS APROXIMAM

Jessica Lima Santos, Igor Brasil de Araújo.

Palavras-chave: Saúde do homem, Saúde masculina, Atenção básica

APRESENTAÇÃO: Aproximar os homens dos serviços de saúde tem sido a questão crucial para a mudança do quadro de morbidade dessa população, onde estudos epidemiológicos apontam preocupantes dados. A construção social de gênero, com as suas masculinidades envolvidas contribuem para a situação refletindo na busca dos serviços, em grande parte, com o caráter curativista. Porém, existem outros fatores atrativos que devem ser discutidos. Discutir os aspectos que aproximam os homens dos serviços de Atenção Primária à Saúde. **METODOLOGIA:** Estudo qualitativo exploratório na abordagem crítico-reflexivo que analisa os processos que aproximam os homens da atenção primária à saúde do município de Senhor do Bonfim-BA. O campo de coleta de dados propriamente dito foram as Unidades de Saúde da Família, espaços de gestão da Atenção Básica e o território-processo tendo como participantes trabalhadores de saúde da

Atenção Primária e usuários homens desses serviços, entrevistados após consentimento favorável do CEP (protocolo nº 725.440). Para obtenção dos dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, observações sistemáticas da prática dos trabalhadores, além de análise de evoluções em prontuários. Como método de Análise, utilizou-se a Análise de Conteúdo. **RESULTADOS:** Os resultados foram explanados em cinco categorias, que vão desde os aspectos curativistas que os aproximam da Atenção Primária reforçando o modelo biomédico aos aspectos de mudança social, tanto de estrutura quanto subjetiva, que os transformem em agentes protagonistas do cuidado com a saúde. São elas: “A doença propriamente dita como aspecto de busca do Homem pela APS”, “Ações campanhistas da APS como atrativo ao Homem”, “A busca do Homem por tecnologias duras na APS”, “As tecnologias leves do cuidado como foco para adesão do Homem à APS” e “A importância do trabalhador de saúde do sexo masculino como aproximador do Homem à APS”. Os resultados se interligam e se complementam, especificamente em relação a discussão de gênero. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Dessa forma, o estudo pode contribuir para a Saúde Coletiva e para a Enfermagem ao despertar uma reflexão acerca dos pontos que podem ser trabalhados afim de que a PNAISH possa vir a ser uma realidade.

A CONTRUÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM SUBSIDIADA PELA PARTICIPAÇÃO DAS USUÁRIOS DE UM CAPSADII

Débora Biffi, Cintia Nasi

Palavras-chave: Consulta de enfermagem, usuários de substâncias psicoativas, fenomenologia

Introdução: A atenção à saúde mental no Brasil passou por significativas mudanças com a substituição para um novo modelo assistencial comunitário. O estudo aborda questões referentes à enfermagem em saúde mental relacionada aos pacientes do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Entendendo a necessidade de incorporação da saúde mental tendo como ponto de partida o usuário, este projeto pretende compreender a partir do referencial da fenomenologia, a percepção do usuário sobre o serviço que está inserido, e como este é capaz de dar voz às suas experiências. **Objetivo:** Desenvolver um roteiro de consulta de enfermagem para utilização dos enfermeiros do CAPSad. **Método:** Os participantes do estudo foram 15 usuários em tratamento no CAPSad do Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, os quais foram escolhidos por conveniência. Os critérios de inclusão utilizados para a coleta das informações foram: usuários em tratamento no CAPS com idade igual ou superior a 18 anos, que estejam em tratamento há, pelo menos, 3 (três) meses. Os critérios de exclusão adotados foram: usuários com agudização dos sintomas que dificultassem a comunicação verbal no momento da entrevista. A fenomenologia constitui-se de uma abordagem descritiva, partindo do princípio de que se pode deixar o fenômeno falar por si, desejando dar “voz” aos sujeitos, com o objetivo de alcançar o sentido da experiência. A coleta de dados ocorreu através de entrevista fenomenológica com questões pré-determinadas. Posteriormente à realização das entrevistas, essas foram transcritas e as falas foram agrupadas em categorias que subsidiaram a interpretação compreensiva. **Resultados:** A consulta de enfermagem possibilita ao enfermeiro entrevistador conhecer melhor o usuário e seus anseios, dificuldades e angústias sobre o tratamento, além disto, favorece o

estabelecimento de vínculos e fortalece o desenvolvimento do plano terapêutico. As consultas de enfermagem em saúde mental tornam-se cada vez mais indispensáveis pela ampliação que esta rede vem sofrendo. E o lugar que os enfermeiros assumem nesta nova configuração da assistência em saúde mental deve ser de facilitador deste processo terapêutico e a consulta de enfermagem vem dando sustentabilidade teórica a essa ideia. Ao observar assistência fornecida aos usuários do CAPS, o modelo com que se configuram os serviços substitutivos, de modo que os usuários possam permanecer em suas residências, mantendo e fortalecendo os laços familiares e sociais sem a necessidade do completo isolamento de uma internação psiquiátrica convencional, o CAPS possibilita a ampliação do olhar do usuário sobre si mesmo, sobre o tratamento ao qual faz parte e é parte fundamental do plano terapêutico. A consulta de enfermagem em saúde mental vem ao encontro das políticas dos serviços substitutivos, sanando as fragilidades da assistência de enfermagem nestes serviços. Através dela a enfermagem é capaz de compreender de modo integral as necessidades dos indivíduos em sofrimento psíquico tornando o atendimento de enfermagem mais efetivo e humanizado.

A COORDENAÇÃO DO CUIDADO ATRAVÉS DA ATENÇÃO BÁSICA A PARTIR DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE (PMAQ-AB)

Mirceli Goulart Barbosa, Thais Chiapinotto dos Santos, Deisy Tolentino do Nascimento, Daniela Tozzi Ribeiro, Caren Serra Bavaresco, Alcindo Antônio Ferla

Palavras-chave: atenção básica, PMAQ, redes de atenção à saúde

APRESENTAÇÃO: A coordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) pela AB implica em um papel estratégico de reorganização do sistema de saúde, orientando o cuidado ao longo de todos os pontos de atenção. Um dos aspectos abordados pelo PMAQ-AB na entrevista com o profissional de saúde da equipe da atenção básica se refere a aspectos da AB como coordenadora do cuidado dentro da RAS. **OBJETIVOS:** Analisar os dados relacionados ao registro do acompanhamento dos usuários encaminhados aos serviços especializados, bem como a utilização de diretrizes clínicas com a definição dos critérios de necessidade de encaminhamento dos usuários em diferentes situações clínicas. Também foram analisados os exames disponíveis e ofertados pelas equipes de saúde. **METODOLOGIA:** Foi realizado um estudo descritivo a partir de dados da avaliação externa do primeiro ciclo do PMAQ coletados no ano de 2012. Os dados utilizados se referem ao bloco de perguntas “Equipe de atenção básica como coordenadora do cuidado na rede de atenção a saúde”. Foram analisadas 17.202 entrevistas com profissionais das equipes de atenção básica que aderiram ao programa em 3935 municípios brasileiros. As respostas foram analisadas utilizando o software SPSS de forma dicotômica sendo expressos através de suas frequências absolutas e relativas. **RESULTADOS:** Em relação ao encaminhamento do usuário para atendimento especializado, 61% têm a consulta marcada pela Unidade de Saúde e são posteriormente informados. Quanto aos profissionais entrevistados, 46,3% referem manter registro do encaminhamento de usuários de maior risco e destes 81% comprovam esta ação com documentos. Em relação à existência de protocolos com definição de diretrizes terapêuticas, constatou-se que tais instrumentos para o atendimento de tuberculose e pré-natal presentes na equipe correspondem a 70% ou mais. Entretanto, o percentual de equipes

que utilizam protocolos relacionados à Saúde Mental (43,3%) e Álcool/Drogas (31,4%) ainda é pouco expressivo. Quanto aos exames solicitados pelas equipes de AB, a glicemia de jejum e as sorologias (sífilis e HIV) para pré-natal e diagnóstico, perfazem acima de 98%. Todavia, a utilização do teste rápido para a sífilis ainda é insuficiente (20%). **CONSIDERAÇÕES:** Mesmo que a AB seja nomeada a coordenadora do cuidado, através do PMAQ, muitas equipes não realizam o acompanhamento dos usuários encaminhados a outros serviços, bem como há inexpressiva utilização de protocolos clínicos que orientem o cuidado e o encaminhamento adequado dos usuários aos serviços especializados, como observado em relação à Saúde Mental. Faz-se necessário que se fortaleça a coordenação do cuidado dentro da AB a fim de que se alcancem melhores e mais abrangentes resultados na atenção à saúde no país, reduzindo o número de encaminhamentos desnecessários e ampliando a resolutividade da AB.

A DIMENSÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO – CONTRIBUIÇÕES DA ERGOLOGIA

Magda Duarte dos Anjos Scherer, Erica Lima Costa de Menezes, Marta Inez Machado Verdi

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde, Atenção Primária à Saúde, Trabalho, Bioética, Ergologia

A Universalidade do Acesso aos serviços de saúde como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde com forte ancoragem ética pode ser analisada a partir de quatro diferentes dimensões: técnica, econômica, política e simbólica. A ampliação da cobertura da Atenção Básica à Saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família,

na década de 90 do século passado, bem como um conjunto de políticas implantadas nacionalmente contribuíram para um maior acesso aos serviços de saúde no Brasil. O País possui hoje mais de 39 mil equipes de saúde da família implantadas em 5463 municípios, com cobertura de 63,12% da população, compostas por diferentes profissionais, responsáveis, no âmbito da sua atuação, pela consolidação e efetivação da universalidade, em seu componente final que é o acesso às ações de saúde. O modo como o trabalho dos profissionais é realizado, e em quais condições, bem como os valores que o norteia, influenciam na efetividade do acesso universal. Isto nos coloca uma quinta dimensão de análise relacionada à como os trabalhadores fazem a gestão do que está prescrito pelas normas, numa relação dialética com o contexto, para ter eficácia no trabalho. É essa dimensão de análise da universalidade do acesso o foco de uma pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva da UFSC e o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho em Saúde da UnB, constituindo uma interlocução entre os referenciais teóricos da ergologia e da bioética cotidiana. O presente trabalho tem como objetivo apresentar as contribuições da ergologia para reflexão sobre o tema. A Ergologia mostra que o trabalho efetuado jamais corresponde ao trabalho esperado, determinado pelas regras e pelos objetivos pré-determinados. Assim, ao deparar-se com a tarefa, o trabalhador se vê diante de imprevistos, muitas vezes impossíveis de se determinar e equacionar com precisão previamente e as renormalizações acontecem permanentemente na atividade em função da insuficiência do prescrito para orientar o agir (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011). Agir orientado não só pelas normas, mas por valores, experiências, solicitações do meio, recursos capazes de influenciar o acesso universal.

A DIMENSÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA UNIVERSALIZAÇÃO DO ACESSO – UMA REVISÃO DE LITERATURA

Erica Lima Costa de Menezes, Marta Inez Machado Verdi, Magda Duarte dos Anjos Scherer

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde, Atenção Primária à Saúde, Trabalho, Bioética, Ergologia

A Universalidade do Acesso aos serviços de saúde como um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde com forte ancoragem ética pode ser analisada a partir de quatro diferentes dimensões: técnica, econômica, política e simbólica. A ampliação da cobertura da Atenção Básica à Saúde por meio da Estratégia de Saúde da Família, na década de 90 do século passado, bem como um conjunto de políticas implantadas nacionalmente contribuíram para um maior acesso aos serviços de saúde no Brasil. O País possui hoje mais de 39 mil equipes de saúde da família implantadas em 5463 municípios, com cobertura de 63,12% da população, compostas por diferentes profissionais, responsáveis, no âmbito da sua atuação, pela consolidação e efetivação da universalidade, em seu componente final que é o acesso às ações de saúde. O modo como o trabalho dos profissionais é realizado, e em quais condições, bem como os valores que o norteia, influenciam na efetividade do acesso universal. Isto nos coloca uma quinta dimensão de análise relacionada a como os trabalhadores fazem a gestão do que está prescrito pelas normas, numa relação dialética com o contexto, para ter eficácia no trabalho. É essa dimensão de análise da universalidade do acesso o foco de uma pesquisa desenvolvida pelo Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva da UFSC e o Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho em Saúde da

UnB, constituindo uma interlocução entre os referenciais teóricos da ergologia e da bioética cotidiana. O presente trabalho tem como objetivo apresentar uma revisão da literatura sobre o tema e integra um conjunto de três trabalhos submetidos para apresentação no Congresso da Rede Unida. A revisão foi norteada pela seguinte questão: O modo como o trabalho dos profissionais de saúde é realizado aparece como uma das dimensões de análise do acesso universal? De que maneira aparece? A revisão foi realizada nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline, incluindo as publicações a partir de 2005, em português, inglês e espanhol e os descritores: acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade, acesso e avaliação da assistência à Saúde; equidade no Acesso; atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Serviços de Saúde; Bioética e trabalho. Os resultados apontam maior número de artigos que analisam o acolhimento como forma de ampliação do acesso, com uma discussão tangencial sobre os elementos relacionados ao modo como o trabalhador faz a gestão entre o prescrito e o trabalho real como dimensão de análise do acesso universal.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE CONTRIBUINDO PARA FORMAÇÃO DO CUIDADOR “AS RELAÇÕES DE CUIDAR E O CUIDADO NO DOMICÍLIO.”

Sônia Ferreira do Amaral, Lina Rodrigues de Faria

Palavras-chave: Envelhecimento, Cuidadores familiares de Idosos, Interdisciplinaridade

Sônia Ferreira do Amaral[1] Lina Rodrigues de Faria[2] APRESENTAÇÃO: O presente estudo vem sendo desenvolvido por pesquisadores do Núcleo de Estudos da Pessoa Idosa (NEPI), da Universidade Federal de Juiz de Fora, no Campus

Avançado de Governador Valadares. Faz parte de um Projeto mais amplo que foi aprovado pelo Edital PROEXT 2015 e que conta com recursos da FAPEMIG. Busca ampliar os estudos e debates sobre o tema, tendo como ponto de partida o cuidador familiar de idosos. O cuidador familiar é, geralmente, uma pessoa leiga, mas assume funções para as quais não está preparado. As consequências do envelhecimento têm um impacto considerável no modo como a prestação do cuidado se manifesta. Mas, delegar ao cuidador a função de cuidar de uma pessoa idosa necessita de clareza sobre o tipo de cuidado oferecido e as características da doença. OBJETIVO: Compreender o processo global vivenciado pelo cuidador familiar de idosos no âmbito de domicílios pobres de periferias urbanas circunscritas a uma Unidade de Saúde no Município de Governador Valadares, Minas Gerais e promover ações educativas interdisciplinares que contribuam para a capacitação desses cuidadores no cuidado ao idoso. METODOLOGIA: O presente estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa teve como fonte de coletas de dados questionários aplicados aos profissionais de saúde em 13 Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de visitas domiciliares realizadas com 10 famílias pelo Núcleo de Estudos da Pessoa Idosa. Fazem parte do questionário questões referentes ao preparo do cuidador familiar de idosos, suporte emocional e financeiro. RESULTADOS: O estudo de campo realizado proporcionou conhecer as necessidades da população idosa de Valadares e de seus cuidadores. Foi possível constatar que não existe uma rede de serviços públicos ou de apoio social voltada para o suporte domiciliar ou ações concretas direcionadas para capacitação dos cuidadores de idosos no Município. Cursos esporádicos são oferecidos pelo SESC e pela Unimed de Governadores Valadares. Conclusão:

Cuidar do idoso doente no domicílio é um aprendizado constante, baseado nas necessidades físicas e biológicas e de acordo com o nível de sua dependência. O maior desafio na atenção à pessoa idosa é contribuir para que, apesar das progressivas limitações ou incapacidades que possam ocorrer, o idoso consiga viver com a máxima qualidade. O apoio do cuidador familiar é fundamental nesse processo. Para garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados a um parente idoso, acredita-se que é necessário oferecer uma rede de apoio social ao cuidador, preparando-o para atuar com conhecimento e segurança, melhorando o cuidado ao idoso. Os resultados de nossa pesquisa fornecerão subsídios aos profissionais de saúde para o aperfeiçoamento dos cuidados ao idoso e servirão de estratégias de orientação para os cuidadores em outras localidades brasileiras. [1] Discente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). [2] Doutora em saúde Coletiva

A IMPORTÂNCIA DO CONTROLE DE AEDES AEGYPTI NA TRANSMISSÃO DA DENGUE

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

Palavras-chave: Dengue, controle, população

APRESENTAÇÃO: O monitoramento dos locais considerados porta de entrada do vetor e possíveis pontos de desenvolvimento do *Aedes aegypti* tem sido uma das formas de controle desse agente causador de arbovirose. O controle da dengue está baseado naquele que é atualmente, o único elo vulnerável de sua cadeia de transmissão:

o mosquito *Aedes Aegypti*. O combate a esse inseto, extremamente adaptado às condições das cidades de hoje, é muito complexo e exige ações coordenadas de múltiplos setores da sociedade, além de mudanças de hábitos culturais arraigados na população. Ações de prevenção a partir do reconhecimento de áreas infestadas e dos principais criadouros do vetor, bem como a educação da população para eliminar tais depósitos e o reconhecimento das condições climáticas que contribuem para a reprodução do mosquito, são de extrema consideração para a redução da infestação. **DESENVOLVIMENTO:** O trabalho apresenta uma revisão de literatura sobre a importância da eliminação do vetor do *A. Aegypti* na erradicação e controle da dengue. Os estudos epidemiológicos, decorrentes das moléstias veiculadas ou determinadas por artrópodes, constituem uma preocupação constante por parte de serviços sanitários em todas as partes do mundo. O monitoramento dos locais considerados porta de entrada do vetor e possíveis pontos de desenvolvimento do *Aedes aegypti* tem sido uma das formas de controle. Até o presente momento a única maneira conhecida de evitar a dengue é o controle do seu transmissor, embora as perspectivas para o desenvolvimento e produção de uma vacina sejam promissoras. A prevenção deve ser orientada para a eliminação dos potenciais criadouros do mosquito. A estratégia para alcançar a efetividade das ações deve incluir uma intensa mobilização da comunidade através de todos os meios de comunicação disponíveis. Ações de prevenção a partir do reconhecimento de áreas infestadas e dos principais criadouros do vetor, bem como a educação da população para eliminar tais depósitos e o reconhecimento das condições climáticas que contribuem para a reprodução do mosquito são de extrema importância para a redução da infestação. **RESULTADOS:** As

medidas de controle realizadas de maneira errônea podem causar resultado oposto ao desejado. Desse modo se reconhece a importância deste estudo, que contribuirá para análise de fatores determinantes e condicionantes. Pode-se seguir três linhas principais de ações para o combate ao vetor, como o saneamento do ambiente, a educação populacional com intuito de agir e o combate direto por meio físico, químico ou biológico. **CONSIDERAÇÕES:** Não existe vacina preventiva contra a dengue nem drogas capazes de reduzir a viremia, portanto a única forma de controle e eliminação da doença é a eliminação do vetor. O controle de vetores é uma das vertentes do saneamento que nem sempre vem merecendo a atenção das autoridades sanitárias e da população.

A IMPORTÂNCIA DO MATRICIAMENTO COMO DISPOSITIVO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Rosemeire Aparecida Bezerra de Gois dos Santos, Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo, Laura Câmara Lima

Palavras-chave: Atenção Básica, Programa Saúde da Família, Matriciamento

APRESENTAÇÃO: Este trabalho foi fruto de uma Dissertação de Mestrado de uma profissional de saúde do NASF, que atua na Rede de Assistência no Território da Capela do Socorro, pela Organização Social Associação Saúde da Família, Coordenação Sul. O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde (MS), foi pensado como uma estratégia para a transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil. Com o intuito de apoiar o PSF foi criado em janeiro de 2008 o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), visando à ampliação dos cuidados em saúde, aumento da resolutividade e garantia

da integralidade. **OBJETIVO:** Investigar os conhecimentos teóricos e as práticas diárias que os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e NASF associam ao matriciamento; verificar de que modo o matriciamento, a ação interdisciplinar e a educação permanente estão acontecendo; avaliar o processo de construção compartilhada dentro da atenção à saúde; possibilitar retorno científico para o poder público e contribuir para a construção e efetivação de política pública. **METODOLOGIA:** O estudo foi feito com uma população específica da região da Capela do Socorro, zona sul do município de São Paulo, com quarenta equipes de ESF e cinco de NASF. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório e prospectivo que utilizou métodos de avaliação quantitativos e qualitativos. A ESF deve ter uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, com clínica ampliada, intersectorialidade e construção de PTS eficazes, integrada em outros níveis de atenção e construída de forma coletiva. Todavia, o processo de trabalho pode estar organizado de modo a limitar a autonomia e a efetivação da oferta em saúde, por um lado, por haver planejamento prévio feito por diversos níveis de hierarquia guiados pela lógica do sistema e, por outro, porque o a perspectiva de inclusão dessas novas dimensões aponta diretamente para o fato de que a eficácia do modelo, tal como ele foi previsto, está diretamente relacionada ao modo como os profissionais se relacionam uns com os outros e, sobretudo, às motivações e às articulações que se fazem possíveis entre eles. **Impacto:** A perspectiva de inclusão dessas novas dimensões apontou diretamente para o fato de que a eficácia do modelo está diretamente relacionada ao modo como os profissionais se relacionam, sobretudo, às motivações e às articulações no sentido de aumentar

a potência do trabalho na produção de cuidado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este estudo apontou para a necessidade de busca da ampliação do cuidado em saúde que depende do exercício cotidiano de ações clínicas singulares em cada contexto e realidade, considerando as práticas sociais responsáveis pelo sofrimento e a produção de doenças e os modos de subjetivação que produzem sofrimentos em sujeitos e coletivos.

A INCLUSÃO ESCOLAR DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E A ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Sheila Priori, Débora Dupas Gonçalves Nascimento

Palavras-chave: Termo 2

A questão da inclusão escolar nos dias de hoje aponta para a necessidade de uma reestruturação organizacional das instituições de ensino regular, fazendo-se necessário uma rede de apoio e cooperação entre os setores da educação, saúde e assistência social. Em Salamanca, na Espanha, em 1994, aconteceu a Conferência Mundial sobre as Necessidades Educativas Especiais, onde foi abordada a obrigação dos governos na inserção dessas crianças no sistema regular de ensino e o papel da escola em oportunizar um contexto inclusivo e preparado para receber todos os alunos com deficiência. Estas transformações evidenciam a necessidade de refletir e realizar a inclusão nas salas de aula regulares das redes públicas de ensino. **Objetivo:** Identificar os aspectos da inclusão escolar da criança com deficiência física dentro da nova realidade educacional e como o fisioterapeuta enquanto membro de uma equipe multidisciplinar pode atuar efetivamente neste processo.

Método: Estudo de revisão bibliográfica, realizada nas bases de dados de acesso público, usando os descritores: inclusão educacional, criança com deficiência e fisioterapia. Foram selecionados artigos de revisão de literatura, revisão sistemática e estudos descritivos, publicados entre os anos de 2004 a 2014. Foram incluídos no estudo os artigos publicados na literatura nacional relacionado à inclusão de crianças com deficiência física e excluídos os artigos e demais publicações que tratavam de outros tipos de inclusão. **Resultados:** Foram encontrados 85 artigos no período analisado e, após leitura dos resumos, foram selecionados 49 artigos potencialmente relevantes considerando-se o objetivo da pesquisa. Destes 49 artigos, foram excluídos 21, pois não se enquadravam nos critérios de inclusão. Dos 28 restantes, 18 foram extraídos da base SciELO e 10 da base LILACS. Os estudos mostraram que as escolas não são adaptadas e não fornecem condições mínimas de acessibilidade, sendo que na maior parte dos casos não há projetos para eliminação das barreiras arquitetônicas e ambientais. Além disso, os professores não apresentam formação em Educação Inclusiva e muitas vezes não possuem recursos técnico-pedagógicos necessários para o trabalho com os diversos tipos de deficiência. Outro aspecto de destaque, é que estes alunos não possuem acompanhamento de uma equipe multidisciplinar. Todos esses fatores fazem com que a inclusão escolar seja bonita na teoria, mas de difícil operacionalização prática. O fisioterapeuta juntamente com uma equipe multidisciplinar pode atuar no ambiente escolar com orientações aos escolares e professores, identificando as barreiras que a criança possa enfrentar, bem como as expectativas e as necessidades que possa haver nesse ambiente, visando contribuir para melhora do aprendizado e integração da criança. **Considerações**

finais: A inclusão escolar é importante, entretanto, são necessários investimentos e qualificação, que em muitos contextos estão sendo desconsiderados. Muitas crianças estão sendo “incluídas”, mas sem o devido preparo da sociedade, o que torna premente uma reestruturação nas políticas públicas educacionais, na formação dos professores e na adequação das barreiras arquitetônicas presentes no ambiente escolar, para que haja a efetivação das leis que assegurem o direito à educação da criança com deficiência.

A INFLUÊNCIA DO PROCESSAMENTO DO FUMO NA SAÚDE DOS TRABALHADORES E RESIDENTES NO BAIRRO CIDADE NOVA, LAGARTO/SERGIPE

Márcia Schott, Cibele Macedo Santos, Mateus Santos Jesus, Renata Jardim

Palavras-chave: saúde do trabalhador, atenção primária, formação em saúde

A produção de fumo é uma atividade agrícola com intenso uso de agrotóxicos e elevada exposição dos fumicultores a grandes concentrações de nicotina, absorvida pela pele através do manuseio das folhas de tabaco que pode levar ao desenvolvimento da Doença da Folha Verde do Tabaco. Não diferente, o processamento industrial do tabaco também implica manuseio do produto pelos trabalhadores em altas temperaturas e forte cheiro exalado pelo tabaco que pode também causar comprometimento do estado de saúde dos indivíduos no entorno das fábricas. O presente trabalho aborda a influência da atividade fumageira na saúde de trabalhadores e/ou moradores do bairro Cidade Nova do município de Lagarto/SE onde estão instaladas duas fábricas que manufaturam o tabaco. O estudo foi motivado a partir da inserção de

alunos do primeiro ciclo, de oito cursos da área da saúde, da Universidade Federal de Sergipe no cotidiano da Unidade Básica de Saúde local, como atividade curricular do Módulo Prática de Ensino na Comunidade. O objetivo geral foi identificar a influência do processamento do fumo na saúde dos indivíduos residentes na área em estudo. Na fase inicial foram aplicados questionários a 31 sujeitos residentes de uma microárea de saúde, sendo 21 mulheres e 10 homens. Mais de 40% dos participantes tinham mais de 60 anos de idade. Dentre os entrevistados, 32% eram trabalhadores das fábricas e, para 70% desses, essa era a principal fonte de renda familiar; as famílias dos trabalhadores tinham em média 5 indivíduos, conformando um universo de 49 pessoas, sendo que 33% dessas trabalhavam com fumo. Quanto à autoavaliação da saúde dos 31 participantes, 6% afirmaram que sua saúde era ótima, 55% boa, 16% regular, 19% ruim e 4% não souberam informar. Sobre a morbidade referida, as doenças mais prevalentes foram: hipertensão (29%) e diabetes (16%). O uso dos serviços de saúde foi avaliado pela frequência de consulta médica: 32% afirmaram ir ao médico uma vez ao ano, 16% realizavam duas consultas anuais e 16% faziam três ou mais consultas no ano; 32% não souberam informar. A prevalência do tabagismo foi de 16% entre os participantes e de 20% entre os trabalhadores das fábricas de fumo. Quanto ao odor exalado pelas fábricas no processamento do fumo, 55% relataram não incomodar, 39% referiram incomodar e 6% disseram não saber. Questionados sobre o interesse em mudar de área por causa do cheiro do processamento do fumo, apenas 6% referiram que sim. Destacam-se a prevalência de tabagismo, maior que a média nacional (2013: 14,8%) e bem acima da prevalência da capital do Estado (9,4% em 2011) e a elevada autoavaliação ruim da saúde, importante indicador de bem-

estar individual e coletivo. Conclui-se que os impactos da atividade fumageira na saúde dos trabalhadores e residentes do local estudado merecem ser melhor investigados a fim de se minimizar os agravos decorrentes do processamento do fumo. Destaca-se, nesse projeto, a participação precoce dos estudantes nas atividades de pesquisa-extensão vinculadas à atenção primária à saúde e à articulação ensino-serviço.

A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Raphaelly Machado Felix, Alex dos Santos Carvalho, Patricia Galarça Rodrigues

Palavras-chave: Educação física, saúde coletiva, sistema único de saúde

INTRODUÇÃO: A Educação Física (EF) vem ocupando nas duas últimas décadas um importante espaço junto à saúde pública, sendo contemplada em diversos programas no Sistema Único de Saúde (SUS). Isto tem gerado a implementação de políticas públicas que facilitam o acesso à prática da atividade física (AF) e oportunizam novas possibilidades de atuação no mercado de trabalho. A EF se apresenta como uma ciência versátil, tornando a presença do Profissional da Educação Física (PEF) indispensável nas equipes multidisciplinares que atuam com as políticas públicas, este campo de atuação também vem sendo largamente percebido como uma área profissional fundamental na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Embora pareça estar havendo um olhar voltado para inserção do PEF no tocante ao SUS, o reconhecimento e importância de atuação deste profissional ainda está sendo conquistado. **OBJETIVO:** Verificar qual a percepção dos profissionais da saúde que atuam nas unidades de saúde quanto ao papel do PEF no SUS, assim como

a forma que os próprios PEF percebem sua inserção no SUS. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa em fase inicial, pois o projeto ainda não foi inscrito na plataforma Brasil e também será posteriormente submetido ao comitê de ética da Universidade Federal do Pampa, para após a aprovação dar início às entrevistas. As entrevistas serão estruturadas em duas etapas, uma pergunta aberta: Em sua opinião qual o papel do PEF junto ao SUS? E perguntas fechadas sobre quais as habilitações do PEF no SUS. Este instrumento será aplicado em 10 das 20 unidades de saúde do município de Uruguaiana/RS, onde participarão somente o Coordenador da unidade e o PEF que atua junto à respectiva unidade. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Não há resultados até o momento, mas o que instigou este estudo foi à inquietação quanto à percepção dos demais profissionais de saúde quanto à atuação do PEF. As principais barreiras estão associadas à oferta de espaços físicos adequados para a prática de AF nas unidades, assim como a percepção da sociedade sobre os serviços de saúde pública. É possível ainda, perceber que as equipes de saúde apresentam uma visão limitada das ações do PEF, muitas vezes deixando o mesmo subutilizado. Porém o ponto nevrálgico parece estar relacionado à própria cultura da sociedade, que precisa ser repensada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante do exposto asseveramos que é preciso enfatizar na prevenção das doenças através de hábitos de vida saudáveis e repensar a própria formação do PEF, visando incitar novos olhares sobre o campo da EF para fortalecer suas interfaces com a saúde pública, estreitando o diálogo com outras áreas de conhecimento assim ganhando novos espaços e reconhecimento. Isto só reforça e justifica a importância da execução desta pesquisa.

A PESQUISA-AÇÃO COMO DISPOSITIVO DE APOIO NA COMUNICAÇÃO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DO SUS EM PORTO ALEGRE

Ana Paula Cappellari, Daniel Canavese de Oliveira

Palavras-chave: Pesquisa-ação, Comunicação, Práticas do Cuidado

Apresentação: Os modelos assistenciais e as práticas do cuidado em saúde vêm sendo modificados ao longo do tempo, alterando assim os processos de trabalho e a micropolítica relacionada entre os indivíduos (gestores, trabalhadores e usuários) de todos os níveis de complexidade dos sistemas de saúde. A implantação do SUS implicou mudanças no tocante à organização das práticas e dos serviços de saúde, porém observa-se que muitas vezes os usuários desconhecem o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde e parecem ter um entendimento distorcido do cuidado em saúde desconsiderando as práticas existentes. Sendo assim, a motivação para a realização deste trabalho envolve reconhecer qual é o entendimento dos usuários e trabalhadores de uma Unidade de Saúde quanto aos serviços ofertados. **Objetivos:** Investigar a compreensão dos usuários e trabalhadores acerca dos serviços oferecidos em uma Unidade de Saúde e apoiar a informação das práticas do cuidado e oferta de serviços utilizando técnicas inovadoras de comunicação em saúde. **Desenvolvimento do Trabalho:** A escolha metodológica deste estudo baseia-se na pesquisa-ação que é uma metodologia coletiva que favorece as discussões e a produção cooperativa de conhecimentos específicos sobre a realidade vivida e é caracterizada pela identificação do problema a partir dos sujeitos que identificam e o vivenciam - pesquisadores

e grupo participante - para construção de movimentos consensuados de caráter social, educacional e técnico. O campo de estudo será uma Unidade de Saúde com ESF e foi escolhido em função de a pesquisadora ter sido funcionária da mesma, no período de dois anos, conhecer o território, os usuários e os profissionais da equipe e juntos terem realizado o diagnóstico dos problemas e ações prioritárias sendo considerada viável a realização de uma pesquisa-ação. O estudo será realizado junto aos trabalhadores(as) e usuários(as), através do planejamento de entrevistas com três grupos focais (trabalhadores, usuários e trabalhadores e usuários). A coleta de dados se dará por meio de observação participante com anotações em diário de campo e gravação e transcrição das entrevistas. **Resultados:** A proposta desta pesquisa-ação seguirá um processo dinâmico onde a relação, pesquisador/objeto pesquisado/participantes, determinará a proposta de possível intervenção com vistas a apoiar o processo de comunicação da Unidade de Saúde. A construção, ação, transformação coletiva, análise das micropolíticas que atuam nas situações e nas próprias implicações, inclusive dos referenciais de análise, serão uma produção do grupo envolvido e que determinarão o modo de intervenção que recorta o cotidiano em suas tarefas e em sua funcionalidade. **Considerações Finais:** A comunicação para a troca de informações entre profissionais e profissionais e usuários precisa ser vista como processo essencial para produzir vínculos, estimular o diálogo e o entendimento sobre as ofertas de serviços em uma Unidade de Saúde. O processo de pesquisa-ação é um instrumento valioso neste projeto de desenvolvimento local, pois ocorre uma construção social de conhecimento, por meio da interação e cooperação dos atores envolvidos na pesquisa.

A POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE DE 2004: ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE EMERGÊNCIA DE UM DISCURSO

Manuelle Maria Marques Matias, Ruben Araújo de Mattos

Palavras-chave: educação permanente, política, sistema único de saúde

APRESENTAÇÃO: Esse estudo pretende se apropriar das discussões teórico-metodológicas inscritas no campo dos estudos de ciência ou *sciencestudies*, em particular daquelas difundidas por Ludwik Fleck em sua obra: “Gênese e desenvolvimento de um fato científico” com o propósito de compreender a construção das propostas em torno do conceito de Educação Permanente em Saúde no Brasil no período de janeiro de 2003 a junho de 2005. Nossa suspeita é a de que os entendimentos que se fizeram em torno da EPS naquele momento partem de uma outra matriz conceitual que ao desdobrar-se sobre as reflexões em torno dos processos de trabalho e a formação de novas subjetividades conformam um território profícuo para a emergência de novas ideias, entendimentos e saberes. Esse movimento coincide com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e com a sua ocupação inicial por um grupo de pessoas advindas das várias discussões do movimento sanitário no primeiro governo Lula. Trata-se do primeiro grupo a ocupar a SGTES no período de janeiro de 2003 a junho de 2005. **METODOLOGIA:** A hipótese que orienta esse estudo é o de que essa proposta de política foi constituída a partir de algumas invenções possibilitadas pelo encontro de sujeitos distintos em diferentes inserções e vindos dos mais diversos espaços de discussão na conformação de um coletivo de trabalho e de algumas apropriações das discussões no território da educação, do

debate da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) sobre o tema e do território da gestão em saúde, especificamente do debate sobre mudança das práticas vindas de algumas experiências exitosas de gestão municipal da década de 1990. Buscaremos aprofundar, e compreender esses espaços de interação e de produção identificando as criações e ressignificações conceituais feitas pelo grupo de formulação na SGTES. Seguindo os passos de Ginsburg que construiria o paradigma de um “saber indiciário”, tentaremos identificar os mapas de conceitos utilizados e seus processos de apropriação. Para tanto nos colocamos à procura de pistas ou pequenos indícios nos textos que funcionem como pequenas peças de um quebra-cabeça prestes a ser montado. Assim, esse estudo pretende aprofundar essa discussão ao procurar identificar as condições e possibilidades de emergência desse discurso além de construir uma gênese da proposta de política de educação permanente em saúde do ano de 2004.

A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS POR ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO MARANHÃO

Giana Gislanne da Silva de Sousa, Keith Suelen de Moura Lopes, Maria Neyrian de Fátima, Priscilla Ingrid de Sousa, Víctor Pereira Lima, Adna Nascimento Souza, Vitor Pachelle Lima Abreu, Marcela Rangel de Almeida

Palavras-chave: Enfermagem, Saúde da Família, Prescrição de medicamentos

APRESENTAÇÃO: a Estratégia Saúde da Família (ESF), anteriormente denominado Programa saúde da Família (PSF) é um modelo que visa à reorganização da Atenção Básica no País, com ênfase nos

preceitos do Sistema Único de Saúde, que prioriza as ações de prevenção, promoção e repercussão da saúde das pessoas de forma integral e contínua. Nesta nova estratégia de saúde, a enfermagem tem exercido papel fundamental no desenvolvimento do processo de cuidar, sendo essencial no desempenho das ações de saúde. A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde (MS), dispõe que cabe ao enfermeiro da Atenção Básica, diversas atribuições, entre elas o ato de realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever e transcrever medicações. Este ato de prescrever medicamentos, apesar de legal, ainda é permeado por conflitos éticos profissionais, incluindo a formação dos enfermeiros para essa atribuição. Diante do exposto, esse estudo tem como objetivo conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a prescrição de medicamentos e a concepção de como vêm sendo formados para tal atribuição. **MÉTODOS:** estudo de abordagem qualitativa, descritivo, tendo como sujeitos oito enfermeiros da ESF do município de Senador La Rocque-MA, aprovado pelo Comitê de Ética/UFMA, número 545.509. Os dados foram coletados através de entrevistas e analisados de acordo com o método de análise de conteúdo. **RESULTADOS:** Os dados foram divididos em três categorias: opinião dos enfermeiros; embasamento prático; fonte de conhecimento teórico. Na categoria opinião dos enfermeiros, notou-se que estes reconhecem a prescrição como uma prática necessária na ESF e se sentem satisfeitos com a atribuição. No embasamento prático, buscou-se conhecer em que se baseavam para desenvolver a prescrição de medicamentos, foi mencionado a busca na literatura e em programas do MS, também protocolos disponíveis de alguns municípios, destacou a experiência profissional como base para realizar as prescrições. E na fonte

de conhecimento teórico, demonstram que o conhecimento adquirido na academia não os deixou capazes para a prescrição, porém se sentem qualificados e preparados para desenvolver a prescrição, fato resultante da prática profissional, cursos de capacitação e pós-graduação. **CONCLUSÃO:** os profissionais da enfermagem percebem a prescrição de medicamentos como uma atribuição importante e necessária na atenção primária, sentindo-se preparados para prescrever devido a sua vivência profissional e não a sua formação acadêmica.

A PREVALÊNCIA DE CERVICALGIA E SUAS IMPLICAÇÕES FUNCIONAIS EM ODONTÓLOGOS NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA – PB

Rosa Camila Gomes Paiva

Palavras-chave: Odontólogos, Saúde Ocupacional, Cervicalgia

INTRODUÇÃO: São inúmeras as lesões que, com muita frequência, afetam o sistema musculoesquelético de profissionais de acordo com suas atividades ocupacionais e em graus variáveis de comprometimento funcional e prejuízos à sua qualidade de vida e laborativa. As desordens musculoesqueléticas possuem grande incidência entre os profissionais dentistas, uma vez associadas a fatores mecânicos e físicos, serão enfatizados neste estudo aspectos relativos à cervicalgia. **OBJETIVOS:** Investigar qual a prevalência de cervicalgia e, de forma secundária, avaliar quais implicações funcionais – afastamentos e limitações laborativas - estas produzem, tendo como população um grupo de odontólogos da Atenção Básica do município de João Pessoa – PB. Secundariamente, contribuir através de dados concretos para o planejamento e norteio de ações preventivas em saúde do trabalhador,

especificamente o profissional dentista. **METODOLOGIA:** Foram entrevistados 18 (dezoito) odontólogos de Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa – PB, totalidade do Distrito Sanitário V. Foram aplicados dois instrumentos: um questionário semi-estruturado produzido para a pesquisa e o Neck Pain Disability Index, instrumento validado no Brasil e auto-aplicável. Após a coleta, os dados foram analisados por meio de gráficos e tabelas e confrontados com a literatura de referência. **RESULTADOS:** A amostra foi composta por 18 dentistas, em sua totalidade mulheres. A idade média da amostra foi de 47 anos, peso médio de 66 kg e altura média de 1,60 m. Em relação aos aspectos ocupacionais, houve prevalência da jornada de trabalho de 40 horas semanais (83%). Esta pesquisa revelou que os profissionais atendem uma média de 15 pacientes ao dia, turnos manhã e tarde, sem a prática de pausas entre os atendimentos. O tempo médio de formação dos sujeitos da pesquisa foi de 23 anos. Todos os pesquisados relataram possuir pelo menos alguma queixa musculoesquelética, como tensões, queimações e a própria dor cervical, sendo relatada com bastante frequência a dor lombar, porém sem dados exatos por não se tratar do objetivo desta pesquisa. Mais da metade da amostra, 72%, relatou apresentar dor cervical há um tempo variável entre 6 meses a 30 anos, com certa relação com o tempo de atuação na profissão. A maior parte da amostra, 44%, apresentou classificação de nenhuma incapacidade funcional, com 0 a 4 pontos na totalidade de sessões do questionário. Podemos concluir que nesses casos, apesar da existência de dor cervical e/ou outras queixas musculoesqueléticas, estas não são capazes de interferir significativamente sobre a capacidade funcional laborativa dos entrevistados. **CONCLUSÃO:** Após análise e discussão dos dados desta pesquisa podemos concluir que há prevalência da dor cervical entre os dentistas do

Distrito Sanitário V, bem como implicações funcionais relacionadas especificamente ao aspecto trabalho em 17% da amostra.

A PRODUÇÃO DO CUIDADO ENVOLVENDO PROMOÇÃO DE ATIVIDADES FÍSICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

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

Palavras-chave: promoção da saúde, exercício físico, atenção primária à saúde

APRESENTAÇÃO: A promoção da saúde ganhou espaço na política pública de saúde brasileira a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual passou a considerar o processo saúde-doença não apenas como resultante de alterações biológicas, mas também dos aspectos comportamentais e ambientais. Nesse contexto, a promoção de atividades físicas passou a ser viável no âmbito do SUS, por se tratar de uma das ações específicas da própria Política Nacional de Promoção da Saúde. A partir dessa constatação, o presente estudo foi realizado com o objetivo de analisar a ocorrência e o conteúdo das publicações que enfocaram a produção do cuidado envolvendo a promoção de atividades físicas na atenção primária à saúde no Brasil, a partir da institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde, no ano de 2006. **DESENVOLVIMENTO:** Partiu-se de uma questão norteadora, que orientou a realização do estudo: Como está a produção científica de conhecimentos que relacionam a promoção de atividades físicas na atenção primária à saúde no Brasil? Para responder a questão norteadora e atender o objetivo do estudo, optou-se pelo desenvolvimento de uma pesquisa no formato de uma Revisão Integrativa. Foram empregados descritores específicos para o tema do estudo, com busca nas bases de dados Medline, Scielo e

Lilacs, sendo utilizados de forma individual e com as combinações possíveis a partir do emprego do operador booleano “AND”. Além disso, ficaram estabelecidos como critérios de inclusão as publicações de artigos completos, disponíveis na modalidade open access, redigidos em língua portuguesa, publicados no período de 2006 a 2014 e que restringiram o objeto de estudo apenas aos seres humanos, sem envolver modelos animais de experimentação. Os resultados foram tratados com recursos da estatística descritiva, a fim de obter valores absolutos e relativos que fossem representativos de cada variável analisada. **RESULTADOS:** A busca resultou em 14 artigos, os quais indicaram que houve concentração da publicação dos estudos nos anos de 2011 e 2012 (75%), em revistas científicas vinculadas a instituições sediadas no estado do Rio Grande do Sul (64,28%). A maioria dos estudos publicados (57%) apresentou algum tipo de intervenção, as quais foram identificadas como ações de educação em saúde (75%), oferta de exercícios físicos (28,5%) e aconselhamento (21,4%), sendo que a soma dos percentuais dessas ações ultrapassa o valor de 100% porque foram relatadas de forma simultânea em alguns estudos. Além disso, o ciclo de vida mais abordado nas intervenções foi aquele constituído pelos adultos (78,5%). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi possível compreender que a atenção primária à saúde tem sido objeto de estudo e de intervenção no campo da promoção da saúde. No entanto, a promoção de atividades físicas, por meio da oferta de exercícios físicos, representa menos de um terço das intervenções, indicando que o estímulo ao estilo de vida ativo fisicamente pode ser aumentado entre a população brasileira atendida pela atenção primária à saúde, especificamente com a ampliação da disponibilidade de ações que propiciem intervenções práticas destinadas à população.

A PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS AFECÇÕES PRODUZIDAS POR UM CASO TRAÇADOR

Maria Lucia da Silva Lopes, Laura Macruz Feuerwerker, Rossana Baduy Stavie

Palavras-chave: Atenção Secundária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Cuidado a Saúde

Este estudo traz uma análise da produção do cuidado na atenção especializada (AE) a partir das afecções produzidas por um caso traçador, Thep. Um debate sobre o cuidado enquanto objeto do campo da saúde, produzido no encontro vivo em ato, focado nas tecnologias leves é o eixo transversal da introdução. O estudo acontece em um Centro de Especialidades (CE) e tem como dispositivo metodológico um caso traçador. Os resultados foram obtidos por meio de entrevistas em profundidade com diferentes atores. A análise é apresentada em cinco Atos. No primeiro é feita uma abordagem sobre a trajetória de Thep pelo CE e demais serviços. Também são debatidas características do CE como: o foco nas tecnologias leve duras e duras, a fragmentação e o cuidado centrado nos diferentes núcleos profissionais e não no usuário. O segundo Ato discute a produção moderna/contemporânea do sofrimento humano e das doenças, a construção do trabalho médico, a valorização social das especialidades, bem como os interesses corporativos incidindo no arranjo das práticas. Debate também a subjetividade capitalística e a biopolítica como produtoras de concepções de saúde e doença, necessidades e problemas, operando sobre os modos de viver, organização do processo de trabalho e dos serviços. O terceiro Ato discute as relações de poder entre gestores, trabalhadores e o usuário, os tensionamentos na disputa dos

diferentes projetos e a intervenção de Thep colocando atores e processos em análise. O quarto apresenta o caso traçador como dispositivo de interrogação das redes de (des) cuidado em saúde. No último, a AE é colocada em análise, dando visibilidade as relações centradas nos saberes profissionais, a invisibilidade do usuário e a organização apenas para produção de consultas, exames e procedimentos são evidenciadas. Os resultados mostraram que a concentração de recursos especializados em um único equipamento, descolado da rede de cuidados, é uma lógica que não responde às necessidades dos usuários e dá poucas respostas ao sistema. Enuncia a urgência de se reinventar a AE por meio de novos caminhos singulares, considerando que um lugar presidido pela racionalidade econômico financeira, produtor de filas de espera entre outras marcas é ineficaz. O cuidado pede novos arranjos com potência para responder às necessidades dos usuários como Thep, e o descuidado a que foi submetido.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Erica Lima Costa de Menezes, Magda Duarte dos Anjos Scherer, Daniela Lemos Carcereri, Sandra Garrido de Barros, Sônia Cristina Lima Chaves, Ana Carolina Oliveira Peres, Charleni Inês Scherer, Anne Morais de Carvalho

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Saúde Bucal, Promoção da Saúde

O presente estudo multicêntrico qualitativo financiado pelo CNPq foi realizado no nordeste, sul e centro-oeste do Brasil, no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), considerada um modelo de inovação tecnológica em saúde. Foi analisado

como o trabalho das equipes constitui-se em inovação tecnológica na promoção da saúde bucal na atenção básica (AB). Caracterizaram-se as ações de saúde bucal desenvolvidas por equipes que aderiram ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), bem como investigou-se como as equipes articulam-se para implementar as ações e quais estratégias desenvolvem para promover a saúde bucal (SB). Participaram 51 profissionais de 07 equipes, sendo 02 no Distrito Federal, 03 na Bahia e 02 em Santa Catarina. Os dados foram coletados em triangulação através de estudo documental, entrevista semiestruturada e observação. Os critérios de inclusão na amostra intencional foram: equipes completas com equipe de saúde bucal (ESB); equipes consideradas de bom desempenho pelos gestores, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a avaliação do PMAQ; equipes com referência do Centro de Especialidade Odontológica e/ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A análise foi orientada pelo referencial da ergologia e da promoção da saúde, pela PNAB e PNSB. A categorização dos dados foi realizada com auxílio do software Atlas.ti, emergindo três categorias: contexto do estudo e caracterização dos participantes; ações de SB realizadas pelas equipes; trabalho da equipe para implementar as ações e promover a SB na AB. Predominou participação das mulheres (72,5%), sendo 62,7% entre 30 e 50 anos de idade, 49% com ensino médio/fundamental, 58,8% com mais de 5 anos de experiência na AB. Preponderaram ações de SB de caráter individual em consultório, seguidas da atenção nos domicílios. As ações intersetoriais concentravam-se nas escolas, mas também nas áreas de esporte e de saneamento. Nas ações coletivas predominavam as palestras. O conceito

de promoção aparece como sendo de prevenção e a participação da comunidade é uma potencialidade para a realização de ações de promoção. Há iniquidades na oferta de ações e serviços de SB entre as regiões, predominância do modelo biomédico convivendo com iniciativas de reorganização do trabalho segundo a ESF. Há consenso entre os participantes de que o trabalho integrado da equipe favorece a integralidade da atenção, evidenciando a necessidade de análises da distância entre o prescrito e o realizado. O modo como as ações e serviços está estruturado influencia na integração da equipe para a promoção da saúde bucal.

A REDE ASSISTENCIAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM SENHOR DO BONFIM E O ACESSO DOS USUÁRIOS: PERSPECTIVA DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA

Simone Santana da Silva, Márlon Vinícius Gama Almeida

Palavras-chave: redes de atenção à saúde, cuidado, Estratégia Saúde da Família

O presente estudo objetiva analisar o entendimento dos trabalhadores da Atenção Básica da saúde sobre o acesso à rede assistencial no município de Senhor do Bonfim, Bahia. Trata-se de um recorte da pesquisa: Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa – Pesquisa RAC. A pesquisa, ainda em andamento, intenciona contribuir na construção da produção do cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das redes temáticas de atenção à saúde no referido sistema (SUS). A proposta emerge a partir do contexto em que a sua

construção perpassa por desafios cotidianos dos gestores, trabalhadores e usuários. Outro aspecto marcante são as diretrizes de construção de um sistema que tenha por base as redes de cuidado. Estas partem do pressuposto de que atuam como linhas de produção, acionadas pelos trabalhadores no âmbito do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde. Evidencia-se ainda que as redes sejam operadas por processos de trabalho estruturados pelos trabalhadores na sua micropolítica, isto é, a partir de diferentes projetos que se interpõem em um intenso processo produtivo, que exige, muitas vezes, uma importante capacidade inventiva do trabalhador, o que agrega grande possibilidade de realização ao SUS. A pesquisa aponta construções singulares relacionadas às “metodologias”, trazendo a cartografia como elemento organizador na relação com os universos pesquisados. Aposta na cartografia como a composição de paisagens psicossociais e as narrativas como potencial analítico. Importante, pois se trata de uma avaliação compartilhada com os trabalhadores e gestores, partindo do pressuposto de estes são plenos de significados para o complexo mundo da produção do cuidado. As fontes a serem identificadas em cada local são variadas, utilizando diversos instrumentos para coleta de dados: fontes documentais, caso - traçador e narrativas. A realização da pesquisa em Senhor do Bonfim, Bahia partiu do encontro com trabalhadores da Atenção Básica da Unidade de Saúde da Família Monte Alegre com os pesquisadores. Nos encontros, o elemento norteador para as rodas narrativas foi o entendimento sobre rede assistencial, desafios vivenciados na inserção dos usuários. Para os trabalhadores, a rede existe, mas é marcada por “nós” que inviabilizam sua fluidez e bloqueiam o acesso dos usuários. Esses elementos bloqueadores, segundo os trabalhadores, podem ser: oferta reduzida

de atendimentos, sobretudo na assistência especializada, falta de informação dos usuários sobre o procedimento de acesso, frágil resolubilidade da Atenção Básica frente às demandas da comunidade, entre outros. Assim, embora reconheçam melhora na atenção à saúde com a Saúde da Família, ratificam que a rede assistencial local não consegue atender as demandas o que repercute no elevado número de encaminhamentos para rede especializada fora do município. Isso gera bloqueio no acesso devido à demanda reprimida formada que, conseqüentemente, influencia o funcionamento de toda a rede.

A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE LGBT: OUTRA VISÃO DO USUÁRIO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Guilherme Ribeiro Gama, Bruno Vitiritti Ferreira Zanardo, Sonia Maria Oliveira de Andrade

Palavras-chave: relação médico-paciente, LGBT, princípio de equidade no SUS

Desde que foi instituído pela Constituição Federal em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios o acesso integral, universal e igualitário à população do Brasil. Coube ao presente trabalho analisar as opiniões dos usuários do SUS pertencentes à população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros) quanto às relações interpessoais desenvolvidas com profissionais de saúde. Foram realizadas doze entrevistas com indivíduos pertencentes à população LGBT, moradores da cidade de Campo Grande – MS. As entrevistas foram gravadas em áudio, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS. O referencial teórico utilizado para a análise dos dados foi a abordagem construcionista da psicologia social. Os

resultados mostraram que ocorrem fatos discriminatórios dentro do atendimento no SUS. Foram relatados principalmente casos de terceiros, presenciados ou não pelos entrevistados, o que está em desacordo com o que é preconizado nas diretrizes do SUS. Os entrevistados relataram, por diversas vezes, um olhar diferente, uma mudança de tom por parte dos profissionais de saúde, o que corrobora para uma sensação de desconforto dos usuários atendidos por eles. Outros foram questionados sobre suas sorologias relativas a doenças sexualmente transmissíveis. Indivíduos que não se comportam conforme o preconizado pela cultura heteronormativa também estão suscetíveis a uma maior predisposição para o preconceito. Mesmo diante da observação da demonstração de preconceito para com conhecidos, os indivíduos relataram que pessoalmente não se sentiram discriminados quando em contato com o serviço de saúde. Conclui-se que, apesar dos esforços para tornar a sociedade mais tolerante com indivíduos pertencentes à população LGBT e, conseqüentemente, o atendimento em saúde, o SUS ainda apresenta vieses quanto ao seu princípio de equidade.

A SEGURANÇA DO PACIENTE E OS DESAFIOS ENCONTRADOS NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Aviner Muniz de Queiroz, Francisco Ariclene Oliveira, Denizelle de Jesus Moreira Moura

Palavras-chave: Enfermagem, Segurança do Paciente, Prática de Enfermagem

Segurança pode ser definida como ausência de exposição ao perigo e proteção contra ocorrência ou risco de lesão ou perda 1. Para a Organização Mundial da Saúde, segurança do paciente consiste na ausência de dano potencial ou desnecessário para o paciente associado aos cuidados em saúde 2. Objetivou-se identificar na literatura

os desafios encontrados na prática de enfermagem relacionados à segurança do paciente. Trata-se de um estudo bibliográfico nas bases de dados: BVS, SciELO e LILACS com os seguintes descritores: enfermagem, segurança do paciente e prática de enfermagem. Foram selecionados os artigos que estavam na língua portuguesa, com resumo relacionado à temática, disponível na íntegra e dentro do recorte temporal de 2000 a 2012, totalizando 9 artigos, onde se utilizou análise qualitativa. Destaca-se que os desafios são muitos, porém quando se trata do assunto estão: a criação de Comitês de Segurança do Paciente nas instituições de saúde constituída por equipe multidisciplinar, visando desenvolver uma cultura de segurança dentro das instituições e o fortalecimento da Rede de Enfermagem e Segurança do Paciente (Internacional, Nacional e Regional) promovendo a comunicação rápida e efetiva das evidências, experiências e recomendações destinadas a garantir a segurança dos pacientes ao redor do mundo e o desenvolvimento de pesquisas científicas que visem minimizar a reconhecida distância que existe entre o que se sabe em teoria e o que se aplica na prática. Evidenciou-se através da leitura dos artigos que as ações adotadas precisam gerar resultados como práticas confiáveis que façam a diferença na segurança dos pacientes, minimizando os riscos e alterando o quadro atual de eventos indesejáveis.

A SITUAÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL BRASILEIRA ANALISADA ATRAVÉS DE INDICADORES DE SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Matheus Schmechel de Almeida, Anibal Lopes Guedes, Lucimar Fossatti de Carvalho

Palavras-chave: mortalidade, obesidade, quilombolas, desinformação, escolaridade, rural, saúde

Apresentação: Devido à diversidade dos povos brasileiros e suas peculiaridades, torna-se imperioso o estudo aprofundado dos indicadores de saúde e das reais necessidades das populações para a criação de programas e políticas que visem promover ou recuperar a saúde de forma eficiente. As populações rurais brasileiras somam 30 milhões de pessoas, o que corresponde a 15% da população total. O presente estudo buscou analisar as condições de saúde dessas populações, especialmente quilombolas, através de indicadores como: taxa de mortalidade infantil, avaliação nutricional, acesso aos serviços, prevalência de hipertensão, taxa de obesidade e ocorrência de doenças infectocontagiosas e entendimento sobre elas. Desenvolvimento do trabalho: Foram selecionados e revisados artigos e teses relacionados diretamente com os indicadores estudados, disponíveis em bibliotecas virtuais e compilados sob a forma de revisão bibliográfica. Resultados: A análise dos estudos revelou a vulnerabilidade das populações rurais brasileiras que apresentaram piores índices de saúde quando comparadas aos povos urbanos, altas taxas de desinformação e precariedade da assistência recebida. Vários aspectos foram identificados como agravantes nos fatores estudados, entre eles: grandes distâncias a serem percorridas na busca pelos serviços de saúde, presença de crenças que dificultam a compreensão de algumas doenças e, principalmente, com maior força de associação aos piores índices, as altas taxas de desinformação e o baixo nível de escolaridade da amostra estudada. Considerações finais: A construção das políticas e programas de saúde deve considerar os aspectos peculiares das populações rurais, principalmente as altas taxas de desinformação e a baixa escolaridade nas suas formulações para que os recursos sejam aplicados de forma resolutiva e eficiente.

A TRAJETÓRIA DA FAMÍLIA NA DESCOBERTA DO PRIMEIRO EPISÓDIO PSICÓTICO

Bianca Cristina Ciccone Giacon, Kelly Graziani Giacchero Vedana, Isabela Santos Martin, Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Lucilene Cardoso, Sueli Aparecida Frari Galera

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica, Família, Pesquisa Qualitativa, Esquizofrenia

O primeiro episódio psicótico na adolescência é um indicador de possível ocorrência do adoecimento mental. Infelizmente, pessoas vivenciando os sintomas iniciais de psicose raramente buscam tratamento, ficando esta responsabilidade principalmente para seus familiares. O objetivo desse trabalho foi compreender a experiência de famílias que acompanharam o primeiro episódio psicótico de um adolescente. Pesquisa com abordagem qualitativa que teve como referencial teórico o interacionismo simbólico e a narrativa como referencial metodológico. O estudo foi realizado com famílias de adolescentes que passaram pela primeira internação psiquiátrica, em decorrência do primeiro episódio psicótico, em três serviços públicos de internação psiquiátrica no interior do Estado de São Paulo – Brasil, no período de janeiro de 2011 a junho de 2012. A entrevista aberta e observação foram utilizadas para coleta de dados que ocorreu no período de julho de 2012 a abril de 2013. Um total de 11 jovens e 13 familiares aceitaram participar do estudo. A idade média dos jovens foi de 22 anos, maioria do sexo masculino (55%), com histórico de abuso de substâncias (72,27%) e histórico familiar de doença mental (63,63%). Os familiares tinham idade média de 47 anos, com o predomínio de mães (63,6%). A partir de suas vivências, as famílias apresentaram comportamentos

justificados pelos significados atribuídos ao processo de adoecimento de seus jovens, apresentados nas seguintes categorias: esperando passar; tentando justificar os comportamentos do jovem; não compreendendo a psicose; e buscando ajuda. A construção desses significados reforça o papel cuidador da família, possibilitando que ela enfrente o contexto de mudança de comportamento. Porém, o papel cuidador pode retardar a procura por ajuda especializada. Intervenções de enfermagem realizadas mais precocemente junto a essas famílias poderiam contribuir para a detecção e início do tratamento precocemente, resignificação da experiência do adoecimento e suporte adequado para redução ou melhor enfrentamento do sofrimento e sobrecarga identificados nesse processo.

A VISITA DOMICILIAR NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE BASE NACIONAL

Ângela Aquino Fagundes Severo, Mariana Santiago Siqueira, Patrícia Vitória Pires, Tatiana Fraga Dalmaso, Sílvia Troyahn Manica, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: Visita Domiciliar, Produção do cuidado, Atenção em saúde

APRESENTAÇÃO: No âmbito da Atenção Básica, a visita domiciliar (VD) configura-se como uma das modalidades da atenção em saúde, sendo um potente instrumento para produção de cuidado no contexto de vida dos usuários. Uma tecnologia de interação, capaz de contribuir para a integralidade da atenção em saúde. A VD enquanto instrumento de intervenção das equipes, têm como característica ser um ato planejado, sistematizado, com objetivos claros e delineados. A VD pode ter como objetivo, conhecer o domicílio do usuário

e suas características, promover ações de promoção à saúde, incentivar práticas de autocuidado, prestar a assistência em saúde aos usuários em seu próprio domicílio, entre outros. Na direção de implementar políticas públicas que fortaleçam a Atenção Básica, torna-se importante conhecer a realidade das equipes no que diz respeito a tal tecnologia. Sendo assim, este estudo teve como objetivo descrever as características das visitas domiciliares ocorridas no âmbito da atenção básica. Metodologia: Trata-se de um estudo de base nacional, epidemiológico e descritivo, de equipes de saúde que aderiram ao PMAQ no primeiro ciclo ocorrido em 2012. Resultados: Das 17.202 equipes entrevistadas, 99,6% disseram realizar visita domiciliar. Destas 42% afirmaram haver protocolo ou documento que definem situações prioritárias para VD. Sobre a frequência das visitas 93,3% afirmaram que a periodicidade é definida de acordo com avaliações de risco e vulnerabilidade. Do total de 17.132 equipes, 91,1% afirmaram que os agentes comunitários de saúde (ACS) têm a programação das visitas feitas de acordo com prioridades estabelecidas pela equipe. Em relação à realização de busca ativa no território através das visitas dos ACS, 93,9% afirmaram realizar busca ativa às gestantes faltosas, 88,2% aos hipertensos faltosos, 88,2% aos diabéticos faltosos e 87% às mulheres com resultados do exame citopatológico alterado. Sobre quais profissionais da equipe realizam cuidado domiciliar do total de 17.132 que responderam a pergunta, a equipe de saúde bucal obteve percentuais abaixo de 50% (cirurgião-dentista de 42,5% e técnico/auxiliar de saúde bucal de 33,4%), já as categorias médica e enfermagem obtiveram percentuais acima de 90%. Considerações finais: Os dados possibilitaram uma maior aproximação e caracterização das VD, especialmente no que diz respeito à organização, eleição de prioridades e

profissionais envolvidos com a visita e os cuidados domiciliares. Sobre a busca ativa realizada através do ACS, averiguou-se que uma maioria de gestantes, hipertensos, diabéticos e mulheres com alteração dos exames citopatológico, faltosos às consultas, são beneficiados com a modalidade. Os dados permitem problematizar a Educação Permanente das equipes da Atenção Básica voltadas ao aprimoramento desta tecnologia. Uma questão que pode entrar nesta agenda é a utilização de protocolos ou documentos que definam situações prioritárias, visto que essas situações variam muito de acordo com a realidade de cada território. Além disso, os dados apontam para necessidade de um maior envolvimento da equipe de saúde bucal com o cuidado domiciliar.

ABORDAGEM DO CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: OLHAR DO USUÁRIO SOBRE O ACESSO E UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO

Rosa Camila Gomes Paiva

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Pessoa com Deficiência, Acessibilidade, Sistema Único de Saúde

As pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida devem estar em interação constante com seu meio sociocultural. Quanto mais essa população estiver num ambiente que lhe restrinja a mobilidade e a acessibilidade aos serviços, maior a dificuldade para conseguir uma vida plena e autônoma, levando-a a uma situação de desvantagem. A acessibilidade possibilita que as pessoas utilizem de todos os serviços, inclusive os de saúde, disponíveis de acordo com as suas necessidades, em todos os níveis de atenção. No tocante à acessibilidade aos serviços de saúde há duas dimensões a serem consideradas:

a dimensão sócio-organizacional, que se refere às características da oferta dos serviços e a dimensão geográfica, a qual está relacionada à distância e ao deslocamento. Objetivou-se avaliar a abordagem ao cuidado à pessoa com deficiência, pelo olhar do usuário sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde. Esta pesquisa caracteriza-se como sendo transversal e descritiva de abordagem quantitativa. A amostra do estudo foi estratificada por conglomerados, a partir de um universo estimado de 682 usuários com deficiência nas Unidades de Saúde da Família (USF), sendo considerada representativa, 236 usuários proporcionalmente distribuídos. Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado em questões objetivas relativas ao grau de afiliação, acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade), longitudinalidade e coordenação (integração de cuidados) e analisados quantitativamente por estatística descritiva. O presente estudo constatou que a maioria dos entrevistados eram deficientes físicos (62,3%) e analfabetos (56,4%), com idade média de 55,5 anos. Além disso, grande parte dos participantes (82,6%) relataram não possuir conhecimento no que tange os seus direitos como pessoa com deficiência. Apesar da avaliação majoritária quanto à saúde ter sido mediana ou boa e de terem afirmado que o serviço em sua maioria supre suas diversas necessidades, percebeu-se que existe uma insatisfação quanto à acessibilidade ao serviço. Também ficou clara a compreensão de que as unidades de saúde são a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao se discutir à acessibilidade na USF, é possível notar que ainda há muito por fazer para que as pessoas com deficiência recebam uma assistência equitativa, igualitária e universal preconizada pelo SUS. Sendo assim, é necessário um aprimoramento dos serviços de saúde na Atenção Primária, para que haja uma integralidade das ações em

saúde oferecidas aos usuários, bem como para a resolutividade dos seus problemas e a acessibilidade, de vital importância para a garantia da Universalidade da atenção.

ABORDAGEM FAMILIAR: A CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁXIS COM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS, RIO DE JANEIRO – RJ

Ana Carolina Menezes da Silva, Felipe Pinheiro Pergentino, Viviane dos Anjos Maresi, Vinícius Mendes da Fonseca Lima, Luiz Felipe da Silva Pinheiro

Palavras-chave: abordagem familiar, família, estratégia de saúde da família

INTRODUÇÃO: A Estratégia Saúde da Família (ESF), iniciou-se em 1994 como Programa, trazendo como objetivo a reorientação do Modelo de Atenção e a aproximação das famílias com o sistema de saúde, colocando em pauta a Abordagem Familiar (AF). Em vista disso, uma equipe da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (ENSP-FIOCRUZ) percebeu a necessidade refletir sobre a práxis AF com uma equipe da ESF. **OBJETIVO:** refletir sobre uma práxis da AF a partir da percepção inicial de uma equipe de saúde da família no território de Manguinhos no Município do Rio de Janeiro – RJ. **METODOLOGIA:** Estudo qualitativo, descritivo, analítico, de caráter construtivista, com a perspectiva pedagógica de uma práxis da AF na ESF. Foi desenvolvido com uma equipe da ESF no território de Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ, no período de outubro de 2014 a fevereiro de 2015. Foi realizada uma oficina sobre AF, dividida em quatro encontros que oportunizaram a reflexão e discussão. No primeiro encontro os participantes produziram mapas conceituais para expressar seu conhecimento prévio sobre

a AF. Os registros dos encontros geraram relatorias que foram analisadas conforme referencial de Deslandes (2013) sobre análise de conteúdo. Já na análise dos mapas conceituais foi utilizado o referencial de Tavares (2007). **RESULTADOS:** Os resultados apontaram que a AF está mais ligada a uma atitude do que ao uso de ferramentas, sendo um desafio para a ESF. A partir das oficinas é possível deduzir que os profissionais não têm uma visão conceitual plena sobre AF, mas se aproximam dela através das suas práticas. Essa compreensão pode variar de profissional para profissional, ainda assim há uma distância entre a intenção e o gesto. Cada mapa individualmente traz alguns elementos, mas nenhum deles é pleno conceitualmente, no entanto se fizermos um apanhado de todos eles, nos aproximaremos deste ideal conceitual e de atitude prática da AF. **CONCLUSÃO:** A partir do processo de reflexão proposto nos encontros das oficinas, considera-se que este trabalho tenha propiciado a equipe ESF uma construção da práxis sobre AF. Valorizando assim, as reflexões sobre a prática profissional e acreditando que abordar a família é um grande desafio para a ESF, pois requer do profissional o desejo de desprender-se da formação voltada para o indivíduo.

AÇÃO EDUCATIVA COM IDOSOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

Silvio Barros Barros do Nascimento, Deyla Moura Ramos Isoldi, Clelia Albino Albino Simpson, Francisca Patrícia Barreto Barreto de Carvalho, Tatiane Aparecida Queiroz Aparecida Queiroz, Ana Géssica Costa Martins, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, Jessica Naiara Silva Neres

Palavras-chave: Idoso, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Educação em Saúde, Enfermagem

A elevada taxa de idosos contaminados pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é devido à capa de invisibilidade da população no que concerne a enxergá-los como sujeitos sexualmente ativos. No entanto, com o envelhecimento da população, e de novas tecnologias como as que prolongam a vida sexual, esta sexualidade até então ignorada, emerge como uma questão a ser discutida. O aumento da incidência da Aids entre os idosos destaca-se como uma tendência mundial e demonstra a importância de estudos que analisem a situação da epidemia nessa população, uma vez que podem subsidiar o direcionamento de ações em saúde. A educação em saúde é capaz de atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que ocorra desenvolvimento da criticidade e capacidade de intervenção sobre suas próprias vidas. Além disso, as ações educativas caracterizam-se por transformar hábitos de vida de uma população tornando-os capazes de serem responsáveis por sua saúde. Nesse contexto, objetiva-se informar os idosos sobre a prevenção da Aids antes e após a prática da educação em saúde. Trata-se de um estudo quase experimental, quantitativo, realizado nos Centros de Referência de Assistência Social no município de Parnamirim/RN, de fevereiro a junho de 2014. A amostra foi composta por 60 idosos em situação de vulnerabilidade social, selecionados a partir dos critérios de inclusão e de exclusão do presente estudo. Os dados foram contabilizados, organizados e categorizados em planilha eletrônica do Microsoft Office Excel. Para a análise estatística, utilizou-se o teste Qui-Quadrado, considerando-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com número do parecer 719.926. Verificou-se na fase de pré-teste que somente 38,3% dos idosos sabiam o que é Aids e com relação a etiologia da doença,

menos da metade respondeu de maneira correta, ao dizer que tem como agente causador um vírus. Após a atividade de educação em saúde, os resultados refletem a mudança significativa do aprendizado que os idosos obtiveram diante da temática. E tal mudança é materializada nos valores apresentados no pós-teste. No questionamento “A Aids tem cura?”, cinquenta e sete idosos (95%) responderam corretamente assegurando não ter cura e observou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre o pré-teste e pós-teste nesse item ($p = 0,000$). O estudo revelou que o nível educacional interfere diretamente no desenvolvimento da vulnerabilidade a infecção pelo HIV, com relevância considerável quando campanhas educativas são desenvolvidas de maneira adequada, pois quanto menor o acesso às informações, mais vulnerável estará a Aids. Com este estudo, verificou-se que os idosos não recebem informações adequadas sobre a prevenção da Aids, detendo pouco conhecimento sobre a temática; observou-se também que a maioria não conhecia a doença antes da intervenção educativa. Por isso, deve-se enfatizar a prática da educação em saúde para esta população.

AÇÕES DE RECONHECIMENTO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Adalvane Nobres Damaceno, Danieli Bandeira, Helena Carolina Noal, Sandra Márcia Schmidt

Palavras-chave: Determinação das necessidades de saúde, Comunidade, Enfermagem

INTRODUÇÃO: As necessidades de saúde não se restringem às demandas biológicas, tampouco podem ser consideradas como individuais e isoladas¹. O cuidado em

saúde deve ser planejado considerando as necessidades e os serviços de saúde que devem estar preparados para lidar com elas, compreendendo os significados sobre sua natureza na interseção dos sujeitos implicados - nos momentos da produção e do consumo da saúde - de forma a buscar promover a autonomia dos sujeitos². Descrição Metodológica: Trata-se de uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com a utilização das palavras “necessidade de saúde” AND “comunidade” AND “Enfermagem” como palavras do título, resumo e assunto. Obtiveram-se uma amostra de 218 produções destas constituiu-se após critérios de inclusão/exclusão o corpus do estudo oito artigos. Objetivo: Identificar ferramentas utilizadas pelos profissionais de saúde no reconhecimento das necessidades em saúde da população de um território. RESULTADOS: As produções selecionadas descrevem a prática educativa em saúde como um processo de aprendizagem e reflexão, estabelecendo estreito contato com as situações do cotidiano sendo uma estratégia para construção coletiva do conhecimento em saúde junto à populações³. Ainda, segundo estudos³⁻⁵ as atividades lúdicas revelam-se como uma modalidade de se educar e de educar-se em saúde, proporcionando momentos ímpares de criação, integração e socialização. CONCLUSÕES: Acredita-se que os serviços de saúde, quando se organizam com foco nas necessidades da população, podem ou tendem a serem mais eficientes, no sentido de apresentar maior capacidade de escutar e atender as necessidades em saúde. Implicações para Enfermagem: O estímulo aos enfermeiros para adotarem outras estratégias sobre educação em saúde da população que visem à criatividade e à comunicação facilita o processo de ensino-aprendizagem. Ações como as encontradas nas produções demonstram a função social e libertadora das expressões humana no processo educativo.

AÇÕES DE SAÚDE REALIZADAS NO PERÍODO DE ATÉ SETE DIAS DE VIDA DAS CRIANÇAS NAS CINCO REGIÕES DO PAÍS

Karen da Silva Calvo, Audrien de Abreu Maciel, Évelin Maria Brand, Luciana Barcellos Teixeira, Marsam Alves de Teixeira, Emerson Silveira de Brito, Alcindo Antônio Ferla

Palavras-chave: (saúde da criança, atenção primária à saúde, saúde coletiva)

Apresentação: A Saúde Integral da Criança é uma linha de cuidado prioritária no Brasil. Mesmo com o decréscimo da mortalidade infantil, ainda é elevado o número de mortes neonatais evitáveis (1), o que aponta a relevância de a Atenção Primária à Saúde (APS) preocupar-se em acompanhar o recém-nascido desde a primeira semana de vida. Na primeira consulta após o nascimento é preconizado auxiliar a família quanto à amamentação e aos cuidados com a criança, realizar exame físico completo e teste do pezinho, orientar sobre as imunizações, e também detectar aspectos de vulnerabilidade à saúde (2). Dessa forma, este estudo tem como objetivo caracterizar os procedimentos realizados na primeira consulta da criança até sete dias de vida nas cinco regiões do país. Metodologia: Trata-se de um estudo observacional descritivo e ecológico (3), realizado através de dados secundários oriundos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)(4). O bloco da “Saúde da Criança” foi respondido pelos pais durante o ano de 2012. Os critérios de exclusão consistiram em indivíduos que realizavam sua primeira visita ao estabelecimento de saúde ou já o frequentavam por um período superior a 12 meses. Para a análise estatística, os dados foram transportados do software Excel® para o SPSS® e são apresentados por estatística descritiva. Resultados: Dentre as

8.774 crianças que constituíram a amostra, 65,5% foram submetidas à consulta nos primeiros sete dias de vida, a ocorrência desta consulta foi menos frequente no Norte (47,5%) e mais frequente no Sul (71,6%). Em relação às ações, 88,3% das crianças foram pesadas; 88,3% foram medidas; 71,5% foram colocadas para mamar; 88,9% tiveram o coto umbilical examinado; e 94,7% realizaram o teste do pezinho. Analisando as frequências dessas ações nas regiões, destaca-se o Sudeste com a maior frequência de exame umbilical (89,8%), nesse item, a menor frequência ocorreu na região norte (81,8%). O nordeste destacou-se no item observação da mamada (75,1%), contrapondo a região sul, que apresentou o menor valor (62,1%). Em relação ao teste do pezinho, o Sul sobressaiu com 94,1% e o Nordeste obteve uma frequência de 74,0%. Considerações finais: É preciso atentar para o fato de que há desigualdades regionais no que diz respeito à atenção à saúde da criança, esses resultados podem estar intimamente ligados à cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que ainda não é ideal, como também à qualidade no acesso e na execução das ações de atenção à saúde da criança disponíveis nas regiões. O questionário do PMAQ-AB investigou três tópicos essenciais para o exame físico durante a primeira consulta (peso, comprimento e exame do umbigo) e, ainda assim, 10% das crianças não foram submetidas a estes exames. Faz-se necessária maior qualificação das primeiras consultas de puericultura, já que o atendimento precoce ao recém-nascido pode identificar possíveis riscos à saúde e evitar desfechos negativos no período neonatal.

AÇÕES EM SAÚDE COMO INTERVENÇÃO NO COMBATE E PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS

Edilaine Santos Lima, Edmundo Rondon Neto, Angelica da Silva Espindola, Priscila

Maria Marcheti Fiorin, Maria da Graça da Silva

Palavras-chave: ações em enfermagem, drogas, prevenção, crianças e adolescentes

Os adolescentes e os adultos jovens são a população mais envolvida no consumo de drogas. Pois é o momento em que surgem dúvidas e questões de várias ordens, desde como viver a vida, modo de ser, de estar com os outros, até a construção do futuro relacionado às escolhas. Assim, é de particular importância estudar essa população de forma minuciosa, principalmente no que se refere ao uso frequente e pesado de drogas lícitas e ilícitas, e identificar fatores psicológicos e socioculturais associados a tal uso. É objetivo desta pesquisa realizar ações em saúde como intervenção no combate e prevenção ao uso de drogas em adolescentes. Pesquisa com caráter de intervenção com abordagem exploratória. Foi utilizada a metodologia ativa de aprendizado por meio de ações educativas, que buscaram alertar sobre os prejuízos do uso abusivo de álcool e drogas. Teve como população alvo adolescentes de 10 a 18 anos participantes do projeto de inclusão social em Campo Grande-MS. Foi aplicado um questionário sobre o conhecimento de drogas no início da realização do processo educativo. Foram entrevistados 18 indivíduos para identificação de fatores de risco e nível de conhecimento sobre drogas. Analisando os fatores relacionados ao uso de drogas 61,1% afirmam que já foram oferecidas drogas. E 38,9% afirmam que já experimentaram algum tipo de droga. Por meio dessa vivência pudemos conhecer a realidade dos adolescentes vulneráveis de uma comunidade carente, onde o consumo de drogas e o crime prevalecem. As ações de intervenção foram um sucesso, pudemos trabalhar vários assuntos de forma dinâmica e eficaz, e sensibilizar estes adolescentes a evitarem o consumo de drogas, e

pelos comentários dos participantes, observamos também que formamos futuros multiplicadores de conhecimento, o que trará reflexos positivos para toda a comunidade.

AÇÕES QUE VISAM A INTERSETORIALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: PROGRAMA ESCOLA COM SAÚDE E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Karolaine Cecilio, Alzira Aparecida Barros Assunção

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família, Programa Escola Com Saúde, Intersetorialidade

APRESENTAÇÃO: O Programa Saúde na Escola (PSE) criado com os objetivos de promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, promoção a saúde e a comunicação entre escolas e unidades de saúde. Contribuindo para a construção de um sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos, entre outros. Assim o espaço escolar ganhou destaque na perspectiva intersetorial para a produção da saúde. Não distante desse Programa, institui-se no município de Cuiabá o Programa Escola com Saúde (PES), baseado no programa nacional, porém com adaptações para a realidade local. **OBJETIVO:** Este trabalho tem como objetivo promover a comunicação e interligação entre o Programa Escola com Saúde (PES) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF's) na cidade de Cuiabá, utilizou-se como instrumento metodológico o trabalho realizado pelo Enfermeiro do PROVAB-Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, a fim de promover a intersetorialidade nestes serviços de saúde. Buscou-se identificar as problemáticas que

interferem na comunicação entre PES e ESF e assim estabelecer o plano de ação. O método foi empregado em diversas unidades de saúde da regional oeste do município de Cuiabá, porém apenas duas unidades foram entrevistadas para os dados desta pesquisa. O enfermeiro do PROVAB acompanhou a equipe do PES e visitou as unidades de saúde para conhecer a rotina e buscar parceria, como feedback dos resultados às equipes de saúde da família, ao finalizar as atividades na escola. **IMPACTOS:** Diante de todas as implicações para a consolidação da intersetorialidade nesses programas, observou-se que a intervenção aplicada aproximou as equipes e tornou o trabalho mais harmonioso e participativo, oferecendo desta forma uma melhora na assistência à população assistida por ambos. Conclui-se que a intersetorialidade nestes serviços de saúde são necessários, pois a escola, é um espaço de construção da cidadania, é apontada como espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de promoção a saúde, desta forma é preciso promover reuniões entre as equipes da ESF/ACS com o PES, preparar cronograma das ações em conjunto para atendimentos especificamente dos escolares, potencializando desta assim as ações de ambos nas atividades de promoção à saúde.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ARCO ÍRIS DE BRASNORTE – MT

Vanessa Domiciano de Souza, Marisa Dias Rolan Loureiro, Eliana Maria Siqueira Carvalho

Palavras-chave: Atenção Primária, Humanização, Acolhimento

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser o contato preferencial dos clientes

com o sistema de saúde e, por isso, é um dos componentes fundamentais no atendimento. A atenção qualificada faz-se necessária para garantir ampliação do acesso, humanização da assistência, fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais de saúde, equidade e integralidade nas unidades de saúde. Busca-se otimizar o processo de trabalho e, ao mesmo tempo, oferecer um atendimento resolutivo e satisfatório. Nesta perspectiva, o acolhimento se torna uma ferramenta indispensável para a reorganização do processo de trabalho em saúde, na medida em que possibilita a qualificação do acesso dos clientes aos serviços oferecidos pela equipe de saúde da família. O presente projeto de intervenção objetiva implantar uma estratégia de acolhimento com base em classificação de risco visando melhor acolhimento dos clientes. Para isso foram realizados fluxogramas de acordo com os riscos e escolha de um protocolo para priorização da atenção aos mais vulneráveis e com maior risco, em detrimento ao atendimento por ordem de chegada. Como resultado obtivemos maior aproximação dos clientes com a equipe, os atendimentos foram realizados de acordo os critérios clínicos estabelecidos no protocolo de acolhimento da unidade no tempo certo e de forma segura, ética e com qualidade. Diante das dificuldades que a equipe enfrentava com relação à demanda, a classificação de risco mostrou-se interessante como método de organização do processo de trabalho. O acolhimento com classificação de risco não quer dizer que todos os problemas de demanda estarão resolvidos, mas, tende organizar melhor o processo de trabalho, oferecendo mais humanização no atendimento. Os critérios hoje utilizados pela atenção primária são muitas vezes a prioridade dada individualmente pelo profissional, sem seguir critérios de avaliação objetivos, conclui-se que é imprescindível a

utilização do acolhimento com classificação de risco na Unidade Básica de Saúde (UBS), pois além de passar segurança para toda equipe, também cumpre com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS). Observou-se que muitos dos atendimentos podem descentralizar da figura do médico. Se a existência do acolhimento gerar cuidados para os clientes, com o tempo, provavelmente, eles irão defender mais essa rotina, aumentando suas chances de sucesso e, conseqüentemente fortalecendo a Atenção Básica.

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NO PRONTO SOCORRO SOB A ÓTICA DO ENFERMEIRO EM FORMAÇÃO

Lays Oliveira Bezerra, Jéssica Samara do Santos Oliveira, Irinéia de Oliveira Bacelar Simplicio, Jamille Sada dos Reis Morreira, Mariane Santos Ferreira, Jocileia da Silva Bezerra, Camila Rodrigues Barbosa

Palavras-chave: Descritores: Urgência e Emergência, Classificação de risco, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: O Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco (SACR) é um método que tem se mostrado eficiente na triagem, determinando prioridade no atendimento em unidades de Urgência e Emergência, visando à diminuição do período de espera, assim como para organização dos serviços prestados neste âmbito. Destarte, neste estudo buscou-se avaliar a percepção de enfermeiros em formação de uma Instituição de Ensino Superior de Santarém a respeito do conhecimento sobre o Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa. O estudo contou com a participação de 16 acadêmicos de enfermagem cursando

o décimo semestre em uma instituição de ensino superior de Santarém. Utilizou-se um formulário estruturado para identificar a percepção dos voluntários a cerca do acolhimento com classificação de risco, atendendo a critérios de inclusão e exclusão. **RESULTADOS:** 100% dos pesquisados pertenciam ao sexo feminino, corroborando com a faixa etária entre 22 a 38 anos. Destas, 100% asseguraram a abordagem do referido tema durante a trajetória acadêmica, 68,8% afirmaram saber atuar em um serviço de urgência e emergência contudente com o SACR, enquanto 31,2% relataram que não saberiam conduzir adequadamente ações nas condições deste serviço. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Através da pesquisa em questão, ressalta-se a necessidade de estabelecer estratégias que favoreçam e facilitem a formação dos futuros profissionais que irão atuar no atendimento de urgência e emergência baseado na lógica da classificação de risco/prioridade. Há diversos protocolos de classificação de risco utilizados, para tanto estes podem compreender vantagens e desvantagens, que deverão ser analisadas de acordo com o perfil da população elencada e dos serviços de aprendizado vigentes, como consequência deste processo enfatiza-se a humanização do cuidado e, também, a melhoria considerável na assistência ao usuário. Descritores: Urgência e Emergência, Classificação de risco, Enfermagem.

AFECÇÕES DEGENERATIVAS NA COLUNA VERTEBRAL E POSSIBILIDADES DE RELAÇÃO COM O HISTÓRICO DE TRABALHO INFANTIL

Vanessa Michelin Cocco, Ana Fátima Viero Badaró

Palavras-chave: Trabalho de menores, Saúde do trabalhador, Doenças da coluna vertebral

O trabalho, enquanto atividade humana ocupa um paradoxo: o de fazer parte da formação ontológica do homem e, o de contribuir para seu adoecimento físico e mental (CEZAR; BROTTTO, 2012; FARIA 2010). Dentre as alterações que podem ser geradas nas estruturas corporais, destacam-se as afecções na coluna vertebral, a qual suporta grande parte das cargas impostas ao corpo (CORRIGAN; MAITLAND, 2003). Na infância e adolescência, o trabalho é ilegal antes dos 14 anos de idade, exceto na condição de aprendiz, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, além de ser condição de privações e prejuízos à saúde e às condições dignas de vida (BRASIL, 2005; 1990). Com base nesses pressupostos, o objetivo deste estudo foi investigar o histórico de trabalho infantil (TI) em trabalhadores jovens adultos, com afecções degenerativas na coluna vertebral. De natureza qualitativa, a pesquisa foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, com trabalhadores assistidos no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST Região Centro, Santa Maria – RS, Brasil. Para análise dos dados foi aplicado o Discurso do Sujeito Coletivo, técnica que busca reconstruir, com pedaços de discursos individuais, um determinado modo de pensar ou de representar um fenômeno social (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005; 2009). O CEREST Região Centro apresentava 969 cadastros entre os anos 2007-2013, e destes, 93 eram de indivíduos jovens-adultos com doenças degenerativas na coluna. A partir desta amostra (n=93) foram realizadas 17 entrevistas, encerradas por saturação, onde 10 dos entrevistados relataram histórico de trabalho infantil. Da análise destas entrevistas, emergiram quatro ideias-centrais, que expressam as representações do trabalho na vida desses trabalhadores, quando crianças e adolescentes: “Especificidades demográficas, demandas familiares e potencial gerador de riscos:

algumas situações que permeiam o trabalho infantil”; “Dilema para o trabalho infantil: necessidade x independência”; “Privações geradas pelo trabalho na infância como preditoras de repercussões no desenvolvimento biopsicossocial”; e “Reprovação do trabalho infantil reforçada pelo seu histórico enquanto vítima”. Apesar das dificuldades em mensurar o nível de influência do TI nas doenças da coluna, percebem-se implicações indiretas na vida destes trabalhadores, enquanto provável fenômeno parece determinante nos projetos de vida, com repercussões biopsicossociais nos períodos da infância e adolescência.

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: O TRABALHO DE UM ATOR-CHAVE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ana Claudia Pinheiro Garcia, Rita de Cássia Duarte Lima, Maria Angélica Carvalho Andrade, Heletícia Scabelo Galavote, Ana Paula Santana Coelho, Elza Cléa Lopes Vieira, Renata Cristina Silva

Palavras-chave: agente comunitário de saúde, estratégia saúde da família

Apresentação: Enquanto uma proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu no cenário brasileiro baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Frente à amplitude e a complexidade do papel assumido pelos agentes comunitários de saúde (ACS) na ESF, o presente estudo visa conhecer o perfil e a realidade de trabalho desses profissionais, buscando contribuir para a consolidação do SUS. **Desenvolvimento do trabalho:** Trata-se de um estudo quantitativo, realizado no estado do Espírito Santo, em 10 municípios com população superior a 50 mil habitantes, entre julho de 2012 e agosto de

2013. Foram selecionadas as Unidades de Saúde da Família com equipes completas, totalizando 121 ACS participantes do estudo, que faziam parte de equipes da ESF em que os profissionais atuavam juntos há no mínimo seis meses. Para coleta de dados foi utilizado um questionário autoaplicável estruturado por quatro tópicos: perfil do profissional, inserção e capacitação na ESF, organização do processo de trabalho na ESF e coordenação e integração na rede dos serviços de saúde e contavam com 70 questões. A análise descritiva dos dados foi realizada por meio do pacote estatístico SPSS 18.0. Resultados: Os resultados apresentam o ACS como um trabalhador híbrido que fundamenta o seu trabalho nas atribuições definidas pela Política Nacional de Atenção Básica com predomínio de atividades como: visita domiciliar, atualização de cadastro, reunião de equipe e acompanhamento dos grupos prioritários definidos pelo Ministério da Saúde. Embora grande parte dos ACS realize o mapa inteligente e o diagnóstico de saúde, somente 13,2% identificam famílias de risco e 14,9% realizam o levantamento de problemas de saúde de sua microárea. Considerações finais: Os resultados nos levam a questionar a verdadeira finalidade do mapa inteligente e do diagnóstico de saúde, ou a forma de participação do ACS na elaboração desses instrumentos, que pode estar restrito somente à formalização da prática. Tal fato levanta dúvidas se esses instrumentos de planejamento das ações com base na definição do critério de risco estão sendo construídos com base nos nós críticos identificados pelos ACS no cotidiano de trabalho. Esta constatação pode refletir ainda a posição deste trabalhador à margem dos processos decisórios da equipe.

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: FATORES ASSOCIADOS À INTERRUÇÃO PRECOCE

Bianca Waylla Ribeiro Dionisio, Gilnara da Silva Monteles

Palavras-chave: Aleitamento Materno Exclusivo, Desmame, Fatores

O leite materno é a estratégia mais econômica, completa, natural e a mais adequada para quase todos os recém-nascidos, salvo raras exceções. Seus benefícios são inquestionáveis devido suas propriedades nutricionais e anti-infecciosas, bem como vantagens psicossociais (BRASIL, 2009; UNICEF, 2008). A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) desde 1991 promovem e apoiam a prática do aleitamento exclusivo até os seis meses de idade, a qual deve ser mantida até os dois anos de vida ou mais com a complementação alimentar. Esta pesquisa teve como objetivo verificar os fatores determinantes que levam a interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. Trata-se de um estudo de campo de caráter exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvida junto a dez mães com crianças em idade de 6 meses a 1 ano, entre os meses de maio a junho de 2014. Utilizamos para coleta de dados uma entrevista individual gravada por meio de um dispositivo portátil, guiado por um roteiro. Para análise e discussão dos dados utilizamos como suporte a Análise de Conteúdo de Bardin (1979), que permitiu a estruturação de quatro categorias temáticas: Eu dei somente leite do peito até; Realizei o desmame precoce porque; E o que eu dei pro meu filho no lugar do peito; Quem me ensinou que amamentar é importante?. Em nossos resultados observamos que a população estudada na pesquisa é carente de informações sobre como realizar a

amamentação, o que torna evidente a falta de preparo dos profissionais de saúde para orientar e desenvolver programas educativos de estímulo ao aleitamento. Concluímos que diante da dimensão do assunto, existem inúmeros significados expostos no que se refere ao processo de amamentar-desmamar. Entendemos, além dos julgamentos comuns e individuais, que este estudo não deve se esgotar por aqui. Outros aspectos poderão ser abordados e novas pesquisas poderão ser realizadas com mais profundidade e em um período mais prolongado para a obtenção de um resultado mais preciso. Consideramos necessária a adoção de estratégias por parte dos profissionais de saúde e dos acadêmicos de enfermagem, para agirem de forma com que essas mães possam compreender os benefícios que o aleitamento materno possui. Com isso, sugerimos a realizações de ações, tais como rodas de conversas, grupos terapêuticos, palestras educativas antes da realização das consultas, com intuito de sensibilizá-las e despertar o interesse em aleitar seus filhos.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA E EM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE NATAL

Emilly Miranda, Alanny Moutinho, Aline Bezerra

Palavras-chave: Sífilis Congênita, Cuidado Pré-natal, Promoção da Saúde

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, causada pela bactéria *Treponema pallidum* e suas principais formas de transmissão são através de relações sexuais e de forma vertical, quando é transmitida de mãe para o filho durante a gestação ou durante o parto. A sífilis congênita apesar de um agravo evitável, ainda permanece como um grande problema de saúde pública.

Durante a gravidez, a doença pode causar diversas complicações, desde o aborto espontâneo, má formação do feto, até a morte do recém-nascido ou causar surdez, deficiência mental e cegueira entre outras sequelas. O Pacto pela Saúde trabalha em um dos seus eixos o Pacto pela Vida, e entre suas prioridades está a redução da mortalidade materna e infantil tendo como uma dos componentes a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e da sífilis. Diante disso, faz-se necessário um conhecimento maior acerca dos casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita para que ações de promoção e prevenção sejam direcionadas de maneira mais eficazes. O presente estudo tem como objetivo analisar o cenário epidemiológico da infecção da sífilis em gestantes e sífilis congênita no Município de Natal, no Estado do Rio Grande do Norte. Foi realizada a coleta de dados no SINAN e DATASUS nos últimos seis anos. A sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória desde 1986 e a sífilis em gestante a partir do ano 2005. No período em estudo foram registrados 309 casos de sífilis em gestante no Município de Natal, das quais 76,8% das gestantes realizaram o pré-natal, porém apenas 24,1% tiveram seus parceiros tratados, e 53,9% delas não foram diagnosticadas com a doença durante a gravidez. O número de notificação de sífilis congênita no período em análise é quase o dobro de casos de Sífilis em gestantes, com o total de 684 casos, com uma média de aproximadamente 100 casos ao ano. Embora as metas nacionais busquem a eliminação da sífilis congênita, reduzindo a incidência desse agravo para menor de 0,5 caso por mil nascidos vivos, Natal ainda possui uma tendência crescente dos casos, o que revela a necessidade de reforçar as ações de diagnóstico e prevenção a fim de prevenir a transmissão vertical. Até o ano de 2011, o Rio Grande do Norte ocupava a 5^a posição dentre os estados brasileiros

com incidência de Sífilis congênita e Natal ocupava a 6^a posição dentre as capitais brasileiras. A Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde para a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, promove também a ampliação da detecção precoce da sífilis em gestantes com a oferta de Teste Rápido de HIV e Sífilis na Atenção Básica. É importante que essas gestantes tenham acesso ao diagnóstico oportuno da doença, através do teste rápido de Sífilis nas consultas de pré-natal, esse é um passo fundamental para a eliminação da Sífilis congênita, permitindo que a gestante e seu parceiro tenham acesso ao tratamento prevenindo assim a transmissão vertical.

ANALISE DE AÇÕES VOLTADAS AO ENFRENTAMENTO DO SUICÍDIO INDÍGENA EM UM CONTEXTO AMAZÔNICO

Marluce Mineiro, Sabine de Lima Rosas, Juliane Nascimento Fagundes

Palavras-chave: Suicídio Indígena, Ações preventivas, Amazônia

APRESENTAÇÃO: O suicídio é um fenômeno universal e complexo, considerado um problema de saúde pública apresentando elevadas taxas em diferentes locais do mundo, especialmente na faixa etária jovem. O suicídio é atualmente uma das dez principais causas de morte no mundo e a terceira maior causa de morte em pessoas entre 15 e 34 anos de idade. **Objetivo:** Trata-se de um estudo que visa analisar as ações utilizadas pelos gestores do município de São Gabriel da Cachoeira para o enfrentamento dos casos de suicídio na região. **Desenvolvimento:** Optamos pela Pesquisa Documental em virtude da transição de profissionais e gestores, que não faziam mais parte da equipe técnica que acompanhou as ações do período em que

fenômeno, demandou esforços dos gestores e profissionais do município, sendo assim necessário recorrer às fontes primárias. **RESULTADOS:** Com a finalidade de evitar suicídios e tentativas de suicídio, várias instituições do município elaboraram um “Plano Interinstitucional de Enfrentamento do Suicídio em São Gabriel da Cachoeira”, desenvolveram ações emergenciais em conjunto, incluindo ainda os familiares dos envolvidos nos suicídios e nas tentativas de suicídio. Os relatórios não sinalizam se as ações desenvolvidas foram pautadas de acordo com o que preconiza a Portaria GM/MS nº. 1.876, de 14/08/2006, que versa sobre as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, tampouco citam o Manual de Prevenção de suicídio, direcionado para os profissionais de saúde. Porém, todas as iniciativas refletiam de alguma forma o direcionamento apresentado na legislação pertinente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As ações desenvolvidas no município, contribuíram para uma redução significativa dos casos de suicídio indígena na região. No entanto, a complexidade do tema suicídio exige um conjunto articulado de ações e estratégias que envolvam a pesquisa como base para compreensão dos diversos fatores que motivam o ato, sobretudo em um contexto tão específico como o amazônico, para subsidiar práticas profissionais e gestão de serviços e políticas voltadas para este tema.

ANÁLISE DE REDES SOCIAIS NAS COALIZÕES PARA A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA EM MEDELLÍN E A SUA ÁREA METROPOLITANA

José Camilo Botero Suaza, Dora Hernández Holguín, Eliana Alzate Gutiérrez, Daniel Zaraza

Palavras-chave: Redes Sociais, violência, convivência, política pública

INTRODUÇÃO: Medellín, a capital do estado de Antioquia, localiza-se no noroeste da Colômbia numa região chamada de Valle de Aburrá, que agrupa mais nove municípios com uma população conjunta de três milhões e meio de habitantes. Os esforços liderados por Medellín têm enfrentado a problemática da violência com um investimento per capita em justiça e segurança três vezes maior que o de outras capitais do país. Procurando melhores resultados nesse campo, no ano 2007, os dez prefeitos dos municípios do Valle de Aburrá assinam a Política Pública de promoção da convivência e prevenção da violência (2007-2015) desde a perspectiva da saúde pública. Nesse contexto se desenvolve uma pesquisa avaliativa que tem por propósito conhecer os efeitos e processos decorrentes nesta política. O objetivo deste trabalho é apresentar o resultado parcial da pesquisa avaliativa, consistindo na descrição das redes de atores na prevenção da violência no Valle de Aburrá. **MÉTODO:** Utilizou-se o método de Análise de Redes Sociais para conhecer os atores centrais, atores ponte ou intermediários e atores próximos, permitindo inferir sobre as dinâmicas de comunicação e interação ao interior das redes e o processo de tomada de decisões sobre a política pública nos eixos temáticos de segurança, prevenção da violência e promoção da convivência. Foram realizadas entrevistas com os atores envolvidos dos 10 municípios, em relação a essa temática, com uma amostra não representativa de 157 atores, perguntado a cada um deles quais as relações que tinham com outros atores naquele momento (anos 2014 e 2015). A análise descritiva dos dados foi feita com o software Ucinet 6.0 e, posteriormente, as redes de atores foram representadas graficamente com o software Netdraw 2.0. Com esses procedimentos, foi possível estabelecer as seguintes medidas descritivas: centralidade, densidade,

centralização, intermediação e proximidade. **RESULTADOS:** No Valle de Aburrá os atores que dizem se relacionar mais com outros nas temáticas escolhidas são as Juntas de Ação Comunal (JAC) e Juntas Administradoras Locais (JAL) (57,3%), prefeituras (25,6%), organizações e coletivos sócias (12%) e ONG's (10,3%). De outro lado, os atores que são enunciados em maior grau por outros atores que são as prefeituras (34,6%), JAC e JAL (21,2%), Polícia Nacional (16,1%) e organizações e coletivos sócias (12,6%). As redes de atores são pouco densas, com uma média de 3,64%, isto quer dizer que as redes não estão muito conectadas e mantém uma estrutura centralizada. Os atores intermediários tão pouco são muitos, atingindo um 3,54%. Embora, essas redes constituam uma só por município, ou seja, não se apresentaram em nenhuma delas atores isolados ou opositores. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os principais atores envolvidos nas redes de prevenção da violência e promoção da convivência são atores estatais, isto apesar do avanço do modelo neoliberal na administração pública e terceirização dos serviços sociais e de saúde experimentado pelo país. Observa-se também que as JAC e as JAL têm grande importância nessas temáticas, constituindo uma força da sociedade civil na tomada de decisões dessa política pública.

ANÁLISE DO EFEITO GLOBAL DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ) EM SEUS ASPECTOS MACRO E MICROPOLÍTICOS EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO ESPIRITO SANTO, BRASIL

Thais Antunes Sossai, Elza Cléa Lopes Vieira, Heletícia Scabelo Galavote, Paula de Souza Silva Freitas, Rita de Cássia Duarte Lima, Eliane de Fátima Almeida Lima, Érika Maria Sampaio Rocha, Bruna Lígia F. Almeida

Palavras-chave: Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde, Estratégia Saúde da Família, pessoal de saúde

APRESENTAÇÃO: O presente estudo, em andamento, tem como objetivo analisar o efeito global do PMAQ em seus aspectos macro e micropolíticos, por meio dos indicadores de desempenho relativos à assistência pré-natal no estado do Espírito Santo (ES), Brasil. A análise da implantação do PMAQ ocorrerá em múltiplos níveis, com a utilização de ferramentas quantitativas e qualitativas, ao avaliar o impacto por meio de indicadores e ao propor como um dos elementos centrais da produção o diálogo com os atores envolvidos na política em curso. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta dos dados teve início em outubro de 2015 com previsão de término para dezembro de 2015, em um município do estado do ES selecionado mediante sorteio aleatório. Os dados secundários serão extraídos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para o cálculo dos indicadores de desempenho relativos à assistência pré-natal, no período de dezembro de 2010 a dezembro de 2014. As equipes de Saúde da Família foram selecionadas em relação ao critério de inclusão de terem participado dos dois ciclos do programa, o que totaliza oito equipes no município em estudo. As entrevistas individuais semiestruturadas serão aplicadas aos profissionais de nível superior, médico e enfermeiro, das equipes de saúde da família selecionadas. Os dados provenientes das entrevistas serão transcritos e o conteúdo produzido será analisado a partir da análise de conteúdo. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** A hipótese aqui contida é que

a partir da Portaria do PMAQ (Portaria Nº 1.654/11) haverá uma mudança de cultura organizacional, sendo possível para gestores e trabalhadores pactuarem metas que estimulem um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica. Se de fato isto ocorrer, espera-se que as avaliações sejam progressivamente melhores, que seja possível perceber a diferenciação e singularização do acompanhamento das equipes de atenção básica pelos apoiadores, identificando equipes que precisam ser acompanhadas de perto, cujos processos de trabalho precisam ser sejam revistos, implicando em uma mudança da organização dos setores da secretaria e de outras equipes que apoiam a atenção básica. Isto é, uma nova conformação de gestão, como novas agendas e novos processos de acompanhamento que implicam a utilização dos indicadores do PMAQ não de forma burocrática, mas como referência para tomada de decisão sobre a política de atenção básica local juntamente com as equipes locais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Espera-se que este estudo desnude o efeito que o programa está produzindo no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família em um município do estado do ES.

ANÁLISE DOS REGISTROS POR CAUSAS EXTERNAS EM PRONTO SOCORRO NO MUNICÍPIO DE LAGARTO-SE

Aline Gonçalves Santos Viana, Adênia Karen Cardoso Costa, Juliana Almeida Nunes Teixeira, Laís Melo Andrade, Luanderson Oliveira Silva, Maria Taíres dos Santos, Rebeca Silva Moreira, Roberto dos Santos Lacerda

Palavras-chave: Causas Externas, Morbidade, Epidemiologia

APRESENTAÇÃO: As causas externas tem se configurado como grave problema de saúde pública entre as diferentes faixas etárias. Segundo Gawryszewski, Koizumi e Mello-Jorge (2004), a partir de 1980 as causas externas ocupam o segundo lugar nas causas de morte no Brasil. Dessa forma, faz-se necessário o estudo sobre esses agravos, para subsidiar ações de prevenção, visto que esses agravos são evitáveis. **Desenvolvimento do trabalho:** Estudo quantitativo que buscou analisar os atendimentos por causas externas realizados em um pronto-socorro da cidade de Lagarto-SE, no primeiro semestre de 2012. Os prontuários foram selecionados de acordo com a causa do atendimento, identificando-se posteriormente o tipo de lesão no campo diagnóstico/ descrição. Os dados foram contabilizados em planilha informatizada. Foram analisadas as seguintes tipos de causas externas: agressão física, acidentes de carro, acidentes de motocicletas, quedas, cortes e outros. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Os resultados foram analisados a partir da frequência de atendimentos por causas externas totais por mês. Os dados são apresentados em números absolutos de atendimentos por causas externas e os valores relativos referentes ao tipo de cada causa externa estudada. A análise por mês demonstrou que no mês de janeiro ocorreram 574 atendimentos por causas externas, fevereiro 717, março 754, abril 733, maio 546 e junho 595, totalizando 3919 atendimentos no pronto socorro. Segundo o tipo de causas externas, os percentuais em relação ao número de atendimentos totais foram: 30,9% quedas, 29,4% acidentes de moto, 17,2% cortes, 5,3% agressões, 2,2% acidentes de carro e 15% classificados como outros. Na categoria outros foram encontrados acidentes e violências do tipo: atropelamentos, queimaduras e ferimentos

com arma branca. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Outros estudos também apontam quedas e acidentes de transporte como causas importantes de internamentos, assim como os dados aqui apresentados. Tais estudos mostram sua importância quando os dados servem como ferramentas para impulsionar ações de prevenção que refletem diretamente no sistema público de saúde, diminuindo os gastos financeiros na assistência a essas vítimas, além de ser ferramenta também para os profissionais de saúde.

ANÁLISE ESTATÍSTICA DA DESPESA FEDERAL COM SAÚDE

Aline Medeiros, Zenewton Gama, Débora Silva, Islany Dynara Silva

Palavras-chave: Estatística, gastos públicos, saúde

APRESENTAÇÃO: De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde) para avaliar um Sistema de Saúde de um país são necessários seis blocos de construção, os chamados Building Blocks. Sendo eles: Serviços de saúde prestados, Profissionais de saúde, Informações de saúde, Medicamentos essenciais, Financiamento da saúde e Liderança e Governança. Detendo-se ao financiamento da saúde foram analisados os gastos federais com saúde no Brasil como proporção do PIB, durante a série temporal de 1995 a 2012 com a finalidade de verificar a evolução dessa despesa. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O trabalho consistiu em buscar quais os gastos federais com saúde como proporção do PIB no portal DATASUS, dentro do sistema de informação que tem como fonte o IPEA/DISCO. Composto os gastos totais foram levados em consideração os gastos diretos com saúde, gastos com pessoal, transferências a estados e Distrito

Federal (DF) e transferências a municípios. Há mais componentes que não foram alvos deste estudo. A análise estatística foi feita por meio do programa estatístico SPSS, gerando como mensuração as frequências desses gastos, boxes-plots, histogramas e pelo Excel o gráfico de evolução temporal: o gráfico de linha. Resultados: O gasto federal que mais se repetiu foi 1,68, nos anos 2002, 2006 e 2010. A menor despesa foi 1,53 em 1996 e a maior foi 1,86 em 2012, sendo esse um valor discrepante no box-plot e com mediana de 1,68, mesmo valor da média com desvio padrão de 0,88. Nos gastos diretos com saúde, a mediana é de 0,64, com mínimo e máximo de 0,46 e 1,55, respectivamente e possui média de 0,78, sendo seu desvio padrão 0,33. Os gastos com pessoal tiveram média de 0,23 com desvio padrão 0,05, a mediana foi de 0,22, enquanto o mínimo foi 0,18 e máximo 0,35. A transferência a estados e Distrito Federal teve média de 0,28 com desvio padrão de 0,14. Já a transferência a municípios obteve média de 0,58 com desvio padrão de 0,2. Voltando-se para os últimos quatro anos estudados (2009 a 2012), podemos verificar que os gastos com saúde ficaram acima da média, exceto em 2010, que esteve na média. Segundo a linha de tendência linear do gráfico de linha, nota-se que os valores vão aumentando timidamente, já que de 1995 para 1996 ocorreu uma queda, depois os valores ficaram próximos à média, então em 2009 teve um aumento, caiu novamente em 2010 e nos últimos anos vem crescendo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: De acordo com esta análise pode-se concluir que os gastos federais com saúde como proporção do PIB são irregulares de acordo com o gráfico de linha gerado, por ser uma constante multifatorial. Os gastos com pessoal são quase um terço dos gastos diretos com saúde. E as transferências a municípios são menores do que aos estados em

conformidade com o repasse Fundo a fundo do SUS. Segundo o IBGE, o valor dos gastos públicos com saúde do Brasil em 2010 foi de 4,2% do PIB, sendo este valor a metade dos gastos no Canadá no mesmo ano.

ANÁLISE SOCIODEMOGRÁFICA DOS CASOS NOTIFICADOS DE SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM 2013

Felipe Elias Álvares Moreira, Edward Theodoro Dresch, Luciana Maria Borges da Matta Souza

Palavras-chave: Sífilis Congênita, Saúde da Família, Epidemiologia

APRESENTAÇÃO: Todos os estudos brasileiros realizados até a atualidade sobre o perfil sociodemográfico das mães diagnosticadas com sífilis durante a gestação demonstraram que a maioria dessas mulheres pertencia a uma classe social baixa, apresentavam baixo grau de escolaridade e assistência pré-natal precária. Esta pesquisa tem como objetivo identificar o perfil sociodemográfico das mães de crianças notificadas como portadoras de sífilis congênita no município do Rio de Janeiro a partir da ficha de notificação compulsória e discorrer sobre os principais motivos da manutenção da alta prevalência de sífilis congênita em nossa sociedade. DESENVOLVIMENTO: Pesquisa de caráter quantitativo, transversal e descritiva, que será realizada a partir da análise dos dados da ficha de notificação compulsória o Ministério da Saúde, preenchidas por profissionais de saúde no ano de 2013, no município do Rio de Janeiro. RESULTADOS: A análise dos dados ainda está em andamento, entretanto, desde já podemos afirmar que alguns aspectos corroboram dados obtidos em outros trabalhos. Dentre as 1706 fichas de notificação compulsória analisadas

observa-se que a faixa de idade da gestante está entre 17 e 25 anos (957 delas) apresentando como extremos as idades de 12 e 48 anos com um caso para cada. Santa Cruz foi o bairro com maior número de notificações em 2013 com um total de 168, seguido de Campo Grande com 100 casos e Bangú com 98. Com relação à escolaridade, 1/4 das mães não concluíram o Ensino Fundamental, vale ressaltar que em 44,8% das notificações este campo foi ignorado, não informado ou preenchido como “não se aplica”. Quanto à raça, a maioria das gestantes se autodeclararam “pardas” (40,2%). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Percebe-se que as Áreas Programáticas (APs) 5.1, 5.2 e 5.3 (correspondentes respectivamente aos bairros de Bangu, Campo Grande e Santa Cruz) apresentaram a maior incidência dos casos notificados. Cogita-se a hipótese de que essas taxas sejam decorrentes do baixo índice de desenvolvimento humano (IDH) e da baixa escolaridade da população daquelas regiões, no entanto é possível que, concomitante ou isoladamente, a grande cobertura da região pela Estratégia Saúde da Família (92%) tenha aumentado o número de diagnósticos e notificações.

APLICACÃO DA CITOLOGIA DE COLO UTERINO, NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COMO FORMA DE PREVENÇÃO

Shirley Yajaira Cerinza Vila, Marta de Melo Oliveira e Silva

Palavras-chave: Rastreamento – Câncer de colo de útero – Exame Papanicolau

O câncer de colo de útero representa um sério problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, onde são responsáveis por, aproximadamente, 80% dos óbitos por neoplasias. Apesar desta estatística, a doença pode ser diagnosticada precocemente, por

meio do exame preventivo (Papanicolau). O objetivo do projeto de intervenção foi analisar os achados colpocitopatológicos coletados nas usuárias através do exame Papanicolau realizado na unidade de saúde da família Parque Santa Rita, para rastreamento de câncer de colo de útero no período entre março a agosto/2014. No período estudado foram realizados 123 exames preventivos em mulheres entre 17 e 73 anos. Os exames de Papanicolau eram coletados pelo médico e encaminhados ao laboratório e com o resultado do exame uma nova consulta era realizada a fim de explicar às usuárias o diagnóstico e dar procedência em caso de necessidade de tratamento. Na análise dos resultados laboratoriais do exame Papanicolau, observou-se que a microbiota detectada foi representada pela elevada prevalência de lactobacilos sp., seguida de Cândida, outros bacilos, bacilos supracitoplasmáticos sugestivo de Gardnerella/Mobiluncos e cocos. Outros bastonetes curtos foi encontrado em algumas amostras da população estudada. Os resultados de todos os exames Papanicolau realizados tiveram como conclusão ausência de malignidade, ou seja, todos os achados dos materiais examinados da amostra estavam dentro dos limites de normalidade. O projeto de intervenção (PI) em questão preocupou-se em implantar uma rotina de realização de exames Papanicolau de forma eficaz na própria unidade de saúde para rastreamento de câncer de colo de útero precocemente, já que não se tinha a vivência dessa prática. Como propostas para superar as fragilidades do PI ressalta-se a importância de se ter profissionais da unidade de saúde da família qualificados, treinados e em número suficiente, assim como o acesso facilitado aos resultados laboratoriais do exame Papanicolau para fazer o rastreamento do câncer de colo uterino.

**APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA GOYTACÁ:
EXPERIÊNCIA EM DEBATE**

Luana da Silveira, Marcia Borges Henrique, Henrique Melo Amaral, Matheus Peixoto, Renata Silva Alves, Renato Glória, Maria da Penha Furtado

Palavras-chave: trabalho, formação, educação permanente, pesquisa

O presente trabalho visa relatar a experiência do grupo de pesquisa Transdisciplinaridade e Clínica da UFF - Campos dos Goytacazes/RJ no acompanhamento junto aos apoiadores institucionais da Diretoria de Atenção Básica (DAB), na reimplementação da Estratégia de Saúde da Família- ESF no município, tendo como foco de pesquisa seus processos de trabalho para reorientação do modelo assistencial. O Município tem uma vasta extensão territorial de 4.026,696 km². Tem-se, portanto, pensado oficinas regionais onde se possam discutir localmente junto às equipes as questões de cada território e, em conjunto, construir propostas coletiva de cuidado pertinente a necessidade de cada população. Em 2014, a Atenção Básica de Campos dos Goytacazes, retornou ao modelo da Estratégia Saúde da Família e, até o momento, foram implementadas 27 unidades básicas PSF. No segundo semestre daquele ano a DAB ofereceu um curso intitulado “Gestão e Atenção” para todos os trabalhadores da ESF. Nesse momento, o grupo de pesquisa esteve presente como ouvinte. Posteriormente, a partir das articulações feitas, foi possível acompanhar o coletivo de apoiadores em suas reuniões na DAB e também nas unidades de saúde junto às apoiadoras bem como nos espaços de Educação Permanente. Para o fortalecimento do coletivo de trabalhadores, apostou-se na oferta da Educação Permanente, para os trabalhadores das equipes da ESF. Neste espaço abordam-se

temas pertinentes a prática das equipes tais quais: saúde bucal, saúde da mulher, saúde mental, humanização, dentre outras. Os espaços de EP têm possibilitado trocas, apoio técnico e permitido maior integração entre os diversos trabalhadores da rede. A implementação destes dispositivos por parte da gestão é orientada por um fazer coletivo que visa superar os modos autoritários de gerir, fazendo os demais integrantes das equipes sujeitos implicados é coparticipantes na produção de práticas de cuidado. Também se compreende que os processos de formação-intervenção são indissociáveis entre si, e que saberes e poderes até então instituídos podem ser ressignificados possibilitando novos modos de fazer saúde. Seguindo as contribuições da Análise Institucional Francesa e a Política Nacional de Humanização, reforça-se a aposta na formação-intervenção, compreendendo que se trata de exercício prático de experimentação no cotidiano dos serviços de saúde com as equipes, já que é um exercício indissociável da experimentação, do convívio, da troca entre sujeitos em situações reais. É a qualidade e intensidade desta troca que favorece processos de formação.

**APOIO MATRICIAL E INSTITUCIONAL:
ESTRATÉGIA PARA A QUALIFICAÇÃO DA
ATENÇÃO BÁSICA NO ENFRENTAMENTO
ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

Olinda Lechmann Saldanha, Cássia Regina Gloter Medeiros, Gisele Dhein, Lydia Christmann Espíndola Koetz, Luís César de Castro, Magali Teresinha Quevedo Grave, Marilucia Vieira dos Santos, Camila Francisco Maciel Sulzbach

Palavras-chave: Apoio Matricial e Institucional, Atenção Básica, Condições crônicas

APRESENTAÇÃO: O relato apresenta uma intervenção que está sendo desenvolvida, a partir dos estudos realizados no projeto de pesquisa “Desenvolvimento da rede de saúde na atenção às condições crônicas a partir do planejamento regional integrado e do apoio institucional e matricial na região 29/RS”. Os estudos sobre a atenção às condições crônicas e a análise das trajetórias assistenciais sugeriram uma baixa efetividade da atenção básica, tanto na prevenção, quanto no diagnóstico das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), pois grande parte dos entrevistados obteve o diagnóstico de sua patologia em hospitais gerais ou em consultas privadas com médicos especialistas. Essas trajetórias demonstram a fragilidade das linhas de cuidado, onde a busca por atendimento ocorre em momentos de crise, quando o usuário recorre a serviços de média e alta complexidade. O acesso à atenção básica ocorre após diagnóstico e tratamento inicial da DCNT. **OBJETIVO:** O projeto tem por objetivo qualificar os profissionais que atuam na rede de atenção às pessoas com condições crônicas em dois municípios da região 29/RS, apoiando o planejamento e execução de ações de cuidado às pessoas com condições crônicas. **METODOLOGIA:** Foram constituídas equipes de referência, compostas por pesquisadores e estudantes da Univates, que estão realizando ações de apoio matricial e institucional junto às equipes destes municípios. O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, considerando as necessidades de cada território e de cada equipe. O Apoio Institucional deve integrar movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir as organizações. As atividades de apoio ocorrem mensalmente, com seis encontros em cada município,

com duração de 90 minutos, em média. As temáticas dos encontros são definidas pelos trabalhadores de saúde dos respectivos municípios participantes dos encontros. A avaliação será realizada por meio de grupos focais para analisar os impactos das atividades de apoio desenvolvidas junto às equipes dos municípios. Resultados: Espera-se, além de qualificar as equipes nas práticas de gestão e cuidado às condições crônicas, avaliar as mudanças que as ações de apoio institucional e matricial podem produzir na organização e qualificação da rede de atenção à saúde e identificar outras temáticas que possam originar novos projetos de pesquisa e extensão, articulados com as demandas da comunidade local. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** os encontros com as equipes de atenção básica têm evidenciado a potência do apoio matricial e institucional para repensar e planejar outras formas de cuidado e atenção às condições crônicas.

**APONTAMENTOS SOBRE A PRODUÇÃO
CIENTÍFICA DA INTERFACE PROMOÇÃO
DA SAÚDE E MEDITAÇÃO NO BRASIL**

Isabel e Marcus Prado e Matraca

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Meditação, Práticas Integrativas e Complementares

Apresentação e objetivos: A pluralidade nas práticas medicinais tem sido observadas como práticas de cuidados desde os tempos remotos, de que temos conhecimento. Acupuntura, Fitoterapia, Ayurveda, Xamanismo, Chinesa, são algumas delas, que foram sendo apropriadas com comprovada ação terapêutica nos dias atuais. Muitas delas descendem do Oriente, principalmente China e Índia. No Ocidente, algumas práticas são resgatadas e integradas à nossa cultura em um contexto

sociopolítico que teve impacto não somente no campo da saúde, mas na educação, nas artes e outros. Mais especificamente na saúde no Brasil, tais práticas ganham legitimação no SUS principalmente através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares na Saúde criada em 2006. Dentre elas, destacamos aqui a meditação como uma prática oriunda da MTC, que vem sendo amplamente demandada pela sociedade como prática promotora da saúde e reconhecida como uma ação de autocuidado. Nesse contexto, este trabalho busca apontar para o interesse da comunidade científica e acadêmica em construir evidências sobre esse tema, em especial aquelas que vinculam a promoção da saúde com a meditação no âmbito do SUS, destacando os diferentes cenários em que elas possam ser praticadas e os diferentes atores que as possam interpretar. Desenvolvimento e método: procedeu-se à pesquisa bibliográfica dos temas Promoção da Saúde, Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e Meditação. Após a fundamentação teórica, realizou-se a revisão sistemática online, entre os anos 1985 e 2015, das produções científicas brasileiras com os descritores 'promoção da saúde' e 'meditação' nas seguintes bases de dados: Portal Periódicos CAPES, Google Scholar, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Sistema Integrado de Bibliotecas Universidade de São Paulo (SiBi). Resultados: Para a base de dados da BVS obteve-se 2 resultados em português. No Portal de periódicos CAPES, para 8 resultados, apenas 2 foram selecionados por fazer a interface entre promoção da saúde e meditação. Já no SiBi, a pesquisa resultou em 27 produções sendo consideradas pelos critérios metodológicos apenas 2. Logo, o portal que mais disponibilizou publicações científicas sobre os temas foi o Google Scholar, disponibilizando um total de 6.720 resultados com filtro por período e idioma,

sendo que destas apenas 157 atenderam aos critérios, totalizando 162 produções científicas selecionadas e catalogadas por título e ano. Desde 1998, primeiro ano em que houve publicação com os temas vinculados nas fontes pesquisadas, até 2012, ano em que houve o maior aumento das produções comparado a todos os anos pesquisados, o aumento percentual de produções científicas com os temas que abarcam e vinculam a promoção da saúde com a meditação foi de 2.200%. Considerações finais: Esta pesquisa evidenciou a ascensão do interesse pela prática da meditação relacionada a fatores promotores da saúde. Podemos afirmar que há hoje no Brasil uma população que demanda cuidados para além do consultório médico, do Hospital, da Unidade de Saúde. Esses cuidados transbordam os portões das Instituições de Saúde e alcançam instituições independentes, coletivas, educacionais, artísticas e religiosas.

APOTAMENTOS SOBRE O ACOLHIMENTO NO CAPS AD

Samira de Alkimim Bastos, Claudiany Gonçalves Oliveira, Emille Maiane Santana Santos, Eliane Silva Gonçalves

Palavras-chave: Acolhimento, Atenção Psicossocial

APRESENTAÇÃO: O acolhimento é o primeiro contato com quem procura o serviço a partir do qual será definida toda a sequência de atendimentos. No modelo de atenção psicossocial, as práticas se dão na lógica interdisciplinar, havendo a articulação de diferentes saberes. Nessa perspectiva, nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas - CAPS/AD, o acolhimento é feito por muitos. Durante o período de prática da residência vivenciado no CAPS/AD, percebeu-se que pela especificidade

deste serviço é necessário que o acolhimento seja aperfeiçoado para garantir melhor o acompanhamento dos usuários. O presente trabalho buscou explicar sobre o conceito de acolhimento e esclarecer os principais aspectos a serem considerados na clínica de álcool e outras drogas. METODOLOGIA: Utilizou-se a revisão bibliográfica. Ao abordar o termo no campo da saúde, o acolhimento passa a ser compreendido como uma ferramenta tecnológica, dispositivo de intervenção de escuta, e de construção de vínculo constitutivo dos modos de se produzir saúde. Trata-se de uma ferramenta crucial para a realidade dos CAPS/AD, nas quais devem ofertar atendimento especializado a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. O acolhimento feito no CAPS/AD exige qualificação dos profissionais no que se refere a avaliação de riscos, e identificação do usuário em crise, uma vez que trata-se de um serviço de atenção especializada. Assim é mister a compreensão do que diz respeito a crise. Esta exige a avaliação de no mínimo três dimensões: 1) a dimensão clínica no sentido clássico: sintomas, quadro clínico, gravidade, agudicidade, nível de urgência, entre outros; 2) O campo da rede social e de suporte: o grau de ruptura desta rede, sua capacidade de enfrentamento da crise e 3) A posição subjetiva da pessoa em crise, diante do que se passa com ele, seu sofrimento e do que se diz sobre ele, incluindo, as intervenções de sua rede de suporte e dos serviços. RESULTADOS: Na construção dessa definição aprendemos que o eixo clínico, apesar de ser condição necessária para circunscrever a crise no campo da saúde mental, não é suficiente para capturar a sua gravidade e grau de urgência. Os outros dois eixos (a rede social e de suporte/e a posição subjetiva) têm muito mais interferência na modulação do grau de urgência e são mais decisivos do

ponto de vista das intervenções. Assim, é importante ressaltar que em virtude da especificidade do CAPS/AD, o uso de álcool e outras drogas traz complicações clínicas, psíquicas e sociais urgentes, que não devem ser desconsideradas pelos profissionais que acolhem.

APROXIMAÇÕES DA HISTÓRIA DE VIDA DE USUÁRIOS DO CAPS II DO PARANOÁ: VIVÊNCIAS PARA A COMPREENSÃO DO FAZER E DO SER

Bianca Melo Bastos, Dalila Machado Botelho Oliveira, Daniel Fernando Martin Catoira, Gustavo Henrique Mendes de Oliveira, Letícia Lobato Braga, Mariany Fiúza Braga Pires de Melo, Wando Francisco de Andrade Júnior, Muna Muhammad Odeh

Palavras-chave: História de vida, Centro de Atenção Psicossocial, Reinserção Social

O presente trabalho busca compreender a realidade vivida pelas usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) no Distrito Federal e também avaliar o serviço e sistema de saúde ofertado a eles. Para isso, foi realizada a sistematização de relatos sobre a vivência dentro dos serviços, contextos e interações sociais, descrevendo as relações entre os usuários, os vínculos entre os profissionais de saúde e usuários, além de dimensionar a relação entre instituições de saúde mental e usuário. A metodologia deste estudo é do tipo qualitativo, tendo como referência a compreensão da dimensão interpretativa dos sujeitos sociais acerca da realidade vivida. Fundamenta-se na perspectiva de que o fazer, isto é, o processo de trabalho mapeia e caracteriza o modo em que o CAPS opera, fornecendo elementos para compreender e avaliar o serviço de saúde. De modo igual, conhecimentos sistematizados sobre o Ser, que reflete o conjunto das experiências de

usuárias no seu processo de tratamento no CAPS que nos informa sobre este ambiente o grau de efetivação dos princípios dos dispositivos substitutivos em conformidade com a Reforma Psiquiátrica que orienta nossas políticas públicas em saúde mental. O estudo evidenciou que o CAPS representa uma ferramenta crucial que apóia essa população nas variadas necessidades de saúde, auxiliando-a a superar o sofrimento causado pelo transtorno mental e pelo estigma. Os usuários são bem instruídos quanto à proposta do CAPS, no que se refere à valorização do que eles já sabem fazer como forma de reinserção social a partir de sua autonomia. Essa autonomia que eles possuem, no âmbito das oficinas, pode levar tanto à organização de suas tarefas, com divisão dos afazeres, quanto à hierarquia entre os próprios usuários, mas, no âmbito social, externo ao CAPS, o medo de perdê-la é fator intrínseco aos indivíduos. Eles têm medo de não voltar a trabalhar, de perder seus amigos, de não ter mais o amor de sua família. É através do fortalecimento que passam no CAPS, ou seja, do aperfeiçoamento de suas habilidades, que eles percebem a chance que têm de voltar à sua condição anterior: mostra-se um processo gradual, do interior para o exterior.

AS CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE ACERCA DO CUIDADO

Laís Carolini Theis, Cláudia Regina Lima Duarte da Silva, Deisi Maria Vargas, Vilma Margarete Simão, Camila Pappiani, Fernanda Vicenzi Pavan

Palavras-chave: Integralidade em Saúde, Processo Saúde-Doença, Relações Interprofissionais

A partir das reflexões sobre a integralidade do cuidado, observa-se que nas práticas

em saúde, existe uma visão ainda muito fragmentada e focada na doença. A falta de interação entre os profissionais de saúde, descrita por Ayres (2007), e o frágil compromisso com o bem-estar dos sujeitos destinatários das ações em saúde, foram reduzindo a prática do cuidado, que, com o tempo, passou a ser considerada apenas um mero complemento do tratar. Já o tratamento, conforme Collier (2003) é relacionado a procedimentos padronizados, estabelecidos por critérios diagnósticos. As instituições de saúde costumam qualificar os tratamentos como cuidados, na tentativa de minimizar a ausência dos mesmos em um ambiente ainda fragmentado, burocrático e centrado na doença. Embora muitos profissionais da saúde considerem que desenvolvam ações de cuidado na sua prática, nota-se que não há clareza a respeito do conceito e das características do cuidado. As concepções variam muito de acordo com as perspectivas e as práticas das diferentes profissões atuantes na área da saúde. Observa-se que essa situação está relacionada às perspectivas teórico-filosóficas na formação dos profissionais e dos documentos norteadores das políticas de saúde. O cuidado prestado pelos profissionais relaciona-se a linha adotada, direcionando mais para a doença do que para ações de prevenção e de promoção da saúde. A partir dessa reflexão, realizou-se um estudo qualitativo, desenvolvido através da disciplina "Processo Saúde-Doença e Integralidade do Cuidado", do mestrado de Saúde Coletiva da Universidade Regional de Blumenau (FURB), Santa Catarina. Baseando-se na teorização sobre a prática da integralidade, foram entrevistados seis profissionais que atuam na área da saúde, dentre eles: três psicólogos, um enfermeiro, um técnico em enfermagem e um terapeuta ocupacional, com idades entre 28 e 40 anos, acerca de suas percepções sobre o cuidado como prática na saúde. As

entrevistas foram semiestruturadas, e as falas dos sujeitos foram discutidas em grupos através de análise de conteúdo e socializadas em sala de aula. Evidenciou-se que os profissionais apresentam percepções bastante diversificadas, e ao mesmo tempo contraditórias a respeito do cuidado. Sendo definido como: uma característica específica do profissional de saúde; como inerente à condição humana; como segurança; diferente de tratamento; relacionado à autonomia, e também ao acolhimento. Este estudo mostra a importância de problematizarmos a compreensão de cuidado, pois esta influencia a prática profissional e pode favorecer mudanças nas intervenções profissionais na direção do cuidado integral, assim como construir espaços de possibilidades mais criativas e singularizadas na saúde.

AS GERÊNCIAS DISTRITAIS COM A MAIOR FREQUÊNCIA DE COINFEÇÃO, NA CIDADE DE PORTO ALEGRE, ENTRE OS ANOS DE 2009 E 2013

Maíra Rossetto, Évelin Maria Brand, Luciana Barcellos Teixeira, Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira

Introdução: A coinfeção tuberculose e aids tornou-se um importante e complexo problema de saúde pública em nível mundial. No Brasil, as duas doenças ainda causam um grande número de casos de morbimortalidade, sendo que Porto Alegre é a capital brasileira com a maior frequência de casos. Para facilitar a administração do território, Porto Alegre foi dividida em Gerências Distritais (GD). As GD, que são estruturas administrativas e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas as estratégias para a Atenção Primária à Saúde e de Atenção Especializada Ambulatorial e Substitutiva na esfera do SUS, abrangem o território de um

ou mais Distritos Sanitários. No total, são oito (08) GD, 1) Norte/Eixo Baltazar (NOEB) 2) Centro (CEN), 3) Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas (NHNI), 4) Leste/Nordeste (LENO) 5) Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC), 6) Sul/Centro-Sul (SCENS), 7) Partenon/Lomba do Pinheiro (PALB), 8) Restinga/Extremo-Sul (RES). O objetivo desse estudo foi identificar as gerências distritais com a maior frequência de coinfeção, na cidade de Porto Alegre, entre os anos de 2009 e 2013. Método: Trata-se de um estudo transversal que analisou dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em tuberculose e aids. Foram analisados os casos de coinfeção pelas duas doenças no período de 2009 a 2013, no município de Porto Alegre. Para a análise estatística, os dados foram transportados para o software SPSS*, no qual realizou-se a estatística descritiva e analítica (teste qui-quadrado). Resultados: A amostra foi composta por 1.949 casos de coinfeção, dentre os quais 1.311 (67%) eram homens e 646 (33%) eram mulheres. Dentre as gerências distritais de Porto Alegre, três delas apresentam as maiores taxas de coinfeção, sendo: 464 (23,8%) no PALB, 332 (17,1%) no CEN e 289 (14,8%) no LENO. Nas demais gerências as taxas são de 225 (11,6%) no GCC, 211 (10,8%) no NOEB, 144 (7,4%) SCENS e por fim NHNI e RES ambas com 141 (7,2%). Conclusão: No município de Porto Alegre existem apenas 7 lugares realizando o tratamento de pacientes coinfectados para tuberculose e aids. Isso pode criar barreiras de acesso as pessoas, pois elas necessitam deslocar-se para outros pontos da cidade em busca de assistência. A identificação das gerências com maior frequência de casos pode direcionar o planejamento de ações que visem a diminuição do número de casos e a melhoria do cuidado prestado a essa população.

AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROVIMENTO E FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA AMAZÔNIA, 1970 – 1990

Erica Lima Barbosa, Julio Cesar Schweickardt

Palavras-chave: Gestão do Trabalho

Introdução: Os programas de interiorização no campo da Saúde têm sido destaques nas ações de cooperação do governo brasileiro com a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). Esses programas priorizaram o tema do trabalho em saúde na agenda internacional, influenciando a agenda de formação e as estratégias de gestão do trabalho no contexto brasileiro. A política de gestão do trabalho em saúde no Brasil passou a ter ênfase a partir da IV Conferência Nacional de Saúde que apontou diretrizes sobre a necessidade de formação de contingentes de pessoal. Esse desafio era maior para regiões com características geográficas complexas como a Amazônia e que possuem estigmas de áreas isoladas e sem desenvolvimento. Esta pesquisa demonstra como foram desenvolvidas as políticas no campo da gestão do trabalho apontando os limites e possibilidades no desenvolvimento de estratégias para ampliação da oferta de serviço de saúde no estado do Amazonas. Objetivo geral: Analisar a história das Políticas Públicas de Provimento e Fixação de Profissionais de Saúde no Amazonas no período de 1970 a 1990. Método: Trata-se de um estudo de pesquisa bibliográfica e documental com uso da história oral através da técnica de entrevista com gestores e coordenadores da OPAS e SESAU no Amazonas, sendo que a análise discurso será feita com abordagem Interpretativa. Resultados esperados: Neste estudo, buscou-se como contribuição científica explicar como ocorreram as

políticas de gestão do trabalho na área da saúde, privilegiando entender as teias das relações políticas estabelecidas no cotidiano no contexto regional. Considerações finais: Conforme a análise documental nos relatórios das atividades da Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) no período de 1971 a 1987, a carência de recursos materiais, humanos e financeiros dificultava em atingir as metas pré-estabelecidas e apontavam questões de saúde como: distância, isolamento, dimensão territorial, escassez de recursos financeiros e de desarticulação interna da economia do Amazonas. Portanto, verifica-se na gestão do trabalho a necessidade não somente de quantitativo de pessoal, mais de qualidade na formação para atuarem na situação de ofertas nos serviços de saúde. Diante do exposto, a Amazônia também evidencia se através do processo de desenvolvimento na gestão do trabalho, desmistificando o imaginário de que esta região se configura como um território isolado desprovida de possibilidades acerca das políticas de saúde. Instituições governamentais, multilaterais e internacionais, que desenvolveram agendas dirigidas para a formação de trabalhadores e para a gestão do trabalho em saúde no Brasil (ALVES et al., 2008).

AS REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Tatiane Geralda André, Rogério Dias Renovato

APRESENTAÇÃO: As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo dessa pesquisa foi

conhecer a percepção dos profissionais de saúde da atenção primária de Dourados sobre as Redes de Atenção em Saúde. METODOLOGIA: Tratou-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. O local da pesquisa foi o município de Dourados, MS, mais especificamente a atenção primária à saúde, no período de agosto de 2013 a julho de 2014. Os sujeitos da pesquisa foram os farmacêuticos da Atenção Primária inseridos nas oficinas educativas do projeto Educação Permanente em Assistência Farmacêutica na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, pesquisa financiada pela FUNDECT através do Edital PPSUS. Os sujeitos foram caracterizados em idade, sexo, formação inicial, formação continuada e tempo de inserção profissional. A coleta de dados ocorreu no início das oficinas educativas, em que um dos subtemas abordados foram a fundamentação teórica sobre as RAS e a Atenção Primária a Saúde (APS) como eixo estruturante das redes. Os dados foram obtidos através de relato escrito. RESULTADOS: Foram incluídos nove farmacêuticos, sendo oito mulheres e um homem; a média de idade foi de 32 anos; o tempo de inserção na APS em torno de 6 anos, e todos realizaram curso de especialização, sendo que uma farmacêutica apresenta mestrado. Após analisar a literatura e os relatos dos farmacêuticos, foi possível perceber que as concepções sobre as Redes de Atenção em Saúde ainda não estão sedimentadas, sendo objeto de muitas dúvidas. O olhar da estrutura hierárquica e fragmentada ainda se evidencia na análise dos profissionais. Dessa forma é importante suscitar debates sobre a organização da atenção primária à saúde, a fim de possibilitar outros rearranjos e assim convergir para a perspectiva das redes.

ASPECTOS QUE COMPÕE O PERFIL DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O CASO DE UM MUNICÍPIO POLO DE MINAS GERAIS

Karina Aza Coelho, Lorena Miranda de Carvalho, Marcos Alex Mendes da Silva, Lélia Cápua Nunes, Simone de Pinho Barbosa

Palavras-chave: médico, atenção primária a saúde, trabalho perfil

APRESENTAÇÃO: Para definir a identidade do médico é necessário avaliar seu papel perante as políticas de saúde pública e sua inserção na construção da classe social. O modelo de Saúde da Família foi eleito pela sua franca expansão no Brasil, e como apoio à construção e aprimoramento da Atenção Primária, eixo ordenador da atenção a saúde no Brasil, buscando a melhoria da qualidade de assistência a saúde, com equidade, integralidade e universalidade. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Os objetivos desse estudo foram apontar o perfil do profissional médico da Estratégia Saúde da Família no município de Governador Valadares bem como sua formação, revelando características predominantes na construção do seu trabalho e de sua identidade, identificando vantagens e desvantagens do trabalho e fatores facilitadores e dificultadores. Sobre a metodologia trata-se de um estudo de caso de cunho qualiquantitativo, com abordagem exploratória, com utilização das técnicas de análise estatística descritiva simples e de análise de Conteúdo de Bardin. Os sujeitos foram 36 médicos da Estratégia Saúde da Família e o cenário de pesquisa foi o município de Governador Valadares, polo de uma Região de Saúde do estado de Minas Gerais. RESULTADOS: Os resultados apontam para profissionais com idade entre 24 e 35 anos, do sexo feminino, brasileiros, com pouco tempo de formação e em

instituição pública, com especialização na área de Medicina de Família e Comunidade e outras afins. A maioria dos entrevistados pertence ao Programa Mais Médico, com tempo de permanência na mesma equipe de até 3 anos. As vantagens mais referidas pelos pesquisados foram a identificação com a proposta de trabalho e valorização profissional, e em relação às desvantagens, ficaram vínculo empregatício instável, desamparo da gestão, local de atuação de difícil acesso e excesso de cobranças. Expuseram como pontos facilitadores o trabalho em equipe, e a boa relação com a comunidade e os dificultadores mais explanados foram falta de recursos humanos, materiais, equipamentos, financeiros e de tecnologia. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os objetivos do estudo foram alcançados e apontaram para um grupo de médicos da Estratégia Saúde da Família do município de Governador Valadares, jovens, brasileiros, recém-formados, vinculados em sua maioria ao Programa Mais Médico. A maior parte dos profissionais expôs descontentamento em relação à instabilidade no emprego do ponto de vista contratual, e a falta de plano de cargo e carreira. Citaram também o desamparo da gestão para com os problemas e circunstâncias do dia a dia de trabalho. As dificuldades encontradas se concentraram em relação à falta de recursos de um modo geral, humanos, financeiros, materiais, equipamentos, e tecnológicos. Contudo colocaram o trabalho em equipe como ponto forte da Estratégia Saúde da Família.

ASPECTOS RELACIONADOS A SAÚDE DE ALGUNS IDOSOS DO JARDIM SEMINÁRIO NAS VISITAS DOMICILIARES EM CAMPO GRANDE, MS

Thatiane Thais de Oliveira Pereira, Maria Lourdes Oshiro, Elizabeth Gonçalves Ferreira Zaleski³ Gonçalves Ferreira Zaleski

Palavras-chave: Idosos, visita domiciliar, doenças crônicas, caderno do idoso

Em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, o envelhecimento da população ocorre de forma acentuada, em consequência da redução da fecundidade e mortalidade infantil. O aumento do número de idosos traz consigo um maior consumo de medicamentos, sendo essa população considerada o grupo que mais consome fármacos em consequência da maior prevalência de doenças crônicas na terceira idade. Esta prática pode surgir por diversos fatores e contextos socioeconômicos como alívio da dor ou sintomas. Os idosos procuram diretos a farmácia perto de casa ou os próprios medicamentos que têm em casa, o que pode acarretar sérios riscos a saúde. Este estudo tem como objetivo identificar o consumo de medicamentos de alguns idosos do Jardim Seminário em Campo Grande-MS. Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal, os instrumentos de coleta de dados utilizados nesta pesquisa foi o questionário e os anexos do caderno do idoso (para verificar depressão, funções cognitivas, equilíbrio e marcha, atividade instrumental de vida diária). Foi realizado acompanhamento de 14 idosos: 9 responderam tomar medicamentos sozinhos, 78,58% utilizam mais de um medicamento. Os medicamentos utilizados foram: Glibenclamida, Losartana Potássica e Captopril. As doenças mais prevalentes citadas foram Hipertensão, Diabetes, doença de Parkinson, perda Auditiva, Glaucoma e Hanseníase. Com relação ao questionário de PFEFFER no anexo 3: 85,71% dos idosos são independente de ajuda, em relação ao anexo 4 sobre escala de depressão geriátrica abreviada 64,29% dos idosos apresentaram depressão leve. Na avaliação de equilíbrio e da marcha de Tinetti no anexo 5 do caderno do idoso 57,14% apresentam um equilíbrio excelente. Com base na avaliação das atividades instrumentais da vida diária o anexo 7 do

caderno do idoso 57,14% consegue realizar atividade diária sem auxílio. Com base no que foi citado pelos idosos em relação a qual medicamento utiliza 28,58% faz uso do medicamento Losartana potássica e Glibenclamida e 21,42% utiliza Captopril. A coleta de informações junto à população idosa na comunidade, investigando aspectos sociodemográficos, percepção de saúde individual e automedicação, torna-se indispensável para gestores públicos, pois são baseadas não somente em seus direitos, mas em suas verdadeiras necessidades e nos fatores de risco à saúde.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER SALVADOR

Erica Alves Alves de Jesus

Palavras-chave: Assistência de enfermagem, Alzheimer

Este é um estudo de revisão integrativa, realizado com o objetivo de discutir, com base em publicações científicas, as possibilidades de atuação da enfermagem frente ao paciente com doença de Alzheimer (DA). Esta é uma doença neurodegenerativa, progressiva e irreversível que está diretamente relacionada à velhice. Acomete as funções intelectuais, principalmente a memória, afeta a qualidade de vida, aumentando a demanda por cuidados, devido o comprometimento funcional e cognitivo de seus portadores. Frente aos problemas intrínsecos a DA que limita a vida do indivíduo o profissional de enfermagem tem a responsabilidade de atuar de forma educativa, estimulando e orientando o cuidador/família sobre as fases da doença, as dificuldades que iram enfrentar e quais intervenções devem ser realizadas, para desenvolver cuidados característicos e dirigidos a cada fase evolutiva, melhorando a qualidade de vida dos portadores.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO COM SEQUELAS DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Renata Kelly Lopes de Alcantara, Saul Filipe Pedrosa Leite, Cíntia Lira Borges, Willan Nogueira Lima, Francisca Gerlania Rodrigues Maia, Gislene Maia Maia Granjeiro, Anny de Sousa Vieira, Antônia Eribânia da Silva

Palavras-chave: Diagnóstico de Enfermagem, idoso, Acidente vascular cerebral

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma das principais causas de morte e incapacitação física em todo o mundo. A assistência de enfermagem ao paciente vítima desse evento possibilita o alívio do sofrimento, prezando pelo acolhimento, conforto e bem-estar. O presente trabalho tem como objetivo descrever a assistência de enfermagem a um paciente idoso com sequelas de AVE. Trata-se de um relato de experiência, realizado em um hospital terciário no município de Fortaleza- CE, no período de maio de 2015. Inicialmente foi realizada a anamnese, o exame físico e aplicada a escala de Faces Wong-Baker para identificação da dor. Posteriormente, foram elaborados os diagnósticos de enfermagem, utilizando o NANDA I (North American Nursing Diagnosis Association). O paciente encontrava-se restrito ao leito; se alimentando por sonda nasointestinal; letárgico; taquipneico; com evacuações diminuídas; úlcera por pressão categoria II em região sacral; e fáceis de dor com classificação dois de acordo com a escala. Os diagnósticos encontrados foram: constipação; padrão respiratório ineficaz; integridade tissular prejudicada; dor aguda, déficit no autocuidado para higiene e banho; e mobilidade no leito prejudicada. Foram estabelecidas intervenções de enfermagem, como: aumentar a ingestão líquida; dieta com elevado teor de fibras; monitorar sinais e sintomas da constipação; elevar a cabeceira

em 45°; monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforços na respiração; auscultar os sons respiratórios observando as áreas de ventilação diminuídas e, ou ausente e a presença de ruídos adventícios; realizar curativo com a medicação tópica adequada; realizar mudança de decúbito de 2/2h; ofertar analgésicos prescritos para alívio da dor; investigar os fatores que aliviam e pioram a dor; dar assistência no banho/higiene; promover saúde oral; prevenir quedas; melhorar a imagem corporal do paciente; manter o corpo do paciente em um alinhamento correto durante os movimentos e fornecer conforto. Evidencia-se que ao fornecer um plano de cuidados sistematizado, o paciente pode ser beneficiado recebendo um cuidado especializado, individualizado e integral, conforme suas necessidades. Com isso, constata-se a aplicabilidade do processo de enfermagem na prática clínica do enfermeiro contribuindo para a segurança e melhor qualidade de vida para o indivíduo.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO SOCIOCULTURAL DA SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER INDÍGENA

Jaiana Cristina Melo Cavalcante, Katia Ramos Fonseca, Adriana de Almeida Pereira, Kliciane dos Santos Batista, Lorena Mayra dos Santos, Rosenilda Balbino dos Santos, Andrea Mônica Brandão Beber

Palavras-chave: “saúde reprodutiva da mulher indígena”, “assistência de enfermagem”, “enfermagem e saúde indígena”

APRESENTAÇÃO: No Brasil, pouco se conhece sobre as condições de saúde da mulher indígena, visto que as pesquisas existentes sobre saúde reprodutiva da mulher indígena seguem uma tendência restritiva, principalmente quando se trata de questões relacionado ao ciclo gravídico-

puerperal, fecundidade, planejamento familiar e ginecologia. Em 2005 o Departamento de Saúde Indígena (DESAI) promoveu a Oficina de Mulheres Indígenas sobre a Atenção Integral da Saúde da Mulher Índia, neste encontro as mulheres indígenas identificaram os seguintes problemas de saúde: a falta de assistência a gestante e de realização do pré-natal, a desnutrição de mulheres e crianças, a mortalidade por câncer de colo uterino e de mama, a dificuldade de fazer o tratamento da DST, o alcoolismo, a violência contra a mulher, prostituição dentre outros. Assim, o objetivo deste estudo foi de verificar a assistência de enfermagem no contexto sociocultural da saúde reprodutiva da mulher indígena, através de uma revisão de literatura. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de revisão de literatura, no qual utilizou-se artigos científicos indexados na base de dados do Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a busca se deu através das palavras-chaves “saúde reprodutiva da mulher indígena”, “assistência de enfermagem” e “enfermagem e saúde indígena”, incluindo os artigos publicados no período de 2003 a 2014, em língua portuguesa, disponibilizados na íntegra. RESULTADOS: Segundo estudos, verifica-se que culturalmente a mulher indígena inicia sua fase reprodutiva por volta do 13-14 anos, experimentando a maternidade precocemente, assumindo o papel da mulher voltado para a família e a criação dos filhos, devido à valorização sociocultural. Neste cenário, o profissional de enfermagem ao inserir-se no subsistema de saúde indígena enfrenta desafios e peculiaridades inerentes ao meio cultural; linguístico e geográfico; requerendo esforço e comprometimento do profissional. A escassez de estudos sobre assistência de enfermagem na saúde reprodutiva da mulher indígena, incluindo a anticoncepção, o planejamento familiar, ginecologia e climatério comprometem

a prestação de uma assistência de qualidade, visto a falta experiência vividas na aquisição de conhecimentos para um melhor desenvolvimento da prática no âmbito profissional. Neste contexto, ainda há dificuldade em delimitar o papel da enfermagem quando se trata da saúde reprodutiva da mulher indígena, o modelo assistencial utilizado pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) nos moldes do Programa Saúde da Família estabelecem as ações designadas às equipes multidisciplinares de modo geral, não contemplando atribuições específicas ao profissional de enfermagem. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Em virtude dos aspectos observados, evidenciamos a necessidade de produções científicas voltadas para a saúde da mulher indígena e a assistência de enfermagem para que possam subsidiar no planejamento de ações e programas para prevenção e promoção, contribuindo na caracterização das condições de saúde da mulher indígena do Brasil. Sendo proposto às equipes multidisciplinares, ao qual o enfermeiro está inserido, realizar ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde reprodutiva por meio de ações de educação em saúde sempre respeitando as especificidades étnicas e culturais desta população.

ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO AO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Karla Amaral Nogueira Quadros, Júlia Oliveira Resende, Fernanda Marcelino de Resende e Silva, Raquel Silva Assunção

Palavras-chave: Idoso, Enfermagem, Saúde

Título: Assistência do enfermeiro ao idoso na estratégia de saúde da família. Trata-se: de em uma pesquisa envolvendo a terceira idade, pois esta tem sido motivo de amplas

discussões em todo o mundo, por existir atualmente uma grande preocupação em preservar a saúde e o bem-estar global dessa parcela da população que vem aumentando sua expectativa de vida visando que tenham um envelhecer com dignidade e qualidade. Segundo o Ministério da Saúde (MS) as estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) têm como estimativa que no período de 1950 a 2025 os idosos no país aumentem em quinze vezes, e a população em cinco vezes. Em 2025 o Brasil poderá alcançar cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Objetivo: deste estudo foi identificar a assistência prestada pelo Enfermeiro aos idosos nas Estratégias Saúde da Família no município de Divinópolis Minas Gerais, levantar o perfil dos enfermeiros pesquisados e caracterizar sua atuação na Saúde do idoso. Método: perpassa por uma pesquisa qualitativa, onde foram realizadas entrevistas com Enfermeiros nas ESF no município de Divinópolis/MG. Os critérios de inclusão foram: serem enfermeiros efetivos ou contratados que trabalham há 3 meses ou mais na equipe por já terem conhecimento de sua população e do trabalho na ESF, e os critérios de exclusão foram: estar no período de férias ou licença médica ou licença-maternidade no momento da coleta de dados. Os dados coletados foram processados por agrupamento das falas nas categorias: o atendimento ao idoso pelo enfermeiro, a organização do atendimento, a assistência ao idoso, o uso de protocolo para assistência ao idoso. A identificação dos entrevistados foi realizada pela utilização da letra E maiúscula, seguida da numeração ordinal crescente. E os conteúdos das falas foram analisados em sua essência e similaridade Resultados: participaram do estudo 14 enfermeiros que correspondem a 70% do total de enfermeiros das ESF. O atendimento ao idoso é organizado por meio do agendamento, visitas domiciliares, demanda espontânea e o acolhimento; não sendo

específico ao idoso. Desta forma foi possível perceber que os idosos são atendidos, mas não de forma sistematizada, os profissionais são orientados a seguir alguns protocolos assistenciais, mas cada enfermeiro e cada equipe organiza a assistência conforme seu processo de trabalho, conforme dinâmica de funcionamento da unidade e não de acordo com o que estabelecem estes protocolos. Considerações finais: a população idosa recebe assistência e cuidados em suas necessidades como um usuário de qualquer faixa etária, mas não é assistida dentro das peculiaridades sendo necessário desenvolver ações voltadas para Saúde do Idoso como agendas de atendimento específico, além disso, a assistência precisa ser melhorada pautando-se na sistematização e nos princípios da SUS.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA

Andrezza Alves Dias, Lidiane Nogueira Rebouças, Jhennifer de Souza Góis, Jhessica de Souza Góis

Palavras-chave: Sífilis congênita, Cuidado pré-natal, Gestante

APRESENTAÇÃO: A sífilis congênita caracteriza-se pela infecção do feto em decorrência da passagem do *Treponema pallidum* pela placenta. Apesar do seu fácil diagnóstico e tratamento, por meio da realização do VDRL e a administração de penicilina, respectivamente, esta se configura como um importante problema de saúde pública. No Brasil, a doença apresenta-se cada vez mais incidente. Entre 1998 e 2009 foram declarados, através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 1.249 óbitos por sífilis congênita. Entre janeiro de 2000 e junho de 2010, foram notificados 54.141 casos em menores de um ano de idade, demonstrando, assim,

a magnitude do problema. Ressalta-se que esse número pode ser ainda maior, pois muitos casos são constantemente subnotificados, apesar de esta ser uma doença de notificação compulsória. Em relação à sífilis na gestação, foram notificados 29.544 casos entre os anos 2005 e 2010. A maior incidência ocorreu nas Regiões Sudeste e Nordeste, com 9.340 (31,6%) e 8.054 (27,3%) casos, respectivamente. A taxa de detecção para o país, no ano de 2009, foi de 3,0 casos por 1.000 nascidos vivos. Diante de tais constatações, o presente estudo objetivou investigar a associação de evidências da assistência pré-natal como ferramenta no controle da sífilis congênita no Brasil. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Pesquisa exploratória de caráter bibliográfico, realizada de dezembro de 2014 a março de 2015 com os descritores: “sífilis congênita”, “cuidado pré-natal” e de “gestantes” na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram incluídas publicações entre 2009 e 2014, nos idiomas português, inglês e espanhol, com textos gratuitamente disponíveis na íntegra, que retratassem resultados referentes à temática proposta ao Brasil. Foram excluídos artigos repetidos e que retratassem resultados de outros países. RESULTADOS: Foram encontrados 25 artigos, dos quais apenas cinco foram eleitos para compor a amostra. Desses, um correlacionou com a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a razão dos casos de sífilis de acordo com as cinco regiões brasileiras, outros dois analisaram a incidência dos casos por estados e os dois últimos analisaram realidades de unidades básicas e de maternidades públicas. Após a análise, ficou evidente a importância do reconhecimento da sífilis congênita como um importante problema de saúde pública por todas as esferas do governo, pelos profissionais da saúde e pela população em geral, com o objetivo de colocar em práticas

as políticas públicas de saúde voltadas para o seu controle e criar políticas mais eficientes. É premente que existam várias equipes de ESF suficientes para abranger todo o território nacional, com profissionais da saúde proativos. Dentre estes, destaca-se principalmente o enfermeiro, visto que a partir de ações adequadas baseadas no conhecimento técnico-científico, podem interferir diretamente no controle da sífilis congênita, a partir de uma assistência pré-natal de qualidade, integral e humanizada, e buscando sensibilizar a população quanto à relevância do controle dessa doença. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Em todos os estudos pôde-se perceber a necessidade premente de ações de controle na transmissão e no tratamento da sífilis.

ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: UM COMPARATIVO ENTRE O RIO GRANDE DO SUL E O BRASIL

Évelin Maria Brand, Graziela Barbosa Dias, Karen da Silva Calvo, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: Hipertensão, Doença Crônica, Atenção Primária à Saúde

Apresentação: A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma doença crônica não transmissível (DCNT) e apresenta alta prevalência no Brasil, em média 32% para adultos. Situa-se na origem de muitas outras DCNT e, portanto, torna-se responsável pelas causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos. Pela gravidade que a HAS representa e visando à operacionalização da Atenção Básica (AB), a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006 define o controle da hipertensão arterial como área estratégica para atuação em todo o território nacional. Dessa forma, a equipe multiprofissional da

AB tem importância primordial nas ações de promoção, diagnóstico e controle da doença. Objetivou-se comparar a atenção à saúde dos usuários com HAS na atenção básica, no Rio Grande do Sul com a atenção nas demais Unidades Federativas (UFs) do Brasil. Método: Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional e analítico, realizado através de dados secundários oriundos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os dados foram coletados no ano de 2012, em estabelecimentos de saúde de todo o Brasil que realizavam atenção primária em saúde. Foram entrevistados cinco usuários em cada estabelecimento. Incluíram-se os indivíduos que possuíam diagnóstico de hipertensão arterial e que responderam às questões sobre HAS. Foi utilizado o programa SPSS®, Statistical Package for the Social Science para o tratamento estatístico dos dados. Resultados: A amostra foi constituída por 23.797 usuários com diagnóstico de HAS, com uma prevalência de 36,5%. Em relação às consultas, 77,6% dos usuários RS consultaram com médico nos últimos seis meses no RS e 86,3% nas demais UFs, ($p < 0,001$). A verificação da pressão arterial pelo enfermeiro foi mais frequente no Rio Grande do Sul (82,7%), enquanto que nas demais UFs foi mais frequente por médico e técnico, 34,3% e 51,7% respectivamente, ($p < 0,001$). A realização dos exames creatinina, perfil lipídico e eletrocardiograma, nos últimos seis meses, foi mais prevalente nas demais UFs ($p < 0,001$). No RS somente 18,6% dos usuários saem da unidade com a próxima consulta marcada, já nas demais UFs isso acontece para 32,5% dos indivíduos ($p < 0,001$). Em relação ao uso de medicamentos para hipertensão, 86,8% dos usuários utilizam algum medicamento no RS e 92% nas demais UFs. Considerações finais: Embora cerca de 90% dos hipertensos

entrevistados no país fazerem uso de medicação contínua para a hipertensão, a maioria sai da unidade de saúde sem estar com a próxima consulta agendada tanto no RS quanto nas demais UFs, o que pode significar um prejuízo em termos de cuidado, adesão ao tratamento e atenção à saúde. Apesar da elevada prevalência de HAS no RS, a realização de exames complementares e o agendamento de consultas é mais frequente nas demais UFs. No RS, o percentual de hipertensos em uso de medicação é menor; esse achado necessita de investigações adicionais, uma vez que questões como atividade física e hábitos alimentares não foram questionadas.

ATENÇÃO PRIMÁRIA E DIABETES MELLITUS: QUALIDADE DO CUIDADO E A PERCEPÇÃO DA DOENÇA POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Carlos Alberto Pegolo da Gama, Denise Guimarães, Guilherme Rocha

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Atenção Primária a Saúde, Saúde Coletiva

INTRODUÇÃO: O diabetes é hoje uma das doenças mais prevalentes no mundo. Estima-se que em 2030 serão 366 milhões em todo o mundo. O Brasil ocupava a oitava posição em 2000, com 4,6 milhões de casos estimados. Doentes crônicos é um desafio para os profissionais de saúde, pois o tratamento prescrito e a obediência as condutas são de difícil aceitação principalmente porque exigem mudanças nos hábitos de vida. O diabetes produz mudanças significativas na relação que o paciente estabelece com seu próprio corpo e com o mundo que o cerca. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo qualitativo é identificar a percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) a respeito dos cuidados oferecidos aos portadores de

Diabetes num município de porte médio de Minas Gerais. **METODOLOGIA:** Utilizou-se a técnica de Grupos focais para coleta de hermenêutica para análise das falas. Procura-se ampliar a compreensão acerca de um fenômeno novo, cujos estudos encontra-se em estágio embrionário ou ainda inexistentes, como é o caso de investigações deste tipo no município de Divinópolis. Foram realizados grupos focais com profissionais ligados diretamente à assistência na atenção primária à saúde num total de 2 grupos, assim distribuídos: (1) Profissionais com formação média e superior (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliar de enfermagem, etc.) atuantes nos Programas de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde que sejam referência para a população em estudo. (2) Grupo de Agentes de Saúde pertencentes às Equipes de Saúde da Família que sejam referência para a população em estudo. **RESULTADOS:** Constatou-se dificuldades na utilização da medicação, controle alimentar e seguimento clínico longitudinal, atribuídas à baixa cobertura da APS, equipes incompletas, ausência de integração na rede e capacitação profissional deficiente. Constatou-se predominância do modelo biomédico, dificuldades na relação com usuários e tendência a culpabilizá-los pela não adesão ao tratamento. **CONCLUSÕES:** Podemos afirmar que a visão dos profissionais a respeito dos usuários portadores de diabetes está muito centrada numa concepção de saúde tradicional alicerçada no modelo biomédico. Nesse sentido, a maioria dos profissionais entende que seu papel está limitado a uma intervenção técnica, no qual o processo de educação em saúde é reduzido à transmissão de informações corretas que devem ser prontamente assimiladas e seguidas pelos usuários. A análise que fazem acerca das dificuldades de adesão ao tratamento são atribuídas a problemas

e deficiências exclusivas do usuário, havendo um processo de culpabilização dos mesmos pelos insucessos no tratamento e agravos à condição de saúde. Percebe-se a necessidade de uma reestruturação da Rede de Atenção de modo a facilitar a comunicação entre os diferentes níveis do sistema. Ao mesmo tempo, há necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais visando superar os diversos problemas apontados através da mudança de perfil dos profissionais, buscando uma postura mais ativa, aumentando a responsabilização/implicação com relação aos casos atendidos e desenvolvendo ações em consonância com os princípios do SUS para que aconteçam avanços.

ATENDIMENTO EM ENFERMARIA PSQUIÁTRICA: CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Larissa de Freitas, Camila Mugnai Vieira

Palavras-chave: Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental, Psiquiatria

Este estudo teve como objetivo compreender as concepções que os profissionais da enfermaria psiquiátrica possuem em relação à terapêutica oferecida e o que compreendem acerca do papel da enfermaria, no sentido de suas fragilidades e fortalezas, e distanciamentos e aproximações com as políticas públicas de saúde mental e os ideais da reforma psiquiátrica, considerando que as concepções de saúde mental permeiam a prática dos profissionais de saúde e que mesmo em serviços substitutivos pode ser repetida a lógica que leva à segregação. A abordagem adotada foi qualitativa e o tratamento dos dados foi realizado mediante a técnica de Análise de Conteúdo Temática. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário aberto,

respondido pelos próprios participantes, o qual abordava temáticas referentes à formas de tratamento oferecidas pela enfermaria psiquiátrica, planejamento e avaliação das ações terapêuticas, participação do usuário de serviço de saúde mental em seu tratamento, continuidade da assistência após o período de internação e a percepção dos profissionais sobre a função da enfermaria psiquiátrica. A amostra foi constituída por sete profissionais, sendo eles da área da enfermagem, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e psiquiatria. De acordo com os resultados obtidos, os profissionais têm se sensibilizado e incorporado conceitos decorrentes da reforma psiquiátrica, no entanto, estes podem encontrar impasses, pois o cuidado ainda mostra-se fragmentado e há espaços subutilizados para a comunicação da equipe. Nesse sentido, seria importante repensar as formas de otimização do trabalho em equipe multiprofissional, com o propósito de construir uma linguagem comum e, dessa forma, proporcionar um cuidado integral.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DIANTE DA DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS INDÍGENAS BRASILEIRAS MENORES DE CINCO ANOS

Antônia Soares de Oliveira Neta, Andréa Mônica Brandão Beber

Palavras-chave: Desnutrição, Crianças, Indígenas e Enfermagem

INTRODUÇÃO Dados sobre as Causas da desnutrição no Brasil (1996-2007) demonstra um cenário de condições inadequadas ao desenvolvimento humano na primeira infância, alcançando proporções ainda maiores na população indígena, que são povos carente de políticas públicas e de acesso(1). Nas comunidades

indígenas diversos fatores contribuem para o avanço da desnutrição, podendo se incluir aqueles ligados aos valores culturais, mais precisamente a falta de educação nutricional e alimentar associadas aos séculos de fonte de subsistência(2). Na assistência a saúde indígena, a equipe multidisciplinar deve adotar medidas diferenciadas daquelas utilizadas na área urbana(3). Desta forma, o presente estudo tem como objetivo descrever a atuação do enfermeiro diante da desnutrição em crianças indígenas brasileiras menores de cinco anos. METODOLOGIA Trata-se de um estudo de revisão de literatura. A busca deu-se nas bases de dados SciELO, Google Acadêmico e a Biblioteca eletrônica BIREME, utilizando os descritores “desnutrição”, “crianças”, “indígenas” e “enfermagem”. Como critérios de inclusão todos os artigos publicados na língua portuguesa, disponibilizados na íntegra. Ao final, foram encontrados 63 artigos, sendo selecionados 19, referentes ao período de 2005 à 2014. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Desnutrição em crianças indígenas e os principais fatores de desnutrição. Em um estudo realizado com o objetivo de identificar o baixo peso das crianças do Suruí na Amazônia, Brasil, apontou que 12,4% das crianças menores de cinco anos sofrem com a desnutrição(4). Outro estudo realizado com a população indígena Xavante, quanto ao índice “peso e idade” das crianças, verificou que percentual de crianças sob risco nutricional ou baixo peso chega a 16,5%(5). Na área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul do Brasil do Brasil, a prevalência de desnutrição entre os Kaiowá e os Guarani é 18,2% afetando os menores de cinco anos(6). No I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena realizado em 2008-2009 nas macrorregiões do Brasil, demonstrou em seus resultados que 25,7% das crianças tinham déficit de crescimento para a idade, sendo que na região Norte a prevalência chega 40,8% de déficit de estatura para idade(7). Na etnia

Guarita, no Sul do Brasil, analisou-se a influência do estado nutricional na estatura das crianças, ao resultados apontam 34,7% das crianças estavam com baixa estatura(8). Na população Wari, no Estado de Rondônia, Brasil, o déficit de estatura em grau moderado ou grave entre as crianças menores de cinco anos, tem prevalência superior a 51,7%(9). Atuação do enfermeiro diante da desnutrição nas comunidades O enfermeiro deve está preparado para agir em diferentes situações, vencendo as barreiras étnicas, culturais, geográficas, linguísticas e de comunicação(10). O trabalho é bem diversificado, cabendo-o várias funções frente à equipe multidisciplinar, utilizando estratégias de acompanhamento das crianças de baixo peso, fazendo as visitas domiciliares e adotando ações de boas práticas de saúde nas comunidades(11). Ensinando através de educação em saúde, os principais processos de tratamento doméstico da água. E dando informações adequadas sobre os benefícios da amamentação, na tentativa da redução da mortalidade infantil e principalmente na desnutrição(12-13). CONCLUSÃO A desnutrição em crianças indígenas brasileiras menores de cinco anos apresenta um grau elevado no Brasil, sendo que a ocorrência da prevalência se dá pelos vários fatores comuns entre as comunidades, como a oferta inadequada dos alimentos ou a insuficiência de nutriente oferecida às crianças na fase de crescimento e desenvolvimento. Apesar de existirem políticas de saúde e programas que pareçam ter aumentado o acesso do indígena à assistência e ações preventivas de saúde, não há muitos estudos que relatem as ações do enfermeiro nas comunidades indígenas. Espera-se que este estudo sirva de reflexões acerca da atuação do enfermeiro, em especial as mães indígenas, preparando-a para lidar com a alimentação adequada de seus filhos.

AUTOCUIDADO NOS IDOSOS COM DIABETES – PROJETO AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR DO IDOSO

Luciane Peres da Costa, Angela H Sichinel, Claudete Santa Brunetto Borges, Alessandra Milani Melo, Iza Janaina Goes Fahed-, Mariana Soares, Lucia Lessa Korndorfer, Jussara Hokama

Apresentação: A diabetes é hoje um problema de saúde pública, pela elevada incidência e prevalência que apresenta. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, o número de indivíduos diabéticos está cada vez aumentando mais devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, à maior urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como a maior sobrevivência do paciente com diabetes. Mais de um quarto da população entre os 60-79 anos tem Diabetes, existindo correlação direta entre o aumento da prevalência da diabetes e envelhecimento. Diante do exposto o objetivo deste estudo foi verificar a prevalência de diabetes e orientar os idosos quanto ao autocuidado visando uma maior conscientização e o incentivo às escolhas saudáveis e realistas e economicamente acessíveis à população. Desenvolvimento do trabalho: A pesquisa foi de campo descritiva e transversal com idosos não institucionalizados atendidos no Projeto AMI (Avaliação Multidisciplinar do idoso) do Hospital São Julião em Campo Grande – MS. Resultados: A amostra constituiu-se de 93,03 % dos 402 idosos atendidos no projeto, com idade média de 69,5 anos. Observou-se que 72,99% (n=273) dos idosos não eram diabéticos e 24,87 % (n=93) foram diagnosticados com diabetes. Considerações finais: A resposta a este problema a equipe multidisciplinar desenvolveu a capacidade para o autocuidado, através do suporte pró-ativo que fornece incentivo e promove responsabilidade e supervisão na promoção.

Resultando na continuidade do autocuidado dos idosos diabéticos e cuidadores informais, fortalecendo os vínculos na priorização de práticas personalizadas e desenvolvimento de habilidades, no que se refere à capacitação da gestão do autocuidado. Palavras – chaves: diabetes, idosos, autocuidados.

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DE CRIANÇAS DO BAIRRO DO SANTARENZINHO DO MUNICÍPIO DE SANTARÉM

Cristiano Gonçalves Morais, Antonia Irisley da Silva Blandes, Géssica Rodrigues de Oliveira, Gisele Ferreira de Sousa, Victor Hugo Barroso Coelho, Maria da Conceição Cavalcante Farias, Simone Aguiar da Silva Figueira

Palavras-chave: Antropometria, Enfermagem, Criança

APRESENTAÇÃO: No Brasil segundo o Ministério da Saúde as doenças crônicas degenerativas como: diabetes e doenças cardiovasculares o número de casos entre a população, consideravelmente nos últimos 30 anos, a obesidade é um dos agravos que predispõe o aparecimento dessas doenças surge decorrente dos hábitos comportamentais como: atividade física e alimentação¹. Assim torna-se importante realizar ações com o intuito de intervir nestes processos ainda na infância do indivíduo, tendo em vista que isto é o resultado da influência de agentes internos como aspectos genéticos e externos como o comportamento e conjuntura social em que está inserido para que haja controle e diminuição na incidência o Ministério da Saúde aderiu ao método implantado pela Organização Mundial de Saúde, o qual utiliza dados antropométricos método que tratar-se de um meio barato e eficaz de acompanhamento e classificação de pesos

compatíveis a idade e altura, auxiliando no uso de medidas e ações a serem efetuadas mediante o resultado destas variáveis. Desse modo tornou-se possível rastrear casos de sobrepeso e baixo peso e intervir de forma direta através de medidas educativas para com os responsáveis do público alvo. Este trabalho objetivou avaliar a relação antropométrica de crianças de uma micro área da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Bairro do Santarenzinho do município de Santarém². **DESENVOLVIMENTO:** Foi realizado pelos acadêmicos de enfermagem, no dia 09 de Março no bairro do Santarenzinho a avaliação antropométrica de crianças pertencente a uma das micro áreas da ESF, a amostra foi composta por 19 crianças menores de 5 anos acompanhadas dos responsáveis. Os dados obtidos foram analisados e tabulados no software Excel 2010, além disso, foram classificados em Escore-z levando em consideração o que preconiza a Organização Mundial de Saúde, ressalta-se que foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **RESULTADOS:** 90% da amostra se adequou a classificação de eutrófico e 10% apresentaram sobrepeso. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi observado mais casos de crianças eutróficas e que houve crianças com sobrepeso é importante se ater a esses dados que ilustram o risco de obesidade infantil. Sendo a comunidade um dos principais cenários de atuação e intervenção do profissional da enfermagem suas ações como agente ativo podem obter resultados ímpares na profilaxia através, sobretudo da orientação seja das crianças/pais.

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS PACIENTES QUE PARTICIPARAM DO PROJETO CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Joliani Alves de Moraes Rotilli, Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Palavras-chave: Atividades Cotidianas, Avaliação Geriátrica, Gerontologia

Os Cuidados continuados integrados (CCI) são entendidos como um processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, focado na recuperação do paciente, que visa promover a autonomia aperfeiçoando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. Em Mato Grosso do Sul o projeto Cuidados Continuados Integrados está sendo executado no hospital São Julião, como uma unidade de convalescência de média duração e reabilitação (UMDR) para atender os pacientes procedentes dos hospitais de agudo de Campo Grande. **OBJETIVO:** Avaliar a evolução dos pacientes em relação às atividades básicas da vida diária e atividades instrumentais de vida diária após a alta do projeto. **MÉTODO DO ESTUDO:** Foi realizado um estudo seccional quantitativo com base em dados primários e secundários. Preencheram os critérios do estudo 18 pacientes que participaram do projeto no município de Campo Grande (MS). Foram solicitados os prontuários ao Hospital São Julião e a partir deles foram coletados os dados secundários para provenientes dos resultados das escalas de Barthel e Lawton. Após isto a pesquisadora entrou em contato via telefone com os pacientes convidá-los a participar do estudo e agendou uma visita no domicílio dos pacientes para coletar os dados primários com a aplicação das escalas de Barthel (anexo B) que visa avaliar as atividades básicas da vida diária (AVD) e Lawton (anexo C) para avaliar as atividades básicas instrumentais de vida diária (AIVD). **RESULTADOS:** Observou-se diferença estatística significativa entre os resultados da escala de Barthel nos dois momentos avaliados, sendo 62,50±7,59 pontos a média e desvio padrão do escore no momento da alta e 80,56±4,75 na avaliação do domicílio, com p=0, 036 e não foram

observadas diferenças significativas entre os momentos avaliados no que se refere à escala de Lawton, com média e desvio padrão de 2,50±0,42, no momento da alta e 2,89±0,40 na avaliação no domicílio, p=0, 218. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os pacientes melhoraram a capacidade de realizar as atividades básicas de vida diária no domicílio, contudo ainda apresentam dependência leve. Enquanto que nas atividades instrumentais de vida diária não houve melhora e nem piora significantes, eles mantiveram as suas limitações.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ÁGUA UTILIZADA EM UNIDADES DE HEMODIÁLISE NOS MUNICÍPIOS DA CIRCUNSCRIÇÃO DA SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE MONTES CLAROS (SRSMOC)

Cynthia Antunes Barbosa, Déborah Braga Oliva Rezende Audebert, Lucas Dias Gonçalves, Rodrigo Campos Almeida

Palavras-chave: água, avaliação, hemodiálise, qualidade

INTRODUÇÃO: A hemodiálise é uma terapia cujo método de filtração consiste na remoção do líquido e substâncias tóxicas do sangue, sendo a água o maior insumo consumido. A água utilizada na hemodiálise é um indicador importante e deve ser amplamente controlada para manter o padrão de segurança e qualidade. Contudo, para o tratamento dialítico, a água necessita passar por processo de purificação a fim de reduzir os contaminantes químicos e bacteriológicos. Na RDC 11/2014 determinam parâmetros diversos para o funcionamento dos serviços de diálise que especifica as análises mensais e semestrais que devem ser realizados em laboratórios habilitados pela Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos de Saúde (REBLAS)

a fim de garantir os parâmetros adequados para atendimento ao serviço. **OBJETIVO:** Avaliar a qualidade da água em unidades de hemodiálise utilizando os laudos de análise fiscal. **MÉTODOS DO ESTUDO:** Foi realizado um estudo descritivo avaliando-se os resultados de laudos de análise fiscal da água emitidos pela Fundação Ezequiel Dias (FUNED) nos anos de 2014 e 2015 em quatro centros de hemodiálise dos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros/Minas Gerais. **RESULTADOS:** No total de 45 laudos de amostras de água analisadas 97,778% (n=44) das amostras foram aprovadas de acordo com parâmetros analíticos, bromatológicos e microbiológicos. Destes 2,222% (n=1) foram reprovadas por apresentarem a condutividade em desacordo com critérios definidos na RDC 11/2014. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante da avaliação realizada a maior parte das unidades atendem à legislação vigente. Foram observados resultados favoráveis frente ao monitoramento fiscal da água para hemodiálise. Entretanto, é necessário o uso de ferramentas de avaliação, gerenciamento de riscos e a manutenção de todo o sistema de distribuição, por meio de medidas para que as unidades de hemodiálise avaliem a qualidade da água para a segurança dos pacientes.

AVALIAÇÃO DA RESISTÊNCIA ÀS DROGAS ANTIRRETROVIRAIS EM INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO HIV-1, CAMPO GRANDE-MS

Tayana Serpa Ortiz Tanaka

Palavras-chave: homens que fazem sexo com homens, HIV-1, resistência

APRESENTAÇÃO: O acesso universal aos antirretrovirais no Brasil resultou em aumento da sobrevivência e diminuição significativa das hospitalizações

relacionadas ao HIV/AIDS. Entretanto, a emergência de isolados virais resistentes e sua transmissão constituem obstáculos para a eficácia da terapia. O presente trabalho visa identificar a variabilidade genética dos subtipos circulantes, identificar as principais mutações presentes na polimerase-protease/transcriptase reversa do HIV, relacionando-as com os perfis de resistência aos antirretrovirais em indivíduos infectados pelo HIV-1. Ainda, pretende-se verificar a ocorrência de redes de transmissão do HIV-1 entre esses indivíduos, através da comparação filogenética.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A população de estudo constituiu-se de pacientes infectados pelo HIV-1 virgens de tratamento, cujas amostras encontram-se armazenadas no Laboratório de Imunologia Clínica/UFMS, provenientes de pesquisas anteriores envolvendo indivíduos atendidos em centros de referência HIV/AIDS e homens que fazem sexo com homens (HSH). As mesmas foram submetidas à extração de DNA pró-viral, amplificação da região da polimerase por nested-PCR, seguido pelo sequenciamento nucleotídico. Em seguida, foi construída uma árvore filogenética para a identificação de subtipos circulantes e de possíveis redes de transmissão. As mutações associadas à resistência a antirretrovirais (MARD) foram determinadas utilizando a ferramenta Calibratedpopulationresistance tool.

RESULTADOS: Dos 204 isolados incluídos neste estudo, 152 (74,5%) já foram sequenciados, incluindo 57 mulheres e 95 homens. Dentre os homens, 39 (41,1%) relataram ser heterossexuais e 56 deles (58,9%), homossexuais. Entre os HSH, 33 (58,9%) isolados foram classificados como subtipo B, 12 (21,4%) recombinantes intersubtipos, 7 (12,5%) como subtipo F1, 3 (5,3%) subtipo C e 1 (1,8%) do D. Já entre os heterossexuais (n=96), 65 (67,7%) do B, 11 (11,4%) do C, 9 (9,4%) pertencentes

ao subtipo F, 1 (1%) D e 10 (10,4%) recombinantes. Já entre os heterossexuais (n=96), 65 (67,7%) foram identificados como subtipo B, 11 (11,4%) como C, 9 (9,4%) pertencentes ao subtipo F, 1 (1%) D e 10 (10,4%) como formas recombinantes. Não houve diferença na distribuição dos subtipos virais encontrados com as categorias de exposição analisadas. Quanto à análise MARD, 13 (8,5%) das 152 amostras apresentavam uma ou mais mutações, sendo a classe dos NRTI (inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos) a mais frequente (n=9), seguida dos NNRTI (inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos) (n=7) e inibidores da protease (n=5). Após a construção da árvore filogenética, observou-se a presença de clusters entre algumas amostras estudadas, evidenciando possíveis redes de transmissão, que serão confirmadas após análise filogenética utilizando a ferramenta PhyML.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com o presente estudo, espera-se fornecer informações importantes para o conhecimento da dinâmica de variantes do HIV-1 circulantes em nosso Estado, bem como dados sobre a resistência transmitida aos antirretrovirais e sobre a dinâmica de transmissão entre grupos expostos ao risco. Tais dados são importantes para o delineamento de políticas de vigilância epidemiológica.

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Heleticia Scabelo Galavote, João Paulo Cola, Carolina Maia Martins Sales, Rodrigo Leite Locatelli, Janaina Gomes Nascimento, Ethel Leonor Noia Maciel, Rita de Cássia Duarte Lima

Palavras-chave: tuberculose, atenção primária à saúde, qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde

APRESENTAÇÃO: O Brasil continua sendo um dos 22 países responsáveis por 80% dos casos de tuberculose. No estado do Espírito Santo, em 2013, foi registrada incidência de 31/100 mil habitantes. Para minimizar essa problemática, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose têm preconizado ações de organização do processo de trabalho para o controle da doença. Desta forma, este estudo tem como objetivo avaliar as ações de controle da tuberculose nas equipes de Atenção Básica sob a ótica dos profissionais de saúde no Estado do Espírito Santo.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com base em dados secundários sobre as informações do controle da tuberculose nas equipes de Atenção Básica a partir da avaliação externa, ciclo um, do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no ano de 2012. Os dados foram obtidos através do módulo II do PMAQ-AB, no qual se extraíram informações do universo de 321 equipes de saúde do estado do Espírito Santo a partir de entrevista com o profissional coordenador de cada equipe. A análise descritiva dos dados foi realizada em três eixos: caracterização das equipes de Atenção Básica; ações organizativas de controle da tuberculose e; ações de promoção e prevenção. Resultado: Foram entrevistados 321 profissionais, entre médico (7,8%); equipe de enfermagem (87,5%) e; Cirurgião-dentista (4,7%). A maioria das equipes está na modalidade Saúde da Família, com saúde bucal (74,5%). Observou-se que 27,7% das equipes não possuem protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para a tuberculose, como também 32,1% não possui registro do número de usuários com a doença.

Destaca-se que 41,4% realizam a busca de faltosos, assim como 43,6% realizam o tratamento diretamente observado. Em relação à busca ativa, 78,5% das equipes afirmam realizá-la para os sintomáticos respiratórios, bem como 63,9% realizam grupos de educação em saúde com enfoque na orientação sobre a prevenção da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estudo aponta para a necessidade de aprimoramento do planejamento e da organização dos serviços de saúde visando o fortalecimento das ações de controle da doença, com enfoque no tratamento diretamente observado, criação de protocolos de atendimento e registros de casos. Os resultados reforçam a necessidade de pesquisas avaliativas, de modo a reorientar as práticas de atenção à tuberculose na Atenção Básica, auxiliando no processo de formulação de novas estratégias para o controle e diagnóstico precoce dos casos.

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS NO PRÉ-NATAL NO RIO GRANDE DO SUL

Karen da Silva Calvo, Rosimeire Batista de Camargo, Evelin Maria Brand, Luciana Barcellos Teixeira, Marsam Alves de Teixeira, Emerson Silveira de Brito, Alcindo Antônio Ferla

Palavras-chave: (assistência pré-natal, atenção primária à saúde, saúde coletiva)

Apresentação: A atenção materno-infantil deve ser executada na perspectiva da integralidade da saúde da mulher e com foco no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Um pré-natal de qualidade faz-se necessário para uma gestação saudável e um parto seguro. Uma assistência pré-natal humanizada deve incluir ações de promoção de saúde específicas para o período gestacional

e puerpério (1). O pré-natal de baixo risco ocorre na atenção primária à saúde (2). Dessa forma, objetivou-se avaliar a assistência pré-natal quanto às orientações de saúde recebidas pelas mulheres por profissionais de saúde da atenção primária no Rio Grande do Sul. Metodologia: Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo (3), realizado através da análise de dados secundários encontrados no PMAQ (4). Foram incluídas somente mulheres que já ficaram grávidas alguma vez e cujas crianças tinham até dois anos de idade. Excluíram-se mulheres que estavam no estabelecimento de saúde pela primeira vez e mulheres cujo tempo de retorno ao estabelecimento era maior que 12 meses. As questões elaboradas no PMAQ transformaram-se em variáveis de um banco de dados criado no Programa Excel®, e posteriormente, os dados foram transportados para o Programa SPSS para a análise estatística. Resultados: A amostra foi constituída por 271 mulheres, com idade média de 27 ± 6 anos das quais 29,9% estavam na faixa etária entre 25 e 29 anos, e 67% das participantes se autodeclararam de cor branca. O número de consultas de pré-natal variou de 3 a 25 consultas, com média de 9,7 ± 4 consultas. Quanto ao local de atendimento, 84,6% fizeram o pré-natal na unidade básica de saúde. Em relação às ações de promoção, 56,1% das mulheres foram informadas quanto à alimentação e ao ganho de peso na gestação; 59,8% foram orientadas sobre amamentação exclusiva até os seis meses; 58,7% receberam orientações sobre os cuidados com o recém-nascido e 46,5% sobre a importância e a periodicidade do exame preventivo do câncer de colo de útero. Menos da metade das mulheres foi informada quanto aos grupos educativos voltados para as gestantes (43,2%); e 46,1% receberam orientações sobre o local do parto. Considerações finais: Apesar da média elevada de consultas de pré-natal, ainda há falhas relacionadas às ações de promoção

ofertadas às mulheres. A falta de orientação sobre o local e o trabalho de parto, pode gerar insegurança na mulher (5). A falta de orientação sobre os primeiros cuidados com o recém-nascido e amamentação exclusiva, podem impactar negativamente sobre a saúde do recém-nascido, especialmente no que tange à amamentação. O pré-natal também é um momento oportuno para orientações sobre o exame preventivo do câncer de colo de útero e somente metade das mulheres recebeu essa orientação. As orientações podem ser melhoradas para a realização de um trabalho com maior qualidade de atenção.

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES EMOCIONAIS E DE SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL DE IDOSOS PARTICIPANTES DO PROJETO AMI – AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR DO IDOSO DO HOSPITAL SÃO JULIÃO, CAMPO GRANDE – MS

Camila Sichinel Silva da Cunha Souza, Gislene de Campos Soares Pereira, Luciana Cayres, Renata Psibelsky, Leandro H da Silva Gomes, Luciane Perez da Costa, Marilena I. Zulim, Angela H Sichinel

Palavras-chave: idoso, Suporte social, Suporte Familiar

Apresentação: O Brasil é um país que envelhece a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras, inequívocas e irreversíveis. Desde os anos 1940, é entre a população idosa que temos observado as taxas mais altas de crescimento populacional. Na década de 50, a taxa de crescimento da população idosa atingiu valores superiores a 3% ao ano, chegando a 3,4%, entre 1991 e 2000 (KÜCHERMANN, 2012). O objetivo desta pesquisa é estudar a disponibilidade e adequação de suporte familiar e social e condições emocionais de

pacientes idosos assistidos no ambulatório do Hospital São Julião. Desenvolvimento: O presente estudo é um estudo descritivo, de corte transversal, orientado pelo método quantitativo em pesquisa, que envolve os chamados “indivíduos-típicos”, por se tratar unidades de observação escolhidas por serem representativas de uma situação/condição, que no nosso caso, envolve o estudo de pessoas maiores de 60 anos. Resultados: A amostra de participantes corresponde a 176 pacientes com idade entre 58 e 97 anos, média de 71,24 anos (DP=6,56) sendo 57,9% do sexo feminino e 42,04% do sexo masculino. Houve associação significativa entre o índice de depressão (Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage) e o suporte social (Escala de Suporte Social) nos entrevistados deste estudo (teste de correlação linear de Pearson, $p = 0,0009$). Considerações finais: Os resultados demonstraram que quanto maior o escore de suporte social 54,71% em mulheres menor a correlação com índices de depressão 14,54%, sendo 9,75% de índice de depressão para 54,66% dos homens que apresentaram índice de suporte social maior que seis (>6). Da mesma forma os dados demonstram que os pacientes com menor escore de suporte social, tem maior probabilidade de desenvolver sintomas depressivos, 16,03% das mulheres avaliadas com escore menor que três (<3) resultaram em 47,5% de índice de depressão. Dentre os homens 30,66% avaliados com escore menor que três (<3) resultaram em um índice de depressão de 34,72%.

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DA COMUNIDADE QUANTO AO PAPEL DO ACS DA USF LOIANE MORENA VIEIRA EM PALMAS - TO

Hartemis Milhomem Valadares, Micheline Pimentel Ribeiro Cavalcante

Palavras-chave: Agente de saúde, Satisfação, atenção primária, estratégia saúde da família

APRESENTAÇÃO/INTRODUÇÃO: O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) origina a configuração de uma prática de trabalho caracterizada pela vinculação da população nos serviços de saúde, os ACS são vistos como um dos pilares dos programas de saúde voltados para a atenção primária, servindo de elo entre as políticas de saúde com caráter multiprofissional e a comunidade adstrita à estratégia de saúde da família. Objetivos: Tem como objetivo avaliar o nível de satisfação dos usuários quanto ao trabalho realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) da Unidade de saúde da Família Loiane Morena Vieira em Palmas - TO. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, com amostra constituída de 98 usuários dos serviços na USF no mês de outubro de 2013, considerando uma média de 900 pacientes/mês, e erro de 0,02%. Os dados foram coletados por meio de questionário validado, consolidados em uma planilha no Excel e posteriormente analisados no programa Epi Info versão 7.0. As variáveis estudadas foram: sexo, idade, estado civil, escolaridade, conhecimento do ACS, acessibilidade, importância das visitas, condições de saúde dos membros da família e satisfação das atividades realizadas pelo ACS. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas. RESULTADOS: Os resultados mostraram que as mulheres prevaleceram com 60,20%, sendo a maioria 52,04% dos entrevistados casados. Quanto à escolaridade 29,59% possuem ensino médio, em seguida 29,59% com nível superior e 15,31% ensino fundamental. Quanto ao conhecimento 98,98% relataram que conhece o ACS e apenas 1,02% não conhece, quanto às visitas mensais 95,92% relataram receber visitas, sendo que

68,37% recebem visitas todos os meses e 27,55% a cada três meses. Quando alguém ficou impossibilitado de comparecer a USF 66,33% receberam a visita do ACS. Quanto a satisfação 57,14% usuários consideram excelente o trabalho dos ACS e 33,67% consideram bom. Conclusões/Considerações: Conclui-se que existe um elevado grau de satisfação dos usuários quanto às atividades dos ACS da Unidade estudada, por outro lado, deve-se propor novos estudos que mensurem a efetividade das ações dos mesmos associadas a este grau de satisfação. Apesar disso, estes resultados devem refletir positivamente nas ações programáticas realizadas pelos programas de saúde que posicionam o ACS como agente integrador das políticas públicas de saúde.

AVALIAÇÃO DO PROJETO EXERCITANDO NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÕES DOS USUÁRIOS

Giannina do Espírito Santo, Diogo Gonçalves de Souza de Oliveira, Franklin Raniery, Luiza Costa, Claudia Paulich, Renata Vasconcelos, Philippe Rohan

Palavras-chave: Práticas corporais, Ensino-serviço-comunidade, Atenção Básica à Saúde

Ensino, pesquisa e extensão são o tripé de uma formação afinada com o contexto social. Essa associação está presente através do Projeto Exercitando na Atenção Básica (PEAB), que proporciona a oportunidade de práticas corporais para a população assistida de um Centro Municipal de Saúde localizado no município do Rio de Janeiro, parceiro do Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM). Tal associação tem a possibilidade de ampliar o cuidado dos usuários da unidade básica assistida. Este fato foi evidenciado por Ferreira et

al. (2012), que revelam a importância da integração ensino-serviço-comunidade, favorecendo a serviços mais qualificados, com possibilidades de trabalho na perspectiva da promoção da saúde e maior aproximação das reais necessidades do SUS. O presente trabalho tem como objetivo avaliar a percepção dos usuários das práticas corporais/atividades físicas realizadas no PEAB em relação à sua participação no projeto, após um ano de criação deste grupo. Trata-se de uma pesquisa com característica quantitativa descritiva, onde foi utilizado um questionário com questões fechadas. Para a análise das variáveis foi utilizada a estatística descritiva, realizada em planilha de cálculo Microsoft Excel 2010. Em relação à ética em pesquisa, este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUAM. Participaram 42 usuários, sendo apenas um do sexo masculino. A média de idade foi de 65,3 anos, sendo 65 a 84 anos a faixa etária predominante (61,9%, n=26). Do lar (42,9%, n=18) foi à profissão mais recorrente, 38,1% (n= 16) usuários não concluíram o ensino fundamental e 69% (n=29) mencionaram que as informações para realização dos exercícios físicos estão completamente disponíveis. O mesmo está relacionado à segurança na orientação para sua realização (88,1%, n=37). Os usuários afirmaram estar muito satisfeitos com o programa de treinamento (73,8%, n=31) e com o estímulo para praticá-lo (88,1%, n=37). No que diz respeito ao conforto das instalações, 38,1% (n=16) estão satisfeitos. Saúde e estética foram classificadas como muito satisfeito (54,8%, n=23 e 45,2%, n= 19, respectivamente) e a qualidade de vida como nem satisfeito nem insatisfeito (52,4%, n=22). Para Mendes e Carvalho (2013, s/p) “a interlocução entre a Clínica Ampliada e as práticas corporais favorece a produção de ações mais próximas das necessidades das pessoas e dos princípios do SUS”. Podemos concluir que a avaliação do grupo foi positiva

em relação aos profissionais e ao tipo de trabalho realizado, entretanto, no que tange à infraestrutura, há uma avaliação negativa, fato que pode estar associado ao único espaço disponível para o projeto, uma praça de esportes sem cobertura.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE TRANSTORNOS MENTAIS NA POPULAÇÃO DO JD CUMBICA II DE GUARULHOS

Rodrigo Milan Torres

Palavras-chave: transtornos mentais, idoso

Segundo a classificação internacional de transtornos mentais e de comportamento (CID-10), os transtornos mentais (TM) se classificam como doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem ser classificados, ainda, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar. Frequentemente encontramos na comunidade, os TM geram alto custo social e econômico; são pessoas de todas as idades, causando incapacitações graves e definitivas que elevam a demanda nos serviços de saúde. O índice de utilização dos serviços de saúde já é alto, em torno de 13%. A maioria dos portadores de TM não busca atendimento psiquiátrico, por razões que estão ligadas ao estigma, preconceito, desconhecimento sobre a doença, à falta de treinamento das equipes para lidar com estes transtornos e à falta de serviços adequados para o atendimento psiquiátrico. No Brasil, ainda não existe um estudo representativo dos índices de prevalência de indivíduos afetados por TM, mas uma estimativa pode ser encontrada em alguns

estudos. Os estudos epidemiológicos são de grande importância para determinar essa magnitude, sendo mais úteis e relevantes nas decisões e no planejamento de políticas públicas de saúde mental, na organização dos serviços e no desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento. O objetivo deste trabalho, é um estudo exploratório, qualitativo e quantitativo. Avaliar a frequência de pessoas com risco para TM na população atendida pela UBS Jd Cumbica II e correlacionar esse dado com questões socioeconômicas. O termo de consentimento livre e esclarecido a todos que concordaram em participar da pesquisa foi devidamente aplicado. O instrumento SQR 20 de identificação de risco de transtornos mentais, questionário socioeconômico e análise de dados em SPSS foram aplicados. O estudo revelou pelo menos metade da população analisada tem risco para TM. Porém, nessa análise preliminar, não encontramos correlação nos testes de qui-quadrado com a apresentação de risco e gênero, idade, ocupação, renda familiar, número de habitantes da casa e presença de pessoas adoecidas na casa. O estudo terá continuidade no próximo semestre.

AVALIAÇÃO DO TEMPO DE LIBERAÇÃO DO RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO NO BRASIL SEGUNDO DADOS DO PMAQ

Giulia Pedrosa Perini, Evelin Maria Brand, Marcela Silvestre, Dora Lúcia Correa de Oliveira, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: Rastreamento, Câncer de Colo do Útero, Atenção Primária

A incidência do câncer de colo de útero no Brasil é liderada pela região Norte com 23,57 por 100 mil mulheres, seguida pelas regiões Centro Oeste (22,19/100), Nordeste

(18,79/100), Sudeste (10,15/100) e Sul (15,87/100) (1). A fim de se obter redução da incidência e da mortalidade pela doença, é ofertado na atenção básica o exame citopatológico (CP) para rastreamento da doença, buscando-se atingir alta cobertura da população-alvo. O Ministério da Saúde preconiza o CP para mulheres com vida sexual ativa, priorizando o rastreamento na faixa etária de 25 a 59 anos (2). Após a coleta do exame, recomenda-se a disponibilização do resultado em até 30 dias (3). O objetivo deste estudo é avaliar o tempo de liberação do resultado do CP no Brasil. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa com delineamento transversal (4), que analisou dados secundários oriundos do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (5). O questionário foi aplicado a usuárias nos serviços de saúde em todo Brasil, em 2012. Excluíram-se mulheres que consultavam pela primeira vez na unidade de saúde, ou que a frequentavam por mais de doze meses. Os dados foram analisados por meio do software StatisticalPackage for the Social Sciences (SPSS). A amostra foi constituída por 50.791 usuárias de todo o Brasil, com média de idade de 41,44±16,55 anos, sendo que 11,6% nunca fizeram o exame citopatológico. Em relação ao local de realização do CP, 37.191 (73,8%) mulheres fazem o exame na sua unidade de saúde de referência e 7.343 (14,6%) fazem em outros locais (outra unidade de saúde, hospital, consultório particular e outros). Quanto ao tempo para receber o resultado do exame ($p < 0,001$), 16,9% das mulheres que fazem o exame na sua unidade de saúde recebem o resultado em até 30 dias e 69,2% recebem em um período maior de 60 dias. Dentre as mulheres que fazem o exame em outro local, 44,2% recebem em até 30 dias e 48,7% em mais de 60 dias. A região Sudeste apresentou melhor resultado, com 27% das mulheres recebendo o resultado

do exame em até 30 dias. Nas regiões Sul, Centro-Oeste e Norte, 76,2%, 78,2% e 85,2% das mulheres recebem o resultado em mais de 60 dias, respectivamente, ($p < 0,001$). Menos de 25% das mulheres obtiveram o resultado do CP dentro do período preconizado de 30 dias. Segundo os dados, o tempo para liberação do resultado é maior na unidade de saúde de referência da usuária do que em outros serviços de saúde. Tal situação pode estar relacionada à busca das mulheres por alternativas que possam ser mais ágeis na liberação de resultados dos exames, o que deve impactar no seguimento dos casos positivos e enfraquecer o vínculo com a sua unidade de saúde. Destaca-se que nas regiões onde a incidência da doença é maior, o tempo para liberação do resultado do exame foi o maior encontrado, ultrapassando 60 dias para mais de 70% das mulheres. Por se tratar de uma amostra oriunda do PMAQ, as conclusões aqui apresentadas são específicas para este grupo estudado.

AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS EM SAÚDE BUCAL

Amanda Brito de Freitas, Luciana Barcellos Teixeira, Bibiana Pavim, Jéssica Hilário de Lima, Mariana Günther Borges

Palavras-chave: educação permanente, saúde coletiva, promoção da saúde

APRESENTAÇÃO: O conhecimento sobre higiene bucal é fundamental quando se almeja a saúde integral dos indivíduos. Quando se trata de crianças, para que elas adquiram hábitos saudáveis e rotineiros, é necessário que, além da instrução dos pais, a higiene bucal seja reforçada pelos educadores nas instituições de ensino. Desse modo, este trabalho objetiva avaliar o conhecimento sobre saúde bucal dos educadores de algumas creches e escolas

de uma comunidade no município de Porto Alegre/RS, na perspectiva da saúde bucal coletiva. **DESENVOLVIMENTO E METODOLOGIA:** Para a execução desse questionário, usaram-se os conhecimentos básicos em relação à correta higienização bucal e também algumas questões sobre doenças comuns e suas etiologias. O período de realização desse trabalho foi de outubro a novembro de 2014. Os questionários foram entregues em algumas escolas e creches de Porto Alegre, e os educadores foram instruídos a respondê-los individualmente. **RESULTADOS:** Grande parte dos educadores informou não estar capacitado a orientar sobre cuidados com a higiene bucal, apesar de todos realizarem escovação supervisionada com as crianças. Além disso, todos verificam a condição das escovas de dente dos alunos, mesmo não sabendo o momento da substituição das mesmas. A maioria conhece as causas da cárie, no entanto não souberam informar como preveni-la. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Após a análise dos resultados, observou-se que os educadores demonstraram conhecimento insuficiente sobre a saúde bucal, entretanto isso não interferiu na importância dada por eles às atividades de escovação dentária. Tendo em vista que a saúde bucal é essencial para o bom crescimento e desenvolvimento das crianças e, também, que ela auxilia na redução de problemas que hoje em dia afetam a saúde pública e a própria promoção da saúde, é necessário manter o educador atualizado e capacitado importante para que ele possa atuar na conscientização dos cuidados com a saúde da boca de maneira adequada. Dessa forma, se faz necessário uma intervenção informativa com os educadores, capacitando-os a instruir as crianças com mais propriedade, promovendo cuidados com a higiene bucal e prevenindo doenças.

AVALIAÇÃO DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO DA COINFECÇÃO TB-HIV NO BRASIL

Aguinaldo José de Araújo

Palavras-chave: Tuberculose, Vírus da Imunodeficiência Humana, Avaliação

APRESENTAÇÃO: A tuberculose (TB) é uma doença antiga, mas que requer atenção especial, por se configurar como problema persistente no âmbito da saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. É considerada uma doença oportunista, por se desenvolver nos seres humanos com estado imunológico deprimido, causado por aspectos da determinação social do processo saúde-doença. Com o advento da epidemia do HIV, a TB ganhou forças e tem-se destacado como a principal causa de mortalidade entre as pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana. Desta forma, é imprescindível a realização de estudos da temática, de forma que possa contribuir no conhecimento dos resultados do processo de trabalho em saúde. O objetivo desse estudo é avaliar os indicadores de monitoramento da coinfeção TB-HIV, no Brasil, no ano de 2013. **DESENVOLVIMENTO:** Estudo epidemiológico, transversal e de abordagem quantitativa. A população estudada compreendeu os casos de TB no Brasil, que foram notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação online (SINAN/Net), no 1º e 2º semestre de 2013. Os indicadores de monitoramento e avaliação das ações de controle da TB utilizados foram: Proporção dos casos de tuberculose testados para HIV e Proporção de coinfeção TB-HIV. As variáveis corresponderam ao tipo de entrada da TB: caso novo, não sabe recidiva e reingresso abandono. Para calcular a proporção dos indicadores de monitoramento, foram consultadas as

instruções do Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil (Brasil, 2011). Por tratar-se de dados secundários, não houve necessidade de submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos. RESULTADOS/IMPACTOS – No 1º semestre de 2013 foram notificados 5.175 (11,50%) casos de coinfeção TB-HIV. Em relação às variáveis de tipo de entrada, 3.549 (7,89%) foram casos novos/não sabem 533 (1,18%) recidivas e 674 (1,49%) casos de reingresso após abandono. No tocante ao indicador de proporção dos casos de TB testados para HIV, 26.917 (59,84%) obtiveram o resultado do teste. No 2º semestre de 2013 foram notificados 5.379 (11,62%) casos de coinfeção TB-HIV. Destes, 3.811 (8,23%) foram casos novos/não sabem 529 (1,14%) recidivas e 675 (1,45%) reingressos após abandono. Quanto ao indicador de proporção dos casos de TB testados para HIV 30.608 (66, 15%) obtiveram o resultado do teste. CONSIDERAÇÕES FINAIS – A realização do teste de HIV para os casos confirmados de TB não atingiu a meta preconizada pelo Ministério da Saúde em nenhum dos semestres estudados. Além disso, houve um aumento dos casos de coinfeção TB-HIV no 2º semestre de 2013, em relação ao 1º semestre. Tais resultados devem ser considerados para o planejamento das ações em saúde, assim como na definição de estratégias que visem reduzir a taxas de coinfeção TB-HIV.

AVALIAÇÃO DOS MANEJOS NÃO FARMACOLÓGICOS USADOS PARA ALÍVIO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO EM UM HOSPITAL DE SANTARÉM-PA

Adriane Raclia da Silva Freitas, Ana Paula Lemos Araújo, Danyelle Sarmiento Costa, Jéssica Samara dos Santos Oliveira, Lays Oliveira Bezerra, Leandro da Silva Galvão,

Simone Aguiar da Silva Figueira, Maria Naceme de Freitas Araújo

Palavras-chave: Manejos não Farmacológicos, Parto, Enfermagem, Humanização

APRESENTAÇÃO: Conotado como um dos eventos mais significativos na vida de uma mulher, o momento do parto deve ser compreendido não apenas como um ato fisiológico, mas em todo o seu contexto psicológico e cultural. Diante disto, a dor destaca-se como um dos obstáculos no processo de parturição, e em decorrência dela, os manejos não farmacológicos merecem destaque, visto que são procedimentos não invasivos, de fácil acesso e aplicabilidade, merecendo, destarte, análise mediante sua utilização. Assim, este estudo buscou avaliar os benefícios dos manejos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto de gestantes admitidas em um Hospital Público de Santarém. DESENVOLVIMENTO: Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, transversal e descritiva, realizado no setor obstétrico de um Hospital Municipal da cidade de Santarém, no Estado do Pará. Participaram da pesquisa 18 parturientes, sendo dez múltiparas e oito primíparas em processo de parturição, queixando-se de dor, e em consequência disto, receberam os manejos não farmacológicos, ressaltando a aplicação das massagens em região lombo sacra, técnicas de respiração e a deambulação. RESULTADOS: A pesquisa evidenciou que entre as técnicas não farmacológicas, a mais eficaz foi à massagem (69,24%), em contrapartida a deambulação obteve total rejeição pelo público pesquisado. Colaborando com esta premissa, quando questionadas quanto à diminuição ou aumento da dor, 94,4% afirmaram que os manejos não farmacológicos influenciaram na diminuição da dor durante o trabalho de parto. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estudo

apontou que os manejos não farmacológicos apresentaram resultados positivos evidenciados através da diminuição da dor das parturientes, destacando a massagem como método que proporcionou maior alívio e que obteve total aceitabilidade ao ser comparado com os demais métodos. Ressalta-se que a enfermagem constitui protagonismo essencial para obtenção do parto humanizado, através dos manejos não farmacológicos e de outras técnicas de cuidado, enfatizando o respeito às diferenças e particularidade das mulheres, buscando também a constantemente melhoria da assistência.

AVALIAÇÃO ELETROMIOGRÁFICA DOS MÚSCULOS DO ASSOALHO PÉLVICO EM MULHERES PORTADORAS DE ESCLEROSE MÚLTIPLA E MIELOPATIA ASSOCIADA AO HTLV-1 (HAM/TSP)

Anna Alice Vidal Bravalhieri, Priscilla Dontecheff, Jucelia dos Santos, Daniele Decanine, Ana Beatriz Gomes de Souza Pegorare, Débora Zanutto Velasques

Palavras-chave: Esclerose Múltipla, HTLV-1, Eletromiografia, Incontinência urinária

O assoalho pélvico é um conjunto de estruturas, como fâscias, ligamentos e músculos que formam a porção inferior da cavidade abdomino-pélvica. Dentre outras funções, é responsável em manter a continência urinária. A perda das funções dessas estruturas, seja por lesão nervosa direta ou por distensão/laceração muscular, pode reduzir a capacidade do assoalho pélvico e enfraquecer o mecanismo de continência permitindo a perda urinária, assim, interferindo negativamente na qualidade de vida causando limitações físicas, sociais, ocupacionais e ou sexuais. A Esclerose Múltipla (EM) e a Mielopatia Associada ao HTLV-1 (HAM/

TSP) são desordens neurológicas crônicas, caracterizadas por ataque auto-imune à bainha de mielina causando desmielinização do nervo afetado, no qual geralmente resulta na diminuição da condução pelo nervo. Um método de avaliação que vem sendo recentemente utilizado para avaliar a função dos músculos do assoalho pélvico é a eletromiografia (EMG) com uso de sensor vaginal. Além de avaliar a capacidade de contração muscular, a EMG registra a amplitude de contração em microvolts (μV), sendo que os valores registrados em repouso caracterizam o tônus basal da musculatura. Durante a contração muscular, a EMG oferece informações sobre as fibras fásicas que produzem contrações de máxima amplitude e maior tempo de duração. O estudo teve como objetivo avaliar a atividade mioelétrica da musculatura do assoalho pélvico de mulheres portadoras de EM, mielopatia associada ao HTLV-1 e mulheres saudáveis. Foi utilizado um eletromiógrafo Miotool 400, para a captação da atividade mioelétrica. Participaram do estudo 15 mulheres, sendo 5 pacientes em cada grupo. Os resultados demonstraram que as mulheres infectadas com o vírus HTLV-1 possuem um maior tônus basal da musculatura do assoalho pélvico, em comparação com as pacientes portadoras da EM. Em relação à força de contração total, as mulheres com o vírus HTLV-1 tiveram uma melhor captação do sinal elétrico dos MAP comparando-se com as doadoras saudáveis e as portadoras de EM. Em geral, as portadoras de EM apresentaram uma menor chegada do sinal elétrico em todos os quesitos avaliados, tanto no tônus basal como nas contrações voluntárias. Acredita-se que devido o acometimento neurológico das pacientes com EM ser maior do que o das pacientes com HTLV-1 que se apresentaram assintomáticas, a condução do sinal elétrico até a musculatura do assoalho pélvico é em menor quantidade.

BASES IDEOLÓGICAS DA CONSTRUÇÃO DO VER-SUS SERGIPE

Denize de Oliveira Nascimento, Cleverton Diego de Oliveira Nascimento, José Cicero Silva, Renata Pinho Morais, Rogério Andrade dos Santos

Palavras-chave: Formação profissional, Saúde, Reforma Sanitária Brasileira

Este trabalho pretende refletir a construção ideológica do VER-SUS Sergipe 2015/1. A realização do VER-SUS na cidade de Aracaju foi vista como fundamental para a articulação de atores sociais comprometidos com a defesa da Reforma Sanitária Brasileira pensou o histórico de reorganização dos serviços de saúde da capital na década passada em que a cobertura da ESF foi bastante ampliada e a rede de urgência local foi utilizada como modelo para a formulação da rede nacional, além de pensar o trabalho e a moradia como condicionantes sociais em saúde a serem discutidos com apoio dos movimentos sociais. Os principais atores foram o movimento estudantil da saúde, bastante enfraquecido nos últimos anos pela falta de projeto estratégico de transformação da sociedade, pelo distanciamento de sua base social pela não priorização do debate da formação profissional e pulverizado em seus cursos com articulações unitárias, pontuais e insuficientes. Para a construção deste estágio de vivência, tornou-se possível a articulação de estudantes de diversas áreas da saúde como Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Biomedicina, Farmácia, Fonoaudiologia e Fisioterapia. A formação em saúde, em sua maioria se dá em uma perspectiva biologicista, hospitalocêntrica, voltada para os interesses do mercado, médico-centrada, que promove poucos momentos de discussão multi/transdisciplinar e metodologias de aprendizagem pouco participativas e reflexivas, apesar dos avanços institucionais

como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os Cursos da área Saúde em 2001, VER-SUS, PRÓ-SAÚDE e o PET-SAÚDE. Além do movimento estudantil, torna-se necessário nessa construção a articulação com movimentos sociais e trabalhadores da área da saúde que compactuam com a ideia da saúde como um direito e de que é preciso uma mudança no fazer saúde no SUS. Na relação entre estudantes, trabalhadores e movimentos sociais, rompe-se a barreira corporativista, trazendo uma visão do mundo da saúde, com suas potencialidades e dificuldades (SANTORUM et al. 2011). Com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra (MST) e o Movimento Organizado dos Trabalhadores Urbanos (MOTU) o debate do trabalho e da moradia como condicionantes de saúde tornou possível uma reflexão acerca da Determinação Social do Processo Saúde-Doença por meio da vivência em áreas de Reforma Agrária e em ocupações urbanas, em que a luta pela terra e pelo direito à moradia se configuram uma discussão fundamental para a formação de profissionais da saúde mais críticos e comprometidos com a transformação social. A Comissão Organizadora desejou estreitar relação com movimentos sociais, possibilitando uma reflexão acerca do que existe enquanto política pública e as questões que precisam ser aprimoradas na rede de saúde, configurando um impacto positivo na reflexão dos gestores sobre a condição de saúde do município, através de outros atores pelas indagações e debates suscitados as vivências. Para os movimentos sociais é uma oportunidade de inserir suas ideias nas discussões em saúde. Para a gestão, ter um grupo de jovens profissionais de saúde em formação refletindo a realidade da qual se aproximam, contribui de forma direta para repensar os planos e ações em saúde desenvolvidas no município.

BRASIL E CUBA: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DE SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE BASEADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Cristianne Maria Famer Rocha, Rafaela Garcia Sonaglio, Júlia Schvarstzhaupt Lumertz, Adriana Roese, Vera Lucia Pasini, Marilise de Oliveira Mesquita, Vania Roseli Correa Mello, Camilo Darsie de Souza

Palavras-chave: Sistemas de Saúde, Atenção Primária em Saúde, Brasil, Cuba

Apresentação: As modificações sociodemográficas que estão ocorrendo nos últimos tempos faz com que os sistemas de saúde procurem mudanças. A privação de profissionais de saúde, a maior complexidade das necessidades de saúde e a importância da garantia ao acesso irão exigir novas habilidades de (re) organização da atenção à saúde, estimulando diversos países a apresentar formas inovadoras de organização de seus sistemas de saúde. Objetivo: Estudar e descrever, estabelecendo um paralelo, entre os sistemas nacionais de saúde de Brasil e Cuba, baseados na Atenção Primária em Saúde, a fim de distinguir as melhores práticas de organização dos sistemas de saúde e alcançar a integralidade da atenção à saúde. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa. Foram utilizados diferentes instrumentos para a coleta de dados como: visita no país explorado, pesquisa documental, diário de campo e sistematização de experiências. A análise dos dados foi executada a partir dos elementos procedentes dos contextos/campos de pesquisa (Brasil e Cuba), mediante a análise do conteúdo. Foram privilegiadas algumas temáticas relacionadas à organização dos sistemas nacionais de saúde: políticas e estratégias de promoção da saúde, organização e gestão

dos serviços de APS, atenção à saúde mental e saúde ambiental. Principais resultados: O sistema nacional de saúde cubano tem muitas analogias com o brasileiro. Entretanto, algumas decisões políticas tomadas, após 1959, diferem fortemente os dois, além da questão territorial, do número de habitante/usuários e da organização política/governativa dos Estados analisados. Quanto à promoção da saúde, identificou-se que, além de políticas sobre o tema, Cuba assume estratégias de fortalecimento dos conceitos da promoção em distintos espaços sociais e institucionais, antecipando as orientações da OMS que propõe colocar a saúde em todas as políticas. A organização da atenção consiste no Médico de Família, com o Grupo Básico de Trabalho também é uma inovação que merece evidência. Considerações: Ao analisar os sistemas de saúde brasileiro e cubano possibilitou a percepção de semelhanças e diferenças entre os dois países e selecionar uma lista de boas práticas a respeito das políticas de formação em saúde e da organização da atenção à saúde fundamentada na medicina de família, no caso cubano. Pretende-se com os resultados encontrados da pesquisa, colaborar com a formação e qualificação de políticas públicas de saúde.

CAMA DO CONTO: AFIRMANDO A POTÊNCIA DE VIDA NO LEITO DE MORTE NO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DE VOLTA REDONDA-RJ

Flavia Helena Miranda de Araújo Freire, Paulo Eduardo Xavier Mendonça, Tatiana Clarkson Mattos, Marta Lucia Pereira, José Antônio Pereira Feres, Michele dos Santos Flores, Amanda Rodrigues dos Santos, Maria Cristina Campos Ribeiro

Palavras-chave: Atenção Domiciliar, Morte, Vida

A presente pesquisa é parte integrante do Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no SUS. Trata-se de pesquisa nacional coordenada pela UFRJ, com o propósito de avaliar a produção do cuidado das redes temáticas de atenção à saúde no SUS, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários, compondo uma Rede de Avaliação Compartilhada. O trabalho aqui apresentado tem por objetivo avaliar a produção do cuidado da equipe do Serviço de Atenção Domiciliar do SUS no município de Volta Redonda-RJ, a partir do acompanhamento de um caso de usuário em fase terminal da doença (usuário-guia) e sua relação com cuidadores no domicílio. A escolha metodológica de entrada no campo se desenhou a partir do contato com gestor municipal, seguindo aos encontros coletivos com trabalhadores e posteriormente acompanhamento às visitas no domicílio na vida dos usuários. Entende-se que o objeto de investigação da avaliação da produção do cuidado se produz no encontro entre aquele que demanda cuidado com o trabalhador de saúde, mas também o encontro nos espaços dos próprios trabalhadores nos seus locais de trabalho. O caminho metodológico que o desenho da pesquisa solicita se constrói em acontecimentos, a partir dos encontros. Por meio do dispositivo “Tenda do Conto”, que proporciona espaço de encontro através de narrativas, a partir de objetos simbólicos e materializados em contações de histórias, a pesquisa produziu interferência no campo, no domicílio da usuária em fase terminal da doença. A sensação de impotência frente à doença com a paciente mobilizou os trabalhadores no cuidado com a usuária-guia. Encontro entre trabalhadores do SAD, cuidadores no domicílio, vizinhos e amigos da usuária, por meio da estética da tenda do conto, envolvidos por poesias, uma vez que a usuária era poeta, produziu

uma espécie de despedida em vida com a proximidade da morte, em meio a um cenário artístico. Afecções, poesias, alegrias, compartilhamentos de histórias relacionadas à usuária, apontou para visibilidade na construção de redes vivas no leito de morte. Conclui-se que uma pesquisa de avaliação formulada a partir dos atores envolvidos na produção do cuidado através dos gestores, trabalhadores e usuários, leva a caminhos de avaliação singulares, o qual é construído no caminhar da pesquisa. O caso da usuária guia em fase terminal da doença, a partir do experimento estético da Tenda do Conto, na versão “Cama do Conto”, apontou para questionamentos sobre o desejo de terminalidade da vida nos cuidados paliativos, como também apresentou um compartilhamento de narrativas afirmando a potência de vida no leito de morte.

CAPACIDADE FUNCIONAL E NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS EM IDOSOS DO PROJETO AMI- AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR DO IDOSO

Luci Matsumura, Willian Guimarães Braga, Caroline Rodrigues, Luciane Perez da Costa, Patricia F. Barreto, Benedito Oliveira Neto, Angela H Sichinel, Marilena Infiestazulim

Palavras-chave: DCNT, Barthel, Capacidade Funcional, Idoso

APRESENTAÇÃO: As doenças crônicas são a principal causa de incapacidade, a maior razão para a demanda a serviços de saúde e respondem por parte considerável dos gastos efetuados no setor. Segundo Lorig et al. (2001) a prevalência de problemas crônicos de saúde vem aumentando, entre os adultos, em todos os grupos etários.b) **Objetivo:** Analisar a Capacidade Funcional e o número de DCNT (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) em 60 (n=60) idosos assistidos no ambulatório do Hospital São

Julião, Campo Grande, MS, participantes do Projeto AMI – Avaliação Multidisciplinar do idoso. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de um estudo descritivo/transversal analítico, orientado pelo método quantitativo em pesquisa. Para a análise estatística, utilizamos o programa Epiinfo versão 3.4.3, bem como fórmulas matemáticas. A capacidade funcional foi avaliada através da escala de BARTHEL (Atividades da Vida Diária e Escala de LAWTON (Atividade Instrumental de Vida Diária) e classificados em graus de independência, dependência leve, moderada, grave. A amostra foi composta por 60 idosos (n=60), sendo 22homens (36,66%) e 38 mulheres (63,33%)que foram avaliados no período de março de 2013 a setembro de 2014. A idade variou de 60 a 100 anos (mediana = 73 anos). Resultados: Da população estudada, 33 pessoas (55%) apresentavam grau de dependência leve; 27 (45%) foram considerados independentes e nenhum foi classificado como dependente moderado ou grave para AVDs segundo a escala de Barthel. Quando analisados para AIVDs pela escala de Lawton, foram encontrados 49 (81,7%) sujeitos independentes; 9 (5%)com dependência leve; 2 (3,3%) dependência moderada e zero (0%) dependência grave .Quanto ao número de DCNT foram encontrados 23 pessoas (38%) com 1 DCNT;12 (20%) apresentavam 2 DCNT;10 (17%) com 3 DCNT;6 (10%) com 4 DCNT; e 9 (15%) com 5 ou mais DCNT. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os dados resultantes do estudo demonstraram tratar-se de uma população de idosos com boas condições de saúde.pois a maioria (58%) apresenta 1 ou 2 DCNT e pouca ou nenhuma dependência para AVDs e AIVDs e estão de acordo com recentes estudos que demonstram que quanto menor o numero de doenças crônicas menor o grau de dependência desta população.

CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE BOMBEIROS MILITARES

Rafaela Palhano Medeiros Penrabel, Márcia Regina Martins Alvarenga, Luciana Contrera, Odival Faccenda, Sônia Maria Oliveira Andrade, Ana Paula Assis Sales, Maria de Fátima Meinberg Cheade

Palavras-chave: Avaliação da Capacidade de Trabalho, Bombeiros, Saúde do Trabalhador

APRESENTAÇÃO: A profissão dos bombeiros tem demanda de alto grau de comprometimento físico e mental durante suas atividades profissionais. A capacidade para o trabalho diz respeito à aptidão que o indivíduo tem para executar suas funções relacionadas às exigências do trabalho. A saúde é considerada, entre diversos fatores, a principal determinante desta capacidade. **OBJETIVO GERAL:** caracterizar os profissionais bombeiros militares e estimar o índice de capacidade para o trabalho. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** método de estudo seccional, de abordagem quantitativa, com base em dados primários, amostra estratificada de 192 bombeiros de Campo Grande, MS, Brasil. As variáveis independentes foram os dados sociodemográficos, laborais, estilo de vida, e saúde e a dependente o índice de capacidade para o trabalho (ICT). A descrição dos dados foi apresentada em frequência absoluta e relativa, assim como média e desvio-padrão. Calculou-se a associação do ICT com as variáveis independentes através da análise univariada e multivariada de regressão logística, utilizando o método de BackwardStepwise para estimação das razões de prevalências e aplicação do teste de Razão de Verossimilhança para a obtenção da significância estatística. Para avaliar a consistência ou confiabilidade do ICT, foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach. **RESULTADOS:** houve predomínio do sexo masculino, cor parda, casados, ensino

médio completo, faixa etária entre os 21 a 40 anos com uma média de 38,9 anos, renda salarial entre 3 a 7 salários mínimos, com o número de dependentes de 3 a 5 pessoas sendo metade do percentual. Destacam-se como participantes da pesquisa os sargentos. A média do tempo de serviço foi de 14,3 anos. O trabalho diurno e noturno predominou, assim como a escala 24:72h. A maioria relatou nunca ter sofrido qualquer acidente de trabalho. Destaca-se que 92,0% dos participantes afirmaram praticar exercícios físicos, sendo estes realizados semanalmente. A maioria não possui doenças crônicas e não menciona utilizar drogas lícitas e ilícitas. Observa-se que 64,6% apresentam sobrepeso e obesidade e apenas 35,4% dos bombeiros estão com peso normal. A pressão arterial atingiu níveis satisfatórios da classificação ótima para 62,7%. Na frequência relativa do ICT, o parâmetro Baixo aparece em 3,7%, Moderado 32,8%, Bom 38,0% e Ótimo 25,5%. Na categorização Baixo/Moderado em 36,5% e Bom/Ótimo em 63,5%. Foram significativas para a pesquisa apenas a idade e o Índice de Massa Corpórea. O instrumento ICT apresentou boa confiabilidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: o índice médio da capacidade para o trabalho dos bombeiros em Campo Grande é considerado “Bom”, entretanto 36,5% estão com índice Baixo/Moderado, o que representa um alerta para os profissionais. A idade e a obesidade são fatores de risco para diminuição da capacidade para o trabalho. O instrumento ICT atestou boa confiabilidade para a pesquisa nos bombeiros. Por existirem trabalhadores com baixa capacidade e os que ainda podem diminuir, a enfermagem pode atuar cada vez mais na pesquisa para identificar as causas intervenientes a este efeito e com isso agir na promoção da saúde e prevenção de doenças, proporcionando assim medidas de restauração, apoio e manutenção da capacidade laboral, contribuindo para o âmbito da saúde coletiva e ocupacional.

CAPACIDADE RESOLUTIVA DOS SERVIÇOS FRENTE ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE: PERCEPÇÕES DAS USUÁRIAS

Maíra Rossetto, Helga Geremias Gouveia, Maria Luiza Machado, Rafaela Roque Queiroz, Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira

Palavras-chave: Saúde da mulher, consulta ginecológica, integralidade

INTRODUÇÃO: No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) constitui-se como uma proposta de reorganização da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial para aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas. Este estudo buscou analisar a percepção das mulheres sobre a resolução de suas necessidades de saúde enquanto usuárias da consulta ginecológica. A “consulta ginecológica” é definida neste estudo como um encontro entre usuária e profissionais de saúde orientados por uma abordagem clínica ampliada e por tecnologias leves (MERHY, 2002), ao valorizar suas necessidades singulares de saúde para além das queixas, sinais e sintomas relacionados à sexualidade, à reprodução e à dimensão biofisiológica de sua saúde. **MÉTODO:** Estudo qualitativo exploratório-descritivo, integrante da pesquisa “Uso de tecnologias de integralidade no cuidado às mulheres no âmbito da rede de atenção básica: análise de cenários em relação à consulta ginecológica” que busca analisar, em escala nacional e tendo como foco empírico a rede de atenção básica, os cenários da consulta ginecológica e a potencialidade deste dispositivo para produzir atenção integral. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A etapa aqui descrita foi desenvolvida em dois municípios do Rio

Grande do Sul, selecionados após análise de indicadores de acesso e qualidade da atenção à saúde das mulheres, por estudo epidemiológico descritivo ecológico. O município A foi identificado como situação extremo-negativa e o município B como extremo-positiva. Os dados foram coletados de agosto de 2013 a abril de 2014, por meio de Grupo Focal com 22 usuárias, maiores de 18 anos. A interpretação dos dados foi orientada pela análise de conteúdo temática (MINAYO, 2013). **RESULTADOS:** as usuárias referem satisfação com o tipo de profissional que realiza o atendimento, bem como com o vínculo que estabelecem com o serviço de saúde e com o profissional. A relação de respeito e escuta entre profissionais e usuárias faz a diferença entre as práticas das ações de saúde, apesar das queixas existentes que precisam ser consideradas para um efetivo acolhimento. Como insatisfação referem a perda de material coletado para exame bem como a demora no retorno dos resultados. **CONCLUSÃO:** Este estudo evidenciou a necessidade da atenção primária atuar de maneira resolutiva garantindo adequados fluxos e rotinas nas unidades de saúde, garantindo a qualidade da atenção e a integralidade.

CARACTERÍSTICAS COMPORTAMENTAIS E SEXUAIS DE USUÁRIOS DA TESTAGEM RÁPIDA ANTI-HIV EM PORTO ALEGRE, RS

Évelin Maria Brand, Daila Alena Raenck da Silva, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Vírus da Imunodeficiência Humana, Teste Rápido anti-HIV

Apresentação: A síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids) passou por modificações no seu perfil epidemiológico ao longo das suas três décadas de existência,

conferidas pelo caráter dinâmico e instável do HIV. Apesar do advento da Terapia Antirretroviral Ativa (HAART), a epidemia cresce e novas estratégias de enfrentamento têm sido implantadas, visando à redução do número de casos de HIV. Uma dessas estratégias é o oferecimento de teste rápido anti-HIV para diagnóstico precoce, facilitadora dos processos de rastreamento da doença e com potencial disseminador de práticas de prevenção. Assim, este estudo tem como objetivo identificar a prevalência de HIV e características comportamentais e sexuais de usuários que procuraram um serviço de referência em teste rápido, da rede pública de saúde, em Porto Alegre. **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, transversal. A amostra foi constituída por usuários que realizaram o teste rápido anti-HIV no serviço de testagem rápida, localizado no Centro de Especialidades Santa Marta da Gerência Distrital Centro, em Porto Alegre, de janeiro de 2012 a janeiro de 2014. Os dados foram analisados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 20. Comparações entre os grupos foram realizadas por meio do teste de homogeneidade de proporções, baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** A amostra foi constituída por 3.183 indivíduos, a prevalência de resultados reagentes foi de 486 (15,3%). Em relação à orientação sexual, houve diferença nas proporções de homossexuais masculinos e bissexuais 28,5% e 20,3% em reagentes e 10,9% e 2,4% em não reagentes, respectivamente ($p < 0,001$). O uso de drogas ocorreu em 31,2% dos reagentes e 14,7% dos não reagentes ($p < 0,001$). A ocorrência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) foi de 36,4% entre reagentes e 13,4% entre os não reagentes ($p < 0,001$). Quanto à prática de sexo anal, foi prevalente em 51,9% dos reagentes e em 30,4% dos não reagentes ($p < 0,001$). O uso de preservativo com parceiro eventual foi

relatado por 37,7% dos reagentes e 43,7% dos não reagentes ($p=0,80$). Considerações finais: Encontrou-se uma prevalência elevada de resultados reagentes para o HIV, o que era esperado, uma vez que o local da pesquisa é um serviço de referência para grupos específicos como população de rua e possibilita a vinculação ao tratamento imediatamente após o resultado. Os usuários de drogas são considerados integrantes da população-chave vista como mais vulnerável à infecção(5), e neste estudo o percentual de uso de drogas entre os indivíduos com resultado reagente foi o dobro do que entre os não reagentes. A prevalência de infecção pelo HIV foi maior em indivíduos com prática de sexo anal e naqueles que apresentaram a ocorrência de IST em algum momento da vida, o que sustenta a hipótese de que a prática de sexo não seguro é um comportamento que se mantém durante a vida, como também demonstra a necessidade da intensificação de ações de saúde sobre prática de sexo seguro independente da via.

CARACTERIZAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL – CEARÁ

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

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

APRESENTAÇÃO: A Estratégia Saúde da Família (ESF) é responsável pela Atenção Domiciliar (AD) a usuários que possuam problemas de saúde controlados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde. Que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado

compartilhado com as equipes de AD do Programa Melhor em Casa nos demais casos. Dentre os usuários da AD destaca-se a população idosa, conforme a Política Nacional de Saúde Integral da População Idosa (2006), para os idosos frágeis, aqueles que sabidamente estão em situação de incapacidade funcional e são dependentes, é sugerido o estabelecimento de atendimento domiciliar e a prevenção de complicações. Diante disso, objetivou-se caracterizar a operacionalização da AD ao idoso na ESF de Sobral, Ceará. Esta pesquisa justifica-se pela necessidade refletir sobre o cuidado às famílias na AD de idosos com comprometimento funcional no contexto da ESF por conta da demanda crescente de usuários para esta modalidade de serviço e do insuficiente preparo dos profissionais para atender no domicílio. MÉTODO: Esta pesquisa é de abordagem quantitativa do tipo descritiva, o campo de pesquisa foi os territórios de seis Centros de Saúde da Família da sede do município de Sobral, a coleta de informações foi através de entrevista semiestruturada desenvolvida no período de setembro de 2014 a março de 2015 com sessenta e dois idosos que recebem AD. Para a organização e análise dos dados utilizou-se da estatística básica distribuindo em porcentagem as características do atendimento no domicílio. Obteve-se a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). RESULTADOS: Dentre os motivos referidos pelos idosos que justificavam a necessidade do atendimento no domicílio 75,8% deles foram problemas de deambulação e 19,3% visuais, em relação ao tempo de acompanhamento exclusivamente no domicílio pela equipe da ESF 19,3% está há um ano; 17,7% há mais de cinco anos e 16,1% há dois anos e mais de dez anos. As Visitas Domiciliares (VD) duram de 15 a 30 minutos segundo 41,9% dos idosos e de 30 a 45 minutos por 29% destes. Elas

são realizadas mensalmente de acordo com 37% dos entrevistados e quinzenalmente por 14,5%; os profissionais de saúde mais presentes durante as visitas foram o Agente Comunitário de Saúde (ACS) em 83,9%; o médico em 66,1% e o enfermeiro em 59,7%. Destaca-se que apenas 30,6% dos idosos relataram a presença de outros profissionais como os do Núcleo de Apoio à Saúde da Família nas VD. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Esta pesquisa trouxe algumas contribuições para a gestão da ESF no município como a necessidade de sensibilização dos profissionais, especialmente os enfermeiros sobre a relevância e especificidades do cuidado domiciliar ao idoso e cuidador. Portanto, é necessário que as equipes de ESF realizem um acompanhamento sistemático do cuidado ao idoso e família, com supervisão, pactuação de objetivos, metas e atribuições entre os envolvidos para que a família retome o seu papel como provedora de cuidados contando com a ajuda do sistema de saúde.

CARACTERIZAÇÃO DE MULHERES COM VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA CONJUGAL EM PROCESSO NA 1ª VARA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR DE SALVADOR-BA

Maristela Farias Silva, Nadirlene Pereira Gomes, Fernanda Matheus Estrela, Nildete Pereira Gomes, Josinete Gonçalves dos Santos Lírio, Moniky Araújo da Cruz, Kátia Cordélia Cunha Cordeiro, Tamires Pereira Cerqueira

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Gênero e Saúde, Enfermagem

Introdução: A violência contra a mulher pode ser compreendida como resultado das relações desiguais de poder entre homens e mulheres. Estas são socialmente construídas e compartilhadas, naturalizando

a supremacia masculina e a subjugação feminina. O âmbito doméstico revela-se como o principal locus de ocorrência da violência contra a mulher, com agressores representados, majoritariamente, por homens com quem a mulher mantém ou manteve relação afetiva. O estudo tem como objetivo caracterizar as mulheres em processo na 1ª Vara de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher quanto aos aspectos socioeconômicos. Desenvolvimento: Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa, vinculada ao projeto intitulado Reeducação de homens e mulheres envolvidas em processo criminal: estratégia de enfrentamento da violência conjugal, sob financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), Edital nº 012/2013 - Apoio à Pesquisa em Segurança Pública, cujo projeto fora aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (n. 877.905). A pesquisa foi realizada na 1ª Vara de Violência Doméstica e Familiar contra Mulher localizada no município de Salvador, Bahia, Brasil. Os dados foram extraídos dos Formulários de Análise Documental, preenchidos por psicólogas e/ou assistentes sociais durante a primeira entrevista com a mulher, e alimentados no processo de acompanhamento psicossocial. O instrumento de coleta de dados contemplou quesitos sobre dados demográficos, socioeconômicos e relacionados à relação conjugal e à violência vivenciada. A análise dos dados foi efetuada através de distribuições das frequências. Os dados foram armazenados em planilhas do programa EXCEL e analisados no programa STATA, versão 11.0 (Stata Corp, College Station, TX, EUA). Resultados: Com relação aos aspectos sociodemográficos, a partir da análise dos 212 processos de violência conjugal registrados no ano de 2014 na 1ª Vara de Violência Doméstica e Familiar

contra Mulher, foi possível identificar que as mulheres estudadas caracterizam-se por serem, na sua maioria, jovens ou em idade reprodutiva, negras, solteiras, com 1 filho, com baixa escolaridade, renda de até 1 salário mínimo e moradoras de periferia. A violência psicológica foi a mais mencionada, seguida da física. Com relação à agressão física, o rosto foi o local mais atingido. Ressalta-se que essas mulheres viveram de 2 a 5 anos com a violência. Considerações finais: Tais achados sinalizam ser esse o perfil de mulheres que se encontram mais decididas a romper com o ciclo de violência, sendo a denúncia uma das possibilidades. Dessa forma, o estudo indica o público alvo para o qual devem ser investidas ações de enfrentamento da violência conjugal. Nesse contexto, é essencial espaços de reflexão para que as mulheres compreendam a construção social de gênero e empoderem-se no sentido de assegurar para si própria uma vida livre de violência.

CARACTERIZAÇÃO DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS RESIDENTES EM UMA MICROÁREA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ITACOATIARA

Hernane Guimarães dos Santos Jr, Vanessa Marques Mendonça, Rafaela Melo Campos Borges, Natacha Maria do Nascimento Valente, Jorge Alberto de Souza Simões

Palavras-chave: Hipertensão, Diabetes Mellitus, Atenção Primária a Saúde

As doenças crônicas HAS e DM são consideradas uma epidemia na atualidade, e exigem contínua atenção e esforços de um conjunto de equipamentos de Políticas Públicas e da sociedade em geral. Um desafio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é controlar essas doenças crônicas, causadoras de enormes custos econômicos e sociais, tanto por sua prevalência como

pelo potencial de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas. No Brasil a principal causa de mortalidade são as doenças do aparelho circulatório. Esses dados se mantêm em Itacoatiara. A pesquisa, nesse sentido, torna-se oportuna, pois a atuação na prevenção dessas se mostra um instrumento importante a fim de evitar a morbimortalidade por esses fatores. Foi avaliado um seguimento de HAS e DM, de uma microárea pertencente a uma UBS da cidade de Itacoatiara-Amazonas. O estudo é descritivo, de abordagem transversal, foi realizado por meio de preenchimento do questionário estruturado, com posterior aferição de dados antropométricos e pressão arterial. Posteriormente foram realizadas orientações a respeito da doença crônica do paciente, alertando-o quanto as possíveis complicações que advêm do tratamento inadequado da comorbidade, em relação ao uso correto dos medicamentos, mudança do estilo de vida, benefício das consultas médicas regulares e esclarecimento de dúvidas. A população avaliada foram 22 pacientes enquadrados pelos critérios de inclusão e exclusão do projeto, dos quais 17 são portadores de HAS, 12 são portadores de DM e 7 são portadores de ambas as patologias. Ao observar os índices de complicações relacionadas ao descontrole pressórico, 26% da população apresentou algum evento, sendo que o cérebro vascular foram os mais presentes (16%) seguidos das coronariopatias (10%). Verificou-se que 33% da população alvo sofreram algum evento, dos quais as lesões vasculares periféricas foram as mais prevalentes (17%) seguidas por lesões oftálmicas (8%) bem como renais (8%). Evidenciando a necessidade de intensificação do cuidado dispensado a esses pacientes pela equipe de saúde da família. Quando avaliado o índice de massa corpórea, constatou-se que apenas 26% da população estão adequadas enquanto 74% estão divididos

em sobrepeso 44%, obesidade grau I 17%, obesidade grau II 4%, obesidade grau III 9%. Os resultados encontrados mostraram que 29% dos hipertensos e 66% dos diabéticos apresentam falha terapêutica. Apenas 26% dos pacientes afirmam realizarem atividade física semanal, demonstrando que medidas não medicamentosas do tratamento dessas doenças crônicas não tem uma boa adesão por parte dos pacientes. Os estudos mostram o quanto os pacientes acometidos por doenças crônicas necessitam de maior apoio e ao mesmo tempo o estudo busca fornecer contribuições para ações nas unidades básicas de saúde, visando a melhoria do controle da HAS e DM tanto por parte dos profissionais de saúde como por parte dos pacientes, indicando quais os principais problemas enfrentados.

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA DO MUNICÍPIO DE ITAQUIRAÍ-MS

Eduardo Henrique Pereira Sandim

Palavras-chave: Epidemiologia, Hipertensão, Saúde da Família

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença que apresenta importante impacto comprometendo a qualidade de vida da população, além de elevar os custos para o sistema público de saúde brasileiro. Os objetivos desta pesquisa foram caracterizar os usuários hipertensos cadastrados no programa Hiperdia do município de Itaquiraí, estado do Mato Grosso do Sul, verificar a completude das informações contidas na ficha do Hiperdia estudado, conhecer a prevalência de hipertensão em usuários cadastrados no Hiperdia e analisar a associação entre as variáveis sociodemográficas e a pressão arterial. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo. Foram analisadas informações

de 719 fichas de cadastro do Hiperdia de quatro unidades de Estratégia Saúde da Família rurais e uma urbana do município estudado, no período de 2000 a 2013. Quanto à completude aproximadamente 100% das fichas apresentaram informações sobre idade (98%) e sexo (98,6%). As variáveis raça/cor (58,7%), escolaridade (57,7%), situação familiar conjugal (50,6%). Sobre as variáveis de saúde antecedentes familiares cardiovasculares tinha 92,4%, doença renal crônica (90,7%), Diabetes mellitus tipo 1 (88,8%), Diabetes mellitus tipo 2 e acidente vascular cerebral (91,0%), infarto agudo do miocárdio (88,9%), outras coronariopatias (87,8%), sobrepeso e obesidade e sedentarismo (88,6%), tabagismo (88,3%). A pressão arterial elevada esteve presente em 64,0% dos indivíduos. Predominou a faixa etária entre 55 a 70 anos (44,1%) e cerca de 30% dos usuários possuíam idade inferior a 55 anos, eram do sexo feminino (64,5%), da raça e cor branca (51,2%), tinham baixa escolaridade – não sabendo ler e escrever (34,7%) e alfabetizados (40,7%) e conviviam com companheira (o) e filho (s) (58,0%). Sobrepeso e obesidade foi registrado em 31,7% das fichas, sedentarismo em 29,2% e tabagismo em 19,4%. Menos de 10% dos hipertensos apresentaram outras morbidades. As características avaliadas não estiveram estatisticamente associadas com a pressão arterial elevada, demonstrando-se também neste estudo a importância da organização da atenção à HAS a nível municipal, tornando-se uma ferramenta de contribuição para os gestores e profissionais envolvidos na Estratégia Saúde da Família.

CARTOGRAFANDO MULTIDÕES NO SUJEITO COM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Gabriela Lucena Coutinho, Dilma Lucena de Oliveira, Juliana Sampaio, Adelle Conceição do Nascimento Souza, Thayane Pereira da Silva Ferreira

Palavras-chave: Cartografia- Sude Mental- Cuidado- Autonomia

Esse artigo, pensado a partir de inquietações levantadas pela RAC- rede nacional de avaliação compartilhada-realizado na cidade de João Pessoa nos períodos de maio/agosto de 2015, é uma pesquisa qualitativa que tem como finalidade a avaliação coletiva, envolvendo usuários e trabalhadores, da produção de cuidado das diversas redes do SUS. O artigo diz respeito à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e foi feito a partir do trabalho de campo produzido no CAPSAD, usando como método o usuário guia, que funciona como uma espécie de “fio condutor” para avaliação e reflexão sobre o cuidado produzido. Inicialmente pedimos para os trabalhadores indicarem o usuário que consideravam mais difícil de cuidar. A ideia é que, precisamente por ser o mais “problemático”, esse usuário guia seria capaz de levantar reflexões e problematizar mais a questão do cuidado. Seguimos então os percursos traçados por ele - tanto os instituídos na rede como os fora dela - pensando-os a partir das “estações” de cuidado do sujeito. Depois de cada ida a campo produzia-se um diário de campo que era posto em discussão, sob a ótica da micropolítica e antipsiquiatria, com todo o resto do grupo, fazendo surgir inquietações e novos caminhos advindos das versatilidades dos encontros, pensando sempre em ressaltar os acessos e as barreiras que encontrávamos na produção do cuidado. Por indicação dos profissionais chegamos a um de nossos usuários guias que se convencionou chamar Vaqueiro. Os únicos moldes em que tanto os profissionais do CAPS e do PSF quanto a família conseguiam encaixá-lo era o de alcoólatra, agressivo, que gostava de desenhar e não queria ser cuidado. Mas a partir da ideia de que os sujeitos são constituídos por multidões e que, portanto, essa era uma visão muito

limitada desse sujeito, buscamos refletir sobre quais métodos usar para conhecê-lo para além do diagnóstico de alcoólatra, apontando para a criação de dispositivos que pensem outras possíveis formas de cuidado que vão além da medicalização, trabalhando com base na construção da autonomia e respeitando os desejos de ser do sujeito. Baseados, pois, na concepção de cartografia proposta pelo projeto Útero Urbe (da artista plástica Carolina Teixeira), pedimos para o usuário desenhar as rotas que percorreu na sua vida, direcionando-o em três questões: onde o sujeito se sente livre, onde se sente interditado, e onde encontra cuidado. A partir do olhar dele sobre a própria autonomia, esse usuário é capaz de inscrever sua história no mapa de João Pessoa e, se necessário, extrapolar os limites da cidade, desenhando e traçando o seu próprio território. Expondo suas vivências no território de papel o Vaqueiro pode revelar vários outros “eus”, apontando para outras possibilidades de ser que ultrapassam a questão do alcoolismo: o nadador, o dançarino, o vaqueiro, o pedreiro, o apaixonado. Levando assim a pensar um cuidado que gera autonomia e empoderamento a partir de como o usuário se vê e deseja estar no mundo, para além do vício.

CARTOGRAFANDO UM PERCURSO MILITANTE PELA REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL E NA ITÁLIA

Renata Flores Trepte, Alcindo Ferla, Simone Paulon

Palavras-chave: Saúde Mental, Cartografia, Reforma Psiquiátrica

O presente trabalho visa colocar em análise os processos de Reforma Psiquiátrica (RP) no Brasil e na Itália, através de um percurso cartográfico por experiências vividas e

vistas nos dois países. Passando por uma retomada histórica, o trabalho discute, sob olhar institucionalista, os emolduramentos institucionais e as brechas instituintes possíveis, entendendo a produção de vida-arte como resistência às capturas. Trata-se, portanto, de fazer a análise de um regime de práticas, percorrendo linhas de desejo – de fuga e duras – que engendraram um modo de ser louco e que discutem dois percursos de reforma psiquiátrica comuns em pelo menos um aspecto: a garantia legal do direito às pessoas em adoecimento mental serem cuidadas em liberdade. Uma política pública, como a RP, exige a construção de novos modos de cuidado, novas práticas em saúde e engendra produção de subjetividade, tendo em vista que o modelo manicomial-hospitalocêntrico é insuficiente para dar conta dos novos projetos e objetivos. Os discursos reproduzidos acerca da loucura produzem enunciamentos que tendem à captura, solidificando um sistema de saber-poder sobre a vida e conservando redes invisíveis de subjetivação moral que emolduram a vida-arte, cristalizando a potência do novo, da diferença. A lógica manicomial não é adstrita a um campo específico de práticas, o manicômio, há que se desinstitucionalizar a Loucura, em uma perspectiva ético-estético-política, formulando e aperfeiçoando estratégias clínico-políticas, com base em uma produção de subjetividade que resista à emolduração e serialização. Entendendo-se que uma política pública produz modos de subjetivação, quando se visa colocar em análise e/ou avaliação sua efetividade é fundamental não se restringir aos aparatos estatais enumeráveis, como, por exemplo, no caso da RP, ao quantitativo de serviços substitutivos em funcionamento. Colocar em análise uma política pública em saúde, assim entendida, passa por colocar no plano do comum as produções de vida que a mesma produz. A vida-arte diz respeito

a potência criativa de resistir ao instituído, ao modo de vida emoldurado e cristalizado, é desenhar voos instituintes, fazer arte é resistir: “Quando dizemos que ‘criar é resistir’, trata-se de uma afirmação de fato; o mundo não seria o que é se não fosse pela arte, as pessoas não aguentariam mais”. (Deleuze, 2003). Pensar o que a Reforma Psiquiátrica produz enquanto vida-arte é percorrer cartograficamente os processos, com um corpo sensível.

CARTOGRAFIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE IMIGRANTES HAITIANOS NA CIDADE DE CHAPECÓ - SC

Ana Paul Risson, Ana Cristina Costa Lima, Regina Yoshie Matsue

Palavras-chave: atenção à saúde, trabalhadores da área da saúde, imigrantes

APRESENTAÇÃO: Os fluxos migratórios contemporâneos têm colocado à sociedade civil e ao Estado desafios nos âmbitos da saúde, educação, assistência social, mobilidade humana, trabalho, habitação, entre outros. A presente pesquisa de mestrado tem como objetivo geral: analisar como é realizada a atenção básica em saúde de imigrantes haitianos em Unidades Básicas de Saúde, no município de Chapecó/SC. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: o cenário da pesquisa é a cidade de Chapecó, oeste de Santa Catarina, que nos últimos anos recebeu aproximadamente 3.000 haitianos (número estimado pela Polícia Federal e Secretaria Municipal de Saúde), atraídos pela agroindústria. Estudo de abordagem qualitativa, a presente cartografia se constrói com 90 trabalhadores de seis unidades básicas de saúde, nos territórios de maior concentração da população haitiana. Os dados parciais aqui apresentados advêm de entrevistas semiestruturadas com as coordenadoras das unidades e de seis

rodas de conversa, complementadas com observação do cotidiano registrada em diário de campo e pesquisa documental. O percurso cartográfico é construído nos entremeios das relações no âmbito das equipes e nas subjetividades que permeiam o processo de atenção à saúde no contexto especial de repentinamente e sem preparo a atenção básica receber uma população de outro país, em número crescente. Assim, este estudo interdisciplinar parte da saúde coletiva e integralidade em saúde, para habitar os meandros dos estudos culturais e da psicologia social crítica, aliados à compreensão de poderes em Michel Foucault. RESULTADOS: inicialmente, o Estatuto do Estrangeiro (Lei nº 6.815/1980), definido pelo Estado de exceção, portanto, impróprio à sociedade atual, e a morosidade na definição de novo marco legal, aliados à falta de planejamento para o momento atual do país como receptor de imigrantes, são entraves na realização de planejamento em saúde, com vistas a políticas especiais transitórias de acolhimento dessa população. No contexto local, a cidade é marcada pela separação étnica entre os colonizadores europeus, brancos, chegados há menos de cem anos, e os indígenas autóctones, retirados de suas terras milenares. Isto certamente compõe a formação de subjetividades relacionadas à intolerância do diferente, por exemplo. Por fim, os trabalhadores do SUS, envolvidos nesta pesquisa, buscam estratégias criativas de comunicação, como por exemplo: tradutor na internet, mímica e desenhos explicativos, como também realização de exames complementares que ampliem a segurança no diagnóstico. CONSIDERAÇÕES FINAIS: a imigração descuidada e sem marco legal no país, aliada ao racismo no Brasil, posto que os haitianos sejam negros, contribuem para a ampliação dos preconceitos em relação aos novos habitantes. Por tudo, há dificuldades no acesso aos direitos como cidadãos, que

certamente respingam no acolhimento e atenção em saúde no SUS. O desvelamento dos preconceitos e tradicionalismos é necessário para a interação entre usuários e profissionais de saúde. Assim, esta cartografia abre a discussão cultural e de tradições para a ruptura de nossos preconceitos nacionalistas e étnicos.

CASUÍSTICA DE PACIENTES COM HANSENÍASE ATENDIDOS NO SETOR DE FISIOTERAPIA DO HOSPITAL SÃO JULIÃO

Marilena Infiesta Zulim

Palavras-chave: Hanseníase, Grau de incapacidade, Classificação Operacional

APRESENTAÇÃO: A hanseníase manifesta-se por meio de lesões na pele e nos nervos periféricos, podendo causar deformidades. Esta doença é responsável, também, pelo estigma e preconceito. Segundo a OMS, o Brasil está entre os países mais endêmicos para a doença no mundo, com 33.955 novos casos em 2011 e apesar da redução da prevalência no decorrer dos anos, a hanseníase continua sendo um problema de saúde pública no país. O objetivo deste trabalho e realizar um estudo retrospectivo de caráter quantitativo com pacientes atendidos no setor de Fisioterapia do Hospital São Julião, Campo Grande, MS. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Avaliou-se o grau de incapacidade física em relação ao diagnóstico e acompanhamento (retorno) dos pacientes no período de janeiro a dezembro de 2012 a 2014. Foram incluídos neste estudo todos os pacientes em diagnóstico da hanseníase e em acompanhamento encaminhados ao setor de fisioterapia. Foram atendidos 1483 pacientes, 372 em diagnóstico e 1111 pacientes em acompanhamento, adotando-se como critério de exclusão, o não comparecimento dos pacientes. O

instrumento utilizado nesta pesquisa foi uma ficha de avaliação pré- estabelecida pelo Ministério da Saúde, adaptada a nossa realidade e o monofilamento de Smmes-Weistein para avaliar a sensibilidade. Os dados foram colocados em gráficos utilizando Microsoft Office Excel 2007. RESULTADOS/ OU IMPACTOS: Houve um aumento de casos Multibacilares na fase de diagnóstico e nos acompanhamentos. No diagnóstico em 2012 foram 32 pacientes em 2013 39, e em 2014 64. Os pacientes em acompanhamento no ano de 2012 foram 496 em 2013 364 e em 2014 340. Os casos de hanseníase Paucebacilar em fase de diagnóstico no ano de 2012 foram 6 pacientes, 2013 5 e em 2014 3. Em 2012 obteve-se 33 paciente em acompanhamento, em 2013 30 pacientes, 2014 e em 2014 16 pacientes. Ocorreu um aumento do grau de incapacidade zero no diagnóstico em relação ao grau um e dois. Em 2012 obteve-se grau zero em 36 pacientes, grau um em 28 e grau dois em 6. Em 2013, grau zero em 24 pacientes, grau um em 14, grau dois em 3. Em 2014 grau zero em 36 pacientes, grau um em 28, e grau dois em 5. Nos pacientes em acompanhamento, houve aumento do grau de incapacidade um em 2013 e 2014. Em 2012 predominou grau de incapacidade zero com 193 pacientes, grau um 156, grau dois 76. Em 2013 verificou-se grau zero em 54 pacientes; grau um em 166 e grau dois em 62. Em 2014 grau zero em 131 pacientes, grau um em 148, grau dois em 77. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Este estudo mostra que o diagnóstico precoce e adesão ao tratamento precisam estar aliados ao compromisso e a qualificação dos profissionais, visto que no diagnóstico predominou grau de incapacidade zero, muito embora os pacientes em acompanhamento tenham sido observados grau de incapacidade um, pois se trata de uma doença dermato-nerológica. Palavras Chaves: Hanseníase, Grau de incapacidade, Classificação Operacional.

CLÍNICA AMPLIADA E INTERDISCIPLINARIDADE: A ABORDAGEM DO ASSISTENTE SOCIAL E DO ENFERMEIRO NO INCA

Luciana da Silva Alcantara, Maria Teresa dos Santos Guedes, Maria Cristina Marques dos Santos, Ana Celina Alves Muniz de Oliveira, Durval Raimundo Diniz, Enedina Soares

Palavras-chave: Serviço Social, Enfermagem Oncológica, Assistência Ambulatorial, Neoplasias Laríngeas, Integralidade em Saúde, Relações Interprofissionais

Introdução: Com base na filosofia de Clínica Ampliada, os assistentes sociais e a equipe de Enfermagem do ambulatório da Seção de Cirurgia de Cabeça e Pescoço desenvolvem atividades conjuntas, sistematizando informações e ações que se complementam, visando à integralidade no atendimento aos pacientes com neoplasias de laringe. Objetivos: Demonstrar a importância da concepção de Clínica Ampliada no processo saúde-doença, a partir da experiência do assistente social e da Enfermagem com esses pacientes; analisar as ações que viabilizem acesso dos usuários à assistência de saúde e aos direitos sociais, previdenciários e trabalhistas; e descrever o resultado das intervenções realizadas. Método: Estudo seccional aprovado pelo parecer consubstanciado nº 314.937 do Comitê de Ética em Pesquisa do INCA (projeto CAAE nº 17952413.4.0000.5274 na Plataforma Brasil), utilizando dados secundários de portadores de neoplasia laríngea, com análise estatística descritiva e inferencial. RESULTADOS: Analisaram-se 153 casos, a maioria masculina, idade entre 46 e 65 anos, brancos, casados, educação fundamental, moradores fora do RJ, tabagistas, etilistas, estágio avançado, tratados com radioterapia exclusiva ou cirurgia com radioterapia, maioria de provedores da família, com vínculo previdenciário autônomo e renda

familiar até dois salários mínimos. Ações de Enfermagem totalizaram 19.455. Idade e irradiação foram significativas para os cuidados. Conclusão: Demonstrou-se a importância da Clínica Ampliada para produção do cuidado integral centrada nos clientes, exercendo a interdisciplinaridade um papel fundamental no acionamento de estratégias para lidar com os efeitos causados pela doença. Descritores: Serviço Social; Enfermagem Oncológica; Assistência Ambulatorial; Neoplasias Laríngeas; Integralidade em Saúde; Relações Interprofissionais.

COBERTURA VACINAL CONTRA ROTAVÍRUS EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO, NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE/MS NO PERÍODO DE 2006 A 2013

Prisciely Souza de Palhano, Camila Souza Mendes, Vania Paula Stolte Rodrigues, Edmundo Rondon Neto

Palavras-chave: Rotavírus, Cobertura Vacinal, Gastroenterites em Crianças

A doença diarreica aguda ou rotavirose constituem-se em um problema de grande relevância epidemiológica no mundo, sendo uma das principais causas de morbimortalidade infantil, principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, em face de acometer aproximadamente 1,3 bilhões crianças menores de cinco anos anualmente, resultando em aproximadamente quatro milhões de mortes. Objetivo: O presente estudo teve por objetivo descrever a cobertura vacinal contra rotavírus humano em crianças menores de um ano, no município de Campo Grande – Mato Grosso do Sul, período de 2006 a 2013, relacionando-os com a ocorrência de casos de gastroenterites. Materiais e métodos:

Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva sobre a cobertura vacinal da vacina Rotavírus, considerando os dados do SUS e da Secretaria Municipal de Saúde disponíveis em veiculação virtual, por meio do site oficial, SI/PNI-SVS/MS-CTI/SESAU e DATASUS. Resultados e discussão: Houve um crescimento da cobertura vacinal ao longo dos anos, porém este ainda está abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde. Os dados de morbidade hospitalar encontrados mostram uma diferença significativa no coeficiente de morbidade hospitalar por gastroenterite aguda antes e após a introdução vacinal contra rotavírus. Conclusão: Apesar de que as ações de vacinação contra rotavírus no município de Campo Grande possam estar relacionadas à redução das internações por gastroenterites em menores de um ano, a cobertura vacinal ainda está abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde, ressaltando a importância de ações que visem à ampliação da cobertura vacinal no município.

COLONIZAÇÃO POR ESTREPTOCOCOS DO GRUPO B (EGB): OCORRÊNCIA, DESEMPENHO DO MEIO HITCHENS-PIKE-TODD-HEWITT (HPTH) E SENSIBILIDADE ANTIMICROBIANA DE EGB EM ISOLADOS CLÍNICOS DE GESTANTES USUÁRIAS DE SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE

Simone Cristina Castanho Sabaini de Melo, Rosilene Fressatti Cardoso, Maria Dalva Barros Carvalho, Flávia Teixeira Ribeiro Silva, Regiane Bertin Lima Scodro, Aline Balandis Costa, Sandra Marisa Peloso

Palavras-chave: estreptococos do grupo B, infecção neonatal, meio de cultura, gestantes, teste de sensibilidade

O Estreptococo do Grupo B (EGB) ou *Streptococcus agalactiae* pode fazer parte da microbiota dos seres humanos,

colonizando principalmente o trato gastrointestinal e genitourinário. Esta espécie é frequentemente relacionada a doenças potencialmente fatais em recém-nascidos, como septicemia, pneumonia e meningite e está associada a complicações durante a gravidez e período pós-parto. Os objetivos deste estudo foram analisar a ocorrência de EGB em gestantes usuárias do serviço público de saúde, o desempenho do meio de cultura Hitchens-Pike-Todd-Hewitt (HPTH) e a sensibilidade antimicrobiana de isolados clínicos de EGB. Estudo transversal analítico descritivo realizado com 556 gestantes, das quais 496 estavam com 35-37 semanas de gestação e 60 estavam com ≥ 38 semanas. O estudo foi realizado de setembro de 2011 a março de 2014 no norte do Paraná. Amostras clínicas – vaginal e anorretal – de cada gestante foram semeadas em ágar sangue de carneiro, em meio HPTH e Todd-Hewitt. Os isolados clínicos estudados foram submetidos ao teste de susceptibilidade aos antimicrobianos por difusão em ágar, de acordo com as normas do Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Das 496 gestantes, 141 (28,4%) foram positivas para EGB, com base na combinação dos três meios de cultura e espécimes clínicos. As taxas de detecção foram de 22,2% para o meio HPTH, 21,2% para ágar sangue de carneiro, e 13,1% para o caldo de enriquecimento Todd-Hewitt. Das 60 gestantes com ≥ 38 semanas de gestação, sete (11,7%) foram positivas para EGB, sendo que houve crescimento nos meios de HPTH e Ágar sangue de carneiro. Das 141 gestantes positivas para EGB foram realizados 136 testes de sensibilidade aos antimicrobianos, no qual 100% foram sensíveis a penicilina. A eritromicina apresentou 8,1% de resistência e a clindamicina 2,2%. Os resultados demonstram que o meio HPTH e Ágar sangue de carneiro foram mais sensíveis que o caldo de enriquecimento Todd-Hewitt para triagem de EGB em gestantes,

indicando que os dois meios devem ser usados em conjunto para amostras vaginal e anorretal. Todos os isolados de EGB mostraram sensibilidade à droga mais frequentemente usada para a profilaxia intraparto: penicilina. O índice de resistência a clindamicina e a eritromicina, embora baixo, também foi detectado. Isto mostra a importância de se avaliar a susceptibilidade aos antimicrobianos evitando possíveis falhas na quimioprofilaxia empírica, e assim prevenir corretamente a infecção neonatal. A prevalência de colonização por EGB nas gestantes deste estudo confirma a necessidade de inserir a pesquisa desta bactéria como rotina no protocolo de exames pré-natais preconizados pelo SUS, para assim realizar o diagnóstico e tratamento prévio, minimizando custos com internação hospitalar e melhorias na qualidade da saúde das gestantes e recém-nascidos.

COMPARAÇÃO POR SEXO DOS CASOS NOTIFICADOS DE COINFEÇÃO POR TUBERCULOSE E AIDS EM PORTO ALEGRE – RS, ENTRE OS ANOS DE 2009 E 2013

Maíra Rossetto, Évelin Maria Brand, Luciana Barcellos Teixeira, Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira

Palavras-chave: tuberculose, aids, genero

Introdução: No Brasil, a coinfeção tuberculose e Aids causa um grande número de casos de morbimortalidade, sendo que Porto Alegre é a capital brasileira com a maior frequência de casos. O Objetivo desse estudo foi caracterizar o perfil dos casos notificados de coinfeção por tuberculose e Aids em Porto Alegre, entre os anos de 2009 e 2013. Método: Trata-se de um estudo transversal que analisou dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em tuberculose e Aids.

Foram analisados os casos de coinfeção pelas duas doenças no período de 2009 a 2013, no município de Porto Alegre. Para a análise estatística, os dados foram transportados para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), no qual realizou-se a estatística descritiva e analítica (teste qui-quadrado). Resultados: Estudaram-se 1.949 casos de coinfeção, dentre os quais 1.311 (67%) eram homens e 646 (33%) eram mulheres. Quanto à cor de pele, foram mais frequentes as mulheres não brancas (38%) e os homens brancos (70,8%), ($p=0,001$). A maioria da amostra possuía até 8 anos incompletos de escolaridade (68,9%). A escolaridade não apresentou diferença estatística entre os sexos. Em relação à idade no momento de notificação da tuberculose, a média entre as mulheres foi de $40,17 \pm 10,4$ anos e entre os homens $43,8 \pm 10,03$ anos, ($p=0,001$). Não houve diferenças estatísticas na comparação entre homens e mulheres nas situações de entrada dos casos de coinfeção ($p=0,106$). Notificaram-se 1.374 casos novos de tuberculose (70,2%), sendo 33,9% nas mulheres e 66,1% nos homens; nas transferências 19,5% ocorreram com mulheres e 80,5% com homens; e nos casos recorrentes e de reingresso após abandono não houve variação significativa entre os sexos. Nas situações de encerramento dos casos ocorreram diferenças estatísticas na comparação entre homens e mulheres ($p=0,002$). A cura ocorreu em 37,9% entre as mulheres e 40,9% entre os homens; O abandono ocorreu em 36,1% das mulheres e em 29,4% dos homens; Os óbitos acometeram 20,9% das mulheres e 22,8% dos homens; e a tuberculose multirresistente ocorreu em 3% das mulheres e 1,8% dos homens. Considerações: Destaca-se que mulheres não brancas adoecem mais que as brancas, ao contrário do que ocorre com os homens. A idade de notificação mais frequente foi de

30 a 50 anos para as mulheres, enquanto que nos homens foi de 34 a 54 anos. Talvez, algumas práticas relacionadas ao gênero, atribuídas as mulheres, dificultem a manutenção do tratamento, conforme demonstram os percentuais relacionados ao abandono e multirresistência. Já em relação aos homens o elevado percentual de óbitos pode estar relacionada à dificuldade de procura serviços de saúde. Recomenda-se que as políticas de saúde levem em consideração as diferenças entre os sexos para realizar suas práticas de promoção e prevenção em saúde.

COMPARAÇÕES ENTRE USUÁRIOS HIPERTENSOS E NÃO HIPERTENSOS QUE FREQUENTAM OS ESTABELECIMENTOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Karen da Silva Calvo, Graziela Barbosa Dias, Évelin Maria Brand, Luciana Barcellos Teixeira

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (1). Estima-se uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (2). A frequência de HAS tornou-se mais comum devido ao fenômeno do envelhecimento populacional brasileiro, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. A hipertensão arterial sistêmica apresenta alta prevalência no Brasil e no mundo, e um custo social extremamente elevado (3). Este estudo tem como objetivo comparar características sociodemográficas dos indivíduos com e sem diagnóstico de HAS e que frequentam

os estabelecimentos de APS no país. Trata-se de um estudo epidemiológico(4), observacional e analítico, realizado através de dados secundários oriundos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (5), onde foram analisadas as características sociodemográficas dos usuários com HAS e sem HAS, no ano de 2012, nas cinco regiões do país. Foi utilizado o programa SPSS para o tratamento estatístico dos dados. A amostra foi constituída por 65.391 usuários, dos quais 23.797 (36,5%) possuíam diagnóstico de HAS e 41.322 (63,5%) não possuíam a doença. Em relação ao sexo, 71% dos hipertensos eram mulheres e 29% eram homens ($p=0,001$). A média de idade foi maior no grupo de hipertensos, 56 ± 14 anos, enquanto no grupo de não hipertensos a média foi de $36,9 \pm 14,9$ anos ($p=0,001$). Dentre os hipertensos, 43,5% eram aposentados e 25,1% possuíam trabalho remunerado. Já dentre os não hipertensos, 11,8% eram aposentados e 35% exerciam trabalho remunerado ($p=0,001$). Em relação à distância da casa até a unidade de saúde, 68% dos hipertensos consideraram como perto, 19,4% consideraram razoáveis e 12,6% consideraram essa distância longe. Dos não hipertensos, 66,6% descreveram como perto a distância da casa até a unidade de saúde, 20,1% como razoável e 13,4% como longe ($p=0,001$). O fato de as mulheres representarem o maior percentual de entrevistados em relação aos homens nos estabelecimentos de saúde reflete uma tendência, em relação às questões de gênero e hábitos de prevenção usualmente mais associados às mulheres do que aos homens. Em nosso estudo, a média de idade de hipertensos foi próxima de 50 anos. Sabe-se que existe uma relação direta e linear da pressão arterial com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos (2). Encontrou-se uma prevalência maior de usuários

aposentados e que não exerciam trabalho remunerado no grupo de hipertensos, o que pode estar relacionado com os danos da doença, aposentadorias precoces e perdas de anos de vida produtiva. É importante avaliar a opinião do usuário em relação à distância da unidade de saúde até sua casa, visto que essa distância pode relacionar-se com o acesso do usuário ao serviço e com a continuidade do tratamento (6).

COMPREENDENDO O CUIDADO EM SAÚDE PELO CIRURGIÃO-DENTISTA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Vinicius Anterio Graff, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

A formação do cirurgião-dentista não favorece o desenvolvimento do vínculo na relação profissional e usuário em profundidade, não construindo ou apresentando métodos a serem incorporados na prática odontológica. Ainda, prevalece na graduação a preocupação com o saber científico sobre a doença, seu diagnóstico e tratamentos, deixando de lado o saber sobre o sujeito que busca ajuda para sua condição de saúde-doença. O presente trabalho, vinculado à pesquisa do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul tem como objetivo compreender o cuidado em saúde, pelo cirurgião-dentista, nos serviços de Atenção Primária à Saúde, do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo de caso, realizado por meio de entrevistas individuais semiestruturadas com cirurgiões-dentistas integrantes das equipes de Atenção Primária à Saúde da rede pública, acerca das práticas de cuidado em saúde/saúde bucal. As entrevistas serão transcritas e analisadas de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Cada categoria

emergente será discutida tendo por base o referencial teórico da Clínica Ampliada e das subjetividades em odontologia (conceito de bucalidade). Espera-se com esse estudo a compreensão de aspectos, no processo de trabalho, de como acontece à relação entre o profissional e a pessoa que acessa o serviço de saúde bucal. Ainda, as perspectivas da interdisciplinaridade e da integralidade do cuidado, e o reconhecimento das atividades realizadas na prática cotidiana, identificando os aspectos que facilitam ou dificultam os processos de cuidado. A Política Nacional de Humanização apresenta a escuta, num primeiro momento, como o significado do acolher toda a queixa ou relato do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Em uma consulta odontológica, está em questão não só o procedimento, mas a relação que se estabelece com a pessoa. O profissional precisa estar atento aos sinais que não são sempre falados, como por exemplo, o choro, o medo, a ansiedade. Neste contexto, acredita-se que as tecnologias leves de cuidado passam a ter elevada importância, sendo incorporadas ao fazer saúde.

CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A SAÚDE DO TRABALHADOR

Raphael Raniere de Oliveira Costa, Marcellly Santos Cossi, Soraya Maria de Medeiros, Marília Souto de Araújo

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde, Saúde do trabalhador, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: As mudanças no mundo do trabalho exigem dos serviços de saúde ações que contemplem políticas de saúde e segurança no trabalho mais resolutivo. Logo, a Atenção Primária a Saúde (APS), por estar mais próxima da vida e do trabalho da comunidade, tem como um dos desafios

a implementação efetiva da Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde brasileiro e, o enfermeiro deve desenvolver ações específicas voltadas para esta área. Assim, a percepção sobre a produção do cuidado perpassa pelas concepções e práticas de profissionais da saúde nas suas diversas interfaces, cenários e serviços ofertados a população, e no contexto da saúde do trabalhador isso não é diferente. Nesse sentido, o trabalho teve por objetivo identificar as concepções de enfermeiros da APS sobre a saúde do trabalhador. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de estudo do tipo analítico e de abordagem qualitativa, realizado em unidades de saúde da APS dos distritos sanitários da cidade de Natal-RN, Brasil. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, mediante o Parecer nº 751.613, CAAE 31265914.8.0000.5537. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, a amostra foi constituída por 25 enfermeiros. A coleta se deu por meio de entrevistas semiestruturadas e os dados analisados à luz da Hermenêutica-dialética. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Observou-se que o conceito de Saúde do Trabalhador foi dado em linhas gerais, e não com literalidade, comprovando que há uma clara deficiência no campo conceitual a este respeito. Entretanto, as entrevistadas citaram a importância de condições que contribuem para o desenvolvimento satisfatório do trabalho, a fim de evitar o adoecimento do trabalhador, evidenciando concepções que corroboram a mudança do modelo de atenção à saúde, com um olhar voltado para a promoção da saúde e prevenção do adoecimento do trabalhador. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Verificou-se que o conceito de Saúde do Trabalhador referido pelos sujeitos investigados, apesar de simplificado no tocante às especificidades dessa parcela da população, revelou-se com uma dimensão ampla, com a perspectiva da

abordagem do trabalhador no seu âmbito físico, psíquico e social, sugerindo uma boa apreensão de acordo com o conceito ampliado de saúde.

CONCEPÇÕES PEDAGÓGICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS DOMICILIARES

Camila Poliana Freitas, Roseni Rosângela Sena, Francisca das Chagas Cunha Gonçalves Neta

Palavras-chave: Atenção Domiciliar, Políticas Públicas, Sistema Único de Saúde

De acordo com a portaria 963, DE MAIO DE 2013, o programa de atenção domiciliar (PAD) tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários. Compete ao profissional de saúde capacitar e aprimorar o cuidador para a execução dos cuidados no ambiente domiciliar. Como atribuição determinada pela mesma portaria, o profissional de saúde deve acolher a demanda de dúvidas e queixas dos usuários e familiares e/ou cuidador como parte do processo de Atenção Domiciliar (AD). O presente estudo tem como cenário um dos hospitais da cidade de Belo Horizonte incorporados ao PAD, tendo como objetivo: analisar as concepções pedagógicas dos profissionais de saúde para a capacitação e aprimoramento dos cuidadores em relação aos cuidados domiciliares de usuários desospitalizados pelo PAD. Trata-se de

uma pesquisa qualitativa cujo percurso metodológico utiliza como instrumento para coleta de dados dois questionários semiestruturados. O primeiro, direcionado aos usuários em condições de responder aos questionamentos, e ou os cuidadores responsáveis pelo cuidado no domicílio, contempla as seguintes questões: Atividades a serem executadas como cuidador; conhecimento quanto ao seguimento dos cuidados, técnicas, detecção de riscos e urgências; conhecimento quanto ao funcionamento, organização, adesão e demais particularidades do programa de AD. Aos funcionários, destina-se o segundo questionário que contempla informações sobre o objetivo e importância da capacitação do cuidador; concepções pedagógicas e incorporação do processo de orientação no seu cotidiano de trabalho; planejamento do cuidado obedecendo às necessidades de cada usuário e cuidador. As respostas serão transcritas e analisadas. O processo de entrevistas encontra-se em andamento, no entanto, uma primeira análise do contato com cuidadores, permite identificar inúmeras preocupações e dúvidas relacionadas ao seguimento dos cuidados no domicílio. É possível identificar também, o empenho e boa vontade dos cuidadores no aprendizado para a execução dos cuidados. Destaca-se, portanto, a importância da atuação e do apoio dos profissionais de saúde no processo de capacitação e aprimoramento do cuidador. A análise das percepções pedagógicas dos profissionais de saúde quanto a sua atuação na aprendizagem dos cuidadores, permite a identificação de como este processo tem sido realizado no cotidiano de trabalho em saúde. Possibilita também, promover o aprimoramento dos profissionais na condução do aprendizado do cuidador, proporcionando assim, melhorias constantes na qualidade da assistência prestada no domicílio.

CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM A DOENÇA FALCIFORME ATENDIDOS NA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRIA DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR NO RIO DE JANEIRO

Marcia Pereira Alves dos Santos, Raquel Nogueira de Carvalho, João Alfredo Farinhas, Ivete Pomarico, Patrícia Olga, Elizabeth Frossard, Paulo Ivo Cortez Araujo

Palavras-chave: Anemia Falciforme, Criança, Saúde Bucal

APRESENTAÇÃO: A Doença Falciforme (DF) é um conjunto de hemoglobinopatia monogênicas hereditárias, de maior prevalência, não só aqui no Brasil, mas em todo o mundo, sendo uma questão de saúde pública. A mutação falciforme na proteína respiratória das células vermelhas, leva a formação da hemoglobina S, ao invés da hemoglobina A. Caracteriza-se como DF, os genótipos, em homozigose (SS – anemia falciforme) ou em heterozigose quando associada a outra alteração na hemoglobina (S Beta-Talassemia; SC, SD, SE). Diferentemente do traço falciforme (TF) que tem o genótipo AS. Na DF, em função da vaso-oclusão e da hemólise, vários órgãos e tecidos, inclusive a cavidade bucal, podem ser acometidos. Tal fato, exige uma abordagem multiprofissional para o cuidado qualificado à saúde das pessoas com DF. A importância do odontopediatra neste contexto se faz à medida que ao conhecer a condição de saúde bucal de crianças e adolescentes para atuar na sua promoção, prevenção e assistência, existe a possibilidade de redução da vulnerabilidade destas pessoas, aos agravos à sua saúde, em função das doenças bucais. Objetivo: Avaliar as condições de saúde bucal de crianças e adolescentes com DF. METODOLOGIA: Estudo seccional, descritivo, quantitativo,

por conveniência. Foram considerados o genótipo da doença, as medicações em uso, o hematócrito, leucócitos, hemoglobina, número de plaquetas, a saturação de oxigênio, a frequência cardíaca, o índice de cárie dental, de higiene bucal, a presença de opacidades dentárias, de maloclusão, palidez de mucosa e de glossite atrófica. RESULTADOS: Das crianças avaliadas, o genótipo mais frequente foi HBSS, a maioria das crianças apresentou lesões de cáries e perdas dentárias precoces, alterações estruturais de esmalte. A maloclusão de Angle Classe I esteve mais frequente. Em relação, as alterações na cavidade bucal, pode-se constatar palidez de mucosa, mas a glossite atrófica não foi encontrada na maioria das crianças e adolescentes com DF. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Pode-se concluir que a condição de saúde bucal dos pacientes infantis com DF demanda por atenção e cuidado.

CONDIÇÕES DE TRABALHO DE UMA PROFISSIONAL DO SEXO E OS PRINCIPAIS RISCOS OCUPACIONAIS

Maitê Burgo Costa, João Pedro Cândido, Janaina Sejas Villagomez, Yasmin Cambuí dos Santos, Nelson Kian

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, Profissional do sexo, Riscos ocupacionais

Apresentação: A discussão em torno da prostituição gera constante polêmica. O termo “trabalhador do sexo” ou “profissional do sexo” surgiu a partir de meados dos anos 70, fazendo referência a aqueles que exercem a prostituição ou se dedicam ao “comércio do sexo”. A transição da sociedade de matriarcal para patriarcal, fez com que a mulher viesse a ser vista de outra forma. A partir, desses apontamentos é fundamental tentar ver com olhos mais humanos essa atividade que ainda é discriminada pela

sociedade, mostrando que essa profissão tem os mesmos direitos sociais de qualquer outra profissão e expondo as dificuldades que essas profissionais enfrentam no seu dia a dia. Este estudo tem como objetivo verificar as condições de trabalho de profissionais do sexo e os principais riscos enfrentados, além de analisar se possuem informações sobre seus direitos e sobre a lei que tramita no Congresso com a finalidade de ampará-las. Desenvolvimento do trabalho: O presente estudo de caso foi realizado durante os meses de maio e junho de 2015, na disciplina de Saúde do Trabalhador I, do 5º semestre do curso de Fisioterapia da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), sob orientação do Prof. Me. Nelson Kian. Foi aplicado um questionário em forma de entrevista com uma profissional do sexo juntamente com a escala de Hamilton, para verificar possível estresse dessa trabalhadora residente na cidade de Campo Grande – MS, contendo dados profissionais, dados de seu convívio social, fatores de risco e agravos à saúde. Resultados: A profissional possui uma carga horária de trabalho de 42 horas semanais, sem dias de descanso. Durante 1 ano de profissão relatou que não sofre preconceito e nunca foi agredida na atuação da sua profissão, seu convívio familiar e com suas colegas de trabalho é satisfatório. Considerações Finais: A mesma desconhece os direitos da sua profissão, faz utilização de EPI's e é cadastrada no SUS, relatou que já fez administração de medicamentos sem receita, e acredita que um dos riscos ocupacionais de sua profissão é desconhecer o acompanhante.

CONDIÇÕES DE TRABALHO DO PROFISSIONAL ESPECIALISTA EM ACABAMENTO GRÁFICO E SEUS FATORES DE RISCOS OCUPACIONAIS

Audiene Santos da Silva, Isabella Nogueira

da Silva, Luana Ribeiro A. Rodrigues, Micheli Luana Michels, Samya Santos de Sá

Palavras-chave: Condições de trabalho, Especialista em acabamento gráfico, Fatores de Riscos ocupacionais

O profissional gráfico é o responsável pela operacionalização de máquinas copiadoras e impressoras. Esta profissão é de vital importância na sociedade ligada à era da informação, cuja apresentação de dados, publicidades, informações e notícias ocorrem de forma rápida. Embora a informática traga a digitalização do que antes era feito no papel, a importância das gráficas e de seus profissionais continua sendo relevante. Objetivo: Verificar as condições de trabalho do Especialista em acabamento gráfico, os fatores de risco físicos e químicos a que está exposto, se possui medidas preventivas para evitar acidentes na execução de suas atividades e se as determinações citadas nas NRs estão sendo cumpridas. Metodologia: Estudo de caso realizado na disciplina de Saúde do Trabalhador I do Curso de Fisioterapia, através de entrevista com um Especialista em acabamento gráfico de 50 anos na cidade de Campo Grande - MS, contendo dados demográficos, profissionais, fatores de risco, agravos à saúde e vida social, além do teste de Burnout para verificar estresse do trabalhador. Resultado: Verificar se as condições de trabalho são adequadas conforme as exigências contidas nas NRs, se os direitos trabalhistas são atendidos, constatar se há o cumprimento das leis necessárias para o funcionamento da empresa e cuidado com a saúde do profissional. Conclusão: Verificamos que o profissional, em vários aspectos, é prejudicado pela empresa e isto está ligado diretamente a fatores de risco que poderiam ser evitados se medidas preventivas fossem adotadas com o rigor necessário. Outro

aspecto verificado é o estresse, que através do Teste de Burnout demonstrou estar presente em um nível baixo, não havendo comprometimento do desempenho do profissional, nem de sua relação com os colegas de trabalho, familiares ou amigos.

CONHECIMENTO DE MULHERES EM RELAÇÃO AO EXAME DE COLO DE ÚTERO

Heuler Souza Andrade, Lívia Cristina Vasconcelos Donizete, Raquel Aparecida Pessoa, Rosilaine Freitas Moreira, Deborah Santos Bueno, Rafaela Ferreira Dias, Jéssica Sundare Mendonça Silva

Palavras-chave: Neoplasia, Papanicolau, Saúde da Mulher, Enfermagem

INTRODUÇÃO: O câncer do colo de útero (CCU) se inicia a partir de uma lesão pré-invasiva com taxa de até 100% de cura. O Brasil é o terceiro país com maior número de mulheres que apresentam o CCU, depois do câncer de pele não melanoma e do câncer de mama. A doença é uma prioridade da política de saúde do país e o exame preventivo oferecido pela rede pública é uma importante ferramenta de prevenção. OBJETIVOS: Analisar o conhecimento de mulheres pertencentes ao município de Carmo da Mata/MG a respeito da prevenção do câncer de colo de útero por meio do exame Papanicolau. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e quantitativa, realizada em Carmo da Mata/MG em 2015. A amostra foi composta por mulheres cadastradas nas ESF do município em questão. Foram incluídas no estudo mulheres na faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde, ou seja, entre 25 e 59 anos e aquelas que aceitarem participar. A coleta de dados foi feita através de um formulário com perguntas objetivas, adaptado do estudo de Fonseca et al

(2014), aplicado às participantes, face a face à entrevistadora, nos meses de junho e julho de 2015. Os dados foram tabulados no Microsoft Excel 2013, descritos e analisados de acordo com os objetivos da pesquisa. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A média de idade das participantes foi de 39 anos. A maioria, 42 (70%) têm mais de 8 anos de estudo. Em relação ao estado civil, 39 (65%) são casadas ou vivem em união estável. A renda predominante foi de 2 salários mínimos (n= 24; 40%). Em relação à atividade sexual, a idade média relatada do início dessa prática foi de 19,7 anos, sendo que 28 (46,7%) das participantes já tiveram mais de um parceiro ao longo da vida. Quanto à frequência de consultas ao ginecologista, 51 (85%) relataram ter comparecido nos últimos doze meses. Em relação ao conhecimento sobre o exame Papanicolau, todas relataram já conhecerem, sendo que 59 (98,3%) o consideraram necessário e 58 (96,7%) já realizaram o exame pelo menos uma vez na vida, sendo que, a maioria, 50 (83,3%), afirmou ter conhecido o exame através de profissionais de saúde. Entre as participantes, 51 (85%) relataram ter realizado o Papanicolau no último ano. No que diz respeito ao conhecimento dos fatores de risco para o câncer de colo uterino, 10 participantes (16,7%) não tinham conhecimento a respeito. No entanto, 26 (43,3%) tinham conhecimento correto sobre o tema. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Percebeu-se que as mulheres do município estudado têm utilizado o serviço de saúde para prevenção do câncer de colo uterino e que, o grau de escolaridade da maioria representa influência significativa na percepção da importância dessa prática. A atuação da Estratégia de Saúde da Família é fundamental para a adesão do público a esse tipo de ação, haja vista, que, 83,3% das participantes tiveram conhecimento do exame através de profissionais de saúde e que, atualmente a cobertura desse serviço no município é de 100%.

CONHECIMENTOS, PRÁTICAS E ATITUDES DE MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE SAÚDE BUCAL NA PUECULTURA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Daniel Demétrio Faustino-Silva, Mariana Loch dos Reis, Idiana Luvison

Palavras-chave: Saúde Bucal, Cuidado da Criança, Atenção Primária à Saúde, Médicos de Família, Enfermeiras de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO: As orientações sobre os cuidados com a saúde bucal do futuro bebê devem começar no período pré-natal, momento em que a gestante está mais aberta para receber as informações referentes à saúde do filho e se continuar na puericultura. Nesse sentido, o Ministério da Saúde preconiza que as ações de educação em saúde sobre o cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas de forma multidisciplinar, evitando a criação de programas de saúde bucal específicos para esse grupo etário, de modo que não ocorra de forma vertical e isolada da área médico-enfermagem uma vez que orientações sobre saúde bucal não são tarefa unicamente do cirurgião-dentista, mas de todos que atendem à criança e à mãe. Por isso, o objetivo do presente estudo foi investigar os conhecimentos, as práticas e atitudes em saúde bucal na puericultura de médicos e enfermeiros no contexto da Atenção Primária à Saúde. Métodos: o estudo foi do tipo quantitativo analítico transversal através da aplicação de um questionário fechado para avaliar os conhecimentos, as práticas e as atitudes (CAP) em saúde bucal na puericultura de uma amostra intencional composta por 47 médicos e 27 enfermeiros, contratados e residentes, de onze das doze unidades de saúde que compõem o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre - RS. Esse instrumento para profissionais de saúde foi

adaptado pelos autores a partir de um CAP voltado a pais ou responsáveis de crianças e é composto por 32 perguntas objetivas de múltipla escolha entre 5 alternativas com níveis de concordância total, parcial ou neutra, dividido em três blocos. Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do software SPSS através do teste qui-quadrado e t teste, ao nível de significância estatística de $p < 0,05$. Resultados: os resultados obtidos mostram que há pouca diferença estatisticamente significativa entre os conhecimentos, práticas e atitudes de médicos e enfermeiros do SSC-GHC, inclusive em relação ao tempo de formação/prática profissional. No entanto, temas como: aleitamento materno prolongado, fórmulas, frequência de recomendação da higiene bucal, qual pasta de dente recomenda, tiveram baixo índice de acertos. Conclusão: apesar de os profissionais médicos e enfermeiros apresentarem bons conhecimentos sobre saúde bucal na puericultura, ainda há assuntos que geram dúvidas, ressaltando a importância da educação permanente em equipe.

CONSTRUÇÃO DE PARÂMETROS PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO PARA DIABETES MELLITUS

Augusto Fernando Santos de Lima, Plínia Manuella de Santana Maciel, Kesia Valentim do Nascimento, Priscila Rossany de Lira Guimarães Portela, Laís de Souza Monteiro, Juliana dos Santos Lima, Wellington Bruno Araújo Duarte, Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Palavras-chave: Diabetes, Risco clínico

INTRODUÇÃO: As doenças crônicas ganham atenção especial para a atenção primária e organização de redes, devido ao grande impacto humano, social e financeiro que vem causando nos últimos anos. A

discussão internacional e nacional é acerca da necessidade de fortalecer a capacidade dos sistemas de saúde e as habilidades dos profissionais para o manejo integrado das doenças crônicas e de seus fatores de risco. **Objetivos.** Identificar a classificação de risco clínico e as recomendações acerca da periodicidade de consultas e exames preconizados no cuidado da população que vive com DM, e elaborar parâmetros para o planejamento e assistência desses sujeitos com DM. **METODOLOGIA:** O Grupo de Pesquisa RIS realizou anteriormente uma análise documental de protocolos publicados entre 2006 e 2012, através de pesquisa nas bases de dados eletrônicas dos municípios brasileiros de grande porte. Foram elegíveis os protocolos assistenciais e clínicos, que contivessem informações referentes à classificação de risco clínico e/ou recomendações sobre tipos e periodicidade de exames e consultas no cuidado integral do paciente diabético. Para este estudo foi realizada uma atualização documental, entre 2013 e 2014, e incluídos protocolos do Ministério da Saúde (2013), da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014) e da Associação Latino-americana de Diabetes (2013). **RESULTADOS:** Observou-se que todos os protocolos incluídos nesta atualização priorizam aspectos clínicos, referentes ao diagnóstico e tratamento do DM, em detrimento a questões organizacionais no processo de cuidado da doença. Apenas 20% dos protocolos demonstraram que a organização da atenção e o acompanhamento assistencial do indivíduo diabético deveriam considerar a estratificação de risco frente à doença. A atualização dos protocolos clínicos subsidiou a construção da matriz de risco clínico de DM. A matriz traz a classificação dos riscos em “baixa, média, alta e muito alta complexidade”, com dados clínicos que direcionam o paciente para cada classificação. **CONCLUSÕES:** O número baixo

de protocolos que tratam dos aspectos clínicos do DM evidencia a necessidade de aprimoramento das condutas e interesse acerca da doença. A validação da Matriz de risco obtendo as contribuições de profissionais da saúde, como primeira etapa do método trouxe reflexões acerca da temática de interesse. Os resultados desta agora passam por análise estatística para subsidiar o questionário para a segunda rodada do método DELPHI.

CONSTRUÇÃO DE UM SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SUS: UM PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Danielle Fernandes Silva, Djenane Ramalho de Oliveira, Simone Araújo Medina Mendonça

Palavras-chave: Atenção Farmacêutica, Gerenciamento da Terapia Medicamentos, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Autoetnografia

O grande consumo de medicamentos pela população culminou no surgimento de uma demanda social, a necessidade de um profissional responsável por detectar, resolver e prevenir os problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM). O serviço de gerenciamento da terapia medicamentosa (GTM) utiliza o arcabouço teórico e metodológico da prática da atenção farmacêutica e constitui uma solução possível para atender essa demanda. Estudos têm demonstrado resultados favoráveis obtidos por esses serviços que justificam sua implantação no sistema de saúde. No Brasil, parcerias entre a universidade e o serviço de saúde têm sido estabelecidas para promover a construção do GTM, este é o cenário ideal para a transformação e consolidação dos

modelos de atenção à saúde preconizada pelo SUS. Nele também se evidencia as dificuldades e estratégias geradas para resolução das limitações percebidas. Assim, conhecer as experiências de estudantes de graduação e pós-graduação em Farmácia durante o processo de provisão de um serviço de GTM como atividade de extensão universitária poderá fornecer informações que estimulem a construção deste serviço. Desta forma, o objetivo desse trabalho foi compreender o processo de construção do serviço de GTM na Atenção Primária à Saúde, através da experiência dos atores envolvidos. Foi selecionada a pesquisa qualitativa autoetnográfica. Foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas. Também foram utilizados os diários de campo da pesquisadora e a transcrição das reuniões realizadas entre as estudantes de pós-graduação. Os resultados revelaram aspectos da experiência de construção do serviço de GTM na APS, especialmente sobre a ótica da parceria universidade-serviço de saúde. Também emergiram temas referentes ao trabalho do farmacêutico na atenção primária à saúde (APS), como contraponto entre os diferentes modelos, “o real x o ideal”. Na “clínica a mercê da gestão da farmácia” discute-se as diferentes práticas de trabalho desse profissional na APS e sua hierarquia dentro do sistema de saúde. Na “vocação para o cuidado” foram abordadas questões e sentimentos da pesquisadora e da equipe do GTM diante da missão de assumir responsabilidade sobre a farmacoterapia de pacientes. A APS e a estratégia saúde da família (ESF) é um cenário promissor para a construção de serviços de GTM, entretanto, questões sobre a organização do trabalho do farmacêutico e mudanças no modelo de parceira universidade-serviço de saúde devem ser mais profundamente discutidas.

CONSULTA DE ENFERMAGEM AOS ADOLESCENTES SOROPOSITIVOS: CONHECENDO A CLIENTELA

Maria Teresa Colao Goncalves, Inez Silva Almeida

Palavras-chave: HIV/AIDS, adolescente

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) manifesta-se após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV (Human Immunodeficiency Virus) que pode ser transmitido através de relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação. No Brasil, a propagação da infecção pelo HIV vem sofrendo transformações significativas no seu perfil epidemiológico, com tendência de pauperização da população infectada e aumento de casos em heterossexuais, principalmente mulheres, crianças e jovens. **Objetivo:** Identificar os adolescentes soropositivos acompanhados na consulta de enfermagem de um ambulatório especializado. **Material e Métodos:** Foi realizada uma pesquisa descritiva de natureza quantitativa e os dados foram obtidos a partir dos questionários anexados às fichas de 1^a vez da consulta de enfermagem. As consultas ocorreram uma vez por semana (quartas-feiras), no período de janeiro a julho de 2014, após as consultas com o infectologista. **RESULTADOS:** Dentre os pesquisados, 52% é do sexo masculino, 34,5% não praticam atividade física, 79,3% estão em tratamento medicamentoso, 86,2% possuem ou praticam alguma atividade de lazer, 70,7% não fazem uso de substância alcoólica e 91,4% não é tabagista. **CONCLUSÃO:** Esses dados são relevantes, pois são aspectos que podem intensificar os conflitos adolescentes e afetar o ambiente

social, atividades diárias, sexualidade e a relação com outros indivíduos, gerando limitações físicas e psicológicas. Conforme os resultados obtidos, podemos traçar o perfil desse público alvo e determinar metas específicas a partir dos problemas relatados, direcionando assim, as ações de saúde para as dificuldades evidenciadas.

CONSULTA ODONTOLÓGICA NA AÇÃO PROGRAMÁTICA DA CRIANÇA: ESTRATÉGIAS E PERCEPÇÕES DE EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

Daniel Demétrio Faustino-Silva, Anna Schwendler, Gabriela Fabian Nespolo, Cristianne Famer Rocha

Palavras-chave: Saúde da Criança, Saúde Bucal, Acesso aos Serviços de Saúde

APRESENTAÇÃO: A primeira infância é o período ideal para introduzir bons hábitos e iniciar um programa educativo/preventivo de saúde bucal. Por ser fundamental a priorização de ações educativas voltadas a esse público na Atenção Primária à Saúde, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC) implantou, em suas 12 Unidades de Saúde (US), uma Ação Programática de Saúde Bucal com o propósito de que todas as crianças nascidas a partir de 2010 recebam ao menos uma consulta odontológica anual, até o quarto ano de vida. Portanto, passados 4 anos da inclusão do indicador da saúde bucal, faz-se necessário uma avaliação qualitativa com os profissionais envolvidos no processo sobre o alcance das metas e resultados atingidos pelas Equipes até o momento. O objetivo desta pesquisa consistiu em analisar as estratégias e as percepções que influenciam no cumprimento das metas de cobertura de consulta odontológica na Ação Programática da Criança, a partir da visão da equipe de saúde bucal. Procedeu-se a uma

pesquisa qualitativa de caráter descritivo-exploratório, onde foram realizados dois grupos focais com as equipes de saúde bucal de 12 Unidades de Saúde de um Serviço de Atenção Primária à Saúde, em Porto Alegre, RS. Os dados sugerem que a utilização de espaços mais amplos de participação, como agenda livre e grupos, que são espaços de reflexão e problematização, bem como campanhas de vacinação, campanhas do Bolsa Família e visitas domiciliares são estratégias para ampliar o alcance das metas da Ação Programática da Criança. Aludem que o trabalho da equipe multiprofissional potencializa o alcance das metas e que as interações entre as consultas e os diferentes profissionais também contribui para esse aumento, bem como o vínculo com a comunidade e as trocas de experiência com os usuários, a partir da educação em saúde. Revelam, ainda, como desafios para o alcance das metas: maior entendimento da proposta pelas equipes das US e a dificuldade em atender as crianças, visto o encerramento da licença maternidade e a coincidência dos horários de trabalho dos pais com o horário de trabalho da US. Espera-se, com esse trabalho, auxiliar na reorientação das práticas de saúde, de modo que a educação em saúde seja uma ferramenta inerente às práticas, contribuindo para o fortalecimento das coletividades. E que os resultados do presente estudo possam servir como estímulo e base para a implantação de políticas públicas voltadas para atendimento odontológico em idade precoce.

CONSULTA PUERPERAL: AVALIAÇÃO DA ADESÃO DAS PUÉRPERAS QUE REALIZARAM PRÉ-NATAL NA UNIDADE DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA (URES), SANTARÉM, PARÁ

Cristiano Gonçalves Morais, Antonia Irisley da Silva Blandes, Géssica Rodrigues de

Oliveira, Gisele Ferreira de Sousa, Victor Hugo Barroso Coelho, Simone Aguiar da Silva Figueira

Palavras-chave: Consulta puerperal, Assistência de Enfermagem

APRESENTAÇÃO: A assistência no pré-natal serve para auxiliar a mulher em todo seu ciclo gravídico puerperal, com o intuito de evitar complicações para o binômio mãe/filho¹. Das fases envolvidas no ciclo gravídico, o puerpério se destaca pela atenção direcionada tanto a puérpera quanto ao recém-nascido. Nesse período faz-se necessário o acompanhamento especializado, realizado através da consulta puerperal, onde serão desenvolvidas intervenções, orientações e ações na saúde da puérpera e do conceito². Para que haja qualidade e efetividade no serviço prestado é necessário obter o panorama atual das consultas puerperais realizadas. Este estudo objetivou avaliar a adesão das puérperas à consulta puerperal que realizaram Pré Natal na Unidade de Referência Especializada (URES), localizada no município de Santarém-PA. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter quantitativo, com coleta de dados dos prontuários das gestantes atendidas no Pré Natal de Alto Risco da Unidade de Referência Especializada (URES) Santarém, Pará. Foram analisados 266 prontuários de gestantes que fizeram inscrição no Pré Natal nos anos de 2013 e 2014, porém apenas 115 prontuários fizeram parte da pesquisa, pois atendiam ao critério de inclusão, apresentaram consulta puerperal. A partir dos dados coletados foi feita a análise estatística e tabulação utilizando o software Excel® 2013. **RESULTADOS:** Dos prontuários analisados 94 (81,74%) continham informações sobre o dia de retorno das puérperas após o parto e 21 (18,26%) não relatavam a respeito. Em relação ao tipo de parto: 47,83% foram vaginais, sendo que 10 (18,18%) registraram

a ocorrência de episiotomia e 48 (41,73%) foram cesarianos dos quais 76,09% não informaram sobre a indicação para parto cesáreo, além destes em relação ao tipo de parto 11 (9,57%) não informaram o tipo de parto. As informações do local do parto predominaram os realizados no Hospital Maternidade Sagrados Família (HMSF) 46 (40%), Hospital Municipal de Santarém (HMS) 25 (21,73%) e 32 (27,82%) não informaram local. Em relação às informações coletadas dos prontuários a respeito dos lóquios 62 (53,09%) não informavam dados, a respeito do recém-nascido 67 (58,02%) não possuíam informação sobre a vacinação, 62 (53,09%) não informaram o teste do pezinho e 83 (72,17%) não informaram sobre o coto umbilical. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Sendo o pré-natal um programa que abrange os direitos das gestantes, torna-se necessário o acompanhamento das consultas realizadas desde as unidades de atenção primária, onde se dá o maior fluxo de gestantes. Torna-se imprescindível ao profissional Enfermeiro, atuar nas consultas com intervenções de sensibilização para adesão das puérperas no retorno a unidade após o parto, identificando possíveis intercorrências e minimizando complicações.

CONVERSA AO PÉ DO OUVIDO: PRODUZINDO FERRAMENTAS-ARMAS

Jaqueline Dinorá Paiva de Campos

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

Esse artigo é uma bifurcação da dissertação intitulada “Cartografia de vida no trabalho educativo com jovens e adultos: conversas-em-ação”. Nomeia e conceitua três instrumentos no trabalho pedagógico: o olhar-rizomático, a escuta-inscrição e o corpo-pendular, quando questiona as

margens de possibilidades que a educação de jovens adultos, na modalidade não presencial, pode proporcionar quando acolhe ou aborda as histórias de vida que a demandam, não a forma como se oferece: regularização da vida escolar, apoio aos exames e certificação. Seus alunos experimentaram a exclusão da escola regular por motivo de raça, gênero, idade, classe social, privação de liberdade, drogadição, dificuldades de aprender no mesmo ritmo de seus colegas, inserção precoce no mundo do trabalho; para outros, a escola desponta como parte do projeto “terapêutico-disciplinar” para o abandono das drogas; como meio de obter ou manter o emprego e renda diante da solicitação de um diploma escolar; os idosos buscam acolhimento na vida social, motivo de circulação e vínculos inovadores. A busca pela escola de “adultos” já registra uma busca “particular” daqueles que não perderam ou recuperaram, apesar dos rótulos, idade e dificuldades, os sonhos e planos de trabalho e lugar social. Buscou a arte e a filosofia como intercessores para aparelhar ferramentas relacionais – o olhar, o corpo e o ouvir - na produção de armas de luta para reinvenção da vida, capacidade germinal para uma educação que maquine outras composições sociais, novos pactos pela vida em sociedade, novas inclusões na criação de mundos possíveis, ou seja, uma educação distinta daquela que lhe/nos é “regular” a qual partilha dos modos de levar a vida ditada pelo saber formal, onde o que sentimos e vivemos podem perder a intensidade e ganhar ajustamento em valores morais e em expectativa de gênero, classe social, raça, passado. Conversa com a arte de Tomas Saraceno, Lygia Clark e Lucio Fontana pela “especialidade” de ver os invisíveis, as germinações, os inusitados, os fazimentos e desfazimentos de mundos subjetivos, cognitivos ou materiais, na qual a multiplicidade que emerge não é dada a priori, é posteriori – produto relacional.

CRACK NA FRONTEIRA: A BUSCA SOLITÁRIA POR RECUPERAÇÃO

Maria das Graças Rojas Soto, Verônica Fabiola Rozisca, Cássia Barbosa Reis, Rivaldo Venâncio da Cunha

Palavras-chave: crack, fronteira, CAPS

APRESENTAÇÃO: O consumo de crack vem aumentando em capitais e no interior do Brasil e é hoje considerado uma epidemia, devido ao rápido aumento constatado e seu potencial de disseminação. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) é o serviço de saúde pública específico para a atenção integral e continuada às pessoas com problemas de álcool, crack e outras drogas, que realiza o acompanhamento clínico, a reinserção social dos usuários e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Integrante da rede pública de proteção, recebe os pacientes por encaminhamento de outros serviços da rede, com os quais deve manter coesa articulação, bem como pela busca espontânea de usuário e família. O CAPS AD de Ponta Porã/ MS atende a um grande número de usuários brasileiros, paraguaios e de outras nacionalidades; esta é uma cidade gêmea, divisa seca com o Paraguai e rota de passagem do narcotráfico. Este estudo teve o objetivo de analisar a forma de acesso do usuário de crack a tratamento no CAPS AD e conseqüentemente o grau de articulação deste com a rede assistencial de saúde. **DESENVOLVIMENTO:** Pesquisa qualitativa, com dados primários, realizada através de entrevistas semiestruturadas, aplicadas a 20 famílias de usuários de crack, referenciadas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de Ponta Porã/ MS, de novembro a dezembro de 2014. Os dados foram organizados e tabulados seguindo a técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo, tendo como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais.

RESULTADOS: Os resultados revelam 100% das famílias residentes em zona urbana, 90% em periferia, 85% com renda familiar por pessoa inferior a 01 Salário Mínimo, 70% com baixa escolaridade, 60% beneficiárias de programas de geração de renda, 100% utilizam como assistência à saúde o Sistema Único de Saúde (SUS). Com relação ao acesso ao CAPS, 85% aconteceu de modo informal (60% por busca espontânea, 20% por indicação da família e 5% através de amigos). Houve 03 encaminhamentos da rede pública - 02 da justiça (Conselho Tutelar e Tribunal de Justiça do Paraguai) e 01 da Assistência Social (Centro de Referência da Assistência Social – CRAS). Não houve encaminhamentos dos sistemas de saúde pública ou privada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considerando que 100% dos participantes estão inseridos no SUS, e 60% no Sistema Único de Assistência Social - SUAS (uma vez que participam de programas de transferência de renda), os resultados evidenciam uma fragilidade na rede, visto que quem necessita do serviço está chegando por vontade própria, à revelia dos órgãos que teriam por dever encaminhá-lo. Essas famílias estão passando invisíveis pela rede pública de proteção.

DEPRESSÃO: PLANO DE INTERVENÇÃO EM ADOLESCENTES MORADORES NO BAIRRO SÃO JOSÉ. VIÇOSA DO CEARÁ. ANO 2014

Fátima Aparecida Ferreira Teixeira de Carvalho, Kattyá López Lamar, Ysabely Aguiar Pontes Pamplona

Palavras-chave: Depressão, Vulnerabilidade, Adolescentes

Introdução: Estima-se que cerca de 5% da população mundial sofra de Depressão e que cerca de 10% a 25% das pessoas possam apresentar um episódio depressivo em

algum momento de sua vida. A depressão na adolescência não consiste apenas em maus humores e melancolia ocasional, ela é um problema sério com grande impacto na vida de um adolescente, se não for tratada, a depressão poderá conduzir a problemas na escola e em casa, abuso de drogas e até tragédias irreversíveis como homicídios ou suicídios. Este transtorno afetivo é muito prevalente na população adolescente do Bairro São José o que motivou a realização deste estudo, onde se espera trabalhar com 100% dos adolescentes pertencentes à UBS, mobilizar a população para ações multidisciplinares pela importância da prevenção da doença e garantir em 100% a continuidade do tratamento para os pacientes diagnosticados com depressão. **Objetivos:** Promover a qualidade de vida dos adolescentes com depressão, buscando a redução dos sintomas da doença nos pacientes atendidos na UBS. **Método:** A Unidade Básica de Saúde (UBS) São José se localiza na cidade de Viçosa do Ceará. Para isso dispõe de uma equipe de saúde formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e sete agentes de saúde. Será realizada uma intervenção educativa de controle dos fatores de risco persistentes em adolescentes com diagnóstico de depressão. Será aplicado um questionário para identificar os fatores de risco de depressão persistentes. A UBS São José tem 1327 pacientes na faixa etária de 13 a 18 anos dos quais 426 apresentaram sintomas de depressão, nesse momento existe um total de 211 cadastrados com diagnóstico de Depressão. Para realizar o presente estudo será selecionada uma amostra de 50 pacientes por método aleatório simples. Para a compilação dos dados, será utilizado o software Excel 2007 e a análise estatística simples. O modelo de programa de intervenção educativa vai ser composto por dois desenhos metodológicos, em que o primeiro vai ter uma fase de

diagnóstico, com aplicação de instrumento avaliativo. Na segunda fase vai-se apresentar um plano de ação com atividades encaminhadas a incidir sob os fatores de riscos identificados como persistentes na fase 1. Nele serão incluídas ações dirigidas aos Agentes Comunitários de Saúde com vistas a implementar a busca ativa de adolescentes com sintomas de depressão. Resultados Esperados: Melhorar a qualidade de vida dos pacientes adolescentes com depressão. Incidir sobre os fatores de risco persistentes em pacientes com essa doença com vista a melhorar sua incidência na população de adolescente da comunidade estudada, além de poder contribuir para melhorar o relacionamento interpessoal dentro da família e sociedade diminuindo a prevalência de adolescentes com diagnóstico de depressão. Considerações Finais: Ressalta-se a necessidade de programar medidas que contribuam na detecção de fatores de risco persistentes em adolescentes com diagnóstico de depressão e elaboração de ações encaminhadas a incidir neles e melhorar a qualidade de vida destes pacientes.

DESAFIO DO APOIO MATRICIAL EXERCIDO PELAS EQUIPES DO NASF

Ana Paula Campos Barbosa da Silva

Palavras-chave: Núcleo de apoio à Saúde da Família, apoio matricial, Estratégia Saúde da Família

Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde – APS apresenta um importante papel na organização dos serviços e ações de saúde, pois tem o dever de coordenar a rede de Atenção à Saúde e produzir um cuidado integral que impacte na situação de saúde das pessoas. Para a ampliação das ações da APS no Brasil e apoio da Estratégia de Saúde da Família o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF),

mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Este programa que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica - Saúde da Família, e, deve ser estruturado priorizando o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas. Gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto. Desta forma o NASF apresenta como base o apoio matricial, instrumento do qual visa impactar diretamente na resolutividade da equipe, por isso, surgiu à necessidade de se pesquisar estratégias que resultem no empoderamento para que as equipes do NASF exerçam de fato o suporte técnico à ESF, como educação permanente, discussão de casos e atendimentos conjuntos, construção coletiva de planos terapêuticos, grupos compartilhados entre apoiadores e ESF, intervenções conjuntas no território e ações intersetoriais e atendimentos específicos do apoiador quando necessário. Já que o apoio e compartilhamento de responsabilidades são aspectos centrais da missão do NASF. Assim, surge o seguinte questionamento: O NASF é uma estratégia inovadora, criada em 2008, juntamente com a prática do apoio matricial. Portanto as equipes do NASF e de ESF conhecem e praticam este conceito? O objetivo geral deste trabalho é contribuir para a consolidação do apoio matricial do NASF às ESF e como objetivos específicos tem-se: descrever de forma sistemática a prática do apoio matricial e levantar fatores dificultadores e facilitadores da implantação do apoio matricial. O estudo se dará por meio de pesquisa qualitativa descritiva. Como instrumento da pesquisa será utilizado a entrevista semiestruturada a ser aplicada nos profissionais do NASF para que os mesmos possam identificar estratégias de empoderamento do apoio matricial. Tem-se

como universo da pesquisa os 21 municípios que compõem o Alto Vale do Jequitinhonha. Desses, serão escolhidos os sujeitos por ordem de sorteio que interessem a participar da pesquisa. A delimitação se dará pelo critério de saturação, ou seja, quando nenhum dado novo for acrescentado à pesquisa. A pesquisa não apresenta ainda resultados e/ou impactos, pois a mesma não foi implementada. O estudo poderá contribuir na formação dos acadêmicos de graduações, que compõem as equipes do NASF e ESF e possivelmente focar a necessidade de um trabalho integrado entre acadêmicos e profissionais de saúde dessas áreas. Esta pesquisa também poderá subsidiar um programa de educação permanente aos profissionais do NASF e ESF focado na consolidação do apoio matricial e assim, contribuir para um trabalho de maior resolutividade.

DESAFIOS ENFRENTADOS PELO ENFERMEIRO NO COTIDIANO DA ESTRATÉGIA SAÚDE FAMÍLIA: REVERBERAÇÕES DO SEU PROCESSO DE FORMAÇÃO

Érika Andrade e Silva, Marianna Karolina Pimenta Cota, Amanda Medeiros Rodrigues, Mariana Véio Nery de Jesus, Vanessa Amaral de Souza, Deise Moura de Oliveira

Palavras-chave: Enfermagem, Estratégia saúde da família, Formação

INTRODUÇÃO: O Sistema Único de Saúde, pautado nos princípios doutrinários de equidade, universalidade e integralidade, consolidou-se como um grande marco para a saúde no país, substituindo o antigo modelo baseado no paradigma biomédico e centrado na doença. A construção de um sistema universal, equânime e integrado pauta-se na Estratégia Saúde da Família (ESF) como um contexto de potência, que requer a atuação de profissionais

qualificados e resolutivos, capazes de fazer com que a Atenção Primária à Saúde seja resolutiva, configurando-se como a porta de entrada prioritária dos usuários no sistema de saúde. Tal intento produz interfaces com a formação destes profissionais, incluindo o enfermeiro, situando-os de modo mais preparado ou não para atuar neste cenário assistencial. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo compreender os desafios inscritos no processo de formação do enfermeiro para a sua atuação na ESF. MÉTODO: pesquisa qualitativa realizada com 11 enfermeiros da Saúde da Família de um município da Zona da Mata de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu nos meses de março a maio de 2015, por meio de entrevista com questões abertas. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin, sendo posteriormente interpretados e discutidos em consonância com a literatura pertinente à temática. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, inscrito sob o Parecer nº 959.225. RESULTADOS: os enfermeiros remetem dificuldades para atuar na ESF em virtude da formação superficial que tiveram na graduação, somado à insuficiência de aulas práticas no contexto da Atenção Primária. Tendo em vista as atribuições do enfermeiro na ESF evidencia-se que a formação lhes conferiram aporte teórico e que os poucos contatos que tiveram nas unidades de saúde foram de cunho observacional, não agindo sobre a realidade. Nesta perspectiva, reverberações da formação são produzidas em seus cotidianos profissionais, em que as ações assistenciais mostraram-se secundarizadas. Tal fato faz com que os enfermeiros se direcionem mais para as atividades gerenciais, o que denota a representação fortemente arraigada dos entrevistados como gerentes da unidade de saúde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: as dificuldades evidenciadas pelos

participantes, para atuarem no contexto da ESF, remetem a uma fragilidade no tocante às atribuições do enfermeiro neste cenário, estando tal fato intimamente atrelado ao processo de formação destes profissionais. A inexistência de uma formação baseada em competências para atuar na ESF – pautada nos eixos conhecimentos, habilidades e atitudes – foi notoriamente uma lacuna evidenciada no processo de formação dos depoentes. Isso sugere que o ensino em saúde, aqui demarcado o da enfermagem, deve estar atento para a inserção precoce e longitudinal do estudante no referido cenário, de modo a desenvolver as competências necessárias para a sua atuação na saúde da família. Ressalta-se ainda a importância da educação permanente, capaz de apurar arestas oriundas da formação, ao propor a problematização da prática para a solução de nós críticos inscritos no cotidiano profissional.

DESAFIOS PARA A GARANTIA DO ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Adalvane Nobres Damaceno, Danieli Bandeira, Teresinha Heck Weiller, Vanessa Pucci, Kauana Flores

Palavras-chave: Acesso aos serviços de Saúde, Qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem

As Unidades Básicas de Saúde no Brasil desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. A presente investigação é uma revisão integrativa que teve como objetivo identificar quais as evidências científicas acerca do atributo essenciais acesso de primeiro contato na Atenção Primária à Saúde. Para a seleção dos artigos utilizou-se três bases de dados, LILACS, PubMed e SCOPUS e a amostra desta revisão constituiu-se de 22 artigos.

A Atenção Primária à Saúde caracteriza-se como a porta de entrada do sistema de forma a manter vínculo com as famílias e as comunidades, na realidade brasileira, manter alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. O acesso aos serviços de saúde tem sido relatado como um dos principais desafios e problemas relacionados à assistência, entre esses, as dificuldades estão associadas tanto às características do atendimento quanto às barreiras estruturais, organizacionais e geográficas. Além disso, se identifica a rede básica como não sendo um posto avançado do Sistema Único de Saúde, mas sim, como local de coisas simples; a rede básica como espaço da impotência compartilhada entre equipes e usuários. Assim, com o fortalecimento das políticas da APS será possível resolver problemas de gestão, de recursos financeiros e humanos e, sobretudo, o acesso a rede de serviços. Dessa forma, a reorientação do modelo de saúde e o fortalecimento das políticas da APS colaboram na resolução de problemas de gestão, de recursos financeiros e humanos bem como, melhorar os percursos da terapêutica, pois quanto mais fortalecida estiver a APS mais ações serão desempenhadas e os funcionamentos das políticas serão mais eficazes como forma de garantia de práticas de regularização como preconizado

DESENVOLVIMENTO INFANTIL: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS COM ATRASOS NEUROMOTORES EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO OESTE DO PARÁ

Yamilles Ribeiro Nascimento, Simone Aguiar da Siva Figueira, Greice Nara Viana dos Santos, Samila de Sousa Sales

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil, Saúde da Criança, Atrasos neuromotores

INTRODUÇÃO: O desenvolvimento infantil envolve vários aspectos, dentre estes, biológicos, ambientais, sociais e familiares, além disso, sofrem influência de fatores de risco ou de proteção que estão diretamente ligados ao desenvolvimento único e peculiar¹. No Pará foi encontrado apenas um trabalho acerca do assunto, realizado no ano 2000. A enfermagem se faz quase ausente nesse campo de pesquisa e como visto em bancos de dados online não há registros ou notificações sobre trabalhos científicos feitos por enfermeiros abordando essa temática no município de Santarém/PA. O objetivo da presente pesquisa foi identificar aspectos epidemiológicos das crianças com atrasos de desenvolvimento neuromotor atendidas no Centro de Referência de Saúde da Criança em Santarém/PA nos anos de 2010 a 2013. **METODOLOGIA:** Foi de encontro à pesquisa Quantitativa², para tanto se partiu de um de seus vértices, a pesquisa Descritiva, além de descritivo a direcionalidade temporal do estudo é retrospectiva, foi feito um levantamento estatístico documental³ de dados que estavam contidos nos prontuários e/ou em arquivos de cada cliente atendido ou que estivesse em atendimento. **RESULTADOS:** Os resultados permitiram o conhecimento e interpretação do perfil sociodemográfico de 192 crianças diagnosticadas com um tipo, ou mais, de atraso neuromotor, a maioria das crianças foram do sexo masculino 53,6% e procedentes da zona urbana de Santarém sendo 65,1%. Do total 63,5% tem a figura da mãe como principal cuidador, 47,9% foi advinda por encaminhamentos de Unidades Básicas de Saúde e 47,9 das crianças foram admitidas com idade de 0 a 3 meses. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Observou-se uma relação intrínseca entre o atraso de desenvolvimento neuromotor com os fatores de risco em que as crianças estavam expostas. A enfermagem tem papel fundamental, pois atua na minimização e prevenção de tais eventos indesejáveis que acometem as crianças.

DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE NOVA ANDRADINA-MS

Rubiana Gambarim da Silva, Adriane Pires Batiston

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Câncer de Mama, Detecção Precoce de Câncer

APRESENTAÇÃO: Apesar de esforços envidados, o câncer de mama (CM) ainda é considerado um problema de saúde pública e constitui uma das mais importantes causas de morte de mulheres brasileiras. A detecção precoce do câncer de mama é a estratégia utilizada para o diagnóstico de alterações mamárias em tempo oportuno, o que proporciona às mulheres acometidas por esta doença maiores chances de cura e melhores condições no tratamento. O objetivo deste estudo foi analisar as estratégias para a detecção precoce do câncer de mama entre mulheres de 40 e 69 anos, cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Nova Andradina/MS. **MÉTODO DO TRABALHO:** Foi conduzido um estudo seccional, no qual foram entrevistadas 393 mulheres com idades entre 40 a 69 anos, cadastradas na Estratégia Saúde da Família do município de Nova Andradina/MS. As participantes desta pesquisa foram entrevistadas em suas residências, sendo utilizado para a coleta de dados um formulário estruturado com questões que buscaram investigar as características sócio-demográficas e o conhecimento e a prática acerca dos métodos de detecção do câncer de mama. Os resultados da pesquisa foram analisados por meio de estatística descritiva e as associações entre variáveis estabelecidas pelo emprego dos testes qui-quadrado e exato de Fisher com nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** Neste estudo, a idade média das entrevistadas foi de 54,00±0,39 anos (média±erro padrão), sendo que

81,2% já haviam realizado mamografia ao menos uma vez. Os fatores de risco para o câncer de mama mais frequentes foram sedentarismo (80,2%), sobrepeso (29,5%) e obesidade (29,5%). A maior realização da mamografia esteve associada à idade ($p < 0,001$), à realização do Papanicolaou ($p < 0,001$) e à realização do exame clínico das mamas ($p < 0,001$). Não houve associação estatística entre a realização de mamografia e os fatores de risco, exceto a idade. Dentre as participantes deste estudo, 86,3% receberam informações relacionadas ao CM, sendo 52,2% dessas informações fornecidas pela equipe de saúde da família. Sobre os métodos de detecção do câncer de mama, 79,1% palpavam suas mamas ocasionalmente, 43% das mulheres não realizaram o exame clínico das mamas nos últimos 12 meses e 75,6% nunca solicitou este exame, bem como 53,2% nunca solicitou a realização de mamografia. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Dentre os fatores de risco apresentados pelas entrevistadas, somente a idade esteve relacionada à maior realização de mamografia e constatou-se que aquelas que realizam o exame clínico das mamas e exame Papanicolaou possuem maiores chances para a realização de mamografia. Este estudo também demonstrou que a maioria das mulheres recebeu informação sobre CM, porém muitas ainda não aderem aos programas de detecção do CM, além de não adotarem posturas ativas em seu autocuidado. Os resultados apontados por este estudo poderão ser utilizados para o planejamento de ações dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e Secretaria Municipal de Saúde, relacionadas à prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama entre as mulheres de Nova Andradina.

DETERMINANTES DE TRAUMA PEDIÁTRICO EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, PIAUÍ

Elaine Carvalho de Oliveira Medeiros, Cassia de Santana Fernandes, Marta de Jesus da Silva Santos, Karla Joelma Bezerra Cunha

Palavras-chave: Trauma, Pediatria, Enfermagem

O trauma é definido como todo agravo que ocasiona algum tipo de lesão desde física à psicológica podendo ou não levar ao óbito. Devido às discussões inerentes a temática buscou-se analisar os fatores determinantes do trauma em pacientes pediátricos em um hospital de urgência de Teresina, Piauí. Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, descritiva e transversal, foi desenvolvida em um hospital de urgência/emergência de referência em Teresina, Piauí, obteve aprovação do comitê de ética e pesquisa com número de CAAE 44192715.80000.5602. A coleta de dados foi realizada no período de 28 de junho de 2015 à 09 de setembro de 2015, com os responsáveis de crianças diagnosticadas com algum tipo de trauma admitidas no hospital de urgência, foi utilizado formulário semiestruturado por meio de entrevista, após assinatura do termo de consentimento livre esclarecido pelos participantes do estudo, tendo como critérios de inclusão crianças diagnosticadas com algum tipo de trauma, cujo responsável concordasse de forma voluntária a participar da pesquisa e os de exclusão aquelas que não possuíam diagnóstico de trauma e/ou responsável não aceitasse participar da pesquisa. O quantitativo de participantes do estudo foi estimado através do cálculo amostral, com margem de erro em 5% e confiabilidade de 95% resultando em uma amostra total de 100 crianças, sendo cessada a coleta de dados ao alcançar o respectivo número. Os

dados foram organizados e codificados em planilhas do Microsoft Excel e em seguida processados pelo software Statistical Package for Social Science e apresentados em forma de tabelas para análise. As crianças diagnosticadas com algum tipo de trauma estavam na faixa etária entre 9 a 12 anos, sexo masculino, raça parda, com ensino infantil. O local mais prevalente de ocorrência de trauma foi a residência, tipo de trauma mais evidente foram fraturas em membros superiores e inferiores, sendo a principal causa quedas. Evidencia-se que ainda é elevado o número de crianças vítimas de trauma, havendo a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para o acolhimento das mesmas, bem como de seus responsáveis, para que haja uma assistência de qualidade, prevenindo assim possíveis complicações.

DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE DE CATADORES DE MATERIAIS RECICLÁVEIS DO MUNICÍPIO DE ITAPISSUMA-PE

Ana Maria Araújo Loiola, Danielle Christine Moura dos Santos, Gildo Bernardo Silva, Isabella Karolyne Oliveira Ferreira, Larissa Lima Ribeiro, Maria Theresa Camilo de Lima, Raphaela Delmondes Nascimento, Tony José Silva

Palavras-chave: vulnerabilidade social, catadores, hanseníase

APRESENTAÇÃO: A historicidade do conceito de causa das doenças vem sendo continuamente estudado e aprimorado, tendo como principal importância social sua implicação no processo saúde-doença de indivíduos e coletividades. As condições de vida insalubres impostas a certos grupos sociais específicos desencadeiam exposição ao risco, definindo o grau de vulnerabilidade social o qual esses grupos

possuem. Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar os determinantes sociais em saúde dos catadores de materiais recicláveis de Itapissuma. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Pesquisa-ação, realizada no município de Itapissuma-PE. Participaram 33 catadores. A primeira etapa se deu por meio do Questionário Determinantes Sociais em Saúde. Os dados coletados durante o período de março a junho de 2015 foram tabulados no Excel 2013. A segunda etapa foi a “Ação Integrada em Saúde” e visita domiciliares com atividades relacionadas ao perfil identificado na etapa 1. RESULTADOS: Dos 33 entrevistados 84% eram do gênero feminino e 16% do masculino. Os problemas de saúde encontrados entre os catadores foram: parasitoses, doenças respiratórias, alterações neuromusculares, alergias, transtornos do sono e hanseníase. Problemas relacionados à catação: as doenças de pele (8%), a dificuldade de respirar (8%), Cortes (47%) e perfurações (26%). Em maio foi realizada a ação integrada de saúde (exame dermatoneurológico, teste rápido HIV e hepatite C, Imunização, quimioprofilaxia parasitoses) com 24 catadores e diagnosticado um caso de hanseníase. Posteriormente, foi realizada a visita domiciliar ao portador de hanseníase e foi identificado três contatos com mancha na pele e referenciados a USF para o exame de contato. Foram ensinadas técnicas de autocuidado e entregues um guia para observação e acompanhamento do corpo e um kit de autocuidado. Foram aplicadas as escalas: SALSAS, escore: 19 e escore de consciência de risco: 2 e PARTICIPAÇÃO SOCIAL com escore: 13 (grau leve de restrição social). De junho a agosto foram realizadas ações de educação em saúde sobre saúde do trabalhador, hanseníase e algumas das doenças de maior risco e que foram identificadas na etapa 1. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Existe vulnerabilidade social do grupo dos catadores e seus familiares, visto

as condições de trabalho e dificuldade de acesso à educação e renda. A pesquisa se mostrou fundamental no processo de identificação de problemas e busca de soluções em conjunto com os participantes do estudo.

DIAGNÓSTICO DA CANDIDÍASE VULVOVAGINAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Antônio Carlos Gonçalves de Carvalho, Danielle de Sousa Leal, Maria Joicy de Oliveira Moura, Ricardo Gomes Viana, Lindalva de Moura Rocha, Carlos Eduardo Nunes, Maria Rosiane de Moura, Eduardo Carvalho de Souza

APRESENTAÇÃO: A candidíase vulvovaginal (CVV) é uma doença causada principalmente por *C. albicans*, porém pode também ser causada por algumas espécies não-*albicans*. A *Candida sp* é um fungo do tipo leveduriforme presente na microbiota vaginal. A presente revisão objetiva analisar as publicações científicas inseridas no período de 1990 a 2014 que abordem o diagnóstico da candidíase vulvovaginal. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de uma revisão da literatura científica, baseada em análise qualitativa, acerca do diagnóstico da candidíase vulvovaginal. Foram selecionados para esta revisão 30 artigos, consultados nas bases de dados NCBI, Medline, Pubmed, Lilacs, SciELO, Periódicos do CAPES e Livros, no período de tempo entre 1990 à 2014, tendo o diagnóstico da candidíase vulvovaginal como assunto principal. **RESULTADOS:** A análise dos estudos selecionados revelou que no diagnóstico da CVV, pode ser realizado por exame direto; isolamento em meios de cultura próprios para o seu crescimento, principalmente em meio de cultura Sabouraud Dextrose Agar (SDA) e CHROMagarCandida, que são meios seletivos para *Candida sp*; realização da prova

do tubo germinativo (rápido e presuntivo e utilização de soro humano – 37°C por no máximo 3 horas); e exame citopatológico de Papanicolau que detecta alterações precoces nas células do colo do útero, que auxilia na detecção desse microrganismo. Além disso, a presença de secreção vaginal esbranquiçada, acompanhada de forte prurido, pode ser indicativo de CVV. Com isso, o diagnóstico da candidíase vaginal torna-se de extrema importância, devendo-se evitar o tratamento excessivo e equivocado dessa vulvovaginite. Constatou-se que no seu tratamento os azólicos são os medicamentos mais utilizados, como o Fluconazol (150 mg – dose única) e o Cetoconazol (200 ou 400 mg – 1 vez ao dia/14 dias). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A presente revisão, baseada nos 30 artigos analisados, evidenciou que é de grande importância o aprofundamento sobre a patogenia da CVV, para assim ter um diagnóstico mais apropriado, uma vez que ela está cada vez mais presente na vida feminina.

DIFICULDADES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PRÁTICA DIÁRIA

Karla Amaral Nogueira Quadros, Angélica Maria de Almeida, Bethania Rodrigues Machado, Fernanda Marcelino de Rezende e Silva

Palavras-chave: Saúde Pública, Agente Comunitário de Saúde e Atenção Primária à Saúde

Desde 1988, com a Constituição Federal e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), desenhou-se uma nova proposta conceitual para a saúde e um novo modelo de organização dos serviços de saúde no país (1-2). E em 1991, surgiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para financiar a equipe de agentes comunitários (ACS), que, em 1994, juntar-

se-ia ao Programa de Saúde da Família (PSF), formando a base para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (3). Esta pesquisa trata-se: de um estudo de caráter qualitativo, cujo objetivo foi investigar as principais dificuldades e limitações que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) encontram no desenvolver de suas atividades cotidianas e identificar como tais situações são discutidas e/ou resolvidas dentro da sua equipe de trabalho. **Método:** a coleta de dados se deu através de entrevista semi-estruturada com 17 dos 92 ACS de Divinópolis (MG). A delimitação da coleta dos dados foi feita através da amostragem por saturação. Como critério de inclusão optou-se pelos ACS que tinham no mínimo seis meses de trabalho na ESF. O critério para exclusão foram os ACS que estavam de férias, de licença médica, afastados por outros motivos, quem não quis participar e aqueles com os quais não foi possível realizar o agendamento por telefone. A Análise de Conteúdo proposta é organizada em três polos cronológicos, que são: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. **Resultados:** percebeu-se que a sobrecarga do ACS, a desvalorização profissional e a falta de interação da equipe são dificuldades sentidas pelos ACS e que essas dificuldades às vezes são até discutidas, mas, na maioria dos casos, não são resolvidas. **Considerações finais:** a pesquisa ressaltou a importância da interlocução entre a equipe na tentativa de resoluções dos problemas, conferindo credibilidade à população e valorização do profissional ACS. Todos os seus membros devem compreender e praticar suas atribuições, assim como entender a dinâmica da ESF, para que haja uma interação consoante que, de fato, produza resoluções aos problemas com o intuito de haver uma maior credibilidade da população e a valorização do profissional ACS.

DIMENSÃO CULTURAL DO TRABALHO TÉCNICO EM GESTÃO EM SAÚDE

Raquel Barbosa Moratori

Palavras-chave: Cultura Profissional, Trabalho Técnico, Trajetória Formativa e Profissional, Identidade Social, Reflexividade Interativa

Este trabalho apresenta uma proposta teórico-metodológica baseada no conceito de cultura profissional, visando à análise da dimensão cultural do trabalho técnico em gestão em saúde, que tem na categoria cultura profissional e nas suas subcategorias constitutivas – trajetória, identidade social e reflexividade interativa – as bases desta investigação. Neste sentido, busca compreender a dimensão cultural deste trabalho ao problematizar as questões que atravessam a vida laboral dos trabalhadores técnicos de saúde, ou seja, como eles compreendem a realidade em que vivem, quais trajetórias formativas e profissionais os levam a este lugar, quais os laços identitários os unem enquanto grupo e, também quais são seus espaços de decisão e de elaboração crítica das questões que atravessam seu cotidiano de trabalho. Deste modo, esta proposta teórico-metodológica parte da perspectiva gramsciana de cultura como mantenedora da coesão social, destacando, entretanto, que se trata de uma coesão interessada em garantir a hegemonia de uma classe sobre a outra. Ao problematizar esta questão este texto retoma o debate sociológico, filosófico e político sobre o conceito de cultura com as contribuições de Raymond Williams, Terry Eagleton e Edward Thompson, apropriando-se, posteriormente, dos estudos de Telmo Caria para recortar teórica e metodologicamente este conceito, para o estudo de grupos profissionais. Num mesmo movimento, esta proposição reafirma o materialismo histórico dialético como o método de análise deste estudo, apresentando os pares dialéticos

(autonomia/adaptação; formação humana/formação tecnicista; práxis revolucionária/práxis utilitária; trabalho em equipe (auto-organização)/trabalho em equipe (alcance de metas); trabalho coletivo/supervisão do trabalho; sujeitos coletivos/processos de individualização; e disputa de interesses/conformismo) utilizados na interpretação dos dados coletados no trabalho empírico. A hipótese deste estudo é que a análise da dimensão cultural deste trabalho técnico, a partir do referencial marxista, permite captar a dinâmica interacional deste grupo e relacioná-la com as questões econômicas e políticas que afetam o trabalho na sociedade contemporânea. Os resultados encontrados indicam a pertinência desta proposta para compreensão dos conflitos e contradições que perpassam a dimensão cultural do referido trabalho, assim como o aprofundamento deste debate permite avançar num projeto de qualificação para estes trabalhadores, em torno do desenvolvimento de uma proposta de formação humana que permita criticar e transformar este trabalho, ao mesmo tempo em que reafirma o projeto de saúde pública universal. A principal contribuição que este estudo pretendeu proporcionar foi o entendimento de que a dimensão cultural é a expressão de espaços dinâmicos permeados por conflitos de interesses, campos de disputas e exercício de poderes, ora apaziguados pela produção ativa ou passiva de consentimento sobre um determinado modo de vida, ora em franca disputa sobre estes modos.

DINÂMICA MULTIPROFISSIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE EM UM SERVIÇO AMBULATORIAL DE CAMPO GRANDE/MS

Kelly Mariana Leão Petrutecelli, Abílio Torres dos Santos Neto, Rosania Maria

Basegio, Luciano Caetano da Silva, Lucilene Aparecida dos Santos Franco, Maria Lucia Ivo

Palavras-chave: Equipe Interdisciplinar de Saúde, Rede Estadual de Triagem Neonatal

INTRODUÇÃO: Em 2001, foi estabelecida a Portaria nº 822, que instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). A equipe mínima deverá ser composta por uma equipe multidisciplinar que contenha: um médico pediatra, um médico endocrinologista ou endocrinologista pediátrico, um nutricionista, um psicólogo, um assistente social. Tal instituição desenvolve atividades de promoção da saúde, prevenção às doenças, recuperação, saneamento e diagnóstico, além de atividades como as consultas nas especialidades referentes às anormalidades no metabolismo do recém-nascido, Programa de Diagnóstico Precoce do Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria, Hemoglobinopatias, e outras doenças diagnosticadas na Triagem Neonatal tanto na gestante quanto no recém nascido. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da equipe multiprofissional enquanto integrantes de um serviço secundário de saúde em Campo Grande/MS. **MATERIAIS E MÉTODO:** Relato de experiência sobre a prática multiprofissional em um estabelecimento ambulatorial de saúde. A população de estudo é composta por: acadêmico de enfermagem, assistente social, médica pediatra e psicólogo. O período de vivência foi entre os meses de agosto de 2014 a agosto de 2015. **RESULTADOS:** Durante a experiência de um ano observou-se alguns aspectos relevantes referentes ao serviço multiprofissional e o seu reflexo na saúde da população sul-mato-grossense. Este Programa atende aos 79 municípios de Mato Grosso do Sul. Entre os anos de

2001 a 2014 houve um índice de cobertura média do programa de 90,78%. Já foram realizados um total de 4.279.722 exames e desses 43.899 foram exames alterados. Este Programa está apto a realizar o diagnóstico, tratamento e acompanhamento para as seguintes doenças: Hipotireoidismo Congênito, Hiperplasia Adrenal Congênita, Fibrose Cística, Toxoplasmose Congênita, Fenilcetonúria, Deficiência – Biotinidase, Anemia Falciforme, Traço Falciforme e Outras Hemoglobinopatias. Cada profissional está capacitado em realizar o atendimento de forma singular ao cliente; tal processo ocorre de maneira sistematizada e organizada, de modo que cada profissional atue sobre sua área de conhecimento. **Conclusão:** O Programa vem apresentando a sua consolidação desde a sua implementação. A equipe multiprofissional está integrada ao serviço de saúde e se propõe de modo eficaz no atendimento a população sendo considerado um serviço de referência. **Contribuições / implicações para o atendimento multiprofissional:** De posse da experiência vivenciada, verificamos que falhas no processo de comunicação da informação para o cliente podem desencadear uma cascata de erros e conseqüentemente sérios prejuízos aos mesmos. A equipe multiprofissional, regida sob a Portaria que estabelece esse Programa de Saúde, traduz a cada profissional sua real importância neste estabelecimento de saúde. Além disso, é importante ressaltar que para atingir um índice de cobertura de 100% é necessário que diversos fatores se correlacionem, como a educação permanente, a prática profissional consciente, conhecimento técnico-científico, aliada a uma política pública que forneça meios para o atendimento integral da saúde.

DO NÓ AO LAÇO: A TRAJETÓRIA DO FÓRUM DE SAÚDE MENTAL NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO COMO OPERADOR DA GESTÃO DO CUIDADO

Christiane Carpio

Palavras-chave: Análise de política de saúde, saúde mental, gestão do cuidado

APRESENTAÇÃO: Produzir uma narrativa do Fórum de Saúde Mental como espaço de prática de gestão do cuidado em saúde mental. Os objetivos deste estudo são: identificar os formuladores na criação deste dispositivo, os atores participantes e os articuladores do Fórum de Saúde Mental; Localizar que práticas de cuidado em saúde mental orientaram a proposição inicial do Fórum de Saúde Mental; Reconhecer as inflexões das práticas de cuidado em saúde mental desde a formulação do Fórum de Saúde Mental; Observar e analisar os efeitos destas inflexões sobre os atores participantes do Fórum de Saúde Mental. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O modelo de atenção que até então pautava a assistência ao louco, baseava-se na lógica manicomial cujo tratamento prestado reduzia-se à internação psiquiátrica. Ao tomar o asilo como seu único destino, restava ao sujeito submeter-se ao único modo de tratar a loucura: o isolamento e a exclusão. Era este o cenário que o movimento da reforma psiquiátrica intentava romper. Para além do fim dos manicômios, o que se visava era a transposição do modelo asilar por outro mais comunitário. Este é o mote da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro instaurado desde os anos 90. Portanto, nossa investigação colocou em análise a invenção do Fórum de saúde mental instituído no ano de 2002 como arena participativa envolvendo os trabalhadores de saúde mental na direção da construção de uma rede de atenção

territorial. Para tanto, este estudo produziu uma narrativa sobre sua trajetória pelo viés de sua formulação e implementação, a partir dos sujeitos que participaram deste processo. Entendemos que essa escolha nos deu subsídios para compreender os caminhos trilhados – ou descartados – e as inflexões que transformaram esta arena como operadora da gestão do cuidado em saúde mental. Nesta direção, a contribuição teórica de que nos servimos, apoiou-se na Teoria da Estruturação que pautou seu estudo em torno da produção e reprodução da vida social pelos próprios agentes sociais. O uso deste conceito nos auxiliou na compreensão de um processo a partir dos próprios agentes uma vez que eles detêm uma capacidade reflexiva, ou melhor, um entendimento teórico acerca de suas próprias ações, incluindo as razões, motivos e necessidades que os instigam a fazê-lo. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: O estudo identificou que a arena do fórum de saúde mental funcionou como operador da gestão do cuidado, entretanto, é poroso ao conjunto de pessoas que o conduz, tornando delicada sua institucionalidade como arena participativa e de poder decisório.

DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA ABORDAGEM REFLEXIVA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL NA VIDA DOS CIDADÃOS BRASILEIROS

Rodrigo Correa Gomes da Silva

Palavras-chave: transplante, órgãos, conscientização

INTRODUÇÃO: Esta pesquisa foi realizada com o intuito de identificar os problemas relacionados à recusa no momento em que as famílias são entrevistadas para a doação de órgãos. Tendo em vista que a retirada dos órgãos em pacientes com morte encefálica gera polêmica por ser realizado com o coração em atividade. Portanto,

convencer uma família a doar órgãos de um ente querido em um momento tão delicado não é tarefa fácil, pois, o problema tem sua raiz principal vinculada à informação, as pessoas não conseguem confiar naquilo que não conhecem, foi possível perceber este resultado através de várias questões da entrevista. OBJETIVO: Compartilhar com a comunidade acadêmica sobre a importância da conscientização das famílias na abordagem do tema doação de órgãos, relacionados aos doadores em morte encefálica no Estado de Mato Grosso do Sul. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo, de campo, com abordagem quantitativa, perfazendo uma amostragem de 50 pessoas, no período de Setembro a Novembro de 2014. RESULTADOS E/OU IMPACTOS Os resultados obtidos foram: que (58%) afirmaram não serem doadores, enquanto (42%) declararam-se doadores, (40%) declaram já terem avisado da sua decisão enquanto (60%) ainda não manifestaram, (66%) declararam desconhecer o diagnóstico de morte encefálica (ME), enquanto (34%) declararam ter conhecimento sobre morte encefálica, (24%) afirmaram não terem receio de se declararem doador de órgãos, (76%) afirmaram ter receio de se declararem doadores, (41,38%) declarou a falta de conhecimento, (17,24%) desconhece o desejo do potencial doador, (13,79%) desejam o corpo íntegro, (13,79%) tem receio de tráficos de órgãos, (6,90%) demonstraram receio na demora de receber o corpo, (3,45%) por convicções religiosas, (3,45%) são contrários doação em vida, (89%) não sabem sobre o funcionamento da doação de órgãos no Brasil, (11%) relataram saber como funciona o sistema de transplantes, (10%) declararam ter conhecimento de que não é necessário deixar nenhum documento por escrito para serem doadores de órgãos, em contra partida, (90%) não sabem que é necessário deixar nenhum documento por escrito para

serem doadores de órgãos e tecidos para transplantes, (82%) sugeriram informações incluindo disciplinas curriculares em escolas e faculdades, (18%) escolheram campanhas de divulgação. CONSIDERAÇÕES FINAIS Atualmente observa-se que o índice de receptores em fila para transplantes de órgãos e tecidos vem aumentando drasticamente. O transplante de órgãos e uma alternativa terapêutica sendo ela a última forma de tratamento. Portanto, cabe aos profissionais da saúde, pactuar e mobilizar-se junto às autoridades buscando caminhos alternativos para diminuir o quantitativo de recusa familiar no Estado de Mato Grosso do Sul. Dessa forma, considera-se que os profissionais de saúde são instrumentos de divulgação em todos os processos de captação, doação e transplantes de órgãos e tecidos no intuito de mudar significativamente este cenário. E, por isso necessitam capacitar-se constantemente para se tornarem multiplicadores da conscientização de doação de órgãos.

DOENÇAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: UM ESTUDO COM A COMUNIDADE RURAL DE BARREIRAS, BAHIA

Fabiana Regina da Silva Grossi, Darto Vicente da Silva

Palavras-chave: Representações sociais, doenças, prevenção

Este estudo está sendo realizado na cidade de Barreira/BA, cujo objetivo é investigar algumas doenças recorrentes articuladas com os Determinantes Sociais de Saúde. Utilizam-se as representações sociais para descrever as percepções e ideias dos entrevistados. A constituição do corpus de pesquisa envolveu a interação entre o método qualitativo e o método quantitativo. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi entrevista semiestruturada,

com questões que pudessem remeter às Representações Sociais dos entrevistados às doenças recorrentes. A entrevista permitiu também levantar questionamentos básicos, abrindo várias hipóteses de pesquisa. Essas hipóteses foram surgindo conforme as respostas dos informantes, ou seja, não nasceram a priori. Foram selecionadas 20 pessoas de ambos os sexos, com idade entre 20 a 50 anos, que concordaram em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os resultados apontam que as doenças recorrentes são: hipertensão, diabetes, obesidade, câncer e doença de coluna. A Representação Social de câncer aparece como “doença ruim”, descaracterizada dos elementos preventivos, tornando-se dessa forma incurável. Outra Representação que aparece descaracterizada da prevenção é a doença de coluna, que é considerada como algo natural. Outro aspecto a ser apontado é que as doenças têm como causa a falta da divulgação dos fatores que influenciam no processo saúde-doença. Os entrevistados se dizem doentes quando não estão aptos fisicamente para o trabalho ou quando estão acometidos por algum tipo de dor. No caso das doenças silenciosas, muitas vezes recorrentes na região rural, por não haver prevenção, demoram a receber diagnóstico, já que costumam não apresentar sinais. As diferenças econômicas, sociais e culturais refletem diretamente na maneira de enxergar as doenças.

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS: UMA REFLEXÃO SOBRE AS VULNERABILIDADES

Luana Roberta Schneider, Teresinha Rita Boufleuer, Lucimare Ferraz, Maria Assunta Busato, Junir Antonio Lutinski

Palavras-chave: Doenças Respiratórias Crônicas, Vulnerabilidades, atenção a saúde

Esse estudo faz uma reflexão sobre as vulnerabilidades e as doenças respiratórias crônicas (DRC) com o objetivo de apontar os meios de exposição e enfrentamento deste agravo à saúde. Para tanto foi realizado um levantamento de dados na literatura da área temática. Os estudos apontam que a vulnerabilidade à DRC está relacionada a causas individuais, sociais e programáticas, sendo que o indivíduo pode estar vulnerável de diferentes formas, pré ou pós-acometimento da doença. A vulnerabilidade individual se apresenta quando o sujeito, sadio ou não, faz uso do tabaco, pois esse é considerado o maior fator de risco para a doença pulmonar obstrutiva crônica. Além disso, quando o indivíduo já está acometido por alguma DRC esse se torna mais vulnerável a resfriados, às doenças associadas ao sedentarismo, devido à limitação da atividade física provocada pela DRC. Igualmente, essa vulnerabilidade se acentua quando há o desconhecimento dos modos de prevenção dessas doenças. As vulnerabilidades sociais estão associadas à exposição à poluição ambiental, as condições precárias de moradia e de trabalho. Da mesma forma, a dificuldade de acesso a exames, diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento é um fator importante de vulnerabilidade social. Já a ausência de políticas que assegurem uma assistência integral aos portadores de DRC, bem como de proteção ambiental comunitária são considerados exemplos de vulnerabilidade programática. Diante do exposto, uma medida de enfrentamento para as DRC é proteção contra o tabaco. Nesse caso, a mudança de comportamento não é resultante apenas de uma vontade individual, tornando imprescindível o apoio dos profissionais de saúde. Também se faz necessário o (re) conhecimento, por parte desses profissionais, dos diversos fatores de vulnerabilidade que os portadores de

DRC estão expostos, para uma atuação interdisciplinar. Portanto, as ações de enfrentamento devem ocorrer nos níveis individual, social e programático. Desse modo, estimular a participação e a autonomia dos envolvidos no diagnóstico da situação, continuar investindo na prevenção da doença, em ações de políticas públicas para redução do tabagismo, no empoderamento dos indivíduos e na educação permanente dos profissionais da saúde nos diversos níveis de assistência são estratégias que podem contribuir para o melhor enfrentamento das DRC.

DOR CRÔNICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ABORDAGEM EM GRUPO DE EXERCÍCIO TERAPÊUTICO

Priscila Ferreira de Lima, Letícia Tibério Brandão Zangiacomo

Palavras-chave: doenças crônicas, dor crônica, autocuidado apoiado

Após análise das demandas do território da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Fanganiello, localizada em São Paulo - Brasil, observou-se grande número de cadastrados com a queixa de dores crônicas e patologias ortopédicas, diante da necessidade foi iniciado o Grupo de Exercícios Terapêuticos - Cinesioterapia que ocorreu no espaço da UBS, com dois encontros semanais, durante 3 meses, após discussão dos casos em Reuniões de Equipe ou contrarreferência de serviço de Reabilitação, os participantes eram encaminhados ao grupo por profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) - médico, enfermeiro, ou integrante da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os profissionais que coordenaram o grupo foram a Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional do NASF, com participação de outros membros da ESF.

Os objetivos principais do grupo foram: a redução da dor referida pelos cadastrados, melhora da flexibilidade e queixa principal referida em questionário específico, além dos benefícios subjetivos relacionados à abordagem grupal, como troca de saberes, socialização, melhora da qualidade de vida entre outros. Participaram da intervenção 24 cadastrados, divididos em dois grupos por indisponibilidade de espaço e material, foi realizada avaliação inicial no primeiro mês e após três meses de participação no grupo. A Ficha de Avaliação de Impacto foi criada pelos profissionais envolvidos, analisando e comparando variáveis quantitativas (distância dedo-chão, Escala Visual Analógica de dor) e qualitativas (relato da percepção subjetiva de melhora de dor, qualidade de vida, funcionalidade e outros benefícios). Durante os encontros foram abordados temas como: patologias comuns entre o grupo (conceitos básicos de fisiopatologia, prevenção e tratamento), técnicas de proteção articular e relaxamento, dor crônica e seu manejo, uso adequado e racional de medicamentos com participação do Farmacêutico e Agente de Saúde Ambiental, exercícios terapêuticos (alongamento muscular, fortalecimento muscular, conscientização corporal). Ao término do grupo foi observada melhora na Escala Visual Analógica de Dor, na queixa principal referida pelo cadastrado, porém não houve melhora significativa na Flexibilidade avaliada através da Distância Dedo - Chão. O Grupo Cinesioterapia mostrou-se uma alternativa aplicável e eficaz na Atenção Básica, por ser um serviço prestado no território dos cadastrados o que facilitou sua adesão e proporcionou um espaço de reflexão e aprendizado do autocuidado apoiado para a população com queixa de dor crônica.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE AOS ESCOLARES MENORES DE 15 ANOS SOBRE PREVENÇÃO DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ-MT

Alzira Aparecida Barros Assunção, Bruna Hinnah Borges Martins de Freitas

Palavras-chave: Hanseníase, Educação em Saúde, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica que pode causar deformidades e incapacidades físicas. Sua prevalência reduziu substancialmente nos últimos anos, porém este agravo continua a ser um problema de saúde pública no Brasil. O Estado de Mato Grosso situa-se como região hiperendêmica em hanseníase, ocupando o primeiro lugar na detecção de casos novos no país. A manutenção da endemia na população infantil sugere fluxos de transmissão ativa e recente da doença e tendência da endemia sendo necessárias estratégias de prevenção com vistas à redução da incidência em menores de quinze anos. O objetivo deste projeto de intervenção foi realizar educação em saúde na escola sobre hanseníase em Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, condição primordial para o controle da doença no município, pois a educação em saúde é uma ferramenta que permite ao sujeito tornar-se o agente ativo no processo de saúde-doença, a partir do momento que desenvolve neste a capacidade de realizar escolhas mais assertivas sobre sua vida. **METODOLOGIA:** A ação foi desenvolvida por meio de oficina em uma escola do município com crianças de idade entre 10 e 14 anos abordando todos os aspectos da doença. Observou-se um crescimento do conhecimento dos alunos acerca da temática de forma positiva, mostrando maior sensibilidade à temática e curiosidade sobre o tema. A oficina como estratégia de educação em saúde para

hanseníase é um benefício às crianças, pois proporcionou a elas o prazer no ato de aprender, criatividade e coordenação motora ligada ao aprendizado com divertimento. Pode-se dizer que as atividades lúdicas ultrapassaram a realidade, transformando-as através da imaginação. A incorporação de dinâmicas contribuiu para a ampliação da rede de significados construtivos e úteis à vida dessas crianças. RESULTADOS: Pode-se afirmar com os resultados obtidos, que as atividades aplicadas foram importantes para desenvolver sensibilização em relação à hanseníase ao público assistido, permitindo ao sujeito tornar-se o agente ativo no processo de saúde-doença, a partir do momento que desenvolve neste a capacidade de realizar escolhas mais assertivas sobre sua vida.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE, DA TEORIA A PRÁTICA

Denize de Oliveira Nascimento, Cleverton Diego de Oliveira Nascimento, Rogério Andrade dos Santos, José Cicero Silva, Isabelle Souza de Mélo Silva

Palavras-chave: Educação em Saúde, Doença, Prática

A educação em saúde pode ser entendida como processo que procura capacitar indivíduos a agir conscientemente diante da realidade cotidiana, com aproveitamento de experiências anteriores formais ou informais, tendo sempre em vista a integração, continuidade, democratização, do conhecimento e do plano social. É um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, tanto na área da educação, como da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo (SILVA, 2012). Na prática, geralmente, a educação tem sido considerada apenas como divulgação, transmissão de informações, de

forma fragmentada e distante da realidade de vida da população, causando a não compreensão por parte das pessoas e conseqüentemente o aumento de doenças (VRANJAC, 2002). O objetivo deste trabalho é apresentar a importância da educação em saúde, e também fazer com que as estratégias de melhoramento da saúde passe da teoria à prática, através do projeto de extensão e da interação entre estudantes de diversas áreas do conhecimento, levando informações valiosas para a Cidade de Nossa Senhora da Glória Sergipe, contribuindo desta forma para a sensibilização das pessoas, sobre a importância de preservar a saúde. A metodologia utilizada foi baseada no trabalho de Feijão et al. (2007) e Piovesan et al. (2005), em que foi feita uma entrevista através da aplicação de um questionário elaborado a partir dos estudos feitos pela equipe de pesquisa, tendo como eixo central a identificação da doença ou situação emergente. O primeiro passo para o trabalho com a comunidade em um bairro de Nossa Senhora da Glória se deu pela aplicação do método da Estimativa Rápida, onde coletaram-se dados não formais sobre as condições gerais de vida das pessoas residentes no local, como aspectos relacionados à saúde, ambiente, moradia, quanto às principais conquistas e dificuldades vividas naquela localidade. Na entrevista foram relatados pelo agente de saúde os seguintes casos, a existência de um problema de saneamento básico, pessoas com diabetes, dislipidemia, e com hipertensão. Esse processo permitiu redirecionar algumas ações contempladas no plano de ação, adequando às atividades que se iniciariam a partir daquele momento. Diante dos resultados apresentados, conclui-se que, questões socioeconômicas, ambiental e prevenção da saúde têm total influência sobre a prevalência de doenças tanto de crianças como em adultos, deste modo torna-se visível à importância de

intervenções no sentido de propiciar melhorias na saúde, uma vez que este projeto mostra-se promissor para desenvolvimento de futuros trabalhos e implantação de novos métodos de promoção à saúde. Portanto ao promovemos saúde e esta ter um conceito amplo, concomitante percebe-se que ao promovermos a saúde devemos prevenir a doença.

EDUCAÇÃO SUPERIOR E PERMANÊNCIA NA UNIVERSIDADE: ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL NA UFBA

Maiana Santos de Araujo, Magali da Silva Almeida, Adriana Freire Pereira Ferriz

O presente artigo é fruto de reflexão de docentes e estudantes do curso de serviço social e uma assistente social do Instituto de Psicologia sobre a importância entre saúde mental e qualidade de vida dos (as) estudantes ingressantes no curso. Dada a complexidade das demandas estudantis aos Programas de Assistência nas universidades, nem sempre estes programas conseguem cobrir toda a complexa demanda, dentre elas a saúde mental. As dificuldades financeiras para permanecer na cidade de Salvador, ausência de suporte social e familiar, e assistência estudantil universitária insuficiente e a dificuldade de acesso ao SUS, são algumas expressões da realidade soteropolitana que conformam as relações entre saúde mental e condições de vida de nossos alunos (as). Em geral estudos recentes apontam que estudantes dependentes de políticas públicas para sua permanência na universidade, principalmente nos períodos iniciais do curso, apresentam situações de ansiedade, depressão, pânico, até mesmo suicídio, podendo acompanhá-los (as) no decorrer de sua trajetória acadêmica. A ausência de

estudos e pesquisas acerca do perfil discente do curso de serviço social (condições de vida, trabalho e saúde) nos motivou a realizar pesquisa documental com base em metodologia qualitativa, privilegiando as seguintes fontes: i) Primárias: processos de pedido de trancamento ao colegiado do Curso de Serviço Social; ii) Secundárias: artigos, teses de doutorado, dissertações de mestrado e Trabalhos de Conclusão de Curso referentes ao tema produzidos pelo curso de serviço social da UFBA e outros afins. A investigação encontra-se em andamento.

EFEITO DO TREINAMENTO AERÓBIO CONTÍNUO VERSUS ACUMULADO SOBRE O DESEMPENHO AERÓBIO, PRESSÃO ARTERIAL E PARÂMETROS CORPORAIS DE RATOS WISTAR: UM ESTUDO PILOTO

Lázaro Lopes Moreira

Palavras-chave: exercício físico, saúde, métodos de treinamento, modelo animal

A prática regular de exercícios físicos tem papel importante na prevenção e controle de diversas doenças crônicas e promove benefícios à saúde (MATSUDO, 2009). A recomendação mínima do Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM), para uma prática regular, é de 30 minutos diários, em única sessão ou mais, 5 vezes na semana, sendo que o exercício físico pode ser realizado de forma contínua ou acumulada. O treinamento contínuo é caracterizado por exercícios aeróbios, de longa duração, podendo ocorrer ou não variação de intensidade (MCARDLE, 2003). Já o acumulado, caracteriza-se pela realização de duas ou mais sessões de exercícios, de curta duração ao longo dia (ACSM, 2011). Ambas as formas de exercícios trazem benefícios à saúde, porém as adaptações do organismo ao treinamento podem ser

distintas. O presente estudo objetivou comparar os efeitos de um treinamento físico aeróbio realizado de forma contínua versus acumulada sobre o desempenho aeróbio, pressão artéria (PA) e parâmetros corporais de ratos Wistar. Foram utilizados 18 ratos machos, distribuídos em três grupos experimentais: Grupo sedentário (GS); Treinado contínuo (GTC): os animais realizavam uma única sessão de treinamento e Treinado acumulado (GTA): os animais realizavam três sessões ao longo do dia, com intervalo de quatro horas, totalizando um mesmo volume de exercício. O protocolo de treinamento e o teste de capacidade aeróbia máxima foram realizados conforme o protocolo de treinamento em piscina (Almeida e cols., 2009). A PA foi mensurada por pletismografia de cauda ao longo do período experimental. Ao final do protocolo os animais foram resubmetidos ao teste de capacidade aeróbia e posteriormente eutanasiados. O estudo obteve aprovação pelo Comitê de Ética no Uso de Animais/UFVJM – registro 014/11. Os dados foram apresentados como média \pm o desvio padrão e, para comparação dos grupos, foi realizada uma análise de variância two-way seguida do teste de Tukey, com nível de significância estabelecido em $p < 0.05$. Sobre a capacidade aeróbia e PA, observou-se que os animais treinados tiveram uma melhora no desempenho aeróbio e uma redução nos valores médios de pressão em relação aos animais do GS, porém apenas no GTC foram observadas diferenças estatísticas: Desempenho aeróbio pós-treinamento: GS ($531,8 \pm 81,13$), GTC ($751,2 \pm 82,1$), GTA ($660 \pm 118,1$). Sobre o peso corporal e gordura visceral, os animais GTA apresentaram menores valores, respectivamente GS ($74,80 \pm 27,67$), GTC ($43,43 \pm 34,48$), GTA ($18,64 \pm 14,04$) e GS ($5,09 \pm 1,29$), GTC ($4,21 \pm 1,98$), GTA ($3,530 \pm 0,89$). As medidas de peso do coração, comprimento da tibia, gordura visceral e hipertrofia cardíaca

não apresentaram diferenças estatísticas. Concluindo, o treinamento contínuo foi mais eficiente na melhora do desempenho aeróbio e PA quando comparado ao treinamento acumulado. Recomenda-se novas investigações, com um maior número de animais, para comparação dos efeitos de ambos os treinamentos.

ELABORAÇÃO DE UMA CARTILHA SOBRE DIABETES PARA AUXILIAR OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM SUA REALIDADE E TRABALHO DIÁRIO

Amanda de Souza Barbosa, Vivian Rahmeier Fietz

Palavras-chave: Diabetes, Educação em Saúde, Agente Comunitário de Saúde

O diabetes é uma doença crônica, metabólica, de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou capacidade de a insulina exercer seus efeitos, aumentando a glicose (açúcar) no sangue. A prevalência dessa doença vem crescendo mundialmente, tendo como colaborador a má alimentação, entre outros fatores de risco como o sedentarismo e a obesidade. O objetivo desse trabalho será ampliar e estender a informação sobre DM (Diabetes mellitus) aos ACS (Agentes Comunitários de Saúde), com foco na prevenção e promoção de saúde. O projeto será desenvolvido na ESF (Estratégia da Saúde da Família) Carlos Volpe, município de Rio Brillhante-MS. Será elaborada uma cartilha em linguagem simples, baseada nas dificuldades e realidade local. O intuito desse trabalho será servir como ferramenta de apoio para o desenvolvimento do trabalho dos ACS. A forma de construir essa cartilha será por meio de oficinas seguindo os seguintes passos: a) apresentar a etiologia da doença; b) esclarecer sobre o tratamento farmacológico e c) ressaltar a necessidade

de mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares. O terceiro ponto gera uma série de dúvidas e principalmente, para ser eficaz necessita da adesão do usuário. Assim, pretende-se construir um documento que possa facilitar e trazer benefícios para o trabalho dos ACS entre os usuários e ajudar na tomada de decisões em relação aos cuidados na promoção da saúde. Pretende-se ainda que os próprios ACS possam se empoderar com esse conhecimento e tomar atitudes positivas em relação ao seu próprio estado de saúde. As oficinas estão sendo construídas de acordo com o cotidiano e a linguagem do ACS para que o objetivo de educação em saúde seja alcançado.

EMARANHANDO-SE COM A REDE CEGONHA: CARTOGRAFIA DE UMA GESTANTE USUÁRIA DE DROGAS

Maria Raquel Rodrigues Carvalho, Juliana Claudia Araújo, Monalisa Rodrigues da Cruz, Túlio Batista Franco, Maria Salete Bessa Jorge

Palavras-chave: Rede Cegonha, Produção do Cuidado

Esse resumo trata-se de um recorte de um projeto nacional denominado "Observatório Nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: "avalia quem pede, quem faz e quem usa." Tendo como objetivo cartografar a produção do cuidado de gestantes na Rede Cegonha (RC). Com o intuito de organizar os serviços de saúde e gerar fluxo e acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que foi instituída as Redes de Atenção à Saúde (RAS), tendo como uma de suas prioridades a criação da Rede Cegonha- redução da mortalidade materno infantil. No entanto, as redes se entrelaçam

com as singularidades dos sujeitos que as utilizam com vários dispositivos de saúde para integralidade do cuidado. Trata-se de uma pretensa cartográfica de natureza qualitativa. Sendo cartografar um mapeamento de narrativas das vivências referente à produção do cuidado na RC e suas interfaces com a Rede de Atenção Psicossocial. O local de estudo é São Luís/MA. O instrumento de coleta foi utilizado entrevista em profundidade, caderno de campo. Primeiramente realizamos encontros (gestores e trabalhadores de saúde) para o levantamento de casos complexo da RC, posteriormente o encontro com caso e todos envolvidos no processo. As narrativas orientaram para a construção e visualização dos diversos territórios envolvidos no cuidado do usuário guia. Na análise das narrativas coletadas podem-se verificar fragilidades nas RAS e em suas articulações de serviços de saúde, no caso da RC a usuária guia só realizou uma consulta de pré-natal, sendo esta ao fim da gestação e não teve acesso aos exames realizados e na articulação da RC com a Rede de Atenção Psicossocial, pois em nenhum momento foi encaminhada para acompanhamento ao uso de drogas. A mesma conseguiu acesso a maternidade de referência e tratamento de sífilis (mãe e bebê). A usuária guia após o nascimento de sua filha não fez uso de nenhuma droga relatando que "minha filha me devolveu a vida", sendo sua filha o dispositivo que produziu cuidado na mesma, aproximando-se da família e ao lar. Utilizou-se das RAS articulada com as redes vivas que a mesma produziu para gerar resolubilidade no cuidado.

ENTRE POUCAS PRESCRIÇÕES E SUBVERSÕES: O JEITINHO DE FAZER SAÚDE DO AGENTE COMUNITÁRIO DE MANGUINHOS"

Eliane Chaves Vianna

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde, Estratégia Saúde da Família, Trabalho em Saúde, Clínicas do Trabalho

Apresentação: Esta tese de doutorado possui como tema central o trabalho do ACS inserido na Estratégia Saúde da Família de Manguinhos. Aborda seu cotidiano de trabalho no tocante a seu jeito de fazer saúde, as construções por ele elaboradas na tentativa de lidar com as adversidades encontradas, além de discutir os possíveis agravos à saúde relacionados às suas condições de trabalho. Desenvolvimento do trabalho: privilegamos o ponto de vista da atividade, demarcando o conceito de saúde proposto por Canguilhem, as contribuições da Psicodinâmica do Trabalho, da Ergologia e da Clínica da Atividade. Utilizamos a combinação de diferentes instrumentos metodológicos (qualitativos e quantitativos): o instrumento de coleta de dados denominado INSATS (Inquérito Saúde e Trabalho em Serviço), a observação participante e a entrevista em grupo. Os dados foram analisados a partir do enfoque qualitativo. Resultados: indicamos um “jeitinho” ACS de fazer saúde, baseado na flexibilidade, na criatividade e, principalmente, no pertencimento e solidariedade com a comunidade a que assiste e onde reside. Este pertencimento favorece o desgaste emocional, que pode vir a influenciar seu comportamento através de problemas como alteração de humor, estresse, depressão, tristeza ou ansiedade, mas, ao mesmo tempo, contribui para a construção do sentido do trabalho, possibilitando a transformação do sofrimento em prazer, constituindo-se na razão de sua permanência na profissão. Considerações finais: Nesta trajetória do “jeitinho” e do reconhecimento, vão transformando e recriando o sofrimento, em ações criativas e práticas, na tentativa de construir saúde e vida – e não patologias – a partir do trabalho diário como ACS.

ESTRATÉGIAS PARA A ALTA HOSPITALAR DE PRÉ-TERMO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Robéria Mandú da Silva Siqueira, Gesilaine Ferreira da Costa, Jéssica Franco Quintana, Karine Ferreira da Costa, Maria de Lourdes Oshiro

Palavras-chave: Prematuro, Alta do paciente, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

Introdução: O planejamento da alta hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal considera a família, que se encontra com muitas dúvidas e com sentimento de ansiedade crescente, uma equipe multidisciplinar para preparar a continuidade dos cuidados desde a internação do recém-nascido até a alta, desenvolvendo um planejamento estratégico de qualidade para uma alta hospitalar sistematizada. Objetivo: verificar as estratégias da equipe de saúde para a alta hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para a continuidade do cuidado realizado pela família de recém-nascido pré-termo. Método: Revisão do tipo integrativa. A pergunta norteadora consiste em “Como ocorre a preparação para a continuidade do cuidado com recém-nascido pré-termo na alta hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?”. Contemplou periódicos publicados entre 2003 a 2013, na base Medline e Lilacs. Utilizou-se os seguintes descritores: “alta hospitalar” e “unidade de terapia intensiva neonatal” e “prematuro”. Resultados: Foram analisados 10 artigos. A análise consistiu em três categorias: Percepções das mães, onde foi identificado medo, ansiedade, estresse, alegria, incertezas, outros; Estratégias para a alta como comunicação, preparação da mãe a partir do momento que o recém-nascido estiver estável, material educativo, técnicas de relaxamento, método mãe

canguru, etc; A importância da equipe multidisciplinar foi encontrada em três trabalhos. As informações quanto às doenças foram fornecidas por médicos, quanto os cuidados com o recém-nascido foram abordados por enfermeiros, também foram mencionados outros profissionais como fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, nutricionistas e outros, na atenção integral do recém-nascido e sua família. Considerações finais: a família de recém-nascido hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal precisa de atenção da equipe multidisciplinar para o preparo à alta de forma holística, assim sugere-se que protocolos que envolvam uma equipe multiprofissional para o planejamento da alta sejam desenvolvidos com o objetivo de prepará-los para o cuidado pós alta hospitalar.

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS HEPATITES VIRAIS E HIV ENTRE PRIVADOS DE LIBERDADE COM TUBERCULOSE ATIVA EM CAMPO GRANDE-MS

Marco Antonio Moreira Puga, Mauricio Antonio Pompilio, Luciana Maria Marangoni Iglecias, Larissa Melo Bandeira, Grazielli Rocha de Rezende, Luiz Fernando Paiva Dorisbor, Ana Rita Coimbra Motta-Castro

As hepatites B e C e a AIDS são doenças infecciosas que tem via de transmissão comum e que, quando presentes em pacientes com tuberculose, podem levar ao abandono de tratamento devido às reações adversas provocadas pela grande quantidade de medicação, problemas hepáticos e tratamento prolongado. Esses pacientes coinfetados devem ser acompanhados com maior cuidado e no caso de sorologia negativa para hepatite B é recomendável a vacinação. A população prisional é considerada como tendo

elevado risco para aquisição de infecções relacionadas às condições de confinamento como consumo de drogas ilícitas injetáveis e não injetáveis, desconsideração ao uso de preservativo e compartilhamento de material perfurocortante. Objetiva-se com esse estudo avaliar os aspectos epidemiológicos e moleculares na coinfeção pelo vírus das hepatites B e C e HIV entre privados de liberdade com tuberculose em Campo Grande. Até o momento, a população do estudo constitui-se de 216 privados de liberdade com TB ativa distribuídos em 4 estabelecimentos penais de regime fechado de Campo Grande. Os participantes foram submetidos à entrevista e à coleta de amostras sanguíneas para detecção do marcador sorológico para hepatite C (anti-HCV), para hepatite B (HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs) e para o HIV (anti-HIV) utilizando eletroquimioluminescência. A média de idade da amostra estudada foi de 33 anos (DP ± 9,35). A maioria dos privados de liberdade eram do sexo masculino (95%), pardos (52,3%), sem parceiro fixo (56%), relataram ter menos do que 12 anos de escolaridade (98,7%) e encarceramento prévio (77,8%). A principal droga consumida foi a maconha (67,4%), seguida pela cocaína em pó (55,1%), pasta base (28,7%), crack (10,2%), haxixe (6,9%) e 5,1% relataram histórico de uso de drogas injetáveis. A prevalência global da infecção pelo HBV foi de 10,2% (IC 95%: 6,2-14,2). Dos 216 detentos, 03 (1,4%) foram positivos para HBsAg e anti-HBc e negativo para anti-HBcIgM e HBeAg, com infecção crônica. O anti-HBc total associado com anti-HBs foi encontrado em 6,5% (14/216) dos prisioneiros e de 2,3% (05/216) foram apenas anti-HBc. Anti-HBs isolado, marcador da resposta imune da vacina do HBV, estava presente em 66 (30,5%) dos prisioneiros. Além disso, a maioria (59,3%) da população estudada era suscetível à infecção pelo HBV. As prevalências do HCV e HIV foram 6,9% e 9,3% respectivamente.

Com relação às outras coinfeções, 2,3% estavam coinfectados TB/HCV/HBV, 0,5% com TB/HBV/HIV e 1,4% com TB/HCV/HIV. Os resultados preliminares do presente estudo indicam que medidas de prevenção individuais e coletivas como ações de educação em saúde, programas de redução de danos, diagnóstico precoce e tratamento adequado para as hepatites B e C, e para o HIV são necessários para o controle dessas infecções e evitar o agravamento da tuberculose na população privada de liberdade estudada.

EUTANÁSIA: REFLEXÕES SOBRE O DIREITO DE MORRER

Andressa Kretschmer

Palavras-chave: Bioética, Humanização, Terminalidade

APRESENTAÇÃO: trabalho com o objetivo de analisar as produções científicas sobre a prática da distanásia e ortotanásia no Brasil e avaliar a possibilidade da exequibilidade da eutanásia. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** revisão integrativa, a busca foi realizada nas bases de dados da LILACS e na biblioteca eletrônica SCIELO, com os descritores "bioética", "eutanásia", "pacientes terminais". **RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS:** foram selecionados e analisados 15 estudos, destes 40% tratando a respeito do ensino de bioética nas universidades brasileiras, 33,3% sobre a autonomia do paciente quanto ao que se refere ao fim da vida, e 26,67% de pesquisas com profissionais da saúde e da população de interesse quanto à possibilidade de adesão à prática. Houve a constatação de que o ensino de bioética nas universidades ainda carece do pensamento crítico fazendo com que o progresso tecnológico não seja acompanhado pelo progresso ético e moral na saúde. Embora

o ensino em saúde esteja menos tecnicista nos dias atuais, a população ainda clama por uma maior humanização dos profissionais. Nessa investigação pode-se constatar a carência do debate em torno de aspectos bioéticos na finitude humana nas academias de ensino de saúde, estas muitas vezes são abordadas em componentes curriculares isolados, carecendo assim o pensamento crítico, e prevalecendo o pensamento comum do qual não é inovador. Já é constatado mediante a relatos de pesquisas realizadas, de que grande parte da população acredita ser viável a prática da eutanásia em situações de intenso sofrimento do paciente terminal. Porém ainda existe a dificuldade de debater-se este aspecto com alguns setores da população que muitas vezes caem no fundamentalismo enquanto sua religiosidade e convicções, impondo seus valores às demais pessoas que possuem outro ponto de vista. Para tanto, faz-se necessária a retomada do debate nos diversos setores das sociedades, para que assim verdadeiramente a autonomia do pensamento em torno do fim da vida seja contemplada por todos quanto ao que se refere ao direito individual.

EVOLUÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E SUA CORRELAÇÃO COM O TEMPO DE INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DE CAMPO GRANDE, MS

Mariany Barros de Britto, Luciane Perez da Costa, Glaucia Lima Flores, Jane Márcia de Oliveira Nunes, Ana Paula Leite Fabrini, Fabiana Martins de Paula, Robéria Mandú da Silva Siqueira, Fábio Sartori Schwerz

Palavras-chave: Diagnóstico, Estado Nutricional, Tempo de Internação

APRESENTAÇÃO: A avaliação do estado

nutricional é importante para detectar pacientes com risco de desnutrição, desnutrição e obesidade. Alterações do estado nutricional estão associadas ao maior risco de infecção, complicações metabólicas, internações prolongadas e morbimortalidade. Decorrente da necessidade de intervenção precoce, a Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), contempla uma abordagem multidisciplinar que visa promover, recuperar e manter a capacidade funcional e a qualidade de vida; reintegrando o paciente à sociedade, através da reabilitação, quando possível, e readaptação à nova condição de saúde. A UCCI propõe uma permanência de 15 a 60 dias para planejamento e execução de um projeto terapêutico, da equipe multidisciplinar, com objetivos individualizados para cada paciente. O objetivo do estudo foi associar o risco nutricional com o tempo de internação dos pacientes atendidos em UCCI. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O estudo foi descrito transversal, no período de outubro de 2013 a junho de 2015, com pacientes internados na UCCI credenciadas pelo Sistema Único de Saúde, do Hospital de Retaguarda São Julião em Campo Grande - MS. Realizou-se a avaliação nutricional em todos os indivíduos internados no período (n=146) por meio da avaliação antropométrica, análise dos exames bioquímicos, avaliação nutricional subjetiva global e mini avaliação nutricional. **RESULTADOS:** Constata-se que 65,07% (n=95) dos indivíduos hospitalizados apresentaram risco nutricional quando admitidos. No período de internação e acompanhamento nutricional observou-se que 30,82% (n=45) obtiveram melhora do estado nutricional com tempo médio de internação entre 16 a 45 dias, revelando que conforme maior a hospitalização, maiores eram os ganhos no estado nutricional.

32,19% (n=47) mantiveram a eutrofia, com tempo médio de internação entre 16 a 30 dias. Já 23,97% (n=35) dos pacientes, após a última avaliação não obteve melhora do estado nutricional mesmo após as intervenções; quando o tempo de internação (16 a 30 dias) destes dois últimos grupos é correlacionado verifica-se que ambos tiveram o mesmo período de internação, mas com evoluções nutricionais opostas sendo possível verificar deste modo, que outras variáveis, como comorbidades podem estar associadas à evolução do paciente. 7,53% (n=11) obtiveram piora do estado nutricional podendo estar correlacionada com agudização das patologias, sendo em alguns casos necessário transferência para hospitais de alta complexidade. Observou-se que nesta amostra o período de internação ultrapassava 45 dias, chegando a até 60 dias. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Maior número de indivíduos internados entre 15 a 45 dias na UCCI apresentaram evolução ou manutenção para o estado nutricional adequado. Isto deve-se à modalidade de atendimento em UCCI, que possibilita ao paciente uma abordagem multidisciplinar na qual o tempo de permanência influencia de forma positiva na evolução clínica e nutricional do indivíduo. Já aqueles que permaneceram hospitalizados por um período acima de 45 dias não obtiveram esta melhora. Há que se avaliar, outras variáveis dentre os grupos, pois duas amostras apresentaram resultados do tempo de internação equivalente e desfecho de estado nutricional diferentes. É válido aprofundar a investigação dessas variáveis a fim de identificar outras causas para involução do estado nutricional ou ainda estabelecer se a atual avaliação nutricional está sendo eficaz como método diagnóstico.

EXCESSO DE PESO E IMAGEM CORPORAL EM MULHERES PRESIDIÁRIAS EM REGIME FECHADO: O DESAFIO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE FRENTE AO DESEJO E À REALIDADE

Ursula Viana Bagni, Fernanda Maria Conceição Amorim, Ana Paula Dias Inocência Barbosa, Nayara Pereira Soares

Palavras-chave: Estado nutricional, Imagem corporal, Saúde da mulher, Profissional de saúde, Prisões

APRESENTAÇÃO: A alimentação e a saúde são direitos constitucionalmente garantidos à pessoa privada de liberdade tal como a qualquer outro cidadão. Entretanto, a assistência à saúde é precária, e a alimentação fornecida é de baixa qualidade na maior parte dos presídios no Brasil. Tal cenário, aliado às dificuldades impostas pelo encarceramento, favorece o desenvolvimento de obesidade, diabetes, hipertensão e outras doenças crônicas não transmissíveis, as quais têm difícil controle devido à escassez de equipe técnica multiprofissional da área da saúde nas unidades prisionais. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Este estudo transversal, desenvolvido com 97 reclusas do regime fechado, investigou o estado nutricional (atual e prévio) por meio do índice de massa corporal, e a percepção da imagem corporal (corpo atual; corpo antes da reclusão; corpo que gostaria de ter) utilizando escala de silhuetas. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** A maioria das reclusas (62,2%) tinha excesso de peso, e 73% apontou ter engordado durante a reclusão. Dentre as que engordaram, 60,3% já tinha excesso de peso antes da reclusão, demonstrando agravamento do estado nutricional. Um total de 55,4% das mulheres desejava emagrecer (das quais 87,8% apresentavam excesso de peso e 12,2% eram eutróficas). Entretanto, 36,5% indicaram que gostariam de ser mais

corpulentas do que eram (dessas, 27,6% tinham excesso de peso e 71,4% eram eutróficas). Para maioria das mulheres, o corpo ideal estava associado às silhuetas de IMC de sobrepeso (37,1%) e obesidade (44,9%). Ao indicarem o corpo que gostariam de ter, tanto as mulheres que desejavam emagrecer, quanto aquelas que desejavam engordar apontaram para principalmente para silhuetas de sobrepeso (44,7% e 36,7% respectivamente) e de obesidade (30,0% e 60,0%, respectivamente). Somente 13,5% das mulheres detentas desejava ter um corpo compatível com a eutrofia. **CONSIDERAÇÕES FINAIS.** Embora para muitas detentas o ganho de peso tenha sido um processo inevitável e indesejável, mais de um terço das mulheres desejava que seu corpo fosse maior que o atual, e a maioria apontou silhuetas de sobrepeso e obesidade como o corpo que gostariam de ter. A interpretação da robustez corporal como proteção contra violências e abusos dentro do cárcere pode ser um dos fatores relacionados a esse comportamento, conforme já relatado na literatura. Esta ótica distorcida pode dificultar a promoção da saúde no cárcere, e requer do profissional de saúde destreza e sensibilidade para buscar, junto à apenada, uma situação de equilíbrio corporal que considere a tanto saúde quanto o bem-estar no ambiente penitenciário. Percebe-se a importância da qualificação profissional para a abordagem dessa complexa questão pela equipe multiprofissional, visando prevenir múltiplos agravos à saúde.

EXILAMENTO DA VIDA E ASILAMENTO DE PESSOAS: MINICÔMIOS?

Guilherme de Souza Muller, Ricardo Burg Ceccim

Palavras-chave: Saúde, Educação e Sociedade

O trabalho relata a situação do asilamento de pessoas e exilamento de vidas através da situação exemplar das casas de repouso irregulares na cidade de Cachoeira do Sul/RS. Esses locais, que abrem irregularmente pelo país, abrigam idosos, pessoas em sofrimento psíquico, deficientes físicos e mentais e outras pessoas com os mais variados casos clínicos. A exclusão social consentida desses cidadãos e a institucionalização de caráter manicomial em menor proporção relembra os tempos anteriores à Reforma Psiquiátrica, por isso esses locais estão sendo chamados nesse estudo como “minicômios”. O estudo faz suas reflexões acerca do viver dos moradores das 23 casas presentes em Cachoeira do Sul. Busca reconhecer os processos de subjetivação atuais a fim de entender o processo da naturalização do asilamento de pessoas através do exilamento de vidas. Também compreende a potência e a afirmação da vida no espaço dos minicômios, a fim de trazer reflexões sobre as diversas possibilidades do viver dos novos anormais. Foi utilizado como instrumento metodológico o censo clínico e psicossocial aplicado em duas casas asilares no município de Cachoeira do Sul, a Lar de Maria e a Nossa Senhora do Perpétuo Socorro. Após a leitura desses documentos, foi feito um inventário a partir da leitura de todos os censos, estratificando quais os que possuíam maior grau de detalhamento sobre a condição do morar nesses espaços a partir de suas falas. A partir disso, foi feita uma análise a partir do conceito de saúde entendido por Foucault e por Nietzsche. Apesar das condições insalubres vistas e relatadas nas falas de muitos moradores ou confinados, percebeu-se que há uma vontade de vida expressada e referida, principalmente nas citações diretas dessas pessoas. A partir do conceito de Grande Saúde entendida por Nietzsche, revela-se que, apesar da condição degradante do exílio dessas pessoas, há muita expressão da

vida e de saúde. Entende-se que a mudança dessas pessoas para outros locais públicos inclusivos, como os SRTs, ou para perto da sua família ou comunidade, pode gerar novas reinvenções para que essas vidas não sejam mais vivenciadas em espaços de morte. Conclui-se que a desinstitucionalização e a reforma Psiquiátrica tiveram um papel fundamental em acabar com as antigas e enormes instituições manicomiais e suas características excludentes. Entretanto, ressurgem novos pontos de luta antimanicomial nas casas asilares privadas como vistas em Cachoeira do Sul. É necessário repensar as políticas públicas, mas é urgente que essas vidas exiladas tenham condições de habitar novos ares no convívio social para que tenham condições de viver com saúde em um espaço de vida e não de morte.

EXPERIÊNCIA SUBJETIVA COM A DOR E COM O USO DE MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS

Thays Santos Mendonça, Simone de Araújo Medina Mendonça, João Máximo de Siqueira

Palavras-chave: Experiência subjetiva com o uso de medicamentos, Dor crônica, Pesquisa qualitativa

APRESENTAÇÃO: Os medicamentos analgésicos estão dentre os medicamentos mais consumidos pela população atualmente. Isso ocorre principalmente, devido ao fato dos pacientes na maioria das vezes não terem suporte profissional adequado para lidar com a dor. A dor, por sua vez, está entre as principais causas de licenças médicas e baixa produtividade, podendo comprometer as atividades diárias dos pacientes. Como consequência, pacientes que apresentam doenças crônicas que lhes causam dor, fazem

cada vez mais um uso inadequado ou abusivo de medicamentos analgésicos. O objetivo deste trabalho foi compreender a experiência subjetiva de uma paciente acometida por uma doença crônica que lhe causava dor, revelando seu entendimento, suas expectativas, seus receios e seu comportamento em relação ao tratamento medicamentoso. **METODOLOGIA:** Foi utilizada a pesquisa qualitativa para o estudo de caso de uma mulher que convive com dor crônica e que utilizou um medicamento fitoterápico, o qual posteriormente foi descoberto ser adulterado. Foi realizada análise temática dos dados gerados por meio de entrevista semi-estruturada realizada com a usuária. **RESULTADOS:** Três temas emergiram da análise dos dados: experiência prévia com a doença e com o uso de medicamentos; sentimentos em relação ao cuidado recebido pelos profissionais de saúde e solução buscada pela paciente. O conhecimento adquirido pela paciente ao vivenciar, no passado, o adoecimento e o tratamento medicamentoso da mãe com a mesma doença (artrite reumatóide), subsidiaram suas decisões em relação à sua própria farmacoterapia. Somado a isso, a experiência negativa com a profissional que lhe prestava assistência, que não levava em consideração a perspectiva da paciente sobre o tratamento, fez com que ela decidisse por não realizar o tratamento convencional e buscasse as soluções alternativas para o seu problema de saúde. Nesta trajetória, a paciente recebeu recomendação de um leigo para o uso de um produto dito fitoterápico, comercializado ilegalmente, que vinha apresentando ótimos resultados no combate à dor. Com a doença já avançada, comprometendo sua qualidade de vida, a paciente opta por utilizar tal produto, que posteriormente, descobriu se tratar de um produto adulterado, o qual continha medicamentos anti-inflamatórios em sua composição. Após essa descoberta,

a paciente deixou de administrar o produto e resolveu buscar a ajuda de outra reumatologista para a realização do tratamento correto. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As experiências subjetivas dos pacientes influenciam suas decisões frente ao tratamento medicamentoso, se tornando um importante alvo para que os profissionais de saúde tenham uma prática mais efetiva. O presente estudo demonstrou a importância de uma prática centrada no paciente por parte dos profissionais de saúde, uma vez que ao conhecer as vivências da paciente, foi possível compreender suas preocupações e receios em relação ao seu problema de saúde e ao tratamento farmacológico. Deste modo, este estudo pode ser útil para se revisar a formação e a atuação de profissionais de saúde que ainda se baseiam no modelo biomédico, promovendo a reflexão sobre a importância do modelo biopsicossocial no cuidado ao paciente, de modo a otimizar o tratamento, beneficiando os pacientes, principalmente aqueles acometidos por doenças crônicas.

EXPERIMENTO DE PREFERÊNCIA DECLARADA SOBRE ATRAÇÃO DE MÉDICOS PARA ÁREAS REMOTAS E DESASSISTIDA

Sabado Nicolau Girardi, Cristiana Leite Carvalho, Lucas Wan Der Maas, Jackson Freire Araujo, Ana Cristina de Sousa Van Stralen, Alice Werneck Massote

O experimento de preferência declarada (DiscreteChoiceExperiment - DCE) é uma técnica quantitativa que permite descobrir como indivíduos valorizam determinados atributos quando expostos à diferentes alternativas de escolha. No planejamento e gestão do trabalho em saúde, o método tem sido utilizado para avaliar preferências dos profissionais sobre diferentes tipos de empregos. Esta pesquisa teve como objetivo

realizar um estudo utilizando a técnica do DCE, sobre preferências e expectativas profissionais de estudantes do último ano de graduação em medicina de faculdades públicas e privadas do estado de Minas Gerais. A etapa qualitativa (revisão de literatura, grupos focais com profissionais de saúde e survey telefônico com gerentes de centros de saúde) subsidiou a definição dos atributos e níveis do emprego para construção do instrumento, que continha propostas de diferentes cenários ocupacionais. O instrumento foi gerado a partir de um modelo matemático ao rol de atributos selecionados, e foi aplicado a uma amostra representativa de estudantes de medicina, para que os mesmos pudessem ordenar cenários de emprego de acordo com suas preferências. Para análise dos dados utilizou-se o software LMPC e testes associados a técnicas de preferência declarada. Foram aplicados 277 questionários. Os atributos que tiveram maior poder de determinação na escolha dos cenários pelos entrevistados foram, na ordem: localização do trabalho, condições de trabalho, remuneração, acesso à residência médica, tipo de vínculo empregatício e carga de trabalho. Constatou-se que os entrevistados de faculdades privadas e as entrevistadas do sexo feminino, em geral, tem maior resistência para deslocar-se para as regiões periféricas de capitais ou para cidades de interior. Verificou-se também que, quanto maior a renda familiar, maior é a resistência em deslocar-se para periferia ou interior. Foi possível quantificar o valor que os estudantes atribuem a cada atributo. Nesse sentido, o DCE forneceu informação sobre como indivíduos estão dispostos a “trocar” um atributo da ocupação pelo outro, possibilitando quantificar o quanto de um incentivo particular é necessário para fazer com que um profissional aceite trabalhar em uma área de escassez.

FACILIDADES E LIMITES PARA O TRABALHO EM EQUIPE E PRÁTICA INTERPROFISSIONAL EM TERAPIA INTENSIVA: PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Elaine Amado, Rosana Brandão Vilela

Palavras-chave: trabalho em equipe, Interprofissional, UTI

Apresentação: Diante das premissas do Sistema Único de Saúde, o hospital deve instituir a integralidade como um eixo organizador das práticas de saúde e estimular nos profissionais valores que sustentem um conceito ampliado de saúde. O cuidado integral requer um estreito relacionamento entre os membros da equipe e a colaboração interprofissional. Objetivo Geral: Conhecer as facilidades e limites para o trabalho em equipe e para prática interprofissional em terapia intensiva. Percurso Metodológico: A pesquisa realizada foi de caráter exploratório, com metodologia qualitativa, realizada na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Público de Urgência e Emergência após aprovação no CEP com parecer de número 1.033.317. Participaram da pesquisa 40 profissionais, dentre estes, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas integrantes das equipes multiprofissionais da unidade de terapia intensiva adulto. A coleta de dados foi realizada com um questionário aberto. Como procedimento de análise de dados, foi realizada análise temática, uma das técnicas de análise de conteúdos. Inicialmente, trabalhou-se na organização dos documentos selecionados e na transcrição das entrevistas. Em seguida, foi realizada a leitura flutuante e a identificação do material de análise, constituindo assim o corpus da pesquisa. Por fim, foram identificadas as unidades de registro e de contexto para a formulação das categorias de análise e

interpretação dos núcleos de significação encontrados.. Resultados: Os sujeitos da pesquisa evidenciaram como fatores facilitadores do trabalho de equipe e prática interprofissional: presença do diarista; discussão após a visita ao leito; definição de condutas (protocolos); conhecimento e jovialidade da equipe facilita comunicação; objetivos comuns centrados no paciente. Dentre as dificuldades foram relatados como limites pessoais: dificuldade de compartilhar conhecimento; resistência profissional ao trabalho colaborativo. Mas também fatores institucionais, como: indefinições de papéis e trabalho individual dentro de categorias de referência. Como sugestões para o aprimoramento da equipe foram apontadas a educação permanente; discussão de casos clínicos com a equipe multiprofissional; melhoramento da infraestrutura; conhecer o outro e valorização profissional; elaboração de protocolos. Considerações Finais: O estudo demonstrou que os profissionais de saúde da terapia intensiva percebem de maneira positiva o trabalho em equipe e prática interprofissional para o desenvolvimento de uma assistência integrada e centrada nas reais necessidades do paciente. Os resultados demonstram também a necessidade de estabelecer momentos de reflexão com toda a equipe de saúde da terapia intensiva para que haja melhor consciência dos limites e facilidades identificadas naquele contexto, a fim de melhorar a comunicação e o relacionamento entre os profissionais.

FATORES CONTEXTUAIS E INDIVIDUAIS DA NECESSIDADE DE TRATAMENTO PERIODONTAL EM IDOSOS BRASILEIROS

Chaiane Emilia Dalazen, Alessandro Diogo de Carli, Rafael Aiello Bomfim

Palavras-chave: Fatores socioeconômicos, Saúde bucal, Idoso, Inquéritos de saúde bucal, Doenças periodontais, Estratégia de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO: A proporção de idosos na população brasileira está aumentando, devido ao processo de transição demográfica pelo qual o Brasil tem passado 1-3. As modificações na estrutura etária da população promovem mudanças nas demandas pelos serviços de saúde, inclusive serviços odontológicos, sendo necessária a obtenção de informações que auxiliem o planejamento dos serviços de saúde para suprir essas novas demandas. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Verificar a associação entre as necessidades de tratamento periodontal de idosos brasileiros e variáveis contextuais e individuais. Foi realizado um estudo transversal com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010 para analisar a necessidade de tratamento clínico periodontal, através dos dados referentes à presença de cálculo dental, bolsa periodontal rasa (3-5 mm) e profunda (≥ 6 mm) e presença de sangramento gengival em idosos ($n= 7.619$). As variáveis contextuais selecionadas foram o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), a desigualdade de renda (Índice de Gini) e a cobertura populacional por equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família (ESF). As variáveis individuais foram sexo, renda, escolaridade e cor da pele autorrelatada. Modelos de regressão logística multinível foram utilizados para estimar odds ratio (OR) e intervalos de 95% de confiança (IC95%) entre a necessidade de tratamento periodontal e as variáveis contextuais e individuais. **RESULTADOS:** Presença de sangramento gengival foi constatada em 20,7% dos idosos ($n=1.577$); 34% ($n= 2.590$) dos indivíduos apresentavam cálculo dental,

15,6% ($n=1.189$) bolsa periodontal rasa e 4,2% ($n=320$) bolsa periodontal profunda. Fatores individuais estiveram associados a todos os desfechos analisados. O sexo foi fator de proteção para a presença de sangramento gengival (OR= 0,70; IC95% 0,62–0,79), cálculo dental (OR=0,69; IC95% 0,62-0,76), bolsa rasa (OR=0,59; IC95% 0,52-0,67) e bolsa profunda (OR=0,47; IC95% 0,37-0,59), sendo a chance de necessitar de tratamento menor nas mulheres. Idosos que autorrelataram a cor da pele como não branca apresentaram maiores chances de necessitar de tratamento periodontal, sendo a cor da pele fator de risco para o sangramento (OR=1,27; IC95% 1,12-1,44), cálculo (OR= 1,20; IC95%1,08-1,34) e bolsa rasa (OR= 1,29; IC95% 1,12-1,49). A escolaridade esteve associada à presença de cálculo dental (OR=1,33; IC95% 1,19-1,48) e bolsa rasa (OR=1,17; IC95% 1,01-1,34), como um fator de risco para idosos com menor escolaridade. Verificou-se associação entre a cobertura pelas equipes de saúde bucal na ESF e a presença de sangramento gengival (OR=0,73; IC95% 0,63-0,83), bolsa rasa (OR=0,82; IC95% 0,70-0,96) e bolsa profunda (OR=0,76; IC95% 0,60-0,96), atuando como um fator de proteção. O Índice de Gini esteve associado à presença de bolsa rasa (OR=1,43; IC95% 1,03-2,00). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este estudo demonstrou a influência de características sociais contextuais e sociodemográficas individuais na necessidade de tratamento periodontal de idosos brasileiros, através da presença de características clínicas da doença periodontal. Os resultados sugerem a existência de desigualdades relacionadas às necessidades de tratamento periodontal em idosos brasileiros, principalmente em relação ao sexo e etnia, e possíveis impactos positivos da expansão das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS A GESTANTES DE ALTO RISCO ATENDIDAS NAS UNIDADES DE REFERÊNCIA DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NOS ANOS DE 2010 A 2013, MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PARÁ

Ana Beatriz da Silva Pedroso, Nayara Linco Simões, Edileuza Félix de Sousa, Simone Aguiar da Silva Figueira, Andréa Leite de Alencar, Noiana Latoya Campos Soares, Liliane Cristina Silva Félix

Palavras-chave: Gestação de Alto Risco, enfermagem, Unidades de Referência

Introdução: A gestação é um evento fisiológico que na maioria das vezes ocorre de forma natural. Porém, nota-se que uma pequena parcela possui ou desenvolve alterações que podem evoluir para episódios desfavoráveis tanto para a mãe quanto para o feto. Diante dessas situações são essas grávidas que formam o que denomina-se de grupo de risco¹. **Objetivo:** Identificar os fatores de risco prevalentes entre as gestantes de alto risco. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva e retrospectiva. Utilizou-se 3.000 prontuários de gestantes inscritas no pré-natal na Casa de Referência de Saúde da Mulher, dessas 560 foram incluídas na pesquisa, foram também utilizados 542 prontuários de gestantes inscritas na Unidade de Referência em Ensino e Saúde, dessas 182 foram incluídas na pesquisa, totalizando uma amostragem de 742 prontuários. **RESULTADOS:** Observou-se que 561 (75, 61%) mulheres possuíam renda de 1 a 2 salários mínimos, 36 (4,85%) não aceitavam a gravidez e 42 (5,66%) faziam uso de drogas. Quanto aos dados obstétricos verificou-se que 16 (2,81%) já tiveram morte perinatal, 1 (0,18) já teve feto com crescimento intrauterino restrito, 24 (4,21%) já tiveram filhos prematuros, 3

(0,53%) já tiveram filhos com malformação fetal, 68 (11, 93%) já sofreu abortamento, 4 (0,70%) já passaram por psicose puerperal e 8 (1,40%) já passaram por processo de infertilidade e/ou esterilidade. Com relação ao intervalo interpartal percebeu-se que 71 (12,46%) tiveram intervalo menor que dois anos, e quanto ao número de filhos verificou-se que 52 (9,12%) tiveram de 5 a 10 filhos e 9 (1,58%) tiveram de 10 a 15 filhos. 3 (0,53%) já tiveram crise hemorrágica e 58 (10,18%) já tiveram doença hipertensiva. Em relação as cirurgias realizadas anteriormente 145 (25,44%) já realizaram cesarianas e 35 (6,14%) já tiveram bebês com macrosomia fetal. Conclusão: É necessário que o profissional de enfermagem busque estratégias para melhor avaliação de riscos a fim de identificá-los precocemente para então atuar junto a equipe multiprofissional tentando minimizar as intercorrências e complicações a que estas gestantes estão mais vulneráveis, melhorando desta forma a assistência dispensada nas Unidades de Referência de Gestação de Alto Risco

FATORES INDIVIDUAIS E CONTEXTUAIS DA AUTOPERCEPÇÃO DA NECESSIDADE DE PRÓTESE E DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO ENTRE IDOSOS BRASILEIROS

Chaiane Emilia Dalazen, Alessandro Diogo de Carli, Rafael Aiello Bomfim

Palavras-chave: Idoso, Estratégia de Saúde da Família, Levantamentos de Saúde Bucal, Saúde Bucal, Análise Multinível, Desigualdades em Saúde

APRESENTAÇÃO: Em relação à saúde bucal, apesar de existir um consenso de que os idosos apresentam grandes necessidades de tratamento, as implicações do envelhecimento populacional para os serviços odontológicos não têm recebido

a atenção necessária. A autopercepção de saúde bucal é a forma como a pessoa percebe sua condição de saúde e constitui um julgamento baseado em conhecimentos adquiridos ao longo da vida, influenciados pelas experiências, fatores sociais e culturais. Tal percepção também pode ser considerada um indicador subjetivo da condição de saúde bucal, que está fortemente associado ao padrão de procura pelos serviços odontológicos. Essa afirmação, corrobora com os resultados de outros estudos que evidenciam a ausência de necessidade percebida como um dos principais motivos da não procura por atendimento de saúde. O objetivo desse estudo foi identificar fatores individuais e contextuais associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e de necessidade de prótese total entre idosos brasileiros que participaram do SB Brasil 2010. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Estudo com base em dados secundários, no qual foram pesquisados 7.619 indivíduos incluídos na amostra de idosos (65-74 anos) do levantamento epidemiológico SB Brasil 2010 realizado pelo Ministério da Saúde. As associações entre as variáveis dependentes e os fatores individuais e contextuais foram estimadas através da razão de chances (odds ratio – OR) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%), obtidas por modelos de regressão logística multinível de efeitos mistos (aleatórios e fixos). Dos idosos avaliados pelo SB Brasil 2010, 3.848 (50,5%) afirmaram necessitar de tratamento odontológico e 4.236 (55,6%) acreditavam necessitar de prótese. Os resultados da regressão logística multinível mostraram que sexo, cor da pele autorreferida, renda e cobertura pelas equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família estiveram associados à autopercepção. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O presente trabalho evidenciou maior influência de fatores individuais na autopercepção da

necessidade de tratamento odontológico e de prótese entre idosos brasileiros. Essas informações podem auxiliar na identificação de desigualdades que afetam essa parcela da população e na definição de prioridades para o planejamento dos serviços de saúde.

FATORES QUE DIFICULTAM A ADESÃO DAS MULHERES AO EXAME DE PAPANICOLAOU

Milena Gouvea Theodoro, Gislaíne Eiko Kuahara Camiá

Palavras-chave: Neoplasias do colo do útero, Cooperação do paciente, Esfregaço vaginal

APRESENTAÇÃO: O câncer do colo do útero é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente e podendo evoluir para uma lesão invasora. O controle é baseado na prevenção, através do exame de Papanicolaou que é o método de rastreamento e detecção precoce(1,2). Mesmo com uma extensa cobertura para sua realização, muitas mulheres relatam nunca terem realizado esse exame, referindo alguns fatores para não adesão, tais como: dificuldades no agendamento, falta de tempo, medo, vergonha, dificuldades financeiras e distância(3). Neste sentido, é importante estabelecer estratégias visando uma boa adesão ao exame. OBJETIVO: Identificar os fatores que dificultam a adesão das mulheres ao exame de Papanicolaou. METODOLOGIA: Survey descritivo/exploratório. A amostra foi constituída por 100 mulheres que estavam na recepção de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de São Paulo, sendo utilizado para a coleta de dados, um instrumento específico para atender o objetivo proposto. RESULTADOS: A faixa etária predominante esteve entre 40 a 60 anos (50%), com escolaridade de ensino médio (37%);

solteiras (51%) e, em relação à data do último exame de Papanicolaou, 11% das mulheres nunca realizaram o exame, porém 56% o realizaram há três anos e 26% há quatro anos ou mais. Pode-se observar que 4% das mulheres estavam ali para realizar o exame pela primeira vez. Quanto às dificuldades para a sua realização, 63% referiram o agendamento; 58% a falta de tempo; 41% o medo; 28% a vergonha; 23% a dificuldade financeira e por último, à distância (9%). No que se refere ao agendamento, 38% referiram a necessidade de faltar um dia no serviço para agendar e outro para colher o exame, seguido de longas filas (30%). Quanto à falta de tempo, 81% referiram trabalhar todos os dias, dificultando assim a realização do exame na data estipulada pela Unidade Básica de Saúde (UBS). Quanto ao medo, 37% referiram ter medo de sentir dor na coleta, seguido de 32% medo do desconhecido, por nunca terem realizado o exame. CONSIDERAÇÕES FINAIS: É necessário melhorar o acesso aos serviços de saúde; realizar práticas educativas mais efetivas e estratégias que visem maior cobertura do exame de Papanicolaou. Além disso, os profissionais que atuam em UBS, entre eles o enfermeiro, devem informar as mulheres sobre a importância do exame, sua realização e periodicidade adequada, diminuindo suas ansiedades e proporcionando a detecção das lesões precursoras em estágios iniciais da doença, facilitando o tratamento e a adesão.

FORMAS DE EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA NA CONJUGALIDADE

Josinete Gonçalves dos Santos Lírio, Nadirlene Pereira Gomes, Moniky Araújo da Cruz, Jordana Brock Carneiro, Luciano Pimentel Bressy, Alana Borges dos Santos, Nildete Pereira Gomes, Luana Moura Campos

Palavras-chave: Violência contra a mulher, Empoderamento, Mulheres

Apesar das implicações da violência para a saúde da mulher, este agravo ainda é pouco reconhecido nos serviços de saúde. Considerando tal dificuldade, faz-se necessário o preparo profissional para o reconhecimento das formas de expressão do fenômeno. Objetivo: Identificar as formas de expressão da violência conjugal. METODOLOGIA: Estudo qualitativo vinculado ao projeto “Reeducação de homens e mulheres envolvidos em processo criminal: estratégia de enfrentamento da violência conjugal”, aprovado através do Edital nº 012-2013 – Apoio à Pesquisa em Segurança Pública da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB). Foram realizados grupos focais com mulheres que estão em processo junto à 1^a Vara de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher de Salvador, Bahia, Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA através do parecer Nº 039699/2014 e atendeu aos aspectos relacionados à pesquisa em seres humanos através da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resultados: O estudo revelou que a violência conjugal se expressa nas formas física, moral, psicológica e sexual. Chama atenção que as mulheres declaram sentimento de repulsa e nojo ao referirem sobre a violência sexual e mencionaram a humilhação como principal manifestação da violência psicológica. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estudo oferece subsídios para nortear capacitações no sentido de preparar os profissionais com a finalidade de identificar a violência conjugal. Além disso, evidencia danos sobre a saúde mental das mulheres, sinalizando para a necessidade de atenção por parte dos profissionais para os efeitos da violência conjugal.

FREQUÊNCIA DE ORIENTAÇÃO SOBRE O LOCAL DO PARTO OFERTADAS A GESTANTES NO PERÍODO PRÉ-NATAL

Mariana Martins Sperotto, Adriane Pires Batiston

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Saúde da Mulher, Atenção Primária à Saúde

APRESENTAÇÃO: A portaria nº 1.459/2011 instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha, que consiste em uma rede de cuidados que tem como objetivos fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil garantindo o acesso, o acolhimento e a resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. O objetivo deste estudo foi investigar as gestantes em relação à orientação sobre o local do parto. MÉTODO DO TRABALHO: Foi conduzido um estudo transversal com dados secundários do Departamento de Atenção Básica, coletados na avaliação externa do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, ciclo 2012 em nível nacional. No total foram entrevistadas 8.774 mulheres provenientes de 17.202 equipes de Saúde da Família e Atenção Básica correspondente a 51% do total das equipes existentes no país em 2012. Foi utilizada apenas a questão que trata sobre a orientação sobre o local de parto. Os dados foram analisados pelo teste do qui-quadrado na avaliação da associação entre as variáveis e na comparação de proporções, duas a duas, entre as regiões do Brasil, com nível de significância de 5%. RESULTADOS: Em relação ao local no qual o parto seria realizado, observou-se diferença significativa entre as regiões. As regiões Sul e

Sudeste apresentaram maiores percentuais de orientações oferecidas às gestantes com 76,4% e 73,4% respectivamente, seguida da região Centro-Oeste com 65,4%, os menores percentuais foram observados nas regiões Nordeste e Norte com 58,5% e 53,7%, respectivamente, ($p < 0,001$). CONSIDERAÇÕES FINAIS: No Brasil a vinculação da gestante a uma maternidade de referência é recomendada pela rede cegonha. Em relação à orientação recebida pelas mulheres sobre o local de realização do parto, observou-se que as regiões com maiores índices de desenvolvimento como Sul e Sudeste foram as que apresentaram os melhores resultados quando comparadas às demais regiões. É fundamental que as gestantes sejam devidamente orientadas para que seja evitada a peregrinação no momento do parto. Na hora do parto, as gestantes percorrem vários locais até conseguir atendimento, o que decorre de falta de vagas nessas unidades. A maior parte dos casos acaba por peregrinar através de meios próprios, favorecendo a elevação nos índices de complicações durante o parto. Uma rede integrada de referência e contra-referência, com a garantia de leitos de internação por meio de uma central de regulamentação de vagas, são algumas ações que podem evitar desfechos negativos da gestação.

GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE: UMA AUTOETNOGRAFIA DA TRANSFORMAÇÃO PROFISSIONAL

Daniela Álvares Machado Silva, Clarice Chemello, Djenane Ramalho de Oliveira

Palavras-chave: gerenciamento da terapia medicamentosa, atenção primária, atenção farmacêutica

APRESENTAÇÃO: A atenção primária à saúde (APS) é o ponto central no Sistema Único de Saúde (SUS) para a construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS), cujo foco é multiprofissional, com o objetivo de atender um paciente com um caráter cada vez mais crônico. Nesse contexto, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) constitui-se em retaguarda especializada para estratégia saúde da família (eSF), atuando no lócus da própria APS. Entretanto, para desenvolver um trabalho compartilhado e colaborativo faz-se necessário que todos os profissionais envolvidos sejam capazes de se reconhecerem como coparticipes do cuidado ao paciente. A falta de clareza do papel do farmacêutico no cuidado ao paciente dificulta a responsabilização e compreensão da sua real contribuição como profissional de saúde, tornando-o vulnerável dentro da proposta de atuação do NASF. Neste sentido, é necessário que haja uma sistematização da prática clínica do farmacêutico inserido no NASF, visando aumentar os benefícios e a segurança relacionados ao uso dos medicamentos. OBJETIVOS: Compreender a experiência de ser uma provedora de Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) na Atenção Primária no município de Belo Horizonte. METODOLOGIA: Estudo autoetnográfico, para o qual utilizou-se de técnicas de observação participante e reflexões em diário de campo para descrever e analisar sistematicamente as experiências da pesquisadora com o objetivo de compreender uma experiência cultural. Ademais, entrevistas semiestruturadas foram realizadas com outros farmacêuticos que vivenciam experiências semelhantes na APS. RESULTADOS: A análise das narrativas da pesquisadora, bem como das entrevistas realizadas, levaram a descobertas sobre a atuação clínica do farmacêutico na APS que emergiram em uma linha do tempo, aqui listadas como os seguintes temas:

1. Centrada no medicamento: o papel da formação técnica do farmacêutico e a dificuldade de centralização no indivíduo no desenvolvimento das ações do cuidado, até então desconhecidas. Dificuldade de se localizar e desenvolver a tomada de decisão e responsabilização sobre suas ações. 2. Desafiando conhecimentos anteriores: Após exposição à atenção farmacêutica, sistematização da prática e raciocínio clínico que o GTM proporciona, a farmacêutica começa a desafiar a forma de olhar o outro e suas condutas enquanto profissional de saúde. 3. Isolamento: A partir desse momento percebe-se diferente dos outros profissionais de saúde e não se encaixa mais no conceito desenvolvido pelos outros farmacêuticos dentro da APS no âmbito do NASF. 4. Expectativas para a transformação da prática: Início da atuação clínica com a metodologia do GTM e toda a mudança de paradigma que esta proporciona. 5. Buscando o meu lugar (Como se faz GTM?): Aceitação e entendimento da prática como referencial teórico-metodológico para seu posicionamento frente ao papel clínico exigido e enfrentamento dos problemas relacionados ao uso do medicamento junto ao paciente e junto aos outros profissionais de saúde envolvidos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A autoetnografia apresenta-se como trajetória metodológica rica e capaz de iluminar os processos envolvidos na transformação do farmacêutico tradicional para o farmacêutico do cuidado no contexto da APS.

GERENCIAR RESÍDUO DE SERVIÇO DE SAÚDE É POSSÍVEL?

Wéltima Teixeira Cunha

Palavras-chave: resíduos de saúde, gerenciamento de resíduos, saúde ocupacional

Os resíduos de serviços de saúde têm sido no momento atual, um problema de saúde pública, para todas as instâncias governamentais. O resíduo do Grupo B, também denominado de resíduo infectante, resíduo biológico, resíduo hospitalar, lixo séptico e lixo contaminado é um resíduo perigoso porque há nele substância patogênica como bactérias, vírus, fungos, parasitas e outros micro-organismos que podem contaminar trabalhadores, pessoas e o meio ambiente. Existe também outro agravante é que nesse resíduo os trabalhadores estão vulneráveis aos perfurocortantes contaminados com fluidos biológicos de pacientes infectados. O gerenciamento, de resíduo de serviço de saúde, deve ser realizado por quem o produziu ou por empresa vinculada a esse. A equipe de trabalhadores, responsável por todas as etapas do gerenciamento dos resíduos, denominada de manejo, deve ser treinada frequentemente para desenvolver essa atividade, usar todos os equipamento de proteção individual (EPI) em bom estado de conservação e serem imunizados com três vacinas principais, tais como tétano, difteria, hepatite B e obedecer rigorosamente o calendário de vacinação. O objetivo desse estudo foi levantar informações, na literatura, sobre gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde do Grupo B, até a unidade de tratamento e a sua disposição final. A metodologia se baseou na revisão de literatura de material publicado tais como livros, artigos, dissertações e teses para obtenção do domínio da arte. **RESULTADO:** Não são todos os serviços de saúde, seja ele público ou privado, que atendem humanos ou animais, que fazem o gerenciamento de resíduo dentro das normas estabelecidas. Estão presentes nesses resíduos, seringas, agulhas, pipeta, ampola, lâmina de bisturi, vidro, algodão, gaze, peça anatômica, luvas e jalecos contaminados, secreções e excreções corporais, parte do copo de

pacientes que sofreu intervenção cirúrgica, tecido, órgão, feto, bolsa de sangue após transfusão, vacina vencida, meio de cultura, carcaça ou parte de animal inoculado. **CONCLUSÃO:** Os resíduos de serviços de saúde quando descartados de forma incorreta e por ser um resíduo infectante, constitui perigo para os trabalhadores que o manipula, para a população de catadores de lixo, pode contaminar o solo, a água e o ar. Caso o poder público, representado pelo SUS, Secretarias de Meio Ambiente e a sociedade civil não se mobilizem para que medidas sejam desenvolvidas, tais como, ações educativas e de inspeção nessas unidades produtoras de resíduos de serviços de saúde, a população em geral estará exposta aos contaminantes potencialmente perigosos e o meio ambiente sofrerá, também, os impactos, em decorrência

GESTÃO DE MEDICAMENTOS, PROGRAMAÇÃO, HIPERTENSÃO

Alexssander Freitas do Espírito Santo, Angela Cristina Rocha Gimenes

Palavras-chave: Gestão de medicamentos, Programação, Hipertensão

Dentre as etapas constantes no ciclo de assistência farmacêutica, a programação assume um papel de suma importância. A programação realizada em consonância com as previsões corretas possibilita um atendimento eficiente aos usuários do sistema. Neste sentido, os medicamentos para o tratamento de doenças crônicas como a hipertensão devem atender as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, no que concerne a disponibilidade. Diversos problemas surgem devido a falha na programação, dentre elas destacam-se a falta de medicamentos, em nível de atenção básica, para tratamento de doenças frequentes, que segundo Portela et al.

(2010) “obriga os usuários do SUS a buscar em farmácias privadas, o que compromete proporção considerável da renda de indivíduos que ganham um salário”. Neste sentido é necessário que as unidades farmacêuticas se programem visando atender em termos de disponibilidade os usuários, evitando a escassez, bem como o desperdício, ao comprar quantidade desnecessária de um mesmo produto e não utilizar em tempo hábil, fazendo assim perderem a validade. Diante de todas as considerações, este estudo busca analisar a gestão de medicamentos da farmácia básica localizada no Município de Porto Murinho – MS, na sua etapa de programação de medicamentos, escolhendo para o estudo o medicamento anti-hipertensivo, por serem de uso contínuo, e assumir maior prevalência como fator de risco, de doenças cardiovasculares como a hipertensão. Este estudo, de natureza aplicada buscou analisar a gestão de medicamentos para hipertensão, na sua etapa de programação, tendo como objeto de estudo a Farmácia Básica do Município de Porto Murinho – MS. O estudo apontou que as demandas de medicamentos programados para atender os usuários hipertensos são parcialmente suficientes, havendo a necessidade de o gestor realizar as programações com maior efetividade visando garantir o atendimento aos usuários do SUS.

GRAVIDEZ E CONTRACEPÇÃO NA PERSPECTIVA DE MÃES ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE URUCURITUBA

Hernane Guimarães dos Santos Jr, Gabriela Bentes de Sousa, Flavia Kethlem Farias, Lieselotte Guimarães Soares, Andry Tavares Lasmar, Roberto Burgos Macedo Farias

Palavras-chave: Gravidez na adolescência, Saúde da mulher, Estratégia de Saúde da Família

A gravidez na adolescência está entre as consequências da prática sexual desprotegida, sendo considerado um problema de saúde pública e de alto risco, pois pode ocasionar alterações de ordem clínica, biológica, comportamental, relacionadas à assistência à saúde, sócio-culturais, econômicas e ambientais. Este estudo teve como objetivo caracterizar a gravidez e contracepção na perspectiva das jovens mães cadastradas no pré-natal das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Urucurituba e acompanhadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do referido município. Trata-se de uma pesquisa exploratória de corte transversal de caráter quantitativo, envolvendo 30 adolescentes grávidas e puérperas na faixa etária de 10 a 19 anos cadastradas no programa pré-natal das Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona urbana do município de Urucurituba, acompanhadas pelas Equipes de Estratégias de Saúde da Família do município. Foram realizadas entrevistas, utilizando um questionário semiestruturado, contendo dados epidemiológicos e da saúde sexual e reprodutiva, como os motivos que levaram a gravidez na adolescência, conhecimento sobre os métodos contraceptivos e consequências da gravidez na adolescência. Os dados foram tabulados e organizados em tabelas e gráficos, utilizando-se o programa Microsoft Office Excel, 2010. Quanto ao perfil das pacientes, a média de idade foi de 17,6 anos, profissão dona de casa (50%), estado civil em união estável (63,3%), 83,3% estavam grávidas e 16,6% eram puérperas. Quando questionadas sobre a percepção de engravidar na adolescência, 66,6% referiram ser preocupante, pois interfere tanto na vida pessoal como profissional e apenas 33,3% consideraram ser normal uma adolescente engravidar. Quanto aos métodos contraceptivos (MAC) 86,6% referiram conhecer os MAC e 63,3% disseram

fazer uso de algum método. Em relação a disponibilidade aos métodos na UBS de cobertura da respectiva área, 60% referiram ser ruim. Em 70% dos casos as adolescentes referiram que quanto mais cedo recebe informações sobre os MAC, diminui o índice de gravidez na adolescência. Quanto as principais consequência da gravidez na faixa etária de 10 a 19 anos, a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG) e as infecções, principalmente do trato urinário, foram as mais frequentes (50%). Os motivos que levaram as adolescentes a engravidarem também foram investigados, 30 % relataram desejo próprio de engravidar, 16,6% engravidaram por status social, 10% para receber benefícios como o bolsa natalidade. Outra problemática relatada por 33,3% das entrevistadas foi sobre a falta de conhecimento sobre os MAC e resistência do parceiro em utilizar preservativo. Foi evidenciada uma lacuna no que diz respeito ao conhecimento quanto aos métodos contraceptivos e sexualidade, bem como dificuldade de acessibilidade e comprometimento emocional e de saúde. Sugerem-se o delineamento de ações estratégicas de saúde para o grupo focal em questão, que objetivem a diminuição dos índices de gravidez na faixa etária adolescente e consequentemente riscos de cunho biopsicossocial que as adolescentes e seus filhos estarão expostos.

GRUPOS EDUCATIVOS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM OLHAR PARA O TERRITÓRIO

Fernanda Cangussu Botelho, Lúcia Dias da Silva Guerra, Ana Maria Cervato Mancuso

Palavras-chave: educação alimentar e nutricional, atenção primária à saúde, território

APRESENTAÇÃO: A Educação Alimentar e Nutricional constitui uma importante estratégia dentro promoção de práticas alimentares saudáveis no nível de Atenção Primária à Saúde (APS) e encontra-se diretamente ligada ao contexto político e social do cuidado em saúde (SANTOS 2005). O território, como um produto e produtor de diferenciações sociais (BARCELLOS e BASTOS, 1996), é de grande importância para as ações realizadas na APS. Desta forma, este trabalho objetiva descrever os grupos educativos sobre alimentação e nutrição sob a perspectiva do território. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Foi desenvolvido um estudo qualitativo com grupos educativos sobre alimentação e nutrição na APS do município de São Paulo. A amostra foi obtida por acessibilidade. Realizou-se a observação sistemática de um encontro de cada grupo educativo, utilizando roteiro desenvolvido pelo próprio grupo de pesquisa. Este roteiro contemplou a caracterização geral, o espaço físico, a participação coletiva, conteúdos abordados, além de outros itens referentes ao processo educativo. **RESULTADOS:** Observaram-se 53 grupos educativos sobre alimentação e nutrição entre agosto de 2012 a julho de 2014. 17 foram conduzidos em locais externos às Unidades Básicas de Saúde (UBS), como associações de moradores, igrejas, escolas/creches ou casas de moradores. Os demais aconteceram dentro das UBS. Sob a perspectiva da territorialização, destacam-se os 4 grupos observados na região Parque do Carmo, Itaquera. O parque que dá nome à região é uma área remanescente de Mata Atlântica, com lagos e mata ciliar, representando uma grande parte do espaço do território. Somente nesta região, o tema alimentação e nutrição foi associado ao Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), que constitui uma estratégia municipal associada com questões ambientais, visando à sustentabilidade das ações que acontecem no território, tendo

como um de seus eixos “horta e alimentação saudável” (SÃO PAULO, 2015). O Agente de Promoção Ambiental (APA) faz parte do programa. Este profissional esteve presente nos 4 grupos, atuando como coordenador em metade deles. Nos grupos desta região foi abordado o tema “alimentos in natura”, o que raramente foi observado em outros grupos. Estes grupos também foram os únicos a trabalhar o tema “agrotóxicos”. Entre os grupos que não foram coordenados por nutricionistas, estes 4 foram os únicos a desenvolver oficinas sobre uso integral dos alimentos e hortas. Destaca-se a atuação do APA na conexão entre os grupos educativos e as questões do território, já que, muitas vezes, estes já trabalharam previamente como agentes comunitários de saúde (ACS). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os grupos observados na região Parque do Carmo, com suas questões ambientais latentes, como a preservação florestal e a geração de lixo, evidenciam a incorporação do território nos grupos de alimentação e nutrição. Os conteúdos e abordagens educativas observadas não se devem ao acaso, mas se associam com a relação homem/ambiente, que influencia as ações de saúde, os temas trabalhados junto à população e o processo de trabalho dos profissionais. Assim, conhecer o território torna-se de suma importância para planejar e executar ações educativas em alimentação e nutrição na APS, que dialoguem com realidade e modo de vida população.

HABILIDADES PSICOMOTORAS E DESTREZA MANUAL NA ADMINISTRAÇÃO DE INJETÁVEIS

Adriane Raclícia da Silva Freitas, Jéssica Samara dos Santos Oliveira, Lays Oliveira Bezerra, Leandro da Silva Galvão, Nathalia Thays da Silva Portugal, Irinéia de Oliveira Bacelar Simpício, Cláudia Costa Nascimento

Palavras-chave: Habilidades Psicomotoras, Aprendizado, Injetáveis, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: As habilidades psicomotoras e a destreza manual são consideradas instrumentos de enfermagem, definidas como um conjunto de atividades cerebrais, cognitivas, emocionais, sociais e técnicas, que permitem um raciocínio crítico no processo do cuidar em enfermagem. Destarte, objetivou-se promover a análise teórico-reflexiva referente às habilidades psicomotoras da técnica de administração de injetáveis. **DESENVOLVIMENTO:** Revisão integrativa da literatura nas bases de dados indexadas Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ScientificElectronic Library Online (SciELO) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), no período de 1984 a 2013. **RESULTADOS:** Observou-se que as habilidades psicomotoras são inerentes e indissociáveis a enfermagem, apresentando-se de forma intrínseca as práticas de injetáveis, haja a vista que está não se limita ao desenvolvimento das habilidades manuais, mas envolve o compreender a capacidade e o domínio técnico científico na execução deste procedimento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** No processo ensino-aprendizagem, as habilidades psicomotoras precisam ser compreendidas para serem executadas com eficiência e de acordo com o grau de dificuldade, ressaltando ainda que os indivíduos diferem na capacidade de aprender e no tempo necessário para domínio do aprendizado motor. O docente como facilitador do aprendizado, tem papel indispensável em favorecer o conhecimento ao aluno, proporcionando um ambiente biopsicossocial de autocontrole e confiança ao aprendiz, buscando o estágio autônomo das habilidades psicomotoras na preparação e administração dos medicamentos, e qualidade da assistência prestada ao cliente.

HÁBITOS ALIMENTARES APÓS DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM MULHERES USUÁRIAS DO SUS

Juliana Mara Flores Bicalho, Gil Sevalho, Eliete Albano, Heuler Souza Andrade

Palavras-chave: Diabetes Mellito, Hábitos Alimentares, Mulheres

APRESENTAÇÃO: Nas últimas décadas a importância do Diabetes Mellitus (DM) vem crescendo devido ao aumento exponencial de sua prevalência e pelo seu impacto social e econômico. A orientação nutricional e o estabelecimento de dieta para controle, em associação com a mudança de hábitos de vida, incluindo atividade física, são consideradas terapias de primeira escolha. Os objetivos do plano terapêutico são o controle glicêmico com a prevenção das complicações agudas por meio da adoção de comportamentos e hábitos adequados, além da prevenção das complicações crônicas do diabetes. Entretanto, a dificuldade das pessoas em seguir a dieta soma-se à difícil convivência com a doença. É estimado que 40% dos indivíduos diabéticos tipo 2 poderiam conseguir o controle metabólico apenas com dieta apropriada. Mudanças positivas nos modos de vida, quando realizadas, são efetivas na prevenção e controle do diabetes tipo 2. Além da melhora no controle glicêmico é relevante considerar-se os aspectos psicológicos, sociais e culturais do viver dos pacientes, para que se possa obter uma adesão mais efetiva ao tratamento medicamentoso e às mudanças de hábitos de vida, gerando uma melhor convivência com a doença. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Este estudo tem por objetivo investigar a percepção de mulheres diabéticas tipo 2 quanto à mudança de hábitos alimentares após o diagnóstico. Trata-se de um estudo descritivo com

enfoque qualitativo que implica na construção, elaboração e envolvimento do pesquisador no universo pesquisado. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado a entrevista semiestruturada. Após a transcrição integral das entrevistas realizadas, iniciou-se a análise dos dados obtidos por meio da análise de conteúdo buscando o conhecimento da concepção das usuárias diabéticas relacionadas à alimentação e sua patologia. **RESULTADOS:** Os resultados do estudo apontaram quatro eixos temáticos principais subdivididos em categorias: “Estou diabética!”; Mudanças após o diagnóstico do diabetes; Tratamento do diabetes e Relação entre estado emocional e a doença. Embora a adesão ao tratamento dependa da absorção da informação, o conhecimento ou informação sobre a doença não funciona por si só como indicador da adesão ao tratamento. Apenas oferecer informações não é suficiente para a instalação das mudanças alimentares. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O enfoque da abordagem educativa não deve se restringir apenas à transmissão de conhecimentos. É importante englobar também aspectos subjetivos e emocionais que influenciam na adesão do tratamento. As propostas de programas educativos em diabetes devem ser baseadas na troca de saberes, construídos a partir do conhecimento do educando, promovendo intercâmbio entre o saber científico do Diabetes Mellito, Hábitos Alimentares e mulheres visando maior interação e sucesso destes programas e consequentemente maior adesão ao tratamento.

HÁBITOS DE SAÚDE BUCAL ENTRE PACIENTES DIABÉTICOS NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Myrna dos Santos Jorge, Bruna Campos, Natália Locatelli, João Luiz Gurgel Calvet da Silveira

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Autocuidado, Saúde Bucal

INTRODUÇÃO: O paciente diabético apresenta um maior risco de desenvolvimento de doenças bucais (SOUSA; NÓBREGA; ARAKI, 2014). Os hábitos corretos de autocuidado e consultas regulares ao dentista podem minimizar os riscos à saúde, sendo importante conhecer o comportamento desses pacientes. **OBJETIVOS:** Descrever o comportamento e hábitos de saúde bucal de pacientes diabéticos atendidos em um serviço de referência do SUS. Dessa forma pretende-se contribuir para a melhoria do atendimento do paciente diabético. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo com abordagem indutiva. Os voluntários são usuários do Núcleo de Atenção ao Diabético – NAD da Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau-SC. O NAD é um serviço de atenção secundária especializado no atendimento a pacientes diabéticos, oportunizando uma abordagem multiprofissional e integral. A amostra foi composta por 125 usuários agendados em dois turnos de atendimento no período de fevereiro a setembro de 2015. Foi aplicado um questionário estruturado com perguntas objetivas e subjetivas, sendo analisadas as frequências. **RESULTADOS:** Frequência de escovação diária: 1 vez (7,2%); 2 vezes (28%); 3 vezes (54,4%); mais de 3 vezes (10,4%). Informaram não utilizar o fio dental 68,8% com frequência diária de: 1 vez (53,8%); 2 vezes (23%); 3 vezes (17,9%); mais de 3 vezes (2,5%). Utilizam o fio dental semanalmente e 2,5%. Mais da metade da amostra (52,8%) não utiliza o SUS, revelando pouco conhecimento do serviço. Última consulta ao dentista: até 6 meses 28%; de 7 a 12 meses 9,6%; acima de 1 até 2 anos 28%; acima de 2 até 5 anos 16% e acima de 5 anos 18,4%. Motivo da consulta: Prevenção 28%; demanda por assistência curativa 42,4% e demanda por prótese

29,6%. Utilizam prótese 64%, em média há 15 anos. Acreditam haver relação entre a saúde bucal e a Diabetes Mellitus 49,6%. **CONCLUSÃO:** Quanto ao autocuidado a maioria relata uma boa frequência de escovação e uso de fio, entretanto a condição de saúde bucal encontrada é precária considerando o alto edentulismo com grande prevalência de uso de prótese há muitos anos. A metade não utiliza o serviço odontológico do SUS, demonstrando descrédito ou desconhecimento. A frequência ao dentista é alta, prevalecendo à procura por uma necessidade sentida e não por prevenção.

HEPATITES B E C, HIV E HTLV ENTRE USUÁRIOS DE COCAÍNA, CRACK E SIMILARES EM MATO GROSSO DO SUL

Vivianne de Oliveira Landgraf de Castro, Ana Rita Coimbra Motta Castro, Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira, Andréa Cristina Stabile, Elizeu Ferreira da Silva, Paula Renata Tedesco de Carvalho, Grazielli Rocha de Rezende, Larissa Mello Bandeira

Palavras-chave: usuário de drogas, crack, doenças transmissíveis

APRESENTAÇÃO: Estudos têm demonstrado que populações vulneráveis, como usuários de crack e similares, estão mais susceptíveis a infecções pelos vírus das hepatites B (HBV) e C (HCV), HIV e HTLV. Presença de úlceras, cortes, bolhas e queimaduras na cavidade oral são comuns entre os usuários de crack e pode facilitar a disseminação de vírus de transmissão sanguínea. Além disso, apresentam elevada frequência de comportamentos sexuais de risco como multiplicidade de parceiros sexuais, uso irregular de preservativos e troca de sexo por dinheiro e/ou drogas. O presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência da infecção pelos vírus das

hepatites B e C, HIV1/2 e HTLV-1/2 nos usuários de crack, cocaína e similares em Campo Grande, Corumbá e Ponta Porã-MS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Um total de 700 usuários de crack, cocaína e similares institucionalizados e em situação de rua foram entrevistados e submetidos à coleta de amostras sanguíneas para detecção dos marcadores sorológicos HBsAg, anti-HCV, anti-HIV-1/2 e anti-HTLV-1/2 utilizando o ensaio imunoenzimático (ELISA). As amostras positivas para HCV, HIV e HTLV foram confirmadas por immunoblot. As amostras positivas para HBsAg e anticorpos anti-HCV e anti-HIV foram submetidas à carga viral por PCR em tempo real (Abbott m2000rt PCR Real Time) e para o HTLV-1/2 submetidas ao nested-PCR para detecção de material genético. **RESULTADOS:** A maioria dos usuários estudados era do sexo masculino (84,7%), não branco (67,8%), sem companheiro fixo (78,7%), residentes em Campo Grande-MS (54,0%), com 5 a 9 anos de estudo (50,4%). Quanto à renda mensal, 44,6% relataram ter até 1 salário mínimo e 60% relataram história de encarceramento. Com relação às drogas ilícitas utilizadas, 79,4% relataram o uso de similares do crack e 40% o consumo do crack. 45,4% relataram que tiveram algum ferimento/ferida/queimadura na área da boca nos últimos 6 meses e 59,6% relataram compartilhamento de cachimbo/pipa/lata. A maioria dos participantes relatou ter tido relação, exclusivamente, heterossexual nos últimos 06 meses (67,6%) e o uso irregular de preservativo com parceiro fixo foi relatado por 40% e com parceiros eventuais por apenas 29% dos usuários, sendo que 13,3% destes relataram dar droga ilícita ou dinheiro em troca de sexo e 8,4% relataram ter recebido dinheiro e/ou droga. As prevalências das infecções causadas pelo HBV, HCV, HIV e HTLV encontradas foram de 1,1% (IC 95%: 0,4-1,9%), 4,5% (IC 95%: 2,9-6,0%), 3,0% (IC 95%: 1,7-4,3%) e 0,8% (IC

95%: 0,5-0,9%), respectivamente. A Carga viral foi detectada em 7 das 9 amostras positivas para HBV (77,8%), 26 das 31 amostras positivas para o HCV (83,9%) e em 15 das 21 positivas para o HIV (71,4%). Com relação ao HTLV, o material genético foi detectado nas 5 amostras positivas (100%). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados deste estudo evidenciam elevada frequência de fatores comportamentais de risco que indicam uma necessidade urgente de implementação dos programas de saúde que visam à prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dessas infecções nos usuários de crack, cocaína e similares.

HIV, HEPATITE A E HEPATITE B EM CATADORES DE MATERIAIS RECICLÁVEIS EM CAMPO GRANDE/MS

Sabrina Moreira dos Santos Weis, Sonia Maria Fernandes Fitts, Wesley Marcio Cardoso, Minoru German Higa Junior, Larissa Melo Bandeira, Livia Stefânia Alves Lima Guedes, Gabriela Alves Cesar, Ana Rita Coimbra Motta-Castro

Palavras-chave: hepatite, HIV, catadores de materiais recicláveis

APRESENTAÇÃO: O tratamento adequado aos resíduos sólidos urbanos e a reciclagem são atividades de grande importância para o desenvolvimento sustentável. Entretanto, a vulnerabilidade individual do catador de materiais recicláveis às situações de risco está vinculada às condições insalubres de trabalho, as quais aumentam a exposição desses indivíduos às infecções causadas pelos vírus das hepatites A (HAV), B (HBV) e pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). O presente estudo tem como objetivo caracterizar os aspectos soropidemiológicos das infecções causadas pelo HAV, HBV e HIV em catadores de materiais recicláveis em Campo Grande/MS.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um estudo transversal realizado com catadores de materiais recicláveis em Campo Grande/MS que, após serem convidados e consentirem em participar da pesquisa, foram entrevistados para obtenção de características sócio-demográfica e fatores de risco. Amostras de soro foram coletadas e submetidas à detecção de anti-HAV total, HBsAg, anti-HBc total, anti-HBs e anti-HIV utilizando imunoensaio enzimático (ELISA). **RESULTADOS:** Os resultados parciais dos 205 participantes da pesquisa revelaram que 51,7% eram do sexo masculino, 70,7% eram casados/amasiados, 58% eram pardos, 51,2% possuíam renda inferior a mil reais, 56,1% tinham menos de 40 anos de idade e 10,7% eram analfabetos. A maioria dos entrevistados (66,3%) trabalhava no lixão, já ingeriram alimentos encontrados no lixo (55,3%) e relataram consumo de álcool regularmente. A mediana do tempo na atividade foi de 8 anos; 37,1% relataram que já sofreram algum tipo de acidente na profissão e 25,4% já usaram algum tipo de droga ilícita. A prevalência global para infecção pelo HAV foi de 99,6% (IC 95%: 99,2– 99,8) e prevalência para o marcador de exposição ao HBV foi de 11,3% (IC 95%: 6,9 – 15,5). Dos 205 indivíduos estudados, 66,3% (136/205) eram suscetível a infecção pelo HBV. Após análise univariada, história de relação homossexual, consumo de drogas ilícitas injetáveis ($p=0,009$), receber dinheiro em troca de sexo, ter mais de dois parceiros sexuais nos últimos cinco anos, baixo nível educacional e antecedente cirúrgico foi associado à infecção pelo HBV na população estudada. A prevalência da infecção pelo HIV foi de 1,0% (IC 95%: 0,6 – 1,4). Após análise univariada, receber dinheiro em troca de sexo consumo de drogas ilícitas e história de transfusão sanguínea associados à infecção pelo HIV. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados preliminares encontrados demonstram

elevadas taxas de infecção por HAV e HBV nesta população. Estudos em populações de catadores de materiais recicláveis são necessários para o planejamento de estratégias eficazes de políticas de saúde pública que visam promoção da saúde, prevenção e controle das hepatites virais e HIV/Aids neste grupo populacional.

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL: UMA REVISÃO SISTEMATIZADA

Mariana Ferreira de Souza, Maria Rafaela Amorim de Araujo, Mariana Paula Silva Vasconcelos, Mariane Silva Tavares, Marília Sampaio de Araujo, Milena Kelry da Silva Gonçalves

Palavras-chave: Humanização da Assistência, Recém-Nascido, Enfermagem Materno-Infantil

Conceituando a humanização, entendesse pelo ato de humanizar, compreendendo assim o estado ou condições do homem no sentido de ser humano. Ou ainda mais humanizar traz menção de tornar humano, dar condição humana. A Política Nacional de Humanização, implantada pelo Ministério da Saúde em 2003 propõe ofertar a assistência humanizada com atendimento de qualidade articulando os avanços metodológicos com o acolhimento ao usuário. Este estudo objetiva analisar a assistência humanizada prestada ao recém-nascido nos períodos do nascimento, neonatal precoce e neonatal tardio, elencando fatores primordiais para uma assistência qualificada. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, complementada por pesquisa documental, com abordagem exploratória. Como descritores utilizamos “Humanização da Assistência”, “Recém-Nascido” e “Enfermagem Materno-Infantil”, as bases foram: MEDLINE, LILACS, SCIELO e PUBMED. Nas amostras foram consideradas as publicações segundo os critérios de

refinamento: textos completos, publicados entre os anos de 2010 a 2014. Obtivemos 24 literaturas para revisão nas quais 19 foram artigos das bases e 5 documentos do Ministério da Saúde. Após revisão identificou-se que o parto intervencionista contribuiu para a elevação de taxas de morbimortalidade materna e perinatal. O atendimento do parto afeta uma assistência humanizada ao neonatal. Após o nascimento, as práticas humanizadas de assistência ao recém-nascido como o contato pele-a-pele e amamentação na primeira hora de vida são práticas simples e que proporciona muitos benefícios para a mãe e para o bebê. Diante do exposto ratifica-se a necessidade de equipes munidas de pleno conhecimento das evidências científicas e consciência dos benefícios da Política de Humanização, para que a assistência neonatal aconteça de forma mais humanizada e conseqüentemente menos intervencionista.

HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Carolina Yuka Yamamoto, Patrícia Moita Garcia Kawakame

Palavras-chave: Humanização, Atenção Primária à Saúde, Humanization, Primary Health Care

Entende-se por humanizar, se tornar mais humano e mais sociável (FERREIRA, 1999). Para Brasil (2013) humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças, sendo formadas por um coletivo e de forma compartilhada. Quanto à temática de humanização, tem sido altamente citada no contexto atual. Defendendo a atenção aos clientes segundo os princípios do SUS, baseados na integralidade da assistência e equidade, participação social do usuário, buscando melhorar o ambiente de trabalho que possa valorizar o trabalhador e o usuário (CASATE; CORRÊA, 2005). Assim

o ato de acolher se tornou uma das ferramentas centrais da PNH, sustentando o processo de cuidar, permitindo a produção de movimentos que permitam reposicionamentos, produção de novas atitudes e de novas éticas (BRASIL, 2010). Este estudo tem como objetivo identificar e analisar a literatura e as evidências disponíveis sobre como o termo humanização tem sido apropriado pela área de Atenção Básica em Saúde. Este estudo trata-se de uma revisão integrativa de artigos científicos publicados em dados de Português e Inglês, disponível no LILACS e BVS PubMed, com acesso livre e o período entre 2010 e 2014, usado como um requisito para a licenciatura de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). Entre os 36 artigos analisados, 07 (19%) se referem à análise das práticas humanizadas e 06 (17%) se referem ao acolhimento como estratégia da humanização, revelando a forma mais presente do uso do termo humanização na Atenção Básica em Saúde. Quando analisados, pode ser visto que a maioria dos artigos foram produzidos nos anos de 2011 e 2012, com 33 (92%) artigos publicados em Português e apenas 03 (8%) em inglês. Acreditamos que esta pesquisa forneceu subsídios para compreender o real panorama das produções científicas referentes à humanização na atenção básica em saúde, e proporcionou a compreensão de como a área da Atenção Básica em Saúde tem se apropriado do termo humanização, o que certamente contribuirá para estudos futuros referentes a esta temática.

HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NO PARTO: ESTUDO DA ASSISTÊNCIA EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO MINEIRO

Lydiane Coelho de Macedo Andrade, Cássia Beatriz Batista, Rosa Gouvea de Sousa

O Brasil vem investindo e aprimorando suas normativas em relação à saúde das mulheres e ao parto na busca da redução da mortalidade materna e infantil, bem como do número de cesáreas. Em consonância com as agências internacionais, a proposta de humanização do pré-natal e do nascimento orienta uma estratégia brasileira composta por diferentes ações e programas compondo a política nacional. Neste cenário, no município estudado temos: a Rede Cegonha, o Programa Mães de Minas, o Centro Viva Vida e o Comitê de Defesa da Vida que demonstram alguns avanços em relação aos cuidados com a saúde da mulher, assegurando melhorias do acesso, da qualidade e da cobertura no acompanhamento das usuárias durante e após o período gestacional. Desse modo, a presente pesquisa teve por objetivo conhecer os serviços de atenção à mulher gestante no município de quase 100 mil habitantes em Minas Gerais. Assim, foi realizado um estudo qualitativo utilizando de observação, diário de campo e análise documental durante 3 meses deste ano de 2015. Foram visitadas quatro instituições da rede de assistência à saúde da mulher gestante, sendo elas: uma equipe de Estratégia de Saúde da Família, a maternidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia, Centro Viva Vida e o Núcleo Materno Infantil e nelas observamos os fluxos e atividades desenvolvidas com as gestantes pelos serviços de atenção (exames, consultas, acolhimento, grupos etc.). A coleta contou também com a análise de documentos federais da atenção primária a saúde, assim como da Secretaria Municipal de Saúde. A assistência à saúde de mulheres gestantes no município ocorre de forma fragmentada em instituições de atenção primária, secundária e terciária. O pré-natal de todo o território municipal é centralizado em uma única instituição (Núcleo Materno Infantil) que dispõe de apenas 3 ginecologistas-

obstetras. Os médicos ou enfermeiros das diversas unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) não realizam o pré-natal por motivações diversas. Os exames de imagem são realizados em outra instituição hospitalar e o parto (cesárea) é realizado na maternidade da Santa Casa de Misericórdia, exceto os casos de alto risco. Há um desconhecimento e descrédito por parte da maioria dos profissionais de saúde em relação ao parto normal e também da necessidade de integrar os serviços para qualificar o trabalho prestado. A rede de assistência encontra-se desarticulada, com frágeis mecanismos de comunicação e de acompanhamento da mulher na rede de saúde municipal. Nota-se ainda que diversas práticas de saúde nos serviços visitados divergem do recomendado pelos documentos federais orientadores dos programas de saúde voltadas para este público. As práticas de atenção à saúde da mulher, em particular da mulher gestante, necessitam de modificações imediatas para desenvolver e ampliar a assistência de acordo com a Política Nacional de Humanização. A reorganização dos serviços, a formação dos profissionais e uma mudança cultural são pontos centrais de ação para estabelecer uma adequada atenção à saúde dessas mulheres no período gravídico- puerperal.

IDOSOS COMO MULTIPLICADORES DE AÇÕES EM SAÚDE- RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PROJETO AMI

Angela Herminia Sichinel, Benedito Oliveira Neto, Isis Dias Ortiz, Heloisa Maria Lessa Korndorfer, Mariana Soares, Lucia Lessa Korndorfer, Willian Guimarães Braga, Caroline Rodrigues

Palavras-chave: Idosos, Multiplicadores, Educação, Saúde

Apresentação: O Projeto AMI- Atendimento

Multidisciplinar do Idoso O Projeto AMI (Atendimento Multidisciplinar do Idoso) caracteriza-se como um projeto social e de pesquisa desenvolvido por uma equipe transdisciplinar de profissionais (Nutricionistas, Médicos, Psicólogos, Enfermeiros e Fisioterapeutas) e é realizado no Hospital São Julião, situado em Campo Grande/MS desde setembro de 2005 e trabalha em 3 eixos: Palestras Mensais, Oficinas de Promoção de Saúde e Cidadania e atendimentos Ambulatoriais. Desenvolvimento do Trabalho: Em 2012 o Projeto AMI iniciou o Curso "Amigo do Idoso", com duração de 2 anos, com o objetivo de ir onde os idosos do projeto são treinados a levar os ensinamentos adquiridos durante as atividades do projeto idosos, que por dificuldade de locomoção ou por encontrarem-se acamados, não conseguem deslocar-se até o hospital São Julião onde é realizado o projeto. Resultados: Em dezembro de 2013 ocorreu a conclusão do curso "Amigo do Idoso". Esses idosos farão visitas periódicas ao seu amigo e poderão atuar como alguém que o escuta, acolhe e repassa orientações básicas de saúde. No ano de 2014, tivemos as primeiras experiências do AMI em Casa – através de um projeto-piloto, cada participante do AMI foi à casa do seu "Amigo" levando informações em saúde aos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção que não podem ir até o projeto. Os relatos destas experiências encontram-se documentadas e gravadas em vídeo, sendo consideradas muito positivas. Considerações Finais: A formação de agentes multiplicadores de Educação em Saúde é fundamental para melhoria das condições de saúde especialmente da população idosa, pois muitos destes idosos possuem dificuldade de locomoção e poderiam beneficiar-se de conhecimentos repassados pelos próprios idosos independentes.

IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO TABAGISTA NA USF NOVA VITÓRIA: COMPLEXIDADE, DINÂMICA E RIQUEZA DO TRABALHO VIVO EM ATO

Mylena Caroso Melhem

Palavras-chave: Tabagismo, Saúde, Grupo

APRESENTAÇÃO: No Brasil, o tabagismo se configura como maior causa isolada, evitável, de doença e morte, responsável pelo óbito de aproximadamente 200 mil de brasileiros ao ano. Embora 80% dos fumantes desejem parar de fumar, apenas 3% conseguem fazê-lo por si mesmos e, somente 7% dos que tentam parar sozinhos se mantêm abstinentes por um período longo de tempo. A taxa de sucesso de abstinência pode aumentar em 15% a 30% com a utilização de intervenções psicossociais e farmacológicas. São necessárias ações que considerem os determinantes sociais, políticos e econômicos, além das condições que levam a pessoa a fazer uso do tabaco, os processos de dependência nicotínica, bem como a motivação para o abandono e os fatores que os mantêm em abstinência. METODOLOGIA: O presente estudo descreve a experiência vivenciada por uma Unidade de Saúde da Família de Nova Vitória com a criação e implantação de Programa de Assistência ao Tabagista, que perpassou por atividades educativas, consultas individuais, Grupo de Assistência a Tabagistas e cuidado compartilhado intersectorial. Além de uma descrição dos passos traçados pela equipe na construção deste programa, o trabalho discute e critica a experiência relatada, frente a outros estudos sobre o tema e às recomendações brasileiras para o tratamento de tabagistas, provocando a reflexão sobre aspectos da produção da saúde. Evidencia dificuldades do cotidiano da equipe de Saúde da Família em aplicar o tratamento para tabagistas recomendados pelo Ministério da Saúde. Apesar de uma

política nacional bem estruturada, foram observadas limitações importantes diante da falta de medicações e de capacitação das equipes para ferramentas terapêuticas não medicamentosas. RESULTADOS: Em termo de desfecho quanto ao tabagismo, o índice de cessação nessa primeira experiência do Programa, ao se considerar todos os 10 cadastrados, foi de 10%. Ao se desconsiderar os 2 participantes que foram apenas na primeira sessão, o índice de cessação foi de 12,5%. Ao se considerar apenas aqueles que participaram das 4 sessões iniciais, o índice sobe para 25%. O índice apresentado foi semelhante ao de outras experiências. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Por fim, pôde-se perceber o valor dos protocolos que tem sido construídos sobre o tema. No entanto, cabe às equipes da assistência, utilizá-los criticamente, adequando à sua realidade e criando sua prática no o trabalho vivo em ato, que contempla o diálogo, as relações, o encontro criativo, a vida que se reterritorializa constantemente.

INCLUSÃO DIGITAL E A SAÚDE MENTAL

Anamaria Xavier Roque

Palavras-chave: Caps, Inclusão Digital, Aútoria

Este trabalho tem como intuito apresentar o que vai ser desenvolvido com os pacientes em sofrimento psíquicos atendidos no Centro de Atenção Psicossocial II em um município no interior do estado do Rio Grande do Sul. Realizaremos este trabalho com base na abordagem de grupos terapêuticos, onde os pacientes poderão se expressar livremente sobre determinados temas propostos a cada encontro, dessa forma iremos facilitar para que exista um ambiente acolhedor, onde tenha comunicação do grupo em si, bem como, a existência de trocas afetivas e construtivas

com a sociedade. De acordo com Azevedo e Miranda (2011) as oficinas terapêuticas auxiliam no processo de ressocialização e inserção individual em grupos, onde estarão sendo estimulados ao “trabalho, ao agir e ao pensar coletivos, conferidos por uma lógica inerente ao paradigma psicossocial que é respeitar a diversidade, a subjetividade e a capacidade de cada sujeito” (p. 344). A oficina terapêutica acontecerá no Serviço Social do Comércio – SESC e em uma praça do município, onde os pacientes irão conviver em grupo e compartilharão vivências e pensamentos frente alguns assuntos pré- estabelecidos, para isso será disponibilizados computadores. No primeiro momento os participantes receberão informações para o conhecimento das máquinas e das ferramentas digitais, bem como a fotografia, após esta fundamentação o grupo será incentivado a discutir aspectos do cotidiano para, então, construir materiais, onde os mesmos decidirão se a produção será publicada nas redes sociais. Contudo, salientamos a importância deste trabalho, pois será um ambiente dividido entre os pacientes e a sociedade, bem como a descoberta das ferramentas digitais, no qual estarão fortalecendo os seus vínculos e praticando a ajuda mútua em busca de uma melhora na qualidade de vida dos participantes. No estudo de Bittencourt, Francisco e Mercado (2013) é evidenciado que no processo em que os indivíduos da oficina passam a interagir e a criar laços, transformações em suas próprias vidas podem acontecer no ponto de vista da amizade e da consequência que pode ser gerada como um fator positivo na sua subjetividade. Bittencourt, Francisco e Mercado (2008) criaram um blog com pacientes em sofrimento psíquico e constataram que essa ferramenta proporciona a reabilitação psicossocial baseado na inclusão digital e na autoria para a produção de conteúdos como uma forma de criatividade e o exercício da autonomia,

o exercício da autoria incentiva o indivíduo a refletir sobre o que desejam falar, de que forma podem se pronunciar e o que utilizar. As oficinas de informática possibilitam a construção de vínculos, de conhecimentos e diferentes formas de comunicação entre os integrantes, bem como se torna um momento em que possa motivar o paciente a dar novos sentidos para a vida em relação ao sofrimento e ao modo de conviver com a loucura (MONTE; DEMOLY, 2012).

ÍNDICE DE AMAMENTAÇÃO DE CRIANÇAS ATÉ 24 MESES DE IDADE NA ESF CENTRAL DE BATAGUASSU, 2012

Lucimara Alves Breda, Angela Cristina Rocha Gimenes

Palavras-chave: Aleitamento materno, Puérpera, Desmame precoce, Visita domiciliar, Estratégia de Saúde da Família

O objetivo deste trabalho foi identificar o índice de aleitamento materno em crianças menores de 24 (vinte e quatro) meses cadastradas na ESF Central de Bataguassu – MS, no período de março a abril de 2012. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, cujos dados foram obtidos por meio de um questionário semiestruturado direcionado às mães através de visita domiciliar. Foram entrevistadas 36 mães cadastradas na ESF Central, cujos bebês tinham até 24 meses de idade, destes apenas 50% (n=18) das mães ainda amamentavam seus filhos. Ao considerar somente as crianças até seis meses de idade (n= 12), 33% (n=4) encontravam-se em aleitamento materno predominante, 25% (n=3) em aleitamento misto e 42% (n=5) recebiam aleitamento materno exclusivo. As mães que não amamentavam mais ao seio apontaram como razões do desmame precoce, “leite fraco”, “pouco leite” (35%, n=10) e 31% (n=9) relataram como motivo

a necessidade de retornar ao trabalho. Através da entrevista foram aferidas outras variáveis como vantagem da amamentação, participações em reuniões, orientação de pré-natal e visita domiciliar do profissional de saúde. Os resultados mostraram que o índice de aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade é muito baixo e a equipe de saúde precisa se sentir responsável pelos casos de desmame precoce. A Equipe da ESF Central necessita refletir sobre os resultados encontrados e planejar estratégias para que o índice de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida aumente. Faz-se necessário refletir sobre a importância da continuidade da assistência à mãe após o nascimento do bebê, pois o apoio da equipe neste momento pode influenciar na continuidade e sucesso da amamentação.

INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B EM HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS EM CAMPO GRANDE-MS

Grazielli Rocha Rezende, Fernanda Rodas Pires, Lisie Souza Castro, Larissa Melo Bandeira, Marco Antonio Moreira Puga, Gabriela Alves Cesar, Tayana Serpa Ortiz Tanaka, Ana Rita Coimbra Motta Castro

Palavras-chave: Hepatite B, homens que fazem sexo com homens, epidemiologia

INTRODUÇÃO: A infecção causada pelo vírus da hepatite B (HBV) constitui grave problema de saúde pública mundial. Múltiplos parceiros sexuais, uso irregular de preservativos e coinfeção com outras doenças sexualmente transmissíveis constituem importantes fatores associados ao risco de aquisição da infecção causada pelo vírus da hepatite B (HBV) em homens que fazem sexo com homens (HSH). O presente estudo teve como objetivo investigar o perfil soropidemiológico da infecção pelo HBV em gays e travestis

em Campo Grande-MS, entre dezembro de 2012 a outubro de 2013. MATERIAL E MÉTODOS: Um total de 430 participantes foram submetidos à entrevista e coleta de amostras sanguíneas para detecção dos marcadores sorológicos HBsAg, anti-HBs e anti-HBc total utilizando ensaio imunoenzimático (ELISA). Além disso, foi administrada a vacina contra a hepatite B nos HSH suscetíveis a essa infecção, utilizando o esquema convencional (0, 1, 6 meses) ou acelerado (0, 1, 2 meses). RESULTADOS E CONCLUSÃO: Dos 430 HSH que participaram do estudo, 278 (64,7%) eram gays e 152 (35,3%) travestis. A prevalência global para a infecção pelo vírus da hepatite B nos HSH estudados foi de 16,6%, sendo 10,5% (IC: 95%: 6,8 – 14,0) em gays e 27,8% (IC: 95%: 20,5 – 34,7) em travestis. A positividade para o HBsAg foi detectada em 0,4% (IC: 95%: 0,1 – 0,6) nos gays e 2,7% (IC: 95%: 1,8 – 3,4) nos travestis. Foi encontrado um baixo índice de imunidade vacinal contra hepatite B (43,6% nos gays e 21,1% nas travestis) e quase a metade da população estudada era suscetível à infecção pelo HBV (46,1% dos gays e 51,4% das travestis). Com o intuito de avaliar a adesão e resposta vacinal contra hepatite B, 176 HSH foram vacinados utilizando os esquemas acelerado ou convencional e destes, somente 37 (21,1%) receberam o esquema vacinal acelerado ou convencional completo. A análise multivariada dos fatores de risco revelou associação significativa entre a infecção causada pelo HBV e a positividade para o anti-Treponema nos gays e idade maior que 25 anos, antecedente de transfusão sanguínea, história de ferida ou úlcera na genitália e positividade para o anti-Treponema pallidum nas travestis. Os achados soropidemiológicos indicam que medidas preventivas, como ações de educação em saúde e de vacinação contra hepatite B, são necessárias para o controle e prevenção dessa infecção na população estudada.

INFECÇÃO PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) EM HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS (HSH) EM CAMPO GRANDE-MS

Gabriela Alves Cesar, Grazielli Rocha de Rezende, Tayana Serpa Ortiz Tanaka, Larissa Melo Bandeira, Lisie Souza de Castro, Carlos Eurico dos Santos Fernandes, Fernanda Rodas Pires Fernandes, Ana Rita Coimbra Motta-Castro

Palavras-chave: Homens que fazem sexo com homens, Vírus da imunodeficiência Humana, Fatores de Risco

APRESENTAÇÃO: A epidemia causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e pela síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é um problema global de saúde pública com impacto nas áreas de saúde, socioeconômicas e demográficas. Homens que fazem sexo com homens (HSH), incluindo os gays e travestis, são considerados um grupo em risco elevado para aquisição da infecção pelo HIV devido à multiplicidade de parceiros sexuais, uso irregular do preservativo, iniciação sexual precoce, violência sexual e o uso de drogas ilícitas. **OBJETIVO:** O objetivo foi estimar a prevalência da infecção causada pelo HIV-1 e identificar os fatores de risco associados com esta infecção em homens que fazem sexo com homens em Mato Grosso do Sul/ MS. **MÉTODOS DE ESTUDO:** O estudo foi realizado entre novembro de 2011 e setembro de 2013. Em locais públicos (ruas, praças, parques) e privados (casas noturnas, saunas e boates) na cidade de Campo Grande/ MS. Todos os participantes foram submetidos a uma entrevista por meio de um formulário padrão, a fim de obter informações sobre dados socioeconômicos, demográficos e comportamentais. Ao término da entrevista realizou-se uma coleta de sangue, e todas as amostras foram submetidas à detecção do HIV-1 por ensaio

imunoenzimático (ELISA) e confirmadas por immunoblot. Análises univariadas e multivariadas foram realizadas para a identificação dos fatores de risco associados a essa infecção. **RESULTADOS:** Do total de 430 HSH, 278 (64,6%) declararam-se gays e 152 (35,4%) travestis. A prevalência da infecção pelo HIV-1 na população estudada foi de 14,4% (62/430; 95% IC 11,3 a 18,2), sendo de 9,0% (25/278; 95% IC 5,9 a 13,0) entre os gays e de 24% (37/152; 95% IC 17,8 a 32,0) entre os travestis. Os fatores de risco associados com a infecção pelo HIV nos gays foram ter mais de 5 parceiros sexuais nos últimos 7 dias e uso irregular do preservativo durante o sexo anal. Entre os travestis, os fatores de risco associados foram estar infectados com HBV ou HCV, ter sorologia positiva para sífilis, ser solteiro e ter sido forçado fisicamente a ter relação sexual. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os dados do estudo revelaram uma elevada prevalência da infecção pelo HIV-1/2 em homens que fazem sexo com homens. Diante disso, faz-se necessário à implementação de políticas de prevenção e promoção à saúde voltada para esta população.

INFECÇÃO PELOS VÍRUS DAS HEPATITES A, B E C EM REMANESCENTES DE QUILOMBO DE MATO GROSSO DO SUL

Livia S A Lima Guedes, Barbara Vieira Lago, Larissa Melo Bandeira, Sabrina Moreira Weis, Gabriela Alves Cesar, Tayana Serpa Ortiz, Grazielli Rocha de Rezende, Ana Rita Coimbra Motta-Castro

Palavras-chave: epidemiologia, hepatites virais, afrodescendentes

APRESENTAÇÃO: As hepatites virais são um importante problema de saúde pública mundial. Durante o período escravocrata, africanos cativos que fugiam para refúgios, instalavam-se em comunidades afastadas

de centros urbanos e de difícil acesso chamadas de Quilombos. O presente estudo tem como objetivo caracterizar os aspectos epidemiológicos, sorológicos e moleculares das hepatites A, B e C em uma comunidade afrodescendente do Centro-Oeste do Brasil, Furnas dos Dionísios (FD), dez anos após o primeiro estudo ter sido conduzido. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** amostras de soro provenientes de 198 indivíduos que se voluntariaram a participar da pesquisa foram submetidas à detecção de anti-HAV total, HBsAg, anti-HBc total, anti-HBs e anti-HCV utilizando imunoensaio enzimático (ELISA). Parte da região pré-S/S do HBV-DNA foi amplificada pela reação em cadeia da polimerase (semi-nested PCR). **RESULTADOS:** a prevalência global para a infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) na população estudada foi de 33,4% (IC 95%: 26,8-39,9) e a positividade para o HBsAg foi de 5,6% (IC 95%: 2,4-8,7). O padrão sorológico de infecção passada, anti-HBs associado ao anti-HBc, foi observado em 55 (27,8%; IC 95%: 21,5-34) indivíduos. Anti-HBs isolado foi detectado em 49% (IC 95%: 42-56) dos indivíduos estudados, provavelmente resultado de vacinação prévia. A presença de HBV-DNA foi testada em 7 amostras HBsAg positivas. As cargas virais do HBV variaram de 2,4 x 10¹ a 5,8 x 10³ UI/mL (média 1,5 x 10³ UI/mL). A prevalência de infecção oculta pelo HBV em 26 afrodescendentes com positividade para anti-HBc total associado ao anti-HBs foi de 11,5%. Com relação a presença de anticorpos contra o vírus da hepatite A (HAV), a prevalência global observada foi de 63,7% (IC 95%: 56,9-73,3). Não foi encontrada positividade para o marcador sorológico de infecção pelo HCV. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esses resultados preliminares demonstram a manutenção de elevadas taxas de infecção por HAV e HBV em FD. Estudos em populações afrodescendentes são necessários para

o desenho de estratégias eficazes de prevenção e controle das hepatites virais bem como para a compreensão da dinâmica evolutiva do HBV entre África e Brasil.

INOVAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: AS TECNOLOGIAS DO COTIDIANO

Joaquim Pedro Ribeiro Vasconcelos, Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira, Jéssica Camila de Sousa Rosa

Palavras-chave: atenção básica, estratégia saúde da família, estratégias do cotidiano

INTRODUÇÃO: Este estudo tratou-se de investigar o trabalho no cotidiano do serviço de saúde de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Distrito Federal, haja vista que tal tipo de serviço apresenta potencial para reorientar o modelo de atenção à saúde, cujo foco é reorganizar serviços e reorientar as práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, a fim de atender as necessidades locais de saúde. **Objetivos:** Identificar as experiências do cotidiano de Atenção à Saúde praticada pelas equipes da ESF, no âmbito da Atenção Básica, na Região Administrativa de Ceilândia; levantar na perspectiva dos profissionais de saúde, as experiências consideradas inovadoras. **METODOLOGIA:** Tratou-se de um estudo qualitativo descritivo, que utilizou a técnica da roda de conversa, onde foram convidados a participar os profissionais de saúde, gestores e lideranças comunitárias para levantamento das experiências consideradas como inovadoras. Essa técnica pretendeu incentivar a participação e a reflexão dos diversos atores, a fim de criar um local de interação para compartilhar as experiências do trabalho. Participaram do estudo 2 equipes da ESF e gestor da unidade. A coleta dos dados para análise

do estudo foi feita a partir das transcrições das falas dos encontros e de anotações em um diário de campo. Além disso, utilizou-se um questionário para traçar o perfil dos participantes. Resultados: A primeira cotidiana relatada na roda foi o agendamento prévio das visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas residências, a qual sinaliza uma maneira que os profissionais chegaram para organizar o serviço e ajustar os processos de trabalho, assim adaptando o serviço à realidade de saúde da região. Durante a roda foi relatado várias vezes a importância do papel do ACS na execução das tarefas no território, considerando que este é o profissional que traz a necessidade do agendamento das consultas tornando o elo direto com a população. Outra experiência relacionou-se com a intersectorialidade, no que diz respeito às parcerias. A última tratou-se da capacitação do ACS. CONSIDERAÇÕES: As experiências cotidianas identificadas no estudo representam inovação na área da saúde, onde as ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e os arranjos nos processos de trabalho fazem com que se produzam intervenções na área da saúde mais efetivas, assim cumprindo com os objetivos doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando que profissionais comprometidos com a política de saúde vigente- o SUS é fundamental para os desafios enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde.

INSERÇÃO DE UM NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM NOVO TERRITÓRIO: MOMENTOS VIVENCIADOS NA ENTRADA E A CONSTRUÇÃO DO TRABALHO EM ATO

Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Félix, Regina Melchior

Palavras-chave: Núcleo de Apoio à

Saúde da Família, processo de trabalho, adaptabilidade profissional

A entrada de um profissional em novo campo de trabalho é envolta por uma série de mudanças e adaptações. Trazemos nosso saber técnico, nossas subjetividades interagem com as relações que estão sendo construídas e as percepções que temos do universo do trabalho e dos significados de fazer saúde perpassam todo o processo. OBJETIVOS: Descrever os momentos iniciais dos profissionais de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) durante sua entrada em um novo campo de trabalho e compreender como se dá esse processo. METODOLOGIA: Com abordagem qualitativa, exploratória, na linha compreensiva, este estudo apresenta resultados de uma tese de doutorado em andamento. Foram realizadas entrevistas e observações diretas durante o primeiro ano de trabalho de uma equipe de seis profissionais que compõem o NASF em um município do sul do Brasil. Foram acompanhados encontros do grupo, rotinas de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, incluindo as interações com as equipes de referência das Unidades. Os achados do campo tiveram abordagem hermenêutica buscando-se aproximar do fenômeno e dos sentidos expressos na linguagem dos sujeitos acompanhados. RESULTADOS: A entrada do NASF acompanhado na pesquisa gerou movimentos prévios da gestão (planejamentos, pactuações e elaboração de oficina de “acolhimento”), dos profissionais (mudança de cidade, de emprego antigo), da comunidade (espera por novos modos de cuidar e de olhar a saúde). Os momentos de “entrada” foram diluídos ao longo do primeiro ano de trabalho, incluindo movimentos de planejamento e avaliação do processo de trabalho e entrada de outros atores, novos Agentes Comunitários de Saúde que assumiram postos de trabalho neste período. Também houve a saída de um membro do NASF. Os momentos

de entrada envolveram constante negociação, conhecimento do território e reconhecimento de novos arranjos de trabalho em equipe, com processo de trabalho sendo construído em ato. Considerações finais: Pode-se compreender que os momentos iniciais foram de apreensão, descoberta, aposta em novos projetos, negociação (com a gestão local, intra-NASF, com a equipe de referência da Unidade) e formação de identidade como equipe. A “entrada” se dá de acordo com o olhar que cada um compreende sobre o processo e o trabalho é construído em ato.

INSERÇÃO DO PROFISSIONAL NUTRICIONISTA NAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PARTICIPANTES DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

Deisy Tolentino do Nascimento, Thais Thais Chiapinotto dos Santos, Mircei Goulart Barbosa, Daniela Tozzi Ribeiro, Fernanda Monte da Cunha, Aline Vargas Ferreira, Jeanice da Cunha Ozorio, Caren Serra Bavaresco

Palavras-chave: Pmaq, Profissional da Saúde, Atenção Básica

APRESENTAÇÃO: Na última década, o Brasil obteve avanços na implementação de políticas e ações intersectoriais voltadas para a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), visando assegurar o direito humano à alimentação adequada. Considerando os desafios e a transição nutricional, o nutricionista tem uma importante atuação nas equipes de atenção básica e equipes de apoio matricial. O objetivo desse trabalho é verificar as formas de inserção do profissional nutricionista nas equipes de Atenção Básica participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

METODOLOGIA: Foi realizado um estudo descritivo com 17.202 equipes de atenção básica do PMAQ-AB. Os dados foram coletados no ano de 2012 e dizem respeito ao módulo de entrevista com o profissional de saúde, mais especificamente relacionado ao quantitativo de nutricionistas da equipe ampliada da atenção básica e ao bloco de questões referentes ao apoio matricial. As respostas foram analisadas a partir do software SPSS versão 22 de forma dicotômica sendo expressos através de frequências. Resultados: Entre as 17.202 equipes participantes do PMAQ-AB, 13.361 não possuíam nutricionista na equipe ampliada, 3.472 possuem nutricionista e 369 não souberam responder. Das equipes que tem em sua composição o profissional nutricionista, 3.366 possuíam um nutricionista, 84 tem duas nutricionistas e 22 tem acima de três nutricionistas. Em relação ao bloco de apoio matricial, 7.462 fazem parte do NASF, 2.101 da vigilância em saúde, 7.095 são especialistas da rede, 3.337 são profissionais específicos para atividade e 2.004 profissionais nutricionistas compõem outras modalidades de apoio matricial. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O nutricionista possui conhecimentos capazes de melhorar o perfil epidemiológico e nutricional da população, através do desenvolvimento de ações de alimentação e nutrição. Mesmo com a ampliação e as diversas formas de inserção do nutricionista na AB ainda é necessária a ampliação do número desses profissionais, levando em consideração as características do território e da população.

INSPEÇÃO DE SAÚDE PERIÓDICA BUCAL COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: CONTRIBUIÇÃO DO CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS ODONTOLÓGICAS

Marcia Pereira Alves dos Santos, José dos Santos Branco Júnior, Regina Mainier

APRESNETAÇÃO: Este trabalho objetivou descrever a contribuição do Centro de Estudos e Pesquisas Odontológicas para sistematizar e operacionalizar a inspeção de saúde periódica bucal (ISPB) dos militares da ativa do CBMERJ. **METODOLOGIA:** Para isto, elaborou-se uma ficha clínica, tendo a Epidemiologia, o modelo da Promoção da Saúde e a Saúde do Trabalhador BM da ativa como parâmetros norteadores. Assim, as doenças bucais relacionadas as patologias estomatológicas, a doença periodontal e a doença cárie, foram elegíveis e indicativas da condição bucal do BM. Adotou-se também, a classificação de risco (1, 2, 3) para hierarquizar estes agravos e priorizar o acesso aos serviços odontológicos. Para a operacionalização da ISPB houve adequação dos recursos materiais e capacitação dos oficiais-dentistas inspecionadores, a fim de minimizar os riscos de vieses de avaliação. **RESULTADOS:** O modelo foi implantado e o seu impacto já pode ser quantificado. Houve o diagnóstico precoce de câncer bucal, que culminou com a movimentação do BM da atividade fim para a atividade meio, em 30 dias. Portanto, pode-se afirmar que o tempo resposta foi reduzido em comparação a modelo anterior. Mas isto se aplicou para BM no risco 1. Por isto, é proposto, por meio de um estudo piloto, que o EPI INFO 7.0 possa ser usado para gerenciar e reduzir ainda mais, o tempo-resposta da ISPB, e os resultados evidenciam isto. Sendo assim, a conclusão deste trabalho afirma que as informações a cerca da saúde bucal do efetivo inspecionado, podem ser gerenciadas pelo EPI INFO 7.0 a partir da sistematização e operacionalização da ISPB.

INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO DA GESTANTE HIV POSITIVO

Rodrigo Milan Torres

Palavras-chave: HIV, Gestante, Guarulhos, Rastreio

O estabelecimento de diretrizes para aprimorar o atendimento de gestantes HIV positivo possui benefício para estas e sua prole, uma vez que as ações impactam na qualidade de vida e na redução da transmissão vertical dessa doença. Nesse sentido, o fortalecimento da atenção primária como eixo eficaz da rede, articulada com as demais referências, é determinante para o sucesso na prevenção do HIV. Verificar os protocolos e diretrizes para a atenção e a integralidade do cuidado de gestantes HIV positivo, e o fluxo do cuidado na Atenção Primária, Ambulatório de Especialidades e Vigilância Epidemiológica. Analisar os principais indicadores. Estudo exploratório, qualitativo e quantitativo. Realização de revisão bibliográfica em bases como: PubMed, Scielo e documentos obtidos no site do Ministério da Saúde com as palavras chaves: gestante, HIV, Vigilância Epidemiológica, Atenção Primária. Coleta e análise de dados obtidos no SIAB, Sistema do Ambulatório de Especialidades e Vigilância Epidemiológica, com o intuito de identificar os avanços e desafios na integralidade do cuidado. A transmissão vertical do HIV sem Terapia Antirretroviral (TARV) é de 20%, sendo que esta pode ser reduzida para 2% com a TARV, se iniciada na 14^a semana. Segundo dados do SIAB, cerca de 57% das gestantes de Guarulhos iniciam o pré-natal no 1^o trimestre, com acompanhamento efetivo de 85%, dessas, 16% tem idade menor de 20 anos. Em 2008, o município apresentava 59 casos de gestantes infectadas. Em 2011, essa proporção foi reduzida para 16 casos. A estratégia da testagem rápida foi a principal causa da redução. Verifica-se redução da incidência de HIV em menores de 5 anos em comparação com o Estado, resultado da adoção de protocolos de TARV e pela obrigatoriedade da testagem rápida no parto. Assim concluímos a importância das ações de prevenção e integração da rede de atenção. A adoção de protocolos; campanhas com populações

de risco; aumento cobertura do pré-natal; estabelecimento de metas regionais. Desafios: o aumentar o percentual de gestantes captadas no 1^o trimestre; acesso aos exames complementares; intensificação de campanhas a nível local e apoio do Ministério da Saúde

INTERVENÇÃO PARA MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA EM PACIENTES DIABÉTICOS DE UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Lourdes Del Carmen Gutiérrez Franco, Alzira Aparecida Barros Assunção

APRESENTAÇÃO: Diante do alarmante crescimento de pessoas com Diabetes Mellitus, várias medidas vêm sendo desenvolvidas, dentre elas ações de prevenção e promoção à saúde, através de um serviço que atenda seus clientes de forma humanizada e com solidariedade, abordando os problemas de saúde mais frequentes e tornando-os acessíveis a toda a população. Para os pacientes portadores de Diabetes Mellitus a qualidade de vida e a prevenção de agravos requerem alguns cuidados especiais, como autocuidado, alimentação, atividade física e uso de medicamentos. Desta forma a educação em saúde trabalhada em grupo traz vantagens em relação ao atendimento individual, pois possibilita a troca de experiências e conhecimentos dos portadores de diabetes, constituindo-se em estímulo para mudanças de atitudes e estilo de vida. **OBJETIVOS:** O presente estudo buscou através do projeto de intervenção o incentivo às mudanças no estilo de vida de pacientes diabéticos na Estratégia de Saúde da Família: Nova Corumbá do Município Corumbá- MS. Trata-se de um projeto de intervenção, atividade organizada para resolver um problema identificado e transformar a ideia em ação, definir o diagnóstico e solucioná-

lo. Participaram da intervenção 32 paciente diabéticos, através de encontros mensais, onde foi aplicado questionários aos pacientes portadores de diabetes para conhecer o comportamento referente à doença dos mesmos, e logo após foi ministrado ações de educação em saúde, sobre estilo de vida saudável. **IMPACTOS:** A intervenção possibilitou conhecer a realidade dos pacientes diabéticos e o seu comportamento referente à sua doença, além de sensibilizar os pacientes na tomada de decisões relativas ao autocuidado e no seu tratamento, e a efetivação, organização de grupo de portadores de diabetes, onde os pacientes participaram juntos de caminhadas, palestras, trocas de receitas e experiências. Desta forma o projeto possibilitou aos pacientes a mudar os estilos de vida inadequados, compartilhando o auto cuidado e novas experiências. Este trabalho foi de grande relevância social, para os pacientes portadores de diabetes e para a equipe de saúde, uma vez que, através do projeto de intervenção e da educação em saúde, foi possível capacitar a equipe, para uma assistência de qualidade.

INTERVENÇÕES EDUCATIVAS COM PACIENTES HIPERTENSOS DA ESF GIRASSOL/RO

Pedro Luis Estrada Chacon, Ana Cecilia Demarqui Machado

Palavras-chave: Hipertensão Arterial, Educação em Saúde, Estratégia de Saúde da Família

A hipertensão arterial sistêmica é considerada um problema de saúde pública devido a sua elevada prevalência e dificuldade no controle. Os principais desafios para programas e políticas de controle da hipertensão arterial são: reduzir a prevalência da doença hipertensiva,

as complicações, internações e mortes relacionadas à hipertensão. Nossa equipe de saúde Girassol, da Unidade Básica de Saúde Liro Hoesel, no município Vilhena, do Estado Rondônia, decidiu formar um grupo terapêutico com no objetivo de incentivar ações de promoção em saúde na população hipertensa. O grupo esteve integrado por os membros da equipe de saúde Girassol, com no acompanhamento da Psicóloga e o Educador físico do Núcleo de apoio a Saúde da Família. Através de rodas de conversas foram realizados sete encontros, com intervalos de 15 dias, sem definição do número de participantes. Durante os depoimentos dos entrevistados foi observado o interesse dos participantes por fazer mudanças em seu estilo de vida, o que motivou aos profissionais a planejar novos encontros do grupo. Com a criação do grupo terapêutico integrado por os membros da ESF Girassol, a Psicóloga e o Educador físico do grupo de apoio de saúde da família, foram cumpridos os objetivos do projeto. Os encontros de grupo demonstraram a oportunidade que tem a população de corrigir ou modificar comportamentos desfavoráveis para a saúde e apoiar o fortalecimento de atitudes saudáveis. De maneira geral, o aprendizado em saúde foi considerado como resultante da participação no grupo, sendo as rodas de conversas uma metodologia eficaz para o processo ensino-aprendizagem, na visão dos participantes.

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS COM PACIENTES NA SALA DE ESPERA

Kassia de Sousa Martins, Paula Rayssa Nogueira da Silva, Carlos André Santos Leite

Palavras-chave: sala de espera, processos psicológicos, humanização, intervenções, cuidado, saúde-doença

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho tem o objetivo de compreender e elencar procedimentos e estratégias de intervenção psicológica para dar suporte emocional a pacientes em sala de espera que vivenciam um sofrimento psíquico que, por sua vez, pode influenciar no processo de saúde-doença. Nesse cenário, a atuação do Psicólogo é indispensável para dar suporte à família do paciente e à equipe de saúde, com a qual deve andar junto para elaborar estratégias humanizadas que promovam qualidade de vida para esse paciente, melhore o enfrentamento da doença, conscientizando-o do seu estado de saúde e da importância do tratamento, respeitando-o na sua individualidade. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa caracterizada por revisão bibliográfica, com buscas por referenciais teóricos do assunto no acervo de literaturas na biblioteca da Universidade Ceuma (MA), e também artigos científicos das plataformas Scielo e Pepsic, trabalhos monográficos e Revistas Eletrônicas. **RESULTADOS:** A partir desse trabalho, percebe-se que muito ainda precisa ser feito para humanizar o atendimento nos hospitais. As pessoas são submetidas a um atendimento descuidado, longo tempo de espera, espaço físico precário, frente a isso, estratégias como a escuta qualificada, grupos de sala de espera, e educação em saúde podem minimizar o sofrimento psíquico, fazendo-o resignificar esse momento de angústia, adotando uma postura mais autônoma em relação ao seu estado de saúde. Por fim, uma gama de fatores influenciam no contexto hospitalar para que o paciente seja cada vez mais despersonalizado, visto como uma “doença a ser tratada”, e compreendido com um olhar essencialmente biológico do adoecer. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Falar de humanização na sala de espera é falar de respeito a dimensão psicológica, social e espiritual desse sujeito, é falar do

fornecimento de um melhor atendimento é falar de melhores condições de trabalho, de profissionais capacitados, sobretudo, de amor e cuidado.

INVISIBILIDADE MASCULINA DESBRAVANDO ASPECTOS QUE AFASTAM O HOMEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Thaís Conceição da Silva Marques, Igor Brasil de Araújo.

Palavras-chave: Saúde do homem, Saúde masculina, Atenção básica

APRESENTAÇÃO: A ideia que as unidades básicas de saúde, são serviços destinados às mulheres, crianças e idosos é bastante disseminada na população. Em 2009, foi implantada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que tem por objetivo promover a melhoria de saúde da população masculina contribuindo com a diminuição da morbidade e mortalidade desta camada da população, mediante a facilitação do acesso às ações e aos serviços de saúde. Este estudo teve como objetivo analisar os processos de distanciamento dos homens às ações e serviços de Atenção Primária à Saúde, tendo em vista a construção da integralidade das ações de saúde e da necessidade de materialização da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem no SUS. **METODOLOGIA:** A metodologia adotada é um estudo qualitativo que foi realizado no município de Senhor do Bonfim-BA. Teve como participantes trabalhadores de saúde da Atenção Primária, usuários homens desses serviços. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os dois grupos de sujeitos, além de observações sistemáticas da prática dos trabalhadores. O método de análise foi à análise de Conteúdo. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética, pelo protocolo 725.440. **RESULTADOS:**

Os resultados foram apresentados em 5 categorias, que são elas, “gênero e cultura”, “invulnerabilidade”, “medo da descoberta da doença”, “trabalho”, “características do PSF que não correspondem as demandas masculinas”. Essas categorias só vêm reforçar que os aspectos de distanciamento masculino vão desde as relações de gênero já estabelecidas dentro de uma sociedade, aquilo que os homens pensam e agem, como até o próprio serviço de saúde, que demonstra um déficit de ações voltadas a esse público, confirmando ainda mais que os homens não se sentem pertencentes a esse espaço de saúde, o que configura a busca tardia em outros níveis de atenção. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Dessa forma, este estudo pode contribuir para a efetivação da política nacional de atenção a saúde do homem ao despertar quais os pontos podem ser trabalhados no cotidiano desses usuários.

LASERACUPUNTURA E MUSICOTERAPIA NO CUIDADO DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO

Leila Brito Bergold, Raphael Dias Mello Pereira, Claudia Dayube Pereira, Fernando Mota Pinho, Roseane Vargas Rohr, Neide Aparecida Titonelli Alvim

Palavras-chave: Acupuntura, Musicoterapia, Diagnóstico de Enfermagem, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus

APRESENTAÇÃO: Este é um recorte de pesquisas em andamento que investigam a aplicabilidade de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PICS) no cuidado complementar de diabéticos e hipertensos, utilizando os Diagnósticos de Enfermagem (DE) como parâmetro de comparação para verificação da efetividade destas

práticas no cuidado. Foram implementadas intervenções de acupuntura e musicoterapia visando melhorar as condições de saúde e qualidade de vida dos participantes do estudo, além de contribuir com informações para o enfrentamento cotidiano da Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial. Para este recorte foram utilizados os dados obtidos na entrevista inicial (pré-intervenção) e em consulta de enfermagem ao final (pós-intervenção) realizadas com os participantes do estudo. OBJETIVOS: Descrever os DE que se alteraram com o emprego da laseracupuntura e da musicoterapia no cuidado de pessoas diabéticas e hipertensas. METODOLOGIAS: Estudo multicêntrico, realizado nas cidades Rio de Janeiro (RJ), Macaé (RJ), Maricá (RJ) e Vitória (ES), com aplicação de multimétodos. Na acupuntura utilizou-se o método experimental, tipo ensaio clínico randomizado; na musicoterapia, a Pesquisa Convergente Assistencial. Em ambas aplicou-se como pré-intervenção uma entrevista utilizando um instrumento padronizado para a coleta dos dados socioeconômicos e de saúde, a partir do qual foram estabelecidos os DE. Após as intervenções, foi realizada uma consulta de enfermagem para verificação dos resultados obtidos e para orientação a partir de um plano de cuidados. Os DE foram registrados e posteriormente comparados com momento pré-intervenção, a fim de verificar a efetividade das técnicas. RESULTADOS: Participaram das intervenções de acupuntura e musicoterapia um total de 41 pacientes. Os DE mais recorrentes nos participantes foram Ansiedade e Distúrbio do campo energético (93%); Controle ineficaz do regime terapêutico (72%). Verificou-se melhora dos DE Ansiedade e Distúrbio do campo energético em 86% dos participantes, e em 55% daqueles diagnosticados com Controle ineficaz do regime terapêutico. Destaca-se também a melhora dos DE insônia e nutrição alterada:

ingestão acima das necessidades corporais em 66% dos casos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estudo aponta a potencialidade da laser acupuntura e musicoterapia como PICS que podem contribuir de forma efetiva no cuidado de diabéticos e hipertensos, promovendo melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos participantes.

LESÕES ORTOPÉDICAS OCASIONADAS POR QUEDAS NO MUNICÍPIO DE LAGARTO-SE

Aline Gonçalves Santos Viana, Camila Fontes Farias, Josefa Marlene de Santana Fontes, Laís Melo Andrade, Manoel Moreira de Gois, Sylvia Karoline Silva Santos, Rebeca Silva Moreira, Roberto dos Santos Lacerda

Palavras-chave: Causas Externas, Morbidade, Epidemiologia

APRESENTAÇÃO: As quedas apresentam impacto importante sobre a morbimortalidade e como causa de internações em serviços públicos de saúde, como apontou o trabalho de Gawryszewski, Koizumi e Mello-Jorge (2004), se configurando como problema de saúde pública. O conhecimento das principais lesões ortopédicas decorrentes desse tipo de agravo é imprescindível para que profissionais da saúde sejam capazes de participar da assistência e tratamento das vítimas de forma qualificada, potencializando a recuperação das mesmas. O objetivo foi identificar as lesões ortopédicas mais frequentes que tem como fator desencadeante a queda. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Estudo quantitativo que buscou fazer análise do número de lesões ortopédicas mais frequentes decorrentes de quedas. A pesquisa foi desenvolvida em um Hospital de Lagarto-SE, utilizando como instrumento os prontuários de atendimentos do

pronto socorro, referentes ao primeiro semestre do ano de 2012. Os prontuários foram selecionados de acordo com a causa do atendimento, nesse caso a queda, identificando-se posteriormente o tipo de lesão no campo diagnóstico/descrição, os dados eram contabilizados em planilha informatizada. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: O número de quedas correspondeu a 1214 ocorrências. Diversos tipos foram encontrados: queda da própria altura, quedas de bicicleta e quedas de animais como cavalo. As lesões relacionadas às quedas foram divididas em quatro grupos: fraturas, contusões, luxações e outras lesões. Considerando as lesões ortopédicas observou-se a seguinte ordem: as fraturas corresponderam a 13,5% das quedas totais, contusões 6,5%, luxações 3,1%. Lesões como escoriações (4,3%), Traumatismo Crânio Encefálico (2,7%), Ferimento contuso cortante (4,4%) também foram frequentes, as outras lesões corresponderam a 65,5%. Foram encontradas no grupo fraturas a ocorrência das mesmas em diversos ossos: rádio, fêmur, úmero e ossos da face. As contusões foram encontradas em ombro, cotovelo, quadril e pés. As luxações apareceram em menor número, encontradas em braços, dedos e cotovelo. No grupo relacionado a outros tipos de lesões foram quantificadas: escoriações, ferimento corto-contuso (FCC), hematomas e traumatismocranioencefálico (TCE). CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados encontrados apontam a importância das quedas no grupo das causas externas de morbimortalidade. A descrição das lesões mais frequentes, além contribuir para demonstrar dados epidemiológicos mais atuais, contribui para o planejamento de estratégias e ações de promoção e prevenção, bem como para a melhor assistência.

MEDICAMENTOS MAIS DISPENSADOS PARA CRIANÇAS DE ZERO À 24 MESES PELA FARMÁCIA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL

Raquel da Costa Pereira, Maria de Lourdes Oshiro

Palavras-chave: Uso de medicamentos, Criança de 0 a 24 meses, Uso racional de medicamentos

As crianças estão entre os indivíduos mais vulneráveis ao uso indiscriminado de medicamentos prescritos ou automedicados, com isto estão expostas a uma série de eventos adversos. O uso de medicamentos é uma variável indireta em relação à qualidade de vida das crianças, neste sentido o objetivo do estudo foi quantificar e classificar os medicamentos dispensados para crianças até 24 meses atendidas em uma unidade básica de saúde de Campo Grande – MS. O estudo foi de caráter transversal descritivo, a população compreendeu crianças de dois grupos etários: de 0 a 11 meses e de 12 a 24 meses. Os dados foram obtidos através de prontuários eletrônicos durante o período de 8 de Novembro de 2013 a 10 de Outubro de 2014. Neste estudo o sexo masculino predominou entre as crianças (68,6%) e em relação ao uso de medicamentos, todas em estudo apresentaram histórico de retirada de medicamento em algum momento da vida. Foi identificado que do dia 8 de Novembro de 2013 ao dia 10 de Outubro de 2014, foram realizadas 409 dispensações para crianças. Em média, o grupo das que tinham de 0 a 11 meses receberam 2,48 medicamentos, e aquelas de 12 a 24 meses em média 2,21 medicamentos no segundo grupo. Os dados demonstraram que o uso de medicamentos é mais acentuado nos primeiros meses de vida e que decai após

os 12 meses de idade. Dentre as classes medicamentosas mais prescritas, estão os que atuam no sistema nervoso (27,86%), os do aparelho respiratório (26,16%), os que atuam no aparelho digestivo, e metabolismo (18,34%). Os medicamentos mais dispensados foram cloreto de sódio (19,56%), paracetamol (15,15%), dipirona gotas (12,71%), a pomada à base de óxido de zinco (12,71%), dexclorfeniramina (6,11%), vitamina A (5,38%) e amoxicilina (4,4%). O uso elevado de medicamentos entre as crianças, principalmente para aquelas até 12 meses retrata os potenciais riscos advindos do uso abusivo e aqueles que decaem sobre as sobras dos medicamentos que podem levar os pais a fazer a automedicação prejudicando assim, a saúde das crianças. Deste modo observa-se a necessidade da promoção do uso racional de medicamentos nesta faixa etária, a fim de se proporcionar uma melhor qualidade de vida para as crianças.

MENSURAÇÃO DA ADESÃO MEDICAMENTOSA EM PACIENTES NO PÓS TRANSPLANTE RENAL

Ana Carolina Maximo Silva, Renata Fabiana Leite, Marina Pontello Cristelli, Poliana Pedroso Lasanha, Daniela Pereira França, Caren Ingrid Silva Macedo, Janine Schirmer, Bartira de Aguiar Roza

Palavras-chave: Adesão à medicação, Transplante de Rim, Avaliação em enfermagem

APRESENTAÇÃO: A adesão ao regime terapêutico após o transplante é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco agentes sendo estes: a equipe de saúde, o social e econômico, o tratamento, o paciente e a doença. Vários métodos com o objetivo de detectar a não adesão em doentes transplantados

têm sido sugeridos na literatura, mas não único método considerado eficiente. O objetivo do estudo é de mensurar a adesão ao regime terapêutico no pós-transplante renal, mediante o uso da Escala Basel para Avaliação de Aderência a Medicamentos Imunossuppressores (BAASIS). A amostra é constituída por 150 pacientes adultos e 150 pacientes pediátricos no pós-transplante renal, que foram liberados para o transplante simples, com o mínimo 4 semanas após alta hospitalar e em acompanhamento ambulatorial. Serão avaliados por meio do instrumento BAASIS: a ingestão de drogas prescritas; dias utilizados de dose correta; horário - dentro de 25% do horário prescrito; pausa da medicação; tempo de ingestão excedente de 24 horas; alterações de dose por conta própria e complexidade das doses prescritas. Para uma análise satisfatória será realizada a triangulação do BAASIS com o nível de medicação e rejeição aguda comprovada através de biópsia, fase atual dessa pesquisa. Nos resultados parciais a população adulta 57,8% não aderem e 42,2% aderem à medicação. Na população pediátrica 34% não aderem e 66% aderem à medicação, na presença de um cuidador a adesão é de 68,2% e na ausência de um cuidador a adesão diminui para 25%. Espera-se que os resultados propiciem intervenções que contribuam com a melhoria das práticas em saúde e enfermagem frente às necessidades do pacientes transplantados.

MICROPOLÍTICA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

Marta Benet Blasco, Margarita Pla Consuegra, Emerson Elias Merhy, Kathleen Tereza da Cruz

Palavras-chave: cuidados gestação e puérperio, micropolítica, cartografia, trabalho em saúde

A produção subjetiva do cuidado constitui um elemento essencial dos processos de trabalho em saúde e um território comum para todos os implicados. Ao longo da gravidez, do parto e do puerpério, o cuidado é produzido de forma singular, possibilitando a criação de novos territórios de práticas. Neste trabalho, debatemos o percurso cartográfico em uma investigação sobre micropolítica da produção do cuidado nas maternidades, no qual construímos um processo dialógico em múltiplos planos que incluíram as pessoas e suas narrativas nos territórios de práticas constituídas na cotidianidade dos encontros, bem como as nossas caixas de ferramentas (fazer-saber) em constante produção. Esta pesquisa é uma cooperação entre a linha Micropolítica de las prácticas y el cuidado en salud y el bienestar de Barcelona (Espanha) e o Grupo de pesquisa “Observatório de Políticas e Cuidado em saúde” (Brasil). Tomando como referência as mudanças nas políticas de saúde no âmbito da saúde sexual e reprodutiva na Espanha, no período 2007-2011, interrogamos: como estas políticas atuaram como dispositivo para a construção de novos territórios de práticas. Iniciamos mapeando as transformações das paisagens psicossociais em relação à produção do cuidado, buscando dar visibilidade às transformações das práticas profissionais. Exploramos de forma situada diferentes dimensões da cartografia: a entrada no contexto, suas normas e seus limites (vivência das relações no campo), a construção do “rol de investigação”, a construção dos processos intercessores e dos trânsitos entre o olhar retina e o vibrátil. Escolhemos algumas reflexões surgidas ao longo do percurso e que foram importantes para a construção do próprio cartógrafo, sem contudo, ter a pretensão de cristalizá-las como um manual de como fazer cartografia, mas como um dispositivo para compartilhar experiências sobre o devir cartográfico.

MORTALIDADE INFANTIL EM MATO GROSSO DO SUL: DIFERENÇAS SEGUNDO A VARIÁVEL RAÇA/COR

Renata Palopoli Picoli, Welton Felix, Luiza Helena Oliveira Cazola

Palavras-chave: Mortalidade Infantil, Estatísticas Vitais, Origem Étnica e Saúde

APRESENTAÇÃO: O coeficiente de mortalidade infantil segundo a variável raça/cor é um importante indicador de saúde da população. O estudo tem por objetivo identificar o coeficiente de mortalidade infantil e faixa etária em que o ocorreu o óbito, segundo a variável raça/cor. METODO: Trata-se de estudo epidemiológico, retrospectivo, utilizando-se da base de dados do Sistema Informações de Mortalidade e Sistema de Informações de Nascidos Vivos, cuja coleta de dados foi realizada em setembro de 2015. Realizou-se análise descritiva de óbitos infantis e nascidos vivos e da variável faixa etária (perinatal, neonatal e pós-neonatal) segundo raça/cor, em Mato Grosso do Sul, entre 2003 e 2013. RESULTADOS: O coeficiente de mortalidade infantil no estado variou de 21,3/1.000 nascidos vivos a 12,8/1.000 nos anos de 2004 e 2013 respectivamente. Os coeficientes para a raça/cor branca mostraram-se inferiores a 19,0/1.000 nascidos vivos para os anos do estudo. A raça/cor indígena apresentou os maiores coeficientes para todos os anos do estudo, 64,2/1.000 em 2004 e 57,0/1.000 em 2005, seguida da preta, 42,0/1.000 em 2007. A raça/cor amarela entre os anos 2003, 2006 e 2007 não registrou óbitos e a parda apresentou o maior valor em 2003, 25,4/1000 e o menor 7,7/1.000 igualmente entre 2012 e 2013. Entre as variáveis raça/cor, branca, preta, parda e amarela, tiveram os maiores percentuais no período neonatal, para as categorias respectivamente, 10,21/1.000 em 2012,

27,97/1.000 em 2006, 13,2/1.000 em 2003, 17,24/1.000 em 2009. O componente pós-neonatal representou maior parcela de óbitos entre os indígenas para todos os anos do estudo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados apontam importantes desigualdades em relação ao coeficiente de mortalidade infantil entre as variáveis raça/cor estudadas, que podem estar relacionadas ao acesso e qualidade dos serviços de saúde, assim como, condições de vida de mulheres e crianças. Destacaram-se também, diferenças entre os componentes neonatal e pós-neonatal, especialmente, com relação à raça/cor indígena, que apresentou elevados índices no período pós-neonatal. Tais diferenças identificadas podem estar relacionadas, com determinantes sociais, econômicos e culturais que impactam diretamente na saúde da criança nos primeiros anos de vida.

MORTALIDADE MATERNA EM MATO GROSSO DO SUL: PERSPECTIVAS ATUAIS

Hilda Guimarães Freitas, Luciene Higa Aguiar, Renata Palopoli Picoli

Palavras-chave: Mortalidade materna, Estatísticas vitais, Causas de morte

APRESENTAÇÃO: A Razão de Mortalidade Materna é um excelente indicador de saúde e a sua análise revela um grave problema de saúde pública, visto que há décadas estão disponíveis inúmeros meios e conhecimentos necessários para evitar quase que a totalidade de mortes maternas. Este estudo objetivou descrever a Razão de Mortalidade Materna entre mulheres residentes no Estado de Mato Grosso do Sul, bem como as principais variáveis, a classificação das causas de óbito e o percentual de investigação em tempo oportuno. MÉTODOS: Trata-se de

estudo epidemiológico, retrospectivo, por meio da consulta de dados colhidos em setembro de 2015 do Módulo de Investigação de Mortalidade Materna do Sistema de Informações de Mortalidade, pela área de Saúde da Mulher da Secretaria de Estado de Saúde, a fim de subsidiar as recomendações do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil. A Razão de Mortalidade Materna foi calculada considerando-se o número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos, ocorridos em 2013 e 2014. Para investigação de óbitos maternos em tempo oportuno, considera-se o prazo máximo de 120 dias a contar da data de ocorrência do óbito. RESULTADOS: A Razão de Mortalidade Materna foi 52,23/100.000 nascidos vivos e 59,04/100.000 nascidos vivos, respectivamente, em 2013 e 2014. Observou-se nítido predomínio das causas obstétricas diretas de morte materna para os anos de estudo, sendo 15 (93,3%) óbitos em 2013; 24 (96,0%) em 2014, sendo que os transtornos hipertensivos na gravidez, no parto e no puerpério ocupam o primeiro lugar entre as causas de morte, correspondendo 3 (14,2%) e 5 (21,0%), em 2013 e 2014, respectivamente. O tipo de parto manteve-se semelhante para os anos do estudo, em que o número de partos cesáreos (54%) continuou prevalecendo sobre os vaginais. A faixa etária de maior risco é a de mulheres com idade entre 30 a 39 anos, sendo identificado 9 (42,0%) e 10 (40,0%) óbitos. Considerando-se o estado civil desta população, morreram principalmente mulheres solteiras, 8 (38,0%) e 13 (52,0%). Verificou-se maior número de óbitos entre as mulheres com 4 a 7 anos de escolaridade. Em relação à investigação, dos 22 óbitos maternos ocorridos em 2013, 16 (72%) tiveram sua investigação em tempo oportuno, sendo a média do tempo de 92 dias. Já em 2014, dos 26 óbitos, 17 (65,4%) foram em tempo oportuno, com média de

113 dias de investigação. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados apontam que a Razão de Mortalidade Materna é alta quando comparada com os índices do Brasil e Região Centro-Oeste. Observa-se índices elevados de óbitos de mulheres de menor escolaridade, solteiras e por causas diretas, o que sugere reduzido acesso às ações de saúde de boa qualidade na atenção no pré-natal, parto e puerpério e precárias situações sociais e econômicas, sendo um importante indicador das condições de vida. Destaca-se que nos anos do estudo houve redução do percentual de investigação de óbitos em tempo oportuno, que o pode influenciar na identificação dos fatores determinantes do óbito e a adoção de ações que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis.

NARRATIVA DE PERCURSO E EXPERIÊNCIA: CONSTRUÇÃO DE NOVOS CAMINHOS

Maria Marques Espindola, Alzira Aparecida Barros Assunção

Palavras-chave: Educação Permanente, Experiências vivenciadas, Processo de trabalho

APRESENTAÇÃO: Este trabalho tem a finalidade de apresentar relatos reflexivos vivenciados por uma enfermeira durante o curso de Especialização em Educação Permanente em Saúde (EPS em Movimento), que ao contrário de outros cursos, A "EPS em Movimento" não buscou ensinar o que é a Educação Permanente em Saúde, trouxe a proposta aos trabalhadores do SUS de reconhecer os processos de Educação Permanente em Saúde como acontecimentos, torná-los visíveis no campo do trabalho, através da busca em si mesmo, nas experiências, afetações e possibilidades de invenção no campo do trabalho. OBJETIVO: O objetivo é explicar numa narrativa, movimentos ocorridos no

decorrer na vida da autora, que diretamente contribuíram para sua formação profissional e através desta experiência, expor a rotina de trabalho na área de saúde, com o propósito de elucidar como a educação permanente está presente no exercício diário da profissão e no processo de trabalho. E de modo recíproco compartilhar os saberes entre os diferentes contextos. METODOLOGIA: As informações aplicadas na análise é a história de vida da autora iniciada logo nos primeiros anos de sua alfabetização até o presente momento, onde a mesma faz parte do quadro de servidores públicos, trabalhando em uma Unidade Pronto Atendimento (UPA) na cidade de Dourados-MS, após ter a experiência na Atenção Básica em uma Estratégia de Saúde da Família. No local, vivencia e aplica conhecimentos obtidos na sua formação acadêmica, e na formação de EPS em movimento faz uma releitura de suas práticas e trajetória. IMPACTOS: No contexto narrativo, ressaltou-se que, o conviver diário com outras pessoas em diferentes aspectos, denotam que a EPS sempre esteve implantado na vida da autora de maneira inconsciente. O curso de EPS em Movimento apontou que os novos saberes não carecem serem obtidos por meio de novos conhecimentos. É preciso reconhecer EPS através da busca em si mesmo, onde a autora pode reconhecer as suas experiências sob uma nova ótica, tornando-as visíveis, entendendo que a realidade pode ser vista sobre outros olhares, através das experiências, afetações e possibilidades de invenção na prática diária, podendo ver e sentir a necessidade de mudança. Transformação esta que pode estar vindo da percepção de cada trabalhador; gestor; usuário; a partir do desconforto com a realidade vivida por cada um. Entendendo que educação permanente em saúde torna-se um tema desafiador para que possa dar destaque à potência do trabalho vivo em ato.

NAScer EM SITUAÇÃO DE AMEAÇA À VIDA: ESTUDO EXPLORATÓRIO DOS FATORES ASSOCIADOS

Thamires de Fátima Maciel Nantes, Fernanda Morena dos Santos Barbeiro Vieira, Rosanna Iozzi, Pauline Lorena Kale

Palavras-chave: Pré-natal, saúde materno-infantil

APRESENTAÇÃO: Identificar recém-nascidos em situação de ameaça à vida e seus fatores associados são de extrema importância para o planejamento dos serviços de saúde de assistência perinatal e para subsidiar políticas de saúde materno-infantil. **OBJETIVOS:** Descrever o perfil dos recém-nascidos em situação de ameaça à vida e investigar fatores associados em maternidades públicas de Niterói e Rio de Janeiro, 2011. **METODOLOGIA:** Estudo seccional de base hospitalar em maternidades públicas de maior frequência de nascimento das cidades selecionadas. Foi considerada situação de ameaça à vida ter, pelo menos, um dos critérios pragmáticos para definição de near miss (peso ao nascer <1500g, idade gestacional <32 semanas e Apgar5' <7), independentemente da sobrevivência no período neonatal. Recém-nascidos foram analisados cor; idade, escolaridade maternas, presença de companheiro; paridade; morbidade na gravidez, pré-natal e tipo de parto. Foram calculadas proporções, razões de chances (OR) e intervalos de confiança de 95%. **RESULTADOS:** Entre os 1.782 NV 50,7% eram do sexo feminino, 1,9% tinham peso <1500g, 15,0% Apgar5' <7, 2,1% idade gestacional <32 semanas e 3,6% nasceram com ameaça à vida. Predominaram NV de mães 20 a 34 anos, com oito anos ou mais de estudo, pardas, com companheiro e multíparas. O percentual de mães adolescentes (<20 anos) foi considerado elevado (26,3%).

Hipertensão arterial (17,1%), hemorragia (5,6%), sífilis (3,7%), diabetes (2,5%) foram morbidades frequentes na gravidez e cerca de 3% não realizou o pré-natal. Estiveram positivamente e estatisticamente associados à situação de ameaça à vida: ausência de pré-natal (OR=4,6 IC95%: 2,0 10,7), pressão alta (OR= 2,7 IC95%: 1,6 4,5). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Gravidez na adolescência representa, mais do que um risco biológico para mães e recém-nascidos, um risco social. Asfixia ao nascer pode indicar problemas relacionados à assistência ao parto. Hipertensão arterial é a morbidade e causa de morte mais frequentes entre as gestantes e representam ameaça à vida aos seus bebês. Morbidades na gestação e não realização do pré-natal, fatores relacionados ao acesso à assistência pré-natal com qualidade,

NINTENDO WII® COMO FERRAMENTA PARA REABILITAÇÃO VESTIBULAR EM IDOSOS

Francielle Romanini, Adriana Goulart, Suzi Miziara

Palavras-chave: Tecnologia, Saúde do Idoso, Vertigem

APRESENTAÇÃO: Durante o processo de envelhecimento é inerente a ocorrência do declínio fisiológico de todo o corpo, este acarreta alterações que aumentam a probabilidade de idosos apresentarem disfunções vestibulares com sintomatologia de desequilíbrios e vertigens, interferindo nas atividades diárias de vida. Para corrigir essas disfunções, tem se utilizado de novas tecnologias que promovem a reabilitação vestibular a partir do Sistema de Realidade Virtual, o qual propõe um tratamento de uma maneira diferenciada e mais agradável aderindo o videogame à conduta. **OBJETIVOS:** Sendo assim, objetivou-se

promover a Reabilitação Vestibular em idosos com disfunções vestibulares através da Wii-terapia, utilizando o método de reabilitação com Sistema de Realidade Virtual, a fim de promover melhorias no equilíbrio corporal, e conseqüentemente, na qualidade de vida. **METODOLOGIA:** O projeto foi um estudo longitudinal tendo como público alvo idosos acima de 60 anos, participantes da Universidade Aberta a Pessoa Idosa—UnAPI na UFMS, apresentando vertigem e desequilíbrio por consequência da disfunção vestibular. Na avaliação foram utilizados dois questionários DHI-brasileiro e VADL, a manobra Dix-Hallpike e a Escala de Equilíbrio Proposta por Berg. Foram aplicados cinco jogos do Nintendo Wii Fit Plus® durante as sessões, com duração de sessenta minutos, uma vez por semana, durante três meses. **RESULTADOS:** Os questionários de qualidade de vida tiveram maior interferência no quesito funcional no escore final, apresentando melhora no decorrer das avaliações. Quanto aos testes físicos, não encontrou-se resultados fidedignos no teste dix-halpike, enquanto no teste Proposto por Berg somente uma paciente evoluiu de médio para baixo risco, enquanto as outras mantiveram baixo risco. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Concluiu-se que o protocolo é eficiente para reabilitação vestibular e por consequência, para melhoria da qualidade de vida.

O ACOLHIMENTO EM SAÚDE: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Érika Andrade e Silva, Júlia Borges Figueiredo, Amanda Silva Cardoso Estevão, Deise Moura de Oliveira

Palavras-chave: Acolhimento, Estratégia Saúde da Família

INTRODUÇÃO: O acolhimento é descrito pela Política Nacional de Humanização (PNH) como uma diretriz operacional necessária para a implementação de um novo modelo de atenção a saúde, capaz de gerar possíveis mudanças na produção de saúde. Acolher é entendido como uma tecnologia leve, que diz respeito à qualificação da relação profissional-usuário a partir da humanização e corresponsabilização. Este ato em saúde é relacionado a um atendimento mais digno e resolutivo que emerge diante de uma demanda dos usuários no serviço de saúde. Tal intento remete a necessidade de garantia ao acesso universal do usuário ao serviço de saúde, de maneira a resgatar a dimensão cuidadora dos profissionais, dando forma e de fato implementando tal diretriz. **Objetivo:** o presente estudo teve como objetivo compreender as concepções e práticas dos profissionais da equipe interdisciplinar com relação ao acolhimento no cotidiano da Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir da significação e prática de tal diretriz, assim como as dificuldades e facilidades para sua efetivação. **METODOLOGIA:** Pesquisa qualitativa realizada com 15 profissionais, sendo um médico, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde, de duas equipes da ESF de um município da Zona da Mata Mineira, referência em acolhimento. A coleta de dados ocorreu através de entrevista, com questões abertas, no mês de junho 2015. Os dados estão sendo analisados à luz de Bardin e serão interpretados e discutidos em consonância com a literatura pertinente à temática. Cabe ressaltar que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, inscrito sob o Parecer nº. 1.054.871. **RESULTADOS PARCIAIS:** a pesquisa, ainda em fase de categorização, permite preliminarmente evidenciar que alguns profissionais ainda têm dificuldades em visualizar o acolhimento como uma

estratégia para o alcance da universalidade no SUS e relacioná-lo à resolutividade, sendo este ainda muito associado ao fato de somente receber o usuário dentro do serviço. Além disso, sua prática é fortemente relacionada à prática médica. Referem ainda que os desafios para a efetivação dessa prática estão intimamente ligados às dificuldades de encaminhamento a especialidades na rede, falta de insumos e de entendimento por parte da população, assim como a falta de transporte, principalmente no que se refere à zona rural. Como fatores que viabilizam as ações referentes ao acolher em saúde, esses profissionais referem um bom relacionamento com usuários e entre a equipe. **CONCLUSÃO:** os achados apontam que a diretriz do acolhimento ainda tem muito que avançar e que é necessário transformar as práticas de saúde para que estas sejam capazes de atuar em consonância com os princípios do SUS. Sendo assim, é necessário a criação de espaços de consideração da autonomia e valorização do sujeito, onde o acolhimento é implantado com um dispositivo que interroga os processos intercessores que constroem as práticas de saúde e nos permite ouvir os ruídos existentes nesta estrutura.

O APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL E A QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Luciana Pinto Barros de Oliveira, Maria Cecília Araújo Carvalho

Palavras-chave: Apoio Matricial, Saúde Mental, Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família

Este estudo teve por objetivo investigar como as ações de apoio técnico especializado em saúde mental – apoio matricial – podem contribuir para a qualificação das

equipes de Saúde da Família e para o desenvolvimento de ações de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. Foi realizado um estudo de caso através do levantamento de informações sobre a rede de saúde da área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro e de entrevistas com gestores e profissionais das Clínicas da Família Victor Valla, Rodrigo Yamawaki Aguilar Roig e Zilda Arns, do NASF Manguinhos e do CAPS III João Ferreira da Silva Filho, localizados nessa área. As entrevistas foram analisadas utilizando a análise de conteúdo a partir de três categorias de análise: organização e desenvolvimento das ações de matriciamento; abordagem do sofrimento psíquico na atenção primária e a integração do cuidado e formação e qualificação profissional. Foram discutidas as diferenças entre dois modos de funcionamento do apoio matricial em saúde mental junto às equipes de Saúde da Família - no primeiro, profissionais de Saúde Mental do NASF apoiam os profissionais da Clínica da família e no segundo, o trabalho de apoio matricial na clínica da família é realizado pela equipe do CAPS. Verificou-se que o apoio matricial já está instituído nas unidades pesquisadas e que as diferenças entre o matriciamento feito por CAPS ou por NASF estão relacionadas principalmente à regularidade e sistematização das ações e à forma de inserção dos profissionais de saúde mental do CAPS e do NASF, havendo vantagens e desvantagens em cada modo de funcionamento. Os relatos dos profissionais revelam que as equipes de saúde da família estão bem qualificadas para a abordagem dos problemas de saúde mental e o apoio matricial em saúde mental se revela como uma potente ferramenta de educação permanente para as equipes de Saúde da Família.

O APOIO MATRICIAL NO MUNICÍPIO DE ARACAJU: A PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Tais Fernandina Queiroz, Carlos Galberto Franca Alves

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica, Apoio matricial, Atenção básica, Saúde Mental

O movimento denominado Reforma Psiquiátrica tem como principal objetivo a substituição do modelo de cuidado às pessoas com transtorno mental. Para tanto, busca o desenvolvimento de estratégias de intervenções que combinem o tratamento clínico especializado e a reinserção social. Nesta perspectiva, a proposta de apoio matricial surge como alternativa para a articulação desse modo de atenção à saúde mental. Dentro desta discussão, o presente estudo tem por objetivo descrever a percepção dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) acerca do desenvolvimento das ações de saúde mental na atenção básica do município de Aracaju-SE. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 11 profissionais de nível superior dos CAPS da rede de atenção psicossocial. O conteúdo de tais entrevistas foi sistematizado através de uma matriz de análise construída a partir da revisão da literatura e dos objetivos específicos desta pesquisa. Através da análise de conteúdo das entrevistas, foi possível identificar que as ações de apoio matricial são desenvolvidas de forma diversa nos CAPS, porém em todos os serviços estas ações podem ser caracterizadas pelo enfoque na assistência. Percebeu-se, ainda, que a postura de indiferença e desconhecimento dos profissionais da atenção básica em relação ao apoio matricial pode gerar conflitos na relação com a equipe dos CAPS, dificultando muitas

vezes o acompanhamento do usuário ou até mesmo limitando o escopo das ações. Acredita-se na relevância deste estudo na medida em que poderá contribuir para a qualificação das ações desenvolvidas pela rede de atenção psicossocial junto à rede de atenção básica em Aracaju, contribuindo assim para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no município.

O ATENDIMENTO NA SAÚDE PÚBLICA: DIMENSÕES DA COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL, DA HUMANIZAÇÃO E DO CAPITAL SOCIAL

Simone Alves de Carvalho

Palavras-chave: comunicação interpessoal, humanização, capital social

Este artigo apresenta as dimensões da comunicação interpessoal, da humanização e do capital social dentro do ambiente de atendimento na saúde pública. O objetivo é demonstrar de que maneira a integração destes temas consolida um local saudável e agradável para trabalhadores e pacientes. A metodologia é o levantamento bibliográfico em livros e documentos disponibilizados na internet sobre os assuntos propostos. A qualidade no atendimento da saúde pública deve ser considerado prioritário, pois, ao garantir o direito básico à saúde, permite-se que a população tenha possibilidade de exercer seus direitos e deveres em outras esferas, como educação e trabalho, tornando-se um cidadão capaz e pleno. Para tanto, deve existir a preocupação com alguns aspectos que, embora não diretamente relacionados com a assistência médica, ou seja, profissionais do setor, equipamentos e imóveis, são fundamentais para que a qualidade proposta seja atingida. O ponto principal aqui são questões como a comunicação e a humanização dos serviços, que devem ser itens de

preocupação do profissionais envolvidos. A tese de doutorado em andamento pesquisa indicadores que possam avaliar os trabalhos realizados nesses setores dentro da saúde pública, com base na Política Nacional de Humanização (PNH) e no conceito de capital social proposto por Bourdieu. O capital social pressupõe confiança entre os membros da rede; capacidade de estrutura social; e existência de fluxos informacionais e normas para reger o processo. O sistema público de saúde deve apresentar esses fatores para exercer seu trabalho de maneira satisfatória. Conclui-se que a comunicação, por sua vez, precisa de muita atenção, pois o ato de comunicar, por mais corriqueiro que possa parecer, demanda planejamento estratégico, mensagens objetivas e discursos alinhados com a realidade sociocultural de seus cidadãos. A comunicação pública deve ocorrer entre as instituições públicas e a sociedade, com o objetivo de promover a troca ou o compartilhamento das informações de interesse público, nesse caso específico, sobre questões de saúde, que vão desde campanhas de vacinação até as explicações detalhadas sobre cirurgias complexas.

O BRINCAR COMO RECURSO TERAPÊUTICO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Giana Gislanne da Silva de Sousa, Flavia Loila Chaves, Maria Neyrian de Fátima Fernandes, Priscilla Ingrid de Sousa, Víctor Pereira Lima, Marcela Rangel de Almeida, Thaisa Negreiros de Melo, Hádina Diniz Lima Moraes

Palavras-chave: O brincar, Criança hospitalizada, Enfermagem pediátrica

APRESENTAÇÃO: No processo de trabalho da enfermagem, o cuidar é um instrumento básico que permite assistir o ser humano

em sua totalidade, fundamentando-se tanto na sensibilidade quanto no conhecimento científico e compromisso profissional. Nesse sentido, acredita-se ser essencial que os enfermeiros conheçam as experiências infantis sobre os medos relacionados à hospitalização. O brincar é inerente à fase infantil do ser humano, por isso, constitui-se em um direito. Considerando isso, essa prática não deve ser interrompida mesmo durante a hospitalização, o brincar é um dos fatores importantes para o desenvolvimento cognitivo, psicomotor social e afetivo da criança, o que contribui significativamente para um tratamento humanizado. O brincar no período da hospitalização provoca melhora do humor, distração, redução da ansiedade e estresse nas crianças, resultando em uma melhor adesão ao tratamento e reestabelecimento da saúde. Este estudo tem como objetivo compreender a percepção dos enfermeiros sobre o brincar como recurso terapêutico. MÉTODO: pesquisa descritiva exploratório de abordagem qualitativa. Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética/UFMA, sob parecer 340.285. Realizada com doze enfermeiros que atuam em um hospital pediátrico de Imperatriz- MA, durante o período de junho e julho de 2013. Os dados foram coletados através de questionário semiestruturado composto por questões de identificação e norteadoras, analisados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin. RESULTADOS: foram identificadas duas categorias, o brincar no cuidado de enfermagem e a contribuição do enfermeiro através do brincar. Percebeu-se que os profissionais demonstraram ter conhecimento sobre as formas de utilização da prática do brincar como recurso de cuidado, entretanto não incorporam na assistência. Os entrevistados responderam com unanimidade que o brincar é um recurso terapêutico que contribui beneficentemente na relação profissional/criança/família,

todavia, as limitações estruturais interferem na execução do brincar no hospital. CONSIDERAÇÕES FINAIS: percebeu-se que os enfermeiros compreendem que o brincar tem importância na assistência à criança hospitalizada gerando benefícios, entretanto não é desenvolvido na prática devido à falta recursos estruturais adequados para desenvolver o brincar na assistência diária a criança hospitalizada.

O CUIDADO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA DE UM MUNICÍPIO BAIANO: DESAFIOS NA SUA PRODUÇÃO

Janine Pereira Pereira Alves, Simone Santana Santana da Silva

Palavras-chave: Produção do cuidado, Enfermagem, Atenção à Saúde

A produção do cuidado em saúde pode ser compreendida como um processo que envolve ações, posicionamentos e atitudes baseados em conhecimento científico, técnico, cultural, social, econômico, político, psicológico e espiritual. Esta produção busca promover, manter e/ou recuperar a saúde, dignidade e plenitude humana. A qualidade na prestação e recebimento deste cuidado que passa, necessariamente, por um caminho de intermediação e construção coletiva entre o profissional e a pessoa numa coletividade. O presente estudo é resultado de um projeto de Iniciação Científica da Universidade do Estado da Bahia, de título: Produção do cuidado de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família de um município baiano. Este trabalho tem como objetivo apresentar uma perspectiva sobre a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir da concepção das enfermeiras, no município de Senhor do Bonfim/BA. Busca discutir a produção do cuidado como campo dinâmico, interdisciplinar e estruturado, constituído

pelos relacionamentos entre diferentes instituições, núcleos profissionais, grupos internos e agentes sociais que o compõem. O campo empírico contou com seis enfermeiras e a coleta de dados foi feita através da entrevista semi-estruturada. A análise dos dados foi baseada na análise de conteúdo temática. Como resultado revelou que a coordenação das unidades é assumida pela enfermeira a partir da delimitação do seu trabalho nas ações programáticas para grupos específicos e coordenação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Tal realidade confirma que a ESF ainda não consegue ofertar um cuidado integral e resolutivo para a comunidade frente às limitações impostas no seu dia a dia. O estudo revela ainda a dificuldade na produção do cuidado satisfatório não só devido à falta de insumos, mas também pela fragilidade de assistência da gestão na manutenção de cuidado dos usuários. Tal aspecto reforça a incoerência existente entre o SUS enquanto proposta e o SUS real. Outro aspecto revelado é a gerência em enfermagem como um instrumento apropriado de política de promoção do cuidado seja através da organização das ações ou mediação entre os sujeitos. Embora tal aspecto apareça na discussão da pesquisa, a gerência apresenta-se capturada por ações impostas pelo sistema que repercutem em ações superficiais e de baixo impacto. A prática das ações em saúde implica em resultados que possibilita os indivíduos ampliar o controle sobre suas vidas através da participação em grupos visando transformações das realidades sociais e política. Com base na análise das entrevistas, foi possível compreender, deste modo, que o processo de produção do cuidado no município se consolida de modo fragmentado, desarticulado e pontual. Consolida-se no desdobramento de práticas voltadas para grupos específicos e para resolução de demandas colocadas

verticalmente, pouco dialógica e fragilmente resolutivas. Frente aos diferentes entraves, que impactam no desenvolvimento da produção do cuidado, aponta a necessidade da construção de alternativas para que o cuidado seja efetivado com êxito.

O CUIDADO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E OUTRAS DROGAS SOB A PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR

Samira de Alkimim Bastos, Claudiany Gonçalves Oliveira, Jéssica Fernanda Gonçalves, Emille Maiane Santana Santos, Gisele Martins dos Santos, Jennyfe Sabrine de Freitas Batista, Eliane Silva Gonçalves

Palavras-chave: Interdisciplinaridade, cuidado, atenção psicossocial

Para além da crise, muitos usuários chegam aos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas -CAPS AD repletos de amplas demandas clínicas, psíquicas e sociais. Face a isto, vê-se que o acompanhamento na dependência de substâncias psicoativas-SPAS necessita da interação de vários saberes. O presente trabalho buscou refletir sobre a produção de cuidado no CAPS AD e suas interfaces com a interdisciplinaridade. Trata-se de um estudo de revisão da bibliográfica. Percebeu-se que as discussões que envolvem a integridade do cuidado na dependência de SPAS ainda não tem conseguido produzir mudanças significativas nas práticas desenvolvidas e que apesar de ser incessante evocada no plano da teoria e da prática, a interdisciplinaridade ainda encontra barreiras para se efetivar como práxis. Tendo em vista a complexidade dos problemas colocados pela dependência de SPAS o trabalho no CAPS AD, constitui um processo dinâmico, caracterizado pelas interfaces entre as diversas áreas inseridas nesse espaço. Devido ao seu caráter

multidimensional, o acompanhamento desenvolvido no CAPS AD, para além de uma abordagem multidisciplinar, deve ser organizado na perspectiva interdisciplinar. Na prática interdisciplinar, não se pretende desvalorizar ou negar a legitimidade das especialidades. O que se busca é a superação da fragmentação do conhecimento e das dicotomias engendradas, por seu caráter parcelar, de modo a reconhecer e respeitar as especificidades de cada área profissional, uma vez que cada disciplina possui tanto uma qualidade de interação quanto uma produção de efeito diferente diante do cuidado/escuta/tratamento. Diante do exposto, nota-se que é mister superar a atomização produzida pela visão unidisciplinar, que fragmenta o objeto de cuidado. Os profissionais que atuam no CAPS AD devem ter a dimensão de que lidam com situações complexas, numa tessitura que envolve vários aspectos do viver humano numa sociedade igualmente complexa, com suas variadas faces. Nesse sentido a formação desses profissionais devem incluir uma multiplicidade de olhares e saberes para apreender a dinâmica da saúde como uma acumulação social, expressa num estado de saúde.

O DESAFIO DAS CONFIGURAÇÕES FAMILIARES ATUAIS NO TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria Irene Ferreira Lima Neta, Edna Maria Peters Kahhale

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Família, Equipe de Saúde

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e

consolidação da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php, acesso em 15/09/2015). Assim é necessário uma formação continuada das equipes de saúde sobre os significados de família, foco e sua atenção. Falar de família não é fácil, principalmente nos dias atuais em que encontramos variadas formas de configurações familiares tanto na vivência cotidiana quanto na conceituação realizada por estudiosos que trabalham tanto com pessoas quanto com famílias. A compreensão de cada membro das equipes de saúde sobre o que entendem por família poderá possibilitar um trabalho mais integrado e consistente, sem discriminações. Isto porque para alguns família pode estar pautada nos vínculos parentais, para outros nos conjugais, nas relações de convivência e co-habitação e ainda, ter como referência a família extensa. Além disso, é necessário se pensar também na diversidade de vínculos relacionais que as famílias vem formando, tais como padrasto, madrasta, afilhado, co-cunhado, tio, afins e assim por diante. E com tamanha diversidade de conceitos e vivências, temos que levar isto em conta ao trabalharmos no campo da saúde. Assim temos por objetivo analisar as diversas possibilidades conceituais de configurações familiares e assim pensar em como trabalhá-los com as equipes de saúde. A ampliação do debate por parte das equipes dos profissionais de saúde pode qualificar a assistência aos usuários e promover a equidade, uma vez que nem sempre a família assumida pelo profissional é a mesma assumida pelas diferentes famílias assistidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família.

O DISCURSO DE APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO: PERCEPÇÃO DAS GESTANTES ALÉM DA FALA PROFISSIONAL

Debora Fernanda Haberland, Andrea Cristina Coelho Scisleski

Palavras-chave: Discurso, Aleitamento, Gestação

Este trabalho surge de uma dissertação de mestrado em psicologia, buscando problematizar aos discursos de apoio à mulher durante o momento gravídico puerperal, preparando – a para amamentar, no contexto de uma instituição filantrópica que oferece o serviço de Assistência pré-natal. Em um contexto geral de políticas públicas voltadas para a assistência pré-natal atuam como um conjunto de cuidados interdisciplinares focados a proteger mãe e o feto desde início da gestação até período puerperal, sendo sua finalidade principal a diminuição da morbidade e da mortalidade materna e perinatal. Porém, ao tratar do assunto de Aleitamento Materno são visíveis que os saberes que envolvem essa prática vão além do discurso profissional, as mulheres vivenciam esse momento de forma diferente e há influência de diversos fatores que intervêm nesta prática. Para realizar esta investigação foram realizadas duas oficinas com as gestantes, optou-se pela pesquisa-intervenção. Durante as oficinas foi criado um espaço para que pudessem compartilhar experiências já vivenciadas, expor seus medos e angústias e sanar dúvidas que pudessem existir. Nas discussões e resultados apontamos as falas trazidas por essas mulheres sobre como as próprias se sentiam, percebemos que os discursos trazidos pelos profissionais de saúde relatados por elas, embora referissem de forma positiva, por vezes, geravam sentimento de obrigatoriedade

de amamentar, essa cobrança foi descrita também devido alguns protocolos das instituições a fim de apoiar o aleitamento, a cobrança social relacionada à sua capacidade como “ser uma boa mãe”, a interferência da mídia e suas ferramentas para gerar certos comportamentos em determinadas populações se demonstraram presentes. Para análise dessa discussão buscou – se debater não apenas como esse discurso se dá pelas políticas públicas, mas também como as próprias mulheres que vivenciam este processo e como vários fatores se tecem para que essa prática aconteça, embasamo-nos nas reflexões de Foucault e outros pensadores para nos auxiliar nessa análise. Conclui – se que a forma como certos enunciados modelos e protocolos funcionam sobre elas é visível em seus discursos. As ferramentas de controle do corpo, influência da mídia, julgamento social, entre outras formas de atuar sobre essa população, acabam por acarretar dificuldades nas formas de assistir essas diferentes mulheres que estão vivenciando a gestação e o nascimento. Essa reflexão se faz necessária para que possamos pensar além das práticas aprendidas, a compreender a construção do cuidado além da fala profissional e nos auxiliar a repensar certas práticas buscando oferecer uma assistência que atenda às necessidades da mulher que está vivenciando a gestação.

O GERENCIAMENTO DO CUIDADO DA ENFERMEIRA NO CONTEXTO HOSPITALAR: LIMITES E DESAFIOS

Tassiany Caroline Souza Trindade, Simone Santana da Silva

Palavras-chave: Serviços hospitalares, administração em enfermagem, cuidado

No contexto da saúde, inclusive na enfermagem, vivenciam-se cotidianamente situações de cuidado, em todos os níveis

de atenção em diferentes cenários. No sentido amplo, o cuidado não deve ser resumido apenas em ações para correção o de distúrbios e promoção do bem-estar. As ações de cuidado podem levar para a assistência, as mais legítimas aspirações por saúde de indivíduos e populações. Para isso, articula o uso das tecnologias, os profissionais e ambientes terapêuticos, para atender as necessidades peculiares de cada indivíduo e coletividades. Este estudo tem como objetivo compreender como se consolida o Gerenciamento do Cuidado de profissionais de enfermagem em um Hospital da Bahia. Pesquisa qualitativa, realizada com cinco (05) enfermeiras atuantes de um serviço hospitalar no município de Senhor do Bonfim/BA. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e optou-se pela utilização da Análise de Conceito Temática para melhor apreensão do conceito em estudo. Os resultados evidenciam que mesmo a gerência sendo atribuição do processo de trabalho das enfermeiras, tais profissionais demonstraram dificuldades para associar essas atividades como cuidado direto ao usuário e sim como atribuição gerencial isolada. Tal contexto pode ser entendido como uma experiência centralizada e normativa que pactua preceitos antigos baseados na administração clássica. A organização do trabalho de enfermagem, em especial no âmbito hospitalar, sofre influência do modelo taylorista/fordista, da administração clássica e do modelo burocrático. As características que podemos colocar em destaque são: a fragmentação do trabalho com separação entre concepção e execução, o controle gerencial do processo de produção associado à rígida hierarquia, a racionalização da estrutura administrativa e a ênfase em sistemas de procedimentos e rotinas. Foi possível demarcar através do estudo que as profissionais possivelmente pactuam o que é estabelecido pela organização da instituição que tem a

perspectiva de cumprir metas definidas. Apesar disso, é importante compreender se o gerenciamento for ofertado com foco no usuário do serviço há grande possibilidade de se consolidar o gerenciamento do cuidado como atividade que faz parte do dia-a-dia de trabalho. Desse modo, no desenvolvimento das suas atividades diárias, as profissionais precisam compreender que as dimensões assistenciais e gerenciais são indissociáveis e exigem das profissionais o distanciamento dos (pré) conceitos do gerenciamento burocrático e a aproximação à perspectiva do gerenciamento do cuidado, que têm o usuário na centralidade das ações.

O MEDO DE TOSSIR EM ADULTOS NO PÓS-OPERATÓRIO: CONDIÇÃO OBSERVADA POR EXTENSIONISTAS

Víctor Pereira Lima, Alana Gomes de Araújo Almeida, Janaína Nunes do Nascimento, Adna Nascimento Souza, Renata Pereira Almeida, Lívia Maia Pascoal, Pedro Martins Lima Neto, Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos

Palavras-chave: Enfermagem, Sistema Respiratório, Tosse

APRESENTAÇÃO: A tosse constitui um importante mecanismo de defesa na remoção de secreções excessivas e de corpos estranhos das vias aéreas, e encontra-se em evidência entre as condições que podem afetar a recuperação do paciente após a realização de um procedimento cirúrgico. É comum existirem dúvidas sobre o procedimento e suas consequências durante o pós-operatório, principalmente por pacientes submetidos a toracotomias e cirurgias abdominais altas, que tendem a considerar a tosse como um elemento prejudicial à sua recuperação e preferem não tossir da forma correta ou simplesmente não tossir. Diante dessa problematização, o presente estudo teve

por objetivo relatar o medo de tossir em pacientes adultos no período pós-operatório mediato de cirurgias torácicas e abdominais altas a partir da observação dos extensionistas. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de uma pesquisa qualitativa observacional realizada por extensionistas do PROJETO DE EDUCAÇÃO EM EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS – PEER. Os pacientes avaliados tinham entre de 18 a 80 anos e encontravam-se no pós-operatório mediato de cirurgias torácicas e abdominais altas. O estudo ocorreu na Unidade de Clínica Cirúrgica do Hospital Municipal de Imperatriz – HMI e seguiu os princípios éticos sob o parecer de ética 629.315 CEP-UFMA. RESULTADOS: Durante as atividades desenvolvidas pelos acadêmicos do PEER, observou-se que grande parte dos pacientes com tosse presente, mostrava resistência quanto ao ato de tossir, seja por dor ou medo de complicações na incisão cirúrgica. É importante destacar que esta situação influencia diretamente o acúmulo de secreções nos pulmões e pode comprometer a recuperação do paciente. Verificou-se, ainda, que a maioria dos pacientes no pós-operatório apresentou dúvidas relacionadas à tosse, ao procedimento cirúrgico e suas possíveis complicações, ocasionando ansiedade em grande parte dos avaliados. Assim, as orientações da equipe de enfermagem atuavam como um fator determinante para amenizar a ansiedade e desmistificar possíveis medos que pudessem ser apresentados pelos pacientes. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Durante as atividades desenvolvidas em campo, observou-se que os pacientes no pós-operatório apresentaram medo de tossir, principalmente após a realização de cirurgias de grande porte, tais como as torácicas e abdominais altas. Contudo, após as orientações e intervenções técnicas realizadas pelos extensionistas de como tossir corretamente, foi perceptível a melhora no estado geral dos pacientes.

O OLHAR DA EQUIPE DE ESF SOBRE O CUIDADO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DOENÇAS RARAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Daniela Koeller R Vieira, Pedro Vitiello, Patricia Santana Correia, Dafne D.G Horovitz, Maria Auxiliadora Monteiro Villar, Juan C. Llerena Jr

Palavras-chave: pessoas com deficiência, doenças raras, políticas de saúde, atenção primária

O Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes de cuidado à saúde de pessoas com deficiência (PcD) e doenças raras (DR) no SUS através das Portaria MS/GM nº 793, de 24/04/2012 (Rede de Cuidados à PcD) e nº 199, de 30/01/2014 (Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com DR). Este trabalho integra o projeto “Crianças e adolescentes com deficiências e doenças genéticas: interface entre a Atenção Primária (AP) e a atenção de média e alta complexidade”, do Centro de Genética Médica do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, CAEE 13823013.6.0000.5269 e tem por objetivo identificar como os profissionais da AP entendem seu papel na implantação das políticas de saúde para PcD, doenças genéticas e malformações congênitas. Foi realizada etnografia institucional tendo os grupos focais como ferramenta de pesquisa. O estudo ocorreu nas cidades de Angra dos Reis e Rio de Janeiro. Foram realizados 06 grupos focais (período de 2013 -2014) com agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, dentistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais. Submeteu-se o material a técnica de análise de conteúdo e categorizado por análise temática. Encontrou-se 04 classes temáticas: formação profissional e trabalho;

estrutura e articulação da rede de serviços; cuidado a PcD e DR na AP; aspectos culturais relacionados as PcD. O primeiro tema refere-se a relatos de formação profissional geral; sobre a formação e trabalho do ACS. A formação das diversas categorias sobre o tema PcD foi considerada insuficiente. O segundo grupo (estrutura e articulação da rede de serviços no SUS) incluiu: identificação de profissional de referência para o encaminhamento, o desconhecimento da rede, a dificuldade de receber contra referências, no acesso à rede e a ausência de transporte e meios auxiliares de locomoção; a existência de equipes incompletas ou com excesso de famílias; áreas com baixa cobertura e a necessidade de melhoria da qualidade na AP. Foram citados aspectos subjetivos: a questão da desvalorização da AP e valorização do hospital/especialista; a desinformação/desconhecimento sobre a AP. O terceiro tema refere-se ao cuidado na AP. Incluem-se o reconhecimento do papel e ações na AP (diagnóstico, prevenção e cuidado); identificação de condições genéticas, malformações congênitas e deficiências, o cadastro de PcD e o papel de porta de entrada; uso de projetos terapêuticos, história familiar; coordenação do cuidado e NASF; percepção de aumento da vulnerabilidade das famílias de PcD). Apesar de todas as equipes terem identificado estas ações, não houve correlação com as propostas das portarias. O quarto tema fala de outros aspectos relacionados asPcD: a identificação de mudanças culturais/sociais, a invisibilidade, o papel da mídia como instrumento de informação e a medicalização da infância. Os dados aqui apresentados corroboram a necessidade de ampliar as ações de sensibilização e educação permanente das equipes de AP e da rede de saúde em geral, sobre as portarias ministeriais que definem e regulamentam o cuidado a saúde desta parcela da população.

O OLHAR DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS SOBRE COLEGAS GAYS E LÉSBICAS

Bruno Vitiritti Ferreira Zanardo, Guilherme Ribeiro Gama, Sonia Maria Oliveira de Andrade

Palavras-chave: LGBT, homofobia, serviços de saúde, relação profissional

A homofobia é um termo atual utilizado para designar o preconceito para aqueles de quem supõem o desejo ou prática sexual com indivíduos do mesmo sexo. Este trabalho tem por objetivo analisar a forma como médicos e enfermeiros veem seus colegas de trabalho gays e lésbicas. Foram entrevistados quatorze médicos e enfermeiros de orientação hétero e homossexual, que atuam profissionalmente na cidade de Campo Grande-MS. O referencial teórico utilizado é o da psicologia social, de cunho construcionista. A abordagem construcionista apresenta-se como uma postura fortemente desreificante, desnaturalizante e desessencializante, que radicaliza tanto a natureza social do nosso mundo quanto a historicidade de nossas práticas e de nossa existência. As entrevistas foram colhidas entre janeiro e abril de 2013, após autorização do Comitê de Ética/UFMS e assinatura do TCLE. Os resultados revelaram que os médicos e enfermeiros entrevistados acreditam haver preconceito contra os colegas de classe, porém esse preconceito é velado e não manifesto de maneira clara e objetiva. Percebeu-se que quando o profissional é declarado homossexual sua percepção dessa realidade é mais detalhada e ilustrada de exemplos vividos, ou por si ou por demais colegas. Viu-se que médicos e enfermeiros heterossexuais do sexo masculino rejeitam a ideia da existência de um preconceito e discriminação em seu próprio ambiente de trabalho, porém vale ressaltar que a ideia desses eventos nos

discursos destes profissionais representaria ameaças e manifestações de agressão. As enfermeiras heterossexuais aproximaram-se de um discurso inclusivo e solidário a realidade vivenciada pelos colegas, relatando que o que ocorre é uma segregação natural, ocasionada provavelmente pela cultura heteronormativa, em que se exclui a naturalidade dos discursos de pessoas homossexuais. A diversidade encontrada nos discursos dos profissionais médicos e enfermeiros nos permite uma aproximação do quadro vivenciado pelos profissionais homossexuais. A partir do conhecimento da realidade poderíamos refletir e evoluir as opiniões acerca dela.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO À CRIANÇA AUTISTA

Priscilla Ingrid de Sousa Ferreira, Andressa Arraes Silva, Giana Gislanne da Silva de Sousa, Tayanne Queiroz Porcinio, Victor Pereira Lima, Adna Nascimento Sousa, Vitor Pachelle Lima Abreu, Maria Neyrian de Fátima Fernandes

Palavras-chave: Autismo, cuidar, enfermagem

APRESENTAÇÃO: O autismo é considerado um transtorno invasivo do desenvolvimento. Manifesta-se antes dos três anos de idade, caracteriza-se pelo comprometimento no desenvolvimento em três áreas específicas: social, comunicativa e comportamental. Estima-se que no mundo 1 em cada 88 nascidos vivos, tenha autismo. No Brasil, em 2010, foi estimado que aproximadamente 500.000 pessoas tivessem autismo. Nesse contexto, o enfermeiro é responsável por desenvolver ações de reabilitação a fim de ajudar o paciente a enfrentar a própria realidade, reconhecer e compreender suas habilidades, capacidades e aprender a conviver com suas limitações. O cuidado

de enfermagem deve, também, ser voltada para as mães dessas crianças, de modo a prevenir qualquer hipótese de adoecimento psíquico, propiciando uma tríade mãe-filho-enfermagem, essencial para o desenvolvimento de uma assistência mais favorável a toda família. OBJETIVO: Este trabalho objetiva avaliar o papel do enfermeiro no cuidado à criança autista. MÉTODOS: Foi realizado um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa. Os dados coletados e desenvolvidos através do método de pesquisa-ação com 4 enfermeiras no Centro de Atenção Psicossocial Infantil Juvenil (CAPSij) do município de Imperatriz – MA. A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética sob o número do parecer 1.073.622. O instrumento utilizado foi um questionário semiestruturado para análise da importância do cuidado de enfermagem à criança autista. RESULTADOS: Como resultado, percebeu-se que o enfermeiro deve ser capacitado para observar e analisar o comportamento de cada criança, desta forma, poder precocemente avaliar os primeiros sintomas do autismo e obter uma hipótese diagnóstica a qual poderá interagir com a família e equipe multiprofissional buscando a escolha do tratamento mais adequado. O enfermeiro tem o papel de ser agente socializador, incluindo a criança autista na sociedade, papel de cuidador, educador, orientar a família sobre o autismo, ajudar os pais a lidar com a criança. O reconhecimento, a princípio, acerca da importância da atuação da equipe de enfermagem no cuidado à criança autista é fundamental para se estabelecer maior qualidade no cuidado destinado a esses pacientes. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Espera-se que os resultados deste estudo forneçam informações que melhor instrumentalize os enfermeiros a exercer seu papel na área de saúde mental voltado para o cuidado destinado ao autista e sua família.

O PERFIL DOS CUIDADORES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM FIBROSE CÍSTICA

Stella Pegoraro Alves, Denise Bueno

Palavras-chave: Fibrose Cística, Cuidadores, Assistência Farmacêutica

O objetivo deste trabalho foi identificar o perfil do cuidador principal de pacientes pediátricos com Fibrose Cística, assim como os caminhos percorridos e as dificuldades enfrentadas pelos mesmos perante o tratamento. Estudo transversal, descritivo e prospectivo, no qual foi realizada, durante a consulta farmacêutica, entrevista com cuidadores de pacientes com Fibrose Cística acompanhados em um Centro de Referência de um Hospital Universitário do Sul do Brasil, no período de dezembro de 2014 a maio de 2015. Foram coletadas informações gerais sobre os cuidadores, assim como informações sobre o entendimento da patologia, os medicamentos em uso do paciente e a dinâmica do tratamento em domicílio. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Grupo de Pesquisa e Pós Graduação da instituição na qual o estudo foi realizado. Dos 78 pacientes incluídos no estudo, 3 relataram que não possuíam cuidador, sendo totalizados 75 entrevistados. A maioria (98,7%) era do sexo feminino e 96% dos casos os cuidadores configuraram-se na figura materna. Apenas 14 entrevistados (17,9%) informaram revezar os cuidados. A idade variou de 20 a 64 anos, sendo a média de 37,3 anos. A maioria (29,3%) possuía o ensino médio completo e 51% não trabalhava fora do domicílio. Mais da metade dos cuidadores (64%) demonstrou possuir bom entendimento sobre Fibrose Cística, 25,3% entendimento regular e 10,7% entendimento ruim da doença. Foi relatado que 56,6% dos pacientes são acompanhados somente nesse Centro

de Referência. Sobre os medicamentos a média é de 6,5 medicamentos prescritos por paciente de um total de 485, desses, os entrevistados souberam relatar a utilização correta de mais de 80% deles. Sessenta e um entrevistados referiram dificuldade de aquisição de um ou mais medicamentos, totalizando 98 medicamentos, sendo a maioria polivitamínicos importados pela Secretaria Estadual de Saúde. Muitos relatam dificuldades para obter informações sobre a falta de medicamentos por parte dos serviços de saúde assim o incômodo com a complexidade dos envios das receitas de medicamentos e laudos para os órgãos competentes. Para o paciente não interromper o tratamento com o medicamento em falta, 22,4% dos entrevistados informaram recorrer às Associações de Fibrose Cística, porém 24,5% permaneceram sem o medicamento até uma possível normalização. As dificuldades no tratamento, além da aquisição dos medicamentos, foram relatadas por 32% dos entrevistados: 11,5% informaram dificuldade na administração dos medicamentos, 10,3% na realização da fisioterapia e outros 10,2% relataram outras dificuldades como na alimentação do paciente, realização de atividades físicas e renovação das receitas. Observou-se o gênero e a figura materna representando nesse contexto de cuidado em saúde, um papel importante na continuidade do tratamento. A exigência de uma atividade exclusiva do cuidador altera o cotidiano familiar, gerando sobrecarga e impactos na vida desses. As associações de Fibrose Cística para os pacientes apareceram como alternativas na busca dos cuidadores ao itinerário terapêutico do medicamento quando existe dificuldade de acesso.

O PERFIL DOS MONITORES LOCAIS DA DESCENTRALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE NO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

Ana Lúcia Pereira da Silva

Palavras-chave: Vigilância Sanitária, Descentralização, Monitores locais

Diante da realidade de que se desvela juntamente com a crescente importância da descentralização da Vigilância Sanitária (VISA), o desafio principal é, sem sombra de dúvida, nesse contexto os municípios de pequeno porte (mpp). O artigo apresenta uma pesquisa que objetivou aprofundar a representação do sujeito responsável pelas ações da descentralização no seu município, o qual se nomeou aqui por “monitores locais da descentralização”, através do recorte dos mpp. Este trabalho contribui com evidências para a Vigilância Sanitária ao relacionar as informações acerca do assunto proposto. Na primeira parte do estudo, é apresentada uma revisão da literatura sobre a descentralização, com aprofundamento nas limitações para implementação em Mato Grosso do Sul. Na segunda parte do estudo, o método utilizado de caráter exploratório-descritivo, inicialmente é levantado dado do Relatório de monitoramento das vigilâncias sanitárias municipais (não publicados) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, utilizado enquanto estratégia de acompanhamento da descentralização tanto pela ANVISA como pela Coordenação Estadual de Vigilância Sanitária do Mato Grosso do Sul – CVISA/MS, oportunizou a revelação das informações para serem interpretadas favorecendo as diversas perspectivas propostas. A partir das análises, buscou-se identificar o perfil dos monitores – com enfoque nos: cargos/função, tipo de vínculo, formação acadêmica e tempo

de coordenação na VISA municipal. Assim, de modo geral, pode-se concluir que os resultados apresentados nesse artigo são fortes sinais que a maioria dos monitores é coordenadores da VISA, grande parte com formação fora da área da saúde, em cargo comissionado e pouco tempo de exercício da função. Esse caminho nos conduz a necessidade de ampliar a visão, desta forma, sugere-se que além de discussões na expectativa de levar a luz o assunto velado: monitores- profissionais de VISA, promover a quebra dos paradigmas existentes da profissão. Já que esse é o alvo a ser atingido, outra função imprescindível deste é auxiliar e contribuir com a realização de futuras pesquisas.

O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES COM AVC ATENDIDOS POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Karina Ayumi Martins Utida, Mariana Bogoni Budib, Luciana Shirley Pereira Zanela, Adriane Pires Batiston

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral, Residência Multiprofissional, Saúde do Idoso

APRESENTAÇÃO: O acidente vascular cerebral (AVC) é causado por alteração da circulação cerebral que resulta em perdas de função neurológica. Além do comprometimento motor e cognitivo, compromete a autoestima e autoimagem do indivíduo, bem como sua interação com a família e a sociedade. A Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) é um centro de reabilitação que dá continuidade ao processo de tratamento no pós-alta de unidades de alta complexidade, fornecendo atendimento multiprofissional dirigido a pessoas em situação de dependência,

visando contribuir para a melhoria do acesso do cidadão em situação de fragilidade, promovendo a funcionalidade e reduzindo as incapacidades. Por tratar-se de uma doença que acarreta sequelas muitas vezes graves e por ser o maior responsável pelos encaminhamentos à UCCI, o objetivo do presente estudo foi investigar o perfil sociodemográfico dos pacientes atendidos pela equipe multiprofissional com diagnóstico de AVC. Método: Este estudo foi realizado na UCCI, no Hospital São Julião, no município de Campo Grande/MS. Trata-se de um estudo transversal com dados secundários. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário estruturado e investigados os dados sociodemográficos de pacientes atendidos no período de março de 2014 a março de 2015. Foram incluídos todos os pacientes encaminhados com diagnóstico de AVC e excluídos aqueles que tiveram dados faltantes no prontuário. Resultados: Foram admitidos 36 pacientes com diagnóstico de AVC, destes dois foram excluídos por terem alta solicitada antes do tempo de internação pactuado. Foram analisados os prontuários de 34 pacientes, com idade variando entre 20 e 86 anos, sendo a idade média de $56,62 \pm 2,66$ anos (média \pm erro padrão da média). Entre os pacientes, 53% tinha mais de 60 anos, 52,9% era do sexo feminino, 47,1% era cor parda e 47,1% era casado ou estava em uma união estável. A maior parte tinha escolaridade até o ensino fundamental completo (79,4%) e 41,2% eram aposentados. A maior parte dos avaliados possuía renda familiar de até 1 salário mínimo (52,9%). Sobre os hábitos de vida, a maioria não era tabagista (73,5%), nem etilista (85,3%) e quase a totalidade era sedentária (97,1%). Considerações finais: O perfil sócio demográfico dos pacientes estudados vai de encontro aos dados do IBGE, que identifica 55% da população idosa como sendo do sexo feminino. Em paralelo a isto o censo de 2010 define que

30,7% dos idosos no Brasil tinham menos que um ano de instrução. Desta forma, delinea-se uma linha muito estreita entre a baixa escolaridade com os cuidados com a saúde, que envolvem desde a adesão ao tratamento voltado à doenças crônicas, hábitos alimentares, prática de atividades físicas, que poderiam prevenir o AVC. Compreender o papel que os indivíduos ocupam na sociedade sob o aspecto social, econômico e político é fundamental para que a Equipe de Saúde possa atender suas demandas sócio sanitárias apreendendo estes indivíduos em sua totalidade.

O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL

Rosane Souza Freitas, Thábata Cristy Zermiani, Rafael Gomes Ditterich, Maiara Tauana Souza Nievola, Janaina Naumann Nasser

Palavras-chave: Política pública, sistema prisional, Sistema Único de Saúde

O sistema prisional brasileiro vem sofrendo uma superlotação e isto reflete diretamente na condição de saúde da população carcerária, sendo agravada por fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos e comportamentais. O objetivo deste trabalho foi analisar o processo de implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), sendo desenvolvido a partir de uma revisão de literatura. O Sistema Único de Saúde (SUS), delineado desde a Constituição Federal de 1988, tem dentre suas linhas norteadoras a universalidade, a equidade e a integralidade. Entretanto, existem inúmeras fragilidades que acometem principalmente populações

mais vulneráveis como a carcerária. Anterior ao SUS, a norma nº 7.210 de 1984, que estabeleceu a Lei de Execução Penal, já trazia diretrizes de defesa ao acesso à saúde. Após o SUS, a fim de facilitar e promover um atendimento em saúde mais efetivo no sistema prisional, foram instituídas leis e políticas mais específicas, dentre elas, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, estabelecido por meio da Portaria Interministerial nº 1.777 de 2003. Devido às limitações desse plano, mais recentemente, em 2014, publicouse a Portaria Interministerial nº 1, a qual instituiu o PNAISP, sob responsabilidade conjunta dos Ministérios da Saúde e da Justiça, e que estabeleceu a inserção formal da população prisional no SUS, tendo como principal objetivo o acesso ao cuidado integral em saúde. Dentre outras medidas, estabeleceu que cada unidade prisional seja um ponto integrante da Rede de Atenção à Saúde. O PNAISP, ao preconizar o respeito aos direitos humanos, a intersetorialidade, a humanização da atenção à saúde, o fomento ao controle social e o monitoramento das ações desenvolvidas através da análise dos indicadores e das metas estabelecidas de acordo com as especificidades regionais, propicia a reorganização do Sistema Prisional de Saúde. Vários Estados e Municípios já aderiram ao PNAISP desde sua criação, sendo que muitos já inauguraram novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Prisionais. No entanto, sua implantação é recente e ainda está em processo de estruturação e de adesão de todo território brasileiro. É uma política de extrema importância, mas sua efetivação requer empenho daqueles que acreditam em um sistema prisional melhor e mais humanizado, e assim criem estratégias e ações que propiciem maior qualidade de vida e dignidade das pessoas em cárcere.

O PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA: O DESAFIO DO TRABALHO INTERSETORIAL E INTERDISCIPLINAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU

Yansy Aurora Delgado Orrillo

Palavras-chave: Programa Saúde na Escola, Intersetorialidade, interdisciplinaridade

APRESENTAÇÃO: O Programa de Saúde na Escola (PSE) é uma iniciativa brasileira que aborda temas sobre saúde com a comunidade escolar, vinculando intersetorialmente o setor saúde e educação. Nesse sentido o objetivo deste estudo é analisar a proposta da intersetorialidade do PSE a partir das experiências dos atores envolvidos no desenvolvimento do programa, do setor saúde e educação, no município de Foz do Iguaçu-Brasil no período de 2014 e 2015. **METODOLOGIA:** O estudo apresenta uma abordagem qualitativa, para o qual foi utilizado como técnica de coleta entrevistas baseadas em roteiros, e o método de análise de conteúdo de Bardin (2009) seguindo os passos propostos pelo autor para a categorização da informação e para a análise de resultados. O estudo teve uma fase de pesquisa de campo onde foram realizadas as entrevistas individuais e coletivas no município de Foz do Iguaçu-Brasil, e outra de análise documental e bibliográfica. Os participantes do estudo foram gestores, profissionais de saúde e professores de ensino fundamental que inseridos no PSE-Brasil. No total foram realizadas 20 entrevistas. **RESULTADOS:** Dentre os resultados encontrados, pode-se perceber que tanto gestores, profissionais de saúde e professores, têm dificuldade para articular-se e desenvolver ações de promoção e educação em saúde. Os atores observam como grande limitador de suas

atividades a falta de comunicação entre as instituições o que termina repercutindo na relação entre eles. No cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde e educação, as relações e condições de trabalho impedem a efetividade do programa, já que muitos se sentem sobrecarregados com um trabalho a mais para realizar. O PSE preconiza um trabalho interdisciplinar dos professores, na abordagem de diversos temas sobre prevenção de doenças, promoção e educação em saúde, mas a maioria deles ainda se restringe a ensinar conteúdos específicos da sua área. Nesse sentido temas sobre saúde são percebidos pelos professores como alheios ao seu trabalho. E os profissionais de saúde têm enraizado o pensamento biologista e preventivo da saúde, pelo que têm dificuldade para trabalhar a promoção em saúde nas escolas. Na implantação do PSE no município de Foz do Iguaçu, o trabalho intersetorial e interdisciplinar entre seus atores envolvidos que desenvolvem as ações do programa ainda é um grande desafio. É necessário um trabalho maior da gestão, para estruturar e organizar melhor o programa no nível municipal, bem como reforçar e valorizar as ações dos profissionais de saúde e educação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O primeiro passo é o incentivo ao diálogo entre as esferas envolvidas que contribuirá na articulação das mesmas, e na questão do trabalho interdisciplinar dos atores, é muito importante que eles conheçam o programa, e tenham formação continuada para o desenvolvimento das ações para depois poder planejar as ações em conjunto. No entanto, o PSE veio com uma interessante proposta que é preciso dar continuidade para conseguir trabalhar interdisciplinarmente questões de saúde e educação na comunidade escolar.

O PROGRAMA MAIS MÉDICO E OS EFEITOS NO MUNDO DO TRABALHO EM MUNICÍPIO DE CONTEXTO SINGULAR NA AMAZÔNIA

Rodrigo Tobias de Sousa Lima, Nayara Maksoud, Júlio Cesar Schweickardt

Palavras-chave: Atenção Básica, Micropolítica, Gestão do Trabalho,

O objetivo do estudo foi analisar o efeito da presença do profissional médico pertencente ao PMM na produção de consultas médicas na atenção básica, e na relação com a equipe de saúde no município de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil. Trata-se de um estudo transversal, descritivo-analítico, dividido em duas partes: com uma abordagem quantitativa e análise de dados secundários do SIAB e ESUS no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2015; e uma parte de abordagem qualitativa, mediado por entrevistas ocorridas em abril de 2015 que, segundo Contandriopoulos e colaboradores (1997), pretende analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento das relações profissionais e a produção do trabalho na relação do PMM na atenção básica no contexto específico da Amazônia. Em dois anos, o programa aumentou a cobertura da estratégia de saúde da família, o que garante uma assistência em saúde a cerca de 50 mil pessoas em São Gabriel da Cachoeira. As equipes com PMM acompanham mais as crianças menores de um ano e aquelas até cinco anos de idade, bem como 110% e 134% mais atendimentos por dia para gestantes e puérperas respectivamente que os médicos que não pertencem ao PMM, refletindo acesso da população na atenção à saúde da mulher e impacto positivo na produção do cuidado. Os médicos têm suprido as carências de atendimento à população, e imprimido um

modelo de atenção que acolhe e cuida das pessoas e oferece uma atenção integral para toda a família (BRASIL, 2015).

O QUE A LITERATURA FALA SOBRE A CROCHETAGEM?

Edgard Victor da Rocha Lupi

Palavras-chave: Ganchos, algias, fisioterapia

A Crochetagem idealizada pelo fisioterapeuta sueco Kurt Ekman, no fim da década de 1940, é um método instrumental, pouco conhecido entre os profissionais fisioterapeutas, que utiliza ganchos de aço inox ou de poliamida, não doloroso e voltado às algias de origem mecânica do aparelho locomotor. Os ganchos, formados por angulações permitem uma boa adaptação aos relevos anatômicos, alguns apresentando espátulas em suas extremidades, dão auxílio ao fisioterapeuta para acessar tecidos e aderências profundas, trazendo a possibilidade de um tratamento conservador rápido e eficaz, onde o movimento intertecidual comprometido por corpúsculos fibróticos ocasionados por traumas, microtraumas, inflamações e até a obesidade é reestabelecido. O método consiste em três efeitos específicos que se correlacionam, onde: o efeito mecânico permite a recuperação e a extensibilidade do tecido conjuntivo; o efeito circulatório proporcionado pelo contato cutâneo com a face lateral da espátula do gancho demonstra um efeito histamínico (hiperemia profunda); os efeitos reflexos, tendo como base a Neurobiologia do sistema neurológico sugerem um efeito reflexo pelo efeito mecânico do gancho, principalmente em nível de trigger points, promovendo uma inibição do pré-motoneurônio, diminuindo a descarga motora, ocasionando num relaxamento muscular. Este estudo teve como finalidade unir e trazer a público,

literaturas dentre apostilas, artigos científicos, monografias e livros datados entre os anos de 2005 a 2015, que relatam os benefícios, malefícios e ineficácias do método da Crochetagem, também chamada de diafibrólise percutânea. Hoje, a literatura ainda encontra-se limitada a revisões bibliográficas, relatos de caso e intervenções com pequeno número de amostras. Embora todos os resultados obtidos tenham sido significativos, onde o método não demonstrou causar malefícios durante sua intervenção, e ser eficaz em várias áreas da fisioterapia. São necessários estudos científicos com amostras em quantidades maiores e com materiais com um poder científico mais satisfatório, além dos materiais que trazem o teor do estudo baseado em evidência.

O SIAT-BA COMO SERVIÇO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DEFEITOS CONGÊNITOS

Dione Fernandes Tavares, Gildasio Carvalho da Conceicao, Angelina Xavier Acosta

Palavras-chave: Agentes Teratogênicos, Promoção, Prevenção, Gravidez

APRESENTAÇÃO: Agentes teratogênicos são qualquer substância, organismo, agente físico ou estado de deficiência que estando presente durante a vida embrionária ou fetal, produz alteração na estrutura ou função do feto. Na prevenção do aparecimento desses defeitos congênitos, foi estruturado o Sistema de Informação sobre Agentes Teratogênicos - SIAT, inicialmente implantado no Brasil em 1990, em Porto Alegre - RS, sendo o primeiro desta área na América Latina. O SIAT-BA foi implantado na cidade de Salvador, no Serviço de Genética Médica do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos - (COM-HUPES), da Universidade Federal da Bahia, em 2001. É um serviço gratuito que esclarece quanto aos riscos

teratogênicos relacionados à exposição de mulheres grávidas a esses agentes. DESENVOLVIMENTO: O SIAT-BA oferece atendimento gratuito à comunidade em geral e profissionais da área de saúde, dentro do projeto de extensão da Universidade Federal da Bahia (UFBA). As consultas podem ser realizadas por telefone (atendimento: segunda à sexta-feira das 13h às 17h.), e-mail ou mediante ao preenchimento de formulário de consulta disponível no site do serviço. As consultas via e-mail e formulário eletrônico são respondidas por acadêmicos dos cursos de graduação na área de saúde da Universidade Federal da Bahia, após pesquisa detalhada no banco de dados específico sobre teratogenia, é repassada para conclusão e revisão final e posterior envio ao consulente em formato de laudo. RESULTADOS: De acordo com o número de consultas registradas no período de 2001 a 2015, observou-se que o serviço é subutilizado em relação ao seu grau de importância preventiva. Uma maior divulgação torna-se necessária devido à sua importância para a população, em especial às comunidades mais carentes, que na maioria das vezes não têm acesso ao serviço de saúde, ficando assim, exposto a diversos agentes teratogênicos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Sabe-se que os defeitos congênitos correspondem à segunda causa de mortalidade infantil no primeiro ano de vida, sendo que a exposição a agente teratogênicos pode ser diminuída através de informações básicas prestadas por esse sistema. Sendo assim, o principal objetivo é a prevenção do aparecimento de defeitos congênitos na comunidade em geral, informando em especial, à mulheres gestantes, ou aquelas que desejam engravidar, sobre riscos relacionados às exposições a medicamentos e outros agentes químicos, físicos ou biológicos, potencialmente teratogênicos, ou seja, capazes de causar malformação ao feto durante a gestação.

O TRABALHO DA ATENÇÃO À CRISE EM UM CAPS II: O DESAFIO DE SER SUBSTITUTIVO

Maura Lima, Magda Dimenstein

Palavras-chave: trabalho, atenção à crise, CAPS

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) em vigor, sintonizada com as formulações da Organização Mundial de Saúde e com os princípios do SUS, caracteriza-se como uma Política territorial, de base comunitária e apoiada na Estratégia da Atenção Psicossocial (Eaps). Com a perspectiva da integralidade e a lógica territorial do SUS, a PNSM busca consolidar o processo de transformação da assistência às pessoas em sofrimento psíquico, de um modelo manicomial-hospitalocêntrico para o modelo territorial-comunitário que, prevendo a construção de um lugar de participação social para o louco, possa substituí-lo. Com essa perspectiva, desenha-se um modelo de cuidado em liberdade. Dentro desse desenho, o CAPS é um equipamento estratégico da Rede de Atenção Psicossocial em sua missão substitutiva. A Atenção à Crise aparece como um eixo fundamental para o êxito do ofício de cuidado substitutivo desse serviço. Ao mesmo tempo, é reconhecida pelo Ministério da Saúde como um dos maiores desafios do campo da Atenção Psicossocial, materializado dentro do trabalho das equipes em seus ofícios de fazer avançar as práticas psicossociais. Atuando como um braço de investimento na direção dos enfrentamentos necessários rumo à consolidação do modelo defendido pela PNSM, a nossa pesquisa teve como objetivo conhecer operacionalização da Atenção à Crise em um CAPS II, bem como avaliá-la, frente aos princípios da Eaps, na perspectiva dos seus trabalhadores. Inspirados na metodologia da Pesquisa-interventiva e no ideário político-social da Análise Institucional, ofertamos através

de entrevistas de implicação, um espaço de reflexão e troca aos trabalhadores possibilitando que eles se lançassem em auto avaliações, por meio da construção de compreensões acerca do modo como operam, a finalidade de suas ações, os desdobramentos das ações nos usuários, bem como os seus lugares enquanto atores dessas ações. Resultados indicam dificuldades em “dar conta” da crise. O hospital psiquiátrico aparece como um recurso quando os suportes familiares e dos CAPS III da rede não podem ser acionados. Um aspecto macropolítico apontado como elemento de forte interferência nas dificuldades identificadas no trabalho da atenção à crise foi a falta de suporte de rede, revelando um analisador: o “enfartamento do serviço”. Enfartamento que indica também um enfraquecimento da ação micropolítica dos trabalhadores. Tais resultados sinalizam que o cuidado à crise é desenvolvido sem conexão tenaz com os princípios éticos-políticos da Eaps. Ao mesmo tempo, a construção de ações intersetoriais, os vínculos bem constituídos, a participação do usuário e o apoio matricial indicam uma trilha de cuidado mais potente para fazer frente às demandas complexas das situações de crise.

O TRABALHO DO (A) ASSISTENTE SOCIAL COM USUÁRIOS (AS) E FAMÍLIAS EM UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Flavia Simplicio Andre Staneck

Palavras-chave: Serviço Social, Hospitais de Emergência, Privatização, Família, Saúde

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho se insere no campo dos estudos do Serviço Social na saúde. Tendo em vista apreender a ação do (a) assistente social na promoção da saúde, através da socialização de informações sobre direitos garantidos em Lei, além disso, busca ampliar a capacidade

de organização dos (as) usuários (as) e as estratégias utilizadas pelo (a) assistente social na Emergência. O estudo em questão procura refletir sobre os desafios e possibilidades, frente às condições de trabalho do (a) assistente social que atua numa instituição de saúde pública com gestão privada, tendo a finalidade da promoção da saúde dos (as) usuários e de suas famílias através do acolhimento, escuta ativa e orientação sobre os direitos sociais. Desenvolvimento do Trabalho: Pretende-se apresentar o estudo sobre o trabalho do (a) assistente social junto a usuários (as) e suas famílias na Emergência de um Hospital. Trata-se de referenciar o conceito ampliado de saúde, tendo como ponto de partida a análise do histórico da política de saúde no Brasil, busca apreender as mudanças nesta política, tendo em vista a privatização da saúde e suas repercussões no trabalho dos (as) assistentes sociais neste contexto. RESULTADOS E/ OU IMPACTOS: O estudo busca contribuir com a ampliação de políticas públicas que garantam melhorias e a concretização dos direitos da população usuária nos serviços de saúde, diante das privatizações que tornam as condições de trabalho dos trabalhadores da saúde precárias. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Portanto, o estudo sobre o trabalho do (a) assistente social com usuários (as) e famílias na emergência foi importante, como mais um instrumento de capacitação sobre a questão das condições de trabalho do (a) assistente social na área da saúde, e de sua relevância na construção democrática do conhecimento, articulada às demandas propostas, de forma a fortalecer os meios necessários para mudança da realidade dos usuários, através da capacitação quanto à cidadania e aos direitos sociais, e através da socialização de informações aos usuários (as) e suas famílias.

O TRABALHO DO APOIO MATRICIAL POR UM CAPS II: DESAFIOS DA TERRITORIALIZAÇÃO

Maura Lima, Magda Dimenstein

Palavras-chave: trabalho, apoio matricial, CAPS

O Apoio Matricial é uma ferramenta estratégica da Política de Saúde Mental para garantir o princípio da integralidade das ações em saúde. Ele se dá a partir da oferta de saberes-fazeres técnicos especializados às equipes da Atenção Básica, a fim de que elas possam incluir as demandas de saúde mental em suas ações. Cotidianamente estas equipes se deparam com diversas formas de sofrimento psíquico, porém, avaliando-se incapacitadas para acolhê-las, apresentam dificuldades para incluí-las em seus escopos de intervenção. Dentro do que reza a Estratégia de Atenção Psicossocial (EAPS), o matriciamento se sobressai como ferramenta capaz de intervir nas recusas de acolhimento às demandas de saúde mental na Atenção Básica. Tendo em vista o papel dos CAPS de articuladores e ofertantes dessa tecnologia, buscamos avaliar, através dos trabalhadores de um CAPS de Recife, o modo como o matriciamento vem sendo realizado e seus efeitos na rede. A partir de uma pesquisa-intervenção, ofertamos aos trabalhadores espaços de entrevistas e rodas de conversa em que puderam refletir sobre o sentido da realização dessa prática e seus efeitos. Como resultados, indica-se que, apesar de estar previsto pela Política o papel estratégico dos CAPS no matriciamento, sua lógica ainda não se encontra incorporada no entendimento e na ação de toda a equipe, sendo marcado pela lógica do atendimento domiciliar e ambulatorial. Entretanto, a partir das ações que têm sido possível realizar, identifica-se na rede a aproximação e a assunção de algumas equipes matriciadas da Atenção

Básica com as demandas de saúde mental dos usuários, além de uma diminuição da emergência de crises nos lugares em que se consegue efetivar a prática.

O USO DE CONTRATOS DE GESTÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE EM CURITIBA-PR

Thabata Cristy Zermiani, Natália Naome Oshiro, Ana Flávia Mastriani Arantes, Rebeca Alves Lins de Albuquerque, Mydia Caroline Santos Quintino, Samuel Jorge Moyses, Rafael Gomes Ditterich

Palavras-chave: Contratualização, Atenção Primária à Saúde, Pactuação de metas

Com a implantação do Sistema Único de Saúde houve a necessidade de um processo de descentralização, no qual as decisões foram deslocadas para os níveis locais, mais próximas dos usuários dos serviços de saúde. Integrando os mecanismos de gestão em saúde, algumas cidades iniciaram um processo de revisão dos planejamentos e dos protocolos que culminaram com a implantação dos Contratos de Gestão. Este trabalho tem como objetivo descrever a percepção dos trabalhadores da saúde no município de Curitiba-PR, sobre o uso do Contrato Interno de Gestão/Termo de Compromissos (TERCOM) como ferramenta na gestão e organização da atenção primária à saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória e de análise quantitativa com a finalidade de reproduzir a metodologia proposta em 2005 pelo Banco Mundial (2006) após 10 anos de sua realização, na qual, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, foram entregues questionários estruturados para os servidores de ensino superior da saúde da Secretaria Municipal de Saúde. O presente estudo focalizou nos dados referentes à gestão dos cuidados

primários à saúde no referido município, buscando compreender o impacto da utilização das metas e indicadores pactuados na organização da atenção à saúde em Curitiba-PR. O TERCOM foi apontado pela maioria dos servidores como um instrumento importante na organização do processo de trabalho nas Unidades de Saúde em Curitiba. Os diferentes trabalhadores sinalizaram que ele é uma ferramenta que tem maior potencial para identificar do que para solucionar os problemas existentes. Sobre o processo de pactuação das metas dos indicadores no TERCOM, a maioria dos participantes sustentou que existe nenhum ou pouco diálogo no processo de negociação das metas, já que o gestor do Distrito Sanitário impõe algumas metas e renegocia outras. Concluiu-se que por meio de metas e objetivos preestabelecidos no TERCOM, o município vem desenvolvendo mecanismos que ressaltam a importância da corresponsabilidade entre os trabalhadores da saúde em nível local, a gestão municipal e a população. No entanto, há ainda lacunas importantes na concreta efetivação da gestão pactuada, sendo necessário que os profissionais de saúde se apropriem de todas as fases da pactuação do TERCOM.

O USO DOS MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PACIENTES – REVISÃO SISTEMÁTICA

Agnes Fonseca Ribeiro Filardi, Vânia Eloisa de Araújo, Yone de Almeida Nascimento, Djenane Ramalho de Oliveira

Palavras-chave: Psicotrópicos, pesquisa qualitativa, revisão sistemática

INTRODUÇÃO: As discussões críticas sobre a expansão do uso dos medicamentos em campos sociais para a redefinição das experiências e comportamento humano

têm sido realizadas desde a década de 1970, e ainda se apresentam como atuais. Os debates abordam questões como as perspectivas do uso excessivo de medicamentos na tentativa de transformar a experiência da dor em contrapartida ao uso esperado no tratamento das enfermidades. Na atualidade observamos um aumento significativo do uso dos medicamentos psicotrópicos para lidar com todas as formas de mal-estar e sofrimento humano. Os benzodiazepínicos e os antidepressivos em especial têm sido amplamente usados por longos períodos. Para conhecer mais sobre as crenças e as motivações para prescrição e uso dos medicamentos psicotrópicos foi desenvolvida uma revisão sistemática de estudos qualitativos que abordaram o uso do medicamento por adultos para lidar com as dificuldades, estresse ou eventos negativos da vida. OBJETIVO: Compreender o uso dos psicotrópicos na perspectiva dos profissionais de saúde e pacientes. MÉTODOS: Revisão sistemática de estudos qualitativos que abordaram a prescrição e o uso dos psicotrópicos para lidar com dificuldades, estresse ou eventos negativos da vida pessoal. Foram pesquisadas as bases de dados Medline (Pubmed), Cochrane, Psycinfo, Lilacs, incluindo literatura cinzenta e busca manual (jun./2015). RESULTADOS: Um total de 568 publicações foi avaliado em etapas, sendo incluídos 26 estudos com 876 participantes. Os médicos prescritores sentem-se tocados pelos problemas dos pacientes, e percebem o uso do medicamento como um mal menor frente às dificuldades apresentadas. Os profissionais de saúde se preocupam com a dependência dos pacientes com os medicamentos e a pressão para prescrever psicotrópicos. Os pacientes sentem-se incapazes de resolver seus problemas e buscam a medicação como solução. CONCLUSÃO: Os medicamentos psicotrópicos foram descritos pelos médicos como seguros e bem tolerados pela maioria

dos pacientes e efetivos para o alívio de sintomas leves e severos de tristeza, pessimismo e ansiedade, insônia crônica, entre outros. A decisão de prescrever era tomada baseada em critérios clínicos, tendo em vista também as restrições organizacionais de tempo, a falta de acesso para alternativas, o custo e a percepção da atitude do paciente. Os profissionais de saúde de um modo geral preocupavam-se com a possibilidade de dependência excessiva de medicamentos e a pressão para prescrever psicotrópicos para condições diversas da doença mental. As razões para o início do uso dos psicotrópicos variaram, mas uma proporção elevada dos participantes das pesquisas relacionou o uso com o estresse social. Os pacientes consideravam problemático usar medicamento para a “mente” e por isso eram ambivalentes quanto a sua utilização, mas não eram receptores passivos dos psicotrópicos, pois avaliavam o risco do uso, a dependência e o potencial de alienação social, em relação aos benefícios. A maioria decidiu que o psicotrópico melhorou sua qualidade de vida. Os sintomas gerados pela interrupção, experimentados ou imaginados, e o medo de recaída foram identificados como fortes barreiras para a cessação do uso.

O USO RACIONAL DE PLANTAS MEDICINAIS E SUAS INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS EM VIDEOAULAS: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO

Fernanda dos Santos Tobin, Rogério Dias Renovato, Bruna Beatriz Gonçalves Bruno

Palavras-chave: Plantas medicinais, Vídeoaula, Saúde

Introdução: As plantas medicinais são um recurso terapêutico muito difundido entre os idosos, porém muitos desconhecem os riscos de interações entre medicamentos e

plantas medicinais, ocasionando possíveis reações adversas e interferências na eficácia da farmacoterapia. Uma das maneiras de disseminar estes conhecimentos seria o emprego de videoaulas e vídeos educativos acerca do assunto, pois são de fácil acesso e de rápida difusão. Objetivos: desenvolver, implementar e avaliar o uso de videoaulas sobre o uso seguro e racional de plantas medicinais, assim como elaborar lista de plantas medicinais citadas em pesquisas realizadas no Mato Grosso do Sul (MS). Método: revisão de literatura de artigos sobre plantas medicinais do MS; elaboração de lista contendo as plantas mais conhecidas; revisão de literatura sobre videoaulas; elaboração de videoaulas a partir de roteiro prévio, gravação das videoaulas e para edição foi utilizado o editor de vídeo CamtasiaStudio; apresentação aos alunos da UNAMI/UEMS (Universidade Aberta da Melhor Idade da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul); avaliação através de questionário, tendo como variáveis qualidade e relevância das videoaulas como estratégia de ensino. Resultados: foram encontrados 31 artigos, destes 2 eram estudos realizados no MS que citavam plantas medicinais nativas. Foram listadas 25 plantas e elaboradas duas vídeoaulas, com os temas: O que é planta medicinal e suas finalidades; Processos de preparação de chás; Cada vídeo teve em média dois minutos de duração, tendo como recursos a fala do apresentador e também slides com imagens das plantas medicinais. Treze alunos da UNAMI/UEMS participaram da avaliação; Após aplicação dos questionários, verificou-se que 62% dos alunos classificaram a qualidade da vídeoaula como boa. Durante a edição e gravação dos vídeos o mais preocupante foi a qualidade do áudio e da imagem, mesmo não dispondo dos melhores recursos para gravação, buscou-se utilizar uma câmera de boa qualidade e um editor que estivesse

disponível para edição de forma gratuita. Cerca de 46% dos alunos responderam que a experiência de evidenciar o conteúdo por meio do vídeo foi excelente, 46% avaliaram a qualidade, som e interatividade como ótima, o que reforça que essas novas tecnologias possuem potencial educativo e complementar. Considerações finais: Existe escassez de literatura sobre a estratégia vídeoaula, assim como pesquisas sobre plantas medicinais nativas do Estado do Mato Grosso do Sul consequentemente estudos sobre as interações delas com os medicamentos. Espera-se que com o avanço e maior acesso às tecnologias de comunicação e informação, o emprego das vídeoaulas possa contribuir como estratégia relevante e complementar ao processo ensino-aprendizagem em espaços cibernéticos.

OBESIDADE EM IDOSOS DO PROJETO AMI

Luciane Perez da Costa, Claudete Santa Brunetto, Alessandra Milani Melo, Iza Janaina Goes Fahed, Ângela Hermínia Sichinel, Márcia Maria da Costa, Carlinda Pedroso, Luciana Cristina Cayres Moraes -

Palavras-chave: idosos, obesidade, IMC

Apresentação: Obesidade vem aumentando entre idosos nas últimas décadas, tendo sido detectada prevalência de 30% entre idosos ambulatoriais brasileiros segundo as Diretrizes de Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Em recente estudo foi analisada a prevalência das doenças mais envolvidas, seus padrões e sua relação com a idade e sexo, foi observado um dado interessante no que diz respeito à obesidade: há uma gradativa redução na frequência de obesos com o passar do tempo. Analisar a prevalência de obesidade conforme faixa etária e sexo em 220 idosos assistidos

no ambulatório do Hospital São Julião em Campo Grande, MS, participantes do Projeto AMI – Avaliação Multidisciplinar do Idoso. Desenvolvimento do trabalho: Estudo descritivo/transversal analítico, orientado pelo método quantitativo em pesquisa. Para a análise estatística, utilizamos o programa Epiinfo versão 3.4.3, bem como fórmulas matemáticas. O parâmetro utilizado para o diagnóstico de Obesidade foi o Índice de Massa Corpórea (IMC) conforme a classificação da Diretriz de Cardiogeriatría que considera Peso normal IMC 18,5-27 kg/m²; Sobrepeso IMC entre 27 a 29,9 kg/m²; Obesidade IMC > ou igual 30 kg/m². A amostra foi composta por 220 idosos (n=220), sendo 83 homens (37,7%) e 137 mulheres (62,3%), que foram avaliados no período de março de 2007 a maio de 2011. A idade variou de 60 a 97 anos (mediana = 73 anos). Resultados: A população estudada foi classificada conforme faixa etária e sexo. Nas 137 pacientes do sexo feminino observamos que 71 (51,82%) apresentavam peso normal; 13 (9,48%) apresentavam sobrepeso e 55 (40,14%) apresentavam obesidade. Nos 83 pacientes do sexo masculino observamos que 61 (74,49%) apresentavam peso normal; 13 (16,66%) apresentavam sobrepeso e 9 (10,84%) apresentavam obesidade. Considerações finais: Os dados resultantes do estudo demonstraram haver discreta diminuição da presença de obesidade conforme aumento da faixa etária. Os resultados obtidos contribuem para a reflexão acerca da concretização dos resultados a partir dos trabalhos desenvolvidos pela equipe multidisciplinar quanto à atenção aos idosos, atendendo aos diferentes contextos. Uma vez que as questões da obesidade e do envelhecimento humano requerem atenção especial dos profissionais envolvidos.

ONDE ESTÃO OS SANITARISTAS BRASILEIROS?

Gisele Antoniaconi, Daniel Canavese

Palavras-chave: Sanitarista, distribuição, profissionais da saúde

No Brasil, o sanitaria tem sido denominado como o profissional de saúde com formação em Saúde Coletiva. O que o diferencia dos outros profissionais é seu conhecimento e habilidade de compreender o processo saúde-doença de forma ampliada, rompendo com os aspectos biologicistas, incorporando determinantes socioambientais e interagindo cotidianamente com a saúde pública. Por mais que sejam considerados sanitaria todos profissionais da saúde com especialização lato ou stricto sensu na área de Saúde Coletiva, além dos recentes bacharéis em Saúde Coletiva, estão cadastrados no Cadastro Nacional de Especialidades (CNES) apenas médicos e enfermeiros sanitaria. Dessa forma o objetivo deste estudo foi o realizar um levantamento de número de sanitaria cadastrados no CNES e o contingente de sanitaria por habitantes no Brasil. Para isso foram utilizados dados secundários provenientes do CNES disponibilizados pelo DATASUS e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram coletados dados do ano de 2014 de todos os estados brasileiros e calculado o número de profissionais por um milhão de habitantes por estado e posteriormente os dados foram agrupados por regiões. O Brasil conta com número restrito de profissionais cadastrados como sanitaria no Cadastro Nacional de Especialistas (CNES). No ano de 2014 o país tinha apenas 6,2 profissionais cadastrados para cada 1.000.000 de habitantes, quadro que se agrava nas regiões norte e centro-oeste que em 2014 contavam com 3,1 e 3,3 para cada 1.000.000 de habitantes,

respectivamente. Os estados do Sudeste são os que apresentam maior número de profissionais por habitantes (8,8), seguidos pelos do Nordeste (5,1). Os resultados suscitam reflexões importantes, uma delas diz respeito a quantidade de médicos e enfermeiros sanitaria que estão cadastrados no CNES. A segunda refere-se a ausência de outros profissionais da saúde que são sanitaria e não constam no cadastro. Essa primeira análise demonstra disparidades no espaço da formação, da educação continuada e no mundo do trabalho no país, no que tange a interação com o sanitaria.

OS DESAFIOS NA PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR A ÂMBITO INSTITUCIONAL NA ÓTICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE: UMA DISCUSSÃO A PARTIR DA ANÁLISE DO CENÁRIO DE UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE BRASILEIRA

Leonardo Passeri de Souza, Wildo Navegantes de Araújo

Palavras-chave: infecção hospitalar, prevenção & controle, instituições de saúde

Considerando que ainda existem grandes desafios no processo de prevenção e controle de infecção hospitalar a serem enfrentados, principalmente por parte das instituições de saúde, esse estudo buscou discutir sobre os desafios na prevenção e controle de infecção hospitalar no âmbito institucional na ótica do profissional de saúde, a partir da análise do cenário de uma instituição de saúde brasileira pública localizada na unidade federativa do Distrito Federal. Para apreender os desafios buscou-se analisar a percepção dos principais profissionais de saúde envolvidos na gestão da prevenção e controle de infecção hospitalar da instituição de saúde, que para fins desse estudo, consistiu nos membros da

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição, sendo utilizado como método de estudo a análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, onde cada entrevista foi transcrita, e a partir da transcrição e análise do conteúdo de todas as entrevistas, foram extraídos trechos das falas dos entrevistados, que foram agrupados por temas e ideias semelhantes em categorias de análise. Sendo assim, ao final da análise do conteúdo das entrevistas foram formuladas quatro categorias de análise, onde cada categoria dispõe de uma série de desafios apreendidos correspondentes a sua temática, sendo elas: Os entraves da estrutura institucional para a prevenção e controle de infecção hospitalar; A responsabilidade não compartilhada da prevenção e controle de infecção hospitalar: todos são controladores de infecção hospitalar; As lacunas da rede interinstitucional de saúde para a prevenção e controle de infecção hospitalar; As limitações do arcabouço político-legal da prevenção e controle de infecção hospitalar. Logo, embora esse estudo tenha buscado discutir sobre os desafios na prevenção e controle de infecção hospitalar em âmbito institucional, limitando-se a analisar o cenário de uma instituição de saúde em específico, a partir da percepção dos profissionais entrevistados, verifica-se que as questões levantadas evidenciam que os desafios inerentes ao processo de prevenção e controle de infecção hospitalar podem perpassar por vários contextos, abarcando desde questões relacionadas às lacunas na estrutura institucional até limitações no arcabouço político-legal da prevenção e controle de infecção hospitalar. É indiscutível o atual fortalecimento na prevenção e controle da infecção hospitalar na busca contínua de melhoria da qualidade assistencial e segurança do paciente. Entretanto, apesar da importância da prevenção e controle

de infecção hospitalar vir ganhando grande espaço na questão da segurança do paciente e qualidade da assistência à saúde, deve-se ter a prudência de que a infecção hospitalar não se torne apenas um indicador de qualidade da assistência saúde, pois, a infecção hospitalar, além de uma preocupação na saúde, possui dimensões políticas, sociais, culturais, tecnológicas, econômicas entre outras, representado uma questão bem mais complexa do que uma questão apenas vinculada a segurança do paciente e qualidade da assistência à saúde. Dessa forma, conclui-se que, diante da complexidade das dimensões que abrangem a infecção hospitalar e da existência de importantes desafios no seu processo de prevenção e controle a serem enfrentados, torna-se imprescindível a constituição de esforços no desenvolvimento de ações que de fato atuem no enfrentamento desses desafios.

OS IMPACTOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANCHESTER PARA A ENFERMAGEM ATUANTE NO PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE SANTARÉM-PA

Jéssica Samara dos Santos Oliveira, Lays Oliveira Bezerra, Veridiana Barreto do Nascimento, Layme Sammer da Costa Lima, Jose Benayon Martins de Neto, Aline Taketomi

Palavras-chave: Protocolo de Manchester, Urgência e Emergência e Enfermagem

APRESENTAÇÃO: O protocolo de Manchester é definido como um sistema de classificação de acolhimento, de uso exclusivo dentro dos setores de urgência e emergência, cujas finalidades estão pautadas na redução das filas dentro das unidades de pronto socorro e/ou de unidades de pronto atendimento (UPA), na diminuição

do tempo de espera, além de influenciar na qualidade da assistência prestada aos clientes permitindo-lhes satisfação sob os serviços oferecidos. Neste contexto, esta pesquisa buscou identificar os impactos da implementação do Protocolo de Manchester no acolhimento de um pronto socorro do município de Santarém na percepção do profissional enfermeiro atuante no acolhimento. DESENVOLVIMENTO: Trata-se de uma pesquisa de campo com embasamento bibliográfico, de cunho quantitativo e exploratório, realizado em um pronto socorro no município de Santarém no Estado do Pará. A amostra do estudo foi composta por 5 profissionais enfermeiros do setor de acolhimento. Para levantamento de dados, utilizou-se um questionário fechado com 5 questões relativas à percepção da enfermagem diante da implantação do protocolo de Manchester no acolhimento da unidade, ressaltando, principalmente, seus benefícios e suas dificuldades. RESULTADOS: A partir da análise dos dados coletados, observou-se que 100% dos pesquisados aprovaram a implementação do protocolo. E que este minimizou o fluxo, organizou e priorizou os atendimentos mais graves dentro do setor de urgência e emergência, porém os profissionais enfermeiros pesquisados responderam que toda a equipe de enfermagem atuante no acolhimento necessita de capacitações periódicas e atualização referente à assistência de enfermagem em urgência e emergência objetivando a melhora no atendimento. No questionamento referente às dificuldades enfrentadas durante a implementação do protocolo 100% responderam que houve dificuldades e que as mesmas estavam relacionadas à aceitação da população a cerca da organização e/ou prioridades no atendimento. Outro ponto discutido pelos pesquisadores foi sobre as respostas dos clientes referente ao novo método de acolhimento, 40% afirmou que os pacientes

aceitaram positivamente a nova forma de triar/acolher, já 60% responderam que os clientes não aceitavam a utilização deste sistema de acolhimento. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir da pesquisa realizada, notou-se a importância dos serviços de priorização dos atendimentos dentro das unidades de urgência e emergência. Os protocolos são fundamentais neste setor devido à forma de organizar e estabelecer assistência rápida e adequada ao indivíduo evidenciando a humanização no processo de cuidar. Concomitantemente percebeu-se, também, que o enfermeiro é o profissional responsável pela classificação de risco do cliente, e que deve possuir conhecimentos, habilidades e capacidades para atuar em tal serviço, já que este possui habilidade natural de estabelecer contato com o paciente.

OS SABERES DAS POPULAÇÕES TRADICIONAIS SOBRE AS PLANTAS MEDICINAIS NA AMAZÔNIA

Maria Isabel de Araújo, Silas Garcia Aquino de Sousa, Naisa Lima de Souza Neta

Palavras-chave: Fitoterapia, Plantas Mediciniais, Educação Ambiental

A biodiversidade amazônica em sua magnitude não é conhecida com precisão, pois são muito complexas. Estima-se a existência de milhões de espécies distintas de plantas e o uso destas é tradicionalmente preservado e disseminado como significativa herança cultural pela população, que a passa de geração a geração, com a finalidade de aproximar o ser humano à natureza divulgando a importância da flora para as nossas vidas, auxiliando na prevenção e no tratamento de várias doenças e proteção espiritual. As práticas de uso de fitoterápicos (fito, do grego phitos, significa plantas, e terapia, tratamento). É a forma mais antiga de medicina da Terra, é o recurso de

prevenção e tratamento de doenças com plantas medicinais. Estas contêm princípios ativos - substância, ou classes quimicamente caracterizada (ex. Alcaloides, Antraquinonas, Cumarinas, Flavonóides, Glicosídeos, Mucilagens, Óleos essenciais, Resinas, Saponinas, Taninos, cuja ação farmacológica é responsável total ou parcialmente, pelos seus efeitos terapêuticos. Objetiva o presente identificar o processo que envolve os saberes tradicionais relacionados às plantas medicinais na disseminação da informação sobre o uso racional destas e a cura de doenças nas pesquisas e trabalhos em educação ambiental. A metodologia adotada no presente trabalho caracteriza-se como pesquisa-ação, pessoa-ambiente, com visita de campo in loco, através do método qualitativo, com aplicação de questionário nas feiras e mercados da cidade de Manaus no período de junho/julho de 2015. A sensibilização, conscientização e a informação são essenciais e fundamentais para que o uso das plantas medicinais proveitoso, realmente conhecer cada propriedade da planta, e compreender como ela age no organismo e a forma mais correta e fundamental no preparo e armazenagem para que possamos obter resultados satisfatórios. Como resultado prático identificou-se que a maioria da população que faz uso de plantas medicinais para o tratamento de doenças é de origem humilde e esta prática é feita de forma empírica e cultural, sendo a única economicamente acessível, que por se tratarem de plantas, as mesmas não causam malefícios à saúde, dispensando a visita ao médico. Diante disto recomendamos a importância das pesquisas de conhecimento científico e de trabalhos em educação ambiental que envolvam os saberes relacionados às plantas medicinais estabelecendo uma relação racional entre o uso de plantas e a cura de doenças.

PALAVRAS CRUZADAS COMO INSTRUMENTO POTENCIALIZADOR NO PROCESSO DE ACOLHIMENTO NO SETOR DE QUIMIOTERAPIA DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE EM BELO HORIZONTE

Douglas Barros Claudino, Clarissa Silva Pimenta, Jaqueline Marques Lara Barata, Luciana Alves Silveira Monteiro

Palavras-chave: Humanização, Acolhimento, Atividades lúdicas

APRESENTAÇÃO: O câncer é uma patologia que pode promover abalo psicológico, criando sensações de medo, angústia e desconforto, sendo um dos fatores deflagradores o tratamento quimioterápico antineoplásico. Dessa forma, o acolhimento humanizado é uma peça importante para a aceitação do paciente ao tratamento e a realidade pelo qual será submetido, pois torna-se um canal assertivo de interação entre o paciente e o serviço. Nesse sentido, as atividades lúdicas podem ser consideradas peça fundamental na otimização das relações entre os pacientes e o processo de saúde/doença, uma vez que ocupa o tempo ocioso, potencializa práticas de autoestima e estimula a memória. Dentro das atividades lúdicas tem-se a proposta das palavras cruzadas, considerando que estas oferecem informações promotoras de conhecimento sobre assuntos específicos da unidade de quimioterapia, de saúde e de humanização. Além disso, proporcionam momentos de tranquilidade e divertimento diante da rotina ambulatorial. Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo relatar o uso de palavras cruzadas como atividade lúdica junto aos pacientes em um setor de quimioterapia em um hospital de grande porte no cenário mineiro.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um estudo descritivo, do

tipo relato de experiência, na qual foram feitas apresentações sobre alguns textos referentes às cartilhas da Política Nacional de Humanização (PNH) e dos direitos dos usuários, bem como informações próprias do setor de quimioterapia da instituição campo deste relato. As atividades foram realizadas com o pacientes ambulatoriais adultos durante as sessões de quimioterapia antineoplásica. Inicialmente os pacientes eram abordados e apresentada a proposta de palavras cruzadas. Após a explicação de cada conteúdo, foram elaboradas algumas perguntas referentes aos temas propostos em forma de palavras cruzadas. Ressalta-se que após a resolução da atividade, existe um momento para apresentação das respostas e esclarecimento de possíveis dúvidas. **RESULTADOS E IMPACTOS:** O uso de palavras cruzadas no setor de oncologia promove maior conforto durante as sessões e tratamentos aos quais os pacientes são submetidos. Percebe-se que, ao realizar as atividades, o paciente sente-se mais confortável, alegre e disposto. A atividade mostrou-se positiva ao despertar interesse quanto ao esclarecimento de dúvidas sobre no setor e os temas propostos para a discussão. A otimização do tempo ocioso, que muitas vezes gera o desconforto e ansiedade, é ocupada pela atividade potencializando o processo de acolhimento no setor de quimioterapia. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A inserção do acadêmico de humanização no setor de quimioterapia pode ser considerada como um ponto de apoio para o acolhimento e a implementação da PNH. Assim, a busca por estratégias que possam otimizar as relações interpessoais entre pacientes, além de potencializar a valorização dos processos em saúde é fundamental.

PERCEPÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E FATORES ASSOCIADOS

Alessandra de Campos Fortes Fagundes Serrano, Angelina do Carmo Lessa, Delba Fonseca Santos, Lilianny Mara Silva de Carvalho

Palavras-chave: Segurança do paciente, Qualidade da assistência à saúde, Cultura organizacional, Equipe de Assistência ao Paciente, Doença latrogênica

A segurança do paciente é um importante tema a ser abordado, que se tornou mais evidente desde a década de 90. Constitui atualmente um tema de relevância crescente entre pesquisadores de todo o mundo. Os eventos adversos ocorrem em qualquer local onde se prestam cuidados de saúde e na maioria das situações são passíveis de medidas preventivas. O objetivo foi analisar as percepções dos profissionais que atuam em um hospital filantrópico do Vale do Jequitinhonha acerca da cultura de segurança do paciente e as possíveis associações com as variáveis sociodemográficas e laborais do estudo. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, observacional, com delineamento de corte transversal realizado em um hospital de médio porte, natureza filantrópica e privada do tipo geral localizada no interior de Minas Gerais. A amostra foi constituída por todos profissionais que atenderam aos critérios de inclusão. Os dados foram coletados no período de fevereiro a julho de 2015, por meio de um instrumento autoaplicável, o Hospital Survey On Patient Safety Culture. Os dados foram analisados pelo Programa Stata, versão 13.0. Participaram do estudo 139 técnicos de enfermagem (66,51%), 29 enfermeiros (13,88%), oito técnicos de radiologia (3,83%), seis instrumentadores cirúrgicos (2,87%), seis médicos (2,87%), cinco fisioterapeutas (2,39%), cinco auxiliares

de enfermagem (2,39%), três nutricionistas (1,44%), três psicólogos (1,44%), dois farmacêuticos (0,96%), dois assistentes sociais (0,96%) e um fonoaudiólogo (0,48%). Numa análise geral, referente à concordância em relação às dimensões da cultura de segurança, notou-se que as predominâncias foram de profissionais com mais de 36 anos de idade (71,23%), do sexo feminino (69,46%), cujo tempo de trabalho na instituição era mais de 06 anos (72,84%) e que trabalham em setores críticos (72,59%). Não houve diferença significativa entre o grau de instrução. Referente à carga horária semanal, 86,12% dos participantes relataram trabalhar entre 40 a 59 horas por semana e 95,22% indicaram ter contato direto com o paciente. Os profissionais do estudo atuavam em diversas unidades do hospital, sendo 64,12% em áreas críticas e 35,88% em áreas semicríticas e não críticas. Considerando-se os percentuais de respostas positivas, as dimensões com maiores percentuais de avaliação positiva foram: expectativas e ações de promoção da segurança do paciente do supervisor na função de gerente (73,68%), aprendizado organizacional, melhoria contínua (72,25%) e trabalho em equipe no âmbito das unidades (71,77%). Por outro lado, as dimensões com menores percentuais de respostas positivas foram: respostas não punitiva aos erros (18,66%), profissionais (36,36%) e percepção geral de segurança do paciente (42,58%). As variáveis que se mantiveram associadas após a análise multivariada foram apenas quatro, as dimensões (D1, D2 e D6) e o número de eventos notificados nos últimos 12 meses em relação ao tempo de trabalho no hospital, grau de instrução e unidade. **CONCLUSÃO:** Esses achados revelaram uma cultura de segurança com potencial de melhoria para todas as dimensões, possibilitando traçar um modelo de qualidade e segurança mais específico para cada setor.

PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Alessandra de Campos Fortes Fagundes Serrano, Angelina do Carmo Lessa

Palavras-chave: Segurança do paciente, qualidade da assistência à saúde, cultura organizacional, eventos adversos

A segurança do paciente, é um importante tema que se tornou mais evidente desde a década de 90, constitui atualmente uma questão de relevância crescente entre pesquisadores de todo o mundo. Os eventos adversos podem ocorrer em qualquer local onde se prestam cuidados de saúde e na maioria das situações são passíveis de medidas preventivas. O objetivo geral foi analisar a percepção de uma equipe multiprofissional acerca da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico do Vale do Jequitinhonha, MG. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, observacional, com delineamento de corte transversal realizado em um hospital de médio porte, natureza filantrópica e privada do tipo geral localizada no interior de Minas Gerais. Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais elegíveis, totalizando 228 colaboradores. Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2015, por meio de um instrumento autoaplicável, o Hospital Survey on Patient Safety Culture, proposto e utilizado pela Agency for Health Research and Quality, específico para pesquisa de cultura de segurança em hospital, traduzido e validado para a língua portuguesa. O projeto foi aprovado pelo processo nº 1070/2011. Após a aplicação do questionário 212 foram respondidos (92,98%), refletindo boa participação dos profissionais. Ao analisar a porcentagem de adesão dos profissionais, ou seja, a categoria profissional que mais preencheu o

instrumento, encontramos farmacêuticos, fonoaudióloga, nutricionistas, psicólogos, assistente social e médico que apresentaram adesão 100%, seguidos dos enfermeiros (90,63%), técnicos de radiologia, (88,89%), técnicos de enfermagem (87,42%) e fisioterapia (83,33%). Houve predominância dos profissionais do sexo feminino, com (79,90%). A idade variou de 20 a 62 anos, com média de 34 anos, sendo que a maioria, (24,40%), tinham entre 31 a 35 anos. Em relação ao grau de escolaridade, a predominância foi de nível médio (55,98%), o tempo de trabalho dos profissionais no hospital, a maior proporção foi entre 1 e 5 anos de atuação (33,97%), referente à carga horária semanal, 180 (86,12%) participantes relataram trabalhar entre 40 a 59 horas por semana e 199 profissionais (95,22%), indicaram ter contato direto com o paciente. Os profissionais do estudo atuavam em diversas unidades do hospital, sendo 134 (64,12%) em áreas críticas, 75 (35,88%) em áreas semicríticas e não críticas. Os pontos fortes na segurança do paciente foram demonstrados nas dimensões trabalho em equipe no âmbito das unidades e aprendizado organizacional/melhoria contínua. Já as áreas consideradas como potencial de melhoria ou pontos fracos foram evidenciadas nas dimensões: expectativas e ações de promoção da segurança dos supervisores e gerentes, profissionais, trabalho em equipe entre as unidades hospitalares e passagens de plantão/turno e transferências internas. Dos participantes, 50,24% avaliaram a segurança do paciente como regular em sua área de trabalho e 77,90% não relataram nenhum evento nos últimos 12 meses. Após análise, considerou-se que tal pesquisa permite uma visão sistêmica da instituição, corroborando para o fortalecimento das ações de qualidade e segurança do paciente.

PERCEPÇÃO DA VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS EM IDOSOS PELOS ACS E MÉDICOS DA ESF

Valdirene Silva Pires Macena, Rui Arantes, Maurício Antonio Pompilio

Palavras-chave: ACS, HIV/AIDS, Prevenção

APRESENTAÇÃO: O HIV/AIDS afeta inúmeras pessoas de diversas classes sociais, etnias, faixa etária e estado civil. É uma pandemia de difícil controle. Nas últimas décadas o número de idosos tem aumentado em diversos países e conseqüentemente também aumentou os casos de HIV em idosos, devido ao aumento de medicamentos contra impotência sexual, preconceito do uso de preservativos e falta de ações em saúde para orientar sobre a prevenção do HIV. É por meio da relação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com os moradores, que as pessoas são encaminhadas às Unidades de Saúde (UBS e UBSF), para reforçar medidas preventivas, diagnosticar e tratar estes agravos. O objetivo foi identificar as estratégias de abordagem dos ACS para ações de prevenção de HIV/AIDS entre idosos nas UBSF e detectar os fatores de vulnerabilidade dos idosos ao HIV/AIDS. METODOLOGIA: É um estudo descritivo, realizado nas UBSF, Distrito Sanitário Sul de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, agosto a setembro/2015. A população em estudo foram ACS e médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A coleta de dados dos ACS foi feita por amostra estratificada proporcional com fração de amostra de $n/N = 0,2035$, totalizando 54 ACS. Todos os médicos vinculados a ESF dos ACS sorteados foram convidados a participar da pesquisa ($n=35$). Foi aplicado um questionário para os ACS contendo questões norteadoras fechadas, para identificar as estratégias e ações dos ACS na Vigilância Epidemiológica

do HIV/AIDS na terceira idade. Aos médicos foram aplicados questionários com questões sobre a vulnerabilidade dos idosos as DST/HIV. RESULTADOS: 46,3% dos ACS referiram haver campanhas para prevenir DST/AIDS em idosos nas UBSF, porém, 83,3% disseram não haver estratégias para o enfrentamento da epidemia em idosos localmente. A maioria dos ACS (90,7%) referiram ter percepção da vulnerabilidade do idoso ao risco de infecção pelo HIV, mas relataram dificuldade em dialogar com os idosos sobre este assunto e, apenas 24,1% orientam frequentemente esta população sobre o uso de preservativos. As UBSF têm distribuído regularmente preservativos para a população. 27,8% dos ACS informaram não ter campanhas educativas de prevenção as DST/AIDS. Entre os outros 39, o público alvo foi diversificado: adolescentes (41%), gestantes (28,2%), mulheres (5,1%) e público em geral (25,7%). A maioria dos médicos (88,2%) atendem idosos para orientação de disfunção erétil nas UBSF. Destes, 53% já prescreveram medicamentos para controle deste problema de saúde. Apenas 17,7% dos médicos se recusam a orientar os idosos para o uso de preservativos. Cerca de 64,7% já diagnosticaram casos de DST nesta faixa etária e apenas 17,7% algum caso de HIV entre os idosos, sendo que, 82,4% oferecem o teste do HIV para estes pacientes. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os ACS identificaram vulnerabilidade para o HIV em idosos e a maioria não se sentem seguros para abordagem da sexualidade e orientações sobre a prevenção das DST/AIDS durante as visitas domiciliares, precisam de mais capacitação apesar de treinamento prévio. Entre os médicos observa-se uma compreensão deste problema de saúde entre os idosos, porém é necessário ampliar as estratégias/ações educativas em suas práticas.

PERCEÇÃO DE MÉDICOS SOBRE FATORES DE ATRAÇÃO E FIXAÇÃO EM ÁREAS REMOTAS E DESASSISTIDAS: ROTAS DA ESCASSEZ

Ana Cristina de Sousa Van Stralen, Alice Werneck Massote, Cristiana Leite Carvalho, Sabado Nicolau Girardi, Jackson Freire Araujo

A escassez e a má distribuição geográfica de médicos são problemas graves e persistentes no Brasil. Conhecer o que atrai e principalmente o que retém estes profissionais em áreas remotas e desassistidas é essencial para orientar políticas públicas. O objetivo do presente trabalho foi de investigar os principais fatores de atração e retenção de médicos em municípios que apresentavam escassez de médicos, com o intuito de denominadas "Rotas da Escassez". Para a definição dos municípios a compor as rotas, foram combinados dados de dois estudos: o projeto Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária em Saúde da Estação de Pesquisa em Sinais de Mercado e o Estudo das Regiões de Influência das Cidades do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A partir destes estudos foram definidos seis critérios de inclusão dos municípios: (i) municípios localizados nas cinco regiões do país; (ii) municípios identificados com escassez em 2011; (iii) municípios que segundo a classificação das regiões de influência do IBGE, foram denominados como "Centro Local; (iv) municípios com até 50 mil habitantes; (v) municípios que atendessem a critérios de logística e que fossem identificados segundo dificuldade de acesso ou localização geográfica. (vi) nas regiões Sul e Sudeste foram selecionados municípios que não fossem vizinhos a municípios com mais de 50 mil habitantes. Ao total foram definidas 10 rotas que abrangeram 14 estados Brasileiros, nas quais foram

realizadas 51 entrevistas em profundidade com médicos da atenção primária em saúde. Na análise de conteúdo foram identificadas seis categorias: remuneração, vínculo de trabalho, condições de trabalho, fatores profissionais, fatores locais e origem do profissional, com destaque para os itens de salário, flexibilidade da jornada de trabalho, infraestrutura da unidade de saúde, origem do profissional, infraestrutura e opções de lazer do município. Os resultados evidenciam a importância de combinar diferentes incentivos, financeiros e não financeiros, para atrair médicos para áreas remotas e desassistidas

PERCEÇÃO DOS HOMENS ACOMPANHADOS POR UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DA REGIÃO DO BICO DO PAPAGAIO, ESTADO DO TOCANTINS, QUANTO À POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO HOMEM

Wanatha Jhenifer Sousa Ribeiro, Vitor Pachelle Lima Abreu, Marcela Oliveira Feitosa, Larissa Alencar de Oliveira Ribeiro, Fernando Luiz Affonso Fonseca, Thyago Leite Ramos, Ilaise Brilhante Batista, Euzamar de Araujo Silva Santana

Palavras-chave: Saúde, Homem, Política

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa criar um maior vínculo entre o gênero e as unidades de saúde, tendo em vista que os homens são faltosos quanto a cuidar da saúde e principalmente em estar buscando assistência na atenção primária. Desse modo, muitos agravos poderiam ser evitados se os homens procurassem com regularidade os serviços de saúde, todavia, ainda existe a resistência masculina a essa atenção, o que aumenta não somente a sobrecarga financeira da

sociedade, mas também, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela melhor qualidade de vida. Assim, o presente estudo teve como objetivo verificar a percepção dos homens atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família de um município da região do Bico do Papagaio, estado do Tocantins, com relação à Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem. Trata-se de uma pesquisa exploratória - descritiva, com abordagem qualitativa e quantitativa, envolvendo 30 usuários atendidos em um município da região do bico do papagaio, estado do Tocantins, realizada em maio de 2014, tendo como instrumento de coleta um formulário com 11 perguntas fechadas. Os resultados alcançados evidenciaram que a entrada dos homens nos serviços de Atenção Básica ainda são baixos, visto que, 40% dos participantes quando necessitam de algum atendimento, procuram direto o serviço de emergência hospitalar. Entretanto, quando questionados sobre a Política de Saúde do Homem 67% afirmaram que não tem conhecimento da mesma. Outro resultado relevante foi participação de atividades educativas quando 53% garantiram que nunca aderiu a nenhuma ação educativa. Notou-se que as atividades laborais são postas pelos homens como uma de suas maiores preocupações, ficando a busca pelo serviço de saúde em segundo plano, fazendo necessário ser observado que esse fator também está relacionado aos horários de funcionamento das unidades básicas de saúde que nem sempre se conciliam com os horários do mercado de trabalho. Portanto, destaca-se que a busca pelos serviços da saúde tem sido tardia pela população masculina. A não inserção dos homens as unidades de prevenção conduz as altas taxas de morbimortalidade, com entrada ao sistema ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, gerando maior agravamento das morbidades pelo

retardamento na atenção e, maior custo para o sistema de saúde. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são as responsáveis por conduzir a promoção e prevenção de saúde através das ações voltadas a comunidade, no entanto os serviços da Atenção Primária são ofertados quase que exclusivamente para mulheres, crianças e idosos. É importante que o poder público enfoque na política de saúde do homem, como campanhas preventivas, educação continuada e qualificação dos profissionais que atuam na Atenção Básica, visto que, o grande problema de permanência dos homens nas Unidades de Saúde está relacionado às estratégias organizacionais e de sistematização dos serviços básicos para atender às necessidades individuais e coletivas do gênero masculino.

PERCEÇÃO DOS PACIENTES SOBRE AS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM REALIZADAS NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

Víctor Pereira Lima, Renata Pereira Almeida, Giana Gislanne da Silva de Sousa, Priscilla Ingrid de Sousa Ferreira, Janaína Nunes do Nascimento, Lívia Maia Pascoal, Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos, Pedro Martins Lima Neto

Palavras-chave: Enfermagem, Sistema Respiratório, Procedimentos Cirúrgicos Ambulatórios

APRESENTAÇÃO: As orientações de enfermagem realizadas no pós-operatório auxiliam o paciente a lidar com a cirurgia, minimizam complicações cirúrgicas e proporcionam o bem-estar bio-psíquico-espiritual. Para tanto, é importante que as orientações sejam implementadas considerando o conhecimento prévio do paciente e atenda suas dúvidas. Além disso, convém destacar que a percepção

do paciente contribui para avaliar a eficácia das orientações desenvolvidas. Nessa perspectiva, o objetivo desse estudo foi evidenciar a importância das orientações de enfermagem implementadas no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais altas, a partir da percepção dos pacientes. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado com 25 pacientes com idade entre 18 a 60 anos que estavam no 5º dia de pós-operatório por cirurgias torácicas e abdominais altas no Hospital Municipal de Imperatriz, Maranhão. Utilizou-se um questionário elaborado com vistas a avaliar a autopercepção dos pacientes quanto às orientações realizadas durante esse período. Estes dados fazem parte de um projeto de pesquisa aprovado pelo CEP-UFMA com parecer 629.315. **RESULTADOS:** Através da análise dos dados coletados, evidenciou-se que 91,7% dos pacientes relataram melhora do seu estado geral após o início das atividades educativas propostas e 83,3% acharam que houve melhora do padrão respiratório. Em relação à eficácia percebida pelos pacientes após a realização das orientações, os mesmos referiram sentir melhora no ritmo respiratório (84%), na dor (44%) e na dispneia (24%). A mudança de posição (28,0%) e mudança na elevação da cabeceira da cama (20,0%) foi às orientações que os pacientes classificaram como mais efetivas para a melhora da dispneia. Outra questão destacada foi à melhora na capacidade de tossir ao realizar as orientações de uso do travesseiro ou rolo cobertor como apoio da incisão cirúrgica (36,0%) e deambulação (32,0%). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir das atividades desenvolvidas pelo projeto foi possível observar a importância das orientações de enfermagem para o reestabelecimento e manutenção da saúde do paciente, pois promove autonomia e corresponsabilidade no cuidado.

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O CUIDADO COM PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Renata da Silva Fontes Monteiro, Aluísio Gomes da Silva Junior, Letícia Maria Araujo Oliveira Nunes, Reynaldo Gomes Lopes

Palavras-chave: cuidados paliativos, cuidado, integralidade

APRESENTAÇÃO: Avanços tecnológicos, preventivos e terapêuticos favoreceram o envelhecimento populacional, acarretando maior necessidade de cuidados específicos para essa parcela da população. Destacam-se nesse cenário os Cuidados Paliativos, que almejam melhorar a qualidade de vida conforme as possibilidades terapêuticas diminuem. Tendo isso em vista, este trabalho objetivou analisar como os profissionais de saúde que lidam com os Cuidados Paliativos percebem o Cuidado na teoria e em sua prática diária. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A metodologia baseou-se na execução de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na teoria das representações sociais. Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas individuais semiestruturadas com os profissionais de saúde de um Ambulatório de Cuidados Paliativos, integrante do Núcleo de Atenção Oncológica de um hospital público no estado do Rio de Janeiro. A equipe multiprofissional era composta por duas médicas, duas enfermeiras, uma psicóloga, uma assistente social e uma nutricionista. A intenção foi explicitar como a equipe entende o conceito de Cuidado e como este é percebido na prática do dia a dia. **RESULTADOS:** As entrevistas permitiram dividir a percepção de Cuidado em duas vertentes, quais sejam: uma como procedimento técnico e outra como acolhimento, no sentido da

integralidade. Na primeira, os profissionais de saúde entendiam que o cuidado estava diretamente relacionado com a técnica exercida pelos mesmos, visando reduzir o sofrimento e atender às demandas dos pacientes. Já, na segunda, os profissionais relacionaram o cuidado com a criação de vínculo e com o acolhimento de pacientes e de seus familiares. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Portanto, o Cuidado, dentro da lógica dos Cuidados Paliativos, foi percebido pelos profissionais de saúde como procedimento técnico e como formação de vínculo com os pacientes. Valorizando o outro como sujeito a fim de melhorar sua qualidade de vida.

PERCEPÇÕES DE UMA COMUNIDADE RIBEIRINHA ACERCA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: UMA ABORDAGEM TRANSCULTURAL

Letícia Antonio Costa, Ana Paula de Assis Sales da Silva

Palavras-chave: Hipertensão, Enfermagem Transcultural, Condições Sociais

APRESENTAÇÃO: Doenças cardiovasculares, especialmente a hipertensão, permanecem como principal causa de morte entre os indivíduos no Brasil. A presença de doenças cardiovasculares entre os ribeirinhos que residem no Passo do Lontra, sobretudo a hipertensão arterial sistêmica (HAS), é observada. Os ribeirinhos enfrentam problemas sócio econômicos e desafios culturais para o acesso ao sistema de saúde. O ambiente onde moram também aumenta o risco para diferentes condições de doença. Dada a presença da hipertensão nesta população e o impacto na qualidade de vida gerado por essa condição, o objetivo geral deste trabalho é compreender os aspectos socioculturais e o sistema de valores da população ribeirinha residente no Passo do Lontra acerca da Hipertensão Arterial

Sistêmica. **METODOLOGIA:** O estudo foi desenvolvido por meio da abordagem qualitativa à luz da Teoria Transcultural (também denominada Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado) de Madeleine Leininger. A pesquisa foi realizada na Base de Estudos do Pantanal, a qual se situa na comunidade do Passo do Lontra, localizada na cidade de Corumbá no estado de Mato Grosso do Sul. A coleta de dados foi realizada com pessoas com diagnóstico médico de HAS que foram atendidas no ambulatório da Base de Estudos do Pantanal no período de maio a junho de 2015. No primeiro momento foram coletados dados sociodemográficos e de cuidado à saúde. Em seguida, foram coletadas informações acerca das percepções dos participantes em relação à doença por meio de 3 perguntas abertas que foram gravadas, transcritas e analisadas a partir das unidades temáticas formadas. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa da UFMS e foi aprovado com parecer CAAE 43291215.0.0000.0021 em 31 de Março de 2015. **RESULTADOS:** Foram entrevistados 16 indivíduos, sendo 8 do sexo feminino (50%) e 8 do sexo masculino (50%). As idades variaram de 27 a 64 anos, sendo a que a média de idade foi de aproximadamente 49 anos. A partir da transcrição das entrevistas, observou-se que as falas concorriam para temas distintos, sendo eles: como ter hipertensão impacta no curso de vida; a medicação como principal responsável pelo cuidado; a alimentação como fator importante na discussão da doença; modificação ou não de hábitos após o diagnóstico da doença; e a preservação e manutenção da saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por meio deste trabalho, foi possível observar a importância e impacto trazido por este estudo no que diz respeito à assistência à saúde dessa comunidade ribeirinha, que possui necessidades e demandas específicas se comparadas com a comunidade urbana.

Além disso, o acesso à saúde requer a exploração do cuidado multidisciplinar baseado em uma abordagem transcultural capaz de perpassar diferentes realidades e cenários a fim de encontrar o equilíbrio para um cuidado congruente.

PERCEPÇÕES E REFERÊNCIAS SOBRE O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Tarciso Feijó da Silva

Palavras-chave: Acolhimento, Saúde da Família, Atenção Primária em Saúde

Este trabalho aborda algumas fragilidades percebidas e referidas pelos profissionais de saúde no momento do acolhimento em duas unidades de Atenção Primária no Município do Rio de Janeiro. As percepções referidas foram identificadas através de uma pesquisa que utilizou técnicas de observação sistemática e entrevista semiestruturada que foram analisadas considerando as referências da Análise de Conteúdo, segundo Bardin. Como resultado encontrou-se problemas na construção da capacidade resolutiva dos profissionais e dificuldades na integração relacional entre profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, refletindo em problemas na condução da coordenação do cuidado. O reconhecimento de tais fragilidades, na prospecção de impulsionar reflexões e ações, dimensiona a expectativa de que a Atenção Primária no município do Rio de Janeiro possa constituir-se na construção de parâmetros de enfrentamento sobre seu processo de trabalho, buscando estratégias de apoio institucional, da equipe e dos usuários para a gestão do acolhimento.

PERFIL DA SAÚDE EM ESCOLARES DE UMA ÁREA INTERIORANA DO MUNICÍPIO DE BARREIRINHA-AM

Karen Freire Hashimoto, Elisney Salvador Teixeira, Joao Belmino Neto Pontes, Lauramais de Arruda Regis Aranha, Ângelo Esmael da Silva Maklouf

Palavras-chave: cárie dentária, acuidade visual, estado nutricional

O conhecimento das condições em saúde de crianças e adolescentes nos mostra que é necessário que se reformule as práticas cotidianas de gestão e de atenção à saúde e políticas de saúde pública na prevenção e pesquisa. E nesse sentido este estudo tem objetivo avaliar escolares de 05 a 16 anos matriculados na Escola Estadual Jacy Dutra, localizada na comunidade rural de Pedras, em Barreirinha, Amazonas. Avaliou-se: a cárie dentária, a acuidade visual e o estado nutricional. Inicialmente, todos os alunos participaram de atividades relacionadas à educação em saúde, explicação da forma de realização do exame, como também o esclarecimento de todas as dúvidas. Os escolares foram examinados na própria escola e os dados foram registrados em ficha clínica individual apropriada. A cárie dentária é uma doença multifatorial, sendo necessários três fatores para o surgimento da mesma, hospedeiro portador de dentes susceptíveis, colonização de microrganismos cariogênicos e consumo frequente de carboidratos. No levantamento epidemiológico realizado na Escola Estadual Jacy Dutra, verificou-se que apenas 03 alunos (2,16 %) não apresentam experiência com cárie dentária. Outros apresentaram uma elevada prevalência de cárie na dentição decídua e permanente, verificou-se que 136 alunos (97,94%) apresentaram uma elevada prevalência de cárie. Para Acuidade Visual, foram examinados 147 escolares,

ficando os restantes inclusos nos critérios de exclusão na participação desta pesquisa. Do total de crianças avaliadas, detectou-se deficiência da acuidade visual ($AV \leq 0,7$) em 14 crianças (14,33%), dentre as quais, 7(4,76%) apresentaram déficit no olho direito e 7 (4,76%) no olho esquerdo. Ainda foi possível constatar que 5 (3,40%) crianças apresentaram déficit visual bilateral. Ao realizar a avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC), tendo como pontos de corte aqueles recomendados pela Organização Mundial da Saúde, observa-se que do total dos alunos pesquisados, 35 (23,8 %) obtiveram IMC normal para sua faixa etária. Destes, 112 alunos, o que corresponde a 76,2%, apresentaram índices fora dos padrões esperados, sendo que 55 (37,4%) apresentaram baixo peso ou magreza leve, 57 (38,8%) mostraram magreza acentuada, 0 (0%) sobrepeso, 0 (0%) apresentaram obesidade e 0 (0%) apresentaram obesidade grave. O estado nutricional do grupo foi considerado insatisfatório, pois a análise dos índices de distúrbios nutricionais em relação ao número de eutróficos avaliados. Há poucos estudos envolvendo a saúde bucal, acuidade visual e estado nutricional em escolares da zona rural do município de Barreirinha, fatores que interferem diretamente, não somente no processo de saúde, mas, também, na qualidade de vida, crescimento e desenvolvimento e processo de aprendizagem. Os dados apresentados na execução desta pesquisa demonstram a importância dos parâmetros citados anteriormente, os quais afetam diretamente nos conceitos ampliados de saúde, principalmente na faixa etária estudada, servindo posteriormente de subsídios para elaboração de medidas e políticas de prevenção em saúde, controle e tratamento desta população.

PERFIL DE MÉDICOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS: CARACTERIZAÇÃO DA FORMAÇÃO E DO PROCESSO DE TRABALHO

Lorena Miranda de Carvalho, Simone de Pinho Barbosa, Karina Aza Coelho

APRESENTAÇÃO: O Programa Mais Médicos, iniciado em 2013, possui como objetivo aumentar a taxa de médicos no Brasil. Para alcance dessa meta o Programa prevê a ampliação das escolas de medicina, a ampliação das vagas de residência, a estruturação e construção de novas unidades de saúde e a ocupação de vagas em regiões de vazios assistenciais em todo território brasileiro (BRASIL, 2013). Para a execução desse trabalho é necessário perfil profissional e formação específica na área para alcançar resultados positivos e de qualidade. A definição da identidade do médico se faz necessária para avaliar seu papel perante as políticas de saúde pública instauradas e sua inserção na construção do contexto social. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O presente estudo objetiva apontar o perfil dos profissionais médicos cadastrados no Programa Mais Médicos no que tange à sua identidade, formação e qualificação; correlacionar esse perfil com o definido pela Política Nacional de Atenção Básica e com a qualidade da assistência; e identificar fatores facilitadores e dificultadores do cotidiano de trabalho. Sobre a metodologia trata-se de um estudo de caso de cunho quantitativo, com abordagem exploratória, com utilização da técnica de análise estatística descritiva simples. Os sujeitos da pesquisa foram 30 médicos dos 40 cadastrados no Programa Mais Médicos e o cenário de pesquisa foi o município de Governador Valadares, estado de Minas Gerais. RESULTADOS: Os resultados apontaram em sua maioria para um grupo de profissionais com idade entre 24 e 35 anos, do sexo feminino, com graduação concluída

em Cuba, com pouco tempo de formação e em instituição pública. Apresentam-se como especialistas em Medicina de Família ou áreas afins e possuem experiência profissional na área de até 3 anos. Sobre capacitação profissional a maioria relata já ter feito algum curso dessa modalidade. As vantagens mais referidas foram a identificação com a proposta de trabalho, valorização e autonomia profissional, e em relação às desvantagens, a maioria não observa desvantagens em trabalhar na área, alguns poucos mencionaram vínculo empregatício instável, desamparo da gestão, local de atuação de difícil acesso e excesso de cobranças. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os objetivos do estudo foram alcançados. O programa Mais Médicos de Governador Valadares possui um conjunto de profissionais com um perfil convergente a Política Nacional de Saúde Brasileira, o que aponta possibilidade de ampliação do acesso e qualidade da assistência. O grupo se constitui de jovens, com idade entre 24 e 35 anos, do sexo feminino, com média de nacionalidade entre brasileiros e cubanos. A graduação é recente, o que remete a uma matriz formadora mais atual, com uma perspectiva de promoção da saúde e prevenção de doenças com ênfase na Atenção Primária à Saúde e necessidades da população. Os profissionais são especialistas na área, o que intensifica e qualifica a oferta da assistência e seus resultados. Cabe salientar que a maioria dos pesquisados não percebe desvantagem em se trabalhar na Estratégia Saúde da Família tampouco no Programa Mais Médicos.

PERFIL DE USUÁRIOS DO CENTRO DE REABILITAÇÃO E FISIOTERAPIA DE PRESIDENTE PRUDENTE-SP: SERVIÇOS DE SAÚDE E SAÚDE DO TRABALHADOR

Viviane de Freitas Cardoso, Ana Lúcia de Jesus Almeida, Renilton José Pizzol, Luiz Alberto Gobbo, Raul Borges Guimarães

Palavras-chave: Fisioterapia, Sistemas de saúde, saúde do trabalhador

APRESENTAÇÃO: O atual cenário epidemiológico e a busca pela ampliação do saber do fisioterapeuta para além da clínica solicitam a construção planejada de uma rede de ações que tornamos serviços de saúde mais eficientes. Na saúde do trabalhador esse planejamento pode iniciar com o conhecimento dos usuários do serviço, possibilitando ao fisioterapeuta interferir nos processos de trabalho desse usuário, qualificando sua intervenção e provocando melhorias no serviço de saúde. O objetivo desse estudo foi analisar o perfil dos usuários do Centro Municipal de Reabilitação e Fisioterapia (CRF) de Presidente Prudente – SP, associando aspectos sócio-demográficos e epidemiológicos dos usuários com a lesão e ocupação profissional. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Consultou-se 656 prontuários de pacientes atendidos no período de janeiro de 2013 a julho de 2014 do CRF. Os dados coletados foram: o número do prontuário, etnia, sexo, idade, diagnóstico clínico, ocupação profissional e endereço. Esses dados foram organizados em planilhas do Excel. O diagnóstico clínico do encaminhamento médico foi tabulado segundo a nomenclatura da Classificação Internacional de Doenças – CID 10, a análise dos dados foi exploratória, através do teste qui-quadrado e o modelo de regressão logística OddsRatio (OR), que avaliaram a associação entre os principais lesões e as profissões mais frequentes. E os dados de endereço foram usados para realizar o Georreferenciamento dos trabalhadores no mapa do município. **RESULTADOS:** A idade média foi 49,4 ($\pm 17,63$), sendo a maioria do sexo feminino (59,15%), houve grande concentração das demandas nas periferias da região oeste, norte e leste. As principais profissões foram serviços domésticos (22,41%), aposentados (15,55%) e serviços gerais (6,71%). As demais profissões

tiveram incidência menor do que 6%. As lesões não traumáticas foram mais frequentes (69,27%) do que as traumáticas (30,73%). Já as lesões com maior incidência foram na coluna vertebral (22,56%), no membro superior (13,87%) e as gonartroses (5,49%). A regressão logística apresentou risco às profissões: serviços domésticos para lesões de membro superiores; construção civil para algias na coluna e fraturas distais de membro inferior e aposentados para artrose de coluna, gonartrose e sequela de AVE. E aposentado apresentou-se como fator de proteção para lesões de ombro e fraturas distais de membro inferiores. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A distribuição geográfica dos usuários do serviço mostrou que mais locais deveriam atender a demanda por serviço especializado em fisioterapia municipal, como por exemplo, a zona leste. Com o aumento do número de serviços de fisioterapia o município deveria pensar na possibilidade de criar uma rede integrando todos os serviços existentes, desde a atenção primária, como o trabalho da Residência em Fisioterapia da UNESP e a atenção dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família, até os centros de referência especializados do município e da UNESP.

PERFIL DO PACIENTE VIVENDO COM HIV/AIDS (PVHA) EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA – FORTALEZA

Malena Gadelha Cavalcante, Nadja Maria Pereira de Deus Silva, Nancy Costa de Oliveira, Roberto da Justa Pires Neto, Elizabeth de Francesco Daher

Palavras-chave: AIDS, Atenção Primária, Integralidade

APRESENTAÇÃO: O atendimento ao paciente vivendo com HIV/Aids (PVHA) na Atenção Primária possibilita a ampliação do acesso, descentralização do cuidado e tratá-lo por compartilhamento de gestão

com multiplicidade de olhares e de práticas. **OBJETIVOS:** A pesquisa objetivou-se por avaliar o perfil clínico e epidemiológico das PVHA na atenção primária em Fortaleza. **METODOLOGIA:** O estudo é retrospectivo e avaliativo no Serviço de Atenção Integral (SAI) na Unidade de Atenção Primária a Saúde Anastácio Magalhães em Fortaleza, Ceará. Realizado no período de dezembro/2011 a dezembro/2014 pela revisão de prontuários. O acompanhamento constituiu-se por 119 pacientes na sua maioria do gênero masculino com 88 (73,95%), com média de idade total 36+ 9, masculino 36+10 e feminino 35+ 8. **RESULTADOS:** Total de PVHA em seguimento 96 (80,67), transferidos 12 (10,08%), em abandono 8 (6,72%) e óbitos 3 (2,52%). O Perfil étnico representados na sua ampla maioria por pardos 84 (70,59%), seguida de negros 9(7,56%) e brancos 2 (1,68%). Quanto ao nível de escolaridade o ensino médio finalizado desponta com 43 (36,13%), seguidos por superior incompleto 16 (13,45%), fundamental incompleto 15 (12,61%), superior completo 14 (11,76%), médio incompleto 11 (9,24%), fundamental completo 9 (7,56%), analfabeto 3 (2,52%) e sem informação 8 (6,72%). Em sua maioria solteiros 77 (64,71%), seguidos de casados 27 (22,69%), divorciados 5 (4,20%), viúvos 2 (1,68%) e sem informação 8 (6,72%). Em relação ao número de parceiros por ano 49(41,18%) tiveram apenas um parceiro, 53(27,73%) e 2 a 5 30(25,21%), no uso da camisinha 72 (60,50%) às vezes a utilizava. Em relação ao tratamento antirretroviral 80(67,23%) estão em uso e destes 64(80%) apresentam carga viral indetectável. Dos pacientes acompanhados no SAI 13,45% são pertencentes da área das equipes de saúde da família. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Percebe-se que o atendimento a PVHA na atenção básica é possível e realizado com sucesso ao observarmos os bons resultados em números de pacientes em seguimento, tratamento e com boa adesão analisados através da carga viral indetectável.

PERFIL DOS ACADÊMICOS DE MEDICINA DE UMA UNIVERSIDADE DE MANAUS-AM

Lilian Kelen de Aguiar, Hernane Guimarães dos Santos Jr, Luciana Silva de Melo, Mariana Ceruti Ferreira

Palavras-chave: medicina, estudantes de medicina, programa de graduação em medicina, educação em medicina

A graduação deve fornecer instrumentos que possibilitem atitudes e ações críticas. A busca pela adequação do ensino gera alguns questionamentos, tais como: quem são os estudantes do curso de graduação em medicina? Conhecer o perfil do estudante ingressante contribui para a sua formação acadêmica, para qualificação profissional, e possibilita atender às novas exigências do mercado de trabalho. Desta forma, o estudo tem como objetivo identificar o perfil dos estudantes que ingressam no curso de medicina de uma faculdade pública da cidade de Manaus e verificar as expectativas dos alunos em relação ao curso e a dinâmica demográfica. Trata-se de um estudo transversal e quantitativo, com entrevista aos ingressantes no segundo semestre de 2013 e primeiro semestre de 2014, no curso de medicina de uma faculdade pública de Manaus. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o questionário oficial do MEC e INEP, utilizados para traçar o perfil dos estudantes brasileiros, que versa sobre questões relacionadas aos aspectos socioeconômicos dos alunos e famílias, sobre o background escolar e familiar, e sobre as motivações e expectativas em relação ao curso. A coleta de dados foi realizada durante o mês de outubro, novembro e dezembro de 2013 e também nos meses de março, abril e maio de 2014, CAAE 16446313.7.0000.5016. Foram entrevistados 92 alunos do curso de medicina. A maioria eram do sexo masculino, procedente de escola pública.

Dos ingressantes do interior do estado 61% possuíam renda até R\$ 4000.00 e 71% dos advindos da capital possuíam renda acima. Em relação à atividade acadêmica e motivação profissional, os interesses foram as áreas cirúrgica, clínica e saúde pública, sendo a área hospitalar o local de escolha para atuação. A opção pela medicina ocorreu por vocação pela profissão, motivação em cuidar de pessoas e segurança empregatícia. As condições de trabalho desfavoráveis, os conflitos na equipe de saúde e o pequeno desenvolvimento tecnológico foram os problemas relacionados à profissão. A faculdade é responsável pela construção do conhecimento científico interagindo com a prática e com a realidade da área da saúde. Porém, as políticas de saúde tem apresentado mudanças importantes. Assim, a partir da identificação e caracterização do perfil do aluno de medicina, as instituições de ensino podem desenvolver recursos pedagógicos e metodologias mais adequadas ao desenvolvimento do profissional atendendo às expectativas do mercado.

PERFIL DOS IDOSOS PORTADORES DE HIV/AIDS DO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS-MG QUE FAZEM TRATAMENTO NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE)

Karla Amaral Nogueira Quadros, Carlos Roberto Campos, Tânia Eulália Soares, Fernanda Marcelino de Rezende e Silva

Palavras-chave: Perfil, Idoso, HIV/AIDS

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, tem se tornado uma realidade da maioria das sociedades, na qual, estima-se para o ano de 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, e que no Brasil, existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos. Além disso,

estudo afirma que em decorrência do aumento da longevidade e das facilidades da vida moderna, que incluem a reposição hormonal e os fármacos para impotência, o idoso vem redescobrando experiências, sendo uma delas o sexo, tornando sua vida mais afável e conseqüentemente mais vulnerável a contaminar-se pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). Esta pesquisa constitui-se num estudo descritivo de abordagem quantitativa, onde o campo de pesquisa foi o Serviço de HIV/AIDS da Assistência Especializada (SAE) do município de Divinópolis/MG. O objetivo deste estudo foi identificar o perfil dos idosos portadores de HIV/AIDS que fazem tratamento no serviço de Assistência Especializada (SAE). Método: foram coletados dados dos pacientes, através de um questionário semiestruturado, composto por dezoito perguntas mistas, relacionadas ao perfil dos idosos portadores de HIV/AIDS que fazem tratamento no SAE. Os critérios de inclusão utilizados foram: indivíduos com idade igual e/ou superior a 60 anos; indivíduos portadores de HIV/AIDS que residem na cidade de Divinópolis/MG e fazem tratamento no SAE. Foram analisados todos os questionários respondidos pelos pacientes que fazem tratamento à AIDS, após comprovação do diagnóstico. Foi utilizado o Software IBM SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 20.0 para análise estatística dos dados, sendo manuseado em computador com sistema operacional Windows XP Professional, versão 2008. Resultados: obtidos foram que 53,8% são do sexo masculino, a escolaridade predominante foi o ensino fundamental com 69,2%; 57,7% têm vida sexual ativa e destes 53,3% usa preservativos nas relações sexuais. Quanto à forma de transmissão: 26,9% acredita contaminar-se pelo beijo na boca, 11,5% pela picada do mosquito e 73,1% da mãe para o bebê e no leite materno. Em relação ao grupo de risco

61,5% negaram fazer parte deste grupo e sobre campanha de prevenção destinada ao público idoso 88,5% disseram desconhecer tal ação. Considerações finais: O estudo permitiu descrever o perfil dos pacientes em acompanhamento pela SAE HIV/AIDS da cidade de Divinópolis-MG, caracterizando esses pacientes quanto aos aspectos sociais e biológicos. Os resultados obtidos demonstraram um perfil desmistificador daquele cogitado pela população; de que o idoso não tem vida sexual ativa e da ausência de campanhas voltadas ao público idoso, que possivelmente contribuíram para o aumento da doença nesta faixa etária. Dessa forma é relevante o desenvolvimento de programas de saúde pública específicos para esta população, que se dediquem de melhor forma à elucidação das principais dúvidas relacionadas ao HIV/AIDS. O estudo demonstrou um alto percentual em indivíduos de baixo nível de escolaridade, somados à precariedade das políticas públicas voltadas para a promoção e prevenção da saúde do idoso portador de HIV/AIDS.

PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS POR UM SERVIÇO DE GERENCIAMENTO DA TERAPIA MEDICAMENTOSA EM UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Bruna Damázio Santos, Simone de Araújo Medina Mendonça, Daniela Álvares Machado Silva, Djenane Ramalho de Oliveira

Palavras-chave: Gerenciamento da Terapia Medicamentosa, Atenção Primária à Saúde, Atenção Farmacêutica

APRESENTAÇÃO: O Gerenciamento da Terapia Medicamentosa (GTM) é um serviço clínico baseado no referencial teórico-metodológico da prática da Atenção Farmacêutica. Trata-se de uma prática generalista, centrada no paciente, na qual o

profissional estabelece relação terapêutica com o usuário, coresponsabilizando-se por sua farmacoterapia. Este serviço têm apresentado resultados clínicos, econômicos e humanísticos positivos, que justificam sua expansão e consolidação nos sistemas de saúde. O projeto de extensão “Gerenciamento da Terapia Medicamentosa na Atenção Primária à Saúde” tem como objetivo ofertar serviços de GTM em unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em Belo Horizonte, Minas Gerais e contribuir para a formação de estudantes extensionistas, levando ao desenvolvimento de habilidades e competências necessárias para prover serviços de GTM na Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil dos pacientes atendidos nas unidades de saúde que sediaram o projeto em 2014 e 2015, descrevendo os problemas de saúde e problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM) mais frequentes e a situação clínica dos pacientes na avaliação inicial. Desenvolvimento do trabalho: Estudo quantitativo, observacional e retrospectivo. Os dados foram coletados dos registros dos serviços de GTM de duas unidades de APS no SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais. As equipes eram compostas por farmacêuticas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e por estudantes de graduação, mestrado e doutorado vinculadas ao Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica da Universidade Federal de Minas Gerais. Resultados: Foram atendidos 55 usuários encaminhados pelas equipes de Saúde da Família após definição conjunta do perfil de usuários a serem beneficiados pelo serviço de GTM. Destes, a maioria são mulheres (60,0%), com média de idade de 66,8 anos. A média de problemas de saúde e de medicamentos em uso foi de 4,7 e 6,6, respectivamente. Na avaliação inicial, 77,6% dos pacientes não atingiam os objetivos terapêuticos. Foram identificados 165 problemas

relacionados ao uso de medicamentos (PRM), assim distribuídos: necessidade de medicamento adicional, 9,1%; medicamento desnecessário, 25,5%; medicamento inefetivo, necessitando produto diferente, 2,4%; medicamento inefetivo por dose baixa, 17,6%; medicamento inseguro, necessitando produto diferente, 7,9%; medicamento inseguro por dose alta, 13,3% e não adesão ao tratamento, 24,2%. Foram elaborados e estão sendo implantados os planos de cuidado com intervenções realizadas diretamente com o usuário e em colaboração com as equipes de saúde. O ciclo de cuidado se completa com a avaliação dos resultados alcançados pelos usuários após as intervenções e se reinicia sempre que há alterações na situação clínico-farmacoterapêutica. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados demonstram um alto número de usuários com problemas de saúde não controlados e PRM, o que aponta para o potencial do serviço de GTM na atenção primária à saúde.

PERFIL DOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSOCIAL (CAPS AD) DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO/RO, NO PERÍODO DE 2009 A 2011

Juliana Claudia Araujo

Palavras-chave: Dependência de substâncias psicoativas, abuso de drogas

O uso de substâncias psicoativas acompanha o homem desde o início da humanidade e têm se tornado um grave problema de saúde pública nos últimos tempos. O objetivo é descrever o perfil epidemiológico dos usuários atendidos no CAPS AD do município de Porto Velho/RO, no período de 2009 a 2011. Trata-se de um estudo epidemiológico, com abordagem quantitativa. População composta de usuários do CAPS ad de ambos

os sexos e todas as idades. A coleta de dados foi feita diretamente dos prontuários dos usuários, no ano de 2012, conforme as variáveis: sexo, faixa etária, situação atual de acompanhamento na instituição, tipos de substâncias psicoativas (SPA) mais usadas e áreas vulneráveis do município. Os dados foram inseridos na planilha Excel e transportadas para Software Epi Info 2000, versão 6.4. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética do Núcleo de Saúde da Universidade Federal de Rondônia/UNIR, carta 034/2012/CEP/NUSAU, 07/05/2012. Este trabalho é proveniente da conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, oferecido pela Universidade Federal de Rondônia – UNIR/RO. A maioria dos usuários de SPA do CAPS AD é do sexo masculino, faz uso de mais de dois tipos de substâncias, com maior percentual entre as idades de 10 a 50 anos, essa população reside a maior parte na zona Leste da cidade de Porto Velho, área de grande vulnerabilidade social, encontram-se inativos quanto ao acompanhamento na instituição. Também há uma parte de usuários que faz uso de um tipo específico de substância, sendo eles do sexo masculino, o álcool é a substância de maior destaque entre a faixa etária de 31 a 50 anos de idades, seguido do tabaco com maior prevalência entre as usuárias do sexo feminino, na faixa etária de 61 a 72 anos; o crack tem maior frequência entre o sexo masculino na faixa etária de 21 a 30 anos; a cocaína tem maior frequência entre o sexo masculino na faixa etária de 21 a 30 anos e a maconha é mais usada pelo sexo masculino com idade de 10 a 20 anos. As desigualdades de idade, sexo e local de residência verificadas no estudo devem ser admitidas pelo poder público para incorporar ações específicas que se destinem a reduzir as taxas de prevalência do uso de drogas, bem como estimular a prática efetiva de acompanhamento e tratamento dos dependentes químicos no

CAPS AD. Além disso, é importante melhorar o sistema de registros da unidade para maior fidedignidade das informações, para que possam subsidiar as ações de prevenção do uso das drogas.

PERFIL DOS USUÁRIOS DE UM PRONTO ATENDIMENTO INFANTIL

Aldenisia Alves Albuquerque Barbosa, Clemilda Fontes Jácome, Camila Carla Santos Pereira, Jônia Cybele Santos Lima, Rossana Mota Costa, Jane Suely de Melo Nóbrega, Glauber Victor Cabral de Moraes

Palavras-chave: Pronto Atendimento Infantil, Pacientes, Perfis de Saúde

INTRODUÇÃO: O Pronto Atendimento Infantil Dra. Sandra Celeste é um centro de referência infantil vinculada ao município de Natal no Estado do Rio Grande do Norte, que atende, exclusivamente, pacientes do Sistema Único de Saúde. É uma unidade de atendimento para crianças com idades de 0 a 13 anos. **OBJETIVO:** Analisar o perfil dos usuários que procuram atendimento na unidade de Pronto Atendimento infantil Dra. Sandra Celeste. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa sobre usuários que procuraram o pronto atendimento entre 1^o a 30 de maio de 2014. Foram caracterizados quanto ao sexo, faixa etária, local de moradia, motivo do atendimento, evolução do atendimento, exames complementares, diagnóstico e/ou sintomas da doença mais frequente, destino do paciente, ou seja, para onde os pacientes atendidos são encaminhados de acordo com o nível de agravos. A seleção da amostra ocorreu pela técnica de amostragem probabilística aleatória simples dos Boletins de Atendimento de Urgência (BAU). Dos 6.472 atendimentos realizados neste mês, foi selecionada uma amostra com 332 fichas

de atendimento. Utilizou-se a ferramenta statcalc do programa EpiInfo para realizar o cálculo da amostra. RESULTADOS: Desta amostra, 55% dos usuários eram do sexo masculino e 25% são usuários com idade entre 0 a 1 ano. O bairro mais frequente foi de Felipe Camarão 23%, teve 37% de pacientes com febre na história clínica com maior número de pessoas, quanto aos exames complementares, hemograma apresentou 49%, com relação ao diagnóstico, a dengue apareceu como a doença mais frequente com 14% e com relação ao destino do paciente 82% tiveram alta. CONCLUSÃO: Percebe-se uma quantidade excessiva de pacientes atendidas mensalmente nesta unidade de saúde com motivos relatados que, possivelmente, poderiam ter sido solucionados na Atenção Básica. Assim sugerem-se estudos posteriores que procurem soluções para otimizar a grande demanda visualizada e que este serviço seja direcionado, realmente, ao nível de atenção a que se propõe.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS ADQUIRIDA EM CATADORES DE MATERIAIS RECICLÁVEIS EM CAMPO GRANDE/MS

Wesley Marcio Cardoso, Ana Rita Coimbra Motta-Castro, Maria Carolina Silva Marques, Minoru German Higa Junior, Larissa Melo Bandeira, Vivianne de Oliveira Landgraf de Castro, Sabrina Moreira dos Santos Weis, Sonia Maria Fernandes Fitts

Palavras-chave: Sífilis, Catadores, Doenças sexualmente Transmissíveis

APRESENTAÇÃO: A atividade profissional dos catadores de materiais recicláveis, juntamente com seu perfil socioeconômico expõe esses indivíduos a diversos riscos para a saúde humana. Este estudo transversal teve como objetivo identificar os fatores de

risco para sífilis em catadores de materiais recicláveis em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Desenvolvimento do trabalho: Todos que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido foram entrevistados para obtenção de informações sociodemográficas e fatores de risco para sífilis. De cada participante foi coletada uma amostra de sangue que foi testada pelo ensaio imunoenzimático (ELISA) para a pesquisa de anticorpos contra o *Treponema pallidum*. As amostras positivas foram retestadas e submetidas ao teste não treponemo VDRL (venereal diseases research laboratory). RESULTADOS: Do total de 187 participantes, 47,6 % (89/187) eram mulheres e 52,4% (97/187) homens. A idade variou entre 19 a 70 anos e a média de idade foi $37,65 \pm 12,22$ (média ± erro padrão de média). A prevalência da sífilis adquirida foi de 9,4% (18/187) (IC95% 5,2% - 13,4%). Os fatores de risco com significância estatística ($p < 0,05$) foram: idade superior a 39 anos, uso de drogas injetáveis e histórico prévio de doenças sexualmente transmissíveis. Todos os casos positivos para sífilis foram tratados por médico infectologista. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A detecção de casos de sífilis adquirida revela a circulação da doença na população estudada o que evidencia a possibilidade de disseminação. A identificação dos fatores de risco fornece informações importantes para direcionar e implementar as medidas de prevenção e fortalecer estratégias de controle e possível eliminação da doença.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM HIPERTENSÃO GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS- MG

Heuler Souza Andrade, Eduardo Nogueira Cortez, Gláucia Daniele Pereira Assis, Gláucia Estefane Assunção Silva, Elisângela

de Lourdes Pereira, Nágila Maria Salomão Sousa, Géssica Caroline Gomes, Weverton Langsdorff

Palavras-chave: Gravidez, Hipertensão Gestacional, Fatores de risco

Introdução: Durante uma gestação podem ocorrer várias mudanças fisiológicas, contudo em algumas mulheres essas variações podem acarretar alguns fenômenos que podem servir de agravos tanto para a mãe quanto para o bebê. Uma das intercorrências importantes desta fase são as Síndromes Hipertensivas Específicas da Gestação (SHEG) que afetam até 15% das gestações em todo o mundo, sendo também, uma das principais causas de morte materna. A faixa materna etária extrema, nuliparidade, raça, obesidade, história familiar para Hipertensão Gestacional (HG) e presença de patologias associadas, como diabetes e doença renal, são fatores de risco consideráveis para a SHEG. O conhecimento sobre o perfil epidemiológico das gestantes de alto risco de um município pode favorecer os gestores e profissionais de saúde na tomada de decisão para melhoria da qualidade da assistência. Objetivo: Analisar o perfil epidemiológico de gestantes com Hipertensão Gestacional em Divinópolis - MG no ano de 2014. Metodologia: Estudo epidemiológico descritivo, observacional de caráter documental, realizado em Divinópolis-MG. Participaram do estudo gestantes com diagnóstico de SHEG atendidas na Policlínica municipal durante o ano de 2014. Foram incluídas gestantes que residiam no município, que terminaram o acompanhamento gestacional em 2014 e que apresentaram os prontuários completos. Foram identificadas 62 gestantes diagnosticadas com SHEG, sendo que, 28 estavam de acordo com os critérios de inclusão, compondo assim, a amostra da pesquisa. A coleta dos dados

foi através da consulta dos prontuários das pacientes que se encontram em arquivo na Policlínica, utilizando um roteiro, baseado no Manual Técnico de gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde. As variáveis foram categorizadas e analisadas através de distribuição de frequências. Resultados: Dos prontuários observados houve predominância da faixa etária dos 31 a 40 anos (46,4%). A maioria, 15 (53,5%), possuía mais de oito anos de estudo, não eram tabagistas (71,4%), e tiveram de 1 a 2 parceiros (85,7%). No que diz respeito à história clínica pregressa das pacientes, 21 (75%) apresentaram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 1 (3,6%) de Diabetes, 3 (10,7%) de Pré-eclâmpsia e 1 (3,6%) de Eclâmpsia. O número de gestações foi superior a duas em 19 (67,9%) das gestantes, enquanto que 8 delas (28,6%) apresentaram história de aborto. Quanto às características clínicas, referentes ao acompanhamento dessas gestantes pelo serviço especializado, 12 delas (42,9%) foram diagnosticadas portadoras de Hipertensão Gestacional quando estavam entre a 21^a e a 30^a semana de gestação, 16 (57,1%) estavam obesas e 3 (10,7%) apresentaram Diabetes gestacional. Algumas informações importantes, como resultados de exames laboratoriais não constavam nos prontuários. Considerações finais: Percebeu-se que muitas gestantes apresentaram fatores de risco importantes para o desenvolvimento de SHEG e que, em algumas delas, essas características foram agravadas durante a gestação. O número de prontuários excluídos, por falta de informações relevantes, pode ser destacado como ponto negativo, no que se refere à qualidade da assistência, exigindo por parte dos profissionais de saúde maior atenção a essas questões e também em relação às ações que promovam a prevenção dos fatores de risco. Sugere-se a educação permanente como forma de manutenção da boa qualidade assistencial.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM PREDISPOSIÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DE PRÉ-ECLÂMPSIA E ECLÂMPSIA DURANTE A GRAVIDEZ, EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM MANAUS-AM

Lana Vanessa Fernandes dos Reis, José Nilson Araújo Bezerra

Palavras-chave: Gravidez, Hipertensão, Fatores de risco, Enfermagem obstétrica

Esta pesquisa teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico de gestantes com predisposição ao desenvolvimento de pré-eclâmpsia e eclâmpsia durante a gravidez, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Manaus-AM. Participaram do estudo 278 gestantes que realizavam o acompanhamento pré-natal nessa unidade. Os dados foram coletados de julho a setembro de 2014, por meio de formulário. A normalidade dos dados foi verificada através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Os dados foram analisados através do Teste T de Student e Anova. Predominaram no estudo mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos (53%, n=148), de cor parda (63,7%, n=177), que possuíam o ensino médio completo de escolaridade (46,8%, n=130), tendo como ocupação o lar (52,9%, n=147), casadas, sobrevivendo com uma renda familiar de um salário mínimo mensal (63,7%, n=177), estando no terceiro trimestre de gestação (51,6%, n=143) e em grande parte apresentando sobrepeso (37,4%, n=104). As variáveis escolaridade, estado civil, número de gestações anteriores, tabagismo (pequena amostra) e número de abortos não influenciam nos níveis pressóricos das sujeitas. As variáveis raça/cor negra, gestantes que trabalham que possuem maior renda familiar e história pessoal e familiar de pré-eclâmpsia apresentam tendência de elevação na Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD), embora

essa tendência não tenha sido confirmada estatisticamente. Alguns fatores estiveram fortemente associados à elevação da PAS e PAD: terceiro trimestre de gestação (p= 0,003; p= 0,000); aumento do Índice de Massa Corporal a partir da classificação de sobrepeso (p= 0,000; p=0,000) e presença de edemas (p= 0,001; p= 0,008).

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES ESCORPIÔNICOS NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PA

Ana Cely de Sousa Coelho, Fernanda Jacqueline Teixeira Cardoso, Sheyla Mara Silva de Oliveira, Nádia Vicência do Nascimento Martins, Erli Marta Silva dos Reis, Lúcia Yasuko Izumi Nichiata, Maria Rita Bertolozzi, Francisco Oscar França

Palavras-chave: Epidemiologia, Acidentes Escorpiônicos, Saúde Pública

INTRODUÇÃO: Acidentes por animais peçonhentos constituem um grave problema de saúde pública, tanto pelos números de casos registrados, quanto pela sua gravidade, podendo levar ao óbito ou sequelas capazes de gerar incapacidade temporária ou definitiva a vítima¹. Na região do oeste paraense, os casos registrados têm um número elevado e apresentam quadro clínico diferenciado quando comparado com outras regiões do país. OBJETIVO: Descrever o perfil epidemiológico do escorpionismo no município de Santarém/PA, quanto à incidência, local afetado, sexo, condição em que ocorreu o acidente e evolução clínica. METODOLÓGICA: Estudo epidemiológico, descritivo, transversal, retrospectivo dos anos de 2009 a 2013, conforme dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. RESULTADOS: Foram 754 acidentes por escorpião no município de Santarém, correspondendo

a 8,79% (754/8.576) dos casos notificados no Pará, neste período. Os anos de 2011 e 2012 registraram 343 (45,49%) notificações, sendo o quarto trimestre o período mais incidente com 237 (31,43%) casos. O dedo da mão foi o local mais afetado, com 181 (24%) casos; maioria em homens 550 casos (72,95%), 216 (28,65%) acidentes de trabalho. Do total, 315 (41,78%) casos foram leves, 263 (34,89%) moderados e 132 (17,5%) graves. Dos acidentados, 744 (98,67%) evoluíram para a cura e, 01 caso evoluiu a óbito (0,14%) em 158 (20,95%) dos casos, não foi administrada soroterapia específica, enquanto que 583 (77,33%) o receberam. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A ocorrência do escorpionismo é uma realidade amazônica com peculiaridades específicas. Estudos recentes revelaram que há comprometimento cerebelar agudo de quadro clínico incomum quando comparado com os demais acidentes escorpiônicos ocorridos em outras partes do mundo. Faz-se necessário conhecer o comportamento epidemiológico desse agravo para subsidiar políticas públicas mais eficazes na prevenção, controle e monitoramento bem como proporcionar ações de educação em saúde às populações mais vulneráveis.

PERFIL NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS DE 6 A 10 ANOS VINCULADAS A UMA ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL NO INTERIOR DA AMAZÔNIA BRASILEIRA

Lays Oliveira Bezerra, Veridiana Barreto do Nascimento, Joelma Figueira Correa, Lorena de Nazaré Elmescany, Antonio Alexandre Sales Neto, Rair Silvio Alves Saraiva, Claudia Costa Nascimento, Jéssica Samara Oliveira

Palavras-chave: Estado Nutricional, Criança, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: A infância é uma fase imprescindível na formação dos hábitos

alimentares e consequentemente do perfil antropométrico dos indivíduos, desta maneira torna-se essencial investigar o perfil nutricional na infância dentro do âmbito escolar, uma vez que este espaço ocupa tempo significativo na vida de uma criança. Assim, esta pesquisa buscou executar avaliação antropométrica a fim de estabelecer o perfil nutricional das crianças de 06 a 10 anos devidamente matriculadas em uma escola de Ensino Fundamental no município de Santarém na região Oeste do Pará. DESENVOLVIMENTO: Trata-se de um estudo com abordagem mista quantitativo, transversal e descritivo, realizado em uma escola de ensino fundamental no município de Santarém/PA. A amostra da pesquisa foi composta por 131 crianças, compreendendo a faixa etária de 06 a 10 anos, vinculadas a esta instituição municipal. Para alcance do objetivo supracitado, foram adotadas as medidas individuais de peso, estatura, medidas de quadril e cintura. As medidas foram controladas por meio do escore z e comparadas com o referencial do Centro Nacional de Estatísticas da Saúde dos Estados Unidos da América. RESULTADOS: O estudo contou com a participação de 131 crianças, sendo 59 (45%) do sexo masculino e 72 (55%) do sexo feminino. Com relação ao índice de massa corporal os meninos apresentaram uma média de 18,5 cm e as meninas 20,5cm, sendo ambos classificados como peso normal. O Índice Cintura Quadril (ICQ) nos escolares do sexo feminino de maior expressividade foi na faixa etária de 10 anos cuja média de cintura foi de 72,25 cm e quadril 61,63 cm; enquanto que dos escolares do sexo masculino foi na idade de 09 anos com as médias de 59,51 cm e 70,22 cm de cintura e quadril respectivamente, denotando maiores resultados avaliativos nutricionais nessa faixa etária. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O conhecimento da situação nutricional das crianças de um país, assim como de uma determinada

amostra populacional, é essencial para aferir a evolução das condições de saúde e de vida da população; devido ao seu caráter multicausal e à sua relação com o grau de atendimento das necessidades básicas como alimentação, saneamento, acesso aos serviços de saúde, nível de renda e educação. Os resultados obtidos se igualam ao aumento da obesidade infantil nas últimas décadas, a exemplo do que tem sido apontado e discutido na literatura, o que sugere a adoção de medidas emergenciais e preventivas para o combate da doença. Evidencia-se uma tendência ao aparecimento de doenças metabólicas na infância, assim é esperado do profissional enfermeiro que proporcione a criança ações que diminuam os danos atuais e futuros, além do estímulo a uma vida saudável.

PERFIL VACINAL DOS ADOLESCENTES SOROPOSITIVOS ATENDIDOS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM NUM AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Maria Teresa Colão Gonçalves, Amanda Gonçalves Gaspar, Inez Silva Almeida

Palavras-chave: vacina, adolescente, AIDS

INTRODUÇÃO: A Aids é uma doença causada pelo vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana) que ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo das doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. E é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção. Ter o HIV não é a mesma coisa que ter a aids. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver doença. Mas, podem transmitir o vírus a outros pelas relações sexuais

desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação. Por isso, é sempre importante fazer o teste e se proteger em todas as situações. Atualmente sabe-se que o vírus HIV, causador da SIDA, não é somente adquirido pelos chamados grupos de riscos como profissionais do sexo e homossexuais como eram denominados tempos atrás. Neste sentido, sabendo da peculiaridade do ser adolescente, do pensamento mágico de que nada pode acontecer com ele e da necessidade de fazer parte de um grupo sendo este um forte influenciador de suas ações, é grande a preocupação com essa população frente a essa doença como ameaça e como realidade. **OBJETIVO:** Identificar o perfil vacinal dos adolescentes soropositivos acompanhados pelo programa de doenças infecto-parasitárias (DIP). **MÉTODO:** Este estudo é do tipo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa. O instrumento de coleta de dados foi um banco de dados, criado pelas autoras para analisar o perfil vacinal da clientela em tela. No período de julho de 2014 a junho de 2015 foram analisadas as cadernetas de vacinação dos adolescentes com HIV, visto que é importante que eles estejam vacinados para prevenir patologias oportunistas. A vacina desencadeia a produção de anticorpos que tornam o organismo imune ou mais resistente a agentes infecciosos (e às doenças por ele provocadas). Dos 78 adolescentes atendidos no ano de 2014, foram analisadas 52 cadernetas de vacinação. Ou seja, 66,6% do total de pacientes. Dentre os analisados, 63,4% estavam com a caderneta atrasada ou desatualizada e 36,6% com a caderneta completa. Vale ressaltar que 84,8% dos pacientes com a caderneta desatualizada foram encaminhados para tomar as vacinas e 15,20% ainda precisam ser encaminhados. Em relação às cadernetas completas, 21% já vieram ao serviço com as vacinas atualizadas

e 79% ficaram completas após a intervenção da equipe de enfermagem. A partir disso, podemos traçar o perfil dos adolescentes quanto à vacinação, a fim de objetivar um direcionamento das ações de enfermagem para uma melhoria da qualidade de vida desses adolescentes.

PESQUISA AÇÃO EM BUSCA DAS NECESSIDADES DO GRUPO RAIOS DE SOL

Klauss Kleydmann Sabino Garcia, Amanda Amaral Abrahão

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Atenção Primária a Saúde, Saúde Pública

Introdução: A ONU (Organização das Nações Unidas) caracteriza o período entre 1975 a 2025 como o período do envelhecimento, o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) estima que até 2025 a população idosa irá aumentar aproximadamente 16 vezes, nesse meio tempo a população jovem cerca de cinco vezes. Com o aumento da população da terceira idade é necessário que a atenção para a saúde do idoso e sua reinserção na sociedade sejam fortalecidas e aprimoradas. **Objetivo:** Dada essa preocupação, foi feito um trabalho de promoção a saúde do idoso com o grupo Raios do Sol para buscar e identificar necessidades do grupo e dessa forma encontrar soluções factíveis para resolver os problemas apontados junto com eles. **Metodologia:** adotou-se a pesquisa ação com os integrantes do grupo Raios de Sol que realizam suas atividades no Centro de Saúde de Ceilândia número dez. As atividades exercidas pelo grupo tinham como foco o apoio social, perante a prática de atividades físicas, uma forma de combater a depressão e outros problemas que surgem com a idade e também uma gerar autonomia para o idoso. Usaram-

se dinâmicas e conversas informais para identificar as necessidades, dessa forma teve-se mais liberdade dentre idosos que se sentiram mais confortáveis para identificar suas necessidades e comentar sobre a realidade que vivem. **Resultado:** Diversos problemas foram apontados pelos idosos com relação ao Centro, como mal atendimento, má estrutura do posto, falta de profissionais e baixo número de atividades grupais com a comunidade. **Considerações finais:** A interação do grupo Raios de Sol com os estudantes que realizaram a pesquisa contribuiu com o estado de saúde mental dos idosos, pois permitiu que eles conversassem sobre problemas ignorados pelos profissionais e dessa forma, empoderassem-se e mobilizassem-se para intervir nos problemas do centro, de forma direta ou indireta.

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL NO CONTEXTO PRISIONAL: PENSANDO AÇÕES EM SAÚDE MENTAL

Pauline Schwarzbold da Silveira

A especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UnB proporcionou pensar a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) na realidade do sistema penitenciário na região da 8^a Delegacia Penitenciária do Estado do Rio Grande do Sul (8^a DPR). É dado que as pessoas privadas de liberdade em nosso país têm dificuldades de acesso às políticas públicas, por isso, a partir da análise da realidade dessa região, no que tange ao acesso à saúde e à necessidade de efetivar a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas Privadas de Liberdade, foi importante a utilização do PES para fins de construção de um plano de ação possível de ser concretizado nesse contexto. A região da 8^a DPR conta com 34 técnicos superiores penitenciários, responsáveis pelo

tratamento penal, o que inclui as questões de saúde que são demandadas pelas pessoas privadas de liberdade. Para subsidiar esta pesquisa, o grupo construiu uma lista com problemas que evidentemente preenchem os dias de trabalho. Depois disso, a fim de chegar aos principais problemas, foi utilizada a matriz TUC, composta por três fatores a serem analisados: Transcendência x urgência x Capacidade de enfrentamento. Os problemas que ficaram evidentes após essa análise foram: agravos em Saúde mental, Doenças Infectocontagiosas, Uso de substâncias psicoativas e Falta de acompanhamento (Educação Permanente) ao trabalho desenvolvido pelos servidores penitenciários. Por questões de governabilidade, optou-se por pensar estrategicamente os agravos em saúde mental. A proposta metodológica possibilitou ampliar a compreensão da rede causal que permeiam essa questão, construindo-se, para isso, um esquema que propõe a compreensão das causas em quatro grandes blocos: determinantes socioambientais e econômicos, determinantes culturais, determinantes relacionados ao acesso e qualidade do trabalho da atenção básica em saúde e determinantes relacionados ao acesso e qualidade dos demais serviços de saúde. Diante do que foi elencado como determinantes, chegou-se a duas questões principais em relação aos agravos em saúde mental. Primeiro, número de pessoas privadas de liberdade em uso de medicação e, segundo, acesso a consultas médicas em saúde mental. Refletindo sobre as possibilidades que os técnicos penitenciários têm em sua rotina de trabalho, pensou-se que é possível interferir na questão do controle/cuidado no uso das medicações psicotrópicas a partir do seguinte planejamento de ações: acolher os presos que chegam às casas prisionais, conhecer e descrever o perfil do usuário de psicofármacos, acompanhar o uso, orientar

sobre automedicação e compor a rede de saúde do município. Outro resultado encontrado com essa pesquisa foi de que, segundo literaturas estudadas, a realidade da região não difere muito do que é encontrado em outros municípios e regiões do país. No entanto, independente disso, cabe aos servidores da segurança e da saúde buscar incessantemente facilitar o acesso das pessoas privadas de liberdade a rede de saúde dos municípios onde se encontram em cumprimento de pena, fomentando a garantia do direito à saúde, e, com isso, a reinserção dessas pessoas na sociedade.

PLANEJAMENTO FAMILIAR: CONHECIMENTO DE MULHERES PARTICIPANTES DE UMA AÇÃO EDUCATIVA EM UMA UNIDADE MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL DE SANTARÉM, PA

Lays Oliveira Bezerra, Jéssica Samara dos Santos Oliveira, Gisele Ferreira de Sousa, Simone Aguiar da Silva Figueira, Veridina Barreto do Nascimento, Maria Naceme de Freitas Araújo, Maria da Conceição Farias, Andréa Leite de Alencar

Palavras-chave: Planejamento Familiar, Educação em Saúde, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: O Planejamento Familiar (PF) compreende as ações voltadas para regulação da prole, através da concepção e da contracepção. Este programa é regulamentado pelo governo brasileiro, que institui por meio da lei Nº 9.263 de 1996, que todo cidadão dispõe do direito de livre e consciente escolha a cerca de sua fecundidade e que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve disponibilizar orientações e métodos contraceptivos como aspecto inerente à saúde e ao bem-estar social. Desta forma, torna-se essencial favorecer a população informações frente à contracepção, visto que envolve

uma série de implicações biológicas, familiares e sociais, onde os enfermeiros, principalmente os atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem exercer papel fundamental na atenção primária, já que é de sua competência tornar a população capaz de discernir de forma autônoma e segura sobre o meio, método ou técnica para reproduzir ou evitar a gestação. Porém há uma gama de fatores que dificultam a execução deste programa, por exemplo, o déficit de recursos, conhecimentos e tempo, assim como a mínima disseminação na cidade de Santarém, tornando o programa pouco utilizado em termos de saúde pública. De acordo com esta premissa, este estudo buscou identificar o conhecimento de mulheres participantes de uma ação educativa acerca do Planejamento Familiar. DESENVOLVIMENTO: Trata-se de um estudo de com abordagem quantitativa realizado em uma Unidade Municipal de Educação Infantil de Santarém, no Estado do Pará, Brasil. A população constituiu-se de 19 mães e/ou responsáveis pelas crianças devidamente matriculadas nesta instituição. Para alcance do objetivo supracitado foi aplicado um questionário antes e após a intervenção. Efetuou-se ainda educação em saúde com o auxílio de um álbum seriado acerca da temática em questão. RESULTADOS: A partir da análise dos dados coletados observou-se que 53% das pesquisadas eram solteiras, 5% casadas, 32% permaneciam em união estável e 10% não informaram o seu estado civil, já a faixa etária das participantes compreendia a média de 30 anos, em relação à escolaridade a maioria das mulheres (58%) finalizaram o ensino médio, 26% não concluíram o ensino fundamental, 11% cursaram o ensino superior e 5% não informou a respeito deste dado. A média de gestações era de 2 filhos por mulher, a questão posterior referia-se a preparação psicológica e econômica das mulheres/família para procriação de outro

filho, onde 68% responderam não estar preparadas, retrucaram sim uma taxa de 16% e não replicaram esta questão 16%, logo observou-se que a maior parte das mulheres (63%) utilizavam algum meio para contracepção, sendo que o método mais utilizado pela amostra foi o anticoncepcional (oral) com 41%, em seguida o preservativo (25%), posteriormente o anticoncepcional (injetável) 17% e a laqueadura também com 17%. Em relação ao planejamento familiar notou-se que antes da educação em saúde 68% alegavam conhecer o programa, porém, após a realização da intervenção houve um aumento para 95%. Outro ponto discutido pelos pesquisadores foi sobre abordagem da enfermagem pertinente ao PF, à quantia de 53% garantiu nunca ter recebido orientações sob o respectivo assunto pela enfermagem, 37% afirmaram que já haviam recebido e 11% não redarguiram a questão. As participantes foram ainda questionadas a respeito das atividades realizadas no programa Planejamento Familiar, sendo que 68% responderam corretamente a arguição, ou seja, que este fornece principalmente orientações a cerca de métodos contraceptivos, posteriormente essa taxa cresceu para 74%. As demais questões visavam identificar de maneira mais específica o conhecimento pré-existente sobre as ações realizadas no PF, dessa forma, as participantes foram questionadas a cerca de qual método prevenia tanto as doenças sexualmente transmissíveis como a gravidez, 100% responderam de forma correta atribuindo ao preservativo essa característica. Posteriormente, as mulheres foram interrogadas sobre uso prolongado dos anticoncepcionais orais e injetáveis, bem como o efeito destes manejos sob a saúde feminina, 47% respondeu que os anticoncepcionais quando usados por um longo período de tempo ocasionam danos à saúde feminina, após a realização da educação em saúde esse número elevou

para 63%, uma melhoria pequena, porém significativa em termos de pós-intervenção, baseando-se na premissa que, previamente, grande parte do universo amostral, compactuava com dúvidas em relação a este aspecto, assim como aos demais métodos contraceptivos, suas respectivas utilizações na saúde global e reprodutiva do indivíduo/casal. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O programa de planejamento familiar é considerado como uma estratégia importante para melhor desempenho na manutenção reprodutiva da família, estimado como uma estratégia básica em termos de atenção primária e educação em saúde em relação à enfermagem. Assim, é necessário que haja acompanhamento eficaz tanto individual quanto coletivamente para os indivíduos/casais, visando o rapasse do conhecimento fidedigno a cerca dos métodos contraceptivos. Através da amostra em questão, foi perceptível que a relação da enfermagem com a população é extremamente necessária, haja a vista que proporciona troca constante de saberes e experiências, todavia ainda é relapsa, e ressalvam-se como sugestão os incentivos a essas práticas partindo dos órgãos governamentais competentes, pois desta maneira, possivelmente, funcionará de acordo com o previsto em lei. Considerando os resultados verificou-se a deficiência na atuação do profissional enfermeiro perante a amostra pesquisada, visto que as mulheres mostravam-se com dúvidas ao que concerne o funcionamento e principalmente sobre as repercussões dos métodos contraceptivos antes da realização da educação em saúde pelos pesquisadores. As melhorias referentes ao conhecimento pós-intervenção não foram totalmente satisfatórias, sendo inegável que ainda restaram lacunas indicativas às ações do PF, porém a aprendizagem de qualquer conhecimento não acontece de qualquer maneira, se trata de uma construção

cotidiana, à proporção que o indivíduo aprofunda-se e se propõe a aprender. Portanto, é válido afirmar que se reforçam os trabalhos de PF na comunidade em questão, assim como na população em geral, ressaltando sua importância no contexto social. Destacando que o objetivo do estudo foi alcançado, uma vez que foi traçado o panorama de conhecimento das mulheres, onde estas aceitaram de forma parcialmente positiva e construtiva as orientações expostas e houve crescimento científico para os pesquisadores evidenciado através da reflexão gerada pelo levantamento de dados, havendo subsídios norteadores para novas pesquisas, incentivando o protagonismo e a humanização aos pesquisadores envolvidos.

POLÍTICA DE INFORMAÇÃO, PROCESSO DE TRABALHO E CUIDADO: LINHAS DE AÇÃO E PRÁTICAS NO PET SAÚDE

Marcio Eduardo Brotto, Marcelo Luciano Vieira, Elisa Regina Ambrósio, Hilton Augusto Koch

Palavras-chave: Informação, Trabalho, Cuidado

OPETSaúde é uma estratégia para qualificar a formação acadêmica e a atuação profissional, valorizando a dinâmica de integração entre ensino-serviço-comunidade. Em 2013, iniciou ações direcionadas aos serviços de urgência e emergência, dos quais o Hospital Municipal Miguel Couto/RJ se constitui polo de intervenção, em parceria com os Departamentos de Serviço Social, Psicologia e Medicina da PUC-Rio. A proposta objetiva refletir sobre o Projeto Dimensões Analíticas do Fluxo de Informação na Trajetória do Usuário no Sistema Hospitalar e, em específico, na interação entre três subprojetos, desenvolvidos pelo Departamento de Serviço Social, envolvendo:

identificar a Política de Informação em saúde hospitalar; reconhecer o processo de trabalho das equipes e os processos de educação permanente existentes; e conhecer o mundo da vida dos homens atendidos no Serviço de Emergência. A metodologia envolve a sistematização de dados decorrentes das dinâmicas de trabalho pactuadas pelas equipes e pela interação entre os subprojetos, dando ênfase às relações interprofissionais e, por conseguinte, ao reflexo deste processo na dinâmica hospitalar. Este processo também considerou a incorporação de avanços tecnológicos e organizativos específicos dos serviços, bem como a realização de levantamento sobre a representação dos profissionais acerca de seu fazer individual e em equipe. A amostra leva em consideração cerca de 25 % dos profissionais do hospital (150). Os dados demonstram que o fazer profissional das equipes envolve aproximações e desencontros, sobretudo no acesso as informações. Apesar de pactuarem ações coletivas a integração entre profissionais é pouco significativa, mas já começa a ocorrer, após investimentos da direção e do Ministério da Saúde, através do Programa SOS Emergência e ações junto à população usuária. Percebe-se uma burocratização do trabalho, que se configura como parte de uma rotina de atendimento, sem ações direcionadas para reflexão sobre o fazer coletivo. Também se constata estrangulamentos que envolvem: insatisfação salarial e aumento da rotatividade profissional. O estudo propõe sínteses e contribuições no plano do conhecimento, desvendando demandas apresentadas pelas reconfigurações do mundo do trabalho e novas estratégias de ações profissionais, direcionadas a qualidade e defesa dos serviços públicos de saúde.

POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS: A DISCRICIONARIEDADE DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA NA PRODUÇÃO DE CUIDADO

Emanueli Paludo, Claudia Tirelli

Palavras-chave: Drogas, Discricionariedade, Produção de cuidado

A literatura sobre implementação de políticas públicas tem chamado atenção para o fato de que os agentes implementadores “fazem a política” e, nesse sentido, atuam também como decisores políticos, transformando políticas em ações (LOTTA, 2012). Esses atores ocupam diversas posições dentro das organizações, participando de espaços que vão desde a gestão da implementação do serviço até a produção de cuidado no território. A importância dos chamados “burocratas de nível de rua” na implementação de políticas públicas se deve ao seu alto grau de autonomia e de discricionariedade no atendimento direto a população (LIMA; D’ASCENZI, 2013). Ou seja, seus valores, ideias e habilidades profissionais, aliados aos recursos de que dispõem para a realização do seu trabalho (financeiros, físicos, humanos), irão condicionar a forma como executam as ações da política pública, refletindo na escolha dos beneficiários prioritários, nos encaminhamentos e no ritmo da oferta do serviço. No caso da saúde, os profissionais que atuam na Atenção Básica também são fazedores de política, pois tomam decisões diárias nos serviços de saúde e criam estratégias de cuidado no cotidiano. Nesse sentido, este trabalho pretende discorrer sobre a maneira pelas quais os profissionais da saúde da Atenção Básica produzem formas de cuidado aos usuários de drogas a partir do seu poder de discricionariedade nas ESF do município de Santa Cruz do Sul. A investigação empírica realizou-se através de entrevistas semiestruturadas

com 15 profissionais de duas equipes das ESFs, abrangendo enfermeiros, médicos, dentistas, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Para a interpretação do material coletado, utilizou-se a análise do discurso, posto que esta técnica permite compreender o discurso como uma prática construída histórica, social e culturalmente. Os resultados parciais da pesquisa apontam que grande parte dos profissionais entrevistados considera que não ocorrem atendimentos voltados ao uso de drogas nas ESFs. Quando admitem haver atendimentos a usuários, salientam que são para demandas de saúde sem relação direta com a droga. Os profissionais afirmam que é difícil a realização de qualquer atividade direcionada ao tema das drogas, pois todo o seu tempo é preenchido com as atividades de rotina das ESFs (vacinação, atenção às gestantes, atendimento a doentes crônicos, consultas, etc.). Entretanto, os agentes comunitários de saúde relataram diversas práticas que não são reconhecidas como implementação de políticas públicas sobre drogas, tais como escutas, orientações e busca ativa que ocorrem no contexto das visitas domiciliares. Frente ao constante questionamento sobre a realização desta pesquisa no espaço das ESFs, pôde-se perceber, também, que as ESF não são reconhecidas pela sua possibilidade de produzir cuidado ao usuário de drogas. Embora os profissionais pesquisados reconheçam os benefícios das ESF devido a sua proximidade com a comunidade, não se sentem capacitados para atuar diante da problemática das drogas e afirmam que a rede assistencial não se utiliza desta estratégia para realizar ações com a comunidade. Nesse sentido, os discursos expressam uma rede de atenção à saúde fragmentada, onde a produção de cuidado realizada na ESF não é reconhecida como tal, nem pelos próprios profissionais.

POPULAÇÃO INDÍGENA BRASILEIRA: DESAFIOS ENCONTRADOS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE

Prisciely Souza de Palhano, Edmundo Rondon Neto, Vania Paula Stolte Rodrigues, Camila Souza Mendes

Palavras-chave: Tuberculose, índios sul-americanos, epidemiologia

A tuberculose nas comunidades indígena brasileira ainda representa um grave problema de Saúde Pública, sua incidência tem se mantido em níveis altíssimos apesar dos avanços no tratamento e diagnóstico. Objetivo: descrever o perfil das publicações sobre Tuberculose em população indígena brasileira, enfatizando a incidência de Tuberculose e os desafios encontrados para controle da doença. E também identificar as regiões e anos com maior produção científica sobre o tema. Materiais e Métodos: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica na qual utilizou o método de revisão integrativa tendo como base artigos publicados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), manuais do Ministério da Saúde e FUNAI. Resultados: A incidência de tuberculose apresenta-se elevada entre indígenas, atingindo homens e mulheres de todas as idades e se destacando com maior prevalência em menores de 15 anos de todos os estados analisados, também foi possível observar registros de tuberculose multidroga resistente (80,6%) dos casos. Os principais desafios para o controle da tuberculose nas comunidades indígenas brasileiras seguem a mesma linha de problemas, porém foi possível analisar que os estados do Amazonas, Mato Grosso, Rondônia, Pará e Paraíba encontram mais dificuldade na estruturação e organização das ações estabelecidas pelo programa de controle da tuberculose (PNCT) e já no estado de Mato Grosso do Sul atualmente devido à infraestrutura estabelecida pelos

DSEI/MS este problema não pertence, mas na realidade do estado, porém sofrem com outros fatores como: as condições aos quais vive de pobreza extrema vivenciada pelos indígenas no estado, desnutrição, desemprego, fome, baixa ou ausência de renda, habitações precárias, discriminação, altas taxas de mortalidade infantil. Conclusão: A tuberculose ainda continua sendo um grave problema de saúde entre populações indígenas, evidenciando elevado coeficiente de incidência. Novas pesquisas são necessárias para ampliar o conhecimento da doença entre outras comunidades do país, colaborando para a melhoria das estratégias para o controle nessas populações.

POSSIBILIDADES E LIMITES DO TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Iara Cristina Pereira, Maria Amélia Campos Oliveira

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Promoção da Saúde, Atenção Primária à Saúde

Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, que tomou como objeto o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS). O objetivo geral foi identificar possibilidades e limites no trabalho dos ACS para a realização de ações de promoção da saúde. O embasamento teórico incluiu a teoria da determinação social do processo saúde e doença, o paradigma da promoção da saúde e os princípios da educação popular em saúde. O método utilizado para interpretação dos dados foi à hermenêutica dialética. Na primeira fase da pesquisa, foi realizada análise documental dos relatórios finais das três últimas Conferências Municipais

de Saúde, do Relatório de Gestão 2012 e dos dois últimos Planos Municipais de Saúde de Campo Grande, MS, para identificar como abordaram os temas de educação permanente, intersetorialidade, participação social e condições de trabalho dos ACS. Também se procedeu à caracterização dos ACS e das práticas de promoção da saúde por eles desenvolvidas no cotidiano de trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Na segunda fase, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito gerentes das Unidades Básicas Saúde da Família e com a Coordenadora Municipal da ESF para identificar a percepção sobre o trabalho realizado pelos ACS. Em seguida, foram desenvolvidas seis oficinas pedagógicas com os ACS para identificar suas concepções sobre processo saúde-doença, necessidades sociais e de saúde, processo de trabalho e formação. Para análise do material empírico, foi utilizada a análise temática, que permitiu identificar as seguintes categorias: “O processo saúde-doença e a promoção da saúde”, “A realidade do território: problemas de saúde e necessidades sociais”, “(Des)caminhos e (im)possibilidades da promoção em saúde” – esta desdobrada nas subcategorias “A educação permanente na realidade de trabalho dos ACS”, “O desafio da participação social” e “A ESF e a intersetorialidade” – e “O cotidiano de trabalho do ACS”. A análise dos resultados indicou que, para que os ACS desenvolvam um trabalho voltado à promoção da saúde, são necessárias a adoção de uma política intersetorial, a gestão participativa com fomento à participação social e novas práticas em saúde ancoradas na clínica ampliada e na educação permanente em serviço, além de um processo de formação dos ACS baseado na educação popular em saúde.

POTÊNCIA DE VIDA REVELADA NAS NARRATIVAS DE PACIENTES INTERNADOS EM UMA ENFERMARIA DE ONCOHEMATOLOGIA

Magda Souza Chagas

Palavras-chave: Narrativa, Cuidado, Tecnologia em saúde, Relação médico/paciente

Apresentação: Os encontros que tem ocorrido entre pacientes e profissionais em grande parte das instituições de saúde no Brasil explicitam a necessidade de voltarmos atenção à escuta aos pacientes. É possível perceber que avançamos nas tecnologias duras a passos largos ao longo do século XX e início do século XXI. De um lado o avanço tecnológico oferece diagnósticos mais rápidos com oferta de precisão e terapêutica de alta complexidade, de outro a relação usuário-profissional de saúde está cada vez mais pobre e desgastada. A clínica e o olhar que impõe ao corpo com órgãos ainda estão limitados para atender a complexidade que acompanha uma pessoa que procura o serviço de saúde, na busca do atendimento das suas necessidades. O presente trabalho surgiu da incursão a um serviço de onco-hematologia no estado do Rio de Janeiro, no ano de 2014. As narrativas coletadas junto aos pacientes/usuários, não tiveram como foco nem o diagnóstico, nem o tratamento. A proposta foi conhecer a pessoa, o que fazia fora no hospital e seus desejos. As conversas revelaram a vida que cada um buscava para si, as elaborações para manterem-se na vida mesmo diante de diagnósticos aparentemente restritivos, limitadores ou incorporados com significado de morte. Objetivos Registrar em narrativas, outras possibilidades de expressão, de vivências nos serviços de saúde, que não apenas sofrimento e tristeza, a partir da vivência de usuários/

pacientes com diagnósticos de doenças crônicas hematológicas. Metodologia A metodologia adotada foi qualitativa com desenho etnográfico, com uso de diário de campo e entrevistas semiestruturadas como ferramentas, onde a pesquisadora participou do cotidiano da enfermaria de cuidados e experimentou ser a pesquisadora que observava o outro ao mesmo tempo foi objeto de observação tanto por usuários, profissionais e familiares. Foram definidos 3 casos e a partir dos mesmos foram realizadas entrevistas e registradas narrativas no diário de campo elaborado pela pesquisadora. A análise adotada foi a perspectiva da análise institucional, em que o diário de campo é um dos recursos usados na intervenção. Resultados As narrativas estavam carregadas de potência de vida, de invenções diárias de novos sentidos de/para vida, tanto do usuário (paciente) como da família. Ao longo da formação e já na prática profissionais da saúde concentram o uso das informações repassadas pelos usuários (narrativas) para diagnóstico e tratamento. A análise das narrativas revela a potência de vida que podemos encontrar nas pessoas e nos processos de cuidado. As pessoas que participaram desta pesquisa optaram por viver a vida no enfrentamento, mas não se prendem à diagnósticos pois os mesmos não conseguem expressar o infinito que carregam. Conclusão Os encontros que tem ocorrido entre pacientes e profissionais em grande parte das instituições de saúde no país tem explicitado a necessidade de voltarmos atenção à escuta aos pacientes. O avanço tecnológico não esteve acoplado à melhoria da relação entre usuários e profissionais de saúde. Incorporar a história de vida é dar espaço no agir diário dos serviços de saúde a uma configuração de modelo de atenção em defesa da vida.

PRÁTICAS EDUCATIVAS SOBRE O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM VIDEOAULAS: DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO

Bruna Beatriz Gonçalves Bruno, Fernanda dos Santos Tobin, Rogério Dias Renovato, Karine Macedo de Oliveira, Tatiane Geralda André

Palavras-chave: Recursos terapêuticos, Via oral, Vídeo

Introdução: O medicamento constitui-se em um dos principais recursos terapêuticos da sociedade contemporânea. Assim, seu uso racional é indispensável e foi definido como a situação na qual os pacientes recebem os medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas na dose correta por um período de tempo adequado e um custo acessível. A videoaula é um recurso audiovisual que desempenha uma função didática onde as informações são transmitidas, como facilitadoras de compreensão. No ponto de vista computacional é considerada uma aplicação de multimídia, importante para o ensino e aprendizagem. Objetivos: Desenvolver, implementar e avaliar as ações educativas em saúde sobre o uso racional de medicamentos por meio de videoaulas. Os objetivos específicos foram: abordar o uso correto da medicação, principalmente em relação aos fármacos administrados por via oral; promover a adesão aos medicamentos; orientar sobre a forma correta de guardar os medicamentos e apresentar os riscos da automedicação. Metodologia: Inicialmente, buscou-se na internet vídeos educativos sobre o tema, além da revisão de literatura. As etapas de elaboração e desenvolvimento das videoaulas foram através da construção de roteiros, gravação de videoaulas utilizando câmera de vídeo e celular, além da edição através do software Camtasia Studio

8. As videoaulas foram apresentadas aos alunos da Universidade Aberta da Melhor Idade (UNAMI) da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), e depois foi aplicado um instrumento estruturado para avaliação. Resultados: Elaboração de 3 videoaulas com o tempo médio de 2 a 4 minutos sobre os temas: uso racional de medicamentos, políticas públicas de medicamentos e a importância de tomar o fármaco no horário correto. A avaliação realizada em agosto de 2015 por 13 pessoas da UNAMI e monitores foi satisfatória. Durante a edição e gravação dos vídeos, o mais preocupante foi o áudio e a qualidade de imagem, mesmo não dispondo recursos adequados para gravação. A experiência de evidenciar o conteúdo por meio do vídeo foi para 46% dos participantes uma experiência excelente e para 46% que uma boa experiência. Pelo fato da videoaula ser uma estratégia nova de ensino, na maioria das vezes os alunos preferem a aula mais tradicional, em que o professor está em sala de aula; e os vídeos são buscados praticamente para auxiliar no entendimento do conteúdo, ou como forma complementar a matéria que será estudada. Analisado a qualidade da videoaula, como um recurso caseiro viável no aspecto de rapidez e no processo de filmagem e edição do vídeo, 62% dos participantes responderam que a qualidade do vídeo estava boa, a geração de vídeos por meio de webcams, ou câmeras de celulares é um processo viável na produção do mesmo, porém destaca a necessidade de uma habilidade inicial em lidar com aspectos de iluminação e áudio. Considerações finais: Assim, espera-se ampliar o uso das videoaulas, como estratégia educativa complementar, ampliando o acesso sobre uma temática tão relevante, o uso racional de medicamentos.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE (TAI-CHI-CHUAN E YOGA): UMA REALIDADE PARA O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Midiã Marcelina Pereira Chaves, Antonio Moacir de Jesus Lima, Nadaby Mattos, Giselia Aparecida Marques, Etna Mafra, Felipe Dávila Cardoso, Jacqueline Machado França, Ana Quéren Pereira Chaves

Palavras-chave: CAPS, Terapias Complementares, Enfermagem

A doença mental tem um histórico de descasos e desumanização, até entender que era um processo orgânico e que deveria ser tratada como todas as outras patologias. Diante desse contexto, surge a Reforma Psiquiátrica em 2001 que tem como principal objetivo a desinstitucionalização de portadores de transtornos mentais, recorrendo atualmente a internações temporárias em momentos de estado muito grave. Diversos e complexos desafios precisam ser superados. Os manicômios são substituídos por CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, que prestam assistência exclusiva a pessoas portadoras de transtornos mentais agudos e graves. Durante a crise de sofrimento mental, os usuários são avaliados e acompanhados por uma equipe multiprofissional, e após a estabilização do quadro, são devolvidos à rede de atenção primária de saúde. É importante o trabalho em equipe que envolva profissionais multidisciplinares especializados, paciente, família e sociedade. Todos compartilhando o objetivo de aprendizado em conjunto que leve informação, apoio e inserção do indivíduo no meio social. Vale ressaltar a importância de o sujeito ser reconhecido em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural. É necessário que percebam que não estão sozinhos em seus

problemas. Todos estão inseridos num contexto que vai além do simples tratar da doença: há um meio sociocultural que reflete no modo de ser e agir de cada um, bem como em seu estado de saúde. O indivíduo pode se encontrar em situações que o remetem a determinado tipo de sofrimento. Neste contexto é necessária a atuação da rede de atenção primária para minimizar os problemas através de estratégias traçadas juntamente com sujeito e família, ou mesmo próximos a este. Este projeto faz uso de terapias complementares no CAPS, que se diferem do tratamento tradicional utilizado no tratamento de doenças, através do desenvolvimento da relação mente e corpo, sem descartar ainda a capacidade autocurativa do corpo. O Tai-Chi-Chuan é uma prática de expressão corporal envolvendo movimentos leves que auxiliam na prevenção de doenças, promoção da saúde e estabilidade emocional. A Yoga além de auxiliar no tratamento e prevenção de doenças cardiovasculares promove bem-estar e calma. Estas visam estabelecer reconhecimento do corpo para o autocuidado, estabelecer autonomia dos sujeitos, respeitando as limitações de cada indivíduo envolvido no processo. É necessária anamnese e observação das reações dos participantes. São realizados alongamentos antes dos exercícios de acordo com a capacidade corporal individual, além de permitir adaptações. Por vezes, nos CAPS é onde os portadores de transtornos mentais se encontram seguros e sem discriminações. Essas terapias possibilitam o indivíduo enxergar além da doença: reduz isolamento social e estresse; melhora o autocontrole, relacionamento interpessoal e intrapessoal; desenvolvem habilidades finas e grossas, controle corporal, além de utilizar o tempo como lazer agradável para melhoria da autoestima e promoção de qualidade de vida.

PREVALÊNCIA DE ANEMIA EM ESCOLARES DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL/RS

Karini da Rosa, Caroline dos Santos, Daniel Prá, Miria Suzana Burgos, Cézane Priscila Reuter

Palavras-chave: Anemia, escolares, saúde pública

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um bilhão de pessoas no mundo são anêmicas e a principal causa é a deficiência de ferro, afetando 47% das crianças em idade pré-escolar e 25% das crianças em idade escolar de todo o mundo. A prevalência de anemia é classificada segundo a OMS nos seguintes níveis em relação à importância como problema de saúde pública, considerando a prevalência estimada: grave ($\geq 40\%$), moderada (20,0 – 39,9%), leve (5 – 19,9%) e normal ($\leq 3,9\%$). Assim, o objetivo do estudo é determinar a prevalência da anemia por meio de marcador hematológico e marcadores bioquímicos relacionados ao estoque de ferro, além de caracterizar os sujeitos de acordo com o nível socioeconômico. O estudo é um recorte de uma pesquisa de mestrado aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul. A população é constituída por 207 escolares, com idade entre 10 a 12 anos do município de Santa Cruz do Sul/RS. O nível socioeconômico foi obtido através do Critério de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, a avaliação de anemia foi realizada através do exame de hemograma e o estoque de ferro no organismo avaliado pelo exame de ferritina sérica. Utilizou-se ainda, a proteína C reativa (PCR), um marcador inflamatório. Para análise das variáveis empregou-se o teste de Kruskal-Wallis e o nível de significância foi de $p < 0,05$.

Revelou-se que 13% da população estudada eram anêmicos, com prevalência maior nos meninos (13,3%) e nos indivíduos mais jovens (10 anos – 20%). Quanto ao nível socioeconômico, mostrou que a classe A2 e D apresentaram índices mais baixos de hemoglobina, assim como a classe D apresentou índices mais baixos de ferritina, contudo sem significância estatística. Observou-se ainda, que 14 indivíduos (6,8% da amostra) apresentaram ferritina <30 ng/mL e VCM <80 fL, indicando baixa prevalência de anemia ferropriva. Assim, de acordo com a prevalência de anemia encontrada no estudo, é considerada pela OMS como um leve problema de saúde pública, corroborando com outros estudos semelhantes conduzidos. A anemia foi maior no sexo masculino, semelhante a estudo realizado na África do Sul, entretanto, estudos na literatura revelam maior prevalência de anemia no sexo feminino. Apresentou índices maiores entre os indivíduos mais jovens, semelhante ao estudo desenvolvido no município de Taboão da Serra. Observou-se o baixo nível de hemoglobina na classe social A2, podendo ser explicada devido a hábitos alimentares não saudáveis, seguida da classe D, que pode estar relacionada à falta de alimentos, assemelhando-se ao estudo realizado na Quênia. O estudo revelou ainda, que 6,8% da amostra apresentou anemia ferropriva, semelhante a outros estudos conduzidos. Assim, a prevalência de anemia na população estudada é considerada pela OMS como um leve problema de saúde pública. Evidenciamos a relevância da anemia como um problema de saúde pública, visto que pode induzir prejuízos no rendimento escolar e pode ter consequências graves ao longo dos anos.

PREVALÊNCIA DE COINFECÇÃO POR TUBERCULOSE E AIDS NA CIDADE DE PORTO ALEGRE: UM ESTUDO POR GERÊNCIAS DISTRITAIS, NO PERÍODO DE 2009 A 2013

Maira Rossetto, Évelin Maria Brand, Luciana Barcellos Teixeira, Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira

Palavras-chave: tuberculose, aids, genero

Introdução: A coinfeção tuberculose e Aids tornou-se um importante e complexo problema de saúde pública em nível mundial. No Brasil, a coinfeção sem tratamento contribui para aumento do número de casos de morbimortalidade, sendo que Porto Alegre é a capital brasileira com a maior frequência de casos. Para facilitar a administração do território, Porto Alegre foi dividida em Gerências Distritais (GD). As oito GD existentes são estruturas administrativas e também espaços de discussão e prática onde são operacionalizadas as estratégias para a Atenção Primária à Saúde e de Atenção Especializada Ambulatorial e Substitutiva na esfera do SUS, abrangem o território de um ou mais Distritos Sanitários. O objetivo desse estudo foi identificar as GD com a maior proporção de coinfeção e realizar comparações por sexo, na cidade de Porto Alegre. Método: Trata-se de um estudo transversal que analisou dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foram analisados os casos de coinfeção pelas duas doenças no período de 2009 a 2013, no município de Porto Alegre. Para a análise estatística, os dados foram transportados para o software SPSS, no qual realizou-se a estatística descritiva e analítica (teste de qui-quadrado para comparação de proporções entre sexo). Resultados: A amostra foi composta por 1.949 casos de coinfeção, dentre os quais 1.311 (67%) eram homens e 646 (33%) eram mulheres. Dentre as

gerências distritais de Porto Alegre, três delas apresentam maiores proporções de coinfeção, sendo: 464 (23,8%) na GD1, 332 (17,1%) na GD2 e 289 (14,8%) na GD3. A idade média de notificação de tuberculose na cidade foi de 42,12±10,25 anos. Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas entre proporção de homens e mulheres nas gerências ($p=0,001$). Enquanto que na GD1 o percentual de mulheres foi de 26,2%, em outras gerências o percentual de mulheres foi de aproximadamente 39%. No sexo feminino, a idade média de notificação é de 40,17±10,4 anos, já no sexo masculino é de 43,08±10,03 anos ($p<0,001$). Conclusão: A identificação das gerências com maior frequência de coinfeção pode direcionar o planejamento de ações que visem a diminuição do número de casos e a melhoria do cuidado prestado a essa população, tendo em vista a necessidade de acompanhamento pelas equipes da Atenção Primária à Saúde localizadas nas gerências. Além disso, é importante destacar que na cidade existem apenas sete lugares realizando o tratamento de pacientes coinfectados para tuberculose e Aids. Isso pode criar barreiras de acesso às pessoas, pois elas necessitam deslocar-se para outros pontos da cidade em busca de assistência. Em Porto Alegre, a proporção de mulheres coinfectadas varia conforme as gerências. Esse dado precisa ser considerado para o enfrentamento desse problema de saúde pública, uma vez que evidências sugerem que as mulheres são mais suscetíveis à progressão da tuberculose.

PREVALÊNCIA DE COMORBIDADES EM PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE, MS

Karen Guerra de Souza, Sandra Christo dos Santos, Leda Márcia Araujo Bento

Palavras-chave: diabetes, comorbidades, hipertensão

O Diabetes mellitus apresenta-se como uma desordem metabólica de múltipla etiologia, caracterizado por hiperglicemia crônica decorrente de defeitos na secreção e/ou ação da insulina. Essa doença crônica é considerada um problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. Dentre os tipos de DM, o tipo 2 compreende 90% dos agravos presentes no mundo e está intimamente relacionado com o excesso de peso e o sedentarismo. Muitos pacientes apresentam ainda outras comorbidades associadas, como Hipertensão Arterial Sistêmica, dislipidemia, depressão e coronariopatias. Compreender essas comorbidades é de grande importância no tratamento integral do paciente diabético e na prevenção das complicações micro e macrovasculares relacionadas à doença. Diante disso, o objetivo desse trabalho foi analisar a prevalência de comorbidades em pacientes diabéticos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal. Foram obtidas informações relativas ao manejo do tratamento de Diabetes Mellitus tipo 2 através da aplicação de questionários a 371 pacientes portadores da doença atendidos em 27 UBSFs de Campo Grande/MS. A aplicação dos formulários foi condicionada a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos da pesquisa. O Banco de dados foi tratado no programa Excel (Microsoft Corp. Estados Unidos) e analisado estatisticamente no Epi Info 6.0 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e Bioestat. O projeto foi submetido ao parecer ético da Plataforma Brasil com o número 411244/2013. O grupo de estudo foi composto

por 371 pacientes, sendo 239 mulheres e 132 homens. Observou-se que dos 371 pacientes entrevistados 82,7% possuem comorbidades, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais prevalente. Foi constatado que a maior parte dos pacientes (62,5%) possui mais de uma comorbidade. Sabe-se que o adequado controle dos níveis glicêmicos, pressóricos e lipídicos de indivíduos portadores de Diabetes mellitus é capaz de retardar ou prevenir o aparecimento das complicações micro e macrovasculares relacionadas à doença. Diante disso conclui-se que as comorbidades presentes na grande maioria dos pacientes diabéticos merecem uma atenção especial no manejo e cuidado da saúde desses indivíduos.

PREVALÊNCIA DE OBESIDADE EM CRIANÇAS DE 05 A 10 ANOS DE IDADE NO PERÍODO DE 2008 A 2012 NA CIDADE DE MANAUS, AMAZONAS

Valéria Oliveira Lima da Silva

Palavras-chave: Obesidade, prevalência, crianças

APRESENTAÇÃO: Nos últimos cinco anos o interesse sobre os efeitos do ganho de peso excessivo na infância tem aumentado consideravelmente, pois a obesidade infantil tornou-se uma preocupação mundial e de saúde pública. Esta pesquisa teve como objetivo investigar a prevalência da obesidade infantil no período de 2008 a 2012 no Brasil, considerando dados das regiões brasileiras, destacando-se o estado do Amazonas e a capital Manaus. METODOLOGIA: O presente estudo foi do tipo transversal, os dados foram obtidos através de informações coletados pelo o sistema de vigilância alimentar e nutricional no período de 2008 a 2012 a população estudada envolveu crianças de 05 a 10 anos de idade atendida pelo o Sistema

Único de Saúde (SUS). RESULTADOS: Os resultados mostraram alta prevalência de obesidade infantil no Brasil e revelaram ainda que a obesidade infantil progride em ordem crescente em ambos os gêneros predominando entre o gênero masculino. Em relação aos resultados do estado do Amazonas constatou-se que no ano de 2008 a 2012 teve um acréscimo de 8,2% da obesidade infantil. Com relação à cidade de Manaus a obesidade infantil cresceu 11,9% nos últimos cinco anos, referente aos gêneros masculino e feminino, o percentual de obesidade foi de 13,7 para o masculino e 10,2 para o feminino. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante desse quadro conclui-se um agravamento na saúde da população brasileira infantil sendo relevante na cidade de Manaus, merecendo assim uma atenção maior dos órgãos responsáveis pela saúde pública dos indivíduos inseridos na chamada coletividade sadia no país.

PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS DO PROJETO AMI- AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR DO IDOSO

Marilena Infiesta Zulim, Luci Matsumura, Willian Guimarães Braga, Caroline Rodrigues, Angela Herminia Sichinel, Luciane Perez da Costa, Patricia Barreto, Benedito Oliveira Neto

Palavras-chave: Idoso, Exercício físico, Marcha Equilíbrio

Apresentação: O grupo da idade avançada é o que mais cresce em muitos países e no Brasil, isto reflete a necessidade de novas estratégias preventivas, novas terapias e programas de controle de natalidade. A ocorrência de quedas é, nos dias atuais, um dos principais fatores de mortalidade e morbidade em idosos, principalmente em função de suas consequências (fraturas, imobilizações, perda da mobilidade,

dependência para realização de atividades da vida diária entre outras). Durante o processo de envelhecimento, ocorrem alterações fisiológicas no organismo que influenciam na diminuição da função do mesmo, deixando o idoso mais propenso à quedas. Analisar os benefícios de um programa de atividade física (exercício ativo suave) em idosos partindo de um instrumento de avaliação pré-estabelecido, mas adaptado a nossa realidade que foi Avaliação geriátrica Ampla dentro do projeto AMI (Avaliação Multidisciplinar do Idoso). Desenvolvimento: Foram avaliados 19 pacientes, sendo 47% homens (9 pacientes) e 53% mulheres (10 pacientes), com idade média de 71,5 anos no período de 2010 a 2012. Aplicou-se uma tabela de exercícios, cada um repetido 10 vezes com duração de 60 minutos. Após a intervenção os indivíduos foram reavaliados usando o mesmo instrumento de avaliação. Em nenhuma das variáveis categóricas houve diferença significativa em relação ao pré e pós-exercício físico. Apesar de a “queda” e a “fratura” apresentarem uma melhora percentual aparente, esses resultados não foram comprovados estatisticamente. No caso das escalas, houve diferença significativa na escala de Tinetti ($p=0,022$), ou seja, os valores desta escala são maiores no pós-exercício físico em relação ao pré-exercício físico. Já os resultados para as escalas de Barthel ($p=0,100$) e Lawton ($p=0,059$) não foram estatisticamente significativos. Considerações finais: Apesar de uma aparente melhora com a aplicação do exercício físico proposto esses resultados não se concretizaram na maior parte dos testes estatísticos (com exceção da escala de Tinetti). Esse tipo de situação provavelmente ocorreu em decorrência do fato de a amostra ser pequena. Palavras Chaves: Idoso, Exercício físico, Marcha, Equilíbrio.

PREVENÇÃO E ATENÇÃO AO CÂNCER BUCAL NA PERSPECTIVA DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DO RJ

Gloria Iara Barros, Mônica Villela Gouvêa, Andreia de Sá Silva

Esta pesquisa tem como foco a organização da rede de atenção ao paciente portador de câncer bucal em um município da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. As elevadas estimativas de casos de câncer bucal apresentadas pelo Instituto Nacional do Câncer e reiteradas pela Organização Mundial de Saúde o classificam como um problema de saúde pública, uma vez que se trata de uma importante entidade patológica, que pode ser minimizada em incidência e letalidade, se medidas de prevenção, detecção precoce e tratamento imediato forem adotadas. No Brasil, o Rio de Janeiro é o primeiro colocado em relação aos demais estados brasileiros na estimativa de incidência de câncer bucal para o biênio 2014/2015. Dessa forma, seu enfrentamento está no foco de atenção das redes de cuidado do Sistema Único de Saúde e implica em sua problematização nas diferentes esferas governamentais. Este estudo parte do cotidiano de uma unidade de saúde da família em um município do Estado do Rio de Janeiro, com acúmulo de casos de diagnóstico tardio de câncer bucal em fase avançada em homens com mais de 50 anos, tabagistas e etilistas. Nestes casos, os indivíduos conviveram com sequelas importantes e tiveram sobrevida comprometida. Assim, o estudo teve como objetivo principal analisar percepções das equipes de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família com relação à prevenção e atenção ao câncer bucal. Desenvolveu-se estudo descritivo, mediante levantamento de dados primários. Foram participantes todos os cirurgiões dentistas e auxiliares

de saúde bucal em atuação no ano de 2015, na Estratégia de Saúde da Família, em um município da região metropolitana 2 do estado do Rio de Janeiro. A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação de um questionário semiestruturado, durante encontro promovido pela gestão municipal. Participaram da pesquisa 36 profissionais, sendo a grande maioria do gênero feminino. Os dados permitiram conhecer a percepção dos sujeitos envolvidos sobre aspectos do diagnóstico do câncer de boca, atitudes dos profissionais na atenção primária e secundária com relação ao câncer de boca e papel da gestão municipal e das instituições de ensino na reorganização dos serviços, formação profissional e educação permanente. Os resultados apontaram para a necessidade de uma reconfiguração da atuação do cirurgião-dentista e do auxiliar de saúde bucal no sentido da detecção precoce da doença no município. Os dados sugerem a importância da gestão e da perspectiva de atuação integrada com instituições de ensino na definição de estratégias coletivas a serem implementadas, bem como indicam demanda por ampla discussão envolvendo, não apenas profissionais de saúde bucal, mas toda a rede de trabalhadores e serviços de saúde do município.

PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS DADOS DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ)

Silvia Troyahn Manica, Maria da Graça Munareto Rodrigues, Fabiana Aparecida Oliboni Minuzzo, Grazieli Cardoso da Silva, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: territorialização em saúde, atenção básica em saúde, sistema único de saúde

APRESENTAÇÃO: A territorialização é uma ferramenta que tem sido utilizada pela saúde pública para localizar eventos de saúde-doença e demarcar áreas de atuação, possibilitando a análise das condições de vida e saúde das populações. Enquanto elemento de estratégia do Sistema Único de Saúde, pode revelar como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência – o trabalho, a moradia, a alimentação, o lazer, as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde dos territórios. Em virtude da relevância deste tema para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, este estudo teve como objetivo investigar o processo de territorialização da população de referência das equipes de saúde participantes do PMAQ. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Estudo epidemiológico, observacional, descritivo e de cunho nacional, que utilizou dados de entrevistas com profissionais coordenadores das equipes de saúde participantes do PMAQ em 2012. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Participaram deste estudo 17.202 equipes. O número médio de habitantes sob responsabilidade das equipes de atenção básica foi de 3.256 ± 1.477 habitantes. Dentre as estratégias de territorialização na atenção básica: (a) a definição da área de abrangência ocorreu em 98,0% das equipes e 84,6% possuía mapas com o desenho de seu território; (b) em 59,0% das equipes a gestão considerou os critérios de risco e vulnerabilidade para a definição da quantidade de habitantes; (c) em 84,6% das equipes de atenção básica os mapas apresentavam a sinalização das microáreas, contudo somente 30,7% sinalizavam os grupos de agravos e 22,5% as áreas de risco. Deste modo, observou-se que o número médio de habitantes por equipe de atenção básica estava próximo ao preconizado

pela Política Nacional de Atenção Básica vigente. Embora a grande maioria dessas equipes tenha sua área de abrangência definida, inclusive mediante uso de mapas, identificou-se que pouco menos da metade das equipes participantes não considerava o risco e a vulnerabilidade social como critérios de ação em saúde. Além disso, embora as microáreas estivessem delimitadas na maioria dos mapas utilizados, a sinalização de grupos de agravos e áreas de risco foi pequena, o que prejudica a organização da atenção à saúde no território, posto que estas equipes tendem a possuir maiores dificuldades na identificação de riscos, doenças e alterações na saúde dos habitantes sob sua responsabilidade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O processo de territorialização da população de referência das equipes de saúde participantes do PMAQ precisa ser problematizado, pois embora o número de habitantes por unidade de saúde tenha sido próximo ao preconizado, a utilização das demais estratégias de territorialização estiveram muito abaixo do esperado. Entende-se que a qualificação do processo de territorialização em saúde contribui para a melhoria da atenção básica, uma vez que direciona a oferta de serviços às necessidades de saúde da população, proporcionando, portanto, melhores condições de saúde e qualidade de vida nos territórios em que as equipes de atenção básica estão inseridas.

PRODUÇÃO DE CUIDADOS NA RUA

Rosane Machado Rollo, Carla Félix dos Santos, Ricardo Burg Ceccim

Palavras-chave: Consultório na Rua, Cuidado em Saúde, Produções de cuidado

APRESENTAÇÃO: A população em situação de rua (PSR) é um grupo heterogêneo, composto por pessoas com diferentes

realidades, mas que tem em comum a condição de pobreza absoluta, vínculos interrompidos ou fragilizados e falta de habitação convencional regular. O espaço das ruas é meio de vivência e de sobrevivência, por contingência temporária ou permanente. O presente trabalho tem como objetivo falar sobre a produção de vida e cuidado desenvolvidos no Consultório na Rua (CnaR), do Grupo Hospitalar Conceição, implantado em 2010, em Porto Alegre. A partir daí analisar a potencialidade desta forma de promover o cuidado como promoção de vida, na formação dos profissionais de saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** As atividades de trabalho da equipe são divididas por microequipes, que vão ao território através de um mapeamento da área. Todavia, as práticas não se detêm apenas na abordagem na rua, quando necessário, e com a vontade do usuário, existe a inserção e acompanhamento nos serviços, a fim de efetivação do projeto terapêutico singular, prevenindo e reduzindo danos, associados ou não, ao uso de substâncias psicoativas. Contudo, o que prioritariamente é desenvolvido, são ações de âmbito integral de saúde. Uma das principais características a serem destacadas na metodologia é a abordagem ao usuário no local onde ele se encontra. **RESULTADOS:** A condição de vida da PSR coloca no cenário das políticas públicas de saúde uma desafiadora e intensa situação de iniquidade. Os processos de trabalho no CnaR demonstram práticas de cuidado em atenção básica que visam a ampliação do acesso e acolhimento de moradores de rua em estratégias de saúde, estruturando ofertas terapêuticas e políticas de trabalho “fora da clausura” e do protocolo, do sistema de informações, da porta de entrada em linha vertical de trânsito por serviços instituídos e predefinidos à população à assistir. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Uma prática de saúde deve operar

com a inclusão da diversidade. Então, as ofertas terapêuticas devem ser condizentes com os pedidos de mais vida, provenientes de cada lugar, e, não raro, redes intuitivas de cuidado devem ser incluídas, a fim de dar passagem a tantas saúdes quantas forem necessárias à vazão de viver. Neste sentido, a reflexão intensa sobre a prática transdisciplinar, que questiona e dialoga, em ato, com a produção em saúde desenvolvida no serviço, e o contato com o mundo do trabalho produz conhecimento significativo, e, tem grande potencialidade na formação dos profissionais de saúde.

PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM OLHAR PARA OS VAZIOS EXISTENCIAIS NO INTERIOR DA BAHIA

Marlon Vinicius Gama Almeida, Simone Santana da Silva

Palavras-chave: redes de atenção à saúde, cuidado, vazios existenciais

APRESENTAÇÃO: Pensar a produção do cuidado nos leva a refletir sobre a integralidade, que, para além de estar configurada como uma importante diretriz do Sistema Único de Saúde, estrutura-se como uma estratégia de resolução dos problemas apresentados no contexto individual e coletivo dos usuários dos serviços. A integralidade permite perceber o sujeito para além das suas especificidades, agregando valores complexos, com vistas a construção de um indivíduo autônomo, produtor de sua própria vida e que existe para além do seu corpo com órgãos. Neste cenário, as redes de atenção à saúde surgem com o intuito de organizar a oferta de serviços e atender de todos os modos as necessidades de saúde da população, ultrapassando as barreiras e construindo arranjos organizativos de diferentes

densidades tecnológicas para efetivação da integralidade do cuidado. OBJETIVOS: Este trabalho tem como objetivo apresentar as impressões de um grupo de pesquisadores acerca da produção do cuidado nas redes de saúde a partir de um olhar para os vazios existenciais no interior da Bahia. METODOLOGIA: Estudo resultante da pesquisa nacional “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no SUS: avalia quem pede, quem faz e quem usa”, que busca compreender os desafios no acesso às redes de atenção à saúde no SUS a partir dos agenciamentos criados pelos usuários dos serviços. Para isso, uma metodologia pautada no uso da cartografia é a escolha como elemento organizador na relação com os universos pesquisados. RESULTADOS: A partir de conversa com uma enfermeira trabalhadora da rede de urgência e emergência de dois municípios integrantes da macrorregião norte da Bahia, observou-se a existência de uma dificuldade no encaminhamento dos usuários portadores de doenças crônicas e traumas ortopédicos para os hospitais da rede interestadual do Vale médio do São Francisco, primeira rede interestadual do país. Nesta conjuntura, muitas incoerências de transferências foram relatadas, sobretudo no que versa sobre a assistência obstétrica, neurológica e materno-infantil. Devido à falta de medicamentos e assistências médico e de serviços de saúde na atenção básica, somadas as superlotações dos hospitais de referência, muitas informações são criadas no intuito de conduzir o usuário de uma região a outra. Ademais, a presença de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) regional, agrava esta situação, uma vez que este é o responsável pela transferência dos usuários para os hospitais referenciados e, muitas vezes, realiza este transporte com indivíduos estáveis e que poderiam ser tratados na

própria rede municipal. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Enfim, os elementos presentes neste encontro possibilitou aos pesquisadores alguns desdobramentos: agenciamento de uma conversa com os demais trabalhadores do SAMU desta microrregião, no intuito de observar os cuidados realizados nesta rede especificamente, bem como a abertura de uma nova frente de coleta de dados, na atenção básica, com o intuito de elencar um usuário-guia que nos permita traçar seu itinerário na construção de uma rede viva, tal qual imaginamos fazer parte do seu cotidiano de realizações em ato.

PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: O QUE ELES TEM A DIZER SOBRE O SEU TRABALHO

Vanessa Andrade Martins Pinto, Paulo Amarante

Palavras-chave: saúde da família, saúde mental, trabalho em saúde

Este é um recorte da análise preliminar da Tese de Doutorado “Casos de Saúde Mental: a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família” que tem como objetivo geral analisar a percepção dos profissionais da Estratégia Saúde da Família acerca do que entendem por “caso de saúde mental” na população adulta do território de sua responsabilidade, a partir da compreensão que fazem da natureza do seu trabalho. O estudo partiu do pressuposto de pesquisar a compreensão dos profissionais da ESF sobre o seu trabalho no saúde da família, para depois inferir o que entendem como “caso” de saúde mental no âmbito de suas ações. “Caso” de saúde mental está sendo compreendido neste estudo como todo relato feito pelos profissionais da ESF durante as entrevistas relacionadas ao sofrimento /transtorno mental ou queixa psíquica identificado por eles na população

adulta do território de sua responsabilidade. Algumas entrevistas dos ACS e técnicos de enfermagem apontam para uma compreensão mais solidária e coletiva de saúde. Esses profissionais, que são residentes no território, consideram o poder fazer algo pela comunidade, “pelas pessoas que me viram crescer”, sentem orgulho das suas próprias famílias serem atendidas na mesma unidade onde eles trabalham e das demais famílias da comunidade poderem receber atendimento em saúde no território onde vivem o eixo central no cotidiano do trabalho. Ao passo que para os profissionais de nível superior o trabalho na ESF aponta para uma possibilidade de superação do modelo biomédico. Mas, ao mesmo tempo, nas entrevistas esses profissionais solicitam a presença de outros especialistas junto à atenção primária, como o psiquiatra e psicólogo. O trabalho na ESF para os próprios profissionais, embora a capilaridade das ações de saúde no território tenha aumentado consideravelmente, ainda é um desafio para superação do modelo médico-centrado, curativista e hospitalocêntrico, principalmente no imaginário social.

PROGRAMA NACIONAL DE TRIAGEM NEONATAL – TÉCNICA UTILIZADA PARA SUA EFETIVAÇÃO

Edson Leal Campos, Lhana Lorena de Melo Atanásio, Elizandra Pereira Trindade, Érico Leonardo da Silva Martins, Danila Maria da Silva, Samanta Moreno Buriola

Palavras-chave: Teste do pezinho, Triagem Neonatal, Erros Inatos do Metabolismo, Cuidados de Enfermagem

O interesse por esse assunto surgiu por evidenciar um método de diagnóstico precoce para detecção e tratamento de doenças que não apresentam sintomas ao nascimento e que podem cursar para

um quadro de retardo mental grave e irreversível, dificuldade no crescimento e problemas físicos. Com o objetivo de conhecer o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) e a técnica utilizada para sua efetivação, destacando os cuidados da equipe de enfermagem na realização do teste, aplicação de técnicas para o alívio da dor durante o teste em recém-nascidos (RN) e a fisiopatologia das referidas doenças. Trata-se de um estudo de revisão de literatura, realizado no mês de fevereiro de 2015, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando como descritores: teste do pezinho; triagem neonatal; erros inatos do metabolismo. Este estudo justifica-se pela necessidade de apreender conhecimentos inerentes a realização correta do Teste do Pezinho, na perspectiva de evitar erros como, amostras inadequadas, comprometendo o resultado do exame, promovendo assim, o repasse de informações necessárias à consulta rápida e prática pelo enfermeiro e demais profissionais de saúde, contribuindo para a qualidade de vida do recém-nascido e para seus familiares. Nesse aspecto, os profissionais de enfermagem são peças fundamentais na coleta do teste do pezinho, tendo em vista que, atuam mais próximos da mãe e do recém-nascido, condição essa que propicia uma relação de confiança, favorecendo a aceitação nas orientações sobre importância do PNTN e efetivando o sucesso do programa.

PROJETO DE EXTENSÃO “ETERNIZAR-TE: INTERVENÇÕES EM SAÚDE PARA CRIANÇAS E IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Carmen Justina Gamarra, Ricardo Zaslavsky, Evelyn Magueta, Kaue Bonacio, Daiani Scheffer, Maria Julia Queiroz Piai, Christoffer Stephanovich Bresolin, Erica Adriana Espinoza Gonzalez, Taviiane Ventura Ribeiro

Palavras-chave: Ludo terapia, crianças e idosos institucionalizados, acadêmicos de Medicina e Saúde Coletiva

INTRODUÇÃO: Projeto de Extensão da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA): “Eternizar-te: Intervenções em Saúde para Crianças e Idosos Institucionalizados. Objetivos: contribuir para a melhoria da qualidade de vida de crianças e idosos institucionalizados de Foz do Iguaçu, PR e aprofundar os conhecimentos e práticas sobre a formação do vínculo terapêutico dos acadêmicos do Curso de Medicina e Saúde Coletiva da UNILA; promover a experiência da alegria como fator potencializador de relações saudáveis por meio do lúdico, desenvolvimento de atividades artísticas e atuação de palhaços. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O projeto é uma parceria entre os Cursos de Medicina e de Saúde Coletiva da UNILA, e a Escola de Arte e Cia Vida é Sonho, e vem ocorrendo desde fevereiro de 2015 em uma instituição que abriga idosos e uma que abriga crianças que, por motivos judiciais, foram afastadas de suas famílias, no município de Foz do Iguaçu. Inicialmente, todos os alunos bolsista e voluntários do projeto participaram de um curso de teatro, a partir do qual vem sendo organizados e realizados diversas encontros lúdicos com os moradores das instituições. Tais encontros são realizados semanalmente, alternado encontros com os idosos e crianças das instituições e encontros de discussão e reforço de teatro entre os integrantes do projeto. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Houve grande participação e integração entre moradores das instituições e com os acadêmicos do projeto; risos, alegria e felicidade, podem ser observadas nas fotos e cuidadores manifestam que esses momentos têm sido muito apreciados por todos. Os acadêmicos de Medicina e Saúde Coletiva da UNILA manifestaram que o projeto tem contribuído para a sua

formação humana e ética. No projeto também foram desenvolvidas ações de antropometria com as crianças e encontra-se em planejamento ações de avaliação do estado mental dos idosos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A integração entre os moradores através de atividades lúdicas e divertidas, propiciam momentos de descontração, risos e alegria que vem contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de crianças e idosos institucionalizados.

PROJETO DE EXTENSÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA): “ETERNIZAR-TE: INTERVENÇÕES EM SAÚDE PARA CRIANÇAS E IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Carmen Justina Gamarra, Ricardo Zaslavsky, Evelyn Maguetta, Kaue Bonacio, Daiani Scheffer, Maria Julia Queiroz Piai, Christoffer Stephanovich Bresolin, Erica Adriana Espinoza Gonzalez

Palavras-chave: Ludoterapia, crianças e idosos institucionalizados, acadêmicos de Medicina e Saúde Coletiva, teatro

APRESENTAÇÃO: Projeto de Extensão da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA): “Eternizar-te: Intervenções em Saúde para Crianças e Idosos Institucionalizados. **OBJETIVOS:** contribuir para a melhoria da qualidade de vida de crianças e idosos institucionalizados de Foz do Iguaçu, PR e aprofundar os conhecimentos e práticas sobre a formação do vínculo terapêutico dos acadêmicos do Curso de Medicina e Saúde Coletiva da UNILA; promover a experiência da alegria como fator potencializador de relações saudáveis por meio do lúdico, desenvolvimento de atividades artísticas e atuação de palhaços. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** o projeto é uma parceria

entre os Cursos de Medicina e de Saúde Coletiva da UNILA, a Escola de Arte e Cia Vida é Sonho, desde fevereiro de 2015 vem ocorrendo em uma instituição que abrigam idosos e uma que abriga crianças que, por motivos judiciais, foram afastadas de suas famílias, no município de Foz do Iguaçu. Inicialmente, todos os alunos bolsistas e voluntários do projeto participaram de um curso de teatro, a partir do qual vem sendo organizados e realizados diversas encontros lúdicos com os moradores das instituições. Tais encontros são realizados semanalmente, alternando os encontros com os idosos e crianças das instituições e encontros de discussão e reforço de teatro entre os integrantes do projeto. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** houve grande participação e integração entre moradores das instituições e com os acadêmicos do projeto; risos, alegria e felicidade, podem ser observadas nas fotos e cuidadores manifestam que esses momentos têm sido muito apreciados por todos. Os acadêmicos de Medicina e Saúde Coletiva da UNILA manifestaram que o projeto tem contribuído para a sua formação humana e ética. No projeto também foram desenvolvidas ações de antropometria com as crianças e encontra-se em planejamento ações de avaliação do estado mental dos idosos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** a integração entre os moradores através de atividades lúdicas e divertidas propiciam momentos de descontração, risos e alegria que vem contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de crianças e idosos institucionalizados.

PROJETO DE PESQUISA: “OS IMPACTOS DO TRATAMENTO ONCOLÓGICO NA CONDIÇÃO ECONÔMICA DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES MATRICULADOS NO INCA.”

Diana Moraes, Erika Schreider

Palavras-chave: Oncologia, Pediatria, Condição econômica, Serviço Social

O presente trabalho trata-se de um projeto de pesquisa em andamento, realizada no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) que pretende identificar os impactos do tratamento oncológico na condição econômica das famílias de crianças e adolescentes matriculados na instituição. O câncer é um problema de saúde pública e a estimativa para o biênio 2014/2015 é de aproximadamente 394.450 novos casos por ano, excluindo-se os tumores de pele não melanoma. Segundo os dados, os casos de cânceres pediátricos devem chegar a 11.840 entre crianças e adolescentes até os 19 anos (BRASIL, 2014). Os cânceres infantis têm como características importantes o menor período de latência, são mais agressivos e crescem mais rápido, entretanto, respondem melhor ao tratamento e tem bom prognóstico, quando comparados aos cânceres em adultos. (BRASIL, 2008) Em seus aspectos sociais, o adoecimento por câncer entre crianças e adolescentes também apresenta particularidades. Entre elas estão os impactos socioeconômicos que as famílias sofrem com o tratamento oncológico uma vez que necessitam de acompanhamento integral de um adulto durante o mesmo. (SCHREIDER; MONTEIRO, 2013). A proteção social no Brasil por parte do Estado está cada vez mais restrita, fragmentada e focalizada. Por outro lado, a responsabilização das famílias no que tange a proteção e o cuidado dos seus entes é cada vez maior. Este estudo será realizado através de pesquisa exploratória com abordagem quanti-qualitativa, nas clínicas de oncopediatria e hematologia infantil do INCA. Serão participantes da pesquisa os principais cuidadores das crianças e adolescentes em tratamento neste Instituto que tenham sido matriculados na clínica

pediátrica no período estabelecido pelo projeto. A etapa quantitativa tem como objetivo conhecer o cenário do período estudado e o perfil socioeconômico das famílias dos usuários no momento da matrícula. Nesta etapa, serão coletados em prontuário, dados socioeconômicos dos participantes da pesquisa. Na etapa qualitativa do estudo pretende-se apreender as alterações ocorridas na situação econômica da família do paciente, considerando-se alterações na situação de trabalho dos familiares e cuidadores, além das mudanças dos gastos da família decorrentes do tratamento oncológico, conforme explícito na justificativa deste projeto de estudo. Para tanto, será realizada uma entrevista junto aos principais cuidadores abordando quais gastos o tratamento oncológico do paciente trouxe para a família, sejam eles diretos, como a necessidade de compra de medicamentos em falta, material para curativos, órteses etc., ou indiretos, como gastos com transporte, alimentação, adequação do espaço da casa, entre outros. A coleta de dados da etapa qualitativa da pesquisa será efetivada por meio de entrevistas semiestruturadas que podem combinar perguntas abertas e fechadas. Durante a pesquisa, será realizado estudo bibliográfico e documental acerca das atuais políticas de acesso a transporte, assistência, direitos trabalhistas e previdenciários que influam no tratamento oncológico de crianças e adolescentes e seus familiares e cuidadores. A pesquisa pretende refletir acerca destas expressões da “questão social”, trazendo elementos que possibilitem a qualificação da intervenção profissional dos assistentes sociais.

PROJETO SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS: AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS

Geisa Alessandra Cavalcante de Souza, Edson Mamoru Tamaki

Palavras-chave: Projeto SPE, indicadores, avaliação

O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) é uma iniciativa interministerial de educação e promoção à saúde sexual e reprodutiva voltada para a população jovem, com o objetivo de reduzir o risco de ocorrência de DST, AIDS e gravidez não planejada por meio de ações integradas entre escolas e unidades de saúde. A proposta envolve saúde e educação no enfrentamento das vulnerabilidades que atingem essa parcela social, apropriando-se da metodologia de educação entre pares para a formação de alunos multiplicadores sobre os temas sexualidade, álcool, drogas, diversidades étnico-raciais, igualdade de gênero e influência de tabus que envolvem essas temáticas junto às famílias e comunidade. O projeto SPE, inserido no Programa Saúde nas Escolas (PSE) integra a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Considerando seu potencial de alcance nas ações de educação e promoção à saúde, sua eficácia está intimamente ligada à participação social. Os fenômenos que participam da realidade escolar quando associados às ações de promoção à saúde e à prevenção de doenças são complexos, necessitando de estratégias interdisciplinares para intervenção, monitoramento e avaliação. O alcance do projeto SPE, pela natureza de suas ações, é uma construção social sob a influência de diversos fatores. Neste sentido, a pesquisa, de desenho quantitativo, pretende avaliar a implementação das ações no município

de Campo Grande-MS, a partir. Os objetivos específicos da proposta partem da construção de indicadores municipais, análise da implementação (considerando o nível de satisfação dos atores sociais envolvidos), bem como identificação de possíveis habilidades adquiridas pelos alunos das escolas pesquisadas, em relação às estratégias de prevenção previstas pelo projeto SPE. É fundamental buscar respostas sensíveis às demandas que emanam do Projeto SPE, o que tornam as intervenções muito mais efetivas em relação à superação da vulnerabilidade que permeia a população jovem no município de Campo Grande-MS. O instrumento utilizado para a coleta de dados primários poderá compor o conjunto de ferramentas utilizadas pela ESF no âmbito da avaliação. Resultados de processos avaliativos apontarão para as repercussões da proposta interventiva no cotidiano das relações sociais entre educandos, educadores, profissionais de saúde, famílias e comunidade, favorecendo novas possibilidades de implantação, aplicabilidade e continuidade do projeto nas escolas.

PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTRIBUIÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO COLETIVA DO SABER-FAZER

Rosana Maria Ferreira de Moura Lima, Elizabete Cristina Fagundes de Souza, Silvana Mendonça de Vaz Salha, Maria Goretti Cordeiro, José Benilson Martins Macêdo, Diana Lídice Araújo da Silva, Edna Maria Pinheiro, Maurício de Figueiredo Formiga Júnior, Leonardo Haled da Costa Nóbrega, Maria do Socorro Medeiros Santos

Palavras-chave: Promoção da saúde, Alimentação Saudável, Educação Alimentar e Nutricional

APRESENTAÇÃO: Este trabalho refere-se a estudo realizado no âmbito do Mestrado Profissional em Saúde da Família no Nordeste, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família-RENASF, tendo como instituição nucleadora a Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Teve como objetivo compor estratégias para apoiar a inserção transversal das ações de promoção da alimentação saudável nas práticas de profissionais de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família e uma Unidade da Estratégia Saúde da Família no município de Natal - RN, a partir da análise das percepções e processos de trabalho dessas equipes, tendo em vista a necessidade de novas explicações e intervenções da ação política em alimentação e nutrição diante do reconhecimento da alimentação como determinante e condicionante do processo saúde-doença. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa-ação de caráter intervencionista. Para tal, foram adotadas várias estratégias metodológicas: Círculo Hermenêutico Dialético, Observação Direta, Encontros Temáticos Reflexivos e Oficina “Repensando as práticas educativas para promoção da alimentação saudável”. Para registro de dados, foram utilizados os Diários de Pesquisa-DP e de Momentos-DM. A análise ocorreu de forma processual, em constante movimento de reflexão-ação-reflexão, com base na hermenêutica-dialética. **RESULTADOS:** Em relação à promoção da saúde, evidenciaram-se as seguintes percepções: promoção da saúde associada à prevenção de doenças e agravos; promoção da saúde relacionada à qualidade de vida e ao bem estar, em suas várias dimensões; promoção da saúde enquanto responsabilidade do Estado; promoção da saúde relacionada às ações de educação em saúde; promoção da saúde como expressão da resolutividade e acessibilidade aos serviços de saúde. Quanto à alimentação saudável, predominaram

as percepções referentes aos aspectos nutricionais. No que se refere à educação alimentar e nutricional-EAN, observou-se predominância da percepção de EAN como informação, orientação e transmissão de conhecimentos para mudanças de práticas alimentares. No que diz respeito ao processo de trabalho, observou-se que entre as ações para promoção da saúde, predominam as atividades educativas, como palestras e rodas de conversa, pautadas no modelo tradicional da “educação bancária”, apontando para a necessidade de reorganização dos processos de trabalho e de formação profissional, buscando a construção de novas tecnologias, tais como: Projeto de Saúde do Território – PST, Projeto Terapêutico Singular-PTS, Clínica Ampliada e Compartilhada, práticas educativas com metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a partir do fortalecimento dos espaços de educação permanente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A construção de práticas que promovam a alimentação saudável na Atenção Primária à Saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado e da realização da Segurança Alimentar e Nutricional, pressupõe a necessidade da “reforma do pensamento” que deve estar articulada e imbricada à produção de saberes e práticas que favoreçam a intersetorialidade, a transversalidade, o diálogo e a postura democrática e solidária, possibilitando a construção coletiva do saber-fazer. A partir da compreensão dos fatores sociais, econômicos, psicológicos e culturais que envolvem a alimentação humana e da problematização da história alimentar das pessoas, os profissionais podem estimular a autonomia e a criatividade para a descoberta de novos sabores, novas cores e combinações de alimentos.

PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS SERVIDORES DO SISTEMA PENITENCIÁRIO DO ESTADO DO PARANÁ POR MEIO DE INTERVENÇÃO DE PSICOLOGIA

Diniz Pontarolo, Angela Cristina Rocha Gimenes

Nos últimos anos avanços são notados no Sistema Prisional Brasileiro, principalmente, em relação à construção de novos Estabelecimentos Penais, promoção das áreas de inteligência e na ressocialização dos apenados. No entanto, há uma grande lacuna no âmbito da atenção à qualidade de vida e saúde dos servidores prisionais. Quando se trabalha no Sistema Penitenciário do Paraná, percebe-se a fragilidade da saúde dos agentes penitenciários, e nisto, a necessidade de identificar quais eram os maiores problemas de saúde dos servidores. Através do estudo de 6170 atestados médicos conseguimos identificar quais as doenças ocupacionais mais prevalentes como: Problemas Osteomusculares, Psiquiátricos, Dentários, Gástrico, Cardiológico, otorrino entre outros. A criação deste programa de intervenção é capaz de estabelecer um espaço onde o servidor/agente poderá expor suas angústias antes que ela se torne patológica, auxiliando na diminuição dos custos emocionais e financeiros que a instalação de uma doença emocional pode causar tanto a nível pessoal e familiar, quanto a nível social para o Estado. Através da literatura e da análise dos atestados constatou-se a necessidade de manter convênio com alguma universidade para intervenção de psicologia para melhorar a qualidade de vida desses servidores. Os objetivos foram melhorar a qualidade de vida dos servidores do sistema penitenciário por meio de intervenções da Psicologia, sensibilizar o servidor para o reconhecimento da necessidade de se cuidar do aspecto emocional de sua vida, de seu stress e da

possibilidade de se ter estes cuidados neste programa e realizar atividades que possam gerar autoconsciência e acolhimento de suas angústias e implantar um serviço de psicoterapia. A conclusão do projeto é que a procura por tratamento de psicologia foi significativa e houve rotatividade grande de atendimentos e no momento 20 servidores encontra-se em tratamento. O trabalho foi reconhecido pela Federação das Indústrias do Estado do Paraná (FIEP) no qual houve premiação do selo dos Objetivos do Desenvolvimento do milênio (ODM).

PROMOÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMARIA NA UNIDADE PENAL DE FRANCISCO BELTRÃO – PFB NO ANO DE 2014

Rozeli Wosniak Schmitz, Angela Cristina Rocha Gimenes

Palavras-chave: Qualidade de vida, Sintomatologia físicas/psicológicas, déficit profissionais na enfermaria

APRESENTAÇÃO: A saúde e a qualidade de vida (QV) são direitos fundamentais de todo o ser humano (BUSS, 2003). E refletem ao relacionamento ao conhecimento aos valores de individualidade e coletividades. Nessa filosofia podemos destacar que o sistema penitenciário trabalha em cima da base regenerativa do sujeito imposta pela sociedade, elevando o stress das classes trabalhadoras deste sistema. Assim a Secretaria da Segurança Pública e Administração (SESP) / Departamento de Execução Penal (DEPEN) do Estado do Paraná tem como missão “a aplicação da Lei de Execuções Penal, de acordo com a sentença judicial, visando a ressocialização dos presos, proporcionando condições de reintegração e convivência em sociedade”. No cumprimento das tarefas específicas

e peculiar são lotados pela Secretaria da Administração e Previdência no Departamento Penitenciário do Estado do Paraná - SEAP (2013), mais de 3mil(3.000) servidores na função de agente de apoio, agente de execução, técnicos e profissionais, distribuídos em nas Unidades Prisionais para atender mais de 30 mil (30.000) encarcerados. Sistema Integrado de Informações – InfoPen (2012). Em consequência disso como agravante, veio às rebeliões os motins que se instalou nos Presídios do Paraná, vindo alterar as relações sobre saúde/trabalho/doenças, levando os profissionais ao absenteísmo das atividades. O presente trabalho possui o intuito de apresentar os reflexos do exercício profissional dos servidores no setor de enfermaria da Unidade Penal de Francisco Beltrão, com base na análise do cotidiano. O estudo é sobre a qualidade de vida dos funcionários envolvidos diretamente e indiretamente. Objetiva demonstrar a necessidade de implementações de programas e ações estratégicas, perante o alto nível de afastamento dos servidores por motivo de doenças e outros que ocasionam déficit de profissionais. **METODOLOGIA:** Neste sentido, para expor tais situação foram aplicado questionários para os servidores da enfermaria, que pode-se detectar que as sintomatologias físicas/psicológicas podendo ser resultado das pressões paralelo com os stress sofrida neste ambiente. A palestra Stress Ocupacional foi aberta para todos os servidores com intuito de amenizar os impacto na saúde dos servidores.

PROMOVENDO AÇÕES EDUCATIVAS SOBRE MALÁRIA EM UM ASSENTAMENTO

Marta de Melo Oliveira e Silva, Annia Quintero Quintero

Palavras-chave: malária, intervenção, vigilância epidemiológica

A Malária é reconhecida como grave problema de saúde pública no mundo, ocorrendo em quase 50% da população em mais de 109 países e territórios. No Brasil, a região amazônica é considerada a área endêmica do país para Malária. O presente projeto baseou-se na organização e promoção de intervenções em saúde sobre a malária, através de ações educativas, visando avaliar o nível de conhecimento dos usuários antes e depois da intervenção, num assentamento no distrito Vista Alegre do Abunã / RO, no período entre julho a dezembro de 2014. No assentamento vivem 263 moradores, porém participou 89 por atenderem aos critérios de seleção. Para o levantamento do conhecimento desses usuários foi aplicado um questionário em duas fases; na primeira fase, não houve nenhuma abordagem prévia sobre os aspectos da doença, o controle social e participação popular; a segunda fase foi precedida por palestras, exposição dialogada com recursos visuais, em um total de oito encontros, devidamente programados pela equipe de saúde da ESF, com objetivos de promover mudanças no estilo de vida, oferecimento de conhecimentos gerais sobre malária, fatores de risco, aspectos clínicos e epidemiológicos, controle seletivo do vetor, medidas de proteção individual e coletiva, vigilância epidemiológica e mobilização social e comunitária. Como resultado da aplicação do questionário antes das ações educativas ficou evidenciado a falta de desconhecimento da comunidade sobre a doença que esteve determinada pela falta de intervenção educativa anteriormente nesta comunidade e após as atividades educativas, o nível de conhecimento da população sobre a doença mudou muito. Concluímos que é importante a promoção de ações de educação em saúde, mobilização

social e a participação comunitária, articuladas com a secretaria de meio ambiente, o desenvolvimento de projetos nesses assentamentos ou comunidades com focos de transmissão da Malária de maneira sistemática e supervisionada. Assim como organizar capacitações aos líderes da comunidade, agentes de endemias e agentes comunitários.

PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE (PEP) E PRONTUÁRIO CONVENCIONAL: AVANÇOS E RETROCESSOS NA VISÃO DOS ENFERMEIROS

Priscila Sanchez Bosco, Monica Silva Martins, Luiz Carlos Santiago, Bruno de Melo Carneiro

Palavras-chave: Registros Médicos, Sistema de Registros Médicos Computadorizados, Enfermagem

Apresentação: A informatização em saúde é assunto cada vez mais em voga tanto no ambiente hospitalar quanto na atenção básica e traz diversos benefícios para a melhoria da qualidade da assistência prestada. Ocorrera por completo a médio e longo prazo e estudos já apontam que houve um avanço na utilização de recursos computacionais na saúde nos últimos 20 anos. O objetivo do presente estudo é analisar o uso do Prontuário Eletrônico do Paciente como subsídio para a melhoria da qualidade do registro dos enfermeiros. Desenvolvimento do trabalho: A presente investigação tem como método o qualitativo, tratando-se de um estudo descritivo, do tipo estudo de caso. O presente estudo foi desenvolvido em um Hospital Federal Especializado situado na zona Sul do município do Rio de Janeiro. Nossa coleta de dados ocorreu no período de 11 de outubro a 09 de dezembro do ano de 2013 e teve

como sujeitos 08 profissionais de saúde plantonistas e diaristas da enfermaria de coronariopatias. Concomitante, realizamos a análise dos prontuários eletrônico e convencional 25 pacientes selecionados através dos critérios de inclusão estipulados (internados há pelo menos 24 horas, em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca). Resultados e impactos: Os sujeitos de nossa pesquisa entendem e compreendem, em sua maioria, a importância da utilização do PEP em sua rotina haja vista a quantidade de evoluções realizadas no PEP (37) comparadas com as evoluções realizadas no prontuário convencional (14). No entanto, constatamos que, apesar dos inúmeros benefícios comprovados referentes ao uso da informatização em saúde, seis dos oitos entrevistados se mostraram contrários à utilização do PEP. Para estes o PEP é muito importante para o aprimoramento da qualidade da assistência, porém, consideram que o software utilizado não atende as suas demandas. Considerações Finais: Faz-se necessária a conscientização dos profissionais acerca da necessidade dos registros no prontuário do paciente, eletrônico ou convencional, não somente para respaldo profissional, mas como garantia de que o cuidado por ele exercido terá continuidade e servirá para embasar ações futuras de profissionais diversos, podendo interferir positiva ou negativamente no prognóstico deste paciente.

PROPOSTA DE UMA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA PORTADORES DE DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE RAIMUNDO NOGUEIRA BEVILAQUA, TIANGUÁ/CE

Fatima Aparecida Ferreira Teixeira de Carvalho, Julia Caridad Cordero Murguía, Ysabely Aguiar Pontes Pamplona

Palavras-chave: Diabetes mellitus, Fatores de risco, Conhecimentos, Prevenção, Intervenções educativas

INTRODUÇÃO: O Diabetes mellitus constitui uma doença bastante limitante, capaz de causar grandes danos à capacidade de realizar atividades diárias, à qualidade de vida e à autonomia do indivíduo. OBJETIVO: Trata-se de um estudo prospectivo, comparativo, e de intervenção educativa quase experimental com o objetivo de intervir de forma educativa para modificar positivamente o conhecimento e atitude em pacientes diabéticos da Unidade Básica de Saúde Raimundo Nogueira Bevilacqua, Tianguá/CE. MÉTODO: A amostra estará constituída por 82 pacientes com o diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, no período de junho 2015 até novembro de 2015. A proposta de intervenção consta de nove ações: Ação 1 Apresentação da estratégia a equipe do UBS; Ação 2 Atividade de capacitação aos membros da equipe; Ação 3 Confecção do questionário para pacientes; Ação 4 Apresentação da estratégia aos pacientes participantes; Ação 5 Aplicação do primeiro questionário aos pacientes participantes; Ação 6 Avaliação pela equipe do resultado do questionário e determinação dos aspectos principais a modificar dentro da estratégia educativa; Ação 7 Desenvolvimento da estratégia educativa; Ação 8 Repasso dos conteúdos recebidos e aplicação do segundo questionário aos pacientes participantes; Ação 9 Avaliação pela equipe dos resultados do segundo questionário e determinação dos aspectos principais a modificar dentro da estratégia educativa. Resultados Esperados: Espera-se aumentar os conhecimentos da prevenção e autocontrole dos fatores de risco da Diabetes Mellitus, na população da UBS, como elemento necessário para uma educação continuada e que a estratégia educativa desenhada contribua para

melhorar a qualidade de vida do paciente diabético e comportamentos saudáveis dos usuários. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Brasil, com programas de incentivo a saúde, tem uma posição privilegiada em relação aos outros países da região para enfrentar o desafio de proporcionar conhecimento sobre fatores de risco e proteção para mudanças de atitudes que permitem incentivar comportamentos saudáveis e responsáveis a fim de facilitar a preservação da saúde, mas atingir esses objetivos requer um trabalho sistemático persistente com abordagem multidisciplinar, implicando a necessidade de mudar as atitudes individuais, a família e da sociedade.

PROTOCOLO DE MANCHESTER: PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS CLASSIFICADORES DE RISCO

Juliana Rodrigues De, Maria Lúcia Ivo, Vilma Ribeiro da Silva

Palavras-chave: Serviços médicos de emergência, Triagem, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: A classificação de risco é uma estratégia para organizar as portas do Serviço de Urgência/Emergência, devido as grandes demandas do atendimento, o acúmulo de pacientes e a sobrecarga do trabalho das equipes. Mediante as práticas baseadas em evidências, os enfermeiros têm utilizado protocolos para gerenciar essa atividade, dentre eles o de Manchester, tendo em vista a garantia do acesso à assistência à saúde. **OBJETIVO:** Compreender a aplicação do Protocolo de Manchester na percepção dos enfermeiros em um pronto socorro geral. **MÉTODO:** Foi utilizado o estudo de caso, sendo desenvolvido com enfermeiros classificadores de risco de um Serviço de Urgência e Emergência de referência para o SUS no Estado. O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética Universidade

Federal de Mato Grosso do Sul sob o parecer nº 383.325. A coleta de dados ocorreu entre setembro e outubro de 2013, utilizando as técnicas de observação não participante e entrevista semiestruturada. No tratamento dos dados foi realizada a análise de conteúdo de Bardin na modalidade de análise temática. **RESULTADOS:** Emergiram nos resultados duas categorias temáticas, sendo a primeira: Implementando o acolhimento com classificação de risco por meio do protocolo de Manchester com suas respectivas subcategorias: Reconhecendo as políticas de saúde na orientação da prática assistencial; Utilizando a educação em serviço na implantação do acolhimento com classificação de risco; Direcionando os usuários de menor complexidade para a rede de saúde; Adequando o atendimento com acolhimento e classificação de risco; Expressando segurança na aplicação do protocolo de Manchester; Expressando o sentimento de satisfação profissional; e Trabalhando em equipe multiprofissional. A segunda categoria temática evidenciada foi: Encontrando dificuldades na realização do acolhimento com classificação de risco, seguida pelas subcategorias: Reconhecendo a grande demanda de atendimento; Detectando dificuldades no direcionamento dos usuários para a rede de saúde; Preparando-se com a resistência médica. **CONCLUSÃO:** Os enfermeiros expressam segurança na aplicação do protocolo de Manchester e entendem que este assegura o atendimento no tempo adequado. Destacam as rodas de Educação Permanente como estratégia que possibilita a integração da equipe multiprofissional contribuindo para a efetivação da classificação de risco. No entanto, a superlotação do pronto socorro prejudica a qualidade do atendimento e aumenta o estresse da equipe. Percebem que a regulação inadequada da rede de saúde colabora para o aumento dessa demanda. As inseguranças evidenciadas

foram em relação aos direcionamentos de usuários para a rede de saúde e a falta de apoio da classe médica.

PROVIMENTO E FIXAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: ANÁLISE DOS EGRESSOS DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS NA REGIÃO DO BAIXO AMAZONAS

Flávia Roberta Dias Coelho, Júlio Cesar Schweickardt

Palavras-chave: Interiorização, Profissionais de saúde

INTRODUÇÃO: O problema de formação e fixação de profissionais na área de saúde está presente em países com diferentes níveis de desenvolvimento humano. Dentre as suas razões estão a má distribuição de profissionais em territórios, as condições de trabalho precárias, carga horária extenuante e planos de cargos e salários não atraentes. No Brasil, para atendimento dessas necessidades de saúde e formação, a Constituição Federal de 1988, no que compete ao Sistema Único de Saúde – SUS. Nesse contexto, o estado do Amazonas, devido às suas características diferenciadas que conferem um cenário peculiar dentre outras unidades federativas tem que ser abordado por meio diferenciado para atender o preceito do Sistema Único de Saúde de acessibilidade. A rotatividade de profissionais de saúde é intensa na garantia da assistência em uma extensa área territorial, como é o caso da região amazônica. Portanto, começou a se pensar sobre as características desse cenário e o projeto de pesquisa chamado “O Cenário da Gestão do Trabalho no Amazonas: Fixação e Provimento de Profissionais de Saúde no SUS” é um macroprojeto que analisa diversos municípios do interior. Dentre essas características, a partir da

criação da Universidade do Estado do Amazonas começou a se pensar acerca da necessidade de inserção de estudantes do interior oriundos das escolas públicas e de baixa renda. Assim como a garantia do acesso aos cursos da área de saúde e o retorno para os seus locais de origem, promovendo a fixação e diminuição da rotatividade de profissionais, foi criado o sistema de cotas com 50% das vagas do seu concurso de vestibular para os residentes do interior. Assim, sentiu-se a necessidade de realizar uma análise dos egressos da UEA, considerando que ainda não há estudo semelhante e justifica-se a sua realização para a contribuição com a área da gestão do trabalho e para o entendimento das políticas e estratégias de fixação e provimento no Estado do Amazonas. O objetivo desse trabalho é analisar a política da UEA e sua contribuição para a fixação e provimento de profissionais de saúde de nível superior na região do Baixo Amazonas. Será realizado o desenho do perfil desses profissionais, sua relação com o contexto e as necessidades de trabalho. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O trabalho foi dividido em duas etapas, onde foi disponibilizado o banco de dados dos egressos e após a caracterização dos egressos formados entre o ano de 2006 a 2014, e posteriormente foi realizado um recorte, caracterizando um estudo de caso dos indivíduos que atuam na região por meio do CNES e a posteriori serão entrevistados 59 indivíduos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** O trabalho está na coleta de dados, tendo como resultados parciais que enfermeiros, médicos e cirurgiões-dentistas estão inseridos em todos os municípios da região, a maioria oriunda do sistema de cotas para interiorização das vagas para moradores. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Portanto, havendo uma inserção positiva dos egressos da Universidade nessa região.

QUALIDADE DE VIDA DOS DISCENTES DO ILATIT DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)

Michael Alberto Gutierrez Sanchez, Gladys Amelia Veles Benito, Alessandra Cristiane Sibim

Palavras-chave: Ensino superior, saúde escolar, América Latina, diversidade cultural

A Organização Mundial da Saúde define a qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. São uma ampla variedade de conceitos que são afetados de maneira complexa pela saúde física, estado psicológico, crenças pessoais e as relações nos aspectos sociais. O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida dos discentes da UNILA matriculados no período de 2013 especificamente pertencentes ao Instituto Latino-Americano de Tecnologia Infraestrutura e Território (ILATIT). Conhecendo a população de estudo, calculou-se o tamanho amostral para estimadores de proporção, considerando 95% de confiança. Os alunos foram sorteados aleatoriamente e a estes foram aplicados dois instrumentos para a coleta de dados, em um primeiro momento foi aplicado um questionário que permitiu traçar um perfil socioeconômico e demográfico, e em seguida os discentes vinculados ao ILATIT responderam às questões que são apontadas para medir a qualidade de vida, conforme ao questionário readequado Whoqol-bref de 1994. Com relação aos aspectos éticos todas as diretrizes e normas da Resolução nº 466/12 foram contempladas assegurando a confidencialidade de todas as informações. Dos 137 estudantes entrevistados 30,66% são do sexo feminino e 69,34% são do sexo masculino. A média das idades é de 23 anos. Questionados sobre a percepção de

sua qualidade de vida 54,02% avaliam como boa, 6,57% como ruim e 39,42% nem ruim e nem boa. Quanto à nacionalidade 30,66% são Brasileiros, 31,39% são Paraguaiois, 7,30% são Uruguaiois os demais provêm dos outros países da América Latina. Avaliou-se se há relação destas variáveis com aspectos que definem a qualidade de vida dos acadêmicos do instituto estudado. A diversidade de nacionalidades, atrelado à faixa etária e a sua formação escolar nos aponta a complexidade e diversificação quanto à concepção do que seja a qualidade de vida para estes estudantes. Com relação à satisfação com a saúde, os chilenos são os mais satisfeitos seguidos dos paraguaiois. Os mais insatisfeitos com a sua saúde são os colombianos, em relação às outras nacionalidades. A partir desta pesquisa realizada, contribuiremos com o delineamento de diretrizes por parte dos diversos setores da UNILA de forma a melhorar a convivência e o rendimento escolar dos discentes nos cursos que vêm desenvolvendo. Acredita-se também que a pesquisa abrirá um leque amplo de temas a serem pesquisados com as comunidades discentes de outras universidades, a fim de conhecer diversos aspectos que possam influenciar na qualidade de vida dos estudantes.

QUALIDADE DE VIDA DOS MOTOTAXISTAS, CAMPO GRANDE – MATO GROSSO DO SUL

Arlete de Carvalho Félix, Alexandra Maria Almeida Carvalho, Albert Schiaveto de Souza

Palavras-chave: Qualidade de vida, Mototaxistas, Risco ocupacional

Conhecer a Qualidade de Vida (QV) das pessoas leva à mudança de paradigma, isto é, de posturas e atitudes diante da prática assistencial tradicional do processo saúde-doença. Tendo em conta que estudos dessa

natureza são poucos explorados quando se trata dos profissionais mototaxistas, mesmo com a hipótese de que essa população está exposta a fatores de risco de várias ordens, que podem influenciar negativamente a Qualidade de Vida deles, esta pesquisa tem com OBJETIVO: Caracterizar o profissional moto taxista de Campo Grande - MS e avaliar sua Qualidade de Vida relacionada à saúde - a maneira como as pessoas se sentem e avaliam o próprio estado geral de saúde, levando em conta as diferentes esferas que determinam a saúde como um todo. MÉTODO: estudo transversal, com coleta de dados primários realizado em Campo Grande - MS, em 2015, haviam 980 profissionais cadastrados. O cálculo amostral com precisão de erro de 5%, nível de confiança de 95%, resultou na amostra de 277, mais 20% em caso de perda. A pesquisa foi de conveniência, por meio do questionário Sócio demográfico e o questionário de Qualidade de Vida (SF-36). Os dados foram analisados estatisticamente, com o programa estatístico SPSS versão 22. RESULTADOS: Dentre os 301 mototaxistas estudados predominou o gênero masculino (98,7% - n=297), com idade média de 40,05±8,36 anos, o mais jovem com 23 e o mais velho com 64 anos, casados ou em união estável (63,5% - n=191), com ensino médio completo (44,9% - n=135). Ao verificar variáveis relativas ao trabalho, o tempo na profissão foi de 8,84±6,02 anos e (86,0% - n=259) contribuem para o INSS. Quanto ao período de trabalho (45,8% - n=138) trabalhavam no período diurno e noturno, carga horária diária de trabalho de 12,60±3,55 horas. Diariamente, a maior parte deles percorria mais de 100 quilômetros (87,4% - n=263). Pouco mais da metade (52,8% - n=159) dos indivíduos relataram sentir desconfortos ao exercer a profissão de mototaxista, predominou dores nas costas/lombar (73,0% - n=116). Observou-se que (52,2% - 157) já sofreu acidente de trânsito, desses (52,2% - n=82)

parou de trabalhar temporariamente por conta do acidente. A violência urbana pode ser verificada ao constatar que (17,6%, n=53) foram assaltados ao exercer a profissão. Na análise dos valores dos domínios do SF-36 obteve-se: Capacidade Funcional (83,27±18,47), Limitação por Aspectos Físicos (70,93±33,82), Dor (73,52±22,77), Estado Geral Saúde (72,09±17,73), Vitalidade (69,67±20,72), Aspectos Sociais (78,70±12,68), Aspectos Emocionais (69,88±37,53) e Saúde Mental (63,44±13,51). CONSIDERAÇÃO FINAL: Os mototaxistas de Campo Grande/MS são na maioria homens, com idade média de 40 anos, com ensino médio completo, a maioria é casado e trabalham em média 12 horas por dia. Percorrem mais de 100 km diariamente, sentem desconfortos ao desempenhar a atividade de mototaxista, a maioria contribui para INSS e também, já foi assaltado. Quanto à QV, os mototaxistas apresentam melhor qualidade de vida no domínio capacidade funcional e pior QV no domínio saúde mental.

QUALIDADE DOS REGISTROS DOS ENFERMEIROS NO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

Priscila Sanchez Bosco, Monica Silva Martins, Luiz Carlos Santiago, Bruno de Melo Carneiro

Palavras-chave: Registros Eletrônicos de Saúde, Registros Médicos, Qualidade da assistência à saúde

Apresentação: As informações geradas no atendimento ao paciente são requisitos essenciais para o aprimoramento da qualidade da assistência e gestão eficazes na atenção à saúde. O registro clínico no prontuário do paciente é o principal meio de comunicação entre os profissionais da equipe de saúde e ferramenta importante para avaliação da qualidade da assistência

prestada. Os objetivos do presente estudo são: Apresentar como o Prontuário Eletrônico do Paciente é utilizado pelos profissionais de saúde, como subsidio a melhoria da qualidade do registro e Descrever as implicações do uso do PEP, como subsidio à melhoria da qualidade do registro. Desenvolvimento do trabalho: A presente investigação tem como método o qualitativo, tratando-se de um estudo descritivo, do tipo estudo de caso. O presente estudo foi desenvolvido em um Hospital Federal Especializado situado na zona Sul do município do Rio de Janeiro. Nossa coleta de dados ocorreu no período de 11 de outubro a 09 de dezembro do ano de 2013 e teve como sujeitos 08 profissionais de saúde plantonistas e diaristas da enfermagem de coronariopatias. Concomitante, realizamos a análise dos prontuários eletrônico e convencional 25 pacientes selecionados através dos critérios de inclusão estipulados (internados há pelo menos 24 horas, em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca). Resultados e impactos: Encontramos prontuários em que não havia evolução de enfermagem em nenhum dia de internação, mas nestes mesmos prontuários encontramos evoluções dos demais profissionais de saúde do dia em que os pacientes internaram até o dia da coleta de dados. Os resultados da implementação do prontuário eletrônico parecem ser promissores para a melhoria da qualidade do tratamento de saúde, redução de custos e avanço do conhecimento, no entanto, ainda há queixas dos profissionais quanto ao déficit quantitativo dos mesmos para a realização de um registro e assistência de maior qualidade. Considerações Finais: Além da necessidade de realizar a evolução, seja no PEP ou no prontuário convencional, é necessário que a evolução realizada siga critérios mínimos de qualidade do registro para que assim possamos nortear nossa prática profissional e estabelecer critérios

fixos para avaliação do registro. Tais critérios ainda não estão completamente difundidos no Brasil e constitui-se em desafio para a prática profissional em saúde.

QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS PACIENTES HIPERTENSOS NA UBS RITA MARIA DA CONCEIÇÃO NO MUNICÍPIO TIANGUÁ CE

Fatima Aparecida Ferreira Teixeira de Carvalho, Mayelin Paneque Milan, Ysabely Aguiar Pontes Pamplona

Palavras-chave: Hipertensão, Adesão, Educação em saúde

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos dois mais importantes problemas de saúde pública, e o principal fator de risco para muitas complicações vasculares, cardíacas e renais que são importantes causas de mortalidade e incapacidade e geram altos custos econômicos. A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, ao associar-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas como consequência há um aumento de risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma das prioridades da atenção primária. Objetivo: Este trabalho propõe um projeto de intervenção a ser aplicado pela equipe de saúde da família da UBS Rita Maria da Conceição, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento dos pacientes com HAS. Método: A área de abrangência da Unidade de Saúde da Família é responsável pela cobertura de cerca de 163 hipertensos. Para abordagem dos pacientes será feito o cadastramento

e a estratificação de risco cardiovascular, com agendamento de consultas conforme prioridade, a partir da implementação do plano de ação proposto. Resultado Esperado: Pretende-se um aumento da adesão da população, as mudanças de estilo de vida e uso correto das medicações ao estimular a autonomia dos pacientes em relação ao seu estado de saúde. Com a implementação do plano de ação proposto pretendemos fazer diagnóstico adequado e precoce da HAS para ampliar a cobertura destes pacientes, melhorar os níveis de adesão do hipertenso no planejamento de seu tratamento dando-lhe mais responsabilidade por ele, o que aumenta seu cumprimento correto, melhorar a participação ativa no tratamento, a realização de mudanças no estilo de vida e estimular a autonomia de sujeitos em relação ao seu estado de saúde. Considerações Finais: Este projeto pretende contribuir na qualidade de vida e saúde da população da área de abrangência e contribuir, de forma significativa, a melhorar das condições de saúde e de vida da comunidade onde nossa equipe trabalha.

QUANDO A CONDIÇÃO CRÔNICA DE SAÚDE NA INFÂNCIA É TAMBÉM COMPLEXA: UM RETRATO DA HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA E O APRENDIZADO DE PESQUISA NA GRADUAÇÃO EM MEDICINA

Isadora Almeida Ferreira, Martha Cristina Nunes Moreira, Roberta Fernandes Correia, Miriam Calheiros Ribeiro de Sá, Roberta Tanabe, Adelino Madureira, Daniele de Carvalho Machado, Lívia Almeida de Menezes

Palavras-chave: Condição Crônica Complexa, Pediatria, Epidemiologia

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho compõe a linha de estudos sobre

Condição Crônica Complexa em Pediatria um retrato da morbidade hospitalar, cujo objetivo foi explorar o perfil das hospitalizações pediátricas, caracterizando-as tanto na perspectiva clínica quanto sócio-demográfica. Tal objetivo pretende subsidiar ações de programação, planejamento e formação em saúde, em um cenário de transição epidemiológica em curso, onde a condição crônica não alcança somente ciclos de vida avançados, e nem muito menos se resume aquelas condições epidemiologicamente mais visíveis na infância. O extrato de crianças e adolescentes que ocupam leitos pediátricos na atualidade desafiam a intersectorialidade em saúde e a perspectiva de vida onde a tecnologia e cronicidade interrogam a visibilidade dessas crianças fora do hospital. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Estudo de coorte prospectivo, cujo campo foi um hospital de referência situado no município do Rio de Janeiro, mais especificamente a enfermagem de pediatria geral e unidade intermediária, totalizando 19 leitos, com dados coletados durante 12 meses, contando com um instrumento estruturado desenhado exclusivamente para esse fim. A pesquisa foi aprovada na plataforma Brasil em abril de 2014. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: A Condição Crônica Complexa representou quase 80% do total de internações, sendo as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas os mais frequentes. O principal fator de risco foi asfixia perinatal. A maioria foi diagnosticada antes de um ano de idade. 2/3 apresentavam histórico de internações anteriores, sendo a primeira internação com aproximadamente 19 meses. Quanto à causa da internação, a maioria foi por doenças do aparelho respiratório, seguidas por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e por malformações congênitas, deformidades e anomalias. Em média a duração da

internação foi de 25 dias, demandando cerca de 1,7 especialidades médicas e de suporte terapêutico complementar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Predominam como causas das internações com CCC, as doenças do aparelho respiratório, Majoritariamente a chefia familiar é feminina, sendo as mães as principais acompanhantes permanentes durante a hospitalização, beneficiárias de auxílio governamental, fora do mercado. Autores: Isadora de Almeida Ferreira; Martha Cristina Nunes Moreira; Erly Catarina de Moura; Roberta Fernandes Correia; Miriam Calheiros Ribeiro de Sá; Roberta Tanabe; Adelino Madureira; Daniele de Carvalho Machado.

QUANDO A CRIATIVIDADE AMPLIA O ACESSO – UMA REFLEXÃO SOBRE AS POTENCIALIDADES DO TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Erica Lima Costa de Menezes, Magda Duarte dos Anjos Scherer

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Criatividade, Trabalho

O Grupo de Estudos e Pesquisas sobre o Trabalho em Saúde do Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília – Brasil (GEPTS/NESP/UnB) foi criado em 2010 e tem se configurado como um espaço de debate sobre a temática do trabalho e da formação em saúde. O Grupo tem o trabalho na atenção primária à saúde como principal objeto de estudo e vem utilizando como referenciais a ergologia e a teorização brasileira sobre o trabalho em saúde. Apresenta-se aqui o resultado de reflexões oriundas de pesquisas desenvolvidas pelo grupo acerca da atenção primária à saúde (APS) como espaço potencial de criatividade, tendo por base revisão da literatura e análise de experiências do cotidiano do trabalho das equipes,

retiradas da Rede HumanizaSUS, uma rede colaborativo-social online, que se constitui numa das estratégias da Política Nacional de Humanização. Conceitua-se a criatividade como um processo social participativo originado a partir das potências locais, onde indivíduos agem integrados a coletivos de trabalho, movidos por desconforto intelectual que os impulsiona a enfrentar os constrangimentos do meio e a encontrar as reservas de alternativas presentes no contexto. Um ambiente comporta sempre, em graus variáveis, limites e potencialidades à criatividade, que serão geridas pelos indivíduos e grupos, em meio a um debate de normas e de valores que estão presentes em toda situação de trabalho. Nesse contexto desafiador, a criatividade é um elemento-chave presente no cotidiano do trabalho, seja na relação dos profissionais com os usuários, na relação entre os próprios profissionais, como na organização e gestão do trabalho. A criatividade pode ser para os trabalhadores, motor e resultado: da busca de eficácia das ações; da proteção da própria saúde; do reconhecimento e valorização do seu trabalho, por si mesmo ou pelos outros; de maneiras de desenvolver o trabalho de forma mais prazerosa. Na atenção primária é um meio para reinventar e produzir ações de saúde para além das normas e dos organogramas e que exige dos trabalhadores uma abertura para o novo, para o desconhecido, para a aprendizagem. As experiências analisadas evidenciam que a criatividade é uma necessidade; pressupõe desconforto intelectual; o conhecimento favorece a criatividade; e no cenário onde ocorrem, os profissionais autorizam-se a criar. O cenário da atenção primária no Brasil pode parecer, à primeira vista, pouco fértil a ações criativas, mas a complexidade do processo saúde-doença tem mobilizado trabalhadores, em função da urgência de eficiência e eficácia, a pensar maneiras de produzir cuidado de qualidade e de vivenciar menos sofrimento no trabalho.

QUANDO A RECUSA DO MEDICAMENTO CONVOCA OUTROS MODOS DE CUIDADO: UMA EXPERIÊNCIA DE CONSTRUÇÃO DE REDES VIVAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Thayane Pereira da Silva Ferreira, Juliana Sampaio, Rinaldo Alves Batista, Leandro Antônio de Souza, Teresa Helena Bernardo, Adelle Conceição do Nascimento Souza, Luciano Bezerra Gomes

Palavras-chave: cuidado, saúde mental, território

Este trabalho apresenta a construção de uma proposta compartilhada de cuidado em saúde mental, fruto da pesquisa Observatório Nacional da Produção do Cuidado à luz das redes temáticas do SUS: avalia quem pede, quem faz e quem usa, desenvolvida com profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de João Pessoa-PB. Esta construção se processou entre os meses de fevereiro e agosto de 2015, período no qual duas pesquisadoras da Universidade Federal da Paraíba acompanharam, durante quatro horas por semana, as atividades de uma equipe de CAPS III deste município. Todas as vivências foram registradas em diários de campo e posteriormente analisadas à luz do referencial da micropolítica em saúde (CAMPOS; MERHY, 1997). Por se tratar de uma pesquisa compartilhada, alguns profissionais do serviço tornaram-se também pesquisadores, na medida em que também processaram/analísaram os resultados da pesquisa (GOMES; MERHY, 2004), tornando-se coautores deste trabalho. A construção compartilhada de cuidado foi experienciada a partir da demanda recebida pelo CAPS para cuidar de uma família com sofrimento psíquico. O primeiro movimento da equipe foi realizar visita domiciliar, identificar quatro membros da família com demanda em saúde mental e administrar medicação de depósito. Contudo, destas quatro pessoas,

uma foi a óbito devido complicações clínicas anteriores à ida do CAPS, outra aceitou o medicamento e outros dois apesar de tomarem a medicação num primeiro momento sob insistência da equipe, recusam este tipo de cuidado. Nenhum dos sujeitos apresentou disponibilidade para frequentar o CAPS. Tal situação convocou a equipe, em especial um técnico, a pensar outras ofertas de cuidado. Neste movimento, foram realizadas reuniões sistemáticas entre este profissional, acompanhado pelas pesquisadoras, com dois agentes comunitários de saúde e uma enfermeira da equipe de saúde da família da área. Na necessidade de novas ofertas de cuidado, foram produzidas novas visibilidades sobre esta família, a partir de visitas (quase semanais), que permitiram o efetivo encontro entre profissionais e família. Como resultado, foi produzido um genograma, com conhecimento da estória daquelas pessoas, suas potências de vida e demandas de cuidado (PEREIRA, et al., 2009). A partir de então, tem sido possível construir no encontro entre os membros desta família, os profissionais envolvidos no cuidado, além de profissionais do consultório na rua e do CAPS ad (pois um dos familiares é usuário de álcool) uma proposta terapêutica compartilhada e no território. Assim, no encontro efetivo entre diferentes sujeitos implicados, tem sido possível apostar na construção de redes vivas de cuidado centradas na família e que não se restringem às atividades desenvolvidas dentro do serviço.

RASTREAMENTO DE INDIVÍDUOS HIPERTENSOS NO CAMPUS DA PUC BETIM

Lucas Amorim Braga, Sandra Miramar de Andrade Pinheiro, Fernanda Dutra Mansur, João Henrique Brandão Santos, Fernanda Martins, Júlia Andrade Pinheiro

Palavras-chave: hipertensão, prevenção, promoção de saúde

Apresentação: Os acadêmicos da PUC Minas Betim e extensionistas do projeto “Retratos do Cotidiano em Saúde”, motivados pelo dia 26 de abril, Dia Nacional de Combate à Hipertensão Arterial, uma doença crônica determinada por elevados níveis de pressão sanguínea nas artérias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), realizaram, das 13h às 20h do dia 29 de abril de 2015, uma atividade de levantamento da prevalência de hipertensão arterial e de ações de educação em saúde no campus da faculdade em Betim – MG. Objetivos: - Rastrear indivíduos hipertensos no campus da faculdade e fazer um levantamento da incidência de HAS; - Identificar o perfil populacional, dentre os abordados, no qual a HAS é mais prevalente; - Promover ações de educação em saúde por meio da promoção de saúde e prevenção de doenças; Desenvolvimento do trabalho: Para tal atividade, os acadêmicos realizaram a aferição da pressão arterial e recolheram dados pessoais de quaisquer interessados que por ali circulassem, incluindo, principalmente, acadêmicos e funcionários da própria faculdade. Além disso, os extensionistas distribuíram uma cartilha que continha informações gerais sobre a hipertensão como, por exemplo, como diagnosticá-la, como se prevenir e como controlar um caso de hipertensão arterial já existente. Resultados e/ou impactos: Após a aferição dos dados e considerando a classificação do Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial do Ministério da Saúde (Hipertensão Arterial: PAS>140mmHg e PAD>90mmHg), com a ressalva de que o diagnóstico foi realizado com uma medida única, apenas 4 indivíduos (3,77%) dentre os 106 aferidos apresentaram valores que os enquadrasse no diagnóstico da doença. Dentre eles, dois indivíduos eram do sexo masculino e dois do sexo feminino, sendo que três deles (75%)

apresentavam idade inferior a 22 anos. Por outro lado, 8 indivíduos (7,54%) afirmaram ser hipertensos e apenas 4 deles afirmaram tomar medicação para a doença. Além disso, 63 indivíduos (59,43%) afirmaram ter histórico familiar de HAS. Considerações finais: Dessa forma, foi possível concluir que a prevalência de HAS encontrada na amostra foi baixa (3,77%) quando comparada à média nacional que varia entre 22% e 44% para a população adulta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010), o que pode ser atribuído ao fato de a faixa etária predominante na população aferida ser de menos de 35 anos (74,52% da amostra). Por fim, como foi realizada uma aferição única e mais da metade da amostra afirmou ter histórico familiar de HAS, todos receberam uma cartilha informativa sobre a HAS e foram orientados e instruídos a acompanharem periodicamente os seus valores de pressão arterial.

RASTREAMENTO DE NEOPLASIA PULMONAR COM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BAIXA DOSE NO BRASIL: PROTOCOLO DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO DE PORTO ALEGRE

Mauricio Mello Roux Leite, Fabio Munhoz Svartman, Ana Paula Garcia Sartori, Renato Soares Gutierrez, Renata Diniz Marques, Roberta Souza Coelho, Carolina Borchardt Heidtmann, Geisa Pereira

Palavras-chave: Rastreamento de Neoplasia, Câncer de Pulmão, Tomografia de Tórax

Objetivo: Divulgar o protocolo de rastreamento de neoplasia pulmonar com tomografia computadorizada de baixa dose (TCBD) do Serviço de Pneumologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Porto Alegre - RS. Material e métodos: Detalhamento dos principais aspectos do protocolo desenvolvido pelos

pneumologistas e radiologistas da instituição com base em revisões da literatura e adaptações à realidade local. Resultados: Foram definidos os seguintes critérios de inclusão (todos necessários): (1) idade entre 55 e 74 anos; (2) carga tabágica a partir de 30 maços-ano; (3) fumante atual ou ex-fumante que cessou o hábito há, no máximo, 15 anos. Critérios de exclusão: doença estrutural pulmonar ou comorbidade que impeça a investigação diagnóstica ou o tratamento cirúrgico-oncológico de neoplasia pulmonar. O recrutamento é feito no ambulatório de Pneumologia, entre pacientes sem suspeita clínica de neoplasia. No momento da inclusão são coletados dados demográficos e clínicos, incluindo histórico familiar de neoplasia. Fumantes são aconselhados a cessar o tabagismo e encaminhados a ambulatório específico. A TCBD é realizada em equipamento de 16 canais (BrightSpeed; GE Healthcare, Waukesha, WI, USA), sem o uso de meio de contraste intravenoso, com os seguintes parâmetros: 120 kVp, 60mA, tempo 0,5s e pitch 1,375. É realizada aquisição única, em inspiração, com colimação de 20mm e incremento de 5mm, com posteriores reconstruções com 1,25 mm de espessura. As doses de radiação efetiva variam entre 0,8 e 1,3 millisieverts (mSv), com o produto dose-comprimento (DLP) entre 69 e 86 mGy-cm. A avaliação dos resultados da TCBD é realizada de maneira padronizada por radiologista da equipe. A classificação dos resultados segue os padrões do ACR Lung Imaging Reporting and Data System (LU-RADS). As condutas após cada TCBD (controle tomográfico, punção biópsia, abordagem cirúrgica, etc) são definidas pelo pneumologista. Entretanto, para cada caso é fornecida sugestão conforme as recomendações do LU-RADS. Casos de dúvidas sobre a melhor abordagem são discutidos em reunião multidisciplinar. Pacientes com triagem negativa na primeira TCBD repetem o exame em 1 ano. Casos

com confirmação de neoplasia maligna são tratados na própria instituição. Conclusões: A implantação de protocolo estruturado de rastreamento com TCBD, baseado na melhor evidência disponível na literatura e adaptado à realidade local, contribuirá para a investigação do rendimento desta conduta na população brasileira.

RASTREAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM FUMICULTORES NO MUNICÍPIO DE CANDELÁRIA, RS, BRASIL

Graziella Chaves Trevilato, Marilise Oliveira Mesquita, Deise Lisboa Riquinho, Eliziane Ruiz, Vilma Constância Fioravante dos Santos, Michelle da Silva Schons, Nathalia Lima, Evandro de Oliveira Lucas

Palavras-chave: promoção da saúde do trabalhador rural, transtornos mentais comuns

APRESENTAÇÃO: O estado do Rio Grande do Sul é o maior produtor brasileiro de fumo, sendo Candelária um dos municípios gaúchos em que é expressivo este tipo de cultivo. Os agricultores do tabaco estão suscetíveis a determinados adoecimentos, em especial os Transtornos Mentais Comuns (TMC), como ansiedade, depressão e somatização, que podem estar ligados ao uso de agrotóxicos. O objetivo deste estudo é rastrear os Transtornos Mentais Comuns em agricultores de fumo no município de Candelária - RS. DESENVOLVIMENTO: Este trabalho apresenta os resultados preliminares de um estudo epidemiológico vinculado à pesquisa intitulada “Impactos do cultivo do tabaco na saúde do trabalhador e na qualidade do solo e água em propriedades dos municípios da ‘Metade Sul’ do RS”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS sob o parecer nº 18647813.5.0000.5347.

A amostra foi composta por 80 famílias (156 pessoas) do município de Candelária - RS. Os dados foram coletados durante o período de janeiro de 2014 a julho de 2015, por meio de dois questionários, um individual para caracterização sociodemográfica e de saúde, e outro coletivo, para descrever as características da unidade produtiva do cultivo do tabaco. Também foi aplicado o instrumento SRQ-20 para todos os participantes. O Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), desenvolvido pela OMS, é utilizado para rastreamento de Transtornos Mentais Comuns (TMC), especialmente em grupos de trabalhadores. RESULTADOS: Dos 156 agricultores, 51% eram do sexo feminino, e as idades dos entrevistados variaram entre 18 e 87 anos. Dentre as 80 famílias, 79 delas utilizavam pelo menos uma classe de agrotóxico, sendo que 61% das pessoas entrevistadas aplicavam agrotóxicos. A prevalência de TMC nestes agricultores foi de 18%. O instrumento SRQ-20 teve resultado positivo em 10% dos homens e 25% das mulheres, e a concomitância entre a ocorrência de TMC e outras variáveis foi de 10% para a aplicação de agrotóxicos, 8% para a depressão auto referida, e 6% para endividamento. Apenas um entrevistado não possuía nenhuma atividade de lazer. O tempo de cultivo nas propriedades variou de um a 60 anos. Das 80 famílias, 66% manifestaram o desejo de parar com o plantio do fumo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: As análises preliminares apontam a vulnerabilidade destes trabalhadores para o adoecimento por Transtornos Mentais Comuns. O excessivo manuseio e manipulação de agrotóxicos em todas as fases do desenvolvimento da planta aumentam esses riscos. É urgente maior visibilidade aos agravos específicos desta população, com a efetivação de medidas de proteção, prevenção e recuperação da saúde física e mental destes trabalhadores.

RASTREAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NAS CINCO REGIÕES DO BRASIL SEGUNDO DADOS DO PMAQ

Évelin Maria Brand, Giulia Pedroso Perini, Marcela Silvestre, Luciana Barcellos Teixeira, Dora Lúcia Correa de Oliveira

Palavras-chave: Câncer de Mama, Rastreamento, Atenção Primária à Saúde

O câncer de mama (CM) é a segunda neoplasia mais incidente entre mulheres no Brasil. Estima-se a ocorrência de 57.120 casos novos em 2014. A região Sudeste apresenta maior incidência (71,18/100 mil mulheres); seguida pelas regiões Sul (70,98/100), Centro-Oeste (51,30/100), Nordeste (36,74/100) e Norte (21,29/100) (1). A detecção precoce de lesões pode reduzir a mortalidade pela doença (2). Como estratégia de rastreamento preconiza-se o exame clínico das mamas (ECM) anual e se este apresentar-se alterado, a realização de mamografia. Para mulheres entre 50 e 69 anos, é preconizada a oferta de mamografia a cada dois anos, independente do resultado do ECM (3). Rastrear o CM é fundamental no acompanhamento da distribuição da doença e planejamento de intervenções. Este trabalho tem como objetivo comparar dados relacionados ao rastreamento do CM entre as cinco regiões do Brasil. Trata-se de um estudo epidemiológico ecológico (4), que analisou dados secundários, oriundos do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (5). O questionário foi aplicado às usuárias nos estabelecimentos de saúde em todo Brasil, no ano de 2012. Excluíram-se mulheres que consultavam pela primeira vez na unidade de saúde, ou que a frequentavam por mais de doze meses. Os dados analisados por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). A amostra foi constituída por 50.791 usuárias de todo Brasil, a média de idade foi de 41,44±16,55

anos, e destas 12.861 estavam na faixa etária de 50 a 69 anos. Em relação ao ECM, 21.131 (48,1%) mulheres afirmaram que o profissional da saúde realizava o exame durante a consulta ginecológica; e 19.935 (45,4%) referiram que o exame que não era realizado. Nas regiões Sudeste e Sul, o ECM foi realizado em 54,9% e 53,5% das mulheres, representando os maiores valores do país. Nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte, o ECM foi realizado em 43,4%, 40,9% e 25,3% das usuárias, respectivamente ($p < 0,001$). Quanto ao exame de mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos, 9.568 (74,4%) usuárias relataram que já realizaram o exame e 3.293 (25,6%) que nunca precisaram fazê-lo. Entre as regiões do Brasil, destacaram-se a região Sudeste (81,8%) e Sul (81,1%) com as maiores proporções de mulheres que já realizaram mamografia. Já as frequências no Nordeste, Centro-Oeste e Norte foram de 66,3%, 63,3% e 46,8%, respectivamente ($p < 0,001$). Como a mamografia não é um exame de acesso universal, o ECM apresenta-se como um importante aliado na detecção precoce da doença. Entretanto, mesmo sendo um método de rastreamento simples e de baixo custo, a cobertura do ECM não ultrapassou 60% em nenhuma região do país. Há estudos que sugerem que uma cobertura de mamografias igual ou superior a 70% das mulheres entre 50 e 69 anos, pode reduzir entre 15% a 23% a mortalidade por câncer de mama (2). Dessa forma, encontrou-se neste estudo que somente nas regiões Sudeste e Sul o exame de mamografia atingiu número satisfatório para possível redução da mortalidade. Por se tratar de uma amostra oriunda do PMAQ, as conclusões aqui apresentadas são específicas para este grupo estudado.

RECONSTRUINDO O CAMINHAR NA BUSCA POR CUIDADOS: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE FAMÍLIAS DE CRIANÇAS QUE VIVENCIAM A ANEMIA FALCIFORME

Francine Ramos de Miranda, Rosania Maria Basegio, Maria Angélica Marcheti, Maria Lúcia Ivo

Palavras-chave: Anemia falciforme, Criança, Família, Itinerário Terapêutico,

APRESENTAÇÃO: A anemia falciforme é uma doença tratável, mas, ainda é incurável. Desta forma, ela exige cuidados prolongados e contínuos, alternando em períodos de agudização e de estabilidade da doença. Assim, é uma doença crônica com potencial para afetar o funcionamento e as interações familiares requerendo reestruturação para melhor manejo da família da criança nesta condição. As estratégias utilizadas pela família para o enfrentamento da doença na criança nem sempre seguem um planejamento sequenciado de ações. Desta forma, as escolhas das estratégias são baseadas em construções subjetivas, individuais e coletivas influenciadas por vários fatores e contextos. O itinerário terapêutico possibilita a reconstrução dos percursos e escolhas que as famílias da criança com doença falciforme fazem em busca por cuidados e tratamento. Isto possibilita compreender a situação real que elas vivem e quais caminhos percorrem em busca de cuidados de saúde. Frente a isso o objetivo deste trabalho é descrever os caminhos percorridos pelas famílias de crianças com anemia falciforme em busca de cuidados terapêuticos. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa tem como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e referencial metodológico a Pesquisa Narrativa. RESULTADOS: A

partir do diagnóstico realizado por um Programa de Triagem Neonatal do Brasil, a família, além de contar com os programas oficiais para o tratamento da doença falciforme, tece redes de ajuda para lhe dar sustentabilidade e condições de manejar esta experiência e dispõe de seu sistema de crenças e de apoios familiares, profissionais e populares. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O itinerário terapêutico possibilita a identificação das múltiplas alternativas de cuidado acessadas pela família.

REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE ESTRUTURAÇÃO DA ATENÇÃO À DOENÇA FALCIFORME NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Luana Andrade Benício, Muna Muhammad Odeh

Palavras-chave: anemia falciforme, doença falciforme, saúde pública no Brasil, movimento negro

Este artigo tem por objetivo descrever o percurso histórico da atenção à Doença Falciforme (DF) no Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a subsidiar a reflexão sobre as políticas públicas de saúde voltadas à população negra, bem como sobre o próprio campo 'saúde da população negra'. A partir da contextualização do cenário de sua inserção no SUS em âmbito nacional, por meio da Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com Doença Falciforme, instituída em 2005, e da comparação com a atenção atualmente oferecida à DF, identificamos paradoxos e ambiguidades que retratam a complexidade deste processo. O enfoque do artigo parte da compreensão de que uma política pública se constrói na interlocução entre as características macro da sociedade e as conjunturas históricas que levam à gênese e formulação de um conjunto de diretrizes, princípios e planos de

ação. Assim, também buscamos identificar elementos que contribuam para elucidar como e por que essa doença genética foi a que inaugurou na gestão pública federal o movimento das políticas focalizadas voltadas às iniquidades raciais em saúde. Para tanto, nos propomos a interpretar este fato sob um olhar mais atento aos aspectos sociais da conjuntura que propiciou a entrada da DF, e conseqüentemente, das outras demandas da população negra, na agenda das políticas públicas de saúde do Brasil no final do século XX, momento em que a sociedade civil discutia a pertinência de políticas universalistas, condizentes com o princípio da igualdade, em um contexto social caracterizado por disparidades socioeconômicas que afetam o acesso aos serviços de saúde. O resultado deste debate foi a emergência de políticas particularistas, isto é, condizentes com o princípio da equidade.

REGIÃO SUDESTE E SUAS POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE VOLTADA PARA A POPULAÇÃO

Elvira Rodrigues de Santana, Alexandro Rabaioli Nunes Rribeiro, Cristiano de Souza Oliveira, Daniele Machado Pereira Rocha

Palavras-chave: Promoção da saúde, Intersetorialidade, Políticas Públicas

Apresentação: As políticas públicas saudáveis voltadas para o bem-estar da população devem estar na pauta principal dos governantes e precisam ser realizadas em ação conjunta com todos os setores da sociedade para maior eficácia. Tais recomendações surgem em 1986, com a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa no Canadá. Este trabalho tem como objetivo analisar se os programas implantados pelas Secretarias dos Estados da Região, estão concernentes com

os princípios da Promoção da Saúde, sendo eles: concepção holística, empoderamento, participação social, equidade, sustentabilidade, intersectorialidade e ações multiestratégicas. Este trabalho justifica-se, pois, parte dos programas e ações são realizadas sem a compreensão dessa proposta metodológica, ou seja, os próprios agentes envolvidos não conhecem nem na esfera conceitual e metodológica o que se constitui como ações de promoção da saúde. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um estudo descritivo-analítico. Para o alcance dos objetivos realizou-se uma busca nos sites das secretarias dos quatro estados (São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo) que compõem a região sudeste, afim de identificar os programas de governo implantados nos estados. Para identificação dos programas foram estabelecidos alguns critérios de inclusão: Programas direcionados à especificidade de cada estado, visto que existem muitas políticas que partem de uma demanda nacional; programas que em sua formatação estivesse concernentes com pelo menos 1 (um) dos sete princípios da promoção da saúde definidos pela OMS (1998 : Ações Multiestratégicas, Concepção Holística, Empoderamento, Equidade, Intersetoriade, Participação Social, Sustentabilidade. Foram identificados na região sudeste um total de 259 programas, sendo os mesmos compilados em uma tabela, contendo o nome da política, objetivos e os princípios da promoção da saúde que eram contemplados. Para compor a discussão desse estudo apenas quatro secretarias de cada estado foram selecionadas, obedecendo a alguns critérios de inclusão: Secretarias com programas que contemplassem maior número de princípios da Promoção da Saúde. No total 20 secretarias e 38 programas foram selecionados para este estudo. Resultados: A discussão conduzida permite dizer que os princípios da promoção de saúde

são suficientemente universalizáveis e operacionalizáveis a ponto de encontrá-los em iniciativas de natureza diversa, nos quais, contudo, não havia em geral uma intencionalidade de serem orientados por tais princípios ou pela concepção de promoção. Os programas da região sudeste no seu contexto geral não contemplam o princípio da intersectorialidade, percebe-se que há dificuldade de articulação entre as secretarias e as mesmas apresentam princípios segregados. Bem como observa-se poucas estratégias de participação social, dificultando a implementação das políticas públicas voltadas para a promoção da saúde. Outro aspecto a ser destacado é a falta de avaliações concretas e organizadas que sejam capazes de realmente observar os avanços. Considerações finais: Diante desse contexto cabe destacar a importância de criação de espaços potencializadores do empoderamento psicológico e comunitário, pois os mesmos possibilitam às pessoas cobrarem dos setores públicos mudanças que reflitam em ações em prol da comunidade. Além de ações que sejam capazes de realmente implementar a mudança social.

RELAÇÃO ENTRE O PERFIL DE USUÁRIOS DO SEXO MASCULINO E PROFISSIONAIS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Jéssica Rodrigues Brito, Ildernandes Veira Alves, Kerma Márcia de Freitas, Adna Melo Pompílio, Diego Alves Lima, Antonia Luana Diógenes, Cleciana Alves Cruz, Vanessa Machado Custodio Dantas

Palavras-chave: Saúde do Homem, Atenção Primária, Gênero e Saúde

APRESENTAÇÃO: Após a erudição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), as discussões acerca

da saúde do homem ganharam mais tonalidade. Inúmeros estudos são feitos na tentativa de contribuir para melhorias de cuidados a essa população. OBJETIVOS: Fornecer dados para o entendimento de peremptórias relacionadas, objetivou-se caracterizar o perfil de usuários do sexo masculino e profissionais de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada no interior do Ceará. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, recorte de um estudo maior, na qual investigou a efetivação da PNAISH. Participaram do estudo três grupos distintos, um (G1) formado por usuários do sexo masculino que possuíam o hábito de ir com frequência a Unidade Básica de Saúde (UBS). Outro (G2), diferindo do grupo anterior apenas pelo fato dos membros não irem com assiduidade aos serviços de saúde. Por último, um grupo (G3) composto por profissionais de nível de superior da ESF referente a área adstrita dos usuários. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um questionário sociodemográfico, analisado por intermédio da estatística descritiva e em seguida feito o comparativo entre os grupos. RESULTADOS: A baixa escolaridade foi uma forte característica do G2, o que pode vir a contribuir com a negligência na realizações ações promotoras de saúde, como ir a UBS. Em ambos grupos dos usuários houve uma concentração na faixa etária de 31 a 40 anos, representados assim por uma população economicamente ativa. Tal informação faz perceber que a atividade laboral não é exclusivamente uma prerrogativa para não procurar a UBS. O G3 foi composto por uma equipe multidisciplinar, sendo marcante a feminização, situação frequente nos serviços de saúde e vinculado como contribuinte para a vagância de homens na Atenção Básica. Foi encontrado ainda, uma preocupante baixa qualificação, o que pode favorecer uma menor qualidade da assistência

prestada. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os dados encontrados nos remetem, dessa forma, que a saúde do homem é multifacetada e inúmeros são as particularidades dessa população a qual está imersa no mosaico cultural brasileiro. O estudo evidenciou que determinadas características não são exclusivamente motivos para frequentar ou não aos serviços de saúde, sendo necessário que mais estudos sejam feitos, levando em consideração a singularidade de cada indivíduo. Ao passo, ainda alerta para a importância da educação permanente para não alargar o abismo existente entre homens e o serviço de saúde.

RELAÇÕES INTERSETORIAIS PARA GARANTIR À SAÚDE INTEGRAL DE PESSOAS COM PROBLEMAS MENTAIS

Rafaela Soares Mendes, Patrícia Figuerêdo Nardaci, Mae Soares da Silva

Palavras-chave: RAPS, Saúde mental, Atenção psicossocial

A Política Nacional de Saúde Mental instituída pelo Decreto Nº 7.508/11 busca estabelecer um padrão de atenção aberto e de base comunitária. Com o objetivo de garantir que as pessoas com problemas mentais pudessem ser assistidas por esses serviços de forma humanizada e respeitosa, de maneira que beneficiem a saúde, objetivando alcançar a inserção de seus familiares tanto no trabalho quanto na comunidade. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece pontos de atendimentos para sujeitos com alterações mentais, incluindo os usuários de drogas, alcoolatras e alcoolistas. Essa Rede é integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). O programa de volta para casa também faz parte dessa política. Este trabalho trata-se de uma pesquisa descritiva e de caracterização dos serviços de atenção psicossocial partindo

da Unidade Básica em Saúde Djalma Marques, no Distrito Sanitário da Cohab no bairro Turu na cidade de São Luís-MA. Apesar da presença da RAPS em serviços como: Atenção básica; Atenção Psicossocial Estratégica; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; Estratégias de Reabilitação Psicossocial; não se apresenta articulada adequadamente para o acesso da população à atenção em saúde, uma vez que foram encontrados obstáculos que impedem o conhecimento sobre essa Rede. Com isso, os serviços não são organizados para subsidiar a função de acolher, escutar e oferecer uma resposta apositiva nos serviços prestados. Para que a Rede funcione de maneira articulada permitindo a intersectorialidade, deve-se facilitar aos usuários o conhecimento dos benefícios para a comunidade e propagar informações sobre o funcionamento desta Rede.

RELATO DE EXPERIENCIA COM AGENTES DE SAÚDE NAS VISITAS DOMICILIARES

Jussara Amate Cardoso, Aline Oliveira Silva, Ludmila Bueno Rodrigues, Simone Araujo Coelho

Palavras-chave: Agente de Saúde, Escuta Qualificada, Visita Domiciliar

APRESENTAÇÃO: O trabalho a ser descrito faz parte do projeto de extensão acompanhamento e apoio técnico ao programa PMAQ AB- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica o qual foi se delineando durante as Supervisões do Estágio em Processo de Gestão em Saúde I e II do Curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera. Trata-se de uma escuta qualificada, onde de forma interativa possibilita ao profissional de saúde se colocar no lugar do sujeito,

considerando sua realidade social e história de vida, compreendendo assim a desestruturação em que o indivíduo se encontra diante da doença, transferindo o foco da doença para o usuário. O agente comunitário de saúde é o mediador entre a comunidade e a equipe de saúde, este desempenha um papel fundamental, pois é através dos agentes que se obtém as informações relevantes do usuário, no qual os mesmos trazem os problemas de saúde e situações de risco das famílias. O objetivo de a visita domiciliar realizada pelos profissionais de saúde é conhecer a relação doença/família, e visa compreender o contexto de vida dos usuários, do serviço de saúde e de suas relações familiares, considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem. Compreendendo assim a funcionalidade do sintoma em seu significado, lidando com a doença no intuito de minimizar o sofrimento dos usuários. METODOLOGIA: O estudo trata-se de uma pesquisa exploratório descritiva no UBS ESF 42 Chácara dos Caiuas, localizado na Rua dos Caiuas, 1795, Alto do Monte Alegre Dourados - MS, CEP: 79831-200. Para BREHMER E VERDI (2010) a escuta, é atribuído o adjetivo "qualificada". Sendo assim, o que faz dessa escuta uma escuta qualificada é o fato de que o profissional precisa saber ouvir e levar uma resolutividade para o problema abordado. RESULTADOS: O resultado foi composto pela experiência de perceber a realidade dentro do posto de Saúde, o empenho dos profissionais da área no tratamento de seus pacientes. Foram visitadas duas casas, nas quais foi realizado o acolhimento, escuta qualificada dos usuários e a observação da atuação dos profissionais da saúde. Pode-se perceber as condições de vida dos indivíduos, e a importância de os futuros profissionais da área da saúde conhecerem a realidade, e obter essa experiência. Com o estágio em Processo de gestão em

saúde, foi possível compreender o papel do psicólogo na área da saúde e suas práticas, bem como a importância desse profissional para a saúde pública. Além disso, conhecer um dos campos de atuação do psicólogo, que não o modelo clínico, no qual todos veem o psicólogo dentro de um consultório com o seu divã, e sim, apresentar para a população esse outro âmbito da psicologia. Proporcionou maior difusão para a profissão, além de mostrar que o psicólogo pode ser efetivo trabalhando com grupos, em comunidades e no modelo de saúde aplicado ao ESF, adequando sua prática de acordo com as necessidades de todos. E também, refletir também acerca da funcionalidade do sistema único de saúde e se os usuários estão atentos aos seus direitos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS SOBRE ACIDENTES OFÍDICOS EM MOJUÍ DOS CAMPOS-PA

Antonia Irisley da Silva Blandes, Ana Paula Lemos de Araújo, Cristiano Gonçalves Morais, Danyelle Sarmento Costa, Géssica Rodrigues de Oliveira, Gisele Ferreira de Sousa, Maria Tatiane Gonçalves Sá

Palavras-chave: Ofidismo, Conhecimento

APRESENTAÇÃO: Acidentes ofídicos são aqueles envolvem cobras peçonhentas ou não, no Brasil é considerado problema de saúde pública, dependendo de fatores como: espécie da cobra, tempo de busca por assistência especializada e tratamento; a evolução, natural, do caso de acidente ofídico pode levar ao óbito, é neste contexto que a assistência eficaz e de qualidade exerce papel de fundamental importância, sendo estes aspectos variantes dependendo do profissional que o exercem e do conhecimento e experiência que fundamenta as ações deste

indivíduo¹. **OBJETIVOS:** Considerar o relato de experiência de agentes comunitários atuantes no município de Mojuí dos Campos **METODOLOGIA:** Este trabalho tratou-se de um estudo de campo, de cunho quantitativo incluindo discentes do 6º semestre do curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Pará, ocorreu em conjunto as ações socioeducativas realizadas nos dias 1 e 3 de Outubro de 2015. Esta pesquisa deu-se através de amostra transversal que teve como alvo os agentes de saúde do município de Mojuí dos Campos, foi realizado juntos aos pesquisados formulários semiestruturado com perguntas referentes a temática ofidismo, abordando variáveis como: tempo de função, experiências e saberes relacionados a vivência prática, antes de aposto esclareceu-se quanto as dúvidas junto aos participantes, quanto a finalidade da pesquisa, os dados obtidos foram analisados no software Excel® 2010 e posteriormente tabulados e classificados. **RESULTADOS:** Dos entrevistados a média de idade foi de 40,03 anos, 7,14% eram homens e 92,86% eram mulheres, acerca do conhecimento de casos de ofidismo 46,43% com tempo inferior a dez anos de atuação afirmaram não ter presenciado algum evento envolvendo casos de ofidismo, em contrapartida 28,57% dos agentes de saúde com atuação superior a dez anos demonstraram ter experiência e/ou ter tido conhecimento de algum caso na região em que atua, destes casos relatados pelos pesquisados cerca de 55,56% foram encaminhados ao Hospital, 88,89% informaram que a cobra “Combóia” (Bothrops) estava relacionada aos incidentes. Em relação ao conhecimento demonstrado pelos participantes sobre métodos/meio de tratamento 39,29% não informaram, 28,57% afirmaram não saber e 32,14% enunciaram que sim. Dentre estas respostas 26,67% informaram que um dos meios de se tratar seria utilizar “Contra

veneno”, 20% o uso de “Pedra Negra”, 13,33% recomendaram lavar o local, além destes enunciou-se tratamentos utilizando: “Chá de guaxinim”, “Chá do Pau X”, maceração de alho, “Pião Branco”, limão com água, condizentes a respectivamente 6,67% cada, quanto ao uso 55,56% informou ser oral e tanto para uso tópico e lavando foram cerca de 22,22% cada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Para que haja o bom prognóstico do indivíduo afetado a correlação destes fatores é de vital importância a implementação de ações e medidas adaptadas a situação e que tenham fundamento científico visando não prejudicar o atendimento da pessoa afetada, para que isso ocorra de forma eficiente e rápida. Neste âmbito o treinamento e conhecimento repassados aos profissionais que atuam na atenção básica em regiões mais longínquas são de fundamental importância, para o tratamento com mais suporte e brevidade possível.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PRIMEIRO ANO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE - ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO

Edilaine Santos Lima, Bianca Abreu dos Santos de Oliveira, Diego Silva de Castro, Darine Moreira Garcez, Silvia Maria Neves Jacques, Rosimeire Romero da Silva Faccio

Palavras-chave: Educação em Saúde, Atendimento Multiprofissional, Assistência ao Paciente Crítico

INTRODUÇÃO: As residências multiprofissionais em saúde foram criadas através de um novo formato da atenção à saúde e da atuação em equipe, visando promover uma formação qualificada para esta nova realidade. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - Atenção ao Paciente Crítico tem como instituição executora um hospital de

referência em infectologia, situado no município de Campo Grande/MS, tendo como asserção a especialização dos profissionais de diversas áreas da saúde por meio da formação em serviço, composta por farmacêutico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta e cirurgião-dentista, atuando de maneira holística na assistência a saúde. A propositura pedagógica caracteriza-se como uma especialização lato sensu, com ênfase na formação com dedicação exclusiva de sessenta horas semanais, englobando atividades teóricas e práticas, com o intuito de promover a experiência da integralidade da atenção à saúde. **OBJETIVOS:** Apresentar a vivência da equipe multiprofissional em seu primeiro encontro com a prática hospitalar e diferenciar a prática profissional do fazer coletivo. **MÉTODOS:** Trata-se de um trabalho descritivo, que consiste no relato de experiência vivenciada, desenvolvido por residentes multiprofissionais em atenção ao paciente crítico, durante o primeiro ano de residência em um hospital de referência em geriatria e doenças infectoparasitárias, situado na capital do estado de Mato Grosso do Sul. Este estudo obedece A resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). **RESULTADOS:** Os resultados atingidos são positivos, apesar das dificuldades para o desenvolvimento do trabalho multiprofissional, visto que poucos desenvolveram atividades integradas enquanto graduandos. Percebeu-se a importância da multiprofissionalização do atendimento e conseqüentemente a discussão dos casos clínicos, agregando experiência profissional para cada membro da equipe, pois a residência é desenvolvida em sistema de rodízio nas unidades hospitalares. Realizaram-se discussões multiprofissionais de casos clínicos, pelos residentes com a participação de preceptores e tutores das diversas áreas, legando informações de cunho prático e

científico. Além disso, a vivência com a prática do serviço permite a estes profissionais adquirir conhecimento do funcionamento do sistema de saúde, favorecendo sua posterior inserção no mercado de trabalho. **CONCLUSÃO:** Nesse sentido, entende-se que a residência multiprofissional é uma especialização que permite a prática da interdisciplinaridade, proporcionando a possibilidade da troca de experiência entre diversas profissões e garantindo melhor possibilidade de assistência prestada ao paciente. O objetivo de formar profissionais críticos e humanistas, baseado na preparação ética, científica e intelectual, faz com que este programa de pós-graduação tenha um diferencial em relação aos demais. As metas estabelecidas foram concluídas de acordo com a proposta do programa de residência multiprofissional, agregando conhecimento à formação especializada.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: VIVÊNCIA NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LÍDIA QUEIROZ, SOB O OLHAR DA EPIDEMIOLOGIA

Amanda Rodrigues, Raphael Dantas

Palavras-chave: Atenção Básica a Saúde, Epidemiologia, e Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO: Epidemiologia “é a ciência que estuda a distribuição e os determinantes dos problemas de saúde em populações humanas”. Seu objeto são as relações de ocorrência de saúde-doença em coletividades. A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural.

A partir disto se tem como objetivo entender os aspectos epidemiológicos da população atendida pela Unidade Saúde da Família (USF) Lídia Queiroz da Cidade da Vitória de Santo Antão/PE, compreender seu funcionamento, os programas desenvolvidos e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais que a integra, conhecer os instrumentos de identificação nacional que permite a coleta de informação relativa ao atendimento. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Nas visitas a USF Lídia Queiroz, foram realizadas entrevistas a Enfermeira da unidade, onde para a investigação se seguiu na contextualização de considerações a respeito de preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), das análises, indicadores e metas alcançadas pelos profissionais desta USF, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). **RESULTADOS:** A unidade de saúde possui uma Equipe Multiprofissional composta por Médico Generalista, Enfermeira, Cirurgião Dentista, Auxiliar de Consultório Dental, Técnica de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS), e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). É responsável por 1.057 famílias cadastradas em uma área distribuída em sete microáreas, onde possui seis ACS's. Realiza atividade com alguns grupos: grupo de idosos, grupo de adolescentes, grupo de hiperdia; grupo de nutrição, grupo das gestantes, e grupo de crianças. De acordo com as informações da Médica e Enfermeira da unidade, as patologias mais diagnosticadas são a HAS e a DM. As campanhas desenvolvidas pela unidade de saúde são de combate ao fumo, vacinação da criança, amamentação, hepatites virais, doação de sangue, doação de leite, paralisia infantil, campanha para prevenção da gripe, tuberculose, hanseníase, combate à AIDS, combate à dengue, Outubro Rosa, Novembro Azul, entre outras preconizadas pelo Ministério da Saúde. **CONSIDERAÇÕES**

FINALIS: A percepção após a vivência na USF Lídia Queiroz foi da concordância que o gerenciamento de uma unidade de saúde é algo complexo, que exige do profissional não apenas os conhecimentos adquiridos na Academia, mas uma sensibilidade na percepção das reais dificuldades da comunidade e todas as possibilidades que o território e sua população nos ofertam. A vivência permitiu entender o processo de funcionamento da USF, reconhecendo as potencialidades e principalmente compreender que cada comunidade possui sua especificidade, o que torna o trabalho do gestor desafiador.

RELATO REFLEXIVO: HAVIA UM SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE AO REDOR DE UMA FARMACÊUTICA

Rosilda Aparecida Freitas Oliveira, Alzira Aparecida Barros Assunção

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, EPS em Movimento, Empoderamento, relato reflexivo

APRESENTAÇÃO: Esta narrativa tem por finalidade apresentar relatos vivenciados por uma farmacêutica durante a conclusão do curso formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde (EPS em Movimento). A proposta do texto é a produção de um memorial reflexivo e crítico, passando à análise das ações da própria autora durante o toda sua vida profissional, até o momento em que a mesma se depara com uma nova forma de visualizar a relação do processo trabalho/educação permanente. As narrativas são oriundas de rememoração de fatos analisados de forma reflexiva e crítica à luz de textos, em sua maioria de autoria do poeta Manoel de Barros. A produção textual completa analisa fatos cotidianos que durante o processo de escrita foram tomados

como fonte de aprendizado profissional. **Objetivos:** Visualizar movimentos ocorridos no decorrer de sua trajetória profissional culminando com a rotina de trabalho onde a mesma passa a entender que educação permanente se faz diariamente através da troca de saberes entre os diferentes atores do contexto. De maneira mais concreta o que a autora espera com este trabalho é fazer com que profissionais de saúde que têm o anseio em fazer a diferença no seu local de trabalho, acreditem e desenvolvam atividades que procuram potencializar o que há de melhor em cada ser humano: seu saber, e vivendo este novo conceito de educação permanente possam inserir esta práxis nas experiências de aprendizado com outros profissionais e com o usuário do sistema único de saúde (SUS). O trabalho ancora-se na metodologia das narrativas (auto) biográficas. O corpus utilizado é a história de vida da autora desde o seu nascimento, passando por diferentes momentos, graduação, inserção no mercado de trabalho, até o momento em que a mesma já integra o quadro de funcionários públicos, trabalhando em uma farmácia básica municipal, na atenção primária. Empoderando-se do conhecimento obtido com a formação de EPS em movimento, a proposta da autora é fazer uma releitura de sua trajetória, sob a ótica dos diferentes autores citados. **Impactos:** Os resultados obtidos revelam que a vivência de EPS em movimento sempre esteve inserida em sua vida, mesmo que de forma inconsciente. Conclui-se que a incorporação de novos “saberes” não precisa necessariamente ocorrer através da inserção de novos conhecimentos. Novos saberes podem ser obtidos quando se desfaz conceitos anteriores ou se “desvê” os fatos para em seguida poder revê-los, ou “transvê-los” sob um novo olhar.

RESISTÊNCIA ÀS DROGAS ANTIRRETROVIRAIS EM INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO HIV-1, CAMPO GRANDE-MS

Tayana Serpa Ortiz Tanaka, Monick Lindenmeyer Guimarães, Thaysse Cristina Neiva Ferreira Leite, Solange Zacalusni Freitas, Grazielli Rocha de Rezende, Gabriela Alves Cesar, Ana Rita Coimbra Motta-Castro

Palavras-chave: homens que fazem sexo com homens, HIV-1, resistência

APRESENTAÇÃO: O acesso universal aos antirretrovirais no Brasil resultou em aumento da sobrevida e diminuição significativa das hospitalizações relacionadas ao HIV/AIDS. Entretanto, a emergência de isolados virais resistentes e sua transmissão constituem obstáculos para a eficácia da terapia. O presente trabalho visa identificar a variabilidade genética dos subtipos circulantes, identificar as principais mutações presentes na polimerase-protease/transcriptase reversa do HIV, relacionando-as com os perfis de resistência aos antirretrovirais em indivíduos infectados pelo HIV-1. Ainda, pretende-se verificar a ocorrência de redes de transmissão do HIV-1 entre esses indivíduos, através da comparação filogenética. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A população de estudo constituiu-se de pacientes infectados pelo HIV-1 virgens de tratamento, cujas amostras encontram-se armazenadas no Laboratório de Imunologia Clínica/UFMS, provenientes de pesquisas anteriores envolvendo indivíduos atendidos em centros de referência HIV/AIDS e homens que fazem sexo com homens (HSH). As mesmas foram submetidas à extração de DNA pró-viral, amplificação da região da polimerase por nested-PCR, seguido pelo sequenciamento nucleotídico. Em seguida, foi construída uma árvore filogenética para

a identificação de subtipos circulantes e de possíveis redes de transmissão. As mutações associadas à resistência a antirretrovirais (MARD) foram determinadas utilizando a ferramenta Calibratedpopulationresistance tool. **RESULTADOS:** Dos 204 isolados incluídos neste estudo, 152 (74,5%) já foram sequenciados, incluindo 57 mulheres e 95 homens. Dentre os homens, 39 (41,1%) relataram ser heterossexuais e 56 deles (58,9%), homossexuais. Entre os HSH, 33 (58,9%) isolados foram classificados como subtipo B, 12 (21,4%) recombinantes intersubtipos, 7 (12,5%) como subtipo F1, 3 (5,3%) subtipo C e 1 (1,8%) do D. Já entre os heterossexuais (n=96), 65 (67,7%) do B, 11 (11,4%) do C, 9 (9,4%) pertencentes ao subtipo F, 1 (1%) D e 10 (10,4%) recombinantes. Já entre os heterossexuais (n=96), 65 (67,7%) foram identificados como subtipo B, 11 (11,4%) como C, 9 (9,4%) pertencentes ao subtipo F, 1 (1%) D e 10 (10,4%) como formas recombinantes. Não houve diferença na distribuição dos subtipos virais encontrados com as categorias de exposição analisadas. Quanto à análise MARD, 13 (8,5%) das 152 amostras apresentavam uma ou mais mutações, sendo a classe dos NRTI (inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos) a mais frequente (n=9), seguida dos NNRTI (inibidores da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos) (n=7) e inibidores da protease (n=5). Após a construção da árvore filogenética, observou-se a presença de clusters entre algumas amostras estudadas, evidenciando possíveis redes de transmissão, que serão confirmadas após análise filogenética utilizando a ferramenta PhyML. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Com o presente estudo, espera-se fornecer informações importantes para o conhecimento da dinâmica de variantes do HIV-1 circulantes em nosso Estado, bem como dados sobre a resistência transmitida aos antirretrovirais e sobre a dinâmica

de transmissão entre grupos expostos ao risco. Tais dados são importantes para o delineamento de políticas de vigilância epidemiológica.

RISCO GESTACIONAL RELACIONADO AO ESTADO NUTRICIONAL

Mayra Kotaki Itao, Lucas Tenório Maia, Gabriella Nunes da Silva, Julie Massayo Maeda Oda, Roberto Della Rosa Mendez, Sebastião Junior Henrique Duarte

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Gravidez de Alto Risco, Equipe de Assistência ao Paciente

A obesidade em mulheres grávidas é um sério problema de saúde a ser conduzido pelos profissionais envolvidos no pré-natal, no sentido de adotarem as melhores condutas baseadas em evidências científicas, para a promoção da saúde materna e fetal, com isso as contribuições à redução da mortalidade materna. Objetivou-se analisar variáveis maternas relacionadas ao pré-natal de alto risco. Estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, parte da pesquisa intitulada "Atenção integral à saúde de pessoas com doenças crônicas: diabetes e hipertensão", aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, parecer 256.59. Pesquisa realizada no município de Três Lagoas, no ambulatório do pré-natal de alto risco, no período de agosto de 2014 a abril de 2016. Participaram 180 gestantes. Incluíram-se as gestantes que tiveram classificação do pré-natal de alto risco e que concordaram em participar voluntariamente. Excluíram-se as menores de 18 anos de idade. Os dados foram coletados em um formulário contendo variáveis relacionadas à caracterização das participantes, história obstétrica, estilo de vida, condição de saúde e a relação com os serviços de saúde. Para

o perfil nutricional foi calculado o índice de massa corpórea a partir da divisão entre o valor correspondente ao peso corporal e a altura ao quadrado. Os dados foram digitados em planilha do aplicativo Excel. Procedeu-se análise descritiva com auxílio do software StatisticalPackage for the Social Sciences versão 21. Os resultados evidenciaram que são jovens dos 24 aos 29 anos de idade (36,7%), casadas (35%), multigestas (79,4%), dependem do Sistema Único de Saúde (77,8%). A análise do estado nutricional constatou que 3,4% das gestantes estavam com baixo peso, 27,2% com peso adequado, 31,6% com sobrepeso e 37,8% apresentaram obesidade. O estado nutricional inadequado estava frequente em mais de 70% das participantes. A análise da variável estado nutricional revelou que medidas simples e de baixo custo podem reverter à situação alarmante em que se encontram algumas gestantes. A educação em saúde constitui-se em estratégia para sensibilização do autocuidado.

RISCOS OCUPACIONAIS EM POLICIAIS

Bruna Cotrin Rodrigues, Luciana Contrera

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Risco Ocupacional, Polícia

Introdução: O trabalho dos policiais é considerado perigoso em todo o mundo, porém no Brasil encontram-se problemas estruturais mais complexos. A atividade policial está imersa em realidades com recorrentes exposições a contratempos, visto o combate e contato direto com indivíduos e realidades conturbadas, fazendo-se necessárias decisões rápidas e precisas com constantes pressões sociais e institucionais favorecendo ao esgarçamento individual e coletivo das corporações nas mais diferentes hierarquias profissionais com diversas formas de exposição a riscos ocupacionais.

OBJETIVO: Realizar revisão integrativa sobre os riscos ocupacionais no trabalho de policiais. **METODOLOGIA:** Foram utilizadas as bases de dados: BVS, LILACS, MEDLINE, PUBMED, Scielo e Capes Periódicos. Os critérios de inclusão foram: artigos nas línguas portuguesa e inglesa, no período de 2010 até novembro de 2014, publicados em revistas de Qualis de, no mínimo, B2 para a Enfermagem, Saúde Coletiva ou Interdisciplinar. **RESULTADO:** Foi obtido um total de 22 estudos que demonstravam exposição a riscos ergonômicos, físicos, biológicos e químicos. Encontrou-se altos índices de sofrimento psíquico, estresse, estresse pós-traumático, excesso de carga horária de trabalho, consumo abusivo de drogas lícitas e ilícitas, risco para contaminação com material biológico, risco devido à exposição abusiva de ruídos, contaminação por substâncias nefrotóxicas e cancerígenas e dados correlacionando o trabalho policial com lesões temporárias ou permanentes. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Existem poucas publicações relacionadas ao tema no período e bases de dados pesquisados, contudo, foi possível, por meio destas publicações, conhecer a diversidade de riscos que os policiais estão expostos e identificar ferramentas adequadas para promoção, proteção e recuperação da saúde destes trabalhadores.

SABERES E PRÁTICAS DE SAÚDE EM RIACHÃO DAS NEVES (BA)

Patricia Cirqueira Oliveira, Silvia Ferreira Guimarães

Palavras-chave: Saberes, Terapeutas, Saúde

APRESENTAÇÃO: Riachão das Neves é um município localizado no oeste do estado da Bahia com população estimada em 23.237 habitantes, onde a maior parte da população encontra-se no meio rural.

Segundo IBGE, nessa região, os serviços de saúde, ainda, são recentes e enfrentam dificuldades para chegar em áreas rurais, por isso e por motivos culturais ainda é bem presente formas populares de cuidado com a saúde. Essa pesquisa buscou analisar a história dos cuidados com a saúde ao longo do tempo, antes da presença dos serviços de saúde e, atualmente, após a chegada do modelo biomédico no local. **OBJETIVOS** Este trabalho pretende analisar as práticas de cuidado populares e o processo de inserção dos serviços de saúde na região a partir das narrativas construídas pelos idosos que vivenciaram essa experiência. Para tanto, pretende reconstituir histórias de vida e como as pessoas cuidavam de si em contextos populares. Pretende, também, analisar como as pessoas compreendem a chegada dos serviços públicos de saúde na região. **METODOLOGIA** Trata-se de uma pesquisa qualitativa que tem como objeto as experiências, o vivido e como as pessoas pensam suas práticas de cuidado. Foram realizadas entrevistas abertas com duas idosas moradoras da área rural do município, com o intuito de estimular as narrativas das mesmas e relatos de história de vida. As entrevistas foram realizadas na comunidade e foi necessário estar e conviver no local com as pessoas para observar o cotidiano. **RESULTADOS:** As duas idosas afirmam que, antigamente, a vida era mais simples, as doenças, os problemas e os remédios para curar. Hoje, com a presença da biomedicina e dos serviços de saúde, as coisas se complicaram, assim, tanto as doenças quanto os remédios são mais complicados. Elas explicam que se inventam um remédio para curar algo, outra doença mais poderosa surge e remédios mais poderosos também. No contexto das práticas populares de cuidado, elas tinham as coisas que precisavam, plantas, alimentos dentre outras coisas. Mas, também faziam uso de um farmacêutico popular, que dava remédios. Com relação aos terapeutas

populares, as parteiras não atuam mais desde a chegada dos médicos, por outro lado, raizeiros(as), benzedores(deiras) são demandados. **CONSIDERAÇÕES** Essas duas idosas, ao longo do tempo, foram se formando como terapeutas populares ou cuidadoras passaram maior parte de suas vidas nesse município, e são consideradas como uma referência nas redes de apoio, cuidado e solidariedade. Eram parteiras e, hoje, são benzedoras e raizeiras, a proximidade dessas cuidadoras com a comunidade permite uma maior organização do processo de adoecimento desses.

SATISFAÇÃO DOS PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS TORÁCICAS E ABDOMINAIS APÓS A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS

Priscilla Ingrid de Sousa Ferreira, Janaína Nunes do Nascimento, Pedro Martins Lima Neto, Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos, Giana Gislanne da Silva de Sousa, Alana Gomes de Araújo Almeida, Victor Pereira Lima, Lívia Maia Pascoal

Palavras-chave: Satisfação do Paciente, Exercícios Respiratórios, Período Pós-operatório

APRESENTAÇÃO: Entre as complicações encontradas no pós-operatório, os distúrbios relacionados ao sistema respiratórios são comuns, e exercícios respiratórios são frequentemente utilizados como estratégia para prevenção e reversão dessas complicações. **OBJETIVO:** Avaliar a satisfação dos pacientes no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais após a prática de exercícios respiratórios. **MÉTODOS:** A presente pesquisa trata-se de um estudo do tipo transversal retrospectiva de abordagem qualitativa, realizada em um hospital público de referência em

atendimentos de urgência e emergência da cidade de Imperatriz, MA, no período de janeiro a abril de 2014. A amostra foi constituída por 27 pacientes de ambos os sexos submetidos a cirurgias abdominais e torácicas. A pesquisa faz parte do Projeto de Educação sobre Exercícios Respiratórios – PEER, da Universidade Federal do Maranhão – UFMA/CCSST. Vinculado à Pró-reitora de Extensão – PROEX com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, com o parecer de número 629.315. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário semi-estruturado elaborado por professores e alunos, contendo dados de identificação, perfil sociodemográfico e escala para avaliar o nível de satisfação dos pacientes após os exercícios respiratórios. A escala de satisfação tem escores entre 1 a 7 pontos, sendo caracterizada respectivamente em bastante insatisfeito, insatisfeito, levemente insatisfeito, neutro, levemente satisfeito, satisfeito e bastante satisfeito. Os dados foram coletados no segundo dia de pós-operatório, após realização dos seguintes exercícios respiratórios: inspiração profunda, inspiração fracionada e inspiração profunda seguida de expiração com freio labial. **RESULTADOS:** A média de idade dos pacientes foi de 46 anos, destes 19 pacientes eram do sexo masculino e 8 eram do sexo feminino, representando 70,37% e 29,63% respectivamente. Os dados obtidos pela escala de satisfação indicam que 22,22% dos pacientes apresentaram bastante satisfação e que 14,82% apresentaram níveis de bastante insatisfação após a prática de exercícios respiratórios. Por fim, destacamos que a grande maioria dos pacientes declarou estar levemente satisfeito, sendo representado por 29,63%. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Percebemos que o nível de satisfação dos pacientes no pós-operatório é influenciado positivamente após a realização dos exercícios respiratórios.

SAÚDE BUCAL NA AÇÃO PROGRAMÁTICA DA CRIANÇA: INDICADORES E METAS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Daniel Demétrio Faustino-Silva, Anna Schwendler, Cristianne Famer Rocha

Palavras-chave: Criança, Serviços de Saúde Bucal, Vigilância em Saúde Pública, Acesso aos Serviços de Saúde

APRESENTAÇÃO: A primeira infância é o período ideal para introduzir bons hábitos e iniciar um programa educativo/preventivo de saúde bucal. Por ser fundamental a priorização de ações educativas voltadas a esse Público na Atenção Primária à Saúde, o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC) implantou, em suas 12 Unidades de Saúde (US), uma Ação Programática de Saúde Bucal com o propósito de que todas as crianças nascidas a partir de 2010 recebam ao menos uma consulta odontológica anual, até o quarto ano de vida. Por se tratar de um projeto piloto, não houve um critério para o estabelecimento das metas de cobertura e nem diretrizes para o cumprimento das mesmas. Portanto, neste momento, passados 4 anos da inclusão do indicador da saúde bucal, faz-se necessário uma avaliação quantitativa dos resultados referentes ao alcance das metas pelas Equipes até o momento. Por isso, o objetivo da presente pesquisa foi avaliar o cumprimento das metas de saúde bucal da Ação Programática da Criança em 12 Unidades de Saúde (US) de um Serviço de Atenção Primária à Saúde, Porto Alegre-RS, através de um estudo analítico transversal sobre a cobertura das consultas odontológicas anuais na primeira infância. Foram incluídas no estudo 660 crianças nascidas em 2010, cujos dados foram coletados do sistema de informações do GHC. Resultados: em relação à cobertura das consultas odontológicas a cada ano de

vida da criança, as unidades de saúde não atingiram as metas estabelecidas (100%). A maior parte das crianças (41%) realizou sua primeira consulta no primeiro ano de vida. Em relação ao número total de consultas, 22% das crianças nunca consultaram e apenas 8% realizaram as quatro consultas preconizadas. Houve correlação positiva entre a razão da população total e de crianças de 0-4 anos da área adscrita com o número de profissionais da odontologia e a cobertura no primeiro ano de vida de cada US. Conclusão: apesar de poucas crianças terem o acompanhamento adequado em relação às metas estabelecidas pelo serviço, os percentuais de cobertura foram superiores aos encontrados na literatura, demonstrando a importância das Ações Programáticas para o acesso em saúde bucal na primeira infância.

SAÚDE COLETIVA: A RELAÇÃO DOS AFETOS NA ATENÇÃO À SAÚDE

Maísa Melara

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Afeto, Saúde Mental

A Saúde, a ser entendida como um objeto ampliado, essencialmente, torna-se transdisciplinar. Faz-se o tempo de uma dissociação prática do conceito saúde/doença. Dentro de um contexto social, produzir cuidado à Saúde requer ações diferenciadas das de que, corriqueiramente, são produzidas em atribuição as doenças. Viver a Saúde demanda atividades coletivas e integradoras. Afinal, ninguém, ao certo, sabe o que é Saúde. Dessa forma, o pensar Saúde pode encontra-se em um processo. Não mais, somente, em um processo saúde/doença, mas em um caminho que procure, exclusivamente, as linhas da Saúde. Tal inquietação, que transcorre a humanização nos atendimentos à Saúde, moveu esta

pesquisa. A procura por experiências, nos serviços públicos, que vivenciam a atenção inclinada à Saúde objetiva a investigação. Entretanto, assim como o conceito de Saúde, as relações de afeto produzidas nos serviços não são objetiváveis e, para dar à luz a esta discussão, de um ponto de vista não estruturante, optou-se pela construção de uma cartografia dos afetos nos serviços de Atenção à Saúde Mental no município de Foz do Iguaçu-PR. Para o desenvolvimento das conexões pretendidas – Afeto e Saúde, a necessidade de uma inserção efetiva no campo se coloca como fundamental. Escrever sobre as relações dos Afetos na Atenção à Saúde não com a intenção de as significarem, mas, sim, de procurar caminhos que melhor as articulem. Espera-se com o estudo, um questionamento sobre as relações sociais reproduzidas em um território de Saúde, assim como, identificações de potências a serem trabalhadas pela Saúde Coletiva nestes espaços.

SAÚDE DO ADOLESCENTE: PERSPECTIVA RURAL E URBANA NO MUNICÍPIO DE BORBA

Laryssa Menezes de Souza, Nicolás Esteban Castro Heufemann., Evilásio Bié Filho, Isabella Pinto de Souza, Lícia Itamara Pantoja Ribeiro, Bruno Alan Schreiner

Palavras-chave: Saúde do Adolescente, Serviços de Saúde, Estratégias Locais,

Este estudo aborda a captação das estratégias locais voltadas para a saúde do adolescente no município de Borba, avaliando como está a execução das mesmas em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo uma da área urbana localizada no bairro Cristo Rei e uma da área rural, localizada no Distrito municipal de Foz do Canumã, no mesmo município. A adolescência é um período de transição

entre a infância e a fase adulta, sendo considerado o processo psicológico, social e maturacional iniciado pelas mudanças púberes. Os adolescentes correspondem a 1/3 da população brasileira, o que faz com que o Brasil seja um país de população relativamente jovem. Esse grupo de indivíduos é considerado vulnerável devido à forma como lidam com o desenvolvimento dos fatores biopsicossociais. Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa em que a entrevista semiestruturada com a gestão local, funcionários das UBS's e adolescentes locais, possibilitou a produção dos dados, organizados posteriormente de acordo com a análise de conteúdo e foi evidenciado que grande parte dos profissionais de saúde envolvidos com esse público, recebeu nos últimos anos algum tipo de capacitação, através de cursos, oficinas e seminários, entretanto, nenhuma delas foi voltada exclusivamente para o trato com o adolescente, mas sim para a problemática que o cerca, como, por exemplo, capacitação para DST-AIDS. Sobre recursos para a Educação em Saúde, os profissionais citaram panfletos, livros, revistas e multimídia para o uso com este público. Todos citam o PSE e a sala de espera da UBS como locais onde os mesmos utilizam esses recursos, programa que é realizado trimestralmente na zona urbana e semanalmente na zona rural. Dentre os 8 (oito) adolescentes da zona urbana questionados sobre os motivos por quais procuram atendimento observou-se: 4 (quatro) (50%) citaram as consultas odontológicas, 4 (quatro) (50%) referiram a procura de consulta médica, 2 (dois) (25%) realizavam antropometria e pesagem e apenas 1 (um) (12,5%) adolescente procurava atendimento para a realização do teste rápido e outros exames. Na zona rural, detectou-se que dentre os 5 (cinco) entrevistados, 2 (dois) (40%) deles procuravam atendimento odontológico, 2

(dois) (40%) procuravam atendimento para consulta médica geral e 1 (um) (12,5%) atendimento de ambas as especialidades. É possível observar que lidar com o adolescente nem sempre é de bom trato ou fácil manejo e a aproximação do indivíduo ao serviço de saúde é um desafio mesmo frente aos usuários de maior idade. Entretanto a estruturação do serviço de saúde de Borba e das UBS's torna propício lograr êxito com este desafio, junto aos adolescentes, a ser encampado pelos próximos estudos.

SAÚDE DO TRABALHADOR NO SUS: CUIDANDO DA SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR

Vanessa Fernandes Porto

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, escola, educação em saúde

APRESENTAÇÃO DO TRABALHO: Atualmente um dos profissionais que mais estão acometidos por doenças ocupacionais são os trabalhadores escolares, entre eles os professores, merendeiros e faxineiros que possuem acometimentos específicos, tais como: disfonia, transtornos mentais e doenças musculoesqueléticas, resultantes do estilo de vida e da atividade laboral. Desta forma, faz-se necessário contribuir para que se alcance um equilíbrio físico, mental e social do trabalhador, bem como há a necessidade de se desenvolver dentro da escola uma ferramenta que trabalhe a saúde, diminuindo assim o número de afastamentos por auxílio-acidente e aposentadoria por invalidez. Com isso, o Programa Caminhando Junto nas Escolas – PCJE prevê atenção integral a saúde do servidor da rede Municipal de ensino, por meio de ações coletivas para orientação sobre o cuidado com a saúde. Relatar a experiência do Programa Caminhando Junto nas Escolas da Rede Municipal de ensino.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um relato de experiência descritivo, iniciado em setembro de 2013 até o corrente ano, por uma equipe multiprofissional (fonoaudióloga, enfermeira, fisioterapeuta, psicóloga e engenheiro de segurança do trabalho) de um Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador. O programa visa realizar ações de prevenção e promoção à saúde em todas as escolas do município, totalizando 136 escolas, do qual já foi implantado em 75 destas, pois este trabalho encontra-se em fase de execução. A proposta para criação deste programa decorreu pelo grande número de trabalhadores escolares afastados pela Junta médica municipal ou com readaptação de função. Para realização do PCJE é realizado um contato prévio com a escola, posteriormente, esta recebe a equipe deste centro durante um dia com palestras e oficinas com as temáticas de voz, estresse, LER/DORT, acidente de trabalho e doenças cardiovasculares. Neste dia, são realizadas oficinas sobre: cuidados com a voz (aquecimento e desaquecimento vocal), ginástica laboral, exercícios corporais para combater o estresse, meditação e verificação de pressão arterial. Participam deste momento todos os profissionais que fazem parte do quadro de funcionários da escola. **RESULTADOS:** Diante dos relatos e do que foi observado destaca-se uma grande quantidade de adoecimento numa população relativamente jovem, com queixas importantes relacionadas ao funcionamento psíquico, como cansaço mental e nervosismo, queixas vocais, como: rouquidão e cansaço ao falar. Além de queixas relacionadas a dores nos braços, ombros e costas. De forma geral, muitos expressaram frustrações diante da precariedade das condições de trabalho que favorecem o adoecimento. Os servidores destacaram a importância de momentos como estes para a prevenção de problemas de saúde que

podem surgir devido à atividade laboral que exercem e aqueles já identificados que necessitam de uma intervenção para reabilitação são encaminhada para a unidade sentinela responsável pelo tratamento do agravo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O trabalho humano possui um duplo caráter, por um lado é fonte de realização, satisfação e prazer, por outro, pode também transformar-se em elemento patogênico, tornando-se nocivo à saúde. Com isso, a realização de programas voltados à saúde do trabalhador dos servidores da educação possibilita uma melhor qualidade de vida e menor adoecimento deste público.

SAÚDE DO TRABALHADOR: AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Thais Chiapinotto dos Santos, Mircei Goulart Barbosa, Deisy Tolentino do Nascimento, Daniela Tozzi Ribeiro, Caren Serra Bavaresco, Alcindo Antônio Ferla

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, NASF, PMAQ

Conforme determina a Constituição Federal e a Lei nº 8080/1990, compete ao Sistema Único de Saúde a execução das ações de saúde do trabalhador. É responsabilidade dos gestores de saúde promover a incorporação de ações de atenção à saúde do trabalhador na rede de atenção, garantindo a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde. A Atenção Básica (AB) tem o compromisso de garantir a integralidade na atenção à saúde do trabalhador mediante articulação e construção conjunta de ações. Com a finalidade de apoiar e ampliar as estratégias da AB no Brasil, o Ministério da Saúde criou, no ano de 2008, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). O objetivo deste trabalho é descrever as ações desenvolvidas

pelo NASF voltadas à saúde do trabalhador a partir dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Foi realizado um estudo descritivo a partir de dados da avaliação externa do segundo ciclo do PMAQ coletados no período de 2013/2014. Os dados utilizados referem-se ao bloco de perguntas do Módulo IV no qual relaciona o NASF com ações referentes à Saúde do Trabalhador. Foram analisadas 1773 respostas válidas fornecidas através de entrevistas com os profissionais do NASF. As respostas foram analisadas utilizando o software SPSS de forma dicotômica sendo expressos através de suas frequências absolutas e relativas. Do total das equipes NASF avaliadas, 26% (n=461) realizam ações para a área da saúde do trabalhador sendo que 80,9% (n=373) apoiam e desenvolvem ações para identificação do cenário da saúde do trabalhador do território. Dentre essas ações desenvolvidas, a maioria 85,8% (n=320) é voltada para a identificação dos riscos e agravos relacionados ao trabalho, seguida pela identificação do perfil epidemiológico dos trabalhadores 56,3% (n=210), identificação dos processos produtivos no território 45% (n=168), notificação compulsória dos agravos relacionados ao trabalho 35,7% (n=133) e por fim 27,6% (n=103) realizam outras atividades que não foram citadas anteriormente. O total de 400 equipes respondentes (86,8%) informou que o NASF apoia e desenvolve ações de prevenção e tratamento de doenças ocupacionais, sendo que orientações para prevenção de agravos ocupacionais correspondem a 93,8% (n=375), seguida pelo atendimento individual ou coletivo aos casos definidos junto à equipe AB 84,5% (n=338) e por último pela detecção precoce da perda de saúde dos trabalhadores 62% (n=248). Do total de equipes do NASF entrevistadas, verifica-se que ainda é necessário ampliar o quantitativo

das que desenvolvem ações relacionadas à saúde do trabalhador. A maioria das ações desenvolvidas está relacionada à identificação dos riscos e agravos ocupacionais e à prevenção e tratamento de doenças relacionadas ao trabalho. As ações para a saúde do trabalhador exigem uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, que incluam a orientação, a prevenção e o cuidado integral e humanizado dos profissionais. Sendo assim, o NASF pode contribuir como estratégia essencial para desenvolver ações relacionadas à saúde do trabalhador e reorientar o modelo assistencial para que a relação saúde/trabalho seja contemplada na ambiência da AB.

SAÚDE E SEXUALIDADE: ADOLESCENTE MULTIPLICADOR

Mariana Ferreira de Souza, Jakelline Cipriano dos Santos Raposo, Betânia da Mata Ribeiro Gomes, Maria Rafaela Amorim de Araújo, Mariana Paula Silva Vasconcelos, Mariane Silva Tavares, Marília Sampaio de Araújo, Milena Kelry da Silva Gonçalves

Palavras-chave: Adolescentes, Sexualidade, Saúde

A adolescência é entendida como uma das fases do desenvolvimento humano que diz respeito à transição entre a infância e a idade adulta. É marcada por mudanças, entre tais destacam-se as biológicas no que se refere à puberdade, como também transformações psicológicas e sociais relacionadas à maturação biopsicossocial deste adolescente. Destaca-se como ponto importante na adolescência a iniciação sexual, sobre esse tema o adolescente é colocado tanto na posição de quem sofre fortes influências, quanto na de quem influencia, já que o grupo de amigos representa uma das principais fontes

de informação. Sendo assim, o trabalho objetivou identificar o conhecimento e as experiências sexuais dos adolescentes, visualizando esse com agente multiplicador. Trata-se de um estudo exploratório de abordagem quantitativa, através da aplicação de questionários, realizado na Escola Aníbal Fernandes em Recife com os estudantes do Ensino Médio. Aceitaram participar da pesquisa 59 adolescentes, com idade entre 14 e 19 anos, sendo 32 do sexo feminino. Em relação à experiência sexual, metade dos entrevistados relatou alguma experiência, e desses, 52% começaram entre os 14 e 15 anos de idade. A maioria (93%) dos estudantes declarou ter informações sobre métodos contraceptivos, os mais referidos foram o preservativo e a pílula, chamando atenção que 77% conheciam o preservativo feminino. Como principal fonte de informação sobre sexualidade, 42% dos adolescentes apontaram os amigos. Nessa fase, as conversas entre eles se tornam mais fáceis, logo o grupo social exerce papel significativo no processo de formação e desenvolvimento do adolescente. Diante desse contexto fica evidente que os próprios jovens podem contribuir com o processo de viver saudável de seus colegas. É possível identificar a potencialidade do protagonismo juvenil como um instrumento eficaz para realização de trabalhos que visam à prevenção de doenças e a promoção da saúde de jovens, ainda mais quando se trata de trabalhos realizados para outros adolescentes.

SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO EM 2013 – UMA ANÁLISE GERAL DO MANEJO

Edward Theodoro Dresch, Felipe Elias Álvares Moreira, Luciana Maria Borges da Matta Souza

Palavras-chave: Saúde da Família, Sífilis Congênita, Pré-Natal, Epidemiologia

APRESENTAÇÃO: A sífilis congênita é um tradicional evento sentinela na atenção primária, visto que sua ocorrência sugere falhas na assistência materno-infantil num serviço de saúde. Sua adequada abordagem pode reduzir drasticamente a mortalidade infantil e sequelas futuras decorrentes de suas complicações. Além dos seus efeitos em termos de mortalidade, prematuridade, baixo peso ao nascer e complicações agudas, a SC também é responsável por deformidades, lesões neurológicas e outros comprometimentos sistêmicos. Esta pesquisa objetiva analisar, a partir da ficha de notificação compulsória, a conduta frente à sífilis congênita e o seguimento da atenção à gestante, ao parceiro e à criança no município do Rio de Janeiro. Desenvolvimento: Pesquisa de caráter quantitativo, transversal e descritiva, que será realizada a partir da análise dos dados da ficha de notificação compulsória do Ministério da Saúde, preenchidas por profissionais de saúde no ano de 2013 no município do Rio de Janeiro. Resultados: Observando-se dados parciais da presente pesquisa destacaram-se os seguintes aspectos: do total de 1706 casos notificados 77,7% realizaram pré-natal; com relação ao diagnóstico, 46,9% foi recebido durante o pré-natal e 38,1% no momento do parto; o teste treponêmico da gestante no momento do parto foi reagente em 95,4%, na criança notificada o mesmo teste foi reagente em 65,5% delas e ignorado em 9,8%; em crianças com 18 meses de idade o mesmo teste foi reagente em 0,8%, em 0,6% foi não reagente e em 13,1% não foi realizado; quanto ao tratamento, o esquema foi realizado adequadamente em 12% das notificações, inadequadamente em 47,1% e não foi realizado em 17,5%; o parceiro recebeu tratamento em 21,7% dos casos, 40,9% não foram tratados e

ignorou-se o tratamento em 37,3%; sobre a evolução, observou-se que 88,2% das crianças permaneceram vivas e 0,1% foi a óbito. Não foi observada nenhuma relação de síndrome clínica específica com a sífilis congênita. Considerações Finais: Esta análise corroborou a baixa adesão ao pré-natal, a especificidade do teste treponêmico, a falta de acompanhamento das crianças diagnosticadas (apenas 1,5%), o esquema de tratamento aquém do preconizado, deficiência no tratamento do parceiro, a eficácia do tratamento quando realizado e a importância de exames complementares no auxílio diagnóstico.

SISTEMATIZAÇÃO DO PROGRAMA DE PUERICULTURA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA VILA NOVA MUNICÍPIO MUNDO NOVO - MS

Leidys Odelsa Martínez Carbonell, Alzira Aparecida Barros Assunção

Palavras-chave: Puericultura, monitoramento, crianças, orientações

NOVA MUNICÍPIO MUNDO NOVO - MS. APRESENTAÇÃO: A puericultura é um acompanhamento muito importante para o crescimento e desenvolvimento de uma criança e, por entender isso optamos por esta temática, para desenvolver o projeto de intervenção, que foi realizado na (ESF) Estratégia de Saúde da Família Vila Nova no município de Mundo Novo-MS, com crianças de zero a 11 meses e 29 dias, com o objetivo de Sistematizar o Programa de Puericultura nesta unidade de saúde. METODOLOGIA: Após o levantamento de dados, realizado pelas agentes comunitárias de saúde, ocorreu uma busca ativa sendo identificados 31 crianças menores de um ano. Após essa análise iniciou-se um acompanhamento infantil na referida ESF e nas creches Municipais Elmo Jorge e Guaicuru. As 31

crianças foram acompanhadas por um período de seis meses, sendo realizado um atendimento com equipe multiprofissional, composta por médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde e técnico de enfermagem da unidade de saúde, realizando avaliações neuropsicomotor, medidas antropométricas, entrega com orientação de suplementação de ferro, solicitações de exames complementares e encaminhamento para pediatra do município. **RESULTADOS:** O Projeto possibilitou, além da sistematização da puericultura nesta unidade, a caracterização das crianças menores de um ano, sendo possível um monitoramento e a identificação das alimentações oferecidas às crianças menores e maiores de seis meses de idade, através de um trabalho de orientação aos pais e responsáveis sobre a alimentação e cuidados com as mesmas. Grandes conquistas foram concretizadas, tendo os objetivos alcançados, pois o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças através da puericultura foi muito importante, possibilitou a detecção de disfunção neuropsicomotor precoce, a reorganização da cobertura vacinal realizada na idade correta, estímulo a prática do aleitamento materno, a implementação da alimentação complementar, prevenindo as desordens que mais afetam as crianças durante os primeiros doze meses de vida. Garantindo desta forma a qualidade nos primeiros meses de vida das crianças pertencentes na estratégia da saúde família Vila Nova.

SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO DOS CASOS DE TB-HIV NO BRASIL, 2010 A 2013

Aguinaldo José de Araújo

APRESENTAÇÃO: A elevada incidência de infecções pelo Human Immuno deficiency

Virus (HIV) tem contribuído para o aumento dos casos de Tuberculose (TB), e potencializado as dificuldades para controlar ambas as infecções. Neste sentido, o estudo objetivou analisar a situação de encerramento do tratamento da TB em pessoas com diagnóstico de coinfeção TB-HIV, no Brasil, no período de 2010 a 2013. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Estudo epidemiológico, transversal e com abordagem quantitativa. A população estudada compreendeu os casos confirmados de coinfeção TB-HIV no Brasil, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, versão online (SINAN-Net), no período de 2010 a 2013. Foi estudada a variável Situação de encerramento do tratamento da TB (cura, abandono, óbito por TB e TB - multirresistente). A análise dos dados compreendeu dados descritivos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** De 2010 a 2013, foram diagnosticados 39.448 casos de coinfeção TB-HIV no país. A situação de encerramento do tratamento da TB revelou-se da seguinte forma: 43,34% obtiveram cura, 16,64% abandonaram a terapêutica, 4,42% chegaram a óbito por TB e 0,60% com TB-multirresistente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os achados consolidam o quanto é desafiador controlar a TB em pessoas que apresentam esta importante comorbidade no país. A média do percentual de cura dos três anos estudados foi inferior a 50%, enquanto o abandono elevado contribuiu para agravamento do caso, além de favorecer a resistência medicamentosa e o óbito. A TB é a principal causa de morte em pacientes que vivem com HIV/AIDS, porém existem dificuldades em quantificar esses dados, uma vez que a codificação desses casos utiliza o HIV como causa da morte, enquanto as causas contributivas (como a TB) muitas vezes não são registradas de forma confiável, e pode justificar o baixo percentual de óbitos por TB nos três anos de estudo.

SOBRE O ACOLHIMENTO: DISCURSO E PRÁTICA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Tarciso Feijó da Silva

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

Através da análise do acolhimento em Unidades Básicas de Saúde, no município do Rio de Janeiro foi possível com a utilização de técnicas de observação sistemática e entrevista semiestruturada construir sentidos sobre o acolhimento. No dito, foi possível identificar que os profissionais consideram o acolhimento como tecnologia para ampliação da escuta e diminuição da fragmentação do cuidado. No entanto, na prática foi observada intensa peregrinação de usuários em busca do cuidado e frágil trabalho em equipe no desenho do acolhimento proposto. Percebeu-se dificuldade de incorporar na prática os conceitos de longitudinalidade e coordenação do cuidado, associada à postura e ao envolvimento dos profissionais com o acolhimento nas unidades estudadas.

TEMA: FATORES ASSOCIADOS ÀS NECESSIDADES DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM IDOSOS BRASILEIROS

Chaiane Emilia Dalazen, Alessandro Diogo de Carli

Palavras-chave: Fatores socioeconômicos, Saúde bucal, Idoso, Inquéritos de saúde bucal, Estratégia de Saúde da Família, Cobertura de Serviços Públicos de Saúde

APRESENTAÇÃO: Com o intuito de superar esta fragilidade, equipes de saúde bucal

foram inseridas na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a fim de diminuir os efeitos das desigualdades sociais no acesso aos serviços odontológicos. Diante do novo quadro demográfico, é fundamental o desenvolvimento de estudos que auxiliem na análise de fatores associados às necessidades em saúde bucal dos idosos brasileiros, para que iniquidades não sejam ampliadas. Este estudo teve como objetivos estimar a prevalência da necessidade de prótese e tratamento dental em idosos brasileiros e verificar a associação entre essas necessidades e determinantes contextuais e individuais. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Realizou-se estudo com dados sobre a necessidade de tratamento dental e prótese da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010. A amostra de dados foi composta por idosos de 65 a 74 anos (n= 7.619). Modelos de regressão logística multinível foram utilizados para estimar odds ratio e intervalos de 95% de confiança entre as necessidades de tratamento e as variáveis contextuais (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, Coeficiente de Gini e cobertura de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família) e individuais (sexo, renda, escolaridade e cor da pele). A prevalência da necessidade de tratamento dental variou entre os municípios (p<0,05). A menor prevalência foi encontrada em Goiânia (18%) e a maior em Belém (48%). Nos municípios do interior, a menor prevalência foi observada na região Sudeste (21%), enquanto a maior foi na Norte (31%). Para a necessidade de tratamento dental, o sexo feminino foi fator de proteção (OR= 1,18; IC95% 1,05-1,31), as mulheres tiveram chance 40% menor de necessitar de tratamento, a menor escolaridade e cor da pele não branca fatores de risco (OR= 1,18; IC95% 1,05-1,31 e OR=1,28; IC95% 1,15-1,43); Para a necessidade de prótese, houve diferença estatisticamente significativa entre os municípios (p<0,01).

A prevalência de necessidade de prótese variou entre os municípios do interior de 56% no interior da região Norte a 38% no interior da região Sul. Em relação às capitais, a maior prevalência foi verificada em Belém (71%) e a menor em Goiânia (31%). A cor da pele não branca representou fator de risco para a necessidade de prótese (OR= 1,83; IC95% 1,38- 2,42) e a renda fator de proteção (OR= 0,39; IC95% 0,30-0,51), idosos com maior renda tiveram chance 61% menor de necessitar de prótese.

TEMA: PRÁTICAS NO PARTO SEM EVIDÊNCIAS TOTALMENTE ESCLARECIDAS: UMA ANÁLISE DE LITERATURA

Odaleia de Oliveira Farias, Fátima Karine Apolonio Vasconcelos, Jacqueline Mota da Silva, Sarah Raquel Dourado Aragão

Palavras-chave: trabalho de parto induzido, ruptura artificial de membranas e Ocitocina

APRESENTAÇÃO: A organização mundial de saúde classificou em 1996 as práticas no cuidado ao parto em diversas categorias, desde aquelas extremamente recomendadas até aquelas que deveriam ser suspensas. A categoria C contempla práticas que ainda precisam de maiores evidências científicas que avaliem a efetividade e eficácia de seu uso, as quais são seis no total. Objetiva-se neste estudo expor as últimas evidências de duas destas práticas: ruptura artificial de membranas ou amniotomia e uso rotineiro de ocitocina. METODOLOGIA: Revisão de literatura realizada na base de dados Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs) e no Repositório Scientific Electronic Library Online (Scielo). Foram selecionados artigos em inglês, português e espanhol dos últimos cinco anos. Para a busca, utilizou-se as palavras chave:

trabalho de parto induzido, ruptura artificial de membranas e Ocitocina. RESULTADOS: Mediante a busca na base Lilacs encontrou-se 71 estudos, sendo: 8 artigos acerca de ruptura artificial de membranas, 27 sobre trabalho de parto induzido e 36 acerca do uso de ocitocina. No repositório Scielo foram encontrados 30 estudos, sendo: 5 artigos sobre trabalho de parto induzido e 25 sobre o uso de ocitocina. Deste total, foram selecionados 5 estudos para análise. Acerca da prática da amniotomia, estudos evidenciaram a alta prevalência de uso desta prática apesar da falta de evidência para a mesma. Entretanto, não encontraram-se evidências de complicações associadas ao uso da amniotomia em conjunto com outras práticas. Com relação à aplicação de ocitocina para indução do parto, constatou-se que seu uso mostrou-se benéfico quando usado em pequena quantidade, sendo a maior evidência encontrada em países de baixa renda. A integração dos profissionais de saúde (médico, enfermeiro) e doula foi associado a redução do uso de ocitocina e da prática de amniotomia, o que sugere a importância da equipe multidisciplinar na redução de intervenções durante o parto. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com base nesse estudo foi possível reafirmar a carência de pesquisas a respeito de práticas ainda não esclarecidas cientificamente, apesar de estas terem sido categorizadas pela OMS há 18 anos atrás, e que são praticadas rotineiramente durante o parto vaginal. A maioria dos artigos mostrou a alta prevalência tanto da amniotomia como do uso da ocitocina para indução do parto. Entretanto, os estudos encontrados não são passíveis de generalização.

TEORIA DE HILDEGARD ELIZABETH PEPLAU E A ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Lediane Correa Bonez, Suelen Regina Patriarcha-Gracioli

Palavras-chave: ELA, Teoria de Peplau, Enfermagem

Esclerose Lateral Amiotrófica é uma doença progressiva que envolve a degeneração do sistema motor afetando neurônios motores superiores e inferiores. É uma doença crônica, degenerativa, letal e de etiologia desconhecida. Ao apresentar um diagnóstico positivo para ELA e com a progressão das manifestações clínicas, o paciente deixa de exercer suas atividades e sua independência funcional. A teoria de Peplau busca um entendimento do relacionamento interpessoal como resultante de um processo de conhecimento. Nesses aspectos que teorias de enfermagem formam um conjunto de hipóteses que são utilizadas para retratar, elucidar e prever parte de uma realidade e permitem a observação das características que definem sua individualidade. As teorias devem ser usadas para conduzir e aprimorar a assistência ao paciente. O objetivo desse trabalho foi realizar um levantamento bibliográfico sobre Esclerose Lateral Amiotrófica e correlacioná-lo com os pressupostos da teoria de Peplau. A busca pelos artigos que compõem a amostra desse trabalho foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, onde foram selecionados 14 artigos. Por esta doença comprometer a vida do enfermo de tal modo que seu cotidiano fica plenamente dependente, médicos, enfermeiros e familiares devem estar engajados no mesmo propósito: a melhoria da qualidade de vida do paciente. Nesse sentido, a teoria de Peplau pode contribuir, pois proporciona um relacionamento interpessoal entre paciente e profissional.

TRABALHO EM EQUIPE INTERPROFISSIONAL E A EFETIVA COLABORAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Carlos Eduardo Panfilio, Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Palavras-chave: educação interprofissional, práticas colaborativas, educação permanente, saúde

APRESENTAÇÃO: No campo da saúde, a interprofissionalidade atua como um dos caminhos para que áreas delimitadas e separadas se encontrem e produzam novas possibilidades. Nesta perspectiva, o interprofissionalismo favorece o redimensionamento das relações entre diferentes conteúdos, do ensino e serviço, configurando, assim, trocas de experiências e saberes, em uma postura de respeito à diversidade e cooperação, visando efetivar práticas transformadoras sustentadas no exercício do diálogo permanente. Neste contexto, a prática colaborativa na atenção à saúde emerge como essencial quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam atenção à saúde com base na integralidade, envolvendo os usuários e suas famílias, cuidadores e comunidades. Esta pesquisa objetiva analisar a educação interprofissional como orientadora da atuação em saúde, discutindo as dimensões da prática colaborativa e da educação permanente de profissionais que atuam no Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia (IPGG) "José Ermírio de Moraes", com um modelo de atuação pautado no trabalho em equipe e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). No campo metodológico, configura-se como uma pesquisa descritiva, analítica e de corte transversal. Abrange 88 participantes que são profissionais da área de saúde. Na primeira fase foi utilizada a Escala de Clima na Equipe (Team Climate Inventory - TCI), uma escala de atitudes do "tipo Likert", com quatro partes

estruturadas abordando os aspectos do trabalho em equipe e efetiva colaboração com outros profissionais de saúde. Na segunda fase, a partir dos dados coletados na fase 1, proceder-se-á um novo momento de produção de dados por meio de grupo focal, tendo-se como núcleos orientadores: Trabalho em Equipe; Educação Permanente em Saúde e Práticas Colaborativas. Os dados produzidos nos grupos focais serão analisados via análise de conteúdo, modalidade temática que consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação. Os resultados da primeira fase da pesquisa, indicam que 76,47% dos participantes pertencem ao gênero feminino e 23,53% ao gênero masculino, e com idade média de 44 anos e oito meses. Os participantes, no que se refere ao campo profissional, foram: Auxiliar de Enfermagem (28,24%), Enfermeiro (12,94%), Auxiliar de Saúde (11,76%) e Educador Físico ou Fisioterapeuta (10,59%); Cirurgião Dentista (5,88%), Auxiliar de Radiologia (5,88%), Médico (4,71%), Agente de Saúde (4,71%), Assistente Social (3,53%), Psicólogo (3,53%), Farmacêutico (2,35%), Fonoaudióloga (2,35%), Nutricionista (2,35%) e Terapeuta Ocupacional (1,18%). A maioria estudou em universidade privada (65,91%), 50% realizaram pós-graduação, o tempo de formado foi em média com 16 anos e 8 meses, com tempo de IPGG e tempo na Equipe com médias de 7 anos e 11 meses e 7 anos e 6 meses respectivamente. Na análise dos resultados da Escala de Clima na Equipe, as dimensões Participação na Equipe e Apoio para Ideias Novas obtiveram uma percepção negativa, e as dimensões Objetivos na Equipe e Orientação para as Tarefas alcançaram uma percepção positiva, com diferenças entre categorias profissionais e uma correlação significativa entre as dimensões Participação na Equipe/ Apoio para Ideias Novas e o Tempo de Formado.

TRAJETÓRIA DESCRITA EM ÁLBUM: EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE, SOB A ÓTICA DE UMA AGENTE COMUNITÁRIA DE SAÚDE

Solange Machado de Menezes, Alzira Aparecida Barros Assunção

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Práticas de Saúde

APRESENTAÇÃO: A Educação Permanente é uma potente ferramenta, tem a força de gerar no trabalhador, no seu cotidiano de produção do cuidado em saúde, transformações da sua prática, capacidade de problematizar a si mesmo no agir. Gerando práticas na construção do cuidado, que é o modo como estes dispõem do seu trabalho vivo em ato. Este trabalho apresentado na forma de álbum e Trabalho de Conclusão de Curso, discorre de forma visual a trajetória de vida pessoal e profissional de uma agente comunitária de saúde que após ver o mundo sob a ótica dos diferentes autores que conheceu no curso de Educação Permanente em Movimento, pode refletir sobre sua existência e processos de trabalho, produzindo novos modos de operar e sentir o mundo à sua volta. A proposta deste trabalho foi trazer através de imagens, as reflexões, experiências e vivências do cotidiano do trabalho e mostrar como a Educação Permanente em Saúde (EPS) está presente em nós e em nosso dia a dia. **OBJETIVOS:** Demonstrar aos profissionais de saúde como o aprendizado deste curso pode nos auxiliar no reconhecimento das práticas de Educação Permanente em Saúde, que são realizados de forma imperceptível nos movimentos de trabalho diário. E ainda levar estes profissionais a reconhecerem estas práticas e vivenciá-las, transformando a maneira de ver e conviver com os demais profissionais e com os usuários do Sistema Único de Saúde. **IMPACTOS:** Os resultados obtidos revelam

que a vivência na EPS já estava inserida no nosso cotidiano, e a EPS em movimento veio trazer reflexões e despertar “O que eu vejo? O que eu penso do que vejo? O que eu faço com o que eu penso do que vejo?” Com estes questionamentos, concluímos que a mobilização para uma ação, não precisa necessariamente ser obtida através de novos conhecimentos, pode-se obter através de reflexões, quando se desfaz conceitos anteriores ou se deve os fatos para em seguida poder revê-los sob um novo olhar, pois neste momento entendemos que a EPS ocorre em ato, no cotidiano do trabalho. A partir da relação entre profissionais e destes com os usuários, onde ambos sentem-se tocados nas ações implicadas dessa relação, reflete sobre o que vê, propõem e realiza ações que implicam no cuidado em saúde. Não se faz necessário um espaço ou um momento específico, pois não podemos saber quando seremos tocados, e nem tão pouco a nossa afecção pode esperar uma estrutura logística para produzir mudanças. A verdadeira educação permanente esta na reflexão sobre as implicações vindas das relações entre os profissionais, entre estes e a gestão e os usuários, que ocorre no momento em que estas são produzidas no território de atuação desses atores.

TRAJETÓRIAS POSITIVAS: O IMPACTO DE UM GRUPO DE ADESÃO PARA PVHA NA ATENÇÃO BÁSICA

Malena Gadelha Cavalcante, Nadja Maria Pereira de Deus Silva, Nancy Costa de Oliveira, Roberto da Justa Pires Neto, Gerardo Bezerra da Silva Junior, Elizabeth de Francesco Daher

Palavras-chave: AIDS, Atenção Primária, Grupo de Adesão

APRESENTAÇÃO: A não adesão dos soropositivos envolve fatores psicossociais, socioeconômicos, regime terapêutico,

relação profissional-paciente e estigma. Atividades em grupos intensificam a interação entre os sujeitos ampliando a efetividade da terapia antirretroviral (TARV), reduzindo o risco de progressão do vírus, melhorando a qualidade de vida. A pesquisa objetivou-se por avaliar o impacto do grupo de adesão em Pessoas Vivendo com HIV/ Aids (PVHA). **METODOLOGIA:** É um estudo retrospectivo e avaliativo de um grupo de adesão no Serviço de Assistência Integral (SAI) na Unidade de Atenção Primária a Saúde Anastácio Magalhães em Fortaleza, Ceará. O SAI constituía-se por 102 pacientes ativos, destes 74,51%(76) estavam em TARV. As atividades do grupo de adesão ocorriam mensalmente há 02 anos com participação ativa de 17,64%(18) pessoas. Foram incluídos na análise os pacientes que participaram de todas as reuniões no período de maio/2013 a maio/2015. A coleta dos dados quantitativos sucedeu em prontuários pelo acompanhamento de LT-CD4+, CV e adesão a TARV, enquanto os qualitativos através das narrativas dos participantes do grupo. Dos 18 participantes, 11 foram incluídos na análise. **RESULTADOS:** Antes do grupo 72,72%(09) pacientes tinham CD4+ abaixo de 350 cél/ mm³ e 100%(11) obtinham CV acima de 25 mil cópias/mL. Após adesão ao grupo 54,54%(06) tiveram contagem de CD4+ acima de 500 células/mm³ e 100%(11) apresentaram CV indetectável. Na descrição qualitativa antes e pós-grupo os pacientes desvelam relatos sobre suas percepções. Antecedentes: tristeza, solidão, magreza, pensamento suicida, falta de apoio, dificuldade de convivência. Sucedentes: renascimento, amizade, apoio, conhecimento, segurança e fortalecimento. A reconstituição imune é uma das metas da TARV, estudos apontam que PVHA com CD4+ acima de 500 cél/mm³ e CV indetectável, atingem expectativa de vida semelhante da população geral. A adesão deve ser compreendida como um processo dinâmico, de responsabilidade mútua entre paciente-profissionais.

TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Francisca Camila de Oliveira Cavalcante

Este trabalho relata um estudo em andamento, apresentando resultados parciais, carregando informações a respeito do programa Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Possui caráter federal, sendo delimitada a análise para a atuação na cidade de Fortaleza/CE. O referido programa é amparado pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. O TFD é embasado pelos artigos 197 e 198 da Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90. Realiza-se obedecendo a Portaria Federal nº 055/99, da Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde. Trata-se de uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) dedicado às pessoas que precisam cumprir tratamento médico especializado, na rede pública de saúde, e não podem usufruí-lo em sua cidade, por serem inviáveis ou inexistentes as formas de tratamento na região em que o usuário reside. Segundo a portaria nº 55, o TFD deve fornecer passagem ao paciente e ao acompanhante, caso necessitar, para dirigir-se até o local onde será concretizado o tratamento, em seguida, retornam a cidade onde residem. O referido programa tem o intuito de disponibilizar auxílio financeiro a pacientes que são desprovidos de condições para manutenção de suas despesas. Este trabalho possui o objetivo de divulgar e debater sobre este instrumento de estratégia de promoção da saúde e garantia da integralidade do cuidado, possibilitando assim a criação de estratégias para o seu funcionamento. Quanto ao método do estudo, a pesquisa foi realizada através da busca de aprofundamento na temática, baseando-se em pesquisas bibliográficas, visitas ao campo, entrevistas com os profissionais que atuam com o TFD, assim como diálogos com usuários do programa.

Quanto a resultados, ainda que prévios, é visível a observação de aspectos positivos e negativos do TFD. É possível que o usuário possa realizar o seu tratamento em outra região que dispunha de estruturas para a realização da consulta. Considerando as especificidades de cada região, no Ceará o paciente poderá comparecer à Secretaria de Saúde do Estado acompanhado de um Laudo Médico que não precisa, necessariamente, ser expedido por um profissional vinculado ao SUS. Porém, são perceptíveis as dificuldades enfrentadas pelos usuários, como a burocracia imposta ao paciente para a concretização do TFD e a necessidade constante de profissionais conhecedores de patologias raras. Conclui-se que é perceptível que a temática apresentada concentra relevância na qualidade de vida dos familiares e, principalmente, dos usuários, que têm a possibilidade de aderir ao tratamento, por meio do programa. As ações do TFD são uma forma de alcance a saúde e a Intersetorialidade entre os serviços. São imprescindíveis estratégias para que os profissionais que trabalham na área da saúde e a população brasileira em geral, carreguem conhecimento a respeito da política do TFD, compreendendo este peculiar instrumento de promoção da saúde.

TRATAMENTO PARA O CÂNCER E SUA RELAÇÃO COM DISFUNÇÃO SEXUAL FEMININA: REVISÃO DE LITERATURA

Tuanna Agne, Fátima Ferreti Tombini

Palavras-chave: câncer, dispareunia, vaginismo, fisioterapia, assoalho pélvico

APRESENTAÇÃO: Disfunção sexual feminina dolorosa é classificada como dispareunia ou vaginismo. A dispareunia é a dor genital associada com intercurso sexual e o vaginismo é a contração involuntária dos músculos do períneo, causando a oclusão

do intróito vaginal. As disfunções sexuais femininas ocorrem pela deficiência de estrogênio e testosterona, esses são os hormônios principais envolvidos na função sexual e associados a essa deficiência, qualquer alteração no tônus dos músculos que formam o assoalho pélvico pode determinar o surgimento dessas disfunções sexuais. O tratamento para o câncer que inclui a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia aumentam a sobrevivência, mas provocam uma série de consequências físicas e emocionais na mulher. OBJETIVOS: O objetivo desse artigo é relacionar o tratamento do câncer com as ocorrências de disfunções sexuais femininas, utilizando uma revisão na literatura. METODOLOGIA: Realizada uma revisão nas bases de dados: Lilacs, Scielo e Pubmed, incluindo livros e periódicos de 1992 a 2014 para embasamento do artigo. Os idiomas considerados para a pesquisa foram Português, Inglês e Espanhol. RESULTADOS: O tratamento para o câncer causa transição abrupta à menopausa e capacidade de irritar todas as mucosas do corpo, entre elas a parede vaginal, e também causar danos vasculares ou nervosos. As principais disfunções sexuais femininas encontradas foram o desejo hipoaetivo, diminuição da excitação, dispareunia e vaginismo. E as principais complicações foram estenose, atrofia vaginal e a diminuição da lubrificação. Esses problemas afetam a qualidade de vida e a saúde física e mental da paciente e do parceiro, uma vez que a mulher se sente amedrontada, abalada e insegura, diante dos efeitos colaterais do tratamento para o câncer. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A maioria das mulheres não procura tratamento médico por inibição da queixa ou o médico que se concentra nas medidas terapêutica e não investiga queixas na função sexual. Assim, a disfunção sexual feminina não é diagnosticada e tratada. A equipe multiprofissional deve voltar sua atenção para a investigação das questões

relacionadas à retomada da vida sexual da mulher, oferecendo aconselhamento e orientação. Pelo fato das disfunções sexuais interferirem tanto na saúde, é importante estabelecer um perfil das pacientes que realizaram tratamento para o câncer, a fim de servir na elaboração de ações de promoção, prevenção, avaliação e tratamento fisioterapêutico. Os efeitos das alterações vaginais na sexualidade das mulheres, bem como qualquer angústia resultante, após o tratamento do câncer têm recebido pouco estudo. Estas alterações merecem acompanhamento e tratamento, quando presentes. Palavras-chaves: câncer, dispareunia, vaginismo, fisioterapia, assoalho pélvico

TUBERCULOSE E ALCOOLISMO: CARACTERÍSTICAS SOCIAIS, CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS

Aguinaldo José de Araújo

Palavras-chave: Tuberculose, Alcoolismo, Determinação social

APRESENTAÇÃO: A tuberculose (TB) é uma doença que assola a humanidade desde antiguidade e ainda permanece como problema no âmbito da saúde pública, devido às dificuldades existentes para controlar a infecção. Tais dificuldades estão plenamente postas às desigualdades sociais e iniquidades em saúde, as quais afetam diretamente as populações mais vulneráveis. As desigualdades sociais interferem no processo saúde-doença da população, e muitas vezes coloca as pessoas em contextos desfavoráveis e condições de vida precárias, como a violência, pobreza, desemprego e uso de drogas. Nesse contexto, considerando o alcoolismo um problema de determinação social do processo saúde-doença, assim com um importante fator de risco para o desenvolvimento da TB, e conseqüentemente um entrave para

a adesão do tratamento, este estudo objetivou identificar as características sociais, clínicas e epidemiológicas dos doentes de TB que tiveram como agravado associado o alcoolismo, no município de Campina Grande - PB, período de 2002 a 2012. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Estudo epidemiológico-descritivo, de abordagem quantitativa, realizado no município de Campina Grande/PB/Brasil. A população foi constituída pelos casos de tuberculose notificados no período de 2002 a 2012 no Sistema de Informação de Agravos e Notificação, que possuíram associação com o alcoolismo. A análise das informações coletadas foi realizada utilizando-se os programas Tabnet e Tabwin do Ministério da Saúde, onde os dados foram submetidos a cálculos de frequência absoluta e relativa, considerando-se as variáveis sociodemográficas (sexo, faixa etária e nível de escolaridade), clínicas (forma da doença, baciloscopia de escarro 1^a e 2^a amostras) e epidemiológicas (Tipo de Entrada, Tratamento Supervisionado e Situação de Encerramento). **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Foram notificados 166 casos de TB em alcoólatras, com predominância do sexo masculino (87,34%), faixa etária de 18-39 anos (49,40%), baixa escolaridade (54,21%) (cursaram no máximo o ensino fundamental), TB pulmonar (91,60%) e casos novos da doença (74,09%). Em relação às baciloscopias para auxílio do diagnóstico, 68,70% foram positivas na primeira amostra, e 30,72% foram positivas na segunda amostra. No tocante ao tipo de entrada, 145 (87,73%) foram casos novos. As taxas de cura (59,03%), abandono (25,30%) e realização do TDO (53,61%) não atingiram as metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde. **Considerações finais:** Os resultados encontrados possibilitaram identificar características importantes entre a associação TB-alcoolismo, o qual se configura como um dos entraves para o controle da tuberculose, implicando em

dificuldades na adesão ao tratamento, tendo como resultado as taxas altas de abandono. Espera-se que esses resultados possam fortalecer as ações de trabalho em saúde, ao permitir reflexões de que a TB vai além da clínica, é um fenômeno de determinação social e que necessita desta visão para compreender os fatores agravantes, para então, aplicar as medidas de controle com maior efetividade.

UA: AFINAL QUE SERVIÇO É ESSE? RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A UNIDADE DE ACOlhIMENTO DA RAPS CAMPINAS/SP - BRASIL

Camila Cristina de Oliveira Rodrigues, Sergio Resende Carvalho, Bruno Mariane Azevedo

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Saúde Mental, Rede de Saúde, Unidade de Acolhimento

APRESENTAÇÃO: A Unidade de Acolhimento Transitório (UAT) é uma residência de caráter transitório que visa oferecer acolhimento voluntário e acompanhamento contínuo para pessoas maiores de 18 anos, de ambos os sexos, com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas, em diversas situações de vulnerabilidade social e familiar e que demandam por cuidados de saúde construídos por meio de Projeto Terapêutico Singular. Tem como objetivo reduzir danos decorrentes dos agravos desencadeados por condições de vida vulneráveis e abrir campos de possibilidades de construção de novos projetos de vida, potencializando a execução dos Projetos Terapêuticos elaborados pelas equipes dos CAPS e Consultório na Rua. **METODOLOGIA:** O morador da UAT recebe apoio para resgatar e ampliar seus laços sociais e familiares, participar de projetos de geração de renda ou que envolvam o retorno ao mundo do trabalho, além da retomada dos estudos, atividades

físicas e artísticas, entre outras práticas de cultura e lazer (Portaria 121/2012). No município de Campinas/SP, a equipe da UAT procura oferecer um ambiente de cooperação e respeito onde o sujeito pode vivenciar outras experiências de morar e habitar. **RESULTADOS:** Acreditamos que o suporte da equipe auxilia os moradores no cotidiano, onde constroem coletivamente a organização da casa, as ações e responsabilizações da vida cotidiana (auto-cuidado) e prática (trabalho, moradia, lazer), além da convivência coletiva. É importante ressaltar que diferente da proposta de abrigos e casas de passagem oferecidos pelas Secretarias de Assistência Social, que se destinam a oferecer um acolhimento provisório, na UAT em Campinas, procuramos realizar um atendimento de saúde em rede e compartilhado com os serviços de referência dos usuários. Nossa proposta é participar ativamente da produção do projeto terapêutico dos nossos moradores, inclusive sugerindo caminhos para a condução terapêutica dos casos e, para tanto, nos orientamos pela experiência do habitar e não do tratar. A prática de constituir a UAT tem nos feito reconhecer a importância estratégica deste equipamento no processo de reabilitação psicossocial das pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas, seja por meio do convite que fazemos aos próprios moradores de construir para si mesmos, neste período, novos projetos, seja pela experiência de ressignificação do habitar, de ocupar a cidade de novas formas, ou ainda pelo auxílio que prestamos aos serviços apoiando as ações de cuidado por eles propostas aos usuários. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Acreditamos que existem muitos desafios a serem enfrentados para a consolidação deste equipamento na RAPS, destacamos a necessidade de se constituir enquanto um equipamento aberto, de fácil acesso e diálogo, sustentado por um

trabalho em rede cada vez mais consistente e singular, voltado ao cuidado de cada paciente inserido. A UAT em sua essência traz uma inovação para a rede álcool e outras drogas do SUS que deve ser compartilhada.

UMA ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O ESTUDO PUBLICADO NA THE LANCET SOBRE AS CONDIÇÕES E INOVAÇÕES NAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Jéssica Samara dos Santos Oliveira, Veridiana Barreto do Nascimento, Lays Oliveira Bezerra, Lucimara Fabiana Fornari, Nádia Vicênica Nascimento Martins, Sheyla Mara Oliveira, Cláudia Costa Nascimento, Aline Taketomi

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde e Atenção Básica a Saúde

APRESENTAÇÃO: O artigo científico denominado Condições de Saúde e Inovações nas Políticas de Saúde no Brasil: O caminho a percorrer, publicado na revista The Lancet descreve sobre as condições de saúde da população brasileira, com ênfase para as disparidades socioeconômicas e regionais do Brasil, que interferem na saúde da população brasileira e contextualiza os avanços e desafios dentro do Sistema Único de Saúde. Desta forma o presente trabalho tem como objetivo fazer uma análise reflexiva do estudo publicado na revista The Lancet em 2011, no contexto de avanços e desafios. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de uma análise reflexiva sobre as políticas públicas de saúde brasileira dentro das desigualdades de assistência do Sistema Único de Saúde - SUS na temática da descentralização das ações de saúde. **RESULTADOS:** O Artigo destaca melhora nas condições de saúde dos brasileiros, entre essas, o aumento da expectativa de vida da população, porém, ressalta que ainda tem um grande caminho a percorrer

para a igualdade da saúde, uma vez que, as regiões do Sul e Sudeste tem uma expectativa de vida maior que a população do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, descrevendo que as diferenças regionais, são fatores marcantes para a disparidade da saúde. Entre os avanços em destaques está o controle das doenças preveníveis por vacinas e do vírus HIV/AIDS por intermédio da Estratégia de Saúde da Família através da descentralização do SUS concomitante com a expansão do acesso aos serviços de saúde. Como ponto negativo o estudo ressalta que a população indígena, em especial da região Amazônica, ainda está no topo dos piores indicadores de saúde do Brasil, assim como a população Quilombola têm níveis inaceitáveis de saúde materna e infantil. Outro destaque importante é os desafios do governo citados como: o controle de doenças endêmicas, como é o caso da dengue, que atinge grande parcela da população brasileira no período chuvoso, a redução da mortalidade materno-infantil, a redução do número de parto cesariana, o controle da malária, da leishmaniose e das doenças crônicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O trabalho faz uma análise geral das condições de saúde no Brasil, descrevendo com clareza e ressaltando avanços e desafios do Sistema Único de Saúde - SUS, ponderando a atual e real situação do País. Para que os desafios destacados no texto sejam concretizados, o trabalho é político e requer o engajamento ativo e contínuo da sociedade, objetivando assegurar o direito à saúde para toda a população brasileira. O SUS deveria ser um programa com o objetivo principal de cuidar e promover a saúde de toda a sociedade, porém, a realidade em várias regiões do país é completamente diferente. A saúde é o principal problema da população brasileira e possui reflexos completamente negativos para a qualidade de vida da população.

USO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Raquel da Costa Pereira, Maria de Lourdes Oshiro, Alexandre Alves Machado

Palavras-chave: Idoso institucionalizados, poli farmácia, Uso racional de medicamentos

Os idosos institucionalizados estão expostos a diversos problemas com o uso de mais de um medicamento simultaneamente, denominada poli farmácia. Nesta fase da vida a um declínio metabólico significativo, que coincide com a baixa funcionalidade por grande parte dos idosos institucionalizados, múltiplas doenças e o grande número de prescritores que atendem as instituições, todos esses fatores contribuem para o uso de polifarmácia e também de reações adversas nesses indivíduos. O objetivo foi identificar os medicamentos utilizados por idosos de uma instituição de longa permanência de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. O trabalho foi de caráter transversal, onde a pesquisa foi realizada de forma direta aos prontuários dos idosos, afim caracterizar e quantificar as classes de medicamentos mais prescritos e a polifarmácia. O estudo foi composto por 83 idosos, onde a maioria eram homens (57%). Os idosos em estudo tinham em média 82,35 anos. Em relação uso de medicamentos, foi identificado que as mulheres (8,59) utilizavam mais medicamentos do que os homens. De forma geral o consumo variou de 0 a 17 medicamentos, com poli farmácia média de 7 medicamentos por indivíduos. O ácido acetilsalicílico (41) estava entre os medicamentos mais utilizados na instituição, seguido pelo inibidor da conversão da angiotensina captopril (25) e a Risperidona (21). Os resultados deste estudo demonstraram que os idosos institucionalizados são pacientes que necessitam de um acompanhamento mais rigoroso, que devem ser fornecidos de forma eficiente por parte dos

profissionais de saúde, principalmente pelo farmacêutico, pois pode avaliar os riscos e benefícios do uso da poli farmácia. Desta forma, a promoção do uso racional dos medicamentos pode contribuir para a redução dos problemas desencadeados por medicamentos em idosos, e com isso garantir um envelhecimento mais saudável.

USO EXCESSIVO DE TECNOLOGIAS DIGITAIS DA INFORMAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO: DESAFIOS PARA A EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Sara Shirley Belo Lança, Rosilene Horta Tavares, Luiz Carlos Brant Carneiro

Palavras-chave: Tecnologia digitais da informação e comunicação, promoção da saúde, intersectorialidade

Com as novas transformações das relações de produção a sociedade contemporânea tem sofrido mudanças econômicas, sociais, políticas, culturais, e educacionais, que impulsionaram a produção de tecnologias digitais da informação e comunicação. (TDIC). O advento da internet propiciou acesso a novos meios de comunicação para parcelas significativas da sociedade, ao mesmo tempo possibilitou o uso quase irrestrito de recursos como jogos online, sites de relacionamento, microblogs e redes sociais; instaurando assim, situações de uso excessivo da internet. Inquirimos sobre as reais possibilidades e impossibilidades de projetos de educação e promoção da saúde para a transformação desta realidade. O presente trabalho é resultado parcial de uma pesquisa de mestrado, cujo objetivo é analisar as narrativas de profissionais da educação e da saúde de instituições públicas e privadas de uma metrópole da Região Sudeste do País sobre o trabalho com adolescentes que fazem uso excessivo de tecnologias digitais. Metodologicamente

procedemos inicialmente a uma revisão da produção intelectual nacional e internacional na última década. Constatamos, no estágio atual da pesquisa, que diversos são os alardeados benefícios das TDIC em vários campos da vida moderna. Entretanto, os prejuízos causados pelo seu uso compulsivo têm apontado à importância da reflexão teórica sobre a provável formação de trabalhadores com as novas qualificações requeridas pelo capitalismo. Concomitantemente, observamos ainda: a) a implementação de iniciativas nos campos da educação e saúde que envolvem a realização de pesquisas, a criação de programas de psicoterapia, tratamento psiquiátrico; e b) a formulação de políticas públicas e promulgação da Lei 12.965/14 (Marco Civil da Internet) que determina como dever do Estado a educação para uso seguro, consciente e responsável da internet. Concluímos que são necessárias novas investigações contemplando os saberes originários do cotidiano de profissionais das áreas da saúde e educação bem como dos usuários das TDIC. Desta forma, ações intersectoriais e interdisciplinares constituem-se como fundamentais para a construção da promoção da saúde no tange a abordagem do uso excessivo das tecnologias da informação e comunicação.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E SUAS INTERFACES COM AS QUESTÕES DE IDENTIDADE E GÊNERO: UM ESTUDO A PARTIR DAS NARRATIVAS DE HISTÓRIA DE VIDA DE MULHERES AGREDIDAS

Ana Karina de Sousa Gadelha, Maria da Glória dos Santos Ribeiro, Maria Michelle Bispo Cavalcante

Palavras-chave: Violência doméstica contra a mulher, Gênero, Identidade, História de Vida, Saúde

Este trabalho pretende apresentar elementos para a reflexão e compreensão das transformações identitárias de mulheres vítimas de violência doméstica que procuraram uma Unidade Básica de Saúde localizada no bairro Dom Expedito, periferia de Sobral-CE, como lugar de acolhimento, durante o período de julho de 2012 até dezembro de 2013. Visando o alcance dos objetivos propostos, a pesquisa foi qualitativa com enfoque fenomenológico-hermenêutico, com base nas abordagens compreensivas de pesquisa em saúde. Utilizou-se a narrativa de histórias de vida de mulheres agredidas por seus parceiros, articulando elementos histórico-teóricos e empíricos ao estudo. Partiu-se do reconhecimento da importância de apresentar maior visibilidade à problemática da violência contra mulher, uma vez que esta alcança índices cada vez maiores no município em questão, como evidenciam os relatórios anuais de notificação de violência intrafamiliar por unidade de saúde com aumento de 92,8% dos casos notificados, do ano de 2010 para 2011. Apesar de sua importância e ocorrência, ao se investigar estudos a cerca da temática constatou-se que a questão ainda não está suficientemente dimensionada, tornando-se relevante a realização de estudos mais aprofundados e propositivos acerca do tema. Enfatiza-se que o trabalho evidencia fatores sociais, culturais e econômicos envolvidos na história de violência doméstica dessas mulheres, logo, uma investigação que produz um novo conhecimento e considera interseções entre gênero e diversas modalidades raciais, classistas, étnicas e sexuais de identidades que se constituem de forma discursiva. Nas histórias de vida trazidas neste trabalho nos foi possível perceber que as questões de identidade e gênero são influenciadas pelas condições históricas, sociais e materiais dadas, bem como as condições do próprio indivíduo. O despreparo dos

policiais, a visão estereotipada da mulher que denuncia, o desconhecimento das questões de gênero, bem como a estrutura autoritária da própria polícia enquanto corporação, dificultam a implementação e execução de leis como a Lei Maria da Penha. Além disso, ainda convivemos com políticas públicas rasas e inconsistentes no que se refere ao acolhimento e cuidado dessas famílias nos serviços de saúde. É perceptível que a violência tem sido responsável por uma demanda crescente de atendimentos nos serviços de saúde, entretanto, muitos trabalhadores da saúde não a percebem como situação merecedora de cuidado e acolhimento. É como se a violência estivesse fora de seu campo de intervenção. Não estando em seu campo de atuação, o sofrimento ocasionado pela violência doméstica não é considerado pelos profissionais de saúde, mesmo que seja visto. Quanto ao nosso objetivo do estudo, as narrativas violentas que testemunhamos evidenciam que identidade é metamorfose, transformação e se manifesta cotidianamente na luta pela existência humana. As histórias compartilhadas trouxeram registros de memórias vivas que inventam o futuro, procuram saídas para as desigualdades e possibilidades de transformação de si mesmas e do mundo. Nós, seres humanos, independentes de sexo ou gênero, precisamos pensar e criar novas formas de resistência social e perceber os empecilhos de uma emancipação concreta. Talvez isto nos aponte novos caminhos de expressão da identidade e alcance da emancipação.

VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A CRIANÇA E OS OBSTÁCULOS NO ACOLHIMENTO

Aviner Muniz de Queiroz, Francisco Ariclene Oliveira, Denizelle de Jesus Moreira Moura

Palavras-chave: Enfermagem, Violência Doméstica, Profissionais de Enfermagem

As dimensões da violência contra a criança apresentam-se como temas abordados nos meios de comunicação, o que propõe à sociedade no âmbito intrafamiliar, ideias diversas em relação à origem e controle dos atos. Violência intrafamiliar é toda ação ou omissão de algum membro da família que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao desenvolvimento de outro membro. Pode ser cometida dentro ou fora de casa, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consanguinidade, e que estejam em relação de poder à outra. Objetivou-se identificar as dificuldades que o profissional enfermeiro tem em trabalhar com os casos de violência, principalmente, com a violência infantil. Realizou-se um levantamento bibliográfico nas bases de dados LILACS, SciELO e BVS, no período de julho a setembro de 2015, incluídos artigos em português. Sendo que neste último obtiveram-se artigos já contemplados pela base anterior. Na busca encontrou-se 21 artigos sendo que apenas 15 perfaziam o tema abordado e os mesmos artigos foram analisados. É imprescindível aos profissionais de saúde conhecer o cotidiano infantil das crianças vulneráveis à violência, pois se considera como um dos pilares para reduzir a situação de violência intrafamiliar enfrentadas por essas crianças. Ficou claro o despreparo dos enfermeiros para atuarem nesse atendimento, uma vez que inexistia até mesmo o conhecimento da necessidade e da maneira de notificação desses casos. Evidenciou-se através de análise minuciosa dos artigos que a violência intrafamiliar configura-se na atualidade como um grave problema de saúde pública e as estatísticas apontam um número crescente de casos, logo, é de suma importância que o acolhimento e encaminhamento dos casos de violência recebam o correto tratamento.

VULNERABILIDADE EM ÁREA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) BRENO DE MEDEIROS III: GESTAÇÃO DE RISCO

Dinaci Vieira Marques Ranzi, Adriana Romão Oliveira

Vulnerabilidade pode ser definida como situações de exposição a riscos, sendo essas associadas pelas condições próprias do indivíduo e suas relações sociais. Tendo em vista que a pobreza está ligada com a maior aproximação do risco refletindo a noções de carência e exclusão social. Considera-se vulneráveis pessoas, famílias e comunidades, desprovidas de recursos materiais e capacidade de adotar ações estratégicas, que lhes permitem enfrentar os riscos dos quais estão expostos. Também, envolvendo as alterações físicas e ou psicológicas de uma pessoa, que já foi submetida à exposição de riscos gerando assim predisposição ao desenvolvimento de doenças e agravos. Tais como: baixa estima e consequente depressão. A ESF Breno de Medeiros atende em sua área de abrangência clientes em situações de riscos, cuja maior parte das famílias é dependente de Programas de Auxílio Social para sobrevivência, com moradia construída com material impróprio para tal, condições de higiene deficientes, saneamento básico precário, desprovido de esgoto, com fornecimento de água e energia elétrica que se encontram de forma irregular e/ou ilegal. Nesta área está inserida uma gestante F.D.S, DN: 31/03/91, 24 anos, sendo G3, P02, A0, com IG no momento 20 s e DPP (USG) para 02/02/2016, ao qual se enquadra em estado vulnerável característicos do local de residência. F.D.S é usuária de drogas, alcoólatra, com VDRL reagente, colelitíase, possui uma relação familiar conflituosa, tem um comportamento agressivo, resistente ao acompanhamento as consultas do pré-natal, também possui conflitos sociais constantes. A mesma reside com seu

companheiro, o qual está comprometido em cuidar de F.D.S e de seu filho que irá nascer. Porém, esta realiza fuga do seu domicílio para ir aos locais de consumo da droga. Os dois primeiros filhos ficam sob os cuidados de sua irmã, pois a paciente F.D.S após nascimento deixou as crianças com essa alegando não ter condições para cuidar das mesmas. Dentre as ações realizadas perante habitação vulnerável, estão inclusas a inserção da equipe dentro da comunidade para a realização de atendimentos médicos e de enfermagem, bem como educação em saúde, além de ações como bloqueio em área por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para orientações aos moradores sobre as temáticas de maior relevância na comunidade. Foi realizada a inclusão dessa gestante nas visitas domiciliares executadas semanalmente pela equipe, sendo essas o elo para o início do acompanhamento do pré-natal, além das visitas periódicas realizadas pelo seu ACS. Foi realizado na unidade o tratamento para sífilis, atualização vacinal, solicitados exames e encaminhamentos às especialidades, seguindo acompanhamento como gestação de risco. Também, a mesma está participando do grupo de gestante do CRAS, demonstrando interesse. Foi inserida no CAPS - AD, porém preferiu não dar continuidade no local alegando não se sentir bem em virtude de encontrar os seus colegas do vício. A equipe de saúde juntamente com o CRAS irá realizar o chá de bebê dessa gestante. Verifica-se que dentre as vulnerabilidades enfatiza-se a operacionalização de renovação frequente das práticas de saúde coletiva através da multidisciplinaridade, buscando as fragilidades do indivíduo como um todo e o meio no qual ele está inserido, para que assim possa minimizar o enfrentamento as desigualdades sociais e aos riscos aos quais estão expostos.

Relatos de Experiências

“NA EDUCAÇÃO INFANTIL, É COM SAÚDE QUE SE BRINCA”: A EDUCAÇÃO INFANTIL COMO ESPAÇO PROMOTOR DE SAÚDE

Diana Alves de Souza Andrade, Roberta Alvarenga Reis, Ana Jaqueline Bernardo Nunes, Cristiane Zucco, Rossana Rad Fernandez

Palavras-chave: Educação em Saúde, Educação Infantil, Saúde Infantil

RESUMO: CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA: A prática da Promoção da Saúde visa agir sobre os determinantes das condições de vida das populações, como o trabalho, a educação e o lazer, além de investir na potencialização dos indivíduos e das comunidades. O modelo educacional sofreu, nas últimas décadas, a partir da publicação da LDB, uma importante reestruturação. O profissional de educação infantil passou então a assumir um papel decisivo no desenvolvimento da criança, em especial nos seus primeiros cinco anos de vida. Portanto, ao profissional é requerido desenvolver sua função com competência para além de sua formação pedagógica específica. Dessa forma, os espaços de Educação Infantil se constituem em espaços potentes para a atuação ou o diálogo interdisciplinar. No município de Sapucaia do Sul/RS, a Responsável Técnico pela área da Saúde dos estabelecimentos de educação infantil identificou a necessidade do desenvolvimento de ações com foco no cuidado e na educação para a promoção da saúde da comunidade atendida, com vistas a oportunizar espaços de educação infantil promotores de saúde. Descrição da Experiência: Tendo em vista a alta vulnerabilidade das crianças pequenas, e dos profissionais envolvidos no seu cuidado, a profissional detectou a necessidade

de realizar um trabalho de promoção de saúde, baseado em um diálogo entre vários setores e comunidade, preocupados com o desenvolvimento infantil. A fim de despertar o interesse de todos os envolvidos com estas crianças pela saúde na primeira infância, estruturou-se um projeto com oficinas, rodas de conversas e outras atividades, com foco na promoção da saúde, na prevenção de doenças e agravos, no desenvolvimento sadio e harmonioso dessas crianças. Os encontros ocorreram nas escolas no período de 2013 até o final do primeiro semestre de 2015. EFEITOS ALCANÇADOS: Desde o princípio, buscou-se valorizar o conhecimento prévio dos educadores acerca do desenvolvimento emocional e cognitivo das crianças, bem como organizar momentos com profissionais da saúde que pudessem tratar de assuntos pertinentes ao cotidiano da educação infantil. Foram estabelecidas parcerias com diferentes setores e instituições, que contribuíram para a efetivação da proposta. Todo esse envolvimento permitiu a construção de um espaço até então não existia, de um fluxo no qual se diz respeito à saúde sanitária dentro das escolas de educação infantil do município. As formações em saúde também propiciaram uma interação e uma relação mais estreita entre os serviços de saúde, a comunidade e os estabelecimentos de educação infantil, além de oportunizar as crianças e famílias ações coletivas de promoção de saúde por meio de avaliações antropométricas e saúde bucal, acompanhamento efetivo do calendário vacinal de todas as crianças, educando para o cuidado e autonomia para o autocuidado. RECOMENDAÇÕES: Entende-se que o trabalho com Promoção da Saúde não é tarefa fácil, porém é uma potente ferramenta para produzir qualidade de vida na população. Pretendemos a partir dessa experiência bem sucedida dar continuidade no trabalho desenvolvido. Palavras-chaves: Educação em Saúde, Educação Infantil, Saúde Infantil.

“PAPO DE ADOLESCENTE”: O CUIDADO EM SAÚDE EM UM GRUPO DE TERAPIA COMUNITÁRIA

Camila Luzia Mallmann, Malviluci Campos Pereira, Liara Saldanha Brites, Maria Luciane Braga, Márcio Neves, Nilce Maria Weber, Vanessa Thummler Luz, Cristianne Maria Fame Rocha

Palavras-chave: Educação em Saúde, Saúde Escolar, Promoção da Saúde

APRESENTAÇÃO: O espaço escolar é um ambiente institucional e social privilegiado para o encontro da Educação e da Saúde, pois articula a convivência social, a busca por relações favoráveis no cuidado do ser humano, a possibilidade do encontro com diversas manifestações culturais, as trocas que produzem mudanças, novos pertencimentos. Essas alteridades possíveis fazem parte de um conjunto de atividades que estão embasadas pelos princípios da promoção da qualidade de vida, da prevenção de possíveis agravos, assim como do acompanhamento às situações que demandam cuidados nos diferentes níveis de atenção à saúde. Este resumo é fruto do caminho construído entre um grupo de profissionais de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família e um grupo de adolescentes de uma Escola Municipal de Ensino Fundamental de um município do interior do Rio Grande do Sul. A iniciativa do encontro se deu pelos profissionais que, ao realizarem os módulos do Curso de Terapia Comunitária Integrativa, viram-se na tarefa de multiplicar os aprendizados, assim como poder produzir um espaço que gerasse vida e multiplicasse experiências comunicativas efetivas entre o serviço de saúde e grupo de pré-adolescentes/ adolescentes. Para isso, a pesquisa teve como objetivo caracterizar as experiências vividas na intersecção saúde-educação, por meio da Terapia Comunitária Integrativa. METODOLOGIA: Utilizou-se de metodologia qualitativa,

descritiva, com produção de materiais a partir dos encontros empreendidos. Foram realizados encontros iniciais de organização, levantamento de necessidades (ideias, sugestões, temáticas de interesse) e planejamentos de atividades com os serviços da Saúde e da Educação. Por conseguinte, foram realizadas rodas de conversa sob a metodologia da Terapia Comunitária Integrativa, nomeadas afetuosamente como “Papo de Adolescente” (como forma de pertencimento para o grupo) composto por jovens do 5º ao 9º ano da escola supracitada, não tendo distinção de sexo, entre o período de abril a dezembro de 2014. Houve participação média de 16 jovens por encontro, sendo a maioria do sexo feminino, tendo concentração maior de sujeitos que estavam no 6º e 7º ano. As principais temáticas dialogadas foram em relação às discussões com colegas de aula, desavenças professor-aluno, relacionamentos familiares conturbados, histórias de sofrimento familiar (morte, desaparecimento, tráfico de drogas, uso de psicotrópicos e outros), diferenças individuais, gênero, preconceitos e bullying. RESULTADOS: Percebeu-se que o grupo “Papo de Adolescente” oportunizou um espaço de diálogo, sendo livre para expressões artísticas e culturais, facilitando o enfrentamento de dificuldades em espaço familiar, escolar, social. Ainda, de um modo geral, os encontros entre os jovens e os profissionais da saúde proporcionaram um maior despojamento e um posicionamento para a mudança de atitudes de ambos, tanto no sentido de qualificação nas práticas de saúde, quanto nas reflexões em relação às situações da vida. Os encontros produziram potencialidades, em ambos os grupos, para lidar com as dificuldades que se apresentam no dia-a-dia, assim como um reconhecimento por parte dos jovens em relação às possibilidades de apoio que os profissionais da saúde podem ofertar em situações de “não doença”, comumente referenciadas como função dos serviços de Saúde.

“RECRIANDO SONHOS”: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Elisa de Belotti e Nogueira Baptista, Luana Paula Santos de Lima

Palavras-chave: economia solidaria, trabalho, deficiência intelectual, incluso

APRESENTAÇÃO: O Programa Acompanhante da Saúde da Pessoa com Deficiência Intelectual (APD), oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, em parceria com a Associação Saúde da Família tem por objetivo desenvolver ações de saúde às pessoas com deficiência intelectual (DI) em situação de fragilidade e vulnerabilidade social. A DI foi caracterizada por funcionamento intelectual inferior à média, associado a duas ou mais limitações nas áreas de habilidades adaptativas. Com a 10ª Conferência Nacional de Saúde que introduziu a prática das Linhas de Cuidado que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, foram viabilizadas diversas terapêuticas. OBJETIVO: Relatar vivências do projeto “Recriando Sonhos”. Propor ações de Economia Solidária como recurso para construção da linha de cuidados da pessoa com DI. MÉTODO DO ESTUDO-RELATO DE EXPERIÊNCIA: de abordagem qualitativa descritiva exploratória. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Percebemos através das experiências com o projeto Recriando Sonhos, aqui relatadas, que a Economia Solidária é um potente recurso a ser incluída na rede de serviços que compõe a linha de cuidado, como via de promoção a saúde, pois promove visível melhora das condições de vida. Esta é uma alternativa de geração de trabalho e renda, através de atividades de produção de bens, prestação de serviços entre outras, sob forma de autogestão. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Há muitos desafios no trabalho com pessoas com DI, e o principal é a inclusão dos usuários que apresentam desejo e Projeto Terapêutico Singular a

atividade laboral. A maioria dos atendidos no território da Capela do Socorro possui baixa escolaridade, falta de qualificação, dinâmicas culturais, socioeconômicas e familiares que inviabilizam esta conquista. Frente a isso a proposta de um novo encontro com o universo do mundo laboral, através do Projeto de Economia Solidária Recriando Sonhos – Feito a Várias Mãos mostrou-se bem sucedida e sabemos que por ser um projeto pioneiro e recente, ainda há pontos a serem aprimorados. Acreditamos no potencial desta nova proposta e na importância da participação de todos os atores nesta construção.

“TRILHA DA VIDA”: CONSCIENTIZAÇÃO AMBIENTAL ATRAVÉS DOS SENTIDOS

Mariana Günther Borges, Amanda Brito de Freitas, Bibiana de Oliveira Pavim, Luciana Barcellos Teixeira, Jéssica Hilário de Lima

Palavras-chave: promoção à saúde, saúde ambiental, educação ambiental

APRESENTAÇÃO: A trilha da vida é uma atividade educacional lúdica que tem como proposta promover a vivência em diferentes ecossistemas, proporcionando a interatividade com a natureza e sensibilizando-os quanto a importância de preservar o meio ambiente. Com o objetivo de promover a saúde ambiental e desenvolvimento sustentável, foi realizada uma oficina de educação ambiental, através da trilha da vida, em crianças e adolescentes de um serviço de apoio socioeducativo de Porto Alegre. Metodologia: Através da supressão da visão, com o uso de uma venda, e da estimulação dos sentidos tato, audição e olfato, por meio de recursos sonoros e de elementos representativos da natureza e da poluição das cidades, os alunos vivenciaram três ambientes distintos (floresta, praia e a cidade). Após a atividade, os participantes foram questionados sobre

a compreensão da experiência vivenciada e foi solicitado que a representassem através de um desenho ou escrita. Resultados: Os alunos demonstraram grande interesse e forte participação na atividade desenvolvida, tendo se mostrado satisfeitos com a experiência proporcionada pela trilha da vida. A maioria soube diferenciar o lixo reciclável e não reciclável com propriedade, expressando conhecimento sobre a importância da reciclagem. Muitos educandos tiveram a oportunidade de vivenciar lugares desconhecidos para eles até então, através dos ambientes simulados na atividade. Considerações Finais: A percepção através da sensação de diferentes ambientes permitiu que os educandos explorassem ambientes desconhecidos, levando-os a demonstrar grande interesse pela atividade. Essa prática se mostrou muito produtiva, provocando boas reflexões nos participantes em relação à importância da preservação do meio ambiente, predominando o sentimento de bem-estar e empatia com a natureza. Para que as pessoas preservem o meio ambiente e se tornem atuantes em causas ambientais, é fundamental educá-las com atividades de educação ambiental, incentivando a consciência crítica das inter-relações entre a sociedade e a natureza. Com esta experiência, desenvolvemos ações de promoção de saúde para crianças que se tornam posteriormente multiplicadores em suas famílias.

(VI) VER-SUS - VISITA AO ABRIGO DE IDOSOS EM PICOS – PI SOB A ÓPTICA DE UM GRUPO DE FACILITAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fábio Loiola da Silva, Danielle de Sousa Leal, Antônio Alexandre Henrique de Sousa, Tiago da Rocha Oliveira, Jéssica Cristina Moraes de Araújo, Ana Carla Ramos Borges, Camila Sabrina de Oliveira Lima, Guilherme Pertinni de Morais Gouveia

APRESENTAÇÃO: Relato de experiência construído a partir de um grupo de facilitação do projeto VER-SUS Centro-Sul Piauiense, referente a uma visita realizada ao Abrigo de Idosos em Picos-PI. Portanto, objetivou-se descrever a pluralidade da experiência vivenciada por um grupo de facilitação, durante a visita a idosos abandonados em Picos-PI. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma visita realizada a um abrigo filantrópico que desenvolve ações de cuidado a um total de 26 idosos, entre eles acamados e cadeirantes. A visita foi marcada pelo percurso na instituição e pelo contato com a maioria dos idosos, sendo notória a carência de cada um deles, explicitado pelo olhar a falta de atenção, de uma boa conversa e de uma visita familiar. Foi perceptível a sensação de tristeza causada pela ausência familiar somada a sensação de fardo e abandono. Contudo, a equipe multiprofissional que é composta por enfermeira, fisioterapeuta, técnicas de enfermagem e cuidadores, fazem o possível para tentar suprir ou amenizar essas ausências. **RESULTADOS:** Após uma vasta capacitação para avaliar o local e identificar as possíveis vantagens e desvantagens, fomos surpreendidos com a boa estrutura do abrigo; as instalações limpas e bem organizadas e, principalmente, a satisfação dos funcionários no tratamento e no cuidado exemplar com os idosos. Contudo, também, observamos algumas dificuldades como, o Fisioterapeuta que é cedido um turno na semana pela prefeitura da cidade, sendo impossível cumprir toda a demanda de atividade profissional em tão curto espaço de tempo. Além da falta do Psicólogo e do Educador Físico que são relevantes, uma vez que os idosos permanecem a maior parte de seu tempo ociosos e sem visita de familiares, apresentando depressões e, com isso, evitando qualquer tipo de atividade física. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O abrigo é acolhedor e apresenta deficiências

e competências, sendo necessário o olhar mais humano dos profissionais de saúde e, principalmente, da gestão da saúde pública do município, possibilitando assim amenizar as dificuldades e contribuindo para um abrigo melhor. É salutar a importância de uma eficaz atuação do serviço público a esta população, que muitas vezes é esquecida e não tratada com o respeito e dignidade merecidos. Para tanto, fazem necessária ações de políticas públicas mais atuantes desta população alvo, já que há uma tendência crescente do envelhecimento populacional do Mundo, em específico no Brasil para os próximos anos. **EIXO TEMÁTICO:** 02 - Trabalho

15 DE JUNHO: DIA MUNDIAL DE CONSCIENTIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A PESSOA IDOSA

Larissa Bezerra de Mello, Karine Macedo de Oliveira

Palavras-chave: Conscientização, Violência, Idosos, Relato de experiência

INTRODUÇÃO: Considerado um problema de saúde pública mundial que está sendo enfrentado pela terceira idade a violência, não se restringe apenas a agressão física, mas também qualquer ato, único ou repetitivo, ou omissão que ocorre em qualquer relação supostamente de confiança, que cause dano ou incômodo a ela. Uma proposta para evitar possíveis situações, é o conhecimento, informações locais de órgãos possam auxiliar este um cidadão que passe por circunstâncias semelhantes. **OBJETIVO:** divulgar o dia 15 de junho, Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa, juntamente com informações locais de relevância importância para auxiliar a comunidade em casos de situações que envolvam violência contra a terceira idade. **DESCRIÇÃO:** foram

disponibilizadas para a comunidade acadêmica por meio de folder em folha A4 nas cores brancas e lilás, as informações escritas foram dispostas da seguinte forma: os tipos de violência e a definição dos quais os idosos possam vir a sofrer sendo eles físico, psicológico, sexual, negligência, autonegligência e financeiro; disposição de quais locais que as pessoas devem recorrer ao sofrer qualquer tipo de violência e os números telefônicos aos quais possam ligar estas informações em relação a cidade de Dourados/MS. Também foi distribuída uma fita de cetim roxa, símbolo da campanha de conscientização contra a violência a pessoa idosa, e estas a utilizaram como uma espécie de broche. O folder foi disponibilizado também online no site da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS), com a intenção de ampliar o trabalho de conscientização. A divulgação ocorreu no dia 15 de junho de 2015 (segunda-feira) no período das 08 até as 13 horas, no âmbito da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul (UEMS), unidade de Dourados, em todos os setores da universidade, aos funcionários, acadêmicos, professores e participantes do projeto Universidade Aberta a Melhor Idade (UNAMI). Enquanto eram entregues os materiais aos participantes também foram explicados os motivos pelos quais deve haver essa sensibilização. **RESULTADOS:** A disponibilização de informações é um importante instrumento de aprendizagem que tem como função social formar cidadãos detentores do conhecimento, ao fornecer isto a eles há um processo de construção do saber, desta forma as informações fornecidas têm papel tornar um cidadão consciente e corroborado. **CONCLUSÃO:** Esta experiência proporcionou uma relação de interação com membros da comunidade acadêmica, podendo passar a eles informações de relevante importância para a sociedade. Informações estas no âmbito de convivência diária que podem

ser utilizadas a qualquer momento, poder conhecer definições, dados e direitos em relação a violência contra os idosos foi possível obter uma visão muito mais atenta a esta realidade vivida por pessoas da terceira idade.

A ARTICULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E VIGILÂNCIA NO CONTROLE DA ESPOROTRICOSE – UMA EXPERIÊNCIA PRÁTICA EM BUSCA DA INTEGRALIDADE

Pablo Waldeck Gonçalves de Souza, Beti Brisse, Aline Almeida, Claudia Velasco, Victor Schneider

Palavras-chave: Esporotricose, Integralidade,

A esporotricose é uma micose causada pelo *Sporothrix schenckii*, que ocorre tanto no homem quanto nos animais, transmitida através da inoculação do fungo na pele. Nas últimas décadas, a transmissão por arranhadura de gatos tem ganhado importância epidemiológica. No estado do Rio de Janeiro tornou-se um problema de saúde pública, pois sua incidência vem aumentando, tanto em animais quanto em humanos, tendo sido colocada como uma doença de notificação compulsória estadual. O presente trabalho tem por objetivo apresentar uma experiência exitosa da Coordenadoria de Área Programática 5.2, do município do Rio de Janeiro na organização da forma de se trabalhar com tal agravo. Inicialmente, destacamos que o referido agravo foi adotado como prioridade, para ser trabalhado em todas as unidades primárias de saúde (UPS). Trazendo em tela a temática e o problema até então pouco conhecido pelas mesmas. Em seguida foram realizados treinamentos e sensibilizações dos profissionais de saúde para identificação e tratamento da doença. A

partir de então todo paciente que acessasse a UPS, mais próxima a sua residência, com lesões cutâneas sugestivas da doença, era encaminhado ao médico para diagnóstico, feita a notificação do caso, prescrito o tratamento segundo protocolo municipal, e acompanhado. No momento da anamnese é levantada a provável fonte de infecção, e quando identificado vínculo epidemiológico com animais o usuário é orientado a levar o gato para atendimento veterinário. A UPS, através do canal de atendimento ao cidadão, da prefeitura do município do Rio de Janeiro, o 1746, faz a comunicação do caso humano para que o setor responsável faça a busca ativa do animal. Concomitantemente a temática foi trabalhada pela equipe que realiza promoção da saúde na área, agregando parceiros locais, potencializando ações de sensibilização nas escolas e comunidades da localidade. Na prática, o foco dado a esse agravo e a reorganização dos fluxos de trabalho nas UPS geraram um aumento do número de notificações, demonstrando-nos que o problema estava subestimado na referida Área Programática, o que nos faz conjecturar se o mesmo não está ocorrendo em todo o município, e quiçá no estado do Rio de Janeiro. É importante ressaltar a necessidade do tratamento dos animais envolvidos nos casos. Pois para um atendimento integral do paciente, devemos obrigatoriamente olhar com cuidado para o gato, uma vez que o mesmo pode ser fonte constante de reinfecção para a pessoa e outros animais. Não se interrompendo o ciclo de transmissão da doença. Nesse cenário devemos discutir que ainda existe a dificuldade no atendimento dos animais envolvidos, pois a população nem sempre consegue atendimento por parte do Médico Veterinário, uma vez que há apenas dois polos municipais para tal atendimento, assim como a medicação é fornecida apenas em outro, distante, ponto da cidade. Face ao apresentado, faz-se necessário

melhorar a articulação do atendimento dos casos humanos e em animais, otimizando o controle da doença. Contudo, os avanços na área são significativos balizando-se na diretriz do atendimento integral e territorializado do usuário.

A ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR COMO VEICULO PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA COMUNIDADE

Vanessa Fernandes Porto, Gabriela Cristina da Silva Firmino, Emanuella Pinheiro de Farias Bispo

APRESENTAÇÃO: O Estágio Integrado em Saúde Coletiva tem a função, por meio de vivências práticas coletivas, de aproximar o aluno da realidade e modelo ideal para o cuidado em saúde, inserindo-o no contexto real e preparando-o para a atuação profissional, estimulando o raciocínio e a percepção da efetividade de sua atuação. O presente trabalho tem por objetivo relatar experiências em uma comunidade pertencente ao II Distrito Sanitário de Maceió - AL, enfatizando o trabalho, dinâmica e reflexos desta prática de intervenções multidisciplinares na comunidade. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O estágio integrado na comunidade faz parte do estágio supervisionado obrigatório da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL e integra os cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Neste estágio integrado os discentes desenvolvem ações na comunidade como grupos educativos e de práticas corporais, salas de espera na USF, educação em saúde nas escolas, atendimentos domiciliares integrados aos acamados, passeios terapêuticos e projetos terapêuticos singulares, sempre elaborados, com enfoque interdisciplinar e aplicados por todas as categorias acadêmicas envolvidas, buscando estratégias para

desenvolver ações que atendam as demandas da comunidade como o cuidado em saúde, controle de doenças crônicas, diminuição da violência e uso de drogas. As ações são realizadas em domicílio e em espaços públicos como associação comunitária, Unidade de Saúde da Família – USF quadra esportiva, praças e escolas públicas. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** A partir das intervenções realizadas perceberam-se vários aspectos relevantes no processo de cuidado como a melhora do olhar humanizado, o direcionamento a saúde da comunidade, formação de vínculos, a efetividade de intervenções de educação em saúde, a presença de trocas afetivas e sistemáticas de saberes, a melhora da auto-estima, aumento das potencialidades, coragem, independência e autonomia da população, permanência e presença nos grupos terapêuticos, melhora de aspectos clínicos, maior procura pelos serviços de saúde, trocas de informações na comunidade e melhora das relações interpessoais. O estagiário é amadurecido e isso é visível a partir de duas pragmáticas: a interação de várias disciplinas e o trabalho interdisciplinar realizado pelas equipes, capacitando, acima de tudo, o acadêmico para se tornar um profissional mais humano, experiente e preparado para trabalhar na saúde pública. **CONCLUSÃO:** A integração possibilita um ambiente crítico e reflexivo, permite uma visão ampla do cuidado integrado em saúde, promove a assistência de várias categorias profissionais a população, tornando o olhar integral e ordenador das práticas interdisciplinares em saúde e assistencialismo serviço de saúde.

A CHEGADA DE UMA NOVA VIDA

Regina Celia da Cruz

Palavras-chave: situação de rua, maternagem

A situação de Rua constitui possibilidades de produção de vida recheadas de afeto. Trata-se aqui do relato de experiência que se propôs a ouvir alguém que desejava falar, sobre a maternagem, daquele lugar. Amanda, uma garota com vinte e três anos, mora nas Ruas desde os dezoito anos e já é mãe de duas crianças (Lucas, 8 anos e Lara, 6 anos) que estão abrigadas há dois anos. Prestes a perder seu direito sobre essa condição de mãe por não ter um lugar para morar, ela fala do seu desejo de estar perto dos filhos e vê-los crescer. — A gente tem muito amor por eles, mas não tem uma casa para ficar. Então procura os parentes que moram em uma casa pequena e não cabe todo mundo. Daí eles vão para o abrigo e a gente para a Rua. D. Julia, avó das crianças, não teve mais condições de cuidar dos netos que estavam sob seus cuidados. Amanda fala das crianças com saudade e tristeza. Seus olhos brilham ao contar como brincava com elas durante as visitas ao abrigo que foram ficando cada vez mais difíceis (sem vale transporte e nos horários em que tinha algum trabalho). Pede ajuda para resgatar aquele convívio. Após vários contatos com a instituição que os abriga constata-se que, devido ao longo período de permanência, os pequenos não podem mais receber a visita da mãe por determinação judicial pela perda do pátrio poder, segundo relato da equipe do abrigo. Foi um choque! A notícia foi recebida com silêncio abissal. Acompanhada do atual companheiro Rafael, a garota se emociona e é consolada por ele: — A gente vem se virando por aí. Desconfiava que isso pudesse acontecer. Já disse pra ela que quero cuidar das crianças e que a gente pode ter outros filhos. Isso dá forças para sair da rua. Amanda está namorando Rafael há algum tempo e ele deseja ser pai. A ideia agrada a garota que demonstra preocupação com um possível afastamento de outra criança se não conseguir um lugar para morar. O relato acima mostra uma

situação de quem está vivendo nas Ruas e tem o desejo pela maternagem, embora não estejam vivendo em uma casa, mães e pais mantêm a esperança de convivência com os filhos. A chegada de uma nova vida pode produzir um encontro potente. Os filhos produzem muita potência na vida de quem está na Rua.

A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DOS PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL EM UMA UNIDADE PSIQUIÁTRICA-PENAL (COMPLEXO MÉDICO PENAL, PINHAIS, PR, 2014)

Sonia Maria Cruz Lima, Angela Cristina Rocha Gimenes

Palavras-chave: cuidado, enfermagem, assistência, doença mental

Em meio a tantas reformas legais e administrativas discutidas em todo o país nos últimos anos, há uma que passou quase despercebida pela sociedade: a reforma no atendimento psiquiátrico. Apesar disso, a reforma psiquiátrica consagrou inúmeros avanços na área da saúde mental com a aprovação da lei 10.216 de 6 de abril de 2001, mais conhecida como lei Paulo Delgado. Porém, muito ainda há de ser conquistado, principalmente em relação ao atendimento dos “loucos infratores”. A realidade dos manicômios judiciários ainda é a do mero depósito de “doentes mentais delinquentes”, o que foge completamente do objetivo da medida de segurança imposta – o tratamento e a ressocialização do sujeito. O presente trabalho desenvolvido dentro de uma Instituição Psiquiátrico-Penal mostra a relevância da Enfermagem no desempenho de suas atividades centradas nas necessidades do indivíduo portador de Doença Mental e Criminoso. Para levantamento de pontos para a Construção

de um projeto terapêutico de Enfermagem, como instrumento de pesquisa, foi utilizado questionário levando em consideração as características peculiares do Sistema Penal. Participaram trabalhadores da área de enfermagem e da Segurança, já que as funções de Enfermagem estão atreladas aos serviços dos Agentes Penitenciários. Visamos buscar melhorias no atendimento aos privados de liberdade que cumpre medida de segurança no Complexo Médico Penal de Pinhais, PR. E após análise das respostas, posso concluir que é necessário, e, importante a construção de um projeto terapêutico de Enfermagem, porém, há fatores internos e externos que interferem e impedem sua praticidade de forma satisfatória. No Complexo Médico Penal os Agentes penitenciários, apesar de serem marcados pelo conflito existente entre as responsabilidades de, por um lado custodiar, vigiar e punir e por outro lado reeducar e ressocializar pode-se dizer que talvez pelas características da Unidade, esses profissionais têm amadurecido, podendo contribuir muito ou até exercer como tal, um papel terapêutico, aconselhando, encaminhando e intervindo de forma científica no trabalho com o internado sob Medida de Segurança, já a Equipe de Enfermagem, não obstante a tantas dificuldades pode se dizer que tem realmente comprometimento com a assistência dos internados e desempenha suas funções com responsabilidade

A CONTRIBUIÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTROLE QUANTO AO CONSUMO DO TABACO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Patricia Gondim Franco Gerolimich, Rafael Matheus Gaspar Pinapho, Karina Tavares Gomes Leal Serra

Trata-se de um relato de experiência, cujo objetivo é descrever a utilização de grupo de apoio ao controle do tabaco em uma Unidade Básica de Saúde (Clínica da Família Souza Marques) no município do Rio de Janeiro. Destinado à cadastrados que desejam parar de fumar, este grupo, é direcionado para pessoas que necessitam de ajuda profissional. Segundo Portal Brasil (2015), o percentual de brasileiros fumantes reduziu 30,7% nos últimos 9 anos, e essa redução é resultado de ações desenvolvidas pelo Governo Federal no combate ao consumo de tabaco. A experiência de grupo para o cenário em questão evidenciou-se ao longo desses três anos do início das atividades na unidade, obtendo uma redução bastante satisfatória quanto ao abandono do vício. No grupo de tabagismo desenvolvido na unidade básica de saúde, contemplamos ensinar estratégias para o abandono do consumo do cigarro através de encontros semanais, com o auxílio de sessões com temas referentes aos mecanismos que auxiliam na parada do fumo, como benefícios da vida sem o cigarro, exercícios de respiração, hábitos alimentares e melhoria na qualidade de vida sem o cigarro. Sendo desenvolvido por uma equipe multiprofissional da estratégia de saúde da família, coordenado por uma enfermeira e um cirurgião-dentista, ainda contando com a ajuda de outros profissionais, como médico, nutricionista e educadora física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Essa experiência de grupo de apoio ao controle do tabaco tem possibilitado aos profissionais a percepção do trabalho em saúde como ato de promoção de saúde, com as intervenções necessárias no cotidiano dos cadastrados, com caminhos necessários para se atingir os benefícios da vida sem cigarro.

A DESCENTRALIZAÇÃO DA TUBERCULOSE: VIVÊNCIAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO ALEGRE

Kellyn Rocha de Vargas, Nanci Teixeira Goulart

Palavras-chave: tuberculose, descentralização, saúde da família,

A tuberculose assume uma posição alarmante de grande magnitude mundial. No Brasil, em 2014, surgiram 67 966 novos casos da doença. Destes, 8590 casos referem-se à região Sul do país, sendo Porto Alegre, a 1^a capital brasileira com maior taxa de incidência – 99,3/ 1000 habitantes - de Tuberculose (TB) no país. A porcentagem de cura da TB encontra-se em 55% dos casos na capital do estado, enquanto que os casos de abandono do tratamento chegam a 9,8% no Brasil, 15,8% no Estado do RS e 29% em Porto Alegre. Neste contexto, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo estratégias de prevenção e combate à tuberculose em todo o território nacional. Uma dessas medidas que vem sendo implementadas é a descentralização do tratamento da doença. Assim, a Unidade de Saúde da Família passa a atuar diretamente no cuidado desse paciente, permitindo que toda a complexidade da doença seja vista dentro de seus determinantes sociais, políticos e econômicos, assegurando uma melhor adesão e acompanhamento dos casos. Este trabalho irá tratar das experiências vivenciadas por uma equipe de saúde da família e uma estudante do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da UFRGS, pertencente a Gerência Distrital Gloria Cruzeiro Cristal da cidade de Porto Alegre e terá como objetivo relatar as ações desenvolvidas no cotidiano de uma unidade de saúde da família na lógica da descentralização do atendimento.

Nesta unidade, atualmente são tratados nove pacientes dos quais um teve alta recentemente e os demais contam com o acompanhamento periódico em consulta; dois deles estão em Tratamento Diretamente Observado (TDO). Os casos diagnosticados na unidade são discutidos juntamente ao Centro de Referência de Tuberculose (CRTB) em Rounds realizados periodicamente com o propósito de compartilhar experiências de outras unidades e elaborar estratégias que garantam a adesão dos pacientes ao tratamento. A unidade será também posto de coleta de material para escarro facilitando o tratamento, o acompanhamento e a cura dos pacientes. Assim, a descentralização do atendimento à Tuberculose apresenta-se como uma proposta de relevante importância por facilitar o acesso do paciente e viabilizar a cura da doença, garantindo ao usuário melhorias em sua qualidade de vida.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE E A CARTOGRAFIA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pimentel Geise Goncalves, Brasílio Ana Maria Pereira, Smolka Ana Lucia Rebelo Marra

Palavras-chave: educação continuada, Atenção Primária à Saúde, Trabalho

A Educação Permanente (EP) como estratégia pedagógica, coloca no centro das reflexões o cotidiano do trabalho. Porém, vai além da discussão da atualização das práticas, trazendo em seus espaços uma construção de relação das equipes, tendo assim um contexto amplo e complexo para a discussão do processo de trabalho. O presente estudo tem como objetivo discutir os efeitos dos encontros de Educação Permanente em saúde em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) na região

serrana do RJ. O modo de estudo utilizado é o de traçar uma Cartografia proposto por Deleuze e Guattari (2012). Tratar-se da tentativa de compreender os dados da realidade que circulam no cotidiano da UBSF, sua interlocução com todos os planos do social na composição dos sujeitos. As narrativas da prática aqui apresentadas são cartografadas a partir das experiências vivenciadas pela equipe da UBSF, onde foram desenvolvidos os encontros de educação permanente. Estas narrativas não se compõem em um relato fidedigno do que foi vivido, mas sim em movimentos processuais acontecidos no território e recolhidos pelo cartógrafo (ROLNIK, 2006). As discussões do cuidado em saúde mental e em pediatria apareceram nesse contexto da EP e foram tomadas pelo cartógrafo a partir das suas implicações. Para entendermos a produção do cuidado, precisamos primeiramente permear a micropolítica do trabalho que é afetada pelas relações de poder na produção do conhecimento. Que saberes e poder operam em defesa da vida? Essa perspectiva faz sentido, quando pensamos na produção do cuidado no contexto da assistência à saúde na atenção básica. Trazendo alguns questionamentos, tais como a produção de práticas democráticas, a política institucional, a convivência com as divergências e diferenças dos seres humanos. Percebe-se que o comprometimento da equipe na produção do cuidado vazou dos chamados “atos em saúde”, optando por uma ação efetiva a partir das dificuldades encontradas nos processos. Tais dificuldades, que na maior parte das vezes, tornam-se “engessamentos” para qualquer caminho de resolutividade acabou por mobilizar a equipe para uma prática centrada no usuário, não somente de ações tecnológicas típicas. Desta forma a EP contribuiu de forma significativa para fomentar a “implicação” dos trabalhadores da equipe em prol do cuidado em saúde, uma vez que as referidas reuniões tinham

como proposta e desafio um exercício constante de reflexão da equipe sobre si mesma, sobre seu processo de trabalho e sobre o agir em saúde.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE EM ATO: O NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PRODUTOR DA CLÍNICA INVENTIVA

Janainny Magalhães Fernandes, Scheila Mai, Vinicius Santos Sanches

Palavras-chave: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Educação Permanente em Saúde, Tecnologias Leves

Introdução: O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é um dos campos de atuação da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública, dos quais os residentes realizam apoio matricial, utilizam da clínica ampliada, de projetos terapêuticos singulares e da educação permanente em saúde (EPS). Cenário e Metodologia: Trata-se de uma experiência de EPS em Movimento realizado por residentes que compõem a equipe NASF Cruzeiro, do município de Porto Alegre - RS. Utilizou-se a caixa de afecções como ferramenta de promoção para a observação seguida de reflexão, provocadora de questionamentos, organização, planejamento e na invenção de novas possibilidades e consequentes transformações do processo de trabalho (EPS EM MOVIMENTO, 2014). Descrição da experiência: A caixa de afecções foi apresentada a equipe, para que a cada dia ou, no mínimo, uma vez por semana cada um escrevesse, desenhasse, citasse ou expusesse na caixa o que lhe afetou naquele dia/semana. Após a abertura da caixa de afecções do NASF, questões complexas, subjetivas e tão íntimas surgiram. Um forte sentimento de luta, solidão, desvalorização e afetações do trabalho e da vida pessoal apareceram como dificuldade ao enfrentar

as barreiras cotidianas impostas por um trabalho hierarquizado, compensadas por escritas de motivação, eficácia, escuta e arte que demonstravam a clínica inventiva da equipe. Estas questões foram trabalhadas em forma teatral denominada “O Julgamento”, onde os profissionais do NASF faziam papel de réus “acusados” por incompetência para o SUS. Nesta cena, os profissionais deveriam se defender e apontar as potencialidades de seu trabalho. Além disso, cada profissional apresentou um poema, música ou texto referente ao que acreditam de melhor no trabalho e na vida. Durante o “julgamento”, referenciais teóricos e relatos coletados previamente de profissionais que atuam em equipes de Saúde da Família matriciadas pelo NASF compuseram o ato, trazendo à tona as potencialidades da equipe e seu trabalho na clínica das pessoas. Neste momento, a equipe NASF conseguiu enxergar sua potência e problematizar os pontos frágeis de sua atuação. Implicações e Considerações: As dificuldades apontadas pelo NASF se dão por esta equipe atuar em movimento contra-hegemônico e em favor da clínica da leveza, onde se preconiza o uso das tecnologias leves (FRANCO; MERHY, 2013), mas que ainda sofre pelo afogamento que o pensamento cartesiano impõe nos serviços, a partir de metas quantitativas e trabalho assistencialista. O uso da Caixa de Afecções como ferramenta de EPS permitiu o compartilhamento de sensações, sentimentos, reflexões e problematizações do trabalho e da vida dos profissionais, onde, o que se vive em ato é história, é narrativa, e cada ator envolvido é protagonista e produz ou reduz potências a partir dos desejos, encontros, desencontros e devires no cotidiano. As poesias e músicas trazidas pelos profissionais demonstraram, ainda, que o NASF também realiza a clínica dos outros, conforme refere o poeta Manoel de Barros: “Perdoai, mas eu preciso ser Outros. Eu penso renovar o homem usando borboletas”.

A EXPERIÊNCIA DA INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL DA SES-RJ

Renata C Jorge, Mara Cristina Ribeiro, Regina Varoto, Cristina Tavares, Silvia Assis

Palavras-chave: saúde bucal, educação, integração ensino-serviço

As diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Odontologia (Brasil, 2002) apontam para um projeto político pedagógico que contemple atividades extramuro e complementares para os discentes, como estágios e monitorias. Ao mesmo tempo, propõe que os profissionais de saúde devem ter responsabilidade com a educação das futuras gerações de profissionais, realizando a interação entre ensino e serviço. Este resumo objetiva relatar a experiência da Área Técnica de Saúde Bucal da Superintendência de Atenção Básica, da Subsecretaria de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (ATSB/SES-RJ) de oportunizar estágio voluntário para residente multiprofissional em Saúde da Família de uma instituição pública do Rio de Janeiro, no ano de 2014. O residente era acompanhado por toda a equipe e tinha um profissional de referência para os detalhamentos do processo de trabalho. Por determinação da instituição do estudante, era solicitado um diário de campo com as atividades realizadas e um controle semanal de frequência. A participação em reuniões, discussões e atividades diárias da equipe eram estimuladas, para que o residente vivenciasse o trabalho da gestão estadual de saúde bucal e as interações com a atenção básica e demais níveis de atenção. As reuniões semanais da equipe também se constituíam um espaço privilegiado de troca com todos os membros da Área, estimulando pautas diversificadas e oxigenando o cotidiano do trabalho. Em

suma, esta experiência proporcionou para a equipe uma renovação de discussões pertinentes, atualização de conteúdos, uma rica troca de experiências e a estima de novas ofertas de estágio na ATSB/SAB/SAS/SES-RJ.

A EXPERIÊNCIA DA MÃE NA SEGUNDA ETAPA DO MÉTODO CANGURU: RELATO DE EXPERIÊNCIA

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

Palavras-chave: Enfermagem Neonatal, Método Canguru, Relações mãe-filho

Apresentação: o Método Canguru (MC) é uma abordagem assistencial humanizada aplicada no período neonatal e direcionada para a melhoria do cuidado prestado ao recém-nascido de baixo peso e/ou prematuro com necessidade de hospitalização. O número de nascimentos prematuros no Brasil tem aumentado e constitui um problema de saúde pública. Objetivou-se relatar a experiência de uma mãe na realização da posição canguru com seu filho pré-termo. Desenvolvimento: Trata-se de um relato de experiência, realizado com a mãe de um pré-termo, na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru em um Hospital de Ensino na Cidade de Campo Grande – Mato Grosso do Sul, no mês de maio de 2015. A participante leu, discutiu e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Resultados: M1 de 27 anos, G III, P II, Natimorto I, mãe de um recém-nascido pré-termo, 31 semanas, teve a gravidez interrompida por Doença Hipertensiva Específica da Gestação e sofrimento fetal. Foram realizados dois encontros com a mãe, uma observação participante e uma entrevista. Ela utiliza a posição canguru desde a primeira etapa e continua

realizando na segunda etapa. Relata que a posição canguru proporciona uma sensação única e diferente, pois consegue sentir os batimentos do coração do filho. Realiza o procedimento porque percebe o resultado, uma vez que houve aumento de peso do bebê consideravelmente. Considerações finais: A vivência desta prática ressalta a importância de realizar a posição canguru desde o período de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Percebeu-se que esta mãe, que vivenciou esse momento desde a primeira etapa, apresentou uma ancoragem em relação à posição canguru e ao aleitamento materno e, dessa maneira, o interesse de manter a prática em domicílio. Esta prática é de grande relevância para a enfermagem, pois o Método Canguru potencializa a qualidade de vida do bebê pré-termo e pode diminuir os agravos na saúde e os índices de mortalidade ratificando-se como um recurso a mais na atenção à saúde da criança.

A EXPERIÊNCIA DO ESTAGIÁRIO DE PSICOLOGIA NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGAS DE DOURADOS - MS

Rony Mauricio Benvenuto, Maicon Douglas da Silva, Elenita Sureke Abilio

Palavras-chave: CAPS-AD, Trabalho em Saúde Mental, Integração dos Trabalhadores da Saúde

Apresentação: O presente trabalho refere-se à experiência de estágio em psicologia no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD, onde se apresenta a vivência, a dinâmica de análise deste espaço e as descobertas da prática do trabalho em saúde mental. O relato permeia o eixo do trabalho dentro das questões de humanização no cotidiano do serviço, e a descrição da experiência que possibilitou

o aprendizado para questões da política do trabalho em saúde. Desenvolvimento: O CAPS AD é uma unidade especializada, atua de forma multiprofissional e tem o objetivo de oferecer tratamento de reabilitação ao usuário para que este em sua alta seja reinserido na sociedade. O objetivo deste trabalho é refletir junto com a equipe de trabalhadores da saúde sobre o perfil dos usuários atendidos na unidade e a importância do trabalho em equipe. Frente às demandas apresentadas foram observados fatores que dificultam a compreensão de alguns trabalhadores de saúde sobre o perfil dos usuários atendidos, estes que por serem dependentes do uso de substâncias psicoativas e estigmatizados, faz com que não observam tal problema como uma doença. Foi implementada uma ação de Educação Permanente com a equipe de saúde, sendo esses os profissionais e trabalhadores de saúde recém-ingressos na unidade e os demais trabalhadores que fizeram a apresentação do protocolo e objetivos do CAPS, explicitando a abordagem, as técnicas, as singularidades da dependência e os aspectos a serem considerados, dentre eles as questões de acolhimento e a participação da família oferecendo atenção à dependência e à codependência. Resultados: Esta atividade proporcionou a interação entre a equipe e deu seguimento no trabalho com reuniões periódicas de avaliação e estudos de caso. Sob essa perspectiva, a utilização de metodologias ativas dinamizou a integração dos trabalhadores do serviço. Considerações Finais: Compreender que os usuários do serviço sofrem pela dependência de substâncias psicoativas é sem dúvida um desafio da sociedade e estes sofrem um intenso processo de preconceitos e estigmas. Portanto, é necessária uma relação empática do trabalhador de saúde, sendo que esta diretriz faz parte do acolhimento do usuário que se encontra em um processo de adoecimento.

A EXPERIÊNCIA DO ESTAGIÁRIO DE PSICOLOGIA NO CENTRO DE CONVIVÊNCIA DA PESSOA IDOSA

Maicon Douglas da Silva, Rony Mauricio Benvenuto, Elenita Sureke Abilio

Palavras-chave: centro de convivência da pessoa idosa, estagiário, experiência, dinâmica, reflexão

APRESENTAÇÃO: O referente termo acadêmico retrata a experiência/dinâmica/reflexão de um estagiário de psicologia no Centro de Convivência da Pessoa Idosa - CCI, elencando os termos da saúde e as transformações comportamentais ocorridas nas pessoas desta faixa etária. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O CCI tem por objetivo garantir os direitos das pessoas idosas, oferecendo atividades pedagógicas, físicas e culturais como cursos, orientações quanto aos direitos, confecção de carteirinha para viagem, atividades físicas, de lazer, etc. O questionamento referido permeia a participação efetiva dos idosos nestas atividades, demonstrando a importância de questões de promoção da saúde como o despertar para uma vida saudável e visando à prevenção de doenças. **RESULTADOS/IMPACTOS:** Foi observado curiosidade e interesse para alguns temas da saúde, sendo necessária a implantação de políticas públicas de prevenção. Fica evidente que as ações sociais integradas com ações de saúde são relevantes para a promoção da saúde dos idosos, descentralizando o investimento maciço estatal na instituição hospitalar, intervindo nas ações coletivas deste segmento. São notáveis as transformações ocorridas no comportamento desta faixa etária, os hábitos transformaram-se em rotinas de saúde, com participação mútua dos mesmos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A reflexão com o estágio intensifica a necessidade de ações interdisciplinares

para atender os objetivos e princípios da integralidade em saúde. Foi importante a reflexão sobre a autonomia e protagonismo dos idosos no cuidado com a saúde, destacando que os pontos negativos de uma vivência passiva e dependente tem sido motivação de enfrentamento dentro das novas normas sociais dos idosos.

A FORÇA DO TRABALHO EM EQUIPE

Renata Martinho A. P. Martinho Villaça, Renata Souza Almeida

APRESENTAÇÃO: Através do Programa de Humanização e conhecendo a capacidade e experiência dos trabalhadores do SUS da Prefeitura do Município de Resende, elaboramos o Projeto “A Força do Trabalho em Equipe”, onde a participação do trabalhador é de suma importância para que se crie melhoria no atendimento ao usuário proporcionando maior satisfação e qualidade de vida tanto ao trabalhador quanto ao usuário. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Reuniões periódicas são realizadas nas Unidades de Saúde com os trabalhadores, onde o tema central é “A Força do Trabalho em Equipe” apresentando o verdadeiro diferencial no atendimento ao usuário, agregando valores que o encante cada vez mais e que lhe dê satisfação por adquirir um bom serviço. Através de grupos de escuta e trabalhos em equipe, são elaborados projetos pelos próprios trabalhadores apresentando ações que garantam a satisfação dos usuários e gerar um impacto positivo nos resultados de melhoria no dia a dia da Unidade, criando um vínculo entre trabalhador e usuário. Esse Projeto objetiva a melhora no ambiente de trabalho e conseqüentemente nas relações trabalhador-usuário. As Unidades que colocam seus projetos em prática recebem uma premiação a fim de valorizar

a participação dos nossos trabalhadores. **RESULTADOS:** Apesar de levantarem questões que necessitam de mudanças, os mesmos relatam também aspectos positivos e relevantes em seu ambiente de trabalho como um ambiente harmônico, alegre e produtivo, onde existe sim um trabalho em equipe e a preocupação no cuidado com o outro. A preocupação na organização do processo de trabalho e a sua real e devida importância dentro da unidade também é relatada com a devida importância para que o trabalho seja executado com mais excelência e eficácia. Ficou claro que a boa comunicação entre a equipe gera interesse em acolher os usuários que buscam as unidades. Destacamos também a importância da força do trabalho em equipe e os benefícios alcançados, onde os mesmos se sentem valorizados ao colaborarem com as ideias que surgem no dia a dia do trabalho através da convivência, podendo ser aplicada na melhoria do atendimento, criando assim um vínculo entre os mesmos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Entendemos que uma equipe preparada e qualificada sempre estará na frente surpreendendo seu usuário. Para o bom desenvolvimento e satisfação do trabalhador faz-se necessário uma constante e perene escuta, pois com a valorização dos mesmos iremos de fato criar um ambiente harmônico e coeso para todos. O acolhimento deve ser a mola mestra para o sucesso no atendimento e na relação entre trabalhador e usuário.

A FUNÇÃO APOIO E O PROCESSO DE SUBJETIVAÇÃO NA GESTÃO DO CUIDADO

Magda Souza Chagas, Ana Lúcia Abrahão

Palavras-chave: Co-gestão, Gestão em saúde, Educação permanente

Apresentação: O presente trabalho apresenta o relato de experiência da apoiadora da ação estratégica do Ministério da Saúde, SOS Emergência em um hospital do Rio de Janeiro ligado à Rede de Urgência e Emergência (RUE). Diferente de outras experiências na adoção da estratégia de apoio, no SOS Emergência a apoiadora passa a fazer parte do núcleo de tomada de decisão da gestão hospitalar e necessita manter provocação dos atores, manter-se em estranhamentos, trabalhar no processo de horizontalização das tomadas de decisões e assim a construção de processos de cogestão. O período de realização que trata o trabalho refere-se à novembro de 2011 a junho de 2015. **Objetivos:** 1) Fomentar discussão sobre processos de trabalho e gestão de coletivo; 2) Experimentar e disseminar processo de subjetivação na relação no coletivo dos trabalhadores/membros do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar. 3) Estimular no coletivo, processo de educação permanente em saúde. **Desenvolvimento do trabalho:** Fomentada discussão multiprofissional diariamente dos casos dos usuários/pacientes, em vários setores do hospital, inclusive na emergência. Esta prática, aparentemente esperada nas instituições de saúde, foi tomada como dispositivo de produção de coletivos, com explicitação de tomadas de posições, embates, defesa de ideias e análises de cenários. A discussão dos casos opera espaço promotor de educação permanente, possibilita processo de subjetivação dos trabalhadores e processo cogestão no coletivo. **Resultados e/ou impactos:** Além das questões relacionadas diretamente aos pacientes, como: aumento do vínculo, conhecimento nominal dos pacientes por parte dos profissionais, garantia na continuidade da assistência, resolução mais rápida dos casos, redução do tempo de permanência hospitalar, busca de soluções

e relato de sentimento de participação no coletivo como valorização, de importância e a ampliação da potência por parte dos profissionais da saúde. Iniciada elaboração coletiva do projeto terapêutico singular do paciente, que tem proporcionado ao grupo vivências e descobertas no cuidar. A relação do apoio com estabelecimentos de saúde é uma construção a ser realizada, não está dada e nem garantida. Principalmente quando a unidade de serviço não solicitou apoio e sim recebeu por ação estratégica governamental. Este relato de experiência aborda a incursão da apoiadora do Ministério da Saúde (MS) em um hospital no Rio de Janeiro, sua função de provocadora de estranhamentos e deslocamentos nos processos de trabalho da gestão como um todo, inclusive dos profissionais da assistência. Considerações finais. A função apoio quando cuidadosamente forjada junto aos estabelecimentos de saúde e gestores possibilita experimentações como aqui descrita, onde foi possível construir tomadas de decisões mais horizontais, caminhar no movimento de cogestão, mas principalmente construir com coletivo processo de subjetivação. O apoio vertical não cria, copia e interdita. Deixar-se em experimentação e construir-se com o território é ser um “apoiador cartógrafo”.

A GARANTIA DE ACESSO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS: O DESAFIO ÀS MARGENS DA BR381

Luís Antônio Batista Tonaco, Mônica Abranches Fernandes

Palavras-chave: Políticas públicas, reassentamento, vulnerabilidade social

O Programa Judicial de Conciliação para Remoção e Reassentamento Humanizados de Famílias do Anel Rodoviário e BR-381, coordenado pelo Tribunal Regional Federal

- 1^a Região, em parceria com a Defensoria Pública da União, Ministério Público Federal, Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes, Projeto RONDON®, Caixa Econômica Federal e Comunidade dos Moradores do Anel Rodoviário atua na remoção e o reassentamento das famílias que ocupam as faixas de domínio do Anel Rodoviário de Belo Horizonte e BR-381. As atividades desenvolvidas pelo programa são subdivididas em vários eixos de ação. Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo fomentar a inclusão das famílias residentes na faixa de domínio do Anel Rodoviário e BR 381 nas políticas públicas existentes. O trabalho será realizado por uma equipe multiprofissional, pautado num dos principais determinantes e condicionantes a saúde embasada no Direito à Moradia e os demais Direitos Humanos e Fundamentais. Reconhece que a moradia insere o cidadão no território local, sendo, por este motivo, fator determinante para o acesso às políticas públicas existentes, bem como a bens e serviços. O direito à moradia deve ser compreendido para além da existência de estrutura física, considerando também as dimensões de efetivação dos direitos, pertencimento e identidade dos moradores no ambiente que os cerca. Considerando que o reassentamento se dará de forma gradual, as famílias precisam ter acesso aos serviços públicos mesmo antes da remoção, quando haverá a transferência de tais serviços para a nova localidade. A proposta do Eixo de Assistência Social e Saúde é de realizar trabalho social com as famílias por meio de atendimentos individuais e familiares promovendo o acesso às políticas públicas, fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, assim como o empoderamento de seus direitos. Também objetiva a articulação com a rede de atores públicos e privados atuantes no território, a partir de reuniões institucionais, por meio das quais o eixo toma conhecimento dos serviços ofertados e fluxos de

atendimento. Ressalta-se que a proposta não substitui o poder público executivo e suas políticas já existentes; pelo contrário, tem por finalidade identificar as demandas reprimidas e veladas para então realizar o encaminhamento à rede de equipamentos previamente mapeada. Conclui-se que esse processo irá contribuir para o protagonismo das famílias, estimulando o conhecimento de seus direitos referentes ao acesso às políticas e serviços públicos existentes, corroborando para a autonomia delas inerentes.

A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM UM POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA NO MUNICÍPIO DE PICOS-PI: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fábio Loiola da Silva, Danielle de Sousa Leal, Antônio Alexandre Henrique de Sousa, Tiago da Rocha Oliveira, Jéssica Cristina Moraes de Araújo, Ana Carla Ramos Borges, Camila Sabrina de Oliveira Lima, Guilherme Pertinni de Moraes Gouveia

APRESENTAÇÃO: A necessidade de se falar em humanização no serviço surge quando nota-se falhas na satisfação dos usuários. É preciso investir no cuidado inerente às necessidades de cada paciente, e assim melhorar a qualidade da assistência prestada. O estudo refere-se a um relato de experiência sobre uma visita realizada ao Posto de Assistência Médica (PAM), na cidade de Picos-PI, que objetivou relatar as afetações da realidade encontrada durante a visita a esse dispositivo. Descrição da experiência: Trata-se de uma visita realizada ao PAM, por meio do projeto VER-SUS Centro-Sul Piauiense, que descreve a realidade encontrada pelos viventes a partir da observação. O PAM é um serviço de saúde que desenvolve ações por meio de programas como o Controle da Hanseníase, visando a qualidade no atendimento dessa doença

estigmatizada pela sociedade. O programa conta com o apoio de Enfermeiro, Médico, Fisioterapeuta, Farmacêutico e Técnicos de Enfermagem que são capacitados para atuar na área e demonstram o empenho e humanização com suas funções. A visita nos permitiu reconhecer as limitações e as potencialidades que se sobressaíram quando o assunto era a humanização. RESULTADOS: Percebeu-se que todos os pacientes passavam por atendimento específico, no qual os profissionais respeitavam a integralidade, equidade e a participação dos mesmos nos diversos procedimentos realizados. A acolhida, a escuta qualificada das queixas, necessidades e lamentações e o respeito pelas crenças e valores, se tornaram o diferencial em cada atendimento, em especial pelo enfermeiro coordenador do programa, que mantém um maior contato com o paciente, expressando o interesse e a competência que tem pela profissão. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Torna-se necessário o alcance de benefícios na saúde, e a humanização pautada no respeito e valorização do paciente é fundamental para tal propósito. Tal afirmativa é evidenciada no PAM, que apesar do fluxo de atendimento ser em grande escala, atendendo Picos e macrorregião, nota-se a dedicação dos profissionais em fazer saúde e a preocupação em adquirir conhecimento técnico-científico investindo em melhorias na formação profissional e no atendimento humanizado e qualificado.

A IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DA MÃE E DO BEBÊ NO DOMICÍLIO SOB A ÓTICA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Louise Anne Reis da Paixão, Ludimila Cuzatis Gonçalves, Paulo Walterfang, Rafaela Perdomo Cardoso, Fabiana Silva Marins Nazareno Cosme

Palavras-chave: saúde da família, saúde da criança, puerpério,

Segundo o Ministério da Saúde (2013), é necessária a realização da consulta pós-natal para a mulher e para o seu bebê. Ainda, enfatiza a importância da visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde com atenção à saúde da mãe e do recém-nascido afim da promoção de saúde, aleitamento materno, realização da vacina, triagem neonatal dentre outros cuidados especiais. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência sobre a consulta da equipe técnica no domicílio da puérpera e seu bebê. A equipe de saúde da família é responsável pelo acompanhamento da gestante e posteriormente do binômio mãe-bebê. Assim, são agendadas consultas de demanda programada e se necessário ambos comparecem a unidade de saúde da família por demanda espontânea. Contudo, percebemos que ainda assim existe a necessidade de realizarmos a visita domiciliar no puerpério pela equipe técnica de preferência na primeira semana de vida do bebê. Ao realizarmos a visita domiciliar além de ampliarmos o vínculo entre o usuário e o profissional, observa-se que esta constitui uma ferramenta importante para avaliação do ambiente, identificando-se possíveis fatores de risco como, por exemplo, para infecções respiratórias, como a presença de umidade nos cômodos, poeira em cortinas, tapetes dentre outros ou na avaliação da presença de escadas ou rampas que exigem algum exercício de nível avançado que prejudique o resguardo da puérpera. Também podemos avaliar mais estreitamente a relação intrafamiliar, estimular o aleitamento materno exclusivo e realização do exame físico. Destaca-se que para o Ministério da Saúde (2013) a atenção no domicílio auxilia na elaboração de um plano terapêutico. Mediante a adoção dessa prática percebemos que

qualificamos o nosso plano de intervenção para essa mãe e seu filho e ainda tivemos uma maior adesão às consultas de demanda programada e os grupos de saúde instituídos pela unidade, como o grupo do shantala que auxilia na interação da mãe e do bebê. Recomendamos que essa vivência seja disseminada e refletida pelos profissionais de saúde da família como um instrumento de assistência no pós-natal.

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO CUIDADO DO INDIVÍDUO COM PÊNFIGO VULGAR

Ana Iara Pereira de Souza, Alessandra Lie Murakami, Caroline Ribeiro Macedo, Diego Castro, Tatiana Ferreira, Alice Florentino Echeverria

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde, Cuidado Intensivo, Pênfigo vulgar

APRESENTAÇÃO: Pênfigo vulgar é uma doença autoimune e incurável. Acomete pele e mucosas através da formação de bolhas intraepiteliais. Ao romper-se origina lesões superficiais de aparência irregular, dolorosas e que são envolvidas por uma pseudomembrana e eritema difuso. Há presença de ardor, odor fétido, sialorréia, dificuldade de deglutição e fonação. OBJETIVO: Relatar a importância do cuidado multiprofissional ao paciente com pênfigo vulgar. Desenvolvimento do trabalho: Paciente, sexo masculino, 48 anos, internado na enfermaria de clínica médica de um hospital de alta complexidade de Campo Grande - MS no mês de julho de 2015, com diagnóstico de pênfigo vulgar. Apresentando múltiplas lesões bolhosas, com secreção purulenta de odor fétido em cerca de 40% do corpo, e dor local intensa. Admitido pela equipe multiprofissional do setor, composta por 05 profissionais, enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista,

farmacêutico e cirurgião dentista, estes utilizam o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para conduzir terapêuticamente casos complexos. Destacam-se os principais problemas encontrados no paciente: risco para infecção hospitalar; sensações dolorosas de alta intensidade; mobilidade no leito prejudicada; risco de desidratação e hipotermia; redução de volumes e capacidades pulmonares; efeitos deletérios da corticoterapia sobre o sistema musculoesquelético; risco de desnutrição, redução da capacidade funcional e baixa autoestima. Também apresentava lesões orais, com área de crosta em maior parte no lábio inferior, erosão e ulceração em mucosa jugal, no dorso e ventre da língua. IMPACTOS: As condutas traçadas foram executadas durante o período de internação do paciente. Entre os cuidados de enfermagem, salienta-se a realização do banho no leito com água destilada em temperatura tépida e solução antisséptica; curativo nas lesões mais abrangentes utilizando a pomada de Acetato de Dexametasona e Ácidos Graxos Essenciais (AGE); uso de lençol e plástico estéreis para evitar o risco de infecção, aderência, e melhorar a movimentação e conforto no leito; monitorização/manutenção da temperatura corporal; administração de analgésicos e prevenção de úlceras por pressão. A odontologia estimulou a higiene oral através do bochecho com clorexidina a 0,12% associado à Dexametasona elixir promovendo ação anti-inflamatória e alívio da dor oral. Utilizou-se Nistatina Suspensão Oral para controle de infecções secundárias. As crostas labiais eram tratadas com a pomada de Acetato de Dexametasona e AGE. A farmácia realizou a análise da prescrição medicamentosa, análise da interação medicamento fármaco-fármaco, acompanhamento dos exames laboratoriais e evolução clínica do caso periodicamente. É comum o quadro de desnutrição nos

portadores de pênfigo vulgar sendo de grande importância à administração de dieta adequada em calorias, macro e micronutrientes. Assim, a nutrição modificou a dieta com objetivo de adequar suas preferências alimentares melhorando a aceitação da mesma e o estado nutricional. A cicatrização das lesões e alcance das necessidades nutricionais favoreceu a evolução da fisioterapia, com exercícios para aumentar a força muscular, melhorar a propriocepção e coordenação motora; estímulo ao autocuidado e atividades funcionais. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A atuação da equipe multiprofissional auxiliou na alta hospitalar, reduzindo o tempo de internação e risco de infecção. Preparando o sujeito ao retorno a vida cotidiana, o apoderando do cuidado em saúde, prevenindo reinternações e mantendo o bem-estar.

A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO EM CENTROS DE IMAGINOLOGIA DA REDE PÚBLICA DO NORDESTE BRASILEIRO

Edenubia Pereira Felix, Andrea Caprara, Valdicleibe Lira, Tamires Layane Lima, Carla Samya Nogueira Falcão

Palavras-chave: Humanização da assistência, Cuidado centrado no paciente, Gestão

Apresentação: Com o avanço da tecnologia e as facilidades de comunicação em tempo real fez-se necessário um novo olhar no que diz respeito ao atendimento em saúde para os clientes que procuram atendimento. Fragilizados pela situação de doença, a falta de informação causa desconforto e indignação nos pacientes, o que levou o Ministério da Saúde do Brasil a implantar a Política Nacional de Saúde, e sua história é marcada desde então por constantes modificações a fim de melhorar a assistência

a saúde e garantir um atendimento calcado em seus princípios. A criação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003 traduz princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS. Através de um levantamento bibliográfico, pesquisa na internet e em artigos acerca do tema, objetivando teorizar o significado da política de humanização do Brasil, de modo a demonstrar o Humaniza SUS e sua influência nos processos de trabalho dos centros de imaginologia, diferentemente dos demais níveis de atenção à saúde que ainda possuem uma característica fortemente tecnicista. Desenvolvimento do Trabalho: O presente estudo foi elaborado através de revisão da literatura pertinente com olhar diferenciado e humanizado em serviços hospitalares com centro de imagem. Com base nas Resoluções estabelecidas pela OMS e na ética do exercício profissional em saúde, conhecimento técnico-científico e graduado que permite um entendimento e discussão acerca do assunto de humanização em centros de imagens, então foi utilizado para tanto: artigos, textos, livros, sites de pesquisa científica. Resultados: Através de revisão de literatura acerca da bibliografia que trata do tema humanização no campo da saúde, observa-se que o tema vem constituindo-se como importante objeto de reflexão sobre as relações entre profissionais de saúde e sujeitos que demandam cuidados de saúde, como dimensão essencial da qualidade das práticas profissionais dos centros de imagem (DESLANDES, 2006). Nos centros de imagem de Fortaleza deve-se abordar a importância principalmente da informação acerca do exame para o paciente partindo de todos os profissionais envolvidos no processo desde a marcação do exame, informando dados importantes tais como: tempo de duração do exame, ordem de chegada, prioridades, preparação específica para cada exame. A enfermagem tem como sempre papel importante e fundamental para realização

dos exames orientando o cliente (paciente) sobre o exame, quanto ao seu tempo e recebimento do laudo e informações pertinentes. Procurando sempre informar de maneira clara o que significa humanizar o atendimento na rede pública (DESLANDES, 2006).

A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE NO CUIDADO INTEGRAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

Deise Cararo, Marina Hass de Leone, Gabriela Weber Itaquy, Mônica de Oliveira Dutra, Lauriane Marques Martins, Elisângela Coffy, Jane Heringer, Luciana Zanetti

Palavras-chave: Interdisciplinaridade, residência multiprofissional, internação pediátrica

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho reflete sobre a inserção da residência multiprofissional nas equipes das unidades pediátricas de um hospital público materno infantil, ressaltando a importância dos espaços de encontro, de troca de saberes entre os profissionais e de construção de planos terapêuticos singulares para os pacientes. Nestes espaços, é um desafio constante a construção do trabalho interdisciplinar que se objetiva na articulação das profissões na assistência ao paciente e nas reuniões de equipes. Saupet al (2005, p. 522) definem interdisciplinaridade como “a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições”. Para tanto, é necessário manter uma relação articulada entre as diferentes profissões de saúde, envolvendo atitudes e capacidades de se relacionar com o outro, de reconhecer os problemas e pensar em soluções interdisciplinares. Este relato de experiência descreve como ocorrem estes momentos em duas equipes diferentes das unidades

pediátricas que são a Internação e a Unidade de Terapia Intensiva durante o período de inserção de um grupo de residentes nestes cenários de prática. O round da Internação Pediátrica não teve frequência regular, ocorrendo poucas vezes. Nesses momentos foram realizadas breves passagens dos casos clínicos, pois a equipe priorizou a assistência em época de grande demanda à discussões dos casos. A articulação multidisciplinar ocorre conforme a necessidade do cuidado ao paciente. METODOLOGIA: O round realizado na UTI Pediátrica ocorre semanalmente e é composto pela equipe multiprofissional - enfermagem, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, medicina – residência multiprofissional e médica. Objetiva a discussão dos casos que estão internados com a contribuição de cada área profissional em busca da melhor conduta pra saúde do usuário. A residência multidisciplinar ainda conta com espaço de reunião com os preceptores do cenário das unidades pediátricas. Neste se objetiva discutir casos que estejam sendo atendidos por mais de uma área profissional ou que sejam de maior complexidade. A partir desta reflexão, discutem-se ações e encaminhamentos. Espaço também de acolhimento de outras demandas dos residentes como planos de ação multidisciplinar, e potencialidades e entraves do cenário de prática. RESULTADOS: Acredita-se que nestes espaços efetivamos o trabalho com outras áreas de saber e buscamos expandir as possibilidades de entendimento e de intervenção, tendo como eixo central o paciente, pois torna-se muito limitador pensar no contexto hospitalar sem o aporte de uma equipe multiprofissional. O desafio da integralidade perpassa o entendimento da situação de vida de cada paciente/ família, das suas condições subjetivas e de relação, de seu contexto socioeconômico e cultural, de suas expectativas e necessidades no processo de cura e de cuidado (CECCIM, 1997).

A MINIMIZAÇÃO DOS RUÍDOS HOSPITALARES COMO ESTRATÉGIA HUMANIZADORA PARA PROMOVER A DIMINUIÇÃO DE DANOS AOS PROFISSIONAIS E BENEFICIÁRIOS DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE EM BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS

Yanna Oliveira Botelho Guimarães, Camila Laura Queiroz Barroso, Luciana Alves Silveira Monteiro, Jaqueline Marques Lara Barata

Palavras-chave: Humanização da assistência, ruído, educação em saúde

APRESENTAÇÃO: O trabalho está vinculado a várias significações e pode ser considerado, atualmente, parte importante da constituição dos indivíduos. Nesse sentido, para que as pessoas sejam capazes de construir-se como sujeito psicológico e social no ambiente de trabalho é necessário garantir não apenas a harmonia nas relações interpessoais, mas organização, flexibilidade e liberdade no trabalho. Sabe-se que o sofrimento pode manifestar-se em situações de desequilíbrio ambiental, social e psíquico, sendo os ruídos um desses agentes promotores de alterações fisiológicas e de sofrimento, inclusive nos setores hospitalares, seja para os trabalhadores, seja para os pacientes. O presente estudo tem por objetivo desenvolver ações que culminem na redução do ruído no ambiente hospitalar, através de intervenções de sensibilização com os profissionais, beneficiários e acompanhantes. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, no qual foram realizadas intervenções para a sensibilização dos profissionais, beneficiários e acompanhantes buscando a necessidade de minimizar os ruídos em um hospital de grande porte em Belo Horizonte/MG. Além das atividades de intervenção e sensibilização, são realizadas mensalmente mensurações dos níveis de ruídos nos

diversos setores institucionais, para que a partir dos valores obtidos seja possível avaliar a efetividade das ações e quais as possíveis alterações quanto a abordagem. **RESULTADOS E IMPACTOS:** As ações são implementadas desde Janeiro de 2015 e, desde então, nota-se, pelos indicadores de mensuração, que há redução progressiva no nível de ruídos no ambiente hospitalar, o que repercute positivamente para a recuperação do paciente e manutenção de equilíbrio organizacional nos setores, proporcionando maior conforto para as realização do trabalho pelos profissionais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O ambiente ruidoso é potencialmente nocivo à saúde, podendo gerar alterações na comunicação, baixo desempenho, fadiga, estresse, doenças e acidentes de trabalho. Percebe-se que a implementação de ações de sensibilização voltadas para a minimização dos ruídos é fundamental não somente para as relações entre os profissionais, mas também para melhor acolher os acompanhantes e valorizar a assistência aos pacientes.

A MULHER VÍTIMA DE CÂNCER DE MAMA: REFLEXÕES SOBRE SAÚDE PÚBLICA E ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO

Natana Ester Silva Coelho, Marina da Silva Assis, Nicole Bernardes

Palavras-chave: Câncer de mama, saúde coletiva, políticas públicas

O câncer de mama é o câncer que mais acomete mulheres no Brasil, sem considerarmos o câncer de pele não melanoma. Em 2014, cerca de 57.120 casos novos foram diagnosticados, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. (INCA, 2014) [1]. Esses dados lançam luz à necessidade de reflexão acerca do tratamento da doença no cenário da saúde pública do Brasil. Este trabalho pretende dialogar sobre o tema do câncer

de mama, articulando a experiência do tratamento das mulheres no município de Betim (Minas Gerais) com a vivência dos impactos e medos que podem acompanhar um diagnóstico de câncer. A reflexão se fez possível por intermédio da experiência de extensão de alunas da psicologia no subprojeto “Cuidando das Mamas” do programa PET Redes de Atenção à Saúde da PUC Minas e Ministério da Saúde. Pretende-se descrever a experiência das alunas na extensão, norteadas pelos relatos acerca da autopercepção da mulher acometida pelo câncer de mama sobre seu corpo, feminilidade, medos, anseios. A partir dos relatos das mulheres, objetiva-se fomentar a necessidade de profissionais de psicologia nas unidades de saúde pública. O direcionamento da discussão abrange todos os níveis de saúde pública, considerando-se que o cuidado com o câncer de mama tem sua gênese nos níveis de prevenção, com ações e serviços informativos e preventivos nas unidades básicas de saúde, e pode se estender até a alta complexidade do SUS, em caso de mulheres hospitalizadas em função da doença. Estando o tema alocado na conjuntura do sistema público de saúde, a função social do exercício da psicologia, a ser analisada neste trabalho, orienta-se pela perspectiva da Psicologia Social. A metodologia utilizada será a articulação de relatos de experiência das alunas vinculadas ao “Cuidando das Mamas” com revisão de literatura sobre o tema. Os relatos de experiência são resultado das atividades realizadas pelas alunas em unidades públicas de saúde de diferentes níveis de complexidade (básica, média e alta) no período de dois anos de vigência do programa de extensão universitária. Os resultados dessa reflexão, que parte da experiência prática, possibilitaram a criação de diferentes maneiras de se pensar a atuação do psicólogo e dos profissionais envolvidos no tratamento de câncer de mama, bem como a necessidade da atenção

especializada e qualificada às mulheres vítimas da doença, considerando-se os impactos trazidos pelo diagnóstico e suas consequentes alterações na estruturação da vida da mulher. Por meio da reflexão a respeito dos depoimentos das pacientes que consultavam com mastologistas nas atividades realizadas no projeto, foi possível ter uma percepção acerca dos medos, anseios, angústias e expectativas nutridas por elas, torna-se relevante a necessidade da atuação de psicólogos qualificados, em conjunto com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, além da importância de ações preventivas e especializadas que contribuem para a promoção de saúde, para a construção e desenvolvimento de autonomia da mulher sobre o seu tratamento, estruturação emocional e enfrentamento da doença.

A MUSICOTERAPIA COMO UMA ESTRATÉGIA DE RELAXAMENTO DURANTE O EXAME DO PREVENTIVO – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Edmundo Rondon Neto, Prisciely de Souza Palhano, Angelica da Silva Espíndola, Edilaine Santos Lima

Palavras-chave: Saúde Pública, Enfermagem em Saúde Comunitária, Saúde da Mulher

Apresentação: O exame do preventivo ou Papanicolau consiste em um procedimento que deve ser realizado anualmente em mulheres entre os 25 e 65 anos de idade, ou que tenham iniciado as atividades sexuais antes dessa idade que visa a prevenção e diagnóstico precoce para câncer de colo de útero. Mesmo entendendo os benefícios e a importância desse exame, muitas mulheres têm no Papanicolau uma experiência constrangedora e de grande tensão, por ser um procedimento que as deixa completamente expostas. Quando esse exame é realizado pela figura

masculina, é perceptível o aumento do constrangimento e da tensão por parte da cliente, o que acarreta muitas vezes em um exame mais doloroso e traumático. Diversos estudos demonstram os benefícios da musicoterapia como estratégia terapêutica para relaxamento e tranquilização do cliente em diferentes procedimentos. Baseando-se nisso, foi objetivo dos autores utilizar a musicoterapia como ferramenta para o conforto e melhoria da qualidade de assistência durante a realização do exame. **Desenvolvimento:** O trabalho foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no período de abril a junho de 2015, durante atividade prática do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Durante o período de realização da coleta do exame do preventivo observava-se retraimento, constrangimento, nervosismo e medo frente à figura masculina do profissional que iria realizar o exame, tendo por resultado muitas vezes uma experiência ruim ou dolorosa devido a contração muscular pelo estado de tensão. Ao observar toda essa situação, e vendo a necessidade de que a figura masculina se tornasse algo natural, visando melhora na qualidade na assistência e no aumento de vinculação e adesão da mulher à unidade, surgiu a ideia para que se utilizasse da musicoterapia como uma estratégia de relaxamento da mulher durante o exame. A partir da construção da ideia, a prática era utilizada durante todo o exame do preventivo. Após a fase de coleta de dados, era perguntado à mulher qual o seu estilo de música preferido. No momento em que a mulher ia se trocar era então executada uma playlist com músicas relacionadas ao gosto da cliente até o fim da coleta do exame. **Resultados:** Os resultados obtidos foram satisfatórios, pois a musicoterapia funcionou como uma estratégia de relaxamento durante o procedimento de

coleta do exame do preventivo. Isso foi evidenciado pela satisfação das mulheres participantes, as quais relatam a gratidão, uma vez que através da música se sentiram confortáveis e tinham uma percepção que o procedimento passava mais rápido. Outro ponto relevante foi o aumento na procura para a realização do exame na unidade de saúde, provendo também menor resistência ao atendimento por profissionais homens. Considerações: Pode-se observar que com a realização da ferramenta da musicoterapia a mulher se sentiu mais confortável, menos tensa durante o exame, o que facilitou a sua realização e melhorou o vínculo e a receptividade ao profissional do sexo masculino.

A OFICINA DOMICILAR DAS GESTANTES COMO UMA ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO EM SAÚDE – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Edmundo Rondon Neto

Palavras-chave: Saúde Pública, Educação em Saúde, Enfermagem em Saúde Comunitária

Apresentação: A oficina das gestantes consiste em um projeto realizado mensalmente na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Campo Grande, MS. A escolha do local se deu por ser uma das unidades utilizadas para atividade prática do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Outro fator considerado para a escolha do local foi pela baixa adesão das gestantes dessa localidade ao pré-natal assim como a qualquer processo de educação em saúde oferecido na unidade de saúde. Visando essa problemática, a oficina tem por objetivo sensibilizar essas gestantes a aderirem aos programas de educação em saúde e a se tornarem protagonistas do

processo de gestação. Desenvolvimento: No período de abril a julho de 2015 a região atendida pela UBSF Tarumã possuía cerca de 40 mulheres em período gestacional. Porém historicamente sempre houve uma grande dificuldade de adesão em programas educativos ou até mesmo nas consultas de pré-natal. Tendo em vista essa problemática e aproveitando a oportunidade ofertada pela Residência em Enfermagem Obstétrica surgiu então a ideia de realizar um grupo de gestantes e puérperas que fosse “itinerante”, onde o local para a realização dessas reuniões fosse na casa das próprias mulheres. A definição do local foi realizada em ordem de sorteio, cada reunião, era assim realizada na casa de uma mulher. Mantendo como objetivo principal fazer das gestantes as protagonistas de todo o processo realizado nas oficinas, as temáticas abordadas eram escolhidas pelas mesmas ao final de cada oficina. Resultados: No período citado foram realizadas quatro oficinas todas com abordagem multiprofissional. Os temas solicitados pelas gestantes foram: Gestação período a período com o total de 14 participantes; Sexualidade na gestação com 07 participantes; Alimentação na gestação, com 12 participantes; e processo de trabalho de parto, com 08 participantes. Considerações: Pôde-se observar que através da realização das oficinas em âmbito domiciliar, as mulheres sentiam-se mais confortáveis e também acabaram por demonstrar uma adesão muito mais significativa. Essas gestantes sentiam-se mais confiantes para tirarem suas dúvidas e participarem de forma ativa de todo o processo que cercava a oficina. Ainda pode-se observar que houve uma maior adesão ao processo de pré-natal e também um fortalecimento de vínculos entre o residente e a cliente, culminando em uma melhor qualidade na assistência.

A ORIENTAÇÃO SOCIAL EM GRUPOS COM ENFOQUE NO FORTALECIMENTO DOS DIREITOS SOCIAIS E CIDADANIA

Fátima Aparecida Bugolin

Palavras-chave: direitos sociais, cidadania, escuta qualificada

Apresentação: O NASF (Núcleo de Apoio da Saúde da Família) é uma equipe multiprofissional que atua de maneira integrada apoiando os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), compartilhando práticas e saberes em saúde. O NASF 1º de Outubro está vinculado a UBS 1º de Outubro e UBS Jardim Bandeirantes, situados em Guaianases na Zona Leste do Município de São Paulo. Essa região, segundo dados do último censo apresenta índices de extrema pobreza e vulnerabilidade social (IDH 0,748 – 94º entre os 96 distritos do Município de São Paulo). Diante disso, foi identificada uma demanda significativa de acolhimento individual, pautada por questões relacionadas à obtenção de benefícios sociais: INSS, LOAS/BPC, Renda Mínima, Bolsa Família, Aposentadoria por idade/invalidez ou acidente, Isenção Tarifária, Tutela e Curatela, Reconhecimento de Paternidade, Direitos dos Idosos, Direitos da Criança e Adolescentes, Violência doméstica dentre outros. Além de não seguir a diretriz do apoio norteado pelo NASF, foi percebido pela equipe que o enfoque individual não se transformava na garantia de direitos e na ampliação do conhecimento acerca do benefício pleiteado. A partir desta análise foi tomada a decisão da criação de grupos abertos envolvendo os agentes comunitários de saúde, tanto na UBS quanto em áreas estratégicas no território. Objetivo: O grupo tem como objetivo orientar, encaminhar e/ou realizar intervenções que visam fortalecer os direitos e questões relacionadas à obtenção

de benefícios sociais, possibilitando que o usuário amplie seu conhecimento a partir da demanda apresentada. No grupo criou-se a possibilidade de discutir as Políticas Públicas de forma que os participantes possam multiplicar as informações recebidas em seu meio social. Resultados: A mudança do atendimento individual para o coletivo possibilitou o acesso ao serviço de um número maior de usuários, ampliou a participação dos ACs – Agentes Comunitários de Saúde nos encontros e esses por sua vez, disseminam as informações em suas microrregiões e as questões discutidas vão para além da intervenção socioassistencial, possibilitando ao usuário se perceber enquanto sujeito de direitos. Considerações Finais: A discussão em grupo de questões relacionadas à garantia de direitos possibilitou uma ampliação da escuta qualificada onde conseguimos identificar com mais clareza as questões de vulnerabilidade social e violação de direitos da população atendida em nossas unidades de saúde, reduzimos os encaminhamentos para a UBS para acolhimento individual e os ACS tiveram maior possibilidade de aprendizado devido ao matriciamento.

A PARTICIPAÇÃO DO PET-SAÚDE NO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DO PSE JUNTO À UMA UNIDADE DE SAÚDE

Rejane Malaggi, Marsam Alves de Teixeira, Arthur Alves de Teixeira, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: PET-Saúde, Educação em saúde, Saúde na Escola

APRESENTAÇÃO: O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.2852, é uma política com a finalidade de contribuir com a formação integral dos estudantes por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, contemplando

os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuindo para a intersectorialidade e a integralidade em saúde. A inserção da atenção básica dentro das escolas é uma ferramenta que permite a inserção dos profissionais de saúde no contexto escolar e propicia o contato e criação de vínculo com a comunidade estudantil, evidenciando-se suas principais necessidades e oportunizando a promoção de uma saúde integral. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** As atividades do PSE foram desenvolvidas em 3 escolas localizadas dentro do território de abrangência da US, as quais somavam juntas 194 alunos e atendiam crianças em idade pré-escolar, com faixa etária de 1 aos 6 anos de idade. As monitoras do PET receberam treinamento quanto à finalidade do PSE. Foi realizada a verificação da situação vacinal, a antropometria e a avaliação da acuidade visual em maiores de seis anos, visto esta ser realizada com base no Teste de Snellen e não contarmos com o aparelho do 'Reflexo Vermelho' para a avaliação ocular das crianças menores de seis anos. **RESULTADOS:** Referente à análise das carteiras de vacinação, percebemos que dos 136 alunos avaliados 53 (38,87%) não tiveram suas cadernetas de vacinação avaliadas, pois não levaram no dia acordado ou os pais alegaram perda, ou extravio da mesma 37 (27,2%) alunos apresentaram situação vacinal em dia e 46 (33,82%) estavam com suas cadernetas atrasadas. Antropometria foi realizada em 100% da amostra, destes 91,92% estão eutróficos, 5,88% com sobrepeso e 2,2% com obesidade. Dos 16 alunos avaliados com teste de Snellen, 2 representando 12,5% apresentaram possível déficit visual. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O PSE pode potencializar também as ações de outros programas do governo federal, como o Programa Nacional de Imunizações, pois foi enviado bilhete aos pais para atualização do calendário vacinal junto à US. Apesar da

baixa identificação de alteração da acuidade visual em decorrência da impossibilidade de realização do teste de reflexo vermelho, consideramos fundamental esta atividade do PSE, já que de acordo com Coelho et al (2010) a visão é responsável pela maior parte da informação e percepção sensorial, sendo um instrumento primordial no processo de aprendizagem fundamental para o envolvimento da criança em atividades intelectuais e sociais. Identificamos que apesar de se tratar de uma área de extrema vulnerabilidade, a grande maioria das crianças se mostraram com um crescimento adequado, nos sinalizando a importância do fornecimento da alimentação dentro das escolas, e um possível impacto do Programa Bolsa Família, já que é no território desta unidade que reside o maior número de famílias beneficiárias. Experiências exitosas como essa precisam de continuidade no território, tendo em vista que a escola é um espaço privilegiado que permite ações de promoção e prevenção em saúde para um expressivo número de crianças.

A PERCEPÇÃO DO ACADÊMICO DE FISIOTERAPIA SOBRE O IMPACTO DA SAÚDE DO TRABALHADOR DENTRO DE UM SERVIÇO HOSPITALAR

Natália Matos Tedesco, Geisy Hellen Mamedes Silva, Leila Foester Merey, Ariele dos Santos Costa, Amanda Castelo Girard, Hullyana Aguiar da Silva, Mayra Alves Meireles, Karina Candia da Silva

Palavras-chave: saúde do trabalhador, fisioterapia, ginástica laboral

APRESENTAÇÃO: A saúde do trabalhador, segundo a Lei nº 8.080/90, art.6,§3.º é um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como

visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. A fisioterapia tem como um de seus objetivos na área de saúde do trabalhador, contribuir com a prevenção de lesões osteomusculares relacionadas ao trabalho, como as mais conhecidas LER (lesão por esforço repetitivo) e DORT (doenças relacionadas ao trabalho); além de proporcionar um ambiente de trabalho mais adequado para o trabalhador com a ergonomia, o qual também vem para a prevenção de possíveis disfunções do sistema musculoesquelético. **OBJETIVO:** O objetivo é apresentar o que acadêmicos de fisioterapia presenciaram em relação ao tema de saúde do trabalhador dentro de um ambiente hospitalar. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A experiência ocorreu durante o período de 1 mês, com estagiários de fisioterapia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul no Hospital Santa Casa Campo Grande – MS. Eram orientados por duas preceptoras do local, as quais discutiam e orientavam sobre a função do fisioterapeuta na saúde do trabalhador. Dentre as ações executadas os estagiários tiveram a oportunidade de oferecer ginástica laboral (GL) para determinados setores que, desejavam ter a ação e que as fisioterapeutas julgavam de maior necessidade. Porém, foi observado a falta de vontade de funcionários em realizar a atividade proposta, dando inúmeros motivos para não participar, como a falta de tempo, falta de funcionários, sendo que os horários da ação eram de acordo com a melhor disponibilidade que cada setor apresentava. Os benefícios da GL era apresentado como uma ação de prevenção, para evitar possíveis lesões relacionadas ao trabalho, um relaxamento para o corpo e mesmo assim em muitos locais foi necessário a retirada da ação por falta de adesão dos funcionários. **IMPACTOS:** O impacto gerado para os acadêmicos foi a possibilidade de

presenciar situações que o profissional de saúde pode passar no ambiente de trabalho, como recusarem fazer a atividade proposta por ele, sendo que é o melhor que estão oferecendo, a necessidade da inovação e a comprovação que ações de promoção e prevenção têm efeito positivo. E, a falta da prevenção oferece prejuízos grandes para os funcionários, como o afastamento do serviço e a reabilitação das lesões. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Concluímos que é de extrema importância ações de prevenção para funcionários em geral, principalmente para aqueles que exercem uma atividade com movimento repetitivo e não só a necessidade da ação, mas a importância do profissional fisioterapeuta estar inovando para conquistar aqueles que não se sentem motivados a participar e incentivar ainda mais os que já participam.

A PERSPECTIVA BIOPSISSOCIAL NO ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM: UM CASO COM PORTADOR DE DIABETES MELLITUS

Anny Beatriz Costa Antony de Andrade, Zilmar Augusto de Souza Filho

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: O estresse é o maior responsável pelo aumento da secreção de hormônios relacionados ao aumento da glicemia, como o cortisol e as catecolaminas (1). Apesar do tratamento farmacológico, a construção de vínculos entre o profissional e o paciente torna perceptíveis suas peculiaridades (2). Este relato tem como finalidade apontar a necessidade do acolhimento biopsicossocial a um paciente com Diabetes Mellitus (DM) durante aulas práticas de enfermagem em saúde do adulto. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma vivência em que a acadêmica prestou

atendimento a uma paciente com níveis glicêmicos alterados, em um serviço de pronto atendimento localizado na zona norte da cidade, no primeiro semestre de 2014. Após a assistência de enfermagem prestada e controle glicêmico com medicamentos, o paciente foi convidado a expressar suas aflições e sentimentos. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Evidenciou-se que após a escuta qualificada realizada durante o atendimento, que a paciente apresentou melhora bastante perceptível e a glicemia capilar apresentou níveis normais, facilitando o seu controle. Mostrou-se bastante interessada em encontrar soluções para seus problemas e continuar a realizar suas atividades de forma otimista. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A assistência a cada paciente deve ser única, visto que cada ser possui suas peculiaridades. O cuidado individualizado e humanizado deve ser estimulado em cada funcionário dos estabelecimentos de saúde, mesmo que seja apenas o ato de ouvir. A abordagem holística e a assistência humanizada são fundamentais para a promoção da arte do cuidar, permitindo o paciente alcançar o bem-estar biopsicoespiritual.

A POROROCA CHAMADA EPS E O MOVIMENTO PARA CRIAÇÃO DA CADERNETA DO PROGRAMA DE TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO DO MUNICÍPIO DE BREVES-PA: APRENDER A CONHECER PARA CONHECER E APRENDER

Mariele Borges do Nascimento

Palavras-chave: Usuário, Saúde, Educação, Projeto

RESUMO: Os serviços de saúde no Brasil sofreram várias mudanças ao longo dos anos, a partir de mobilizações da sociedade foi possível à implantação do Sistema

Único de Saúde e, conseqüentemente, a criação, expansão e acesso a vários serviços de saúde, dentre eles o Programa de Tratamento Fora de Domicílio que tem como função custear tratamento médico especializado para usuário do Sistema Único de Saúde fora do município de origem. O presente trabalho tem por finalidade falar sobre o relato de experiência do Curso de Especialização de Educação Permanente em Saúde em Movimento – Pará, ofertado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul em parceria com o Ministério da Saúde, a partir de um Projeto de Intervenção denominado de Caderneta do Programa de Tratamento Fora de Domicílio do município de Breves – PA: aprender a conhecer para conhecer e aprender. O trabalho encontra-se organizado em dois capítulos, a considerar: o primeiro denominado de O Programa de Tratamento Fora de Domicílio na Secretaria Municipal de Saúde de Breves – PA discorre sobre os aspectos constitucionais e funcionais do Programa de Tratamento Fora do Domicílio (PTFD), destacando os princípios da integralidade e equidade e por fim explicita o projeto de intervenção e o segundo chamado de A pororoca, chamada EPS e o Movimento das ondas que levaram a criação do projeto de intervenção: Caderneta do usuário do PTFD de Breves – PA: aprender a conhecer para conhecer e aprender que relata as afecções obtidas dentro da EPS em Movimento e apresenta um Projeto de intervenção para ser implantado no Programa de Tratamento Fora de Domicílio do município de Breves no Estado do Pará. Dentre vários levantamentos e possibilidades o projeto visa: 1) Assegurar a todos os usuários do PTFD de Breves o acesso aos serviços ofertados de maneira integral e igualitária; 2) Proporcionar aos usuários identificação personalizada; 3) Garantir o acesso permanente a ações educativas para manutenção da saúde individual e coletiva; e 4) Melhorar o

gerenciamento dos serviços realizados no PTFD de Breves. Por fim, nas considerações finais é ressaltado que o referido projeto não tem a pretensão de sanar todos os problemas existentes dentro do PTFD de Breves e que o mesmo não é uma solução pronta e acaba, pois o movimento a ser criado e a pororoca a ser formada a partir dele deve gerar novos movimentos, visto que a educação é permanente e o trabalho vivo está em constante movimento.

A PRODUÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM E O MANEJO COM PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tassiany Caroline Souza Trindade, Simone Santana da Silva

Palavras-chave: Cuidado, Enfermagem, unidades hospitalares de hemodiálise

O estágio curricular supervisionado (ECS) é um componente curricular de caráter teórico-prático que tem a finalidade de proporcionar ao estudante uma aproximação com a realidade profissional, com vistas ao aperfeiçoamento técnico, cultural, científico e pedagógico de sua formação profissional. Para isso, conta com a supervisão didática de outros profissionais já formados e com experiência suficiente para a discussão e orientação. O presente estudo visa relatar as especificidades na produção do cuidado de enfermagem a partir das experiências vivenciadas por uma concluinte do curso de Enfermagem, durante o período de quatro meses, na disciplina de ECS na Clínica de Nefrologia de Senhor do Bonfim (CLINEFRO) no município de Senhor do Bonfim, Bahia. A função da diálise é promover a filtração sanguínea, em portadores de insuficiência renal, para eliminar substâncias tóxicas ao ser humano. No período supracitado,

a discente desenvolvia ações de cuidado junto aos pacientes. Entre essas atividades de produção de cuidado estão ações assistenciais, gerenciais e educativas como: visitas aos pacientes, punção de fístulas arteriovenosas, instalação de pacientes na máquina, desligamento após o término da sessão, manuseio dos cateteres permcath, duplo lúmen, realização de curativos de cateteres, atendimento das intercorrências, atendimentos de emergência aos usuários da clínica, trocas das bolsas das diálises peritoneais, controle hídrico, aferição de sinais vitais, confecção de relatórios, ofícios da unidade, elaboração da escala de funcionários, atividades educativas com pacientes, entre outras. Para além das ações, é válido evidenciar a existência de processos micropolíticos na produção do cuidado marcados por ações ora voltadas para as necessidades institucionais fortemente normativas, ora voltadas para as necessidades reais dos pacientes. Tal dualidade demarca uma fragmentação no cuidado e o comprometimento na sua produção de modo integral. Nesse aspecto, a enfermagem se insere como elemento mediador das ações e, no contexto aqui evidenciado, percebia-se frequentemente angústia, sentimento de descrença, associados à baixa autonomia para os encaminhamentos definidos sem comunicação entre os membros da equipe. Por outro lado, ocorriam situações em que, mesmo diante dos desafios vivenciados no dia a dia do serviço, a enfermagem os superava e admiravelmente conseguia driblá-los e ofertar uma aproximação efetiva e necessária aos usuários. Em situações em que os pacientes estavam desacreditados da continuidade de sua vida, esta profissional finalmente utilizava de estratégias de cuidado como atenção, escuta, orientação, na tentativa de minimizar o sentimento e ofertar o consolo. Frente ao exposto, é possível compreender que a produção

do cuidado de enfermagem se faz por estratégias que ultrapassem o cuidado técnico e que dependa diretamente de tecnologias duras. As estratégias relacionais ganham força e permitem o delineamento de um cuidado mais acolhedor e resolutivo. Ainda nessa perspectiva, é possível apreender que a produção do cuidado, seja qual for, exige a superação de modelos pré-definidos e engessados de atenção. A experiência no ECS, sem dúvidas, permitiu o amadurecimento e compreensão dos desafios no cotidiano da produção de cuidado de enfermagem e a importância da incorporação no fazer o cuidado direcionado às necessidades de saúde dos sujeitos do processo: o ser humano.

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: OS CAMINHOS DA SAÚDE MENTAL E A NECESSIDADE DO CAPS III EM DOURADOS/MS

Rony Mauricio Benvenuto, Maicon Douglas da Silva, Elenita Sureke Abilio

Palavras-chave: Rede de Atenção Psicossocial, RAPS, CAPS, Saúde Mental

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo o entendimento sobre a concepção de rede de saúde no âmbito de saúde mental. Sabe-se que a rede corresponde à articulação entre serviços e sistemas de saúde, e às relações entre os trabalhadores que aí atuam, mediante relações de colaboração. O Centro de atenção psicossocial compõe uma temática prioritária da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Para a saúde mental as ações também têm uma denominação de rede, compondo a Rede de Atenção da Saúde Mental, os centros psicossociais são núcleos do eixo e trabalham em rede com as demais unidades nos níveis de atenção primário, secundário e terciário. O CAPS-AD de Dourados/MS oferece

tratamento intensivo e ambulatorial com plano terapêutico individualizado de acordo com as necessidades avaliadas de cada indivíduo, o serviço utiliza a estratégia de redução de danos, psicoterapia individual e de grupo, oficinas terapêuticas, orientação medicamentosa ofertando também apoio aos familiares dos usuários de drogas. O estágio de psicologia no CAPS Ad oportunizou a observação da rotina de trabalho dos profissionais de saúde, sendo estes: técnico de enfermagem, psicólogos, psiquiatra, clínico geral, assistentes sociais e trabalhadores de nível médio e das demandas de usuários. Apresentação A Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. Tendo como proposta a garantia a livre circulação das pessoas com problemas mentais e de alguma dependência pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A Rede de Atenção Psicossocial tem a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS Sistema Único de Saúde (Art. 1º da Portaria N° 3.088 de 2011). O objetivo da descrição de experiência é apresentar a necessidade de um processo de internação hospitalar mais ágil e acessível, este que por ser parte do tratamento aos dependentes de substância psicoativas necessita atenção para um método mais eficaz e que não demande tempo para sucessão. Visto que a rede é composta por serviços e equipamentos variados como: Os centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços de Residência Terapêutica (SRT); os centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em hospitais gerais, nos CAPS III), este último contemplado parcialmente pelo município de Dourados, embora fosse fundamental a implantação de um

CAPS III. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA: O problema se caracteriza pelo desafio e desenvolvimento de ações para integralizar os setores de apoio de leitos para internação hospitalar. O estágio de psicologia no CAPS Ad oportunizou a observação da rotina de trabalho dos profissionais de saúde, sendo estes: técnico de enfermagem, psicólogos, psiquiatra, clínico geral, assistentes sociais e trabalhadores de nível médio e das demandas de usuários. O funcionamento com a rede funciona geralmente sob a analogia CAPS-AD/Leitos de Internação Hospitalar, esta demanda é maior, pois atua como componente fundamental do tratamento e intervenção a usuários em recaída. Para que ela ocorra, exige um tempo demasiado para o dependente (espera de a unidade reguladora liberar a vaga para o leito de internação) em crise contribuindo para a piora do quadro. Poucas vezes foi utilizada articulação com outras unidades da rede como as residências terapêuticas, os centros de convivência e cultura e quando feitas alcançaram resultados suficientes ao usuário necessitado. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** A articulação prática dos componentes da rede de atenção psicossocial precisa ser mais utilizada. A proposta teórica da RAPS é bem elaborada. A possível instalação do CAPS III (uma extensão do CAPS-AD que atende em expediente integral) no município forneceria aos usuários leitos de hospitalidade noturna como opção terapêutica e atendimento a possíveis recaídas. A equipe entendeu a necessidade de se trabalhar com a rede a partir do momento em que a demanda preconizava competências externas. Fato este que colaborou para a postura ativa da equipe para articular e se comunicar com os serviços de apoio da rede e de suporte social emancipando uma nova questão: em decorrência do avanço de dependentes – em específico do uso de crack- observou-se uma necessidade de articulação prioritária com as unidades de internação

de referência para o município. Atualmente existem poucos leitos, dificultando o tratamento destes dependentes, visto que devido ao caráter compulsivo e crônico da patologia, muitas vezes só consegue iniciar o tratamento através desta abordagem. Deve salientar que o processo de desintoxicação através de uma internação pode ser o passo inicial para o egresso na rede. A falta de um serviço de emergência psiquiátrica no município também dificulta a articulação da rede, visto que este serviço pode ser utilizado como apoio a todos componentes da RAPS, e pode também ter uma função relevante como porta de entrada e triagem para as demais unidades de apoio a saúde municipal. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Certamente pensar na instalação do CAPS III no município de Dourados parece longe da realidade, entretanto contribuiria ainda mais para um atendimento mais humanizado a comunidade com ação integral e continuada para os dependentes do uso de álcool, crack e outras drogas. No entanto, a instalação do CAPS III não descartaria em hipótese alguma a utilização da rede de atenção psicossocial, mas tornaria prática e rápida a intervenção com pacientes em crises de abstinência e aqueles que tiverem recaída no tratamento. Em curto prazo e atendo-se a realidade do município com o CAPS-AD, a utilização de uma avaliação periódica dos profissionais de nível superior e nível médio junto aos gestores com metodologias ativas; procedendo com ações para integralizar a rede em suas unidades como apresentação aos técnicos sobre as unidades parceiras que compõe os componentes da RAPS e salientar a necessidade de um CAPS III para o município. Elaborar tal metodologia com enfoque na comunicação da rede para uma articulação do serviço a fim de humanizar os usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna.

A RELEVÂNCIA DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Vera Lúcia Siqueira

Palavras-chave: Saúde da Família, Atenção Básica, Avaliação em Saúde

(Introdução) O Sistema Único de Saúde (SUS) instituído no país por meio da Constituição de 1988 representa uma conquista para a população. Portanto, rompeu com o modelo hegemônico de saúde, campanhista, individualista e centrado na doença. Passou a incorporar os princípios da universalidade, equidade, integralidade e participação popular. Assim sendo, o Ministério da Saúde (MS) criou em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), recentemente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), que se reafirmou como estratégia prioritária e modelo substitutivo para organização da Atenção Básica (AB). Nesse sentido, uma das principais diretrizes do Ministério da Saúde é a mudanças no processo de trabalho com impacto no acesso e na qualidade da assistência. Nessa perspectiva, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, tem como propósito a oferta qualificada dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, esse trabalho teve como objetivo compartilhar a experiência da relevância do PMAQ na Atenção Básica e adesão nos municípios do Estado do Rio Grande do Norte. (Experiência) A Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN), buscando difundir a importância da adesão e implantação do PMAQ-AB no RN, atendendo assim, as recomendações do Ministério da Saúde, realizou em abril de 2012 fóruns e oficinas

para os profissionais e gestores das oito regiões de saúde, de forma a possibilitar a adesão e implantação do PMAQ nos seus municípios. A adesão ao 1º ciclo foi definida o teto de 50% do número de equipes da Estratégia Saúde da Família, porém o 2º ciclo foi aberto para adesão de todas as equipes e também puderam participar os Núcleos de Apoio de Saúde da Família, e os Centros de Especialidades Odontológicas. (Resultados) No Rio Grande do Norte, dos 167 municípios 116 aderiu ao primeiro ciclo do PMAQ-AB, correspondendo a 412 equipes aderidas e 399 certificadas. As referidas equipes receberam as seguintes classificações: 76 equipes ficaram com desempenho muito acima da média, 180 equipes ficaram com desempenho acima da média e 143 ficaram com desempenho mediano. Com relação ao segundo ciclo houve a adesão de 160 municípios, apenas 07 não fizeram adesão, correspondendo a 864 equipes aderidas e 862 certificadas. As equipes receberam as seguintes classificações: 226 equipes ficaram com desempenho muito acima da média, 322 equipes ficaram com desempenho acima da média e 314 equipes ficaram com desempenho mediano. (Conclusão) Os fóruns e oficinas realizadas, nas regiões de saúde teve um importante efeito mobilizador, para os profissionais e gestores, levando o 2º ciclo alcançar uma altíssima adesão. Assim sendo, verifica-se que o PMAQ potencializa a utilização dos resultados para a gestão de mudanças nas equipes, o que garantirá acesso e qualidade na assistência a população e fortalecimento da Atenção Básica. Atualmente, o Rio Grande do Norte apresenta uma cobertura de 83,5% de Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), ocupando o 6º lugar do país em cobertura populacional e 5º na região Nordeste.

A SHANTALA E OS BEBÊS PREMATUROS: INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA-PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR E QUALIDADE DE VIDA EM UMA UNIDADE HOSPITALAR

Ângela Raquel Dias Vieira, Fabiana Regina da Silva Grossi

Palavras-chave: saúde, intervenção psicoterapêutica, qualidade de vida

APRESENTAÇÃO: Trabalho realizado com mães e prematuros no berçário do Hospital Regional Dr. Mário Dourado Sobrinho, Irecê-BA. O berçário atualmente conta com oito leitos atendendo a demanda local e uma equipe multiprofissional direcionando o trabalho. METODOLOGIA: Em berçário da unidade hospitalar foi ensinada a técnica de massagem indiana para bebês conhecida como Shantala, e posta em prática pelas genitoras, tendo como objetivo a promoção da qualidade de vida e bem-estar do paciente. O intuito do trabalho foi diminuir o nível de desconforto em meio aos procedimentos invasivos causados por um processo de internação. O trabalho pode ser desenvolvido a cada novo grupo de mães que dá entrada na unidade, sendo um encontro ao mês, devido a rotatividade e demanda do setor. RESULTADOS: A técnica composta de 21 movimentos de massagem com a criança nua sobre as pernas da mãe busca alívio de cólicas e desconfortos, relaxamento e acima de tudo fortalecimento dos vínculos. Cerca de oito crianças e suas genitoras demonstram sentir o impacto positivo após a Shantala no berçário que, utilizada como recurso terapêutico, diminuiu o desconforto causado pela dor, nível de estresse, e sensação de bem-estar foram relatados pelas genitoras no momento que finalizavam a execução dos movimentos. A construção dos vínculos afetivos entre mãe e filho é promovida

à medida que o contato entre ambos vai sendo estimulado. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Além de todos os benefícios observados em âmbito clínico, o fortalecimento do vínculo mãe-bebê pode ser considerado um dos principais fatores que trazem esta prática como uma intervenção humanizada e mais que isso, a promoção da saúde de modo integral. O toque oferece a ambos a sensação única de comunicação e afeto através de uma intervenção totalmente acessível aos pacientes direcionando um aumento na qualidade de vida e bem estar.

A SUBJETIVIDADE ATRAVÉS DOS CINCO SENTIDOS: OFICINA TERAPÊUTICA COMO INSTRUMENTO DE VALORIZAÇÃO E ACOLHIMENTO AO INDIVÍDUO COM TRANSTORNO MENTAL

Clarissa Silva Pimenta, Ingrid Teixeira Reis, Flávia Fleury Coelho da Fonseca, Jaqueline Marques Lara Barata, Luciana Alves Silveira Monteiro

Palavras-chave: saúde mental, humanização da assistência, socialização

APRESENTAÇÃO: A partir da reforma psiquiátrica, o tratamento humanizado ao paciente com transtorno mental passou a ser essencial para as intervenções no campo da saúde mental. O acolhimento humanizado nas atividades interdisciplinares no setor de psiquiatria auxilia na promoção da autonomia do sujeito, além de potencializar as práticas de autoestima, melhor convivência, favorecendo a qualificação da assistência. O presente estudo tem por objetivo realizar oficinas terapêuticas através dos órgãos do sentido no setor de psiquiatria de um hospital de grande porte em Belo Horizonte/MG, promovendo espaço para expressão e criatividade. Identificar interesses, habilidades,

potencialidades e resgatar capacidades latentes, para a vinculação e avaliação da cognição, bem como do estado psíquico. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, na qual foram feitas oficinas terapêuticas com beneficiários psiquiátricos. Foram elaboradas cinco oficinas, onde cada uma abordava um dos cinco sentidos. A ferramenta utilizada para cada oficina foram: Visão: Vídeos e elaboração de cartazes; Tato: elaboração de cartazes e músicas; Olfato: essências e dinâmicas; Paladar: palestras e dinâmicas dos alimentos; Audição: Músicas e elaboração de cartazes. Ressalta-se que em todas as oficinas os pacientes trocavam experiências e elucidavam dúvidas. Ao final, foram feitas ponderações através da avaliação do comportamento dos pacientes. **RESULTADOS E IMPACTOS:** Ressalta-se que no serviço psiquiátrico, campo do estudo, não estavam estabelecidas atividades terapêuticas grupais, organizadas de maneira multiprofissional e que os atendimentos individuais realizados pela equipe de psicologia eram insuficientes na abordagem ao paciente com transtorno mental. Esses, muitas vezes, resistentes à abordagem individual, relutância à interação, dificuldade de relacionar-se internamente, déficit com ações voltadas para o respeito e limites diante do espaço do outro. Com a implementação das oficinas, percebeu-se que os beneficiários sentiram-se mais calmos e confiantes quanto ao tratamento disponibilizado pela instituição. Percebeu-se também, que a colaboração e o respeito ao próximo foram potencializados, sendo que em todas as atividades foram respeitadas a subjetividade e a capacidade de cada sujeito. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considerando a multidimensionalidade do cuidado, destaca-se que este trabalho foi realizado em parceria com Psicologia e Setor de Humanização da Assistência, buscando potencializar a integralidade

e a implementação do acolhimento humanizado. A aceitação dos cinco sentidos no processo de conhecimento, comunicação e compreensão humana é primordial para sensibilizar e socializar os indivíduos com de transtorno mentais. A oficina através dos cinco sentidos representa instrumento favorável à ressocialização e inserção dos pacientes em grupos, proporcionando trabalho em equipe, ressocialização atitudinal e melhora na forma de pensar em coletivo. Além disso, a realização das mesmas promove novas formas de produção em saúde e garante a integralidade do sujeito e a implementação do acolhimento humanizado através da valorização desses processos.

A TECNOLOGIA DE GRUPO COMO DISPOSITIVO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIAS E VIVÊNCIAS

Priscila da Silva Matias, Adriana Botelho Rodrigues, Elisângela Fernandes Casal, Marcela Caldas Oliveira de Andrade

Palavras-chave: Promoção da saúde, prática profissional, Estratégia Saúde da Família

Apresentação: Este estudo caracteriza-se como relato de experiência. Tem como objetivos relatar as experiências das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) do município de Duque de Caxias/RJ, nos grupos de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) e; descrever as percepções das ACS sobre o impacto dos grupos de saúde da ESF, na produção do cuidado dos usuários adscritos no território de abrangência da Unidade. A promoção da Saúde ganha destaque em 1994, quando a ESF torna-se um analisador da quebra do paradigma da saúde. Forma um dos eixos que compõem a integralidade da assistência em saúde e, uma das formas de promovê-la é através de grupos. A

prática grupal, que qualquer profissional pode conduzir, precisa ser melhor estudada, pois impacta na vida de quem a promove e dos usuários que participam. Assim, as ações desenvolvidas em relação à saúde-doença devem propor um modo de cuidado e produção de vida, mas não imposição dos hábitos de vida. **Método:** Relato de experiência de 03 ACS que conduzem os grupos – uma delas com formação de educadora física – supervisionados por 01 enfermeira, pertencentes a uma ESF, localizada no bairro Jardim Anhangá, Duque de Caxias, região da Baixada Fluminense, /RJ. Pensou-se na estruturação de 02 grupos: um de atividade física, e outro, de artesanato. Ambos abarcam usuários do território de qualquer idade. O primeiro, coordenado pela ACS educadora física, objetiva amenizar os impactos de doenças, melhorar o condicionamento físico e incentivar a melhoria da qualidade de vida dos participantes. São utilizados alguns colchonetes, bastões e o corpo. O segundo, conduzido por outras 02 ACS, utiliza materiais de papelaria, recicláveis – caixas de leite, rolos de papel higiênico/papel toalha, retalhos de tecido – quites de costura e a criatividade. Ambos os grupos funcionam como espaço integrador, de escuta, de troca, descontração e aprendizagem. **Resultados:** A participação dos usuários e a procura nos grupos têm crescido. Apesar das falhas existentes na saúde pública e, conseqüentemente, na Unidade, os usuários acreditam no serviço que hoje oferece um espaço e momentos de interagir, descontração, participar de ações que o bairro não oferece. A importância do grupo tem sido vista pelas profissionais como resgatadora da autoimagem e autoestima dos usuários promovendo a valorização pessoal e a singularidade do ser. Os impactos percebidos no trabalho e na vida das ACS são de satisfação, realização profissional, experiência gratificante,

enriquecedora que proporciona novas experiências de vida, aprendizado, quebra da rotina institucionalizada e de paradigmas do processo saúde-doença. **Considerações finais:** Estruturar um grupo de saúde sem a perspectiva de abordagem na doença e seu controle ainda é tarefa árdua, pois muito do modelo positivista ainda encontra-se arraigado no saber-fazer dos profissionais da saúde. Para se obter êxito na “adesão” aos grupos e às propostas terapêuticas a construção da grupalidade se faz imprescindível. É no encontro que surgem as diferenças, as contradições, que podem levar a construção de novas relações “e à construção de um espaço de maior autonomia” e produção de cuidado, produção de vida.

A TERAPIA COMUNITÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO: EXPERIÊNCIA COM UMA USUÁRIA DE DROGA

Adriana Dias Silva, Maria Silva Cavalcante

Palavras-chave: Drogas, Estratégia de Cuidado, Terapia Comunitária

APRESENTAÇÃO: A terapia comunitária como estratégia de cuidado: experiência com uma usuária de droga. A assistência em saúde mental vem, portanto, se orientando para o redimensionamento de seus serviços e ações do âmbito institucional para o psicossocial, comunitário e regionalizado (CARVALHO et al.). A terapia comunitária integrativa além de oferecer um espaço aberto para a troca de experiências favorece e fortalece a criação de vínculos e o resgate da autonomia dos indivíduos por facilitar a transformação de carências em competências que os tornarão capazes de resignificar momentos de dores e perdas a partir da sabedoria ali adquirida (KANTORSKI, 2011). Este relato de experiência ocorreu por intermédio do trabalho comunitário em uma Unidade

Básica de Saúde num dos distritos de Porto Velho/RO, com uma usuária que fazia uso casual de drogas, e que foi estimulada por seu companheiro para este uso. Através das reuniões promovidas pela terapia comunitária foi possível permitir a esta mulher a oportunidade e o reconhecimento da importância de abandonar as drogas. Este fato foi relatado pela própria usuária quando em uma das reuniões ela concluiu que preferia ser uma “rainha e não uma mendiga de si”. Atualmente ela encontra-se separada do seu companheiro e exercendo suas atividades normais. Foi possível então concluir que há vários tipos de pessoas que utilizam as drogas, e que a terapia comunitária proporcionou em um território rodeado por drogas, prostituição e pobreza, como assim se desenhava o distrito deste relato, no momento áureo da construção das usinas de Jirau e Santo Antônio em Rondônia, que a terapia integrativa funcionou como resgate em um ambiente de alta vulnerabilidade à ação das drogas.

A TERRITORIALIZAÇÃO COMO FERRAMENTA DE VÍNCULO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A COMUNIDADE: VER-SUS CENTRO-SUL PIAUIENSE

Tiago da Rocha Oliveira, Danielle de Sousa Leal, Fábio Loiola da Silva, Jéssica Cristina Moraes de Araujo, Érika Gracy Diniz Sousa, Letícia Cabral Ibiapina

APRESENTAÇÃO: O VER-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde) proporciona aos estudantes conhecer a realidade do SUS, desconstruir e ressignificar o conceito de saúde. Um dos processos vivenciados no VER-SUS é a territorialização, ferramenta que possibilita o conhecimento das condições de vida e da situação de saúde de uma população, observando suas relações com o ambiente e o acesso às ações e serviços de saúde. É

um instrumento primordial para a iniciação do vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade, permitindo que os estudantes e profissionais da saúde conheçam a realidade que a comunidade está inserida. Além desse processo possibilitar a análise da situação de saúde, o mesmo facilita o planejamento e a implantação de ações estratégicas, que irão acontecer de acordo com a realidade local. Dessa forma, o estudo objetiva relatar uma experiência e afetações de uma territorialização realizada durante o programa VER-SUS Centro-Sul Piauiense. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A territorialização foi realizada dia 07 de agosto de 2015, com as ACS (Agente Comunitária de Saúde) da unidade básica de saúde Morada do Sol que se localiza em um bairro carente do município de Picos-PI. O bairro apresenta um relevo acidentado e de difícil acesso, sem asfaltamento e saneamento, bem como dispositivos de lazer. A violência e drogas possuem influência no cotidiano dessa comunidade, assim como as várias crenças configuram-se como fortes atores sociais. **RESULTADOS:** Durante a visita foi possível perceber os problemas de saúde relacionados às condições e hábitos de vida, e observar o contexto socioeconômico e cultural da comunidade. O diálogo com as ACS foi indispensável para conhecer a dinâmica social existente naquela comunidade. Foram observados casos de abandono à pessoa idosa, alcoolismo e idosos que não procuravam atendimento devido à difícil locomoção dentro do bairro, dentre outros casos. O reconhecimento do território e suas particularidades são de fundamental importância para a caracterização da população e dos seus agravos de saúde, além de aproximar os profissionais de saúde da realidade da população, o que permite a criação dos primeiros vínculos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Percebeu-se que a territorialização é, de fato, uma ferramenta

imprescindível para a análise da situação de saúde da comunidade, uma vez que permite o levantamento de informações que só podem ser obtidas quando há o conhecimento do território, assim como a reorganização dos serviços e práticas de saúde. Também contribui para uma aproximação com a realidade, permite uma corresponsabilização dos trabalhadores, bem como a criação do vínculo entre equipe de saúde e população, sendo possível assim o planejamento de ações de acordo com a necessidade da comunidade.

A UTILIZAÇÃO DA PALHAÇOTERAPIA EM AMBIENTE HOSPITALAR: ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE INFANTIL

Vanessa Peres Cardoso Pimentel, Teresa Kariny Pontes Barroso, Patricia Alves Maia, Clarissa Coelho Vieira Magalhães, Gustavo Rodrigo Sousa Silva, Mara Milvia Pontes Melo Resende

Palavras-chave: Profissionais da Saúde, Promoção da Saúde, Palhaçoterapia

INTRODUÇÃO: O desenvolvimento humano é um processo de crescimento importante, onde acontecem o surgimento de características de cada ser humano e a fase infantil é um momento de grandes transformações físicas, sociais e psíquicas. Quando o organismo infantil desestabiliza e o torna sensível e vulnerável a doenças, o processo de hospitalização é quase inevitável, fazendo com que este, seja o ambiente mais adequado, onde possibilita cuidados especializados para uma rápida reabilitação. Nesse momento, a criança está excluída do seu ambiente familiar, longe dos amigos, impossibilitada de momentos alegres, como brincar e os sentimentos de estresse e tristeza começam a surgir e por vezes, dificulta no desenvolvimento

de determinados cuidados. A utilização do palhaço como ferramenta na palhaçoterapia é uma estratégia de interação e comunicação efetiva ao mundo infantil. Ele é capaz de satirizar as fragilidades presentes, deixando-as mais leves e ajudando no processo de promoção e humanização. Ser profissional da Saúde é além de encontrar e cuidar das doenças ou ter um domínio técnico e científico afiado. É a arte de distinguir a criança que está buscando seu amparo, através da construção do sorriso. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de profissionais da saúde com a figura do palhaço no processo de humanização e promoção à saúde Infantil. **METODOLOGIA:** Estudo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado em uma Instituição de Saúde Pública em Fortaleza-CE no período de Agosto, Setembro e Outubro de 2015, durante programa de voluntariado através do vínculo de uma organização não governamental. **RESULTADOS:** Ao chegar à instituição, ocorre concentração em um local reservado para a construção do palhaço. A equipe é dividida de acordo com o número de quartos e leitos ocupados em trio ou dupla. São instruídas algumas regras no momento do ato, como lavar as mãos ao chegar ao setor, quando entrar no quarto e ao sair, não encostar-se aos leitos, não brincar com a criança no chão, realizar assepsia dos materiais utilizados na interação possibilitando o contato com a criança, não oferecer doces e se divertir bastante. As atividades utilizadas são de acordo com a idade e interação que a criança apresenta, sempre identificando com as enfermeiras responsáveis, as debilidades especiais como quarto em isolamento, utilização de sondas ou catereres. As atividades utilizadas são através do ludismo com musicoterapia, mágica, contações de história, bolinhas de sabão, adereços como fantoches, bichinhos de plástico e entre outros. É notório o avanço em determinados quadros como

choro se torna alegria, a falta de fome se torna em fome, a contenção no leite se torna em uma viagem no mundo mágico e a timidez se torna em desinibição e sombra dos palhaços até o final do ato. **CONCLUSÃO:** Sendo assim, perceber o outro, requer uma atitude intensamente humana e promover a humanização requer entender e reconhecer valores, deveres e direitos das relações e do cuidado ao outro. O palhaço, desde suas origens e significados, podem estar inseridos dentro de um contexto hospitalar e seus benefícios ao próximo, transmitindo sorriso, alegria e atenção de forma humanizada ao ser fragilizado.

A VISITA DOMICILIAR COMO AÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA NO ÂMBITO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Elina Alice Alves de Lima Pereira, Íris de Souza Abílio, Gabriella Nayara Siqueira de Lima, Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Visita Domiciliar, Relações Comunidade-Instituição,

O Programa de Extensão “Práticas Integrais de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (PINAB)”, vinculado aos Departamentos de Nutrição e Promoção da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, atuante nas comunidades do bairro do Cristo Redentor, João Pessoa-PB, se inspira nos princípios teóricos-metodológicos da Educação Popular propostos por Paulo Freire. Envolve graduandos de diversos cursos e dispõe das seguintes frentes de ação: Horta, Puericultura, Espaço de Diálogo, Hiperdia, Saúde Mental, Idosos e Escola, construídas junto aos comunitários; profissionais, residentes médicos e multiprofissionais da Unidade de Saúde da Família do território;

estudantes e docentes coordenadores. Além desses espaços, há reuniões semanais organizativas, de formação e planejamento com a comunidade e as visitas domiciliares (VD), que iremos destacar neste resumo. As VD são realizadas semanalmente, por duplas de extensionistas. As casas são selecionadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), lideranças comunitárias ou através de nossa aproximação com os usuários. Cada visita possui duração de aproximadamente uma hora. A VD consiste em uma estratégia que envolve, dentre suas intencionalidades, a promoção da saúde, o cuidado, criação de vínculos e uma formação humanizada aos futuros profissionais. Nessa perspectiva, tem como objetivo favorecer, mediante o diálogo e compartilhamento de experiências, o empoderamento dos sujeitos comunitários e acadêmicos. Assim, através de uma visão holística, buscamos valorizar o contexto sociocultural e econômico das famílias, enfatizando desde as relações interpessoais e as singularidades, até aspectos mais abrangentes como: condições de trabalho, alimentação, moradia, educação, cultura e justiça. Aliado a isso, as visitas têm funcionado também como canal de comunicação que potencializa a divulgação do PINAB e a participação da comunidade junto às suas dimensões. Durante os encontros, não costumamos seguir um roteiro pré-fixado de perguntas e respostas, tampouco apenas, centrar na “doença” ou agravantes. Deixamos fluir todos os assuntos, contribuimos onde percebemos que podemos intervir, conversamos sobre histórias vividas, e gradativamente vamos estreitando os laços e conseqüentemente amenizando “dores” relacionadas as subjetividades que envolvem a solidão, depressão e recordações desagradáveis. Há desafios e fragilidades no processo, tais como a descontinuidade e ruptura do processo, geradas pela rotatividade dos extensionistas devido à imposição da

carga horária obrigatória da graduação; os dilemas referentes à intencionalidade da visita, onde por vezes, nos questionamos sobre: priorizar a dimensão da formação de um profissional mais humanizado ou o estímulo à participação das famílias visitadas nas frentes de ação, nos espaços e equipamentos sociais que favoreçam a luta pelos direitos em direção à transformação da realidade local, a promoção da saúde e equidade. Considerando os propósitos do PINAB, optamos por articular essas duas dimensões no âmbito das visitas. Nesse contexto, a VD insiste no caráter dinamizador de alternativas para situações cotidianas, estimulando as famílias a levarem suas demandas aos conselhos locais de saúde e/ou outros fóruns populares, no sentido de incentivar a mobilização comunitária. Tal experiência tem possibilitado aos extensionistas a aproximação em um território em situação de vulnerabilidade, propiciando o empoderamento e uma formação crítico-reflexiva, gerando profissionais comprometidos com a sociedade e com o trabalho na atenção básica em saúde.

ABORDAGEM AO TABAGISMO NA COMUNIDADE: UMA INTERVENÇÃO MOTIVACIONAL REALIZADA EM FORTALEZA-CEARÁ

Maria Luíza Rocha Barreto de Carvalho, Adriana Ferreira de Menezes, Cristiano José da Silva, Gemimma de Paiva Rêgo, Jocileide Sales Campos, Luciana Rodrigues Cordeiro, Risolinda Rodolfo de Sá Batista, Cristiane Nascimento de Aguiar Rodrigues

Palavras-chave: Hábito de Fumar, Promoção da Saúde, Estratégia Saúde da Família

O presente relato de experiência tem por objeto de estudo a abordagem ao tabagista dentro do território de atuação de uma

equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Fortaleza-Ceará, com foco na cessação do hábito de fumar e na promoção da saúde. Os objetivos desta intervenção foram: realizar ações interdisciplinares de promoção da saúde com foco no tabagismo; formar um grupo de apoio educativo e motivacional para fumantes que têm o desejo de cessar o hábito; contribuir para a prevenção de agravos tabaco-relacionados, melhoria da qualidade de vida e estímulo a hábitos saudáveis; e realizar a integração Ensino-Serviço sob a ótica do trabalho, tendo como meta a construção do cuidado em saúde. Os sujeitos envolvidos na ação foram: dentista e Agente Comunitário de Saúde (ACS) de uma equipe da ESF; Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF); coordenadora da rede de apoio ao tabagismo da Secretaria Regional III de Fortaleza-Ceará; além de estudantes e facilitadoras da disciplina “Estágio Supervisionado no SUS” do curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará (UFC). Como parte do percurso metodológico da experiência, realizou-se a busca ativa para o câncer de boca, buscando identificar lesões suspeitas. Além disso, foi aplicado o “Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina” entre os tabagistas presentes. A ação ocorreu em dois momentos, com a formação de grupos em espaços do território, nos quais os participantes, em roda de conversa, foram empoderados a trocar experiências uns com os outros a respeito da vivência com o tabaco. Foi envolvido um total de vinte usuários participantes. A estratégia fortaleceu as ações intersetoriais entre a ESF, Universidade e gestão; suscitou nos estudantes de odontologia a importância da prática interdisciplinar de promoção de saúde no território; e estimulou o diálogo dos participantes tabagistas, reflexão, troca de experiências e empoderamento de responsabilidades, com foco no desejo de parar de fumar. A ação teve como

resultado a formação de um grupo de apoio motivacional sistemático. Em avaliação realizada entre os tabagistas, foram muitas as expectativas criadas no processo de cessação do hábito. Para os profissionais e estagiários, houve consenso que a experiência trouxe aprendizado para todos os sujeitos. A integração do conhecimento científico da Universidade com o saber popular fortaleceu as ações. Por fim, considera-se que a busca pela saúde se torna a motivação principal no processo de abandono do consumo do tabaco, evidenciando a consciência que cada fumante tem dos malefícios desta prática. Recomenda-se, portanto, o estímulo a ações de promoção da saúde e valorização do saber popular no território, fortalecendo o vínculo da equipe de saúde da família com a comunidade assistida, a gestão, as entidades intersetoriais e as instituições universitárias parceiras.

ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL NO COMBATE A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES DO PROJETO DANTS

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

A Hipertensão Arterial (HA) é uma das doenças com maior prevalência no mundo moderno, devido à grande maioria das pessoas sedentárias apresentarem essa doença e não irem busca de um tratamento não farmacológico. A HA representa uma das maiores causas de morbidade cardiovascular no Brasil e acomete 15% a 20% da população adulta, possuindo também considerável prevalência em crianças e adolescentes. Através de um planejamento multidisciplinar é possível estabelecer prioridades e definir ações de combate a HA que deverão ser desempenhadas para

alcançar resultados necessários para o bom serviço de saúde dos pacientes do Projeto DANTS do município de Uruguaiana-RS. Através do Planejamento alguns fatores determinantes sociais e econômicos foram destacados, entre eles a falta de interesse da comunidade sobre a doença; os determinantes culturais e comportamentais destacam-se o sedentarismo, os maus hábitos alimentares e a obesidade. Através destes dados, o presente trabalho tem como objetivo primordial diminuir os índices de HA dos pacientes, propiciando um estilo de vida saudável e bem estar, através de acompanhamentos multiprofissionais, em ações coerentes, conforme critérios epidemiológicos, éticos, econômicos e sociais, de modo a atender à responsabilidade sanitária da Estratégia da Saúde da Família. Os efeitos benéficos dos exercícios físicos e um bom acompanhamento multiprofissional é um meio eficiente no tratamento do controle da HA dos indivíduos, podendo haver uma diminuição do uso de fármacos ou até mesmo servir como tratamento deste paciente. Através deste planejamento, a Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana-RS, através do Projeto DANTS, realiza pesquisas e estudos sobre o tema, onde evidências acumuladas nos últimos anos mostram que as condutas não-medicamentosas devem ser a estratégia inicial para o tratamento de indivíduos com sobrepeso e hipertensão leve a moderada. Desta forma, modificações no estilo de vida, incluindo exercícios físicos, são recomendadas no tratamento da hipertensão arterial. Através destes dados o objetivo deste trabalho é demonstrar a importância da prática de exercícios físicos no controle da PA de um indivíduo hipertenso, levando em consideração os benefícios adquiridos com atividades físicas direcionadas à melhora da qualidade de vida dos mesmos. A pesquisa concluída recentemente pelo DANTS, nos mostra a verificação da Pressão arterial de quarenta

e cinco (45) pacientes do projeto durante as atividades gratuitas, proporcionadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Uruguaiana, em alguma ESF, o critério de permanência dos pacientes no estudo, foi à frequência ininterrupta deste usuário durante os cinco (05) anos de atividades. Nesta pesquisa, foi verificada a pressão arterial destes pacientes antes de todas as aulas de ginásticas do projeto durante os cinco anos. Através desta verificação, podemos destacar que no ano de dois mil e dez (2010), tínhamos a seguinte classificação, 05 (11,11%) pacientes encontravam-se com Pressão Normal; 08 (17,77%) dos pacientes tinham Pressão Normal Limítrofe; já 13 (28,88%) encontravam-se com Hipertensão Leve; outros 17 (37,77%) dos pacientes com Hipertensão Moderada; e 02 (4,44%) dos pacientes do Projeto encontravam-se com Hipertensão Grave. No final do estudo, no ano de dois mil e quinze (2015), podemos destacar o nível da Pressão Normal que teve um aumento de 05 (11,11%), para 33 (73,33%) dos pacientes; já o nível da Hipertensão Leve, teve uma diminuição de 13 (28,88%), para 06 (13,33%) dos pacientes; destacamos ainda, que 19 (42,21%) dos pacientes em 2010, que estavam nos grupos de maiores riscos, sendo eles de Hipertensão Moderada e Grave, foi eliminado desde o ano de 2013, aumentando assim o número de participantes que conseguiram normalizar a sua Pressão Arterial. Através desta pesquisa, destacamos que o exercício físico desempenha importante função nos indivíduos que apresentam HA leve ou moderado, pois pode reduzir a dose dos fármacos anti-hipertensivos até que o mesmo consiga regularizar e manter sua PA fora da área de risco. A adição de atividade física, sendo ela planejada e estruturada por um profissional habilitado, que tem por objetivo a melhoria e manutenção de um ou mais componentes da aptidão física, ao programa de perda de peso acelera essa perda intensificada a redução da PA. Uma

adição de até mesmo uma caminhada diária de 20 minutos pode reduzir o risco de hipertensão. Compreende-se que em muitos casos as medidas farmacológicas foram substituídas pelas medidas não farmacológicas, como é o caso dos programas de atividades físicas que são recomendadas para pacientes com HA sistêmica leve. Em indivíduos hipertensos, reduções clinicamente significativas na PA podem ser conseguidas através de programas moderados de exercícios físicos melhorando assim a qualidade de vida dos hipertensos e diminuindo o número da mortalidade por essa causa. Enfim, podemos concluir que os efeitos benéficos dos exercícios físicos, é um meio eficiente no tratamento do controle da PA do indivíduo hipertenso, podendo haver uma diminuição no uso de fármacos ou até mesmo servir como tratamento deste paciente. Observamos a real importância do exercício físico em sujeitos portadores de hipertensão arterial, demonstrando a diminuição de números pressóricos e se praticado regularmente tem um controle na pressão arterial, diminuindo o tratamento farmacológico e pode se chegar ao tratamento apenas com exercícios físicos. Foi visto que os portadores de hipertensão podem fazer exercícios aeróbicos e anaeróbicos desde que sejam orientados por profissionais adequados que tenham conhecimento amplo da sua área. Os fatores que elevam a hipertensão e o mecanismo para evitar essa doença, que vem cada vez mais aumentando no mundo inteiro.

AÇÃO EDUCATIVA SOBRE ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS COM ADOLESCENTES

Suellen Aparecida Vinci Carlos, Elisana Lima Rodrigues, Ana Rita de Oliveira Tucan, Giovana Eliza Pegolo

Palavras-chave: Adolescentes, Alimentos industrializados, Educação Alimentar e Nutricional

APRESENTAÇÃO: A adolescência é caracterizada por intensas mudanças, especialmente em relação aos hábitos alimentares, influenciadas pela família, amigos, mídia, valores sociais e culturais. Neste contexto, a abordagem de temas relacionados a adoção de hábitos alimentares saudáveis representa um desafio e, ao mesmo tempo, a possibilidade imediata de empoderamento sobre alimentação e promoção da saúde. Acredita-se que informações sobre alimentação e nutrição pautadas em conhecimento científico e implementadas por meio de técnicas interativas proporcionem conhecimento adequado, que por sua vez, resultará em melhorias no comportamento alimentar e na prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis na vida adulta, principalmente do excesso de peso e comorbidades associadas. O objetivo desta ação foi informar adolescentes sobre quantidades de sal, açúcar e óleo/gordura de alimentos industrializados frequentemente consumidos neste estágio da vida. **Desenvolvimento:** A ação foi realizada com adolescentes, de ambos os sexos, com idades entre 13 e 15 anos (n=30) de uma escola pública de Campo Grande (MS), em um único momento. Inicialmente foi aplicado um questionário sobre frequência de consumo de alimentos industrializados com o intuito de investigar a realidade desse grupo e nortear futuras atividades educativas. Em seguida realizou-se um diálogo sobre as quantidades de sal, açúcar e óleo/gordura encontrado nos alimentos a fim de despertar o interesse para o tema. As informações nutricionais apresentadas na embalagem constituíram o tema central desta ação. Foram discutidos os seguintes aspectos: relevância nutricional dos alimentos in natura; escolhas baseadas

em alimentos com menor quantidade de açúcar, sódio e óleo/gordura; e quantidade de nutrientes por porção. Os adolescentes foram convidados a participar de uma dinâmica conduzida da seguinte forma: foram dispostos em uma mesa alguns alimentos industrializados e quantidades de sal, açúcar e óleo; para cada alimento indicar as quantidades de sal, açúcar e óleo. Ao final, revelou-se as quantidades reais presentes nos alimentos e a consequência do consumo excessivo ao longo do tempo. **RESULTADOS E IMPACTOS:** Foi possível constatar a reação de surpresa dos adolescentes com as quantidades de sal, açúcar e óleo/gordura contidos nos alimentos. Muitos adolescentes manifestaram conhecimento sobre as consequências à saúde. Em relação à frequência de consumo dos alimentos industrializados podem ser destacados os seguintes resultados: 16% e 19% dos adolescentes relataram consumo de chocolate e biscoito recheado, respectivamente, 1 vez/dia; 14% e 16% ingeriam suco de caixinha/lata ou refrigerante, 1 vez/dia; e 14% e 16% dos adolescentes relataram consumir macarrão instantâneo e salgadinho de milho 5 vezes/semana. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A maioria dos adolescentes demonstrou interesse em relação à adoção de hábitos alimentares mais saudáveis e redução de consumo de alimentos industrializados, considerado expressivo neste grupo. Contudo, cabe mencionar que muitos adolescentes não participaram da dinâmica e não expressaram intenção de mudança de hábito. De forma geral, esta experiência possibilitou a constatação de lacunas e/ou ausência de conhecimento em relação à composição nutricional. Espera-se que ocorra redução na frequência de consumo de alimentos industrializados. Para tanto, sugere-se a inclusão de atividades educativas de forma contínua, baseadas na problematização, ou seja, considerando as realidades e demandas de cada público-alvo.

AÇÃO EDUCATIVA SOBRE RAIVA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOTAFOGO

Silvana Alves do Espirito Santo, Rosimar Dias, Ana Paula Sales

APRESENTAÇÃO: O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência das discentes na prevenção da raiva, orientar sobre a importância da prevenção e informar sobre as ações do serviço de saúde na prevenção e tratamento das doenças transmitidas por animais domésticos como cães e gatos. **METODOLOGIA:** No primeiro dia na UBSF do Botafogo colocamos uma caixinha de sugestão para a comunidade sugerir os temas que seriam abordados nos próximos dias. A partir daí então um dos temas mais solicitados foi sobre a raiva, pois no bairro haviam muitos cachorros soltos nas ruas e a comunidade gostaria de saber um pouco mais sobre a raiva. Achamos de extrema importância à própria comunidade escolher o tema, pois muitas vezes levamos assuntos que já estão cansados de ver e acabam nem prestando atenção. O ambiente foi preparado para atrair a atenção da população causando curiosidade e questionamentos, colocamos balões presos ao chão com perguntas do tema e patinhas colocadas no piso que levavam para a ação. Durante a ação houve interação os participantes estouravam o balão e respondiam as perguntas sendo recompensado com uma lembrança do evento. Fizemos uma roda de conversa e falamos sobre a patogênese da infecção pelo vírus da raiva, epidemiologia, síndromes clínicas e diagnóstico laboratorial. Houve contribuição tanto dos acadêmicos, professora e também da comunidade participante que falou sobre a experiência de vida relacionada ao tema abordado. **Resultados e/ou impactos:** Obtivemos uma boa aceitação do público presente em torno de 25 pessoas. Houve participação significativa durante a

interação e questionamentos. No final da ação o público se mostrou satisfeito com as informações obtidas e as relacionavam com experiências vividas. **Considerações finais:** Na ação educativa tivemos um retorno positivo, através das avaliações que realizamos percebemos que houve um aprendizado significativo e que aquelas pessoas se conscientizaram sobre a gravidade da doença.

ACESSO DO SURDO A ATENÇÃO A SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DO TRADUTOR E INTERPRETE DA LÍNGUA DE SINAIS PARA A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

Márcia Fernanda de Mello Mendes, Rosângela Pavlack Cardoso, Cristina Laguna, Ademilde Irene Petzold Prado, Guilherme Brandt de Oliveira

Palavras-chave: SUS, libras, Acesso à Saúde

Este trabalho tem por objetivo problematizar o acesso à atenção em saúde da pessoa surda a partir de um relato de experiência de trabalhadores do Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS) - Campus Alvorada. O IFRS é uma instituição de ensino federal que tem por missão oferecer educação profissional, de forma hierarquizada e de acordo com a demanda local. Sendo assim, o IFRS – campus Alvorada oferta cursos nos eixos: Desenvolvimento educacional, Social, Saúde e Meio Ambiente. O Curso Técnico de Tradutor e Interprete de Libras tem dado visibilidade às necessidades das pessoas surdas e, assim, demonstrada fragilidades do Sistema Único de Saúde (SUS) para efetivar seus princípios e diretrizes como a falta do tradutor e interprete da língua de sinais (TILS). O SUS é um sistema universal e equânime, no entanto, é difícil pensar que ele realmente seja assim quando pautamos o acolhimento de surdos. Os profissionais de saúde, em geral, não estão qualificados

para entender a Linguagem Brasileira de Sinais (Libras) e são raros os municípios que disponibilizam interpretes. Uma experiência vivida no IFRS – campus Alvorada foi com a Cátia (nome fictício) que é surda e apresenta dificuldade nas relações familiares. Cátia realizava uma série de consultas na rede municipal de saúde, mas não se sentia cuidada e atendida nas suas necessidades. Ela tem um longo percurso nos serviços de saúde e da assistência, sendo acompanhada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), pela Saúde Mental e pelo Centro de Referência em Assistência Social, também tem história de internação psiquiátrica. Até o início do ano de 2015, ela comparecia as consultas com a sua mãe, porém, como mencionado anteriormente, há um conflito familiar que hoje mantém a mãe afastada dela por medida protetiva. A mãe (com dificuldade de relacionamento com a filha) que sempre ocupou o papel da “voz e ouvido” da Cátia, mesmo que muitas vezes possa ter dito o que pensava da filha ao invés de falar o que a Cátia estava dizendo. Devido à medida protetiva de afastamento da mãe, Cátia pede para que uma TILS a acompanhe nas consultas, neste momento ela demonstrava desorganização e ansiedade, relatava sintomas psicóticos e dificuldades com o sono. O caso é discutido com a ESF, as consultas são reagendadas e Cátia passa a ser acompanhada por uma TILS nos atendimentos. No seu relato, diz que pela primeira vez se sentiu ouvida pelo serviço de saúde pode dizer o que sentia o que precisava e como via seu próprio tratamento. Ela segue em acompanhamento, de forma aderente, apontando à equipe de saúde, através da TILS, as dificuldades que encontra com a medicação. Esta experiência certamente não é única, muitos surdos encontram dificuldade de serem atendidos nas suas necessidades. Quantos procedimentos inadequados já podem ter sido realizados? No caso de Cátia, uma questão que fica é se

suas internações psiquiátricas foram a partir de uma necessidade real ou pelo relato que a mãe fez dela e ela foi submetida sem condições de defender-se?

AÇÕES FACILITADORAS DE IDENTIFICAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE FISSURAS LABIOPALATINAS PELA APS

Lilium Rafaelle Souza da Silva, Airiane Monteiro Barbosa, Gisele Reis Dias

Palavras-chave: fissuras labiopalatinas, identificação, acompanhamento, aps

APRESENTAÇÃO: Em Nova Olinda do Norte o Núcleo de Apoio a Saúde da Família elaborou um projeto terapêutico singular com ações facilitadoras de identificação e acompanhamento de usuários com fissuras labiopalatinas tendo como finalidade proporcionar melhorias na qualidade de vida pré e pós cirúrgica com suporte multidisciplinar como enfrentamento da exclusão social pela qual esses usuários são vítimas frequentes ao longo de suas vidas. Inicialmente foram elaboradas oficinas de educação permanente nas unidades básicas de saúde para os agentes comunitários de saúde da zona urbana e em seguida foi realizado um encontro para uma oficina com todos os agentes da zona rural visando a mesma capacitação para todos os profissionais com o objetivo de empedrá-los sobre o conceito, os tipos de fissuras, etiologias, sinais, consequências psicossociais e o tratamento multiprofissional para a identificação dos casos em cada área de abrangência. Após a identificação pelo agente comunitário de saúde o usuário é encaminhado ao atendimento médico e/ou de enfermagem na unidade básica de saúde de referência para avaliação clínica e solicitações de exames de rotina, em seguida o paciente é referenciado para a equipe de saúde

bucal e para o núcleo de apoio a saúde da família onde fará o primeiro atendimento com o serviço de fonoaudiologia para avaliação e acompanhamento pré cirúrgico e havendo necessidade é encaminhado para o serviço de nutrição e de psicologia. Depois do resultado dos exames clínicos o médico encaminha através do SISREG para o tratamento cirúrgico e no retorno desse usuário, continua o acompanhamento pelo serviço de fonoaudiologia do núcleo de apoio a saúde da família e demais profissionais de acordo com a necessidade. A iniciativa do projeto possibilitou a muitos usuários a compreensão da fissura como uma má formação e suas possibilidades de tratamento. Infelizmente a maioria dos pacientes são de famílias com pouca ou sem condições financeiras que desconhecem os benefícios que o SUS pode lhe proporcionar e muitas nunca ouviram falar em tratamento, portanto é possível concluir a importância dessa iniciativa para o rastreamento e cuidados com esse público levando em conta todos os prejuízos que esses usuários são submetidos ao longo de suas vidas, os quais vão além dos aspectos físicos adentrando num aspecto bem mais difícil de reverter as sequelas pois as dores que uma criança sente pela rejeição de um olhar podem ser bem piores do que sua aparência física e são marcas que penetram a alma e são levadas por toda uma vida comprometendo possivelmente toda a estrutura psicossocial desse cidadão.

AÇÕES INTERSETORIAIS PARA O FORTALECIMENTO DE GRUPOS DE AUTOCUIDADO EM HANSENÍASE

Danielle Christine Moura dos Santos, Raphaela Delmondes do Nascimento, Laura Esteves Pereira, Paloma Maranhão Ferreira Silva, Gildo Bernardo, Rejane Almeida, Margarida Maria Araújo, Duane Hinders

Palavras-chave: Autocuidado, hanseníase, intersetorial

APRESENTAÇÃO: O grupo de autocuidado (GAC) é formado por um grupo de pessoas com necessidades e interesses similares que buscam o conhecimento e empoderamento para cuidarem de seus problemas por meio do apoio do grupo. É um espaço que permite a troca de experiências e o fortalecimento do indivíduo por meio do apoio do grupo. As práticas de autocuidado visam melhorar a qualidade de vida da pessoa acometida pela hanseníase, estimulando o paciente a cuidar de si. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de implantação e fortalecimento de grupos de autocuidado em hanseníase. **DESENVOLVIMENTO:** Este é um relato de experiência do projeto de extensão universitária “Práticas de autocuidado em hanseníase: reabilitação física e psicossocial”, que desde 2014 promove implantação e fortalecimento de GAC na região metropolitana de Recife. O projeto é desenvolvido em conjunto ao movimento social MORHAN – Movimento de reintegração das pessoas atingidas pela hanseníase, Secretaria Estadual de Saúde e é financiado por uma entidade Holandesa, Netherlands Hanseniasis Relief. Realizou-se a capacitação de 40 profissionais de saúde para implantação de GAC, e vem realizando o monitoramento das atividades de três GACs que já estão em atividade nos serviços de saúde. Utilizaram-se instrumentos de monitoramento da evolução dos pacientes (a partir de dados clínicos como grau de incapacidade, escores de escalas de atividades diárias, participação social e qualidade de vida) e desenvolvimento dos GAC (frequência, temas das reuniões, diário de campo), também é realizada a distribuição de material para o autocuidado dos pacientes e para o desenvolvimento das atividades dos grupos. **RESULTADOS:** Os GACs realizam encontros periódicos com os

pacientes, que podem variar de 15 dias a um mês. A média de participantes é entre 10 e 15, com diversas idades (de 14 a 69 anos), e com cerca de 90% com capacidade instalada. Os grupos são coordenados por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e psicólogas que em conjunto discutem as necessidades e demandas dos pacientes. Os temas discutidos são: doença, o tratamento, a prevenção de incapacidades, as reações hansênicas, enfrentamento do preconceito e garantia de direitos. Nesses encontros as dúvidas e angustias dos pacientes em relação a doença são externadas e os coordenadores dos grupos, em conjunto com os outros participantes esclarecem as dúvidas e propõem alternativas para a superação das situações citadas. Nos encontros, os participantes dos GACs se mostram bastante interessados e participativos, contribuindo com as discussões e expondo suas opiniões sobre os temas propostos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os GAC são importantes para os pacientes, pois compartilham experiências e dúvidas, e promovem a educação em saúde com foco na prevenção de incapacidades ou diminuição da evolução da capacidade já instalada. É um momento de aprendizado e de empoderamento para que realizem o autocuidado de forma efetiva, trazendo, assim, uma melhora na qualidade de vida destes pacientes. E como projeto de extensão, além da contribuição com a comunidade (população, profissionais e governo) vem contribuindo para a formação acadêmica em enfermagem voltada para uma das doenças mais prevalentes no Brasil através da atuação em conjunto com diversas instituições.

ACOLHIMENTO AO USUÁRIO POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA POLICLÍNICA DE TAUÁ-CE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luana Kelly Oliveira Souza Mendonça, Edivânia Rolim Tavares, Gláucia Rodrigues Machado

Palavras-chave: Acolhimento, Policlínica, Humanização

O presente estudo trata-se de um relato de experiência da implantação do Acolhimento ao usuário, na Policlínica Dr. Frutuoso Gomes de Freitas em Tauá – CE. O Acolhimento, enquanto diretriz da Política Nacional de Humanização é uma postura ética e um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Desta forma, após reflexão da equipe da Policlínica de Tauá em relação à qualidade dos serviços prestados à comunidade, decidiu-se por implantar o Acolhimento ao usuário, com o objetivo de humanizar e reorganizar os serviços da unidade. O objetivo deste estudo é apresentar como se deu essa experiência e quais os principais resultados obtidos. A metodologia utilizada foi desenvolvida através de reunião de planejamento, realização de oficina de acolhimento para toda a equipe, inclusive os profissionais que não atuam diretamente na assistência à saúde do usuário, mas que podem contribuir para que este se sinta acolhido no serviço de saúde, encontros para monitoramento e avaliação da ação. O acolhimento ao usuário é realizado diariamente por um profissional de saúde, que acolhe os usuários antes da recepção, fornecendo as primeiras orientações, tirando dúvidas e fazendo uma escuta qualificada das demandas dos mesmos. A implantação do Acolhimento favoreceu a interação mais humanizada e solidária da equipe, usuários e comunidade. Consideramos que a maneira

como o usuário é acolhido ao acessar o serviço é parte da assistência à saúde, e determina o êxito do processo de cuidado. Portanto é fundamental estarmos atentos ao “caminho” percorrido pelo usuário, desde sua chegada ao serviço de saúde, qual a porta de entrada, quem o recebe, como se dá as orientações, o atendimento e para onde ele vai após o atendimento, em todas as etapas o usuário deve se sentir bem acolhido.

ACOLHIMENTO COMO BOA PRÁTICA NA ABORDAGEM AOS VISITANTES DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE BELO HORIZONTE, MG

Rafaella Augusta Rodrigues Palhano, Luciana Alves Silveira Monteiro, Jaqueline Marques Lara Barata

Palavras-chave: Acolhimento, Política Nacional de Humanização, Unidade de Terapia Intensiva

APRESENTAÇÃO: A Política Nacional de Humanização tem como uma de suas diretrizes o acolhimento, que se caracteriza pelo modo como os processos de trabalho em saúde são operados, ouvir os usuários e assumir uma postura capaz de acolher leva o profissional a pactuar respostas e transmitir a segurança e a tranquilidade que a família do beneficiário procura, por meio de informações, o que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos beneficiários com as equipes. Ressalta-se que é importante que o profissional realize o acolhimento no momento da chegada do visitante/usuário pelo fato do setor de terapia intensiva ser um setor que gera sentimentos de aflição e angústia. O projeto tem por objetivo acolher os visitantes do setor de terapia intensiva

de forma humanizada dentro das diretrizes da Política Nacional de Humanização a partir de sua chegada, abordando os familiares na porta de entrada da unidade. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre a importância do acolhimento como boa prática na abordagem aos visitantes em uma unidade de terapia intensiva. Os visitantes são abordados no hall de entrada da referida unidade, onde são realizadas orientações quanto a biossegurança tanto individual, quanto as melhores formas de aproximação dos pacientes. Além disso, são repassadas rotinas do setor de terapia intensiva, a dinâmica do serviço e os visitantes são incentivados a manter uma postura positiva e otimista. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Com a execução do projeto, houve oficinas de sensibilização com os profissionais da unidade de terapia intensiva, abordando a recepção do usuário de forma humanizada e a presença de um profissional, acolhendo os visitantes na porta de entrada da unidade, ressalta-se que em três meses de execução do projeto, houve uma abordagem de 2211 usuários que chegam a unidade para a visita na parte da tarde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O acolhimento humanizado na unidade de terapia intensiva implica em prestar um atendimento resolutivo a fim de facilitar a chegada da família a unidade, além de criar uma relação de confiança entre a família e a equipe, de modo que o profissional atue de maneira holística no cuidado e tratamento do paciente, podendo ainda distinguir insegurança e medo na família, manter a inserção social do paciente durante toda a sua internação além de colher dados do contexto de vida do beneficiário, o que promove uma atenção integral durante sua internação.

ACOLHIMENTO DOS NOVOS TRABALHADORES: UMA ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAR A INSERÇÃO DE PROFISSIONAIS NO SUS-CAMPINAS

Aloide Ladeia Guimarães

Palavras-chave: inserção, processo trabalho

APRESENTAÇÃO: Apesar dos resultados positivos, desde a implantação do SUS, há na sociedade brasileira a disseminação da concepção de que o SUS é um sistema para os pobres e que é uma política pública de resultados duvidosos. Nesse contexto é comum que os trabalhadores ao ingressarem no SUS tragam consigo concepções, vindas do senso comum que contribuem para um julgamento depreciativo do sistema e uma baixa valorização do próprio trabalho no qual estão ingressando. Isso contribui para a dificuldade de adaptação dos novos trabalhadores e para um elevado grau de sofrimento de muitos deles. O projeto do Acolhimento dos Novos Trabalhadores tem como objetivo contribuir para um ingresso humanizado do trabalhador na rede, diminuindo as dificuldades de adaptação e ampliando o grau de compreensão do contexto no qual ele passará a fazer parte. O projeto tem também o objetivo de oferecer instrumentos que facilitem o desenvolvimento do trabalho de qualidade dentro dos princípios do SUS.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O Centro de Educação dos Trabalhadores de Saúde – CETS, órgão da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas – SMS, vem há mais de uma década coordenando o processo da recepção dos novos trabalhadores que ingressam no SUS-Campinas. A partir de 2006, considerando a experiência acumulada, teve início um processo de qualificação do Acolhimento, envolvendo três espaços de gestão da instituição: central, distrital e local. O nível central, através do CETS desenvolve Oficinas, com

duração 12 horas, onde se discutem os temas: Princípios e Diretrizes do SUS; Rede de Saúde de Campinas; Modelo Assistencial e Principais Instrumentos de Trabalho. Aos Distritos cabe propiciar o conhecimento das características regionais quanto a indicadores demográficos, socioeconômicos e de saúde, o conhecimento dos serviços de sua área de abrangência e promover a integração dos trabalhadores. Ao nível local cabe a tarefa de desenvolver junto com os trabalhadores as atividades de dispersão, que visam o conhecimento do território, características locais, estrutura, funcionamento da unidade e equipe do serviço, além da integração do novo trabalhador com sua equipe e com os usuários. Como instrumento facilitador foi criado um Guia, construído para cada área de atuação, de forma a abordar as diferentes tecnologias e especificidades do trabalho. Esse guia contém informações fundamentais para o desenvolvimento do trabalho e itens de informação que o trabalhador irá coletar em serviço nas atividades de dispersão.

RESULTADOS: Desde 2006, passaram pelo processo de Acolhimento mais de 2.000 profissionais, os quais junto com gestores dos serviços avaliam o processo como uma estratégia concreta, através da qual podemos facilitar a adaptação de quem ingressa na rede e propiciar a sua aproximação contribuindo para maior motivação no trabalho e compreensão do modelo assistencial proposto para o município de Campinas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com o processo fomos aprendendo sobre as maiores demandas dos novos trabalhadores ao entrarem no SUS e aprimorando tanto o conteúdo trabalhado nas Oficinas como os Guias. Os guias, que inicialmente eram elaborados por categoria profissional, tem se firmado como potente instrumento para a inserção de profissionais de diferentes categorias nos diferentes pontos da rede de atenção.

ACOLHIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lais Fernanda Alves dos Santos, Camila Tozaki Rodrigues, Priscila Maria Marchetti Fiorin, Eliane Fagundes de Almeida, Simone Cristina Barbosa Gonçalves

Apresentação: Em todo e qualquer contato com pessoas faz-se necessário a reavaliação permanente dos serviços oferecidos, a fim de que este esteja sempre aprimorando sua qualidade, contexto vivenciado pelos serviços de saúde nas redes de atenção primária. Neste mesmo contexto, a política de humanização pauta esses serviços, por meio de ferramentas que facilitam vínculos e corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Portanto, toda e qualquer prática centrada no usuário tem como principais necessidades o acolhimento, a responsabilização, a resolução e autonomia. Principalmente o acolhimento, pois este é considerado porta de entrada, integração aos demais níveis do sistema, e coordenação do fluxo de atenção. Dessa forma, o trabalho teve como objetivo demonstrar a importância e a aplicação do acolhimento nos serviços de saúde.

Descrição da experiência: Este trabalho foi desenvolvido e realizado em uma Unidade Básica de Saúde do município de Campo Grande-MS. Por meio de observação e entrevistas com os funcionários, foi identificada uma lacuna entre o conceito e a aplicação do acolhimento na assistência oferecida pelos funcionários daquela unidade, a qual apontou falta de comunicação e organização nos serviços entre funcionários da Unidade Básica e a comunidade. Visto que a origem desta lacuna se dava pelo conhecimento e as estratégias de aplicação do mesmo, foi utilizado como base temas da Caderneta de Acolhimento a Demanda Espontânea, material disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Os quais foram aplicados por meio

de situações e problematização de casos, estruturados em forma de diálogos apoiados na troca de experiências profissionais e vivências. Estes temas foram trabalhados com a equipe de saúde, em rodas de conversas no auditório da unidade, no período de junho de 2015. Resultados e/ou impactos: Após esta atividade foi possível visualizar por meio das discussões e trocas de experiências a ampliação do conceito de acolhimento e humanização pela equipe de saúde. Além de permitir a visualização destes conceitos nas práticas do dia a dia, o olhar para o serviço compartilhado e fortalecimento do vínculo entre a equipe da saúde e os usuários do serviço. Considerações finais: Sendo assim, o acolhimento é uma forte ferramenta para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, além trazer questionamentos quanto ao processo de trabalho. Portanto, torna-se essencial a reflexão ética das situações-problemas do cotidiano dos serviços básicos de saúde, para que os limites sejam superados, as atitudes sejam reavaliadas e para que haja a construção de uma nova prática na atenção à saúde.

AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE PROMOTORAS DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: AGENTES DE TRANSFORMAÇÃO

Fabiana Aparecida Oliboni Minuzzo, Daniel Canavese de Oliveira

A Unidade de Saúde da Família (USF) Estrada dos Alpes, no município de Porto Alegre/RS, há aproximadamente dois anos passou pelo processo de conversão do modelo de atenção de Unidade Básica de Saúde (UBS) para USF. Desde então, a equipe vem passando por diversas transformações a fim de se adaptar ao novo modelo de atenção. Destas mudanças, centraliza suas

discussões para organização do processo de trabalho, tendo o acolhimento aos usuários como modo essencial para acesso às ações ofertadas pelo serviço. A equipe se organiza seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), procurando orientar suas ações para a universalidade do acesso, humanização, equidade e participação social. Além do acesso, portas abertas, a partir do acolhimento/escuta, a equipe concentra também suas ações para continuidade do processo de cadastramento dos moradores do território. As atividades referentes à territorialização são constantemente discutidas em equipe, ficando a cargo das agentes comunitárias de saúde (ACS) o processo de cadastramento in loco. Através das informações coletadas nas visitas domiciliares foi construído um mapa falante, que representa a situação de saúde dos moradores adscritos, identificando grupos prioritários e particularidades de território. A consolidação do processo de cadastramento neste momento assume papel norteador para o planejamento das ações de saúde da equipe, visto que também depende dos indicadores de saúde e identificação dos grupos mais vulneráveis para organizar ações de saúde àqueles que mais necessitam. A partir deste contexto e do trabalho para conhecimento da situação de saúde do território a equipe realiza reuniões semanais para discutir o processo de trabalho a fim de qualificar as ações e vínculo com seus usuários. Também faz parte da rotina atividades de educação permanente, como oficinas e rodas de conversa, para discutir assuntos pertinentes ao cotidiano de trabalho. Em consonância com as orientações para organização do trabalho, através de documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), agrega-se neste momento o estudo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). A particularidade de inserção

desta política nas discussões da equipe refere-se à necessidade de ações voltadas a esta população, visto que os indicadores de saúde da população negra demonstram indicadores negativos em relação aos indicadores da população branca. Além da população geral do território que se auto declara de raça e cor negra, cabe ressaltar a existência da população quilombola moradora no território. Em função da realidade constatada, o presente trabalho pretende apresentar as ações que vem sendo planejadas e realizadas pelas ACS, que são Promotoras da saúde da população negra, capacitadas por curso oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA). Algumas das ações preconizadas consistem na sensibilização da equipe, através das atividades de educação permanente, incluindo discussões sobre PNSIPN, quesito raça e cor, racismo institucional, avaliação de indicadores de saúde e planejamento de ações, em conjunto com a equipe, que visem priorizar as condições de acesso e qualidade da atenção à saúde da população negra do território.

AGROTÓXICOS E OS SEUS RESÍDUOS TÓXICOS NOS ALIMENTOS: REVISÃO DE LITERATURA

Thainara Fontoura Brandolt da Rocha, Suzete Marchetto Claus

Palavras-chave: Agroquímicos, Substâncias prejudiciais à saúde, Alimentos

APRESENTAÇÃO: Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, o arroz (84%), o café (79%), e o feijão (72,8%) foram os alimentos com maiores prevalências de consumo pela população brasileira, conforme registro alimentar. Esses dados de consumo são importantes,

pois esses alimentos, além de terem o maior consumo por essa população são também os mais expostos ao uso de agrotóxicos para a sua produção. Os efeitos à saúde mais descritos na literatura são: oncogênicos, neurotóxicos, hepatotóxicos, nefrotóxicos, teratogênicos, diminuidores da fertilidade, alergias, cataratas, entre outros. O objetivo foi avaliar quais os agrotóxicos mais utilizados para a produção de alimentos consumidos pela população e os seus resíduos tóxicos. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de uma revisão bibliográfica na base de dados do PubMed a partir do Mesh termos, não sendo utilizado nenhum tipo de filtro. As palavras utilizadas foram: "PesticideResidues", "Pesticides" ou "Herbicides", "FoodQuality" e "Eating". RESULTADOS: Foram incluídos 11 estudos. Sendo que quatro deles avaliaram a exposição de agrotóxicos em humanos, os outros sete avaliaram a exposição/resíduo tóxico dos agrotóxicos nos alimentos. Todos os estudos observaram grande quantidade de agrotóxicos ou resíduos, especialmente do grupo dos organofosforados, nos alimentos consumidos pelas populações avaliadas, ou maior exposição a estes. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir dos resultados obtidos nessa revisão bibliográfica evidencia-se que os agrotóxicos mais utilizados para consumo e também os mais estudados, são do grupo dos organofosforados. Existe uma grande exposição de diferentes populações (crianças, adultos) em diversos países como Israel, Brasil, Estados Unidos da América, Emirados Árabes, Sérvia e a Coreia a pesticidas, tanto ambiental, quanto nos alimentos. Cabe aos profissionais da saúde, orientar os seus pacientes quanto a condições mais seguras de consumo desses alimentos.

ALEITAMENTO MATERNO EM UM HOSPITAL ESCOLA AMIGO DA CRIANÇA: EXPERIÊNCIAS DE DOZE ANOS DE CERTIFICAÇÃO

Sandie Lauren Kahl Mueller Kovalski, Thiago Pereira Kovalski, Regina Helena Medeiros, Maira de Carli, Priscila Oliveira

Palavras-chave: Aleitamento materno, hospital amigo da criança, certificação

INTRODUÇÃO: O aleitamento natural é de fundamental importância para a saúde da criança e conseqüentemente para a saúde da mãe. A amamentação é de extrema importância ao bebê, todavia o desmame precoce prevalece no Brasil. OBJETIVO: Descrever a experiência da prática do Aleitamento Materno (AM) em um hospital amigo da criança. MÉTODOS: Relato de experiência de um Hospital Escola (HE) certificado pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança, segundo critérios da Portaria Nº 155, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. Esses dados foram obtidos através de registros documentais no período de janeiro de 2014. Foram elencados quatro momentos facilitadores da certificação de hospital amigo da criança: Capacitações, Grupos Operativos com incentivo à amamentação no binômio mãe-bebê, Auditorias Internas e Acompanhamento e apoio na alta hospitalar com o programa "Acolhe Bebê", em seguimento ambulatorial. RESULTADOS / CAPACITAÇÕES: Foram realizados três cursos por ano sobre AM incluindo servidores, alunos e professores, com carga horária de 20 horas, entre teoria e prática, onde foram abordados os princípios e a importância do AM, a técnica de amamentação, cuidados com as mamas, entre outros. Grupos operativos com incentivo a amamentação no binômio mãe-bebê: os enfermeiros e médicos realizavam

diariamente orientações teóricas e práticas as mães sobre AM à beira-leito, buscando resolver dúvidas. Auditorias internas: são realizadas 60 auditorias por mês, cumprindo com o protocolo de AM a cada puérpera, segundo o Ministério da Saúde. As questões mais relevantes são descritas: “O recém-nascido sugou na sala de recuperação? Na prescrição médica consta o AM? A evolução médica e de enfermagem evidencia AM? Recebeu orientação quanto ordenha? Existe na prescrição orientação quanto à pega e a ordenha? Recebeu orientações sobre SOS AM e complicações de mama? A consulta pelo “Acolhe bebê” foi agendada? Apoio na alta hospitalar com o programa “Acolhe Bebê” em seguimento ambulatorial? Os pais recebem folders explicativos sobre aleitamento materno?” Antes da alta hospitalar são agendadas consultas no ambulatório do HE para mãe e bebê com apoio as condições clínicas dos mesmos, e, avaliação da continuidade do programa de AM pelos pais e/ou responsáveis, bem como encaminhamento para as unidades básicas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com este programa de AM foi possível identificar as causas do desmame precoce e intervir com as mães que apresentam este risco, em nível hospitalar e no seguimento ambulatorial até o sétimo dia de vida, onde será realizada a primeira consulta ambulatorial, através do programa “acolhe bebê”. A adesão dos profissionais e mães evidenciou-se satisfatoriamente, tendo em vista que desde 2002 o HE vem mantendo a certificação de Iniciativa Hospital Amigo da Criança do binômio mãe-filho, pelo Ministério da Saúde. Essa experiência positiva de 12 anos de certificação demonstra a importância do trabalho realizado por uma equipe multidisciplinar. O incentivo ao aleitamento materno desenvolvido no HE cumpre com os objetivos de referência em todos os níveis de assistência materno-infantil. Contribuindo para a melhoria dos índices de AM, evitando o desmame precoce. Contudo,

esforços são necessários para que se possam atingir as metas preconizadas pela OMS nos diferentes níveis de assistência na linha de cuidado materno-infantil.

ANÁLISE DO PERFIL COGNITIVO DE PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS (ILPI) DE SANTA MARIA-RS

Camila Amaro Corrêa, Rafaela Oliveira Machado Guerra Paim

Palavras-chave: ILPI, institucionalização, idoso

APRESENTAÇÃO: No Brasil, assim como em âmbito mundial, há um acelerado aumento da população de idosos, todavia, diferente dos países desenvolvidos onde o envelhecimento populacional aconteceu gradualmente e acompanhou-se um crescimento econômico ocorreu uma sobrecarga no setor previdenciário e aumento em demandas como: serviços sociais, saúde e assistência sanitária. A partir desse crescimento no número de idosos, muitas famílias, não tendo condições de ampará-los, acabam encaminhando-os à institucionalização. Dessa forma, locais como as chamadas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) surgem como um local de acolhimento para pessoas com mais de 60 anos que possuem ou não algum grau de dependência e necessitam de um cuidado integral. O processo de Institucionalização é encarado por muitos idosos como a perda de liberdade, causa sentimentos como tensão, angústia, desespero e insegurança e acelera e/ou acentua a velocidade das perdas funcionais dos idosos, forçando assim o declínio das funções físicas e cognitivas. OBJETIVO: Analisar o perfil cognitivo de pacientes institucionalizados de uma ILPI na cidade de Santa Maria, RS. METODOLOGIA:

Desenvolveu-se uma pesquisa do tipo descritiva, com uma população de 32 hóspedes institucionalizados em uma ILPI na cidade de Santa Maria, RS. A amostra foi constituída por 29 indivíduos, sendo 20 do sexo feminino e 9 do sexo masculino, os quais responderam ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Foram excluídos três hóspedes, pois não apresentavam nível de consciência para responderem as perguntas. O MEEM avalia os domínios de orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, registros, atenção e cálculo, lembrança ou memória de evocação e linguagem. Este é um instrumento reconhecido internacionalmente para a avaliação do estado cognitivo. O teste possui um escore de 30 pontos, no qual o ponto de corte considera a escolaridade dos avaliados, adotando-se 19 pontos para analfabetos, 23 pontos para 1 a 3 anos de escolaridade, 24 pontos para 4 a 7 anos de escolaridade e 28 pontos para mais do que 7 anos de escolaridade. RESULTADOS: Foram avaliados 29 hóspedes, sendo que 68,96% eram mulheres e 31,04% da amostra eram homens, a média e desvio padrão da idade (em anos) dos hóspedes foram de 67,97±17,27; a média e desvio padrão do tempo (em meses) de permanência na ILPI entre os atuais hóspedes foram de 10,1±6,3. Em relação ao estado mental avaliado pelo MEEM encontramos como resultados 96,55% dos hóspedes apresentaram déficit cognitivo. A área de Atenção e Cálculo obteve o pior resultado, pois apenas um hóspede conseguiu realizar a tarefa com êxito. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Observou-se uma grande incidência de déficits cognitivos dentre os institucionalizados. Dessa forma, além da preocupação que esse tema gera, deve haver uma posterior intervenção com relação à adaptação do idoso na ILPI, assim, sugere-se a continuidade de novos estudos que busquem a importância de estimular os institucionalizados em todas as suas áreas.

ANÁLISE DO PERFIL DOS ADOLESCENTES DO NESA QUE ESTÃO INSERIDOS NO PROJETO ALIMENTO É SAÚDE

Regina Marcia Rangel de Oliveira, Miriam Peres de Moura, Ivanilda Vitoriano de Figueredo, Juliane Escascela Garcia, Julia Correa Moreira

Palavras-chave: Saúde, Adolescente, voluntariado

O Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente-NESA da Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ é uma referência nacional na atenção integral à saúde do adolescente e jovem e está organizado segundo os níveis de atenção primária, secundária e terciária. Desenvolve suas ações por meio de Programas e Projetos, articulando ensino, assistência, pesquisa e extensão, através de equipe multidisciplinar, composto por diversos profissionais: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros. Constitui-se num importante campo de formação profissional e de produção de conhecimento na atenção integral à saúde do adolescente e na construção de políticas públicas. O “Projeto Alimento é Saúde”, coordenado pelo voluntariado do HUPE há mais de 10 anos, consiste na distribuição de bolsas de alimentos mensais aos usuários dos diversos programas do HUPE, numa concepção ampliada de saúde, visa através da doação de alimento reduzir os danos causados pela falta deste no processo saúde doença. Para inclusão no Projeto os adolescentes são encaminhados por equipe multiprofissional ou demanda espontânea. O Serviço Social faz uma avaliação, visando à inclusão dos adolescentes no projeto e aqueles incluídos no programa permanecem por três meses e são reavaliados após esse período. Para entendermos melhor essa demanda, tivemos como objetivo principal traçar o perfil desses usuários e de suas

famílias, e com isso, repensar os critérios de inclusão e reavaliação e as possibilidades de atuação com essas famílias de forma integrada às políticas sociais. Desta forma, utilizou-se como Metodologia de Pesquisa a entrevista social, através de questionário semiestruturado, com análise de 20 entrevistas. A pesquisa foi realizada no mês de janeiro de 2015, através da análise do perfil dos usuários incluídos até dois anos anteriores a essa data. O projeto fornece até 20 cestas de alimento aos adolescentes e seus familiares que são atendidos no NESAs. E tem como critérios de inclusão a renda, ou seja, famílias em vulnerabilidade social pela hipossuficiência econômica. Analisando o perfil desses adolescentes: 60% tinham entre 16 e 17 anos. 85% do sexo masculino e 15% do sexo feminino; 80% moravam no Município do Rio de Janeiro e 20% na Baixada Fluminense. A maioria dos adolescentes tinha incompatibilidade entre série e idade. Já em relação à composição familiar, 70% possuem até 5 membros. Sendo que 25% apresentam renda familiar de até um salário mínimo- S/M; 35% de 1 a 2 S/M; 10% de 2 a 4 S/M. Na permanência no Projeto, 55% tinham de 1 a 2 anos; 20% de seis meses a um ano e 25% até seis meses. Após análise do perfil verificamos que as famílias permanecem no programa por longo tempo, apesar da proposta do voluntariado ser de apenas três meses, não verificamos uma mudança significativa nas condições econômicas das famílias, que permitissem a saída do projeto. Apesar de grande parte das famílias estarem incluídas em programas de transferência de renda, como BPC e Bolsa Família, concluímos que a dificuldade de acesso a direitos fundamentais se dá pela falta de políticas sociais direcionadas a esta população que consigam dar conta de suas reais necessidades.

ARTE SUAVE: A INSERÇÃO DO JIU-JITSU NA PROMOÇÃO DE SAÚDE E EDUCAÇÃO DAS CRIANÇAS APOIADAS PELO NASF CELSO DANIEL

Thais Pola Baptista Coelho, Wainer Rodrigues, Elaine Santana, Erika Ferreira Lima, Vivian Vieira, Lucimar Lima, Timoteo Cardoso Oliveira, Lucas Guilherme Landim, Vanderlei Almeida

Palavras-chave: atenção básica, NASF, práticas integrativas

APRESENTAÇÃO: Através da análise das demandas relacionadas ao sedentarismo, violência (doméstica e sexual), déficit de atenção, transtorno de hiperatividade, obesidade, bullying, baixa estima e mau comportamento, a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Após a discussão com a Estratégia Saúde da Família (ESF) decidiu utilizar a Arte Marcial JiuJitsu, como ferramenta de acesso e formação dos jovens da área de abrangência da Unidades de Saúde Celso Daniel e UBS Jardim Santa Luzia, situados em Guaianases na zona leste do município de São Paulo. Essa região, segundo dados do último censo apresenta índices de extrema pobreza e vulnerabilidade social (IDH 0,748 – 94^o entre os 96 distritos do Município de São Paulo). A implantação do grupo teve como finalidade agregar valores através do esporte; com efeitos na família, escola e comunidade. Entre eles educar e formar indivíduos, com determinação, respeito e disciplina; resgatar a autoestima das crianças permitindo que eles disseminem uma cultura de paz em sua família e comunidade, melhorar a atenção e concentração no ambiente escolar e tornar o acesso e cuidado em saúde mais atrativo para o público infantil. O JiuJitsu tem características integrativas, já que trabalha as questões do respeito às diferenças, dos limites e da inclusão social. No aspecto físico, promove o aumento da capacidade

cardiorrespiratória e vascular, assim como a otimização da resistência muscular localizada, da força, da flexibilidade e da agilidade. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO** – O grupo é multiprofissional e ocorre semanalmente, com a facilitação do educador físico do NASF e demais integrantes como a assistente social, nutricionista, dois Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e um auxiliar administrativo. A ação é destinada a pacientes de ambos os sexos, com idade entre 08 e 14 anos, que necessitam de orientação, cuidado específico, olhar ampliado e direcionamento para rede sócio assistencial. A porta de entrada do grupo é após a discussão do caso em reunião ESF+NASF, visitas ou consultas e discussão do caso, a permanência no grupo depende da avaliação trazida pelos pais sobre o comportamento domiciliar e escolar. **Resultado**– É possível observar uma capilarização do aprendizado no tatame para os âmbitos familiares, sociais e escolares. Isso é observado nos relatos dos pais, durante as reuniões bimestrais realizadas na presença dos filhos e nas falas dos professores durante as visitas aos equipamentos escolares. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O aprendizado extravasa aquele cercado pelo tatame, pois as crianças são tratadas e preparadas para enfrentar os combates do seu dia a dia e assim, conseguem promover mudanças também nos espaços que estão inseridas. Entendendo que as crianças são as figuras sociais que mais apresentam a possibilidade de transformação e que, segundo um dos valores marciais, de quem luta não briga, a maior conquista desta ação é a luta pela vida e por uma sociedade mais saudável.

ARTICULANDO REDES: EM BUSCA DE UM CAMINHO IDEAL NO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA/RS

Denise Maia Leão, Bruna Cristiane Furtado Gomes

Palavras-chave: Gestão em saúde, Rede de apoio social, Detecção do Abuso de Substâncias

Rede de atenção pressupõe conexões e comunicações. Quando se pensa no percurso itinerário que o usuário percorre em uma rede de saúde, incluímos a assistência social, entidades comunitárias, redes não necessariamente inseridas no sistema de saúde, mas que de alguma forma participam desta, garantindo assistência às necessidades de saúde do usuário. Por meio de realização de diagnóstico da rede de serviços de atenção ao uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas, nos eixos de cuidado, prevenção e autoridade. Trata-se de relato de experiência que objetivou fomentar atuações articuladas e intersetoriais definindo ações referentes a essa problemática, seguindo a proposta do Projeto Piloto “Drogas: Articulando Redes”, desenvolvido na Região da Campanha e Fronteira Oeste do Estado. No ano de 2013, foram notificados 4.246 atendimentos a criança e adolescente em situação de vulnerabilidade social pelo conselho tutelar do município, onde no eixo vida e saúde, foi constatados 688 casos de drogadição, 261 casos de agressão, 1.146 casos de conflitos familiares. Diante deste cenário avalia-se drogadição e a violência infanto juvenil como um problema real de saúde pública para nos trabalhadores da fronteira oeste. O programa “Articulando Redes” é resultado da união entre várias entidades, são elas: Famurs, Ministério Público, Governo do Estado - Secretaria de Segurança Pública, Assembleia Legislativa, Instituto Crack Nem Pensar e o Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade. De maneira mensal ocorrem reuniões para estudos de caso, troca de saberes e diálogo entre as entidades como alternativas para enfrentar o problema no município de Uruguaiana. Construíram-se fluxogramas organizativos visando seguimento de atendimento para

que as informações não sejam perdidas e ocorra a resolutividade nas ações, os setores envolvidos apresentaram seus serviços e suas potencialidades para ir além da prevenção e combate, que hoje é feita basicamente através de orientação nas escolas sobre drogadição e alcoolismo. Diante da análise de cenário realizada, e o conhecimento adquirido constatou-se que a fragilidade de atuação em redes de atenção à saúde, educação, assistência social, que vem ordenando um desfecho desfavorável em relação a estes encaminhamentos, produzindo ações fracionadas, incompletas, causa muitas vezes o trabalho redobrado, expondo de forma desnecessária o menor atendido, ou ainda não sendo efetivo em suas ações. Perpassa a internação psiquiátrica e tratamento de desintoxicação, a próxima etapa e dar continuidade no acompanhamento psicossocial do dependente químico após sair do tratamento. Percebe-se que para o desenvolvimento do cuidado continuado e articulado em redes se faz inadiável planejar fluxos com ações resolutivas das equipes, sendo elas de saúde, assistência social ou policial devem centrar-se no acolher, informar, atender e encaminhar para uma rede cuidadora que ampara. Espera-se construir um sistema de referência e contrarreferência, como um tramado de cuidados, e não com centralização numa hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais, permitindo a inclusão e a resolutividade ao usuário.

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Paula Fiorito, Clarissa Mello, Bernardo Cury, Cláudia Ferrari, Patrícia Cardoso, Leandro Soares, Joanna Chigres

Prevenir doenças, estimular hábitos saudáveis e tornar a saúde mais próxima do

dia a dia do cidadão, com orientações sobre campanhas, atividades e serviços oferecidos no Sistema Único de Saúde. Esse é um dos papéis da Assessoria de Comunicação Social (Ascom) como ferramenta fundamental de Promoção da Saúde. Para alcançar os objetivos, a Ascom é dividida em três núcleos: Comunicação Institucional, Comunicação Visual e Atendimento à Imprensa. O primeiro é responsável por trabalhar pautas especiais, comunicação interna e redes sociais, além de campanhas institucionais e projetos especiais. O segundo dá cor e vida aos materiais que são usados nas campanhas e informes. O terceiro núcleo é o responsável por trabalhar com promoção da saúde na grande imprensa (veículos impressos, online, rádio e televisão) e na mídia alternativa (jornais de bairros e blogs). A Ascom trabalha com público externo – população, formadores de opinião e internautas – e público interno (profissionais de saúde, agentes comunitários e outros). No entanto, o grande diferencial é o uso das mídias digitais como forma de divulgar e implementar políticas públicas de promoção da saúde – por meio de redes sociais, site e aplicativo, além de vídeos e TV Corporativa. As novas mídias promovem participação, engajamento e interação com a população, e permite que se faça uma contabilização dos resultados alcançados. Campanhas de vacinação e prevenção, como uso de preservativos e vacina contra HPV, por exemplo, alcançam um número até então inimaginável. Além disso, as redes permitem que o próprio cidadão seja um propagador de ações educativas e de promoção, por meio do compartilhamento. Além disso, os eventos e campanhas off-line promovidas pela Assessoria de Comunicação Social em parceria com outros departamentos da Secretaria Municipal de Saúde e outros órgãos da Prefeitura do Rio agregam valor e responsabilidade social aos participantes. Assim, as ações de Promoção

da Saúde promovidas pela Ascom vêm se consolidando como fundamentais na prevenção de doenças, na orientação à população e, principalmente, participação de órgãos públicos e parceiros institucionais em busca de melhor qualidade de vida para os cariocas.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES HIV+ NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO, CUIABÁ/MT

Liney Maria Araujo, Audrey Moura Mota Geronimo, Mara Rubia Garcia Badan

Palavras-chave: HIV/AIDS, Adesão ao tratamento, Atenção farmacêutica

As ações dos Farmacêuticos do Serviço de Assistência Especializada em IST/HIV/AIDS (SAE), do município de Cuiabá/MT, estão em constante movimento de readequação para melhor acolher os usuários que necessitam da introdução e/ou seguimento da Terapia Antirretroviral (TARV). Com a evolução dos estudos científicos em torno dessas temáticas, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), adesão e controle da epidemia, chegou-se na tão esperada dose única da terapia, também chamada “3 em 1”, conjugando três drogas em uma só pastilha e ao tratamento com TARV para pacientes diagnosticados com HIV. Este trabalho é um relato de experiência que analisa a importância da assistência farmacêutica na adesão à TARV Combinada “3 em 1” às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) no SAE de Cuiabá. A partir das novas estratégias voltadas ao tratamento de PVHA, a assistência farmacêutica se esmera, tentando observar precocemente as múltiplas particularidades demandada pelo paciente que dificultam a adesão, em especial distúrbios gastrointestinais, de labirinto, do sono e até notáveis sintomas

psicossomáticos, todos perfeitamente manejáveis pela equipe multiprofissional, com o intuito de dissipar a ideia de abandono ou uso parcial da terapia, garantindo plena adesão ao tratamento. A Unidade de Dispensação de Medicamento do SAE realizou no primeiro semestre de 2015 um total de 1.208 dispensas, sendo que 122 (10,9%) foram para pacientes virgens de TARV, particularmente com prescrição combinada. Como impacto positivo dessa nova possibilidade de tratamento, em consonância com os relatos de pacientes em uso de terapia dose única, está o fato de que a mesma ficou de fácil transporte, acondicionamento e viável para incorporar na rotina diária, gerando uma tranquilidade em tê-la no domicílio, o que anteriormente parecia impossível, situações que os distanciavam da adesão a TARV. Na ótica da equipe multiprofissional, há uma eficácia do tratamento, expressa nos níveis de supressão viral e visível melhora física da PVHA. Torna-se essencial e indiscutível a importância de valorizar o trabalho multiprofissional, já que busca identificar as lacunas que interferem no tratamento, prejudicando a devida adesão.

ASSISTÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO NO AMBIENTE HOSPITALAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Giselle de Santana Vilasboas Dantas, Tauane Fátima Silva Amaral, Antônio Souza Cruz, Marlúcia de Sousa Carvalho, Jaine Karenly da Silva, Magno Conceição das Mercês

Palavras-chave: Parto normal, Humanização da assistência, Relato de caso

Apresentação: No cenário brasileiro e mundial os altos níveis de cesariana, sem indicações específicas, contrariam a concepção natural e fisiológica do parto e contribuem para os elevados números

de morbimortalidade em mulheres e recém-nascidos. No Brasil, o Ministério da Saúde indica a realização do parto vaginal por profissionais habilitados mediante aplicação de técnicas embasadas em referencial teórico conciso. Portanto, avaliar o contexto da concepção torna-se importante para compreender o processo de humanização do parto, especialmente na unidade hospitalar. O objetivo foi identificar o papel dos enfermeiros (obstetras e plantonistas) e dos técnicos de enfermagem, durante a assistência ao parto vaginal, enfatizando a humanização da assistência. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos de enfermagem de uma universidade pública do interior baiano, que realizaram o estágio curricular supervisionado em um hospital regional do Sistema Único de Saúde entre os meses de março a abril de 2014. Para tanto, foram feitas leituras de livros, manuais, documentos jurídicos e artigos na base de dados da SCIELO para melhor descrição da temática. Resultados: Foi possível identificar em um período de dois meses a realização de seis partos vaginais, a atuação da equipe de enfermagem nesse momento e fatores importantes para a assistência ao parto humanizado. Foram identificados quatro aspectos negativos como: 1) a incompleta composição da equipe de saúde e execução do parto por técnicos de enfermagem sem supervisão direta de enfermeiros; 2) imprudência assistencial com o emprego da manobra de Kristeller que pode causar riscos para o binômio; 3) carência de diálogo e orientação no pré-parto aos acompanhantes; 4) ausência de um acompanhante durante o parto. O único aspecto positivo observado ocorreu durante o parto vaginal realizado pelo enfermeiro obstetra com o emprego da técnica correta. Considerações Finais: A estrutura organizacional da sala obstétrica limita a presença do acompanhante no

momento da concepção, contudo este fator não é esclarecido aos familiares previamente, deixando-os frustrados por não poder fornecer suporte emocional à mulher. O emprego da manobra de Kristeller foi frequente, principalmente, por um empoderamento médico, o que permite observar a fragilidade da liderança e supervisão do enfermeiro sobre a própria equipe. Desse modo, a humanização da assistência do ponto de vista físico e mental foi negligenciado quando houve a presença de um membro da equipe médica. Portanto, é necessário mudanças na gestão assistencial para que ocorra a ruptura de paradigmas, assim como, autonomia dos enfermeiros que enfrentam essa demanda de cuidados. Os discentes puderam aprimorar o conhecimento sobre a temática por meio da revisão de literatura e tornaram-se mais críticos sobre o real papel que pretendem desempenhar ao ingressar no mercado de trabalho, optando por um atendimento centrado na qualificação profissional, embasamento teórico, escuta sensível aos clientes e liderança da equipe de enfermagem.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA COMUNIDADE PASSO DO LONTRA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Sílvia Furtado de Oliveira, Ana Paula de Assis Sales, Rosely Almeida Souza

Apresentação: A região denominada Passo do Lontra, localizada no município de Corumbá/MS, conta com uma base de estudos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, onde são realizados atendimentos à população em todos os ciclos de vida por meio de equipes multiprofissionais formadas por acadêmicos de enfermagem, medicina, nutrição, farmácia e odontologia, bem como preceptores de cada uma destas áreas. Neste relato, tem-se por objetivo

descrever a experiência acadêmica da assistência de enfermagem prestada à comunidade ribeirinha como participante voluntária em um projeto de extensão. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um trabalho descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir do projeto de extensão “Enfermagem na Comunidade Passo do Lontra: caminhos do empoderamento” cujo objetivo é inserir o discente em um cenário de atenção primária de modo a desenvolver atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos de acordo com o perfil epidemiológico da população, atuando concomitantemente com acadêmicos de outros cursos com o intuito de prestar um cuidado holístico. A atuação da equipe de enfermagem é o primeiro elo do cliente com a equipe de saúde, sendo ela a responsável pela primeira abordagem ao cliente/família, realizando a consulta de enfermagem e encaminhando para os demais profissionais frente a outras necessidades descritas e averiguadas. Atividades conjuntas de educação em saúde e projeto terapêutico singular (PTS) são inclusos na prática assistencial à comunidade. Impactos: Durante os atendimentos foi possível observar uma intensa participação masculina, diferentemente do observado em populações urbanas em que já atuamos. No decorrer da consulta de enfermagem, os indivíduos se mostraram bastante receptivos e interessados em discutir os seus problemas de saúde e vida, compartilhando saberes e soluções com os acadêmicos e docentes. Obtivemos êxito com relação à realização da educação em saúde, constatado pelo interesse da população a respeito da temática abordada o que é muito positivo, permitindo às pessoas que se apropriem de informações que melhorem as suas condições de vida e saúde e, dessa maneira, promovam o autocuidado. Considerações finais: Assim, fica explícito que esse projeto

é de grande valia tanto para os discentes por permitir a integração da teoria com a prática quanto para os próprios habitantes da região por mitigar os impactos gerados pela limitação do acesso aos serviços de saúde a que estão submetidos. Neste processo é que se torna evidente a importância de vivenciar a experiência singular de participar do funcionamento de uma unidade que presta atendimento à população ribeirinha, especialmente pela oportunidade de estar inserido em um contexto sociocultural tão distinto e peculiar, permitindo (re) conhecer a realidade e as necessidades dessa comunidade.

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR COMPARTILHADA AO PACIENTE ACAMADO – INTEGRAÇÃO ENSINO SERVIÇO

Thanara dos Santos, Neilma Alves, Alana Galeano, Roberta Anastacio, Maria Aparecida Borges, Wilson Hiroshi

Palavras-chave: NASF, integração ensino-serviço, cuidado

O número de pacientes acamados, ou temporariamente restritos ao leito na área de abrangência do NASF Seminário, vem se mostrando crescente desde a sua implantação. Pelas mais variadas causas e de todas as faixas etárias, esses pacientes encontram-se em seus domicílios, necessitando da assistência que, quando é viabilizada, esbarra na dificuldade que o paciente tem de se transportar até o local onde ela acontece. Dessa forma, foi identificado no território um relevante número de casos onde a falta de assistência, bem como de estímulos e orientações adequadas, vinham agravando o quadro, aumentando fatores de riscos e as comorbidades. A partir dessa realidade, considerando o convênio SESAUC-UCDB, bem como a necessidade

de proporcionar vivências práticas aos acadêmicos de Fisioterapia do último semestre, pensou-se nessa proposta, com o objetivo de proporcionar assistência domiciliar semanal aos pacientes acamados ou temporariamente restritos ao leito. As equipes de saúde da família solicitam visitas domiciliares aos profissionais do NASF, as quais são realizadas junto com um profissional da equipe de referência. A partir desse primeiro contato e de posterior discussão do caso tanto com a equipe de referência quanto entre a Equipe NASF, foram elencados quais deles seria objeto de intervenção dos acadêmicos. Divididos em duplas, os acadêmicos realizam uma primeira visita com um profissional do Núcleo para apresentação e reconhecimento. A partir dessas, visitas semanais eram realizadas para avaliação e posterior proposta terapêutica e intervenção. Cada caso selecionado tinha sua pasta na UBSF, contento o instrumento de solicitação de visita preenchido pela Equipe, a ficha de avaliação dos acadêmicos, bem como a ficha de evolução, onde eram registrados todos os procedimentos realizados, sendo então discutido com um profissional da Unidade, contendo sua assinatura. Quinzenalmente a intervenção acadêmica era acompanhada por um profissional NASF e, ao final do semestre foi realizada uma reunião com todos os acadêmicos, docentes e profissionais do Núcleo. Nessa reunião eram discutidos os casos, quais deles tinham condição de “alta”, quais seriam os novos casos e quais deles teriam continuidade no próximo semestre. Cada dupla de acadêmico tinha um professor responsável (tutor). A partir das visitas de acompanhamento dos profissionais do Núcleo foi notória a resposta dos pacientes à intervenção proposta, com consequente progresso, com alguns deles tendo alta, outros conseguindo deslocarem-se até os locais de assistência (Clínica-Escola UCDB), casos em que os pacientes foram

inseridos em outras propostas (como no Projeto de Cognição desenvolvido pelo curso de psicologia da UCDB) e aqueles que continuaram sendo assistidos domiciliarmente, porém em condições bem superiores às iniciais. Essa experiência confirma mostra quão importante é a integração ensino-serviço e quanto às duas partes se beneficiam da proposta. O serviço por proporcionar ao usuário uma atenção da qual ele se faz merecedor e necessário, porém que muitas vezes não acontecem em função da elevada demanda existente, e ao ensino, por proporcionar campos de vivências aos acadêmicos, viabilizando uma formação mais humanista, baseada em vivências SUS.

ASSISTÊNCIA REALIZADA PELO ENFERMEIRO À GESTANTE HOSPITALIZADA E DIAGNOSTICADA COM DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ (DHEG): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mara Julyete Arraes Jardim, Jéssica Sâmia Silva Torres, Yara Nayá Lopes de Andrade

Palavras-chave: Gravidez de alto risco, Cuidados de enfermagem, Hipertensão induzida pela gravidez

Apresentação: A Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) pode ser definida como uma manifestação clínica e laboratorial resultante do aumento nos níveis pressóricos de uma gestante, previamente normotensa, a partir da vigésima semana de gestação, desaparecendo até oito semanas após o parto. É a complicação mais comum na gestação e constitui a primeira causa de mortalidade materna no ciclo gravídico puerperal. Baseado nesse contexto, os autores implementaram a assistência de enfermagem a uma gestante internada na Enfermaria Gestacional de Alto Risco (EGAR)

da Maternidade Marly Sarney na cidade de São Luís – MA, a qual tornou possível a elaboração desse relato de experiência com o objetivo de ressaltar a importância da assistência sistematizada realizada pelo enfermeiro nos casos de DHEG. Descrição da experiência: O estudo deu-se na maternidade, do dia 13 a 20 de março de 2014, somente após o consentimento da paciente. A primeira etapa da abordagem consistiu na coleta do histórico da gestante por meio da entrevista e exame físico. A segunda etapa foi a realização do diagnóstico de enfermagem. A partir dos resultados, elaborou-se o planejamento da assistência, contendo as prescrições de enfermagem. O passo seguinte foi implementar as ações, visando sempre o conforto e a evolução da paciente. Por fim, realizou-se a avaliação sistemática, a fim de observar os resultados e, caso necessário, refazer o planejamento. Resultados: A paciente deu entrada na maternidade com 20 semanas de gestação tópica, queixando-se de tontura e cefaléia, referiu ter apresentado quadro hipertensivo na sua primeira gestação e tem no histórico diabetes e hipertensão materna. Foi encaminhada à EGAR, diagnosticada com DHEG, apresentando pressão arterial elevada e proteinúria. Demonstrou-se sem expectativas em relação à sua evolução. Os diagnósticos de enfermagem estabelecidos foram: déficit de conhecimento, risco de dor aguda, medo relacionado à pré-eclampsia e estilo de vida sedentário. As ações envolveram o esclarecimento dos fatores de risco modificáveis, a busca por medidas não farmacológicas para o tratamento da dor, o encorajamento ao cumprimento das orientações médicas e o incentivo à prática diária de atividades físicas. No decorrer das avaliações, apresentou-se orientada, participativa e sem queixas. Aos exames físicos, os sinais vitais apresentaram-se normais, inclusive os valores pressóricos, e características fetais preservadas. No último dia de internação demonstrou-se animada,

devido à sua alta hospitalar, e determinada a seguir as recomendações para que o parto ocorresse sem intercorrências. Considerações finais: A realização desse estudo permitiu-nos concluir que a gestante diagnosticada com DHEG merece um olhar diferenciado do enfermeiro, que deve estar atento aos sinais e sintomas, além de esclarecer dúvidas durante o tratamento da patologia. É importante salientar que a DHEG não costuma determinar sequelas definitivas na mulher, mas pacientes com história pregressa provavelmente apresentam risco significativo de desenvolvê-la na próxima gravidez e essas mulheres precisam ser aconselhadas pelo enfermeiro a iniciar precocemente o pré-natal. Por fim, ressaltamos que controlar os riscos e incentivar uma educação contínua e abrangente são vias de ações que merecem maior enfoque do profissional de enfermagem na assistência à gestante diagnosticada com esse tipo de patologia.

ATENÇÃO À HANSENÍASE: UM OLHAR ALÉM DA AVALIAÇÃO DO PNISS

Marcos Vinícius Cataneo Pancieri, Patricia Rodrigues Sanine, Luceime Olivia Nunes, Elen Rose Lodeiro Castanheira

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Hanseníase, Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

APRESENTAÇÃO: A história da hanseníase no Brasil se cruza com a própria história do país, e consolida socialmente o estigma envolvendo a doença. A partir de 1962, com o fim da obrigatoriedade da internação compulsória, associado aos avanços tecnológicos na área da saúde, ao incentivo para o diagnóstico precoce e à descentralização do tratamento nos serviços de APS, estas instituições sofreram severas reduções no número de usuários. A

experiência de avaliação de um serviço asilar, vivenciada durante a execução da avaliação externa promovida pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), levantou inquietações sobre as razões da persistência do único estabelecimento asilar de hanseníase do estado de São Paulo e sobre a adequação dos instrumentos avaliativos para esse específico equipamento de saúde. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de um estabelecimento de saúde especializado em hanseníase, 100% SUS, localizado na região centro-oeste paulista. Em função do perfil do estabelecimento, muitos dos critérios de avaliação não se aplicaram e a singularidade de todo o ambiente associado à história da instituição, despertou um grande interesse em conhecer melhor sua estrutura e condições gerais de funcionamento. **RESULTADOS:** Fundado na década de 1930, iniciou suas atividades com cerca de 2.100 internos, entre homens, mulheres e crianças, rapidamente dobrou o número de internações. Apresenta atualmente uma estrutura de 118 leitos, além das residências domiciliares, e uma equipe composta por 29 médicos e 161 profissionais de diferentes áreas, como Enfermagem, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, entre outros. Com uma área de 242 mil m², os 139 usuários que se mantêm como moradores dividem-se entre os que residem em casas nas dependências do hospital e os considerados doentes crônicos com importantes limitações de autonomia e complicações clínicas, mantidos nas enfermarias. Entre os moradores, há doentes, familiares e agregados dos internos, além de pessoas que foram abandonadas apesar de já estarem curadas. Está localizado acerca de 15 quilômetros do centro da cidade e é cercado por pinheiros, de modo que o ar “fosse filtrado antes de chegar à cidade”, garantindo o isolamento da instituição. As instalações são bem antigas, porém de fácil acessibilidade aos trabalhadores. Em

decorrência do isolamento, os próprios internos organizaram-se em mutirão e além da construção das casas, construíram uma “minicidade” com matadouro, capela, coretos, praças, oficinas, sapataria, cemitério, etc. Muitas destas instalações encontram-se atualmente extintas, no entanto, os internos relataram a existência de fábrica de tijolos, ladrilhos, colchões, sabão, serralheria e carpintaria, que funcionavam dentro do estabelecimento como mecanismo de geração de emprego e mão de obra local. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A presente experiência proporcionou um misto de sentimentos envolvendo a discriminação e preconceito de toda uma sociedade, associado à tristeza do isolamento vivenciado por aqueles internos. Mas sobressai a toda esta história de reclusão e abandono, a humanização do local, evidenciada nas atitudes entre funcionários e pacientes e por um grande vínculo afetivo. Em função do histórico de reclusão, os próprios pacientes não desejam ter alta, e acaba por se tornar parte da própria instituição.

ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE: AÇÕES REALIZADAS EM UM PRESÍDIO FEMININO

Alanny Ferreira Moutinho, Emilly Bezerra Siqueira de Miranda, Fabíola Andrea L. Paula, Joana Darc Leite, Maria da Saudade de Azevedo Moreira

Palavras-chave: Prisões, Prisioneiros, Saúde de Minorias

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional tem como um de suas diretrizes a atenção integral resolutive, contínua e de qualidade às necessidades de saúde da população privada de liberdade,

com ênfase em atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência das ações desenvolvidas pela Comissão de Saúde Prisional da Secretaria Municipal de Saúde de Natal – Rio Grande do Norte no Pavilhão Feminino do Complexo Penal Dr. João Chaves. Considerando a necessidade de ações de promoção a Saúde e de prevenção de doenças nos presídios no Município de Natal, no presente ano foi publicada a Portaria Nº 177/2015-GS/SMS NATAL, de 12 de maio de 2015. Criando a Comissão de Saúde com a finalidade de desenvolver ações e estratégias organizacionais que possam atender a população privada de liberdade no sistema prisional no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Natal e de outras providências. Esta Comissão é composta por profissionais de Departamentos, como Atenção Básica, Atenção Especializada e outros. As ações foram iniciadas no presídio feminino com reuniões quinzenais para planejamento e avaliação do trabalho juntamente à equipe do presídio, que é composta pela direção, serviço social e outros. Algumas das conquistas já alcançadas foram a retomada dos atendimentos no Pavilhão Feminino por ocasião de reforma dos consultórios, incorporação da realização de exames laboratoriais e testes rápido para Sífilis e HIV, continuidade das ações realizadas como preventivos, imunização, confecção e atualização do cartão SUS. Baciloscopias para diagnóstico da Tuberculose, além do atendimento quinzenal com o clínico geral, consulta com ginecologista, atendimento de pré-natal, ultrassonografia e garantia da dispensação de medicamentos para tratamentos. As equipes de três Unidades de Saúde da Família mais próximas ao presídio realizam atendimento médico e de odontologia e há também o suporte logístico do Núcleo de Epidemiologia e Atenção Básica do Distrito Norte II e

do Departamento da Atenção Básica da Secretaria. A perspectiva é que possamos ampliar estas ações para outros presídios da capital potiguar, assim como para a população privada de liberdade que aguarda julgamento nas cadeias públicas de Natal, incluir ações de Saúde Bucal e de educação em saúde, adquirir insumos para aprimorar os atendimentos e intensificar as atividades que já veem sendo realizadas a fim de garantir a atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade através de ações conjuntas.

ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA VOLTADA A SAÚDE DA MULHER NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA – UMA VIVÊNCIA TEÓRICA E PRÁTICA

Silvana Alves Pereira, Gentil Gomes da Fonseca Filho, Isabelle Ananda Oliveira Rego, Bartolomeu Fagundes de Lima Filho, Lilian Lira Lisboa, Carla Monique Ribeiro de Aquino, Adriana Gomes Magalhães, Thaiza Teixeira Xavier Nobre

Palavras-chave: Modalidades de Fisioterapia, Comunicação Interdisciplinar

A atenção fisioterapêutica na saúde da mulher dá-se desde nível hospitalar até ambulatorial. Este relato pretende abordar o papel da fisioterapia em uma maternidade referência em parto normal em sua região. A importância de se descrever este tipo de experiência justifica-se pelo fato de esta ser uma área de atuação ainda pouco explorada e conhecida pelos profissionais da saúde. A atuação da fisioterapia hospitalar na saúde da mulher permite intervir sobre vários aspectos da função e do movimento humano, que sofrem mudanças e alterações durante o período gestacional, do parto e pós-parto. O fisioterapeuta se apresenta como um profissional da área da saúde capaz de contribuir com a melhora da

qualidade de vida da mulher, amenizando suas queixas, através de programas e intervenções educativas e terapêuticas. Nesse processo a fisioterapia desempenha um importante papel, contribuindo, em um contexto multidisciplinar, com o equilíbrio físico e psíquico, e a sensação de bem-estar das mulheres atendidas nesse setor. O objetivo desse trabalho é relatar a experiência de dois alunos da graduação em fisioterapia, na área de saúde da mulher em um hospital universitário de referência do Rio Grande do Norte. A experiência em questão trata-se de um projeto de extensão, de caráter multidisciplinar, que ocorreu no Hospital Universitário Ana Bezerra, localizado na cidade de Santa Cruz, no estado do Rio Grande do Norte. Esse contou com a participação de dois discentes da graduação de fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, dois residentes de fisioterapia do Hospital Universitário Ana Bezerra, atuando como supervisores, e as preceptoras atuantes do hospital. Este projeto proporcionou diferentes experiências dentre estas, a saúde da mulher era priorizada nos atendimentos, que aconteciam no pré-parto, durante o parto e no pós-parto. No âmbito da fisioterapia, no pré-parto eram priorizadas técnicas não-farmacológicas de alívio da dor, técnicas respiratórias, técnicas obstétricas de relaxamento e posicionamento no leito e manobras de facilitação do trabalho de parto. Durante o parto, o trabalho da fisioterapia se resumiu a técnicas respiratórias e de relaxamento da parturiente, com auxílio no posicionamento durante o período expulsivo. No puerpério a atenção fisioterapêutica acontecia na avaliação geral da puérpera, exercícios para os músculos do assoalho pélvico e para as mamas. Havia a vivência diária de humanização, respeito, cuidado e atendimentos de todos os profissionais do hospital, para com os pacientes. Essa

experiência acadêmica proporcionou uma interação entre os profissionais e os estudantes, o conhecimento sobre o universo da residência, a oportunidade de atuação em um sistema que prioriza o atendimento multiprofissional, o aprimoramento do conhecimento na área da saúde da mulher e a observação do funcionamento de um serviço regido pelo Sistema Único de Saúde. Atividades de extensão universitária são oportunidades para acadêmicos, professores e comunidade fazerem um espaço comum para troca de informações e experiências, contribuindo no fortalecimento da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE CIRÚRGICO: CONTRIBUIÇÃO DE PRÁTICAS EDUCATIVAS PRÉ OPERATÓRIAS AOS PACIENTES DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE DE BELO HORIZONTE, MG

Camila Laura Queiroz Barroso, Luciana Alves Silveira Monteiro, Jaqueline Marques Lara Barata

Palavras-chave: Humanização da Assistência, Cirurgia Segura

APRESENTAÇÃO: Todo procedimento cirúrgico, independente do grau de complexidade, poderá ser acompanhado de ansiosos, dúvidas e medo. Geralmente, isso se dá pela falta de informação sobre os acontecimentos precedentes da cirurgia. Segundo o Ministério da Saúde, no Programa Nacional de Segurança do Paciente, a segurança do paciente é tida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde, onde se pretende garantir o acesso da sociedade as informações relativas à segurança do paciente e produzir, além de difundir conhecimentos sobre o assunto. Na

atenção ao paciente pré-cirúrgico, a equipe de enfermagem é responsável pelo seu preparo, estabelecendo e desenvolvendo diversas ações de cuidados que incluem, ainda, orientação, preparo físico e emocional, avaliação e encaminhamento ao centro cirúrgico com a finalidade de diminuir o risco cirúrgico, promover a recuperação e evitar complicações no pós-operatório, uma vez que estas geralmente estão associadas a um preparo pré-operatório inadequado. A comunicação é estabelecida com o intuito de partilhar e permitir que o paciente cirúrgico adquira conhecimento do processo no qual será inserido, garantindo que o mesmo mantenha-se ativo, além de reduzir sua ansiedade após esclarecimento de suas dúvidas, e neste contexto o enfermeiro deve oferecer ao paciente apoio e atenção, respeitando suas crenças, medos e necessidades. O presente estudo tem por objetivo contribuir com práticas educativas pré-operatórias como fator promotor de segurança cirúrgica. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, no qual é feita a captação dos pacientes que irão realizar cirurgia, posteriormente acolhidos na reunião, onde são discutidos os principais pontos do processo cirúrgico, promovendo um espaço para esclarecer as dúvidas e estabelecer um momento de reflexão com uso de dinâmicas lúdicas. Em seguida, no pós-operatório, avaliação da recuperação desses pacientes e efetividade da reunião na redução da ansiedade dos mesmos. **RESULTADOS E IMPACTOS:** Através da avaliação dos pacientes ao final das intervenções, é possível notar pelas suas falas que há uma redução da ansiedade e do medo, notando que os mesmos sentem-se mais seguros e tranquilos para realizar o procedimento cirúrgico, percepção esta, confirmada no encontro com após o procedimento cirúrgico, onde a maioria afirma associação da conversa

durante a reunião com a vivência. Além de manterem-se mais tranquilos e confiantes quanto à recuperação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A realização de uma assistência individualizada, educativa e humanizada, auxilia o paciente no esclarecimento de dúvidas no pré-operatório, diminuindo a ansiedade, visto que o paciente orientado quanto aos procedimentos a que será submetido é um paciente com níveis de insegurança e medo menores do que aqueles sem acesso a qualquer orientação. Essa assistência vai além das orientações pré-operatórias, estabelece-se no acolhimento deste paciente, na escuta de suas aflições, na sensibilização com a situação do mesmo e na clareza com que as informações são passadas, permitindo estabelecer-se uma relação próxima com ele.

ATENDIMENTO DOMICILIAR INTER-PROFISSIONAL À USUÁRIA ACOMETIDA POR ESQUIZOFRENIA E DOENÇA DE PARKINSON: RELATO DE CASO

Suzana Aparecida Lara de Andrade, Kassio Silva Temperly, Michele Jacowski, Nadia Rafaela dos Santos, Vanessa Nogueira, Eduardo Cesar Scherer, Marilis Dallarmi Miguel, Santana Sayuri Utida Pereira

Palavras-chave: Ensino-Serviço, Interdisciplinaridade, Interprofissional

A esquizofrenia é um distúrbio mental grave caracterizado pela perda do contato com a realidade, alucinações, delírios e alteração do funcionamento laborativo e social. A doença de Parkinson é um processo neurodegenerativo, caracterizado por atrofia de estruturas mesencefálicas, tratando-se de uma doença progressiva, de evolução crônica, de etiologia idiopática e altamente incapacitante. Dentre as recomendações da OMS e de outros organismos internacionais está à necessidade de integração da saúde

mental na atenção primária à saúde, portanto, a visita domiciliar é uma forma de assistência domiciliar à saúde, que dá subsídios para a execução dos demais conceitos desse modelo assistencial. É por intermédio da visita, que os profissionais captam a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo seus problemas e suas necessidades de saúde. Frente ao exposto, tem-se por objetivo relatar a experiência da integração da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com o PRÓ-PET-SAÚDE, ambos da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e possibilitar que acadêmicos e residentes de diferentes áreas da saúde aprimorem sua capacidade de trabalhar em equipes interprofissionais na assistência ao usuário, identificando suas reais dificuldades perante a família e a sociedade. A metodologia utilizada foi à realização de visitas domiciliares entre abril e dezembro de 2014 a uma usuária da unidade estratégia saúde da família Guaratuba, Colombo-PR, com quadro de esquizofrenia e Parkinson. Compunha a equipe de visita os Residentes Multiprofissionais em saúde da família da UFPR (Enfermagem, Farmácia e Nutrição), estudantes de enfermagem, medicina e terapia ocupacional do PRO-PET- SAÚDE UFPR e a agente comunitária de saúde da área de abrangência. As visitas eram seguidas de reunião para a discussão do caso, junto com o médico preceptor. Verificou-se a complexidade da situação da usuária, onde a falta de apoio familiar e o conhecimento da doença constituem-se no maior entrave para o tratamento e controle clínico adequado. A situação se agrava pela suspeita de maus tratos. Diante deste cenário, a equipe adotou algumas medidas visando melhorar a qualidade de vida da paciente, incluindo notificação de maus tratos, orientações à família sobre a doença e encaminhamento para internação, dado o baixo peso e descompensação do quadro. O usuário psiquiátrico é naturalmente mais

vulnerável a uma série de comorbidades como DM, HAS, entre outras e sua fragilidade se acentua quando não há suporte familiar adequado. Na condução do caso, a visão holística e abordagem familiar por uma equipe interprofissional foram vitais, a equipe construiu uma forte relação de compromisso para ajudar a usuária, o que levou à adoção de condutas visando melhorar sua qualidade de vida. Apesar dos avanços no tratamento de pacientes psiquiátricos, observa-se, porém uma carência de profissionais com conhecimento aprofundado para uma correta abordagem aos usuários portadores de transtornos mentais e o preconceito em torno desses usuários. Nesse contexto, tenta-se refletir sobre as possibilidades de se amenizar o atual quadro de sofrimento da usuária, destacando-se o acompanhamento da família, apoio psicológico à filha e capacitação dos profissionais envolvidos no caso.

ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR AO IDOSO - RELATO DA EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS DO PROJETO AMI

Angela Herminia Sichinel, Marilena Infiesta Zulim, Luciane Perez da Costa, Patricia F Barreto, Luci Matsumura, Carlinda Pedrosa, Gabriela Pellizer, Camila Sichinel Cunha Souza

Palavras-chave: Idoso, Multidisciplinar, Atendimento

Apresentação: O aumento acerca do tempo de vida da população no decorrer do século 20 se apresenta como um dos fatos mais marcantes no âmbito da saúde mundial. Esta nova realidade vem desencadeando um grande impacto no sistema de saúde brasileiro, tornando-se um grande desafio, já que os modelos tradicionais de assistência ao idoso têm-se mostrado ineficientes.

Tais constatações evidenciam a urgência de se desenvolver novas políticas públicas de promoção e prevenção de saúde no envelhecimento que sejam capazes de proporcionar qualidade de vida aos idosos. O Projeto AMI (Atendimento Multidisciplinar do Idoso) caracteriza-se como um projeto social e de pesquisa desenvolvido por uma equipe transdisciplinar de profissionais (Nutricionistas, Médicos, Psicólogos, Enfermeiros e Fisioterapeutas) e é realizado no Hospital São Julião, situado em Campo Grande/MS.. O objetivo do projeto é buscar o estabelecimento de medidas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras através de um serviço voltado à prevenção de doenças e promoção de saúde da população idosa

Desenvolvimento do trabalho: O AMI tem seu desenvolvimento baseado no enfoque teórico-metodológico previsto pela Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), realizada nos atendimentos ambulatoriais, que avalia: Equilíbrio e mobilidade, Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária, Deficiências sensoriais, Condições emocionais, Condições cognitivas; Disponibilidade e adequação de suporte familiar e social, Capacidade funcional e Estado de riscos nutricionais, Auto Avaliação em Saúde entre outros. O projeto AMI teve início em setembro de 2005 e até o presente momento a equipe multidisciplinar de profissionais de saúde realizou mais de 3500 atendimentos ambulatoriais em 500 pacientes, sendo 53% do sexo feminino e 47% do sexo masculino, com faixa etária entre 60 e 96 anos. Ministrou cerca de 120 Palestras Educativas e mais de 150 Oficinas de Promoção de Saúde e Cidadania, além dos atendimentos ambulatoriais pela equipe. O AMI oferece também encontros mensais onde são realizadas palestras educativas, atividades culturais e de socialização do idoso, bem como oficinas de promoção de saúde e cidadania por meio de metodologias interativas.

Resultados: A saúde destes idosos difere muito da população geral da mesma faixa etária que é atendida nos diversos setores do sistema de saúde pois os pacientes participantes do projeto são estimulados a praticar o auto cuidado em saúde e também a multiplicar este conhecimento na sua comunidade, tornando-se autor da mudança que ele deseja ter. Observa-se uma redução importante no número de quedas, de desnutrição, de internações, de fratura de fêmur, de AVC e Infartos entre outros, o que contribui enormemente para redução dos custos da saúde pública. Considerações Finais: O Projeto AMI tem se mostrado eficaz na Prevenção de Doenças e na Promoção da Saúde da população idosa através de medidas simples, de fácil aplicabilidade e poderia servir de base para outros programas de saúde dos idosos.

ATIVIDADES LÚDICAS E ARTESANAIS: ESTRATÉGIA PARA A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA ÀS PACIENTES HOSPITALIZADAS EM INSTITUIÇÃO DE GRANDE PORTE, BELO HORIZONTE/MG

Nathalia Carvalho de Oliveira, Géssica Cristina da Silva Lima, Luciana Alves Silveira Monteiro, Jaqueline Marques Lara Barata

Palavras-chave: Humanização da Assistência, Lúdico,

APRESENTAÇÃO: A Política Nacional de Humanização busca garantir a indissociabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção em saúde, além de fornecer autonomia aos profissionais, de modo que estes sintam-se capazes e responsáveis por garantir o bem-estar do paciente em sua integralidade. Nesse sentido, a humanização busca ofertar atendimento de qualidade, potencializando a conexão dos avanços tecnológicos junto à prática do acolhimento, bem como melhoria

do ambiente de cuidado e das condições de trabalho do profissional. A hospitalização é algo que muda a rotina do paciente, gerando sentimentos confusos tanto nos mesmos quanto nos familiares. O manejo dessa situação requer da equipe de saúde, uma assistência diferenciada e peculiar a este processo. Sendo assim, as atividades lúdicas e artesanais caracterizam-se como uma forma de cuidado, na tentativa de minimizar a ansiedade e o sofrimento causados pela hospitalização. O presente estudo tem por objetivo influenciar positivamente no progresso do tratamento dos pacientes promovendo maior interação social e confiança destes nas ações desenvolvidas pela equipe de saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido por acadêmicas de enfermagem do setor de humanização de um hospital público de Belo Horizonte, MG. O projeto teve início em janeiro de 2014, as atividades são realizadas diariamente em horários combinados com a equipe de enfermagem dos setores da referida instituição. Pensando em promover o entretenimento e trabalhar os sentimentos e lembranças dos pacientes, desenvolvemos atividades lúdicas e artesanais (dinâmicas de autoconhecimento, contação de história, leitura de poema, frases motivacionais e caixa de recordações). **RESULTADOS E IMPACTOS:** Os pacientes no período de internação vivenciam um intenso sofrimento e, diante do processo de adoecimento, muitas vezes imobilizam-se, paralisam-se, sendo a única saída encontrada a passividade. Ressalta-se que estes sujeitos estão diante de um momento de ruptura com as o cotidiano, o que – por sua vez – gera conflitos e sentimentos como a solidão, medo e insatisfação com novas regras e horários. O desenvolvimento de atividades lúdicas e artesanais propicia o preenchimento dos períodos de ociosidade, bem como favorece

a interligação com a equipe multidisciplinar e familiares, além de potencializar a comunicação e ajudá-los a entender a situação vivenciada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As atividades lúdicas e artesanais contribuem de forma significativa para o desenvolvimento do indivíduo, auxiliando não só na aprendizagem, mas facilitando também o processo de interação social e a construção do pensamento/conhecimento. Sendo assim, pode-se concluir que atividades como estas são essenciais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados, além de contribuir para o processo de formação dos futuros profissionais de saúde, envolvidos na implementação do projeto.

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO. UMA ANÁLISE ERGONÔMICA REALIZADA EM UM HOSPITAL ORTOPÉDICO DA CIDADE DE MANAUS – AM

Yara Nayá Lopes de Andrade, Tâmile de Souza Vieira Machado, Elielza Guerreiro Menezes, Gisele Torrente, Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim, Mara Julyete Arraes Jardim, Denise do Nascimento Pedrosa, Jéssica Sâmea Silva Tôrres Ribeiro

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, Enfermagem, Precarização dos serviços de saúde

Introdução: A precarização dos serviços de saúde sempre permeou a realidade dos profissionais de enfermagem, de forma que, a equipe de enfermagem sempre esteve exposta a atuar de forma multifuncional, além de sofrer com más condições de trabalho e empregabilidade instável.¹ Objetivo: Descrever sobre a atuação da equipe de enfermagem frente ao processo

de precarização do trabalho através de uma análise ergonômica realizada em um hospital ortopédico da cidade de Manaus - Am. Métodos: Trata-se de um relato de experiência, com a utilização do método observacional, descritivo, contextualizados às aulas de Enfermagem em Saúde do Trabalhador do curso de Enfermagem, no período de março a agosto de 2014, propondo-se a descrever a observação do trabalho da equipe de enfermagem que atuava na Central de Material Esterilizado (CME) e implantar a prática de atividades laborais no ambiente de trabalho dos profissionais. O instrumento utilizado foi a disponibilização de cartilhas explicativas anexadas ao local de trabalho e distribuídas entre a equipe. Resultados: A princípio observou-se que existiam vários fatores ergonômicos associados aos problemas organizacionais como dimensões mobiliárias, superlotação de funcionários, bem como a ausência de treinamentos como educação continuada. Observou-se também a sobrecarga de trabalho e elevado nível de estresse entre profissionais. Sendo assim, os acadêmicos desenvolveram cartilhas informativas explanando sobre a importância das atividades laborais e o desenvolvimento de boas práticas de atuação profissional evitando danos físicos futuros. Diante do exposto, a aplicação da ergonomia na área hospitalar tornou-se um instrumento indispensável à melhoria da qualidade da saúde de seus profissionais e da qualidade do serviço prestado por eles. Considerações finais: Portanto, devemos avaliar a adaptação das condições de trabalho às características físicas e psicológicas dos profissionais, além de realizar a análise ergonômica no ambiente de trabalho, abordando as condições laborais para a melhoria das condições de trabalho dos profissionais.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO À FAMÍLIA NO PROCESSO DE TERMINALIDADE NO DOMICÍLIO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mara Julyete Arraes Jardim, Jéssica Sâmia Silva Torres, Lena Maria Barros Fonseca, Ana Caroline Silva Caldas, Yara Naya Lopes de Andrade, Denise do Nascimento Pedrosa, Andressa Arraes da Silva

Palavras-chave: enfermagem domiciliar, enfermagem de família, enfermagem de cuidados paliativos

Apresentação: A terminalidade da vida é um processo que envolve indivíduos com doenças irreversíveis e que não possuem probabilidades de cura mesmo estando em processo terapêutico. Quando a internação de um paciente terminal ocorre no âmbito domiciliar, a dinâmica da família é alterada mais bruscamente, tornando-se necessário que a intervenção realizada, nesse caso pelo enfermeiro, seja centrada nas necessidades familiares e vise todos como integrantes ativos do processo adoecer-morrer. Baseado nesse contexto, os autores elaboraram uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar as práticas do enfermeiro junto à família no processo de terminalidade vivenciado no domicílio, a qual tornou possível a elaboração desse relato de experiência. Descrição da experiência: A pesquisa deu-se na própria instituição de ensino, através da análise de estudos publicados, da discussão sobre os resultados encontrados e da reflexão sobre produções futuras. A primeira etapa da abordagem metodológica consistiu na elaboração da questão norteadora: Quais as práticas do enfermeiro junto à família no processo de terminalidade no domicílio? A segunda etapa foi a busca nas bases de dados, entre os dias 15 e 17 de maio de 2015, utilizando os descritores em saúde

e respeitando critérios de inclusão. Foram encontrados 326 artigos dos quais 11 foram recuperados na íntegra. Logo após, fizemos a categorização dos estudos, a análise e a discussão dos resultados através de um modelo de coleta de dados, contemplando informações sobre identificação dos artigos. Da investigação dos dados emergiram duas categorias: intervenções de enfermagem na família e resposta da família às intervenções. Resultados: Notou-se que as intervenções de enfermagem realizadas estavam relacionadas à escuta das necessidades do paciente-família e à comunicação efetiva para orientações e decisões terapêuticas, cabendo ao enfermeiro avaliar a dor e implementar o tratamento considerando a família neste contexto. Abordou-se também a necessidade de criar condições para amparar as intensas demandas dos familiares, sobrecarregados e desgastados, inclusive com significativas perdas materiais e financeiras, propondo a realização de cuidados continuados, evitando-se rupturas no atendimento. A falta de profissionais preparados para dar suporte nessa conjuntura, revela, nos artigos, a ausência de uma abordagem centrada na família e nas suas necessidades e o despreparo das famílias para o enfrentamento da terminalidade no domicílio, levando-as a optar pela hospitalização no final da vida, além das evidências de estresse prolongado e morbidade psicológica nos seus membros. Considerações finais: A realização desse estudo permitiu-nos inferir que a assistência de enfermagem no processo de terminalidade no domicílio objetiva proporcionar segurança, confiança e abertura entre família, paciente e profissional. No entanto, podemos notar que o enfermeiro realiza de forma tímida o cuidado domiciliar ao paciente terminal, o que impossibilita o estabelecimento de um vínculo forte entre o enfermeiro e a família. O planejamento da assistência de enfermagem

no fim da vida deve considerar as demandas da família sob sua responsabilidade, encarando-a como unidade indissociável e respeitando suas peculiaridades, a fim de proporcionar segurança e confiança entre família, paciente e profissional.

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO RIO GRANDE DO SUL: UM ESTUDO SOBRE AS DESIGUALDADES REGIONAIS E SOCIAIS

Caroline Maria Bonacina, Evelin Maria Brand, Luciana Barcellos Teixeira

Palavras-chave: atenção pré-natal, desigualdade regional e desigualdade social

APRESENTAÇÃO: A atenção pré-natal (APN) é um componente prioritário da atenção básica (AB). Atualmente, existe um conjunto de indicadores de cobertura que avalia a APN. Os principais desfechos adversos da gestação (prematividade e baixo peso) e a mortalidade neonatal também são indicadores utilizados para avaliar a qualidade da APN (1,2). O objetivo deste trabalho é avaliar desigualdades na APN, a partir dos indicadores de cobertura da APN e indicadores de desfechos adversos e mortalidade neonatal, no estado do Rio Grande do Sul (RS), conforme as regiões de saúde e vulnerabilidade social, de 2010 a 2013. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo quantitativo, baseado na epidemiologia social, com delineamento de série histórica e estudo ecológico (3), no qual os indicadores foram agregados por macrorregiões e regiões de saúde e índice de vulnerabilidade social. Para a avaliação dos indicadores na perspectiva de possíveis desigualdades sociais, foram escolhidos dois índices: o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS-5) (4) e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), divididos em categorias. Para o cálculo dos indicadores,

os dados foram extraídos dos seguintes Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do DATASUS: Sala de Apoio à Gestão Estratégica Situacional (SAGE), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) (5). **RESULTADOS:** Houve aumento da cobertura de estratégia de saúde da família (ESF) e equipes de saúde bucal (ESB) no RS ao longo dos anos. A análise por macrorregiões e regiões de saúde mostrou elevadas coberturas da APN na maioria dos locais. Foram observadas desigualdades de cobertura, ocorrência dos desfechos negativos e mortalidade neonatal por macrorregiões e regiões de saúde. A análise por IVS-5 permitiu observar que nas categorias com municípios mais vulneráveis, há um expressivo incremento nas coberturas de ESF e ESB, que se traduzem em melhores indicadores da APN e menores taxas de desfechos adversos e mortalidade neonatal. O IDHM não se mostrou como um bom índice para este trabalho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Há disparidades em termos de cobertura de ESF e ESB no RS quando observadas as macrorregiões, regiões e categorias de IVS-5. Desigualdades são observadas nas coberturas de APN, desfechos adversos e mortalidade neonatal entre macrorregiões e regiões de saúde. Os indicadores de cobertura de APN são melhores nas categorias de IVS-5-3 e IVS-5-4, categorias formadas pelos municípios mais vulneráveis. Nesse sentido, pode-se concluir que há uma preocupação do estado em investir em equipes em áreas mais vulneráveis, seguindo-se o princípio da equidade. Possivelmente, se não houvesse esse incremento em ESF e ESB, seriam observadas baixas coberturas de APN e elevados índices de desfechos adversos da gestação e mortalidade neonatal nas categorias de municípios mais vulneráveis.

AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO EM PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Caroline Dias Ferreira, Rodrigo Gomes Barreira

Palavras-chave: autocuidado

O presente relato de experiência aborda as práticas de autocuidado entre os trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante a XII Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro as Coordenadorias de Atenção Primária (CAP) foram convidadas a participar da “Feira Aqui tem SUS: 40 anos de Secretaria de Saúde – 450 anos Rio” para desenvolver atividades com os participantes da Conferência. As CAP foram distribuídas em tendas a fim de realizar atividades de promoção em saúde e divulgar os serviços de saúde ofertados. A CAP da área de planejamento 5.3 abordou o tema do autocuidado, através da aplicação de um questionário sobre os hábitos de vida dos participantes. O questionário era composto por quatro perguntas abertas que identificavam o sexo, a idade, a profissão e a escolaridade dos participantes. A segunda parte do questionário era fechada e possuía dez perguntas tipo múltipla escolha com três opções de resposta. A parte fechada do questionário identificava comportamentos ou hábitos de vida ligados à prática do autocuidado. As perguntas fechadas perpassavam desde o tempo semanal dedicado ao lazer a hábitos de alimentação e higiene. Outros temas levantados foram a percepção de estresse e as relações interpessoais. Foram atribuídos pontos a cada opção de resposta, criando-se um score para definição dos níveis de autocuidado de cada participante. Definiram-se como possíveis resultados: alto nível de autocuidado, médio nível de autocuidado e baixo nível de autocuidado. Foram totalizados 202 questionários

respondidos durante o período de dois dias. O perfil dos participantes dividiu-se em 77 usuários e 125 profissionais, representados em percentual: 38% de usuários e 62% de profissionais. 51% dos resultados foram classificados com alto nível de autocuidado; 42% médio nível de autocuidado e 7% baixo nível de autocuidado. Após a disponibilização do resultado aos participantes foram realizadas orientações quanto à prática do autocuidado e distribuição do Guia Prático do Autocuidado. O Guia Prático do Autocuidado foi originado a partir do Caderno de Exercícios do Autocuidado Apoiado elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba no ano de 2012.

BAIXA COBERTURA DE VISITA DE SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO: UM RELATO SOBRE AS ATIVIDADES DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM REDE BÁSICA DE SAÚDE

Leilaisa Gonçalves Oliveira, Karolina Gonçalves Oliveira, Priscila Maria Marchetti Fiorin

Palavras-chave: Humanização no cotidiano do serviço, Desafios da Interdisciplinaridade no Cotidiano do Trabalho, Sujeitos e Singularidades na Construção do Cuidado em Saúde

APRESENTAÇÃO: Durante estágio supervisionado em Unidade Básica de Saúde, realizado no 10^o semestre da graduação em Enfermagem, foi aplicado o Método Altadir de Planejamento Popular - MAPP para fazer um levantamento dos problemas enfrentados e definir objetivos que os solucionariam. Seguindo os passos do método pudemos levantar os nós críticos e traçar um planejamento a fim de alcançar as metas estipuladas para a unidade. Um dos problemas encontrados foi a baixa

cobertura de visita de supervisão do enfermeiro devido a falta de profissionais e consequente sobrecarga de serviço, para cumprir a meta foram programadas 5 visitas de supervisão do enfermeiro. METODOLOGIA: De acordo com o método utilizado estavam programadas 5 visitas de supervisão, sendo que no período de estágio foram realizadas 11 visitas de supervisão, sendo 9 indiretas e 2 diretas. RESULTADOS: A visita de supervisão é uma maneira muito eficaz de avaliar as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS e se o vínculo entre a unidade e a população está sendo estabelecido. Durante nossas visitas foi observado que moradores da região que deveriam estar sendo acompanhados de perto tanto pelo ACS da área quanto pelo enfermeiro não estavam recebendo visitas nem de um nem do outro. Alguns estavam buscando serviços e/ou materiais em outras instituições distantes da residência por falta de conhecimento dos serviços oferecidos pela unidade do bairro. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A visita de supervisão é fundamental no estabelecimento do vínculo, pois ficam evidentes as falhas do serviço sendo possível corrigi-los e deixando disponível para aqueles moradores todos os serviços oferecidos pela unidade, abrindo as portas definitivamente.

BAIXA COBERTURA NA AVALIAÇÃO DOS PÉS DE PORTADORES DE DIABETES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Leilaisa Gonçalves Oliveira, Karolina Gonçalves Oliveira, Priscila Maria Marchetti Fiorin

Palavras-chave: Percepção dos Profissionais de Saúde Sobre a Produção do Cuidado, Humanização no cotidiano do serviço, Sujeitos e Singularidades na Construção do Cuidado em Saúde

APRESENTAÇÃO: Durante estágio supervisionado em Unidade Básica de Saúde, realizado no 10^o semestre da graduação em Enfermagem, foi aplicado o Método Altadir de Planejamento Popular - MAPP para fazer um levantamento dos problemas enfrentados e definir objetivos que os solucionariam. Seguindo os passos do método pudemos levantar os nós críticos e traçar um planejamento a fim de alcançar as metas estipuladas para a unidade. Um dos problemas encontrados foi a baixa cobertura na avaliação dos pés de portadores de diabetes devido a falta de profissionais, déficit na busca ativa, falta de experiência junto com a falta de capacitação, para cumprir a meta foram programadas 52 avaliações dos pés dos portadores de Diabetes. METODOLOGIA: De acordo com o método utilizado estavam programadas 52 avaliações dos pés dos portadores de Diabetes, sendo que foram realizadas 34 avaliações dos pés de portadores de Diabetes, não sendo atingida a meta preconizada. RESULTADOS: A avaliação dos pés dos portadores de Diabetes previne e identifica o efeito da hiperglicemia na circulação dos membros inferiores. Ao fazer essa avaliação o enfermeiro tem a possibilidade de orientar o paciente a ter mais cuidado com os pés e identificar problemas de circulação já instalados. A nossa maior dificuldade foi a falta de vínculo da comunidade com a unidade, pois os usuários procuravam apenas as consultas médicas e não queriam ficar mais para passar por outra consulta. As 34 avaliações realizadas foram feitas durante visitas domiciliares, busca ativa dentro da unidade e com os participantes do grupo do HiperDia implantado por nós. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Essa avaliação é um instrumento fundamental no papel da enfermagem dentro das unidades básicas de saúde, possibilita um controle dos portadores de Diabetes da área de abrangência e aumenta o vínculo comunidade - unidade.

BATE PAPO SOBRE SEXO

Marilza Emilia da Conceição Rodrigues, Thais Dias dos Santos, Clarisse Mariana Guimarães

Palavras-chave: HIV/AIDS, sexualidade, sala de espera, sexo, relato de experiência

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por duas estagiárias de Serviço Social junto com sua supervisora no ambulatório de HIV/AIDS de um serviço de saúde da atenção secundária no Rio de Janeiro. "Bate-papo sobre sexo" é uma intervenção em grupo que tem como objetivo central ampliar o debate sobre sexo e sexualidade entre os usuários, familiar e equipe profissional. E ainda, discutir crenças e tabus em relação à temática; conhecer aspectos das práticas sexuais dos usuários frente as suas escolhas; identificar dificuldades vivenciadas em relação à sexualidade buscando estratégias para superação e publicizar informações sobre a rede de serviços ofertados em relação aos direitos sexuais e reprodutivos. O interesse em aprofundar esses temas foi suscitado por uma estagiária de Serviço Social ao observar nos atendimentos que realizava no campo de estágio os relatos dos usuários que traziam de modo recorrente dificuldades em relação à vivência da sexualidade diante do diagnóstico do HIV/AIDS. Na maioria das vezes o usuário não compartilha medos, dúvidas, desejos, com a equipe profissional nem com família e amigos. Vários estudos científicos na área de saúde coletiva têm sinalizado que apesar da perspectiva de mudanças no modelo de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) e em suas práticas, tem sido recorrente nos serviços de saúde do SUS, usuários queixarem-se de terem pouca escuta para suas necessidades de saúde. Desde 2014, do mês de Abril ao mês de Novembro, quinzenalmente, na sala de espera do ambulatório de HIV/AIDS ocorre

reunião com duração de aproximadamente duas horas. Participam usuários, familiares e Assistentes Sociais e estagiários de Serviço Social. O encontro é coordenado pela estagiária de Serviço Social acompanhada da supervisora. O grupo é aberto. As ações são planejadas levando em conta a rotatividade dos participantes. A divulgação da atividade é feita através de filipetas e cartazes expostos no mural do ambulatório. Antes do início da atividade são pactuados critérios e cuidados éticos quanto ao sigilo dos assuntos abordados no grupo. Os assuntos debatidos são propostos tanto pela coordenação quanto pelos participantes. A atividade abarca vários formatos: debate; vídeos, filmes, cartilhas e dinâmica de grupo. A avaliação do encontro é feita com os participantes oralmente e confeccionada ata da reunião. Ao final do ano, no mês de Novembro é elaborado relatório final, sendo apresentado no mês de Dezembro à equipe de profissionais do ambulatório e usuários. Esta estratégia de trabalho tem trazido mudanças significativas, a saber: melhoria do vínculo entre profissionais e usuários, demonstrado pelo retorno de usuários ao serviço solicitando atenção individual para assunto do seu interesse. Outra contribuição trata do comentário da equipe médica que alguns usuários durante a consulta fazem menção das questões discutidas no “Bate-papo sobre sexo”. O diálogo com usuários nos aproximou de questionamentos e dúvidas que desvelaram um cenário de vulnerabilidades que tem afastado a sexualidade das vivências do cuidado. A experiência de construir uma ação de saúde que inclui usuários, profissional e estagiário revela um legado que interfere positivamente na formação profissional destes estagiários.

BIBLIOTECA ITINERANTE: POTENCIALIZANDO AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO ATRAVÉS DA LITERATURA

Rafaella Augusta Rodrigues Palhano, Luciana Alves Silveira Monteiro, Jaqueline Marques Lara Barata

Palavras-chave: Humanização da Assistência, Literatura

APRESENTAÇÃO: A literatura potencializa a imaginação dos indivíduos, cooperando para a formação do ser humano, bem como fomenta práticas individuais e coletivas voltadas para um melhor posicionamento dos indivíduos em sociedade, pois favorece à escrita e ao vocabulário. Além disso, sabe-se que a partir da literatura os sujeitos tendem a manter-se mais sensíveis e desenvolvem a leveza dos processos cotidianos. Sabe-se, também, que através da estimulação da leitura é possível desenvolver uma assistência mais humanizada e acolhedora. Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo sensibilizar os servidores através da leitura, promovendo momentos de bem estar e descontração dos profissionais. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, iniciado em março de 2015. O acervo da Biblioteca Itinerante conta hoje com 264 livros de gêneros variados, adquiridos em sua totalidade através de doações. Para desfrutar de algum dos exemplares é necessário que os profissionais dos diversos setores da referida instituição façam um cadastro prévio. Após esse cadastro e assinatura de um termo de responsabilidade os colaboradores podem permanecer com o livro escolhido por até sete dias, podendo ocorrer uma única renovação antes do término do prazo inicial. Periodicamente um carrinho com os livros e um catálogo confeccionado pelo setor responsável pelo projeto circula os diversos

setores da instituição de saúde, onde os colaboradores escolhem o livro que desejam ler e um acadêmico se encarrega de realizar o empréstimo. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** A biblioteca conta com 130 trabalhadores cadastrados até agosto/2015. Ao todo foram emprestados 503 livros, sendo 54 em março, 74 em abril, 54 em maio, 74 em junho, 120 em julho e 127 exemplares em agosto. Após o início do projeto é verbalizado pelos profissionais que com a leitura estes conseguiram, em suas pausas, momentos de relaxamento mais agradáveis, o que potencializada os aspectos de qualidade de vida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Através da leitura busca-se ampliar a participação do sujeito a aspectos que antes o mesmo desconhecia, estimulando a valorização do cuidado integral junto ao paciente, criando momentos de relaxamento e reflexão, possibilitando a inclusão de uma prática mais ética e integral incorporada por novos valores e situações apresentadas a ele por meio da leitura.

CAFÉ COM FAMILIARES E USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Aline Gonçalves Ferreira, Jennyfe Sabrine Batista de Freitas, Roberto Carlos Pires Júnior

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

APRESENTAÇÃO: O café com familiares e usuários dos serviços de saúde mental foi um evento promovido pelos residentes em saúde mental na Cidade de Montes Claros/MG, o evento foi uma das atividades precedentes as comemorações do dia 18 de maio (dia da luta antimanicomial) no qual foram desenvolvidos outros trabalhos diversos. O acontecimento teve como objetivo

proporcionar a descontração, aproximar as famílias ao serviço e trazer informações acerca do funcionamento da rede de saúde mental do município, bem como sobre os direitos e deveres dos familiares e usuários da rede. **DESENVOLVIMENTO:** O evento foi realizado num sábado de manhã, com aproximadamente trinta pessoas presentes entre usuários, familiares e servidores, iniciando-se com música e lanche, posteriormente houve uma discussão coordenada pelos residentes sobre os direitos e deveres dos familiares e usuários dos serviços de saúde mental, os presentes participaram ativamente da discussão trazendo seus questionamentos e opiniões acerca do funcionamento da rede de saúde mental no município e sobre o tratamento direcionado ao seu familiar com sofrimento mental. **RESULTADOS:** Pode-se observar que o evento foi algo novo no serviço e que as pessoas presentes acharam importantes e participaram ativamente, eles também tiveram a oportunidade de cobrar o bom funcionamento dos serviços de saúde mental no município, uma vez que estavam presentes autoridades locais, o prefeito da cidade, a secretária de saúde a coordenadora de saúde mental, bem como representantes de movimentos sociais, entre outros. **CONSIDERAÇÕES:** Assim ressalta-se a necessidade de viabilização desses momentos, uma vez que, contribuem ao controle social pelos usuários e à democratização do espaço público, favorecendo o princípio da participação social no SUS, além de ir de encontro com as premissas da luta antimanicomial e da legislação da rede de atenção psicossocial vigente, pois, uma vez que permite a participação dos usuários e familiares no serviço propicia um melhor atendimento de suas necessidades e direciona uma maior qualificação do serviço.

CARTOGRAFIA DAS POSSIBILIDADES E FRAGILIDADES DA LINHA DE CUIDADO PARA O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NO MUNICÍPIO DE MACAÉRJ

Valéria Rossato Oliveira, Evandro José Bonetti, Tamiris Marques Pereira, Camila Rasinski Zubacz, Gabriela Cecilio Ventura Brariani, Ana Paula Peres Martins Alonso, Luciana Moulin, Kathleen Tereza da Cruz

Palavras-chave: câncer de colo de útero; linha de cuidado, rede de assistência, Macaé

INTRODUÇÃO: A prevenção e o controle do câncer no município de Macaé têm como principal elemento articulador do cuidado e da rede assistencial a atenção básica. É fundamental que o seu funcionamento seja o mais adequado possível, pois é neste nível que a educação em saúde, a promoção e a prevenção são realizadas. Além disso, o diagnóstico precoce e o rastreamento populacional (screening) são observados aqui como desafio a serem enfrentados mantendo a confirmação diagnóstica acontecendo nos níveis de atenção especializada de média e alta-complexidades. **OBJETIVOS:** Fazer o levantamento da Rede Assistencial Oncológica referenciada; Identificar a população residente, número de serviços habilitados por tipo (UNACON, CACON, Hospital Geral, Serviços Isolados) por Região; Mapear a distribuição dos serviços de Oncologia dos pacientes portadores de Câncer de Colo de Útero tratados no UNACON do Hospital São João Batista. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** A análise do fluxo encontrado aponta para a articulação entre as diversas unidades precisa ser revista, tanto referente à sua distribuição geográfica de referências, quanto dos protocolos de encaminhamentos. O diagnóstico que encontramos na rede de atenção básica e especializada, sempre com o recorte da assistência ao câncer de

colo de útero, buscava estabelecer marcos para a construção de uma rede de cuidado e cura do câncer de forma integral, regulada, respeitando os limites da normatização existente e principalmente resgatando a humanidade do tratamento das neoplasias dos munícipes. **RESULTADOS:** Ilustramos esquematicamente como uma paciente portadora de câncer de colo de útero navega na rede oncológica no município de Macaé; Analisamos o acesso à Terapêutica especializada, quimioterapia e radioterapia realizada fora e dentro do Município de Macaé; Tempo de espera para início do tratamento, criando um comparativo do acesso antes da implantação do UNACON e depois da implantação do serviço dentro do Hospital São João Batista. **CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Observamos a diminuição de tempo de acesso ao tratamento pós-implantação do UNACON no Município de Macaé, mas com capacidade instalada muito menor do que a demanda encaminhada pelo Controle e Avaliação, mantendo ainda desintegração da rede de assistência e dificuldades de acesso aos principais exames de diagnóstico e a terapêutica.

CINE NA RUA

Henrique Vieira Pereira, Adriane Cristina Gil Wassouf

O Projeto Cine na Rua teve início em abril de 2012 e consiste na realização de sessões de cinema em frente às Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Ladário/MS: ESF Romeu Albaneze, ESF Centro, ESF João Fernandes, ESF Nova Aliança e ESF Érico Valle. O objetivo do Projeto é promover a Cultura da Paz, sensibilizando e conscientizando a população sobre a violência doméstica e nas ruas, através da exibição de filmes que contenham mensagens que proponham o diálogo, a conciliação e a paz entre as

peças. Além disso, visa promover a criação de vínculos entre os profissionais de saúde e a população. Utilizam-se as Estratégias de Saúde da Família como ponto de referência para realizar sessões de cinema. Uma vez ao mês as equipes de saúde da família, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde convidam as famílias, as quais são recebidas pelas equipes de saúde da família e do NASF em frente à unidade para assistir a um filme infantil. Essa intervenção transpassa a teoria e adentra a prática, no sentido de conscientizar que saúde não é só ausência de doença, mas também uma vida sem drogas e sem violência. Deste modo, a escolha de filmes infantis representa uma estratégia de intervenção eficaz, pois o sujeito agrega à sua identidade ações norteadoras preventivas de uma vida longe das drogas, brigas e outros problemas sociais. A proposta visa a proteção do público infantil, e conseqüentemente, o decréscimo dos índices de violência registrados pelo Núcleo de Prevenção a Violência e Agravos Não Transmissíveis. Foi possível observar a aproximação entre os profissionais de saúde e a população atendida pelas ESFs. O projeto tornou possível promover a cultura de paz, o cuidado e a educação das crianças e adolescentes.

CINE-PIPOCA: ESTRATÉGIA DE CAPTAÇÃO, PREVENÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE ÀS CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL ATRAVÉS DE ATIVIDADE LÚDICA

Thamyres Campos Fonseca, Simone Sepulveda de Souza, Maria Aparecida de Abreu de Souza, Érica Gomes de Araújo, Jacqueline Oliveira de Carvalho, Roberta Brossa Westenberger

Palavras-chave: Saúde bucal, Saúde coletiva, prevenção

O Cine-pipoca surgiu como uma estratégia de captação de crianças que frequentemente não conseguem ser captadas pela equipe de saúde por questões de horários de escola, creche e trabalho dos pais. Em 2013 então, surgiu a idéia de unir recreação/lazer com atividades de escovação supervisionada e orientações, aplicação tópica de flúor e avaliação epidemiológica. Assim, este trabalho caracteriza-se por ser um relato de uma atividade cujo objetivo é alcançar as crianças do território, empoderá-las acerca da higiene oral e iniciá-las ao tratamento odontológico. Os Cine-pipoca são realizados pela equipe de saúde bucal com a participação da enfermagem e dos agentes comunitários de saúde (ACS) da Estratégia de Saúde da Família do Centro Municipal de Saúde Milton Fontes Magarão. O grupo é realizado durante período de férias escolares ou após datas comemorativas como dia das crianças e Natal e tem como prioridade os usuários vulneráveis. Os ACS levam os convites às crianças do território e solicitam a confirmação de presença. No dia do evento, para poder participar é necessário apresentar a carteira de vacinação da criança que será avaliada e atualizada pelo profissional de enfermagem. Ocorre a promoção em saúde bucal com orientações de higiene bucal e de alimentação saudável. A prevenção em saúde bucal é realizada com a escovação supervisionada com aplicação tópica de flúor, distribuição de kits odontológicos e exame clínico com avaliação epidemiológica. Em seguida, as crianças são direcionadas ao anfiteatro onde assistem a um filme previamente escolhido com distribuição de pipoca como lanche. O Cine-pipoca teve grande impacto na sociedade com maior adesão dos pacientes na prevenção e recuperação da saúde física e oral. Os resultados positivos animam os profissionais que participam deste projeto, visto que desde

seu início houve um aumento considerável de crianças com suas cadernetas vacinais atualizadas, esse número passou de 49% de cadernetas atualizadas em setembro de 2013 para 89% atualizadas em setembro de 2015, beneficiando mais de 1000 crianças com este projeto. Assim, o trabalho buscou oferecer uma contribuição ao incremento da promoção e prevenção de saúde integral com apoio multidisciplinar através da motivação, educação e diagnóstico em saúde em crianças do território.

CIPA/CRN – COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA COORDENADORIA DE UNIDADES PRISIONAIS DA REGIÃO NOROESTE DO ESTADO DE SÃO PAULO

Nilson Dantas, Angela Cristina Rocha Gimenes

Palavras-chave: CIPA, Unidade Prisional, Saúde e Qualidade de Vida

APRESENTAÇÃO: O talento humano é fator imprescindível no mercado globalizado. Ser membro da CIPA é ser representante de alguém, e representar alguém nunca é fácil. Os servidores e categorias profissionais são estritamente importantes para o funcionamento eficaz das Unidades Prisionais e a constante busca por mudanças comportamentais e quebra de paradigmas, vislumbram a diminuição do estigma social dos servidores da área de segurança. Nesse contexto há na estrutura da Secretaria da Administração Penitenciária do Estado de São Paulo o Grupo de Planejamento e Gestão de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor, que possui sob sua responsabilidade cinco Centros Regionais de Qualidade de Vida e Saúde do Servidor, que estão localizados em cada uma das Coordenadorias Regionais e são responsáveis pela implantação e desenvolvimento da CIPA nas Unidades

Prisionais. Ao longo do texto teremos uma noção de como os cipeiros devem se comportar nessa função que é importante para a gestão de segurança do trabalho, como também, para a própria segurança no ambiente de trabalho. Nada mais certo do que falar em qualidade de vida do servidor, associando-a aos fatores de saúde e da preservação da integridade física no ambiente de trabalho. CIPA é: participação, capacitação, envolvimento e desenvolvimento do bem mais precioso de uma organização, as pessoas que a compõem. A atribuição de oferecer suporte e orientação às ações desenvolvidas pela CIPA em cada Unidade Prisional da Região Noroeste do Estado, é nossa missão. Sensibilizando, incentivando e buscando continuamente a saúde e qualidade de vida dos servidores. O alcance dos objetivos propostos tem confirmações qualitativa e quantitativamente, ratificando que o investimento na multiplicação de conceitos que valorizem os servidores públicos como seres biopsicossociais.

CIRCUITO DE EQUILIBRIO COMO ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Edine Dias Pimentel Gomes, Patrícia Maria de Carvalho, Eduardo Carvalho de Souza, Camila Maria Estanislau Duarte, Francisca Damille de Freitas, Nathalia Tavares Camelo Felipe, Thabata Krishna Ribeiro Franco Vilanova, Marília Gabriela do Amaral Moreira

APRESENTAÇÃO: O processo de envelhecimento gera várias alterações físico-funcionais, dentre elas o comprometimento do equilíbrio corporal, comumente acompanhado pelo declínio de capacidades físicas e cognitivas. Cognição, neste ponto, pode ser interpretada como a capacidade

de utilizar diversas habilidades aprendidas, produzindo respostas adaptativas às solicitações do ambiente externo. O declínio cognitivo no envelhecimento, caracterizado pela falta de concentração e pela perda da memória de curto prazo, é reconhecido pelos clínicos, frequentemente, entre os pacientes com anormalidades vestibulares, mais evidentes nas tarefas que exigem rapidez e raciocínio indutivo. A presente pesquisa tem como objetivo descrever a atividade fonoaudiológica no grupo de práticas corporais do Centro de saúde da Família Dom Expedito a cerca da tontura. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Sabe-se que a tontura acomete cerca de 5% a 10% da população mundial e em 85% dos casos é decorrente de disfunção vestibular. Estima-se que a tontura acomete uma em cada dez pessoas no mundo. O problema pode atingir todas as idades, porém com incidência maior em pessoas idosas. Partindo desse pressuposto e a partir de uma demanda apresentada iniciamos um planejamento para desenvolver uma atividade junto ao grupo de Práticas corporais do CFS Dom Expedito. O grupo é formado em média por vinte pessoas, com faixa etária média de 50 anos, acontece de forma sistemática duas vezes semanal, e com abordagem interdisciplinar. A experiência foi realizada no Grupo de Práticas corporais do Centro de Saúde da Família Dom Expedito no período de junho de 2015. **RESULTADOS:** A ação foi desenvolvida em três etapas. A primeira através de uma dinâmica iniciamos as apresentações, onde todos puderam falar sobre si de forma espontânea. Logo em seguida desenvolvemos um circuito do equilíbrio, onde foram consideradas as situações que poderiam apontar as maiores dificuldades de equilíbrio entre as idosas. O circuito consistia em atividades para propriocepção, estimulação vestibular e visual com o objetivo de ganho de equilíbrio. A escolha pelas atividades

foi pautada na capacidade funcional e cognitiva dos idosos, visando à manutenção da independência física e redução do risco de quedas. Ao final do circuito foi realizada uma roda de conversa onde foram colocadas as dificuldades encontradas no percurso e as dúvidas quanto a tonturas e vertigens. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Atividades como o circuito de equilíbrio inserido em grupos de práticas corporais podem ser uma ferramenta para a prevenção de quedas em idosos. Também consideramos essa experiência importante na nossa formação enquanto profissional atuante na Atenção Básica, uma vez que o cuidado ao usuário precisa ser integral e longitudinal, tornando as intervenções interdisciplinares fundamentais.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM UMA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thays Luana da Cruz, Karine Gomes Jarzem, Stephany Anastácia Serpa Alarcon, Cristiana de Souza Ferreira Rondon

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica, Acolhimento, Assistência à Saúde

APRESENTAÇÃO: O Acolhimento com a Classificação de Risco (ACCR) é a maneira da qual há possibilidades de garantir um acesso de saúde de forma que se garanta as prioridades de acordo com a necessidade de cada indivíduo no momento de seu atendimento, para casos de maiores riscos de vida e de maior vulnerabilidade¹. O Ministério da Saúde divulgou o Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia que visa estabelecer as prioridades e organização dos serviços de urgências obstétricas nas maternidades no ciclo gravídico-puerperal, buscando o acesso de qualidade. As gestantes e parturientes

que adentram ao serviço são acolhidas e classificadas pelo profissional enfermeiro. O profissional realizará questionamentos e avaliação clínica rápida e classificará a usuária em vermelho - atendimento médico imediato; laranja - atendimento em até 15 minutos; amarelo - em até 30 minutos; verde - atendimento em até 120 minutos; e azul - atendimento não prioritário, podendo ser encaminhada para outro serviço. Este trabalho tem por objetivo descrever a realização dos atendimentos do ACCR da maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP). METODOLOGIA: A classificação de risco realizada da maternidade do HUMAP está baseada no protocolo do ministério da saúde. A paciente é acolhida no ambiente hospitalar, após geração da ficha, a mesma é encaminhada à sala de Classificação de Risco para o profissional enfermeiro. De acordo com suas queixas e rápida avaliação, a paciente é classificada em azul, verde, amarelo, laranja ou vermelho e encaminhada para atendimento médico. A ficha de avaliação contém dados, como: identificação da paciente, dados pré-natais (números de consultas, realização dos primeiros exames do início do pré-natal e da 28^a semana, em especial anti-HIV e VDRL), histórico obstétrico, histórico clínico, queixas atuais, escala de nível de dor, uso de medicações, histórico de alergias e profissional avaliador. RESULTADOS: O atendimento do ACCR no HUMAP permitiu as residentes à experiência da atenção voltada as usuárias com a maior qualidade em vista das suas prioridades. O instrumento utilizado no hospital, com base no Manual do Ministério da Saúde, possibilita um atendimento ágil, prático e com bons resultados para profissionais e pacientes, ampliando o olhar da humanização no ciclo gravídico-puerperal. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A atuação da enfermeira obstetra na classificação de risco é uma prática pouco

conhecida, porém de alta funcionalidade. É estabelecida e recomendada pelo Ministério da Saúde e atualmente realizada na maternidade do HUMAP. Com base nos atendimentos feitos, acreditamos que ACCR beneficiou profissionais e em especial usuárias, por terem sido atendidas de acordo com as necessidades vivenciadas.

COMIDA É VIDA!

Isis de Carvalho Stelmo

Palavras-chave: alimentação, empoderar, escolhas alimentares

APRESENTAÇÃO: O aumento do consumo de alimentos industrializados ultraprocessados e a redução do consumo de e/ou total substituição de alimentos que caracterizam o padrão alimentar de uma determinada população é o fenômeno chamado de Transição Alimentar, o qual vem afetando todos os níveis socioeconômicos. No Brasil, este vem acontecendo nas últimas décadas e é possível observar a redução do consumo do feijão, baixo consumo de vegetais e aumento do consumo de açúcar de adição e bebidas açucaradas. Como ônus dessa mudança, observa-se o aumento de peso da população. Além disso, é perceptível que a relação das pessoas com a comida tem sido prejudicada: há dificuldade no controle do mecanismo de fome/saciedade; há uma neurose em torno da alimentação por conta da quantidade de informações divergentes sobre o assunto que circulam diariamente na mídia. Soma-se a isso a perda do hábito de cozinhar, de ir à feira explorar as possibilidades de combinações e sabores que a natureza oferece, de preparar comidas tradicionais e características de determinado padrão alimentar e as pessoas desconhecem os alimentos in natura e/ou não sabem como utilizá-los e vêm ficando muito dependentes dos produtos industrializados

ultraprocessados, geralmente ricos em sódio, açúcares simples e gorduras. Sendo assim, o objetivo desse grupo é empoderar seus participantes para que possam realizar melhores escolhas alimentares, conversar sobre o modo de produção dos alimentos, desmistificar informações veiculadas pela mídia, trocar receitas, orientar sobre a utilização ingredientes, sejam esses vegetais ou animais, higiene e conservação dos alimentos e resgatar a vontade e o prazer de cozinhar e comer. METODOLOGIA: O grupo encontra-se semanalmente, na associação de moradores Sociedade Amigos da Vila Mara e adjacências, localizada no território adstrito da Unidade Básica de Saúde (UBS) Jd. Maia. Tem como público-alvo adultos e idosos estudantes do MOVA SP (Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos), projeto que também acontece dentro dessa associação; além de outros adultos e idosos, pacientes da UBS Jd. Maia, os quais são encaminhados por meio das consultas com os médicos, enfermeiras e equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS's), no momento de suas visitas domiciliares. Existe uma dificuldade de fazer avaliação escrita desse grupo, pois a maioria dos pacientes têm dificuldades para ler e escrever. Então, as avaliações dos participantes são feitas oralmente. RESULTADOS: O sucesso deste grupo pode ser medido pela adesão dos pacientes, os quais participam ativamente, tirando dúvidas, sugerindo temas, compartilhando seus conhecimentos, também tornando este um espaço de convivência e apoio. Ainda, alguns relataram melhora no controle da hipertensão e diabetes, mudanças nos hábitos alimentares deles e da família, perda de medidas antropométricas e até mesmo de peso, embora este não seja o foco principal desta intervenção. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Por fim, este é um trabalho contínuo, construído paulatinamente buscando responder a

demanda dos pacientes, aproximando o conhecimento científico sobre saúde, alimentação e nutrição à realidade dessas pessoas de maneira que seja aplicável em seus cotidianos.

CONDIÇÕES DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E OS REFLEXOS NA QUALIDADE DA ABORDAGEM DOMICILIAR NO PSF

Luis Rogério Cosme Silva Santos, Miquéias Meira Araújo, Carline Silva Dutra, Talita Costa dos Santos, Ivo Gama Santos Ferreira, Patrícia Leão Messias

Palavras-chave: agentes comunitários de saúde, condições de trabalho, PSF

Apresentação: Relata-se a experiência da realização de oficina temática que teve como objetivo conhecer as condições de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a influência dos fatores ocupacionais na qualidade da abordagem no domicílio. No âmbito do Programa Saúde da Família (PSF) destacam-se, dentre os diversos fatores que interferem na qualidade da abordagem domiciliar, as características do processo e do ambiente de trabalho que modelam as condições gerais de trabalho dos agentes. Tais fatores motivaram a realização da oficina como estratégia político-pedagógica para a superação dos problemas ocupacionais que afetam a qualidade do cuidado promovido pelos ACS junto à população adstrita. Desenvolvimento (método): A oficina temática resultou do projeto de extensão realizado no primeiro semestre de 2015 pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS/UFBA). Buscou-se capacitar os ACS lotados numa Unidade de Saúde da Família (USF), implantada em um município de grande porte da região Sudoeste da Bahia, bem como, melhorar a abordagem domiciliar pelos ACS em suas respectivas microáreas. A oficina

constou de três momentos estratégicos: no primeiro, deu-se a descrição das condições de trabalho pelos ACS, mediante dinâmica que possibilitou a construção de uma “teia de problemas”, composta por situações no trabalho que afetam a produção do cuidado; no segundo, deu-se a sistematização dos dados levantados na etapa anterior para análise em grupo; no último, a definição coletiva de estratégias de intervenção sobre os problemas priorizados por ordem de importância atribuída pelo grupo (11 agentes). Resultados: Com base nos relatos, observou-se a alternância das cargas de trabalho, com destaque para as cargas ergonômicas, mecânicas e psíquicas, que afetam a saúde físico/psíquica, e, por consequência, o desempenho dos agentes na jornada diária de trabalho. Aspectos organizacionais do trabalho (como falta de material básico para realizar tarefas, número elevado de famílias, dinâmica territorial) também foram destacados como situações estressoras e potencializadoras de uma abordagem domiciliar inadequada na Atenção Primária à Saúde (APS). Considerações finais: Constatou-se que os fatores de riscos ocupacionais (e suas respectivas cargas) interferem efetivamente na qualidade da produção do cuidado do ACS no domicílio e no cumprimento das metas do PSF. Os trabalhadores se ressentem da inexistência de um planejamento conjunto das ações de saúde no território, que levem em conta os distintos saberes na saúde para a caracterização e intervenções adequadas sobre as condições de trabalho.

CONDUÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR FRENTE À VULNERABILIDADE DE USUÁRIOS SUS

Priscilla Faleiro Marmello, Mônica Villela Gouvêa, Donizete Vago Daher

Palavras-chave: planejamento familiar, saúde da família, educação permanente

APRESENTAÇÃO: Trata-se de relato por enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF), responsável pelo Planejamento Familiar no Município do Rio de Janeiro. O programa se propõe a atender necessidades de usuários que desejam controlar ou expandir sua prole, em especial aqueles que apresentam uma maior vulnerabilidade, mas que não estão amparados pela lei do planejamento à eleição para a esterilização cirúrgica na hora do parto. O objetivo deste relato é evidenciar lacunas na condução do planejamento familiar em uma unidade de saúde da família, perante a vulnerabilidade de usuários SUS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Como responsável por ações de Planejamento Familiar em minha unidade fui questionada por uma líder comunitária sobre o porquê de tanta burocracia acerca das esterilizações cirúrgicas frente aos usuários que apresentam maiores necessidades em virtude de sua condição de risco social. Respondi que estava respaldada pela lei que norteia o programa e que embora parecesse que estava burocratizando o cuidado, não poderia fazer diferente, pois eleições à esterilidade de forma errônea poderiam causar processos cíveis. A líder comunitária preocupava-se especialmente com uma gestante jovem, usuária de drogas, com seis filhos vivos e atualmente na sétima gestação. Cabe ressaltar que a gestante estava em constante efeito de drogas e por esse motivo, iniciou seu pré-natal tardiamente, não comparecendo às demais consultas e a nenhum encontro do planejamento familiar, mesmo sendo realizada busca ativa pelos profissionais da ESF. Cada pessoa que pleiteia a esterilização precisa participar de ação educativa que envolve o programa. Sendo elegível, ela é consultada individualmente no sentido de assinar os manifestos legais. Gestantes somente têm o direito à realização da esterilização na hora do parto no caso de comprovarem terem feito duas cesáreas anteriores ou por doença de base justificada

com assinatura de dois médicos para inserção do procedimento. A gestante sobre a qual versa esse relato apresentou partos naturais e não tinha nenhuma doença (por lei) que a possibilitasse pleitear a esterilização. A líder comunitária então chegou à ESF com a gestante dizendo que tinha conseguido que um obstetra fizesse o procedimento, mas que deveria possuir os manifestos. Expliquei-lhe que não poderia emití-los, pois estaria contra a lei, mas imediatamente me dispus a orientar a gestante sobre o programa. Informei que, logo após o parto, ela poderia iniciar método hormonal de contracepção e que após alguns dias, aindaria para o fluxo de laqueadura. Na sequência a gestante pariu de forma natural e não entrou em uso de contracepção. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Trata-se de vivência rotineira de profissionais da ESF que atendem aos usuários suscetíveis a não adaptação da lei em questão, em função de sua condição de vulnerabilidade. É provável que esta usuária engravide novamente, perpetuando este ciclo e evidenciando as fragilidades da legislação em questão. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Partindo do pressuposto da impossibilidade de ação operante a questão exposta, fazem-se necessárias amplas discussões e mobilizações de forma a adaptar a legislação do planejamento familiar às necessidades dos usuários em especial aqueles em condição de vulnerabilidade.

CONDUTAS DE ENFERMAGEM FRENTE À DESNUTRIÇÃO INFANTIL

Anny Beatriz Costa Antony de Andrade, Sineide Santos de Souza

Palavras-chave: Enfermagem, Criança, Desnutrição Proteico-Calórica

Apresentação: Este relato tem como objetivo abordar as ações de enfermagem frente a uma criança com desnutrição proteico-

calórica (DPC) em um pronto-socorro infantil na zona oeste de Manaus, durante as práticas da disciplina de Enfermagem na Atenção Integral à Saúde da Criança. Sabemos que a desnutrição é um grave problema de saúde pública com profundas raízes sociais. Muito mais do que apenas não ingerir alimentos, a condição traça um perfil sobre o binômio família-criança, geralmente exposta à falta de renda, à insalubridade, à miséria. A falta de proteínas, vitaminas, sais minerais e carboidratos acarreta a redução do crescimento e do desenvolvimento infantil, o que pode acarretar problemas futuros. **Desenvolvimento do trabalho:** A criança de um ano, proveniente do interior do Amazonas, inicialmente foi conduzida ao pronto-socorro por conta do quadro de diarreia. Através do exame físico, foi evidenciada a magreza profunda, a baixa estatura para a idade, a escassez e despigmentação dos cabelos e a apatia, sinais que caracterizam o Kwashiorkor marasmático, uma desnutrição proteico-calórica. Por conta das condições familiares evidenciadas pelo relato da mãe, a família foi encaminhada ao serviço social da unidade. Houve a prescrição de dieta rica em proteínas e calorias para a criança; e por meio da educação em saúde, foi possível compartilhar conhecimentos com a mãe da criança, ensinando, conforme suas condições, que alimentos ela poderia oferecer para a criança, os benefícios para o crescimento e desenvolvimento da criança e importância do acompanhamento da família junto à Estratégia de Saúde da Família (ESF) da sua área domiciliar. **Resultados e/ou impactos:** Por conta da dieta ministrada, a criança apresentou melhora no quadro clínico. A mãe instruiu-se sobre a importância da alimentação adequada, com uso de alimentos regionais para a criança e sua família, sobre o acompanhamento a ser realizado na ESF e sobre os programas sociais dos quais pode participar. **Considerações finais:** A

desnutrição é um grave problema de saúde pública, seu tratamento e os benefícios do mesmo são observados em longo prazo, não sendo possível acompanhar a evolução em regime hospitalar. Prestar cuidados de enfermagem a uma criança com DPC foi uma experiência única, um momento onde o conteúdo teórico ministrado foi colocado em prática, junto à humanização. Salientamos a importância do vínculo entre a ESF e os pacientes para o resgate do mesmo, acompanhamento das famílias, a continuidade do tratamento, erradicando condições que comprometam o crescimento e desenvolvimento de todo o potencial da criança.

CONFLITOS INTERPESSOAIS EM UMA EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA

Ana Paula Brandão Fried

Palavras-chave: saúde da família relações interpessoais

Apesar do pioneirismo do município de Niterói (RJ) na implantação do Programa Médico de Família, a inserção de equipes de saúde bucal ocorreu com um atraso de aproximadamente 10 anos. Como uma das protagonistas deste contexto, tenho como objetivo, relatar as minhas experiências como cirurgiã-dentista nesse programa. Situar-me neste platô, traz para cena um território de produção de cuidado e de subjetividade constitutivos, da minha vida e com os quais tenho grande implicação que é a unidade de saúde da família Maruí Grande. O início da minha experiência no programa foi em 2008, em uma comunidade localizada no bairro do Fonseca, a Vila Ipiranga. A produção do cuidado odontológico foi centrado em crianças, com faixa etária de 2 a 10 anos de idade e gestantes, objetivando provocar mudanças nos seus hábitos deletérios em saúde bucal.

Em 2012, através do programa de saúde na escola, desenvolvida pelo governo federal, pude comprovar os resultados favoráveis expressos nas mudanças dos indicadores de placa e de CPOD. Nesse ano, de 2012, fui para um novo desafio, um território com 5.843 usuários cadastrados, sob a responsabilidade de 3 equipes de Saúde da Família, com 20 anos de experiência nesta comunidade, lugares de poder, regras de funcionamento, operando sob a tutela do modelo hegemônico, com uma agenda subsidiada pela livre demanda, uma demanda espontânea e significativa devido à expansão das velhas doenças evitáveis ou contornáveis, abstencionismo, falta de comunicação entre os membros da equipe e estes com os usuários, o anti-sus. Neste contexto, iniciei as minhas atividades e ao mesmo tempo, ingressei no Curso de Especialização em Gestão das Clínicas promovido pelo Hospital Sírio Libanês, por indicação da gestão. Esse curso trouxe para cena todas as minhas angústias. O trabalho de conclusão do curso foi um plano de intervenção estruturado para esse território, mas nunca foi implantado. As tensões relacionais entre os sujeitos e destes com os usuários eram mais intensas e frequentes, equipe desmotivada e conformada, usuários insatisfeitos. Ao mesmo tempo, situar-me, neste território, disparou diversos afetos que impactaram intensamente em minha subjetividade, imprimindo uma identidade subjetiva, na alteridade. Analisando o meu processo de trabalho, observei o potencial produtivo de trabalho em ato que imprimia nos usuários. Esses processos operavam através de relações intercessoras com os trabalhadores e usuários, formando um encontro, no qual, nos posicionávamos como atores/sujeitos durante a produção do cuidado, atravessados por uma intensa intersubjetividade, somado a isso, conectados com o mundo da saúde, formando uma produção de cuidado,

para muito além do espaço sistêmico que cercava aquela Unidade, impulsionadas pelo inconsciente que encontra no desejo, sua força propulsora. Esse modo de produção egológico potencializou as tensões relacionais entre sujeitos, provocando disputa e inveja. O desfecho foi o atravessamento das forças “molares” no processo de trabalho desta autora, ocasionando a sua transferência para outra unidade de saúde da família, desse município. Fazendo uma analogia com o mito da caverna (Metáfora Platônica): A escolha de continuar no fundo da caverna é uma pré-disposição ao engano ou ao conformismo?

CONHECENDO O TERRITÓRIO COMO FORMA DE CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS AFETIVOS

Ludmila de Moura, Carlos Roberto de Castro e Silva

Palavras-chave: território, ACS, vínculos

APRESENTAÇÃO: A primeira autora deste relato é doutoranda, desenvolvendo sua pesquisa sobre “a percepção e os sentidos atribuídos ao fenômeno da violência de gênero, pelas agentes comunitárias de saúde (ACS) atuantes na Unidade de Saúde da Família da Vila dos Pescadores no município de Cubatão, SP”, sob orientação do segundo autor. A escolha pelos ACS se deu pelo fato dos mesmos serem considerados importantes na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente por fortalecer a Atenção Básica, além de em seu trabalho apresentarem uma ligação com a realidade da comunidade, o que possibilita o fortalecimento do vínculo entre profissionais e sujeitos. Este relato de experiência objetiva discutir as reflexões oriundas da entrada da pesquisadora em um território totalmente novo e desconhecido, registradas em

diários de campo construídos a partir da pesquisa-ação. DESENVOLVIMENTO: Quando do início das visitas (há um ano) ao território de alta vulnerabilidade social, a pesquisadora acompanhou as ACS em visitas domiciliares, para conhecer a realidade do território, ir se familiarizando com o contexto em que a pesquisa irá acontecer como para também ir criando um vínculo mais próximo, com as agentes de modo a possibilitar que elas também conheçam um pouco mais a pesquisadora, adquiram confiança e possam se interessar em participar na pesquisa e das oficinas a serem oferecidas posteriormente. Trata-se da construção do cenário de pesquisa, ou seja, do espaço social para envolver os participantes na pesquisa. RESULTADOS: Durante essa fase de aproximação houve um concurso público que implicou na troca de quase todas as ACS. A pesquisadora pode vivenciar então um período de muita frustração pelas ACS anteriores. E o vínculo que havia sido construído durante meses está sendo reconstruído com as novas ACS, que assumiram o serviço há apenas um mês. Embora seja visto como positivo a contratação por concurso público, praticamente a construção do cenário da pesquisa teve que ser reiniciado. O acompanhamento das ações desenvolvidas pelas ACS permitiu apreender a necessidade de dedicação por parte delas, pois se trata de comunidade onde a pobreza e a violência andam lado a lado. É um trabalho onde é exigida muita criatividade para responder às demandas, pois ao mesmo tempo representam o Estado e os cidadãos de uma comunidade onde o ACS também mora. A falta de condições propícias de trabalho, bem como a ausência de valorização e reconhecimento dos munícipes, dos profissionais da equipe e até de gestores, pode gerar deficiências na qualidade do trabalho, bem como o sofrimento patológico. Considerações finais: Os autores

acreditam que a fase de conhecimento do território, tendo a metodologia qualitativa como base, possibilita a construção de vínculos entre o pesquisador e os atores sociais da comunidade e da USF, pois a presença nas visitas, juntamente com as ACS, possibilitou uma proximidade onde as mesmas encontraram espaço para estabelecer diferentes diálogos, tanto em relação a questões pessoais, como profissionais. Nesse sentido a relação com a pesquisadora serve de respaldo e de apoio na busca da promoção da saúde desses trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRABALHO MÉDICO NA ATENÇÃO BÁSICA DO RECÔNCAVO DA BAHIA

Mayse de Oliveira Andrade

Palavras-chave: Trabalho na Atenção Básica, Médicos, Recôncavo da Bahia

APRESENTAÇÃO: O presente relato apresenta a experiência como pesquisadora de iniciação científica PIBIC-IC/CNPq 2014/2015 da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, dentro do projeto de pesquisa “Onde estão os médicos do Recôncavo da Bahia?”. O projeto tem como objetivo geral traçar um perfil dos médicos localizados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS da região do Recôncavo da Bahia, identificando as características relacionadas ao processo de formação profissional, ao mercado de trabalho e as condições existentes para o exercício da profissão. **METODOLOGIA:** A pesquisa, até então, foi desenvolvida em três (Cachoeira, Muritiba e São Félix) dos 20 (vinte) municípios que integram o chamado “Território de Identidade”, caracterizado por significativos problemas econômicos, por uma oferta de serviços de saúde bastante precária e com uma população predominantemente empobrecida e negra.

Quanto aos procedimentos metodológicos, a investigação foi eminentemente qualitativa baseada nas técnicas de observação participante e nas entrevistas semiestruturadas. Este processo de pesquisa, possuiu múltiplos desafios que estão relacionados desde o momento da autorização para a realização da pesquisa nos serviços de saúde, até a constatação de uma realidade dos trabalhadores de saúde marcada por vínculos de trabalho precarizados, sem concurso público, e, em sua grande maioria, vinculada a gestão pública municipal, o que dificulta o trabalho profissional e a criação de vínculo com a população, abrindo espaço para possíveis práticas de “clientelismo”. No decorrer da pesquisa de campo passamos a fazer visitas nas Unidades de Saúde da Família - USF, movimento que possibilitou conhecer a estrutura física, localização e refletir sobre a operacionalização da prestação do cuidado no nível da atenção básica. Encontramos unidades localizadas distantes do território ao qual se destina, dificultando o acesso das famílias, que em sua maioria não possuem veículo próprio, essas cidades não possuem transporte coletivo municipal, assim, a oferta de saúde apesar de ser plena, segundo dados do governo, não se materializa. **RESULTADOS:** Na realização das entrevistas foi possível contato com médicos cujas idades eram mais avançadas, o que proporcionou ouvir a história da saúde pública no Brasil a partir de trajetórias; tivemos contato com profissionais do Programa Mais Médicos que é expressão atual de uma ação de efetivação da cobertura da atenção básica; pode-se apreender, em sua maioria, médicos com práticas conservadoras, da medicina clínica – dentro um espaço que se propõe a reorientação do modelo de atenção à saúde –, práticas ainda pautadas na demanda espontânea. Também, encontramos médicos com visão crítica e transformadora, sendo

trabalhadores protagonistas de mudanças dentro da saúde, responsabilizando-se dentro de sua prática e reconhecendo que, dentro da categoria, ainda existe uma cultura fortemente ligada ao conservadorismo e ao poder. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Assim, essa vivência possibilitou, a partir da profissão médica, refletir sobre o trabalho profissional dentro do SUS, e quão a prática está intrinsecamente ligada a concretização da mudança no modelo de atenção, mesmo essa autonomia tendo limites institucionais e requerendo fortalecimento das práticas de educação continuada e permanente.

CONSTRUÇÃO DE MANUAL DE FLUXOS DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA O MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL – RS

Alice Maggi, Cláudio Bernardi Neto, Máira Boeno da Maia, Quelen Tomé Pires, Thainara Fontoura Brandolt da Rocha, Renata Magnabosco Verza, Eléia de Macedo, Suzete Marchetto Claus

Palavras-chave: Serviços Médicos de Emergência, Socorro de Urgência

APRESENTAÇÃO: A Regulação Médica das Urgências se constitui em um processo de trabalho ordenador e orientador de intervenção que visam à garantia de uma resposta adequada e equânime a diversas solicitações neste campo. Constitui-se de um observatório privilegiado da saúde, atuando de forma integrada, articulada e sinérgica de forma a implementar e qualificar a Política Nacional de Atenção em Urgência e Emergência. Os fluxogramas, nesse contexto, servem como instrumento para agilizar e guiar a conduta dos profissionais médicos reguladores, além de facilitar o acesso à informação pela equipe de saúde. Nosso objetivo é apresentar o processo de construção do manual de

fluxos da Rede de Urgência e Emergência para o município de Caxias do Sul-RS com a participação de alunos de graduação em saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A construção deste manual foi realizada pelos integrantes do PRÓ-PET Saúde da Universidade de Caxias do Sul que aconteceu por meio de encontros semanais, durante os meses de maio a julho de 2014. O trabalho foi realizado através da troca de experiência com os coordenadores da Rede de Urgência e Emergência do município de Caxias do Sul, da observação das atividades diárias dos profissionais da mesma, além de organização dos fluxogramas já existentes. **RESULTADOS:** Após várias revisões e pactuações com os serviços vinculados, foram elaborados, organizados e agrupados por linhas de cuidado os principais fluxogramas norteadores do serviço de Urgência e Emergência, no formato de um manual. Exemplares serão distribuídos nos serviços de saúde e disponibilizados para acesso no site da SMS do município. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O manual de fluxos de urgência e emergência poderá constituir-se em uma ferramenta efetiva para nortear os profissionais e qualificar o serviço. Em sua elaboração, foi possível a compreensão sobre o funcionamento da rede, suas fragilidades, as diferenças entre o que era feito e o que era preconizado, bem como provém adaptá-lo para a realidade local.

CONSULTA DE ENFERMAGEM À SAÚDE DA CRIANÇA SAUDÁVEL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Geysyka Morganna Soares Guilhermino, Jesianne Nataly Macedo de Araujo, José Douglas Tobias Magalhães da Silva, Nadja Romeiro dos Santos, Larissa Alves do Nascimento, Raissa Lorena Bandeira Landim, Renato Duarte de Castro, Sandra Bomfim de Queiroz

Palavras-chave: Enfermagem em saúde comunitária, Educação em saúde, Saúde da criança

APRESENTAÇÃO: A assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. Por meio do acompanhamento da criança saudável, papel da puericultura, espera-se reduzir a incidência de doenças, aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se para alcançar todo seu potencial. Por meio da consulta de enfermagem à criança tem-se o objetivo de prestar uma assistência sistematizada identificando problemas de saúde, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de sua saúde. Diante do exposto, o estudo tem como objetivo descrever a experiência de acadêmicos de enfermagem durante consultas de enfermagem à criança com o foco na prevenção de doenças e promoção da saúde em uma unidade de saúde do município de Maceió. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** As consultas de enfermagem à saúde da criança foram realizadas durante as atividades práticas da disciplina de saúde da criança e adolescente, em uma unidade básica de saúde, no município de Maceió. Foram realizadas consultas abordando vários aspectos inerentes à saúde da criança, dentre eles, avaliação do crescimento e desenvolvimento de cada criança, testes dos reflexos neuropsicomotores, orientações nutricionais, anamnese, exame físico, revisão dos calendários vacinais, elaboração de planos de cuidados, como também foram prestadas orientações às mães acerca de cuidados gerais com a criança. Resultando assim, em uma assistência ampla e sistematizada com o enfoque na promoção da saúde e prevenção de doenças. **IMPACTOS:** Diante da possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em sala de aula na prática assistencial permiti-

se a aquisição de uma maior praticidade e habilidade na prestação de cuidados de maneira holística e humanizada. Despertando assim, o interesse para a adesão efetiva da sistematização do cuidar voltados para a saúde de crianças saudáveis. De forma que os obstáculos que impedem a implementação desse processo foram superados, o que nos permitiu oferecer um cuidado integral e qualificado aos clientes não só no período de doenças, mas principalmente na ausência delas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este estudo oportunizou o reconhecimento da consulta de enfermagem a saúde da criança como uma importante ferramenta na prestação de cuidados humanizados e de qualidade à saúde infantil no âmbito das Unidades Básicas de Saúde. Permitindo também, a valorização do conhecimento das mães acerca do processo de cuidar das suas crianças. Percebeu-se que a consulta quando feita de maneira humanizada possibilita um ambiente acolhedor favorecendo a relação entre o profissional, a mãe e a criança. Relação essa, que precisava ser valorizada enquanto peça fundamental na prestação de cuidados de qualidade.

CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DEPENDÊNCIAS EM ADOLESCENTES NA ESF 043 DO MUNICÍPIO DE CEILÂNDIA SUL/DF

Jose Felix Reyes Vega, Ana Cecilia Demarqui Machado

Palavras-chave: Educação em Saúde, Adolescente, Dependência

No mundo atual as dependências constituem uns dos flagelos mais violento da humanidade, não respeitando sexo, idade nem classe social. Segundo observações na Estratégia de Saúde da Família/043, no município de Ceilândia Sul do Distrito

Federal, o consumo de álcool entre outras dependências é considerado um dos maiores problemas sociais que causam danos à saúde. Tornando-se oportuno à realização deste projeto, através do Programa Saúde de Adolescente com o objetivo de desenvolver atividades de educação em saúde do consumo de álcool e outras substâncias químicas com adolescente da comunidade escolar, no período de janeiro a setembro do 2014. Contou-se com uma mostra de 197 estudantes entre 11 a 19 anos onde se identificou com a parceria da comunidade escolar os temas a serem debatido sobre a problemática. Observa-se que os estudantes apresentam concepções inadequadas a respeito das drogas lícita e ilícitas e mesmo assim, reconhecem as consequências negativas da magnitude e dos efeitos deletérios. Percebe-se que este é um assunto que também não é debatido em família. Desta forma, houve comprometimento de toda a equipe multidisciplinar na implementação do projeto e os resultados obtidos indicam a sensibilização dos professores sobre a necessidade de abordar este tema, além da participação dos alunos no debate sobre a problemática, suas consequências e repercussões sobre as pessoas, a família e sociedade.

CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA DE ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA NO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DA ESF

Ludimila Cuzatis Goncalves, Louise Anne Reis da Paixão, Raquel Bernardo da Silva, Ana Carla Silva de Oliveira Miranda, Rafaela Perdomo Cardoso, Fabiana Silva Marins Nazareno Cosme

Palavras-chave: Integração ensino-serviço, pré-natal, estratégia de saúde da família

O trabalho em questão trata-se de um relato da experiência vivida em uma unidade de Saúde do município do Rio de Janeiro sobre as contribuições para o acompanhamento pré-natal, trazidas pelos residentes de enfermagem em obstetrícia de uma universidade pública federal. O objetivo deste relato é apresentar as contribuições da integração ensino-serviço para o acompanhamento pré-natal da unidade. O cenário em que se deu a experiência foi uma unidade de saúde composta por sete equipes de saúde da família, localizada na Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro, em que o pré-natal de baixo risco é realizado através de consultas intercaladas entre médico e enfermeiro e acompanhado por toda equipe multiprofissional. Há três anos a unidade em questão recebe residentes de enfermagem em obstetrícia para acompanhamento do pré-natal de baixo risco em conjunto com as equipes de saúde da família. Durante o percurso para inserção das residentes no serviço alguns desafios precisaram ser superados como a resistência de alguns profissionais, o que foi conquistado através do diálogo e apoio institucional. Percebe-se que o estreitamento das relações entre ensino e serviço é uma construção permanente que requer esforço de ambas as partes para que haja aproximação da formação com a realidade da atenção à saúde. A participação das residentes nos cuidados as gestantes e puérperas potencializam e qualificam ainda mais os serviços oferecidos, o que é relatado por toda equipe e pelos usuários. A integração ensino-serviço nesse contexto incentiva e motiva os profissionais que buscam em parceria com as residentes e com a população inovações para o serviço. Com a inserção das residentes de enfermagem em obstetrícia no cotidiano do serviço foi realizado um planejamento com toda equipe para melhoria da busca das gestantes faltosas, monitoramento

minucioso do acompanhamento das gestantes consideradas vulneráveis ou de risco e ampliação do número de participantes no grupo de gestantes, incluindo o incentivo a participação do parceiro e da família. Atividades como grupo de gestantes, incentivo ao aleitamento materno, planejamento familiar, vigilância em saúde, visitas domiciliares, acompanhamento de gestantes e bebês de risco, ganham novo olhar e se fortalecem com a parceria entre universidade e serviço de saúde. Destaca-se a importância do estabelecimento de um planejamento realizado por profissionais do serviço e residentes, visto que este norteia o desenvolvimento do trabalho e facilita o processo de avaliação das ações implementadas. Sendo assim, conclui-se sob a ótica do trabalho que a integração ensino-serviço induz um movimento de troca de experiências, de conhecimentos e de reflexão sobre a prática desenvolvida no cotidiano que contribui significativamente para qualificação das atividades, satisfação da população e contribui para a formação profissional dos residentes. Esse movimento de integração consolida o papel dos serviços de saúde do SUS de assistir a população e contribuir para formação de novos profissionais.

CORALICE

Flávia de Jesus Neiva Sampaio Sampaio

Palavras-chave: Promoção de saúde do idoso, saúde vocal, vínculo

No Coral- CorAlice é realizado um trabalho de promoção da saúde da comunicação do idoso, integração entre os componentes, entretenimento e socialização. O público alvo são os idosos cadastrados na unidade de saúde. O objetivo do CorAlice é o fortalecimento do vínculo da comunidade com a unidade, compreendendo que é um espaço de educação em saúde, trabalhando

suas habilidades pessoais e a promoção de saúde através da música. O trabalho voltado para a educação em saúde e o vínculo com sua unidade modificando a visão da busca pelos cuidados somente quando a doença já está instalada. A demanda do território é de idosos cuja necessidade de atuação em áreas relacionadas a comunicação tornou-se necessária. A necessidade de resgate do usuário com a unidade de saúde na qual está inscrito e o estímulo de memória, interação social e saúde vocal. A metodologia consiste em dois encontros semanais com a duração de 4 horas, duas horas na terça-feira e duas horas na quinta-feira (10/12h) no CMS Alice Toledo Tibiriçá. Há um revezamento entre auditório e os ensaios em campo aberto. As atividades consistem em um primeiro momento de integração entre os componentes como uma roda de conversa. Em seguida exercícios de aquecimento vocal com exercícios fonoterapêuticos. Após esses dois momentos o ensaio das músicas propostas, geralmente relacionadas a um evento de datas comemorativas. Ao final exercícios de desaquecimento vocal. Iniciamos o projeto com 10 componentes, hoje temos uma média de 30 idosos. A dinâmica do grupo consiste em todas as decisões serem tomadas em conjunto, desde a letra da música que será cantada até o desenho da blusa do uniforme. São realizados debates sobre assuntos pertinentes ao grupo, momento de discussões, reflexões, elogios e sugestões. As votações têm como critério a escolha da maioria.

CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA PRÉ-TERMO E SUA FAMÍLIA E A CONTRIBUIÇÃO DO GENOGRAMA E ECOMAPA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mayara Carolina Canedo, Cristina Brandt Nunes, Maria Auxiliadora de Souza Gerk, Maria Angelica Marchetti

Palavras-chave: prematuro, relações familiares, enfermagem neonatal

APRESENTAÇÃO: A estrutura da família, sua composição, as interações familiares, os contextos de saúde, as situações de risco e os padrões de vulnerabilidade, caracterizam-se como elementos relevantes para o planejamento do cuidado à saúde da criança. O genograma e o ecomapa têm se mostrado como valiosas ferramentas para a compreensão da relação mãe, filho e família. É importante que a enfermeira desenvolva interação com a família no cenário da Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo). Frequentemente a mãe, está mais presente e por isso deve ser melhor orientada para o cuidado mais efetivo com o seu filho. Este estudo objetiva descrever a aplicação das ferramentas genograma e ecomapa à mãe que acompanhava o filho prematuro. **Desenvolvimento:** o relato de experiência trata sobre uma mãe que acompanhava o filho prematuro na UCINCo de um Hospital Público em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no mês de setembro de 2015. O estudo foi discutido com a participante e após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e esclarecimentos das dúvidas, a mesma concordou com a participação e assinou o documento. Os dados deste estudo foram obtidos mediante a realização de entrevista, análise de prontuário do recém-nascido, observação participante, genograma e ecomapa. **RESULTADOS:** L1 de 33 anos teve VII gestações, VI partos, I aborto e I natimorto. Atualmente é mãe de um lactente com 37 dias de vida, nascido pré-termo, idade gestacional de 30 semanas, muito baixo peso. A gravidez foi interrompida por trabalho de parto prematuro. Nos momentos iniciais da conversa L1 relatou sobre seus outros filhos, e que nenhum deles morava com ela. A primeira gestação foi aos 14 anos e após a separação, o pai ficou com

a guarda da criança. Com este companheiro tem um relacionamento amigável. Sempre que possível se encontra com o filho. Com o segundo companheiro teve três filhos, dois meninos de 14 e 10 anos e uma menina de 12 anos. A guarda das crianças após a separação ficou com o pai. Relatou que com este companheiro sofreu violência doméstica, sendo, este fato somado à impossibilidade de criar os filhos, de não ter participado do cotidiano deles, favorece o sentimento de mágoa. Atualmente é casada, relata que este companheiro é amoroso e que se encontra feliz nesta relação. O filho atual foi desejado e fica emocionada em ser mãe novamente. L1 é muito apegada com o filho e tem insegurança e medo em perdê-lo. Nota-se um sentimento de culpa por não ter acompanhado o desenvolvimento dos outros filhos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** as ferramentas genograma e ecomapa, e a sua utilização na interação com a mãe, possibilitou um cuidado de enfermagem mais direcionado, além do estabelecimento de relações de horizontalidade com a equipe, que passou a entender melhor o contexto da mãe e as suas condições de vulnerabilidade e enfrentamento, possibilitando um melhor acolhimento para esta família.

CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO E BAIXO PESO E A CONFECÇÃO DE CARTILHA EDUCATIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jéssica Hipólito Castilhas, Emily Dourado Rastelli, Patrícia Weyand Gonçalves, Cristina Brandt Nunes, Maria Auxiliadora de Souza Gerk, Mayara Carolina Cañedo, Thays Luana da Cruz

Palavras-chave: Saúde da criança, Recém-Nascido Prematuro, Enfermagem Pediátrica

Apresentação: A fim de prevenir doenças e agravos na infância é necessário o preparo

da família e dos pais, por meio de ações educativas. A melhoria na atenção à saúde do recém-nascido pré-termo e baixo peso é imprescindível, pois traz possibilidades de diminuição de taxas de morbimortalidade perinatal. Objetivo: Expor a experiência da elaboração de uma cartilha educativa sobre os cuidados do recém-nascido pré-termo e baixo peso em domicílio aos pais, à família e aos cuidadores. Metodologia: uma das atividades privativas executadas pelo enfermeiro na atenção básica de saúde é a consulta de enfermagem ao recém-nascido pré-termo e baixo peso. Dessa maneira, verificou-se a necessidade de elaborar um material educativo constando informações sobre cuidados específicos para esta clientela. Anteriormente a essa elaboração foram realizados encontros entre estudantes, professoras e familiares, bem como, leituras em artigos científicos e livros que abordavam assuntos relacionados aos cuidados com o recém-nascido prematuro e baixo peso. Esta atividade fez parte do projeto de extensão universitária intitulado: "Perspectivas de cuidado na saúde da criança, do adolescente e da família" da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, que ocorreu no segundo semestre de 2014, em uma Unidade Básica de Saúde da Família de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Resultados: o material educativo desenvolvido contou com os seguintes itens: características do recém-nascido, vacinas, aleitamento materno, higiene, aquecimento, socialização, afetividade, crescimento, desenvolvimento, cuidados especiais e interações familiares. Considerações finais: a utilização da cartilha educativa poderá proporcionar maior entendimento aos pais, cuidadores e familiares sobre as ações e cuidados a serem realizados nessa etapa vulnerável de vida.

CUIDADOS PROLONGADOS E UMA NOVA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Luciana Shirley Pereira Zanela, Adriane Pires Batiston

Palavras-chave: promoção em saúde, equipe de assistência ao paciente, residência

APRESENTAÇÃO: As dinâmicas de transformações demográficas e no perfil de agravos a saúde no Brasil, incidem na população idosa, sendo que, 85% vivem com doenças crônicas e 10% com comorbidades. Além de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção, serviços que ofereçam aos indivíduos já acometidos por agravos, cuidados integrais e resolutivos ganham importância, pensando-se na qualidade de vida desses indivíduos. Este relato descreve a experiência da inserção de uma equipe de residentes em Unidade de Cuidados Prolongados, vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em Cuidados Continuados Integrados, com área de concentração saúde do idoso. **METODOLOGIA:** Descrição da Experiência: A residência proporciona atuação de equipe multiprofissional formada por: nutricionista, psicólogo, assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta e farmacêutico em diferentes unidades. Neste período, com destaque para a Unidade de Cuidados Prolongados. A forma de encaminhamentos a esta unidade é diversa, mas prioritariamente partem da avaliação de um ou mais profissionais que identificam a necessidade de acompanhamento por equipe ampliada nos Hospitais de Alta Complexidade, com vagas conveniadas ao SUS. O trabalho em equipe oportuniza reflexões e mudanças das práticas; a política de humanização passou a embasar as condutas da equipe com a utilização de dispositivos como: acolhimento; escuta qualificada; discussões e construção de intervenções com a equipe;

incentivo do protagonismo do paciente, elencando suas prioridades durante a internação e a partir da alta considerando a continuidade do atendimento fora âmbito hospitalar; envolvimento do paciente, família e acompanhantes nas discussões entre a equipe para compreensão/definição das condutas terapêuticas, propiciando ao grupo conhecimento das necessidades de forma mais abrangente; envio de pré-alta elaborada pela equipe de saúde que tenha atendido este usuário, com descrição do quadro clínico atualizado, bem como condutas terapêuticas utilizadas e descrição parcial das necessidades deste paciente e familiares para a atenção básica, tendo em vista construção e fortalecimento de rede de saúde fora de ambiente hospitalar, prevenindo possíveis re-internações; **RESULTADOS:** Alguns nós críticos, foram identificados nesta mudança no processo de trabalho, como: sobrecarga do cuidador e dos membros da equipe, abandono de pacientes por familiares, sobreposição do modelo biomédico, alta hospitalar precoce, desconhecimento da família e pacientes do processo vivenciado, insegurança e despreparo para continuidade dos cuidados pós alta. O reconhecimento desses problemas auxilia a equipe, que passou a atuar com maior integração, valorizando a integralidade no atendimento. O paciente e seus familiares passaram a atuar como protagonistas do processo de cuidado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A interação entre os atores envolvidos no processo de cuidado tem resultado em uma construção democrática e horizontal. Observa-se maior participação do usuário nas decisões de seu processo saúde-doença. A equipe estabelece compromisso real com o ato de cuidar voltado a melhora do paciente em seus diversos aspectos. A produção do cuidado e seu gerenciamento demandam a multiplicidade de saberes e práticas, sendo que novos modelos começam a materializar-

se em substituição a outros em ambiente hospitalar, voltando-se a valorização do indivíduo, seu contexto e lançando mão de outras tecnologias. O aprender fazer requer os demais sentidos.

DEMANDAS SUBJETIVAS E O SENTIMENTO DE IMPOTENCIA DOS AGENTES DE SAÚDE

Rafaela Christina Ferreira Abranches Fig Ferreira Christina Ferreira Abranches Figueiredo, Franciele Diniz Alves, Tuany Camila Fernandes, Elenita Sureke Abilio

Palavras-chave: Agente de Saúde, Subjetividade, Saúde mental

INTRODUÇÃO: O trabalho a ser descrito faz parte do projeto de extensão acompanhamento e apoio técnico ao programa PMAQ AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica e foi se delineando durante as Supervisões de Estágio de Processo de Gestão em Saúde I e II do curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera. O delineamento utilizado foi através da experiência vivida no cotidiano dos (ACS) Agentes de Saúde, presenciando uma realidade da qual não é prescrita no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Dentre as principais funções dos agentes de saúde destacam-se levar à população informações capazes de promover o trabalho em equipe; visita domiciliar; planejamento das ações de saúde; promoção da saúde; prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente; prevenção e monitoramento de grupos específicos; prevenção e monitoramento das doenças prevalentes; acompanhamento e avaliação das ações de saúde (BRASIL, 1999). Mas eles desempenham muitas vezes o papel de outros profissionais da saúde como o de um psicólogo, por conta de uma

demanda subjetiva onde os mesmos não são qualificados para esse papel, gerando impotência e adoecimento dos próprios pela falta de suporte. OBJETIVO: Acompanhar através das visitas realizadas com os (ACS) Agentes de Saúde a prática de seu trabalho, e os desafios por eles enfrentados. METODOLOGIA: Essa investigação é um estudo exploratório que teve como objetivo através da experiência vivida pelas acadêmicas investigar e caracterizar o trabalho dos agentes comunitários de saúde, em equipe de saúde da família. A pesquisa é investigativa e descritiva e forma um estudo que busca constatar, retratar e registrar os aspectos de trabalho desses profissionais da saúde e como eles atendem essa demanda, utilizando como parâmetro o Documento Síntese para Avaliação Externa PMAQ do Ministério da Saúde. Resultados e Discussões: Qual é o papel do Agente de Saúde? Essa pergunta é importante para que entendêssemos o que realmente esses profissionais da saúde exercem segundo o que é prescrito no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). De acordo com DANIELLOU, 1989 [...] a maneira como o trabalho deve ser executado: o modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, o tempo concedido para cada operação, os modos operatórios e as regras a respeitar. Porém, 'este trabalho prescrito nunca corresponde exatamente ao trabalho real', isto é, o que é executado pelo trabalhador. Diante disso e considerando o relato vivido pelas acadêmicas no cotidiano de um agente de saúde, o que foi presenciado está muito além do que está prescrito no programa, onde a demanda exercida por esses profissionais está fora de uma capacitação adequada, do qual se cobra resultados, mas não oferece aos mesmos o suporte que esses necessitam.

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL – A ESCOLA COMO CENÁRIO DE ATUAÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS

Ana Claudia Nunes Palmeira Alexandre, Giovana Eliza Pegolo

Palavras-chave: Educação, Alimentar, Nutricional, Crianças

OBJETIVO: O ambiente escolar, em todos os níveis, representa um contexto expressivamente propício para ações de Educação Alimentar e Nutricional. Principalmente nos primeiros anos de vida, possibilitando o empoderamento dos atores envolvidos neste cenário, ou seja, crianças, diretores, docentes, merendeiras e famílias, ressaltando que a criança assume um elo de troca de conhecimento com seus familiares. Tendo em vista o público-alvo, esta atividade de Educação Alimentar e Nutricional foi desenvolvida a partir de técnicas lúdicas, permitindo contínua interação. Os objetivos foram: promover conhecimentos básicos sobre a importância de Frutas e Legumes, incentivar o consumo e avaliar a efetividade das atividades propostas. DESENVOLVIMENTO: As ações educativas foram implementadas em um Centro de Educação Infantil de Campo Grande (MS), com pré-escolares de 3 a 4 anos (n = 25), executadas em três momentos complementares, com intervalo de 15 dias. No momento I, após a apresentação da equipe, foram realizadas as seguintes atividades: Música adaptada com nomes de alimentos (criação de vínculo); Teatro de fantoches interativo com o tema importância do consumo de banana e laranja e Degustação das frutas. O momento II teve início com perguntas referentes ao primeiro encontro e as atividades desenvolvidas foram: Desenho livre por observação de alimentos; Gincana

do “Legume Quente” – beterraba, cenoura, batata, tomate e chuchu: a fim de estimular o tato, o olfato e a interação entre o grupo; Degustação de cenoura e beterraba (em bastão, cozidas) e Crachás em forma de maçã (a fim de potencializar a recordação/memorização dos conceitos trabalhados). O momento III, última etapa desta atividade educativa, foi constituído da seguinte forma: Conversa inicial – Abordagem sobre os alimentos apresentados e respectivos nutrientes e benefícios; Demonstração de um cartaz (fixado na parede) com todas as Frutas e Legumes abordados nos momentos anteriores; Colagem de figuras de Frutas e Legumes em chapéus de festa, utilizados para confraternização, e finalização das ações com Degustação de Salada de Frutas (piquenique). RESULTADOS: A maioria das crianças participou das atividades, inclusive dos momentos de degustação dos alimentos, o que nos permite sugerir que exemplo e estímulo favorecem o consumo de alimentos. Notou-se compreensão das mensagens relacionadas aos alimentos – respostas corretas ao final da atividade. Atividades lúdicas e interativas mostraram-se adequadas para a idade. A execução em três momentos possibilitou a formação de vínculo, bem como o retorno positivo em relação à constatação de que as mensagens foram fixadas adequadamente. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Apesar do reconhecimento do impacto positivo da Educação Alimentar e Nutricional para a promoção da saúde, a introdução e manutenção de hábitos alimentares saudáveis no cotidiano representam um grande desafio. A escola é o espaço ideal para incentivar escolhas alimentares pautadas no conhecimento científico, cultural e afetivo, já que exerce grande influência sobre seus alunos, com a possibilidade de que as crianças passem essas experiências para seus pais e familiares, promovendo amplo alcance e repercussão. A Educação

Alimentar e Nutricional é importante em todas as fases da vida, entretanto, na infância torna-se imprescindível, pois, poderá determinar hábitos alimentares saudáveis ao longo da vida.

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL INFANTIL: PRIMEIROS PASSOS PARA A FORMAÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS

Gabriela Torres Silva, Roberta Serafim de Souza, Giovana Eliza Pegolo

Palavras-chave: Nutrição, Educação em saúde, Saúde pública

Apresentação: A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) integra a rede de políticas públicas. A partir de ações multiprofissionais e intersetoriais, incentiva a prática voluntária de hábitos alimentares saudáveis, visando à autonomia para a realização de escolhas adequadas. A formação de hábitos alimentares é influenciada por fatores fisiológicos, socioculturais e econômicos e a infância é considerada o momento ideal para a adoção de práticas adequadas ao crescimento e à promoção da saúde ao longo da vida. O ambiente escolar é propício para o desenvolvimento de ações voltadas à construção do comportamento alimentar, especialmente pautadas na problematização da realidade vivenciada. Este trabalho teve como objetivo implementar ações de EAN em um Centro de Educação Infantil de Campo Grande (MS), com pré-escolares. Os objetivos específicos foram: promover conhecimento sobre a importância da ingestão de alimentos oferecidos pela alimentação escolar e avaliar a efetividade das técnicas utilizadas. Desenvolvimento: As ações educativas foram realizadas com pré-escolares de 3 a 4 anos (n=12), executadas em três momentos complementares, quinzenalmente e duração aproximada

de 50 minutos. Foram utilizadas técnicas lúdicas e interativas a fim de estimular a participação ativa das crianças. A cada encontro foram abordados diferentes temas, selecionados previamente conforme necessidade apontada pela direção da unidade de ensino, como exemplo a rejeição de alimentos disponibilizados na alimentação escolar. Ação 1: Higiene das mãos: Uma aliada à saúde – Formação de vínculo (Diálogo); Musicalização com o tema higiene (Violão); Atividade artística para simulação de lavagem das mãos (Utilização de Cartazes). Ação 2: Inserção da couve na alimentação infantil – Teatro abordando o Cálcio, com foco no benefício causado aos dentes em formação; Desenho livre por observação (Couve in natura para referência). Ação 3: Vitamina A e seus benefícios – Abordagem sobre vitaminas: O que são? Por que são importantes? Onde são encontradas?; Dinâmica relacionada aos legumes com alto teor de vitamina A (“Caça aos legumes” – Cenoura/Beterraba); e Degustação de alimentos (Bolo de cenoura; Suco de beterraba). No início das atividades foram realizados momentos de diálogo em relação às ações anteriores com o objetivo de avaliar a memorização dos conceitos trabalhados. Resultados e/ou impactos: A formação de vínculo inicial com as crianças proporcionou interação suficiente para o desenvolvimento das atividades educativas. Constatou-se que as técnicas aplicadas foram adequadas para a idade, visto que as crianças participaram e desenvolveram questionamentos sobre o tema, além de experimentarem os alimentos. Por meio de perguntas pontuais foi possível constatar memorização do conhecimento trabalhado. Considerações finais: Estratégias lúdicas e de fácil assimilação permitem a abordagem de diferentes temas considerados importantes para a saúde e formação de hábitos alimentares. A possibilidade de experimentar determinado

alimento, mesmo que em outra forma de preparo, pode representar experiência positiva para a inclusão do alimento na alimentação. A caracterização da equipe (trajes lúdicos) mostrou-se essencial nesse processo, favorecendo a atenção e a fixação do conteúdo. Estratégias de EAN, gradativamente ao longo da infância, podem contribuir para o empoderamento dos indivíduos, e, futuramente, poderá representar fator decisivo na prevenção de doenças e autonomia para escolhas alimentares saudáveis e adequadas ao estágio de vida.

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL: AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE INFANTIL

Suellen Aparecida Vinci Carlos, Elisana Lima Rodrigues, Ana Rita de Oliveira Tucan, Giovana Eliza Pegolo

Palavras-chave: Alimentação saudável, Educação Alimentar e Nutricional, Pré-escolares

APRESENTAÇÃO: A Educação Alimentar e Nutricional visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis, com abordagens e recursos educativos condizentes ao público-alvo. Ações educativas com crianças devem priorizar o uso de metodologias lúdicas e dinâmicas, explorando a criatividade e a problematização de acordo com as realidades vivenciadas, a fim de favorecer também um processo de afirmação da identidade alimentar. O aprendizado em relação aos hábitos alimentares saudáveis desde a infância é imprescindível para a promoção da saúde ao longo da vida. O objetivo desta experiência foi fomentar o conhecimento sobre os aspectos nutricionais da cenoura e da couve, comumente oferecidos na alimentação escolar e aumentar a aceitação

das preparações contendo estes alimentos. DESENVOLVIMENTO: O público-alvo desta atividade educativa foi constituído por crianças, de ambos os sexos, com idades entre 4 e 5 anos (n=22) de um Centro de Educação Infantil de Campo Grande (MS), executada em três momentos complementares. Foram desenvolvidas as seguintes técnicas, sequencialmente: Teatro (Coelho como personagem) para apresentar a cenoura e a couve, destacando a Vitamina A e o Cálcio presente nestes alimentos e seus benefícios à saúde; Diálogo (círculo com todos sentados no chão) sobre a importância nutricional destes vegetais e apresentação dos mesmos in natura em diversos cortes; Desenho livre com a folha da couve in natura como modelo e montagem de um varal com os desenhos; Degustação de receitas com a cenoura e a couve como ingrediente principal (Suco de couve e Bolo de cenoura); Roda de conversa para reforçar os conteúdos previamente transmitidos oportunizando a fala das crianças e desenvolvimento de material para memorização (Cenoura em EVA, Caderno de receitas e Jaleco personalizado, utilizado durante as atividades). Este último com o intuito de formação de vínculo entre o conteúdo desenvolvido e os pais e/ou familiares. RESULTADOS E IMPACTOS: Considerando as mensagens nutricionais estabelecidas como metas para a aprendizagem desta atividade educativa foi possível constatar que as crianças associaram corretamente os alimentos trabalhados, seu conteúdo nutricional e benefícios à saúde. Ou seja, de maneira objetiva responderam quais nutrientes eram encontrados na cenoura e na couve e, por meio de palavras-chave, mencionaram os efeitos (relacionados aos olhos e aos ossos). Os recursos didáticos, as atividades lúdicas e a participação ativa foram adequados à faixa etária, portanto, contribuíram para o resultado positivo. O tempo de execução

de cada atividade, aproximadamente 40 minutos, mostrou-se adequado. Porém, cabe ressaltar que a dispersão das crianças e, conseqüentemente, a falta de atenção, foram constatadas conforme aumentava o tempo de atividade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O desenvolvimento de atividades de Educação Alimentar e Nutricional com crianças representa uma possibilidade efetiva para a implementação de conhecimentos pautados na adoção de hábitos alimentares saudáveis com expectativas de manutenção ao longo da vida. Tendo em vista o intenso processo de formação relacionado à alimentação nos primeiros anos de vida, sugere-se que projetos educativos sejam desenvolvidos de forma contínua e, especialmente, com a utilização de recursos didáticos interativos e que estimulem a participação de educadores e alcancem também as famílias.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM UM GRUPO DE MULHERES

Marceli Cleunice Hanauer, Michelly Carla Santin, Gabriela Flores Dalla Rosa, Rosemari Fatima Degani, Talita Cristina Pegorin, Valéria Silvana Faganello Madureira

Palavras-chave: Dinâmica de grupo, Menopausa, Câncer gestacional, Enfermagem

Gestação, climatério e menopausa fazem parte do viver feminino. A gestação é um período de alegria e planejamento do futuro para a família, enquanto a chegada do climatério, fase na qual o corpo se prepara para a menopausa e que se inicia por volta dos 38 anos, é marcada por irregularidades na menstruação e pelas primeiras ondas de calor, o que compromete diversos aspectos da vida da mulher. A menopausa

marca o início de outra etapa do ciclo vital e provocando sintomas comuns como ondas de calor, aumento da gordura na região da barriga, melancolia, mudanças de humor, secura vaginal, situações que precisam ser aceitas e enfrentadas. Embora sejam comuns na vida das mulheres, climatério, menopausa e câncer na gestação são muito pouco discutidos em grupos formados na atenção primária, daí a proposição de desenvolvimento de uma atividade de educação em saúde com um grupo de mulheres da área de abrangência do Centro de Saúde da Família (CSF) Belvedere em Chapecó, SC abordando esses temas. O objetivo foi compartilhar conhecimento sobre climatério, menopausa e câncer na gestação discutindo mitos e verdades estabelecidas sobre o tema. Foi desenvolvida por acadêmicas do curso de enfermagem da UFFS Chapecó-SC em atividades teórico-práticas do componente curricular “Cuidado de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde”, com um grupo de 15 mulheres, todas já na menopausa, embora uma delas em idade precoce. As estudantes planejaram o encontro e construíram perguntas sobre o tema. A atividade iniciou com apresentação das acadêmicas ao grupo explicando a dinâmica de desenvolvimento. As perguntas elaboradas previamente foram inseridas em balões e distribuídas no grupo. Solicitou-se que uma participante por vez estourasse o balão lendo a pergunta. Esse momento gerava risadas e brincadeiras. Formou-se uma roda de conversa para que todas pudessem expor suas experiências e seus conhecimentos. A atividade teve duração de 120 minutos. A seguir, as acadêmicas verificaram pressão arterial e glicemia capilar das mulheres. Concomitantemente foi montada uma mesa com quitutes trazidos pelas estudantes integrantes do grupo para confraternização. A participação das mulheres foi intensa, possibilitando o compartilhamento de experiências

vividas e saberes sobre o tema, seguindo os princípios da educação popular em saúde, valorizando o aprender ensinando e o ensinar aprendendo. Iniciativas como essa aproximam os profissionais da saúde dos usuários do sistema amenizando as hierarquias de poder tão evidentes nos serviços de saúde, abrindo espaço para o diálogo transformador. Ao final, as mulheres avaliaram positivamente a atividade ressaltando que, pela primeira vez nos 18 anos de existência do grupo, um tema de interesse delas e vivenciado por todas foi levado à discussão. Concluiu-se que é necessário desenvolver iniciativas de educação em saúde na atenção primária articulando os interesses dos usuários e necessidades da atenção em saúde. Assim, informações serão trocadas com os grupos e melhores resultados poderão ser alcançados no auto cuidado e no compromisso com sua própria saúde.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE UMA ESTRATÉGIA PARA PROPORCIONAR CUIDADO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE SAÚDE MENTAL

Raquel Cristina Braun da Silva, Tatiane Motta Costa e Silva, Moroni Correa de Oliveira, Rodrigo Souza Balk, Susane Graup, Franciele Machado Santos, Stephanie Jesien

Palavras-chave: Saúde Mental, Educação em Saúde, Saúde

APRESENTAÇÃO: Oferecer aos usuários de saúde mental uma assistência pautada na integralidade e na humanização deve ser um dos principais objetivos nos serviços de atenção a esses usuários, um cuidado efetivo é construído quando lança-se mão de diferentes conhecimentos e recursos para atender as necessidades singulares dos sujeitos. Nesse contexto a educação em saúde é um trabalho que atua sobre o

conhecimento pré-existentes, estimulando a capacidade crítica e de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente onde estão inseridos. Entretanto, é comum que ações de educação em saúde sejam voltadas apenas aos transtornos mentais e a dependência química, devido a esta ser a demanda mais urgente dos usuários, fazendo que noções básicas de saúde e auto-cuidado não sejam tão estimuladas. Levando em consideração este panorama, o objetivo deste trabalho é fazer um relato de experiência de um grupo de educação em saúde, realizado com usuários de um CAPS II. METODOLOGIA: O Grupo de Educação em Saúde teve início em agosto de 2015, participam uma fisioterapeuta e uma professora de educação física residentes, um acadêmico de enfermagem, os usuários que se mostraram interessados e os demais profissionais do serviço. Será relatada a experiência obtida onde abordou-se o tema “saúde”, iniciou-se através de uma conversa, onde cada um falou sobre sua concepção de saúde contribuído na formação de um conceito amplo de saúde, em seguida os usuários foram instigados a falar sobre as condições de vida que estão associadas a saúde, onde a higiene foi citada, assim falou-se sobre noções básicas de higiene e lavagem de mãos, ao final realizou-se uma prática com todos os usuários, onde após pintarem suas mãos, foram vendados e deveriam fazer a lavagem das mesmas. RESULTADOS: Pode-se observar interesse significativo dos usuários pelo tema abordado, quando tratou-se da definição de saúde foi notável a associação que ainda existe entre saúde e ausência de doenças, porém a medida que as falas foram progredindo, os usuários foram tornando dessa definição mais abrangente. Demonstravam ter algum conhecimento quanto noções básicas de higiene embora não as aplicassem integralmente. Durante a prática todos os usuários deixaram partes com tinta mesmo após a lavagem, o que

evidenciou os locais em que demandaram menor atenção, e permitiu que houvesse a discussão sobre a sujeira que não é visível, discussão que partiu de uma usuária ao se referir a bactérias. Nos dias seguintes os usuários questionaram aos profissionais se estavam fazendo a lavagem de mãos corretamente. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Intervenções como a relatada neste trabalho podem ser de grande valia aos usuários de saúde mental, que passam de expectadores a protagonistas de seu tratamento. Além disso, possibilita a disseminação das informações, atingindo familiares, amigos e companheiros, o que é outro ponto positivo, também é de grande aprendizado aos profissionais, já que há uma troca constante de saberes.

EM BUSCA DA EFETIVAÇÃO DA PNAN: A ORGANIZAÇÃO DE NUTRICIONISTAS NASF NA CIDADE DO RECIFE-PE

Carla Caroline Silva dos Santos, Juciany Medeiros Araújo

Palavras-chave: Saúde da Família, Nutrição em Saúde Pública, Nutricionistas

Apresentação: A atual situação epidemiológica brasileira vivencia o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e das deficiências nutricionais, o que dá cada vez mais relevância às ações de alimentação e nutrição na Atenção Primária à Saúde (APS) (CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTA, 2008). A inserção do nutricionista na APS aconteceu principalmente através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) criados em 2008, equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada e cooperativa com os profissionais das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2010). Em Recife-PE o NASF foi implantado em 2010 e atualmente conta com 20 equipes que apoiam 251

das 268 equipes de Saúde Família, com a presença de nutricionista em todas as equipes desde seu início. Neste sentido, criou-se um espaço de organização dos profissionais nutricionistas dos NASFs da cidade do Recife-PE, com a perspectiva de potencializar as ações de Alimentação e Nutrição na APS via NASF. Desenvolvimento do trabalho: A proposta inicial foi organizar as demandas que chegavam sem discussão e cronograma de realização. Aos poucos o espaço desenvolveu-se para além da redução de demandas individuais e gerais da categoria, funciona para construir ações de acordo com o calendário da saúde e necessidade da população; fortalecer a ferramenta Educação Permanente para formação profissional; e compartilhar saberes e práticas. Atualmente as reuniões ocorrem mensalmente e são conduzidas por facilitadores do NASF, e outras áreas. As pautas e temáticas são propostas em reunião ou podem ser sugeridas pela gestão, que informa ao facilitador, com finalidade de articular e fortalecer a Educação permanente e em consequência as ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Resultados e/ou impactos: O contexto territorial de Recife tem como principais demandas: obesidade, adesão ao tratamento de DCNT, erros alimentares na infância, aleitamento materno. Tem-se como potencialidades, ações de faceta interdisciplinar à coletividade via grupos e intervenções educativas na comunidade, escolas e parcerias com outros programas de saúde. Entre os desafios enfrentados estão, essencialmente, a carência de recursos materiais e estruturais para desenvolvimento das ações e quantitativo reduzido de profissionais. Seja para a assistência individual, execução da Vigilância Alimentar e Nutricional ou prevenção e controle de distúrbios e deficiências nutricionais, a importância das ações de alimentação e nutrição na APS é legitimada

e fortalecida pelo NASF a cada dia (JAIME et al., 2011). Pela potência técnico-pedagógica do matriciamento, a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional, em todas as dimensões, é trabalhada de maneira cada vez mais interdisciplinar, favorecendo o olhar complexo das equipes de saúde (SEVERO; MENOTTI, 2010) para alimentação e a possibilidade de construção de intervenções mais eficazes. Considerações finais: O trabalho dos nutricionistas dos NASF de Recife-PE tem se construído na perspectiva de, sob o princípio do Direito Humano à Alimentação Adequada, garantir a efetivação da PNAN e efetivação das ações de alimentação e nutrição na APS. Espera-se ainda através da atuação multiprofissional auxiliar na adequada implementação dos NASF como ordenadores do cuidado de uma rede de atenção que contribua com a melhor qualidade de vida da população.

ENTRE TRENS DE DOIDO E A UTOPIA DE UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS: A REDUÇÃO DE DANOS COMO UMA NOVA PERSPECTIVA DE TRABALHO PARA OS PROFISSIONAIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Jaqueline Oliveira

Palavras-chave: Redução de Danos, Sistema Único de Saúde, Trabalho

APRESENTAÇÃO: A proposta e o objetivo deste trabalho é apresentar a política de Redução de Danos (RD) e suas possibilidades quanto ao acolhimento e escuta dos usuários nos serviços e espaços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), como meio de promoção e prevenção da saúde mental dos sujeitos que acessam diretamente o SUS, bem como, uma nova abordagem de trabalho para os profissionais deste Sistema, visando uma maior resolutividade no processo de cuidado por parte dos

trabalhadores, bem como, o autocuidado dos usuários. É importante ressaltar que para falar de Redução de Danos é necessário contextualizar historicamente, afinal, há um caminho a ser compreendido até chegar a esta política que está em vigor no Sistema Único de Saúde. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Este relato foi suscitado na realização de um estágio vinculado a um serviço público de saúde. Inicialmente foi utilizado o método da observação participante no espaço de atenção à saúde do SUS e por fim, aprofundado através da revisão bibliográfica. RESULTADOS E/ OU IMPACTOS: A Redução de Danos teve sua origem na Inglaterra em 1926 e chega ao Brasil no ano de 1989, ela nos mostra na prática que não há uma sociedade livre de drogas lícitas ou ilícitas, com isso é necessário pensar novas possibilidades para os usuários de substâncias lícitas (cigarro, medicamentos, álcool, doces...) e ilícitas (maconha, crack, heroína, anfetaminas, drogas sintéticas). Portanto, é de fundamental importância apostar nesses indivíduos como sujeitos responsáveis por suas escolhas e seu desejo ser escutado pelos profissionais durante o acolhimento e tratamento. É a partir dele, de seus desejos e escolhas que a equipe multiprofissional irá trabalhar e não sob os ideais estabelecidos socialmente. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A RD surge para romper com esse ideal de abstinência e construir intervenções com a finalidade de permitir as escolhas de cada usuário e seu processo de autocuidado, oportunizando o movimento de produção de saúde e novas possibilidades de estar no mundo. O foco não estando na patologia, o objetivo “primeiro” não é a cura do usuário, mas, sim, a produção de subjetividade, ou seja, a resignificação do vivido, tecido ao longo da história do sujeito, a valorização da fala deste usuário que comparece ao SUS, por vezes fragilizado e em sofrimento físico e mental. É nas intervenções dos profissionais

no diversos espaços e serviços do SUS, tendo como base a igualdade de direitos, o respeito às escolhas e singularidades de cada usuário, que ele irá tecer juntamente com o sujeito em tratamento uma nova biografia, livre de rótulos e modelos previamente estabelecidos, afinal, as palavras dos trabalhadores orientam e por vezes subjetivam os usuários assistidos pelo Sistema Único de Saúde.

ERA UMA VEZ A ATENÇÃO FARMACÊUTICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Suzana Aparecida Lara de Andrade, Marilis Dallarmi Miguel, Emanuélle Sanches Bueno Veronesi, Fabio Augusto Becker, Josiane de Fátima Gaspari Dias, Skiold Rodrigo Islas Zarazua, Eduardo Cesar Scherer, Santina Sayuri Utida Pereira

Palavras-chave: Integração Ensino-Serviço sob a ótica do trabalho, Humanização no cotidiano do serviço, A Produção do Cuidado nos Níveis de Assistência à Saúde

APRESENTAÇÃO: A Atenção Farmacêutica é a prática profissional desenvolvida pelo farmacêutico, sendo a interação direta com o usuário. Nesta prática verificam-se as necessidades do usuário relacionadas com o uso de medicamentos, detectando e prevenindo problemas relacionados aos mesmos, visando assim uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis voltados para a melhoria da qualidade de vida deste usuário. OBJETIVOS: Frente ao exposto, tem-se por objetivo relatar a experiência da inserção do farmacêutico residente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná (UFPR) na Unidade Estratégia Saúde da Família Guaraituba na cidade de Colombo, Paraná. METODOLOGIA: A metodologia utilizada foi à realização da atenção farmacêutica com

o acompanhamento farmacoterapêutico nas visitas domiciliares realizadas entre abril e dezembro de 2014 e fevereiro a setembro de 2015 a usuários hipertensos e diabéticos selecionados juntamente com o médico e a enfermeira de cada área de abrangência da unidade estratégia saúde da família Guaraituba, sendo estes usuários cadastrados no programa Hiperdia. As visitas domiciliares eram realizadas somente com a agente comunitária de saúde da área de abrangência. A partir da inserção do farmacêutico residente da Residência Multiprofissional à equipe multidisciplinar da unidade buscou não apenas a identificação, mas, sobretudo a atenção farmacêutica com a prevenção e a solução dos problemas relacionados a medicamentos nesta unidade. RESULTADOS: Desta forma, perceberam-se melhores resultados com a terapia medicamentosa, foram identificados potenciais problemas relacionados aos medicamentos, através de análise das prescrições médicas, interação com a equipe multidisciplinar e contato direto com os usuários hipertensos e diabéticos. As intervenções farmacêuticas foram realizadas juntamente com o médico de cada usuário, visando assim à prevenção e/ou correção tanto de eventos adversos a medicamentos, quanto dos erros de medicação. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Enfim, para um país como o Brasil, com um sistema público de saúde que deve atender a uma população com mais de 200 milhões de pessoas, é essencial a adoção de estratégias que ajudem a aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e a atenção farmacêutica é a principal ferramenta para que isso aconteça. É essencial a participação do farmacêutico, enquanto parte de uma equipe multidisciplinar, na elaboração de estratégias personalizadas para aumentar a adesão a tratamentos medicamentosos do usuário.

ESTE É O SUS QUE QUEREMOS

Antonio Carlos Cremasco

Palavras-chave: exitoso

APRESENTAÇÃO: Antonio Carlos Cremasco – agente comunitário de saúde desde o início de 2012, vinculado a secretaria municipal de saúde de Campinas-SP. O relato do caso mostra a importância do agente comunitário de saúde que é o principal elo entre a população e as unidades básicas de saúde. Composição da equipe do centro de saúde boa esperança: 01 coordenador, 02 clínicos, 01 ginecologista, 02 pediatras, 01 psiquiatra, 01 dentista, 01 auxiliar de saúde bucal, 02 enfermeiras, 04 técnicos de enfermagem, 04 auxiliares de enfermagem, 02 agentes administrativo, 02 agentes comunitário de saúde. Relato do caso do paciente: C. A. N. A. Dia 07/07/2015: recebo ligação da Dra. Lilian, médica do Padre Anchieta relatando o caso do paciente que apresentou dois quadros de pneumonia no período de 16 de junho a 08 de julho e que teria alta, ela pede que a equipe do CS Boa Esperança acompanham o caso. Realizamos visita domiciliar no dia 08/07 onde o paciente estava sozinho e acamado, em contato com os vizinhos consigo telefone do irmão que reside em outro bairro, na Vila 31 de Março, e o mesmo relata que a convivência com o C. é muito complicada e que o mesmo foi agressivo com a irmã com quem morou por um tempo. Relatou também que o mesmo é etilista desde criança com surtos de agressividade com os familiares. Relato o caso à Dra. Livia (clínica) e à Dra. Maryane (psiquiatra) e à enfermagem que agenda visita para o dia 15/08. Enfim, Isabela realiza visita domiciliar, paciente em uso de fralda com condições precárias de higiene, extremamente emagrecido, mantendo-se acamado. Os cuidados estavam sendo prestados pela vizinha. No

dia 22/07, realizada coleta de exames de sangue e escarro (bk) conforme solicitação da enfermeira Isabela e também da Dra. Maryane. Dia 23/07 chega o resultado do exame positivo para tuberculose. Feito todo o protocolo de comunicação para vigilância para início do tratamento. No exame de sangue foi constatado pela Dra. Livia também anemia e alteração hepática. O caso foi discutido com a vigilância que orientou a necessidade de tratamento em âmbito hospitalar em função da tuberculose e do quadro geral apresentado. Feito referencia para encaminhamento ao pronto atendimento e entregue para o irmão. Paciente internado no dia 24/07, no hospital municipal “Dr. Mário Gatti”. A alta hospitalar do paciente ocorreu no dia 11/08, onde começamos o tratamento supervisionado da TB, que será executado por mim que continuará até o dia 02/16 conforme protocolo. Conclusão: mostra que quando a equipe trabalha de forma entrosada e integrada melhora o cuidado e a eficiência de todos da equipe do CS Boa Esperança. Entre a comunicação com o Padre Anchieta e a internação no Mário Gatti, decorreram 17 dias a partir deste período o paciente iniciou o tratamento. Este é o SUS que queremos.

ESTRATÉGIAS DE COMBATE AO DESMAME PRECOCE EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Syleide Gonçalves Prado, Marta de Melo Oliveira e Silva

Palavras-chave: Aleitamento materno, Desmame Precoce, Puericultura

Sabe-se que a alimentação no primeiro ano de vida é determinante fundamental no crescimento e desenvolvimento das crianças e que o aleitamento materno é uma grande arma no combate à mortalidade infantil.

O aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade é recomendado pelos principais órgãos e estudos que debatem a nutrição infantil. O acompanhamento mensal das crianças menores de um ano em consultas de puericultura na atenção básica, tem papel de importante aliado no combate ao desmame precoce, assim como o acompanhamento da puérpera no pós-parto imediato e tardio. Nesse contexto, o projeto se propôs a planejar maneiras eficazes em aumentar o percentual de crianças em aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses e com manutenção ao seio com alimentação complementar até os dois anos, como recomenda o Ministério da Saúde (MS). A principal estratégia utilizada foi agendamento de consultas de puericultura pelo ACS intercaladas entre médica e enfermeira da unidade quando identificadas dificuldades na amamentação e/ou erros alimentares nos menores de 6 meses, identificando possíveis fatores facilitadores bem como dificuldades no processo de amamentação. Foram distribuídas cartilhas educativas durante as demais consultas puerperais de cada uma das crianças. O presente estudo garantiu 100% de cobertura dos atendimentos de puericultura mensal nos menores de um ano dentre os adscritos na área de abrangência do Centro de Saúde da Família Conjunto Vera Cruz II. Durante as consultas, foi realizado esclarecimento das dúvidas das famílias em relação à alimentação ideal dos menores de um ano, bem como necessidades, dificuldades e ansiedade maternas que envolvem o ato de amamentar. Dessa forma, aumentamos em 40% a frequência de lactentes alimentados somente ao seio materno até os seis meses de vida, bem como garantimos a progressiva transição desde o momento de início da alimentação complementar até que o menor atingisse o completo desmame de maneira saudável. Assim, faz-se indubitável

a necessidade de se investir em orientação materna, em oportunidades de treinamento dos profissionais de saúde, bem como no uso dos meios de comunicação de massa e modificação das rotinas hospitalares na busca do incentivo à amamentação, necessitando assim de apoio por parte de toda a sociedade.

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA NA MELHOR IDADE

Giovane Oliveira Vieira, Luan Carlo Santana de Oliveira, Ramom Rodrigues de Oliveira, Roberta Teixeira de Souza Martins, Rogério da Silva Ferreira, Hélio Novais Muniz Filho, Suzana Curtinhas

Palavras-chave: Envelhecimento, Promoção da Saúde, Equipe Multiprofissional

INTRODUÇÃO: A população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos apresenta um acelerado crescimento em todas as regiões do país. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos próximos 20 anos essa população poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas. No entanto, o aumento da expectativa de vida e o processo de envelhecimento populacional denotam um desafio principalmente no que diz respeito às condições de saúde e a qualidade de vida desta parcela da população. A realidade do envelhecer no Brasil demonstra que os idosos têm participação ativa no cenário socioeconômico e político do país e em sua grande maioria apresenta autonomia na tomada de decisões e continua produtiva tanto no mercado de trabalho quanto no contexto familiar, mesmo aqueles que convivem com algum déficit de saúde. Diante do exposto, compreender e promover a saúde global do idoso envolve

a atuação de uma equipe multiprofissional em saúde com intuito de ofertar métodos e estratégias que possibilitem melhor qualidade de vida. **OBJETIVOS:** Aplicar estratégias de autocuidado através de atividades psicomotoras e estabelecer espaço de escuta para um grupo de idosos. **METODOLOGIA:** A equipe foi formada por docentes com formação em saúde pública, saúde mental, educação física e acadêmicos de enfermagem. Realizou-se uma pesquisa qualitativa e quantitativa, descritiva exploratória. A amostra foi composta por 15 indivíduos, com faixas etárias entre 50 e 70 anos, maioria do sexo feminino. Os dados foram coletados através de instrumento de avaliação de qualidade de vida. Avaliaram-se os índices antropométricos, glicêmicos e aferiram-se os sinais vitais. As atividades propostas foram alongamento, dança, jogos de memória e grupo de escuta. **RESULTADOS:** A análise dos dados mostrou que todos os participantes apresentavam comorbidades relacionadas ao envelhecimento e sedentarismo. No início das atividades 70% apresentava hipertensão, 68% diabetes, 40% cardiopatias e 42% relataram episódios de depressão. Após 3 meses de atividades houve uma queda nos índices glicêmicos e pressão sistólica, além da consolidação de vínculos. **CONCLUSÕES:** Após a realização deste trabalho percebe-se que alinhar estratégias de autocuidado numa perspectiva ampliada pela equipe multiprofissional em saúde proporciona inúmeros benefícios para idosos ativos, desde mudanças quanto a rotina da prática de atividade física, melhora da memória recente a partir dos exercícios e jogos de memorização, o reconhecimento dos riscos físicos e redução dos mesmos nos espaços intra e extradomiciliar, o estabelecimento de vínculos afetivos dentre outros.

ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS INTER-SETORIAIS NA PREVENÇÃO DE AGRAVOS À SAÚDE DO TRABALHADOR DA CONSTRUÇÃO CIVIL

Priscila Minhoni Moreira, Ben Hur Monson Chamorra, Ronei Tonet, Janini Cristina Paz, Maira Boeno da Maia, Quelen Tomé Pires, Suzete Marchetto Claus

APRESENTAÇÃO: O processo de trabalho na construção civil oferece diversos riscos à saúde. Dentre os casos de morbimortalidade destacam-se as quedas como principal agente de mortes e as lesões cutâneas como principal fator causador de morbidades. Objetivando a redução da morbimortalidade e as melhores condições de trabalho dos operários da construção civil de um Município situado no Nordeste do Rio Grande do Sul (RS), o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e a Vigilância em Saúde do respectivo município em parceria com várias instituições públicas e civis, desenvolveram em 2012 e 2013 estratégias educativas intersetoriais em relação à proteção à saúde e prevenção de agravos. **METODOLOGIA:** As estratégias foram compostas por: rodas de conversa (459 trabalhadores atingidos); construção de material pedagógico para ser utilizado no desenvolvimento das ações educativas; desenvolvimento de audiências, as quais identificaram inadequações e propuseram melhorias na segurança, saúde e demais aspectos do trabalho e desenvolvimento de palestras temáticas a partir de necessidades apontadas localmente. **RESULTADOS:** Os resultados obtidos foram: construção de material pedagógico padronizado para ser executado em todas as ações educativas; cumprimento da legislação, uma vez que a Constituição Federal determina que o trabalhador tem direito a proteção de sua saúde, integridade física e moral e segurança na execução de suas atividades; redução dos riscos ocupacionais e redução da incidência

de agravos à saúde; integração entre as ações de saúde, higiene e segurança; redução dos índices de mortalidade, uma vez que em 2011 foram notificados 10 casos, em 2012 reduziu-se para sete e, no primeiro semestre de 2013, não houve registro de mortes; redução nos índices de acidentes de trabalho nos canteiros de obras da construção civil; redução do índice de absenteísmo, pela redução de agravos/acidentes à saúde; ganhos de produtividade; e redução de passivos trabalhistas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A prática educativa é uma potente ferramenta que pode impactar na redução da morbimortalidade dos trabalhadores principalmente quando se organizam de forma intersetorial. Nesse sentido, torna-se indispensável transformar as atividades educativas em programas permanentes como parte da rede de cuidado à saúde do trabalhador da construção civil.

ESTUDO SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CONSUMO DE ALCOOL E MASCULINIDADE: REFLEXÕES PARA O PROJETO TERAPÊUTICO DE PACIENTES QUE NÃO ADEREM AO TRATAMENTO

Altamir Trevisan Dutra

Palavras-chave: Representações Sociais, Alcoolismo, Plano Terapêutico

APRESENTAÇÃO: A interdisciplinaridade no cotidiano do trabalho é um tema que vem sendo encorajado nos últimos tempos no cuidado com a saúde. Esse trabalho visa apresentar experiência de interdisciplinaridade em um trabalho de conclusão de curso (TCC) de um curso de graduação em medicina da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), que permitiu posteriormente uma abordagem mais abrangente ao realizar o plano terapêutico de um usuário de uma unidade básica de saúde (UBS) do município de Chapecó-

oeste de Santa Catarina. Desenvolvimento do trabalho: Em 2014 apresentamos um TCC acerca da análise das representações sociais do consumo de álcool e masculinidade, que buscou entender o ser humano e seus aspectos biopsicosociais, por meio de um estudo qualitativo. Posteriormente, quando começaram os estágios do internato, tendo em mente o estudo realizado, percebemos outras formas de abordar a clínica de pacientes que não aderem ao tratamento. Além da resistência do paciente é comum a contratransferência por parte dos profissionais de saúde para o usuário e seu modo de viver. Dentre os pacientes que observamos, destacamos um usuário de 54 anos, branco, trabalhador da construção civil. Ele era hipertenso e etilista com diversas co-morbidades. Resultados: Considerando o estudo prévio acerca de representações sociais e consumo de álcool foi possível ter uma visão mais holística do paciente. Conforme o estudo no TCC revelou, o consumo de álcool está relacionado à masculinidade. Foi possível perceber que o paciente em acompanhamento tinha no consumo do álcool sua principal forma de lazer. Relatou também que o consumo de álcool era necessário para interação com amigos no bar, e que caso não o fizesse ouvia brincadeiras depreciando sua imagem como homem. O estudo prévio do tema, representações sociais, teve aplicabilidade nesse caso, pois permitiu entender melhor a não adesão do paciente aos tratamentos e abstinência. Foi possível identificar determinantes sociais que influenciavam suas escolhas. Primeiramente percebendo que o problema de etilismo do paciente é um reflexo da cultura vigente e a partir disso elaboramos um plano terapêutico singular, levando em conta a dificuldade de deixar do hábito de consumir álcool, visto que a abstinência do álcool implica em uma exclusão social por seus pares, que consideram o consumo de álcool como algo

“normal” a um homem de sua idade, gênero e classe social. Considerações finais: Desse modo, o estudo do tema representações sociais durante a formação médica mostrou-se como importante para o manejo desse paciente. Além das orientações medicamentosas e não medicamentosas que já vinham sendo feitas, combinamos encontros mensais para conversar sobre os avanços e dificuldades.

EXPERIENCIANDO E VIVENCIANDO A VISITA DOMICILIAR NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PSF ZONA NORTE DE MANAUS

Rute Silva Silva de Oliveira Patricio

Palavras-chave: Enfermagem, Visita Domiciliar, Saúde Coletiva

Apresentação: A Estratégia de Saúde da Família constitui o principal vínculo do paciente com as redes de atenção em saúde. Portanto, é fundamental que o enfermeiro inserido neste contexto, conheça as características dos clientes assistidos pela unidade em que atua, pois, este conhecimento auxiliará o profissional no desenvolvimento de uma visão holística para o cuidado em saúde, focalizando os pacientes em situações de vulnerabilidade. A visita domiciliar constitui a ferramenta da ESF para identificar os pacientes em situação de vulnerabilidade, classificar o risco familiar, estratificar o risco cardiovascular, verificar a adesão ao tratamento dos pacientes, monitorar e atualizar as informações cadastrais das famílias. Tudo isso com o intuito de estabelecer uma linha positiva de conexão entre profissionais-serviço-população. Na vida acadêmica, coloca os estudantes em contato com a realidade que os profissionais se deparam constantemente, a fim de discutir o modelo de saúde queremos realmente construir.

Descrição da experiência: Trata-se de uma vivência de uma acadêmica de enfermagem na realização de visita domiciliar a um paciente idoso em pós-operatório e um hipertenso não monitorado por tratamento. A atividade ocorreu durante as aulas práticas da Saúde Coletiva II na UBSF N-23, localizada na zona Norte-Manaus. A visita foi conduzida pelo roteiro de visita domiciliar no qual constava: objetivo da visita, condição socioeconômica dos pacientes, agravos à saúde e condições de saúde atual. Para realizar a visita a acadêmica foi designada a assumir uma microárea, acompanhada com o ACS realizando as ações de competência do enfermeiro, incluindo a visita domiciliar. Considerações finais: A experiência da visita domiciliar durante a graduação em enfermagem propicia ao estudante a formação de um perfil profissional mais proativo e inovador, que busca atender às demandas sociais no campo da saúde, dotado de postura crítica diante dos obstáculos emergentes nos cenários teórico-práticos, que esquadrinha alternativas na construção de projetos em consonância com as necessidades de saúde individuais e coletivas.

FATORES ASSOCIADOS A NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME PREVENTIVO DO CÂNCER DE COLO UTERINO: OPORTUNIDADES PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Brígida Cristina de Souza, Bruna Cristina de Carvalho, Géssica da Costa Andrade, Jéssica Marina de Pontes Silva, Adriana Fátima Barbosa, Luciana Alves Silveira Monteiro

Palavras-chave: Colo de útero, Papel do Profissional de Enfermagem, Atenção Primária à Saúde

Apresentação: A formulação de políticas, em

nível nacional e internacional, influenciaram positivamente a qualidade da assistência à saúde da mulher, potencializando ações para a redução das iniquidades em saúde e valorizando a integralidade do cuidado junto ao público feminino. Sabe-se que o primeiro contato da mulher com o sistema de saúde é através da Atenção Primária, via Estratégia de Saúde da Família (ESF), que, conforme os preceitos do Sistema Único de Saúde, atende usuários de um território definido e busca respeitar os princípios doutrinários e organizativos. Ressalta-se que dentre os objetivos da ESF está redução da morbimortalidade e resolutividade dos problemas de saúde da comunidade adstrita, sendo a redução do câncer do colo do útero (CCU) uma das metas. Hoje tem-se que o CCU é o de maior prevalência no país, com alta na taxa de mortalidade (aproximadamente 4.800 vítimas fatais/ano) e que a detecção precoce através do exame Papanicolau – exame seguro, de baixo custo, eficaz e de fácil execução – propicia uma boa rastreabilidade citológica. Contudo, apesar de rápido e pouco invasivo, a cobertura do exame preventivo em uma ESF situada em uma região de risco socioeconômico no município de Sete Lagoas/MG é pequena, o que instigou um grupo de acadêmicas a verificar “quais os fatores associados a não realização do exame citopatológico em uma ESF?”. Dessa forma, a presente investigação tem por objetivo avaliar os fatores intervenientes da não realização do exame citopatológico em uma ESF em Sete Lagoas/MG. Desenvolvimento do trabalho Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, de um grupo de acadêmicas de instituição de ensino superior localizada em Sete Lagoas/MG. Foi aplicado um questionário, que estava condicionado a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em um grupo de 41 mulheres moradoras da região da ESF campo de estágio na tentativa de verificar os motivos

do não comparecimento para a realização do exame citopatológico nos últimos de seis meses. Resultados A faixa etária variou entre 19 a 67 anos, com média de 3 filhos/mulher. Constatou-se também que a média salarial entre as mulheres foi de R\$ 995,02 e que a maioria (35,58%) possui ensino fundamental incompleto e apesar das mulheres saberem o que é o exame preventivo (78,05%) e qual a importância do mesmo (85,37%), aproximadamente metade das mulheres (56,10%) não estão com os exames em dia, seja por vergonha em realizar o exame, seja por não comparecerem à consulta pelo fato do profissional ser do homem. Os resultados apontam ser relevante intensificar durante a abordagem às mulheres as informações sobre o exame preventivo. Considerações finais Percebe-se notório que a informação para o público feminino é de fundamental importância para a realização do exame preventivo, sendo necessário que toda a equipe da ESF multiplique o saber, fornecendo orientações indispensáveis através de visitas e atividades educativas junto ao público feminino. Além disso, ações motivacionais desenvolvidas pelo enfermeiro junto as mulheres da região adstrita é peça chave para melhorar a adesão ao exame preventivo, bem como a qualidade de atividades de promoção da saúde.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS II DE CAMPO GRANDE, MS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ariane Silva Mendonça, Márcia Cristina Lorenzetti, Elisângela Ficagna, Priscila Maria Marchetti Fiorin

Palavras-chave: saúde mental, serviços de saúde mental, acolhimento

APRESENTAÇÃO: O Centro de Atenção

Psicossocial (CAPS) é um dos instrumentos substitutivos ao modelo manicomial. Ele se fortalece através da Portaria GM 224/92 que amplia o funcionamento e a complexidade do Caps, estabelecendo que seu objetivo seja oferecer atendimento às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, oferecendo cuidados clínicos e reabilitação psicossocial. Através de atividades terapêuticas o paciente será reinserido ao convívio social, passando por uma readaptação ao acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. OBJETIVO: Relatar o fluxograma de atendimento do Caps II – Vila Margarida em Campo Grande, MS. DESENVOLVIMENTO: Os pacientes atendidos no CAPS são aqueles que apresentam grande sofrimento psíquico, vindos de internações hospitalares e/ou de unidades básicas de saúde. Assim que chega ao CAPS a pessoa é acolhida e seu sofrimento escutado, fortalecendo o vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais e a compreensão da situação do modo mais abrangente possível. Logo, o paciente é encaminhado para o Grupo de Boas Vindas, onde ele irá compreender o funcionamento do Caps e a equipe multiprofissional que estará envolvida no seu tratamento. Após, o paciente construirá juntamente com o técnico de referência o seu Projeto Terapêutico Individual - PTI, que é um plano de ação compartilhado e possui várias intervenções em relação ao seu cuidado integral. Ele possui este nome por conter as individualidades de cada pessoa com suas necessidades específicas vistas de maneira holística. É nesta etapa que serão identificadas as fragilidades e potencialidades da pessoa a fim de serem criadas intervenções, e também serem estabelecidas metas para tratamento; e também é nesta etapa, em que a equipe de saúde mental, decide qual atividade terapêutica se encaixa melhor às

necessidades e a qual ele será direcionado. Caso o paciente não queira ou não possa ser beneficiado com os serviços, deverá ser encaminhado para outro serviço de saúde que se encaixe nas suas necessidades. IMPACTOS: Observamos que o CAPS assume papel estratégico dentro desta nova reorganização dos serviços na saúde mental. O ambiente é facilitador, estruturado e acolhedor, e isso interfere diretamente no empoderamento do paciente no seu tratamento. Desta forma, novos paradigmas se moldam e velhas definições são perdidas, trazendo uma nova visão para a saúde mental. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Relatando o fluxograma de atendimento percebe-se que esta nova proposta integradora de saúde fortifica a base de um atendimento de qualidade e humanizado, tornando o indivíduo protagonista do seu tratamento. A doença deixa de ser o foco, e as questões biopsicossociais e espirituais passam a ser o centro da reabilitação do paciente.

FORMAÇÃO EM SAÚDE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR

Laura Camara Lima

Palavras-chave: saúde do trabalhador, saúde mental relacionada ao trabalho, ensino em serviço

Relatamos a experiência do desenvolvimento de um projeto voltado à promoção de Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT), desenvolvido dentro de um Programa de ensino pelo trabalho (PET), cujo tema era a Vigilância em Saúde do Trabalhador, em parceria com um equipamento da rede pública de um município paulista. Inicialmente, trabalhamos junto com a equipe do PET saúde do trabalhador intervindo no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador CEREST, no sentido

de promover discussões sobre a vigilância em saúde do trabalhador e saúde mental (VS SMRT). Apresentamos as políticas públicas de assistência e vigilância em saúde voltada aos trabalhadores; investigamos a realidade territorial e o escopo de ações da CEREST; promovemos rodas de conversa e entrevistas com profissionais do serviço sobre saúde mental relacionada ao trabalho; e orientamos os estudantes a participar de eventos relacionados à saúde coletiva. Constatamos que as ações da CEREST ficavam restritas à assistência e limitadas à unidade; as iniciativas relativas à vigilância em saúde eram reduzidas à fiscalização (motivada por denúncia), voltada aos acidentes de trabalho. As ações do PET, ressaltando a importância das notificações e da sistematização de informações para a qualificação de ações e planejamento estratégico, provocaram pequenas modificações na maneira de organizar os fluxos entre os níveis de atenção e serviços. Passou-se a observar o preenchimento completo dos prontuários e a organização de planilhas de dados relativos aos atendimentos. O número de notificações ganhou peso em relação aos parâmetros do Estado. Trabalhamos com populações que consideramos de alto risco aos problemas de SMRT. A categoria dos bancários tem liderado essas estatísticas no serviço. Também percebemos a importância de sensibilizar os profissionais do CAPS sobre as possíveis interfaces com a saúde do trabalhador. Elaboramos dois projetos de pesquisa que foram submetidos ao Comitê de ética. Realizamos uma série de eventos sobre SMRT com presença de pesquisadores renomados. O processo de produção de encontros e debates, entre vários atores, provenientes de diferentes setores estratégicos, objetivou dar oportunidade aos trabalhadores e estudantes para questionarem os modos de funcionamento estabelecidos, identificados como nefastos

à SMT; além de provocar à intersectorialidade e mobilizar as categorias de trabalhadores a retomar a discussão e a protagonizar ações de VS SMRT. As questões e desafios que ficaram são: como articular tantas lógicas de pensamento e funcionamento diferentes, considerando tantos atores e contextos, de modo a operar efetivamente em prol de um objetivo comum pactuado? Como conceber, organizar e viabilizar ações coletivas que potencializem o PET, que admitam a participação efetiva dos estudantes como atores de sua formação em serviço e de transformação social? O PET nos permitiu constatar que o processo de ensino em serviço é complexo e difícil de ser colocado em prática de maneira eficaz, mas, apresenta grande potencial. Restam ainda debates a serem feitos, dúvidas a serem esclarecidas, para que se possa melhorar esse dispositivo, de modo que ele se torne operacional e indutor de mudanças, mas, sem dúvida, ele aponta para um caminho interessante que vale a pena ser trilhado.

GRUPO COZINHA: FÁBRICA DE IDEIAS

Isis de Carvalho Stelmo

Palavras-chave: habilidades culinárias, comensalidade, receitas

O acesso a alimentos ultraprocessados, instantâneos, fast foods e temperos prontos está muito facilitado. Geralmente, estes são mais baratos do que alimentos in natura e estão disponíveis em grande variedade de marcas e preços. Além da praticidade oferecida pela indústria no preparo destes alimentos, com o ônus da perda das habilidades culinárias e de estes produtos serem ricos em substâncias artificiais (corantes, conservantes, etc), sal, açúcares e gorduras. São facilmente encontrados, inclusive em regiões caracterizadas como “desertos alimentares”, onde há baixa

oferta de alimentos naturais, frescos e minimamente processados. Nos últimos anos, tem-se observado uma tendência mundial de reaproximar as pessoas das suas cozinhas e das habilidades de escolher e preparar seus próprios alimentos. Estas experiências vêm mostrando resultados positivos nas mudanças de comportamentos relacionados à alimentação, ressignificando o ato de comer, valorizando a comensalidade e a convivialidade durante as refeições. Este caminho está sendo trilhado ainda a pequenos passos, mas resgata uma forma saudável de encarar a alimentação e a coloca no seu devido lugar de importância na vida das pessoas. O grupo Cozinha: Fábrica de Ideias, da UBS Jd. Lapenna, da região de São Miguel Paulista, foi criado com o objetivo de despertar as habilidades culinárias em crianças e adolescentes por meio da preparação de receitas e testes sensoriais, tornando a cozinha um espaço familiar. Os participantes são incentivados a trabalhar a criatividade, convivência harmônica entre si, divisão de tarefas, organização, experimentar novos alimentos, além de reconhecer os utensílios, medidas caseiras e os equipamentos, bem como aprender a utilizá-los. As atividades ocorrem na cozinha experimental do Galpão de Cultura e Cidadania, localizado em frente à UBS Jd. Lapenna, e é apoiado pelos projetos Ação Família, o qual administra a cozinha, e Qualidade de Vida, o qual fornece os alimentos e materiais didáticos. Ambos os projetos, assim como o Galpão de Cultura e Cidadania são geridos pela Fundação Tide Setúbal. No início, os encontros aconteciam mensalmente, com duração de quatro horas. Após reavaliação, optou-se por realizá-lo duas vezes ao mês, com duas horas de duração. Os participantes avaliaram algumas de suas preparações por meio do teste de aceitabilidade com escala hedônica facial de cinco pontos, e outras, oralmente. A maior parte das receitas

obteve mais de 60% de aceitabilidade. Após a participação de um ou mais encontros, alguns conseguiram reconhecer utensílios e medidas caseiras, relataram ter repetido as receitas em suas casas e se arriscado a preparar outras com suas famílias. Um dos participantes, depois de ter feito um bolo no grupo, o fez também em casa para a festa de aniversário de seu irmão, no dia seguinte. Uma das participantes, a qual possui um repertório alimentar diminuto, referiu ter procurado experimentar alimentos novos. As crianças e adolescentes foram muito participativos nos encontros. Mostraram-se empolgados ao preparar as receitas e felizes por poder experimentar algo feito por eles. Percebe-se a falta de estímulo para que cozinhem em suas casas, logo, acredita-se que participando deste grupo possam se tornar agentes de mudança em suas famílias.

GRUPO DE ARTESANATO DA UBS JD. MAIA

Isis de Carvalho Stelmo, Jaqueline Cristina Damásio Marques

Palavras-chave: artesanato, artes, saúde

APRESENTAÇÃO: Nas últimas décadas, o cotidiano vem sendo marcado por mudanças significativas que acontecem de maneira rápida, principalmente por conta do avanço da tecnologia. Muitas experiências humanas estão pautadas no plano virtual em detrimento do contato pessoal. A rotina exaustiva de trabalho, seja esse externo ou interno ao ambiente doméstico, muitas vezes deixa as pessoas suspensas, vivendo passivamente, de maneira concreta, sem poder de abstração, sem que consigam ter consciência sobre seus próprios corpos e relacionar suas ações cotidianas aos seus processos de saúde-doença, podendo essa maneira de viver desencadear diversos

sofrimentos, inclusive emocionais. Utilizar a criatividade para transformar é inerente ao ser humano. A arte é agente de transformações na vida das pessoas. Por meio dela, é possível ressignificar ações, momentos, e ter um momento para encontrar-se e conhecer um pouco mais sobre si mesmo. Sir Bazalgette (2014) afirma que: “Quando falamos sobre o valor das artes e cultura, deveríamos sempre começar com o intrínseco - como as artes e a cultura iluminam nossas vidas e enriquecem nosso lado emocional. Isso é o que nós prezamos. Mas, enquanto não valorizarmos arte e cultura por conta do impacto no nosso bem-estar e coesão sociais, nossa saúde física e mental [...] atestam esses benefícios e nós precisamos mostrar o quanto isso é importante”. O grupo de artesanato foi criado com o objetivo de proporcionar o encontro entre si e o outro. Como prática terapêutica propõe-se uma atividade que dê vazão à criatividade, sirva como escape a situações estressantes, seja espaço de troca de saberes, resgate cultural e possível geração de renda. METODOLOGIA: Grupo semanal, realizado todas as quartas-feiras na UBS Jd. Maia, com participantes mulheres com idades entre nove e 65 anos. Nele, são desenvolvidas atividades com materiais recicláveis, como carteira de caixa de leite, porta-retrato com envelopes de papel que foram descartados, porta-treco de lata de leite em pó, além de aplicação em toalha e pano de prato, pulseiras de miçanga, marcador de página de E.V.A., entre outras. RESULTADOS: Como resultado, observou-se a convivência harmônica, a cooperação e a troca de saberes entre pessoas de diferentes gerações e diferentes condições de saúde física e mental. Participantes com diagnóstico de esquizofrenia e depressão, que eram resistentes a sair de casa, passaram a vir no grupo e a partir deste passaram a se sentir empoderadas e começaram participar de outras atividades

no território. As pacientes também relatam frequentemente que o grupo tem feito bem a elas, é um espaço delas, para espairecer e aprender. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Há muitos estudos internacionais mostrando o papel das artes na promoção da saúde. No Brasil existem algumas pesquisas, mas alguns passos nesse sentido estão sendo trilhados há pouco tempo. Faz-se necessária formação adequada de profissionais de saúde e subsídios para que estes possam desenvolver trabalhos que envolvam as artes e que estes sejam agentes de transformação da vida das pessoas e do território.

GRUPO DE DANÇA GAÚCHA “GAÚCHO DOIDO” CAPS ITAIÓPOLIS - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Franceli Marilu Groskopf Nazarkovicz, João Luiz Gurgel Calvet da Silveira

Palavras-chave: Saúde Mental, Grupo de Dança, Arte e Cultura, Reabilitação Psicossocial

Apresentação: O Projeto Grupo de Dança Gaúcha “Gaúcho Doido” foi apresentado ao Ministério da Saúde visando atender a III Chamada para Seleção de Projetos de Reabilitação Psicossocial: Trabalho, Cultura e Inclusão Social na Rede de Atenção Psicossocial. O objetivo era formar um grupo de danças gaúchas com usuários do CAPS – Centro de Atenção Psicossocial de Itaiópolis, Santa Catarina, que participavam das oficinas terapêuticas, juntamente com seus familiares, e usuários que frequentavam o Grupo Sempre Alerta, destinado ao atendimento de pessoas que enfrentavam problemas relacionados ao uso de drogas. O Projeto foi selecionado e contemplado com uma verba no valor de 15 mil reais. Desenvolvimento do trabalho: Fizeram parte do projeto 27 pessoas, entre profissionais, usuários e familiares. Foi

realizado um curso de danças com duração de quatro meses, onde foram aprendidos ritmos como vanera, vanerão, valsa, milonga, xote, chamamé, rancheira e bugio. Também foram confeccionados os trajes típicos feminino e masculino para todos os integrantes do grupo. Resultados: Através da participação no grupo de danças gaúchas percebeu-se que houve um estímulo à socialização e comunicação dos usuários, bem como se desenvolveu o sentimento de colaboração e pertencimento a um grupo. Também foram trabalhados aspectos como coordenação motora, equilíbrio, ritmo, organização espaço-temporal, entre outros componentes psicomotores. Alguns usuários relataram o sentimento de superação e melhora na autoconfiança e autoestima. Considerações finais: O projeto constituiu-se como uma proposta de articulação entre saúde mental e expressão cultural, qualificando a produção do cuidado no nível de atenção do CAPS. A dança gaúcha favoreceu a aproximação com uma prática artística e expressiva, melhorou o repertório comunicativo e promoveu a ampliação da autonomia e a construção de laços sociais. Através desse recurso terapêutico se descobriram as potencialidades dos usuários, proporcionando novas possibilidades de vida e a promoção da saúde.

GRUPO DE LOMBALGIA

Thanara dos Santos, Patricia Pedrosa

Palavras-chave: NASF, lombalgia, acupuntura

As queixas de dores na coluna, irradiadas ou não, são bastante frequentes nas consultas realizadas nas UBSF's. Essas dores podem ser por causas intrínsecas (protusão discal, hérnia de disco, desvios posturais) ou extrínsecas (má postura, espasmos musculares). A partir dessa demanda, vinda

da Equipe da UBSF Zé Pereira, e pensando na lógica da redução dos encaminhamentos para a média complexidade, foi criado o Grupo de Lombalgia, com a participação da médica acupunturista e da fisioterapeuta da Equipe NASF, com o objetivo de Apresentar e discutir as causas mais comuns das lombalgias; reduzir a dor através das técnicas de acupuntura e auriculoterapia; ensinar técnicas de alongamento e educação postural aos usuários como medidas preventivas e de controle da dor. Os pacientes participantes foram selecionados pela Equipe da UBSF a partir das consultas realizadas na Unidade. Foram incluídos pacientes com queixas de dores na região lombar, irradiadas ou não. Os encontros foram realizados semanalmente, no CRAS Zé Pereira, pelo período de dois meses, totalizando oito encontros. No início das atividades era aplicada a escala analógica da dor; na sequência, a médica realizava os “agulhamentos” individualmente e, durante o período que os pacientes ficam com as agulhas, eram realizados alongamentos, orientações posturais e discussão de temas relacionados a dor lombar. Ao final das atividades, as agulhas eram retiradas e novamente a escala analógica da dor era aplicada. Os resultados observados eram imediatos ao término da intervenção; relatos como redução da dor/desconforto, bem como redução na marcação da escala analógica. A partir dessa proposta observou-se que a intervenção na Atenção Básica reduz consideravelmente o número de encaminhamentos para a Média Complexidade e que muitas das queixas estão relacionadas aos maus hábitos e a má postura, adotados na realização das atividades de vida diária e no desempenho das atividades profissionais.

GRUPO DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR DA ESF SANTA FÉ

Renata Ulrich Finkler, Carla de Matos Ouriques, Gisele Silva

Palavras-chave: reeducação alimentar, grupo, saúde, obesidade

INTRODUÇÃO: Obesidade é causada por vários fatores. Quando o indivíduo consome mais energia do que gasta, produz ganho de peso. Através do Índice de Massa Corporal (IMC) é realizada a avaliação do peso. A fórmula do IMC é peso (em kg) dividido pela altura² (em metros). Quando o valor do IMC é acima de 30 kg/m², o indivíduo é obeso. Tem relação com várias doenças como dislipidemias, hipertensão e diabetes, neoplasias, transtornos psicológicos e doenças ortopédicas. O controle é importante, para prevenir problemas nutricionais e evitar as doenças crônicas. É fundamental uma alimentação saudável para evitar a obesidade e devem-se mudar os hábitos comportamentais (BRASIL, 2014). **OBJETIVOS DO GRUPO:** Promover a saúde e qualidade de vida; Promover a reeducação alimentar com consequente perda de peso ou ganho de peso; Oportunizar a convivência para troca de experiências e anseios entre os participantes; Funcionamento do grupo. O grupo funciona desde 2006. Encontros semanais, às quartas-feiras das 15:00 às 16:30h. Realizado na ESF Santa Fé ou na Associação de Moradores do Parque Santa Fé (depende do número de participantes). Agente comunitária de saúde como responsável pelo grupo. Antes do início de todos os encontros é verificado o peso de todos participantes. 1^a quarta-feira do mês – apresentação do funcionamento do grupo, fornecimento do material didático (cardápio e orientações nutricionais), abertura de ficha do participante, verificação de dados antropométricos e anamnese

de saúde. Participação da nutricionista do NASF. 2^a quarta-feira do mês – roda de conversa entre os participantes para troca de experiências. 3^a quarta-feira do mês – participação da nutricionista para algumas avaliações e orientações. 4^a quarta-feira do mês – participação de um técnico de enfermagem para educação em saúde sobre temas como Alzheimer, Câncer de Mama, Dengue, Tuberculose, DST, HIV, entre outros. Participação do profissional psiquiatra do NASF a cada 2 meses para roda de conversa sobre transtornos mentais. Caso a nutricionista veja necessidade de avaliação individual é agendada consulta. Anualmente é realizada confraternização a fim de verificar as metas alcançadas e nesse momento é entregue uma faixa aos participantes. RESULTADOS OBSERVADOS: Ao longo dos 9 anos de desenvolvimento do grupo observamos um comprometimento dos participantes, com perda de peso considerável e reeducação alimentar. Além de saúde corporal, o grupo favorece a troca, a construção de saberes e a saúde mental. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A reeducação alimentar é uma ótima estratégia para evitar diversas doenças crônicas, como dislipidemias, diabetes, hipertensão, entre outras. É importante a educação da população quanto à sua alimentação para manter uma boa qualidade de vida. O papel da atenção primária à saúde é promover a educação em saúde, realizando promoção à saúde e prevenção das doenças.

GRUPO DE SALA DE ESPERA, SUPORTE PSICOLÓGICO, COM IDOSO HIV+ EM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES

Maria Irene Ferreira Lima Neta, Edna Maria Peters Kahhale

Palavras-chave: Trabalho em grupo, Idoso, HIV

A vivência do HIV para idosos a partir dos 60 anos nos faz deparar com dois grupos: 1. os que adquiriram este diagnóstico a partir desta idade e 2. os que vem envelhecendo com HIV demonstrando que a terapia antiretroviral está sendo positiva por prolongar a expectativa de vida, que antes era pequena. Contudo, em ambos os grupos faz-se necessário trabalhar com questões tanto que dizem respeito a rotina diária como alimentação, relações sociais, profissionais, afetivo-sexuais, cuidados básicos de convivência e assim por diante. Desta forma, neste trabalho pretende-se contar a experiência com grupos de idosos em sala de espera. Esta era formada por todas as pessoas que estavam na sala de espera e seriam atendidas no dia. O grupo discutia temáticas como: auto-cuidado, prevenção de doenças, promoção de saúde, relações familiares, visando potencializar o enfrentamento cotidiano de viver com HIV. Desta forma proporcionou ao idoso não apenas trocar experiências e refletir a respeito do viver com HIV, mas também acessar uma rede social com as pessoas que ali estavam de forma a ampliar os horizontes e potencializar os enfrentamentos necessários da vivência com HIV. Participaram 25 idosos, 15 mulheres e 10 homens, com idades entre 60 e 73 anos, duas acompanhantes, irmã e esposa de usuário. Os resultados indicam que o idoso realizava sozinho os cuidados com sua saúde, após o diagnóstico de HIV, sem auxílio de familiares ou rede social. O uso do preservativo era sistemático ou inexistente e não fazia parte do universo simbólico desta população. Sentiam-se isolados e não falavam sobre a soropositividade com ninguém, restringindo seus afetos e relações. Neste trabalho foi possível perceber que o trabalho grupal promove autonomia, trocas de afetos e de redes de apoio.

GRUPO MIL ARTES E FEIRA DE ARTESANATO

Sander Melissa Acauan, Almerinda Gambin, Marcia Silva dos Santos, Ana Lucia Valdez Poletto

Palavras-chave: Promoção de Saúde, Cultura, Cooperação

Nossa atividade será uma mostra do que é feito na Oficina Mil Artes. Este Grupo iniciou as atividades em 2010 no Chalé da Cultura do serviço de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), aberto a população. O grupo Mil Artes iniciou em 2010. Contava-se, para tanto, com a colaboração de trabalhadores do GHC que faziam artesanato e/ou eram artesãos e dedicavam algumas horas para o Chalé da Cultura. Em 2011 com maior participação da comunidade foi possível ampliar as diferentes técnicas de artesanato. Atualmente participam da Oficina Mil Artes pessoas da comunidade, usuários e trabalhadores do GHC, familiares e artesãos. Os objetivos do grupo incluem promover autoestima, convívio solidário e empoderamento, uma vez que as pessoas se sentem úteis e desenvolvem a capacidade de começar ou recomeçar a criar, de fazer algo que não sabiam que eram capazes de realizar. Principais objetivos da Feira: Promover reflexão junto aos participantes trazendo o artesanato e a cultura como ações que contribuem para produção de saúde e Incentivar os artesãos e artesãs para que possamos incluir a arte e a cultura não só em seu território, mas também no GHC. Muitos que estão no grupo passaram ou estão passando por doenças graves e procuraram a Mil Artes no Chalé da Cultura, pois perceberam que o artesanato e o grupo ajudariam a enfrentar as dificuldades. No início de 2013 surgiu à necessidade de ampliar o grupo e estar mais próximo das 12 Unidades Básicas de Saúde e Serviços de

Saúde Mental do GHC, ampliando a troca de técnicas de artesanato. O grupo organizou sua primeira Feira Mensal de Artesanato para mostra e comercialização dos trabalhos desenvolvidos pelas/os artesãs e participantes da Mil Artes. Inclusive, em abril de 2015 se formou um Grupo Mil Artes na Unidade Básica Santíssima Trindade compartilhando conhecimentos e técnica. Tem se constituído em espaço onde há trocas de técnicas de artesanato, saberes e experiências de vida, gerando nesta convivência relações de cooperação, confiança e autonomia.

GRUPO TAGARELA

Flávia Sampaio, Lívia Maria Pinto, Carolina Viana, Alex Albuquerque, Noelle Brant

Palavras-chave: Promoção de Saúde da Criança, Desenvolvimento Infantil, Socialização

O grupo Tagarela foi criado para atender a demanda crescente de crianças com queixas de alterações na fala, linguagem, escrita, leitura e aprendizagem. Hoje ampliou-se para um trabalho de promoção de saúde infantil com foco no desenvolvimento motor global e comportamento infantil. Os objetivos do grupo são estimular a comunicação nas áreas da linguagem e fala. Estimular o desenvolvimento da aprendizagem escolar, o desenvolvimento das habilidades psicomotoras e o entendimento e compreensão as regras de comportamento. Tem como objetivo também tornar-se um espaço de socialização e convivência dentro da unidade de saúde referida da população. O público alvo são crianças nas faixas etárias de 3 a 11 anos. A metodologia para realização dos encontros semanais consiste em formatos diversos de atividades que vão atividades relacionadas a fala, linguagem e aprendizagem, consciência

fonológica até exercícios psicomotores e atividades relacionadas ao comportamento e respeito as regras de convivência. O local onde são realizados os encontros é o auditório do CMS Alice Toledo Tibiriçá. Os dias dos encontros são quintas-feiras e horários é dividido em dois blocos: o grupo de crianças da faixa etária dos 3 aos 7 anos realiza as atividades das 14h00 às 15h00. O grupo de crianças da faixa etária dos 8 anos aos 11 anos realiza as atividades das 15h00 às 16h00. Os coordenadores do grupo são os componentes da equipe NASF, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Psicólogo, Pediatra e Educador Físico que se revezam em atividades para atender o foco e a demanda do grupo. Com a participação de Agentes Comunitários e a Equipe de Saúde Bucal da unidade. O grupo tem como auxílio para os pais um email onde são postadas as atividades realizadas nos encontros semanais e dicas para as famílias darem continuidade às atividades em casa.

GRUPO TERAPÊUTICO DE BIO-ENERGÉTICA: UMA APOSTA DE RELAÇÕES SOCIAIS MAIS ESPONTÂNEAS E SOLIDÁRIAS

Clarissa Resende Batistela

Palavras-chave: grupo, bioenergética, solidariedade

O Grupo terapêutico de Bioenergética ou Grupo de Movimento caracteriza-se por ser um trabalho terapêutico corporal que chegou no Brasil na década de 70 junto com a abordagem psicológica reichiana e bioenergética que são marcadas por um caráter revolucionário. O Grupo de movimento utiliza como metodologia a classe de exercício de bioenergética como base do seu trabalho e incorpora diversas técnicas de expressão, que são: exercícios corporais (dança, luta, etc),

criações artísticas (pinturas, colagem) e manifestações lúdicas (brincadeiras). Sua proposta é oferecer aos integrantes do grupo a conscientização corporal em conexão com a conscientização dos afetos presentes no corpo, ou seja, tem a função de conectar corpo-mente. Através disso, a aposta é criar relações sociais mais espontâneas e solidárias. Posso citar como exemplos dados pelos próprios participantes: a criação conjunta de como atravessar problemas, companhia para fazer o caminho para casa, telefonemas entre os participantes para saber o motivo porque não foi, diminuição da medicação controlada, entre outros. Portanto, a experiência que quero dividir é minha vivência como coordenadora de grupos de movimento, os quais ocorreram em vários lugares (centro cultural e SESC's), com diferentes tempos de duração, com diferentes intensidades de encontros e com diversas composições (idades, formas de vida, crenças). Compartilhar um trabalho que é essencialmente corporal e expressivo, acreditando que ele é capaz de promover vínculos efetivos entre os participantes, criando redes solidárias e a percepção das necessidades pessoais de cada sujeito que emergem no o grupo. E também por acreditar ser uma aposta terapêutica de construção de saúde nos encontros.

HORTO DE PLANTAS MEDICINAIS, AROMÁTICAS E CONDIMENTARES NA UNIDADE DE SAÚDE GRACILIANO RAMOS DE PORTO ALEGRE: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA

Caroline Mello dos Santos, Natássia Denardin, Gláucia de Souza Mendonça, Katia Valença Correia Leandro da Silva

Na entrada da Unidade de Saúde Graciliano Ramos, localizada na Vila Graciliano Ramos em Porto Alegre, teve início em 10 de setembro de 2014 a construção

de um horto. A ideia surgiu do interesse manifestado pela equipe da Unidade de Saúde para as residentes em Saúde Coletiva do EducaSaúde/ UFRGS, uma bióloga e outra sanitária. O intuito deste projeto foi implementar a fitoterapia no cotidiano do cuidado em saúde e de propiciar um ambiente externo mais acolhedor e aproveitável para a comunidade. Por se tratar de um espaço pequeno para plantio, optamos por ervas e arbustos para embelezarem o ambiente com suas flores e cores e por serem úteis para nós, na forma de chás, por exemplo. Para servir de suporte no cultivo reutilizamos pneus e garrafas pet, recolhidos nas ruas e entregues na Unidade de Saúde pelos moradores. Para aproveitar melhor o local, alguns foram pendurados na vertical. Os pneus foram coloridos com tintas cedidas por uma indústria vizinha, já a terra preta e mudas foram doadas pelo Viveiro Municipal e pelo Horto da Unidade de Saúde Cruzeiro do Sul, de Porto Alegre, transportadas na Kombi de uma escola local. Algumas mudas como: pimenta, quebra-pedra, erva cidreira, entre outras, foram doadas pela população. A pintura e o plantio foram realizados por funcionários e usuários convidados no Conselho Local de Saúde. Um Relógio do corpo humano foi desenvolvido com garrafas, ou seja, em forma de relógio, cada hora representa uma parcela correspondente a um órgão do corpo humano. Esse formato didático une conhecimentos sobre as plantas medicinais, aromáticas e condimentares da medicina tradicional chinesa. Com ajuda de placas é possível identificar o horário em que a erva deve ser consumida e o órgão beneficiado. A construção do horto facilitou a difusão de conhecimentos sobre as Práticas Integrativas e Complementares no SUS. No horto, é possível desenvolver atividades multidisciplinares e promover aproximação com a comunidade, através do diálogo, troca de mudas de plantas e de saberes.

Oficinas de educação popular em saúde e alimentação saudável foram realizadas. A criação deste espaço acolhedor despertou a valorização do ambiente e exercitou o trabalho em equipe, conforme preconiza o conceito de ambiência da Política Nacional de Humanização. Ações como estas contribuem para avançarmos nas diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, bem como na de Humanização, dentro do território. Esta iniciativa pactua com a ruptura do modelo de medicalização da saúde, para o fortalecimento da integralidade do cuidado no âmbito da Atenção Básica, através do trabalho intersetorial e interdisciplinar.

HUMANIZAÇÃO ATRAVÉS DO TEATRO: A INTEGRALIDADE DO CUIDADO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE EM BELO HORIZONTE/MG

Thauana Mericcy Mota Santos, Douglas Barros Claudino, Luciana Alves Silveira Monteiro, Jaqueline Marques Lara Barata

Palavras-chave: Humanização, teatro, quimioterapia

APRESENTAÇÃO: O uso de atividades lúdicas têm se mostrado como uma terapia alternativa para pacientes oncológicos uma vez que essas diminuem os efeitos negativos da hospitalização, aumentam a aceitação do tratamento, faz-se necessária a internação, seja para tratamento da própria evolução da doença, promovem a quebra da rotina, além de proporcionar maior interação entre os profissionais, familiares e pacientes, sendo o teatro uma delas. Crianças e adolescentes com câncer geralmente enfrentam um tratamento longo, desconfortável e doloroso, sendo necessário, mesmo que ambulatoriamente, sucessivas sessões de

quimioterapia antineoplásica. Ademais, sabe-se que em alguns momentos faz-se necessária a internação, seja para tratamento da própria evolução da doença, seja para abordagem de possíveis efeitos da medicação recebida. Portanto, um período de estresse físico e emocional, para o paciente e seus acompanhantes por se encontrarem em um ambiente diferente de sua rotina habitual. Assim, o presente projeto tem por objetivo usar o teatro com a finalidade de diminuir o estresse em relação a doença e ao tratamento minimizando os efeitos físicos e emocionais durante a administração dos quimioterápicos no setor de quimioterapia de um hospital de grande porte na cidade de Belo Horizonte/MG. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, de um grupo de acadêmicos, do setor de Humanização, de um hospital de grande porte da cidade de Belo Horizonte/MG, que realiza três vezes por semana sessões de teatro com crianças e adolescentes do setor de quimioterapia da referida instituição. Essa atividade é realizada com fábulas através das quais os pacientes e seus acompanhantes são envolvidos como participantes da história. Após a encenação, é feita uma reflexão sobre os aspectos e assuntos apresentados pela história. **RESULTADOS E IMPACTOS:** O teatro para crianças e adolescentes no setor de quimioterapia faz com que os participantes trabalhem o imaginário dinamizando o ambiente e diminuindo o sofrimento durante o período hospitalar. Além disso, a atividade aproveita o tempo ocioso e oferece a oportunidade de transformar o mesmo em algo produtivo. O desenvolvimento de atividades lúdicas durante a administração dos quimioterápicos além de promover o relaxamento da criança, possibilita aos pacientes a potencialização em controlar situações enfrentadas individual e socialmente. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considerando a integralidade percebe-se

a relevância da prática do teatro junto às crianças e adolescentes, uma vez que esta prática lúdica apresenta impacto positivo na terapêutica destes pacientes, promovendo uma reflexão tanto para os acadêmicos envolvidos no direcionamento da atividade lúdica, quanto para os pacientes. Além disso, os efeitos das práticas lúdicas dentro do setor de quimioterapia promovem ações inclusivas potencializando a qualidade e assertividade do cuidado.

HUMANIZAÇÃO DA SALA DE VACINAÇÃO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: UM RELATO DE INTERVENÇÃO

Christiane Aparecida Rodrigues de Lima, Alana Vitoratto Vitoratto, Nataly Mesquita Mesquita Cardoso, Paulo Guilherme Cábria, Priscila Marchete Fiorin

¹DE LIMA, C.A.R. ; ¹ CARDOSO, N. ,M. ; ²FIORIN, P.M.; ¹VITORATO, A.; CÁBRIA, P. G¹. ¹ Discente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. ² Docente da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. **APRESENTAÇÃO:** O termo humanização vem sendo utilizado com frequência na literatura em saúde, em decorrência da Política Nacional de Humanização, proposta pelo ministério da saúde, essa que segue os princípios e diretrizes do SUS de integralidade, universalidade e equidade, sendo esses empregados com êxito na prática imunização. A vacinação é um recurso de prevenção de extrema importância a toda população brasileira, conferindo proteção individual contra diversas doenças imunopreveníveis e proteção coletiva, pois atua na redução da circulação de agentes infecciosos no ambiente. **METODOLOGIA:** Levantamos um problema de saúde na unidade básica do Bairro Pioneira, no município de Campo Grande-MS, onde estávamos realizando estágio no módulo de Vigilância em Saúde,

transformamos essa problemática em uma ideia de ação, onde iríamos definir os passos para solucioná-la. Após levantamento de todos os problemas que inerentes a sala de vacina, nós realizamos um planejamento para o projeto de intervenção. Onde iríamos elaborar matérias de consultas rápidas, humanização da sala de vacina através de adesivos, construção de um calendário vacinal da criança, aquisição de lençóis e decoração da geladeira dos imunobiológicos. **RESULTADOS:** A ação ficou muito ampla, pois conseguimos de uma maneira geral humanizar a sala de vacina, criar um material de consulta para as técnicas de enfermagem, elaboramos um calendário vacinal da criança, que esta disponível para auxílio dos profissionais e atualização dos pais e responsáveis quanto à idade recomenda e quais imunobiológicos serão administrados. Humanizamos a sala com personagens infantis, proporcionando um ambiente terapêutico que propicia a diminuição da ansiedade e medo no momento da vacina. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante da complexidade do projeto que nos propomos a desempenhar, acreditamos que nosso trabalho tenha alcançado resultados positivos. A implementação da ação na unidade básica foi muito gratificante, vimos nosso trabalho sendo realizado com sucesso, e percebemos a importância desse tanto para a comunidade como para a equipe de saúde e para nós acadêmicas que tivemos a oportunidade de aprender todos os passos de um projeto de intervenção, avaliando seus pontos positivos e negativos, e evidenciar a contribuição desse para toda a comunidade que utiliza do serviço de saúde.

HUMANIZAÇÃO DAS CONSULTAS NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ESTRATÉGIA PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO

Adriana Cristina Vianna Alvarenga

Palavras-chave: humanização, consulta, tratamento

INTRODUÇÃO: As doenças cardiovasculares consistem na principal causa morte no país e no mundo, e na imensa maioria dos casos resultam de complicações preveníveis através do tratamento adequado das doenças crônico-degenerativas. Evidências de que a Atenção Primária à Saúde é o melhor modelo de organização dos sistemas e serviços de saúde são inequívocas, e como porta de entrada do sistema, é a oportunidade ideal para a prevenção dos agravos. **OBJETIVO:** Demonstrar maior adesão ao tratamento através de consultas com abordagens holísticas. **MÉTODO:** Durante 14 semanas, foram atendidos 60 pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, em tratamento com medidas comportamentais e farmacológicas. A abordagem era realizada durante as consultas, com ênfase nos aspectos psíquicos, comportamentais de enfrentamento da doença, reeducação alimentar e uso correto das medicações. O estudo foi realizado em UBSF de Campo Grande - MS, no período matutino e vespertino, com amostragem aleatória por conveniência. Os pacientes eram submetidos à consulta, com registro de parâmetros clínicos (sintomas, pressão arterial, glicemia capilar, sinais de complicações cardiovasculares) e laboratoriais (quando disponíveis). Após 15-30 dias, nova avaliação era realizada. Todos os dados ficavam registrados no sistema computadorizado do município, e eram consultados através do prontuário. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** após a intervenção, foi possível observar em todos os casos melhor aceitação da doença e estabelecimento de relação médico-paciente coesa. Adicionalmente, em relação aos critérios clínicos, foi possível observar redução da sintomatologia inespecífica (dores vagas, cansaço diário, insônia, irritabilidade) com menor uso de

sintomáticos. Houve discreta melhora dos parâmetros clínicos de controle da doença (glicemias e níveis pressóricos). Estes últimos achados ficaram condicionados à baixa adesão a prática de atividades físicas pelos pacientes (menos da metade iniciou atividade física regular), pelo curto intervalo entre as avaliações, que foi inferior ao intervalo necessário para o efeito ótimo das medicações, e também devido aos diferentes graus de comprometimento da saúde da amostra avaliada. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** conclui-se que através de intervenções humanizadas de baixa complexidade podem ser obtidos resultados de benéficos para qualidade de vida e para o enfrentamento de doenças por parte do paciente e dos serviços de saúde. É importante que a saúde seja reconhecida como um fenômeno clínico e sociológico, resultante de decisões dos indivíduos sobre seus determinantes sociais. Através desta abordagem pode ser possível reduzir as complicações clínicas, infelizmente, tão usuais no cenário da saúde brasileira.

HUMANIZAR O ACOLHIMENTO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: UM DESAFIO CONTÍNUO

Liney Maria Araujo, Audrey Moura Mota Geronimo, Alexandre Ferreira Damasceno

Palavras-chave: Humanização, Acolhimento, Infecções Sexualmente Transmissíveis

As Doenças Sexualmente Transmissíveis apresentam registros seculares. Atualmente, mesmo com a nova nomenclatura de Infecção Sexualmente Transmissíveis (ISTs) ainda carregam os estigmas de outrora. Há décadas está entre os problemas mais comuns de saúde publicado no mundo, tanto pela magnitude, vulnerabilidade e factibilidade de controle, como o simples

uso de preservativos nas relações sexuais. As Políticas Públicas para esses agravos sempre tiveram seu lugar no âmbito da saúde pública, porém de forma tímida e silenciosa. Com o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o Brasil vislumbra a necessidade de intensificar ações para as ISTs. No início da década de 90, a Organização Mundial de Saúde implementou suas ações em países em desenvolvimento, introduzindo métodos como a abordagem sindrômica para diagnóstico e tratamento de pessoas com esses agravos, pela sua eficácia e facilidade de acesso a população adoecida, aplicável nas Unidades Básicas de Saúde. Objetiva-se apresentar a importância do acolhimento humanizado como determinante de adesão ao tratamento das pessoas com ISTs no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em Cuiabá/MT. Estudo descritivo, documental e exploratório, originado das análises de registros das ações prestadas pela equipe multiprofissional do SAE/Cuiabá, mediado pelos relatos dos próprios usuários acolhidos para tratamento. Inserida ao Sistema Único de Saúde (SUS), a abordagem sindrômica privilegia um acolhimento humanizado, contemplada na política de Humanização do SUS desde 2003. Vê-se um avanço oportuno, já que pelo histórico o infectado carece de um tratamento diferenciado, focado na singularidade da humanização, como um simples aperto de mão, para a pluralidade do cuidado, com a construção do comportamento sexual responsável nesse indivíduo, para aplicabilidade das informações ofertadas. A humanização busca a adesão ao tratamento para a cura, resultando na diminuição dos casos. O grande desafio nesse manejo está em envolver as equipes multidisciplinares e interdisciplinar a desenvolverem uma postura isenta de julgamentos, valores, religiosidade e mesmo comparações com o cotidiano do profissional acolhedor,

fazendo-se necessário deixar explicitado que a vulnerabilidade às ISTs está presente para toda pessoa sexualmente ativa sem o uso de práticas preventivas. Configurar a equipe nesses moldes é uma tarefa árdua, contínua e muitas vezes conflituosa devido à bagagem calcada na ética e na moral em que cada um “acredita” ser correta. Essas condicionantes de julgamento comportamental muitas vezes acontecem de forma velada, mas não contrapondo ao almejado “padrão-ouro” no acolhimento das pessoas com ISTs, que é a humanização com integração da equipe e participação ativa do usuário com acesso integral ao tratamento, tanto na oferta dos medicamentos como no suporte psicossocial. Na prática diária no SAE/Cuiabá, identifica-se a oferta de uma relação acolhedora e humanizada a esses usuários, com um atendimento focado na integralidade do cuidado, facilitando a identificação das nuances físicas e psicossociais trazidas pelo agravo. A identificação precoce dessas lacunas funciona como definidora de adesão e o acolhimento diferenciado trouxe para o serviço a certificação de um trabalho de excelência, na ótica das pessoas infectadas e nas demandas espontâneas, com reconhecimento na Rede SUS e particular deste município, tido como referência no tratamento desses agravos.

IDENTIFICAÇÃO DE GRUPOS DE RISCO E BUSCA ATIVA PARA O CÂNCER DE BOCA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Patrícia Soares Cavalcante, Adriana Ferreira de Menezes, Giselle Cavalcante de Oliveira Pessoa, Lucianna Leite Pequeno, Pedro Alves de Araújo Filho, Gemimma de Paiva Rego, Andersnya Silva Batista, Risolinda Rodolfo de Sá Batista

Palavras-chave: Acolhimento, Saúde Bucal, Risco em Saúde Bucal

Introdução: necessidades em saúde na Estratégia Saúde da Família requer ações educativas e intervencionistas para minimizá-las ou resolvê-las. Dentre as causas principais para o desenvolvimento do câncer de boca estão a exposição excessiva ao sol sem proteção, tabagismo e uso excessivo de álcool. Assim, as ações em saúde devem abranger estas características de acordo com o perfil da população mais acometida. Objetivo: relatar uma experiência de intervenção e educação em saúde no território adscrito de uma equipe de Residência Multiprofissional no município de Fortaleza-CE, visando à detecção precoce do câncer de boca. Metodologia: as ações foram planejadas com base no conceito de autoeficácia da teoria da cognição social, que seria a confiança com que o indivíduo determina quão bem pode realizar a ação necessária ou requerida para reproduzir ou atingir certos resultados ou determinado nível de desempenho. Resultados: aceitação e valorização do profissional cirurgião dentista nas atividades por parte dos usuários e equipe de saúde, aumento gradual do indicador de rastreamento para câncer de boca construído pela equipe de Residência para área de abrangência, instrumentalização educacional sobre os fatores de risco associados ao câncer de boca. Considerações finais: as atividades descentralizadas do serviço confirmam a necessidade de realização de mais atenção à saúde dos pacientes do território, principalmente em relação à alterações da pressão arterial e diabetes, assim como da valorização da saúde da boca como integrante da saúde geral do indivíduo.

IDENTIFICANDO ELEMENTOS PRECIPITADORES DA VIOLÊNCIA CONJUGAL SOB A PERSPECTIVA DE HOMENS

Jaqueline Alves Pires, Álvaro Pereira, Gilvânia Patrícia do Nascimento Paixão, Nadirlene Pereira Gomes, Telmara Menezes Couto, Josely Bruce dos Santos, Anderson Reis de Sousa, Ionara Rocha das Virgens, Nildete Nildete Pereira Gomes

Palavras-chave: Conflito familiar, Violência contra a mulher, Atenção primária a saúde, Enfermagem

INTRODUÇÃO: Os conflitos são inerentes ao relacionamento conjugal. Quando não resolvidos de forma pacífica, podem precipitar a violência. Denominam-se como elementos precipitadores as situações conflituosas que podem desencadear e/ou intensificar a violência conjugal. **OBJETIVO:** Identificar os elementos que precipitam a violência conjugal na perspectiva de homens. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo qualitativo, vinculado ao projeto “Reeducação de homens e mulheres envolvidos em processo criminal: estratégia de enfrentamento da violência conjugal” financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB). Os participantes foram nove homens em processo criminal junto à 1^ª Vara de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher de Salvador, Bahia, Brasil. A coleta de dados ocorreu por meio da técnica de grupo focal. Os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos foram atendidos conforme preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia através do parecer nº 039699/2014. **RESULTADOS:** Os elementos identificados que precipitam a violência conjugal foram: insegurança, ciúmes, ofensas/humilhação, falsa acusação,

dificuldade financeira e uso de bebida alcoólica. Tais achados confirmam que quando não resolvidos de forma pacífica os conflitos contribuem de modo significativo para o aumento da violência conjugal. **CONCLUSÃO:** Os elementos identificados como precipitadores da violência conjugal subsidiam estratégias pacificadoras de prevenção e enfrentamento do problema. Tais elementos norteiam profissionais de saúde e da rede de atenção à mulher em situação de violência na elaboração de ações de intervenção, principalmente no âmbito da atenção primária a saúde.

IMPLANTAÇÃO DE ROTINA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS: EXPERIÊNCIA DE INTERVENÇÃO EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nivia Rachel Basco, Marta de Melo Oliveira e Silva

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Fortalecimento, Vínculos

As diretrizes que norteiam o trabalho nas Estratégias de Saúde da Família elucidam a disposição em tornar a educação em saúde e as práticas preventivas como estruturantes da atenção básica. A implantação de uma Estratégia Saúde da Família visa à reorganização e reorientação da atenção à saúde, objetivando a substituir o modelo tradicional de atendimento com comportamento passivo e propiciando ações preventivas junto à comunidade e abrangendo o atendimento domiciliar. O presente projeto de intervenção tem por objetivo identificar problemas apresentados pela Unidade Básica de Saúde Santa Cruz, localizada no município de Bela Vista de Goiás. Também busca a implantação de uma prática intervencionista com intuito de averiguar se as mudanças propostas na

estrutura organizacional e metodológica da equipe da Estratégia de Saúde da Família podem ampliar e melhorar o atendimento e as ações preconizadas nas diretrizes do Sistema Único de Saúde. Os participantes são os profissionais da própria equipe, e a metodologia utilizada se dispõe em encontros de discussão e capacitação semanais, divididos em etapas para a efetivação de uma rotina onde todos sejam participativos e atuem nas propostas elucidadas para que os vínculos entre os membros da equipe e com a comunidade resultem em ações concretas e necessárias aos assistidos. Constatou-se que os resultados obtidos propiciaram o fortalecimento na relação entre os profissionais envolvidos e a sensibilização com as necessidades da área de cobertura estudada e, ainda, revelou a importância do papel de cada um na promoção e educação em saúde.

IMPLANTAÇÃO DE UMA ESTRATÉGIA PROPOSTA POR RESIDENTES EM SAÚDE COLETIVA PARA PROMOÇÃO DA INTEGRAÇÃO DA EQUIPE DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

Camila Figueiredo Carneiro Monteiro, Patrícia Anelise Silva da Silva, Bibianna de Oliveira Pavim, Luciana Barcellos Teixeira, Ana Julia Bretanha Luz

Palavras-chave: Educação, Saúde do Trabalhador, Saúde Pública

Trabalhar em equipe muitas vezes é a parte mais complexa da convivência diária. A intensa jornada de trabalho dos trabalhadores da saúde acaba impossibilitando a aproximação entre os profissionais, o que muitas vezes resulta em um ambiente com clima desfavorável, podendo refletir até em prejuízo na execução das funções individuais. Para que se obtenha uma convivência adequada

é indispensável que haja a integração da equipe. Neste contexto, foi implantado uma atividade em que os trabalhadores de uma unidade de saúde pudessem apontar qualidades entre si, estimulando a busca do conhecimento de seus colegas e a posterior aproximação da equipe. A atividade foi proposta pelas residentes em saúde coletiva, que ao ingressar na Unidade de Saúde Santa Tereza, localizada no município de Porto Alegre – RS identificaram a importância de realizar essa integração. A atividade que utilizamos para esse fim foi uma brincadeira que é conhecida como “Tirar o chapéu”, uma expressão popular usada para se referir a ato digno de admiração. Iniciou-se com um integrante do grupo utilizando um chapéu, escolhendo uma pessoa e enaltecendo alguma qualidade desta, passando-a o chapéu para que a mesma recomece o exercício, até que todos tenham recebido o chapéu pelo menos uma vez. A dinâmica foi realizada durante uma manhã com toda a equipe integrante da Unidade de Saúde. O processo pressupôs mudança de atitude, aceitação de ideias, de posturas e de sentimentos divergentes a fim de alcançar um objetivo comum. Durante a dinâmica ficou evidenciado que a maioria dos trabalhadores tem facilidade em reconhecer as características positivas dos colegas e expressá-las em palavras. Por outro lado, alguns apresentaram certa resistência em realizar a atividade, provavelmente por não haver conhecimento suficiente das características de seus colegas devido a jornada intensa de trabalho. “Tirar o chapéu” foi um exercício que proporcionou a integração e a sensibilização de toda a equipe, mesmo que de formas diferentes. Não só por permitir que os trabalhadores se designassem características positivas, mas também por estimular que cada um pudesse buscar conhecer melhor os seus colegas. Frente a muitas demandas e cobranças, os trabalhadores sentem-se pressionados

e desvalorizados. A rotina de trabalho intensa, as pressões sofridas e exposição às vulnerabilidades do território fazem com que os trabalhadores não disponham de um momento para se enxergarem como parte positiva e necessária do processo de trabalho, tornando esta atividade como forma de descontração e de construção de um ambiente agradável para a equipe.

IMPLANTAÇÃO DO NATT: NÚCLEO DE ACOLHIMENTO AO TRABALHADOR E TRABALHADORA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BREVES – PARÁ

Mariele Borges do Nascimento

Palavras-chave: Projeto, Saúde, Trabalhador, Trabalhadora

RESUMO: O trabalho ora apresentado propõem implantar serviços de saúde para atender aqueles que cuidam de quem está doente, os trabalhadores e trabalhadoras da saúde. Desse modo, objetiva-se apresentar um projeto de intervenção denominado Implantação do NATT: Núcleo de Acolhimento ao Trabalhador e Trabalhadora da Secretaria Municipal de Saúde de Breves – Pará, voltado para atender as demandas básicas de saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da Secretaria Municipal de Saúde de Breves, a fim de diminuir problemas de saúde físico e mental dos mesmos. O referido projeto foi pensado a partir de um problema identificado como nó crítico da gestão dos sistemas e dos serviços de saúde do município, visa Implantar o Núcleo de Acolhimento ao Trabalhador e Trabalhadora da Secretaria Municipal de Saúde de Breves – PA (NATT), sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde. Para sua concretização foram feitas pesquisas no setor de Divisão de Recursos Humanos e de Planejamento. Este trabalho apresenta-se em um único capítulo intitulado de Implantação do NATT: Núcleo de Acolhimento ao Trabalhador e

Trabalhadora da Secretaria Municipal de Saúde de Breves – PA discorre sobre um problema de gestão e sobre a deficiência dos serviços de saúde ofertados aos funcionários, bem como, a falta de acessibilidade aos mesmos. As motivações que deram origem a esse presente trabalho estão relacionadas às inúmeras afecções obtidas através das vivências no cotidiano de trabalho, das leituras e atividades feitas durante o Curso de Especialização Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde e dos encontros presenciais e virtuais com os colegas de turma e com a tutora. O projeto implantado trará inúmeras melhorias ao sistema de saúde local, visto que os trabalhadores e trabalhadoras em bom estado de saúde renderão melhor profissionalmente e quem ganha com isso é a gestão e, principalmente, a população.

IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE PRÁTICAS RECREATIVAS, INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA UBS VILA IPÊ, CAXIAS DO SUL/RS

Gabriel Trevizan Correa, Patrícia Saccaro Turella, Jaqueline Silva de Oliveira, Suzete Marchetto Claus

INTRODUÇÃO: A UBS Vila Ipê localiza-se na zona norte de Caxias do Sul e atende uma população adscrita de cerca de 12.000 habitantes. Esta população apresenta de um modo geral, baixíssimos poder aquisitivo e grau de instrução. Grande parte deste contingente é assistida pelos programas sociais governamentais, cujos benefícios consistem em única fonte de renda das famílias. Outras características do perfil desta população consistem em: alta prevalência de idosos, bem como de adultos fora do mercado de trabalho, sem nenhum outro tipo de ocupação; níveis alarmantes do índice de obesidade; muitos relatos de polifagia por ansiedade e sedentarismo intensificado pela permanência maior

em casa, em razão da violência urbana bem marcante no bairro. A partir deste cenário, a equipe da UBS Vila Ipê, na tentativa de ampliar a integralidade do cuidado e garantir melhor qualidade de vida à população, está em fase inicial de implantação do Programa de Atividades Recreativas, Integrativas e Complementares. Tem como objetivo descrever o processo de implantação do Programa de Práticas Recreativas, Integrativas e Complementares na UBS Vila Ipê, Caxias do Sul/RS. RELATO DE EXPERIÊNCIA: A implantação do Programa de Atividades Recreativas, Integrativas e Complementares na UBS Vila Ipê teve início em outubro de 2014 e envolveu quatro fases: 1) definição de um núcleo responsável pela sua implantação, composto por diversos profissionais da equipe (Enfermeiros, Odontólogo e Assistente Social) e coordenado pela Nutricionista; 2) análise situacional das demandas locais e planejamento das atividades levando em conta a interdisciplinaridade, considerando as dificuldades ou impeditivos para a atuação de cada especialidade e buscando a melhor estratégia para organizar os processos de trabalho; 3) regulamentação e legitimação do Projeto pela equipe de saúde, no qual constam os fluxos de acesso aos locais, organização da demanda, do serviço e dos processos de trabalho das equipes de ESF, ciclo de implementação, pactuação de planos locais, tutorias e atividades educativas, além da disponibilidade de recursos materiais e metodologia de formalização e registro de atividades; 4) implantação do projeto, que segue como projeto piloto, sendo ofertado às quartas-feiras, das 9h às 10h30min, num espaço disponibilizado por uma entidade filantrópica da comunidade. RESULTADOS: Desde o início dos trabalhos, a demanda tem sido crescente, com novas inscrições e lista de espera para abertura de novas turmas. Os usuários relatam satisfação em participar ao final de cada dia. As atividades realizadas são variadas a cada

semana e não divulgadas anteriormente, fato que desperta a curiosidade e estimula a adesão e o aprendizado. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O envolvimento interdisciplinar dos profissionais da equipe de saúde e de convidados favorece o aprendizado interinstitucional e a qualificação do trabalho ofertado aos usuários, além de atender à lógica do NASF. Além disso, tem o potencial de ampliar o acesso, abordar o processo saúde-doença de uma forma integral e holística, assim como valorizar a cultura local e servir como campo de estágio para o PROPET do município.

IMPLEMENTAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, EM UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DO PARANÁ

Maiar Tauana Souza Nievola

Palavras-chave: Pré-Natal, Protocolo de atendimento, educação continuada

APRESENTAÇÃO: Uma assistência adequada ao pré-natal é um importante fator na redução da mortalidade materna e perinatal. Nesse sentido a fim de melhorar a qualidade do atendimento nas gestantes na atenção primária e diminuir a mortalidade materna infantil, foi instituído no município de Telêmaco Borba- PR, um comitê técnico gestor de protocolos, para acompanhar o Pré-natal e outros programas. O objetivo desse trabalho e apresentar à experiência de acompanhamento do atendimento do pré-natal, junto à equipe da estratégia a saúde da família. O comitê técnico, e composto por uma equipe interdisciplinar com assistente social, médico, farmacêutico, enfermeiro como componentes fixos, contando com o apoio de outras especialidades como nutricionista, fonoaudióloga, pediatra, e ginecologista. Essa equipe elaborou um protocolo municipal, seguindo o caderno

número 32 atenção ao pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde, e a linha guia da Rede Mãe Paranaense, para adequar os fluxos aos serviços municipais. As equipes de atenção básica passaram por capacitações a respeito do protocolo, todos os profissionais foram capacitados médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos, técnicos em saúde bucal. Essas capacitações ocorreram na unidade de saúde, com as orientações desde a abertura do pré-natal, passando pelas consultas, exames, medicações, estratificação de risco, encaminhamentos, orientações e visitas domiciliares, com a intenção principal de normatizar e unificar o atendimento das gestantes no município. Em seguida a esse trabalho educativo, os integrantes do comitê voltaram às unidades de saúde, para o acompanhamento do atendimento do pré-natal, através dos registros dos atendimentos em prontuário, bem como conversa com os profissionais que prestam os atendimentos, para ver seus anseios e dificuldades. Após essas visitas de acompanhamento, foi gerado um relatório do pré-natal de cada equipe, colocando pontos positivos e negativos e sugestões de melhorias, essas situações encontradas foram discutidas novamente com as equipes a ESF, juntamente com os componentes do comitê, com o objetivo de melhoria constante do atendimento, em uma discussão interdisciplinar. Essa experiência foi enriquecedora tanto para a ESF quanto para o comitê, pois assim pode-se conhecer a necessidade de cada UBS, visto que cada território tem sua peculiaridade, assim a normatização dos atendimentos, bem como a educação continuada a toda unidade, fez a qualidade do pré-natal aumentar. Esse é um trabalho que está se desenvolvendo de forma continuada, onde se propôs a avaliação do pré-natal uma vez ao ano, com posterior devolutiva a equipe, em reunião, para constante melhoria da assistência.

ÍNDICE DE NECESSIDADES DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO NO CONTEXTO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UMA ALTERNATIVA PARA A ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM SAÚDE BUCAL

Renata Marques da Silva, Renata Goulart Castro

Palavras-chave: Saúde Bucal, Programa Saúde na Escola, Necessidades de tratamento odontológico

APRESENTAÇÃO: O Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007 (BRASIL, 2007), caracteriza-se como uma ação intersetorial entre Saúde e Educação, com intuito de desenvolver cidadania, promover saúde e educação integral. Um Centro de Saúde (CS) no município de Florianópolis - SC está vinculado, por meio do PSE, a duas Instituições de Ensino (IE) em sua área de abrangência, uma Escola Básica Municipal (EBM) e um Núcleo de Educação Infantil (NEI). O componente I do PSE prevê a avaliação de saúde bucal realizada pela equipe de Saúde Bucal (eSB). A eSB do território conta com um residente de Odontologia vinculado à Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF), parceria entre Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). Faz parte do processo de ensino-serviço do residente participar ativamente das ações interssetoriais do CS, fomentando a discussão de melhorias no processo de trabalho. Este trabalho tem por objetivo relatar a experiência da utilização do Índice de Necessidades de Tratamento Odontológico (INTO) na avaliação de saúde bucal dos escolares de IE vinculadas ao PSE. **DESENVOLVIMENTO:** Articuladores das IE do território e do CS discutiram as demandas de assistência em saúde bucal percebidas nos escolares. Foi verificada a necessidade de organização

dessas necessidades, buscando a equidade do acesso, e priorizando os que mais necessitavam. Essa discussão foi levada ao encontro específico da área de odontologia da REMULTISF-UFSC/PMF, buscando formas viáveis para a organização da demanda em saúde bucal. O Índice de Necessidades de Tratamento Odontológico (INTO), proposto por Dumont (2008) pareceu adequado as necessidades levantadas no território. Ele classifica os indivíduos em 6 categorias: escore 0 - sem necessidade de restauração ou extração; escore 1 - de uma a três necessidades de restauração ou extração; escore 2 - de quatro a oito necessidades de restauração ou extração; escore 3 - mais de oito necessidades restauração ou extração; escore 4 - usuários com doença periodontal generalizada; escore 5 - para necessidade de exodontias múltiplas. quanto maior o escore, maior a prioridade de atendimento. Com a aprovação da proposta pelos articuladores, eSB e IE organizaram um cronograma de avaliações, e definiu-se que os estudantes com escore 0 seriam acompanhados nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos no ambiente escolar. Já os escolares com escores diferentes de zero seriam ordenados, sendo priorizados inicialmente àqueles com maior escore. Os examinadores foram capacitados em uma oficina, e após iniciaram o levantamento. **RESULTADOS:** As avaliações foram realizadas nas turmas de 1^o ao 5^o ano do ensino fundamental, totalizando 232 estudantes. Desses 168 apresentaram alteração no exame, e 64 apresentaram. O escore 2 foi o maior escore encontrado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Houve um reflexo positivo no processo de trabalho dos profissionais da eSB, visto que as avaliações nas IE tornaram-se mais sistematizadas e possibilitando o acompanhamento longitudinal da saúde bucal dos escolares. O INTO apresentou-se como uma ferramenta útil no processo de planejamento da assistência à saúde

bucal ligada ao PSE, com critérios definidos, reproduzíveis, e que possibilitou a organização do acesso utilizando princípios de equidade.

INFLUÊNCIA DO FATOR CULTURAL NO PROCESSO DE PRODUÇÃO DO CUIDADO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DA BAHIA

Luis Rogério Cosme Silva Santos, Marciglei Brito Morais, Letícia Silva de Jesus, Manoella Saní Albuquerque Matos Amaral, Letícia Simões Santos, Yanna Andrade Ferraz, Emille Santos Silva

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde, Visita Domiciliar, Fatores Culturais

APRESENTAÇÃO: Apresenta-se uma análise da influência do fator cultural no cotidiano de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no município de Vitória da Conquista, Bahia, com base em dados obtidos em oficina temática. A oficina foi realizada em julho de 2015 e teve como objetivo identificar os fatores culturais que interferem na qualidade da Visita Domiciliar (VD). Buscou-se ainda, a definição conjunta de estratégias de intervenção visando ampliar a integração/interação entre os agentes e a comunidade. Na análise do fator cultural e seus reflexos no processo de produção do cuidado, o ACS foi compreendido como sujeito sociocultural e historicamente construído; e a VD, como uma estratégia fundamental que auxilia a mudança no paradigma da atenção à saúde. **DESENVOLVIMENTO (método):** A oficina intitulada "Influência do fator cultural no processo de produção do cuidado" estruturou-se a partir de um recorte temático, sendo realizada em três etapas: a) Dinâmica para conhecer a percepção dos ACS sobre a presença dos fatores culturais

no território; b) apresentação de situações/problemas criadas hipoteticamente; c) preenchimento de ficha para registro de narrativa individual (depois compartilhada com o grupo) contendo suas impressões, opiniões e prováveis soluções para os problemas identificados. Resultados: Foram capacitados 11 Agentes Comunitários de Saúde. Com base nos problemas detectados, o fator cultural mostrou-se relacionado com as dificuldades relatadas pelos ACS, e que afetam a qualidade da VD. Na percepção do grupo, os aspectos culturais, que refletem na produção do cuidado no espaço domiciliar, não ocorrem isoladamente. Relatou-se o atravessamento de condicionantes importantes: nível educacional da comunidade/família; condição socioeconômica; e ainda, o predomínio culturalmente estabelecido do modelo biomédico, cuja vertente justifica, em alguns momentos, o menosprezo em relação ao trabalho dos agentes no cenário da promoção da saúde e da prevenção dos agravos. Contudo, os agentes relatam que a maioria da população compreende e motiva a sua atuação cotidiana no território. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O processo de trabalho do agente mostrou-se transpassado por condicionamentos e comportamentos sociodemográficos e ambientais das famílias, culturalmente estabelecidos, que extrapolam a capacidade do ACS de intervir conforme as diretrizes do programa, exigindo ação, não somente multidisciplinar no contexto do PSF, mas também intersetorial, em busca de maior resolutividade da VD na produção do cuidado, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

INTEGRALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA EM SAÚDE BUCAL

Ana Paula Brandão Fried

Palavras-chave: saúde da família demanda espontânea

Os agravos bucais e suas sequelas são de grande relevância no Brasil, constituindo-se em problemas de saúde pública, com graves consequências sociais e econômicas. A gravidade deste quadro epidemiológico exige, além de ações sobre os determinantes da incidência das doenças e agravos bucais, ações que melhorem o acesso ao serviço odontológico, diminuindo o sofrimento e a busca para o atendimento. Diante disso, este trabalho tem como objetivo descrever uma experiência estratégica organizacional do acesso ao atendimento odontológico com a participação de toda equipe multiprofissional. A unidade básica da saúde da Família, em questão, pertence há um município da região sudeste do Estado do Rio de Janeiro, possui 5.832 usuários cadastrados distribuídos entre um ESB e três ESF. O acesso à saúde bucal era feito através de uma lista de espera, gerando uma demanda reprimida de 362 famílias, com um tempo de espera médio de 4 anos. A necessidade de intervenção surgiu quando percebemos que a demanda reprimida só aumentava, devido à grande procura pelos usuários. Neste momento, foram realizadas várias reuniões semanais, com todos da equipe multiprofissional – médicos, dentista, auxiliar de saúde bucal, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e enfermeiros que por meio de discussões, construíram conceitos sobre necessidades de saúde da população adscrita direcionando a atenção em saúde bucal de forma equinãme. As trocas de saberes e experiências entre os sujeitos sociais proporcionaram a construção de uma estratégia de acesso ao atendimento de saúde bucal. Construíram um instrumento de avaliação por pontos, onde de cada membro da família recebia uma pontuação para o somatório desses pontos origina uma média familiar acrescida a uma

nota estabelecida pelos padrões sócios econômicos, moradia e necessidade do usuário. Vale lembrar, por exemplo, que os fatores não clínicos podem ser responsáveis por um maior risco à cárie, indiretamente, em indivíduos desempregados, com condições de moradia insalubres com baixo grau de instrução escolar, proporcionando o consumo de alimentos cariogênicos e higiene bucal deficiente. Posteriormente, os dados da lista de espera foram atualizados com a exclusão dos usuários que haviam se mudado e com os já contemplados com tratamento. Foram separados os indivíduos por microárea, para que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) realizassem visitas a essas famílias. A ficha de avaliação passou a ser utilizada na organização do acesso dos outros usuários que buscam assistência odontológica. Formou-se um grupo de recepção, compostos por vários membros da equipe, para explicar aos usuários o novo fluxo de atendimento. Os benefícios foram: a organização da porta de acesso, a obtenção de um instrumento de avaliação em saúde bucal simples, de fácil compreensão e manuseio e que faz do ACS, em especial, um elo entre o paciente e a equipe, tornando a porta de entrada para a atenção em saúde bucal menos impessoal e sem requerer o deslocamento do usuário até a unidade de saúde. Proporcionou uma relação interdisciplinidade pelas equipes multiprofissionais, compreensão do papel da ESB, ampliando o olhar dos profissionais da equipe para saúde bucal, garantindo o atendimento integral dos usuários.

INTEGRAR O BEM ESTAR: A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO COM PICS EM UM GRUPO DE MULHERES

Lidiane Medeiros Melo, Luisa Macedo Cavalcante, Cyntia Márcia da Silva Toledo, Juliana Ferreira Lopes, Claudinete Melo dos Santos, Emanuele Sarmento de Vasconcelos

Silva, Marília Gabriela Vieira Macêdo, Vanessa Fernandes de Almeida Porto

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Práticas Integrativas e Complementares, Promoção da Saúde

APRESENTAÇÃO: As Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) são instrumentos que compõem um projeto articulado entre profissionais residentes e um grupo de mulheres que visa a Promoção de Saúde, valorização do saber popular e protagonismo das usuárias. O objetivo principal do projeto é apresentar essas práticas e realizar a sua incorporação dentro de um grupo, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo em vista que essas práticas contribuem para promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006). A ideia do projeto surgiu a partir do conhecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) por um grupo de residentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Houve a necessidade de implementar tais práticas no cenário de atuação da residência devido as novas possibilidades de cuidado à saúde que a política oferece. Legitimando conforme Brasil (2014), a integralidade da atenção à saúde, princípio este que requer também a integração das ações e serviços existentes no SUS. Acrescentando ainda que a política atende, sobretudo, à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências exitosas de PIC's que já vem sendo desenvolvidas na rede pública. **METODOLOGIA:** O projeto vem sendo desenvolvido no grupo Bem Estar (grupo formado por mulheres com idade entre 50 e 80 anos, com foco na Promoção e Educação em Saúde e Práticas Corporais, que ocorre com frequência semanal em uma comunidade) e conta com a participação ativa das usuárias na escolha e planejamento das ações. O projeto consiste

na apresentação da PNPIC, na escolha de Práticas à serem trabalhadas e na construção e desenvolvimento de oficinas e vivências práticas. As metodologias utilizadas são ativas e participativas. A cada semana, uma ou mais PIC's é apresentada ao grupo. Já foram trabalhadas: a utilização de plantas medicinais e fitoterapia, Lian Gong, Meditação e Yoga. Além disso, também foi utilizada de forma associada a utilização de automassagem e massagens funcionais, por meio de oficinas. O projeto além de apresentar diversas PIC's, propõe a escolha (à ser feita pelas usuárias) de uma delas para ser mantida no cotidiano do grupo e ser implementada dentro da USF (em articulação com a equipe de saúde) presente na comunidade para que mais pessoas possam participar, ampliando o acesso aos serviços de saúde. **RESULTADOS:** A experiência possibilitou a aproximação das usuárias a práticas que não são frequentes nos serviços públicos de saúde do município, mas que frequentemente vem trazendo bons resultados nos serviços públicos de outros estados brasileiros. O projeto causa impactos no processo de formação das residentes, fomentando práticas na lógica do cuidado humanizado, qualificando o trabalho transdisciplinar da equipe e promovendo a participação direta e ampliação da corresponsabilidade das usuárias nos seus processos de saúde. Corroborando a garantia da integralidade do cuidado e a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

INTERVENÇÃO DE ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Leilaísa Gonçalves Oliveira, Karolina Gonçalves Oliveira, Priscila Maria Marchetti Fiorin

Palavras-chave: Humanização no cotidiano do serviço, Desafios da Interdisciplinaridade

no Cotidiano do Trabalho, Sujeitos e Singularidades na Construção do Cuidado em Saúde

APRESENTAÇÃO: Durante estágio supervisionado em Unidade Básica de Saúde, realizado no 10º semestre da graduação em Enfermagem, foi aplicado o Método Altadir de Planejamento Popular - MAPP para fazer um levantamento dos problemas enfrentados e definir objetivos que os solucionariam. Seguindo os passos do método pudemos levantar os nós críticos e traçar um planejamento a fim de alcançar as metas estipuladas para a unidade. Um dos problemas encontrados foi o acolhimento ineficaz relacionado à falta de rotina, sobrecarga de serviço, falta de interesse e falta de escala. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma roda de conversa com os Técnicos de Enfermagem e Recepcionistas a respeito do Acolhimento, estratégias que podem ser utilizadas e sua importância. **RESULTADOS:** O acolhimento é fundamental para que a experiência de frequentar uma unidade de saúde não se torne um trauma. Muitos usuários ficavam sem nenhuma informação, sem saber qual fila entrar, em que consultório ir e quando perguntavam quase sempre recebiam uma resposta meio rude. Para melhorar esse atendimento fizemos uma roda de conversa com todos os funcionários, propomos várias estratégias viáveis e enfatizamos a importância de realizar o acolhimento. Pelo pouco tempo de estágio conseguimos estabelecer um maior vínculo, porém muito menos do que a população merece. Nossa dificuldade para alcançar essa meta foi a resistência dos funcionários, a maioria estava acostumada com a rotina do serviço e sem disposição para mudanças. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Quando a população é bem acolhida dentro da unidade de saúde ela sabe que pode voltar e usufruir do serviço sem se sentir incomodada ou constrangida por não saber

o que fazer. A rotatividade de profissionais prejudica muito esse vínculo e essa unidade passava por uma mudança total dos profissionais enfermeiros durante o estágio.

INTERVENÇÃO EDUCATIVA: PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Lazara Lopez Piloto, Marta de Melo Oliveira e Silva

Palavras-chave: Intervenção educativa, Gravidez, Adolescência

A gravidez na adolescência configura um grave problema de saúde pública que vem crescendo vertiginosamente gerando graves problemas como; abandono escolar, conflitos familiares, etc. Na ESF que atuo não tem sido diferente, o número de adolescentes que procuram atendimento tem crescido. Diante desta problemática foi realizado um projeto de intervenção educativa no ESF 11 do município de Planaltina de Goiás, com o objetivo de desenvolver ações que contribuíssem para diminuição da gravidez na adolescência. O universo esteve composto por 75 adolescentes estudantes de duas escolas Jardim Paquetá e complexo 10 com uma faixa etária entre 10 e 19 anos, as mesmas foram convidadas para a realização do trabalho, foi aplicado um pré-teste para conhecer o grau de conhecimento que tinham sobre o assunto. Foram realizadas palestras sobre diferentes temas; riscos da gravidez na adolescência, métodos anticoncepcionais e convidamos os pais e professores destes adolescentes a participarem. Depois de concluído as ações educativas foi aplicado o pós-teste para verificar o nível de conhecimento adquirido após as ações educativas. Como resultado de nosso trabalho encontramos que 28% das adolescentes estavam entre 10 e 14 anos e 72% entre 15 e 19 anos, predominando

a raça parda nos dois grupos etários com 48 adolescentes, 65%. 31 adolescentes com condições socioeconômicas, 41.3%. O nível de conhecimento das adolescentes sobre os riscos da gravidez foi ruim antes da intervenção com 82.6%, tendo como situações de riscos as relações sexuais precoces, pouco conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais, e a falta de comunicação com os pais. Observamos que após as ações educativas as adolescentes tiveram um maior conhecimento sobre a gravidez na adolescência e seus riscos, sobre os diferentes métodos anticoncepcionais, tendo 60% bom conhecimento, 30.6% conhecimento regular e 9.3% conhecimento ruim. O tema sobre gravidez na adolescência foi muito importante conseguimos contribuir para o empoderamento sobre sexualidade e métodos contraceptivos dos adolescentes, visando com isso à diminuição da gravidez na adolescência.

INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR EM RELAÇÃO AO T.D.A.H EM ESCOLARES NO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL-RS

Quelen Tomé Pires, Eléia de Macedo, Evandro Lemos, Marcos Frata Rihl, Renata Magnabosco Verza, Suzete Marchetto Claus, Máira Boeno da Maia

Palavras-chave: TDAH, Educação infantil, Educadores

APRESENTAÇÃO: O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurológico de causas genéticas que surge na infância e que pode acompanhar o indivíduo por toda a vida. Caracteriza-se por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade. Na idade escolar, a criança apresenta dificuldade no desempenho de suas funções executivas. O objetivo é relatar a experiência de estudantes de diferentes

cursos de graduação em saúde com relação às intervenções realizadas quanto ao TDAH em alunos matriculados em uma escola pública municipal de médio porte de Caxias do Sul-RS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Os monitores do PROPET-SAÚDE no campo de prática em UBS realizaram uma capacitação sobre TDAH com os professores da escola, com objetivo de identificar os alunos com o transtorno. Para isto os professores aplicariam o questionário internacional S.N.A.P. IV para cada aluno e encaminhariam os resultados para avaliação da equipe de saúde da UBS. Para a capacitação os monitores construíram material audiovisual e folders explicativos, os quais foram distribuídos aos professores. Em um segundo momento, os alunos cujo questionário apresentou pontuação compatível com o transtorno foram encaminhados para consulta médica na UBS para confirmação do diagnóstico. **RESULTADOS:** As crianças com o TDAH foram acompanhadas pelo médico de saúde da família. Os professores, a partir do conhecimento adquirido fortaleceram seu conhecimento sobre como proceder com os alunos portadores do transtorno. Essa comunicação entre a equipe de saúde e a escola, promoveu uma melhora no desenvolvimento escolar dos alunos, a partir de mudanças no comportamento e da função executiva dessas crianças, bem como na qualidade de vida do aluno e da família. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esta estratégia é de fácil aplicação e de baixo custo, além disto, envolve a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe, a comunicação, a intersetorialidade (saúde e educação) e contribui para a formação dos futuros profissionais da área de saúde.

INTERVENÇÃO MULTIPROFISSIONAL FRENTE À SAÚDE DA MULHER

Adriana Sanches Flores

Palavras-chave: saúde da mulher, Educação em Saúde, Atenção Primária de Saúde

APRESENTAÇÃO: O câncer do colo do útero é segundo que mais afeta as mulheres no mundo. A organização Mundial da saúde (OMS, 2007) prevê uma elevação da estimativa do câncer do colo do útero em torno de 320.000 casos novos em 2015 e 435.000 em 2030. O Ministério da Saúde (MS) incentiva à inclusão do rastreamento do câncer através do exame Papanicolaou que contribui para a conscientização das mulheres frente à importância da detecção precoce da doença. Assim, a saúde da mulher torna-se uma área considerada estratégica para ações prioritárias no nível da atenção Primária. Nesse cenário, destaca-se a lenta evolução das lesões cervicais iniciais até a fase invasora, fato que mostra os benefícios das ações preventivas para alterar o curso da doença. Os fatores de risco incluem, infecção pelo Papiloma vírus Humano (HPV), exposição ao agente infeccioso da Chlamydia Trachomatis, HIV, tabagismo, uso de contraceptivos orais e a multiparidade. **OBJETIVOS:** Relatar a intervenção multiprofissional frente à saúde da mulher na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência frente as mulheres de uma ESF da cidade de Dourados- MS no período de estágio externo na atenção Primária da Residência Multiprofissional em Saúde. **RESULTADOS:** A residência Multiprofissional em saúde proporciona aos residentes oportunidades de atividades na Atenção Primária de Saúde, podemos desenvolver nesses estágios atividades de educação em saúde que traga benefícios à população assistida. Assim, o exame Papanicolaou foi

uma das atividades que envolveu a equipe multiprofissional. A enfermagem participou na coleta do material para o exame, contudo antes era feita uma entrevista com as mulheres para levantamento do histórico de saúde seguido de um pequeno exame físico, sempre buscando orientar sobre a importância da realização do exame anualmente, de como é realizada a coleta do material além de tirar todas as dúvidas sobre gestação, métodos contraceptivos e Doenças sexualmente transmissíveis (DST,s). Logo após era realizada a coleta do material para o exame citopatológico. Percebia-se que a conversa antes do exame deixava as mulheres menos ansiosas e criava-se um lugar protegido para perguntas e esclarecimento de dúvidas. Logo, todos da equipe as orientavam em seus aspectos nutricionais e psicológicos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Frente à importância do exame citopatológico para a saúde da mulher para a detecção precoce do Câncer do Colo do Útero, torna-se importante criar um espaço protegido em que as mulheres possam tirar todas as dúvidas, conhecer também a equipe proporcionando com que a mesma seja referência permitindo o retorno dessas mulheres para a ESF. Portanto, a residência multiprofissional em saúde nos permite uma abordagem holística dos pacientes, proporcionando assim um trabalho em equipe efetivo, não fragmentando o cuidado ao paciente. Além disso, essa movimentação nos propõe constante reflexão sobre a produção em saúde. Para isso, muitos desafios devem ser superados como a evolução da multidisciplinaridade para a interdisciplinaridade. Por fim, a mesma nos torna atores dessa construção diária e complexa do trabalho em rede.

MAPEAMENTO TERRITORIAL E AS PRÁTICAS EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO ASSENTAMENTO ITAMARATI DO MUNICÍPIO DE PONTA PORÃ – MS

Tatianne dos Santos Perez, Rita de Cassia Astolfi, Patricia Oliveira, Naiana Fração, Nidiane Dauzacker de Mattos

Palavras-chave: Assentamento Itamarati, Mapeamento Territorial, Vigilância em Saúde

O mapeamento territorial visa identificar as necessidades de mudanças e apontar algumas diretrizes e possibilidades de planejar melhor as ações. Diante da necessidade do conhecimento populacional de território, observamos a importância de executarmos esse trabalho no município de Ponta Porã/MS. Em junho de 2012, a equipe da Estratégia da Saúde da Família Dr. Carlos Augusto Sobreiro Pissini, localizada no grupo CUT Canaã do Assentamento Itamarati, no município de Ponta Porã – MS, que abrange uma cobertura de aproximadamente 4000 mil pessoas, iniciou o trabalho de mapeamento territorial e levantamento epidemiológico com objetivo de conhecer o território de abrangência e direcionar o planejamento das ações para serem executadas nesta área. O desenvolvimento deste trabalho contou com participação de toda a equipe e comprometimento de todos os envolvidos. Foi elaborado um formulário abordando os levantamentos da densidade populacional territorial e epidemiológica como: alcoolismo, doença mental, idosos, adolescentes, recém-natos, menores de 01 ano e 28 dias, gestantes adolescentes, fumantes, tuberculose, DST/Aids, Hanseníase, entre outros. Após concluímos a coleta de dados, realizamos a confecção do mapa territorial e análise dos dados que surpreendentemente nos mostrou um número elevado de alcoolismo,

fumantes e doenças mentais. A partir deste levantamento territorial populacional e epidemiológico começamos a planejar e realizar as ações em saúde. Dentre elas, foi encontrar metodologias que pudesse informar mais esta população sobre doenças e agravos, com isso a equipe idealizou um jornal mensal que tem o nome “Jornal Saúde da Família Itamarati em Ação”. Nessa experiência do mapeamento territorial conseguimos conhecer a nossa população e a necessidades reais dela e assim, contribuir para realizar a prevenção e combater os agravamentos acometidos no local, conquistando um vínculo maior com as crianças e com os pacientes. Esse mapeamento nos premiou com Menção Honrosa do Conselho Municipal de Saúde em novembro de 2012 e este mapeamento foi ampliado e realizado em todas as unidades de saúde da zona urbana, conseguindo não só melhorar as condições de saúde e de prevenção da zona rural, mas expandir esse saber as outras unidades de saúde que puderam planejar melhor suas ações em saúde e colocá-las em prática.

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL: A TERAPIA COMUNITÁRIA COMO ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DE TRABALHO DE NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Tania Regina Aosani, Ana Cristina Costa Lima

Palavras-chave: Matriciamento, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Terapia Comunitária

APRESENTAÇÃO: Trata-se de um relato de experiência de trabalho de matriciamento em saúde mental a partir da realização de grupos de Terapia Comunitária com usuários na Atenção Básica de Saúde. O apoio matricial é uma proposta de

intervenção pedagógico-terapêutica que é ofertado por uma equipe interdisciplinar a fim de ampliar e qualificar as ações das equipes de referência no SUS (CHIAVERINI, 2011). A realização da Terapia Comunitária surgiu com o objetivo de ampliar o escopo das ações em saúde mental na Atenção Básica de Saúde naquele território a partir do apoio técnico assistencial às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O trabalho foi desenvolvido em um município de pequeno porte do extremo oeste catarinense, com população segundo IBGE (2010) de 5.551 habitantes, sendo uma experiência importante no sentido de possibilitar o cuidado integral e ampliado em saúde mental no SUS. O grupo de TC foi realizado pela equipe de NASF, formada por um nutricionista, um fisioterapeuta e um psicólogo, de apoio a única Unidade Básica de Saúde do município formada por duas equipes de Estratégia de Saúde da família. Os usuários participantes do grupo de TC eram em sua maioria trabalhadores rurais, em agricultura familiar, advindos de uma realidade de poucos recursos econômicos, sociais e com vínculos familiares e comunitários fragilizados ou rompidos. O grupo era aberto e geralmente participavam entre 12 e 20 usuários. Os encontros eram quinzenais, com dia e horário fixos, em uma sala de grupo na Unidade Básica de Saúde. Seguimos a dinâmica da TC, com as etapas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, rituais de agregação e conotação positiva, avaliação e encerramento (BARRETO, 2005). A cada encontro, a partir da escolha do tema, um profissional realizava o papel de terapeuta, outro de co-terapeuta e o terceiro de observador. A prática do grupo de TC, como um método de trabalho da equipe de NASF com usuários em sofrimento psíquico possibilitou a formação de vínculos com os profissionais e aproximou o serviço dos usuários e de suas necessidades,

ampliando a resolubilidade das demandas no âmbito psicossocial. A construção de relações de confiança e vínculo com o grupo ampliou o sentido de equipe e o aspecto de possibilidades de cuidado no território. A partir da experiência de valorização da vida e história dos sujeitos, a autonomia e a autoconfiança dos usuários foi fortalecida. Alguns tornaram-se multiplicadores de saúde em suas comunidades, voltando a fazer parte de um coletivo, a partir de um sentimento de pertencimento antes não perceptível pelos usuários. A experiência de terapia comunitária como uma metodologia de trabalho do NASF se apresentou como uma importante ferramenta do apoio matricial e psicossocial na Atenção Básica de Saúde. Ela é condizente com a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Promoção de Saúde e pode ser classificada como uma tecnologia de cuidado em saúde, com respostas satisfatórias, segundo a literatura e a nossa experiência, aos que participam desses grupos, sejam usuários ou profissionais.

MATRICIAMENTO INTERSETORIAL: UMA ESTRATÉGIA PARA O AVANÇO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Adriana Condessa Torres, Maria Angélica Silva Vaccarini

Palavras-chave: matriciamento, intersetorialidade, cuidado compartilhado, saúde mental, álcool e drogas

APRESENTAÇÃO: O município de Coronel Fabriciano, situado na região leste de Minas Gerais, utiliza da estratégia do matriciamento intersetorial para implantar, discutir, avaliar e operacionalizar ações compartilhadas de cuidado em saúde mental e álcool e drogas junto à atenção básica e outros setores afins envolvidos neste cuidado, como as

redes de assistência social e educação. Este trabalho tem o objetivo de apresentar esta experiência desenvolvida pela equipe matriciadora do município, como uma estratégia eficaz de implantação da política pública intersetorial sobre drogas e do compartilhamento do cuidado em saúde mental. Com a implantação das equipes de Estratégia de Saúde da Família no município, foram destinados profissionais estratégicos para trabalhar no avanço do cuidado em saúde mental e álcool e drogas para a Atenção Básica. METODOLOGIA: O matriciamento consiste num espaço de construção coletiva de Projetos Terapêuticos Singulares, onde a equipe matricial vai contribuir com apoio especializado através da metodologia de discussão de casos, atendimento compartilhado e capacitações, quando necessário. Os principais setores participantes consistem na assistência social, educação, equipes de ESF e NASF, equipe de DST/AIDS, dispositivo do Centro Pop, instituição de longa permanência para idosos, CREAS e outros que se apresentarem como necessários e/ou estratégicos. As equipes locais recebem a visita mensal dos técnicos, quando apresentam os casos clínicos para os quais já esgotaram sua capacidade resolutive no território. RESULTADOS: O matriciamento intersetorial tem contribuído substancialmente para a articulação de saberes e poderes dos setores envolvidos, reduzindo a assimetria que lhes é inerente, e para a responsabilização da rede intersetorial, tanto no cuidado de casos graves estabilizados de adoecimentos psíquicos, quanto nos casos de álcool e drogas. Pode ser reconhecido como importante estratégia de mudança na lógica do trabalho e no olhar dos técnicos sobre o usuário de álcool e drogas, funcionando na lógica da redução de danos e impactando uma realidade em que não se conta com dispositivo de CAPS A/D. A estratégia de matriciamento intersetorial, enquanto

instrumento para o avanço de cuidados de saúde mental e álcool e drogas junto à atenção básica e outros setores, possibilita a construção de estratégias de tratamento e cuidados mais eficazes, pois criam saídas e intervenções que consideram a singularidade dos casos no seu território e na sua rede social, de cuidados e afetos. Esta estratégia fortalece ações de cogestão e compartilhamento do cuidado entre os setores de políticas públicas, que por vezes trabalhou na lógica dos encaminhamentos e contra-referências, onde o imperativo consistia quase sempre no repasse de responsabilidades.

MENSURAÇÃO DAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO, DO HOMEM E DO TRABALHADOR RURAL

Marilene Martins Cavalcanti, Rejane Aparecida Sartor, Elenice Cardoso Mendonça, Enelita Mazon

Palavras-chave: Saúde da população do campo, saúde do homem, saúde do trabalhador

Este trabalho compreende a percepção dos profissionais de saúde referentes às práticas assistenciais para a população do campo, desenvolvidas nas unidades de saúde rural, do município de Campo Grande/MS, bem como a realização de oficinas de sensibilização voltadas para um olhar diferenciado em relação às diversidades destas populações, respeitando o conjunto de crenças e valores e seu modo de produção. A idéia é incorporar práticas de cuidado à saúde no processo de trabalho desses profissionais, considerando os determinantes sociais da população atendida, conforme as políticas de saúde integral da população do campo, saúde do homem e do trabalhador rural. Tem como objetivo a qualificação do

olhar dos profissionais de saúde na escuta qualificada, reflexão sobre o modo de fazer cuidado de saúde, ressignificando as práticas assistenciais e melhorando o acesso aos serviços de saúde para essa população. Foi desenvolvido com a realização de oficinas utilizando-se metodologias ativas, promovendo um processo interativo com os integrantes do grupo. Foram apresentadas as políticas de saúde das populações do campo, do homem e saúde do trabalhador rural. Entre um encontro e outro foram realizadas atividades práticas para reconhecimento das necessidades de saúde nos territórios. A partir deste diagnóstico de realidade é que foram elaborados planos de ações e metas em cada unidade de saúde considerando as seguintes metas: mapeamento dos riscos das doenças relacionadas ao trabalho rural; levantamento do perfil produtivo da população; levantamento dos CID relacionado ao trabalho; capacitação para os profissionais médicos sobre CIDs; ações em saúde com foco nos eixos temáticos relacionados à saúde do homem e processos de trabalho. O processo de avaliação é dinâmico, a cada oficina são apresentadas as conquistas e identificados os problemas levando a um novo plano de ação para solução do problema. Através deste trabalho buscou-se uma sensibilização, ampliação e análise do olhar crítico dos profissionais de saúde das unidades de saúde rural considerando a realidade sociopolítica e socioeconômica vivenciada por estas populações, refletindo desta forma para a prática de saúde na assistência clínica, prevenção e promoção à saúde, com a participação de 90% dos profissionais nas oficinas; construção de fluxograma de acesso, conhecimento do perfil produtivo da população, fazendo umnexo causal, na identificação das queixas; doenças e ou acidentes relacionados ao trabalho. Levar os serviços de saúde para as populações do campo e da floresta é certamente

bem mais difícil do que levá-los para as populações urbanas. Em todos os grupos de discussões, os encontros caracterizaram pela participação entusiástica e qualificada dos trabalhadores que enriqueceram o diagnóstico da situação de saúde dessas populações e contribuíram com propostas para o enfrentamento e superação do atual quadro de iniquidades. Além de promoverem várias reflexões, entre elas a necessidade de uma abordagem mais específica dos profissionais de saúde considerando que no campo há pessoas, famílias inteiras, que vivem sob condições insalubres e estão vulneráveis a todo tipo de doenças.

MICROTERRITÓRIOS – UMA APOSTA DE CUIDADO COMPARTILHADO!

Katia Muniz Amirati, Valéria Pereira, Valeria Barsoumian, Marcia Ramos, Sueli Azevedo, Heloisa Elaine Santos, Livia Vilela Martins, Monica Cavalcanti Alves Moura, Reginalice Cera Silva, Jorge Fouad Maalouf

Palavras-chave: Microterritório, cuidado compartilhado, rede de atenção a Saúde Mental

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência dos encontros de microterritórios da Supervisão de Saúde Mooca Aricanduva. Em prática há um ano, as reuniões de microterritório constituem-se no encontro mensal de serviços que discutem prioritariamente casos complexos. A divisão em cinco microterritórios deu-se, principalmente, por critérios de proximidade entre serviços, representatividade variada de serviços da saúde e assistência social na região. Foi inicialmente pensada para ser um espaço de discussão de casos complexos e de alta vulnerabilidade da saúde mental e matriciamento dentro do território, e hoje encontra-se em processo de ampliação

das temáticas, com a introdução de outras demandas que de alguma maneira exijam o cuidado compartilhado, a discussão em rede intersectorial e aproximação entre os serviços do território. Os encontros acontecem com representantes técnicos de vários serviços e programas da Atenção Básica e Especializada de saúde do território, como os Centros de Atenção Psicossocial Adulto, Álcool e Drogas e Infantil, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, o Centro de Convivência e Cooperativa, o Programa de Acompanhamento da Pessoa com Deficiência, o Programa de Acompanhamento dos Idosos, as equipes de Consultório na Rua e da Estratégia Saúde da Família, profissionais das Unidades Básicas de Saúde, representantes da assessoria técnica da Supervisão, além da participação de representantes do Centro de Referência Especializado em Assistência Social, equipe técnica dos centros de Acolhida e Convivência do território, Núcleos de Proteção e Assistência Jurídica, Serviço Especializado em Abordagem Social, Defensoria Pública do Estado, entre outros. A discussão dos casos complexos pode desdobrar-se em outras reuniões e articulações que se identifiquem como necessárias, seja com áreas técnicas programáticas da Supervisão de Saúde, representantes da promotoria pública, Guarda Civil Metropolitana, Conselho Tutelar ou outros serviços públicos, além da participação dos familiares e da comunidade. Ao longo deste ano temos identificado dificuldades e potencialidades. Observamos a participação pontual e irregular de alguns profissionais e gestores neste espaço, devido à pouca flexibilidade de “agendas” para essa participação. Essa irregularidade, e muitas vezes a ausência de espaços coletivos dentro dos serviços dificulta a capilaridade das discussões do microterritório para dentro dos serviços de maneira coletiva. No entanto, percebemos que o espaço dos microterritórios favorece

a aproximação entre os profissionais no seu dia a dia de trabalho, esclarece fluxos e problematiza situações, fortalecendo a rede intersectorial de cuidados e repensando o cuidado individual e coletivo, além de apontar necessidades para o território, entre outras potencialidades. Os encontros de microterritório estão constituindo-se como espaços regulares de encontro da rede intersectorial, onde os saberes complementam-se, flexibilizam-se e caminham na busca da transdisciplinaridade e de objetivos em comum: o cuidado integral e em rede do indivíduo e da coletividade. Acreditamos que os encontros de microterritórios precisam ser continuamente fortalecidos e problematizados como dispositivos de efetivação da Rede de Atenção à Saúde Mental com os gestores, a fim de garantir a participação dos profissionais de saúde neste espaço, para que seja instituído como espaço de cogestão do cuidado, tão importante quanto os atendimentos individuais.

MONITORAMENTO E CONTROLE DA TUBERCULOSE NA PENITENCIÁRIA INDUSTRIAL DE GUARAPUAVA- PR, 2014

Luciana Vargas, Angela Cristina Rocha Gimenes

Palavras-chave: saúde prisional, tuberculose em prisões, enfermagem prisional

A saúde, no Sistema Penitenciário brasileiro, apresenta um quadro preocupante devido a vários fatores que evidenciam alguns problemas. Dentre eles, destacam-se o déficit de vagas nas penitenciárias e, principalmente, a falta de uma assistência médico-jurídica adequada e suficiente. A superlotação das celas, sua precariedade e insalubridade transformam as prisões

num ambiente propício à proliferação de doenças. Além dos fatores estruturais, a má-alimentação, o sedentarismo, o uso de drogas, a falta de higiene, dentre outros, também contribuem para os problemas de saúde dos detentos. Ei-los: doenças do aparelho respiratório, como a tuberculose e a hanseníase, alto índice de hepatite e de doenças sexualmente transmissíveis, em especial, a AIDS. A Penitenciária Industrial de Guarapuava- PIG havia obtendo nos últimos anos uma baixa incidência de sintomáticos para tuberculose. Tivemos um caso entre 2008 e 2012 e foi diagnosticado como Tuberculose Pleural. Todavia no ano de 2014 começaram a ser identificados muitos sintomáticos. A Unidade tem características diferentes às demais como, por exemplo: duas fábricas como canteiro de trabalho onde os internos permanecem por oito horas diárias, várias salas de aulas com muitas pessoas aglomeradas, no entanto possui apenas duas pessoas em cada cela. Com isso detectou-se a importância de uma medida rápida e eficaz no controle da doença. Assim, o presente projeto de intervenção tem por objetivo monitorar e controlar a doença na Unidade. Espera-se que o projeto possa contribuir no debate e reflexão crítica em torno das práticas em saúde voltadas à população carcerária masculina privada do direito à liberdade. O presente projeto de intervenção possui o intuito de realizar exame de Prova Tuberculínica PPD em 100% da população privada de liberdade da Penitenciária Industrial de Guarapuava- PIG, bem como fortalecer o trabalho entre as Secretarias de Saúde Municipal e Estadual com o setor de saúde da penitenciária. O trabalho começou a ser desenvolvido no mês de Junho de 2014. O aumento dos casos de tuberculose entre os encarcerados evidenciou a necessidade de desenvolver uma ação para controle da doença e nos indicar quais medidas deverão ser tomadas. No mês de Setembro de 2014o Brasil ficou

sem o material necessário para a realização do teste, o que fez com que o projeto original obtivesse sucesso parcial. A parceria entre os órgãos continua e novas condutas foram priorizadas.

MULHERES EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO, VITIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Elaine Carvalho de Oliveira Medeiros, Gleisiane de Araujo Feitosa, Ildernandes Vieira Alves

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

INTRODUÇÃO: A violência doméstica caracteriza-se em um problema de saúde pública. **OBJETIVOS:** Promover uma atenção integral às mulheres em abortamento vítimas de violência doméstica, analisar as manifestações corporais e verbais das mulheres. **METODOLOGIA:** Estudo é de caráter descritivo tipo relato de experiência que foi realizado durante o Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, em uma maternidade de referência em Teresina-PI. A experiência partiu-se do acompanhamento de mulheres em abortamento no mês de junho a agosto de 2014, onde houve universo total de 168 mulheres em abortamento, no decorrer da internação, promoveu-se a escuta ativa, formação de vínculos de confiança e apoio psicoemocional, onde de forma aleatória, obteve-se como amostra 11 mulheres, que relataram espontaneamente momentos de violência durante a gestação. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Identificou-se que as mulheres possuíam faixa etária entre 26 a 30 anos, raça parda, ensino médio completo, união estável e com renda de um salário mínimo. Analisou-se que 6 mulheres não possuíam acompanhantes, sendo que 5 mulheres

referiram desconhecimento da família em estarem internadas. Das 11 mulheres, 4 tiveram o aborto provocado e as demais de causas desconhecidas. Foi constatado medo por parte das mulheres em serem hostilizadas pelos profissionais e também receio de os companheiros serem denunciados, não foi verificado no prontuário nada que referia à violência, sendo somente identificado após a formação de vínculo, no qual 3 relataram violência física, já as demais referiram agressões verbais pelos companheiros e destas 4 disseram que os companheiros não aceitavam a gestação. **CONCLUSÃO:** Verificou-se que as mulheres comentem e/ou desencadeiam o abortamento devido o contexto familiar caótico, que ainda há medo em denunciar e em alguns casos há o desconhecimento de que sofrem algum tipo de violência, sendo necessárias estratégias para identificação dos casos, uma abordagem holística e humanizada às mulheres, sem julgamentos ou juízo de valores, além de pesquisas sobre as repercussões fisiológicas do estresse físico e psicológico na gestação.

MÚLTIPLOS OLHARES NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO À SAÚDE NA EXPERIÊNCIA DO VER-SUS RJ 2014

Sabryna Raychtock, Nathasha Covre Perim, Diego Carrilho, Camila Fontes, Tauan Tridapalli, Marcos Adriano Cardoso dos Santos, Pedro Henrique Brasil, Alexandre Magalhães

Palavras-chave: Promoção à Saúde, Educação em Saúde, Multiprofissionalidade em saúde

APRESENTAÇÃO: O objetivo deste trabalho é apresentar as reflexões surgidas no contexto da experiência de vivência ocorrida em julho de 2014, na edição de inverno do programa de Vivências e Estágios na Realidade do

Sistema Único de Saúde (Ver-SUS), na cidade do Rio de Janeiro. Desenvolvimento No Ver-SUS de inverno de 2014 no Rio de Janeiro, foram instituídas três turmas, Rio 1, Rio 2, e Rio 3; e a cada uma destas, assinalado um facilitador, e uma região onde as vivências ocorreriam. Diariamente, ao final das vivências, eram organizados debates em duas esferas: o primeiro, entre integrantes da mesma turma, para discutir questões relacionadas aos locais visitados e às experiências vividas. Então, estas questões, assim como as vivências, eram compartilhadas em um debate em que todas as turmas e seus facilitadores participavam, socializando as experiências e questões destas emergidas. Os debates de que se trata este trabalho, no entanto, ocorreram em outro contexto. A partir de um grupo formado por integrantes de turmas diferentes daquelas inicialmente determinadas pela organização do programa, por ocasião do compartilhamento de aposentos ao longo da vivência, foi possível tecer uma série de debates paralelos àqueles da programação – cujas reflexões não se esgotaram no contexto do Ver-SUS, mas que se estenderam também para o tempo além do programa. Impactos Sob o olhar de estudantes de medicina, enfermagem, terapia ocupacional, biologia, pedagogia, fisioterapia e gestão pública, a vivência da realidade do SUS foi debatida e as experiências revisadas, analisadas, questionadas, refletidas; a pluralidade de olhares a partir da singularidade de cada área e campo de formação permitiu rica troca, tirando cada um de sua zona de conforto, desconstruindo e reconstruindo preconceitos e conceitos, para compreender, também a partir da visão dos demais campos de atuação, a promoção a saúde como uma tarefa verdadeiramente multiprofissional, interdisciplinar e plural – compreensão essa que ressignificou, e permanece ressignificando, não somente o conceito de promoção a saúde, mas também

a constituição identitária profissional de cada um e sua atuação nas respectivas áreas. Considerações Finais Acreditamos que a oportunidade de compartilhar as considerações desta experiência com os pares amplie as possibilidades de reflexão acerca da prática da promoção à saúde em todas as suas instâncias.

NOVO CIRCUITO DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL DA ONCOLOGIA DO HUAP: UMA PARCERIA JUNTO AO AMBULATÓRIO DE MASTOLOGIA

Thaislayne Nunes de Oliveira, Maria de Fátima Lima Muniz

Palavras-chave: Serviço Social, Oncologia

O Serviço Social atua no campo das políticas sociais, possibilitando a viabilização do acesso aos direitos sociais. O presente trabalho surgiu a partir de um projeto de intervenção do Serviço Social da oncologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) em parceria com ambulatório de mastologia do referido hospital, este projeto foi criado e desenvolvido com a inserção de Residentes Multiprofissionais em 2013-2015, tratando-se então de um relato de experiência. Durante os atendimentos na oncologia, observou-se que uma grande demanda dos usuários diagnosticados com câncer de mama obtinha a primeira orientação aos direitos sociais tardiamente, somente quando os mesmos eram encaminhados para o setor de oncologia. Com isso, se fizeram necessárias novas estratégias para atingir o maior número de usuários, no momento da definição do diagnóstico, impulsionando a inserção do Serviço Social de forma efetiva na equipe multiprofissional. Diante deste contexto, o assistente social é o profissional responsável pelas orientações aos usuários quanto os seus direitos, na democratização das informações e publicização para o

acesso aos programas disponíveis, além de socializar os direitos sociais específicos aos usuários com câncer, assim, tornou-se essencial o acompanhamento sistemático em toda linha do cuidado oncológico, estabelecendo vínculo entre a equipe e os usuários, com vistas à integralidade do cuidado. Nesse sentido, se propõe a discutir a importância da intervenção do assistente social junto a usuários com câncer de mama, uma vez que segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer é o segundo mais prevalente no Brasil. A partir da realidade da oncologia do HUAP reafirma-se a necessidade de políticas sociais estatais que considerem as condições de vida da população no acesso ao diagnóstico e a adesão ao tratamento oncológico para a efetivação do acesso ao direito à saúde como descrito na carta constitucional. Para tanto, parte-se do entendimento que o processo saúde-doença não se restringe, apenas, as questões biológicas, mas que os determinantes sociais interferem tanto no adoecimento quanto no tratamento dos usuários. Utilizamos bibliografia de autores que trabalham conceitos de política social como Behring & Boschetti (2009), estatísticas apontadas pela estimativa 2014 do INCA, parâmetros de atuação do assistente social na política de saúde e autores que trabalham a temática do serviço social na oncologia como Silva e Santos (2013).

O ACOMPANHAMENTO DE UMA EQUIPE DE SAÚDE PRISIONAL COMO AÇÃO CONJUNTA ENTRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE E SEGURANÇA PÚBLICA: UMA EXPERIÊNCIA QUE TEM DADO CERTO

Pauline Schwarzbold da Silveira, Ana Carolina Rios Simoni

A região da 13^a Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul é composta, entre tantas equipes de atenção

básica, por duas que especificamente atendem à saúde prisional. Isso significa dizer que elas efetivam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Prisional, uma Política recente e que visa garantir os direitos de acesso e atendimento à saúde de um público que eminentemente é excluído de outras políticas e que sofre com a vulnerabilidade social. Com a abertura de uma penitenciária nessa região, com capacidade para 529 presos, buscou-se engajar esforços na tentativa de acompanhar os trabalhos iniciais da recém-formada equipe de saúde prisional. O trabalho com presos era novo para as pessoas envolvidas, que anteriormente estavam trabalhando em unidades básicas tradicionais, no entanto, dispusera-se a esse desafio. Coube à coordenação regional da política de saúde prisional e a técnica de referência em questões de saúde da 8^a Região Penitenciária do Estado do Rio Grande do Sul dar o apoio e o suporte necessários. Da ideia inicial de acompanhar apenas a implantação da unidade, seguiram-se mudanças que proporcionaram, então, a possibilidade de encontros bimestrais de acompanhamento da equipe – no pensar as ações em saúde, em falar dos percalços, em saber como os profissionais estão lidando com as situações que enfrentam e pensar novas formas de fazer saúde no contexto de privação de liberdade, poucos recursos e pouca autonomia. A equipe demonstra interesse em fazer acontecer o trabalho. Tem-se pensado estratégias de prevenção de doenças infectocontagiosas que têm grande prevalência entre as pessoas encarceradas e acompanhadas de perto as pessoas já doentes, destinando atenção especial à distribuição da medicação de acordo com a prescrição médica. Mais adiante, acreditamos que será possível pensar meios de educação em saúde para essa população. A equipe de atenção básica prisional a que se refere este relato de experiência é composta por uma enfermeira, um médico,

um técnico de enfermagem e um dentista (com vínculo com a Secretaria de Saúde do município) e uma psicóloga e uma assistente social (vinculados à Secretaria de Segurança do Estado). Produzir um trabalho em equipe de promoção de saúde, nesse encontro heterogêneo entre saúde e segurança se colocou como um desafio para estratégia de apoio institucional que está em curso. Garantir o direito à saúde num contexto de suspensão do direito à liberdade é o impasse com o qual se encontra e sobre o qual tem testemunhado a equipe acompanhada. Sobre esta construção e seus efeitos num território carcerário, com sua lógica própria, versa este trabalho.

O APOIO INSTITUCIONAL DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO ESTADO DE SERGIPE

Carlos Galberto Franca Alves

A mudança no modelo de assistência trouxe consigo uma nova proposta de cuidado que reflete na postura e atuação do profissional de saúde mental. Coadunando da lógica da diretriz da Clínica Ampliada e do dispositivo Equipe de Referência (Brasil, 2008), o apoio da Coordenação Estadual de Atenção Psicossocial (CEAP) aos municípios é ofertado por uma equipe de apoiadores institucionais que se divide por referências para acompanhamento das 07 Regiões de Saúde do Estado de Sergipe. Cada região de saúde conta, assim, com uma equipe de referência de apoiadores, a fim de garantir um acompanhamento processual e qualificado da produção do cuidado em saúde mental, em consonância com a Política Estadual de Atenção Psicossocial, Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional de Humanização. A equipe de Apoio Institucional da CEAP é uma equipe interdisciplinar, composta por diversas categorias profissionais. O apoiador da CEAP

deve partir do objetivo de fortalecimento técnico-assistencial para a produção de um cuidado em saúde mental em rede. Tem o objetivo de apoiar os coordenadores de serviços tipo CAPS e os trabalhadores de saúde mental na implementação da Reforma Psiquiátrica e da Política de Atenção Psicossocial. A metodologia utilizada para desenvolvimento das ações de AI possui um caráter dinâmico, didático e reflexivo, sendo organizada por meio de visitas, reuniões, discussões com os sujeitos apoiados, capacitações, palestras, aplicação de instrumentos de avaliação/monitoramento da implantação da política de atenção psicossocial e oficinas de educação permanente que possam contribuir com o desenvolvimento de competências e habilidades junto aos profissionais que atuam na Rede de Atenção Psicossocial. Utilizamos os seguintes eixos que servem como norteadores da prática do AI: Inserir-se no campo: análise da demanda e da oferta, com contextualização do sentido do apoio ofertado; Contratualizar como modo de manejar grupalidade; Construir um plano de trabalho para o apoio; Implementar espaços sistemáticos de gestão dos processos de trabalho; Ofertar espaços formativos; Articular os processos de trabalho das equipes dos CAPS com as equipes da Atenção Básica e outras referências; Articular os planos de ação das equipes dos CAPS com os planos de ação regionais da RAPS; Ofertar/construir instrumentos de acompanhamento avaliativo do processo de trabalho das equipes; Registrar o trabalho de apoio desenvolvido. Os principais avanços apontados pelos profissionais com relação ao AI referem-se ao fato da existência da estratégia implantada com a facilidade de manter contato entre as equipes das redes de saúde e municípios e maior disponibilidade para atender as demandas. Outros avanços apontados pela equipe dizem respeito às ações de educação

permanente através de capacitação, atualização dos conhecimentos, da reflexão constante e metodologia de trabalho, a intersetorialidade e intrasetorialidade, principalmente, proporcionada através do trabalho em rede, a melhoria do relacionamento entre as equipes da Secretarias Municipais de Saúde, entre os profissionais do CAPS e o trabalho de equipe. O empoderamento dos gestores e trabalhadores garantindo um atendimento humanizado e qualificado nos CAPS com eficiência, eficácia e consonante à Política de Atenção Psicossocial.

O ASSISTENTE SOCIAL DIANTE DA COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS NO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: UM DESAFIO INTERDISCIPLINAR NO INCA

Margareth Vianna de Souza, Luciana da Silva Alcantara, Fátima Gonçalves Cavalcante, Mônica Ferrarez

Palavras-chave: transplante, protocolo, comunicação

INTRODUÇÃO: Trata-se de um projeto de pesquisa que busca refletir sobre a Comunicação de más notícias na unidade de Transplante de Células Tronco Hematopoéticas – TCTH e dimensionar o impacto social dos pacientes (adultos e infanto-juvenis) e cuidadores no processo de tratamento, diante de vários aspectos desfavoráveis e complexos, com repercussões psicossociais, relacionadas à doença e à saúde. Ressaltamos o protocolo SPIKES, que nos auxilia por seis etapas a redesenhar a prática profissional no momento de transmitir más notícias; para pacientes com progressões/ agravamentos e sequelas de doenças crônicas ou agudas. A relevância deste estudo é perceptível em várias circunstâncias, dentre elas a de aceitar a finitude. Desse modo, uma tarefa

do cotidiano, frequente e estressante vivenciada pelos profissionais dos Centros transplantadores, passa a ser repensada e tida como uma tarefa desafiadora de toda Equipe, de forma clara e verdadeira, sem perder a objetividade e a sensibilidade diante do paciente e seus familiares/cuidadores. Tendo em vista o contínuo desafio do profissional de saúde em aglutinar vários olhares e saberes, torna-se relevante a discussão da subjetividade nas práticas das ciências da saúde. OBJETIVO: Descrever a vivência dos usuários e a intervenção do Assistente Social na equipe interdisciplinar, no campo oncológico de uma instituição pública de Saúde federal/RJ, no que se refere à utilização e aplicação do protocolo, como instrumento de estudo e apoio, conforme dispõe a literatura. Transmitir más notícias é também uma tarefa complexa de comunicação. Além do componente verbal de dar de fato uma má notícia, requer outras habilidades que vão além do estado físico. METODOLOGIA: A metodologia é de natureza qualitativa, da compreensão interpretativa da ação social na visão dos sujeitos, atores do objeto deste estudo. A proposta teórico-metodológica é a história oral, que consiste em focar naqueles que participaram ou testemunharam dessas experiências no TCTH, fornecendo dados sobre as mudanças em suas vidas. Utilizamos análise de conteúdo (Avaliação Social, questionários, prontuários inclusive), de forma a obter o conteúdo das mensagens e indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção ou recepção dessas mensagens. Mensuramos “sentimentos/repercussões” relacionadas inclusive ao cuidar de quem cuida, aplicado no protocolo. CONCLUSÃO: Acreditamos que transmitir uma má notícia remete-nos à totalidade social, ou seja, por trás de cada “paciente” que ingressa numa unidade de saúde existe uma história de vida decorrente do meio em que ele está

inserido. Assim, também é verdade que por trás de cada “profissional de saúde” também existe uma história de vida que vai influenciar nas suas reações diante da morte. O desafio que permanece é sempre o de aliar competência técnica com o ato de cuidar com ternura pela vida e pela sensibilidade ética.

O AUTO CUIDADO DOS EDUCADORES EM CENTRO DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Anaíline Dias

Palavras-chave: educação infantil, cuidados e educadores

INTRODUÇÃO: Esse resumo é um recorte do projeto de extensão: Práticas Diárias de Cuidados e Educação nos Centros de Educação Infantil (CEIs) de Dourados/MS. O autocuidado é um processo cognitivo, afetivo e comportamental no qual o indivíduo assume a responsabilidade por sua própria vida. Os educadores dos centros de educação infantil, como trabalhador inserido nessa sociedade, muitas vezes precisa assumir jornadas de trabalho excessivas, que podem prejudicar o desempenho profissional e gerar agravos à saúde, portanto esse profissional necessita observar cuidados pessoais na promoção e prevenção em saúde repercutindo na qualidade de vida e consequentemente refletindo no cuidado com as crianças. As atividades diárias requerem uma disposição física, pois estes executam diversos movimentos ao assistir as crianças sob seus cuidados, exemplificando o ato de abaixar para pegar uma criança. Diante dessas intercorrências o desenvolvimento dessa temática se justifica nas ações de educação em saúde ressaltando a prevenção de acidentes e a promover a saúde do trabalhador em educação infantil. **OBJETIVO:** Desenvolver nos cuidadores e

professores a prática sobre a importância do autocuidado nas atividades laborais. **METODOLOGIA:** Na execução da oficina utiliza as dinâmicas pedagógicas, recursos áudio visuais, demonstrativos teóricos e práticos em técnicas de prevenção com LER (lesão de esforço repetitivo) e DORT (distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho) incorporando ao grupo o cuidado colaborativo. Instruindo a equipe multiprofissional dos CEI nos cuidados e procedimentos necessários para evitar situações que tragam riscos para a saúde e o que deve ser modificado nos fazer diário para garantir o bem estar nas atividades. **RESULTADOS ESPERADOS:** Essa oficina proporciona tanto para os acadêmicos de enfermagem, como para os educadores novas experiências como forma de garantir qualidade na sua atividade de trabalho nos CEI. Oportuniza aos acadêmicos de enfermagem, conhecimento e experiência em educação e em saúde, pois é importante para o aprimoramento dos futuros profissionais da saúde. Ressaltamos que igualmente espera-se desenvolver nos educadores modificações em seu fazer diário para com as crianças do CEI atendendo os requisitos em cuidados com saúde integral. **AGRADECIMENTOS:** Agradecemos ao PAE-programa de auxílio estudantil/UEMS, ao Programa Vale Universidade Indígena (PVUI) e Orientadora: Giacomassa. M.S.D. (margasdg@uems.br).

O CONHECIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UMA UNIDADE NEONATAL SOBRE A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Mayara Carolina Cañedo, Cristina Brandt Nunes, Maria Auxiliadora de Souza Gerik

Palavras-chave: Pesquisa em enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Enfermagem neonatal

Apresentação: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é entendida como uma organização em sistema, composta por diferentes elementos inter-relacionados. Existem diferentes formas de Sistematizar a Assistência de Enfermagem, como o uso de protocolos, fluxogramas de procedimentos, definições de rotinas em manuais. O Processo de Enfermagem é parte integrante da SAE com etapas específicas, com o objetivo de avaliação do paciente. Sistematizar o cuidado implica em utilizar uma metodologia científica. Isso consolida a profissão, além de proporcionar visibilidade para as ações desempenhadas pelo enfermeiro, bem como oferecer subsídios para o desenvolvimento do conhecimento técnico-científico. A sua utilização permite observar benefícios diretos ao paciente, à instituição e aos profissionais da equipe multiprofissional. Objetiva-se verificar o conhecimento da equipe multiprofissional de uma Unidade Neonatal sobre a SAE. **Desenvolvimento:** Trata-se de um relato de experiência sobre a aplicação de um questionário em uma Unidade Neonatal, de um Hospital de Ensino na cidade de Campo Grande, sobre a SAE. A aplicação deste material foi realizada como uma atividade da Disciplina de Bioestatística do Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). O instrumento continha 11 questões. Foi aplicado no mês de maio de 2015 de acordo com a disponibilidade e o aceite da equipe multiprofissional. Desta forma, 30 profissionais responderam ao questionário. Resultados: 14 (46,67%) eram técnicos de enfermagem, quatro (13,33%) auxiliares de enfermagem, três (10%) enfermeiros, sete (23,33%) médicos e dois (6,67%) fisioterapeutas. Destes cinco (16,67%) não conheciam a SAE, sendo dois fisioterapeutas e três técnicos de enfermagem, por conseguinte estes profissionais são os executores da prescrição realizada pelo enfermeiro. Já 25 (83,33%)

profissionais disseram conhecer a SAE, logo 11 eram técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem, três enfermeiros e sete (28%) médicos informaram que tiveram conhecimento do que é a SAE por meio de: artigos científicos (33,33%), livros (26,65%), internet (33,33%), outros meios de comunicação (6,66%), capacitações (36,65%), congressos (19,99%), aulas no curso técnico/graduação (33,33%), enfermeiros (69,99%) e outro meio (6,66%). Logo, consideram a SAE como uma atividade importante em sua rotina de trabalho, 27 (90%) profissionais e, três (10%), dentre eles uma enfermeira, consideram a SAE como menos importante. Na assistência de enfermagem é imprescindível a função da enfermeira enquanto educadora cujo papel não se restringe à transmissão de conhecimentos, deve-se também orientar, explicar, motivar, promover, ensinar, instruir e informar. Os próprios enfermeiros, muitas vezes, não valorizam o seu papel e apontam como dificuldade para o desenvolvimento da SAE a alta demanda de atividades assistenciais, burocráticas e administrativas. **Considerações finais:** Os profissionais consideram a SAE como uma atividade importante para a assistência prestada ao paciente. Entretanto, observou-se por meio da resposta da enfermeira, que a falta de conhecimento sobre a SAE pode levar a um julgamento errôneo sobre a sua importância para a assistência. Constatou-se que o conhecimento, mesmo que incipiente, da equipe multiprofissional sobre a SAE deve-se ao enfermeiro, que tem um papel educador junto à equipe.

O CONHECIMENTO DO TERRITÓRIO COMO POSSIBILIDADE DA CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS

Ludmila de Moura, Carlos Roberto de Castro e Silva

APRESENTAÇÃO: A primeira autora deste relato é doutoranda, desenvolvendo sua pesquisa sobre “a percepção e os sentidos atribuídos ao fenômeno da violência de gênero, pelas agentes comunitárias de saúde (ACS) atuantes na Unidade de Saúde da Família da Vila dos Pescadores no município de Cubatão, SP”, sob orientação do segundo autor. A escolha pelos ACS se deu pelo fato dos mesmos serem considerados importantes na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente por fortalecer a Atenção Básica, além de em seu trabalho apresentarem uma ligação com a realidade da comunidade, o que possibilita o fortalecimento do vínculo entre profissionais e sujeitos. Este relato de experiência objetiva discutir as reflexões oriundas da entrada da pesquisadora em um território totalmente novo e desconhecido, registradas em diários de campo construídos a partir da pesquisa-ação. **Desenvolvimento:** Quando do início das visitas (há um ano) ao território de alta vulnerabilidade social, a pesquisadora acompanhou as ACS em visitas domiciliares, para conhecer a realidade do território, ir se familiarizando com o contexto em que a pesquisa irá acontecer como para também ir criando um vínculo mais próximo, com as agentes de modo a possibilitar que elas também conheçam um pouco mais a pesquisadora, adquiram confiança e possam se interessar em participar na pesquisa e das oficinas a serem oferecidas posteriormente. Trata-se da construção do cenário de pesquisa, ou seja, do espaço social para envolver os participantes na pesquisa. **RESULTADOS:** Durante essa fase de aproximação houve um concurso público que implicou na troca de quase todas as ACS. A pesquisadora pode vivenciar então um período de muita frustração pelas ACS anteriores. E o vínculo que havia sido construído durante meses está sendo reconstruído com as novas ACS, que assumiram o serviço há apenas um mês.

Embora se viu como positivo a contratação por concurso público, praticamente a construção do cenário da pesquisa teve que ser reiniciado. O acompanhamento das ações desenvolvidas pelas ACS permitiu apreender a necessidade de dedicação por parte delas, pois se trata de comunidade onde a pobreza e a violência andam lado a lado. É um trabalho onde é exigida muita criatividade para responder às demandas, pois ao mesmo tempo representam o Estado e os cidadãos de uma comunidade onde o ACS também mora. A falta de condições propícias de trabalho, bem como a ausência de valorização e reconhecimento dos munícipes, dos profissionais da equipe e até de gestores, pode gerar deficiências na qualidade do trabalho, bem como o sofrimento patogênico. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os autores acreditam que a fase de conhecimento do território, tendo a metodologia qualitativa como base, possibilita a construção de vínculos entre o pesquisador e os atores sociais da comunidade e da USF, pois a presença nas visitas, juntamente com as ACS, possibilitou uma proximidade onde as mesmas encontraram espaço para estabelecer diferentes diálogos, tanto em relação a questões pessoais, como profissionais. Nesse sentido a relação com a pesquisadora serve de respaldo e de apoio na busca da promoção da saúde desses trabalhadores.

O IMPACTO DE PROGRAMA DE EDUCAÇÃO FÍSICA E NUTRICIONAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS DO CAPS ADIII NO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA RS

Leonardo Figuerola Jacques, Denise Freitas Oliveira, Priscilla Poland Viviani, Eloá Rodrigues de Souza, Annelize Morales Paulo Farezim, Rochele Camila Pozzobon Rohde

O Centro de Atenção Psicossocial em

Álcool e outras Drogas Homero Tarragó, localizado na cidade de Uruguaiana no estado do Rio Grande do Sul, e tem como serviço a finalidade de atender dependentes químicos em diferentes níveis de intensidade da drogadização. O serviço utiliza diversos recursos como forma de tratamento terapêutico: oficinas que integram artesanatos manuais, pintura, bordados, tapetes, trabalho em madeira, couro, horta medicinal, culinária, espiritualidade bem como exercícios físicos como expressões corporais, dança, ginástica rítmica e expressiva, ginástica localizada e aeróbica, alongamentos, desportos coletivos (basquetebol, futsal e voleibol), caminhadas e ping-pong. As questões do uso abusivo de álcool e outras drogas são complexas, causando graves danos físicos e psíquicos. Esta pesquisa pretende avaliar as condições físicas, nutricionais e comportamentais dos usuários do CAPS ADIII. Justifica-se esta pesquisa pela contribuição para o conhecimento do estado de saúde dos referidos usuários, através desta propondo uma intervenção para garantir a melhora na qualidade de vida e consequentemente diminuindo o uso de medicamentos, drogas e álcool, aspectos fundamentais para minimizar os efeitos nocivos causados por todas essas substâncias químicas de alto malefício ao organismo, tanto, no estado psicológico, físico e nutricional. Em relação ao psicológico por criar uma dependência a todas essas drogas e quanto ao físico tornam-se debilitados, perdem resistência, coordenação motora fina e, principalmente, a ampla. Enfim perdem a autoestima e autopercepção das coisas ao redor, como também respeito familiar e da sociedade. Após resultados desta pesquisa, poderemos agregar às atividades de suporte terapêutico, intervenções quanto à melhora nutricional, através da alimentação balanceada ofertada no CAPS ADIII e a Educação Nutricional Continuada, bem como a Prática Orientada

de Exercícios Físicos Regulares, as quais influenciam positivamente no Tratamento de Dependentes Químicos. Sendo assim, após a intervenção, nova análise do Estado Físico - Nutricional e Comportamental será realizada juntamente com a aplicação de um questionário avaliativo quanto à auto-estima do momento inicial e final desta pesquisa.

O IMPACTO DOS PERCURSOS FORMATIVOS NA RAPS EM SERVIÇO INFANTOJUVENIL NO MUNICÍPIO DE VERA CRUZ/RS

Fabiana Borowsky

Palavras-chave: Educação Permanente, Infantojuvenil, RAPS

O município de Vera Cruz/RS, nortado pelos princípios do SUS, implantou em 2009, o C-AME – Centro de Atendimento Municipal Especializado, com objetivo de atender a demanda infanto-juvenil do município. É um serviço intersetorial, mantido totalmente com recursos municipais, construído a partir da interface das Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social, composto por equipe multiprofissional e baseado num trabalho interdisciplinar, buscando a atenção integral da criança e do adolescente usuário do serviço. O trabalho é realizado de forma individual e/ou em grupo, dentro da ótica ambulatorial. Este trabalho aborda a participação do município no Projeto dos Percursos Formativos na RAPS: intercâmbio entre experiências e supervisão clínico-institucional, vinculado ao Ministério da Saúde, e da participação na Oficina de Capacitação que ocorreu no município, com os profissionais da Rede Preceptora, no caso o município de Coronel Fabriciano/MG. E, objetiva o relato da experiência dos profissionais da equipe do C-AME, que tiveram a oportunidade de

refletir sobre sua metodologia de trabalho e conhecer outras formas de atender a demanda. Desde sua implantação o C-AME vem sofrendo por não conseguir atender a demanda crescente de casos que vão desde dificuldades emocionais, dificuldades de aprendizagem, distúrbios da linguagem, dependência de crack, álcool e outras drogas, até transtornos do espectro autista. A equipe estava muito preocupada com a demanda crescente encaminhada ao serviço e, com isso, a dificuldade de atender os casos mais graves e agudos. Além disso, também havia a preocupação com a qualidade e resolutividade do trabalho desenvolvido, bem como a manutenção em manter o objetivo inicial do serviço, da atenção integral ao usuário. Como efeito decorrente desta experiência, apresentou-se para Secretária Municipal de Educação e Coordenação Pedagógica da SMED uma proposta de reuniões de Matriciamento em escolas de educação infantil e de ensino fundamental municipais, com objetivo de discussão dos casos nas escolas. Desde março essas reuniões vêm ocorrendo mensalmente e já se observa melhora nas relações entre os profissionais participantes e certa diminuição dos encaminhamentos. Além disso, quinzenalmente, também ocorre a Reunião Técnica, com objetivo de discutir casos comuns de serviços como CREAS, CRAS, CAPS I, C-AME, SMED, SMS e Conselho Tutelar, com representantes de profissionais desses serviços. Nesse espaço percebe-se uma maior aproximação dos profissionais, as discussões e acompanhamentos dos casos são mais efetivos. Mensalmente o C-AME é responsável pela organização do Fórum Municipal da Criança e do Adolescente, espaço aberto à participação de serviços e pessoas que trabalham ou tem interesse em discutir situações que envolvem a infância e a adolescência. Assim, consideramos que a partir dessa experiência de intercâmbio entre profissionais, a equipe

do C-AME pôde modificar sua metodologia de trabalho, construindo relações de corresponsabilidade com os colegas e equipes, compartilhando propostas de intervenção que entrelaçam o social, o pedagógico e o terapêutico na rede de atenção psicossocial infantojuvenil do município.

O PROJETO BEM-ME-QUER NA HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA DE DOURADOS/MS

Maira Thaís Haro Rossini, Luis Eduardo Silva Ormonde, Aline Aline Paterlini Araújo dos Santos, Camila do Carmo Siqueira

Palavras-chave: humanização, saúde pública, clowns, contadores de história, músicos

APRESENTAÇÃO: Nas últimas décadas, os avanços das ciências médicas têm surpreendido. A busca pelo aprimoramento científico e a acentuada especialização fez com que houvesse uma inversão de valores, priorizando a doença em detrimento do doente. Ademais, condições precárias, escassez de recursos e superlotação das unidades de saúde fizeram do profissional um refém da estrutura ofertada, prejudicando a relação com o usuário do SUS. O Projeto Bem-me-Quer objetiva melhorar o ambiente dos serviços de saúde pública e fazer os acadêmicos voluntários assimilarem o conceito de humanização e desenvolverem sensibilidade para lidar com pessoas em qualquer ambiente. **METODOLOGIA:** O projeto, fundado em 2007, pelo Centro Acadêmico de Medicina da UFGD (CACES), é formado por acadêmicos de diversos cursos da UFGD e UEMS, e por algumas pessoas fora do meio acadêmico. A intervenção do projeto consiste em visitas nos finais de semana ao Hospital Universitário da UFGD, contemplando quartos da enfermaria pediátrica, clínica cirúrgica e clínica médica,

ao Lar do Idoso, onde a interação ocorre no pátio e ao Lar de Crianças Santa Rita, no qual a atuação acontece na quadra esportiva. Após cada visita é elaborado um relatório com as dificuldades e experiências vividas. O Projeto Bem-me-Quer, atualmente composto por 90 integrantes, possui três núcleos, os Clowns, caracterizados pelo uso de técnicas de teatro, encenação e improviso, os Contadores de História, os quais utilizam recursos como livros, desenhos e fábulas e os Músicos que usam a voz ou algum instrumento que tenham familiaridade. Os voluntários selecionados são capacitados através de oficinas específicas para cada núcleo, biossegurança, humanização hospitalar e interação de grupo. **Impactos:** A população alvo é composta por pacientes, acompanhantes, funcionários e idosos ou crianças institucionalizadas. **RESULTADOS:** Nota-se nos relatórios que os integrantes geralmente são bem recebidos, contribuindo para o bem-estar dos envolvidos no tratamento ou cuidado. Entretanto, é reafirmado aos voluntários o respeito à recusa da intervenção, independente do motivo. A música, o riso e o envolvimento numa história são capazes de auxiliar no tratamento de pessoas que vivenciam o ambiente hospitalar, diminuindo a dor e o estresse através da liberação de endorfinas, possibilitando uma recuperação mais rápida. Costuma-se ouvir agradecimentos e palavras encorajadoras de quem participa da intervenção. Além disso, os acadêmicos assimilam o conceito de solidariedade, trabalho em equipe e humanização, seja na área da saúde ou não. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Muitas vezes o paciente é visto apenas como um ser biológico portador de alguma enfermidade e, por isso, aspectos psicológicos e emocionais acabam sendo negligenciados. Frequentemente, os integrantes são abordados por funcionários, acompanhantes ou pacientes, que elogiam o projeto, ressaltando a importância da visita

para proporcionar momentos de distração e felicidade, auxiliando a esquecer o ambiente frio e melancólico das instituições em que estão inseridos. Portanto, a intervenção do Projeto Bem-me-Quer contribui para o indispensável processo de humanização dos serviços de saúde pública, tanto pela atuação dos integrantes, quanto pela fomentação de discussões entre os acadêmicos acerca da sua importância na formação dos novos profissionais.

O PROJETO DE VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (VER-SUS) COMO FERRAMENTA PARA A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Klauss Kleydmann Sabino Garcia, Amanda Amaral Abrahão

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Saúde Pública, Sistema Único de Saúde

Introdução: As vivências e estágios configuram um senso crítico perante o quadro de saúde brasileiro e a atual situação em que se encontra o Sistema Único de Saúde (SUS), com a possibilidade de se conhecer o funcionamento do SUS em níveis de atenção primária, secundária e terciária, tanto quanto seu funcionamento em rede. É possível vislumbrar o potencial que o sistema público de saúde brasileiro possui. **Objetivo:** O projeto VER-SUS vem como uma ferramenta de estímulo social e profissional, que instiga a atuação estudantil em defesa do SUS e da melhoria dos serviços ofertados pela rede. Com discussões sobre direito à saúde, participação social, atuação profissional e acessibilidade da população o projeto constrói e molda o caráter do futuro profissional de saúde e do militante do SUS. **Metodologia:** A experiência do projeto é construída sobre a égide da pedagogia da educação voltada para a autonomia,

assim, o participante se insere e imerge na realidade da saúde pública brasileira, e assim o estudante é estimulado a exercer seu controle social e a desenvolver o caráter multi e intersetorial da saúde. Resultados e Considerações: O projeto apresenta como resultado o desenvolvimento de conhecimentos sobre as redes e os níveis de atenção, assim como o funcionamento da regionalização em saúde, da gestão e da participação social em saúde. Além disso, permite o desenvolver de um olhar crítico que avalia as condições de saúde da população de diversos ângulos, os quais avaliam o contexto no qual a população está inserida, permitindo um olhar social e político. A interação dos viventes do projeto com os profissionais e os usuários do SUS permite a percepção sobre o que é um sistema público de saúde e o que significa os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade, permitindo assim, a construção do sujeito individual e do sujeito coletivo em prol do desenvolvimento e da consolidação do SUS.

O SERVIÇO DE INFORMAÇÃO SOBRE AGENTES TERATOGÊNICOS (SIAT) NA PREVENÇÃO DE DIABETES GESTACIONAL

Tainara Soares Carvalho, Gildasio Carvalho da Conceicao

Palavras-chave: Gestação, Diabetes, Teratogênicos

APRESENTAÇÃO: (do que trata o trabalho e o objetivo) O projeto tem como objetivos centrais a análise dos impactos e a prevalência da diabetes gestacional, realizando um atendimento gratuito e de qualidade à população através da informação sobre possíveis riscos e danos dessa patologia durante a gestação. Além disso, espera-se construir atividades

educativas junto à comunidade e contribuir na difusão de informações para estudantes e profissionais de saúde. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: (descrição da experiência ou método do estudo) Sabe-se que os defeitos congênitos correspondem a segunda causa de mortalidade infantil no primeiro ano de vida, sendo que a exposição a agente teratogênicos é relevante para as altas taxas. A partir dessa informação buscou-se no presente projeto a difusão do conhecimento acerca da diabetes gestacional para que assim diminua os casos de defeitos congênitos relativos a mesma. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa: Os atendimentos feitos neste projeto visarão um maior esclarecimento sobre a Diabetes mellitus gestacional (DMG) ao ponto que gestantes e não-gestantes compreendam os riscos e procurem o atendimento médico para o tratamento. Assim, a propagação da informação visa gerar impactos futuros na diminuição de defeitos congênitos relativos a DMG. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A variação da incidência da DMG depende da população estudada, da situação de saúde e dos critérios diagnósticos utilizados, sendo essa variação de 3% a 7%. As informações adequadas para evita-la são de extrema importância para a diminuição dos índices relacionados. E quando há indícios da doença cabe a gestante procurar ajuda de um profissional da saúde pois a DMG não tratada tem maior risco de rotura prematura de membranas, parto pré- termo, feto com apresentação pélvica e feto macrossômico. Há também risco elevado de pré-eclâmpsia nessas pacientes. Assim, a difusão do conhecimento para o profissional de saúde e gestante previne complicações futuras no período gestacional.

O SERVIÇO SOCIAL NO ATENDIMENTO A ADOLESCENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

Miriam Peres de Moura, Ivanilda Vitoriano de Figueredo

Palavras-chave: Adolescente, saúde, direitos

O Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente-NESA da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ é uma referência nacional na atenção integral à saúde do adolescente e jovem e está organizado segundo os níveis de atenção primária, secundária e terciária. Desenvolve suas ações por meio de Programas e Projetos, articulando ensino, assistência, pesquisa e extensão, através de equipe multidisciplinar. Considerando sua inserção no hospital universitário a atenção Secundária do NESA tem como eixo de trabalho a articulação dialética, constituindo-se num importante espaço de formação profissional e de produção de conhecimentos. Pautando-se numa concepção ampliada de Saúde a atuação do Serviço Social caracteriza-se pela articulação com a rede de assistência, Municipal, Estadual, Federal e Instituições não Governamentais, na perspectiva de dar conta das questões que fazem parte da totalidade da vida dos adolescentes e seus familiares. As ações são desenvolvidas na perspectiva da prevenção, promoção e tratamento da saúde, de forma a favorecer a integralidade da atenção preconizada no SUS. A equipe é formada por profissionais de várias áreas dentre elas, o Serviço Social, que atua nos diversos programas e projetos do conjunto de serviços oferecidos pelo ambulatório de adolescentes: Um de nossos projetos de trabalho dirige-se aos adolescentes com necessidades especiais de saúde que são acompanhados nos ambulatórios de especialidades, como: cardiologia, neurologia, reumatologia e

nefrologia e são portadores de doenças crônicas. Assim numa perspectiva de concepção ampliada de saúde, preconizada pelo SUS, em consonância com nosso código de ética profissional, procuramos facilitar o acesso a direitos garantidos por legislações específicas e que venham garantir o atendimento integral à saúde, para tanto elaboramos um documento, que tem como objetivo orientar a equipe de saúde sobre as formas de encaminhamento para a garantia do acesso aos direitos dos adolescentes, com necessidades especiais apregoados nos Artigos 4º e 11 (inciso 1º) do Estatuto da Criança e do Adolescente. Como partícipes desses direitos, os recursos assistenciais, referenciados por legislações específicas que alcançam adolescentes e suas famílias, constituem-se enquanto um instrumento importante no atendimento integral à saúde, voltado para a garantia das condições de vida necessárias e imprescindíveis destes sujeitos. O serviço social no atendimento aos usuários de saúde busca através de sua prática facilitar o acesso aos direitos sociais numa perspectiva de atenção integral à saúde com um dos aspectos inerentes à cidadania. Assim, elaboramos um documento com as principais demandas assistenciais e suas formas de encaminhamento, no sentido de facilitar os trâmites que conduzem à ação profissional. Este documento tem como objetivo orientar a equipe de saúde sobre as formas de encaminhamento para a garantia do acesso aos direitos dos adolescentes.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

Tuane Vieira Devit, Rosália Vargas Camapanha, Larri Padilha Viegas

Palavras-chave: Serviço Social, Sistema Único de Saúde

Apresentação: A concepção atual de saúde aponta que esta não se trata apenas da ausência de doença, uma vez que entende uma relação direta e causal de diversos fatores, considerados como determinantes sociais do processo saúde-doença¹. Os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser materializados no cotidiano dos usuários dos serviços de saúde, e para tanto, o Assistente Social tem papel preponderante neste cenário. Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo analisar a atuação do assistente social e a sua articulação com princípios do SUS, relacionando a prática profissional com elementos fundamentais para o enfrentamento das expressões da questão social postas no contexto dos usuários dos serviços de saúde. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência realizado por um assistente social e duas residentes em serviço social que atuam em um hospital universitário, situado no município de Porto Alegre, entre março e agosto de 2015. Resultados e impactos: O Serviço Social, inserido nas equipes interdisciplinares dos serviços de saúde, atua diretamente com as demandas emergentes das famílias e de todo o contexto socioeconômico que as envolvem. Para tanto é necessário propor, a partir do entendimento do contexto singular dos usuários atendidos, alternativas para o enfrentamento das questões identificadas. Por meio da avaliação sociofamiliar realizada pelo assistente social são identificados vários elementos que apontam fragilidades no acesso às políticas e serviços aos usuários. Diante desta realidade, o trabalho de empoderamento e informatização destes sujeitos, para que de posse das informações possam acessar estas políticas como forma de progresso da sua qualidade de vida, contribui para a melhoria nas condições de saúde da população atendida. Considerações finais:

O aprofundamento dos conhecimentos sobre a política de saúde qualifica a atuação do Assistente Social e reflete no cotidiano dos usuários dos serviços, mesmo que por vezes ainda enfrentemos muitos desafios a serem superados para a plena efetivação do SUS. Apesar disto, torna-se mister fomentar a discussão sobre este direito que foi conquistado com a organização da sociedade.

OFICINAS DE CULINÁRIA NA PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL COM MULHERES INDÍGENAS TERENA, TERRA INDÍGENA BURITI, MATO GROSSO DO SUL, BRASIL

Deise Bresan, Isabel Ferreira Siqueira, Dulce Lopes Barboza Ribas, Magda Moraes

Palavras-chave: Práticas alimentares, Alimentação saudável, Índios Sul-Americanos

APRESENTAÇÃO: As comunidades Teréna sofreram inúmeras modificações em seus modos de vida, com graves repercussões na saúde, nutrição e sobrevivência. A alimentação tradicional foi modificada devido a redução territorial e a introdução massiva de alimentos industrializados nas comunidades, resultando em uma alimentação de menor qualidade. Assim, ações de promoção de alimentação saudável, com metodologias adaptadas ao contexto étnico propiciam trocas de experiências com respeito à cultura Teréna, permitindo que histórias, saberes, crenças, afetos, gostos e religiosidade sejam compartilhados e que concepções, atitudes, reações e dificuldades diante das questões da alimentação local sejam percebidas e trabalhadas. METODOLOGIA: O presente trabalho se refere à um relato sobre a experiência do desenvolvimento de oficinas de culinária étnica com mães

e merendeiras indígenas, da etnia Teréna, com o objetivo de proporcionar vivências e reflexões sobre as relações entre meio ambiente, alimentação, cultura indígena e saúde, com o foco na comida, sabores, significados e representações. As oficinas foram desenvolvidas no período de Julho a Agosto de 2014 na Terra Indígena Buriti, aldeia Água Azul, município de Dois Irmãos do Buriti, Mato Grosso do Sul. Foi realizado trabalho de acolhimento (ambientação, apresentação das participantes e dos objetivos da oficina); dinâmicas de aquecimento; vivências culinárias (preparação, degustação e troca de receitas); incentivo do cultivo de ervas aromáticas e temperos em canteiros domiciliares, visando a redução do uso de temperos industrializados; debate/reflexão conceitual; e avaliação da atividade. RESULTADOS: O desenvolvimento das oficinas possibilitaram a troca de experiências gastronômicas, revitalizando alimentos locais saudáveis e o desenvolvimento de novas preparações com alimentos símbolos da cultura Teréna, com a possibilidade da introdução na alimentação escolar. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Ações de promoção de alimentação saudável, com metodologias adaptadas ao contexto étnico propiciaram trocas de experiências com respeito à cultura, permitindo que histórias, saberes, crenças, afetos, gostos e religiosidade sejam compartilhados e que concepções, atitudes, reações e dificuldades diante das questões da alimentação local sejam percebidas e trabalhadas na busca de uma alimentação que previna doenças e valorize identidades.

ONDE FICA O CHALÉ DA CULTURA?

Ana Lucia Valdez Poletto, Almerinda Gambin, Márcia Silva dos Santos, Melissa Acauan Sander, Marli Gonzatto

Palavras-chave: promoção de saúde, cultura, convivência

Este resumo apresenta a experiência de um Chalé da Cultura, uma casinha de madeira localizada no jardim interno do Hospital Nossa Senhora da Conceição inaugurada em 22 de março de 2010 no Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC. O Chalé promove atividades artísticas culturais, educação, saúde, entre outros. Acessam e compõem com este espaço usuários internados, de serviços de saúde da rede externa, familiares, artistas, colaboradores, trabalhadores, estudantes e comunidade em geral. Considerando o acúmulo teórico e prático do Chalé da Cultura, tem um repertório de provocações e experiências GHC, seja do ponto de vista de diversidade de práticas, ações, parceiros e de público. Um lugar onde pessoas se descobrem se surpreendem e muito mais se surpreendem. Para respirar profundamente, escutar os pássaros, apreciar o jardim, cantar, conversar e ensinar, aprender e quem sabe alegrar - se. "Onde um dia nunca é igual ao outro." O Chalé da Cultura tem como proposta a ampliação do repertório dos modos de promover/provocar saúde (desenvolvendo e construindo ações individuais e coletivas) e novas composições de trabalho em rede no que diz respeito à arte e cultura, educação, práticas integrativas e complementares e geração de renda. Promover saúde em uma perspectiva integral, através de espaços de convivência em seu cotidiano, buscando convívio social e relações solidárias e integradoras através de oficinas de artesanato, lúdicas e artísticas, espaços livres de invenção, rodas de conversa entre outros. Pensamos em um depoimento que retrata os sentimentos das pessoas que vem ao Chalé: "Depois de alguns anos difíceis, para recuperar minha saúde, comecei a procurar algo para recuperar o emocional e a depressão. Foi onde mudei para perto do

Hospital Conceição por saber da existência de grupos de apoio, também foi onde fiquei sabendo do Ponto de Cultura, onde as horas que passam com as pessoas e a troca de conhecimentos começam a dar ânimo e força para seguir, como também doar os meus conhecimentos.” (R. C. H.)

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O trabalho do Chalé tem sido muito importante para nós trabalhadores, usuários, familiares, estudantes, artistas, acompanhantes significa a articulação entre arte, saúde e cultura e muitas possibilidades a serem desenvolvidas e vividas. Algumas vezes um nascimento, uma criança, uma amizade, uma flor, um cuidado, um afeto, uma borboleta transformando emoções e inventando saúde.

OS CAMINHOS DO ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO QUE NOS (RE)LEMBRAM APOSTAS CLÍNICAS-ÉTICAS-POLÍTICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Amanda Giron Galindo

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico, presença, clínica

APRESENTAÇÃO: O Acompanhamento Terapêutico (AT) é uma clínica híbrida e sua potência está justamente nesse hibridismo. Ela pode ser em um lugar fechado ou em um lugar aberto, ela pode ser um acompanhamento individual ou coletivo, ela pode ser com o indivíduo acompanhado ou com a sua rede de contatos, e melhor que isso: ela não pode prescindir o “ou” e funcionar muito melhor com o “e”. O AT pode se dar em um espaço fechado como uma escola e também em um espaço aberto como um parquinho, ele pode ser com um senhor em situação de crise mas também com a sua família que mora com ele, ele pode ser com o acompanhado e também com a rede de pessoas e lugares que ele constitui. Os sujeitos acompanhados são entendidos

em sua singularidade, com suas histórias, seus territórios, seus familiares e amigos, sua rede de cuidados, suas marcas e suas constantes construções e desconstruções.

METODOLOGIA: Acompanhamos pessoas em seus cotidianos, trocamos histórias e conhecemos mundos novos juntos. As “saídas”, nas quais muitas vezes não se sai de um lugar para outro, deslocam outros corpos, corpos de desejos, corpos de silêncios, corpos de cultura, deslocam olhares, sorrisos, lágrimas, deslocam memórias para que elas encontrem novos caminhos neste novo corpo que se produz. O encontro do AT possibilita essas aberturas para que a clínica se dê ali: no cotidiano... na vida. Tentamos aqui pensar nas muitas relações entre cuidado em Saúde e a clínica do AT. Nesse sentido, reforçamos a construção do Projeto Terapêutico Singular que é desenhado a partir dos caminhos e ações clínicas em que acompanhado e acompanhante julgarem mais interessantes. Tem-se um “fazer junto”, de modo que o próprio processo de acompanhar trará pistas de quais estratégias clínicas forjar e de que dimensões do vivido faz sentido trabalhar.

RESULTADOS: Acompanhar processos é a maior potência do Acompanhamento Terapêutico. Estar junto, e nessa presença vivenciar emoções, histórias, lembranças, atividades cotidianas - o “estar com” que sente junto, que passa por situações importantes juntos e que fortalece o vínculo e o cuidado. Dessa forma, podemos construir juntos uma rede de referência da pessoa acompanhada, os serviços que frequenta, por onde caminha, com quem pode contar, lugares que gosta de ir, pessoas que se relaciona, e assim desenhamos um conjunto de lugares/pessoas/ações que contextualizam aquele acompanhamento e assim a rede pode ser ativada quando considerarmos interessante para o acompanhamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Neste escrito pretendemos que o AT, fruto de experiências inovadoras na Saúde

há tantas décadas, possa agora lembrar algumas apostas que são também muito importantes para Políticas de Saúde, de Educação, de Assistência Social, de Cultura e que muitas vezes não ganham sua devida importância: o cuidado, a processualidade, a presença, o fazer junto, os deslocamentos e o hibridismo (fazer uma coisa e outra, estar em uma Política de Saúde e também estar em uma Política de Educação, por exemplo).

OS DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA ARQUITETURA HOSPITALAR NA CONSTRUÇÃO DA HUMANIZAÇÃO

Jaqueline Marques Lara Barata, Rosana Costa Amaral, André Lara Barata

Palavras-chave: humanização, ambiência, PNH

Apresentação: A humanização é uma terminologia que comporta diferentes nuances, no entanto, a maior parte dos profissionais em saúde costuma ainda relacionar a expressão apenas a aspectos voltados às relações interpessoais dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de atos e serviços em saúde. A Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2001), introduziu o conceito de ambiência, ao referir-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana. Neste sentido, a arquitetura hospitalar ganha relevância, uma vez que pode tornar esses espaços humanizados pelo fato de possibilitarem o estabelecimento de uma forte e significativa ligação com o seu usuário, atuando como modificadores e qualificadores do espaço (CIACO, 2010). Assim, o objetivo deste trabalho é analisar como a arquitetura hospitalar pode contribuir para a construção da humanização.

Desenvolvimento: A arquitetura hospitalar, segundo Karman e Fiorentini (2006), apresenta particularidades que a diferem das demais. Ao longo da história, os hospitais deixaram de ser depósitos de doentes e passaram a ter caráter terapêutico, inclusive sobre a qualidade de vida dos pacientes, acompanhantes e equipes, quando pensada e feita para o ser humano, talvez em sua condição de maior sensibilidade. Para a PNH, a ambiência deve ser pensada em três dimensões: o espaço que visa à confortabilidade; o espaço que possibilita a produção de subjetividades; e o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho. Este estudo resulta de uma visita técnica de um estudante de engenharia civil ao setor de Humanização, realizada em um hospital público de grande porte, quando os dados coletados durante essa visita, confrontados com o referencial teórico definido, permitiram constatar como a ambiência pode ser uma importante ferramenta, desde que vinculada com a postura e o entendimento de processos e práticas adotados na rotina pelos trabalhadores e gestores. Resultados: Constatou-se que o maior referencial para o planejamento da arquitetura hospitalar ainda são as legislações, que não acompanham a velocidade das transformações tecnológicas e de processos da saúde. O planejamento dos espaços físicos pode favorecer o acolhimento, integração das equipes, conforto aos visitantes e acompanhantes, maior resolutividade do atendimento, socialização, melhora do acesso e trânsito interno, espaços de trabalho mais prazerosos, entre outros aspectos da construção da Humanização. Nesse sentido, é importante que, ao criar essas ambiências, as mesmas contribuam efetivamente para a promoção do bem-estar, desconstruindo o senso comum de que os hospitais são ambientes frios e hostis. Considerações finais: Considerando o trabalho em saúde

vivo em ato e a dinamicidade dos serviços e processos hospitalares, o planejamento do ambiente deve partir da convergência entre os saberes disciplinares de várias categorias profissionais, colocando-se ao mesmo tempo como um desafio e como possibilidade na construção da humanização. Formas, iluminação, cheiros, sons, sinestesia, arte, cor, privacidade são alguns dos fatores que devem ser pensados não em uma perspectiva isolada, mas intimamente relacionados à produção dos serviços.

OS ENCONTROS NA RUA: POSSIBILIDADES DE SAÚDE DE UM CONSULTÓRIO A CÉU ABERTO

Carla Félix dos Santos, Ricardo Burg Ceccim

Palavras-chave: Saúde Pública, População de Rua, Serviços de Saúde

Introdução: Segundo a Política Nacional para a População em Situação de Rua, essa população é definida como um grupo populacional heterogêneo, composto por pessoas com diferentes realidades, que têm em comum a condição de pobreza extrema, vínculos interrompidos ou fragilizados e falta de habitação convencional regular, sendo compelida a utilizar a rua como espaço de moradia e sustento, por contingência temporária ou de forma permanente. Essa população se caracteriza pela utilização de logradouros públicos (praças, jardins, canteiros, marquises e viadutos) e áreas degradadas (prédios abandonados, ruínas e carcaças de veículos) como espaços de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como unidades de serviços de acolhimento para pernoite temporário ou moradia provisória. A produção do cuidado voltado a este segmento populacional precisa considerar este cenário de vida em

desigualdade social, contemplando as necessidades de saúde desta população com a elaboração e implantação de estratégias que lhes digam respeito, sem “higienizar” sua condição com medidas corretivas ou compensatórias. Consultório na Rua: Nosso pensar e fazer Populações na rua existem em todas as cidades, ao longo dos tempos, envolvendo deficientes, loucos, alcoolistas, hippies, desempregados, subempregados e pedintes, diversos tipos de miseráveis (ex-presidiários, refugiados, fugitivos e bandidos), além de travestis, prostitutas e michês. As pessoas na rua aumentaram com a concentração populacional nos grandes centros urbanos e as agudas desigualdades sociais produzidas pela concentração de riquezas no mundo capitalista e pela falta de emprego e escola para todos. A clivagem social entre pobres e ricos e o modelo de cidade do capital levou a que crescentes grupos de indivíduos se utilizassem das ruas como moradia. A população em situação de rua começa a receber atenção política pelo aumento de seu contingente, pela sua emergente organização como movimento social e pela presença das drogas, especialmente o crack. O incremento da população em situação de rua, relacionado à exclusão social, revela o contingente de pessoas que não obteve – de maneira bem-sucedida – inclusão no modelo econômico do capitalismo neoliberal. A condição de exclusão social convida para o uso intensivo do álcool, crack e outras drogas, condição que, somada à situação de rua, vem configurada pelo estigma (marginais, criminosos e mendigos). O Consultório na Rua veio para substituir a modelagem que se pautava na hegemonia do consultório médico-assistencial, sob parâmetros da saúde pública e cuidados biomédicos, devendo abandonar a lógica da demanda formalmente instituída pela busca espontânea ou da vigilância epidemiológica e o cuidado de condição caritativa, assim

como a abordagem única da abstinência quanto ao consumo de drogas. Na sua oferta, foi considerada a vulnerabilidade a que estão expostas as populações de rua, agravada pelo uso de drogas, bem como pelas dificuldades em aderir aos modelos tradicionais de serviços da rede de saúde. Entre os profissionais relacionados para atuarem em CnaR estão: agente social, assistente social, enfermeiro, médico, psicólogo, técnico em saúde bucal (com supervisão de odontólogo), técnico em enfermagem e terapeuta ocupacional. Para as atividades do CnaR Pintando Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição, protagonista do presente trabalho, um veículo de 15 lugares, 2 telefones celulares, cota de lanches e sucos, estoque de preservativos, material de enfermagem para curativos e administração de medicamentos, kit teste rápido de HIV/Sífilis e alguns dos medicamentos que podem ser prescritos por enfermeiro, conforme protocolo institucional. Não possui médico e nem profissionais de saúde bucal. As atividades de trabalho da equipe são divididas por microequipes, conforme a combinação de aproximadamente três pessoas por microárea, atuantes em dias fixos da semana, como estratégia de vinculação com a população (rotina de território). Atualmente são abordadas 5 microáreas na zona norte de Porto Alegre, definidas a partir de um mapeamento do território físico e de relações (coletivos distintos de pessoas em relação aos modos de viver na rua, predomínio de gênero, atividades na rua e tipos de substância psicoativa prevalente). A atividade da equipe não se detém apenas à abordagem de rua, pois quando necessário e, com a vontade do usuário, os trabalhadores fazem a inserção e acompanham tais moradores junto aos serviços necessários para a efetivação do projeto terapêutico singular, prevenindo e reduzindo danos, associados ou não ao uso

de substâncias psicoativas. A ideia é fugir da vigilância epidemiológica e da clínica de modelo psiquiátrico. As principais características a serem destacadas nessa metodologia de trabalho são a abordagem ao usuário no local onde ele se encontra (in loco), levando em consideração que o setting é a rua, isso por sua vez exige ou instiga a uma atuação da equipe que avalie as condições de vida, facilite o seu acesso à rede de serviços do município, ofereça assistência multi e interdisciplinar, proteção à cidadania e dignidade e incentive a elevação dos padrões de qualidade de vida. Resultados: Numa das microáreas abordadas, que tem predominantemente o gênero feminino, encontram-se mulheres com moradias fixas outras não, no território ou fora dele. Trabalham com o sexo ou prostituição de rua, fazendo uso de crack, associado ou não ao álcool. As atividades de CnaR demandadas nesta microárea abrangem a distribuição de preservativos, teste rápido de HIV e sífilis, exames para confirmação de gravidez e DST, aplicação de contraceptivo injetável, curativos, documentação de identidade, acompanhamento nas emergências psiquiátricas, redução de danos nutricional, acompanhamento de pré-natal e diálogo terapêutico com os profissionais (uma forma não só de escuta, mas de vinculação). Concomitantemente, outra microárea abordada semanalmente apresenta uma população predominantemente masculina, habitantes de uma praça para onde a equipe pode se deslocar para o atendimento. Fazem uso do álcool como principal substância psicoativa e também demandam orientação e cuidados para a contracepção e prevenção das DST/Aids. Outras microáreas abordadas semanalmente têm públicos mais mistos, circulam ou moram, se fixam ou estabelecem movimentos pendulares com outros espaços da zona norte, conforme oportunidades de obtenção de alimento,

dinheiro, abrigo e atendimento de demandas em higiene e eliminações. Depois de levantadas as necessidades individuais de saúde, a partir da abordagem em grupos, o trabalhador de referência da microárea, quando não pode realizar procedimentos necessários marca com o usuário uma data para o contato com a equipe que possa melhor acompanhá-lo. Quando se faz necessário acessar a rede de saúde, prioriza-se a rede de atenção primária, mas as Unidades de Pronto-Atendimento e as Emergências se tornam lugares mais acessíveis pela não exigência de documentação de identificação ou comprovante de residência. Para organizar os processos de trabalho, conhecer estatisticamente os usuários atendidos pelo serviço e descrever a produtividade em ações e procedimento de atenção à saúde, em 2013 o CnaR reformulou sua “planilha de abordagem” para otimizar o ingresso de dados e o seu acesso para fins de descrição e avaliação. Percebemos que além da necessidade de atender essa população com relação ao uso de crack, álcool e outras drogas; contracepção, prevenção de DST/Aids, redução de danos pela desnutrição e desidratação, havia necessidade de planejar ações de uma saúde ampliada e referida à qualidade da vida. Procedeu-se ao registro por nome completo, idade, raça, procedimentos realizados pela equipe, informes do acesso às demais redes e espaço livre para registro de pactuações ou outras informações pertinentes. O formulário era preenchido em acordo com os usuários, sem o ritual do registro obrigatório e documentos comprobatórios. Do total de 736 usuários cadastrados, a distribuição por gênero foi de 64% homens, 36% mulheres. A variação de idade somente pode ser considerada com a amostra de 243 indivíduos que a informaram ou sabiam informar, a máxima foi de 62 e a mínima de 2 anos de idade. Sobre o acompanhamento

dos usuários na rede de saúde, constatou-se 21 pessoas conduzidas à internação hospitalar: 29% em internação de clínica geral, 47% em internação psiquiátrica e 24% outras. No âmbito do requerimento de atendimento de urgência, 19 pessoas foram levadas aos serviços de pronto atendimento e emergências; 16% foram para emergência geral, 56% emergência de saúde mental e 26% emergências psiquiátricas. Do total de 1.829 procedimentos estratégicos realizados exclusivamente pela equipe, os três mais frequentes foram o “diálogo terapêutico” (62%); a entrega de preservativos (13%) e a redução de danos nutricionais (9%). Na esfera dos atendimentos programados, foram contabilizadas 1.306 ações: abordagem na rua (78%), busca programada (9%), visita institucional (6%), visita a familiares (5%) e demanda espontânea (2%). Atividades como reuniões semanais de equipe fazem parte do serviço e visam propiciar momentos de fortalecimento dos laços de equipe, a educação permanente, discussão de casos, compartilhamento de ações e intervenções a serem realizadas no território e promoção da gestão coletiva na construção das estratégias de saúde a serem implantadas. Um projeto contínuo que a equipe acompanha semanalmente é o programa de rádio “Quartas Intenções”, programa que tem duração de uma hora, dentro da rádio comunitária da Associação de Moradores. O programa se destina aos usuários e ex-usuários de todos os serviços de saúde mental e aos moradores de rua vinculados ao CnaR, sendo um espaço onde obtêm oportunidade de interagir e serem ouvidos.

PARA ALÉM DO AVE

*Silvia Helena Haspene Santana Rocha,
Adriana Carvalho dos Santos*

Palavras-chave: Saúde da Família, Acidente Vascular Cerebral, Atenção Primária à Saúde

Desde sua criação, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) vêm contribuindo, significativamente, para a potencialização das ações em atenção primária no Brasil. Em sua atuação, o NASF recorre a ferramentas variadas, como o Apoio Matricial, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a Clínica Ampliada. Em 2011, profissionais de um NASF da periferia de São Paulo (fisioterapeuta e fonoaudióloga), inspiradas em tais recursos, criaram um grupo direcionado a pacientes que haviam sido acometidos pelo AVE (Acidente Vascular Encefálico) há mais de dois anos. Identificaram que esses pacientes, considerados crônicos, não se enquadravam em critérios para encaminhamento a serviços especializados de reabilitação na atenção secundária. Assim, tinham poucas expectativas de recuperação de sua capacidade funcional e cognitiva, muitas vezes, comprometidas pelo adoecimento. O grupo de AVE acolheu e continua acolhendo esses pacientes, que buscam, sobretudo, melhoria da qualidade de vida, por meio da redução de sequelas como hemiplegia, alterações de fala, equilíbrio e marcha. Semanalmente, profissionais da equipe multiprofissional propõem exercícios para melhorar a amplitude de movimento e força, a flexibilidade, o alongamento, a memória, dentre outros aspectos que venham a favorecer a independência na realização das atividades de vida diária (AVDs) e das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). Também são dadas orientações para evitar e controlar a hipertensão, por meio da reeducação alimentar e da adoção de hábitos saudáveis. Pôde-se observar que, de modo geral, a participação no grupo aproximou UBS e pacientes. Na maioria, pacientes hipertensos que passaram a realizar o controle de sua pressão arterial e o acompanhamento clínico regular. Ao longo

do tempo, percebeu-se que os encontros geraram resultados positivos como melhoria da motivação, da socialização e do autocuidado. A equipe NASF também se mantém atenta às necessidades que surgem e vêm intervindo em questões como conflitos familiares, agravos do quadro de saúde e vulnerabilidades, aspectos tão ou mais significativos que as sequelas do AVE. Os participantes passaram a utilizar o grupo como local de troca de informações e vivências e, espontaneamente, solicitam o apoio dos colegas e das profissionais da equipe no manejo de suas dificuldades na vida cotidiana, familiar, afetiva e produtiva, devido à confiança que se estabeleceu entre eles. Diante disso, conclui-se que a experiência em Clínica Ampliada e Apoio Matricial colaboraram para que as profissionais tivessem um olhar mais abrangente em relação aos sujeitos e seu processo de saúde-doença, considerando que a reabilitação em pacientes de AVE não se restringe ao bem-estar físico, mas que depende de uma infinidade de fatores que merecem atenção e investimento por parte das equipes de saúde. A participação no grupo contribuiu para maior vinculação com a UBS, que pôde ser compreendida não mais como espaço restrito à cura de doenças, mas, sim, como possível fonte de saúde e qualidade de vida.

PARTICIPAÇÃO DO PRÓ-PET SAÚDE NA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO SAMUZINHO NO SAMU SERRA-RS

Quelen Tomé Pires, Marina Rigotti, Árien Eliza Oldoni, Cláudio Bernardi Neto, Suzete Marchetto Claus, Eléia de Macedo, Renata Magnabosco Verza, Silvana Daneluz Martins

Palavras-chave: SAMU, educação em saúde

APRESENTAÇÃO: O Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU), integrante da

rede de atenção às urgências e emergências (RUE), tem por objetivo regular o fluxo assistencial de forma adequada, rápida e resolutiva a fim de socorrer e transportar precocemente as vítimas de agravos à saúde. É fundamental por parte da população o conhecimento sobre este trabalho de forma a contribuir com a qualificação do serviço prestado pelo mesmo. Tem como objetivo descrever a experiência da implementação do Projeto Samuzinho no SAMU Serra-RS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** No ano de 2012, com a vinculação do PRÓ-PET Saúde ao SAMU, foram identificadas as fragilidades do local, notando-se uma carência em relação ao desconhecimento do serviço, por parte da população, que gera diariamente um grande número de trotes, ligações indevidas e pedidas de informações não pertinentes, que prejudicam a eficiência do local de trabalho. A partir da identificação dessas necessidades os profissionais do serviço, em conjunto com os alunos do PRÓ-PET Saúde, implantaram o Projeto Samuzinho. Esta implantação ocorreu através de reuniões sistemáticas com os participantes (equipe do SAMU Serra, PRÓ-PET Saúde e do Núcleo de Educação e Urgência (NEO)). O projeto foi definido durante o período de maio a agosto de 2014. **RESULTADOS:** A partir das discussões realizadas, ficou definido que a abordagem mais adequada e eficiente a população seria por meio de estratégias educativas como a criação de um vídeo que documentasse a função do SAMU e as consequências dos trotes e ligações indevidas ao serviço. Como projeto piloto para avaliar a aceitação do vídeo pela população, o mesmo foi exposto na praça central em Caxias do Sul, em comemoração aos 10 anos do SAMU Serra. O próximo passo foi a transmissão deste vídeo, explicação sobre o trabalho do SAMU, exposição visual explicativa da unidade e a distribuição de material do Samuzinho

para os alunos das escolas municipais de Caxias do Sul. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A implementação deste projeto tem sido de grande importância local, contribuindo para a qualificação e maior eficiência do serviço. Sua implementação teve como pontos positivos a interdisciplinaridade e a integração entre os serviços de saúde (trabalhadores do SAMU Serra e PRÓ-PET Saúde), bem como a aderência e empenho da equipe na realização do projeto, a fim de melhorar a realidade do serviço.

PERCEÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM A CERCA DAS CONTRIBUIÇÕES DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA AOS PACIENTES NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS TORÁCICAS E ABDOMINAIS

Marcela Rangel de Almeida, Alana Gomes de Araújo Almeida, Giana Gislanne da Silva de Sousa, Janaína Nunes do Nascimento, Renata Pereira Almeida, Francisco Dimitre Rodrigo Pereira Santos, Pedro Martins Lima Neto, Lívia Maia Pascoal

Palavras-chave: Enfermagem, Sistema Respiratório, Cuidados de Enfermagem

INTRODUÇÃO: As complicações pulmonares são responsáveis pela alta frequência de morbidade e mortalidade cirúrgica e o prolongamento do tempo de internação hospitalar e aumento na demanda de custos. Por isso, é importante o desenvolvimento de ações que visem o cuidado dos pacientes peri-operatórios a fim de evitar ou reduzir a incidência de tais intercorrências. Neste sentido, destacam-se as atividades de extensão, proporcionadas pela Universidade, que contribuem com a integração dos acadêmicos de enfermagem no processo de ensino com a assistência voltada ao sistema respiratório. Diante do exposto, este estudo teve por objetivo

relatar as experiências e contribuições da extensão universitária, para os acadêmicos de enfermagem, a partir das atividades que foram desenvolvidas com pacientes no período pós-operatório de cirurgias toracoabdominais. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir das ações do projeto de extensão intitulado PROJETO DE EDUCAÇÃO SOBRE EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS - PEER, vinculado à Pró Reitoria de Extensão – PROEX/UFMA com o parecer comitê de ética número 629.315 CEP-UFMA. Este projeto foi desenvolvido no Hospital Municipal de Imperatriz – HMI onde foram realizadas as ações de enfermagem e atividades educativas voltadas para a promoção de cuidados respiratórios no pós-operatório. Estudo continua a ser realizado atualmente e desenvolve ações com pacientes entre 18 e 80 anos de idade, de ambos os sexos, no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais altas. **RESULTADOS:** Durante o acompanhamento realizado pelos extensionistas notou-se em grande parte dos pacientes dúvidas a cerca da forma correta de respirar, tossir, sobre o procedimento cirúrgico e suas complicações no pós-operatório. De acordo com a percepção dos discentes, as atividades do projeto contribuem de forma positiva por proporcionar ao paciente acompanhamento individualizado com orientações e intervenções de enfermagem que promovem a melhora do seu quadro clínico. **CONCLUSÃO:** No decorrer da realização das atividades do projeto, observou-se sua importância pelo relato e evolução positiva da recuperação no pós-operatório dos participantes e sua relevância na formação acadêmica dos discentes e pelo benefício disposto à comunidade atendida.

PERSPECTIVAS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO COTIDIANO

Maria Betania Bulhões

Palavras-chave: Fomentar, Protagonizar, Subjetivar

RESUMO: As perspectivas da Educação Permanente em Saúde é contribuir para uma saúde transformadora e dar subjetividade aos profissionais de todas as categorias de saúde para que possam fomentar e atuar com autonomia em seus territórios. Esse relato exitoso trás à tona a possibilidade do sujeito se reinventar, criar e protagonizar com as ferramentas potencializadoras da Educação Permanente em Saúde. Palavras-Chave: Fomentar-Protagonizar-Subjetividade. **INTRODUÇÃO:** As ações promovidas através da ludicidade e do Método ABP (Aprendizado Baseado em Problemas). O Sucesso dessa experiência bem sucedida, se deu com realizações de encontros semanais com cada Equipe de Estratégia de Saúde da Família, abordando os problemas das comunidades assistidas por eles bem como as dificuldades de comunicação entre as equipes e também dos usuários com os profissionais que sofriam com denúncias, ora reclamavam dos Agentes Comunitários de Saúde, ora com a falta de atenção dos médicos, e as afetações aumentavam. Com a implantação da Educação Permanente em Saúde, a proposta de refazer o modelo vertical onde ninguém falava a mesma língua foi desafiadora, visto que jamais haviam sequer trocado idéias, a não ser avaliações mensais para preencher papéis dos procedimentos e enviar para o sistema. O novo formato, inicialmente deixou a todos sem entender o que a ludicidade tinha em comum com esse novo modelo de saúde e relacionamento entre eles e a comunidade. Com o desfecho

das ações, a mudança de comportamento inicial já mudou a ótica partindo dessa provocação, e surgiram várias propostas para solucionar os problemas. O primeiro passo era cada equipe saber a realidade da comunidade, do que viviam, qual era o perfil epidemiológico do local, qual era a cultura, o que as pessoas mais reclamavam, quais os usuários suspeitos de hipertensão e diabetes que não procuravam a UBS e não eram buscados, e quais as ações educativas já haviam sido executadas para inserir essas pessoas, e se eles, os profissionais, já haviam trocado idéias afim de melhorar os atendimentos dentro das necessidades dessa comunidade. Partindo daí, a primeira iniciativa da coordenação de Educação Permanente em Saúde, foi implantar um cronograma com oficinas mensais de Controle Social afim de colher os problemas, formular perguntas oriundas das discussões, levantar hipóteses sobre o surgimento das questões e o segundo momento, seguindo cronograma de Oficina de Controle Social, as soluções das equipes e também dos usuários são postas em prática e de forma lúdica, cada um escolhe como apresentar essas soluções, se, em forma de slides, se, em forma de paródia, teatro ou com cartolinas. Essa forma de apresentar soluções cantadas, encenadas, escritas, faladas e apresentadas em slides, deixaram todos com autonomia de buscar soluções. RESULTADOS: Melhoria das práticas, interação entre as equipes e comunidades com soluções e redução de denúncias. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A Educação Permanente em Saúde, permeia, provoca, fomenta e muda a maneira de agir em saúde. Uma saúde de qualidade, não basta só ter equipes completas em números, e sim com qualidade, compromisso e compartilhamentos de idéias, trocas de saberes e trabalhar junto com a comunidade, escutando, acolhendo, interagindo e ponderando.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E SUAS (DES) CONEXÕES COM O MODELO SOCIAL DA DEFICIÊNCIA

Thaís Botelho Silva, Roberta Alvarenga Reis

Palavras-chave: pessoas com deficiência, estruturas de acesso, política de saúde

APRESENTAÇÃO: A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência foi instituída em 2002 pela Portaria nº 1060 do Ministério da Saúde. A atual discussão a nível mundial é pautada pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que problematiza uma nova forma de abordar a questão, a partir do modelo social, que compreende a deficiência como manifestação da diversidade humana e estabelece que as restrições são fruto de um contexto social pouco sensível às pessoas que possuem variedade nas habilidades corporais. No que diz respeito às ações em saúde, é possível perceber que muito do cuidado ofertado às pessoas com deficiência ainda tem se pautado na busca pela normalidade e pouco se compromete com a dimensão existencial da deficiência e com os processos emancipatórios e produtores de autonomia. Ainda não se discute em profundidade as adaptações estruturais e principalmente se nega a importância da ruptura com o padrão estabelecido de ser humano, enfocando as ações, exclusivamente, para a superação pessoal em torno da lesão. Nesse sentido, é importante ponderar que os conceitos de deficiência oficiais são orientados pelo modelo médico, regulamentados pelo Decreto nº 5296/04 e assim sendo, enquadra a deficiência nas seguintes categorias: física, auditiva, visual, mental e múltipla. Assim, o foco da atenção tem sido único e exclusivo sobre o indivíduo, sobre as manifestações do seu corpo, sem considerar o caráter social que produz a deficiência, que foi

proposto pela Convenção. Na prática da assistência é possível identificar que as principais demandas não estão na gravidade dos comprometimentos funcionais, mas sim em outros elementos que condicionam desigualdades entre os cidadãos. Cabe considerar que as necessidades em saúde são muito maiores e mais complexas que o equilíbrio dos sistemas orgânicos e, por isso, a intervenção deve contemplar aspectos gerais de saúde, para além da especificidade da reabilitação. Considerações: Por muito tempo a deficiência foi encarada como evidência mística e fruto do azar, sendo o isolamento uma das maneiras elencadas para lidar com aquilo que era tido como infortúnio. Com a ascensão do saber da biomedicina, a abordagem do modelo médico apontou para estratégias com o intuito de normalizar os corpos e torná-los produtivos. Anos se passaram e se perpetua a ideia da atenção focada no indivíduo e em suas manifestações corporais. A política de saúde necessita estar conectada a atual discussão que concebe a deficiência como fato social e as ações traçadas precisam estar alinhadas a este modelo, de forma a colocar em pauta, e em movimento, o que verdadeiramente coloca as pessoas com diferença funcional em uma condição de deficiência.

PONTO DE CULTURA E COMÉRCIO JUSTO - SAÚDE MENTAL E ECONOMIA SOLIDÁRIA - PRAÇA BENEDITO CALIXTO/ SÃO PAULO

Ana Luisa Aranha e Silva, Anna Luiza Monteiro e Barros, Margareth Angelo, Alexandre Nemes Filho, Cecília Galletti, Maria Elisabete Meola, Pedro Carlos Silva Carneiro

Palavras-chave: saúde mental, economia solidária, extensão universitária

O processo de incubação interinstitucional do Ponto de Cultura e Comércio Justo da Praça Benedito Calixto, iniciado em meados de 2014, compreende a articulação interinstitucional e intersetorial dos seguintes atores: Subprefeitura de Pinheiros e Coordenadoria Regional de Saúde Oeste da Secretaria Municipal de Saúde para viabilizar o Componente VII da RAPS; Grupo Interdisciplinar de Estudos de Saúde Mental e Economia Solidária da USP, Escola de Enfermagem, Faculdade de Economia e Administração, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo e Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da USP; Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da USP; Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo; Redinha Oeste de Saúde Mental e Economia Solidária de São Paulo e Associação Vida em Ação. O Ponto visa à implantação estratégica da metodologia autogestionária do trabalho na perspectiva da Economia Solidária na Redinha Oeste de Saúde Mental e Economia Solidária com os seguintes objetivos: a) fortalecer a autonomia econômica e social dos trabalhadores; b) sustentar a atividade econômica sistemática e cotidiana; c) exercer autogestão na organização do trabalho e dos meios de produção; d) possibilitar que um número cada vez maior de usuários dos pontos de cuidado se torne trabalhadores em empreendimentos; e) propiciar a progressiva descentralização dos pontos de cuidado como espaços prioritários de convivência dos usuários; f) trabalhar num cenário da vida real, na cidade, na disputa de qualidade e protagonismo de produtores e produtos; g) incentivar e desenvolver produtos relacionados à cultura brasileira; h) ser campo de ensino teórico e prático para servidores, graduandos, pós-graduandos e Residentes do Programa de Saúde Mental EEUSP/CAPS III Itaim Bibi; i) construir conhecimentos científicos e uma experiência demonstrativa concreta

que favoreça a proposição das políticas para o setor. A metodologia aplicada é alinhada aos marcos jurídico e legislativo e às Políticas Nacionais de Saúde Mental e Economia Solidária e do Comércio Justo. Os Indicadores de Avaliação no período de 24 (vinte e quatro) meses serão: 1. Quantidade de atividade econômica autogestionária em andamento com sustentabilidade; 2. Quantidade de novos trabalhadores aderidos aos projetos; 3. Quantidade de consumidores solidários ativados; 4. Quantidade de procura por serviços físicos disponibilizados; 5. Quantidade de alunos com acesso às estratégias de ensino e pesquisa interprofissional em saúde (alunos-trabalhadores, aluno-alunos, trabalhadores-consumidores; alunos-consumidores); 6. Quantidade de conhecimentos produzidos e difundidos em eventos técnicos e científicos; 7. Formação de Rede de produção e consumo. Os EES que compõem a Redinha Oeste são: Bar Saci (serviço de bar, empreendimento independente); Carinho Feito à Mão (incubado no CAPS II Lapa); Cobra Criada; Livraria e Sebo Louca Sabedoria, Loucos por eventos: registro de eventos (incubados no CAPS II Butantã); Gera Renda/Associação Ânima: alimentação (Padaria Artesanal e Oficina de Sorvete), Brechó e afins, Arte em Decupage e Reciclagem Recicla Tudo (incubados no CAPS II Perdizes); O Bar Bibitantã: eventos e gastronomia (incubado no CAPS III Itaim Bibi); Oficina Inicial: produção de peças artesanais (incubada no CECCO Previdência); Talento à Beça; Grupo Mosaico e Dança Cigana: arte de cultura (incubados no CECCO Bacuri).

POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM TUBERCULOSE

Priscilla Rocha da Fonseca, Denise Gomes, Luciana Barcellos Teixeira, Josiane Santos, Mariana Gunther Borges

Palavras-chave: Integralidade, ensino em serviço, intersetorialidade

APRESENTAÇÃO: A integralidade em saúde é um dos princípios fundamentais do SUS. A partir dessa concepção a residência multiprofissional busca romper com práticas segmentares e fragmentadas do cuidado em saúde. O programa de residência em saúde coletiva é um importante dispositivo de formação de trabalhadores para o SUS, ao pensar a integralidade do cuidado como princípio norteador de suas práticas. Dessa forma, esse trabalho traz o relato da inserção de profissionais de serviço social, biologia e biomedicina em um centro de referência de tuberculose (CRTB). **DESENVOLVIMENTO/METODOLOGIA:** As atividades são desenvolvidas em um centro de referência de tuberculose, onde se percebe que o cuidado em saúde tem a sua centralidade na doença, desconsiderando o conceito ampliado de saúde. Nessa perspectiva, desenvolvemos atividades de fortalecimento da rede de apoio formal e informal, tendo como estratégia potencializar as reuniões de equipe com a presença da rede intersetorial, contribuindo para uma visão totalizante do processo saúde-doença, envolvendo os dispositivos sociais da rede para o tratamento da tuberculose. A partir disso, introduzimos na equipe o conceito do projeto terapêutico singular, colocando o usuário no centro do cuidado, e como sujeito ativo do seu tratamento, rompendo com as práticas fragmentadas do atendimento ao trazer a concepção de um cuidado integral ao usuário. **RESULTADOS:** Percebemos que se iniciou uma mudança na postura da equipe perante os sujeitos, visualizado através de um maior interesse pelas demandas do usuário, bem como

indícios de uma integração maior entre a equipe, ao se reconhecer como equipe que produz saúde em uma perspectiva também de promoção. Há também uma confiança maior da equipe com a rede de apoio e interesse em atividades que visam uma totalidade no olhar sobre o atendimento ao usuário. Considerando o índice elevado de abandono de tratamento, esses resultados se mostram importantes, pois se trata de um novo olhar sobre o usuário com tuberculose. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Constata-se que falta capacitação formativa para entender as diferentes complexidades dos usuários, discutir os determinantes sociais de saúde e assim alcançar a integralidade em uma perspectiva totalizante do cuidado em saúde. A partir da experiência compartilhada, considera-se a residência em saúde coletiva um importante dispositivo de educação permanente, não só para os residentes, mas para a equipe do campo de prática.

PRÁTICA FORMATIVA INOVADORA EM SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIA DA REDE RECEPTORA DE CORONEL FABRICIANO/MG NO PROJETO “PERCURSOS FORMATIVOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”

Adriana Condessa Torres

Palavras-chave: Percurso formativo, saúde mental, rede receptora, rede em formação

APRESENTAÇÃO: O município de Coronel Fabriciano/MG foi selecionado como Rede Receptora no Projeto do Ministério da Saúde intitulado Percursos Formativos da Rede de Atenção Psicossocial, devido às estratégias implantadas para lidar com demandas de atenção à crise em saúde mental, apesar dos escassos dispositivos de atenção psicossocial no município, que possui apenas um CAPS II. A atenção à crise é realizada de forma resolutiva, com ações intersetoriais que

privilegiam a cogestão de casos e processos de trabalho. **METODOLOGIA:** Este trabalho tem o objetivo de apresentar os efeitos colhidos desta experiência construída ao longo de dez meses, quando recebeu, em um sistema de intercâmbio de saberes e práticas, vinte profissionais de cinco municípios de diferentes estados do Brasil. Neste período os profissionais do CAPS II e de outros setores do município receberam um total de cem colegas atuantes nas suas respectivas redes de saúde mental, que acompanharam diariamente os trabalhos de forma colaborativa e observadora. A maioria dos municípios visitantes possui CAPS I e pôde experimentar também as experiências de cuidado em saúde mental da criança/adolescente e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas, que possuem enquanto norteadores, estratégias dialógicas intersetoriais como forma de atendimento às respectivas demandas. Após a conclusão da primeira etapa do projeto, pode-se afirmar que diferentes conquistas e experiências foram compartilhadas, processos de trabalho foram revistos e muito entusiasmo foi injetado nos profissionais, tanto da rede receptora como das redes em formação. É de entendimento de todos que os impactos do projeto (imersão e oficinas nas redes em formação) foram significativos para a maioria dos municípios, colocando, no mínimo, a Política de Saúde Mental em pauta nos seus territórios. **RESULTADOS:** A imersão se mostrou muito eficaz para trabalhar a responsabilização de profissionais e gestores com os processos de trabalho na atenção à crise e as oficinas realizadas nos municípios visitantes despontaram como metodologia diferenciada para movimentar a rede local de saúde mental. Houve também vários efeitos sobre a rede receptora, pois para receber os profissionais na cidade e nos dispositivos foi necessária uma dose significativa de organização e discussão dos processos de trabalhos, além do manejo

dos efeitos da crítica de terceiros sobre a prática diária de todos. O reconhecimento da potência da rede de saúde mental de Coronel Fabriciano foi prontamente valorizado e a criatividade para lidar com a crise, apesar da escassez de dispositivos, se apresentou como maior exemplo para os outros municípios, convidando a maioria dos profissionais a se retirarem do lugar da queixa para assumirem o da invenção. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por fim, é necessário enfatizar que a metodologia de Educação Permanente adotada se apresentou como ferramenta diferenciada para sensibilização e instrumentalização dos profissionais ali envolvidos. O sentimento de orgulho se fez presente e reforçou em todos, redes receptoras e em formação, a responsabilidade de fazer operar a clínica e a política da saúde mental, pautadas no princípio do cuidado em liberdade e em consonância com as diretrizes do SUS.

PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS EM CRIANÇAS DE 0-5 ANOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Kenia Luiz Negrini, Marta de Melo Oliveira e Silva

Palavras-chave: infecções respiratórias, crianças, prevenção

As infecções respiratórias agudas são infecções que acometem às vias respiratórias da pessoa, que se manifestam até sete dias. Podem ser do trato respiratório superior (amigdalite, otite, rinofaringite, sinusite) ou inferior (pneumonia, bronquiolite). As infecções respiratórias são causadas principalmente por vírus ou bactérias. Os vírus são responsáveis pelo resfriado comum (gripe) e alguns tipos de pneumonia. As bactérias, geralmente são mais graves e podem infectar o trato superior (sinusite)

como o inferior (pneumonia). As doenças do aparelho respiratório afetam a população toda, mais as crianças são o grupo mais afetado, baseado nisso o presente projeto realizou ações educativas sobre os fatores de risco e complicações das doenças respiratórias agudas em crianças de 0-5 anos, na comunidade do Distrito Abunã, município de Porto Velho/RO, visando identificar os fatores de risco e complicações mais frequentes; o nível de acesso ao sistema de saúde; selecionar material educativo para realização das ações educativas; identificar o nível de conhecimento do grupo das mães após ações educativas sobre as doenças respiratórias. Participaram 50 crianças com seus pais; em uma primeira etapa foi aplicado um primeiro questionário previamente formulado, posteriormente se selecionou o material para a realização das ações educativas e finalmente foi aplicado outro questionário para determinar o nível de conhecimento das mães sobre o tema tratado. As reuniões do grupo foram realizadas na escola Marechal Rondon do Distrito Abunã e na própria USF. Concluímos que, em geral, o grupo tinha pouco conhecimento das doenças respiratórias, portanto, sugere-se que projetos como este, seja realizado frequentemente.

PREVENÇÃO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES ATRAVÉS DA APLICAÇÃO DO SCORE DE FRAMINGHAM

Paulo Guilherme Cábria, Andrelisa Vendrami Parra

Palavras-chave: Prevenção, Doenças Cardiovasculares

APRESENTAÇÃO: As complicações por doenças cardiovasculares tornam-se cada vez mais preocupantes para o sistema de saúde pela elevada morbimortalidade e perda de qualidade de vida. O uso de escalas

para identificar as prováveis ocorrências de alterações no processo saúde-doença começou a ser amplamente utilizado, como por exemplo, a Escala de Framingham que é um instrumento que prevê o risco de doença cardiovascular. A partir do instrumento é possível elaborar intervenções eficazes, pautadas na prevenção de agravos por essas doenças. **OBJETIVOS:** Demonstrar a aplicação do score de Framingham e as orientações para prevenção de doenças cardiovasculares. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Foram realizadas consultas de enfermagem a 6 pacientes atendidos em uma UBSF da cidade de Campo Grande/MS. Durante a consulta foi realizada a anamnese, o exame físico e colhido exames laboratoriais. Os pacientes foram posteriormente agendados para o retorno em 15 dias para as devidas orientações. O instrumento identifica o risco de desenvolver um evento cardiovascular maior, sendo que a categoria baixo risco demonstra a chance menor de 10% em desenvolver o agravo cardiovascular nos próximos 10 anos, a categoria risco moderado demonstra a chance de 10 a 20% em desenvolver o agravo cardiovascular nos próximos 10 anos e a categoria risco alto demonstra a chance maior de 20% em desenvolver o agravo cardiovascular nos próximos 10 anos. **RESULTADOS:** Sendo o trabalho um relato de experiência e devido à individualidade dos pacientes, os resultados serão apresentados individualmente: Indivíduo A: Homem, Idade: 19 anos, HDL: 35 MGdl, LDL: 256 MGdl, PA: 130X80 mmHg, nega diabetes e tabagismo, Escore de Framingham: 4 pontos - 7% – RISCO BAIXO; Indivíduo B: Mulher, Idade: 39 anos, HDL: 43mgdl, LDL: 214 mgdl, PA: 130X100 mmHg, nega diabetes e tabagismo, Escore de Framingham: 3 pontos - 3% – RISCO BAIXO; Indivíduo C: Mulher, Idade: 72 anos, HDL: 25mgdl, LDL: 114 mgdl, PA: 130X70 mmHg, nega diabetes e tabagismo, escore de Framingham: 13 pontos - 17% – RISCO

MODERADO; Indivíduo D: Mulher, Idade: 63 anos HDL: 41 MGdl, LDL: 122 MGdl, PA: 150X110 mmHg, nega diabetes e tabagismo, Escore de Framingham: 13 pontos - 17% – RISCO MODERADO; Indivíduo e: Homem, Idade: 63 anos, HDL: 40 MGdl, LDL: 125 MGdl, PA: 130X70 mmHg, diabético e nega tabagismo, Escore de Framingham: 9 pontos - 22% – RISCO ALTO; Indivíduo F: Mulher, Idade: 67 anos, HDL: 22 MGdl, LDL: 156 MGdl, PA: 150X80 mmHg, nega diabetes e tabagismo, Escore de Framingham: 15 pontos - 24% – RISCO ALTO. Para todos os pacientes foram realizadas as orientações a respeito da alimentação saudável; quanto a importância da atividade física regular; ao controle da hipertensão arterial e quanto a vacinação anual contra influenza. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A aplicação da escala de Framingham colaborou para nortear o profissional e a equipe de saúde da família em relação ao manejo clínico adequado para portadores de hipertensão e hipercolesterolêmica, estimulou a assistência multiprofissional para alcançar as ações individuais e coletivas não apenas para prevenção de complicações, mas também para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos aqui estudados.

PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

Roberta N. Anastácio Alencar

Palavras-chave: quedas, prevenção, tonturas, vertigem

A queda da própria altura é considerada um problema de saúde pública tanto pela sua frequência como pelos seus efeitos diretos e indiretos sobre a saúde da população. É um incidente que acomete principalmente idosos, etilistas, epiléticos e pessoas com distúrbios no sistema vestibular (labiríntico). Em indivíduos com mais de 75 anos a tontura é o sintoma de maior prevalência, na ordem

de 80%. Alterações do controle postural na população idosa causam um risco maior de queda e suas conseqüentes sequelas que apresentam elevada morbidade (Simoceli et al. 2003), podendo determinar lesões graves tais como: fraturas, entorses, sendo mais comuns nos seguintes seguimentos do corpo: colo do fêmur, punho cotovelo e outros. A maioria das quedas em idosos acontece na própria casa, calçadas, meios de transportes públicos e outros. Estes incidentes podem trazer complicações severas de saúde ao paciente ou levar ao óbito, isto também implica na grande parcela de gastos dos recursos destinados a saúde.

PRIMEIROS SOCORROS EM ACIDENTES DOMÉSTICOS: TRANSFORMANDO UMA SALA DE ESPERA EM CENÁRIO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Kelvia Maria Oliveira Borges, Andressa Virgínia Mesquita Pinto, Daruina da Silva Guilherme Martins, Alinne Maria Amaral Araújo, Yohanna Karisy Aragão Ferreira

Palavras-chave: Promoção da saúde, Primeiros Socorros, Educação em saúde

Apresentação: Atualmente, acidentes domésticos são uma das principais causas externas de morbidade e mortalidade no Brasil. Consistem em situações complexas e revelam um grave problema de saúde pública, pois além dos custos sociais, econômicos e emocionais, são também responsáveis por eventos não fatais e sequelas que, em longo prazo, repercutem na família e na sociedade. Dentre as injúrias ocorridas estão associadas as queimaduras, intoxicações com analgésicos e antitérmicos e afogamentos. Dessa forma, torna-se imprescindível a criação de espaços preventivos e promotores de saúde, visto que este tipo de acidente pode ser controlado

e evitado através de cuidados físicos e emocionais. A sala de espera caracteriza-se por um espaço potencial de promoção de saúde e deve ser explorada por profissionais nas práticas de educação em saúde. Neste espaço se tem a oportunidade de prestar um atendimento mais humanizado, qualificando os serviços de saúde, onde é permitido aos profissionais o conhecimento das reais necessidades da população, bem como a busca por soluções para uma melhor qualidade de vida. Objetiva-se descrever uma ação educativa sobre primeiros socorros em acidentes domésticos em uma sala de espera na unidade de estratégia em saúde da família. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um relato de experiência, de abordagem descritiva e qualitativa, de residentes em saúde da família no desenvolvimento de atividade educativa e promotora em saúde em sala de espera da Unidade Básica de Saúde Dr. Osvaldo Honório Lemos, no município de Reriutaba-CE, no dia 13 de agosto de 2015. Utilizou-se como marco teórico a teoria de Vygotsky (aprendizagem social), mediada pela interação entre linguagem e ação. Utilizando o conhecimento previamente adquirido e seu conhecimento potencial. Com o cuidado de permitir a construção em grupo com participação ativa e a cooperação de todos envolvidos, diferenciando-se da lógica prescritiva, centrada na transmissão de informação ainda presente no serviço de saúde. Resultados e/ou impactos: A atividade foi realizada com 32 usuários que aguardavam o atendimento na sala de espera da referida UBS. Um residente responsável pela educação em saúde iniciou com a indagação aos participantes sobre quais situações já ocorreram envolvendo acidentes domésticos (Queimadura, intoxicação por medicamento e materiais de limpeza, ferimento, choque elétrico e Obstrução de Vias Aéreas), posteriormente perguntou-se como cada um agiu nas

diversas ocasiões, simultaneamente foram dadas sugestões de como otimizar esta ação em saúde. Utilizando o conhecimento adquirido e potencial dos usuários, solicitou-se que estes reproduzissem as ações de primeiros socorros em acidentes domésticos, baseados na construção em grupo e cooperação de todos envolvidos. Considerações finais: Uso de ações educativas de cunho participativo em sala de espera torna-se motivador de promoção de saúde e prevenção de acidentes, fortalecendo uma prática mais humanizada e integral.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES DURANTE A GRAVIDEZ

Manuella Lalor Lalor

Palavras-chave: Gravidez, Alterações

Introdução: Durante toda a gestação, ocorrem alterações fisiológicas que envolvem todos os sistemas orgânicos, gerando expectativas, emoções, ansiedade medos e descobertas, exigindo um profundo conhecimento sobre todas as alterações ocorridas neste período para que, assim, seja oferecida uma adequada assistência à saúde da gestante. A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva. Nesse contexto, durante o desenvolvimento de ações educativas a um grupo de gestantes contempladas com o programa Pet-Saúde Rede de Atenções no município de Benevides-PA surgiu a necessidade de produzir uma ação voltada à temática: Principais alterações na gravidez. Objetivos: Minimizar possíveis dúvidas e medos das gestantes durante o primeiro trimestre gestacional, explicando sobre as principais alterações que poderão

ocorrer, além de proporcionar informações que ajudem a identificar até que ponto uma alteração é normal ou patológica. Descrição da experiência: A ação educativa foi desenvolvida por uma acadêmica de Enfermagem e outra de Nutrição da Universidade Federal do Pará e o enfermeiro da UBS-Benevides preceptor do projeto Pet-saúde. Para ficar didático dividimos a ação em quatro momentos. O 1º momento foi apresentação das principais alterações, através de slide com apenas figuras que demonstrassem as alterações e condutas a serem seguidas pelas gestantes. O 2º foi o desenvolvimento da seguinte dinâmica: dentro de uma caixa colocou-se perguntas sobre o tema abordado e alguns mitos e verdades. A caixa era passada de mão em mão com uma música de fundo, quando a música parava a pessoa que estivesse com a caixa deveria retirar um papel e responder a pergunta contida nele. Quando era respondido de forma incompleta ou errada as acadêmicas completavam, para que não restassem dúvidas. A brincadeira terminou quando todas as perguntas foram respondidas. O 3º foi roda de conversa onde as mães puderam realizar troca de experiência e questionar sobre possíveis dúvidas. No 4º e último momento ocorreu o encerramento do encontro por meio de um lanche saudável, atentando as gestantes ao consumo de alimentos saudáveis. Resultados: Ao final da atividade as grávidas e ACS presentes, revelaram através de elogios que a atividade serviu para minimizar/reduzir suas dúvidas. Através da ação foi gerado um ambiente receptivo e interativo para outros encontros. Conclusão: A experiência permitiu aproximação com as gestantes, sendo importante tanto ao grupo responsável pela elaboração da atividade quanto às próprias gestantes. A realização da atividade educativa demonstrou ser de grande valia tendo em vista que muitas gestantes possuem

dúvidas ou se sentem inseguras nessa fase, revelando a insuficiência de informações obtidas no pré-natal. Para o grupo Pet-Saúde foi uma experiência enriquecedora, pois levou acadêmicas ao encontro da realidade profissional, fazendo-as refletir sobre a importância do desenvolvimento de ações que possam levar conhecimento para a população, minimizando seus medos, anseios e dúvidas.

PRODUÇÃO DO COLEGIADO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE CAMPO GRANDE, MS

Lucyana Conceicao Lemes Justino, Priscilla Arashiro, Quezia Monteiro da Costa, Viviane Torqueti Felisberto Souza, Vanessa Giavarotti Taboza Flores, Larissa de Oliveira Cassol Leite, Kelly Bueno Paro

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Equipe de enfermagem, Gestão em saúde

INTRODUÇÃO: O colegiado da atenção primária em saúde foi instituído em 2011 e é formado por doze enfermeiros da atenção básica e da gestão municipal. Como proposta de trabalho, elabora e revisa manuais de normas e rotinas conforme a ISO 9001-2008, bem como fornece pareceres técnicos de enfermagem. **Objetivo:** relatar a constituição e produção do colegiado da atenção primária em saúde de Campo Grande, MS. **Método:** Realizou-se um relato de experiência sobre o colegiado da Atenção Primária em Saúde, formado por enfermeiros da assistência e da gestão do município de Campo Grande - Mato Grosso do Sul. **RESULTADOS:** Desde a implantação foram produzidos os seguintes documentos: oito Procedimentos Operacionais Padrão (POP): organização dos consultórios, atendimento na sala de pré-consulta, nebulização, medicação, coleta, curativo,

organização e funcionamento na sala de vacina e fluxo na sala de esterilização; seis Instruções de Trabalho (IT): organização e procedimentos da sala de pré-consulta, limpeza e desinfecção e artigos de superfície, cuidados com a autoclave e coleta de sangue para exames laboratoriais; e oito Registros (RG), um para cada POP. Em maio de 2012, iniciou-se a implantação dos POP em 57 unidades de saúde. Esses encontros resultam em construção de espaços coletivos organizados para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços quanto com sua própria constituição. **Conclusões:** Acredita-se que a co-gestão nos espaços coletivos é o caminho para o caminho da democratização para a progressiva qualidade e humanização dos serviços. **Contribuições para a enfermagem:** Esse modo de fazer a gestão provoca mudanças nas relações de poder e de decisão profissional, fornecendo visibilidade e reconhecimento para a enfermagem.

PROGRAMA DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: A VIVÊNCIA EM CAMPO GRANDE, MS

Ana Cecilia Demarqui Machado, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Palavras-chave: Vínculo, Cuidado, Assistência à Saúde

Este relato de experiência emergiu da participação como avaliadora do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), realizado em julho de 2015 no estado de Mato Grosso do Sul, e que tem como coordenação estadual a Universidade Federal do Mato Grosso do Sul e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/MS). O PNASS estabelece como ação, na dimensão Regulação da Atenção à Saúde, a avaliação de desempenho dos serviços, da gestão

e de satisfação dos usuários. A avaliação ocorreu em hospitais de médio e grande porte, centros de reabilitação e terapias renais que são ou conveniados ou mantidos em sua totalidade pelo SUS ou conveniados de e foi possível perceber que, em alguns contextos, as portarias e procedimentos administrativos e assistenciais descritos e preconizados pelo Ministério da Saúde divergem na maneira como se organiza o processo de trabalho e o funcionamento dos serviços de saúde. Durante este mês, sete estabelecimentos assistências de médio e grande porte foram avaliados, conforme roteiro de verificação previamente definido e fomos incentivados a descrever, em um diário de campo, o significado da experiência e outros aspectos percebidos, sentidos e vividos durante o processo de avaliação. Alguns estabelecimentos estavam preparados para a avaliação - conheciam o instrumento previamente e deixaram toda a documentação disponível -, e outros que desconheciam os documentos solicitados e não haviam envolvido a equipe neste processo. A receptividade dos gestores e gerentes que estavam à frente das entidades foi uma constante - relatavam o processo de trabalho com detalhes, compartilhavam histórias e experiências exitosas e/ou realizações da prática diária. Neste ponto de vista, o significado da avaliação foi educativo para ambas as partes. A equipe de vários estabelecimentos era citada pelos gestores como "uma grande família"; que, no discurso, referiam-se ao ambiente profissional como espaço de relações afetuosas, de conflitos, de realizações, dinâmicas idiossincráticas e, por fim, de trabalho. O PNASS fortaleceu a cultura avaliativa no Sistema Único de Saúde e permitiu um repensar organizativo e assistencial das práticas ofertadas com vistas à qualidade e resolutividade.

PROGRAMA INTERDISCIPLINAR DE PROMOÇÃO À SAÚDE DA UFRJ-MACAÉ: AVANÇOS E DESAFIOS PARA INTEGRAÇÃO UNIVERSIDADE – COMUNIDADE

Leila Brito Bergold, Suzana Passos Chaves, Driely Silva Furtado Gandra, Elaine Anjos da Cruz, Danielle Martins Ventura, Laura Regina Ribeiro, Maria Fernanda Larcher de Almeida, Danielle Maria Souza Serio dos Santos

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Extensão Universitária, Comunidade

APRESENTAÇÃO: A Universidade Federal do Rio de Janeiro - Campus Macaé desenvolve desde 2013 um Programa Interdisciplinar de Promoção à Saúde (PIPS) que busca fortalecer a troca de experiências entre discentes e docentes e dar a contribuição da universidade nas demandas observadas no município. Mesmo Macaé sendo considerado um município rico, existe um expressivo e desordenado crescimento populacional com grandes bolsões de pobreza, revelando uma população carente em diversos níveis de atenção. Este trabalho apresentará a experiência de três anos do Programa. **DESENVOLVIMENTO:** Objetivando a melhoria desta realidade negativa, o PIPS inicialmente foi proposto com 10 projetos e integração dos cursos de Enfermagem e Nutrição. Além das atividades individuais de cada projeto, o programa também realiza anualmente um Seminário Interdisciplinar de Promoção à Saúde e uma Feira de Arte, Cultura e Saúde, na qual toda a comunidade pode participar. **RESULTADOS E IMPACTO:** Após três anos de atividades, atualmente o Programa tem 14 projetos de Extensão dos cursos de Enfermagem, Nutrição, Farmácia e áreas básicas da saúde e atende todas as faixas etárias. Atuam em escolas, hospitais, asilos, e unidades de saúde municipais. Suas atividades são voltadas para capacitação de

profissionais de saúde, estratégias lúdicas, estímulo ao cuidado, alimentação saudável, cuidado domiciliar de pessoas com necessidades especiais, disponibilização de informações sobre medicamentos, socorro na comunidade, dentre outras. Já foram realizados três Seminários Interdisciplinares e Feiras de Arte, Cultura e Saúde nos quais há uma convergência das ações de educação e promoção da saúde realizada pelos integrantes de cada projeto. Além das propostas iniciais, o grupo também sentiu necessidade de realizar encontros discentes com troca de experiências para fortalecer a identidade dos projetos e reconhecer afinidades e possibilidades de compartilhamento entre eles. No entanto, apesar destes avanços, o PIPS, como outros projetos de extensão, apresenta desafios como: (i) incompatibilidade de horário entre membros dos projetos e locais de prática, abrangendo parcialmente aos usuários de nossas atividades; (ii) falta de infraestrutura para trabalhar com grupos numerosos; (iii) dificuldades de gerir financeiramente as ações do grupo devido as barreiras colocadas pelas agências financiadoras; e (iv) dificuldades de realizar atividades de forma integrada com as instituições, visto que em alguns momentos há conflitos entre interesses institucionais e os projetos de extensão, sendo necessário manter uma constante comunicação para evitar demandas conflitantes por espaços e pelo tempo do usuário. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O PIPS encontra-se em um momento de amadurecimento de suas ações propostas, com alto impacto de suas atividades no município e para seus discentes, que aprendem em campo prático e tem a oportunidade de vivenciar a realidade profissional. É necessário manter uma visão crítica do objetivo e do alcance das ações extensionistas, para que os projetos não assumam demandas institucionais que deveriam ser resolvidas pelo próprio

município, com soluções próprias e definitivas. Além disso, ainda é necessário criar mais espaços para ouvir as experiências dos participantes das atividades dos projetos, parceiros e profissionais, sendo este um desafio, uma vez que a extensão deve valorizar essa relação mais dialógica com a comunidade.

PROJETO BRINCAR

Roberta N. Anastácio Alencar

Palavras-chave: Brincar, Aprendizado, Desenvolvimento

Em nossos trabalhos corriqueiros juntamente com as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), durante as reuniões de equipe surgiram relatos de profissionais da UBSF Zé Pereira sobre a importância da realização de trabalhos voltados a saúde do público infantil. A partir da necessidade construímos o projeto, no qual o intuito principal foi à realização de atividades voltadas para as crianças do bairro. Os relatos dos profissionais denotavam problemáticas geral relacionadas a questão da infância tais como: agressividade, baixo rendimento, evasão escolar e indisciplina. O projeto foi elaborado para que a promoção a saúde implique na vida destas crianças. Muitas moram em regiões de pouco contato com brinquedos e brincadeiras. O brincar é fundamental para o desenvolvimento da criança, bem como para seu aprendizado.

PROJETO CRESCENDO SAUDÁVEL: EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL INFANTIL

Larissa Azevedo Cáceres, Lídia Viegas Tenório Silva, Marjorie Cristina Caliane Queiroz, Priscila Reis Santos, Taise Ane Carvalho Almeida, Giovana Eliza Pegolo

Palavras-chave: Atividades Lúdicas, Educação Alimentar e Nutricional, Pré-escolares

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) está fortemente vinculada à promoção da saúde, sendo essencial na prevenção e tratamento de desequilíbrios nutricionais. Além disso, auxilia no fortalecimento da cultura alimentar regional e na promoção de uma alimentação saudável e sustentável. A formação do hábito alimentar inicia-se na infância, principalmente com as experiências alimentares vivenciadas na família e ambiente escolar. O objetivo deste projeto foi proporcionar um ambiente lúdico e interativo sobre o efeito de determinados alimentos e nutrientes para a saúde e estimular o consumo de frutas e hortaliças comumente disponibilizadas pelo Programa de Alimentação Escolar em Campo Grande (MS). O Projeto foi desenvolvido em um Centro de Educação Infantil com crianças de ambos os sexos, entre 3 e 4 anos de idade (n = 48). Foram realizadas 6 ações educativas: 5 com as crianças e a finalização com a presença dos pais e/ou responsáveis. Cada ação foi executada em 3 etapas: apresentação da receita do dia e importância do alimento contemplado na receita; desenho ou pintura; atividade lúdica para memorização do conhecimento. As receitas e as atividades lúdicas desenvolvidas foram: Suco vermelho (laranja, beterraba e cenoura) e Teatro de fantoches; Panqueca de couve/cenoura com a pintura da “mão de couve”; Cookie de banana com aveia e “caça aos vegetais”; Bolo de beterraba e “corre-cotia” com os vegetais já trabalhados; Brigadeiro de chuchu (sem adição de leite condensado) e a confecção das “bolinhas” da massa pelas próprias crianças, juntamente com a explicação do consumo moderado da receita. A finalização do Projeto ocorreu com a participação dos pais e/ou responsáveis com a degustação de algumas receitas preparadas durante

o Projeto e a entrega do “Caderninho de Receitas” confeccionado com todas as receitas preparadas e os trabalhos manuais de cada criança. Ressalta-se que as receitas foram preparadas pelas merendeiras a fim de fomentar seu preparo no dia a dia. As atividades de EAN foram realizadas em sala de aula na presença das educadoras, como forma de estimular o conhecimento. Foi possível observar participação expressiva das crianças e mobilização dos colaboradores da unidade de ensino em todas as ações. As atividades implementadas foram adequadas para a faixa de idade e as mensagens nutricionais foram memorizadas, fato constatado ao final de cada ação a partir de questionamentos sobre o que aprenderam naquele momento. A maioria das crianças degustaram as preparações oferecidas e associaram ao alimento in natura apresentado (por exemplo, Beterraba x Suco de beterraba), estratégia utilizada para despertar o interesse e estimular o consumo. Estratégias de EAN iniciadas desde os primeiros anos de vida podem propiciar um cenário favorável para a adoção de hábitos alimentares saudáveis. O ambiente escolar destaca-se neste processo tendo em vista a possibilidade de agregar novos conhecimentos para educadores, crianças e familiares. De forma geral, experiências como esta podem contribuir, especialmente quando implementadas de forma contínua de acordo com o estágio de vida, para a promoção da saúde, prevenção de doenças e para a autonomia dos indivíduos em relação as escolhas alimentares.

PROJETO DE INTERVENÇÃO: MAPEAMENTO DO TERRITÓRIO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS III ITAIM BIBI

Paula Francinelle de Medeiros Paiva, Sônia Barros, Ana Luisa Aranha e Silva, Adalberto

Lamerato Costa, Juliana Tedim de Almeida, Jessica Liz da Silva Carvalho, Mateus Elias Abumanssur, Jussara Carvalho dos Santos

Palavras-chave: Território, Saúde Mental, Mapeamento virtual, Redes de atenção

O Sistema Único de Saúde (SUS) é composto por princípios transformadores como o acesso universal à saúde, a integralidade e a equidade. Este está submetido a uma lógica territorial, que visa à organização das redes de saúde. O território é composto por aspectos de ordem física e geográfica, mas também por uma base humana. Ele é dinâmico e se modifica nas relações com os indivíduos e à medida que se apropriam desse. Para o trabalho em saúde a apreensão e compreensão do território sinalizam uma etapa primordial para a caracterização da população e podem ser vistas como um instrumento de produção de conhecimento, de ação social e mesmo de intervenção na saúde. Historicamente, na atenção a pessoas com sofrimento mental, a função dos manicômios foi de manter seus pacientes afastados e isolados da sociedade, defendia-se que esse afastamento era uma forma de tratamento. Com a reforma psiquiátrica, e após críticas duras ao modelo manicomial, são propostas modificações na atenção a essas pessoas, no sentido de inseri-las na sociedade. A lei 10.216/2001 estabelece que o tratamento tenha por finalidade o cuidado em liberdade. A Rede de Atenção Psicossocial, como componente do SUS, tem sua ênfase em serviços organizados com base territorial e comunitária e no desenvolvimento de atividades no território. Essa tem como um de seus objetivos a articulação e integração dos serviços. Assim, para a atenção a pessoas com sofrimento mental, a apreensão das várias dimensões do território e a criação de ferramentas que facilitem o acesso a seus recursos possibilitam ao profissional uma melhor apropriação do instrumento

“território” em seu cotidiano de trabalho. O presente trabalho tem por objetivo geral: Criar uma ferramenta que auxilie no acesso aos recursos do território, melhorando as relações transversais entre pessoas e serviços da região. E como objetivos específicos: elaborar um mapa virtual com a abrangência do território, a localização dos serviços e populações em vulnerabilidade territorial; mapear no território de abrangência do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III Itaim Bibi, serviços que ofereçam: espaços de convivência, cultura, aprendizagem, lazer, inclusão pelo trabalho, dentre outros; e instruir os profissionais e usuários do serviço para a utilização da ferramenta. Atualmente o projeto de intervenção está em sua fase inicial: coleta de informações por meio de buscas ativas no território, bases de informação online, bem como relato da equipe e usuários. As informações colhidas serão adicionadas no aplicativo Google Earth, em um mapa com as indicações de limites territoriais do CAPS. Serão disponibilizadas duas versões do mapa: A primeira conterá com informações gerais do território e será disponibilizada para os usuários e profissionais; já a segunda serão acrescentadas informações sobre populações em vulnerabilidade territorial e de usuários do serviço, essa será disponibilizada apenas para profissionais. Ambas as versões serão constantemente atualizadas, conforme mudam as características territoriais. Com essa ferramenta a visualização gráfica da abrangência e da disponibilidade dos recursos do território e a apropriação do espaço social são potencializadas, para os profissionais e usuários.

PROJETO FALANDO SÉRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Paula Gonçalves de Lima Resende, Maria Lucia Calixto Massud, Maria Aparecida Vieira

Palavras-chave: saúde da família, terapia de grupo, vínculo

O Projeto Falando Sério foi criado com o objetivo de estabelecer vínculos e estimular a ajuda-mútua para o desenvolvimento da reestruturação biopsicossocial das pessoas que buscam e/ou necessitam de ajuda, seja por solidão, depressão ou estar atravessando algum momento difícil de sua vida. O Projeto é uma iniciativa dos profissionais da Unidade Básica de Saúde da Família Iracy Coelho, desenvolvida com apoio da equipe multiprofissional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) para realização de reuniões de terapia de grupo, com os moradores da área de abrangência, que buscam apoio na Unidade ou são encaminhados pelos ACS ou outro profissional da equipe, assim como pelos próprios pacientes que fazem parte do grupo. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O grupo foi formado a partir de pacientes e moradores que buscavam ajuda ou relatavam problemas durante os atendimentos dos profissionais da equipe. A base metodológica adotada foi da terapia de grupos, com a participação coletiva dialógico-dialética. Porém, não existe um terapeuta, mas um profissional que conduz as discussões do grupo, denominado coordenador. Da realização da terapia de grupo, surgiu o desenvolvimento de outras atividades pelo grupo, contribuindo ainda mais para a interação e fixação dos membros do grupo, assim como a entrada de novos membros. Os profissionais acreditam que o grupo também é um espaço onde os participantes devem ser valorizados como pessoas humanas e, suas potencialidades devem ser ressaltadas e energizadas, a fim de ajudá-los a superar suas limitações e obter reações para o enfrentamento de situações difíceis. Todos os membros do grupo contribuem com sua própria maneira de pensar e agir, sendo que todos

direcionam suas ações para se apoiarem mutuamente. Portanto, o grupo se constrói através da constante presença de seus elementos e na rotina de suas atividades, na organização de seus encaminhamentos e pelas diferenças entre seus participantes. Durante o desenvolvimento das rodas de conversa outros objetivos são estabelecidos e incorporados pelas próprias necessidades do grupo. Portanto, o coordenador esta sempre sensível para perceber o movimento do grupo e para trabalhar de forma flexível com o que emerge. Efeitos percebidos decorrentes da experiência: As terapias em grupo, associadas a desenvolvimento de atividades manuais, trabalhos com sucata, resultando inclusive na elaboração pelos participantes de uma horta suspensa, permitiu o fortalecimento dos laços dos membros do grupo entre si e dos profissionais da equipe. Fomentando cuidados estimuladores e afetivos na promoção da saúde de seus membros. É nesse sentido, por meio de estratégias como estas que se espera contribuir com o processo de construção de uma assistência mais integral e humanizada. Considera-se, diante disso, que o grupo pode surgir como uma forma de prestar cuidado de forma verdadeiramente holística.

PROJETO RAMA – REDE DE APOIO DOCENTE ASSISTENCIAL À MULHER ADOLESCENTE/JOVEM EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Miriam Peres de Moura, Stella Regina Taquette, Fernanda Graneiro Bastos

Palavras-chave: Saúde, Adolescente, Violência, Mulher, Equipe

A violência contra as mulheres adolescentes e jovens é uma questão multicausal, atravessada por elementos culturais, econômicos, políticos, psicológicos, de

gênero e geracional, caracterizando, assim a sua complexidade e necessidade de respostas diversas e articuladas, envolvendo diferentes atores e instituições da sociedade. As consequências dessa forma de violência, em sua maioria, aparecem nas unidades de saúde. No entanto, percebemos que - por diversos motivos - nem sempre recebem o tratamento adequado, sendo um deles o fato de os profissionais, em geral, não se sentirem habilitados para identificar, acolher e apresentar respostas para esse flagelo social. Esse cenário gera nos profissionais a sensação de imobilidade e impotência e o resultado é, invariavelmente, a perpetuação e agravamento das situações de violência envolvendo mulheres jovens. Tendo esse panorama como pano de fundo, o Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente –NESA/ UERJ, em parceria com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, desenvolveu este módulo de autoaprendizagem, baseado na resolução de casos, que tem como proposta subsidiar as equipes de saúde, que lidam com mulheres adolescentes e jovens, a discutirem e apresentarem estratégias de ação e enfrentamento na interface saúde/violência. O material didático visa estimular as equipes de saúde a encontrarem soluções coletivas de abordagem às situações de violência enfrentadas pelas adolescentes e jovens, sem apresentar respostas prontas e dogmáticas, mas sim reconhecendo que, cada equipe com a rede local, terá condições de elaborar a condução adequada para as diversas situações vivenciadas. Os casos que compõem este material são expostos de forma que exigem a participação da equipe multidisciplinar, a identificação da rede e a integralidade das ações a fim de possibilitar a resolução dos mesmos. Desde 2007 o RAMA vem capacitando equipes multidisciplinares de saúde e a rede intersetorial de proteção, para a identificação, acompanhamento e resolução das situações de violências voltadas para as

adolescentes. Foram 12 capacitações feitas entre fevereiro de 2012 até setembro de 2013, passando pelas cidades de Goiânia (GO), Belo Horizonte (MG), Rio de Janeiro (RJ), Belém (PA), Volta Redonda (RJ), São Luís (MA), Niterói (RJ), São João de Meriti (RJ), Macaé (RJ); Teresópolis (RJ). Com essas capacitações foi possível atingir uma média de 720 profissionais tanto da área da saúde quanto de outras áreas. No ano de 2013 foram realizadas capacitações na cidade de Teresópolis (RJ), Rio de Janeiro (RJ), Rio das Ostras (RJ), Macaé (RJ), Rondonópolis (MT), Coordenadoria de Área Programática 2.2 (RJ), ONG Rio Solidário (RJ), atingindo, aproximadamente, 490 profissionais da saúde e de outras áreas que compõem a rede de enfrentamento as situações de violência. No ano de 2014, foram realizadas capacitações no Município de Iguaba (RJ) e em parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro foram capacitados profissionais que atuam na rede de proteção e assistência. Totalizando aproximadamente 100 profissionais.

PROJETO RONDON/MS NA HUMANIZAÇÃO DO ACOLHIMENTO EM LADÁRIO/MS

Luis Eduardo Silva Ormonde, Maira Thaís Haro Rossini, Daniely Francely de Lucca Vanoni, Isabella Beatriz Gonçalves Lemes, Rafael Kanji Nakamura

Palavras-chave: humanização, serviço de saúde, teatro, Projeto Rondon/MS

APRESENTAÇÃO:O Projeto Rondon/MS é composto por acadêmicos das universidades do MS e suas ações no município de Ladário/MS ocorreram entre julho e agosto de 2015. A Equipe da Saúde era composta por acadêmicos de medicina e enfermagem, que realizaram diversas intervenções no município. A Humanização

do cotidiano do serviço foi trabalhada na forma de teatro, sob o nome “Sou importante e integro uma equipe”, realizada em todas as Unidades Básicas de Saúde e no Núcleo de Controle de Zoonoses. O objetivo foi promover a reflexão de como a atuação individual do profissional compõe a rede e a importância da valorização do trabalho em equipe para o bem-estar da população. DESENVOLVIMENTO A ação teve início com a apresentação de um vídeo em que eram exibidas notícias sobre a falta de humanização no SUS e seus impactos. Em seguida, foi apresentada uma peça de teatro, constituída por três cenas. Na primeira, foi trabalhado o acolhimento realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e técnicos de enfermagem a um paciente idoso que chega à UBS. Os acadêmicos fizeram o papel dos profissionais e um dos trabalhadores se voluntariou para representar o paciente. Foram retratadas duas situações hipotéticas: a primeira demonstrava o descaso e falta de cuidado dos profissionais e a segunda foi elaborada após uma discussão realizada com os profissionais; assim eles construíram uma cena mostrando atitudes que deveriam ser praticadas para a realização de um acolhimento humanizado. A segunda cena representava uma visita domiciliar de um ACS a uma gestante que não conhecia os serviços da UBS e que se mostrava resistente a qualquer intervenção. Novamente, houve duas situações, a primeira mostrando o descaso do profissional com a usuária e, em seguida, discutiu-se como poderia ser realizado um melhor atendimento, para então construir aquilo que seria o ideal para aquele caso. Prosseguiu-se com a terceira cena, representada pelo papel do médico, ACS e do enfermeiro na reunião de equipe, também nas duas situações, a primeira de descaso e falta de comunicação, e a segunda reorganizada de acordo com as sugestões pós-discussão. Por fim, foi realizada uma

dinâmica de grupo baseada numa canção criada no Projeto Rondon/MS chamada “Eu preciso de você” e, em seguida, foi elaborado em conjunto um cartaz que perguntava “O que eu posso fazer para realizar um bom acolhimento?” e as respostas eram dadas pelos próprios trabalhadores. O cartaz foi fixado na parede da UBS para que toda a dinâmica fosse lembrada a cada atendimento realizado. IMPACTOS:O público atingido foi de aproximadamente 50 pessoas, incluindo funcionários e pacientes. CONSIDERAÇÕES FINAIS:A valorização do ser humano e um acolhimento que traga dignidade ao usuário são peças fundamentais para todo o funcionamento da rede do SUS. Portanto, faz-se necessária constante discussão para que se possa aprimorar o cuidado próprio para cada realidade, considerando seus aspectos socioculturais. Dinâmicas participativas que incluam os profissionais no seu desenvolvimento representam a importância do papel de cada um e a força do trabalho da equipe multidisciplinar.

PROJETO SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS (SPE)

Ana Beatriz Carneiro Ferrari, Janaina Souza

Relato de Experiência Apresentação O projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) é uma ação do Programa Saúde nas Escolas, projeto de Política Pública que tem a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da Rede Pública Municipal e Estadual de Educação Básica, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. O objetivo desse projeto é a redução de gravidez na adolescência, das infecções causadas por DST's, e o conhecimento da prática do sexo seguro e métodos contraceptivos Na Universidade foi oferecida uma Capacitação do Projeto, que visa formar Multiplicadores de Orientações do SPE e realizar ações de promoção

na saúde sexual dos adolescentes. As atividades foram desenvolvidas em forma de gincanas e Oficinas, que envolviam DST's, Orientação Sexual e Contraceptivos, com intuito de capacitar o acadêmico para que futuramente, essas Oficinas sejam aplicadas em escolas. As oficinas são todas bem elaboradas e dinâmicas, sempre voltadas para a idade do adolescente. As atividades elaboradas abordam temas atuais e relevantes e até mesmo polêmicos, isso faz com que o estudante quebre paradigmas, abra a mente, descubra curiosidades, reflita sobre preconceitos e tenha uma ampla visão sobre esse assunto que já foi muito debatido. O SPE utiliza materiais como cartilhas, balões, cartazes, revistas e dinâmicas de impacto emocional, sempre criando um vínculo com o estudante, com intuito de capacitar o mesmo. Essa ação em sua totalidade busca, orientação, igualdade e uma diminuição nos índices de infecções causadas por DST's e também a redução da gravidez na adolescência. Resultados: A capacitação impacta na questão de levar a uma indagação de certos paradigmas que já estão pré-estabelecidos na sociedade ou até mesmo na sua própria casa, quebrando ideias impostas. Despertou o interesse em participar do programa na realização de palestras nas escolas e propor as gincanas para os estudantes, voltadas para a prevenção e a educação na saúde dos adolescentes. Considerações Finais: Pudemos notar que hoje os adolescentes e as crianças crescem com um pensamento que muitas vezes reprime sua vida sexual, por ensinamentos precipitados e por modelos que são impostos pela sociedade na qual convivem. A implantação desse projeto nas escolas públicas em parceria com as universidades promovendo os ensinamentos através de simples gincanas deixa o estudante mais à vontade para realizar perguntas e esclarecer dúvidas que muitas vezes não podem ser resolvidas pelos pais, pois podem existir

certas tradições que os proibam. Além disso, a capacitação desencadeia o processo de um projeto continuado, aprimorando assim o nosso conhecimento e produzindo novas concepções para dar continuidade à promoção e prevenção da saúde dos adolescentes.

PROMOÇÃO À SAÚDE DE RECLUSOS EM UMA UNIDADE DE REGIME FECHADO – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Paula Gonçalves de Lima Resende, Jandira Maria Bandeira

Palavras-chave: Promoção da saúde, Prisões, cárcere, educação em saúde

APRESENTAÇÃO: As condições de confinamento em que se encontram as pessoas privadas de liberdade são determinantes para o bem-estar físico e psíquico. Ao adentrarem nos estabelecimentos prisionais, as pessoas trazem problemas de saúde, vícios, bem como transtornos mentais, que são progressivamente agravados pela precariedade das condições físicas, estruturais e de saúde das unidades prisionais. Diante dessa problemática, o presente estudo teve como objetivo implementar oficinas para o desenvolvimento de atividades multidisciplinares de ressocialização, lúdicas e terapêuticas, para promoção à saúde dos reclusos. Descrição da Experiência: Trata-se do relato de uma experiência exitosa de implementação de oficinas multidisciplinares na Unidade de Regime Fechado número 01 em Rio Branco no Acre. As oficinas foram sistematicamente executadas segundo o Plano de Ação elaborado para o público-alvo de 300 (trezentos) reclusos de dois alojamentos dos seis existentes na unidade. Para a implementação foi necessário a aprovação do plano de ação pela diretoria da unidade,

seguida da apresentação e sensibilização da equipe multiprofissional, para apoio e manutenção do projeto. As oficinas foram implantadas em 5 etapas: artesanato e atividades manuais rodas de leitura e de conversa, atividades cênicas, exposição dos produtos confeccionados pelos internos para familiares e sociedade, comemoração das datas festivas intramuros. As oficinas foram planejadas com base nas atividades sócio-ludo-terapêuticas, que consistem na psicoterapia através do lúdico, das brincadeiras, jogos, recreação, entre outras. E para sua execução foram envolvidos os profissionais da equipe e utilizados cartazes, materiais escolares, recicláveis e de artesanato, livros, dentre outros recursos metodológicos, disponibilizados pela direção mediante aprovação do projeto. **RESULTADOS:** Os principais impactos decorrentes da implementação das oficinas foram: superação da solidão durante as atividades lúdicas, redução no número de reclusos que tomavam medicação controlada inerente ao cárcere, diminuição dos conflitos no interior das celas, renda extra oriunda das vendas dos produtos fabricados pelos internos. A principal conquista foi a oportunidade de remição da pena, deferida pela Vara de Execuções Penais de Rio Branco, através da participação dos reclusos nas oficinas de artesanato e de leitura. A partir desta determinação os reclusos passaram a assinar fichas de frequência e terem direito a remição de suas penas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A implantação de programas ou projetos de atendimento psicossocial nas unidades prisionais contribui para a prevenção e redução dos agravos psicossociais decorrentes da situação de confinamento e proporcionam ao recluso oportunidade de refletir sobre suas potencialidades individuais para atingir propósitos futuros, frente às condições adversas vividas no interior da prisão.

PROMOÇÃO DE PASSEIOS A USUÁRIOS DE UM SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO NA ESTRATÉGIA DE REINserÇÃO SOCIAL

Neusa Beatriz Barcelos de Farias, Salete Paula de Moura Bre, Carina Lima Ferreira, Bibiana de Oliveira Pavim, Luciana Barcelos Teixeira

Usuários adultos egressos de longas internações psiquiátricas necessitam de atenção integral em saúde para a sua reinserção social. Nesse contexto, o Serviço Residencial Terapêutico Nova Vida (SRT) de Porto Alegre é um serviço da Secretaria Municipal de Saúde que acolhe esses usuários em sofrimento psíquico, oferecendo uma moradia de caráter temporário com o objetivo de promover autonomia e independência para a adaptação pós tratamento psiquiátrico. Para potencializar a autonomia dos usuários deste serviço e, conseqüentemente, facilitar a reinserção social, vimos a necessidade de criar espaços que possibilitassem a promoção do cuidado para além dos limites da casa. Deste modo, em parceria com a coordenação do SRT, nosso trabalho consistiu em promover passeios aos moradores desse serviço terapêutico. Para a realização dos passeios, foram realizadas assembleias com os usuários em que eles puderam manifestar sua autonomia através da escolha dos lugares que gostariam de visitar. Após a assembleia, a equipe se reuniu para definir as datas dos passeios e contatou ao LABIN (Laboratório de Integração Universidade e Sistema Locorregional de Saúde) que em parceria com o CoorSaúde - UFRGS (Coordenadoria da Saúde – Universidade Federal do Rio Grande do Sul) disponibilizou o transporte dos moradores, dos servidores e da equipe responsável pela realização do trabalho. O projeto proporcionou uma boa interação entre moradores e

trabalhadores, conhecimento de outras realidades, construção de novos objetivos, convivência com novas pessoas e, além disso, tornaram os momentos de lazer uma ação de promoção de cuidado. Foi notável a melhora do estado de espírito dos usuários, principalmente pelo passeio ter desviado a atenção da doença e ter proporcionado a motivação para o recomeço. Em princípio, não pudemos mensurar a efetividade em longo prazo de nossas ações na vida do morador. Futuramente, com o fortalecimento do vínculo terapêutico dos usuários para com o serviço, poderemos observar o impacto que o nosso trabalho gerou na qualidade de vida de cada um.

PROMOÇÃO DE SAÚDE MENTAL DOS PRIVADOS DE LIBERDADE DA PENITENCIÁRIA FEDERAL EM CATANDUVAS/PR, 2014

Deciane Mafra, Angela Cristina Rocha Gimenes

Palavras-chave: saúde mental, promoção de saúde, presos, penitenciária federal

Os principais problemas referentes à saúde mental dos presos custodiados na Penitenciária Federal em Catanduvas/PR são o grande número de queixas de sintomas de insônia e ansiedade, além da grande quantidade de prescrição de psicotrópicos. Este projeto de Intervenção teve inicialmente o objetivo de desenvolver um grupo como estratégia de promoção à saúde mental do sujeito preso, a fim diminuir as queixas relacionadas à saúde mental e reduzir o uso de medicamentos psicotrópicos. No entanto devido às exigências de segurança, as atividades rotineiras da unidade (trabalho, estudo, visitas, audiências e atendimentos de saúde) somadas à falta de efetivo de agentes penitenciários não foi possível a realização do grupo. Dessa forma, foi realizado um estudo para verificar

se as atividades de trabalho e estudo formal realizadas pelos presos possuem impacto na saúde mental. De acordo com o Ministério da Saúde, estima-se que pelo menos 21% da população brasileira faz uso ou necessitarão alguma vez na vida, de atenção e atendimento nos serviços de saúde mental, e que 3% da população sofrem de transtornos mentais graves e persistentes. O Sistema Federal possui uma grande rigidez na disciplina, promove o isolamento do sujeito tanto dentro da penitenciária como das suas relações sociais e conseqüentemente afastamento dos seus vínculos afetivos. Tudo isso tende a impactar na saúde física e emocional do sujeito. Este levantamento foi realizado através dos requerimentos escritos pelos presos, prontuários, SIAPEN (Sistema Integrado de Administração Penitenciária) e entrevista com alguns profissionais da equipe de saúde da penitenciária. Em relação ao uso de psicotrópico 50% dos presos que participam de atividades de estudo formais ou trabalho fazem uso da medicação, mesma porcentagem dos presos que não estão inseridos em nenhuma atividade. No entanto de acordo com relato dos profissionais de saúde, há uma diminuição das queixas e solicitações de atendimentos dos presos que trabalham ou estudam. Dessa forma, foi possível perceber que a participação dos presos nas atividades de estudo e trabalho podem promover a saúde mental dos presos.

PROMOVENDO SAÚDE COM ARTE NA OFICINA CUIDANDO DAS LOBAS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Ariane Silva Mendonça, Cássia de Paula Pires, Aline dos Santos Gasparetto, Kaio Guilherme Campos Paulo, Mayara Ferreira da Silva, Gabriela Piazza Pinto, Márcia Cristina Lorenzetti, Priscila Maria Marchetti Fiorin

Palavras-chave: saúde mental, oficina terapêutica, reforma psiquiátrica

APRESENTAÇÃO: Desde a Reforma Psiquiátrica acompanhamos uma nova contextualização das pessoas com transtornos mentais. Assim, este novo modelo de atenção à saúde destes, abordam um tratamento holístico, retirando a doença do foco principal, trazendo a superfície as questões biopsicossociais, e trabalhando com os relacionamentos desenvolvidos, tanto afetivos, familiares e sociais, como os comunitários. Portanto as oficinas terapêuticas desenvolvidas dentro dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) permitem que os pacientes projetem seus conflitos pessoais por meio de atividades artísticas valorizando o seu potencial criativo e expressivo, fortalecendo sua autoestima e autoconfiança. Pensando nisso, a Liga de Saúde Mental em Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (LASME) em parceria com a enfermeira do CAPS promove saúde fazendo arte em uma oficina com o nome “Cuidando das Lobas”. Esta oficina proporciona um espaço de construção de atividades manuais e conversas sobre saúde, contribuindo na melhora das pacientes. **METODOLOGIA:** O “Cuidando das Lobas” ocorre uma vez por semana, em um CAPS II em Campo Grande MS. Composto por mulheres acima de 45 anos que se encontram no período do climatério ou menopausa. Seu objetivo é desenvolver trabalhos manuais, associados à orientações sobre o período em que as pacientes se encontram no ciclo vital. Iniciamos com 08 encontros com atividades de ponto cruz e conversas sobre menopausa, climatério e sexo na melhor idade. Alguns encontros fazendo aparadores feitos de jornal e falando sobre, mitos e verdades da hipertensão arterial e qualidade de vida. Também foi realizada uma aula prática sobre alimentação saudável e uma

dinâmica sobre superação da depressão. **RESULTADOS:** Promover saúde fazendo arte trouxe uma nova forma de pensar e agir na saúde mental, reintegrando o indivíduo ao convívio social, possibilitado um espaço de produção e sustentabilidade. Acompanhar o grupo durante quatro meses possibilitou a percepção na melhora do convívio social, na evolução da autonomia tanto nas escolhas das cores, como na participação das conversas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Assim como em outras oficinas terapêuticas, o “Cuidando das Lobas” permite que as pacientes possuam um espaço de socialização, interação, reconstrução e reinserção social, através de sua liberdade de expressão artística, lidando com seus medos e inseguranças e trocando experiências que melhoram sua saúde mental.

PROPOSTA DE AMBIÊNCIA NO ATENDIMENTO À CRIANÇA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tháís Mity Shirado Michels, Caroliny Oviedo Fernandes, Ana Helena de Souza Garcia, Danilo Oliveira França de Nazareth, Karina Morais Carvalho, Camila Nunes Ibanez, Cristina Brandt Nunes, Maria Auxiliadora de Souza Gerk

Palavras-chave: Saúde da criança, Enfermagem Pediátrica, Humanização

Apresentação: A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde. O ambiente é uma ferramenta capaz de favorecer a humanização dos serviços de saúde (FREITAS, et al., 2013). Com a finalidade de promover a assistência humanizada, a qual busca entender pessoa em sua singularidade e com necessidades específicas (FORTES,

2004), elaborou-se estratégias que venham proporcionar a “ambiência”, que se refere à mudanças no espaço físico de um local, favorecendo a otimização de recursos, promovendo o conforto, e um atendimento acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2013). Considerando a atenção básica como a principal porta de entrada aos serviços de saúde, faz-se necessário um atendimento humanizado que, atualmente, enfrenta problemas no que se refere à formação de vínculos. Concomitante a isso, evidencia-se que os ambientes para a realização do acolhimento e atendimento aos usuários pelo profissional de saúde são escassos. Assim, a atenção à criança é comprometida pela falta de ambientes adequados, podendo dificultar o estabelecimento de relações saudáveis (MONTEIRO et al., 2012).
Objetivos: Oferecer às crianças atendidas em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) um local específico para brincarem e socializarem e, oportunizar um ambiente que estimule o desenvolvimento infantil no consultório de consultas de enfermagem pediátrica.
Descrição Metodológica: Este trabalho fez parte de um projeto de extensão, denominado “Perspectivas de cuidado na saúde da criança, do adolescente e da família”, realizado em 2014. Como uma das propostas do projeto, entre os dias 27 e 28 de novembro, acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, criaram e montaram um ambiente lúdico, utilizando um espaço de aproximadamente seis metros quadrados na recepção da UBSF. O local foi decorado com adesivos animados e contou com brinquedos, prateleiras com livros, giz de cera, folhas sulfite, “televisão que conta histórias”, mesa com cadeiras, tapete, um baú para guardar brinquedos e placas informativas, sendo o material adquirido por financiamento próprio. Além disso, o consultório em que as crianças

eram atendidas durante as consultas de enfermagem foi adequado de acordo com a faixa etária em que se encontravam. Resultados: O projeto proporcionou aos acadêmicos a vivência da implantação do acolhimento e humanização voltada para a clientela infantil. Por meio dos espaços elaborados, percebeu-se a aprovação e satisfação das crianças, pais e familiares, bem como da equipe multiprofissional. Considerações Finais: O acolhimento e humanização realizados de forma efetiva vêm contribuir para o alcance dos princípios propostos pelo SUS, proporcionando às crianças um ambiente acolhedor, oferecendo brincadeiras e socialização, com o alívio do medo e tensão. Além disso, esse espaço possibilita aos profissionais da UBSF um ambiente no qual a abordagem à criança se inicia antes dos diversos atendimentos realizados, favorecendo a formação de vínculo com a criança e melhoria na qualidade do cuidado, possibilitando a realização da avaliação inicial desta por meio da observação de sua forma de interagir com o ambiente e com outras crianças.

QUE ATUAÇÃO POSSÍVEL EM UMA CLÍNICA-ESCOLA DESCONECTADA DO SUS?

Taís Bleicher

Palavras-chave: Território, Extensão Universitária, Clínica-Escola

Este trabalho é um relato de experiência a partir do projeto “Clínica psicanalítica de crianças e adolescentes com transtornos graves de desenvolvimento”, vinculado ao departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará – UFC – e realizado no espaço de sua clínica-escola, em parceria com o Centro de Referência à Infância – INCERE. Busca-se tratar especificamente da

(in) possibilidade de atuação territorial em Saúde no modelo de extensão universitário, desconectado do Sistema Único de Saúde – SUS. A recente vinculação dos cursos de graduação de Psicologia ao âmbito sanitário, vinculando-o às diretrizes do Ministério da Saúde, teve forte impacto sobre o perfil dos cursos recém-criados de graduação em Psicologia em todo o território nacional, já que os obrigava à vinculação ao SUS, especialmente, por meio de suas práticas. Entretanto, não foi dado prazo para que os cursos criados antes de tal determinação se adequassem ao novo modelo. Cursos de maior tradição histórica no cenário do ensino de Psicologia permaneceram alheios às mudanças necessárias à formação concatenada às políticas públicas atuais, como é o caso da Universidade Federal do Ceará, que permanece com formação desvinculada das políticas públicas. Nesse cenário, foi criado o projeto de extensão citado. Inicialmente, buscou-se atender crianças e adolescentes inscritos na própria clínica-escola de Psicologia da UFC, ampliando posteriormente o atendimento para o público dos dois Centros de Atenção Psicossocial infantis de Fortaleza, que estavam sem acompanhamento terapêutico. Atualmente, o projeto também recebe encaminhamentos da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social – STDS. Embora o projeto funcione como um bom ambulatório para aqueles que possuem meios de chegar ao local de atendimento, a desvinculação organizacional e estrutural em relação à rede sócio sanitária gera reflexões sobre o modelo de extensão universitária, seu formato de prestação de serviços e as dificuldades de uma clínica não territorial, apartada da equipe interdisciplinar que pode atuar nas dificuldades que se manifestam na comunidade de origem do paciente.

RECONHECENDO AS POTENCIALIDADES JUVENIS – PROCESSO DE SELEÇÃO DO RAP DA SAÚDE NA SMS/RJ

Cristina Alvim Castello Branco, Patricia Mondarto, Marcio Baptista, Cristina Boaretto, Marcus Vinicius

Palavras-chave: jovens e adolescentes

APRESENTAÇÃO: O objetivo da Rede de Adolescente e Jovens Promotores de Saúde - RAP da Saúde é promover a saúde dos adolescentes e jovens potencializando o protagonismo juvenil, em articulação com a atenção primária e dispositivos intersetoriais. Em 2015, visando à institucionalização do RAP da Saúde na Secretaria Municipal de Saúde do RJ, foi realizada chamada pública para selecionar 190 jovens entre 14 e 24 anos, e inseri-los no processo de formação de Jovens Promotores da Saúde. Foram recebidas mais de mil inscrições. A seleção foi realizada em duas etapas: Etapa eliminatória, avaliação curricular e carta de intenção; etapa de entrevistas individuais. Este trabalho propõe refletir sobre as entrevistas dos jovens promotores de saúde a partir da incorporação do conceito de vulnerabilidade, considerando a importância do jovem experimentar em seu cotidiano práticas de promoção da saúde e atitudes de redução de vulnerabilidades. METODOLOGIA: Foram realizadas 640 entrevistas individuais por técnicos de várias categorias que, com seus saberes e vivências, se propuseram a escutar os jovens. Foi elaborado um questionário semi-estruturado contemplando questões relacionadas à habilidade em lidar com situações interpessoais, desenvoltura social, capacidade de autocontrole. Foram selecionados jovens que vivenciavam riscos e reconhecidos pelos técnicos com potencialidades para o desenvolvimento do enfrentamento das vulnerabilidades

e de estratégias de solidariedade. RESULTADOS: Instigadas pelas interrogações produzidas pela incorporação da noção de vulnerabilidade nas entrevistas, os técnicos analisaram as práticas de educação em saúde e verificaram que só é possível realizar promoção da saúde quando nos aproximamos dos conteúdos subjetivos dos envolvidos para entendermos suas opiniões e também para reconhecermos os recursos internos de cada sujeito e de suas possibilidades de desenvoltura. Basta escutar, acolher e intervir a partir das suas demandas, para construir, junto com os jovens, estratégias de promoção da saúde e adoção de atitudes protetoras frente aos contextos de riscos. CONSIDERAÇÕES FINAIS - Nesta aproximação entre técnicos e jovens, ouvimos o que os faz sofrer, a falta de lazer, a violência, a falta de condições favoráveis para viver. Entretanto, apesar de tantas adversidades, é em parceria com os jovens que podemos realizar ações afirmativas definidas a partir da noção de cuidado como encontro entre sujeitos com suas histórias, dificuldades, saberes, laços afetivos.

REDE DE ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL PARA O CUIDADO EM SAÚDE NO BAIRRO CANYON (CAXIAS DO SUL)

Gabriel Trevizan Correa, Fábio Zatti, Jaqueline Silva de Oliveira, Carolina Pompermaier, Guilherme Endres Cuccarolo, Suzete Marchetto Claus

APRESENTAÇÃO: O núcleo de Sub Habitação Canyon existe há aproximadamente 20 anos. Localizado na região norte do município de Caxias do Sul, é formado por cerca de 675 famílias, compondo um total de 2885 moradores. A comunidade é constituída por grupos sociais em situação de vulnerabilidade, como por exemplo, pessoas abaixo da linha da pobreza, idosos, baixas escolaridade e qualificação para o mercado

de trabalho e alta incidência de problemas relacionados à sexualidade (início da vida sexual precoce, gravidez na adolescência e DSTs), além de portadores de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, e distúrbios psiquiátricos. Os equipamentos sociais da comunidade são escassos e as condições de saneamento básico e moradia são precários: não há escola de educação infantil nem de ensino fundamental no território, tampouco Unidade Básica de Saúde e áreas de lazer; parte do esgoto é a céu aberto e há diversas residências em situação de risco estrutural. O propósito deste trabalho é apresentar a experiência do Grupo de Articulação Intersetorial do bairro Canyon como pioneiro no município no combate às vulnerabilidades com articulações de rede. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O Grupo de Articulação Intersetorial do bairro Canyon é composto pelas secretarias da Saúde (UBS Vila Ipê), da Educação (escolas da região), da Assistência Social (FAS/CRAS Norte) e da Segurança Pública e Seguridade Social do município, pelo Presidente do Bairro Canyon, Senhor Marciano Correa e por outros órgãos convidados. A Rede existe há 06 anos e seus representantes se reúnem mensalmente na Central de Práticas Restaurativas do Bairro Canyon, nas segundas e quintas-feiras de cada mês, das 08h às 12h. São discutidas as problemáticas dos núcleos familiares em situação de vulnerabilidade e o desenvolvimento de ações conjuntas de melhorias das condições individuais, familiares e locais. Entre os casos, destacam-se: notificações do conselho tutelar, menores em situação de risco ou infratores, necessidades de encaminhamento para benefícios, melhorias na localidade. RESULTADOS: Através do projeto do Grupo de Articulação Intersetorial houve resgate de recursos federais, que entre outros, o curso de formação de Gestores de Processos de Pacificação Social e com isto a

implantação a nível municipal da ferramenta dos Círculos de Cultura de Paz. Outras melhorias em que houve a participação do Grupo foram a pavimentação da principal via de acesso da localidade, canalização parcial do esgoto, encaminhamentos de benefícios, melhorias habitacionais, encaminhamentos multiprofissionais de saúde para atendimentos tanto na Atenção Básica quanto na atenção especializada e atendimento extramuros da equipe da Estratégia Saúde de Família. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Nesta experiência destacam-se os atendimentos coletivos de hipertensos, diabéticos e doentes crônicos, incluindo a prescrição de medicações e solicitação de exames; prevenção e educação em Saúde Bucal; atendimento de crianças com prescrição de suplementação, medidas antropométricas e solicitação de exames de rotina; realização de grupos de adolescentes com temas sobre sexualidade, DSTs e pertinentes ao ciclo vital.

REDE VIVA: DISCUTINDO A PARTICIPAÇÃO SOCIAL COM SUJEITOS USUÁRIOS DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO RECIFE (PE)

Karl Marx da Nóbrega Cabral, Casiana Tertuliano Chalegre

Palavras-chave: Participação Social, Luta Antimanicomial, Grupos

APRESENTAÇÃO: A mudança de paradigma da Saúde Mental brasileira, esta pautada em conceitos que garantem a liberdade, a autonomia, o respeito, a diversidade, a participação social e o enfrentamento a preconceitos e práticas repressoras de subjetividade destes na vida cotidiana da sociedade comum. Este novo modelo busca superar o anterior, compreendendo a necessidade de se estruturar uma rede de serviços intersetoriais de base comunitária

responsável por buscar, junto ao usuário e equipe interdisciplinar, e por meio de diversas ferramentas, ressignificar ou buscar novos significados para a vida. Observando a importância de uma estrutura de ocupações significativas e de valia para os mesmos, que possam estar relacionadas às demandas de trabalho, lazer, educação, participação social, entre outros. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Os grupos são ferramentas importantes de trabalho nestes serviços, principalmente após o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Estes variam desde a metodologia aos temas abordados, partindo de acordo com as necessidades mais evidentes e incisivas de um determinado território. O grupo proposto e apresentado neste trabalho fora realizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade do Recife (PE), idealizado pelos autores deste resumo. O grupo fora articulado de forma a ser semi-aberto, porém, houvera um planejamento e discussão do perfil dos usuários e participantes. Fora organizado em sete encontros, objetivando, concretamente, a construção de um mapa coletivo personalizado de acordo com a rede social dos participantes, apontando e apresentando dispositivos, lugares, espaços de caráter de saúde, trabalho, religioso, de lazer, cultural, e de outras atividades do cotidiano. RESULTADOS: Durante o processo, fora trabalhado com os participantes a importância da existência de uma rede estruturada e significativa para a contribuição de cada espaço para cada sujeito, estimulando a participação dos mesmos. Com uma abordagem participativa, a construção do mapa se estruturou em etapas. Os terapeutas ocupacionais facilitadores da atividade, propuseram que a princípio os participantes listassem estes ambientes e que se construísse um mural visível a todos em todos os encontros, por onde o grupo se basearia para a construção propriamente do mapa. Após esta primeira

etapa, os participantes se organizaram de acordo com suas habilidades e saberes para representarem estes espaços utilizando como material: lápis comum, régua, cartolina, lápis de colorir e folhas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** No fechamento do grupo, foram discutidos junto de outros atores e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre todo o processo desenvolvido, as frustrações, dificuldades, soluções e resultados atingidos com a proposta.

REDUÇÃO DAS PRECAUÇÕES DE CONTATO APÓS EDUCAÇÃO CONTINUADA NO COTIDIANO DO SERVIÇO

Cynthia Adalgisa Mesojedovas de Aguiar, Evellyn Jaqueline da Silva Ujje, Luciene Rodrigues dos Santos, Eliane Oliveira França, Alexandra Pereira da Rosa, Gleyce Correa Gabilane, Priscilla Alexandrino de Oliveira, Sonia Aparecida Monteiro Ferreira

Palavras-chave: vigilância, educação continuada, prevenção

Na cadeia epidemiológica da transmissão as fontes incluem pacientes, profissionais de saúde, familiares e visitantes. A forma de transmissão é o elemento mais importante na cadeia epidemiológica, portanto o controle de práticas assistenciais são ferramentas importantes no conjunto de medidas para prevenção e segurança. É essencial conhecer e aplicar as medidas preventivas, que sejam facilmente compreendidas e acessadas por toda a equipe envolvida na assistência ao paciente. O objetivo foi reduzir os casos de precaução de contato através da educação continuada nas unidades de terapia intensiva e pronto socorro de um hospital de grande porte com 640 leitos, entre esses 90 leitos de unidade de terapia intensiva (UTI). O desenvolvimento do trabalho iniciou com

a vigilância ativa dos casos de precaução de contato por bactéria multirresistente através da prescrição diária de enfermagem, sendo instituídas 74 no mês de julho de 2015. Diante do número elevado, comparado aos seis meses anteriores, o serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH) agendou com as unidades de terapia intensiva e pronto socorro a realização de educação continuada in loco sobre o tema. O SCIH realizou durante quatro dias, nos períodos da manhã, tarde e noite a discussão e apresentação de medidas como higiene das mãos, transmissão cruzada, precaução padrão, uso de equipamentos de proteção individual, cuidados na manutenção de cateteres vasculares e vesicais. Todos os itens seguem as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Após essa experiência observamos uma queda significativa nos casos de precaução de contato no mês seguinte, sendo instituídas 49 precauções de contato no mês de agosto de 2015, totalizando 25 casos a menos que no mês anterior. Também foi encontrado o efeito positivo da educação continuada em conjunto com a equipe assistencial. A redução dos casos evitou a transmissão de microrganismos entre os pacientes, o que colabora com a segurança do paciente.

REFLEXÕES CRÍTICAS SOBRE ATIVIDADE DE ENSINO EM IMUNOLOGIA APLICADA À ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DOS ESTUDANTES

Crislaine Xavier de Azevedo

Palavras-chave: ensino em saúde, imunologia, enfermagem

INTRODUÇÃO: O exercício da reflexão crítica no processo de aprendizagem em espaços da Formação em Saúde proporciona práticas mais contextualizadas, ruptura do paradigma educativo fragmentado e

disponibilizado em disciplina, bem como a possibilidade de avançar além da perspectiva biomédica, ainda hegemônica nos cursos de Saúde. O Curso de Enfermagem, modalidade Bacharelado e Licenciatura, da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, Unidade de Dourados tem ao longo de sua história, estabelecido discussões sobre a estrutura curricular, cenários de aulas práticas e estágio e estratégias de ensino em saúde, fomentando movimentações a partir do seu corpo docente e discente na busca por processos criativos de ensino – aprendizagem - avaliação. **OBJETIVO:** Pretende-se, então, realizar ensaio descritivo e reflexivo sobre uma atividade de ensino realizada na disciplina de Imunologia Aplicada à Enfermagem, inserida na segunda série do currículo, em 2014. Trata-se em discutir sobre a construção do Mapa de Reações Imunológicas, apresentando suas dificuldades e potencialidades a partir da fala de alunas que vivenciaram esse processo. **METODOLOGIA:** Para o percurso desse ensaio, pretendemos descrever a atividade de ensino e as reflexões decorrentes. **RESULTADOS:** A atividade foi realizada inicialmente a partir do conhecimento apreendido em sala de aula e posteriormente, confrontada com outros mediadores didáticos, dentre eles, livros, artigos e diálogo do grupo de alunas com o docente de imunologia. No decorrer do processo, o grupo optou em desenvolver uma televisão em caixa de papelão, a TV Imune, no qual as reações imunológicas foram organizadas em temas, dentre eles: imunidade inata e adquirida, linfócitos T, linfócitos B, sistema imunológico de mucosas, citocinas e sistema complemento, sendo apresentadas manualmente. Através dessa estratégia foi possível, interligar saberes fragmentados, estimular a função da docência em saúde e desencadear espaços em que a criatividade no ensino poderia ocorrer. O processo foi envolto por tentativas

em reunir saberes, realizar a transposição didática e oportunizar o uso da televisão em relação à proposta educativa. As alunas verificaram que à medida que avançava no processo, sua compreensão tornou-se significativa e mais sólida, permitindo ao grupo, mais segurança da escolha realizada. E, também a concretude de um campo da ciência, muitas vezes abstrato, mas relevante para a Enfermagem, o emprego da TV Imune durante a apresentação aos demais alunos, chamou a atenção, instigou aos que assistiam a estudar e entender sobre as reações imunológicas. **CONCLUSÃO:** Este ensaio pretendeu contribuir ao apresentar uma atividade de ensino de imunologia na formação de um profissional de saúde – enfermeiro (a) e também docente, não apenas crítico e reflexivo, mas criativo e capaz de contextualizar saberes muitas vezes abstrato, para o cenário de práticas de ensino e de cuidado em saúde.

REIKE COMO PRÁTICA DE ASSISTÊNCIA NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO A SAÚDE DO TRABALHADOR

Janaina Carneiro de Camargo, Jaqueline Veschenfelles, Lucimare Ferraz, Solange Cardozo Daneluz, Letícia de Lima Trindade, Evanise Rodrigues Reis

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem, Saúde do Trabalhador, Práticas Integrativas e Complementares

INTRODUÇÃO: Este estudo trata-se de um relato de experiência durante a prática assistencial de enfermagem realizada no Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó-SC. A prática foi desenvolvida no Serviço de Atenção a Saúde do Trabalhador (SAST) no município de Chapecó, visando à assistência de enfermagem por meio das Práticas

Integrativas e Complementares (PIC). É importante reconhecer esta demanda dos trabalhadores em estado de adoecimento para pensar em serviços e atividades que auxiliem na sua reabilitação. Além disso, a enfermagem visa o cuidado integral, e ao utilizarmos o Reiki, amplia as possibilidades do cuidado nesta ótica, sendo fundamental perceber que diferentes profissionais podem contribuir nessa reabilitação e potencializar e implantar novas atitudes. OBJETIVOS: relatar a experiência de uso do Reiki em trabalhadores do SAST. METODOLOGIA: no primeiro semestre de 2015 desenvolveu-se a prática assistencial de cuidado em um grupo já formado, com trabalhadores selecionados pela coordenadora do SAST, totalizando 11 participantes com idades de 30 e 54 anos, chamados Consciência, Corpo e Mente. Os encontros aconteceram às sextas feiras, das 08h às 10h, totalizando dez encontros. A prática do Reiki era realizada ao final dos encontros de forma coletiva, a fim de restaurar e cuidar integralmente, proporcionando o completo equilíbrio energético melhorando a qualidade de vida dos trabalhadores. Eram distribuídos colchonetes a todos os participantes para que deitassem e relaxassem; o primeiro momento era iniciado com o estudo dos princípios do Reiki, e a seguir era aplicada a imposição das mãos de forma individual por profissionais previamente qualificados. RESULTADOS: a prática assistencial ampliou o processo de autocuidado nos trabalhadores, e os benefícios descritos pelos participantes incluem a geração de estado de relaxamento, tranquilidade, além de menor confusão mental após o Reiki. Os trabalhadores relataram que o Reiki auxiliou a adaptação às demandas estressantes do seu ambiente ocupacional. Durante o desenvolvimento verificou-se que, através do Reiki houve diminuição da intensidade da dor, do quadro depressivo, e aumento da autoestima melhorando a

qualidade de vida dos trabalhadores. O autocuidado proativo é uma estratégia capaz de prevenir o adoecimento, pois esta prática é uma modalidade curativa corpo/mente que visa auxiliar no restabelecimento do sistema energético corporal, por estimular os processos de cura natural do organismo. Além disso, observou-se no grupo a cumplicidade e a união. O Reiki facilitou o processo de comunicação entre as pessoas. Desse modo, a prática foi um caminho de auxílio ao grupo; para explorar, descobrir e principalmente entender seus sentimentos e emoções, ampliando a autoestima, reduzindo a ansiedade e melhorando a qualidade de vida; além de ampliar o conhecimento proporcionando o desenvolvimento social e emocional. Compreendemos que o desenvolvimento dessa prática contribuiu com a assistência ao trabalhador no SAST, favorecendo o diagnóstico. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Consideramos que o desenvolvimento dessa prática assistencial, trouxe benefícios a todos os envolvidos. Ressaltamos, ainda que essa experiência ampliasse o autocuidado dos trabalhadores auxiliando-os no desenvolvimento da empatia, respeito, compaixão e sensibilidade.

RELATO DE EXPERIENCIA - EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO SUPORTE PARA A QUALIDADE VIDA DOS IDOSOS DO PROJETO AMI

Luciane Perez da Costa, Ângela Hermínia Sichinel, Marilena Infiesta Zulim, Camila Sichinel da Cunha Souza, Patricia F Barreto, Gabriela Pellizer, Carlinda Pedroso, Luci Matsumura

Palavras-chave: Educação em saúde, Envelhecimento, Qualidade de vida, Promoção da saúde

Apresentação: Uma das alternativas mais

importantes para assegurar a autonomia e independência do idoso, como também o envelhecer saudável são as ações educativas. Educação em Saúde está relacionada com as práticas compartilhadas e articuladas entre os vários níveis de assistência. Nesse sentido, tais práticas devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a inclusão social, aprimoramento dos cuidados, significação das ações, como também a promoção da cidadania. Este relato de experiência tem como objetivo apresentar o formato das oficinas de educação em saúde desenvolvidas com os idosos do Projeto de Avaliação Multidisciplinar de Idosos (AMI) do Hospital São Julião, Campo Grande – MS. Desenvolvimento do trabalho: As reuniões com os idosos têm sido quinzenalmente as quintas-feiras, no período vespertino, com duração de duas horas, sendo conduzidas pelos profissionais cadastrados no projeto. Inicialmente ocorre a leitura de um “contrato” que consta (oração inicial, organização das atividades). Em seguida são realizadas as abordagens temáticas através de uma dinâmica de apresentação individual, informando o tema a ser discutido no dia, sendo que este depende da área multiprofissional que está conduzindo a reunião. As atividades seguem o método de aprendizagem significativas com a participação ativa dos idosos nas atividades compartilhadas. Nos encontros com o grupo procurou-se sempre respeitar seus valores e crenças e compartilhar os saberes. Essas oficinas compreendem temáticas que possam ser relevantes diante das realidades vivenciadas pelos mesmos, bem como práticas educativas que promovam o autocuidado em relação às atividades básicas. Resultados e/ou impactos: Os grupos de Terceira Idade foram muito receptivos e abertos para novos conhecimentos. Observou-se o enriquecimento pessoal através dos saberes desenvolvidos

em cada encontro, sendo relatado a importância deste compartilhamento as suas vidas. Considerações finais: O encontro dos saberes, práticas e vivências contribuem para a autonomia do idoso no processo saúde e doença, possibilitando também o aperfeiçoamento da equipe multiprofissional que pode reinventar suas práticas construir ações educativas visando melhoria dos atendimentos. Assim a educação para o autocuidado no envelhecimento só pode ocorrer quando há interação entre os profissionais e os clientes através da troca de saberes e práticas.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DA TELAGEM DE CASAS COM USO DE TELA IMPREGNADA COM INSETICIDA NA COMUNIDADE MOURÃO/EIRUNEPÉ – AM, COMO FERRAMENTA DE PROTEÇÃO CONTRA A MALÁRIA

Marcio Pereira Fabiano

Palavras-chave: Malária, Tela impregnada com inseticida, Infecção

APRESENTAÇÃO: O Município de Eirunepé no Estado do Amazonas notificou em 2012, 8.972 casos de malária, sendo um dos principais municípios de importância epidemiológica para a doença no Estado. No ano de 2013 o município registrou uma pequena redução com 8.360 casos notificados. Nesse cenário, a Comunidade Mourão, localizada em área fluvial, a margem direita do Rio Eiru, afluente do Rio Juruá, com aproximadamente 153 moradores e 16 casas totalmente de madeira, notificou nos anos 2012 e 2013 respectivamente, 391 e 324 casos de malária, o que representa uma participação em 3,24% e 3,88% da malária do município nos anos analisados. O objetivo de telar as janelas das casas foi em diminuir o contato dos moradores e o vetor da doença dentro

da residência e reduzir assim as infecções em crianças menores de 5 anos e adultos acima de 60 anos, pessoas mais vulneráveis a forma grave da doença. Desenvolvimento do trabalho: Foi realizada uma reunião com os moradores da comunidade no mês de outubro de 2013 para falar sobre a proposta da telagem e os benefícios que a mesma traria a população, onde foi pactuado que os moradores ajudariam no processo com a mão de obra. Foram teladas 63% (10) das casas existentes na comunidade. Não foram teladas seis casas por não apresentarem condições (não possuíam janelas e/ou paredes incompletas). Foram utilizadas três camadas de telas para dar maior resistência e durabilidade às mesmas em condições de intempéries. Resultados: No ano de 2014, na comunidade Mourão foram notificados 124 casos de malária apresentando redução em -61,73% em comparação ao mesmo período de 2013 quando foram notificados 324 casos. Em relação à espécie parasitária, o que predominou no ano de 2014 foi à infecção por *Plasmodium vivax* com 87,90% (109) dos casos registrados. Quando verificada a notificação dos casos por faixa etária, verificou-se que 25% (31) das notificações foram pela faixa etária de 20 a 29 anos, seguida da faixa etária de 15 a 19 anos com 19,35% (24) das notificações. As duas faixas etárias apresentaram redução no ano 2014 em -20,51% e -36,84% em comparação ao mesmo período de 2013. A faixa etária menor que 5 anos foi a que registrou a maior redução em -75,41% (15) das notificações em comparação ao mesmo período de 2013 quando foram notificados 61 casos. Considerações Finais. A telagem com uso de inseticida das janelas das casas da comunidade Mourão mostrou-se eficaz como medida de proteção contra os vetores da malária, tendo em vista a redução dos casos notificados em 2014 em todas as faixas etárias e principalmente nos menores de cinco anos de idade.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO MONITORAMENTO NA PADRONIZAÇÃO DAS NORMAS E ROTINAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Priscilla Arashiro, Quezia Monteiro da Costa, Viviane Torqueti Felisberto Souza, Vanessa Giavarotti Taboza Flores, Larissa de Oliveira Cassol Leite, Kelly Bueno Paro, Lucyana Conceição Lemes Justino

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, Equipe de enfermagem, Administração de serviços de saúde

INTRODUÇÃO: O espaço coletivo é um lugar organizacional em que ocorrem encontros entre sujeitos com distintos interesses e papéis institucionais, construindo-se oportunidade para a análise e a tomada de decisão coletiva sobre temas relevantes. O Método Paideia ou da Roda propõe-se a construir ativamente espaços com essas finalidades, integrando-os em sistema de gestão participativa segundo vários planos. **Objetivo:** relatar o processo de monitoramento da implantação de normas e rotinas da equipe de enfermagem na atenção básica produzidos em 2011. **METODOLOGIA:** Realizou-se um relato de experiência sobre o monitoramento da implantação de normas e rotinas da equipe de enfermagem na atenção básica realizado pelo colegiado da Atenção Primária em Saúde, formado por enfermeiros da assistência e da gestão de Campo Grande - Mato Grosso do Sul. Em 2012 capacitou-se 56 unidades, através do método de roda e escuta qualificada. **RESULTADOS:** Em 2014, identificou a necessidade de avaliar a efetividade da implantação de normas e rotinas, uso do material disponibilizado e de fornecer apoio de forma colegiada a toda equipe de enfermagem. A avaliação e monitoramento basearam-se em visitas aos ambientes de trabalho através de entrevista com a equipe de enfermagem, com um instrumento elaborado, observando a

presença das pastas catálogos, porta alvará e pasta Z, e os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), Instruções de Trabalho (IT) e Registros (RG). Durante as visitas, podem-se considerar sugestões da equipe quanto à efetividade da construção incluindo-os no processo e potencializando a importância da supervisão do enfermeiro frente à qualidade da assistência prestada. **CONCLUSÕES:** Ao final do monitoramento pode-se observar a falta do trabalho em equipe e principalmente do empoderamento das atribuições e compartilhamento de responsabilidades dentre os profissionais das equipes de saúde. Implicações para a enfermagem: Sugeriu-se às equipes a metodologia de apoio como uma forma de gerenciar a mudança não autoritária, em que se deve ter conhecimento das diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde, bem como valorizar a experiência, o conhecimento do usuário e do profissional e o contexto de atuação.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: APOIO MATRICIAL NA ESF LOTHAR FRANZ

Marinês Finco, Ricardo Dantas Lopes, João Luiz Gurgel Calvet da Silveira, Judite Hennemann Bertoncini

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Trabalho, Matriciamento, Saúde mental

Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, com processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Por possibilitar este cuidado compartilhado a equipe da Unidade de Saúde ESF Lothar Franz, de Blumenau/SC optou em fazer parte do projeto do apoio matricial em Saúde Mental a partir de 2010. Objetivava-se relatar a experiência do apoio matricial em saúde mental. O processo de trabalho

inclui a definição de um cronograma anual de encontros. Nos primeiros anos foram realizados quatro encontros ao ano, e em 2015 foi acordada a realização de três encontros ao ano, pois todos os casos foram discutidos e estão com bom seguimento. Os encontros ocorrem trimestralmente, com a vinda da equipe de matriciamento até a Estratégia de Saúde da Família. Esta equipe é composta por um membro de cada Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-AD - álcool e drogas, CAPSi – infantil, e CAPS II), e os encontros têm a duração de no máximo duas horas. Há um acordo pactuado com a gestão e com o Conselho Local de Saúde para que a Unidade de Saúde fique fechada durante o matriciamento, possibilitando a participação de todos os servidores da equipe. São selecionados previamente os casos a serem discutidos no encontro. A coordenação envia e-mail para a equipe do apoio matricial, para que os prontuários dos usuários dos CAPS sejam trazidos no dia do matriciamento. Durante os encontros há a discussão caso a caso. As equipes expõem as informações obtidas e as condutas já tomadas, e após esta primeira conversa, diferentes impressões e pontos de vista são demonstrados, definindo-se em conjunto as condutas a serem tomadas. Em algumas situações selecionadas a opção definida no encontro é a realização de uma visita domiciliar conjunta, pois segundo o Ministério da Saúde, estas são capazes de aumentar o número de pistas importantes para olhos e mentes abertos, auxiliando consideravelmente a tomada de decisões. A visita domiciliar é um importante recurso quando os profissionais se sentem em um “beco sem saída” na forma de conduzir um caso. Outra estratégia comumente usada é o contato telefônico, que é utilizado quando há o surgimento de uma situação nova que demande conhecimento clínico ou de processo de trabalho especializados em saúde mental por parte da equipe de ESF, ou de conhecimento da família ou da

comunidade por parte do CAPS. O contato é feito através do profissional da equipe de matriciamento que em cada CAPS torna-se referência pelo estreitamento dos vínculos, resultado das reuniões de matriciamento. Após a efetiva implementação da estratégia de matriciamento, nota-se a consolidação das discussões de casos, efetivação da educação permanente, aproximação dos serviços, fortalecimento de vínculo, com responsabilidade compartilhada, com melhor entendimento dos fluxos de referência, aumento da resolutividade e da qualidade de vida dos usuários e familiares.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: PERCEPÇÃO ACADÊMICA SOBRE A RELAÇÃO FISIOTERAPEUTA E EQUIPE HOSPITALAR NA ALTA COMPLEXIDADE

Geisy Hellen Mamedes Silva, Natália Matos Tedesco, Leila Foester Merey, Mayra Alves Meireles, Amanda Castelo Girard, Hullyana Aguiar da Silva, Karina Candia Silva, Ariele dos Santos Costa

APRESENTAÇÃO: A integração da equipe de saúde que é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcancem a amplitude do ser humano, considerando as diversas necessidades do paciente. Dessa forma, o trabalho em equipe mostra-se fundamental para o atendimento hospitalar, quando esses estabelecem uma integração, para que a pessoa seja vista como um todo, e possa ter um atendimento humanizado, contemplando assim, outras necessidades dos usuários. **METODOLOGIA:** Em nossa pesquisa de conclusão de curso realizada em um hospital local, conseguimos vivenciar a experiência de integração com uma equipe multiprofissional, incluindo médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista e fonoaudiólogos. Sob supervisão de

uma fisioterapeuta responsável pelo setor, realizamos por quatro meses intervenções fisioterapêuticas, onde técnicas de estimulação sensorio motora eram realizadas diariamente nos recém-nascidos. **RESULTADOS:** Um dos problemas vivenciados foi a interação com a equipe multiprofissional, em relação a comunicação que precisávamos manter a fim de conseguir desenvolver o trabalho realizado. A falta de entendimento em relação a necessidade de não manipulação do recém-nascido durante o momento da intervenção a fim de avaliar as variáveis, foi um nó crítico a ser vencido durante a realização da pesquisa. Notamos também um problema com relação a equipamentos, no qual não tínhamos oxímetros disponíveis para os bebês e para pesquisa. Percebemos a falta de informação das mães, sobre a necessidade da fisioterapia para esses bebês. Contudo, essa interação mal sucedida que vivenciamos não pode ser considerada uma característica comum em todos os serviços, pois varia conforme as pessoas que fazem parte da equipe e estrutura das unidades. No entanto gostaríamos de enfatizar que o entrosamento entre os atores é de fundamental importância e interfere diretamente no cuidado oferecidos aos pacientes e familiares no caso as mães que passam grande parte do tempo com os RN. Destacamos também que o atendimento integrado proporciona um melhor e mais completo atendimento para os bebês, diminuindo o tempo de internação e complicações hospitalares. **Considerações Finais:** Vivenciamos estas dificuldades com a equipe hospitalar, onde todos esses imprevistos acarretou um atraso considerável para nossa pesquisa. Contudo sabemos da necessidade de um bom relacionamento, onde essa interação proporciona a diminuição da desigualdade entre esses profissionais, possibilitando assim a articulação dos saberes e divisões

de trabalho. Podemos ressaltar o quão gratificante foi para nos esta vivência acadêmica, como futuras profissionais foi muito satisfatório onde percebemos a necessidade da a intervenção humanizada, considerando as peculiaridades do ambiente hospitalar e de cada profissional do setor.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: RESIDÊNCIAS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO PERMANENTE, UMA UNIÃO QUE DÁ CERTO

Dalmare Anderson Bezerra Oliveira Sá, Elisdete Maria Santos de Jesus, Wellington Barros da Silva

Palavras-chave: Educação Permanente, Residência Multiprofissional

APRESENTAÇÃO: Relato de experiência das ações de educação permanente (EP) e dos impactos da mesma na mudança de atitude dos trabalhadores. Baseado nas vivências ocorridas em diferentes cenários da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal de Sergipe. Tendo como objetivo descrever o processo de construção e realização destas ações no desenvolvimento das práticas dos residentes, bem como quais as mudanças resultantes da mesma no cotidiano dos serviços levando em conta que as residências tem se caracterizado como espaços promissores de EP no Sistema Único de Saúde (SUS). **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trabalho desenvolvido no período de março de 2013 a fevereiro de 2015, nos seguintes cenários de prática: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) III, CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) III, CAPS Infante-Juvenil (CAPS i AD), CAPS Infantil (CAPS i), Unidade Básica de Saúde (UBS) e Gestão da Rede de Atenção Psicossocial (REAPS). O processo de trabalho dos residentes incluía um período inicial de observação dos cenários, neste período

os residentes participavam das atividades ofertadas pelo serviço, conheciam a rotina vivenciada, se familiarizavam com os trabalhadores e com os usuários. Após este momento os residentes formulavam propostas de diversas atividades, dentre elas sempre houveram momentos de EP com temas e metodologias de trabalho diversificadas a depender das necessidades dos serviços. Dentre os principais temas trabalhados estavam: Uso Racional de Medicamentos, Principais Transtornos Mentais e Estruturação da Rede de Atenção Psicossocial e as intervenções aplicadas foram: dinâmicas de grupo, roda de conversa, palestras e jogos interativos referentes aos temas. **RESULTADOS:** As ações desenvolvidas com mais aceitação pelos trabalhadores eram as que fogem dos métodos convencionais de ensino e aprendizagem. A roda de conversa e os jogos interativos se encontravam no rol das destas ações, pois elas trabalhavam efetivamente os temas de forma descontraída e possibilitavam a voz do trabalhador sem pré-conceitos em relação ao seu nível de conhecimento quanto aos assuntos. Após a realização das atividades os residentes observavam as mudanças de atitude em relação aos temas trabalhados. Além disto, um dos fatores positivos observados após as intervenções foi a maior integração dos residentes com os trabalhadores e da residência com o cenário. Os residentes passavam a ser considerados parceiros na resolução dos problemas enfrentados e as atividades desenvolvidas como a motivação para mudança das práticas nos serviços. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Modelos de residência que permitam aos profissionais residentes realizarem intervenções de educação permanente nos cenários de prática podem facilitar a inserção da mesma no cotidiano dos serviços, além de serem importantes propulsores no processo de mudança das práticas de atenção à saúde.

Desta forma o “padrão ouro” da formação de especialista em saúde no país deve ter a educação permanente como uma das norteadoras do seu processo pedagógico.

ROTA DO LEITE HUMANO: A BUSCA DA SUSTENTABILIDADE EM UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Fernanda da Motta Afonso, Valeria Rodrigues, Maria Conceição da Silva, Jeanne Carvalho Aveiro, Silvana dos Santos Barreto, Naraiana Pinheiro, Claudia Nastari, Doriléia Carvalho

Palavras-chave: leite humano, doação, bancos de leite humano

APRESENTAÇÃO: São várias as políticas e ações de saúde que estimulam o aleitamento materno na cidade do Rio de Janeiro, porém a doação e a captação de leite humano sempre foram um desafio para os bancos de leite humano das maternidades amigas da crianças e da amamentação. No caso do Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD) durante o ano de 2015 captou 495 doadoras de leite humano, coletou 55,6 litros de leite e distribuiu 24,4 litros, realidade esta que não consegue suprir em leite materno as crianças internadas na unidade de terapia intensiva (UTI neonatal) e unidade intermediária (UI). O aumento na doação de leite humano possibilitará a sustentabilidade da maternidade, sem precisar utilizar fórmulas lácteas artificiais custosas e aquém das necessidades nutricionais dos recém natos internados. Com o intuito de suprir a ingestão de leite humano dos recém-nascidos, o Serviço de Nutrição do Hospital Maternidade Carmela Dutra (HMCD) em parceria com a Coordenadoria de Atenção Primária (CAP 3.2/SMS/RJ) criaram a Rota do Leite Humano (RLH). O objetivo desta estratégia é tornar o HMCD sustentável no que tange

a distribuição de leite materno para seus pequenos pacientes. A Rota foi criada em março de 2012, funciona todas as terças-feiras com a participação do Banco de Leite Humano (BLH) do HMCD, das agentes de controle de endemias (ACEs-CAP 3.2), treinadas em manejo da amamentação e do motorista da CAP 3.2 com carro. Primeiramente o BLH cadastra as nutrizes, potenciais doadoras, agenda o dia do recolhimento do leite humano e as ACEs vão até às casas das doadoras, moradoras da AP 3.2 de acordo com a Rota estruturada em parceria com o motorista. As ACEs recolhem o leite humano, mas também acolhem as doadoras incentivando no processo da amamentação e esclarecem dúvidas sobre manejo do aleitamento. Atualmente são doados em média 15.000 ml de leite por mês beneficiando em torno de 13 leitões de crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da maternidade. A implantação da Rota do leite humano na AP 3.2 conquistou o aumento do volume de leite doado e consequentemente o aumento da oferta de leite humano ordenhado pasteurizado, beneficiando assim mais bebês prematuros. O período de doação das nutrizes é mais intenso até os 4 meses de vida do bebê, sendo assim é importante priorizar o investimento dos órgãos gestores de saúde na captação de leite humano dentro deste período. Ações educativas e de acolhimento nos serviços de pré-natal, na maternidade e na unidade básica de saúde, realizadas com qualidade e humanização, são fundamentais para a captação de um número cada vez maior de doadoras de leite humano.

SALA DE ESPERA COMO INSTRUMENTO PARA MINIMIZAR O ESTRESSE E PROMOVER MUDANÇAS DE HÁBITOS NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE NA CIDADE DE BELO HORIZONTE/MG

Clarissa Silva Pimenta, Thauana Mériccy Mota Santos, Luciana Alves Silveira Monteiro, Jaqueline Marques Lara Barata

Palavras-chave: Sala de espera, humanização, acolhimento

APRESENTAÇÃO: A humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente no cenário nacional e internacional, visto que as unidades de urgências e emergência possuem intensa demanda de atendimentos, essas exigências tornam-se motivo de estresse, o que pode dificultar o atendimento humanizado. Nesse sentido, a humanização busca promover a quebra desse contexto e consolidação de práticas voltadas para o acolhimento humanizado, com o intuito de garantir melhorias na assistência e valorização dos sujeitos envolvidos. Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo aprimorar o processo de acolhimento e humanização através de sala de espera com abordagens sobre temas de relevâncias atuais na saúde, além de informar aos usuários sobre o funcionamento do setor de urgência e emergência de um hospital de grande porte na cidade de Belo Horizonte/MG. **DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, de um grupo de acadêmicos do setor de humanização, que realiza sala de espera com os beneficiários e acompanhantes do setor de urgência e emergência de um hospital de grande porte de Belo Horizonte/MG. Os temas escolhidos são propostos de acordo com a demanda de saúde do setor e/ou acometimentos sazonais e esses são abordados de forma individual com entrega de cartilhas educadoras. **RESULTADOS E IMPACTOS:** A atividade de humanização voltada para beneficiários e acompanhantes no setor de urgência e emergência faz com que todos os envolvidos se sintam melhor acolhidos, bem como incentivados na promoção ao

processo de autonomia dos sujeitos e do coletivo. Percebe-se que a atividade desenvolvida tem amenizado sentimentos, como angústia e ansiedade dos beneficiários causados pela espera e superlotação do serviço. Além disso, tornou-se possível desenvolver ações referentes à prevenção de doenças, promoção e recuperação de saúde, proporcionando melhor qualidade de vida aos beneficiários e acompanhantes, bem como, a troca de informações e saberes de todos os envolvidos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considerando o setor de urgência e emergência percebe-se que as atividades desenvolvidas permitiram tanto aos acadêmicos envolvidos, quanto aos colaboradores aprimorar no processo de reflexão sobre as práticas humanizadas, capaz de oferecer uma visão e uma vivência. Desta forma, durante o ambiente da sala de espera, ficou evidenciado que o acadêmico tem a oportunidade de utilizar esta ferramenta para prestar um atendimento mais humanizado e acolhedor. Isso busca qualificar os serviços de saúde, pois nesse âmbito é permitido a estes futuros profissionais o conhecimento das reais demandas da população, bem como a busca por soluções para uma melhor qualidade de vida.

SAÚDE DAS PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE NO SISTEMA PRISIONAL: TRABALHANDO O TEMA EM UMA OFICINA PARA GRADUANDOS EM SAÚDE COLETIVA

Alanny Ferreira Moutinho, Emilly Bezerra Siqueira de Miranda

Palavras-chave: Prisões, Prisioneiros, Saúde de Minorias

As pessoas privadas de liberdade têm assegurado pela Constituição o direito à Saúde Pública e contribuir para a promoção

da saúde dessas pessoas, além de também ser responsabilidade dos profissionais da saúde, representa um grande desafio. Este trabalho trata de um relato de experiência da Oficina de Saúde da População Carcerária do IV Encontro Regional dos Estudantes de Saúde Coletiva. A oficina teve realização em outubro do presente ano nas dependências da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e contou com a participação de discentes e egressos do curso de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde. Foi apresentado um levantamento do Conselho Nacional de Justiça, realizado em 2014, o marco regulatório da Saúde das pessoas privadas de liberdade, um breve histórico das ações realizadas pela Comissão de Saúde Prisional da Secretaria Municipal de Saúde de Natal no Pavilhão feminino do Complexo Penal Dr. João Chaves, o atual processo de trabalho e algumas dificuldades e perspectivas dos membros da Comissão, assim como exibido vídeo de experiência em saúde da população carcerária para então ser aberta uma roda para conversa a fim de debater sobre as especificidades, dificuldades e estratégias para prevenir doenças, promover e recuperar a saúde desta população em diversos aspectos, como das DST/AIDS e hepatites virais, saúde mental, saúde da mulher e do homem, saúde bucal, tuberculose, hanseníase e doenças crônicas. Surgiram ideias proveitosas como a biblioteca itinerante dentro do presídio, formação de grupos, elaboração de oficinas teatrais, música ambiente, dança, sessões de cinema, intensificação das ações de educação em saúde, de saúde bucal e articulação com outras secretarias, como a secretaria de cultura, para realização de ações culturais. Ao final, foram colocadas algumas sugestões para leitura e maior conhecimento acerca da saúde das pessoas privadas de liberdade, como o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, o Guia sobre Gênero, HIV/AIDS, coinfeções

no Sistema Prisional e a Portaria que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional. Por fim, foi realizado o convite à universidade para a realização de trabalhos/ações junto à Secretaria Municipal de Saúde para esta população.

SAÚDE DO ADOLESCENTE, UM ESTUDO REALIZADO NO CENTRO DE SEMILIBERDADE MÁRTIR FRANCISCA

Francisca Camila de Oliveira Cavalcante

Este estudo relata uma experiência, facilitada pela condição de estagiária em serviço social no Centro de Semiliberdade Mártir Francisca (CSMF), localizado na cidade de Fortaleza/CE. A referida instituição possui o intuito de acolher adolescentes do sexo masculino, com idade entre 12 e 21 anos, encaminhados por ordem judicial para cumprimento da medida socioeducativa de Semiliberdade. O CSMF possui capacidade para assistir 40 indivíduos. Os adolescentes autores de ato infracional cumprem a medida no tempo mínimo de 6 meses e no máximo 3 anos, grande parte dos socioeducandos recebe liberação da medida com 6 meses. Há também os casos de descumprimentos de medida, ocasionando rotatividade e reincidência de indivíduos recebidos pela instituição, dificultando o acompanhamento da equipe multiprofissional. Este trabalho possui por objetivo instigar o debate sobre a promoção de saúde dos adolescentes assistidos no CSMF, amparado por um breve levantamento de adolescentes com doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Discutir a importância quanto ao desenvolvimento de estudos sobre esta temática, possibilitando assim a adoção de estratégias para trabalhar com esta expressão da realidade. Em 26 de junho de 2015 havia 37 adolescentes, com idade entre 14 e 19 anos, que estavam sob

a tutela do CSMF. Tem-se conhecimento, ainda que prévio, de três adolescentes, na referida instituição, que possuem Doenças Sexualmente Transmissíveis, existem ainda suposições, na condição da espera de resultados médicos, de quatro indivíduos. Estas informações concentram relevância na possibilidade de disseminação destas doenças através dos adolescentes, que inúmeras vezes, sofrem com a ausência de informações a cerca da temática, seus modos de prevenção e tratamento, que diversas vezes são interrompidos. Quando se suspeita de alguma DST, os adolescentes são encaminhados para o Hospital Gonzaga Mota, localizado em Fortaleza/CE, para realização de diagnóstico e/ou tratamento com um médico especialista em urologia, acompanhados de uma profissional técnica em enfermagem, funcionária do CSMF. O funcionamento do CSMF deve procurar seguir as instruções do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo, assim como a política do Estatuto da Criança e do Adolescente, que assegura atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por mediação do Sistema Único de Saúde. Percebe-se que muitos destes adolescentes iniciam a prática sexual de maneira precoce, possuindo mais de uma companhia, não recebendo orientação eficaz a respeito da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e grande parte destes adolescentes desprezam o uso de preservativos, não reconhecendo a sua importância. Considera-se recomendável que ocorra uma política de conscientização que possua como público alvo estes indivíduos, promovendo a educação sexual. Acrescenta-se a este quadro, a realidade destas pessoas a vulnerabilidade social, o vínculo fragilizado quanto ao alcance das políticas públicas de prevenção e promoção da saúde.

SAÚDE DO ADOLESCENTE: MULTIDISCIPLINARIDADE EM UMA COMUNIDADE RURAL

Carla Cristina Tomaz Sobral, Leandra Pereira da Silva, Fabiana Regina da Silva Grossi, Angela Cristina Rocha Gimenes

Palavras-chave: Adolescência, Sexualidade, Alimentação saudável

O presente trabalho teve por objetivo orientar pais e adolescentes de uma comunidade rural do município de Jatei-MS sobre Sexualidade e Alimentação saudável. O tipo de pesquisa foi à pesquisa-ação. Os encontros foram realizados no período de fevereiro a março de 2012, sendo utilizadas uma sala previamente definida e a quadra coberta da escola, pelas psicólogas e nutricionista. Os recursos utilizados nas oficinas foram data-show, vídeo e aparelho de som. Foram abordados temas como: mudanças na adolescência, tipos de relacionamentos, ficarem, namorar e casar, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, anorexia e bulimia. Os alunos precisaram de uma autorização para participar das reuniões sobre sexualidade. Por último, foi realizado um encontro com os pais desses adolescentes, abordando os mesmos temas já abordados. Os participantes se mostraram interessados e foram ativos durante as oficinas. O resultado do trabalho foi considerado satisfatório, visto que alcançou a orientação sobre os temas abordados, podendo trabalhar com a multidisciplinaridade, além de ter conseguido uma aproximação dos profissionais da saúde com essa população.

SAÚDE E INTERDISCIPLINARIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA COM UM GRUPO DE GESTANTES NO INTERIOR DA BAHIA

Fabiana Regina da Silva Grossi, Janaine Cristina da Silva Grossi, Ângela Raquel Vieira Dias

Palavras-chave: Grupos, gravidez, promoção da saúde

APRESENTAÇÃO: A Psicologia Social da Saúde trabalha a partir de uma demanda coletiva. Ela visa compreender os fatores biológicos, comportamentais e sociais que influenciam inteiramente na saúde e na doença. Esta coopera para a melhoria do bem-estar e da condição de vida dos usuários do serviço de saúde. O presente trabalho refere-se a um relato de experiência em estágio profissional em Psicologia da Saúde em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município de Barreiras, Bahia. O objetivo dos grupos realizados com as gestantes, era de promover saúde e prevenir doenças, favorecendo a qualidade de vida, a partir de um grupo de mulheres saudáveis. Isso se dava, a partir de informações levadas pelas estagiárias e troca de experiências entre gestantes e estagiárias, em um período de grandes transformações na vida de uma mulher. Dessa forma, era possível que as usuárias do serviço mostrassem os seus comportamentos do dia-a-dia, enquanto as estagiárias trabalhavam questões importantes e explicando processos saudáveis neste período, a partir de um levantamento de demandas. **METODOLOGIA:** Os grupos informativos eram realizados semanalmente, tendo uma média de dez participantes. As gestantes que ficavam na recepção à espera do atendimento para o pré-natal, eram convidadas a participar do grupo. Sendo assim, esse tempo era ocupado com aprendizado e trocas de experiências,

passando a não ser simplesmente um tempo ocioso. As idades das gestantes variavam entre 14 e 40 anos. O grupo em questão era rotativo, e para que o objetivo fosse atingido, eram trabalhados diferentes temas a cada encontro, de modo que o mesmo não se repetia em nenhum momento. O período de realização dos grupos foi de Março a Junho de 2015. Foram trabalhados temas como: vínculo mãe-bebê, a importância de amamentar, cuidados com o recém-nascido, tipos de parto, alimentação na gestação, entre outros. **RESULTADOS:** No decorrer do trabalho, duas profissionais foram convidadas a participar dos grupos: uma médica pediatra e uma enfermeira, possibilitando assim um trabalho interdisciplinar. Foi estabelecido um vínculo entre as estagiárias e as gestantes. Esta situação facilita o aprendizado das gestantes, visto que, há uma participação na construção da prática, com uma troca de saberes. Assim, comportamentos orientados para a promoção da saúde conseguem ser melhores compreendidos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nessa perspectiva aponta-se sobre a importância de se criar um espaço onde possa haver troca de informações objetivas sobre o ciclo gravídico-puerperal, na qual possa discutir diferentes problemas e compartilhamento de sentimentos com a finalidade de uma melhor elaboração dessa fase e também que possam contribuir para os cuidados com o filho recém-nascido. Espera-se que haja a continuidade de trabalhos em grupos e a participação de todos os profissionais que fazem parte das equipes de saúde. Da mesma forma que, acredita-se numa maior inserção do profissional de psicologia nos ambientes de saúde, em especial nas ESF's, para um aumento de atividades para o bem-estar biopsicossocial e um foco maior nos trabalhos de prevenção de doenças e promoção da saúde, não se restringindo em atendimentos médico-centrados.

SAÚDE MENTAL E SOROPOSITIVIDADE

Deivid Ferreira Lima, Marilza ' Rodrigues, Wanilsa Oliveira Motta

Palavras-chave: serviço social, soropositividade, saúde mental

Profissionais de saúde têm se mobilizado para o enfrentamento do sofrimento mental dos pacientes e suas famílias decorrentes da descoberta do diagnóstico do HIV/AIDS. No dia a dia do serviço de saúde, a discussão é insuficiente, pois nos deparamos com nosso vínculo ainda frágil com os pacientes e seus familiares, temos dificuldades em lidar com as questões que trazem, e sentimos falta de estabelecer parcerias com a própria equipe profissional dentro do serviço de saúde, bem como com outras instituições de saúde.. Assumindo essa causa, desenvolvemos, desde 2011, na Policlínica Antonio Ribeiro Netto (PARN), no município do Rio de Janeiro, as Rodas de Conversa com o objetivo de expandir a atenção integral e humanizada à pessoas com problemas relacionados à saúde mental, especialmente, àquelas com [FFA1] transtornos devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas. E também, reduzir danos causados pelo uso dessas substâncias e o sofrimento mental; melhorar a escuta e o diálogo entre profissionais de saúde e pacientes; trocar conhecimentos e experiências. Pacientes, amigos, familiares e profissionais do serviço participam da atividade na sala de espera do ambulatório de HIV/AIDS. O encontro é divulgado com antecedência através de cartazes divulgados nos murais do serviço. E os interessados são mobilizados pela equipe do Serviço Social. A metodologia consiste em, quinzenalmente, durante duas horas, promover o encontro da equipe com os pacientes e suas famílias, posteriormente também agregando outras sobre a atividade. Os assuntos abordados são de interesse mútuo. As narrativas

apontam reflexões importantes para à equipe profissional. As pessoas trazem assuntos relacionados ao uso abusivo do álcool e outras drogas, mas também histórias de vida, crenças, relações afetivas etc. Entre as dificuldades, encontramos a baixa frequência dos pacientes, a pouca participação de outros profissionais do próprio serviço e a falta de parcerias com outras instituições voltadas à temática. Atualmente, a equipe profissional, de duas assistentes sociais e um estagiários, investe na escuta e diálogo por entrevista motivacional, de modo a identificar o perfil do nosso paciente e construirmos estratégias adequadas ao seu interesse e necessidade. A parceria com profissional estudioso do assunto nos permitiu fazer proposta de supervisão com a leitura de textos, discussão em grupo e contato com outras experiências institucionais. A aproximação com os pacientes possibilitou que, juntos, participássemos de passeios fora do PARN, e o aumento de contatos pessoais e institucionais. Assim, acreditamos que as Rodas de Conversa têm sido útil para reforçar o vínculo com os pacientes, na compreensão de suas dificuldades e angústias, na busca de possíveis soluções para essas questões, facilitando o acesso a rede de atenção psicossocial para tratamento do seu quadro e contribuindo com a qualidade de vida. E um campo de estagio e atividade de grande importância para formação profissional, pois exige que o estudante uma articulação de seus conhecimentos adquiridos na academia para entender a realidade do serviço.

SAÚDE MENTAL EM CENA

Ana Carolina de Araújo Monjardim, Bianca Melo Bastos, Dalila Machado Botelho Oliveira, Daniel Fernando Martin Catoira, Letícia Lobato Braga, Wando Francisco de Andrade Júnior, Muna Muhammad Odeh

Palavras-chave: Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial, Reinserção Social

A saúde mental é um tema atual e singular, que deve ser abordada de acordo com suas peculiaridades. Durante o período de 2 meses, estudantes da disciplina Práticas Integrativas em Saúde Coletiva da UnB-Darcy Ribeiro, realizaram sessões de integração à atividades de reinserção social de um CAPS sendo estas as oficinas de banda de música, de culinária e do Rádio comunitário. Essa integração objetivou em primeiro lugar, a familiarização das estudantes com o CAPS enquanto cenário de prática e local em que se dá o processo de trabalho em torno da saúde mental. De igual importância, a integração nas atividades focou-se na criação e fortalecimento de vínculos entre estudantes e usuárias de modo a permitir o conhecimento e o reconhecimento entre ambas às partes. Em se tratando de pessoas com transtornos mentais, podemos levantar dimensões-chaves no processo de cuidado e associá-los aos Determinantes Sociais em Saúde, essa correlação se estreita nas experiências vividas pelos estudantes durante o período de imersão no campo. A oficina proposta vem com o objetivo de colocar em uma roda de conversa a experiência de estar em contato com usuários de um dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial, bem como, discutir sobre possíveis melhorias no processo de cuidado daqueles que estão a atuar no serviço. Nesse diálogo, serão apresentadas as dimensões consideradas-chaves a respeito do itinerário terapêutico de quem se encontra em sofrimento psíquico, até o momento de inserção em um serviço da rede, como: acolhimento, escuta, apoio, extramuros, igualdade, socialização, autonomia, tutela, reinserção social e humanização do atendimento.

SAÚDE NA ESTRADA: PROMOÇÃO DA SAÚDE PARA CAMINHONEIROS E CAMINHONEIRAS

Maria das Graças Freitas de Carvalho, Ellen Machado Avelino Machado Avelino, Lara Rejaine Palhares Rodrigues, Maria Janaina Cavalcante Nunes, Maria de Fátima Gil

Palavras-chave: promoção da saúde, integralidade em saúde, Grupos de risco

APRESENTAÇÃO: A profissão de caminhoneiro (a) é uma das profissões mais perigosas no Brasil. Segundo dados da Confederação Nacional do Transporte (CNT), a jornada de trabalho perpassa mais de 15 horas de trabalho diário em condição de alerta constante, que a direção do automóvel de carga exige. Além disso, estudo recente apontou que mais de 38,2% dos caminhoneiros (as) nunca fizeram um exame de saúde, alegando falta de tempo¹. Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar uma experiência inovadora em saúde neste cenário. **METODOLOGIA:** O projeto Saúde na Estrada se trata de uma espécie de “blitz da saúde” que conta com a parceria da Polícia Rodoviária e ocorre nas rodovias do estado de Goiás mensalmente. Participam do projeto diversos profissionais da saúde integrantes das equipes de promoção da saúde, vigilância nutricional e estagiários da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. A ação, de caráter promotor da saúde, ocorre em um período do dia, na qual os caminhoneiros e caminhoneiras são interceptados na rodovia pela polícia e conduzidos para os stands onde recebem orientações gerais de saúde, tabagismo, alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis, exames de vista, medição de glicemia, pressão arterial, aferem as medidas antropométricas e recebem orientações nutricionais. Participam em média 90 indivíduos. **RESULTADOS:**

Observa-se que o impacto dessa atividade é extremamente relevante visto as peculiaridades da profissão, e os relatos de falta de cuidado com a saúde por causa do excesso de trabalho. Além disso, é uma atividade triplamente bem-sucedida, pois à medida que promove a saúde de um grupo profissional de risco de forma intersetorial e multidisciplinar, incentiva o trabalho em equipe e contribui para a formação integral do estudante estagiário (a) na área de saúde pública.

SENSIBILIZAÇÃO DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA ADEÇÃO AO TRATAMENTO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EMIKO RESENDE

Aline Abott, Juliana Thaís Alves Lopes, Maria Aparecida Lopes Sobreira, Angela Cristina Rocha Gimenes

Palavras-chave: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Adesão, Tratamento

Atualmente observamos um crescente envelhecimento populacional mundial. Tal mudança é caracterizada pela incidência de doenças crônicas, como a hipertensão arterial e diabetes mellitus. Sendo assim torna-se necessário acompanhar esta clientela de forma interdisciplinar maximizando os resultados na atenção à saúde. O público alvo do estudo foram 15 clientes, da Estratégia de Saúde da Família Emiko Resende no distrito de Nova Porto XV município de Bataguassu-MS, cadastrados no programa HIPERDIA (hipertensos e diabéticos) com níveis pressóricos e glicêmicos elevados e dificuldade de adesão ao tratamento. São cadastrados 300 pacientes no programa, destes 50 apresentavam níveis descompensados e foram convidados para uma primeira reunião,

dos 20 clientes que compareceram na reunião, 15 se dispuseram voluntariamente a participar do projeto. Para sensibilizar a adesão foram realizadas reuniões mensais e entregue um manual educativo, também foram realizados acompanhamentos semanais e visitas domiciliares sendo aplicado um questionário para identificação dos fatores que dificultavam a adesão. As ações foram desenvolvidas pela enfermeira e nutricionista da Unidade e pela assistente social do CRAS (Centro de Referência da Assistência Social). Da amostra avaliada obtivemos os seguintes resultados 67% mulheres e 33% homens, de 46 a 77 anos; sendo 27% diabéticos, 27% hipertensos e 46% com ambas as patologias, Quanto à escolaridade 27% analfabetos, 47% com ensino fundamental incompleto, 13% ensino fundamental completo e 13% ensino médio completo; em relação à renda familiar 87% apresentavam renda entre 1 e 2 salários mínimos e 13% acima de 2 salários mínimos. Quanto aos fatores de risco: 4 eram tabagistas, 1 alcoólatra, 11 sedentários e 11 com sobrepeso/obesidade. Através do estudo pôde-se concluir que as ações foram positivas, pois houve um aumento na procura pelos serviços de saúde e uma redução considerável nos níveis pressóricos e glicêmicos. Conclui-se que o acompanhamento incessantemente proporcionará uma melhor qualidade de vida evitando intercorrências e por vezes, o óbito.

SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE APOIO: ESTRATÉGIA PARA A ASSERTIVIDADE DA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO HUMANIZADO E DA BIOSSEGURANÇA

Thauana Mericcy Mota Santos, Clarissa Silva Pimenta, Luciana Alves Silveira Monteiro, Jaqueline Marques Lara Barata

Palavras-chave: Humanização, biossegurança, acolhimento

APRESENTAÇÃO: Uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização são o acolhimento e a valorização do trabalhador. Os profissionais de apoio (porteiro, ascensoristas, roupeiros, secretários e serviços gerais) são considerados fundamentais para a implementação do acolhimento humanizado, tendo em vista que, apesar de não participarem da assistência direta, estes atuam de maneira indireta, tanto com os pacientes, quanto com os acompanhantes. Outro fator primordial que deve ser trabalhado nas instituições de saúde está relacionado aos aspectos de biossegurança, uma vez que as normas de biossegurança são as regras que vão assegurar a saúde do trabalhador e do restante da população. Então, abordagem sobre segurança do trabalho com profissionais desses locais ajuda-os a identificar os riscos ocupacionais que cercam seu ambiente de trabalho, dinamizar as questões éticas e morais e possibilitá-los desempenhar suas atividades de forma mais segura. Sendo assim, o presente estudo tem por objetivo sensibilizar a equipe de apoio de um hospital de grande porte no cenário mineiro quanto ao acolhimento humanizado e práticas de biossegurança.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, de um grupo de acadêmicos do setor de humanização, que realiza conforme a demanda das unidades, sessões de sensibilização para profissionais de apoio de um hospital de grande porte da cidade de Belo Horizonte/MG. São abordados treinamentos de biossegurança, além de sensibilizar os profissionais quanto à importância de uma acolhimento humanizado. Primeiramente, aborda-se assuntos pertinentes a humanização, na qual é explicado o conceito e como tratar as diversas situações do cotidiano

de forma acolhedora e humanizada. Já no segundo momento, é abordado o tema biossegurança, buscando evidências científicas e embasadas nas normas regulamentadoras do Ministério do Trabalho, que dizem respeito ao uso correto de Equipamentos de Proteção Individual e os tipos de riscos ocupacionais, além da lavagem correta das mãos e os tipos de precauções preconizadas pela ANVISA.

RESULTADOS: Ao todo foram sensibilizados 307 profissionais da equipe de apoio da instituição, campo do estudo. Percebeu-se através de conversas com os colaboradores que as sensibilizações contribuíram para que esses desempenhem suas atividades de forma consciente, segura e acolhedora, fazendo uso consciente dos equipamentos de proteção individual, lavagem das mãos, riscos ocupacionais. Além disso, relataram que a partir de então, passaram, a saber, de forma conceitual e prática a questão da humanização em sua vivência durante o trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os trabalhos nas instituições de saúde tornam-se cada vez mais mecânicos e fragmentados, o que dificulta o acolhimento humanizado e contribui para os acidentes de trabalho. Ademais, processos de educação permanente são fundamentais para a manutenção do saber no que se refere à prática conjunta aos preceitos de biossegurança, bem como ao acolhimento humanizado. Portanto, faz-se necessário investir na sensibilização dos seus servidores, certificando seu potencial e limitações, para reconhecer seu lado humano, valorizar seus beneficiários para abranger todos os sujeitos envolvidos e a instituição como um todo.

SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: UM DESAFIO INTERSETORIAL

Talita Kumy Goes Silva, Bruna Ciglione, Rafael Bernadino, Fernanda Fiorelli

Palavras-chave: sexualidade, adolescência, NASF

APRESENTAÇÃO: A UBS Jardim Soares recebeu uma solicitação da coordenadora pedagógica de um apoio NASF e ESF para a Escola Ernestina Del Buono Trama, localizada em Guaianases, região periférica da Zona Leste, no município de São Paulo, diante de uma demanda de sexualidade com os alunos adolescentes. Segundo o relato dos professores, existiam muitos casos de alunos com a “sexualidade a florada” e episódios constrangedores em sala de aula. Por este motivo foi estabelecida uma parceria Inter setorial e após discussão definiu-se que a equipe NASF realizasse uma intervenção focada nos professores da escola com o objetivo de refletir sobre os fatores determinantes da sexualidade e classificá-los em quatro eixos: biológico, cultural, social e processo de trabalho, discutindo as relações entre eles e as possibilidades de ações. Diante da amplitude e profundidade da solicitação, a metodologia aplicada envolveu participação ativa, crítica reflexiva dos professores envolvidos. A ação contou com 4 facilitadores do NASF (nutricionista, psicóloga, educador físico e fisioterapeuta) e 17 educadores (sendo um deles coordenador pedagógico). Inicialmente 4 educadores ficaram responsáveis de improvisar uma dramatização sobre o cotidiano vivenciado sobre o assunto. Os demais educadores participaram de uma discussão sobre quais problemas aparecem com mais frequência, os possíveis motivos e como manejam estas questões atualmente. Em seguida houve a apresentação da dramatização, sendo evidenciados os pontos que mais chamaram a atenção. Estes pontos foram classificados como biológico (anatomia, fisiologia e sistema reprodutivo), cultural (crenças, tabus, hábitos, vivências), social (acesso à informação, grupo social, nível social e financeiro), processo de trabalho (formação dos educadores, relação professor-aluno,

organização do processo de trabalho). A seguir, o grupo contabilizou a frequência com que cada eixo foi citado. Ainda sobre a finalização metodológica, os facilitadores solicitaram para o grupo a construção de uma síntese sobre a avaliação a respeito de toda a atividade. A reflexão do aparecimento do eixo “processo de trabalho” surgiu para aprimorar o projeto político pedagógico com a sexualidade como tema transversal entre as matérias. Após a discussão, foi realizado um plano de ação. Ao final a avaliação foi sistematizada em torno de 3 perguntas: Que bom? (evidenciando aspectos positivos), Que pena (evidenciando aspectos negativos) e Que tal? (provocando sugestões). Resultados: a partir da reflexão dos determinantes da sexualidade surgiu a necessidade de realização de um projeto com todos os professores abordando a sexualidade como tema transversal a todas as disciplinas, incluindo abordagem aos pais e realização de parcerias (incluindo a UBS). Todas as avaliações identificaram como aspecto positivo o método participativo e a abordagem, como aspecto negativo o tempo curto e como sugestão a aplicação de oficinas deste tipo com os pais dos adolescentes. Considerações finais: este espaço possibilitou o encontro entre saúde e educação, fundamentais na compreensão da adolescência partilhando responsabilidades e aprimorando a comunicação inter setorial. Como desdobramento está desenvolver uma ação entre saúde e os pais, visto que a temática é um tabu e muitas vezes os professores não conseguem abordar do ponto de vista de prevenção de agravos e promoção de saúde.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO GEOGRÁFICA: FERRAMENTA DE GESTÃO PARA ATENÇÃO BÁSICA

Priscila Minhoni Moreira, Suzete Marchetto Claus, Clanir Lurdes Leoncio Verdi, Gabriela

Grechi Carrard, Marcos Aurelio Raimann, Dino Roberto Soares de Lorenzi, Quelen Tomé Pires, Loreci Klipel de Barros

APRESENTAÇÃO: O constante desenvolvimento de tecnologias para análise de dados no espaço geográfico tem gerado a oferta de inovações no estudo da situação de saúde e suas tendências, possibilitando uma melhor compreensão dos fatores socioeconômicos e ambientais, condições de saúde, entre outros, que são determinantes na qualidade de vida e no estado de saúde da população. A visualização espacial dos problemas de saúde e como ocorre a evolução, relacionados aos seus determinantes e às medidas de intervenção que são propostas e colocadas em prática, torna-se um instrumento eficiente, se comparado a outros modelos de análise com este fim. O objetivo desse trabalho é relatar o processo de construção de uma ferramenta de gestão para a atenção básica que apresenta a realidade das condições de saúde do município de forma espacial. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Os participantes do PROPET-Saúde em conjunto com a Secretária Municipal de Saúde coletaram dados sobre demografia, condições socioeconômicas e ambientais, natalidade e mortalidade, além da oferta de serviços (número de profissionais, estabelecimentos de saúde) de um município do nordeste gaúcho, os mesmos foram organizados para comporem um banco de dados geográficos, com função de armazenamento e recuperação de informação espacial, no programa computacional ArcGis. **RESULTADOS:** Utilizando-se do banco de dados foram gerados mapas, que de forma espacial, demonstraram a realidade da saúde do município, para posterior análise. Além disso, o banco de dados poderá ser constantemente alimentado, obtendo-se, conforme a necessidade, uma série histórica

visível especialmente das condições de saúde do município. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A gestão das políticas de saúde e dos recursos implica em grandes desafios para a organização e a atuação do setor saúde, impondo uma crescente necessidade de dados sistematizados e de informações para análise crítica. Assim, a utilização de tecnologias disponíveis com desenvolvimento de estratégias que possibilitem o seu uso, em harmonia com os processos de modernização gerencial da área de informação e informática em saúde na rede de serviços, aperfeiçoa o processo de gestão.

SOBREVIDA DE UM BEBÊ HIDRANENCÉFALO ABANDONADO PELA FAMÍLIA E SUAS REPERCUSSÕES EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Fernanda Casagrande, Ana Caroline Pinto Lima, Natalia Pereira Barbosa

Palavras-chave: Hidranencefalia, lactente, indígena

O presente trabalho trata-se de um relato de caso de um lactente indígena, sexo masculino, proveniente do município de Tacuru – MS, nascido de parto normal, a termo de 37 semanas, com diagnóstico de hidranencefalia. Na hidranencefalia os hemisférios cerebrais não estão presentes e são substituídos por sacos cheios de líquido cérebro-espinhal. É a mais grave expressão da falência de nutrição do cérebro antes do nascimento, com consequentes deficiências neurológicas graves e permanentes. Na hidranencefalia o cérebro está reduzido a uma fina quantidade de tecido nervoso responsável pelas atividades básicas de manutenção da vida como a respiração e os batimentos cardíacos. Os recém-nascidos com a doença podem apresentar-se com a cabeça de tamanho grande

(macrocéfalos), ou de tamanho pequeno (microcéfalos). Com o passar dos meses, a tendência é que haja o crescimento progressivo da cabeça. Várias afecções maternas têm sido responsabilizadas pela hidranencefalia durante a gestação. Esses processos podem ser de origem infecciosa, como sífilis, toxoplasmose, hepatite infecciosa e influenza; de origem tóxica, como envenenamentos pelo monóxido de carbono; de origem traumática, nas tentativas de abortamento mediante meios mecânicos. O tratamento é sintomático e de apoio. A esperança de vida para os meninos com hidranencefalia é mínima. A morte ocorre geralmente antes do primeiro ano de idade. No entanto, em raros casos, podem sobreviver durante vários anos. É comum crianças com essa patologia terem problemas relacionados à alimentação, o que pode ter impacto desfavorável no crescimento e desenvolvimento. Estudos demonstram uma relação entre dificuldades alimentares, desnutrição e piora do desenvolvimento motor e neurológico. O paciente apresentava pouca movimentação dos órgãos fonarticulatórios e sucção débil, fraca e incoordenada. A dieta oferecida durante seu período de internação foi uma fórmula infantil específica para idade e necessidades dele, via sonda orogastrica. Durante sua internação no Hospital Universitário da Grande Dourados, foram verificados vários episódios de vômito e regurgitação. Além disso, o lactente encontrava-se com um curativo ocular devido uma pequena lesão e permaneceu em berço aquecido com manta térmica a maior parte do tempo, pois ele tinha dificuldade na manutenção da temperatura, desse modo a equipe se empenhou a ter um controle rigoroso da sua temperatura. Dado o abandono do bebê por parte da família, contextualizado por crenças culturais a respeito deste tipo de doença e uma situação de violência da qual este foi fruto, o empenho por parte de

alguns vetores da rede para que esta fosse responsabilizada pelo cuidado do paciente é problematizado. Em se tratando de paciente que, devido ao seu quadro neurológico, é incapaz de sentir dor, segundo os médicos, levantamos a hipótese de que nesse caso os cuidados paliativos não seriam destinados ao paciente em si, mas sim àqueles que formaram algum tipo de vínculo afetivo com a criança. Durante o acompanhamento do paciente pela equipe multidisciplinar tivemos que lidar cotidianamente com reflexões sobre os conceitos de eutanásia, distanásia e sua relação com a humanização do cuidado e constatamos a falta de protocolos para lidar com a situação de sobrevivência após o nascimento nesse tipo de caso.

SOIS - SERVIÇOS ORGANIZADOS DE INCLUSÃO SOCIAL

Anelise Dallagnolo, Renata Marassi

Palavras-chave: Inclusão Social, Saúde Mental

A Lei n. 10.216 de abril de 2001 ou a lei da Reforma Psiquiátrica como também é conhecida, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A reforma psiquiátrica foi uma conquista do movimento da Luta Antimanicomial, uma grande mobilização social que durou mais de duas décadas e que vinha propondo a reformulação das políticas públicas de saúde mental, de modo a abandonar o modelo asilar para substituí-lo por um conjunto de serviços abertos e comunitários que devem garantir à pessoa com transtorno mental o cuidado necessário para viver com segurança em liberdade, no convívio familiar e social tanto quanto possível. Além das Unidades Básicas de Saúde e do

Programa de Saúde da Família, que realizam ações de promoção e proteção à saúde mental em vários territórios, há diversas iniciativas, dentre as quais se destacam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência, como núcleos de produção de cultura e espaço de troca entre os usuários dos serviços da saúde mental e a sociedade em geral. O SOIS – Serviços Organizados de Inclusão Social foi criado em 2005 para ser um espaço que oportunizasse a melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento da cidadania das pessoas com transtorno mental e estava atrelado ao CAPS. Atualmente é um ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS do município. Desenvolve ações de convivência, desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, tendo como público alvo pessoas acima de 16 anos, com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas incluindo familiares, promovendo inclusão social e a continuidade do cuidado articulado a todos os pontos de atenção da RAPS. A principal área de atuação é a inclusão através da Cultura, Arte e Educação, com ações desenvolvidas em parcerias intersetoriais públicas e privadas como: Casa da Cultura (programa de extensão), Secretária da Educação (EJA), Biblioteca Pública, Escola de Dança, Vídeo Locadora, Faculdade de Jornalismo. São oportunizadas oficinas de: teatro, coral, música, canto, jornal, biblioteca, educação (EJA), cinema, origami, tapeçaria, cestaria, papel reciclado, caminhadas, assembleias de usuários e familiares, grupo de familiares, comissão de festa/eventos (que organiza e articula com a rede) festas (Carnaval, Julina, Flashback). OBJETIVO: Realizar a inclusão social e a continuidade do cuidado das pessoas com transtorno mental e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, através da Arte, Cultura e Educação. RESULTADOS: Nos dez (10) anos do SOIS já

passaram pelo serviço 399 usuários, sendo que se mantém em média de 80 fixos, que participam em uma ou mais atividades oportunizadas semanalmente. Destes usuários que participam de forma contínua, cerca de 5 (cinco), reagudizam durante o ano e necessitam algum tipo de internação.

SOLUÇÕES ACESSÍVEIS NO COTIDIANO DE PESSOAS COM DIVERSIDADE FUNCIONAL EM UM HOSPITAL DE LONGA PERMANÊNCIA

Thais Botelho Silva, Licier Moraes, Adriana Azevedo

Palavras-chave: pessoas com deficiência, estruturas de acesso,

Este é um relato de experiência de atividades que vem sendo desenvolvidas em um hospital da rede estadual de saúde em Porto Alegre, que objetivam ofertar soluções acessíveis para facilitar o cotidiano de pessoas internadas com alguma diversidade funcional. O hospital é referência no tratamento de tuberculose no estado do Rio Grande do Sul e atende usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade social e com dificuldade para adesão ao tratamento, tendo a soropositividade para HIV como comorbidade mais frequente. A ideia partiu da idealização de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e conta com a parceria de outros setores do hospital, como a lavanderia/reparos e a manutenção. Foram criadas tipoias para sustentação de membro superior hemiplégico, bengalas de madeira e adaptação em calçados. Os recursos utilizados como matéria prima são do próprio hospital e de baixo custo. Além destas alternativas de uso individual, foram construídas rampas de acesso e foi solicitada a instalação de barras de apoio nos banheiros. Ainda que as estratégias sejam simples e iniciais, foi possível

perceber que o uso destes recursos puderam propiciar maior autonomia e independência dos pacientes internados, bem como possibilitou/facilitou a presença destes na realização de atividades coletivas, de forma a promover maior interação com o meio social. O serviço de saúde, assim como toda a sociedade, tem o dever de incluir todas as pessoas, independente de suas condições funcionais. Para isso, é preciso trazer a tona a discussão das adaptações estruturais e funcionais, e oferecer recursos que possam propiciar uma maior participação das pessoas.

TÉCNICA CHINESA LIAN GONG NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Aline Klanovicz Silva, Guilherme Bassani, Caroline Schirmer Fraga Pereira

Palavras-chave: Práticas Integrativas e Complementares, Atenção Primária em Saúde, Promoção de Saúde

Apresentação: Lian Gong é uma prática corporal oriental que faz parte de uma tradição milenar de artes corporais chinesas. É utilizada para prevenir e tratar dores no corpo, além de restaurar sua movimentação natural. São exercícios dirigidos que podem ser praticados em 12 minutos. Por esses motivos, pode ser muito bem utilizada no âmbito da Atenção Primária. Desenvolvimento do trabalho: Na Unidade Saúde da Família Nossa Senhora de Belém, a equipe se motivou a implementar a prática do Lian Gong para um grupo de usuários com o objetivo de auxiliar os pacientes que sofrem de dores crônicas. Além disso, implementar a prática do Lian Gong na USF Nossa Senhora de Belém visando à prevenção e promoção de saúde dos usuários. Foi realizado uma breve apresentação sobre o Lian Gong e seus benefícios, aos 24 usuários com os usuários do grupo “Mexa-se”, já existente

na USF. Foram ensinados 8 exercícios, do total de 18, para conhecimento do grupo e realização em casa. Resultados e/ou impactos: A implantação da prática do Lian Gong no USF Nossa Senhora de Belém foi, sem dúvida, favorecida pela existência do grupo “Mexa-se”, uma vez que seus usuários já comparecem semanalmente na unidade. A adesão do grupo foi imediata e a empatia com a nova técnica foi fundamental para a realização dos exercícios. Além dos benefícios físicos, o aspecto emocional se mostrou como um potente aliado à prática, através das técnicas de respiração. Fatores como a socialização e o controle mental trouxeram facilidade de adesão dos usuários, que, ao buscar por prevenção e tratamento de dores crônicas e melhorias funcionais, também agregaram saúde mental ao seu dia a dia. O grupo em geral, mostrou-se apto a realizar os movimentos. Também ficaram animados e motivados com a prática, além de ansiosos pelos próximos encontros de Lian Gong. Considerações finais: A prática do Lian Gong mostrou-se como uma excelente alternativa na promoção e prevenção de saúde no nível da Atenção Primária, com resultados eficazes a um baixíssimo custo. Cidades referência em promoção de saúde como Campinas/SP e Belo Horizonte/MG já realizam a prática e instituíram manuais sobre o Lian Gong, que estão disponíveis nos sites de suas prefeituras, tamanha relevância dada diante da eficácia na prevenção e promoção de saúde comprovadas nessas cidades. As práticas integrativas e complementares se mostram como uma alternativa com grande potencial de ação dentro do princípio de integralidade da atenção, pela facilidade de capacitação de funcionários e baixo custo ao sistema. Trata-se de uma tentativa ousada de superação da visão centrada no atendimento médico como única prática a ser ofertada dentro do serviço de saúde pública.

TERRITORIALIZAÇÃO EM ATO: UMA CONTRIBUIÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE COLETIVA PARA O PLANEJAMENTO DO TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Graziela Barbosa Dias, Valmir Ferreira Martins, Sérgio Henrique Miranda de Barros, Thais Odorizi Canella, Angelita Boucinha Ribeiro, Bruna Schatkoski Valério, Daniel Canavese de Oliveira

Palavras-chave: territorialização, residência multiprofissional, atenção básica

APRESENTAÇÃO: territorialização é uma ferramenta de planejamento para compreensão e delimitação do território de atuação de um serviço de atenção primária, considerando os usos do território, suas multiplicidades e diversas necessidades e contextos de saúde. **Objetivos:** apoiar o processo de reorganização do território abrangido US Belém Velho a partir da identificação da área de atuação desta unidade, segundo dados oficiais trazidos pelo aplicativo de georreferenciamento, Geosaúde, e das áreas extraoficiais atendidas conforme demanda dos usuários, assim como das áreas limítrofes de atuação de outras unidades de saúde. **Métodos:** nesse estudo foi elaborado um relatório técnico sobre a territorialização da área de atuação de uma Unidade de Saúde do município de Porto Alegre-RS. Foram utilizados dados do aplicativo Geosaúde, mapas, e foram coletadas informações com profissionais e usuários dessa unidade como: histórico do bairro e compreensão do processo de implantação da unidade de saúde bem como dados demográficos, condições de moradia, além da expansão de empreendimentos imobiliários na região. **Resultados:** foi realizada a descrição de

como se deu o processo de territorialização dessa unidade até o presente momento, incluindo a identificação de usuários excedentes de outra área de atuação, o que subsidiou a elaboração de propostas para a reorganização e delimitação do território de atuação da unidade de saúde para que se reorganize o fluxo dos usuários na rede de atenção primária a saúde da região.

TESTE DA LINGUINHA NA ATENÇÃO BÁSICA

Edine Dias Pimentel Gomes, Patrícia Maria de Carvalho, Camia Maria Estanislau Duarte, Francisca Damille de Freitas, Nathalia Tavares Camelo Felipe, Thabata Krishna Ribeiro Franco Vilanova, Marília Gabriela do Amaral Moreira, Eduardo Carvalho de Souza

APRESENTAÇÃO: O Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, popularmente conhecido como teste da linguinha, instituído pela Lei Federal nº 13.002/2014, foi desenvolvida no Brasil pela Fonoaudióloga Roberta Martinelli e possibilita exatamente o diagnóstico precoce das alterações do frênulo lingual. Viabilizando, assim, o tratamento de forma mais eficaz deste problema, que pode comprometer as funções exercidas pela língua como sugar, engolir, mastigar e falar, sendo o fonoaudiólogo o profissional habilitado para realizar a avaliação estrutural da língua e seu desempenho funcional durante o aleitamento materno. O presente estudo busca avaliar a aplicação do teste da linguinha em um Centro de Saúde da Família (CSF) Herbet José de Souza, localizado no bairro Padre Palhano, no Município de Sobral - CE. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo descritivo com enfoque num relato de experiência a partir da aplicação do teste da linguinha no Centro de Saúde da Família (CSF) Herbet José de

Souza, localizado no bairro Padre Palhano, no Município de Sobral – CE. **RESULTADOS:** No território em referência a equipe de saúde da família limitava-se a cumprir protocolos básicos, não realizando a avaliação da cavidade oral, nem a aplicação do protocolo do teste da linguinha, quando necessário. Tal fato acabava por gerar um diagnóstico tardio de patologias e malformações orais, as quais prejudicam a qualidade de vida da criança. Gerando, dentre outros agravos, um possível atraso na linguagem e, em alguns casos, impossibilitando os recém-nascidos de realizar a pega do seio da mãe para se alimentar prioritariamente com o leite materno. Referido problema foi observado após o início das atividades da 11^a Turma de Residência Multiprofissional da Escola Visconde de Sabóia, por ocasião da realização de atendimento fonoaudiológico no CSF em estudo. Neste momento, ao avaliar uma criança de 2 anos, observou-se, através do relato da mãe, que a mesma apresentava dificuldades na fala, o que se caracteriza como atraso de fala e linguagem. Constatou-se, ainda, que a criança sempre realizou de forma assídua todo o acompanhamento clínico necessário, desde o pré-natal, durante a gravidez, até as consultas de puericultura. Diante de tal fato, realizou-se a avaliação da cavidade oral da criança, momento em que se verificou a presença de uma fenda palatina, nunca detectada antes, mesmo com o acompanhamento anterior da criança pela equipe mínima do CSF de forma regular, restando claro que sequer a avaliação da cavidade oral, que precede o teste da linguinha, era realizada, tampouco este teste. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Assim, foram iniciados trabalhos no sentido de garantir a realização da avaliação da cavidade oral e do protocolo do teste da linguinha, quando for o caso, dos recém-natos e das crianças até dois anos residentes no território em análise, bem como foi realizada uma sensibilização das enfermeiras

e das agentes comunitários de saúde (ACS) do CSF, com vistas a capacitá-las para atuar junto às crianças no encaminhamento para o fonoaudiólogo.

TEXTOS MOTIVACIONAIS COMO ESTRATÉGIAS DE MELHORIA DO PROCESSO DE TRABALHO NO SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE NA CIDADE DE BELO HORIZONTE/MG

Thauana Mericcy Mota Santos, Clarissa Silva Pimenta, Luciana Alves Silveira Monteiro, Jaqueline Marques Lara Barata

Palavras-chave: Textos motivacionais, Humanização, Motivação profissional

APRESENTAÇÃO: A implementação dos textos motivacionais incentivam os profissionais, e tem uma relação direta com a qualidade dos serviços prestados, principalmente nos setores com maior demanda como a porta de entrada de um hospital. As unidades de urgências e emergência possuem intensa procura por atendimentos, sendo um dos motivos para que os profissionais dessas unidades desenvolvam habilidades para a tomada de decisão rápida e precisa. Contudo, em alguns momentos, essas exigências tornam-se motivos de estresse, dificultando o atendimento humanizado e as relações interpessoais. Dessa forma, faz-se necessário a implementação de estratégias de humanização, visando, principalmente, a melhoria nas relações interpessoais entre profissionais e a melhoria da qualidade da assistência e valorização dos sujeitos envolvidos neste processo. Desse modo, o objetivo desse projeto promover a manutenção da motivação profissional, e consequentemente da autoestima e incentivo ao trabalho em equipe através dos textos motivacional em um setor de urgência e emergência de um hospital de

grande porte na cidade de Belo Horizonte/MG. **DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, de um grupo de acadêmicos do setor de humanização, que realiza diariamente textos motivacionais com temas que envolve o processo de trabalho como: trabalho em equipe, mudanças de comportamentos em busca de novas estratégias para diversas soluções, valorização das próprias qualidades e de outros, resiliência. Além disso, são feitas avaliações mensais por meio de conversas com os colaboradores para verificar a eficiência desse método. **RESULTADOS:** Os textos motivacionais voltados para os profissionais no setor de urgência e emergência promovem a construção de um ambiente mais ameno, além de melhor acolher e valorizar os colaboradores, que relatam ser este um momento de reflexão e minimização do estresse diário. Percebe-se que mesmo diante de ocasiões nas quais os profissionais apresentavam-se resistentes, as atividades desenvolvidas têm despertado o lado sensível dos servidores e melhorado as relações entre os mesmos. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diante da realidade e do estresse comum dos profissionais das unidades de emergência hospitalar, enxerga-se a necessidade de se atuar de forma mais humanizada no acolhimento e escuta dos mesmos. O texto motivacional vem como um instrumento para motivar os profissionais e conseguir trabalhar as relações interpessoais no processo de trabalho.

TRABALHO MULTIPROFISSIONAL COM IDOSO HIV+ EM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES: FORMANDO REDE NA EQUIPE

Maria Irene Ferreira Lima Neta, Edna Maria Peters Kahhale, Gisele Cristina Gosuen, David Salomão Lewi, Meiry Fernanda Pinto Okuno, Juliana Rocha Barbosa

Palavras-chave: Equipe multiprofissional, Idoso, HIV

A população idosa vem crescendo consideravelmente nos últimos anos. Este processo ocorre devido ao aumento da expectativa de vida e à diminuição da taxa de mortalidade. Atualmente, há um aumento de idosos HIV+, resultante tanto do prolongamento da vida sexual sem utilização de preservativo; quanto das pessoas que vivem com HIV há vários anos e que estão envelhecendo com ele por se tratarem com terapia antirretroviral. Sendo o idoso propenso a demais comorbidades por conta da idade e o HIV acelerando os processos biológicos, isto acaba por afetar as demais áreas da saúde, tais como alimentação e saúde psicológica. Assim temos por objetivo apresentar um trabalho realizado com uma equipe multiprofissional na assistência integral a idosos que vivem com HIV, realizado em um ambulatório de Infectologia em São Paulo/SP, destacando o espaço de grupo para empoderamento do idoso. A assistência consistiu no atendimento personalizado a usuários maiores de 60 anos que frequentaram o “Ambulatório de HIV e o Envelhecer”. A equipe multiprofissional era composta por quatro (4) profissionais: Médico infectologista, que segue o protocolo do PNDST/HIV/Aids; Nutricionista, que avaliava as necessidades nutricionais, oferecendo encaminhamentos e orientação conforme a demanda; Enfermeira e Psicóloga, esta desenvolveu um grupo de reflexão em sala de espera e fez acompanhamento individual, quando necessário. A equipe multiprofissional realizou reuniões de discussão de casos e elaboração de protocolos. A rotina da assistência iniciava-se com o grupo de psicologia em sala de espera, formado por todas as pessoas que seriam atendidas no dia do ambulatório. Participaram 25 idosos, 15 mulheres e 10 homens, com idades entre 60 e 73 anos e duas acompanhantes, irmã e esposa de

usuário. Os resultados indicam que o idoso visto por uma equipe multiprofissional sente-se com maior empoderamento de seu tratamento conseguindo assim maior autonomia em todos os âmbitos de sua vida pessoal, profissional, afetivo-sexual e familiar. Com isso pensamos que uma equipe multiprofissional bem integrada pode ser de fundamental importância tanto para o trabalho nas redes de apoio a saúde básica como para o paciente que é atendido pela mesma.

UM DIA HUMANIZADO PARA CRIANÇAS E PRÉ-ADOLESCENTES SOROPOSITIVOS

Maria Betina Leite de Lima, Nayara Cristaldo Maciel, Sabrina Oliveira Cangussu, Kathiussy Goulart da Silva Sarmento

Palavras-chave: (assistência humanizada, soropositivo, crianças, pré-adolescentes, sociedade, realidade)

Introdução: É inaceitável que em pleno século XXI alguns indivíduos ainda possuam a capacidade de discriminar alguém pela cor, condição social, opção sexual, entre outras. A oportunidade de conviver e conhecer a realidade de um grupo de crianças e pré-adolescentes que são soropositivo devido à transmissão vertical, ou porque as medidas necessárias de prevenção durante a gestação não foram realizadas, tornou-se uma experiência enriquecedora à formação acadêmica. **Descrição da Experiência:** Acadêmicos do curso de Enfermagem norteados pela disciplina Humanização na Assistência de Enfermagem que propôs na sua ementa a elaboração de um projeto, por isso desenvolveram um trabalho social com um público composto por crianças e pré-adolescentes soropositivo que frequentam a instituição denominada Afrangel. Essa entidade é apoiada, mantida por freiras e recebe doações que contribuem para auxiliar custear as finanças da instituição.

Na instituição é disponibilizado suporte psicólogo, se necessário encaminhamento médico, aporte nutricional, administração de medicamentos e a realização de atividades recreativas. As crianças que frequentavam o ensino regular só compareciam na instituição no período contrário às aulas, os que ainda não estudavam, permaneciam período integral. Ao chegar à entidade foi informado sobre como é realizado o seu funcionamento, quais são as políticas, regras da casa. Nesse momento ficou determinado que os acadêmicos fossem responsáveis pela execução das atividades recreativas do dia. Para realizar o trabalho e aproveitar o momento, conhecer a realidade das crianças e pré-adolescentes, de modo a promover uma atividade humanizada e holística, utilizou-se tintas, bombons, máscaras, papel craft e bola. As atividades foram realizadas no pátio da entidade, a princípio houve dificuldade de aceitação da realização das atividades e da presença dos acadêmicos, pois as crianças e os pré-adolescentes pareciam ter receio, percebido por suas expressões faciais, porém com brincadeiras essas barreiras foram quebradas. O material foi utilizado com intuito de proporcionar um momento para eles se expressarem e desse modo obter a oportunidade de conhecer o seu interior, na ocasião um garoto desenhou uma arma de fogo com a cor preta, quando questionamos sobre o motivo relatou: “Eu queria uma arma para matar meu padrasto”. Cantigas de rodas e teatros foram desenvolvidos e a aproximação completou-se, pois com máscaras e fantasias as crianças pareciam mais a vontade, representando quem almejavam ser. **Impacto:** Ter o contato com essas crianças e pré-adolescentes, perceber a dificuldade que elas enfrentam para serem inseridos na sociedade, é impactante, pois é difícil aceitar que ainda existem paradigmas sobre conviver com crianças soropositivas. Acreditar que esse grupo necessita ficar em uma entidade separada para adaptar-

se e lidar com uma sociedade lá fora, com certeza é frustrante. Porém foi muito satisfatório ter a oportunidade de contato com essas crianças. Considerações Finais: A experiência enriqueceu grandemente a jornada acadêmica, pois os acadêmicos melhoram como indivíduos, tornaram-se mais questionadores sobre a sociedade atual e seus paradigmas. Portanto notou-se que prestar uma assistência humanizada, faz toda a diferença para quem realiza e desfruta desse cuidado.

UMA OPORTUNIDADE QUE MUDOU VIDAS

Maria Betina Leite de Lima, Nayara Cristaldo Maciel, Sabrina Oliveira Cangussu, Ariane Calixto Oliveira

Palavras-chave: proteção a agravos, inquérito, assistência humanizada

Introdução: O Ministério da Saúde e a Secretaria de Vigilância em Saúde desenvolveram o Inquérito sobre Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA Inquérito-2014), que foi realizado nas capitais, Distrito Federal. Sua execução contou com equipes compostas por coordenadores, supervisores e entrevistadores. O VIVA teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico das vítimas de violências e acidentes socorridas em unidades de urgência e emergência e identificar os fatores de risco para propor medidas de proteção dos agravos. Descrição da Experiência: A Secretária Municipal de Saúde de Campo Grande – MS em parceria com a Universidade Anhanguera Uniderp, através do curso de enfermagem convidou acadêmicos para participarem do inquérito. Previamente ao início da pesquisa realizou-se uma reunião, onde receberam treinamento e um manual do entrevistador que orientava como iniciar a entrevista e

preencher o questionário. Em um segundo encontro foi fornecido o material necessário para a realização do inquérito, selecionado os plantões e a unidade onde iríamos atuar. A partir da experiência obtida após o primeiro dia da pesquisa foi possível concluir que se fala tanto em assistência humanizada, mas nem sempre quem procura a unidade é atendido de forma humanizada, assim compromete a qualidade da intervenção. Foi um início de pesquisa difícil, a princípio não contamos com apoio dos funcionários o que tornava a realização do VIVA um desafio, mas esses acostumaram-se com a presença dos entrevistadores e passaram a avisar quando chegava um caso que se enquadrava no inquérito, o que facilitava a busca ativa. Foi incrível vivenciar e conhecer a rotina dos profissionais que trabalham no pronto-socorro, observar como é realizada a triagem e classificação de risco, analisar tudo o que ocorria ao redor, com o intuito de aguçar o senso crítico e enriquecer a formação acadêmica. Em relação às entrevistas, acredita que estávamos aptas para abordar as vítimas ou os acompanhantes, mas não é uma tarefa fácil, pois não tem um momento adequado. A melhor experiência foi conhecer a visão dos usuários e colocar-se no seu lugar, isso contribuiu para mudar a vida dos entrevistadores em todos os campos, pois entrevistamos indivíduos maravilhosos, que apesar do momento difícil sempre foram gentis, contaram suas histórias, sonhos, medos, dificuldades, era como se fôssemos as pessoas certas no momento inadequado. Impactos: No decorrer da pesquisa foi possível notar o número absurdo de casos que poderiam ter sido evitados se a legislação de trânsito tivesse sido respeitada, como uso EPIs e outras medidas de proteção. Notou-se a necessidade de atenção da maioria dos indivíduos entrevistados e a importância dos profissionais de saúde proporcionar uma abordagem e assistência humanizada.

Considerações Finais: O inquérito foi mais que uma pesquisa desenvolvida com intuito de analisar os dados obtidos para elaborar medidas que visem à redução e a prevenção das violências e acidentes. Esse também resultou um impacto tremendo na formação acadêmica, pois se conclui a importância de colocar de fato em prática uma assistência humanizada, de modo a assistir um indivíduo na sua integralidade e individualidade.

UMA PROPOSTA DE REFLEXÃO SOBRE ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL INFANTIL A PARTIR DE UMA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR

Francisco Gilmário Rebouças Junior, Viviane Oliveira Mendes, Neires Alves de Freitas, Ádyla Barbosa Lucas, Aline Albuquerque Marques, Maria Emanuelle Freire Pessoa, Osmar Arruda da Ponte Neto, Rayane Alves Lacerda

Palavras-chave: Atenção Básica, Exploração Sexual, Atenção Interdisciplinar

INTRODUÇÃO: O abuso e a exploração sexual infantil são problemas de saúde pública, pois implicam em inúmeras consequências para a saúde dos atores envolvidos, levando às várias situações de violências, que podem ser intra e extras familiares. O abuso é caracterizado como qualquer contato ou interação em que a criança ou adolescente sejam estimulados sexualmente por alguém em estágio psicossocial mais avançado do desenvolvimento. A interação sexual pode incluir toques, carícias, sexo oral ou relações com penetração. Quando estas ações estão revestidas de intenções prévias de lucratividade é caracterizado como exploração sexual. A atenção básica, enquanto porta de entrada para os serviços de saúde, tem como atribuição receber as situações de violências contra

as crianças e adolescentes, referenciar aos órgãos e políticas que também são corresponsabilizados pelo assunto, como: conselhos tutelares e a Política de Assistência Social e de Segurança. Para isso a atuação interdisciplinar é fundamental para ampliar o cuidado com o usuário, sendo necessário articulações e compartilhamentos de ações no âmbito da unidade de saúde e, sobretudo, a interdisciplinaridade no processo de trabalho e na capacidade de cuidado de toda a equipe. A interdisciplinaridade é a substituição de uma concepção fragmentária para uma concepção unitária do ser humano. Nesse contexto, a atenção básica traz a ideia da ampliação da saúde, passando a perceber o sujeito como um todo, com características particulares, imersos em sua realidade socioeconômica e familiar, revelando na interdisciplinaridade o resgate da totalidade do usuário. OBJETIVO: Descrever a experiência interdisciplinar na ação sobre o combate ao abuso e exploração sexual infantil. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa. O estudo se deu na Escola José Parente Prado no Bairro Sumaré, Sobral, Ceará. Participaram da experiência os profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família – RMSF, terapeuta ocupacional, educadora física, psicóloga e assistentes sociais e duas professoras da escola. A ação envolveu dezoito pais e vinte e cinco crianças com idade entre 8 e 12 anos. O momento foi dividido em duas estações, sendo uma com enfoque para as crianças e a outra para os pais. Foram utilizados como recursos para o desenvolvimento da ação: vídeos, slides, tarjetas, jogos, desenhos e brincadeiras infantis. A estação com os pais foi dividida em quatro momentos: 1) apresentação de um vídeo, o qual problematizava acerca do abuso e exploração sexual infantil, no intuito de incitar reflexões sobre o assunto. 2) exposição slides informando

os locais adequados para se fazer algum tipo denúncia, bem como slides retratando os sinais de alerta que a criança e o adolescente podem sinalizar quando encontram-se em situações de violência. 3) Jogo “Mitos e Verdades”, através do uso de frases escritas em tarjetas, para os pais analisarem as afirmativas em verdadeiras ou falsas. 4) Avaliação do momento com a utilização de “emotions” espalhados no local da estação, representando rostos com expressões tristes, alegres, entusiasmadas e zangadas. Ressaltando que todos os pais avaliaram o momento com os “emotions” alegres e/ou entusiasmados. A estação com as crianças foi dividida em quatro momentos. 1) roda de conversa informando o objetivo da atividade e coletar o conhecimento prévio das crianças sobre assunto 2) atividade autobiográfica: através do desenho em uma folha de papel ofício, todas as crianças retrataram, de acordo com o direcionamento dado pelas cuidadoras do momento, sobre aspectos relacionados ao seu contexto familiar, tais como: com quem moram, o que gostam de fazer, como definem a sua família, quais os parentes que elas são mais próximos. Em seguida, todos compartilharam seus desenhos. 3) Foram realizadas atividades lúdicas: jogos e brincadeiras (vivo-morto, caça ao tesouro, futebol, basquete). 4) Por fim, cada criança avaliou o momento com apenas uma palavra, sendo as mais citadas: legal, divertido, bom e ótimo. RESULTADOS: No decorrer da ação, percebemos que os pais se apresentaram entusiasmados com a temática, relatando que existem muitos casos no bairro onde residem e não sabiam como denunciar. Destacaram acerca da informação sobre a denúncia anônima, o que os encorajariam a denunciar, contribuindo desta forma no combate a prática da exploração sexual infantil, de modo que o denunciador não fique exposto a nenhum risco ou ameaça. No momento das discussões surgiram

muitas dúvidas sobre o assunto, bem como desconhecimento do mesmo pelos pais. Questionaram sobre as possíveis alterações comportamentais nas crianças e adolescentes, quando estes são abusados e explorados sexualmente e indagaram se deveriam ou não procurar o Centro de Saúde da Família (CSF), pois não sabiam se o agravo era de competência dos serviços de saúde ou dos serviços jurídicos. Ressaltaram também a importância do desenvolvimento da atividade e parabenizaram a metodologia utilizada. Foi possível identificar, o receio dos pais em verbalizar sobre o assunto, porém, trouxe várias elucidações que incitaram a reflexão dos mesmos. Ao final do momento, dois pais procuraram as profissionais cuidadoras para compartilharem casos que ocorreram em seu seio familiar. As crianças mostraram-se a vontade para verbalizar sobre sua composição familiar e interagiram durante as brincadeiras, percebemos que a maioria delas eram desinibidas e ativas durante as atividades, um pequeno número apresentou comportamento apático e sem iniciativa durante as brincadeiras. A mãe de uma delas, que estava na estação com os pais, relatou que a filha sofre bullying na escola e o caso foi encaminhado para atendimento especializado no CSF. O momento trouxe muitas elucidações sobre a temática uma vez que a abordagem interdisciplinar proporcionou abordar o assunto no âmbito psicossocial. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Destacamos a relevância do trabalho interdisciplinar como direção de um fazer coletivo, através de abordagens que busquem cuidar dos indivíduos, utilizando recursos existentes nas instituições e comunidades, buscando reflexões e responsabilizações com todos os atores envolvidos.

USO DO NOME SOCIAL EM UM CENTRO DE REFERENCIA DE DST/ AIDS: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

Lázara Regina Rezende

Palavras-chave: travestis/transsexuais, nome social, prontuário, saúde,

O uso do nome social das travestis e transexuais, ou seja, aquele pelo qual essas pessoas se identificam e são identificadas pela sociedade é uma antiga reivindicação que vem ganhando uma boa aceitação dentro das políticas públicas, especialmente nas políticas de educação e saúde. É na Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde, Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2009, onde se observa de forma claro o direito do registro do nome social a todos que acessarem o Sistema Único de Saúde, respeitando toda a diversidade. No entanto, ainda é observada resistência e mesmo a desinformação dos profissionais de saúde, a respeito do direito ao uso do nome social, contribuindo para ações que podem configurar como discriminação, preconceito e até violência contra o direito de cidadania. Diante do exposto, o trabalho pretende analisar e discutir os avanços na implantação do uso no nome social de travestis e transexuais nos prontuários do Centro de Referência de DST/AIDS de Londrina Paraná. Para isso foi empregada a metodologia da pesquisa documental, através de consulta de Decretos, Portarias, Pareceres e artigos que estabelecem a adoção do nome social no Brasil, análise dos prontuários das travestis e transexuais atendidas na instituição e entrevista com trabalhadores dos ambulatórios. Após análise dos documentos, prontuários e das entrevistas conclui-se, que adoção do nome social das travestis e transexuais, na forma verbal é uma realidade que já vem ocorrendo de maneira gradativa ao longo dos anos nos

ambulatórios do Centro de Referência, em especial no ambulatório médico. A partir de 2013 a adoção do nome social tanto na forma verbal como o registro por escrito passou a ser mais efetiva nos diferentes ambulatórios. No entanto, o registro do nome social nos prontuários não ocorre de forma padronizada, pois em alguns setores os prontuários não apresentam campo para o registro do nome social, sendo registrando acima do nome civil, como ocorre no ambulatório de odontologia e no centro de testagem. No ambulatório médico o prontuário possui campo, mas o registro do nome social não é realizado rotineiramente por todos os profissionais que fazem a abertura do prontuário, sendo registrado somente no envelope onde é guardado o prontuário. Pode se concluir que o uso do nome social é um processo em construção no Centro de Referência de DST/AIDS, fazendo se necessária padronização com a criação de campo nos prontuários para o seu registro e sensibilização e divulgação entre os profissionais dos diferentes ambulatórios para a adoção do uso e registro do nome social e conseqüentemente promover o respeito ao direito de cidadania das travestis e transexuais.

UTILIZAÇÃO DE RECURSOS LÚDICOS E SUSTENTÁVEIS DURANTE UM ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DOMICILIAR

Quelen Tomé Pires, Êmili Crestana, Eléia de Macedo, Sílvia Lemos Fagundes, Suzete Marchetto Claus

APRESENTAÇÃO: O índice da população idosa e da expectativa de vida aumenta a cada ano, surge então a necessidade de promover ao idoso, atividades atrativas e de baixo custo, que promovam melhora da qualidade de vida. O objetivo deste

trabalho é relatar a utilização de recursos sustentáveis e lúdicos durante um atendimento fisioterapêutico domiciliar, visando à melhora/manutenção da capacidade física, cognitiva e mental com um olhar biopsicossocial durante a abordagem. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Esta intervenção conteve cinco atendimentos, realizados duas vezes por semana em uma Unidade Básica de Saúde do município de Caxias do Sul/RS, com uma idosa do sexo feminino de 80 anos, que apresentava como queixa principal tremor axial e suspeita de Alzheimer. **RESULTADOS:** A utilização de recursos sustentáveis trouxe mobilidade com baixo custo, podendo ser utilizado por outros idosos da mesma unidade de saúde que permanecem em suas casas sem uma participação social, que motivados e com condições físicas favoráveis possam futuramente ser inseridos novamente a comunidade. Os jogos de motricidade, memória, coordenação foram adaptados para a idade, escolaridade e atividades de vida diária da idosa, que demonstrou interesse durante as atividades propostas, além de promover a aproximação do núcleo familiar. Observamos também que é fundamental a presença do lúdico durante os atendimentos, para que o usuário sintase engajado e valorizado no processo de reabilitação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Compreendemos que quando o profissional de saúde tem um olhar biopsicossocial para o paciente, automaticamente suas condutas terão um impacto muito maior na realidade deste usuário e não somente em sua restrição física. Observamos a necessidade da estimulação de atividades coletivas para uma melhor socialização da idosa a comunidade, podendo ser desenvolvidas por equipes de profissionais da saúde de forma interdisciplinar na própria unidade básica de saúde.

VALORIZAÇÃO DA VIDA E PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: AÇÕES DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE

Gisele Santin

Palavras-chave: Valorização da Vida, Suicídio, Saúde Mental

Este trabalho visa apresentar as ações de saúde mental desenvolvidas em uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul. A cidade de Encantado foi contemplada com o Projeto Percursos Formativos na Rede de Atenção Psicossocial: experiências entre intercâmbio e supervisão clínico-institucional (Ministério da Saúde), através de tal projeto, está sendo possível a execução de diversas ações de educação permanente, bem como ações de promoção da saúde junto à comunidade. Entre as ações, está a Cartilha Municipal de Prevenção ao Suicídio, intitulada: Suicídio, vamos falar sobre isso? A Cartilha foi confeccionada pela equipe de profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS A CASA) e está sendo distribuída pelas Agentes Comunitárias de Saúde a todas as famílias residentes no município, bem como está sendo disponibilizada nos serviços de saúde e locais de grande circulação pública. Além da confecção e distribuição da Cartilha, os profissionais da rede de atenção intersetorial do município e da região passaram por capacitação sobre prevenção ao suicídio. A ideia da Cartilha surgiu em função do alto índice de suicídios no Estado do Rio Grande do Sul (é o estado com maior índice do país), com destaque para a região do Vale do Rio Pardo e Taquari (onde se localiza a cidade de Encantado). Os casos de ideação e tentativa de suicídio estão entre as principais demandas por atendimento no CAPS da cidade, sendo um dos principais fatores que levam a internações nos leitos de saúde mental no hospital geral da cidade,

ficando atrás somente das internações para desintoxicação de usuários de álcool e outras drogas. Alguns resultados já podem ser vistos, como a boa aceitação da Cartilha entre os profissionais da rede, população e mídia local. O suicídio é um tema muito delicado em nossa sociedade, sendo considerado um sério problema de saúde pública, por isso, é necessário que se criem espaços na comunidade para falar sobre o assunto e diminuir o tabu e o preconceito em torno do tema. O objetivo da Cartilha é contribuir para o esclarecimento do assunto enquanto um problema de saúde que, muitas vezes, está relacionado a transtornos mentais, informando a população que existe tratamento para tal, buscamos, além da prevenção ao suicídio, fazer um trabalho de valorização da vida.

VIVÊNCIA DE EXTENSÃO NO SISTEMA DE SAÚDE DE SOBRAL

Edine Dias Pimentel Gomes, Patrícia Maria de Carvalho, Camia Maria Estanislau Duarte, Francisca Damille de Freitas, Nathalia Tavares Camelo Felipe, Thabata Krishna Ribeiro Franco Vilanova, Marília Gabriela do Amaral Moreira, Eduardo Carvalho de Souza

APRESENTAÇÃO: A formação em saúde, mediada pela extensão universitária, revela-se fundamental para propiciar experiências ampliadas de atuação em cenários do trabalho em saúde. O presente relato de experiência teve como objetivo de conhecer alguns equipamentos de saúde de Sobral a fim de garantir a integralidade do cuidado dos usuários e explorar as contribuições das demais redes de atenção à saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A experiência foi realizada a partir de uma exigência da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia, em que vivências de extensão universitária deveriam somar

um total de 80hs para a integralização da matriz curricular. A experiência aconteceu em serviços e projetos da saúde existentes no município de Sobral – CE, a citar: CEREST, APAE, Melhor em Casa, Trevo de Quatro Folhas, Cuidando do Mestre e Centro de Reabilitação e Saúde Auditiva. A vivência de extensão aconteceu no período de setembro de 2014 a Março de 2015. **RESULTADOS:** A partir da experiência na vivência de extensão foi possível conhecer, articular e participar efetivamente de cada serviço, sendo possível dessa forma desenvolver uma linha de cuidado mais integral e longitudinal aos usuários do serviço único de saúde, que em algumas situações perpassam por esses serviços. A aproximação entre as redes de atenção à saúde nos trouxe grande aprendizado, entretanto percebemos algumas fragilidades. Serviço como o do centro de reabilitação onde oferecem fonoterapia infantil e adulto possuem uma demanda reprimida considerável, no entanto nos momentos de vivência percebemos a ociosidade de alguns profissionais, o que nos gerou uma inquietação, visto que são serviços com uma demanda importante, e que gera um impacto na qualidade de vida dos usuários. Já no serviço do Melhor em casa percebemos uma carência de profissionais e de apoio logístico, em muitos momentos os profissionais se deslocam com seus próprios transportes, e como não conseguem atender a toda demanda acaba por priorizar os casos mais críticos. No caso do CEREST percebemos uma subnotificação dos usuários com Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), por se tratar de uma região com um pólo industrial considerável. No caso da APAE, apesar da precariedade de recursos a instituição dentro das suas limitações presta um serviço de qualidade. O programa Cuidando do mestre é um serviço pioneiro, em parceria Saúde e Educação, buscam a melhoria da saúde

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

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

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

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

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

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

Eixo Trabalho - resumo expandido

Trabalhos de Pesquisa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Franciele Ariene Lopes Santana, Ilido Roda Neves

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

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

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

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

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

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

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

Isabela Andrade Vidal, Tulio Batista Franco

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

APRESENTAÇÃO: A proposta de estudar a construção da rede oncológica no território micropolítico do cuidado, emerge de um projeto nacional, ainda em andamento, intitulado por: “Observatório Nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa”.

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

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

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

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

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

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

Palavras-chave: trajetórias profissionais, qualificação, trabalho

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A FABRICAÇÃO DE REDES PELO USUÁRIO NA PRODUÇÃO DO SEU CUIDADO

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

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

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

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

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

A FORÇA DO HABITUS NA RELAÇÃO FISIOTERAPEUTA E PACIENTE

Vitoria Regina Quirino de Araujo, Lemuel Dourado Sobrinho

Palavras-chave: Relação, Profissão, Saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A IMPORTÂNCIA DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA OPINIÃO DO USUÁRIO

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

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

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

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

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

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

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

Elves de Sá Guedes

Palavras-chave: visita domiciliar, métodos alternativos, acolhimento

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

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

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

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

Palavras-chave: Acolhimento, Escuta Qualificada, Cogestão

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

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

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

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

A INFLUÊNCIA DO APOIO SOCIAL NA DEPRESSÃO EM IDOSOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A INTEGRALIDADE COMO DISPOSITIVO PARA INTERROGAR O COTIDIANO

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

Palavras-chave: Integralidade, SUS, Cuidado

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

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

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

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

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

Tereza Cristina Ramos Paiva, Grasielle Nespoli

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vivian Costa da Silva, Alcindo Antônio Ferla

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

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

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

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

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

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

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

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

Palavras-chave: Saúde Mental, Criança, Adolescente

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

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

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

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

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

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

Josiane Vivian Camargo de Lima, Ana Lucia Abrahão

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

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

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

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

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

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

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

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

Palavras-chave: Síndrome de Down, Representação Social

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

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

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

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

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

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

Palavras-chave: Atenção Básica, Mulheres, Prisões

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palavras-chave: Terceira Idade, Sexualidade, Enfermagem

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

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

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

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

AÇÕES DA ENFERMAGEM VOLTADAS AO IDOSO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA

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

Palavras-chave: Idoso, Envelhecimento, Cuidados de Enfermagem

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

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

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

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

AÇÕES DA REDE CEGONHA NO BRASIL: UMA REVISÃO

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

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

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

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

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

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

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

Graciele Torezan, Vania Dezoti Micheletti, Simone Edi Chaves

Palavras-chave: educação, enfermagem, centro cirúrgico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

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

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

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

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

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

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

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

Luciane Aparecida Pereira de Lima, Romeu Gomes

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

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

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

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

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

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

ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

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

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

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

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

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

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

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

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

Angelica Cristina Nagel Hullen, Márcio Eduardo Brotto

Palavras-chave: Programa Bolsa Família, Indígenas, Roraima

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

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

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

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

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

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

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

Palavras-chave: idoso, hospitalização, cuidadores

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palavras-chave: Esquizofrenia, Síndrome x Metabólica, Clozapina

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

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

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

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

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

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

Marina Nagata Ferreira, Tarcísio Laerte Gontijo

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

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

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

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

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

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

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

Daniela Ferreira Borba Cavalcante

Palavras-chave: Enfermeiros, Competências, Pré-Natal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

diagnóstico de HIV/DST, efetivo, de modo a promover ações educativas que visem à prevenção de novas infecções, detecção precoce e tratamentos efetivos. Além disso, é necessário pensar e apoiar estratégias que visem conter o preconceito e discriminação tão presentes na sociedade, que, por vezes, influenciam nas condutas dos profissionais de saúde e na assistência prestada a esta população. Ademais, é de grande importância para a Saúde Pública garantir que as ações próprias do aconselhamento sejam realizadas efetivamente, de modo a evitar novas infecções e romper com a cadeia de transmissão, logo, viabilizar o controle destas doenças. Desta maneira, este estudo tem por objetivo investigar os aconselhamentos prestados a HSH com sintomas de DST's que acessaram diferentes serviços de saúde. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo de corte transversal, multicêntrico, realizado em 10 cidades brasileiras, Brasília, Belo Horizonte, Campo Grande, Curitiba, Itajaí, Manaus, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e Santos, nas quais foram realizados inquéritos comportamentais com Homens que fazem sexo com homens, maiores de 18 anos. A técnica de recrutamento utilizada é o RDS – Respondent Driven Sampling – que consiste numa amostragem tipo “bola de neve”, por ser bastante eficaz para populações de difícil acesso. Neste, os participantes convidam outras pessoas elegíveis à pesquisa a partir de sua rede de contato, sendo as primeiras – denominadas sementes – escolhidas de modo não aleatório pelo grupo de pesquisa de modo a obter um grupo heterogêneo e bem representativo. A coleta dos dados foi feita por meio de questionário eletrônico padronizado e testado, em um local de conveniência do participante ou num espaço específico do estudo em cada município. E para a análise dos dados foi utilizado o software STATA 12, no qual foi feita análise descritiva das variadas e

associações bivariadas entre diferentes serviços de saúde e algumas orientações aconselhamento pós-diagnóstico de doença sexualmente transmissível a partir do teste Qui-Quadrado de Pearson, considerando nível de significância 5%. Para tanto, foram considerados os 483 homens que apresentaram pelo menos um sintoma de DST e que procuraram algum serviço de saúde. **RESULTADOS:** Neste estudo foram avaliados os aconselhamentos prestados aos HSH que procuraram um serviço de saúde após apresentarem algum sintoma clínico característico de doença sexualmente transmissível (DST) – tais como verruga, feridas, corrimento ou bolhas no pênis –, seja no posto de saúde, hospital público ou hospital/clínica particular. Dos 483 entrevistados, 256 (53%) foram atendidos nos postos de saúde, 124 (25,7%) em hospitais públicos e 103 (21,3%) em hospital e/ou consultório particular. Alguns aconselhamentos são indicados nos casos de diagnóstico de alguma doença sexualmente transmissível, dentre elas a orientação quanto à necessidade de uso de preservativo durante as relações sexuais; comunicar aos parceiros sobre a doença e a necessidade do tratamento; e orientações para realizar testes de HIV e sífilis, como meio de aproveitar a oportunidade e identificar outras DST's comumente associadas. Do total dos participantes, 84% receberam orientação quanto o uso de preservativo nas consultas, sendo tal procedimento maior nos hospitais e consultórios particulares, chegando a mais de 90% nos clientes atendidos, seguidos dos postos de saúde e hospital público, com 84,4% e 78,2%, respectivamente. E as diferenças na proporção do aconselhamento quanto o uso de preservativo nestes três serviços de saúde foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Ao se questionar se haviam sido comunicados quanto à necessidade de informar aos parceiros sobre a doença, como

também a importância do tratamento, cerca de ¾ dos entrevistados indicaram terem sido orientados, sendo tal proporção semelhante nos três serviços estudados – 75,8% nos postos de saúde, 74,2% nos hospitais públicos e 73,8% nas clínicas/hospitais particulares. Quanto às orientações para o teste de sorologia de HIV, houve evidências estatísticas ($p < 0,05$) que indicaram diferenças importantes entre os grupos. 72,3% dos atendidos em postos de saúde foram orientados a fazer o teste, enquanto que nos hospitais públicos esta proporção se reduz a 67,7% e nos consultórios e hospitais particulares a 57,3%. O semelhante não ocorre quanto às orientações para o teste de sífilis, que não apresentaram diferenças importantes: do total dos HSH, apenas 59,6% foram orientados a investigar a sorologia, sendo esta proporção maior nos postos de saúde, em que 62,9% declararam terem sido informados, enquanto que nos hospitais públicos foram 58,1% e no outro apenas 53,4%. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O controle da epidemia de HIV/AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis coloca para os serviços de saúde grandes desafios, dentre eles a promoção de ações educativas e medidas de prevenção efetivas. Ainda, enfrentar questões como acesso aos serviços de saúde – que sejam resolutivos e de qualidade –, e combate a todos os tipos de discriminação, constituem-se em exercícios indispensáveis para modificar este quadro social. Deste modo, grandes esforços devem ser direcionados a fim de melhorar a assistência aos sujeitos que apresentam DST's e, principalmente, reduzir as perdas de oportunidades para diagnóstico e tratamentos oportunos, a partir da promoção de ações educativas, de controle e prevenção de novas infecções em todos os níveis assistenciais a partir dos aconselhamentos. Sem perder de vista que há a necessidade de abordar questões como estigmas sociais e preconceitos, que acabam

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palavras-chave: Atenção Primária, Violência Doméstica, Criança

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Leandro Silva Gomes, Angela Herminia Sichinel, Camila Sichinel Silva

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

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

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

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

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

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

Palavras-chave: Esquizofrenia, Qualidade de Vida, Enfermagem

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Frank Jose Silveira Miranda, Antonieta Keiko Kakuda Shimo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rachel Batista Araújo, Carlos Botazzo, Fabiana Schneider Pires

Palavras-chave: acolhimento, HIV, histórias de vida

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

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

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

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

Vitória Regina Quirino de Araújo, Taciana da Costa Farias Almeida

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

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

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

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

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

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

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

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

INTRODUÇÃO: A Doença Renal Crônica

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

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

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

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

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

CARTOGRAFANDO A PRODUÇÃO DE CUIDADO PELA FERRAMENTA DO USUÁRIO-GUIA

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

Palavras-chave: Cuidado, Cartografia, Usuário-Guia

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

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

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

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

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

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

Jaqueline Dinorá Paiva de Campos

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

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

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

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

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

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

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

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

Palavras-chave: educação permanente em saúde, pesquisa interferência

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

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

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

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

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

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

Luriam Cruz Cruz da Silva

Palavras-chave: CME, Pesquisa, Assistência, Saúde

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

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

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

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

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

Débora Biffi, Cintia Nasi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar o

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO SOBRE A INTERSETORIALIDADE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONCEPÇÕES SOBRE A COORDENAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

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

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

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

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

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

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

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

CONSUMO DO NARGUILÉ E SEUS PRINCIPAIS EFEITOS NO ORGANISMO

Ana Beatriz Carneiro Ferrari, Nayara Cristaldo Maciel, Ariane Calixto

Palavras-chave: Narguilé, Cuidados de Enfermagem

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palavras-chave: Grupo Brincante

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

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

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

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

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

Liliádia da Silva Oliveira Barreto

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

na Educação em saúde, Saúde global, Processo de Envelhecimento

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

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

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

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

CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CUIDADOR INFORMAL: A COMPLEXA TAREFA DE CUIDAR DE IDOSOS

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

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

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

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

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

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

DA SAÚDE COLETIVA AOS COLETIVOS DA SAÚDE

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

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

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

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

DENGUE: EFICÁCIA DA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO À SAÚDE

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

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

APRESENTAÇÃO: O quadro epidemiológico

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

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

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

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

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

Celia Maria Flores Santos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DESENHOS QUE CURAM: A AÇÃO PROTETIVA DAS PINTURAS FACIAIS BORORO

Júnior José da Silva

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Patrícia Nelly Alves Meira Menezes

Palavras-chave: Educação, Saúde, Saúde do Homem

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Francisco Tavares Guimarães

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

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

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

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

Juliana Ferreira da Silva, Deborah Franscielle da Fonseca

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

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

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

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

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

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

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

Odalys Rodriguez Suarez

Palavras-chave: Educação em saúde, Hipertensão

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Maria Luiza Marques Cardoso, Djalma Vieira Cristo Neto

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

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

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

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

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

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

ENSINO EM SAÚDE: VALIDAÇÃO DE PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÕES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ESCOLHA DA VIA DE NASCIMENTO: FATORES RELATADOS POR PUÉRPERAS

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

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

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

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

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

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

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

Ana Carolina da Silva Barbosa

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

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

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

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

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

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

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

Luziel da Cruz Reis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ESTUDO DAS REAÇÕES ADVERSAS DO TRASTUZUMABE

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

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

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

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

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

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

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

EXPERIÊNCIA DOS PAIS NO MÉTODO CANGURU: REVISÃO INTEGRATIVA

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

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

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

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

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

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

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

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

Mercy Costa Souza, Adriane Pires Batiston

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Palavras-chave: Gênero, Violência, Drogas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE: PROBLEMATIZAÇÕES CRÍTICAS

Marina Monteiro de Castro e Castro

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

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

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

política de saúde afirma-se como fonte de investimento e lucratividade para o capital, acompanhando os ditames dos organismos internacionais que indicam a sua inserção em âmbito privado, a adequação da política ao ajuste fiscal, e a construção de um discurso centrado no combate à pobreza. No âmbito do arcabouço teórico para análise dos elementos constitutivos do debate da humanização, avança-se na utilização de um referencial incorporado e fortalecido pela Saúde Coletiva a partir dos anos 1990, que se respalda em autores (Foucault, Deleuze, Guattari) que realizam uma crítica ao projeto da modernidade e aproximam-se do campo pós-moderno. Esse campo teórico tem em sua base a crítica ao projeto de reforma sanitária (construído nos anos 1970) vincado na tradição marxista. A PNH (2003) será fruto do movimento teórico, prático e político do campo da Saúde Coletiva que, apesar de seu hibridismo, aponta o tema da humanização da atenção e da gestão das práticas de saúde, destacando os sujeitos e o cuidado. “É nesta tradição e desta origem que a Política de Humanização emerge e se constitui como política pública de saúde”. As hipóteses lançadas sustentam-se no entendimento de que a humanização, apesar de um mote do movimento progressista da área da saúde, torna-se uma estratégia de combate à crise do capital, sendo destacadas a sua função mercadológica, a transferência da responsabilidade estatal para sociedade civil, responsabilização/culpabilização dos trabalhadores e usuários pelas dificuldades existentes nos serviços de saúde, as alternativas possibilistas para enfrentamento da crise da saúde e a incorporação de uma perspectiva restrita de humanização que coaduna com a lógica de um “capital humanizado”. Na PNH, o conceito de humanização estabelecido incorpora o arcabouço ideoteórico construído pela Saúde Coletiva a partir dos anos 1990, essencialmente, o debate da

micropolítica e do cuidado em saúde, sendo enfatizados: a corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, a mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho, a troca e construção de saberes entre profissionais, o trabalho em equipe, e o desejo dos sujeitos. É necessário estar atento aos limites da política de humanização e solidificar uma ação que tenha como prisma os direitos e a cidadania, e que esteja cotidianamente respaldada nos preceitos do projeto de reforma sanitária, construído nos anos 1970, e na determinação social do processo saúde-doença. Deve-se efetivar também uma visão de subjetividade ligada aos aspectos sociais, históricos, econômicos e políticos, invertendo a queixa da psicologização das relações sociais. Desta forma, esse debate da humanização deve ter como centralidade: os determinantes das condições de saúde da população; as políticas intersetoriais; as tecnologias estratégicas à qualidade da atenção à saúde; a formação de recursos humanos, gestores e conselheiros de saúde; a expansão da informação em saúde; a regionalização da rede de serviços; a participação popular; a educação em saúde e na área da saúde; a formação de profissionais capazes de refletir sobre o acesso universal, a qualidade e a humanização da atenção à saúde.

HUMANIZASUS: UMA REDE DE APOIADORES EM BUSCA DE UM SUS MELHOR

Catia Paranhos Martins, Cristina Amélia Luzio

Palavras-chave: HumanizaSUS, rede, apoio institucional

A Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (PNH), criada pelo Ministério da Saúde em 2003, acumula

experimentações, parceiros e produções ao longo dos anos. Na luta pelo direito à saúde de qualidade de todos e qualquer um/uma, os muitos apoiadores do HumanizaSUS, os trabalhadores do e pelo Sistema Único de Saúde (SUS), têm fomentado mudanças na atenção e na gestão na construção da saúde pública (BRASIL, 2010). Este trabalho apresenta uma síntese de nossa pesquisa para o doutoramento em psicologia, defendida na UNESP/Assis, intitulada como “A Política Nacional de Humanização na produção de inflexões no modelo hegemônico de cuidar e gerir no SUS: habitar um paradoxo”. Buscamos conhecer algumas inflexões que a referida Política produz nos sujeitos e no cotidiano do SUS, para entender os atuais limites e as possibilidades da saúde como direito de cidadania, uma das metas da Reforma Sanitária, a partir das narrativas dos apoiadores. Ao escutar e dialogar sobre as experimentações na PNH, uma questão nos norteou: como os muitos apoiadores desta Política compreendem o seu fazer no SUS? Utilizamos de pensadores da Filosofia da Diferença como Michel Foucault, Maurice Blanchot, Gilles Deleuze e Félix Guattari, e também da Saúde Coletiva, principalmente os alinhados com o HumanizaSUS, que nos auxiliaram na empreitada por enxergar os indícios tanto das capturas, quanto das formas de resistências. A perspectiva metodológica utilizada foi a cartografia e para a sua construção nos interessamos pelos encontros, histórias, situações corriqueiras de trabalho, assim como estranhamentos, questionamentos e embates que foram produzidos ao longo de nosso percurso no HumanizaSUS. Nessa cartografia partimos da premissa de que não há uma meta distante, esperando para ser descoberta e tampouco há uma suposta verdade a ser encontrada no final do percurso. Não há pesquisadoras que almejam a neutralidade, despidas de seus valores, olhando de fora e analisando um determinado objeto, mas

sujeitos de pesquisa que se relacionam, estão implicados e se transformam durante o trajeto (MERHY, 2005; PASSOS et al., 2009). Assim, para contarmos fragmentos da história do HumanizaSUS muitas narrativas foram entrelaçadas. Os documentos oficiais, anotações de reuniões e inúmeras rodas de conversa através da experiência como consultora do Ministério da Saúde de 2010 a 2013, foram somados aos 78 documentos/narrativas finais de um curso da PNH na região Centro-Oeste e ao diálogo com 5 outros consultores. A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNESP/Assis, parecer n° 175.853. Organizamos a pesquisa da seguinte forma: construímos dois planos de análise que estão interligados e dialogam mutuamente. Fizemos um demorado passeio pela PNH, por momentos, acontecimentos e divergências que marcaram os muitos apoiadores. Problematizamos o HumanizaSUS como uma obra aberta e tarefa coletiva, que tem disputado espaço no Ministério da Saúde, no cotidiano dos serviços e na produção acadêmica. Os apoiadores trouxeram-nos ricos momentos em que fazem uma avaliação de seu trabalho no SUS e dos desafios encontrados nas experimentações da função apoio institucional, na ampliação da clínica e na democracia institucional. Somado às histórias do HumanizaSUS, construímos mais um plano de análise. Este percurso foi composto por um rápido passeio pelo SUS como campo de disputas em que a batalha pelo direito à saúde está longe de ser vencida, e pelos muitos “Brasis” e suas iniquidades. Problematizamos também o empobrecimento da vida e, por fim, demarcamos por quais concepções de saúde e de cidadania lutamos. A saúde, como bem de consumo e, de forma concomitante, como valor ético-político, configura-se como uma luta em andamento. Há uma situação paradoxal em que os

movimentos reformistas e o campo de conhecimento da Saúde Coletiva possuem acúmulos concretos para mudar o perverso cenário nacional, embora falte alinhamento político para isso. Nesse jogo, temos o direito à saúde garantido na Constituição de 1988 com mais de duas décadas de investimentos públicos na construção da universalidade, equidade e integralidade. E, ao mesmo tempo, os inúmeros avanços produzidos pelos movimentos reformistas em saúde pouco conseguiram desestabilizar uma poderosa máquina formada por um Estado de privilégios, alinhada com os interesses econômicos do aparato médico-hospitalar, da indústria farmacêutica e da saúde suplementar, que crescem em um ritmo jamais visto. (CAMPOS, 2007; SANTOS, 2010; PAIM et al., 2011). O SUS, em que pesam as inúmeras críticas, também produz experiências cotidianas que são frutos de sujeitos comuns dando concretude aos princípios constitucionais. No dia a dia, uma rede de resistência é tecida e sustenta a saúde como valor. Essa rede de inúmeros anônimos produz um “SUS que dá certo” bem perto de nós. É notório que nem tudo o que é produzido pelo/no SUS seja sinônimo de avanços democráticos e de autonomia dos sujeitos envolvidos. Entretanto, há nessa experiência os indícios do projeto que faz do direito à saúde um valor que nos é comum a ser construído e partilhado com qualquer um/uma. Nas narrativas dos apoiadores temos os avanços e os retrocessos do SUS, um movimento potente que ecoa das lutas reformistas em saúde, mas que trava batalhas com os modos hegemônicos de cuidar e gerir e com a nossa incipiente democracia. É necessário manter a compreensão que há diferentes regimes de visibilidade já que os imperativos neoliberais reduzem a saúde a mais uma mercadoria disponível. Além disso, os direitos civis continuam marcados pela dimensão do favor e da caridade. Entretanto,

os trabalhadores do e pelo SUS, muitos que também se intitulam apoiadores da PNH, têm promovido acontecimentos (DELEUZE e GUATTARI, 1992), ou seja, experiências singulares e que rompem a linearidade dos fatos, e sinalizam que há outras histórias a serem contadas e novas saúdes a serem inventadas, mesmo em tempos paradoxais como os nossos. Um apoiador sintetizou a sua compreensão do HumanizaSUS com a seguinte narrativa: “somos uma rede de apoiadores em busca de um SUS melhor”. Consideramos assim que os muitos apoiadores do SUS tanto produzem, quanto se incluem nos movimentos coletivos por reinventar os modos de fazer clínica e gestão, dando-nos indicativos de novas suavidades. Embora o jogo neoliberal seja insidioso, há uma rede tecida e aquecida pelos apoiadores que fortalece a saúde como valor e como dimensão de cidadania de qualquer um/uma (TEIXEIRA, 2003).

INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS PARA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS: UM ESTUDO DE REVISÃO DA LITERATURA

Erika Rodrigues de Almeida, Ítalo Ricardo dos Santos Aleluia, Mariana Nossa Aragão, Luara Dourado Santos Cambuí, Rosana Aquino Guimarães Pereira, Ana Luiza Queiroz Vilasboas, Maria Guadalupe Medina

Palavras-chave: condições crônicas, redes de atenção à saúde, revisão da literatura

APRESENTAÇÃO: No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde pública de maior magnitude (BARROS et al., 2006; 2011; SCHMIDT et al., 2011; ISER et al., 2011; MALTA et al., 2010; MUNIZ et al., 2012; COSTA & THULER, 2012). Estas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo

período de tempo, podendo apresentar episódios de piora e momentos de melhora sensível (BARROS et al., 2006). Destacam-se entre elas: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Embora na última década tenha sido observada uma redução de aproximadamente 20% nas taxas de mortalidade pelas DCNT, estatísticas recentes apontam que esse grupo de doenças ainda representa cerca de 70% das mortes, atingindo principalmente a população de baixa escolaridade e baixa renda (MALTA & SILVA JR, 2013). Em resposta a este desafio, o Ministério da Saúde do Brasil tem implementado importantes políticas de enfrentamento dessas doenças, com destaque para a organização da vigilância de DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência de doenças e agravos crônicos e seus fatores de risco; expansão da atenção primária à saúde; melhoria da assistência e políticas de combate ao consumo do tabaco, desde os anos 1990; iniciativas, que se mostraram como importantes avanços na saúde dos brasileiros, responsáveis por parte da redução observada na taxa de mortalidade por DCNT (BRASIL, 2010a). Há vários e importantes estudos que buscam caracterizar o perfil epidemiológico das DCNT no Brasil, assim como há alguns que analisam as políticas de saúde formuladas e implantadas para seu enfrentamento. O propósito deste trabalho é apresentar a sistematização do conhecimento acerca das políticas, dos programas ou dos projetos de enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** descrição da experiência ou método do estudo: Trata-se de um estudo de revisão dos planos, políticas, programas e projetos voltados às DCNT existentes no Brasil, realizado por meio de consulta exploratória em diferentes sites

institucionais: (1) da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, (2) do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, (3) do Instituto Nacional do Câncer (Inca) e (4) o Portal de Inovação da Gestão do SUS. O levantamento dos documentos técnico-institucionais nos sites supracitados incluiu todos os documentos encontrados, independente de limite temporal. Para seleção de documentos também foi utilizada a estratégia “bola de neve”, incluindo referências citadas nos documentos identificados consideradas relevantes na relação final de textos a serem revisados. Assim, a revisão abrangeu um total de 52 documentos, sendo 41 (79%) selecionados mediante consulta a sites institucionais e onze (21%) a partir da estratégia “bola de neve”. Quanto à origem, cinco (10%) documentos foram encontrados no site da SVS, 28 (53%) no sítio do DAB, quatro (8%) no site do INCA e quatro (8%) no Portal de Inovação da Gestão do SUS. Após análise independente de dois revisores, todos os documentos selecionados foram considerados pertinentes para a sistematização, contando esta revisão, portanto, com 52 documentos técnico-institucionais. Após a seleção final dos documentos, foi construída uma ficha de cadastro, a fim de melhor organizar/catalogar as informações relativas a cada um dos planos, políticas, programas e projetos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa. Com base na análise dos documentos, percebeu-se a existência de iniciativas governamentais voltadas para o enfrentamento das doenças crônicas não-transmissíveis, formuladas ou implantadas no Brasil desde a década de 1980. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (1984) pode ser tomado como um marco inicial das proposições de enfrentamento das DCNT no Brasil. Dezenas

de proposições de políticas e programas voltados para as condições crônicas foram elaboradas desde 1984. No entanto, somente em 2011, foi formulada uma proposição abrangente, centrada especificamente nas condições crônicas, sinalizando, talvez, o momento em que as doenças crônicas tornam-se um item importante na agenda da política de saúde. Trata-se do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis 2011-2022 (BRASIL, 2012b). Este plano estabeleceu três eixos estratégicos de ação: (a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento, (b) promoção da saúde e (c) cuidado integral de DCNT. As principais ações do eixo da promoção da saúde se relacionam aos fatores de proteção para as DCNT: atividade física, alimentação saudável, controle do tabagismo e do alcoolismo e envelhecimento ativo. Podem ser citadas: reformulação de espaços urbanos, campanhas de comunicação, aumento da oferta e redução dos preços de alimentos saudáveis, aumento de impostos sobre os produtos derivados do tabaco e o álcool, implantação de programas de formação de cuidadores de idosos (BRASIL, 2011c). As políticas, os planos e os programas voltados para o enfrentamento das DCNT no Brasil destinam-se a desenvolver ações integradas de controle, tanto da incidência e da prevalência das DCNT, quanto de seus principais fatores de risco ou proteção. As intervenções mais comuns têm como objetivos a promoção da melhoria nas condições alimentares, a cessação do tabagismo e do alcoolismo, o incentivo à prática de atividade física regular e o fortalecimento do processo de trabalho em saúde, com treinamento de pessoal e introdução de protocolos (BRASIL, 1998; 2003; 2006; 2009; 2010; 2011a; 2011b; 2012a; 2012c; 2012d; 2012e; 2012f; 2013a; 2013b; INCA, 2002). Ademais,

são preconizadas intervenções sobre os determinantes sociais da saúde e ações de cunho terapêutico e reabilitador, a fim de promover a saúde e prevenir, diagnosticar e tratar as principais condições crônicas, a exemplo do diabetes, do câncer, das doenças cerebrovasculares, renais, respiratórias, dentre outras. As diferentes políticas e os diversos planos e programas propõem um amplo leque de ações, que vai da promoção à reabilitação, passando pela proteção e pela recuperação da saúde. As principais ações de promoção da saúde são: (a) intervenções sobre os determinantes e condicionantes da saúde através da articulação intersetorial, (b) criação de ambientes favoráveis à adoção de hábitos saudáveis, (c) ampliação do acesso e regulação da produção, comercialização e distribuição de alimentos e de produtos derivados do tabaco e álcool, (d) comunicação social, (e) reformulação de espaços urbanos e (f) incentivo do envelhecimento ativo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este estudo delinea um panorama que mostra que importantes iniciativas governamentais têm sido tomadas, ao longo das últimas décadas, para o aprimoramento da atenção às condições crônicas, sobretudo no âmbito dos cuidados primários. É importante ressaltar que esse panorama se limita às proposições formais, que constam de documentos oficiais. A revisão que permitiu a descrição das políticas, dos planos e dos programas não captou pesquisas avaliativas ou avaliações normativas acerca da efetiva implantação das proposições ou de seus eventuais efeitos. Nesse sentido, fica evidente a necessidade de pesquisas empíricas que possam avaliar a implantação e a efetividade das diferentes proposições, de modo a identificar não apenas experiências exitosas, mas também dificuldades e oportunidades de readequação das proposições.

INOVAÇÃO NOS PROCESSOS DE AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE. UMA COOPERAÇÃO ENTRE OS PARCEIROS DO LABORATÓRIO ITALO-BRASILEIRO DE FORMAÇÃO, PESQUISAS E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

Brigida Lilia Marta, Ardigò Martino, Gabriel Calazans Baptista, Janainny Magalhães Fernandes, Francesco Sintoni, Túlio Batista Franco, Maria Augusta Nicoli, Alcindo Antônio Ferla

Palavras-chave: Avaliação, Atenção Básica em Saúde, Trabalho em Saúde

APRESENTAÇÃO: do que trata o trabalho e o objetivo: O Brasil é um país caracterizado por rápidas transformações econômicas, sociais e ambientais. Apesar da complexidade, grandes avanços foram obtidos no nível de saúde e na expectativa de vida da população, principalmente em virtude da implementação de um sistema sanitário nacional público e universal baseado na Comprehensive Primary Health Care, o Sistema Único de Saúde, e em seguida com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, que favoreceu um processo de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica em Saúde. Também na Itália nos últimos anos tem se investido em um processo de reestruturação organizacional e de gestão do Sistema Sanitario Nazionale, visando o fortalecimento da Atenção Básica através da implantação do modelo das Casas de Saúde, caracterizado por estruturas territoriais que tem por objetivo realizar ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde e do bem-estar social, valorizando a integração entre os vários níveis dos serviços sociais e de saúde, além da participação em saúde. Tanto na Itália quanto no Brasil, para sustentar esses processos inovadores, atividades de pesquisa, avaliação e formação são necessárias e devem ser desenvolvidas

em todos os níveis do sistema de saúde, desde o internacional e nacional, até o nível local. Inúmeros autores apontam o desempenho dos serviços de saúde como sendo fortemente influenciado pela estrutura do sistema em um contexto de determinantes sociais, políticos e econômicos. Todo o sistema funciona a partir do protagonismo dos trabalhadores, e a organização do seu processo de trabalho, tanto individual quanto coletivo. Neste sentido, é fundamental construir modelos avaliativos que possam envolver tanto a análise das dimensões políticas, sociais e econômicas, quanto à conformação do sistema, adotando um olhar que compreenda os processos macro (formulação das políticas dentro do contexto social), meso (operacionalização e gestão) e micro (práticas e lógicas locais e singulares). Ao aplicar esta abordagem no campo da Atenção Básica em Saúde, o desenvolvimento de ferramentas integradas de avaliação pode ser funcional para o desencadeamento de processos de inovação nas escolhas organizacionais, de gestão e funcionamento dos serviços, a partir do envolvimento ativo de profissionais e usuários, do fortalecimento do trabalho em rede e das atividades de educação permanente. Considerando os desafios do cenário atual, caracterizado por uma estreita interconexão entre processos globais e efeitos nos contextos locais, a cooperação internacional entre instituições de pesquisa multilocais pode oportunizar a troca de experiências e de expertise em relação a este assunto de pesquisa, agregando uma multiplicidade de ferramentas de análise e intervenção. A partir deste cenário e da necessidade em ambos os contextos brasileiro e italiano de introduzir elementos de inovação no campo da avaliação na Atenção Básica, esta pesquisa pretende ativar uma troca e uma comparação entre os sistemas de avaliação dos dois países, a fim de identificar pontos

críticos e positivos, promover uma reflexão sobre os respectivos territórios e valorizar ferramentas e recursos úteis na resolução de problemas semelhantes, incentivando a elaboração de abordagens inovadoras no campo da avaliação. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** descrição da experiência ou método do estudo. Esta proposta pretende valorizar a experiência no campo da avaliação em saúde de vários grupos de pesquisa parte do Laboratório Ítalo-Brasileiro de Formação, Pesquisa e Práticas em Saúde Coletiva, os quais desenvolveram reflexões teóricas, estratégias e ferramentas sobre este tema, com base nos princípios da pesquisa-intervenção. O projeto prevê a participação dos diversos segmentos e atores envolvidos com a produção do cuidado na Atenção Básica - trabalhadores, gestores, usuários e pesquisadores na construção do conhecimento. Um elemento de inovação é o foco no desenvolvimento de metodologias de análise e ação multilocais e multi-situadas, que permitem a conexão entre atores interinstitucionais em nível local e promovem a estruturação de redes internacionais de troca de experiências e boas práticas entre diferentes territórios. Primeira etapa da pesquisa é a realização de uma análise de contexto, nos territórios envolvidos do Brasil e da Itália, através de instrumentos de investigação tais como entrevistas semi-estruturadas, aplicação de ferramentas analisadoras, observação participante e diário de campo. A partir das informações coletadas, uma segunda etapa da pesquisa visa desenvolver propostas de metodologias de avaliação dos serviços de Atenção Básica que possam sustentar e promover a qualidade do cuidado. Através da estruturação de um grupo de trabalho internacional para a coordenação e monitoramento de todas as etapas e a composição de duas equipes responsáveis pela realização do projeto, uma no Brasil e outra na Itália, o trabalho

está sendo desenvolvido de forma contínua e conjunta nos dois contextos, por meio de encontros presenciais e de reuniões periódicas virtuais. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa. A análise de documentos técnicos, diretrizes ministeriais brasileiras e italianas e literatura nacional e internacional de referência permitiram identificar programas, metodologias e ferramentas de avaliação em Atenção Básica em Saúde, com particular atenção no impacto nos processos de cuidado, gestão, participação e formação em saúde. Através da integração das informações coletadas foi construída uma matriz de análise sobre as dimensões da avaliação em Atenção Básica, que permitiu a identificação de questões-problemas a serem investigadas na fase de trabalho de campo nos dois contextos. Estamos atualmente na fase de imersão nos cenários de práticas dos dois territórios, italiano e brasileiro, aplicando as ferramentas de investigação qualitativas supramencionadas: a observação participante e, diário de campo; entrevistas semi-estruturadas com dirigentes, gestores, profissionais dos serviços de Atenção Básica, usuários e cidadãos; oficinas com gestores e profissionais dos serviços de Atenção Básica utilizando as ferramentas analisadoras. Cada fase do processo está sendo cuidadosamente negociada com todos os atores envolvidos, garantindo a interação e a participação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esta primeira fase de pesquisa, assim como apontado por inúmeros autores, revela que a avaliação, para se tornar efetiva, deve ser concebida como um processo sociopolítico de negociação e colaboração capaz de envolver uma multiplicidade de atores tais como gestores, profissionais, cidadãos e usuários. As tecnologias de monitoramento e avaliação devem ter a capacidade de analisar diferentes e complexas dimensões:

não só resultados, mas também processos de trabalho, contextos de atuação e fases de mediação entre os atores sociais envolvidos. A participação dos sujeitos nos processos avaliativos permite a valorização dos saberes produzidos pela prática. A busca coletiva de soluções para os problemas identificados torna as tomadas de decisões mais democráticas e localizadas no contexto. Neste sentido, é importante preservar, ao redor dos serviços, “espaços públicos de proximidade”, lugares sociais de encontro, de construção de redes e de mobilização. Dentro desses espaços as informações/avaliações podem ser reconhecidas pelos próprios atores envolvidos como fonte de conhecimento significativo a respeito do contexto e da própria rede de conexões, sendo também, portanto, espaços de educação permanente. Através desse conhecimento situado é possível gerar, localmente, formas de autorreflexividade coletiva com o intuito de aprimorar o cuidado, bem como suportar os processos sociais de construção democrática da saúde como direito humano fundamental. Neste sentido, a avaliação pode ser concebida como um dispositivo de intervenção, de empoderamento coletivo e de enfrentamento dos principais determinantes de saúde. A cooperação internacional revela-se uma importante estratégia para a troca de conhecimento e de boas práticas, viabilizando o deslocamento do próprio olhar naturalizado sobre as dinâmicas locais e o desenvolvimento de capacidades críticas, além de permitir novas possibilidades de intervenção.

INSERÇÃO DO SANITARISTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A EXPERIÊNCIA DO PROJETO DE EXTENSÃO INTERPROFISSIONAL EM VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/PE

Palloma Emanuelle Dornelas de Melo, Daniele Félix de Melo, Maria Gabrielly da Luz, Ana Paula Lopes de Melo, Jorgiana de Oliveira Manguiera

Palavras-chave: Diagnóstico de saúde, Área descoberta, Equipe multiprofissional

INTRODUÇÃO: A reformulação das políticas públicas de saúde no Brasil desde a década de 1980 colocam a atenção integral como conceito central e trazem a necessidade de pensar os serviços de saúde como espaços privilegiados para o desenvolvimento de ações integradas entre profissionais de diversas áreas, voltadas especialmente para a educação, atenção e cuidado em saúde. O trabalho em equipe interprofissional tem se apresentado como um desafio às reformas curriculares dos cursos de saúde e a prática sinaliza a necessidade adotar perspectivas que transcendam os fazeres individualizados de cada profissão. Tendo em vista tal contexto, a graduação em saúde coletiva da UFPE vem buscando a integração com outras formações em saúde através de atividades curriculares e extracurriculares que permitam o exercício da prática profissional e reflexões no campo teórico, sendo a atenção básica à saúde um local estratégico para a identificação de situações de desigualdades e adoecimento, onde a atuação do sanitarista juntamente com outros profissionais de saúde pode viabilizar mudanças que envolvam uma maior participação da comunidade e uma necessária articulação com os demais espaços de gestão em saúde. **OBJETIVO:** O presente trabalho apresenta a experiência do Projeto de Extensão Interprofissional desenvolvido no curso de Saúde Coletiva da UFPE no período de abril a outubro de 2015 que teve como objetivo inicial proporcionar a aproximação do estudante de saúde coletiva às ações da atenção básica em saúde do município a partir do desenvolvimento

de atividades integradas com estagiários dos cursos de enfermagem e nutrição. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O projeto foi formulado e desenvolvido em parceria com as coordenações de estágio dos cursos de enfermagem e nutrição da UFPE - Centro Acadêmico de Vitória, buscado assim a programação de atividades conjuntas e a integração interprofissional entre diferentes áreas da saúde. As atividades integradas ocorreram nos primeiros meses do projeto e foram desenvolvidas através de visita domiciliar e discussão de casos e situações de saúde pertinentes a cada território, buscando a contribuição de cada um dos campos de saber nas percepções e intervenções propostas para os casos selecionados. Em cada uma das três unidades de saúde foram selecionadas microáreas para o desenvolvimento de ações específicas pelos estudantes de saúde coletiva vinculados ao projeto, sendo estas focadas no reconhecimento da realidade local, realização e/ou atualização de diagnóstico e monitoramento de indicadores de saúde. O diálogo com as equipes proporcionou a seleção de atividades diferentes a serem desenvolvidas em cada unidade: (1) programação e desenvolvimento de atividade educativa; (2) cadastramento e levantamento de informações do e-SUS; e (3) atualização do cadastro de microárea descoberta. Essa última ganhou corpo no projeto, envolvendo nove extensionistas e quatro Agentes Comunitários de Saúde que realizaram uma capacitação para os estudantes instruindo-os sobre o preenchimento correto da ficha A, do envelope da família e livro de cadastro, além das estratégias de abordagem dos usuários para o melhor levantamento dos dados a serem atualizados. O grupo foi dividido em três equipes, cada uma delas acompanhada por uma ACS que acompanhou as visitas realizadas nas três

ruas da microárea. **RESULTADOS:** Essa primeira experiência do Projeto de Extensão Interprofissional viabilizou uma maior aproximação dos estudantes de Saúde Coletiva com as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família e a vivência do trabalho coletivo interprofissional propiciando um melhor conhecimento do território para o planejamento de estratégias que possam minimizar os impactos diagnosticados durante o período de desenvolvimento do projeto. A intervenção para atualização do cadastro da microárea em uma das unidades de saúde identificou o total de 134 famílias, sendo 411 usuários em sua maioria (55%) do sexo feminino. A comunidade é atendida por um serviço de rede pública de abastecimento de água inadequada, o qual corresponde a 57,36% do serviço de água sem tratamento. Os serviços de esgotamento sanitário e coleta de lixo são precários e verificando-se a presença de esgoto a céu aberto e grande acúmulo de lixo na região. Dentre as doenças ou condições de saúde referidas, houve um destaque para a hipertensão arterial que foi citada como existente em 57% dos usuários que referiram algum tipo de problema. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A realização desta intervenção possibilitou um melhor conhecimento do território e para a identificação das condições de vida e saúde desta comunidade. O projeto reforçou a importância do diagnóstico situacional como ferramenta de gestão que possibilita o conhecimento da situação de saúde e os problemas de ordem social, econômica e epidemiológica orientando assim as ações dos profissionais da saúde e explicitando as áreas com maior demanda de articulação intersetorial, tais como educação, saneamento e habitação. A extensão interprofissional abarca sua importância no desenvolvimento de novas práticas, na atuação da equipe multiprofissional

no campo da promoção da saúde e a inserção do profissional sanitário na atenção primária, instigando-o ao trabalho em equipe e a construção compartilhada do conhecimento. A vivência no projeto possibilitou um melhor conhecimento da realidade do território, bem como contribuiu para a identificação das condições de vida e saúde, tendo como foco a comunidade. A mesma é de fundamental importância para o levantamento de problemas, que, por sua vez, fundamenta o planejamento estratégico situacional permitindo desenvolver ações de saúde mais focais e efetivas em relação aos problemas encontrados. Em virtude do que foi relatado, observa-se que a Universidade tem exercido um importante papel nesse contexto, haja vista que esta instituição é responsável pela formação profissional que auxilia aos estudantes de Saúde Coletiva a identificar necessidades do SUS e contemplar as peculiaridades locais e regionais dos serviços e da comunidade. O desafio de delinear perspectivas inovadoras rompe com a cultura de realização do trabalho individualizado e investe no trabalho em equipe focado na problematização da realidade. Essa prática estende-se às ações de assistência e educação em saúde e, para tal, a interdisciplinaridade se mostra fundamental e de grande importância. A graduação em saúde coletiva tem buscado a abertura de campos de atuação profissional, sendo a atenção básica à saúde um local estratégico para a identificação de situações de desigualdades e adoecimento, onde a atuação do sanitário juntamente com outros profissionais de saúde pode viabilizar mudanças que envolvam uma maior participação da comunidade e uma necessária articulação com os espaços de gestão em saúde.

INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Flávia Jôse Oliveira Alves, Eleonora Peixinho Guimarães, Thiago Luis Cardoso Nascimento

Palavras-chave: Avaliação da família, Estratégia Saúde da Família, instrumentos de avaliação

APRESENTAÇÃO: A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o componente estruturante do sistema de saúde no intuito de reorganizar o modelo de atenção no SUS e potencializar a busca pela integralidade da assistência, o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, propondo como perspectiva a abordagem familiar. Abordar a questão da família no âmbito da ESF é compreender a família, suas configurações, seus contextos, seu processo social de trabalho e vivência, em meio à diversidade e transição demográfica e epidemiológica. Dessa forma, a avaliação e a intervenção familiar são importantes processos para o planejamento do cuidado à família, sendo necessárias ferramentas que auxiliem os profissionais de cuidados primários a criarem um vínculo com o paciente e sua família, que desdobrado em responsabilização no tempo, facilite sua aceitação no núcleo familiar para investigar e intervir. Neste sentido, este estudo teve o objetivo de identificar os instrumentos que têm sido utilizados na abordagem à família na ESF, além de discutir os principais componentes que têm sido considerados para esta avaliação. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO / MÉTODO DO ESTUDO:** Trata-se de revisão de literatura integrativa, que sumariza pesquisas passadas, elencando conclusões globais de um corpo de literatura em particular. Levando-se em consideração o período de implantação do Programa

Saúde da Família, este estudo constituiu-se em uma pesquisa realizada nas bases de dados da literatura científica, SciELO, LILACS, PubMed e MEDLINE, a partir do ano de 1994. Primariamente, foi realizado o levantamento bibliográfico, sendo testadas várias combinações de palavras com o objetivo de verificar a mais adequada para este estudo. Após várias combinações, foram encontradas as seguintes palavras que atendiam aos objetivos do estudo: escalas de avaliação familiar, instrumentos para avaliação familiar, abordagem na família e avaliação familiar. Foi realizada a leitura dos resumos, sendo elencados os seguintes critérios de inclusão para seleção dos artigos: artigos que descrevessem a utilização ou evidências teóricas de escalas, entrevistas e questionários para avaliação familiar no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Foram considerados apenas artigos indexados, sendo excluídos artigos repetidos, não realizados no Brasil, fora do período de interesse ou que não tinham relação com a ESF. Os trabalhos selecionados por meio desse crivo foram recuperados na íntegra e analisados em profundidade. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** os efeitos percebidos decorrentes da experiência ou resultados encontrados na pesquisa: Foram encontrados 259 artigos, sendo selecionados 25 que atendiam aos critérios estabelecidos. Destes a maioria foi desenvolvida por profissionais de enfermagem (55,5%), seguidos de medicina (14,8%), corroborando com dados da literatura em que retratam um maior número de trabalhos envolvendo a categoria de enfermagem. Apenas dois artigos (7,7%) foram construídos em conjunto por categorias multiprofissionais, indo de encontro à natureza multidisciplinar da ESF. Quanto ao tipo de delineamento dos estudos avaliados, a maioria dos artigos (44,4%) refere-se a estudos transversais. No que tange ao recorte temporal de publicação, pode-se visualizar, que na amostra encontrada, os estudos decorrem

de 1999, 05 anos após a implantação do Programa Saúde da Família. Após este período, o intervalo entre as publicações, geralmente, não excedeu a 01 ano, constatando um interesse nas pesquisas sobre a área. Em relação aos instrumentos citados para a Prática na ESF, o Genograma foi o mais utilizado (55,5%), seguido do Ecomapa (29,6%) e do Ciclo de Vida (25,9%), evidenciando que, nos artigos estudados, a avaliação priorizou aspectos da estrutura e desenvolvimento familiar. Em menor escala, também foram citados como instrumentos utilizados na prática da ESF, o Apgar Familiar (14,8%), o P.R.A.C.T.I.C.E (7,4%), a Rede Social (7,4%), o Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III) (7,4%), o Índice de Desenvolvimento da Família (IDF) (7,4%), a Escala de Coelho (7,4%), o Beavers-Timberlawn (BT) (3,7%), o Fundamental Interpersonal Relations Orientation (FIRO) (3,7%) e Global Assessment of Relational Functioning (GARF) (3,7%). No geral, os aspectos mais investigados do núcleo familiar estavam relacionados à estrutura familiar, ao funcionamento e ao risco/vulnerabilidade familiar. A maioria dos estudos (56%) tomou como unidade de análise, a família como um todo, representando-a como sujeito da abordagem, o que se constitui como um avanço para o desenvolvimento do processo de trabalho da ESF, uma vez que a família precisa ser entendida em meio à sua totalidade, complexidade e vivências. No entanto, 44% dos estudos abordaram a família a partir do indivíduo com alguma condição (doenças crônicas, transtorno mental), ou de determinado ciclo de vida (criança, idosos, gestante), sendo em maior quantidade as pesquisas com idosos. Neste contexto, abordagem coloca o indivíduo como sujeito e a família aparece como rede de apoio social, ou como cuidadora, tendo a necessidade de ser trabalhada para que consiga exercer esta função. Nota-se

assim que como colocado na literatura, que não há um consenso acerca da forma de conceituar a família e de estudá-la, e que muitas vezes o processo de cuidado é focado em um usuário que tem alguma patologia ou em outras circunstâncias específicas do processo de saúde/doença, em detrimento da compreensão da família como um todo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A utilização de instrumentos de avaliação vem sendo mencionada nos estudos para a construção do cuidado no contexto da ESF de forma que a partir da avaliação integral da família, seja possível propor intervenções reais junto à família, ajudando-as a vislumbrar suas próprias soluções para lidar com as dificuldades do cotidiano. No entanto, evidencia-se a necessidade pelos profissionais de uma definição clara acerca do constructo que será avaliado, uma vez que ainda não existe uma padronização dos termos que envolvem estudos com famílias. Conciliar mais de um tipo de instrumento de avaliação foi uma alternativa mostrada nos estudos para facilitar a abordagem à família, de forma que instrumentos orientam e sistematizam a prática, mas o profissional precisa estar atento às teorias que lhe são subjacentes, bem como à percepção dos membros das famílias acerca da sua vivência. A ESF, ao apresentar uma proposta de superação do modelo assistencial em direção a uma prática de atenção à saúde com foco na família, constituiu-se como possibilidade de efetivar as diretrizes da Atenção Primária à Saúde. Entretanto, apenas a determinação política que a equipe de saúde da família deve abordar a família como unidade de cuidado é insuficiente para que de fato isto aconteça, sendo imprescindível que o profissional busque respaldo na literatura científica e adote instrumentos pertinentes, de forma a contribuir para o desenvolvimento de suas habilidades para realizar essa abordagem.

INVISIBILIDADE DO SER CRIANÇA-ADOLESCENTE E FAMÍLIA EM ENFRENTAMENTO COM O DIABETES TIPO I

Luza Wilma Santana da Silva, Camilla de Souza Menezes, Tássia Dahyanna Almeida Rebouças, Helder Brito Duarte, Vilma Maria Gonçalves de Oliveira, Grasielle Alves Souza

Palavras-chave: Criança, Adolescente, Família, Diabetes Mellitus, Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde

INTRODUÇÃO. Quando pensamos em criança-adolescente imaginamos que elas possam crescer e se desenvolver em padrões de normalidade. Todavia, como todo organismo vivo, elas estão expostas a alterações psicofísico-biológico-ambientais e outras, que podem interferir neste processo e ao ser saudável. Sublinhamos neste particular o evento da doença crônica diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Uma doença que requer cuidados em longo prazo e impacta significativamente o cotidiano do viver humano, pela rigorosa terapêutica, realização de exames de baixa a alta complexidade e o iminente risco de hospitalizações. Elencar o DM1 não é ao acaso, uma vez que ela se exhibe no leque das Doenças Crônicas não Transmissíveis, como uma epidemia mundial – um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo, mas, e, sobretudo, para as crianças, adolescentes e seus familiares cuidadores. Estima-se que no Brasil haja 7,7/100.000 novos casos de DM1 por ano em menores de 14 anos. O fato é que estamos perante a uma doença hostil, cuja predisposição genética é o principal fator desencadeante, caracterizada por complicações que envolvem alterações físicas e psicoemocionais. Uma doença que afeta diretamente a criança-adolescente enredando em sua teia o sistema familiar de pertencimento, em um processo de

alta exigência e complexidade ao controle metabólico. Desta complexificação, objetivou-se conhecer as necessidades específicas de cuidados ao ser criança/adolescente com DM1, no município de Jequié, BA. **MÉTODO:** O estudo empregou o método misto, aliado a abordagem pesquisa convergente assistencial, de modo a conjugar a interpretação e a compreensão das perspectivas, e também as experiências dos participantes ao desencadeamento de possíveis mudanças a partir do processo de construção conjunta. Desenvolvido a partir da perspectiva crítico - interpretativo com sete crianças - adolescentes e seus familiares - cuidadores, na cidade de Jequié/BA, no Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Extensão em Cuidados à Saúde da Família em convivibilidade com Doenças Crônicas (NIEFAM), vinculado ao Departamento de Saúde II, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), no período de março a maio de 2015, em um total de 07 encontros, com duração média de 150 minutos cada. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, da UESB. Realizado respeitando as leis que resguardam os direitos das crianças - adolescentes. Foram realizadas atividades de promoção à saúde, na modalidade roda de discussão na aproximação de saberes da criança-adolescente e família ao autocuidado do DM1 ao encontro da abordagem convergente assistencial. Buscou reconhecer os significados da intersubjetividade, dos valores e das relações interpessoais na construção de conhecimentos sobre o DM1 e transformação de práticas cotidianas na conjugação das experiências dos participantes e dos pesquisadores em um processo conjunto de cuidados à saúde. Os dados oriundos de este caminhar passou por um processo de escuta sensível e observação de imagem sistematizado, deste uma intensa reflexão sobre as respostas à análise compreensiva. Tratou-se de

empreender uma leitura em profundidade e transversal de todo o material copilado do campo de investigação. A análise consistiu em três etapas interativas: redução de dados, apresentação e verificação da conclusão. **RESULTADOS:** Apontam para a existência de uma visão ainda míope da sobre a problemática DM1 no município, uma lacuna da atenção básica ao grupo etário criança-adolescente com DM1, chamando atenção à busca dos direitos constitucionais de saúde como dever de todos e do Estado à equidade da assistência. Invisibilidade foi a palavra propalada por unanimidade dos participantes, familiares responsáveis, e desta, o desejo de que luzes fossem lançadas para a problemática DM de modo a que passagem a ser enxergados com direito de promoção e proteção específicas à saúde e a dignidade da vida de forma proximal e resolutiva. As discussões mediaram-se pelos relatos de vivências e experiências de lutas para garantir os cuidados à saúde dos seus filhos e filhas, a consultas médicas especializadas, insumos e medicamentos, como enunciado: “Eu consegui essa bomba de insulina na justiça, só que há 06 meses que eu não recebo mais as fitas pra esse aparelho”; “Semana passada foi a primeira vez que eu recebi as tiras de teste de glicemia e já iam vencer com três dias, uma quantidade grande. Então, como é que fica?”; “Eu já passei por várias situações constrangedoras, principalmente em relação ao município, a assistência dos profissionais, porque para eles nós realmente não existimos. É muito constrangedor!” e “Lá no meu posto de saúde, só quem libera as fitas é a coordenadora, se a coordenadora não tiver, aí eu tenho que ficar indo até a hora que ela estiver. Se faltar a gente tem que correr e comprar, porque não pode esperar”; “[...] entrou na justiça, aí ela passou a receber a insulina, mas de novembro até agora não recebeu mais nenhuma vez.”

Dos desdobramentos foi perseguido a criação de uma associação no município para o DM1 pelos familiares responsáveis. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A Atenção Primária em Saúde ao ser criança - adolescente com DM1 ainda é um contexto distante da realidade dos cuidados às necessidades específicas deste grupo etário no contexto desta pesquisa. Um fator associado encontra-se na pouca ou insipiente identificação de registros de pessoas com DM1 no município, demonstrando haver um deslocamento destas para outras regiões ou contextos, ou ainda serviços que não a atenção básica do município. Tratou-se de um dado confirmado pelos participantes na fase de pesquisa convergente assistencial desenvolvida. Não obstante, a necessidade de deslocamento das famílias para a capital do Estado, Salvador/BA, em busca por consulta médica especializada, insumos e orientações aos cuidados de saúde, evidencia falha no serviço de saúde local e a necessidade de planejamento e gestão em saúde para o olhar mais atencioso à problemática DM1 de modo às famílias terem maior visibilidade sobre seus enfrentamentos do viver cotidiano de seus filhos e filhas com o diabetes. Este estudo evidenciou haver uma lacuna fundamental de ser vista como política pública a este segmento e ainda a necessidade de assistência às crianças - adolescentes de forma diferenciada as suas especificidades do ser criança e adolescente em crescimento e desenvolvimento e não apenas nos aspectos técnicos do cuidado. Como proposta, salienta-se a necessidade de se transitar sobre os saberes da resiliência e do empoderamento às crianças-adolescentes e família de modo às mudanças do cotidiano, ao saber agir com flexibilidade diante das limitações ainda evidenciadas no município ao controle e tratamento que a doença DM1 impõe, mas, sobretudo, impelindo-os a perseguirem seus direitos para o viver uma vida plena e feliz como enuncia o SUS.

LEI Nº. 12732/12 E O CUIDADO DO PACIENTE COM CÂNCER BUCAL NA REDE MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO

Elisete Casotti, Evelyn Lima de Castro, Manuella Pires do Santos

Palavras-chave: câncer bucal, coordenação do cuidado, cuidado

APRESENTAÇÃO: São consideradas câncer de boca as neoplasias que afetam lábios e o interior da cavidade oral (gengivas, mucosa jugal, palato duro, língua e assoalho bucal). A incidência de câncer de boca é um problema de saúde pública no mundo, com taxa anual estimada em aproximadamente 275 mil casos, sendo dois terços destes em países em desenvolvimento. No Brasil, a estimativa para o ano de 2014 era de 11.280 casos novos de câncer da cavidade oral em homens e 4.010 em mulheres. Ainda que avanços no diagnóstico e tratamento de várias formas de tumores malignos tenham resultado no aumento de sobrevivência aos pacientes, os indicadores epidemiológicos do câncer da boca não têm apresentado melhora. A natureza silenciosa das lesões e o atraso no diagnóstico são fatores relacionados com a identificação tardia e, conseqüentemente, com o estadiamento avançado das lesões. O atraso do diagnóstico pode estar associado ao tempo que o paciente leva para perceber o seu adoecimento e procurar auxílio profissional; às dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal; e à falta de informações associada a maior vulnerabilidade social do grupo. O objetivo do trabalho foi analisar a atenção ao paciente portador de câncer bucal, considerando a aplicação da Lei nº. 12732/12, na rede pública de saúde bucal da cidade do Rio de Janeiro. Envolveu entrevistas com profissionais e gestores implicados com o cuidado oncológico ou que indiretamente são responsáveis pelas garantias dos direitos e deveres propostos

pela lei. **METODOLOGIA.** Pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, com coleta de dados documentais e por meio de entrevista semiestruturada, com foco nos múltiplos olhares dos atores que interagem na produção de cuidado em saúde. Foram entrevistados: gestor da Política Municipal de Saúde Bucal da Cidade do Rio de Janeiro, cinco chefes e cinco especialistas em estomatologia de unidades de referência para apoio diagnóstico, cinco cirurgiões-dentistas da atenção primária em saúde e a chefia, além de um cirurgião de cabeça e pescoço de uma unidade de tratamento. **RESULTADOS E DISCUSSÃO.** A rede municipal de saúde do Rio de Janeiro conta com 314 equipes de saúde bucal na estratégia Saúde da Família, alocadas em 212 unidades de atenção básica, e 17 Centros de Especialidades Odontológicas (SAGE, 2015). Serviços de alta complexidade para tratamento do câncer, com oferta de vagas para a especialidade Cabeça e Pescoço, são cinco: INCA I; Hospital dos Servidores do Estado; Hospital Geral de Bonsucesso; Hospital da Lagoa e Hospital Mário Kroeff. Há protocolo clínico próprio para a atenção e organização do fluxo dos pacientes entre a atenção primária e a média complexidade (CEO); para o encaminhamento para tratamento, não foi identificado documento escrito, mas as regras são conhecidas. Há profissional especialista em estomatologia, responsável pelo diagnóstico oral, em pelo menos um CEO por Área de Planejamento (AP) (divisão regionalizada da rede de saúde). A ocupação dessas vagas seguem dois fluxos: usuário encaminhado diretamente ao CEO, com guia de referência e contrarreferência e vagas solicitadas via Sistema de Regulação (SISREG). No último caso, cada unidade básica tem acesso ao Sistema e uma senha de solicitante: a avaliação da solicitação, a busca da vaga e a comunicação do agendamento ao solicitante é feita por um regulador regional (um por

AP). O profissional comunica ao usuário dia, hora e local da consulta – via telefone ou visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde. Em ambos os casos o protocolo define que é responsabilidade do profissional o monitoramento do itinerário do usuário na rede de cuidado, incluindo sua busca ativa. Em caso de confirmação da malignidade da lesão, a solicitação de vaga para o tratamento é feita exclusivamente via SISREG. Há diferenças regionais no fluxo entre a média e a alta complexidade, quais sejam: alguns CEO encaminham o usuário com o resultado do histopatológico para o profissional da atenção primária e este solicita vaga para o tratamento. Em outros casos, o CEO regula o pedido de vaga, agenda e comunica ao usuário diretamente. Entretanto, em ambos os casos, cumprida a função de conseguir a vaga, nem os profissionais da média complexidade, nem da atenção primária (salvo exceções), assumem a coordenação do cuidado do usuário, fazendo seu acompanhamento ou mesmo mantendo um registro adequado para fins de vigilância e monitoramento dos casos. O tempo de espera para uma consulta com o estomatologista no CEO é de, no máximo, uma semana e a obtenção do diagnóstico histopatológico se dá em tempo oportuno (entre 10 e 30 dias). Há comunicação direta entre os profissionais das equipes de saúde bucal e a chefia do CEO, e entre essas chefias. Entretanto, o tempo de espera por uma vaga para tratamento ainda é muito demorado e não é mantida a vinculação do usuário com seu serviço de origem – descaracterizando a ideia de uma rede de atenção e da responsabilidade de seguir. A coordenação municipal de saúde bucal informou que realiza reuniões mensais com as chefias dos CEO e tem trabalhado junto ao SISREG para melhorar a oferta de vagas para cabeça e pescoço – uma vez que é uma fila que não inclui exclusivamente casos de câncer de boca.

No último ano, o número de vagas dobrou e há um trabalho de monitoramento e qualificação das solicitações feita pelo setor que coordena a regulação na Secretaria. **CONSIDERAÇÕES FINAIS.** Os protocolos oficiais são parcialmente conhecidos, mas há regras comuns que regem o relacionamento entre um nível e o outro de atenção e há esforço, recente e crescente, da gestão setorial (central e regional) de organizar a atenção ao paciente com câncer bucal. Há redes fortes informais (whatsapp, telefone) que ligam chefes dos CEO numa perspectiva de apoio, trocas e discussão. Ainda que a coordenação central reúna os chefes uma vez ao mês para discutir a gestão da rede e os serviços, poucas APs têm reproduzido esse nível de trocas entre as equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. Os chefes e os especialistas (estomatologistas) dos CEO sugerem certa desconfiança em relação à capacidade dos dentistas das ESF para assumirem a coordenação do cuidado do paciente. Ainda que o fluxo de pacientes entre a atenção primária (caso suspeito) e média complexidade (diagnóstico) seja rápido e efetivo, o mesmo não acontece com a alta complexidade (tratamento). Os profissionais da unidade de tratamento (profissional da assistência e chefia) entrevistada posicionam-se como se estivessem fora da rede de cuidado: alegam desconhecer as estruturas e atribuições de outros níveis assistenciais (APS e MC) e mesmo dos fluxos operados. Diferente da APS e MC, que estabelecem canais de comunicação, não existe comunicação com a alta complexidade (AC), indicando que a despeito do esforço da gestão municipal para que os serviços funcionem em rede, ela ainda não foi capaz de incluir a atenção terciária. É fraca/inexistente a coordenação do cuidado do usuário atendido na rede assistencial e pode estar associada com o modelo de gestão que não é usuário centrado, mas protocolo centrado. Os

entrevistados não reconhecem que a Lei nº 12732/12 tenha produzido algum tipo de mudança no funcionamento dos serviços. Concluiu-se que questões referentes tanto à macro quanto à micropolítica ainda precisam ser tratadas para garantir o cuidado ao paciente portador de câncer bucal na rede SUS da cidade do Rio de Janeiro.

LUGARES E OLHARES: O APRENDIZADO DO ESTAGIÁRIO A PARTIR DA ESCUTA DO USUÁRIO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

Camila Cristina Lescano Ortiz, Fernando Augusto Gomes Sobreira, Elenita Sureke Abilio

Palavras-chave: Escuta Qualificada, Psicologia, Acolhimento

APRESENTAÇÃO: O trabalho a ser descrito faz parte do projeto extensão acompanhamento e apoio técnico ao programa PMAQ AB-Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e foi se delineando durante as Supervisões do Estágio de Processo de Gestão em Saúde I e II do Curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera. A realização do projeto se constituiu em visitas semanais na unidade da ESF (Estratégia de Saúde da Família) da cidade de Dourados, do estado do Mato Grosso do Sul, onde foram entrevistados diversos usuários, tendo como foco a compreensão da qualidade do serviço ofertado pela unidade. Ouvir o usuário se apresenta como uma forma de conhecer a unidade, porque são eles que sabem o que precisa ser melhorado, tornando-se importante o acolhimento do usuário para que eles sejam incluídos no meio em que estão inseridos, de forma a adquirirem a autonomia tornando-se protagonistas do processo de mudança. A busca pelo relato desses sujeitos se constituiu pela

compreensão de que o usuário deve ser participante dos modos de pensar e realizar as ações no âmbito da saúde. Além de proporcionar uma compreensão mais ampla das relações estabilidades entre gestor/trabalhador/usuário. O objetivo principal era de proporcionar uma escuta qualificada ao usuário para possibilitar realizar melhorias tanto no âmbito relacional quanto organizacional da unidade básica de saúde. Como metodologia utilizamos a pesquisa se constitui em uma abordagem qualitativa sendo executada através de levantamento de percepções por meio de entrevistas semiestruturada, utilizando como parâmetro o Documento Síntese para Avaliação Externa PMAQ do Ministério da Saúde. **METODOLOGIA:** O projeto de extensão PMAQ, nos apresentaria uma realidade diferenciada dos demais estágios dos quais participamos, pois além de sermos atuantes poderíamos ter uma visão de gestores da Unidade Básica de Saúde (UBS) participante, pois através desta avaliação são analisados diversos pontos importantes relacionados à infraestrutura, equipamentos, atendimentos etc., com o resultado da avaliação poderíamos trabalhar em cima dos principais pontos negativos existentes. Infelizmente isso não foi possível de acontecer por inúmeros motivos, dentre os principais a falta de informação dos resultados do programa, porém com este novo desafio buscamos meios para suprir a falta de informação, fazendo a observação institucional, conversando diretamente com o usuário. Os sujeitos que fizeram parte da pesquisa tiveram a oportunidade de destacarem os pontos positivos e negativos do local, além de poderem dar sugestões para possíveis mudanças, pois através deste acolhimento, podemos enxergar as necessidades sofridas por esses usuários. O ponto mais surpreendente foi notar que mesmo com o passar dos anos a saúde ainda é vista apenas como a ausência de doença,

onde se percebe uma conduta baseada em um modelo biomédico em que a prioridade é o corpo físico e a doença, deixando de lado as questões subjetivas e sociocultural do indivíduo. Dessa maneira, o sujeito que deveria ser protagonista nessa relação médico/paciente acaba ficando com o papel de coadjuvante. **RESULTADOS:** É importante destacar que esse protagonismo é uma conquista social, que esta nas leis vigentes direcionadas a saúde, como as relacionadas ao SUS e a própria Constituição. Essa conduta de participação ativa do usuário/paciente se molda no fato de que esse sujeito tem de ser compreendido em um nível biopsicossocial, pois o meio em que este está inserido influencia diretamente no seu modo de compreender o que é saúde. Os usuários sofrem com a falta de informação, com a infraestrutura do local por não oferecer conforto o suficiente para todos, sofre com a confusão de horários e com a falha de comunicação, o que gera em alguns sentimentos negativos, direcionando toda a sua indignação e desaprovação para as recepcionistas. Neste contexto apresenta-se a importância do acolhimento e da escuta qualificada ao usuário, o cuidar não envolve apenas o tratamento da doença, mas sim, atitudes que possam influenciar o bem estar, apoiar e assistir ao usuário para que ele possa sentir-se seguro, o acolhimento é uma forma de conduzir o cuidado em saúde, fazer a escuta qualificada do problema de saúde do usuário, colocando-se no lugar do outro, ouvindo-o com atenção, dignidade e afeto de compreensão para que assim possa ocorrer o vínculo usuário/equipe/recepção. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Diferentes pontos foram elencados pelos usuários, de forma que nos deparamos com opiniões divergentes em um mesmo objeto de discussão, como por exemplo, questões que se relacionavam com a recepção, onde alguns relatavam que não eram bem atendidos e que havia dificuldade

em conseguir informações devido à falta de paciência das recepcionistas. Em contrapartida diferentes usuários diziam que não tinham o que reclamar, pois eram bem atendidos. Ouvir o usuário se apresenta como uma forma de conhecer a unidade, pois são eles que sabem o que precisa ser melhorado, por isso torna-se importante o acolhimento do usuário para que eles sejam incluídos no meio em que estão inseridos, de forma a adquirirem a autonomia tornando-se protagonistas do processo de mudança. A relação gestor/usuário e a equipe/usuários, ainda é marcada como uma postura burocrática e verticalizada onde o enfoque continua sendo a doença, deixando-se de lado o que se diz respeito à humanização do atendimento. A escuta qualificada inclui o vínculo e o acolhimento do usuário, ou seja, uma maneira de fazer com que os profissionais considerem os aspectos físicos, subjetivos e sociais do sujeito o que não presenciamos no local. É necessária uma quebra deste modelo assistencialista biomédico, substituindo-o para uma escuta ativa do profissional reconhecendo no usuário a sua forma de ser, possibilitando a criação de um espaço onde possa ocorrer a troca de informação e experiências, pois o acolhimento é a ferramenta necessária para promover a mudança no processo de trabalho na saúde.

MÃES PSICÓLOGAS: CONHECIMENTO PSICOLÓGICO E PRÁTICAS EDUCATIVAS

Maria Evanir Vicente Ferreira, Louise da Silveira Pedrotti Machado, Miriam Vaucher, Loren Janaína da Cruz Araújo, Luciane Najar Smeha

Palavras-chave: Mães, Práticas Educativas, Psicologia

INTRODUÇÃO: Com o surgimento da industrialização, a mulher, além de assumir

o papel do lar, passa a se inserir também no mercado de trabalho. Assim, no decorrer do século XX, ela ampliou o seu acesso à educação e à formação profissional e gradativamente começa a exercer vários papéis profissionais, mas continua com a responsabilidade de criar e educar seus filhos. Além disso, as mudanças sociais e tecnológicas têm imposto as famílias um processo educacional que forme adultos aptos a responderem às exigências do mundo atual. Mas, ao mesmo tempo, o maior conhecimento sobre o desenvolvimento da criança anuncia que as práticas educativas utilizadas pelos pais não devem trazer consequências psicológicas negativas. Percebe-se uma grande influência da psicologia, principalmente da psicanálise, nessa nova forma de pensar a educação dos filhos. Assim, o profissional psicólogo recebe durante a sua formação conhecimentos que garantem a ele um diferencial no que se refere à escolha e aplicação de práticas educativas que visam o melhor desenvolvimento na infância. Porém, os poucos estudos que investigaram esta temática trazem que o fato de ser uma mãe psicóloga e considerando a vida atribulada da contemporaneidade, durante os cuidados maternos cotidiano de sua vida pessoal e familiar, elas utilizam práticas educativas não condizentes com a teoria psicológica. Considerando as poucas publicações sobre o tema, essa pesquisa pretendeu contribuir para ampliar o conhecimento e instigar novas pesquisas sobre a temática. Sendo assim, nosso objetivo foi verificar se o conhecimento psicológico das mães psicólogas influencia na escolha de práticas educativas no processo de educação de seus filhos. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e transversal. A população do estudo foi constituída por quatro mães com formação em psicologia e filhos na faixa etária de 6 a 12 anos. Os dados foram coletados por meio

de entrevistas semiestruturadas a partir das seguintes questões norteadoras: “Como acontece a sua participação na vida de seu filho?”. “Como ocorre o estabelecimento de regras para o seu filho?” “De que forma se dá a comunicação na interação com o seu filho?” “Você utiliza algum tipo de punição na educação do seu filho?” “O seu conhecimento teórico influencia na escolha das práticas educativas aplicadas com o seu filho?” Para analisar esses dados foi aplicada a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Assim, foram levantadas três categorias: “percepção sobre ser mãe e ser psicóloga”; “práticas educativas reais x práticas educativas ideais”; “vivências e experiências das mães psicólogas”. Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do Centro Universitário Franciscano-UNIFRA e aprovada, segundo registro CEP/Unifra: 1.098.031/2015. RESULTADOS: No que se refere à categoria “percepção sobre ser mãe e ser psicóloga”, percebe-se que o conhecimento psicológico sobre educação infantil está internalizado nessas mães e ele auxilia no exercício da maternidade. Traz a habilidade da escuta ativa, da paciência, da empatia, do diálogo, o que é um diferencial para essas mães na aplicação das práticas educativas com seus filhos. Por outro lado, em algumas situações, essas mesmas mães contrariam o seu conhecimento teórico agindo de forma impulsiva e inadequada, mas buscam, logo após, reparar o seu erro junto ao filho. No que concerne à categoria “práticas educativas reais e práticas educativas ideais”, muitas vezes as mães psicólogas punem seus filhos. A punição nesse caso é feita por meio da retirada de privilégios, em detrimento do diálogo por causa do estresse causado pela vida moderna. No que se refere às regras, apesar delas serem necessárias para que a criança tenha segurança, a tarefa de aplicá-las é uma tarefa penosa, até porque devem ser respeitadas as singularidades dos

filhos, tendo cuidado com a generalização, respeitando as diferenças de faixa etária e gênero. Por outro lado, para não cair em descrédito ao aplicar uma prática inadequada, essas mães procuram manter a posição adotada até o final. Quanto à categoria “vivências e experiências das mães psicólogas”, as mães psicólogas relatam o tempo todo uma participação ativa na vida dos filhos, incluindo dinâmicas diferentes para atender suas demandas no sentido de corresponder as suas solicitações. Pontuam a explicação através de diálogo como uma forma de que os filhos internalizem as regras evitando desentendimentos que acarretem punições. Algumas vezes as decisões são tomadas em parceria com os cônjuges, dessa forma fazendo com que a integração familiar se dê de forma equilibrada. Enquanto uma mãe participante do estudo tem convicção de que sua profissão a coloca em melhores condições do convívio familiar, a outra já relata que a profissão prejudica de alguma forma a vida dos filhos pelo fato de cuidar muito dos outros em detrimento do cuidado com os próprios filhos. O discurso das mães é atravessado por uma educação baseada em causa e consequência, como forma de mostrar para a criança que tudo que ela faz terá um retorno, o reflexo disso poderá ser bom ou ruim. Elas utilizam da orientação teórica comportamental na aplicação das práticas educativas com o intuito de obter o comportamento desejado, inclusive com algumas aplicações de práticas educativas que vão além do reforço, como é o caso da punição com retirada de privilégios. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Portanto, o conhecimento psicológico influencia nas escolhas de práticas educativas das mães profissionais dessa área. Por outro lado, elas, em algumas situações específicas, abandonam o conhecimento teórico e agem de forma impulsiva e pouco adequada, talvez com base na maneira como foram educadas na infância. Todavia, após esse

comportamento, elas conseguem refletir sobre seus erros. As mães psicólogas trazem também uma vida pautada por atribuições do trabalho profissional e uma tentativa de equilibrar sua profissão com a dinâmica familiar. Para isso, utilizam na maioria das vezes de técnicas que visam moldar comportamentos com o intuito de estabelecer limites aos seus filhos. Elas contam em determinadas ocasiões com a colaboração dos maridos no desempenho de suas tarefas. Este estudo traz como limitação o fato de que somente foi considerado o discurso de mães psicólogas. Desse modo, o pensamento dos pais psicólogos não foi levado em consideração. Por isso, é imprescindível que estudos futuros abordem a opinião dos mesmos, pois, com a mudança na estrutura familiar, o homem também tem um papel fundamental na educação dos filhos.

MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL E A ATENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO MUNICÍPIO DE CABEDELLO-PARAÍBA

Ivanice Jacinto da Silva, Márcia Maria Mont'alverne de Barros

Palavras-chave: saúde mental, terapia ocupacional, matriciamento

APRESENTAÇÃO: O apoio matricial ou matriciamento em saúde mental constitui uma das estratégias importantes no processo de articulação necessário entre saúde mental e Atenção Primária à Saúde (APS). Preconiza-se a descentralização do modelo de assistência ao usuário, ancorando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e do processo de Reforma Psiquiátrica adotado no Brasil. O objetivo desta pesquisa é compreender as concepções de trabalhadores da saúde do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPS AD Primavera de

Cabedelo, Unidade Básica de Saúde - UBS de Camalaú e Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, referenciado para esta unidade de saúde, acerca do matriciamento em saúde mental, com ênfase na dependência química, assim como a atuação da Terapia Ocupacional(T.O) nessa estratégia de cuidado. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo, com abordagem de natureza qualitativa. A pesquisa foi realizada no município de Cabedelo-PB. Participaram da pesquisa 8 trabalhadores da saúde do CAPS AD, três da UBS de Camalaú e dois do supracitado NASF. Consideraram-se como critério de inclusão a aceitação para contribuir com a pesquisa, desempenho no papel de matriciador de saúde mental há pelo menos seis meses. Os trabalhadores da saúde foram definidos pela relevância das informações e observações que indicaram contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão. Atenderam-se como critérios de exclusão as situações nas quais o trabalhador da saúde não aceitasse participar da referida pesquisa, em caso de recusa de gravação de suas falas. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos no que concerne ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os princípios éticos foram atendidos, conforme preconiza a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2013). O material produzido em campo foi analisado de acordo com a técnica de análise do discurso proposto por Fiorin (1998). **RESULTADOS:** Mediante a análise dos discursos foram construídas as seguintes categorias: A) Matriciamento como propulsor de encontros necessários para o cuidado em saúde mental – Identificou-se que o matriciamento em saúde mental com ênfase na dependência química é compreendido pelos trabalhadores da saúde como um encontro necessário para a produção do cuidado. Compreende-se que a

prática do matriciamento assemelha-se com a dinâmica de formação de uma ciranda. Para que a ciranda aconteça, faz-se necessário que um grupo de pessoas diferentes dêem as mãos umas às outras, em forma de círculo, compondo uma corrente, em que cada um seja capaz de se ver e ouvir a voz do outro, embalado ao som da zabumba. É essencial que todos que compõem a ciranda se movimentem no mesmo sentido, guiando-se pelo ritmo da música. Defende-se que o movimento mencionado é necessário para que o matriciamento aconteça. É preciso que os trabalhadores da saúde se unam e se movimentem no mesmo sentido, realizando o compartilhar de conhecimentos da mesma forma em que os olhares e vozes se cruzam na ciranda. Nada disso teria sentido sem um guia; na ciranda, esse guia é a zabumba, no matriciamento, é o usuário. B) Matriciamento em saúde mental com ênfase na dependência química em Cabedelo: uma rede de cuidado em construção – Identificaram-se que o matriciamento em saúde mental, com ênfase na dependência química em Cabedelo vem se construindo, logo no início da implantação do CAPS AD, os trabalhadores da saúde relataram que realizaram contatos com as equipes das unidades de saúde, a fim de avaliar as suas demandas e providenciar possíveis intervenções articuladas ao apoio matricial. No entanto, com o crescimento da demanda de usuários e outros movimentos que ocorreram ao longo desse período, os trabalhadores foram se distanciando dos objetivos inicialmente traçados. Atualmente existem iniciativas das equipes do município e também da academia que visam aumentar o elo entre os serviços e fortalecer o trabalho em rede e da prática do matriciamento. Os achados da pesquisa apontaram ainda para o início de formação de uma rede de atenção, mostrando uma relação entre matriciamento e rede.

C) Identificando as fragilidades para o fortalecimento do matriciamento em saúde mental, com ênfase na dependência química em Cabedelo – No concernente às principais fragilidades, destacam-se a falta de realização do matriciamento em saúde mental, enquanto uma prática permanente desenvolvida no âmbito dos serviços, bem como a ausência de registros das atividades de matriciamento desenvolvidas pelas equipes. Evidenciaram-se também a falta de investimentos permanentes na formação teórica-prática dos trabalhadores dos mencionados serviços de saúde, com vistas ao desenvolvimento dessa inovadora tecnologia de cuidado. Faz-se necessária a adoção da educação permanente, pois esta estratégia possibilita a reflexão da prática e mobiliza processos de aprendizagem e ensino. Estes podem contribuir de maneira relevante para a qualificação da equipe e o desenvolvimento do cuidado em saúde mental ancorado de fato na atenção psicossocial. Outra fragilidade detectada, diz respeito à articulação entre os serviços de saúde e à prática de matriciamento, esta última deveria ser mais explorada e valorizada, pois consiste em uma ferramenta que propicia o fortalecimento da rede. D) A T.O como colaboradora da prática de matriciamento, com ênfase na dependência química, no município de Cabedelo – A T.O oferece um papel relevante nesse cenário, apresentando-se como uma profissão com potencial para contribuir com a estratégia de cuidado de matriciamento em saúde mental. A T.O se diferencia das demais profissões da saúde, pois oferece uma concepção diferenciada de valorização do ser humano, na medida em que se preocupa em possibilitar ao sujeito a busca de redescobertas de formas próprias de construção de atividades, às quais são carregadas de sentido para ele no seu cotidiano. Detectaram-se,

no entanto, que o número reduzido de terapeutas ocupacionais nos serviços da rede de atenção de Cabedelo é um fato que impossibilita a ação do profissional como agente matriciador. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** São muitas as fragilidades e as potencialidades do matriciamento em saúde mental com ênfase na dependência química, na visão dos trabalhadores da saúde. Para que sejam realizados avanços significativos é necessário que o trabalhador da saúde tenha desejo. A metodologia de matriciamento apresenta-se como uma das formas de despertar nos trabalhadores da saúde mental esse sentimento, mediante o compartilhar de experiências, saberes e práticas. Perceberam-se ao longo da pesquisa que os trabalhadores da saúde possuem o desejo por mudanças e estão receptivos em buscar novas estratégias de cuidado para fazer com que a ciranda do cuidado em saúde mental de fato aconteça. Com a realização desse estudo, constatou-se que o matriciamento não é concebido como uma estratégia de gestão, a qual impulsiona o movimento articulado e efetivo da rede. Dessa forma, os trabalhadores da saúde, assim como os usuários sofrem consequências contraproducentes ao proposto pelo SUS. Considerando-se o conteúdo explicitado, chama-se a atenção para a importância de realização de pesquisas que priorizem a investigação dos fatores que impossibilitam a realização do apoio matricial no município, cenário do estudo. Pretende-se, assim, provocar mudanças favoráveis na atenção em saúde mental prestada à população do município de Cabedelo, a qual sofre os dramas, as tramas e os desdobramentos de diferentes magnitudes oriundos do uso prejudicial de drogas.

MELHOR PREVENIR: INTERVENÇÕES EDUCATIVAS JUNTO A USUÁRIOS EM RISCO DE DESENVOLVER DIABETES MELLITUS

Dana Molina Piedra, Silvana Dias Corrêa Godói

Palavras-chave: Educação em saúde, Risco de Diabetes, Diabetes mellitus

APRESENTAÇÃO: A educação em saúde, associada ao autocontrole das doenças associadas, modificação dos riscos, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para controlar os pacientes com risco de desenvolver o Diabetes. O conhecimento da doença está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares. Na ESF 4406 do município de Ceilândia de Distrito Federal, foi proposta intervenções psicoeducativas visando o empoderamento dos pacientes sobre os fatores de risco de desenvolver o Diabetes Mellitus. Em nossa área de abrangência a população alvo serão 64 pacientes, a amostra (n=30) com risco de Diabetes Mellitus registrado no SIAB da equipe. Serão inclusos os pacientes de 18 a 79 anos com risco segundo os critérios clínicos estabelecido foi identificada a necessidade de que eles adquiram mais conhecimentos sobre a doença. A principal estratégia foi utilizar atividades psicoeducativas, depois de receber as aulas, os usuários responderam a um segundo questionário para confirmar a eficácia da atividade educacional. A intervenção educativa realizada foi eficaz no que se refere ao empoderamento dos pacientes sobre risco de desenvolver o Diabetes, tacada-se que não houve evasão dos participantes o que chama a atenção quanto a necessidade sentida resultante no interesse da população. Conclui-se que é necessária efetivação das ações

educativas com o objetivo de aumentar o nível de conhecimento de nossa população e estimulando a autonomia dos sujeitos com esses e outros temas nos diferentes grupos populacionais sempre selecionando após diagnóstico situacional. O tema sobre a Diabetes Mellitus em pacientes com risco de desenvolver a doença foi muito importante para a população de minha área, conseguimos elevar o nível de conhecimento sobre o Diabetes Mellitus nestes pacientes com risco. Passamos informação sobre o que é o Diabetes, o tratamento, os sintomas e os fatores de risco associados, explicamos também a importância do controle das doenças associadas e de efetuar a dieta conforme orientação do especialista e os benefícios dos exercícios físicos para esses pacientes. Durante a intervenção foram aplicados pré e pós-teste, junto aos 30 participantes não havendo nenhuma evasão durante os encontros. Tiveram preferência os pacientes com risco de diabetes incluídos no estudo com idade entre 56 e 65 anos, o sexo masculino. O nível de informação sobre Diabetes Mellitus antes da intervenção educativa era regular, depois das aulas e orientações passou para o nível bom. A intervenção educativa aplicada foi eficaz no que se refere ao aumento do nível de conhecimento sobre o Diabetes em pacientes com risco de desenvolver a doença. Outro aspecto a ser destacado sobre a permanência dos participantes nos encontros apoia a ideia de que aulas psicoeducativas combinadas com assuntos sobre diabetes e cognição podem ser mais atraentes para o grupo incluso, do que uma intervenção com foco exclusivo na doença. Outra vantagem do presente projeto e a priorização das atividades coletivas, como os grupos e as palestras informativas, com objetivo de aumentar adesão da equipe as ações preventivas destinadas a população em geral, evitando o predomínio de atividades individuais de

cunho prioritariamente curativo. Também se conseguiu uma infraestrutura de apoio para os grupos, que consistiu em: uma sala reservada para discussão em grupos e exposições e demanda por consulta médica regular diminuiu (considerando os pacientes dos grupos controlados). Limitações do estudo atual incluem uma amostra relativamente pequena, e um número de sessões psicoeducativas limitado frente à complexidade dos temas abordados. Para os próximos PI, sugere-se a replicação da metodologia do presente estudo, porém com uma intervenção mais prolongada e com avaliações de seguimento para detectar manutenção dos ganhos documentados e possíveis modificações nos estilos de vida dos pacientes

MEMÓRIA DE MULHERES CUIDADORAS DE IDOSOS (AS) DEPENDENTES: SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS ÀS EXPERIÊNCIAS DO CUIDADO INTRAFAMILIAR

Edmeia Campos Meira, Camila Calhau Andrade Reis, Luciana Araújo dos Reis, Rita Maria Radl Philipp

Palavras-chave: Idoso, relações familiares, identidade de gênero

APRESENTAÇÃO: Dados demográficos revelam que o Brasil vivencia um rápido envelhecimento da sua população, fenômeno conhecido como transição demográfica. Arelada a essa experiência ocorre ainda, uma transição epidemiológica, caracterizada pela redução das doenças infectocontagiosas e parasitárias, e incremento das doenças crônicas nas idades avançadas. A convivência com doenças crônicas impacta significativamente o perfil da morbimortalidade dos brasileiros e, muitas vezes, implica na necessidade de cuidados permanentes, devido a fragilidades

e dependências adquiridas. Na ocorrência de dependência de cuidados para a pessoa idosa, a mulher tem assumido ao longo da história do cuidado humano, a responsabilidade por estas ações em espaço intrafamiliar, tornando-se a cuidadora familiar principal. Todavia, nota-se uma escassez de estudos que retratem como estas mulheres cuidadoras tem vivenciado o processo de cuidar em contexto de relação interpessoal com o idoso (a) cuidado, com a família, e com a sua sobrevivência na condição de pessoa humana nos processos da constituição social da identidade de gênero e sua orientação para o cuidado. Este estudo baseia-se em princípios norteadores dos processos de construção das identidades de gênero a partir das teorias feministas psicanalíticas e do interacionismo simbólico, do envelhecimento humano no contexto das Políticas Públicas e do cuidado humano e sua relação com a velhice. Tem como objetivo geral, compreender como se desenvolve o sentido da memória de mulheres cuidadoras, e o significado atribuído às experiências na relação de cuidado intrafamiliar junto à pessoa idosa dependente. Sabemos que as lembranças evocadas poderão ser da instância pessoal ou social e que estas poderão (ou não) individualizar a memória do grupo de pertencimento ou da comunidade na qual os indivíduos estão inseridos. No entanto, a importância do estudo está na possibilidade de reviver estas lembranças que, certamente, contribuirão para caracterizar parte da história de vida com seus significados e vivências. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Este estudo é parte do projeto de tese: O sentido da memória de mulheres cuidadoras de idosos (as) dependentes: Identidade de gênero e orientação para o cuidado. Trata-se de uma investigação empírica de natureza qualitativa, em que o foco se volta para o

conteúdo, sendo o ponto central do estudo, o alcance da realidade por meio do universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Tem como categoria metodológica a apreensão da memória coletiva, e a história oral de vida de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes em contexto familiar. Foi realizado no município de Jequié, interior da Bahia, no período de janeiro a março de 2015. Seis mulheres participaram do estudo, conforme critério de inclusão: mulheres que vivenciam o processo de cuidar de idoso (a) dependente por, no mínimo, três anos. Para produção das informações foram realizadas visitas domiciliares e entrevistas semiestruturadas. As informações foram gravadas, transcritas e analisadas conforme princípios de interpretação da Análise de Conteúdo, o que possibilitou a organização de categorias oriundas das histórias de vida. Para análise das informações foi utilizado ainda, o Programa QSRNVivo 10-chave de licença: NVD10-L2000-KRU84. O estudo atendeu às normas da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), sob parecer nº 791.570. Todas as participantes foram instruídas quanto aos riscos, benefícios e objetivos do estudo, mediante apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes das entrevistas. Para garantia do sigilo e respeito ao anonimato das participantes, cada uma escolheu um codinome relacionado à tipos de flores. **RESULTADOS:** Neste estudo, compreende-se espaço, como o lugar onde ocorrem as experiências, as lembranças concretizadas materialmente, e que evoca permanência e estabilidade. É nesse espaço que o sociocultural é materializado como o lócus do cuidado vivenciado pela mulher cuidadora familiar de pessoas idosas, com suas relações sociais de poder e em um

tempo social de envelhecimento populacional com características de feminização. Assim, um cenário marginal, com estereótipos de improdutividade, desengajamento e outros semelhantes constitui a velhice. Segundo princípios teóricos da memória coletiva em relação ao tempo, a memória de uma sociedade estende-se até onde alcança a memória dos grupos dos quais ela é formada. Por definição, a memória coletiva não ultrapassa os limites da sua referência de grupo e não existe memória coletiva que se desenvolva fora de um quadro espacial. As memórias coletivas das mulheres cuidadoras familiares desveladas neste estudo, direcionaram a organização das seguintes categorias temáticas: 1- O significado do ato de cuidar, considerando o viver/envelhecer em família e 2- Os desafios nas experiências vivenciadas pela mulher cuidadora e os modos de superação no seu cotidiano. A primeira categoria aponta que o desempenho de cuidado é permeado por uma construção de identidade em que o processo de individualização e autoconstrução internaliza significados, que ainda definem o papel de cuidar como uma tarefa constituída de sentimentos, atitudes, expressões psicossociais, culturais, opções morais, tomada de decisões, natureza de relacionamentos e obediência espiritual a uma religiosidade. Assim, especialmente por questões morais e por princípios culturais e religiosos, esta mulher cuidadora apresenta uma identidade de gênero orientada para o cuidado, assumindo automaticamente a responsabilidade pelo seu familiar idoso (a) dependente. Para a mulher cuidadora, o papel assumido somente poderá ser exercido pela mesma, pois compartilhar o cuidado de uma pessoa idosa dependente não poderia ser igualmente desempenhada pelo homem. A segunda categoria revela que os desafios nas experiências vivenciadas pela mulher

cuidadora se caracterizam pelo sentimento de despreparo e pelas tomadas de decisões inesperadas que envolvem todo o contexto familiar, o que provoca sobrecargas, conflitos com identidades opostas e nas relações intrafamiliares. As mesmas relatam que não tiveram o direito de opção diante da família para assumir a função de cuidadora. Assim, vivenciam a solidão, a dificuldade de acesso ao lazer, a sobrecarga acompanhada de estresse, sem direito a reivindicar junto às outras gerações, a partilha com solidariedade e responsabilidade no cuidado no próprio contexto familiar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Concluímos que a interface das mulheres cuidadoras de idosos (as) dependentes com a identidade de gênero e o cuidado humano permite compreender que existem significados, experiências de caráter sociocultural, sentimentos e atributos morais nas relações intergeracionais no espaço privado instituído da família. A partir disso, subsídios para políticas que priorizem a vida feminina em exercício ético do cuidado, com equidade no envelhecimento, podem ser oferecidos. Concluímos ainda, que o olhar sociológico para as transformações nas relações de gênero no âmbito estrutural intrafamiliar é importante, pois constata a realidade populacional da longevidade e favorece a compensação de carências na experiência em função do gênero. Assim, compreendemos que a dinâmica do envelhecimento populacional e a necessidade de empreender um estado de bem-estar social, fazem com que as famílias desenvolvam entre si um contrato geracional nas suas relações, por estarem mais próximas das pessoas idosas e crianças, as quais necessitam de proteção mediante ações de cuidado. Isso configura experiências de socialização humana e, certamente repercute nos papéis femininos e masculinos na velhice. Por fim, concluímos que os resultados do estudo podem propiciar

conhecimentos na área do gênero e envelhecimento no ensino da enfermagem, com vistas a valorização do respeito e garantia de dignidade para a mulher cuidadora familiar enquanto ser humano, independente da condição de saúde/doença vivenciada.

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS MAIS PREVALENTES ENTRE MULHERES PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS E A PROCURA POR UM SERVIÇO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Elis Muriel Marques Monti, Gislaine Eiko Kuahara Camiá

Palavras-chave: mulheres, transtornos mentais, planejamento familiar

INTRODUÇÃO: Os transtornos mentais são diferentes na idade adulta para homens e mulheres. A mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo, sendo a depressão a doença que mais causa incapacitação e o suicídio, a segunda causa de morte no mundo entre 15 e 44 anos de idade(1). Há diferenças nas prevalências de alguns quadros mentais, no curso e prognóstico das doenças, comorbidades mais frequentes e, sobretudo, naqueles transtornos que parecem estar mais intimamente ligados ao ciclo reprodutivo feminino(2). A sexualidade das mulheres portadoras de transtornos mentais é um tema controverso, pois é comum pensar que são exibicionistas e exacerbam a sua sexualidade ou que são seres assexuados. Deve-se reconhecer sua sexualidade como uma pessoa normal, que sente, apaixonase e ama como qualquer pessoa, tendo necessidade de se expressar sexualmente(3). Em estudo realizado com enfermeiros de hospitais psiquiátricos, constatou-se

a negação da sexualidade do portador de transtorno mental, demonstrando as manifestações de sexualidade presenciadas nas unidades psiquiátricas como desvio, transgressão ou doença(4). Lidar com a sexualidade dessa população faz parte das atividades do enfermeiro que deve ter conhecimentos técnicos, científicos e culturais atualizados para atender a demanda de saúde sexual e reprodutiva(4,5). Vale ressaltar que, as mulheres portadoras de transtornos mentais são mais vulneráveis à gravidez não planejada, sendo sua ocorrência elevada devido à frequente falta de crítica, de autonomia e do controle do próprio comportamento, além da possível interação medicamentosa entre psicotrópicos e anticoncepcionais hormonais. A contracepção para essa população deve levar em consideração um método no qual o seu uso independa do controle pessoal (anticoncepcional hormonal injetável, dispositivo intrauterino e laqueadura), porém a conduta ética apropriada a essas mulheres pressupõe o respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Por isso é importante um atendimento em planejamento familiar específico e integral a essa população a fim de promover um atendimento adequado e efetivo(6). **OBJETIVOS:** Identificar os métodos contraceptivos mais utilizados por mulheres com transtornos mentais e verificar a procura por um serviço de planejamento familiar. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e documental, onde foram utilizados prontuários e entrevistas com mulheres do Hospital-Dia Geral (HDG) de um Centro de Atenção em Saúde Mental localizado na zona sul de São Paulo. O estudo foi realizado através de dados dos prontuários e entrevistas com usuárias do serviço, no período de 04 a 30 de abril de 2013. A amostra foi constituída por 10 mulheres com os seguintes critérios de inclusão: ser portadora de transtorno

mental com idade entre 20 e 40 anos, com matrícula no serviço. Foram excluídas as adolescentes devido à especificidade do planejamento familiar para esse grupo. Os dados foram coletados após a autorização dos responsáveis pelo serviço e das usuárias e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da instituição, sob o parecer de nº 234.770/13. Foi utilizado um instrumento específico, composto de dados de identificação, história ginecológica, obstétrica e psiquiátrica. As entrevistas foram realizadas individualmente e em local reservado. **RESULTADOS:** Das entrevistadas, 70% tinham idade entre 26 e 35 anos, todas eram solteiras, brasileiras, não realizavam atividade remunerada e residiam com familiares; 40% possuíam o ensino médio completo, 20% ensino fundamental incompleto, 20% ensino médio incompleto e 20% superior incompleto. Em relação ao transtorno mental, 80% com diagnóstico de esquizofrenia, 10% de transtorno afetivo bipolar e 10% outros transtornos (psicose não orgânica, não especificada e retardo mental). Em relação ao tratamento psiquiátrico, 70% com história de tratamento e internação psiquiátrica, 50% faziam tratamento psiquiátrico há mais de 11 anos e 90% acompanhamento no HDG há mais de um ano. Em relação à história sexual, 70% referiram coitarca após 17 anos, 29% mães com gestações não planejadas; 43% relataram, espontaneamente, história de abuso sexual por familiares. Quanto ao uso anterior de métodos anticoncepcionais: 43% nunca utilizaram algum método contraceptivo e 29% haviam utilizado somente preservativo masculino, 14% com anticoncepcional hormonal oral e 14% com anticoncepcional hormonal injetável. Quanto ao uso atual de métodos anticoncepcionais: 72% não utilizavam nenhum método, 14% faziam uso de

anticoncepcional hormonal oral e 14% de anticoncepcional hormonal injetável. O uso da contracepção de emergência representou 43%. Todas as mulheres do estudo nunca frequentaram um serviço de planejamento familiar e nos prontuários não foram encontrados registros sobre contracepção. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As mulheres portadoras de transtornos mentais relataram que nunca frequentaram um serviço de planejamento familiar e nunca procuraram os serviços das Unidades de Saúde para falarem sobre concepção, anticoncepção e sexualidade. Quanto ao uso atual de métodos anticoncepcionais, 72% não utilizavam nenhum contraceptivo no momento da pesquisa, dado preocupante, por estarem mais vulneráveis à gravidez não planejada, 14% uso de anticoncepcional oral e injetável com mesmo percentual. Diante desse panorama, verifica-se a necessidade de serviços em planejamento familiar específico para as mulheres portadoras de transtornos mentais, assegurando igualdade de direitos sexuais e reprodutivos, por meio de práticas educativas em anticoncepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de situações de abuso sexual, além da abordagem em aspectos da saúde integral, envolvendo as usuárias e seus familiares.

MODELOS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS: PANORAMA NACIONAL E INTERNACIONAL

Joliani Alves de Moraes Rotilli, Mara Lisiane de Moraes dos Santos

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde, Cuidados Integrados de Saúde, Continuidade da Assistência ao Paciente

São considerados Cuidados Integrados iniciativas de cooperações intersetoriais, entre prestadores de cuidados tanto

da área social como da saúde, com disponibilização de cuidados de forma contínua, sem interrupções, a pessoas vulneráveis e com múltiplas necessidades. Eles contribuem para a solução de diversos problemas, como as ineficiências na gestão dos recursos disponíveis, listas de espera inaceitáveis, baixa qualidade na prestação dos serviços e a insatisfação do paciente. Os modelos de Cuidados Integrados revelam diferenças entre os países não apenas em termos e definições, como também em nível de organização e financiamento e, principalmente ao nível da avaliação da qualidade e dos impactos destes cuidados. OBJETIVO: Analisar o conhecimento produzido sobre os modelos de Cuidados Integrados em âmbito nacional e internacional. METODOLOGIA: O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa, cuja questão norteadora foi: Como está a construção do conhecimento sobre os modelos de Cuidados Integrados, em âmbito nacional e internacional? Critérios de inclusão: textos completos, com livre acesso a bases de dados nos idiomas português, inglês e/ou espanhol; e estudos que abordem os modelos de cuidados integrados. Critérios de exclusão: citações que não atendem ao objetivo da pesquisa. Não houve restrição quanto à data de publicação. Foram utilizadas as seguintes bases de dados nacionais e internacionais: Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS); a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline) e a biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SCIELO). E incluídos editoriais, teses, dissertações e/ou estudos que abordam a temática relevante ao alcance do objetivo da revisão. RESULTADOS: Resultaram 91 estudos e, a partir da análise crítica dos resumos, foram selecionados 23 estudos que atendem aos objetivos propostos. Dos

estudos utilizados dezesseis (69,56%) eram artigos, seis (26,10%) monografias e apenas um documento jurídico (4,34%). A maioria das publicações se deu entre 2004 a 2009. A leitura dos estudos analisados permitiu a sistematização dos estudos em 04 categorias: Origens e definições, sobre este tópico foram encontrados 8 estudos (18,4%); Estrutura institucional e proposta de cuidados, foram identificados sobre este tema 10 estudos (23,0%); Financiamento foram analisadas 8 (18,4%) referências e o custo, a análise ocorre por meio de 5 estudos. A categoria origens e definições mostram o modelo o NHS Continuing Healthcare foi desenvolvido no Reino Unido, Cuidados Continuados Integrados em Portugal, Kaiser e All-Inclusive Care (PACE) nos Estados Unidos, System of Integrated Care for Older Persons (SIPA) e o Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy (PRISMA) no Canadá. Surgiram como uma resposta integrada a demanda por cuidados, definindo-se como um processo terapêutico à saúde e de apoio social, ativo e contínuo centrado no paciente. Em Estrutura institucional NHS Continuing Healthcare prestam os cuidados no domicílio ou no lar de idosos. O modelo Cuidados Continuados Integrados possuem unidades de internação, unidades de ambulatório, equipes hospitalares e equipes domiciliares; o modelo Kaiser tem 35 hospitais e 431 consultórios médicos; o PACE opera em estrutura hospitalar, comunitário e domiciliar; o SIPA apresenta estrutura institucional e comunitária e o PRISMA atende nos domicílios, hospitais, hospital dia, centro dia. Todos os modelos oferecem os cuidados através de uma equipe multidisciplinar e serviços de exames complementares, laboratoriais e radiológicos. Em relação ao financiamento no modelo Cuidados Continuados Integrados depende de quatro fatores: dos sistemas e das populações; das medidas

nacionais de financiamento público; do grau de participação do financiamento privado; e da demarcação da responsabilidade entre setor público e setor privado em matéria de CCI, o NHS é financiado exclusivamente pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), o Kaiser Permanent (KP) é considerado um modelo de saúde privado, sendo constituído por três entidades interdependentes que organizam, financiam e prestam cuidados médicos; o modelo PACE é financiado por dois programas, o Medicare que é um programa de seguro de saúde para pessoas com 65 anos de idade ou mais e o Medicaid que beneficia a população de baixa renda. Em relação aos custos e benefícios a implantação dos Cuidados Continuados Integrados em Portugal (RNCCI) sobrepôs uma nova estrutura necessitando de novos recursos financeiros para manter a estrutura e os custos hospitalares, porém os Cuidados Continuados Integrados não reduziu os desperdícios hospitalares. No entanto, o seu crescimento subsequente parece ser rigorosamente acompanhado de uma diminuição da ocupação dos leitos hospitalares. Já o programa PACE foi avaliado em comparação com o Wisconsin Partnership Program (WPP) um modelo de cuidados que atua de forma desconectada. Foram analisadas as taxas de internação, dias de internação, tempo de internação, atendimentos de emergência e urgências evitáveis. Concluíram que os resultados melhores foram para o programa PACE do que para o WPP e que os médicos têm uma participação mais ativa no modelo PACE. No modelo SIPA, foi realizado um ensaio clínico randomizado, em que foi demonstrado que não houve aumento e nem redução dos custos, mas diminuiu a utilização de todos os serviços nos hospitais, e principalmente, a internação. Um projeto quase-experimental foi utilizado para avaliar o PRISMA apresentado de forma subentendida, houve a diminuição

de custos, através de achados relacionados a reduções de readmissões hospitalares, na institucionalização e na taxa de declínio funcional. O modelo Kaiser mostrou que as reduções de custos foram indescritíveis, comparando os grupos de gestão de doenças crônicas com o grupo de pacientes sem doenças crônicas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Mediante a revisão realizada, pode-se afirmar que os Cuidados Continuados Integrados foram desenvolvidos como estratégias para responder às crescentes demandas de cuidados. O modelo Cuidados Continuados Integrados que esta em fase de implantação no Brasil é semelhante ao modelo desenvolvido em Portugal, oferece serviços para todos os indivíduos que estejam em situação de dependência, independentemente da idade, o NHS Continuing Healthcare do Reino Unido proporcionam os seus serviços para todas as pessoas maiores de 18 anos que necessitem de cuidados continuados, enquanto os modelos PACE, SIPA e o Prisma oferecem os cuidados somente para os idosos. Os serviços são executados por equipes multidisciplinares e os principais profissionais mencionados são os médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicológicos e nutricionistas, sendo que o plano terapêutico é realizado pela equipe multidisciplinar com auxílio do indivíduo e a família. As formas de financiamentos dos modelos apresentaram disparidade, variando de financiamentos mistos (público e privado), públicos e privados. Em relação aos custos e benefícios todos os modelos de Cuidados Integrados mostraram redução no número dos leitos hospitalares, melhora na qualidade do cuidado e acessibilidade do sistema, diminuição dos cuidados fragmentados, porém não conseguiram atingir a redução de custos. A literatura carece de estudos sobre os modelos de Cuidados Integrados, principalmente no

Brasil, tornando necessário novos estudos sobre o tema, ou ainda, é preciso que sejam divulgadas as experiências ocorridas dentro dos modelos de Cuidados Integrados para minimizar as dificuldades de estabelecer parâmetros de comparabilidade e revelar os impactos do cuidar de forma integrada.

MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA CAPILAR NOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE-MS

Aline Pereira da Silveira, Doroty Mesquita Dourado, Sandra Christo de Souza

Palavras-chave: Controle glicêmico, Diabetes Mellitus, complicações

APRESENTAÇÃO: O Diabetes Mellitus (DM) vem sendo um problema de saúde pública, face aos índices de morbidade e mortalidade relacionados à doença, como também aos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações. É considerado como uma das principais doenças crônicas que afetam o homem contemporâneo, acometendo populações de países em todos os estágios de desenvolvimento econômico-social, tornou-se uma doença global. O aumento de casos de Diabetes Mellitus nas últimas décadas vem crescendo em decorrência de vários fatores, tais como: maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono de absorção rápida, deslocamento da população para zonas urbanas, mudança de estilos de vida tradicionais para modernos, inatividade física e obesidade, sendo também necessário considerar a maior sobrevida da pessoa diabética. Para a primeira década do século XXI indicam que haverá 239 milhões de indivíduos diabéticos em todo o mundo, em

decorrência, principalmente, da longevidade progressiva das populações e das transformações sócio-culturais ocasionadas pela urbanização e mudança no estilo de vida. Já é conhecido que o diagnóstico, e a melhora do controle glicêmico, neste caso por meio de modificações no estilo de vida, com melhora da qualidade de vida e/ou tratamentos adequados, reduz o risco de complicações micro e macrovasculares, ainda assim, estima-se que cerca de 35% a 50% dos indivíduos com DM do tipo 2 (DM2) não saibam ter a doença, e aqueles que foram diagnosticados não realizam o monitoramento da glicemia capilar e seu controle. O critério para o diagnóstico foi estabelecido pela Sociedade Brasileira de Diabetes, e atualmente, são três os critérios aceitos para o diagnóstico de DM: sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal, acrescidos de glicemia casual, aquela realizada a qualquer hora do dia, independente das refeições, acima de 200mg/dl; Glicemia de jejum \geq 126mg/dl e glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl. É de grande importância que o diagnóstico seja realizado precocemente e o tratamento tanto medicamentoso, quanto a mudança de estilo de vida, para uma vida saudável, com bons hábitos alimentares (dieta hipocalórica e hipolipídica) no geral uma dieta balanceada e prática de exercícios físicos, seja estabelecido de forma rápida e eficaz, reduzindo as chances de morbimortalidade crescentes na população de doentes por Diabetes Mellitus. Assim sendo este presente estudo tem como objetivo, avaliar a prevalência da monitorização da glicemia capilar nos pacientes diabéticos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande-MS, além de caracterizar e analisar a importância da monitorização da glicemia capilar no controle e prevenção de complicações do Diabetes Mellitus, nos pacientes atendidos nas Unidades Básicas

de Saúde da Família de Campo Grande-MS. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Foi desenvolvido um estudo epidemiológico descritivo transversal realizado no município de Campo Grande, MS. A obtenção dos dados ocorreu por meio do preenchimento de formulário específico pelos pesquisadores mediante inquérito aos pacientes diabéticos, sujeitos da pesquisa, de uma amostra cujo cálculo amostral teve por base o número de pacientes portadores de DM2 cadastrados no Programa de Controle de Diabetes atendidos no período do estudo, composta por 408 (n) pacientes, sendo 12 de cada uma das 34 UBSF. As informações relativas ao atendimento foram obtidas pela rede de atenção básica à saúde da região urbana do município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, com uma população de 805.397 habitantes de acordo com o Censo IBGE 2010, população ajustada para 2013. O preenchimento dos formulários foi condicionado à assinatura e obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos da pesquisa. Para a confecção do banco de dados, planilhas, tabelas e avaliação estatística empregaram-se o programa Excel (Microsoft Corp. Estados Unidos). O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIDERP, a coleta de dados teve início após a sua aprovação, os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar, orientados e esclarecidos, e informados da necessidade de que o seu consentimento fosse expresso mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma que foi entregue ao sujeito da pesquisa e a outra sob a guarda do pesquisador. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Dos 371/408 (91%) pacientes que responderam ao questionário, 78,7% (292/371) apresentavam o cartão de Diabetes Mellitus no momento da entrevista, contudo 3,3% (12/371) possuíam o cartão, mas não estava com

este na entrevista. Outros 18,1% (67/371) não possuem o cartão ou não sabem referir se já o teve em algum momento da doença. Portanto para nossa análise, levamos em conta somente aqueles que apresentavam o cartão no momento da entrevista, e destes somente 43,4% (127/292) apresentam o registro da monitorização da glicemia de jejum, com intervalo de tempo, no período de registro, de até 3 anos de monitorização. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considerando o Diabetes Mellitus como uma doença global de alta morbidade e mortalidade, além de alta incidência, deveria então ser melhor monitorada, em ponto de vista do controle glicêmico, visto que este implica diretamente no surgimento de complicações micro e macrovasculares. Em nossa pesquisa foi observado que menos da metade da população estudada, realizava monitoramento da glicemia capilar constante e registrado em cartão, fato este que pode implicar em enfermidades, complicações e até internações, sendo fator de risco para o paciente e gerando altos custos para o sistema público de saúde, custo este que poderia ser evitado se o controle glicêmico fosse mais rígido, em programas sociais mais efetivos, onde o paciente tenha consciência da importância do controle e monitorização do seu índice glicêmico. Também foi verificado que parte da população estudada não possuía o cartão do Diabético, fato este que sugere que o programa de saúde do controle do DM não está eficaz e/ou não consegue abranger o paciente de forma integral. Deste modo, destacamos então a importância do registro do paciente DM e seu cartão do Diabético devidamente preenchido, para que assim o serviço público e nacional de saúde tenha um maior controle dos pacientes, sua evolução, complicações, objetivando assim uma melhora na qualidade de vida destes pacientes.

MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA NOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE-MS

Fernanda Almeida Andrade, Doroty Mesquita Dourado, Sandra Christo de Souza

APRESENTAÇÃO: O Diabetes Mellitus (DM) compõe os dados das Doenças Crônicas Não Transmissíveis que tem sido considerado uma das grandes epidemias mundiais e um grande problema de saúde pública principalmente devido às suas complicações e influência direta nos índices de morbimortalidade, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento. No ano de 2011, 12,4 milhões de pessoas foram diagnosticadas com diabetes mellitus no Brasil. Dentre os tipos de DM, o tipo 2 (DM2) abrange 90% dos casos presentes no mundo e tem como causas básicas problemas, inicialmente, relacionados à atuação da insulina nos seus receptores periféricos, associados a um quadro de síndrome metabólica com consequente hiperglicemia. e está intimamente relacionado com o excesso de peso e o sedentarismo. Portanto, a população de maior risco para o desenvolvimento do DM2, são os indivíduos com dislipidemia, circunferência abdominal aumentada e consequente resistência insulínica que configuram os pacientes atendidos na prática diária de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Além das causas centrais para desenvolvimento de DM2 relacionadas aos hábitos de vida temos o tabagismo definido na Classificação Internacional de Doenças (CID10) da OMS como doença crônica causada pela dependência à nicotina. O tabagista é exposto continuamente a mais de quatro mil substâncias tóxicas, o que faz do tabagismo o fator mais importante de risco, isolado para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que engloba principalmente as doenças

cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras inclusive doenças renais. Estas enfermidades podem facilitar o desenvolvimento de DM2, doença de caráter crônico que acarreta redução da expectativa e qualidade de vida e aumento da mortalidade e morbidade, decorrentes de complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares (doença cardíaca isquêmica, infarto e doença vascular periférica). Estudos sugerem que intervenções são viáveis em UBSFs e promovem melhoria da saúde da população de um modo geral. Há evidências de que mudanças de estilo de vida possam ocorrer com maior sucesso quanto mais precoce sejam realizadas ações de intervenção. Assim, estudos que avaliam o perfil de usuários do serviço de saúde podem auxiliar na prevenção desses agravos. Diante desta realidade, pergunta-se: como confrontar tal situação nos diferentes segmentos da sociedade, com foco nos indivíduos atendidos nas UBSFs e assim poder intervir na prevenção do DM2 e suas complicações, através de ações de controle. Para tanto, se faz necessário conhecer os hábitos alimentares, prática de exercício físico e condições socioeconômicas nessas populações adscritas de cada UBSF, assim sendo o presente trabalho teve como objetivo relatar a prevalência da prática das mudanças nos hábitos de vida dos pacientes diabéticos e descrever o perfil quanto à idade, sexo e duração da doença nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande – MS, no período de outubro de 2014 a fevereiro de 2015 com vistas a subsidiar a implementação de ações para prevenção e promoção de saúde eficazes e que melhorem a adesão ao tratamento não-farmacológico. Desenvolvimento do trabalho: Estudo epidemiológico descritivo transversal realizado no município de Campo Grande, MS. A obtenção dos dados se deu por meio do preenchimento de

formulário específico pelos pesquisadores mediante inquérito aos pacientes diabético, sujeitos da pesquisa, de uma amostra cujo cálculo amostral teve por base o número de pacientes portadores de DM2 cadastrados no Programa de Controle de Diabetes atendidos no período do estudo, composta por 408 (n) pacientes, sendo 12 de cada uma das 34 UBSF. As informações relativas ao atendimento foram fornecidas pela rede de atenção básica à saúde da região urbana do município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, com uma população de 805.397 habitantes de acordo com o Censo IBGE 2010, população ajustada para 2013 (IBGE, 2013). O preenchimento dos formulários foi condicionado à obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos da pesquisa. Para a confecção do banco de dados, planilhas, tabelas e avaliação estatística empregou-se o programa Excel (Microsoft Corp. Estados Unidos). O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIDERP, a coleta de dados teve início após a sua aprovação, os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar, orientados e esclarecidos, e informados da necessidade de que o seu consentimento fosse expresso mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma que foi entregue ao sujeito da pesquisa e a outra sob a guarda do pesquisador. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Dos 408 pacientes que responderam ao inquérito: 0,5% relataram realizar apenas exercício físico; 1,6% declaram realizar adequadamente dieta alimentar com atividade física regular, sem necessitar de medicações; 17,5% relataram uso do medicamento em associação com a dieta alimentar; 5,1% declararam uso do medicamento em associação com exercício físico regular; 19,7% relataram apenas utilizar o medicamento; e a maioria 54,2% declarou utilizar o medicamento em

associação com atividade física diária e dieta alimentar. Apenas 0,6% descreveram não terem sido orientados por nenhum profissional da saúde sobre os hábitos de vida. Considerações finais: O percentual estimado entre os pacientes diabéticos acompanhados nas UBSF que relataram a realização correta de atividade física regular mais dieta alimentar em associação com o tratamento medicamentoso foi de 54,2%. Infelizmente, considera-se uma taxa baixa de adesão, visto que aproximadamente metade dos pacientes relatou não realizar nenhum ou algum plano de ação não terapêutico. A mudança no estilo de vida (dieta balanceada, aumento na atividade física e controle do peso corpóreo), sustentada por um programa de educação e apoio contínuo (estratégias de baixa complexidade, alta objetividade e baixo custo), visa obter uma redução dos casos de complicações ocasionadas pela DM2, como retinopatia, pé diabético e nefropatias, por meio do controle glicêmico; representando, então, benefícios econômicos tanto a curto quanto em longo prazo. A literatura demonstra que para obter resultados positivos no tratamento e controle do DM, em primeiro lugar o portador da enfermidade deve ser conscientizado sobre todos os seus aspectos. Para que isso seja feito, a educação em diabetes exerce um papel fundamental, pois por meio dela o doente se conscientiza que é portador de um quadro grave e incurável, porém compatível com uma boa qualidade de vida, se for mantido um bom controle metabólico. A educação em diabetes tem como principal objetivo modificar o comportamento do indivíduo quanto à aceitação, ao conhecimento e ao controle de sua patologia, buscando superar dificuldades em favor de seu bem-estar físico, psíquico e social. Dessa maneira, melhora-se a qualidade de vida da pessoa com diabetes.

MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO DE EGRESSOS DE UM CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Leika Aparecida Ishiyama Geniole, Alessandro Diogo De-Carli

Palavras-chave: Avaliação, Estratégia Saúde da Família, Educação de Pós-Graduação

APRESENTAÇÃO: A Estratégia Saúde da Família é o modelo de atenção à saúde adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS); os princípios que a caracterizam estão em consonância às diretrizes da atenção primária à saúde. (GIL, 2006). Para que estas diretrizes sejam contempladas, os profissionais de saúde precisam ter competências que fogem ao seu núcleo de formação, demandando estratégias que possibilitem a adequação destas para contemplar as necessidades do SUS. Assim, espera-se que os recursos humanos inseridos na ESF sejam capazes de atuar de forma interdisciplinar e integralmente, na manutenção da saúde de seus usuários (SAUPE et al, 2005; CARVALHO et al, 2006). Em se tratando de competências para a atuação na área da saúde, a Educação Permanente em Saúde (EPS) tem se limitado a apoiar e fortalecer competências já existentes (ANDRÉ et al, 2013). Para que os profissionais atuassem segundo os pressupostos apresentados, foi preciso adotar medidas para ampliar as competências, principalmente daqueles já inseridos no SUS. O Ministério da Saúde, através da Universidade Aberta do SUS (UnA-SUS), vem promovendo cursos de especialização para qualificação desses profissionais, através de cursos a distância, permitindo desta forma o alcance dos profissionais dos mais diversos pontos do país (BRASIL, 2010). Assim, a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), em parceria com a UNA-SUS, Fiocruz – Mato Grosso do Sul e com as Secretarias Estadual

e Municipal de Saúde, vêm promovendo o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), desde agosto de 2010, a distância. Qualificaram-se, até o momento, cerca de 1.000 profissionais na especialidade de Saúde da Família de todo o estado. Tendo finalizado o curso de duas turmas dessa especialização, faz-se necessário verificar se os objetivos foram ou não alcançados, se o ensino foi promotor de ações transformadoras da realidade, considerando-se o planejamento e a superação de fragilidades desse processo para a formação das turmas futuras. A necessidade de se avaliar o processo de ensino-aprendizagem se justifica porque os cursos em questão são realizados com recursos públicos, os quais devem ser empregados de forma a possibilitar impactos positivos, especialmente na área da saúde, setor crítico para o avanço do desenvolvimento da sociedade. O objetivo desse estudo foi verificar a ocorrência de mudanças no processo de trabalho de profissionais egressos do CEABSF, tendo como eixo norteador a aplicação dos atributos da APS (ANDRÉ et al, 2013) e das diretrizes apontadas na Portaria 2488 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011). OBJETIVO: verificar a ocorrência de mudanças no processo de trabalho dos profissionais egressos de um Curso de Especialização em Saúde da Família. MÉTODOS: Trata-se de um estudo quantitativo, de corte seccional, baseado em dados primários, realizado no período de fevereiro a abril de 2014, no município de Campo Grande (MS). Os sujeitos do estudo foram os egressos das turmas 1 e 2 do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), residentes no município de Campo Grande, MS. Utilizou-se como critério de inclusão o fato de que, para participarem do estudo, os voluntários deveriam estar atuando na mesma equipe de ESF desde o início do curso até um ano após seu

término. O universo da pesquisa foi de 101 profissionais. Destes, 14 profissionais foram excluídos por não aderirem ao critério de inclusão, ficando a amostra composta por 87 indivíduos, dentre os quais 36 eram cirurgiões-dentistas, 48 enfermeiros (as) e 3 médicos (as). Os participantes responderam ao Questionário 01 e 02, que foram elaborados com o auxílio de especialistas da área de saúde coletiva/metodologia científica, tendo seu conteúdo norteador pela realidade local. As informações foram coletadas nos locais de trabalho, através de agendamento prévio. O Questionário 1 foi elaborado em escala Likert (5 níveis), um tipo de escala de resposta psicométrica, utilizada para verificar o nível de concordância relativo a uma afirmação. Essa escala tem sensibilidade a manifestações de qualidade, capta a oposição entre contrários (níveis de concordância e discordância), gradientes e situações intermediárias (PEREIRA, 2001). Os entrevistados foram orientados a escolher entre diversas opções, assinalando a que mais se aproximava da sua atitude ou opinião. Este instrumento abordou as seguintes dimensões relacionadas aos atributos da APS: o entendimento desta como a porta de entrada do sistema de saúde, a atenção centrada no sujeito, a longitudinalidade das ações e o processo de trabalho (SCOREL et al, 2007). As questões constituintes do instrumento de pesquisa versaram sobre o agir em saúde que está sob a governabilidade dos participantes da pesquisa, enquanto trabalhadores em saúde. Não foram questionadas mudanças que envolvam ações de terceiros (recursos materiais/humanos), apesar de não ser possível dissociar completamente estes componentes. Em seguida, os voluntários responderam a quatro questões objetivas compostas por assertivas de “a” a “e” (Questionário 02), as quais admitiam apenas uma resposta e confirmavam ou não as respostas do Questionário 01. Os

dados foram tabulados e submetidos à estatística analítica (Software Stata v.13), considerando-se a significância de 95% ($p < 0,05$). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o protocolo nº 1947 (CAAE 0033.0.049.000-11). RESULTADOS: A soma dos escores do questionário não apresentou aderência à distribuição da curva normal (teste Kolmogorov-Smirnov, $p < 0,05$), o que indicou a execução de testes estatísticos não-paramétricos. Foi realizado o Teste de Mann-Whitney (para comparação entre o mesmo grupo, considerando dois momentos diferentes) para todas as questões em escala Likert. Todos os questionamentos tiveram diferenças estatisticamente significativas, comparando-se antes e depois da realização do CEABSF ($p < 0,05$). Observamos melhora na adequação do microprocesso de trabalho na ESF. Ao se considerar a soma dos escores das respostas frequentemente e sempre referentes aos principais atributos da APS, a diferença entre antes e depois do curso foi relevante. Em relação ao acolhimento, este era realizado por 33,32% dos profissionais antes do curso e após o curso por 82,75% dos profissionais. A utilização das ferramentas de abordagem familiar era realizada por 12,63% e, após o curso, 40,22% passaram a utilizá-las. Os egressos passaram a utilizar os dados de vigilância em saúde para planejar as ações de promoção à saúde mudando de 20,68% (antes) para 71,26% após o curso. Já os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) passaram a ser considerados em suas ações de intervenção por 71,25% dos profissionais, contrastando com antes do curso, quando 29,88% trabalhavam com os mesmos. A EPS passou a ser uma ação presente dentro das equipes de saúde, de 35,62% previamente ao curso, para 71,25% após o curso. Estes achados são corroborados pelos resultados do somatório dos escores da escala Likert. Antes do curso, a média dos escores foi

de 23 pontos ($\pm 6,85$), com coeficiente de variação de 28,65%; valor mínimo de 10 e máximo de 46, mediana de 22 pontos. Após o curso, a média dos escores foi de 39,94% ($\pm 6,10$), coeficiente de variação de 15,27%; valor mínimo de 26 e máximo de 57 pontos; mediana de 41 pontos. A análise de confiabilidade do Questionário 01, com uso do teste Alpha de Cronbach, resultou em $\alpha_1=0,6949$ e $\alpha_2=0,689$, para as respostas referentes a antes e depois do curso, respectivamente. **CONCLUSÃO:** o curso desencadeou mudanças significativas nos processos de trabalho. No entanto, somente a adequação de competências profissionais não é suficiente para responder às demandas apresentadas pela população.

NARRATIVAS CARTOGRÁFICAS EN CONTEXTOS DE LAS PRÁCTICAS

Margarida Pla Consuegra, Emerson Elias Merhy, Kathleen Tereza da Cruz, Marta Benet Blasco

Palavras-chave: micropolitics, cuidado, trabajo em salud, cartografia

A cartografia ha sido discutida e incorporada como una práctica investigadora por el Grupo de pesquisa Observatório de Políticas e Cuidado de Brasil y la Línea de investigación Micropolíticas de las prácticas y el cuidado en la salud y el bienestar del Grup de Recerca en Societat, Polítiques i Comunitats Inclusives (SoPCI) en Barcelona. El objetivo de la presentación es poner en común y discutir conjuntamente diferentes narrativas cartográficas a partir de trabajos llevados a cabo en nuestros grupos de investigación. Desde la línea Observatorio de Política e Cuidado iniciamos investigaciones para estudiar las leyes gubernamentales en salud en distintas frentes de cuidado: estudio de la ley de tratamiento del cáncer en mujeres; de la ley del

cuidado en el autismo, en portadores de albinismo y cuidado en el embarazo y parto. La idea central es el estudio de 4 situaciones, a cada frente de cuidado: la genealogía de la ley en foco, los efectos de la ley en el juego de los actores sociales involucrados, los efectos en los indicadores de salud y en la producción del cuidado en el actuar cotidiano del trabajo vivo en acto en salud, acercándose de las redes vivas de existencia de la gente. La construcción de los estudios cartográficos y micropolíticos. Desde la línea Micropolíticas de las prácticas y el cuidado en la salud y el bienestar (Barcelona) iniciamos una investigación para mapear cómo los cambios normativos en materia de salud reproductiva habían capilarizado y transformado las prácticas de cuidado entorno a la maternidad. Iniciamos el trabajo de campo en un Servicio de Obstetricia y Ginecología de un hospital comarcal con la intención de construir una investigación de tipo cartográfico. La interacción con los profesionales fue uno de los elementos centrales en todo el proceso construcción de nuestra aproximación cartográfica. Observar el cotidiano de un servicio significaba entrar en sus espacios de trabajo, en sus relaciones entre compañeros/as y con las personas que atendían en su día. Implicaba también poder ver los diferentes "servicios" que se producían simultáneamente. Por un lado, el servicio como espacio de lo instituido con un conjunto de normas explícitas e implícitas, pero también otros muchos espacios informales que no son visibles pero que se pueden construir dentro de la vida formal de una organización. Todas las personas que de alguna manera formaban parte del servicio eran productoras de los múltiples "servicios" posibles, y por tanto, todas ellas podían trazar líneas de fuerza y actuar en diferentes espacios. Requería construir una dimensión investigadora que estuviera

presente en los espacios, en las acciones y en las relaciones; evitando confundir el rol de investigador con la distancia o la ausencia. Construir una dimensión investigadora significaba crear nuevos territorios que permitieran generar rupturas, para no naturalizar y reificar aquello que observábamos, para preguntar, para alejarnos de un colectivo profesional y acercarnos a otro. Pero también para tomar conciencia de las fuerzas que operan en cualquier espacio social, para generar y vencer resistencias y buscar la manera de estar presente en los diferentes espacios y situaciones. En los encuentros con los profesionales iba mos construyendo vínculos y espacios relacionales intercesores. Era necesario que nos situáramos en un plano de producción subjetiva para poder ser tocados por lo invisible y ser capaces de ver como susafeccionestomaban cuerpo y delineaban territorios existenciales singulares. De alguna forma, creamos espacios intercesores en nuestras acciones con los y las otras personas nos permitía ver los que ellas construían. Descubrimos que cuidar también formaba parte del devenir cartográfico: ¿Cómo estudiar la producción de cuidado y no producir cuidado al mismo tiempo? En nuestros encuentros íbamos construyendo vínculos y espacios relacionales intercesores, donde éramos afectadas y afectábamos. Operábamos desde un trabajo vivo en acto que permitiese líneas de fuga para ir a otros planos, entre las normas, y comprender. Indagar desde qué territorios existenciales se estaban construyendo sus acciones, sin cuestionarlas, asumiendo una posición comprometida con el derecho a la diferencia y la capacidad de autogobierno de las personas. En este sentido, estábamos produciendo cuidado en nuestros encuentros con los y las participantes, pero también estábamos siendo cuidadas,

porque el proceso no era unidireccional. Íbamos mostrando la cartografía con las personas que trabajaban en el servicio porque ellas sabían y conocían los territorios de prácticas en los cuales intentábamos movernos. Esto implicaba dejarse guiar en sus sugerencias, recomendaciones, señales o situaciones inesperadas en las cuales se nos daba paso, siempre con la mirada atenta a no ser capturada pero desde el convencimiento de que ellas sabían y conocían. Construir las como sujetos de acción que participaban en la investigación, y me daba acceso a nuevos territorios no anticipados. Durante la investigación cartográfica transitamos entre la mirada retina y la mirada vibrante, dibujando el trazo de la cartografía en la dinámica entre ambas, y construyendo de esta manera, la dimensión micropolítica de la investigación. Requerí una actitud atenta para descubrir las expresiones del cuerpo vibrante y un proceso intenso de producir otra mirada para hacer diferentes lecturas del mundo.

NECESSIDADES SOCIAIS E VULNERABILIDADE SOB A ÓTICA DA BIOÉTICA DA PROTEÇÃO

Nathalie Oliveira Goncalves, Rose Manuela Marta Santos, Luisa Keczyane Batista Cardoso

Palavras-chave: Condições sociais, Saúde pública, Vulnerabilidade social,

INTRODUÇÃO: De acordo com a Constituição Federal, o SUS tem três princípios constitucionais e três princípios organizativos. Os princípios constitucionais trazem a universalização da assistência garantida a todo cidadão, a integralidade da atenção incluindo todas as ações necessárias à promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e, a equidade, ofertando serviços e bens segundo as necessidades. Com isso, as necessidades

sociais básicas são direitos morais dos indivíduos, que vem aliado aos direitos sociais e civis sendo garantido por meio das políticas sociais, cujas formas concretas variam de cultura para cultura. Desta forma, percebe-se a importância do Estado com um meio de garantir a universalização dos direitos sociais e uma adequada oferta do atendimento das necessidades, para que assim impeça a exclusão social daqueles vulneráveis que não são capazes de ter seus interesses garantidos nem ao menos exigidos. Nesse contexto, o termo vulnerabilidade se coloca como uma questão inerente a existência humana. Um indivíduo que se encontra em vulnerabilidade significa estar em condição de suscetibilidade, ou seja, mais sujeito a sofrer algum dano ou agravamento. Dessa forma a bioética da proteção pode ser definida referente ao conceito ético da responsabilidade social, onde o Estado deve dispor das obrigações socioeconômicas para atender toda a população humana, que corresponde às questões de meio ambiente, saneamento básico e garantia de educação e saúde. Seria o Estado assumir o papel de proteção, para assegurar o bem estar da sociedade. Tem como objetivo, analisar as necessidades sociais da população que os colocam em situação de vulnerabilidade social, sob a ótica da bioética da proteção. MÉTODOS: Trata-se de pesquisa qualitativa, foi realizada nas USF do município do interior da Bahia. Utilizaram-se como critérios de inclusão as USF que funcionavam em equipes duplas, pela facilidade de acesso a um maior número de sujeitos do estudo. Assim, tivemos 7 USF participantes do estudo com 14 equipes. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, com assinatura prévia dos sujeitos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi encaminhado para análise e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP-UESB), sob o parecer nº 21807. Para a análise dos dados optou-se pela análise

de conteúdo temática proposta por Bardin onde inicialmente procedeu-se à transcrição na íntegra das entrevistas, posteriormente a pré-análise que buscou contemplar por meio de uma leitura flutuante a constituição do corpus, articulada às questões norteadoras e os objetivos do estudo. RESULTADOS E DISCUSSÕES: Condições Socioeconômicas levando à uma vulnerabilidade social Observamos que os entrevistados identificam alguns aspectos das condições de vida e trabalho que se apresentam como desfavoráveis para o estabelecimento de uma qualidade de vida dos indivíduos como baixa renda, as dificuldades socioeconômicas, de ambiente e educação sendo caracterizadas como necessidades sociais detectadas pelos enfermeiros. Estas exercem assim, um impacto negativo nos processos de saúde e adoecimento. Como pode ser observado nas falas: E1: nas famílias da área daqui, tem baixa condição socioeconômica [...] E8: a população no geral tem um baixo poder aquisitivo [...] E2: Aqui na unidade tem, baixa renda familiar [...] Nesse contexto a bioética da proteção vem propondo um reconhecimento quanto a garantir uma qualidade de vida a todos os indivíduos como um fator de relevância do Estado, considerando a importância de proteger grupos específicos em situação de vulnerabilidade extrema. Elucida-se ainda quanto a necessidade de proteção aos grupos vulneráveis, colocando a responsabilidade do Estado oferecer uma atenção aos problemas de saúde pública existentes. As precárias condições de vida e saúde de várias camadas da população brasileira são privações de dignidade e liberdade que limitam sua capacidade de optar entre diferentes alternativas, de ter voz frente às instituições do Estado e da sociedade e de ter maior participação na vida social. Desta forma, assim como o autor traz, temos verificado nas falas dos entrevistados esse mesmo pensamento. E2: muitas pessoas fazem uso do trabalho informal,

desemprego [...] E4: Há também o alto índice de desemprego [...] E5: o desemprego na área [...] E6: tem o desemprego [...] E7: estrutura para que tenha a socialização da comunidade [...] Dessa forma tem-se que a pobreza é uma forma de estar em situação de vulnerabilidade, uma vez que os indivíduos estão sem condições dignas para sobreviver, estando em muitas circunstâncias sujeitos a serem explorados e muitas vezes sujeitos a testes farmacológicos que estejam em desenvolvimento em troca de dinheiro para sua subsistência. O indivíduo em vulnerabilidade que tem suas necessidades básicas não garantidas, ou encontram dificuldades ao acesso de serviços e garantia aos seus direitos se vê como mais fragilizada e menos digno em qualquer negociação, estando sujeito a uma falta de justiça e igualdade. O princípio da bioética da proteção traz questões para diminuir essas dificuldades, onde a primeira questão se refere à gratuidade, onde o Estado deve garantir gratuitamente a proteção a todos os indivíduos podendo estes aceitar o serviço ou não, isso garantiria a autonomia dos mesmos e evita o paternalismo por parte do Estado; outra questão seria a cobertura efetiva das necessidades do indivíduo suscetível, sendo garantida a proteção com responsabilidade. CONCLUSÃO: A realização deste estudo oportunizou uma compreensão mais abrangente sobre a problemática considerando o contexto complexo que permeia as necessidades sociais. Com isso pode-se inferir com base na bioética, que conceitos referentes questões sanitárias e sociais são inseridos como responsabilidade social e de saúde. E coloca questões relacionados a saúde pública para reforçar que a saúde é um direito do ser humano e que para isso seu acesso deve ser garantido, inclusive garantindo que todos os indivíduos tenham condições de vida dignas e garantia do meio ambiente em equilíbrio; onde se dê a redução da marginalização; a redução da pobreza e do analfabetismo.

NOTA PRÉVIA DE PESQUISA COMPORTAMENTO SUICIDA: AÇÕES SAÚDE MENTAL REALIZADAS PELAS EQUIPES DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA DO SAMU

Sabrina Lacerda da Silva, Eglê Kohlrausch

O objetivo desta pesquisa é identificar as ações de saúde mental realizadas pelos profissionais do SAMU durante o atendimento ao indivíduo que apresenta comportamento suicida. No Brasil o SAMU, rede de atenção à saúde mental, Bombeiros e Polícia Militar tem a incumbência de atender as emergências psiquiátricas. As autoras deste projeto têm envolvimento com a temática em estudo, sendo uma delas como Socorrista do SAMU, na Grande Porto Alegre; a outra, como enfermeira e docente na área de Saúde Mental na Escola de Enfermagem da UFRGS. Considerando a questão de pesquisa, “Quais são as ações em saúde mental, realizadas pelos profissionais do suporte básico do SAMU, no atendimento ao indivíduo que apresenta comportamento suicida?”, o objetivo e o referencial teórico adotado, utilizou-se a pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva como metodologia para o estudo. A pesquisa será realizada no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Porto Alegre, com profissionais de enfermagem, telefonistas auxiliares de Regulação Médica, e médicos reguladores que trabalham nas Unidades de Suporte Básico de Vida do SAMU/POA. O número de respondentes será definido pelo critério de saturação de dados em pesquisa qualitativa. Os critérios de inclusão definem como participante aquele que é profissional do SAMU/POA, que esteja na ativa, tenha experiência no atendimento a indivíduos que apresentam comportamento suicida, mais de dois anos como profissional de atendimento pré-hospitalar, e aceite conceder entrevista fora do horário de trabalho. Os participantes que atenderem

os critérios de inclusão e concordarem em participar da pesquisa, respondendo ao convite feito por e-mail serão selecionados. A coleta de informações será combinada com o entrevistado. Como estratégia para a coleta de dados foi escolhida a técnica de entrevista semiestruturada. A técnica utilizada para analisar as informações será a análise de conteúdo, com foco na análise temática; porque, essa consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação. Em atenção aos aspectos éticos, os participantes do estudo terão a garantia de receber o máximo de benefícios e mínimo de riscos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após aceitar o convite para participar da pesquisa, os profissionais irão receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE com todas as informações sobre esta pesquisa, em duas vias de igual teor (uma para o entrevistado, outra para as pesquisadoras) para ler e assinar. Este projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, já aprovado conforme Parecer nº 25567, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com Parecer Provisório nº 407045, e está registrado na Plataforma Brasil sob o número 187088. Foi autorizado pela Coordenadoria da Rede de Urgências e Emergências do Município de Porto Alegre e pelo Núcleo de Educação Permanente do SAMU/POA, e aguarda o parecer avaliativo do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, para o início do estudo.

NOTIFICAÇÕES DOS AGRAVOS À SAÚDE DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NA MACRORREGIÃO OESTE DE SANTA CATARINA

Rodrigo Momoli, Leticia de Lima Trindade, Junir Antonio Lutinski, Sinval Adalberto Rodrigues Junior

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Trabalhador de Saúde, Notificação

Apresentação: O trabalho na área da saúde é marcado por situações que podem culminar na realização do profissional e, ao mesmo tempo, por fatores potencialmente nocivos à saúde e vida do trabalhador da saúde. Os trabalhadores de saúde (TS) estão comumente expostos a vários agravos à sua saúde inerentes à atividade laboral que exercem. Incluem-se entre elas as situações de risco relacionadas à exposição a micro-organismos patogênicos presentes no ar, sangue ou fluidos orgânicos, além da manipulação de medicamentos, procedimentos repetitivos, contato com o sofrimento e a finitude humana, sobrecarga de trabalho, vínculos instáveis de trabalho, baixa remuneração, e outros aspectos que podem favorecer o adoecimento físico e psíquico dos trabalhadores envolvidos com a assistência à saúde da população. Deste modo, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída em 2012, considera o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença e tem como finalidade definir os princípios, diretrizes e estratégias em prol da atenção integral à saúde do trabalhador, com destaque na vigilância na busca pela promoção e proteção à saúde destes trabalhadores e redução da morbimortalidade. **Objetivo:** analisar os agravos relacionados à saúde do trabalhador notificados na Macrorregião Oeste de Santa Catarina que acometeram os trabalhadores dos serviços de saúde. **Metodologia:** Tratou-se de um estudo descritivo, de caráter transversal, construído mediante análise de dados documentais públicos. Incluíam-se na análise das notificações que envolveram trabalhadores que atuam diretamente ou indiretamente na assistência aos usuários nos diferentes cenários de atenção à saúde sendo estes enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem, odontólogos, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas,

auxiliares de consultório dentário, agentes comunitários de saúde, agentes de endemias, auxiliares médico-legais, agentes de defesa ambiental, técnicos em radiologia, auxiliares de materiais, bioquímicos, técnicos em laboratório, além dos estagiários, auxiliares e técnicos-administrativos e profissionais da lavanderia, cozinha e serviços gerais. O cenário de estudo foi o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) da Regional de Chapecó, o qual é referência em saúde do trabalhador para 76 municípios da Macrorregião Oeste de Santa Catarina. A pesquisa foi desenvolvida junto ao banco de dados públicos deste Centro, entre os meses de abril e maio de 2014, a partir da análise de 360 fichas de notificação oriundas das instituições da sua área de abrangência e registradas em 2012 e 2013. Para tanto, separou-se previamente as fichas de notificação relacionadas aos acidentes e doenças ocupacionais que acometeram os trabalhadores da saúde da Macrorregião Oeste de Santa Catarina no período mencionado. As notificações selecionadas tiveram seus dados organizados em uma planilha do Microsoft Office Excel 2010 conforme as variáveis: sexo, idade, raça, escolaridade, ocupação, município de residência, vínculo empregatício, tipo de exposição, tipo de material biológico de exposição, agente causador, instituição empregadora, parte do corpo atingida e unidade notificadora. A análise estatística foi realizada com o auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences 16.0 (SPSS), sendo calculadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, a média, mediana e o desvio padrão das variáveis numéricas, além dos testes de confiança e o teste de qui-quadrado com valor de significância de $p > 0,05$. Como tratou-se de uma pesquisa documental em registros públicos a pesquisa, conforme orienta a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, dispensou

avaliação de um Comitê de Ética, contudo solicitou-se a ciência da Secretaria de Saúde do município de Chapecó para publicação do estudo. **Resultados:** Entre os anos de 2012 e 2013, o CEREST Regional de Chapecó recebeu 7.856 notificações de agravos em saúde do trabalhador. Em 2012, foram 2.731 notificações; já em 2013, foram registradas 5.125 notificações, um crescimento de 87,7%. Do total de notificações, 360 (4,58%) foram referentes aos agravos que acometeram os trabalhadores da saúde. Dentre estas, observou-se que 52% dos 76 municípios da Macrorregião apresentaram-se silentes com relação aos agravos que acometeram os trabalhadores da saúde. No que se refere ao perfil sociodemográfico, 86% das notificações foram dos trabalhadores da saúde do sexo feminino. A média de idade, no geral, foi de 35,22 anos, sendo a mínima de 18 anos e máxima de 64 anos (DP=9,51 anos). Quando realizada associação entre idade e tipo do agravo obteve-se significância estatística ($p=0,01$) e identificou-se que os acidentes de trabalho com material biológico e os acidentes de trabalho leves e de trajeto acometeram principalmente os trabalhadores de 23 a 47 anos. O agravo mais prevalente foi o acidente com material biológico, seguido do acidente de trabalho leve, acidente de trajeto, a Lesão por Esforço Repetitivo (LER), Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT) e o acidente com material químico. Os acidentes com materiais biológicos e os acidentes de trabalho leve foram os agravos que mais acometeram os auxiliares e técnicos de enfermagem, seguidos dos enfermeiros, médicos e dentistas. O principal agente causador dos acidentes com material biológico foram o manejo da medicação ($n=61-39,42\%$), o manejo do paciente ($n=48-32,45\%$), o manejo do lixo ($n=26-19,20\%$) e a lavagem de material ($n=14-9,40\%$). O sangue ($n=158-96,35\%$) foi o principal tipo de material biológico envolvido nestes acidentes, que

acometeram, sobretudo, profissionais de enfermagem (118–71,94%). O nível de associação entre as variáveis tipo de material biológico e ocupação foi significativo ($p=0,01$). Os acidentes de trabalho leve acometeram com maior frequência os agentes comunitários de saúde ($n=54$ –20%). Ainda identificou-se relação entre o tipo de agravo e a ocupação ($p=0,04$). No que se refere à escolaridade, o maior número de agravos foi observado em indivíduos com ensino médio ($n=151$ –55,28%) e superior completo ($n=67$ –24,55%), com associação significativa entre estas variáveis ($p=0,03$). Quanto ao local de trabalho, identificou-se maior ocorrência de agravos na Atenção Básica ($n=196$ –54,4%) seguidos da área hospitalar ($n=146$ –40,6%). O quantitativo de acidentes com materiais biológicos na área hospitalar e na Atenção Básica mostrou-se próximos, contudo na Atenção Básica ocorreram mais acidentes leves. Também a análise estatística revelou associação entre o local de trabalho e tipo de agravos ($p=0,01$), indicando que em determinados cenários prevalecem um tipo de agravo entre parte do corpo atingida e categoria profissional, a mão foi a parte do corpo mais acometida, com destaque entre os profissionais de enfermagem, médicos e profissionais da equipe de saúde bucal. Já os agentes comunitários de saúde tiveram a perna e o pé como a parte do corpo mais atingida. Entre os que atuam nos serviços gerais, há maior acometimento da coluna vertebral, mão e pé. Conclusão: O estudo demonstra uma possível subnotificação das doenças ocupacionais entre os trabalhadores da saúde. Os profissionais de enfermagem apresentaram-se entre os principais acometidos pelos acidentes com material biológico. Estes trabalhadores assistem a população brasileira nos diversos cenários da saúde, por isso, precisam ser figurados como indivíduos que estão sujeitos ao adoecimento físico e psíquico relacionado

ao seu processo e condições de trabalho. Os achados sinalizam a importância do fortalecimento das políticas e ações de prevenção e vigilância dos acidentes de trabalho entre os trabalhadores do setor saúde. Estudos junto a outros CEREST do país podem subsidiar avanços na promoção e proteção do trabalhador da saúde, considerando a consonância e divergência dos achados, e assim nas necessidades singulares de cada e categoria profissional.

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: APOIO MATRICIAL E PROCESSOS DE TRABALHO

Karina Prestupa de Sousa, Carla Roberta Ferraz

Palavras-chave: apoio matricial, nasf, processo de trabalho

APRESENTAÇÃO: A pesquisa trata da questão do Apoio Matricial nos processos de trabalho de equipes de Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Com base na percepção de profissionais que atuam nestas equipes, este estudo tem como objetivos identificar práticas e ações do processo de trabalho nas quais se observe aplicação do pressuposto teórico e operacional do Apoio Matricial e evidenciar potencialidades e/ou limites relacionados à operacionalização desta ferramenta. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, transversal, qualitativa. Foi realizada nas microrregiões de Cidade Tiradentes e Guaianases, da Coordenadoria Regional de Saúde Leste, no Município de São Paulo. Participaram da pesquisa profissional atuantes no NASF em Unidades Básicas de Saúde da Família nas regiões citadas que se enquadraram no critério de inclusão e que voluntariamente depois de orientados e esclarecidos sobre os objetivos deste estudo concordaram em

participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Foi estabelecido como critério de inclusão estar atuando no Núcleo de Apoio a Saúde da Família há no mínimo seis meses. O projeto foi submetido à apreciação da Coordenadoria Regional de Saúde Leste e do Comitê de Ética e Pesquisa da Prefeitura Municipal de São Paulo e aprovado pelo Parecer nº 115/11 – CEP/SMS. Cada sujeito foi contatado pessoalmente, por visita às unidades de trabalho, realizadas pelo pesquisador responsável – verificou-se neste momento se o sujeito se enquadrava no critério de inclusão, se sim e após o aceite e assinatura do TCLE, foi realizada a coleta de dados por meio de entrevista, com aplicação de roteiro pré-estabelecido. Para coleta de dados foi utilizado roteiro com pergunta aberta no qual se manteve ênfase no “processo de trabalho do Nasf relacionado à utilização e aplicação da ferramenta Apoio Matricial”. A criação do roteiro foi necessária diante do fato de não ter sido encontrado nenhum instrumento específico, validado pela literatura e que pudesse fundamentar a pesquisa, sendo então utilizados como base conceitos contidos no Caderno de Diretrizes do Nasf. O instrumento de coleta foi subdividido em: dados dos indivíduos (idade, sexo, formação, categoria profissional, especialização e tempo de atuação no Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e uma questão aberta sobre aplicação do Apoio Matricial. Para tratamento e análise dos dados foi utilizado o procedimento metodológico de análise temática de conteúdo, baseada na lógica da categorização das respostas e falas dos entrevistados. As categorias foram formuladas após exaustiva leitura das respostas e falas dos entrevistados, onde se buscou responder as seguintes questões: O que é o apoio matricial? Em que espaço, de que forma e quando ele é aplicado? Quais as limitações e/ou as possibilidades

para a prática do apoio matricial? Após categorização e análise das respostas dos entrevistados foi realizada a discussão utilizando-se literatura de referência. **RESULTADOS:** Na apresentação e discussão dos resultados as categorias formuladas a partir das falas dos profissionais evidenciaram o Apoio Matricial como espaço de compartilhamento de saberes trabalha em conjunto, capacitação para a equipe de referência e atuação em rede. A operacionalização do Apoio Matricial foi percebida nas reuniões de equipe, nas discussões de casos, em pontuais educações permanentes e em grupos educativos. Os limites e dificuldades colocados se relacionam à lógica do sistema que não permite consultas compartilhadas, demanda excessiva, não corresponsabilização da equipe de referência, busca por atendimentos individuais pelas especialidades, falta de reflexão sobre as práticas realizadas e rotatividade dos profissionais que compõem as equipes. Como possibilidades e propostas foram citadas: criação de espaços de educação permanente, bloqueio de agenda dos profissionais médico e enfermeiro para as consultas compartilhadas, realização de ações conjuntas entre equipes e ampliação da visão para a aplicação do apoio matricial. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por meio deste estudo foi possível conhecer alguns aspectos do processo de trabalho das equipes NASF junto à equipes de saúde da família, identificando práticas e ações deste processo que indicam a aplicação do Apoio matricial e evidenciando também limites, dificuldades, possibilidades e potencialidades para a sua operacionalização. As percepções dos profissionais que atuam nos NASF estão ligadas àquilo que este representa para eles: compartilhamento de saberes trabalho em conjunto, capacitação para a equipe de referência e atuação em rede. Nota-se também que as práticas e ações do dia a dia

são executadas objetivando a aplicação do pressuposto do apoio Matricial, buscando que se efetive nas reuniões de equipe, nas discussões de casos, em pontuais educações permanentes e até em grupos educativos ou de orientação – porém, ainda há que se trilhar um caminho para que este arranjo organizacional passe a ser incorporado e visto como fundamental para o trabalho das equipes – e pensado enquanto se faz. Como principais limites e dificuldades foram colocados questões relacionadas à lógica do sistema que não permite consultas compartilhadas com os profissionais de nível superior das equipes de referência, a demanda excessiva que consequentemente angustia as equipes de saúde da família em “passar” casos e impede o matriciamento durante as mesmas, a transferência de responsabilidade e a não corresponsabilização da equipe de referência, a busca por atendimentos individuais pelas especialidades do NASF, a falta de tempo para refletir e pensar sobre a prática e a rotatividade dos profissionais que compõem as equipes, tanto do NASF quanto da ESF. Apesar de terem sido apontadas estas dificuldades, os profissionais colocam possibilidades e propostas para o apoio matricial, como por exemplo, a criação de espaços de educação permanente – que seja contabilizada em sua produção, a organização de agenda dos profissionais médico e enfermeiro para que estes possam executar consultas compartilhadas com objetivo de matriciamento, a realização de ações em conjunto com as equipes de saúde da família, como por exemplo, o planejamento de grupos educativos e terapêuticos, construção de PTS, etc., e a ampliação da visão para a aplicação do apoio matricial não só em momentos ou espaços pré-determinados, mas, inserindo-o nos processos e ações do trabalho de uma forma natural. Potencialmente o apoio matricial foi visto como facilitador do trabalho

multiprofissional, como aquele que favorece a sensação da segurança de saber que não se está só, e como ferramenta importante para a disseminação de informações. Diante destas colocações entende-se que a ESF e as equipes NASF estão em processo de sintonização – o que é esperado para dispositivos novos e em processo de construção, mais precisamente em relação ao NASF. É importante lembrar que a Atenção Primária no Brasil esta ainda em processo de consolidação e que mudanças na cultura, história e formação dos profissionais de saúde não se dão de forma instantânea, mas são construídas ao longo do tempo – e diante de situações que não condizem com nossas expectativas há de se adotar uma postura de quem acredita que é possível e perseverar enquanto a história se faz, adequando e repensando aquilo que ainda não está de acordo e fortalecendo os fazeres positivos. Enfim, espera-se que esse estudo possibilite a reflexão e que as informações e impressões levantadas a partir da atuação dos profissionais neste recente período de implantação possam oferecer subsídios para a avaliação e adequação das práticas e dos processos de trabalho em questão – ampliando a resolutividade e contribuindo assim com a consolidação da Atenção Primária a Saúde.

O APOIO INSTITUCIONAL COMO ESTRATÉGIA DE INDISSOCIABILIDADE ENTRE AS PRÁTICAS CLÍNICAS E DE GESTÃO EM SAÚDE MENTAL COLETIVA

Ricardo Sparapan Pena, Eloa Nogueira de Souza

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Saúde Mental, Gestão em Saúde

Esta pesquisa nasce das práticas de formação em saúde desenvolvidas entre docentes e alunos do curso de Psicologia

da Universidade Federal Fluminense - Volta Redonda/RJ (UFF), ligados ao REDESAÚDE: rede de compartilhamento, pesquisa e intervenção, grupo de pesquisa cadastrado no CNPQ, gestores da Área Técnica de Saúde Mental (ATSM) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e também trabalhadores e gestores dos serviços de referência em Saúde Mental (SM) e Atenção Básica (AB) do município, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), o ambulatório de SM, a unidade de urgência e emergência em saúde mental e o Consultório na Rua (CnR), serviço da AB, mas que se reporta integralmente à ATSM. Em seus objetivos, buscamos analisar a experiência de Apoio Institucional da UFF à gestão da ATSM e dos serviços de SM, conhecendo o modo como o Apoio articula clínica e gestão no território, agregando docentes e alunos do curso de Psicologia, trabalhadores e gestores da SM e AB para o estudo das políticas de SM e tecnologias de gestão no SUS, e promovendo as análises das formas de comunicação estabelecidas entre as equipes de saúde, dos processos de trabalho em curso nos serviços, do acolhimento como ampliação do acesso aos serviços, da cogestão para a tomada de decisões nas equipes, assim como do Apoio Matricial para o fortalecimento da relação entre os serviços de SM e AB. Situados na interface entre a produção de conhecimentos e a parceira da universidade na problematização das políticas de saúde que operam no território onde se localiza, compreendemos que a academia não se dissocia de suas experiências de intervenção pautadas pelo ensino, pesquisa e extensão. Entendendo também que nos inserimos na composição dos territórios de produção de saúde, sustentamos pesquisar os efeitos de nossas práticas, isto é das experiências de apoio da UFF à gestão da SM no SUS de Volta Redonda, em curso desde janeiro de 2015. Nesta tarefa, elegemos o Apoio

Institucional, a partir das elaborações de Paulon e col. (2014), Oliveira (2011), Pasche e Passos (2010) e Campos (2007), como aporte teórico-metodológico para dialogar com a realidade onde se engendra a relação entre a universidade e o SUS. Vemos que o Apoio, como exercício de gestão compartilhada no SUS, atua na qualificação das ações de trabalhadores e gestores, na indissociabilidade entre clínica, gestão e produção de subjetividades no trabalho, assim como afirma que as ofertas em saúde são produtos das relações entre equipes e território, e não apenas procedimentos antecedentes a estas relações. Então, tomando o Apoio como método, promovemos encontros com gestores e trabalhadores dos serviços de saúde mental e da ATSM, e com docentes e alunos do curso de Psicologia, construindo momentos de análise sobre o cuidado à SM em rede, partindo de discussões sobre o cotidiano das equipes e da gestão da política de SM no município. Inicialmente, pensamos em encontros nos territórios entre a universidade, os serviços de SM, a ATSM e os serviços de AB. Mas, devido aos conflitos políticos que tomaram conta do município em 2015, não foi possível contar com a presença da AB e nossas reuniões se dividem em dois momentos distintos: a) encontros de docentes e alunos com as equipes de saúde mental, seus gestores e representantes da ATSM, as quais acontecem nos serviços, e b) reuniões de docentes e alunos com o colegiado de SM, composto pelos gestores dos serviços de SM e da ATSM, e que acontecem na SMS. O único serviço de AB presente nestes momentos, como dito anteriormente, é o CnR. Apostamos que estes encontros provocam interferências nas práticas clínicas e de gestão das políticas de SM em Volta Redonda. As discussões com os alunos constroem textos que registram os movimentos e as análises do que aprendemos e compartilhamos com todos

os atores envolvidos, buscando cartografar (Rolnik, 2011) o conjunto de nossas experimentações no território. Dentre estas experimentações, encontramos alguns nós críticos na relação entre os serviços de SM e no modo como a gestão destes serviços e da ATSM enfrenta o momento de tensões políticas no município. Estas tensões têm provocado o distanciamento da ATSM dos encontros realizados nos serviços, sendo possível a participação da mesma apenas nos encontros que ocorrem na SMS. Vivenciamos, como rastros desta instabilidade, as dificuldades presentes no território para promover as práticas de cuidado em rede, o que inclusive corrobora com ausência de dois serviços que ainda não produziram sentidos para participar dos encontros onde acontecem as experimentações de apoio. A interferência da universidade na produção de redes de cuidado em SM, especificamente neste período, gera um espaço de escuta, de análises e compartilhamento do cuidado. Como exemplo, vimos que as tecnologias clínicas e de gestão abordadas nos encontros posicionam o Apoio Matricial como algo novo para grande parte dos trabalhadores, o que nos convoca a ofertar, como apoiadores, as possibilidades de uma maior aproximação com alguns dispositivos de ampliação da clínica como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), a problematização do acolhimento como acesso equânime aos serviços, as discussões compartilhadas sobre a priorização das ações dos serviços com diminuição de trabalhadores, entre outras ofertas que se conectam com novas discussões, como a relação entre os CAPS e a AB. Neste sentido, sobre a corresponsabilização pelo cuidado entre os CAPS e a AB, compreendemos, frente à gradual desmontagem e recomposição das equipes de AB como efeito da instabilidade política, a esterilidade dos arranjos anteriores que buscavam a análise da demanda dos usuários, colocando,

então o Apoio Matricial em cena para dar visibilidade aos nós críticos presentes na relação entre os serviços facilitar a construção de ofertas singulares em saúde. Deste modo, esta pesquisa vai delineando os modos como o Apoio se liga aos processos de trabalho das equipes e da gestão, e como vem descobrindo possibilidades de dar passagem tanto à construção de redes potentes de cuidado em SM, como ao desafio de afirmar radicalmente a produção de conhecimento não pautada apenas pelas teorias anteriores à relação entre a universidade e o território SUS, mas como dobras, efeitos e atualizações do que se processa no território onde a universidade se insere.

O ATENDIMENTO DE PESSOAS USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Soraia Cassiano Rodrigues

Palavras-chave: Atenção primária, drogas, saúde mental, intervenção breve, redução de danos, matriciamento, integralidade

Para a realização de uma boa assistência na área da dependência química é necessário diversificar as propostas de atendimento e pensá-las como fenômeno social amplo que inclua a ação resultante da intersecção das políticas públicas para a oferta de trabalho, lazer, cultura, educação, moradia e saúde na reinserção social do usuário. Com a mudança do direcionamento da atenção em saúde no país, a atenção primária tornou-se a porta de entrada, através da ESF, para o sistema de saúde. Baseada na integralidade da atenção ao sujeito em sua dimensão biopsicossocial, a atenção primária surge como lugar ideal para o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de pessoas em uso de álcool e drogas, e para operacionalizar

os pressupostos da Reforma Psiquiátrica. Este trabalho de revisão bibliográfica tem o objetivo de estudar como é realizado o atendimento às pessoas que fazem uso de álcool e drogas na atenção primária à saúde e propor ações para a superação das lacunas na operacionalização do trabalho em rede. A inserção das Estratégias Diagnósticas e Intervenções Breves (EDIB) e da Redução de Danos na abordagem ao usuário, a humanização da prática dos profissionais, a educação permanente, a supervisão de equipes e a implementação do matriciamento são alguns caminhos apontados através da pesquisa para efetivação da rede de atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas.

O BACHAREL EM SAÚDE COLETIVA E O MUNDO DO TRABALHO: UMA ANÁLISE SOBRE OS EDITAIS PARA CONCURSOS PÚBLICOS

Diego Menger Cezar, Ivan Gonçalves Ricalde, Cristianne Famer Rocha

Palavras-chave: Saúde Coletiva, Sanitarista, Mercado de Trabalho,

Apresentação: O advento da Reforma Sanitária Brasileira e a busca pelo desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentaram muitos desafios, entre eles a demanda por profissionais qualificados para atuarem nesta nova conformação de gestão e atenção à saúde. A possibilidade de criação de cursos de graduação na área da Saúde Coletiva vem sendo abordada desde o início dos anos 2000, no Brasil, apontando à necessidade de antecipação da formação do Sanitarista como ator na mudança do contexto de saúde vigente até então. O processo de formação de Sanitaristas em nível de graduação é um projeto já institucionalizado em 21 Universidades brasileiras, sendo bem recebido pela gestão nacional do SUS, com

a premissa de que não se justifica esperar o tempo requerido para a graduação nos diversos cursos da área da saúde, para depois capacitar os profissionais em Saúde Coletiva. A modalidade de formação de Sanitarista em nível de graduação inegavelmente adere à consolidação do SUS, cuja estabilidade requer profissionais com perfis não visíveis em quantidade e qualidade requerida pelo sistema. Reconhece-se, portanto, a Saúde Coletiva como um campo científico e âmbito de práticas, e o curso de graduação ajuda na demarcação mais clara dos contornos dessa identidade (BOSI, 2010). Concomitante ao processo de formação desse profissional é necessário indicar ao mercado de trabalho a presença deste novo trabalhador, para diminuir o risco de empregar recursos para formação de um profissional que o mercado não absorverá. As primeiras turmas concluíram a graduação em 2012 e, desde então a inserção profissional destes profissionais vem sendo tema de debates nos meios acadêmicos, nos grupos de egressos e por meio de projetos de pesquisa, mas o eco dessas discussões ainda chega de forma escassa às instâncias colegiadas de gestão do SUS. Este profissional ainda é pouco conhecido pelos gestores de saúde, o que acarreta em escassas oportunidades em concursos públicos. Considerando-se que a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, em seu art. 37^o exige a aprovação em concurso público para a investidura em cargo ou emprego público (BRASIL, 1988), a porta de entrada principal para atuar na área pública, no campo da saúde, é através de concursos públicos. Logo, para a inserção do Sanitarista na gestão do SUS, é necessário o seu provimento através de concursos de provas, ou provas e títulos. Por conta disso, faz-se necessário conhecer as oportunidades de inserção do Sanitarista e Bacharel em Saúde Coletiva no mercado de trabalho por meio de concursos públicos, visto que, segundo Paim (2013), o principal lócus de atuação

do Sanitarista é o SUS como setor público. Então, é pertinente analisar como esse mercado está organizado para absorver estes profissionais formados na graduação, e também quais são os requisitos necessários para a investidura no cargo de Sanitarista nos locais onde já existe esta possibilidade. O objetivo principal desse trabalho é identificar as oportunidades de inserção do Sanitarista na carreira pública, via concurso, e os requisitos para investidura no cargo no âmbito do SUS. Metodologia Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com o uso de procedimentos da pesquisa documental, que tem como objetivo secundário descrever e analisar os editais de concursos públicos para os cargos passíveis de concorrência pelo Sanitarista. Quanto à abordagem da pesquisa, foi utilizada uma perspectiva quantitativa, possibilitando organização e análise dos dados obtidos. A coleta de dados foi realizada por meio de busca de editais para concursos e processos seletivos para o cargo de Bacharel em Saúde Coletiva, Sanitarista e Analista/Técnico/Especialista e Gestão em Saúde em sites especializados em concursos públicos. Foram coletados os documentos provenientes de entidades oficiais (federal, estadual e municipal). Posteriormente, foi feita a análise quantitativa através do programa Microsoft Excel, fornecendo as frequências relativas e absolutas em tabelas, de acordo com as variáveis estudadas. Resultados Foram localizados 22 editais de concursos públicos no período de 2012 a 2015. Deste total, 16 editais (72%) são para o cargo de Sanitarista, 2 editais (9%) para o cargo de Bacharel em Saúde Coletiva. Outros 4 editais (18%) foram localizados, direcionados para cargos como Analista/Técnico/Especialista e Gestão em Saúde. Quanto a esfera de atuação, 9 editais (40%) se referem a esfera municipal, 7 editais (31%) a estadual, 4 (18%) são para atuação em fundações e institutos e 2 (9%) são para cargos em nível federal. Quanto

à remuneração, o vencimento médio dos cargos foi de R\$ 2.866,77 e a carga horária média de 34 horas semanais. Referente aos requisitos para provimento no cargo, 13 editais (59%) eram direcionados para outra graduação seguida de Especialização em Saúde Pública ou Coletiva, 6 editais (27%) eram direcionados para graduados em Saúde Coletiva, e 3 (14%) eram dirigidos a outras graduações da área da saúde sem exigência de especialização. Do total de editais, 9 (40%) exigiam inscrição ou registro em conselho de classe competente. Considerações finais. O desconhecimento da formação do Sanitarista em nível de graduação direciona as vagas para profissionais de outras formações da área da saúde e exigência de especialização em Saúde Pública ou Saúde Coletiva. E a presente pesquisa corrobora com esta afirmação, visto que a maioria dos concursos para os cargos de Sanitarista ainda não privilegia o profissional formado na graduação. A exigência de inscrição ou registro em conselho de classe aparece como requisito em parte dos editais, sendo uma questão importante a ser destacada quanto à regulamentação da profissão do Bacharel em Saúde Coletiva, pois ainda não há um consenso entre os egressos sobre a constituição de um conselho ou associação de classe. Por fim, concordando com a sugestão de Paim (2013) há pelo menos dois caminhos a serem explorados pelos Bacharéis em Saúde Coletiva: O primeiro procuraria defender que estes entrem na carreira pública no mesmo nível que os profissionais de outras áreas da saúde com diplomas de pós-graduação em Saúde Coletiva ou Saúde Pública. O segundo apresenta como a indicação de que todos egressos de cursos de graduação e de pós-graduação podem exercer o mesmo tipo de atuação profissional, podendo integrar uma mesma carreira, guardadas as especificidades em termos de formação e títulos acadêmicos específicos para fins remuneratórios e de progressão na carreira.

Espera-se que esta pesquisa permita ampliar o conhecimento de como as instituições e esferas de gestão visualizam o Bacharel em Saúde Coletiva como profissional capaz de concorrer às vagas existentes ao cargo de Sanitaristas e auxiliá-lo na formulação de estratégias para inserção deste profissional no âmbito do SUS.

O CONCEITO NIETZSCHIANO DA GRANDE SAÚDE: UMA PERSPECTIVA ESTÉTICA NA FORMAÇÃO EM SAÚDE

Maria Auxiliadora Maciel de Moraes, Silas Borges Monteiro

Palavras-chave: Educação, Filosofia, Formação em Saúde

APRESENTAÇÃO: O resumo é parte do capítulo da tese de doutorado em Educação que trata sobre o tema Saúde, numa perspectiva nietzschiana, estabelecendo crítica sobre os conceitos vigentes em saúde na formação profissional. Nietzsche concebe totalmente o humano no sentido profundo do naturalismo. Assim, o conceito de saúde nietzschiano não é contemplado pela ideia corrente de um tipo que “esbanja” saúde por conservá-la em um perfeito estado de normalidade, cujo critério de retidão e verdade é definido previamente. Pois a saúde está associada com movimento de criação, e proclama como “potência criadora” que, ao mesmo tempo, abarca tanto a vida sã e forte quanto a vida doente, sofredora e declinante; Nietzsche não postula critério de valor à saúde do ser humano. E a fisiologia que compõe a ideia nietzschiana não tem caráter de disciplina científica, contudo ela adquire uma conotação de “artes experimentais”, cuja centralidade está nas temáticas da pluralidade dos instintos e dos afetos, que são interpretados como processos instáveis de quantum de potência. Por isso a investigação fisiológica não se limita

apenas ao âmbito teórico, sendo necessária a experimentação que aumente a potência do quantum, principalmente com questões que preservem a força pulsional. Essa força é singular, pois cada vivente a experimenta como processo fisiológico próprio, e é nutrida pela alimentação, digestão, clima e outras questões que influenciam na constituição orgânica do corpo. E são esses aspectos que movem a fisiologia nietzschiana numa perspectiva orgânica de constituição de si, pois Nietzsche, em *Ecce Homo*, sempre se refere como alguém que procedeu a uma análise sobre si mesmo, relacionando tanto os aspectos externos quanto os internos que influenciaram na dinâmica fisiológica do seu corpo e na singularidade de seu filosofar. Entretanto, a ciência médica determina a saúde e normalidade para o corpo a partir de regras prescritivas, que não são ingênuas e nem neutras, pautadas sob a visão reducionista causal e temporal no processo de tornar-se saudável. Nietzsche discute a ideia da grande saúde como resultante das relações estabelecidas pela força e potência vital. Seu personagem Zaratustra ensina que “há mil saúdes” do corpo múltiplo e criador de si, que busca superar-se e “criar para além de si”. Canguilhem discute sobre “normatividade biológica” numa ideia similar de Nietzsche sobre a grande saúde, na qual se considera o corpo como criador de si, por ser capaz de instituir normas em diferentes momentos do seu estado de saúde e doença. Assim, o corpo biológico não visa somente adquirir um estado normal, mas avança por se tornar normativo, ou seja: ele ultrapassa a própria norma padrão de saúde pré-estabelecida por (re) criar o seu estado de saúde, em diferentes situações adversas, por ser a vida uma polaridade dinâmica entre o normal e o patológico. Então, a doença não se estabelece por algum desvio de uma norma pré-estabelecida prescritiva, mas, sobretudo, por que o vivente exauriu as suas forças para lutar contra as dificuldades em sua vivência.

A saúde canguilheana não está atrelada às orientações verticalizadas pastorais das autoridades e especialistas, mas é da ordem de resposta do processo de individuação em relação à vida. Nesse sentido, rompe-se com o dualismo saúde e doença, já que a anormalidade não existe no ciclo vital. Essas perspectivas sobre saúde são contrárias às definições que circulam na formação em saúde em geral. **DESENVOLVIMENTO:** É um estudo temático, com apreensão teórica conceitual reflexiva e filosófica, cujo objetivo é refletir sobre o conceito de saúde vigente, numa perspectiva nietzschiana da grande saúde. **RESULTADOS:** a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde é entendida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas ausência de uma doença ou enfermidade”. Entretanto, ela está desvinculada da vida como força vital singular, mantendo uma lógica de permuta valorativa entre as situações: ou saúde ou doença. Moreira refere que essa ideia de “bem-estar” traduz em uma concepção inatingível, uma vez que o seu julgamento de valor é pautado numa meta de alcance universal, o que é impossível dada à incompletude dos processos vitais fisiológicos que são singulares. O conceito sobre saúde da VIII Conferência, a partir do entendimento nietzschiano e canguilheano, aborda o processo de saúde versus doença valorada a partir da relação entre condição de vida, saúde e sociedade, determinado pela realidade macroestrutural, que não considera qualquer possibilidade desviante de alguém conduzir a saúde para si. Caponi problematiza a definição de saúde apresentada pela VIII Conferência Nacional de Saúde e recorda que o conceito de saúde articulado com a sociedade já era próprio da política higienista, que implica o direcionamento de práticas e intervenções no corpo e na vida dos indivíduos, perpetuando o processo de

medicalização. A grande saúde nietzschiana é um movimento de se criar para si uma estética na existência, incorporando o lado trágico da vida que não anula a dor, o sofrimento, a penúria nos estados de saúde-doença. Nos termos aqui tratados, a saúde é uma experiência singular, que diz respeito à diferenciação, à individuação e ao estilo de cada um, em seu próprio processo vital de experimentar a vida. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Nietzsche ensina a arrebentar com o sentido do processo de adoecimento, pois para a medicina a doença se caracteriza por um comportamento desviante do corpo. Para Nietzsche a doença é um estímulo para que o humano se afirme diante do sofrimento físico e/ou psíquico a fim de autossuperar em sua existência. Além do mais, esse ideal de “saúde” traduz uma valoração com princípio de igualdade: todos obterão a pretensa “saúde”, mesmo que seja à custa de mecanismos prescritivos por meio de regras, normas, condutas morais e valores e sentidos falseados de felicidade um exemplo são os excessos de corretivos ao corpo por meio de cirurgias estéticas e os excessos de medicamentos psicofármacos e outros. A saúde na perspectiva fisiológica nietzschiana é entendida como força ativa, uma multiplicidade de impulsos, que se encontra em constante batalha com os processos de ordenação ou desorganização, o que traduz uma permanente criação e re-criação de valores para si própria - o corpo criador, como se refere o personagem Zarathustra. Nesse sentido o corpo se torna como um feixe de forças que se cambia por entre diferentes devires, com potência para criar a “grande saúde” para si, explodindo com o eixo das valorações binárias: espírito e corpo, vida e morte, saúde e doença e, assim, promovendo a desclivagem dos mesmos. A grande saúde trata de evocar o humano, demasiado humano para não se esquecer do longo tempo que nos fizeram acreditar em uma verdade, um juízo moral, um valor

sobre a saúde, doença, loucura, vida, morte. A grande saúde é permitir-se o caos, uma saúde reinventada, ressurgida de si em uma potente marcha para o seu próprio devir. Essa perspectiva da grande saúde é uma maneira estética de se coexistir no processo de formação em saúde, no encontro de alteridade com o outro; além do mais, essa saúde medicalizada é conduzida por um olhar fragmentado das especializações em saúde, que esquarteja o vivente e espalha a sua singularidade a ponto dele não se reconhecer como sendo capaz de olhar para si e determinar as práticas mais elementares de saúde para o seu corpo, em consonância com a efetividade da sua vivência.

O CUIDADO AOS INTERSEXUAIS: EXPLORAÇÃO DO CAMPO

Paula Gaudenzi

Palavras-chave: Cuidado em Saúde, Discursos, Sexualidade

Esta apresentação é parte de um projeto realizado no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, da Fiocruz. Nosso intuito é analisar as diferentes perspectivas utilizadas nos discursos que visam dar suporte ao manejo tecnológico sobre o corpo intersexual e analisar a experiência da intersexualidade de forma a problematizar quais são as possibilidades desses sujeitos viverem uma vida boa e como os profissionais da saúde podem contribuir. O objetivo geral da pesquisa é oferecer subsídios para o desenvolvimento de linhas de cuidados integrais para os intersexuais e seus familiares de forma a garantir a integralidade, a equidade e o acesso aos serviços de saúde. Visamos propiciar a construção de saberes interdisciplinares e criar espaços participativos de desenvolvimento de competências para os cuidados integrais envolvendo

profissionais e gestores da rede pública, pessoas intersexuais e seus familiares. Nosso interesse é ético e epistemológico. A dimensão ética é evidente, pois a intersexualidade exige daqueles que lidam com o problema uma tomada de decisão. A tomada de decisão é balizada por uma determinada compreensão do fenômeno da sexualidade e da forma de definição do sexo, o que nos remete à perspectiva epistemológica. Hermafroditismo é uma terminologia médica utilizada desde a antiguidade para designar os indivíduos que nasceram com órgãos sexuais ambíguos. A descoberta, no século XX, de que há inúmeras variáveis que supostamente determinam o sexo do indivíduo, fez com que a noção de hermafroditismo fosse repensada e optou-se pelo termo “intersexualismo”. A hegemonia do tratamento cirúrgico “para construir o sexo” iniciou-se na década de 1950, através da notoriedade do psicólogo norte americano John Money para quem as pessoas nascem com identidades neutras e o gênero e o sexo são construídos até os 18 meses. Deste prisma, o comportamento sexual seria resultado dos processos de socialização e não de um “instinto natural”. A ideia preconizada por Money da existência de uma “plasticidade de gênero” sustentava teoricamente a intervenção cirúrgica nos intersexuais nos primeiros meses de vida. Era uma forma de criar “corpos normais” o que, supostamente, evitaria sofrimentos futuros resultantes do estigma social sofrido pelos portadores de corpos que não alcançam a “inteligibilidade social”. A controvérsia é marcada por Milton Diamond que entendia que os hormônios pré-natais afetavam o desenvolvimento do cérebro, levando-os à “masculinização” ou “feminização” de acordo com a quantidade de andrógenos presente no período fetal. Durante a puberdade, os “mensageiros do sexo” ativariam comportamentos e características atribuídas a meninos ou

meninas. O debate que é suscitado é referente ao que é mais decisivo para a identidade de gênero: a socialização ou a biologia. Na década de 1990 três fatores fragilizaram o Protocolo Money: um artigo de Diamond questionando a hipótese de Money; a fundação de uma organização política Intersex Society of North America, cujos ativistas afirmam complicações em suas vidas sexuais decorrentes das operações realizadas na infância e a produção de trabalhos das ciências sociais que mostravam o caráter de prejuízo e de contingência puramente histórica da norma social em que se assentava o protocolo Money. Em 2006 é criado o Consenso de Chicago que transforma a modalidade de tratamento e recomenda o uso da nomenclatura Desordem do Desenvolvimento Sexual. No início de 2015 foi aprovada na República de Malta uma lei em que a cirurgia é proibida até que os próprios intersexuais optem pela mesma. Vejamos os principais pressupostos epistemológicos dos discursos contemporâneos nos campos médico, psicanalítico e sócio-antropológico que incidem sobre a intersexualidade. Percebemos que o discurso biomédico atual se pauta na ideia de existência de dois sexos, de diferença sexual e de uma identidade sexual rígida. Entende-se que há algo como uma identidade sexual incontestável e que em casos em que a identidade não está bem definida, estamos diante de um distúrbio que é uma “urgência biológica e social”, como referida na Resolução 1664, de 2003, emitida pelo Conselho Federal de Medicina. Entende-se que há algo material que diferencia homens de mulheres e este algo está no corpo. É o caso da teoria dos hormônios pré-natais citado. Entende-se que o corpo é anterior à inscrição cultural, isto é, que haveria uma materialidade anterior à significação e à forma. Ademais, no discurso biomédico, vemos uma relação direta entre a identidade sexual e a

orientação sexual. Nesta concepção há algo como uma heterossexualidade idealizada e compulsória, como nos diz Butler. No campo sócio-antropológico o principal movimento é a desnaturalização da diferença entre os sexos. Segundo Laqueur, o modelo dos dois sexos foi uma construção do século XIX. A medicina ocidental do século XVIII pautava-se no modelo do sexo único, inspirado na filosofia neoplatônica de Galeno, que via a mulher como um homem invertido e inferior. Nos fins do século XVIII, era preciso justificar a tradicional desigualdade entre homens e mulheres de modo a torná-la compatível com os ideais igualitários republicanos. O discurso dominante era da diferença biológica das mulheres que as tornava incapazes para exercer as tarefas intelectuais, científicas e políticas dos homens. O modelo dos dois sexos se torna hegemônico. Laqueur nos mostra que as noções de “diferença biológica de sexo” e “diferença cultural de gêneros” não são dados neutros que se impõem à consciência dos cientistas; são ideias informadas por crenças científicas, políticas, filosóficas e religiosas. Problematiza-se o primado da anatomia como lugar que anuncia a sexualidade ou a “verdade dos sujeitos” e se afirma a possibilidade não normatizadora de corporalidades. O movimento Queer coloca em xeque as formas correntes de compreensão das identidades sociais e se apresenta como um contraponto em relação à ideia hegemônica da inevitabilidade de pensar o sexo como dicotômico. A noção de diferença sexual é radicalmente negada e se fala em diluição da identidade sexual. No campo psicanalítico, por sua vez, pouco fala sobre intersexualidade. O campo começou a se interessar pelos intersexuais influenciados pela corrente feminista que ao longo das últimas décadas vem discutindo e problematizando a relação homem-mulher e a militância pela igualdade entre os sexos. Para a psicanálise é impossível

assentar o discurso das diferenças sexuais sobre uma certeza ontológica. Para alguns, Freud busca nos corpos as evidências de uma diferenciação, mas para a psicanálise, feminino e masculino são diferenciados não em razão do real de seus corpos, mas por aquilo que se pode elaborar a partir deles. A psicanálise não abre mão da diferença sexual, como querem os ativistas do movimento Queer. Se masculinos e femininos são iguais em sua condição desejante, por outro lado eles se relacionam por meio do filtro de suas fantasias e jamais se complementam. Homens e mulheres são seres de linguagem e cultura e os gêneros são efeito de práticas discursivas, independentes da anatomo-fisiologia do sexo. É verdade também que se pode interpretar o modelo freudiano da diferença sexual como uma volta ao modelo de sexo único anterior ao iluminismo: uma única energia, a libido, um único significante inconsciente para o desejo, o falo, constituindo subjetividades diferentes a partir da elaboração da mínima diferença, inscrita nos corpos dos sujeitos, como nos diz Kehl. É interessante aproveitar esses diferentes discursos e as pesquisas empíricas sobre a experiência da intersexualidade para debatermos sobre a necessidade da cirurgia precoce em crianças que nascem com genitália ambígua, além do manejo terapêutico social para esta população.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM À POPULAÇÃO RURAL

Lucimare Ferraz, Daniela Schoeninger, Paola Pressi, Edlamar Kátia Adamy, Julia Marchett

Palavras-chave: Cuidado, Enfermagem, população rural

Introdução: Os profissionais da área da enfermagem, em seu trabalho cotidiano, deparam-se com muitas situações que

envolvem o tema saúde e trabalho, seja no meio rural ou no meio urbano (RIBEIRO, 2008). Destaca-se, portanto, que a enfermagem deve estar preparada para contribuir de forma positiva com o bem-estar da população em geral. Sabe-se que populações inseridas no meio rural podem ter dificuldades para acessar informações referentes à saúde. Entre as principais dificuldades que se encontra, destaca-se a distância e a falta de disponibilidade diante das atividades desenvolvidas no campo (NOGUEIRA, 2010). A distância e a dispersão demográfica, faz com que a população rural encontre grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Esse quadro evidencia a complexidade e a gravidade das condições de saúde dessas populações, o que requer um esforço do SUS no seu enfrentamento. Há a necessidade premente de melhorar o acesso às ações e aos serviços de saúde, com qualidade, visando atender as especificidades da população rural (BRASIL, 2013). Este por sua vez, possui muitas particularidades, o que tem gerado inúmeros questionamentos, debates e pesquisas referentes ao tema no Brasil, especialmente quanto ao processo de desenvolvimento rural e as políticas públicas que são implementadas nesses espaços, a fim de promover um melhor desenvolvimento (OLIVEIRA; PINHEIRO; FERRAZ, 2015). Um dos desafios para a atuação rural é a efetivação das ações de enfermagem, pois essas dificuldades encontradas pelos ruralistas, como distância, descaso, falta de iniciativas públicas, também são enfrentadas pela equipe de saúde, que pode encontrar-se limitada para desenvolver suas ações. Objetivo: conhecer as práticas de cuidados da enfermagem à população rural, apresentadas nos periódicos nacionais da área da saúde nos anos de 1995 a 2014. Metodologia: trata-se de uma revisão integrativa seguindo a metodologia proposta por Ganong (1987), e teve como questão

norteadora a pergunta: Quais são as práticas de cuidado da enfermagem a população rural brasileira? Para a coleta de informações que respondesse tal questionamento foi acessada a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio da pesquisa pelos termos: enfermagem; rural e enfermeiro; e pelos descritores: População Rural; Cuidados de Enfermagem. Que foram separados pelo operador booleano 'and'. Foram selecionadas para fazer parte do estudo somente as publicações resultantes de pesquisas nacionais em formato de artigo, dos anos de 1995 a 2014, sendo excluídas monografias, bem como os artigos que não continham pelo menos um destes termos no título: enfermagem, enfermeiro, cuidados de enfermagem, rural, e população rural. Os artigos também deveriam conter informações relevantes sobre o assunto proposto. Como resultado, na pesquisa inicial, foram encontrados 51 artigos, destes 27 eram repetidos, dois eram resultantes de pesquisas internacionais e sete estavam fora do período pré-datado (antes de 1995) e nove não contemplaram o tema/objeto da pesquisa. Após a seleção dos artigos, realizada conforme critérios de inclusão e exclusão, ao final classificaram-se seis estudos. Resultados: a seguir, apresentaremos uma síntese de cada tema encontrado na revisão integrativa. O tema 1 trata-se do "acompanhamento de enfermagem a assentados rurais". De acordo com os autores, o contato com a realidade concreta mostrou a amplitude, a complexidade e a dimensão dos problemas no meio rural. Esses perceberam para que sua intervenção fosse efetiva e eficiente na consecução de seus objetivos e via resolução dos problemas que era necessário compreender profundamente a realidade, e ter uma cosmovisão que abrangesse a totalidade e o engajar, comprometendo-se, juntamente com a comunidade. O tema 2 trata-se das "práticas de enfermeiras

em unidades básicas de saúde rurais". Os resultados dos estudos mostram que o trabalho da enfermeira fica evidente nas ações relacionadas com a educação em saúde, nos trabalhos em grupos, na coleta de material para o preventivo de câncer ginecológico, gerenciamento da unidade ou coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no meio rural. De acordo com os autores as atividades desenvolvidas pela enfermagem nas comunidades rurais são mais difíceis, pois dependem da disponibilidade de tempo das mulheres e homens que estão envolvidos no trabalho agrícola. O tema 3 trata-se da "enfermagem em face aos problemas rurais". O artigo traz que para a solução do problema sanitário rural do Brasil, faz-se necessário um estudo minucioso das condições físicas das populações rurais e do esclarecimento dos problemas, assim como a ampliação da assistência à saúde, da educação sanitária e de métodos profiláticos. O autor aponta que o trabalho de assistência em saúde e de educação sanitária nas zonas rurais do Brasil exige, para ser executado com vantagem, um treinamento mais completo do que atualmente dado às enfermeiras de saúde pública. O tema 4 apresenta os "aspectos da saúde em contextos rurais". As autoras trazem que a prática do cuidado às famílias é um desafio percebido por enfermeiras que atendem em áreas rurais, pelo fato de encarrarem diversas estruturas, culturas, crenças e valores, exigindo negociação do saber profissional com as famílias de complexas dinâmicas e de diferentes gerações. Para as pesquisadoras é importante que a enfermeira saiba reconhecer os aspectos da saúde, conectando-se às necessidades dos indivíduos em contextos rurais e, assim, oportunizando desenvolvimento do cuidado. Destacam a importância de se conhecer mais, em pesquisas futuras, a situação da assistência de enfermagem

nas áreas rurais do Brasil e sobre o ensino de enfermagem rural. O tema 5 apresenta as "produções científicas sobre população rural e enfermagem". Nos resultados, os autores evidenciaram que durante a trajetória profissional da enfermeira que atua em saúde comunitária rural torna-se possível visualizar a precária disponibilidade de serviços de saúde a famílias vivendo em comunidades rurais, bem como um reduzido número de trabalhos científicos publicados sobre a saúde destes grupos. Os pesquisadores verificaram que, ao buscar conhecer essas famílias e seus respectivos modos de identificar, perceber e praticar o cuidado, a enfermagem aproxima-se de práticas em saúde baseadas na compreensão dos fatores socioculturais presentes no território rural. O tema 6 apresenta as "plantas medicinais nos saberes populares em comunidades rurais". Os resultados desta pesquisa citam 51 plantas medicinais utilizadas para amenizar diversos sintomas e doenças que acometem a população rural, a saber: sistema digestivo (19 plantas), respiratório (13 plantas), endócrino (08 plantas), hipertensão (07 plantas), além do tratamento de doenças infecciosas (06 plantas). Segundo os autores, os sujeitos obtêm as plantas medicinais em suas próprias residências e as utilizam, na maioria das vezes, em forma de infusão. Ainda, que os moradores das comunidades rurais, além de utilizarem as plantas medicinais, também utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) e a ESF. Acrescentam que a enfermagem, como ciência do cuidado, deve caminhar em busca da realização do cuidado integral, realizando a promoção e manutenção da saúde dos indivíduos, enfrentando o desafio de tornar as plantas medicinais e as terapias complementares práticas fundamentais do enfermeiro. Conclusão: Conclui-se, pelos estudos apresentados, que a enfermagem desenvolve diversas práticas de cuidado no meio rural. Outrossim, identificou-se a

insipiência de estudos/artigos produzidos/publicados acerca dessa temática. Considera-se importante que mais pesquisas sejam realizadas pela área da Saúde Coletiva sobre o universo do meio e da "população rural".

O CUIDAR EM CASA: A EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR EM JOÃO PESSOA-PB

Marcos Oliveira Dias Vasconcelos, Adriana Nascimento Gomes, Michelly Santos de Andrade

Palavras-chave: atenção domiciliar, cuidado, implantação

APRESENTAÇÃO: A assistência domiciliar surgiu como prática institucionalizada nos Estados Unidos em 1947, motivada pela necessidade de descongestionar os hospitais e criar um ambiente mais favorável à recuperação do paciente. Porém, a utilização do domicílio como espaço de cuidado à saúde só expandiu-se mundialmente nas últimas décadas devido ao avanço da biomedicina. Tal fato gerou mudanças importantes na atenção à saúde, também relacionada a uma crise no modelo hospitalocêntrico, que impactou nas políticas e nas instituições de saúde. Levando os hospitais a ampliarem seus serviços em direção às comunidades e ao domicílio do paciente. Deste modo, o hospital passou a oferecer equipes de saúde e equipamentos necessários para a realização do cuidado domiciliar, almejando a redução de gastos (RREHEM, 2005; OLIVEIRA, 2014). A peculiaridade da atenção domiciliar (AD) de João Pessoa de objetivar, além do apoio aos pacientes egressos de serviços hospitalares, o suporte a pacientes com determinadas necessidades de saúde. Selecionados pela atenção básica, torna o estudo da experiência de sua implementação importante para analisar o movimento de ampliação da abrangência dos serviços de

atenção domiciliar no Brasil para além da desospitalização dos serviços hospitalares. Experiências municipais de aproximação e de suporte de equipes de AD com a atenção básica - como a do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) de João Pessoa - foram importante para a redefinição da AD no âmbito do SUS, fortalecida pela promulgação pelo Ministério da Saúde da Portaria 2527 de 2011. Nesse sentido, esse trabalho se propõe a enunciar a experiência do SAD do município de João Pessoa, refletindo, a partir do relato da implementação deste serviço, algumas potências, limites e desafios atuais para a produção do cuidado no domicílio. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A coleta de dados ocorreu de novembro de 2014 a outubro de 2015 a partir do acompanhamento semanal da atenção domiciliar de João Pessoa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. O percurso metodológico foi desenvolvido através do uso de quatro estratégias metodológicas: 1) Análise documental a partir de consulta aos documentos produzidos pelos organismos oficiais relacionados ao Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de João Pessoa. 2) Mapeamento do histórico da atenção domiciliar no município, através de entrevistas semiestruturadas com gestores, trabalhadores e usuários do serviço com informantes - chave que atualmente ocupam ou ocuparam cargos de gestão ou de assistência na época do início da AD no município. 3) Registro em caderno de campo. Todos os dados coletados relativos à pesquisa (entrevistas, oficinas, acompanhamento das equipes nos atendimentos, participação nas reuniões técnicas e conversas no corredor do serviço ou durante deslocamento para os domicílios) e observados pelo pesquisador foram anotados no caderno de campo. **RESULTADOS:** O início da Atenção Domiciliar (AD) no município de João Pessoa aconteceu

em junho de 2006, quando a SMS realizou a contratação de cinco fisioterapeutas para prestar assistência domiciliar. A necessidade do cuidado fisioterápico mais intensivo para alguns pacientes restritos ao leito já era uma demanda cobrada por usuários do SUS e por seus familiares e cuidadores. Este movimento de mobilização popular e de articulação com a gestão municipal de saúde ganhou força a partir da situação de Rafael [1], um adolescente de quinze anos, que há quase quatro anos estava hospitalizado, decorrente de complicações de uma neurocirurgia de descompressão medular em sua coluna cervical, que o deixou tetraplégico e dependente do auxílio de um respirador. Com o início da AD em João Pessoa, Rafael começou a receber acompanhamento fisioterápico em domicílio, além da atenção da equipe de saúde da família. Apesar de este primeiro paciente caracterizar-se por um caso clássico de desospitalização, a assistência domiciliar em João Pessoa concentrava-se principalmente na relação de suporte a pacientes selecionados pela atenção básica. Esta peculiaridade de João Pessoa diferencia-se das primeiras experiências de AD no Brasil, que, desde a década de 90, foram criadas para responder a demandas institucionais por desospitalização (BRASIL, 2014). A partir da organização da AD, observou-se que a demanda era imensa e que com um fisioterapeuta por distrito seria impossível de prestar uma assistência integral para quem precisava do serviço. A partir de 2009, a SMS de João Pessoa atentou para a necessidade de se fortalecer a assistência domiciliar com o acréscimo de um técnico de enfermagem e um enfermeiro em cada distrito sanitário. Apesar dos avanços na AD de João Pessoa entre 2006 e 2011, a necessidade de cuidados integrais de saúde no domicílio ainda era excessiva em relação à oferta. Mas, com a publicação da Portaria 2.527 do Ministério da Saúde

em 2011, surgiu, pela primeira vez, a possibilidade de financiamento federal para a implementação e fortalecimento de serviços de AD (BRASIL, 2011). Deste modo, viabilizou-se a reestruturação deste serviço, dentro dos moldes desta portaria, seguindo-se um processo de implantação gradual, com a aquisição de recursos materiais e a seleção dos profissionais de saúde para as primeiras cinco Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) - que são equipes de referência da AD, formadas por médico, enfermeiro, fisioterapeuta (ou assistente social) e técnicos de enfermagem - e três Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) - que são compostas por outros profissionais de saúde que dão suporte a até três EMADs. Atualmente, a AD é regulamentada pela Portaria 963 do Ministério da Saúde de 27 de maio de 2013, que redefiniu atenção domiciliar no âmbito do SUS, através do Programa Melhor em Casa. Hoje através do Programa Melhor em Casa, o SAD dá cobertura a todo o território de João Pessoa, através de sete EMADs e três EMAPs, que dão suporte e complementam as ações das EMADs. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A partir de nossa pesquisa, vimos que o entendimento da AD como modalidade de cuidado ainda é marcada pela compreensão de troca de nível de atenção, nos casos da necessidade da desospitalização, ou a de atenção complementar e expansão da cobertura, quando dá suporte aos pacientes acamados das equipes da saúde da família. Há ainda uma pequena reflexão - tanto por parte dos profissionais e gestores da AD, quanto dos demais serviços de saúde do município - de que a atenção domiciliar pode representar uma modalidade substitutiva do cuidado, através da apreensão de tecnologias necessárias para renovar as práticas de saúde tradicionais influenciadas pelo modelo tecno-assistencial biomédico, de forma a produzir um cuidado cooperado com a população e preocupado com

sua autonomia e integralidade. Mas, os pesquisadores envolvidos com a produção do cuidado, têm acompanhado e se surpreendido com a potência de diversos encontros entre trabalhadores, usuários e familiares no domicílio. A atenção domiciliar permanece como um campo fértil para a criação de novas práticas de produção de cuidado, que tenham como foco a autonomia e integralidade dos sujeitos para mudanças nos processos de trabalho e gestão, de forma a valorizar práticas interdisciplinares, cooperativas e criativas.

O DESAFIO DO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Adilson Ribeiro dos Santos, Alba Benemerita Alves Vilela, Rose Manuela Marta Santos, Túlio Batista Franco

Palavras-chave: Trabalho, Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família

INTRODUÇÃO: A Estratégia Saúde da Família – ESF configura-se como um local de produção do cuidado, inicialmente alicerçado nos pilares da promoção da saúde, ou como porta de entrada preferencial dos usuários do sistema de saúde, mas que ao instalar-se nas comunidades assumiu diversas formas no seu processo de trabalho e um fazer cotidiano singular. Tem na micropolítica do seu processo de trabalho um fazer cotidiano em redes dentro e fora da equipe multiprofissional e no diálogo constante entre os trabalhadores. Seus objetivos baseiam-se na construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade. A importância da ESF é notória no sistema de saúde brasileiro,

principalmente na região nordeste, onde obteve impacto significativo nos indicadores de saúde em razão da pouca oferta de serviços ali existentes. Nessa mesma perspectiva o objetivo do ESF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, centrado no modelo médico hegemônico. Nesse modelo, considerado contra-hegemônico, a perspectiva da atenção foi pensada em um trabalho centrado na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, de modo a possibilitar às equipes da ESF uma compreensão ampliada das dinâmicas socioafetivas, que se dão no processo saúde - doença. Ao longo de seus 20 anos a ESF vêm dividindo espaços com lógicas paralelas de atenção à saúde, sendo atravessada pelo modelo biomédico e pela lógica produtivista de produção do cuidado em saúde. Desse modo, assistimos hoje os esforços empreendidos por profissionais, pesquisadores e demais interessados na defesa do projeto que nasceu com a perspectiva de promover uma nova ordem na atenção à saúde dos brasileiros, em especial das classes socialmente vulneráveis e sem acesso aos serviços de saúde. Na composição de sua equipe, o aspecto multiprofissional é uma das prerrogativas do processo de trabalho na ESF. De acordo com a Portaria nº2488, de 2012, a equipe é composta por, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Como fruto de uma experiência na ESF, este estudo

teve como objetivo analisar o processo de trabalho na perspectiva do trabalho multiprofissional. MÉTODO: Usamos a cartografia para a construção deste estudo. A cartografia pode ser compreendida como uma forma de produção do conhecimento formulado por GuillesDelleuze e Félix Guatarri. A cartografia acompanha e faz-se ao mesmo tempo em que o desmanche de certos mundos, sua perda de sentido e a formação de outros mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. Este estudo aconteceu em uma equipe da ESF de um município de pequeno porte do sul da Bahia e como participantes tivemos todos os trabalhadores da equipe. Para a produção dos dados utilizamos a observação participante, a realização de entrevistas e anotações de diário de bordo. De acordo com as recomendações éticas, este estudo foi acompanhado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, atendendo as recomendações da Resolução nº 466, de 2012. RESULTADOS: Como um modelo contrahegemônico, a ESF traz como uma de suas diretrizes o trabalho multiprofissional, balizado pelo diálogo entre os trabalhadores, trabalho em rede dentro da própria equipe e em conexão com outros serviços, na perspectiva de resolução das demandas apresentadas pelos usuários. Com a finalidade de operar o cuidado à saúde na lógica da promoção da saúde e no cuidado integral, tendo o usuário como centro do processo de trabalho, a ESF é atravessada por outras lógicas que tem se apresentado como desafios na consolidação desse modelo. Um dos gargalos ainda presente é a herança da formação de muitos profissionais alicerçada no modelo biomédico e no processo de trabalho centrado nas tecnologias duras e leve-duras, em detrimento das tecnologias relacionais (leves). Imerso no processo de trabalho da

equipe da ESF, dando língua aos afetos que pedem passagem, surge um distanciamento dos profissionais da odontologia com os demais membros da equipe. Após seu turno de trabalho, em um diálogo com a equipe da odontologia, com o consultório com uma temperatura muito baixa, começo a observar as relações ali dentro cristalizadas entre os profissionais que promovem a saúde bucal daquela unidade. Iniciamos o diálogo. Com um sentimento de não pertencimento, o cirurgião-dentista expressa-se: “Não existem interações com os membros da equipe, as minhas dúvidas são tiradas com o coordenador. Acho que a gente aqui, a odontologia, é um pouco excluída das coisas aí de fora, eu acho assim. Só temos dois ACS que dão assistência aqui” (Entrevista 01). Com um processo de trabalho centrado em ações individuais, a equipe da odontologia não consegue se integrar nas atividades da equipe. Ao longo de algumas atividades, saltam-se as investidas da enfermeira em promover essa integração. Apesar de um distanciamento, o profissional reconhece em seu fazer diário a presença dos elementos que atravessam a ESF em sua perspectiva da promoção da saúde. A dinâmica do processo de trabalho é a troca de experiência. A ASB já desenvolve seu trabalho aqui. Ela da conta das consultas, da esterilização do material (Entrevista 01). Muito do que sei eu aprendi aqui. Tanto no consultório com o dentista como com o pessoal lá fora. Algumas diretrizes eu aprendi aqui, trocando conhecimento (Entrevista 02). O trabalho em equipe é um desafio que deve ser enfrentado todos os dias para melhoria da integralidade da assistência. Percebe-se em nossas equipes que os profissionais trabalham isolados, muitas vezes sem discussão de condutas pelos envolvidos, o que compromete a qualidade da assistência e o foco do trabalho na ESF. Como uma problemática percebida no processo de trabalho, a formação em

saúde é apontada como um dos fatores que dificultam a interação entre os membros da equipe, uma vez que alguns profissionais citam não terem sido formados em um modelo que considere a interação entre os membros da equipe. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Apesar de se constituir como um princípio básico do processo de trabalho na ESF, a atuação multiprofissional, ainda enfrenta desafios reais como a falta de diálogo entre os profissionais. Além disso, destaca outras lógicas que operam sobre a ESF como o modelo produtivista, biomédico que aceitam o fazer dos profissionais e desestabilizam os caminhos da promoção da saúde. A formação voltada nos pilares do modelo biológico, procedimento centrado também se faz presente como um fator que impede a integração entre os profissionais da ESF. Por conseguinte, percebemos o desafio da promoção de um processo de trabalho dialógico que coloque em cena todos os trabalhadores na promoção do cuidado na ESF.

O DIREITO A SAÚDE: COMO A FALTA DE INFRAESTRUTURA PODE REPERCUTIR NO PROCESSO DE TRABALHO

Andréa Carla Reis Andrade, Amanda Beatriz de Barros Pimentel, Ana Carolina Bezerra de Lima, Ana Maria de Araújo Loiola, Andresa Maria da Silva Santana, Andressa Albuquerque da Silva, Andreza do Carmo de Albuquerque Pôrto, Lygia Maria Pereira da Silva

Palavras-chave: Ambiente de Trabalho, Condições de Trabalho, Enfermagem em Emergência

APRESENTAÇÃO: A necessidade do acesso à saúde, juntamente com a luta das organizações da sociedade civil pelo acesso universal e igualitário resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios

doutrinários do SUS, universalidade, integralidade e equidade, garantem ao cidadão o acesso à assistência a saúde em todos os âmbitos, em todas as fases da sua vida. Dentre os profissionais que compõem a equipe de saúde está o enfermeiro. Este precisa desenvolver suas atividades em condições de trabalho que promovam a própria segurança e a da pessoa, família e coletividade sob seus cuidados e dispor de material e equipamentos de proteção individual e coletiva, segundo as normas vigentes. Outro fator a ser atentado é o que se refere à infraestrutura adequada para a realização da assistência. A emergência pediátrica de um grande hospital de referência em Pernambuco encontra-se em reforma, influenciando no processo de trabalho e repercutindo na realização da assistência, além da violação dos direitos de profissionais, em particular do enfermeiro, e das crianças. Por meio do presente estudo foi estimulada a discussão da situação da emergência pediátrica de um hospital público de referência no Recife com o que está disposto na Lei Orgânica do SUS e no Código de ética dos profissionais de enfermagem.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A pesquisa caracterizou-se como um estudo de caso realizado por alunas do 4º módulo do curso de enfermagem da Universidade de Pernambuco-UPE e foi desenvolvido no setor de Emergência Pediátrica (EP) de um hospital público de ensino e referência na área de urgência e emergência, localizado na região central do município de Recife, no estado de Pernambuco no período de outubro a dezembro de 2014. Os dados foram coletados a partir da observação e de entrevistas semiestruturadas realizadas com cinco profissionais da equipe multidisciplinar atuante na emergência pediátrica, dentre as quais três eram enfermeiras. As entrevistas foram transcritas e analisadas a partir da técnica de análise de conteúdos, na qual as falas foram enquadradas em temas: A criança não é prioridade; O

trabalho é estressante para o profissional e as subcategorias: Mudança na estrutura resultou em queda do nível de trabalho e As condições de assistência atuais causaram alteração no processo de trabalho; As condições de assistência atuais como uma violação de direitos, com as subcategorias: Violação de direitos da criança e Violação dos direitos do profissional. Resultados: Ao analisarmos a Lei 8.080/90, que assegura a qualquer cidadão o direito ao acesso a saúde de qualidade, vimos que a criança não é tratada de forma equânime. Em Pernambuco, a gestão pública não vem priorizando esse grupo populacional considerado vulnerável e necessitado de uma atenção diferenciada. Isso pôde ser constatado na situação da Emergência Pediátrica do referido hospital, a qual espera pela realização de uma reforma e funciona de maneira improvisada no mesmo andar juntamente com as enfermarias pediátricas. Como não existe um local apropriado para o funcionamento da emergência, as condições da assistência sofreram alterações. No que diz respeito ao processo de trabalho da equipe, verificou-se uma queda do nível de trabalho dos profissionais. O ambiente, as condições para a realização do trabalho, assim como para o repouso determinam a atuação do profissional, tendo uma influência negativa em sua produção. Os aspectos físicos do ambiente predominam entre os fatores responsáveis pela queda do nível de trabalho e mal estar do profissional. O cenário em que se efetua o trabalho e a falta de provisão de condições mínimas para a atuação profissional contribui para o desgaste da equipe de saúde. Dessa forma, a assistência tende a ficar fragilizada, muitas vezes não atingindo seu objetivo de atender integralmente o indivíduo comprometendo também a satisfação profissional. Somando-se a isso, identificou-se o desgaste físico e mental dos profissionais. Estes, por trabalharem em ambiente hospitalar e principalmente numa emergência são

mais susceptíveis a sofrerem danos à integridade física e psicológica devido às condições de trabalho em que se encontraram e isso interfere diretamente na efetivação do trabalho e na vida pessoal. Estes possíveis comprometimentos à saúde estão relacionados ao ambiente de trabalho em que convivem e ao descaso do poder público com a situação do hospital. Apesar disso, a maioria das enfermeiras, que atuavam no hospital se sentia feliz por terem seguido esta carreira, trabalharem na emergência pediátrica e terem a possibilidade de salvar a vida de crianças e ajudar na melhora do estado de saúde delas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Com base nisto, concluímos que o ambiente de trabalho, a falta de infraestrutura e condições de trabalho afetam diretamente na execução da assistência na emergência pediátrica. A enfermagem, por estar diretamente em contato com o paciente e demandar diversas outras obrigações é uma das categorias profissionais mais lesadas com a situação. O poder público deve priorizar grupos específicos como as crianças e melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros e dos outros profissionais. Grupos como o Conselho Estadual de Saúde, os órgãos de classe dos profissionais que trabalham na emergência e a população devem se mobilizar e exigir dos gestores a execução da reforma da emergência pediátrica e efetivar os princípios do SUS que têm como alvo tanto os usuários quanto os trabalhadores de saúde, visando à oferta da assistência à saúde de qualidade como direito. Elencamos algumas propostas de intervenções, como a efetivação da reforma da emergência pediátrica, com a melhoria da estrutura física, das condições de trabalho e internação com a ampliação do número de leitos, a mobilização de profissionais e usuários pela efetivação da reforma através da captação de assinaturas em favor da mesma, trabalho educativo de empoderamento social com usuários e acompanhantes visando o

reconhecimento dos seus direitos visto que, enquanto cidadãos terão propriedade para exercer o controle social e atuar enquanto atores da dinâmica assistencial e reunião com gestores estaduais de Saúde. Destas, o grupo realizou duas intervenções. A primeira foi a captação de assinaturas para um documento a ser enviado ao Ministério Público relatando a situação em que se encontrava a Emergência Pediátrica do referido hospital. Além disso, o grupo se reuniu com o Secretário Estadual de Saúde para discutir a situação e entregar o estudo realizado no local.

O EXAME CITOPATOLÓGICO E OS ASPECTOS QUE INFLUENCIAM A NÃO ADESÃO

Gisetti Corina Gomes Brandão, Tuanny de Souza Gonçalves Benjamim Souza, Jessyka Cruz Rayana Silva Cruz, Grazielle Silveira. Batista Keller Silveira, Juliane Peixoto. Berenguer de Souza Peixoto, Kallyña Gomes Dias Gomes

Palavras-chave: Câncer uterino, Prevenção, Análise Qualitativa

APRESENTAÇÃO: O câncer configura-se atualmente como um importante problema de saúde pública em todo o mundo. Dentre os diversos tipos, o câncer de colo uterino apresenta-se como um dos principais, decorrente de sua alta incidência, é caracterizado pela replicação desordenada do epitélio de revestimento do órgão, comprometendo o tecido subjacente (estroma) e podendo invadir estruturas e órgãos contíguos ou à distância. Para o surgimento de tal câncer, uma das condições necessárias é a presença de infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV), porém outros fatores contribuem para o surgimento desta patologia como o tabagismo, multiplicidade de parceiros sexuais, iniciação sexual precoce, uso de contraceptivos orais,

baixa condição socioeconômica e baixo nível de escolaridade, porém o câncer do colo uterino é o que apresenta um dos mais altos potenciais de prevenção e cura, chegando até aproximadamente 100%, quando há o diagnóstico precoce, para tanto a educação em saúde é indispensável para a prevenção do câncer de colo de útero, cuja importância é destacada nas ações de planejamento, execução e avaliação da programação das ações da saúde, em seus diferentes níveis de atuação. O investimento em ações preventivas visa à diminuição da porcentagem de novos casos e a garantia de uma qualidade de vida melhor às mulheres acometidas pela doença. O controle dessa neoplasia dispõe de tecnologia de baixo custo para a prevenção e identificação, através do esfregaço do exame citopatológico. Objetivo: O presente estudo teve como objetivo compreender os fatores que influenciam a não adesão ao exame citológico das mulheres de uma Unidade de Saúde da Estratégia de Saúde da Família - ESF do município de Campina Grande-PB. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com enfoque qualitativo, realizada pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) em parceria com a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), através do Programa de Educação pelo Trabalho - Redes de Atenção à Saúde (PET-RAS), na linha de Doenças Crônicas - DC com foco em câncer de colo de útero, enfatizando os principais aspectos relacionados à baixa adesão das mulheres ao exame citopatológico, de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) do município de Campina Grande - PB. Foi desenvolvida na UBSF Adalberto César, localizada no bairro do Pedregal, região periférica da cidade. A UBSF é composta por duas equipes básicas, entende-se por equipe básica ou mínima, aquelas que possuem apenas os profissionais Médico, Enfermeiro, Auxiliar ou Técnico de

Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde - ACS. Para a obtenção da população da pesquisa utilizou-se um formulário, dividido por equipe, microárea e agente comunitário de saúde responsável, com as seguintes informações: número do prontuário, iniciais da paciente, ocupação, grau de escolaridade, data de nascimento e idade, além do questionamento sobre a vida sexual ativa. Esses dados foram obtidos com a ajuda dos agentes comunitários de saúde através das fichas cadastrais das famílias existentes no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, que, além disso, obtêm informações sobre as condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde, sendo o principal instrumento de monitoramento das ações da Estratégia Saúde da Família. Participaram da pesquisa usuárias que tinham ou tiveram vida sexual ativa, que não realizaram o exame citopatológico nos últimos 2 anos (2012-2013), que possuíam a capacidade cognitiva preservada e que aceitaram participar da pesquisa. Para obtenção da amostra foram sorteadas 10 mulheres em cada microárea, das 8 existentes, totalizando assim 80 mulheres, destas participaram da pesquisa 42 e as 38 mulheres que são consideradas perdidas se deu-se em virtude de suas ausências no momento da coleta de dados, sendo: 33 que não estavam em suas residências no momento das visitas domiciliares para coleta dos dados, 3 não moravam mais na área de abrangência e 2 foram convocadas para o teste piloto da entrevista semiestruturada, na qual suas respostas não foram consideradas, pois a partir deste teste houveram mudanças nas questões norteadoras. A coleta de dados ocorreu entre março e abril de 2015, mediante a realização de entrevista semiestruturada contendo quatro questões norteadoras referentes à temática exame citopatológico. Através das enfermeiras da

UBSF, foram agendadas com os Agentes Comunitários de Saúde - ACS para que as entrevistas acontecessem nas residências das usuárias, facilitando a participação das mesmas. Os encontros foram gravados e os dados transcritos na íntegra para posterior análise de conteúdo. Utilizou-se a proposta de análise de Bardin. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) sob o parecer Nº. 30212114.6.0000.5182. RESULTADOS: O grupo de mulheres entrevistadas constituiu-se de 42 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos, com média de idade de 43,97 anos ($\pm 12,648$). Dentre elas, 14 (33,33%) se enquadram na faixa etária de 25 a 35 anos, 9 (21,42%) entre 36 e 45 anos, 9 (21,42%) entre 46 e 55 anos, e 10 (23,80%) de 56 a 64 anos. Em relação ao nível de escolaridade das entrevistadas, 25 (59,52%) possuíam ensino fundamental incompleto; 7 (16,66%) ensino fundamental completo; 6 (14,28%) não sabem ler nem escrever; 2 (4,76%) ensino médio completo; 1 (2,38%) ensino superior completo e 1 (2,38%) sabia apenas ler e escrever. Quanto à situação conjugal, 15 (35,71%) mulheres são casadas, 9 (21,42%) são solteiras, 9 (21,42%) possuem união estável, 5 (11,90%) são viúvas e 4 (9,52%) são divorciadas. Com relação ao número de parceiros sexuais ao longo da vida, de todas as participantes, 20 (47,61%) relataram ter tido apenas um parceiro, 12 (28,57%) dois parceiros, 1 (2,38%) três parceiros, 1 (2,38%) quatro parceiros, 2 (4,76%) cinco parceiros, 1 (2,38%) oito parceiros, 2 (4,76%) dez parceiros e 1 (2,38%) quinze parceiros. A maioria das entrevistadas (39 - 92,85%) tem filhos e uma parcela ínfima não têm filhos. No que se refere ao número de moradores na residência, a média foi de $\pm 4,1$. Em relação à ocupação das participantes do presente estudo, 27 (64,28%) eram donas de casa, 2 (4,76%) aposentadas, das demais, 13 (30,95%) trabalhavam em

outros ofícios, como doméstica, diarista e costureira. Com relação à renda mensal, a maioria (16 - 38,09%) possuía baixa renda, com valor mensal inferior a um salário mínimo, seguido por 11 (26,19%) com renda de um salário mínimo e 15 (35,71%) com renda superior a um salário mínimo. Quando questionadas se recebiam algum tipo de benefício 34 (80,95%) responderam afirmativamente, destas, 27 (64,28%) recebiam o bolsa família, 3 (7,14%) pensão, 2 (4,76%) aposentadoria, 1 (2,38%) bolsa escola e 1 (2,38%) o benefício auxílio-doença. A análise do material empírico resultante da transcrição das entrevistas resultou em três categorias: "Percepção das usuárias sobre o exame citopatológico"; "Periodicidade na realização do exame preventivo do câncer de colo uterino" e "Os entraves para adesão das usuárias ao exame citopatológico". As mulheres demonstraram conhecimento apenas sobre a finalidade do exame citopatológico de prevenção ao câncer de colo uterino, mas desconheciam a necessidade de realizá-lo periodicamente. Conclusão: Evidenciou-se que mesmo sabendo da sua importância, a vergonha, o medo do resultado, a ausência de sintomas ginecológicos e o próprio descuido são fatores que se sobrepõem a tal importância de realização do exame preventivo. Os resultados sugerem a reflexão dos profissionais da ESF da pesquisa quanto à necessidade de adequar suas práticas às reais necessidades das usuárias que assistem.

O IMPACTO DA TUBERCULOSE NO DESEMPENHO OCUPACIONAL DOS SEUS PORTADORES EM CLÍNICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA OESTE DO RIO DE JANEIRO

Thauana dos Santos Fernandes, Ângela Maria Bittencourt

Palavras-chave: Desempenho Ocupacional, Tuberculose, Terapia ocupacional

APRESENTAÇÃO: A tuberculose é considerada uma prioridade do Ministério da Saúde no Brasil e no mundo, representando um sério problema de saúde pública, devido suas repercussões a nível psicológico, social e familiar. O Brasil faz parte do grupo dos 22 países de alta carga priorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo, ocupando a 16^a posição em número absoluto de casos. Nos últimos 10 anos, no Brasil, foram diagnosticados entre 80 e 90 mil casos novos, por ano. De acordo com Ministério da Saúde (MS), o alto número de casos de tuberculose no estado do Rio de Janeiro, faz dele o detentor do maior índice do País. Essa pesquisa tem por base colocar em discussão o impacto que a doença traz ao cotidiano do seu portador, no seu diferente âmbito social, profissional e individual, como também compreender o cuidado da Terapia Ocupacional, a partir dos portadores, e desta forma construir conhecimento que desperte o interesse pela questão da doença. Os sintomas, mais comum são cansaço intenso, sudorese noturna, febre, dor no peito, tosse persistente, hemoptise e perda de peso, os quais interferem na vida do paciente, afetando suas atividades da vida diária, laborativas, familiares, sociais; ocasionando impacto multidimensional, limitação nas esferas físicas, funcionais e psicossociais dos mesmos, Os sintomas da tuberculose, interferem em vários aspectos da vida do paciente, propiciando o aparecimento de quadros de depressão, ansiedade e queda na qualidade de sua vida, afetando o desempenho ocupacional do sujeito Entende-se por desempenho ocupacional às habilidades dos pacientes para seguir e manter uma rotina diária, desempenhar papéis sociais e tarefas que têm como objetivo a automanutenção,

a produtividade e o lazer, executadas de modo satisfatório e apropriado para o estágio de desenvolvimento, cultura e ambiente do indivíduo. Subdivide-se em três componentes que são as áreas do desempenho (incluem as atividades de vida diária ou AVDs, as atividades instrumentais de vida diária ou AIVDs, produtivas, e as de diversão ou lazer), os componentes do desempenho (componentes sensório-motor, cognitivos e os psicológicos e de habilidades psicossociais necessários para o desempenho das tarefas cotidianas) e os contextos do desempenho (aspectos temporais e ambientais). Nesse contexto a Terapeuta Ocupacional destina promover o desempenho ocupacional e estimular o potencial saudável do usuário, tendo a função de prevenir as perdas físicas, emocionais, funcionais e respiratórias ao procurar estimular o indivíduo, no melhor uso possível de suas capacidades remanescente, na tomada de suas próprias decisões, contribuindo para a reconstrução desse cotidiano interrompido, a partir de situações que se transformam em experiência significativa na relação terapeuta-paciente-atividade. **Objetivo:** Identificar o impacto causado no desempenho ocupacional dos portadores de tuberculose e os recursos para Terapia Ocupacional. **METODOLOGIA:** Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Município do Rio de Janeiro parecer nº 316/2010, optou-se pela abordagem pesquisa-ação e a coleta de dados ocorreu pela aplicação de questionários e observação, no intuito de colher suas histórias de vida. Entre os dados coletados foram registradas informações de caráter familiar, social, demográfico e cultural acerca de cada usuário. Foram incluídos todos os pacientes com 18 a 80 anos, de qualquer cor, crença e gênero e que já estejam em tratamento mais de trinta dias vinculado ao posto e excluídos os que ainda não tinham diagnósticos, nem iniciado o

tratamento. **RESULTADOS:** Participaram deste estudo seis usuários, sendo quatro homens e duas mulheres portadores de tuberculose atendidos nos postos de saúde da Zona oeste do Rio de Janeiro, na faixa etária 30 a 80 anos. A baixa escolaridade foi um índice observado, pois somente um entrevistado tem o segundo grau completo. A maioria relatou ser católico, o que favorece a adesão ao tratamento por ter fé e acreditar que Deus pode curar. Foi identificado que a renda familiar é precária, sendo que dos investigados 60% não tem renda e 40% ganham no máximo até dois salários mínimos. Em relação ao vínculo empregatício, 20% se encontram em auxílio doença pelo Instituto Nacional de Seguridade Social, 60% se encontram desempregados e somente um (20%) está trabalhando nos finais de semana como auxiliar de serviços gerais numa lanchonete. Os resultados encontrados indicaram um relevante déficit no desempenho ocupacional, identificando que a tuberculose favorece a perda progressiva das defesas do organismo que acarretam alteração no auto-cuidado, no que diz respeito aos cuidados pessoais (na alimentação, higiene e cuidar da casa); mobilidade funcional (nas transferências, mobilidade dentro e fora de casa) e na independência fora de casa (ao fazer uso do transportes e fazer compras) que as mesmas encontram-se diminuídas devido ao cansaço, dispneia, fadiga, postura alterada, baixa resistência, capacidade reduzida de movimento, levando-os ao sedentarismo, isolamento e à diminuição da qualidade de vida. Os atendimentos favoreceram elevar a capacidade funcional do portador, por meio da redução dos sintomas (programas de treinamento de exercício para aumentar a tolerância às atividades), reversão da ansiedade, depressão, melhoria da autoestima (técnicas de relaxamento e controle de estresse) e aumentar a capacidade de realizar as atividades da

vida diária, atividades instrumentais da vida diária, educação nos princípios de conservação de energia, simplificação de trabalho, aumentar a tolerância ao exercício pelo aumento gradativo de resistência e a melhoria da qualidade de vida Observou-se que com o decorrer das atividades, ocorreu diminuição de sua capacidade de realizar as AVD devido ao cansaço e diminuição da resistência. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Essa pesquisa nos possibilitou compreender de uma forma mais ampla o impacto causado no desempenho ocupacional de seu portador e a contribuição da terapia ocupacional para esse portador. Sobretudo, as que se referem às perspectivas do processo de enfrentamento da doença. Pode-se observar que os portadores de TB apresentam além das dificuldades físicas (dificuldade de respirar, diminuição de sua resistência), alterações emocionais geradas por intensas angústias, temor e depressão que afeta profundamente seu desempenho ocupacional. A Terapia Ocupacional deve agir como facilitador que habilita o portador a fazer o melhor uso possível das capacidades remanescentes, por meio do estímulo ao autoconhecimento e autocuidado, gerando melhoria na autoestima que o capacitará a tomar suas próprias decisões, assegurando alternativas realísticas e significativas para sua vida. E é partir dos atendimentos e oficinas que faz os portadores a se vincularem a terapia Ocupacional, ocasionando uma maior adesão ao tratamento e uma melhoria em sua qualidade de vida e de sua resistência física.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Fabrcio Martins Machado Carrijo, Fernando Júnior Alves, Sueli Fonseca da Silva

Palavras-chave: Mães Adolescentes, Crianças, Crescimento, Desenvolvimento Infantil, Ambiente

RESUMO: A infância é uma das fases da vida do homem na qual ocorrem as maiores modificações físicas e psicológicas, é nessa fase que se percebe maior vulnerabilidade aos agravos de saúde. A consulta de enfermagem permite focar a promoção da saúde e a prevenção de doenças a essas crianças, tornando necessário o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento por um profissional de saúde, com o intuito de evitar possíveis complicações. Diante disso o objetivo deste estudo é destacar a importância da consulta de enfermagem no acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) infantil. PALAVRAS-CHAVE: Mães Adolescentes; Crianças; Crescimento; Desenvolvimento Infantil; Ambiente. APRESENTAÇÃO: A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro e consiste na aplicação do processo de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade de forma direta e indireta. No momento da consulta, a relação profissional-cliente acontece sob a orientação única do enfermeiro, o que o torna detentor do atendimento às necessidades do cliente em questão. Ao atender crianças no acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD), é de suma importância que o enfermeiro desenvolva ações educativas efetivas e de sensibilização que enfatizem a atenção à criança e à comunicação com a família. O acompanhamento do CD de crianças que frequentam creches, além de indicar as condições de saúde, pode oferecer subsídios para a implementação de ações de prevenção e promoção de saúde que permita a essa criança atingir um desenvolvimento sadio e harmonioso. Os estudos analisados mostraram a importância de supervisionar o crescimento e desenvolvimento dessas crianças, pois houve a associação dos atrasos

na linguagem aos problemas ambientais e de estimulação, e não a distúrbios propriamente ditos. O estado nutricional de uma criança também constitui condição fundamental para que ela desenvolva suas aptidões psicomotoras e sociais. Caso ocorra alterações de déficit ou excesso, isto implica em potenciais de agravos à saúde dessa criança. Partindo do pressuposto que a condição de ser filho de mãe adolescente seja considerada um critério de risco de morbimortalidade infantil, a idade materna não tem sido responsabilizada isoladamente por resultados desfavoráveis. Essas crianças apresentam maiores riscos biológicos e agravamento desses riscos em decorrência dos problemas sociais que essas mães enfrentam durante a gravidez e maternidade, e o ambiente que essas crianças convivem. Esses estudos mostraram resultados onde a única diferença estatisticamente significativa, foi a média de idade dos grupos de mães, e em comparação com filhos de mães adultas, não há diferença nas análises das condições de crescimento no tocante ao peso e ao comprimento, portanto esses fatores de risco estão imbricados no modo de vida das mães adolescentes, o que repercute ativamente nas condições de vida de seus filhos. Portanto o objetivo deste estudo é destacar a importância da consulta de enfermagem no acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) infantil, pois nessa consulta é possível identificar os fatores de risco e os possíveis prejuízos e efeitos sofridos pela criança nessa fase. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo bibliográfico, e o levantamento foi obtido através da busca em base de dados como BIREME, MEDLINE e SCIELO, no mês de Maio de 2015. Utilizou-se como descritores: Mães adolescentes, Crianças, Crescimento, Desenvolvimento infantil, Ambiente. Foram identificados 235 estudos, entre os anos de 2007 e 2013, e frente aos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 10 artigos. 3. RESULTADOS

Através da análise dos dados percebe-se que a enfermagem exerce um papel primordial na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, pois pelo fato de acompanhar todas as modificações da criança, é possível identificar precocemente algumas alterações inadequadas e assim intervir, evitando consequências posteriores. Durante a consulta, a enfermagem tem uma maior aproximação tanto da criança quanto da mãe, permitindo assim identificar falhas no cuidado materno, e sanando dúvidas sobre os cuidados com a criança. 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conclui-se que, é necessário durante as consultas, a monitorização de cuidados de saúde ainda na infância, para oportunizar as mães cuidadoras a aprendizagem de novos conhecimentos, a troca de experiências, o auxílio nos cuidados domiciliares, através de uma nova dinâmica de fazer a atenção à saúde da criança e da sua família.

O PERFIL DOS ADOLESCENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 DE BLUMENAU E REGIÃO

Marinês Finco, Judite Hennemann Bertoini

Palavras-chave: Adolescente, Diabete Mellitus, Condição Crônica, Itinerário terapêutico

O Diabete Mellitus tipo 1-DM1 é a segunda doença crônica mais frequente da infância, é responsável por 90% dos casos de diabetes na infância, no entanto, apenas 50% dos casos são diagnosticados antes dos 15 anos. As doenças crônicas dentre elas o diabetes, são permanentes e para toda vida da pessoa e seus familiares, exigindo adaptações e necessitando enfrentamento das dificuldades, frustrações e conquistas do tratamento. Ao se tratar de crianças e adolescentes, essas adaptações são mais profundas e intensas e espera-se que consigam viver as situações de saúde para

crescer e se desenvolver dentro de suas potencialidades. Consta-se em nossa prática assistencial desenvolvida na rede pública de saúde, aumento dos casos de adolescentes com DM1. Por se tratar de uma fase de muitas transformações ao descobrir o diagnóstico, inicia-se nova fase de adaptação e busca por atendimento pelos serviços disponíveis na rede pública. Percebe-se a necessidade dos serviços de referência estarem preparados para atenderem essas pessoas e seus familiares. Hoje contamos com três serviços de referência ao atendimento das crianças e adolescentes portadores de DM1: a Policlínica e o Núcleo de Apoio ao Diabético da Secretaria Municipal de Saúde, e a Policlínica Universitária da Universidade Regional de Blumenau. Estes serviços atendem exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde - SUS e constituem-se a referência no nível secundário da atenção para Região do Médio Vale do Itajaí (AMMVI) com sede em Blumenau, atualmente com setenta e oito crianças e adolescentes cadastrados. O objetivo deste resumo é descrever o perfil dos adolescentes com DM1 participantes da pesquisa da dissertação de mestrado "O itinerário Terapêuticos dos adolescentes com diabetes mellitus da rede pública de Blumenau e região". Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória com amostragem de variação máxima. A pesquisa foi realizada nos serviços de referência de Atenção Secundária de adolescentes com DM1 no município de Blumenau, Núcleo de Apoio ao Diabético, Policlínica da Secretaria Municipal de Saúde e Policlínica Universitária, buscando obter a diversidade dos serviços nas quais esses adolescentes são atendidos. A seleção atendeu os seguintes critérios de inclusão: ser adolescente portador de DM1; ter a idade de doze a dezessete anos, de ambos os sexos; ser atendido por um dos serviços de referência (Núcleo de Apoio ao Diabético, Policlínica SEMUS e Policlínica Universitária)

da AMMVI; ter o diagnóstico estabelecido há pelo menos 1 ano; desejar participar do estudo; ter tempo e disponibilidade para participar da pesquisa. Foram excluídos todos os adolescentes que não eram portadores de DM1; que tinham menos de doze anos ou mais de dezoito anos; que não são atendidos por um dos serviços de referência da região (Núcleo de Apoio ao Diabético, Policlínica SEMUS e Policlínica Universitária); ter diagnóstico estabelecido há menos de 1 ano; que não desejar participar do estudo; não ter tempo e disponibilidade para participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada somente pela pesquisadora responsável por este projeto e iniciou em seis de agosto a dezessete de setembro de 2015, perdurando quarenta e um dias. Inicialmente tentamos vincular a coleta dos dados com as consultas médicas previamente agendadas, pois acreditávamos que facilitaria para os participantes uma vez que já estavam programados neste período. Foram realizadas dezessete idas aos consultórios desses serviços conforme agenda das consultas médicas, nas quais todos os adolescentes que preenchiam os critérios de inclusão convidados aceitaram participar da pesquisa, resultando em seis entrevistas somente. O baixo número de sujeitos participantes neste momento se deu devido a alguns fatores: a demanda desses serviços inclui o atendimento a crianças e adolescentes com outras patologias como obesidade e hipotireoidismo e a falta dos usuários à consulta agendada. A entrevista com o familiar e a realização do ecomapa com os adolescentes se deu em sala reservada a fim de garantir privacidade, sigilo e qualidade nas gravações. Algumas entrevistas se deram antes das consultas médicas e outras após, os adolescentes realizaram o ecomapa após as entrevistas com presença dos familiares. Diante disto, optou-se em realizar ligação telefônica para

convidar os adolescentes e familiares a participarem da pesquisa. Das sete ligações realizadas, foi constatado que dois não eram portadores de DM1, um não recusou, porém ficou protelando o agendamento da entrevista e após quatro ligações à mesma pessoa, entendeu-se o não desejo de participar. Os demais abordados pelo telefone aceitaram prontamente e as quatro entrevistas foram realizadas na casa dos adolescentes e familiares participantes em dia e horário de escolha destes. Nesta ocasião também foi realizado o ecomapa com os adolescentes no domicílio. Todas as entrevistas foram gravadas na íntegra com gravador de áudio mediante autorização dos participantes. As entrevistas iniciaram sempre com a pergunta norteadora: Conte-me como você tem vivenciado o diabetes após descobrir que seu filho(a) tem a doença. Indagações sequenciais foram realizadas baseadas nas respostas dessa primeira pergunta a fim de alcançar os objetivos da pesquisa. A realização do ecomapa deu-se através do preenchimento pelo adolescente do desenho impresso após orientações da pesquisadora. O adolescente se encontrava ao centro do ecomapa e os três círculos a sua volta representavam as relações íntimas, as relações pessoais e as relações ocasionais, conforme se distanciam do centro. Esses círculos foram divididos nas categorias previamente definidas: relações familiares, relações de amizade, relações na escola/trabalho e relações comunitárias. O adolescente foi convidado a escrever nos círculos envoltos a ele os nomes das pessoas que faziam parte de suas relações conforme seus sentimentos e percepções. Após o adolescente preencher os campos, a pesquisadora o questionava quem eram as pessoas no gráfico e escrevia na ficha de observação para posterior auxílio na análise do ecomapa. Participaram da pesquisa dez adolescentes com DM1 e dez

familiares envolvidos diretamente nos seus cuidados. A coleta dos dados iniciou após esclarecimento dos objetivos da pesquisa, garantia do anonimato, permitindo esclarecimento de dúvidas e após o aceite com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por o adulto e para menores de 18 anos. Os adolescentes participantes tinham de doze a quinze anos, sendo três com doze anos, dois com treze anos, quatro com quatorze anos e um com quinze anos. Sete adolescentes eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Blumenau era o município de residência de oito adolescentes, um era de Pomerode e um residente de Benedito Novo. O tempo de diagnóstico variou de dois a treze anos, um adolescente com dois anos de diagnóstico, dois com três anos, um com quatro anos, dois com cinco anos, um com sete anos, dois com dez anos e um com treze anos. Seis destes adolescentes são atendidos na Policlínica Universitária, três são atendidos no Núcleo de Apoio ao Diabético e um na Policlínica SEMUS. Os familiares que participaram das entrevistas foram quatro mães, três pais, um irmão, uma madrasta e houve uma participação coletiva pai, avô e avó. As transcrições das entrevistas foram feitas pela pesquisadora no dia da coleta ou no máximo no dia seguinte para facilitar os registros. Os dados até este momento encontram-se em fase inicial de análise, porém é possível antecipar que estes adolescentes e familiares encontram-se assistidos pelo serviço de atenção secundária, porém com pouca articulação com a atenção básica. Independe do tempo transcorrido do diagnóstico há carência de informações sobre diabetes por parte dos familiares e dificuldades em acessar alguns insumos essenciais para o tratamento.

O POTENCIAL ANALISADOR DE UMA USUÁRIA-GUIA: UM ESTUDO SOBRE A PRODUÇÃO DO CUIDADO

Daniel Emílio da Silva Almeida, Roseli da Costa Oliveira, Danielle Costa Capistrano Chaves, Mônica Garcia Pontes, Ricardo Luiz Narciso Moebus, Vinícius Lana Ferreira, Maria Dajuda Luiz dos Santos

Palavras-chave: Micropolítica do trabalho, cuidado em saúde, avaliação de serviços de saúde, educação permanente, redes de atenção à saúde

APRESENTAÇÃO: Os debates relativos às Redes de Atenção à Saúde frequentemente nos aproximam de discussões voltadas a análises mais clássicas de estruturação de fluxos formais entre níveis hierárquicos de serviços ou das redes temáticas (Psicossocial, Cegonha e etc.), como observamos nos fluxos estruturantes de diversas normativas publicadas pelos órgãos gestores do SUS. Este resumo se propõe a apresentar uma pesquisa com uma perspectiva diferente, que tem como esforço pensar a constituição de redes de atenção à saúde a partir do acompanhamento de uma usuária-guia moradora de Belo Horizonte. O estudo é integrante de pesquisa do “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”, pelo núcleo Minas Gerais. O objetivo geral do estudo é avaliar o processo de produção do cuidado nas redes temáticas do SUS (Merhy, 2013). DESENVOLVIMENTO: Partindo da concepção de que o cuidado é centrado nas tecnologias leves e que todo usuário, assim como os trabalhadores, são patrimônios de saber e devem ser considerados com simetria na produção do cuidado, nos direcionamos para uma pesquisa que

se esforça em considerar o processo de cuidado abordando singularidades e, destas concepções, analisamos e processamos os ruídos decorrentes desta aposta ético-política e da potencialização dos processos de cuidado (Merhy et al, 2014). Como construção metodológica da pesquisa, utilizamos os “usuários-guia”. Estes usuários levaram-nos pelos caminhos produzidos por si na busca de soluções para os seus problemas de saúde. Nesse processo é possível identificar dificuldades tanto do próprio usuário no acesso aos serviços como das próprias equipes, seja na sua organização interna ou na relação com outras equipes de outros serviços ou ainda outras políticas sociais (Merhy et al, 2014). Nessa perspectiva, ultrapassamos a produção do cuidado apenas nas redes institucionais/formais e nos aproximamos da construção das redes existenciais dos usuários. Observamos desejos, perspectivas de mundo, vínculos e todo um universo de conexões que nos permitiram reconhecer tensões existentes na produção do cuidado por dentro das redes formais dos serviços de saúde. Desta forma é que o usuário-guia ultrapassa e vai bem além da construção do caso clínico, mesmo de uma ideia de clínica ampliada. A partir desta construção metodológica, seguimos pela produção de vários analisadores para o processo de cuidado da própria rede (Abrahão et al, 2013). Descreveremos abaixo a história de MS, uma senhora que exigiu muito da rede, e, mesmo hoje, em uma situação mais estabilizada, traz muitas riquezas capazes de guiar a construção de reflexões sobre a produção do cuidado nos serviços de saúde. RESULTADOS: A Senhora MS tem 68 anos. Ela é solteira, sem filhos, possui suporte familiar frágil havendo algum contato com uma irmã e um sobrinho. Morava sozinha e encontrava-se em acompanhamento num Centro de Saúde (CS) que conta com suporte matricial de psiquiatra, assistente social e

farmacêutico, e no Centro de Referência em Saúde Mental (serviço equivalente ao Centro de Apoio Psicossocial III). Era acompanhada anteriormente por outro CS, entretanto não apresentava histórico. MS apresentava alterações do humor, sintomas inespecíficos, grande resistência à pactuações e falta de organização em o seu processo de autocuidado. Frente aos entraves relacionados ao projeto terapêutico da usuária, a equipe do CS opta por buscar suporte à usuária por meio de serviços da Assistência Social. A ESF aciona a Secretaria de Assistência Social para inserção da usuária em um programa que oferecia suporte especializado para família e indivíduo. Não obteve êxito, visto que este era voltado para indivíduos em privação de direitos, critério avaliado como não preenchido pela usuária. Nesse momento a equipe do CS busca outro programa com oferta de cuidadores. Entretanto, novamente houve insucesso, já que a usuária não residia em uma área classificada como de alta vulnerabilidade. Como alternativa, a usuária passou a ser acompanhada com maior intensidade por uma agente comunitária de saúde (ACS). Apresentando vários episódios de hipotensão, a senhora M.S. sofreu uma síncope e foi internada, sem apresentar referência familiar para acompanhamento. Nesta ocasião foi realizada a primeira solicitação de institucionalização, indeferida e vista com resistência pela usuária. Em meio a estas dificuldades, o quadro se agravou e a usuária foi encontrada emagrecida, com confusão mental importante, com a casa em estado de conservação precária, sendo a ACS orientada pelo médico de referência a contatar o SAMU, verificado o risco iminente de morte. Tal situação culminou em nova solicitação de institucionalização que foi deferida e levou a usuária a se mudar. Neste momento, os pesquisadores, já de posse dos relatos da usuária, conheceram a Senhora MS, surpreendendo-se. Esta

parecia outra pessoa. Estabilizada, animada, cheia de desejos. Não estava arredia ou agressiva, como descrita. A equipe de saúde que acompanhou os pesquisadores alertou-nos sobre um assunto proibido: família. Entretanto, no encontro, esse parecia ser o assunto predileto da Senhora MS. Seus relatos sobre religiosidade eram intensos. Apesar da felicidade na instituição onde morava, aspirava outro lar, onde pudesse viver sua religiosidade, ter maior abertura para conviver com o mundo. Com a institucionalização, Senhora MS mudou mais uma vez de área de abrangência. Verificamos que seu histórico era pouco conhecido. Algumas de suas demandas por saúde perderam referência dentro da rede. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Podemos observar, com a descrição da usuária-guia, vários analisadores da rede. Uma usuária que mudava de área de abrangência, sem histórico, sem um detalhamento de seu caminho pela rede, com a perda de seu caminhar clínico, de vida e vínculos. A Senhora MS não se encaixava na carteira de serviços, mesmo que apresentasse demandas importantes com evolução rápida para piora. Sua vida não cabia em protocolos. Uma usuária cheia de desejos e aspirações pulsantes, mas que, no cotidiano dos serviços, não se apresentavam como demandas importantes para construção de seu cuidado. Observamos que, apesar de o município apresentar ofertas de diversas redes estruturadas, regionalização de suas atividades e diversos serviços com fluxos preestabelecidos, algo pareceu fugir do processo de cuidado. Não haveria espaço para demandas singulares da usuária? O que fazer com seus desejos e anseios de vida? Tornou-se evidente a necessidade de uma valorização maior de toda a construção de vida da usuária pela rede, dos processos de mudança, dos pontos que foram discutidos com as equipes de saúde a respeito de seu processo de cuidado. Rapidamente,

observamos vários movimentos. Mesmo em outra área de abrangência, sua antiga equipe passou a se movimentar para se aproximar da usuária em sua nova área de abrangência. Outros tipos de moradia, que considerassem a religiosidade da usuária, passaram a ser consideradas. Discussões sobre o enrijecimento de certos programas e serviços da rede ganharam força. Tivemos a oportunidade de visualizar que o processo de avaliação da rede produziu substrato para reconfigurações de processos de trabalho. Considerando todos como sabidos e buscando uma maior permeabilidade perante a usuária, imundizando-se com seu mundo, tivemos a oportunidade de fomentar a autoanálise de vários temas/situações problema pela rede (Abrahão, 2013). Buscamos trazer com maior intensidade a produção do cuidado para a organização dos serviços de modo a potencializar o próprio cuidado oferecido aos usuários, um exercício que se mostrou potente na reconfiguração dos processos de trabalho e para a produção do conhecimento em saúde (Merhy, 2015).

O PROCESSAMENTO DE EXPERIÊNCIAS COMO DISPOSITIVO PARA A PRODUÇÃO DE PESQUISA E DO CUIDADO EM SAÚDE

Carla Vanessa Lopes

Palavras-chave: pesquisa, cuidado, trabalho

APRESENTAÇÃO: Este é um texto produzido a partir das afecções vividas pelos pesquisadores nas investigações do “Observatório nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades, à luz do processo de implantação das redes temáticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede quem faz e quem usa”, pesquisa mais conhecida como Rede de Avaliação Compartilhada

(RAC). Nesse estudo, tomamos o vivido nos encontros em uma rede de saúde como substrato e o que chamamos de “processamento” coletivo de campo como dispositivo de problematização, a fim de extrair aprendizagens do próprio processo da pesquisa, mas também das práticas instituídas em nós e os efeitos desses agires na produção do cuidado. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A metodologia utilizada na RAC, denominada de pesquisa interferência, nos remete aos múltiplos encontros entre pesquisadores e protagonistas da produção do cuidado-usuários, trabalhadores e gestores que operam como guias, nos conduzindo pelos caminhos que trilharam no cotidiano. A aposta da pesquisa interferência está num processo de investigação capaz de captar a produção do cuidado em curso e retornar para a rede com acúmulo, mudanças, novos saberes e fazeres de forma permanente, durante todo o decorrer do estudo. No processo de produção da RAC - e de nós mesmos enquanto pesquisadores que pudemos perceber que as intensidades que vivemos - desafios, dilemas, impedimentos, entre outros apontam para a necessidade de momentos de processamento que podem ser entendidos como espaços autoanalíticos e de análise coletiva e de abertura à alteridade. Nos processamentos, analisamos nossas afecções, isto é, a ação que nosso corpo sofre dos outros corpos, os efeitos que os encontros vão produzindo naqueles que participam na produção do cuidado e da pesquisa. Processar o campo de pesquisa é aqui tomado não como recolhimento de evidências e análise de dados, promovendo a cisão clássica entre sujeito e objeto, mas como recolher e avaliar as forças de saber-poder que operam nas práticas, inclusive da própria pesquisa e de seus efeitos. No espaço da produção do cuidado e da pesquisa, vivemos como pesquisadores, trabalhadores e como

usuários(as), compondo mapas analíticos das experiências dos pesquisadores-trabalhadores. Este espaço opera no tensionamento de saberes e não saberes, na produção de estranhamento a partir das narrativas do cotidiano dos serviços e dos casos. Na medida em que entramos nos espaços das unidades, participamos das reuniões de equipe, encontramos o usuário guia, estabelecemos conexões, nos interrogamos: O que fazer agora? Desterritorializamos-nos e descobrimos os muitos outros presentes neste lugar da pesquisa e da produção do pesquisador. Desta forma, a produção da pesquisa e do pesquisador assim como a do cuidado é uma construção em acontecimento com os outros, portanto, é a presença dos outros em nós. Este movimento desacomoda as certezas produzidas pelas leituras formais nas correlações causa - efeito - ação, recolhendo como efeitos a abertura para outros mundos a serem recontados, remontados, memoriados. Nos encontros, nossas intencionalidades vão desaparecendo e as afecções produzidas em relações intercessoras vão dando passagem a outras possibilidades e capacidades de ser e de estar na vida e com outro. Nesse momento, nos identificamos com quem estão ao nosso lado, com sua angústia em buscar respostas, parcerias, ajudas. Vemos juntos que os protocolos, as políticas, e as invenções mais formalizadas não dão respostas satisfatórias aos inúmeros problemas que surgem a cada caso e que pedem a existência de rede, seja ela formal ou não. Lembramos diversos momentos em que vivenciamos situações semelhantes e das invenções que fizemos e que deixamos de fazer, de nossas angústias, medos, frustrações. E, é a partir desse território das incertezas que buscamos construir nossas aprendizagens, no espaço de processamentos destas experiências. Mas o que são, afinal, estes processamentos?

Os encontros do coletivo de pesquisa para o processamento são momentos nos quais narramos nossas experiências e o que nos aconteceu, o que sentimos e experienciamos em nossos corpos. É o momento no qual podemos enunciar aquilo que silenciámos - nossos julgamentos (Como ele não percebe isso? Que serviço confuso! Por que não fez tal coisa?), nossas certezas (Eles deviam fazer assim! O correto seria proceder de tal maneira!), nossas incertezas (o que eu faria nessa situação? Se eu não tiver a resposta certa para esse caso vou decepcionar o outro?). É o espaço em que externalizamos nossas dúvidas e questionamentos: como manejamos isso em nós, diante dos outros? Temos que dar as respostas na condução dos casos? O que eu faço quando julgo que o outro não vê o que eu vejo? O que eu faço com minha sensação de que ele tem que aprender comigo e isso é da minha responsabilidade provocar? O que eu faria se fosse o(a) trabalhador(a) nessa situação? Desse modo, os encontros e processamentos produzem, em ato, novas referências em relação à pesquisa, ao cuidado e à gestão do cuidado em rede; protocolos, normas e fluxos de atendimento são colocados à prova, desconstruídos em prol da produção de singularidades. Nos processamentos, trabalhamos com um conjunto de questões que tem nos possibilitado alcançar os vários planos de afecção vividos. No encontro com trabalhadores, usuários e gestores, o que aprendi para a minha prática de trabalhador da saúde, de pesquisador, sobre os serviços e sobre o usuário? O que percebo em mim (eu profissional de saúde, pesquisador)? Como e o que conheço do serviço, da prática dos trabalhadores e do usuário? Como e o que o usuário movimenta na rede e quais seus efeitos nos trabalhadores e nos pesquisadores? Quais as armadilhas produzidas (por nós mesmos ou por outros) e desarmadas? O que recolhemos quando o usuário entrou mais fortemente

na cena e quando saiu da cena? Como estas aprendizagens podem trazer novas possibilidades para a produção do trabalho em rede? Este é o ponto em que a pesquisa e o cuidado se produzem como uma dobra, na qual ao percorrermos a pesquisa chegamos ao cuidado e ao percorrermos o cuidado chegamos à pesquisa, à produção de nossos conhecimentos e de novas perguntas, num dever cuidador - pesquisador - usuário e usuário - pesquisador - cuidador. E, nesse exercício de se deixar afetar pelos ruídos, os meus e dos outros, recheamos nossas caixas de ferramentas de pesquisador, trabalhador da saúde e usuário com novos saberes, novas estratégias para lidar com a multiplicidade de situações das quais os cotidianos da saúde e da pesquisa são fontes inesgotáveis. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O que a pesquisa RAC tem tornado possível formular é que os espaços de processamento não são espaços de interpretação da realidade, mas da experiência das diversas realidades do cotidiano da saúde, na produção do cuidado. Pesquisadores e trabalhadores têm caixa de ferramentas recheadas com experimentações, acontecimentos, mas, também, com representações conceituais, normas, protocolos, etc. É na experimentação, produzindo movimentos, linhas, contornos e torções desenhados nos vários encontros no trabalho em saúde e nesta pesquisa interferência, em constantes tensões e disputas, que vamos produzindo práticas de pesquisa e de cuidado. Intensidades que se atualizam em enunciados e atos.

O PROCESSO DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM TERRITÓRIO DE ALTA VULNERABILIDADE

Simone Percinula Andrade da Rocha Barbosa

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde, Estratégia de Saúde da Família, Processo de trabalho, Alta vulnerabilidade, Educação em saúde

APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS: O processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pode ser caracterizado pelo conjunto de medidas adotadas no exercício das atribuições, que tem por finalidade a promoção e a prevenção da saúde. As tecnologias que são utilizadas sistematizam as práticas desenvolvidas no cotidiano, e auxiliam para o estreitamento de laços entre a comunidade e a unidade de saúde. Compreendendo o processo de trabalho dos ACS pode-se dizer que suas atividades são predominantemente desenvolvidas na comunidade, na microárea de atuação da estratégia de saúde da família (ESF). O trabalho é desenvolvido num espaço onde há outros profissionais de saúde com o intuito de produzir cuidado à saúde da população. O presente estudo buscou investigar e compreender a atuação dos agentes comunitários de saúde em território de alta vulnerabilidade, acrescentando-se a percepção sobre o SUS, bem como a construção no desenvolvimento do trabalho, além das demandas originadas pela comunidade e o modo que os profissionais da ESF as recebem. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Entende-se que no campo da saúde estão envolvidas relações sociais entre os profissionais que realizam o cuidado, os usuários e a subjetividade. Os ACS juntam na prática cotidiana as dimensões de saber - fazer, domínio prático, saber - conhecer e domínio cognitivo, direcionados tanto para as atividades de promoção da saúde quanto para a orientação de indivíduos, de grupos e das populações. Estes profissionais possuem elementos que facilitam o desenvolvimento do trabalho, que são o conhecimento das vivências da comunidade, e o saber que lhes é nato, já que além de profissionais

da saúde são moradores deste território. Neste contexto, esta pesquisa foi realizada de maneira exploratória, explicativa, com estudo de campo e abordagem qualitativa, cujos dados foram coletados em entrevistas semiestruturadas e submetidas à análise de conteúdo. Foram entrevistados sete ACS lotados na unidade de saúde da família (USF) da Vila dos Pescadores, no município de Cubatão/SP e para a análise dos dados utilizou-se a metodologia da análise de conteúdo. O bairro da Vila dos Pescadores está localizado num terreno de mangue, originado por pescadores artesanais que viviam as margens do rio Casqueiro. Com a migração, a população residente aumentou e conseqüentemente houve a construção de moradias irregulares, como barracos de madeira e palafitas, originando os becos e vielas, que favorecem a presença do tráfico de drogas. **RESULTADOS:** Foram organizados em quatro núcleos temáticos principais: percurso profissional, processo de trabalho, processo de aprendizagem, processo de saúde e a alta vulnerabilidade. No eixo norteador da pesquisa, o processo de trabalho, apurou-se que o trabalho do ACS pode ser observado por diferentes aspectos: identificação da área de abrangência delimitando as fronteiras, cadastramento das famílias, acompanhamento dos usuários classificados como risco, verificação de áreas vulneráveis, detecção precoce de falta de saneamento básico, incluindo ações de educação em saúde. Essas devem ser desenvolvidas em conformidade com as orientações recebidas pela equipe de saúde na USF. A visita domiciliar (VD) é a base para o desenvolvimento do trabalho do ACS. É durante a VD que o ACS conquista a confiança, a credibilidade e facilidade na entrada da equipe multidisciplinar, direcionado para o cuidado daquela família. O momento da visita é tão rico que se podem fazer inúmeras trocas de saberes, experiências, a prevenção e promoção

de saúde, bem como informações da comunidade. O ACS da Vila dos Pescadores para alcançar a confiança do morador, e conseqüentemente a entrada na casa, possui características peculiares, como a de acolher e escutar. Ademais, antes de ser profissional da saúde, o ACS possui o olhar de morador da comunidade representante dentro da USF. E, ser morador da área de abrangência da unidade de saúde possui duas perspectivas distintas: a primeira que o ACS como morador do bairro, compreende a dinâmica em que vivem os moradores, pois conhece as situações vividas no território, já que também faz parte da comunidade, e consegue identificar as áreas de vulnerabilidades locais. Porém, na outra perspectiva, percebe-se que por ser morador do bairro, acarreta numa sobrecarga de trabalho, pois tem dificuldade de delimitar o horário de suas atividades. Conhecer o território em que vive e trabalha favorece na execução das atividades cotidianas, dentro e fora da unidade de saúde, entretanto como todo trabalho, também possui o lado ruim: a jornada que não finda com o término das atividades do dia da unidade de saúde. Existe a facilidade em trabalhar ao lado de casa, já que auxilia na dinâmica profissional e doméstica – a grande maioria dos ACS no Brasil é do gênero feminino –, mas os moradores não conseguem separar o profissional de saúde, do vizinho que trabalha na USF, acarretando em sobrecarga no trabalho. O ACS quando desenvolve seu trabalho dentro da USF, interagindo com a equipe de saúde, alcança maior resolutividade no cumprimento das demandas. O trabalho em equipe é construído a partir da organização das atividades, com o intuito de atender os usuários de forma integral. Para a obtenção do sucesso no atendimento ao público, a equipe multiprofissional precisa de diferentes olhares, saberes e fazeres, compartilhando seus conhecimentos e, esse

modo de trabalho resulta no fortalecimento das ações elaboradas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Desta forma, concluímos que há necessidade de fortalecer o trabalho dos agentes comunitários de saúde junto à equipe multiprofissional, pois se identificou que os problemas enfrentados podem estar relacionados à falha na comunicação entre os integrantes. Houve um avanço se comparado o ACS atual com os primeiros profissionais. Isso se deve a conquista do espaço na saúde que os ACS adquiriram, e o esforço da categoria em se firmar enquanto profissão. Além de se mobilizarem politicamente pelas forças das instituições públicas e sindicais, batalhando pelo reconhecimento, fazendo valer seus direitos. A experiência profissional dos ACS deste estudo tem seus conhecimentos originados de suas vivências e oportunidades que surgiram no decorrer da vida. Percebemos que o saber desses profissionais tem características comuns: a formação educacional básica e trabalhos que exigiam pouco estudo, funções marcadas pelo contato com o público. A comunicação surge como elemento facilitador para o desenvolvimento das ações, e o conhecimento comunitário que possuem parte das vivências do cotidiano. Isto é embasado pela corrente de pensamento de Freire (2014), que respeita o conhecimento do outro, e o saber é construído em conjunto com a realidade em que vive. Neste sentido, a pesquisa depreende uma visão mais “realista” do cotidiano do trabalho do ACS. Isto nos possibilita definir o processo de trabalho dos ACS, como o conjunto de ações sistematizadas e orientadas para alcançar a promoção e a prevenção de saúde. Para atender o indivíduo de forma integral, o ACS precisa ser parte efetiva da equipe de saúde, colaborando no desenvolvimento e organização das atividades, no intuito de fortalecer as ações que serão realizadas. Existem algumas iniciativas de capacitações, mas ainda em estado insatisfatório, que

sugerem a necessidade de provimento da educação permanente que pode acontecer durante o trabalho, dentro da unidade de saúde. E assim, acreditamos que melhorar a organização do trabalho dos agentes comunitários de saúde, facilitará a compreensão da população e dos demais profissionais, acerca de suas atribuições.

O PROGRAMA MAIS MÉDICOS EM REVISTA: INFORMAR O QUÊ E PARA QUEM?

Liara Saldanha Brites, Angela Maria Grando Machado, Neuza de Freitas Raupp Cechinel, Claiton Agnaldo Ribeiro Santos, Rossana Santos Rocha Mativi, Cristianne Maria Famer Rocha

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Programas Nacionais de Saúde, Meios de Comunicação, Fator de Impacto de Revistas, Notícias

Apresentação: A ampliação da assistência na atenção básica, assim como a falta de médicos apontada pela população, é uma das questões emergentes no Sistema Único de Saúde e um dos maiores problemas de saúde do país (BRASIL, 2013a). Em resposta à campanha “Cadê o médico?”, realizada pela Frente Nacional de Prefeitos, em janeiro de 2013 (CARVALHO, 2013), e aos gritos das ruas que pediram mais saúde durante as “Manifestações de Junho” de 2013, foi instituído o Programa Mais Médicos (PMM) (BRASIL, 2013b), o qual objetiva: levar profissionais médicos para locais afastados dos grandes centros urbanos, de vulnerabilidade socioeconômica ou onde exista carência de médicos; investir em infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA); e reestruturar e expandir a formação médica, com abertura de novas vagas nos cursos de medicina e de especializações,

com uma lógica voltada às demandas do SUS (BRASIL, 2013a). O PMM repercutiu na mídia, nas entidades médicas e na sociedade como um todo. Nem todas as notícias foram/são favoráveis ao PMM, retratando o distinto entendimento do governo federal e das entidades médicas para enfrentar os desafios do SUS, como a difícil fixação dos profissionais médicos em determinados locais. Criada há mais de 35 anos, a IstoÉ - de circulação semanal nacional, de informação geral voltada ao público adulto, editada em São Paulo - é uma das revistas mais influentes do Brasil e a terceira em circulação (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EDITORES DE REVISTAS, 2014). Por meio das reportagens veiculadas nesta revista, o presente estudo objetivou identificar e analisar a produtividade discursiva da mídia brasileira sobre o PMM entre junho de 2013 a julho de 2014. Desenvolvimento Utilizou-se, para o levantamento dos dados, a ferramenta de busca do sítio virtual da revista, com os descritores “Programa Mais Médicos”, “Projeto Mais Médicos” e “Mais Médicos” em edições da revista IstoÉ publicadas entre junho de 2013 a julho de 2014 (o primeiro ano do PMM). Foram selecionadas 31 edições virtuais, dispondo ao todo de 34 notícias. Foi realizada análise e categorização dos dados a partir da proposição de Minayo (2010) de Análise de Conteúdo na modalidade Temática. Resultados e/ou impactos Constatou-se que nos sete meses de 2013 (junho a dezembro) foram publicadas 19 matérias (55,9 % dos textos analisados), enquanto nos sete meses subsequentes (janeiro a julho de 2014) houve um declínio no número de publicações, com 15 matérias (44,1 % dos textos) – diferencial que pode ser relacionado ao tempo histórico das publicações. Em 2013, a revista investiu em trazer às suas páginas as polêmicas despertadas com a aprovação do PMM e suas propostas, como a chegada de médicos estrangeiros, inclusive cubanos,

ao Brasil, fato este que mobilizou a classe médica no país por meio de suas entidades de classe e sociedade civil. Entre janeiro a julho de 2014, havia a consolidação do PMM e melhor aceitação por parte da sociedade/usuários, ao tempo em que era evidenciado, nas falas dos parlamentares e guindado à visibilidade positiva em cenário pré-eleitoral, o que justifica neste período as matérias da IstoÉ manterem em pauta o Programa e veicularem com frequência o cunho político partidário do mesmo. Os temas mais frequentes corroboram com esse contexto histórico de lançamento do Programa e de período eleitoral. Destaca-se o PMM como o principal assunto tratado, com 26,7 % das menções, seguido pela temática Política/Eleições, com 19,8%. No tocante aos personagens mencionados nas produções textuais (de quem se fala), os médicos estrangeiros/cubanos totalizaram o maior número de alusões, citados em 12 matérias, seguidos da Presidenta Dilma Rousseff, citada em 10 textos, e do ex-Ministro da Saúde Alexandre Padilha e dos médicos brasileiros, ambos citados em 7 matérias. Em relação à análise de quem está falando nos textos, observou-se que a maioria tem como autor o colunista/cronista da revista (50%), seguido pelos representantes do governo federal (14%) e de classe e gestores de saúde (ambos com 10% das publicações). Dentre os 34 textos publicados, verificou-se que maior parte apresentou o Programa de forma positiva (47%) ou neutra (32%). Em relação ao conteúdo das reportagens, a análise do material pesquisado foi organizado nas seguintes categorias: O que se lê sobre o Mais Médicos? A maioria das matérias trouxe informações condizentes com o PMM ou críticas a este. Não se observou relações significativas entre as etapas do Programa divulgadas pelo MS e as publicações, o que nos leva a inferir que o governo federal não pautou a revista. Apesar do PMM ter mais

de uma estratégia (como investimento em infraestrutura e reestruturação e expansão da formação médica) e de durante o período pesquisado já haver médicos brasileiros no Programa, o foco é na importação de médicos estrangeiros (principalmente cubanos) e na falta de médicos nos territórios. O percurso de criação do PMM e parte de seu desenvolvimento é apresentado nas matérias e o cenário de disputa político-partidária também é trazido às páginas da revista, com um caráter informativo ao leitor. As falas contrárias ao Programa são oriundas das entidades que representam os médicos. O que vê sobre o Mais Médicos? As imagens destacam principalmente a construção política do Programa, com fotos de pessoas públicas ligadas ao governo federal, legislativo e entidades representantes dos médicos. Também são registrados casos amplamente retratados na mídia brasileira sobre a hostil recepção dos médicos brasileiros aos cubanos e a fuga de médicos cubanos para os Estados Unidos da América. Dentre todas as imagens, destacam-se aquelas da reportagem especial sobre o PMM, publicada em 10 de julho de 2013. Além da capa, há 13 páginas sobre o PMM. As imagens dessa reportagem - a maioria em preto e branco - reforçam a falta de médicos, o atendimento dos médicos do Programa em hospitais superlotados e em cenários de vulnerabilidade econômica e social. A reportagem também retrata a oposição dos médicos brasileiros – com fotos da “revolta de jaleco” – contrários ao PMM. Considerações Finais: Este estudo não teve a pretensão de avaliar o PMM, mas a forma com que a revista IstoÉ oportunizou conhecimento sobre ele à sociedade. Sabe-se que a mídia é uma importante ferramenta para a formação de opinião e suas publicações denotam a capacidade de mobilizar o apoio ou promover o descrédito da população a respeito de um determinado tema, como a implantação de um novo

programa ou política governamental. A respeito das matérias relacionadas ao PMM, a revista IstoÉ cumpre com o propósito de ser informativa, com predomínio de tendenciosidade positiva ou neutra, instruindo o leitor com informações convergentes com o propósito do PMM ou críticas advindas principalmente das entidades médicas brasileiras.

O SUS-VIVO DO COTIDIANO DAS PESSOAS: AS TENSÕES ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA BAHIA

Clara Oliveira Esteves, Raquel Miguel Rodrigues, Nathália Silva Fontana Rosa, Marcio Costa de Souza

Palavras-chave: relação público-privado, redes vivas, serviço de saúde

APRESENTAÇÃO: O presente resumo tem como objetivo disparar algumas reflexões sobre as relações entre as dimensões do público e do privado no território da saúde no estado da Bahia, em função das experimentações que têm sido realizadas no âmbito das redes de saúde, especialmente, nas redes de câncer, da pessoa com deficiência e da rede interestadual Bahia-Pernambuco, inseridas no contexto da pesquisa nacional “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”, financiada pelo Ministério da Saúde. **DESENVOLVIMENTO:** A partir de um caminhar cartográfico pelas redes de câncer e pessoa com deficiência do estado na Bahia, e pela rede interestadual Pernambuco-Bahia, observamos uma forte presença de formas indiretas de administração dos serviços de saúde como instituições filantrópicas e fundações estatais de saúde, com um papel

protagonizante na regulação dos serviços. Isso nos levou a refletir sobre os efeitos que essa relação entre as dimensões do público e do privado produziria no cotidiano da vida das pessoas, tomando como dispositivo analítico as redes tecidas pelos usuários/trabalhadores/gestores/voluntários para produzir acesso aos serviços de saúde. Escolhemos construir a narrativa de algumas cenas vivenciadas no contexto da pesquisa como expressão dos encontros singulares que constroem sentidos no plano do cuidado em saúde. Serão debatidas, aqui, as cenas vivenciadas em um serviço de referência do estado da Bahia para a pessoa com deficiência, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Salvador, em uma associação filantrópica para pessoas com câncer e em uma instituição pública da administração indireta de direito privado do estado da Bahia. **RESULTADOS:** A primeira cena traz a narrativa de uma mãe de um menino de 07 anos com Síndrome de Down e sua trajetória para acessar os serviços especializados de reabilitação física e intelectual, a qual constrói uma trajetória entre os serviços públicos e privados para produzir uma rede de atenção à saúde para seu filho. Observamos que na capital há um serviço público de referência para todo o estado e que a rede própria do município é inexistente, sendo substituída por instituições filantrópicas ou privada de utilidade pública, sem fins lucrativos. Somente a partir deste ano, com o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limites - foi possível observar a adaptação de alguns antigos centros de reabilitação psicossocial em centros de referência para a pessoa com deficiência. A segunda cena se refere ao relato de um trabalhador da USF que aborda a questão da precariedade da atenção à saúde no pré-natal. Narra que muitas gestantes deste território buscam a maternidade filantrópica, mais distante

geograficamente, em função da oferta de exames necessários para o pré-natal realizados por esta instituição ou “regulado” a partir dela na rede privada com desconto quando não há esta oferta pelo SUS. Desta forma, muitas mulheres deixam de ser acompanhadas pela USF devido à existência deste serviço, pois a oferta é organizada e considerada sem barreiras (diferente dos serviços públicos). Além disso, muitas gestantes também possuem plano de saúde e preferem ser acompanhadas pela rede privada, o que nos coloca a questão da propensão de construir um itinerário privado ou misto como possibilidade de melhor atendimento enquanto consumidores. A terceira cena traz o relato de uma pessoa voluntária em uma associação civil filantrópica que apoia pessoas com câncer, de um município do interior da Bahia, e que visibiliza as invenções criadas para facilitar o acesso das pessoas aos serviços de referência na assistência ao câncer. O serviço de referência desta localidade barra o acesso de pessoas de municípios não referenciados, de acordo com os pactos regionais do estado. Entretanto, considerando o vazio assistencial de grande parte das regiões da Bahia no que se refere a serviços de oncologia, muitos pacientes são encaminhados para este município ou mesmo chegam ali por conta própria. Para solucionar o problema da falta de um comprovante de residência válido para os procedimentos, o próprio serviço de saúde, ao negar o acesso, “regula” um arranjo privado para este usuário ao indicar a associação como possibilidade de ajuda para conseguir um endereço local. Ainda, encaminha pessoas que necessitam de outros apoios como materiais pós-cirúrgico, próteses, cadeira de rodas. Vale ressaltar que esta associação assume a coordenação do cuidado destes usuários, com ações paralelas de outros trabalhadores da instituição, como psicologia e serviço

social, tencionando a oferta da rede pública dos mesmos serviços. A quarta cena trata da narrativa de um trabalhador de uma instituição pública de administração indireta que realiza a contratação de parte dos funcionários que compõem a equipe de regulação da Rede Interestadual Pernambuco-Bahia. Segundo o relato, apesar da instituição ter participado do processo de construção desta rede, com intenso investimento de apoio no diagnóstico e pactuação das ofertas de leitos, atualmente o acompanhamento realizado se dá através dos indicadores enviados pelas equipes. Tal relato visibiliza certa superficialidade na relação com os trabalhadores vinculados à instituição e com os problemas cotidianos enfrentados. Também, nos coloca como questão a maneira como essas formas de administração indireta regulam a oferta de serviço das redes de saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Se por um lado existe certo consenso da gestão pública de que as formas de administração indiretas, sejam de caráter público ou privado, representariam uma maior eficiência na gestão, no campo da saúde essa relação pode produzir efeitos diretos no acesso das pessoas aos diferentes serviços. A Filantropia, por exemplo, tema característico e presente no contexto da produção das redes de atenção na Bahia, tenciona as relações no campo da saúde e institui uma estrutura complexa que estabelece uma relação de proximidade com o aparelho que está construindo o serviço prestado. As relações micropolíticas instituem e são instituídas cotidianamente por essa lógica do privado na saúde: na figura do trabalhador de saúde do público que encaminha o usuário para o setor privado, nas ofertas de serviços privados a partir dos vazios assistenciais existentes até na gestão privada de estabelecimentos públicos, a administração indireta, além das outras inúmeras intercessões possíveis. Estes ruídos visibilizam algumas das tensões

na produção do SUS como um espaço de disputas e interesses, um SUS-vivo, que se posiciona também no entre das relações público-privadas. Este campo tenciona inclusive a percepção de muitos usuários sobre o que é ofertado pelo sistema público, a partir de um campo simbólico que se utiliza para formar a ideia de que determinado lugar ou serviço poderá ou não resolver o seu problema. O imaginário simbólico construído pelo usuário-consumidor, que vê a saúde como um bem privado e, portanto de consumo, é privilegiado em detrimento da produção do imaginário simbólico do usuário-cidadão, da saúde como direito social. Há, portanto, uma sutileza nas mais variadas produções do cotidiano da vida das pessoas que se apresentam capturadas pela lógica privatista e que aparecem nas narrativas advindas do mundo do trabalho nas redes de atenção à saúde do Estado da Bahia.

O TRABALHO DA REFERÊNCIA DESCENTRALIZADA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA O PROGRAMA MAIS MÉDICOS – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Liliany Mara Silva Carvalho

Palavras-chave: Programa Mais Médicos, Programa de provimento, Relato de Experiência

No Brasil um processo histórico levou o serviço de Atenção Básica (AB) em saúde a se tornar a “porta de entrada” dos serviços de saúde brasileiros. A AB orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS a partir dos quais assume funções e características específicas, considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou

sofrimentos que possam comprometer sua autonomia (BRASIL, 2012). Neste contexto, tendo a AB como veículo principal de saúde no Brasil, a mesma tornou-se, mediante o reconhecimento de suas deficiências, a principal preocupação do governo brasileiro, avaliando-se como principal problema a insuficiência e má distribuição dos médicos no território nacional. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil tinha, em 2012, 1,86 médicos por mil habitantes (med/1000 hab.), enquanto nossos vizinhos Uruguai e Argentina tinham 3,74 e 3,16 respectivamente (OMS, 2012). Ainda se levando em consideração países que tem serviços públicos de saúde, tais como Portugal, Espanha e Reino Unido, os números chegam a 3,9, 4 e 2,7 respectivamente (OMS, 2011; OMS, 2012). Somado aos números, que demonstravam de fato a escassez de profissionais médicos no país, outros movimentos demonstravam a necessidade de que algo fosse imediatamente realizado. Como exemplo, destacamos o Encontro Nacional de Prefeitos ocorrido em Brasília em janeiro do ano de 2013, onde se constatou a necessidade e dificuldade em alocação e fixação de médicos nos municípios, o principal motivo para a referida dificuldade seria a má distribuição dos médicos no país, com consequente concentração nos grandes centros urbanos. A partir disto deu-se início a uma petição eletrônica com o objetivo de ampliar a participação popular no movimento “Cadê o Médico?” promovido pela Frente Nacional de Prefeitos (FNP). A manifestação reivindicava a contratação imediata de mais médicos para a saúde pública brasileira. Em apenas três dias de ação, o movimento alcançou a marca de 4.600 assinaturas em um abaixo-assinado e conseguiu a adesão de dezenas de entidades municipalistas de todo o país. Mais de 2.500 prefeitos assinaram o documento, que foi entregue ao então ministro da saúde, Alexandre

Padilha (FNP, 2013). Entre 2011 e 2013 várias medidas foram criadas, no entanto, elas não repercutiram a ponto de sanar todas as dificuldades, somados a um vasto estudo que trazia dados que demonstravam claramente o déficit de profissionais médicos no Brasil outros fatores influíram para a criação de um ousado programa. Foi então que, para sanar as referidas dificuldades, criou-se inicialmente a Lei 12.871 (BRASIL, 2013) que viria mais tarde consolidar o Programa Mais Médicos (PMM), que segundo PINTO et al. (2014) pode ser vista como uma ação essencial e parte da grande inflexão na AB brasileira, num momento em que o país decide inequivocamente, priorizá-la e enfrentar os nós críticos que vinham condicionando o desenvolvimento daquela que é estabelecida como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) surge como uma cooperação interministerial entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação brasileiros em convênio com a Organização Pan-americana de Saúde. As primeiras normativas para o Projeto Mais Médicos começaram a surgir por meio da Portaria 1.369/13 e Lei 12.871/13, bem como os editais, que davam aos municípios a oportunidade de se inscrever para adesão ao programa, o que contemplava médicos brasileiros, intercambistas e cooperados. Como critério de adesão a médicos estrangeiros aceitava-se apenas profissionais provenientes de países com mais de 1,8 médicos por 1.000 habitantes de acordo com código para recrutamento global da OMS. O PMMB faz parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde, que prevê mais investimentos em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde, além de levar mais médicos para regiões onde há escassez e ausência de profissionais. Com a convocação de médicos para atuar na AB

de municípios com maior vulnerabilidade social e Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), o Governo Federal decidiu garantir médicos para o Brasil e saúde para a população brasileira. A iniciativa traz também em seu bojo a expansão do número de vagas de medicina e de residência médica, além do aprimoramento da formação médica no Brasil. (PORTAL SAÚDE, 2014). Mesmo com tantos entraves e lutas travadas com o Conselho Federal de Medicina (CFM) e com tamanho desafio, por ser um projeto tão arrojado, o mesmo se fazia necessário, já que os estudos de projeção apontavam que apenas em 2035 seria alcançada a Relação de Médicos por Habitantes (RMH) de 2,7 médicos por 1.000 habitantes, caso não houvesse nenhuma intervenção. Este relato de experiência tem como finalidade demonstrar o trabalho realizado pelas referências descentralizadas do Ministério da Saúde para os programas PROVAB e Mais Médicos. As referências descentralizadas são pessoas que estão no território e acompanham o cotidiano do PMMB, é o elo do gestor municipal de saúde com o Ministério da Saúde. Realizam visitas aos municípios e estão em constante contato com a referência central que está alojada no Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão no Trabalho e da Educação na Saúde (SGETES). Pretende-se demonstrar o trabalho realizado pela referência descentralizada que acompanha a região do Vale do Jequitinhonha e Nordeste de Minas, somando 86 municípios, sendo um total de 64 municípios com médicos do programa. Neste estudo levaremos em consideração o trabalho feito apenas na região do Vale do Jequitinhonha, que conta hoje com 29 municípios, atualmente 23 destes municípios conta com a presença de 53 médicos cooperados, conhecidos como médicos cubanos. O Vale do Jequitinhonha concentra mais de um milhão de habitantes, equivalente a 8% da população do estado.

A região é considerada um dos lugares mais pobres do Brasil. O provimento destes profissionais, em se tratando de AB, em que se prevê a prevenção e a promoção da saúde, dá a essa população a dignidade de ter por si profissionais médicos, proporcionando importante impacto nos indicadores de saúde, no que tange aos resultados em saúde, dando a AB legitimidade junto à população. Esperamos que através do olhar de um profissional que vivencia o cotidiano do PMM, através do seu relato de experiência das visitas realizadas, problemas e experiências exitosas provenientes do mesmo, as pessoas possam conhecer melhor o Programa.

OLHANDO O SUS COM OUTROS OLHOS A PARTIR DA VIVÊNCIA NA COMUNIDADE

Ingrid Jaqueline Fonseca Leopoldino

Palavras-chave: ensino, SUS, PBL

A relação saúde/doença foi o principal tema debatido, sobre ela foram discutidas as leis, diretrizes e história do Sistema Único de Saúde (SUS); determinantes sociais, saúde e atenção básica, entre outros temas relacionados às diferentes concepções. Pode-se relacionar as necessidades em saúde com base nas características de uma população de um dado território; caracterizar a relação entre o processo saúde/doença e as dinâmicas existentes de cuidado relativo à organização das ações e serviços de saúde e as redes de atenção à saúde; e tratar dos diferentes determinantes sociais do processo com base nas características de uma dada população. Após todas as discussões, os assuntos foram aplicados em visitas à comunidade, atendida pela unidade básica de saúde. Dessa forma, um dos objetivos da disciplina é proporcionar aos alunos contato com a realidade de

saúde coletiva através da observação das condições de vida e como isso refletem na relação saúde/doença da comunidade. Com as visitas à comunidade pode-se perceber a importância da territorialização e com isso a adesão da população atendida pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), ou seja, fazer o levantamento da micro área que é o conjunto de famílias atendido por uma ACS. Esses são alguns dos princípios da Estratégia de Saúde da Família (ESF), principal estratégia da Atenção Básica em saúde. Com a adesão da clientela atendida por um ACS, as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e reabilitação podem ser mais bem direcionadas as reais necessidades das famílias. Em uma unidade básica de saúde cada equipe se responsabiliza por cerca de 1.000 famílias dentro da sua área e tendo cada ACS responsável por uma parte dessa microárea torna as informações de saúde mais precisas. Foi entendido pelos alunos de PEC que é primordial a relação territorialização com o conhecimento sobre os principais determinantes sociais de saúde, sendo este o principal foco da atenção básica e da matéria descrita, já que o conceito de saúde pode ser formulado a partir dessa relação. Na cidade de Lagarto o Programa de Atenção Básica está implantado em todos os locais, onde há uma delimitação do território pra que cada Unidade Básica de Saúde atenda de forma organizada e abrangente a todos residentes da microárea responsável. O bairro Albano Franco apresenta uma UBS mais afastada onde as casas são bem afastadas uma das outras, o que dificulta a localização e as visitas do ACS que, por sua vez, possui um papel fundamental para auxiliar tanto a UBS quanto as famílias trocando informações diárias dos atendimentos e serviços prestados. Foi elaborado uma possível intervenção na comunidade do bairro Campo Novo, no Município de Lagarto - Se, a mesma baseada nas possíveis

queixas relatadas pela própria comunidade, sobre saúde em geral e também dos problemas físicos que envolvem todo o desenvolvimento do bairro em questão. No dia do PPLS realizado na Escola Suécia, onde foi bem relatado a insatisfação de alguns com a marcação de exames, a espera incansável para que ocorra a realização do mesmo, a pouca disponibilização de vagas e o ineficaz resultado para que se conclua um exame em Aracaju. Então, depois de debatermos, pensamos em uma pequena ação que ajudasse a esclarecer a situação à população. Então para que melhor fosse explicado foi convidada a representante da Secretaria de Saúde do município, para que pudesse esclarecer, respondendo perguntas e tentando mostrar a comunidade os caminhos viáveis e inviáveis do trabalho da(s) UBS. Logo ao ter feito o convite, o segundo passo seria avisar a comunidade que era preciso a presença de todos para uma satisfatória intervenção, passamos a convidar de casa em casa, infelizmente não compareceram todos, mas mesmo assim a secretária da saúde esteve presente e debateu com os presentes e tentou mostrar a funcionalidade da marcação do município e também sobre a realização de exames, cirurgias do estado. O PPLS (Planejamento e Programação Local em Saúde), realizado no mês de abril de 2015 no bairro Albano Franco, foi uma maneira de interação para o conhecimento das principais deficiências relacionadas a saúde através da comunidade. Este ocorreu em forma de uma reunião na Escola Municipal do bairro, entre os estudantes da Universidade Federal de Sergipe e os moradores do local. A reunião seguiu os passos formadores do PPLS, inicialmente discutindo e destacando as principais queixas abordadas, diante da presença e repetidas queixas, fez-se necessário filtrar as principais e a partir daí separar o mais importante, debater as causas e consequências, a fim de buscar

uma medida de intervenção, com o intuito de observar o funcionamento da Atenção Primária na rede pública de saúde do bairro. Buscando uma interação maior com a comunidade, numa perspectiva de promover futuramente uma intervenção para a melhoria dos déficits ali presentes. Instigou-se a população a expor suas variadas queixas. Após o levantamento das queixas foram selecionadas as três mais importantes de acordo com os presentes. Com a filtragem foi possível eleger por grau de urgência visto pela comunidade o mais importante e incômodo que foi a demora para marcação de exames. Causas estas que foram muita gente querendo marcar e pouca disponibilidade de fichas, a demora e o atraso para iniciar a marcação levando a algumas consequências como, por exemplo, o transtorno em aguardar por muito tempo e não ser notificado do término das fichas. Por conseguinte foi esclarecido que o objetivo do PPLS ali efetuado não seria para solução imediata dos problemas discutidos, mas sim para uma intervenção, esta que pode resultar numa futura solução. Pós-reunião os alunos discutiram os problemas relatados na comunidade e buscaram um meio de intervenção diante do problema da marcação de exames, procurando assim os responsáveis principais do funcionamento do mesmo. A UBS e a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Lagarto, esclarecendo as queixas da população para posteriormente levar o esclarecimento para a comunidade. Fomos acompanhar a rotina e interagir com a população, onde analisamos os seus problemas e propomos uma melhoria para aquela situação. Concluímos que com a matéria de Prática de ensino na comunidade (PEC), aprendemos o conceito de saúde em todas suas abrangências: política, econômica, cultural, social, além do atendimento físico, psíquico e social na saúde, e as leis do SUS para o maior entendimento dos seus princípios básicos.

Vivenciando essa rotina, percebemos todas as dificuldades para a implantação plena desse sistema, de como ele pode ser eficaz, e atender a todos, com correto funcionamento das suas diretrizes, que por meio de uma gestão única garantindo aos cidadãos ao acesso universal.

ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM: UM ESTUDO COM PUÉRPERAS EM ALOJAMENTO CONJUNTO

Ana Paula de Lima, Lourdes Missio, Danyelle Tamie Morishita, Ceny Longhi Rezende, Heloísa Bruna Grubits Freire

Palavras-chave: Equipe de Enfermagem, Período Pós-Parto, Recém-Nascido

Apresentação: No período pós-parto acontecem modificações locais e sistêmicas, desenvolvidas durante a gravidez e parto, e que retornam à situação do estado pré-gravídico. Esse período inicia-se após a dequitação da placenta e seu término é imprevisível, uma vez que, enquanto a puérpera estiver amamentando as modificações da gestação ainda estarão ocorrendo (BRASIL, 2001). Durante a internação hospitalar no período pós-parto, a puérpera utiliza o setor de alojamento conjunto (AC) da maternidade. O alojamento conjunto foi criado para promover um relacionamento favorável entre o binômio mãe-filho desde os primeiros momentos de vida do recém-nascido (RN), onde o mesmo permanece junto à sua mãe durante 24 horas por dia até a alta hospitalar (PASQUAL; BRACCIALLI; VOLPONI, 2010). Nesse momento, a mãe tem a possibilidade de cuidar diretamente do seu filho, ao mesmo tempo em que é assistida pela equipe de enfermagem. Esses profissionais, por sua vez, desempenham papel importante na educação das puérperas quanto aos cuidados essenciais ao RN, devem adotar uma postura diferenciada,

desenvolvendo através do conhecimento científico o compromisso e o envolvimento com a assistência a ser prestada ao binômio mãe-filho (PILOTTO; VARGENS; PROGIANTI, 2009). Pesquisas demonstram que a realização de atividades educativas voltadas para o desenvolvimento das habilidades maternas quanto aos cuidados do filho é de extrema importância, pois, é ainda no AC que a puérpera realizará os primeiros cuidados ao RN (SOARES; SILVA, 2003). Além disso, a equipe de enfermagem deve adotar uma postura diferenciada, desenvolvendo através do conhecimento científico o compromisso e o envolvimento com a assistência a ser prestada ao binômio mãe-filho (ODININO; GUIRARDELLO, 2010). Neste contexto, com a vivência das autoras atuando em AC, este estudo teve como objetivo conhecer a atuação da equipe de enfermagem no alojamento conjunto em relação às orientações dos cuidados ao recém-nascido na visão de puérperas, no município de Dourados-MS, Brasil. Método do estudo: Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva de corte transversal realizada mediante aplicação de questionário em 28 puérperas assistidas em três Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) no município de Dourados-MS, no período de junho a setembro de 2011. Resultados: Das puérperas que participaram do estudo, identificou-se que 42,86% possuíam idade entre 19 a 25 anos, 71,43% identificaram-se como brancas e 39,28% estudaram até o ensino médio; 53,57% solteiras e renda familiar de até três salários mínimos (75%). O estudo demonstrou que 25 puérperas (89,28%) receberam orientações em relação aos cuidados com o RN. E que, as orientações foram realizadas pela equipe de enfermagem (20,0%) ou por acadêmicos de enfermagem (80,0%). Com relação à equipe de enfermagem, as mulheres não souberam diferenciar quem realizou as orientações (enfermeiro, técnico em enfermagem ou

auxiliar de enfermagem). As orientações recebidas foram sobre aleitamento materno (100%), banho (100%), cuidados com o coto umbilical (100%), vacinação (100%), troca de fraldas (100%) e outros (7,4%). Além disso, nenhuma puérpera participou de atividades educativas (palestras, roda de conversa, vídeos informativos, etc.). As orientações realizadas abordavam temas como aleitamento materno, banho, cuidados com o coto umbilical, vacinação e troca de fraldas. As principais orientações dos cuidados mediatos do RN devem ser realizadas no ambiente hospitalar, e englobam banho, troca de fralda, importância do aleitamento materno e pega correta, curativo do coto umbilical e tamanho adequado da fralda para evitar infecções e dermatites. E para isso, é necessária uma equipe de enfermagem preparada e treinada. As puérperas também relataram pouco envolvimento da equipe de enfermagem no auxílio dos cuidados com o RN. Isso pode ser observado, pois apenas duas puérperas receberam ajuda da equipe de enfermagem. E, segundo as mesmas, o auxílio só ocorreu porque estavam com dificuldades na amamentação. Na maioria dos casos as mulheres contaram apenas com apoio de familiares. Entretanto, verificou-se que grande parte das orientações foi feita por acadêmicos de enfermagem. Das mulheres que receberam orientações da equipe de enfermagem, nenhuma soube diferenciar qual profissional de enfermagem que realizou tal orientação (enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem). As orientações realizadas abordavam temas como aleitamento materno, banho, cuidados com o coto umbilical, vacinação e troca de fraldas. As principais orientações dos cuidados mediatos do RN devem ser realizadas no ambiente hospitalar, e englobam banho, troca de fralda, importância do aleitamento materno e pega correta, curativo do coto umbilical e tamanho adequado da

fralda para evitar infecções e dermatites. E para isso, é necessária uma equipe de enfermagem preparada e treinada (ODININO; GUIRARDELLO, 2010). Outro ponto importante foi em relação à educação em saúde. Nenhuma das entrevistadas participou de atividades educativas, o que vai contra a regulamentação do Ministério da Saúde. Segundo a Portaria MS/GM nº 1016/93 o AC foi criado com o intuito de incentivar a lactação e o aleitamento materno, favorecendo o relacionamento do binômio mãe/filho e o desenvolvimento de programas educacionais de saúde (BRASIL, 2001). De um modo geral, as mulheres mostraram-se satisfeitas com a assistência recebida. Entretanto, deve-se ter em mente que na maioria dos casos as orientações foram realizadas por acadêmicos e não pela equipe de enfermagem. Outro aspecto que contribuiu para tal avaliação foi o fato da maternidade vinculada ao Sistema Único de Saúde ser pertencente a um hospital-escola, onde é comum a presença de acadêmicos de diversos cursos da área de saúde. Considerações finais: De acordo com a análise dos dados concluiu-se que a maioria das puérperas é adulta jovem, branca, escolaridade entre ensino fundamental incompleto e médio completo, renda familiar baixa, múltipara e que realizou assistência pré-natal com profissional enfermeiro. Além disso, houve predomínio de parto normal e ausência de intercorrências durante a gestação. Além disso, as puérperas receberam auxílio apenas de familiares com os cuidados com o RN. A equipe de enfermagem auxiliou apenas em casos de extrema necessidade, como dificuldades na amamentação. E, as atividades educativas foram inexistentes. Apesar das orientações realizadas pela equipe de enfermagem serem precárias, as puérperas avaliaram como adequadas as orientações recebidas. Por fim os resultados desta pesquisa apontaram pouco

envolvimento da equipe de enfermagem no acolhimento das mulheres no alojamento conjunto, deixando essa tarefa em grande parte para acadêmicos, ficou clara a necessidade de estratégias que visem uma melhor assistência da equipe de enfermagem ao binômio mãe-filho.

OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM PÉ DIABÉTICO

Aloma Renata Ricardino, Maria Gorette dos Reis, Marisa Dias Rolan Loureiro, Andréia Insabralde de Queiroz Cardoso, Maria de Fátima Meinberg Cheade, Karine Mattos

Palavras-chave: diabetes melito, pé diabético, cuidados enfermagem

APRESENTAÇÃO: No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas um grave problema de saúde pública. Dentre as DCNT, o Diabetes Melito (DM) é a terceira maior causa de morte, correspondendo a 5,2% dos casos, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório (31,3%) e câncer (16,3%)¹. Em 2014 o número de diabéticos no mundo era de 387 milhões, com uma estimativa de mais 179 milhões de casos não diagnosticados, os quais foram responsáveis por gerar despesas mundiais de 612 bilhões de dólares. Somente no Brasil, no mesmo ano, havia 11,6 milhões de diabéticos, estimando 3,2 milhões de casos não diagnosticados e o custo por pessoa com diabetes por ano de 1.527,6 dólares². Uma das complicações crônicas mais frequentes do DM é o pé diabético, que caracteriza-se pela presença de lesões nos pés, resultantes de alterações vasculares periféricas e/ou neurológicas peculiares do DM, constituindo-se pela tríade: neuropatia, doença vascular periférica e infecção. Caso esse agravo não seja reconhecido e tratado precocemente pode evoluir para gangrena e até mesmo amputação do membro^{3,4}.

Dessa forma, o presente estudo objetiva evidenciar através de pesquisa bibliográfica quais os cuidados de enfermagem destinados aos pacientes com pé diabético. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma revisão integrativa de literatura. A base de dados utilizada foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a busca ocorreu no mês de julho de 2015. Os critérios de inclusão foram: publicações do período de 2010 a 2014, em formato de artigo científico, apresentação em textos completos e escritos em língua portuguesa. A busca utilizou os seguintes descritores: cuidado de enfermagem ; pé diabético. A questão norteadora foi: Quais são os cuidados de enfermagem ao paciente com pé diabético presentes nos artigos científicos da atualidade? **Resultados:** A busca na base de dados originou um total de 15 artigos, sendo que destes 7 apresentavam-se duplicados, resultando em 8 artigos que fazem parte dessa revisão integrativa referente aos cuidados de Enfermagem destinados aos pacientes com pé diabético. As intervenções de enfermagem são cuidados que se baseiam no julgamento clínico e no conhecimento científico, visando resultados satisfatórios nos cuidados de enfermagem prestados ao paciente. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é atividade exclusiva do Enfermeiro. No que tange aos cuidados prestados aos pacientes com pé diabéticos, os Diagnósticos de Enfermagem (DE) mais frequentes utilizando a taxonomia da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) foram: controle ineficaz do regime terapêutico; nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; disposição para o controle aumentado do regime terapêutico; comportamento de saúde propenso a risco; controle eficaz do regime terapêutico⁵. Os artigos selecionados para este estudo mostraram que há uma concordância científica no que diz respeito às características sócio demográficas e clínicas das pessoas com DM.

Essa população é composta principalmente por: mulheres, idosas, com baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, sem lesões/amputações de pé^{6,7}. Levando em consideração as características supracitadas, pode-se verificar que existem algumas semelhanças com os fatores de risco para amputação por pé diabético, dos quais podemos destacar: a idade, os fatores socioeconômicos e escolaridade. Além desses ainda temos: tempo de diagnóstico do diabetes; vasculopatia e neuropatia; e, número de moradores no domicílio maior que dois⁷. Quanto ao conhecimento dos pacientes em relação a sua doença, ficou evidente que grande parte dos diabéticos tem conhecimento sobre as formas de prevenção do pé diabético⁸. No entanto, uma das pesquisas mostrou que muitos sujeitos ainda não haviam realizado exame dos pés desde o diagnóstico de DM⁹. O enfermeiro e a equipe de enfermagem devem estar preparados para a realização de ações diagnósticas intensivas e precoces. Desse modo verifica-se a importância da avaliação dos riscos e realização das intervenções em momento adequado, destacando que o enfermeiro deve tomar para si a responsabilidade de avaliar os pés dos pacientes nas consultas de rotina. Cabe ao enfermeiro ainda a realização de ações de educação em saúde direcionada as neuropatias periféricas, melhorando o conhecimento do paciente e de seus cuidadores^{3,7}. Tanto a unidade de saúde quanto o enfermeiro tem papel importante no desenvolvimento de atividades de promoção a saúde, buscando envolver a população, instigando-os a corresponsabilidade, principalmente em relação ao autocuidado, incluindo os familiares para criar vínculo com o serviço, melhorar o conhecimento e ressaltar a importância dos cuidados que a pessoa com diabetes deve ter com os pés^{6,8}. O processo de ensino aprendizagem referentes ao manejo de sua doença como foco na

consulta em enfermagem, deve objetivar a implementação do controle metabólico, prevenção de complicações agudas e crônicas e melhora na qualidade de vida⁵. Isso porque as pessoas almejam cuidados além da doença, que contemplem sua singularidade, e informações claras sobre os procedimentos realizados e sobre sua doença¹¹. É imperativa a otimização das consultas de enfermagem ao paciente com pé diabético, sendo imprescindível cumprir todas as etapas minuciosamente a fim de prevenir complicações¹⁰. Os gestores devem atentar-se para a necessidade de avaliar sistematicamente os programas de atenção básica e uso de estratégias de atenção a saúde, baseando-se em tecnologias leves e médias na prevenção de complicações de membros inferiores⁹. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os principais cuidados descritos referem-se à consulta de enfermagem de qualidade, com avaliação precoce e contínua do pé diabético, implementação de ações para o controle metabólico, prevenção de complicações agudas e crônicas, melhoria da qualidade de vida, processo de educação em saúde do paciente e dos familiares ou cuidadores, com vistas ao processo de auto cuidado e corresponsabilização. Fica evidente nas publicações científicas que enfocam os cuidados de Enfermagem ao paciente com pé diabético, que muito ainda deve ser feito para aperfeiçoar este cuidado na atenção a saúde.

OS TERRITÓRIOS E AS REDES VIVAS DE SAÚDE NO TRABALHO DOS CATADORES E DAS CATADORAS DE RESÍDUOS SÓLIDOS NO MUNICÍPIO DE MANAUS/AM

Denise Rodrigues Amorim, Julio Cesar Schweickardt, Rodrigo Tobias Lima

Palavras-chave: Trabalho, participação social, territorialidade, redes vivas de saúde

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho propõe uma investigação sobre os catadores de materiais recicláveis no município de Manaus e suas relações com o território urbano e formação de redes vivas de saúde. A proposta se insere num projeto maior que busca fazer a relação entre a territorialidade de grupos sociais com os territórios e as redes vivas de saúde na Amazônia. A temática se apresenta relevante porque ainda são poucos os estudos no âmbito da saúde coletiva sobre este grupo que vive e sobrevive da coleta de lixo. Outro aspecto importante é que essas pessoas são invisíveis às políticas públicas de saúde. Do mesmo modo, passam despercebidos os usos e a percepção sobre o território urbano. O Movimento Nacional de Catadores de Materiais Recicláveis – MNCR (2015) informa que há 600 cooperativas formais de catadores e estão registrados 40 mil profissionais, mas estima que no país há em torno de 800 mil pessoas atuando nesta atividade, sendo a maioria não organizada. A Pesquisa Nacional de Saneamento Básico (PNSB) 2008 identificou que 50,8% dos municípios brasileiros tem como destinação final dos resíduos, os vazadouros a céu aberto (lixões). A pesquisa apontou ainda que 26,8% das entidades municipais que faziam o manejo dos resíduos sólidos em suas cidades sabiam da presença de catadores nas unidades de disposição final desses resíduos. Tal atividade é exercida, basicamente, por pessoas de um segmento social estigmatizado pelo mercado de trabalho formal, que têm na coleta de materiais recolhidos nos lixões ou aterros uma fonte de renda que lhes garante a sobrevivência. Não se tem conhecimento, dentro da escala de valores das categorias profissionais, de nenhuma outra atividade que seja tão marginalizada e desprestigiada socialmente como o trabalho dos catadores. Observando estes aspectos, este estudo exploratório pretende investigar e analisar

as condições de trabalho destes sujeitos na relação com o território e as redes que os mesmos constroem para responder às questões de saúde, tanto as informais quanto as formais, como o Sistema Único de Saúde – SUS. Entendemos que a identidade social desse grupo está diretamente relacionada com a dimensão da organização social e com as noções de espaço e lugar. Neste sentido, norteiam esta proposta algumas questões: Como estes sujeitos constroem sua identidade no espaço social urbano a partir da organização social? Como os catadores acessam os serviços de saúde da rede municipal? Quais as redes de saúde que são acessadas por esses sujeitos no território vivo? Como a política de saúde identifica e compreende esse grupo social? Qual a noção e uso do território dos catadores? Como os serviços de saúde e suas equipes tem olhado para estes sujeitos, muitas vezes confundidos com populações de rua e que carregam sobre si o estigma do preconceito e da invisibilidade? Em outro ângulo, qual a percepção dos catadores quanto ao acesso e o atendimento nos serviços de saúde e o entendimento de prevenção e promoção da saúde? Como esses sujeitos constroem o seu cuidado? O lixo vem, cada vez mais, sendo ressignificado como produto de valor para a indústria de reciclagem no país, movimentando uma complexa cadeia onde os catadores se apresentam como os primeiros agentes desta linha, mas os últimos em reconhecimento e direitos. Ainda, como caminho na pesquisa, investigaremos as iniciativas de articulação coletiva dos catadores que surgem como tentativa de diminuir a exclusão social e a precariedade do trabalho. Ao se organizarem, os catadores potencializam sua capacidade de mobilização de negociação com o poder público e outros setores da sociedade na busca de valorização e direitos. As cooperativas de trabalho, em geral, permitem incorporar os

trabalhadores que estão fora do mercado formal restituindo direitos, renda e cidadania. Desse modo, iremos pesquisar os catadores que estão organizados em torno do MNCR. A territorialidade desse tipo de profissional é outro aspecto a ser observado porque percorre o espaço urbano com olhos naquilo que é descartado e jogado. O espaço urbano é um lugar de produção de vida e de sustentabilidade, no qual os materiais recicláveis criam possibilidades de fazer relações e redes. Sendo assim, o espaço da rua também é um lugar de saúde, de multiplicidade preenchida por diferentes sentidos e de produção de redes vivas. O tema de rede tem sido cada vez mais requisitado e explorado na atualidade e se apresenta em vários contextos. A noção de Rede Viva aqui proposta se traduz como modo de produção das conexões existenciais de indivíduos e coletivos, em diferentes contextos de grupalidade e modos de viver, socialmente. Os catadores e catadoras, enquanto redes de existências possuem suas próprias éticas existenciais e modos de conduzir suas vidas, dentre outras lógicas diferentes de existir em um território dinâmico e vivo. Desta forma, nos interessa compreender essa territorialidade a partir de um público que percorre o espaço urbano cotidianamente sob a perspectiva do resíduo e do refugo da sociedade marcadamente capitalista. Os referenciais teóricos do estudo serão pela discussão das redes vivas e micropolítica do cuidado propostos por Merhy (2007), Franco e Merhy (2013) e Gomes e Merhy (2014). As referências de território vivo Merhy (2007) e Passos, Kastrup e Escóssia (2019); Ferlaetall (2015). Além disso, utilizaremos como referencial a produção das pesquisas do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA, especialmente em relação à educação permanente em saúde e a regionalização, organizada por Schweickardt et al (2015). A

metodologia será de pesquisa participante com a participação ativa dos catadores em todos os momentos da pesquisa, portanto, a pesquisa é de natureza compartilhada. Os catadores serão convidados a participar da pesquisa como pesquisadores e participar ativamente da construção do conhecimento. Realizamos atividades com os catadores, portanto, estes já estão na nossa rede de colaboração. Por outro lado, realizaremos uma prospecção com os profissionais de saúde da rede de saúde para que possamos nos aproximar das percepções desses sobre os catadores. O recurso do diário de campo será utilizado como uma forma de cartografar o território de vida dos profissionais catadores. Os resultados desta pesquisa pretendem contribuir com as políticas públicas, com o próprio movimento dos catadores tanto no aspecto da identidade como da participação social na saúde e podem subsidiar futuras iniciativas de intervenção.

PARTEJANDO A REDE CEGONHA: UMA CONVERSA ENTRE PARTEIRAS E SUAS CONEXÕES NA PRODUÇÃO DA VIDA E DO CUIDADO

Angela Schiffler, Brenna Santos, Sandra Cavalcante, Naila Feichas, Katherine Benevides, Luena Xerez

Palavras-chave: Cuidado em Saúde, Rede de atenção, Pesquisa Compartilhada, Parteiras, Amazonas

APRESENTAÇÃO: Este texto versa sobre a construção coletiva de uma pesquisa de âmbito nacional executada pela UFRJ e integrante do “Observatório de Políticas e o Cuidado em Saúde”, pesquisa intitulada: “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no

Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede; Quem faz e quem usa”, formando uma Rede de Avaliação Compartilhada (RAC) Universidade-SUS. Trata-se de uma investigação compartilhada, no sentido de produção de trocas e compartilhamentos entre diferentes sujeitos como trabalhadores da saúde, usuários, docentes e pesquisadores, constituindo um grupo interessado em trazer para a análise a produção do cuidado que, no campo da região norte – no Estado do Amazonas/AM, traz alguns componentes da Rede Cegonha. Esta rede temática é preconizada pelo Ministério da Saúde/MS como uma estratégia para a mudança do modelo de atenção ofertado às mulheres e crianças de até dois anos, a fim de ampliar e fortalecer a atenção, assistência e cuidado. Conta com parteiras na sua proposta de configuração. Nesse sentido, duas foram às entradas para a aproximação com o campo, a primeira em Manaus, acompanhando uma usuária como guia do processo investigativo, acessando seu caminhar em diversos pontos da rede assistencial, seus fluxos e conexões existenciais. A outra entrada está sendo acompanhar parteiras, de Manaus, municípios do entorno e do médio Amazonas, no que trazem de analísadores para pensar a rede. Ressalta-se que essas escolhas foram primeiramente discutidas e pactuadas com profissionais da Universidade do Estado do Amazonas/UEA, da FIOCRUZ-AM e do SUS local. Tanto a usuária como as parteiras estão como guias do processo investigativo e participantes da construção da RAC AM. Aqui se expressa alguns dos recolhimentos com a usuária guia em produção de diálogo com as narrativas de parteiras sobre seus modos de cuidar. OBJETIVO: Discutir a Rede Cegonha, a partir da produção micropolítica do cuidado, tomando como analisadores as narrativas de parteiras e uma usuária como guia da investigação. DESENVOLVIMENTO: A constituição da RAC no AM está ancorada em uma pesquisa nacional aprovada

pelo CEP, sob nº 876.385/2013. Com a intencionalidade de investigar os processos de cuidar, tomou-se o livro “Pesquisador In Mundo” como uma de suas referências para a construção de uma pesquisa interferência, investigação que se dá em acontecimento, que traz o encontro como dispositivo gerador de afecções, potência de ação, forjado em ato. O processo investigativo seguiu em movimentos cartográficos, trazendo os deslocamentos e os efeitos no campo. Para ampliar a discussão sobre a RAC e a Rede Cegonha no contexto amazônico, produziu-se um espaço para uma Roda de Conversas com e entre Parteiras no Encontro Regional da Rede Unida, realizado em Manaus, em outubro de 2015. Um espaço privilegiado onde as parteiras estavam como protagonistas, dando visibilidade ao modo como cuidam de mulheres, afetando e sendo afetadas, pois se vinculam a vida. Trocas e compartilhamentos sobre suas experiências, histórias de vida e de partejar, em uma conversa entre elas e os participantes da roda e entre todos nós os envolvidos. RESULTADOS E DISCUSSÃO: Os números absolutos da mortalidade materna estão altos no Amazonas e vem crescendo nos últimos seis anos, de 91,8/100.000 em 2009 para 93,6/100.00 em 2014, mesmo em Manaus onde essa taxa vinha diminuindo, a partir de 2013, voltou a subir. A taxa de cesárea, outro, importante indicador para a redução da mortalidade materna, no Amazonas chega a 60%, quando deveria oscilar entre 10 e 15%. Estes números causaram incomodo e provocaram a necessidade de abrir um campo que nos permitisse de forma curiosa e ativa olhar para as práticas, fazeres e saberes de modo que, ao questioná-los, também nos deslocássemos para trazer novos pontos de vistas. Isto se deu pelos movimentos pelas redes vivas, exatamente o que aconteceu no encontro vivenciado com parteiras e com os encontros com a usuária guia e suas redes de conexões existenciais. A usuária guia

vivenciou: insegurança, desde o período do seu pré-natal; volta para casa com medo de “perder a hora”, de perder seu filho; constrangimentos nos atendimentos e múltiplos toques; divergências em avaliações e condutas; falta de escuta e de olhar atento e criterioso às suas necessidades. Na roda de conversa com parteiras, onde estavam presentes a parteira guia “N” e, mais nove parteiras, sendo uma delas do Pará, as narrativas seguiram sobre os modos de cuidar, a prática de “pegar barriga” e o estímulo para que a mulher se sinta fazer do momento do parto um momento especial, com conversas e, por vezes, sorrisos e cantorias, escuta e olhar atentos e centrados na mulher, pois interessa o que ela quer, sem que precise passar por constrangimentos, oferecer o melhor para a hora do parto - aliando o saber tradicional e a criatividade para o alívio das dores, o conforto e a segurança da mulher antes, durante e depois do parto. Dessa forma, as parteiras como cúmplices e parceiras, apresentavam a mulher como protagonista do nascimento do seu filho, ambas comprometidas com a cena. As reflexões sobre os modos de cuidar precisam ser ampliadas: Qual mesmo o lugar dos saberes que produzem vida, do saber cuidadoso, na rede cegonha? O que é mesmo partejar? Como a arte de partejar se manterá pelas gerações? Como a usuária guia poderia ter experienciado uma gravidez sem tanto medo, angustias e ansiedades? CONSIDERAÇÕES FINAIS: A investigação compartilhada tendo uma usuária como guia e a experiência vivenciada com parteiras, em produção de narrativas, reforça a ideia de que precisamos nos atentar para a micropolítica da produção do cuidado, trazendo a mulher em sua centralidade. As parteiras em seu saber tradicional e em seus encontros produtores de afecções nos falaram sobre isso, ao trazer da delicadeza dos modos de cuidar da vida - Uma dobra necessária da arte de partejar com a Rede Cegonha.

PARTO HUMANIZADO: DESENVOLVIMENTO SEGUNDO A RDC 36/2008 EM UM HOSPITAL DE ENSINO

Sandie Lauren Kahl Mueller Kovalski, Thiago Pereira Kovalski, Daiane Picolotto, Scheila Tatiani Kiraly, Regina Helena Medeiros

Palavras-chave: Humanização, Assistência de enfermagem, Obstetrícia, RDC nº 36/2008

INTRODUÇÃO: De acordo com a Política Nacional de Humanização, “humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”. A humanização no momento do parto implica em atitudes acolhedoras, delicadas e afetuosas dos profissionais de saúde em relação à parturiente, respeitando os tempos de seus corpos e propiciando um ambiente agradável e confortável. Considerando a importância do parto humanizado para a promoção da saúde do binômio mãe-bebê e as dificuldades de implantação do mesmo, é de extrema relevância demonstrar a implantação e os fatores dificultadores desta. OBJETIVO: Descrever a aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, relativas a RDC nº 36, para o parto humanizado, em um centro obstétrico (CO) de um hospital de ensino da Serra Gaúcha, no período de 2005 a 2014, bem como comparar os requisitos da RDC nº 36 e os existentes em um Hospital Escola. Método: estudo transversal descritivo e comparativo, cuja coleta de dados ocorreu através da análise das legislações/diretrizes vigentes acerca do parto humanizado: Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000; Portaria nº 1.067 de julho de 2005 (institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal); Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal:

Portaria nº 067/2005; Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal: RDC nº 36/2008; Caderno HumanizaSUS volume 4: Humanização do parto e do nascimento/MS, 2014; Lei 11.108 de 7 de abril de 2005 (visa garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante no âmbito do SUS. Foram avaliados os requisitos que possuem estreita relação com a humanização do cuidado multiprofissional à parturiente, correspondendo, neste estudo à quatro requisitos: higienização das mãos; processos operacionais assistenciais; ambiência; equipamentos, materiais e medicamentos. As quatro diretrizes recomendadas pela RDC 36/2008 foram comparadas com o que já foi implantado no CO do hospital em estudo, de 2005 a 2014. O referido estudo foi aprovado pela Comissão Científica Editorial sob o protocolo nº 01/2015 e os pesquisadores assinaram um Termo de Confidencialidade. RESULTADOS: O hospital vem, desde 2005, introduzindo de forma gradativa as recomendações do Ministério da Saúde. Os itens descritos em relação ao Parto Humanizado na RDC nº 36/2008, incluídos neste estudo foram: higienização das mãos; processos operacionais assistenciais (acolhimento, recursos humanos, humanização); ambiência (quarto PPP); equipamentos, materiais e medicamentos. O acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Na instituição, o acolhimento é realizado pelo profissional enfermeiro e é fundamentado na escala Manchester (2008), adaptado a realidade e utilizado desde 2013. A técnica adotada para Higienização das mãos segue a recomendação ANVISA com 11 passos, e com 5 momentos de abordagem na parturiente. No CO existem locais em diferentes

ambientes para lavagem de mãos, como consultórios médicos, sala de admissão e sala de recuperação. Os benefícios dessas práticas são a redução de custos associados ao tratamento dos quadros infecciosos. Quanto a humanização da atenção e gestão da saúde, segundo a RDC nº 36/2008, desde 2013, são contempladas medidas para a humanização do trabalho de parto como: alívio da dor com bola suíça e massagem, deambulação, banho de chuveiro e a presença de acompanhante e o alojamento conjunto. O CO possui chuveiros contendo barras para suporte e cadeira, podendo ser utilizado a bola nesse momento e acompanhamento do familiar. Este método é utilizado em 90% dos partos normais, com aderência de 100% da equipe. O hospital investe continuamente em capacitações. Utiliza-se o parto Leboyer ou parto sem violência. São realizados em torno de 10 partos deste tipo mensalmente, pois não são todos os médicos que aderiram a técnica. No Contato pele a pele, o RN a termo com boa vitalidade deve ser posicionado sobre o abdome da mãe por, no mínimo, um minuto, até o cordão umbilical parar de pulsar, para só então realizar-se o clampeamento. Após realizado o atendimento e o RN, em condições adequadas, ele é colocado no seio materno. No caso de parto cesárea, após o atendimento do RN, se o mesmo estiver em condições adequadas é levado até a mãe, juntamente com o familiar, com estímulo ao aleitamento materno. Segundo a RDC nº 36/2008, os serviços devem possuir equipamentos, materiais e medicamentos para prestar assistência ao parto normal sem distócia e cirúrgico, instrumentos para parto vaginal operatório, incluindo materiais para alívio não farmacológico da dor, materiais de emergência para reanimação, medicamentos para urgência e emergência clínica e básicos para uso obstétrico, nos quais, também, são contemplados. Os principais medicamentos utilizados no CO

são: sulfato de magnésio, misoprostol, anestésicos peridurais, ocitocina e AZT. Houveram 406 partos, de janeiro a março de 2015, sendo 215 normais e 188 cesáreos. A alta taxa de partos cesáreos deu-se em função da referência para gestantes de alto risco no serviço, atendendo a demanda de 49 municípios com uma população de um milhão de habitantes. E a partir do mês de fevereiro houve a implantação de um protocolo institucional onde é direito da parturiente com um parto cesárea anterior, optar por realizar parto cesariana ou parto normal. Este protocolo apresenta respaldo legal e é baseado no manual técnico de gestação de alto risco do Ministério da Saúde, de 2010. Porém, para um estudo mais específico sobre o tema, faz-se necessário analisar as indicações do parto cirúrgico, de cada caso. Observa-se que os fatores dificultadores ao processo de parturição hospitalar, tanto em nível de saúde pública quanto privada, são centrados no modelo biomédico e nas tecnologias duras, e esta concepção pode incidir diretamente nas elevadas taxas de cesarianas, muito maiores do que os 15% recomendados pela OMS. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Em 10 anos o hospital conseguiu adequar-se nos processos de trabalho e cuidados humanizados ao parto, priorizados pela RDC nº 36, exceto no quesito de área física, como corredor próprio para deambulação e banheira para parto normal, o que atualmente a parturiente realiza esse cuidado de deambulação no próprio corredor interno do CO sob acompanhamento do familiar e ou da enfermagem. Porém almeja-se que estes quesitos sejam contemplados na nova área em construção. A consolidação do processos de trabalho e de cuidado visando o parto humanizado são conquistas entre as equipes de saúde do CO.

PELE SAUDÁVEL E PREVENÇÃO DO MELASMA SOLAR

Wanderlane Fernandes da Silva Lacerda

Palavras-chave: Pele, Autoestima, Fotoproteção

Visualmente a pele bem tratada, com aspecto saudável, é um fator primordial para uma boa aceitação na sociedade e uma autoestima elevada. O rosto é considerado uma das maiores preocupações estéticas. A aparência da pele nesta região do corpo sofre com influências de diversos fatores como: variação hormonal, alimentação, estresse, incidência solar entre outros. o presente trabalho mostra de qual maneira estão prevenindo o melasma solar, tendo como principal objetivo avaliar a prevalência deste mal na população da cidade de Manaus. Foi realizada uma pesquisa com um questionário de 10 perguntas no primeiro semestre de 2015 nos frequentadores do balneário Ponta Negra, para avaliar o que utilizam para proteção dos raios solares. Espera-se que este trabalho possa contribuir com suas orientações quanto aos cuidados a serem adotados para amenizar os problemas causados pelo sol à população.

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE OS PROBLEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS

Rose Manuela Marta Santos, Tatiana Almeida Couto, Adilson Ribeiro Santos, Nathalie Oliveira Gonçalves, Sérgio Donha Yarid

Palavras-chave: Bioética, Ética, Atenção primária à saúde, Saúde da Família

INTRODUÇÃO: A Reforma Sanitária na década de 80 marcou a história das políticas públicas de saúde, pois, a atenção à saúde

que até então estava focada nas práticas hospitalares tomava outros rumos. A partir de então a saúde passou a ser direito de todos e dever do estado e após a reforma foram traçados novos moldes para a saúde pública, voltados para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população. Neste contexto, o Programa Saúde da Família - PSF foi implantado com intenção de uma reorientação na atenção à saúde, direcionando as práticas de saúde voltadas ao coletivo e a família, este programa posteriormente foi mais bem denominado como Estratégia Saúde da Família – ESF. A ESF é a porta preferencial de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde – SUS e tem como proposta o estabelecimento de vínculos, acolhimento dos usuários e resolutividade nas necessidades demandadas. A atenção à saúde se difere quanto ao nível como primário, secundário e terciário. Desta forma, os serviços oferecidos se diferem quanto aos cenários, instituições, as crenças e condutas dos profissionais e usuários e assim, as soluções dos problemas encontrados e, sendo assim, os problemas éticos encontrados na produção do cuidado também se diferem quanto ao nível. Os problemas éticos encontrados na atenção hospitalar estão bem descritos na literatura, pois, tais problemas são mais dramáticos que os da atenção primária. E, por conseguinte, é de suma importância a identificação destes problemas éticos pelos profissionais de saúde na APS, pois, tais problemas são menos percebidos neste âmbito por não se tratar de caso de vida e morte. A ESF por envolver uma assistência de alta complexidade e baixa densidade tecnológica é importante que os profissionais adquiram habilidade, além de identificar, solucionar os problemas éticos na produção do cuidado. Neste contexto, este estudo tem como objetivo analisar a percepção dos profissionais da Estratégia

Saúde da Família sobre os problemas éticos vividos na atuação profissional. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo exploratório com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 26 enfermeiros, 12 médicos e 15 cirurgiões - dentistas que compõem as equipes de Saúde da Família de um município do sudoeste da Bahia - Brasil. Para a coleta de dados foi utilizado o Inventário de Problemas Éticos na Atenção Primária em Saúde - IPE/APS que contém 41 questões em escala likert que visa à mensuração de problemas éticos na Atenção Primária à Saúde - APS. Os dados do IPE/APS estão divididos em 03 grupos e para este estudo foi abordado os dados do segundo grupo, que se refere às relações entre as equipes e é composto por 09 problemas éticos, onde, os profissionais assinalam se concebem a afirmativa como problema ético ou não. Válido ressaltar que o IPE/APS foi construído com base em estudos anteriores com profissionais da APS, onde foram apontados os problemas éticos que acontecem na atuação profissional. Desta forma, todas as afirmativas são consideradas como problema ético. Os dados foram analisados no SPSS 21.0, sendo utilizada a estatística descritiva demonstradas com frequência absoluta e relativa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, tendo recebido parecer favorável com o nº 475.600. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Com relação à afirmativa que diz: os profissionais das equipes de ESF atuam com falta de compromisso e envolvimento, todos os profissionais consideraram a afirmativa como um problema ético. Na afirmativa que diz: as equipes de saúde da família não colaboram umas com as outras, apenas 1 (3,8%) enfermeiro não considerou como um problema ético. A parceria entre as equipes próximas é salutar para a resolução imediata de alguns problemas que porventura possam acontecer, principalmente, no que diz respeito a falta de insumos. Nas

afirmativas que dizem respeito a existência da falta de respeito entre os membros da equipe da ESF e que os profissionais da equipe não apresentam perfil para trabalhar na ESF, todos os profissionais consideraram as afirmativas como problema ético. Com relação à dificuldade de cumprir, na prática, o papel e as responsabilidades de cada profissional da equipe de Saúde da Família, apenas 4 profissionais não consideraram como problema ético, sendo 3 (11,5%) enfermeiros e 1 (6,7%) cirurgião-dentista. Apesar de poucos profissionais não considerarem como problema ético, este é um problema que pode ocorrer quando alguns profissionais que estão inseridos na ESF não terem perfil ou afinidade para trabalhar na saúde coletiva. Todos os profissionais consideraram um problema ético na afirmativa: profissionais se omitem diante de uma prescrição inadequada ou errada. Na afirmativa: usuários pedem a um dos membros da equipe de saúde da família que os outros membros não tenham acesso a alguma informação relacionada à sua saúde, apenas 1 (3,8%) enfermeiro não considerou como problema ético. É importante ressaltar que é imprescindível manter a confidencialidade das informações dos pacientes e está expresso na carta dos direitos dos usuários da saúde, exceto quando autorizado pelo usuário, imposição da justiça ou quando seu estado de saúde coloque em risco a comunidade. Na afirmativa relacionada aos funcionários da UBS levantarem dúvidas sobre a conduta do médico da equipe da ESF, 2 profissionais não consideraram como problema ético, sendo 1 (3,8%) enfermeiro e 1 (6,7%) cirurgião-dentista. Referente aos usuários pedirem a um dos membros da equipe de saúde da família que os outros membros não tenham acesso a alguma informação relacionada à sua saúde, mesmo em situação em que seja necessária a participação da família no cuidado, todos os profissionais

consideraram como problema ético. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi possível notar que a maioria dos profissionais percebe as situações - problemas que lidam no dia a dia com problemas éticos. Porém, ainda assim, apesar de todas as afirmativas constarem como problema ético no IPE/APS, alguns profissionais entendem que não são. A não percepção destes problemas quer seja pelo fato de ocorrerem diariamente tornando-o como normal da rotina, quer seja pelo fato do profissional ter dificuldade em perceber e diferenciar os problemas existentes na APS pode gerar a não eficácia da resolução destes problemas. Pode-se perceber, portanto, a necessidade da formação continuada dos profissionais que atuam nas equipes de Saúde da Família, a fim de abrir espaços de diálogo e reflexão sobre os conflitos éticos vividos na atuação profissional.

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE OS PRESOS DE PENITENCIÁRIAS DE REGIME FECHADO LOCALIZADAS EM CUIABÁ - MATO GROSSO

Everton Rossi, Reni Aparecida Barsaglini

O presente relato de pesquisa parte da perspectiva de profissionais de saúde atuantes nos serviços de saúde internos a penitenciárias localizadas em Cuiabá/MT, sobre a população atendida – os presos. Ressalta-se que estes são sujeitos em situação de confinamento, no entanto, cidadãos que mantêm direito garantido constitucionalmente de acesso à atenção à saúde. Trata-se de percepções, diante das quais procedemos a uma tipificação dos presos e que apresentaremos neste trabalho. As tipificações são provenientes das interações sociais na vida cotidiana, em que são estabelecidas generalizações, com utilidade prática que facilitam o

pensamento e as ações. Diante de uma construção compartilhada socialmente, cotidianamente sedimentada por um acervo de conhecimentos prévios, os profissionais em seu trabalho empreendem uma classificação baseada em ideias generalizantes que circulam na sociedade mais ampla na qual se inserem, sintetizando experiências pessoais e alheias. Em um processo dinâmico tal classificação é elaborada e reelaborada no dia a dia pelas interações heterogêneas, pelas quais reúnem aspectos comuns numa só ideia, que as fixa e define, mas tais generalizações são refeitas permanentemente. Nesse sentido, parece útil a compreensão acerca da percepção, fundada na experiência, ou seja, baseada nas interpretações que transcorrem no cotidiano, que não se limita à prática profissional, uma vez que, envolve também valores dominantes e circulantes na sociedade. Trata-se de um recorte de estudo qualitativo mais amplo, inspirado em pressupostos da fenomenologia de Alfred Schutz, o qual compôs um banco de dados do material empírico advindo de entrevistas com 25 profissionais de saúde, fotos, diário de campo; coletados ao longo de 10 meses de trabalho de campo em três penitenciárias de regime fechado localizadas em Cuiabá/MT. Este banco de dados foi consultado para a produção dos dados aqui descritos. Assim, baseados nos relatos dos profissionais de saúde identificamos uma classificação subjacente dos presos como: 1) “instrumento de trabalho”, entendido como objeto sobre o qual incide a ação do trabalhador, no caso, profissionais de saúde aos quais cabe o cuidado daquela população, aplicando seus conhecimentos e práticas em corpos que manifestam desajustes orgânico-corporais em um ambiente de privação de liberdade vigiando para que a não atenção não venha compor a punição; 2) “seres humanos”- pressupõe um cuidado digno e ético, àqueles que incorreram erros, mas talvez

por isso mesmo, humano como todos; 3) “paciente/delinquente” - caracterizado pelo olhar neutro do profissional como alguém a ser cuidado como qualquer outra pessoa (paciente) e que se encontra em cumprimento de pena, porém sem ser julgado pela infração cometida o que já foi feito pelos órgãos da Justiça; 4) “vítimas das desigualdades sociais”- interpretados como sujeitos que não tiveram oportunidades sociais, tais como: de estudo, habitação, saúde, lazer, restando talvez, a alternativa de entrar para o mundo do crime, embutindo ainda, a ideia de que partes dos infratores da lei são provenientes da população socialmente desfavorecida, podendo comportar uma associação equivocada entre marginalização e pobreza. Identificamos, também, como critério classificatório grau de periculosidade dos presos os quais são informados: a) “por valores morais”- responsáveis pela manutenção da ordem social que, neste caso, as leis formuladas a partir dos conceitos éticos e morais são ignoradas, em que se destacam os delitos sexuais (atentado violento ao pudor, estupro, pedofilia); b) “pela liderança e capacidade de planejar fugas”- neste caso são citados com alto grau de periculosidade, talvez pelo poder, astúcia, influência e liderança que exerceram anteriormente à reclusão e que transpõem à instituição penitenciária, podendo causar possíveis desordens como motins e rebeliões. Tornam-se dessa forma, uma presença de grande ameaça para a segurança, vigilância e disciplina e, por conseguinte, para os profissionais de saúde e a toda penitenciária tanto para o desempenho das atividades como para a vida. Destaca-se que internamente, tais presos podem ser identificados pelo local de residência, ou seja, pelas alas específicas; c) “por antecedentes de delito de grande comoção e repercussão midiática”- presos envolvidos em crimes sexuais e chacinas estariam neste grupo de classificação,

especialmente pelas situações e práticas com certo requinte de crueldade, por vezes sem motivação aparente e com grande repercussão nos meios de comunicação. Em todos os casos, no entanto, observamos que os profissionais se esforçam em evitar que tais classificações influenciem o cuidado e, para tanto, empregam estratégias cotidianas como preferir não saber do delito cometido, pois acreditam que saber pode comprometer o cuidado ofertado. Há uma tentativa de manutenção da neutralidade, não emitindo juízos para não despertarem sentimentos como medo, raiva, que de certa forma poderia alterar o comportamento e a conduta frente aos presos. Por outro lado, há algumas situações que despertam a curiosidade em saber do delito cometido ou ficam conhecendo-o por acaso porque tais informações circulam pela unidade prisional via outros profissionais ou mesmo pela mídia. E, há duas situações em que os profissionais fazem questão de saber do delito: ao atender ou trabalhar no mesmo local (no caso dos presos que trabalham em diferentes setores da penitenciária, inclusive na enfermaria – são chamadas “celas livres” que foram selecionados e tem remissão de pena proporcionalmente aos dias trabalhados) e justificam por questões de segurança pelo fato de haver muitas mulheres como profissionais na área de saúde. A outra situação deve-se à categoria profissional que para atender precisa saber por que o preso está ali. Assim, a percepção dos profissionais acerca dos presos, oscila entre classificações diversas e às vezes não muito claras porque também embutem a compreensão repleta de imprecisão sobre o que leva as pessoas a cometerem delitos como algo inato ou construído socialmente. A este respeito nota-se outra classificação em que se distinguem aqueles sujeitos que quase acidentalmente cometeram delito, vistos como recuperáveis e, então, com potencial para ressocialização que

denominaram “reeducando mesmo” (embora institucionalmente todos assim sejam chamados); daqueles outros que parece terem se envolvido ou optado pela vida do crime quase como profissão (aqui notamos alusão a uma herança moral consanguínea e/ou de convivência com o mundo do crime) não apresentando potencial para recuperação, que alguns designaram de “preso-presos,” como sujeito que voltará à criminalidade. É oportuno lembrar que as reincidências atestam tal percepção. Conclui-se que a classificação pauta-se em grande parte pela periculosidade, pelo tipo de delito cometido e pela motivação ao crime oscilando no seu caráter físico e moral. Dessa forma, nota-se o esforço dos profissionais de saúde em desenvolver estratégias de lidar com a diversidade sociocultural da população em privação de liberdade a qual tem o direito à saúde formalmente garantida pelo Estado por meio do princípio da universalidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde. Assim, busca prover o cuidado equânime reconhecendo a diferença desta população e das suas necessidades, cujo contexto prisional imprime peculiaridades, mas que não justifica desigualdade de direitos.

PERCURSOS E OBSTÁCULOS DE UM TRANSEXUAL: UMA HISTÓRIA DE VIDA

Karen Weingaertner Del Mauro, Ana Paula Gossmann Bortoletti

Palavras-chave: Transexualismo, Políticas Públicas, Sexismo

APRESENTAÇÃO: O transexualismo possui vários significados de acordo com a necessidade de aplicação, seja ela biomédica através de um CID, seja jurista em artigos de leis, porém para este trabalho as que mais se adéquam são as definições dadas por Luiz Alberto David Araújo¹ e

Letícia Lanz². Luiz Alberto David expõe que não há dúvida de que o transexualismo é uma alteração da psique. Essa alteração, se examinada em cotejo com o padrão de regularidade (identificação do sexo psicológico com o sexo biológico), dificulta a integração social, que deve ser vista sob o prisma do transexual (como sujeito de direitos e obrigações como todos nós) e não sob o prisma da maioria, que, num primeiro momento, segrega, rejeita e impede essa integração.” Para Letícia Lanz: “Pessoa “trans” é aquela que está em permanente “trans-formação”, disposta a “trans-por” todos os obstáculos. É aquela pessoa que “trans-gride” regras e padrões de conduta, “trans-mitindo” à sociedade, de forma absolutamente “trans-parente”, novas ou inexploradas possibilidades de realização. Pessoa “trans” é aquela que “trans-cende” a si mesma, tentando expressar ao mundo a pessoa que ela realmente é, em vez da pessoa que o mundo acha que ela deveria ser.” . O direito à saúde no Brasil é fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária e está garantido na Constituição de 1988, que em suas diretrizes estabelece o acesso a saúde como sendo universal e igualitário. Quando consideradas estas diretrizes em muito nos deparamos com o seguinte questionamento: Universal e igualitária para quem? Nos fizemos esta pergunta porque, estes termos haveriam de ser livre de preconceitos e preconceitos em sua prática, porém sua aplicação dá-se por pessoas com histórias, costumes e certezas. Sob esta perspectiva o Ministério da Saúde lançou em 2013 a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), que tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das

desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais³. Objetivo: Este texto tem como objetivo compartilhar a breve história de vida de uma transexual até sua decisão de realizar a cirurgia de redesignação de sexo. Descrição da experiência: Este trabalho provém de um estudo acadêmico realizado em um hospital universitário no Sul do Brasil. Para a realização deste estudo de caso, foi selecionada uma paciente que submeteu previamente a uma cirurgia de redesignação de sexo. Foram respeitados os aspectos éticos e a identidade da paciente permaneceu em sigilo. Resultados: M.E.L. (nome fictício) nasceu em dezembro de 1980 na cidade de Porto Alegre. Relatou que desde muito cedo já notava que era diferente das outras crianças, pois não se identificava como um menino. Entre seus 6/7 anos de idade já tinha certeza que havia alguma coisa errada, pois não se via como homem, sempre teve medo de expor o que sentia. Aos 12 anos enquanto brincava com as primas, sentiu vontade de vestir as roupas das tias também, foi quando seu pai entrou no quarto e o tirou de lá com força gritando que filho dele não era marica e que assim que atingisse a maioridade o levaria em um “puteiro”. Foi relatado que por toda sua adolescência sempre foi amigo das meninas, pois sempre se identificou mais com elas. Com isso sempre foi alvo de piadas entre os garotos. Sua mãe descobriu que um amigo que ele tinha era “boiola” (gay) e o proibiu de andar com ele. Neste momento a M.E.L. relatou que enfrentou a mãe e disse que continuaria sendo amigo dele, pois era “boiola” também. A partir disso sua mãe não opinou, nem questionou mais suas amizades, mas nunca teve coragem de adentrar o assunto. Aos 14 anos seu pai, com 47 anos, faleceu após um AVC. Comenta que por mais que tenha sentido a perda, diz que Deus foi bom levando seu pai mais cedo, pois não saberia agir se seu pai ainda fosse vivo. Aos 19 anos tomou coragem e

contou como se sentia para a madrinha, sempre teve um afeto maior por ela. Relatou que não esperava a resposta que obteve, pois, sua madrinha lhe disse que sempre notara algo diferente nele, porém nunca quis questionar, pois aguardou uma atitude do afilhado. Após um ano relatou tudo para sua mãe, a qual não aceitou e negou o que estava ouvindo; M.E.L. disse que se ela não a aceitasse iria embora viver sua vida como sempre desejou. Com isso, sua mãe aceitou o caso, pois não queria que seu filho a deixasse morando sozinha. Relatou que com 23 anos começou a fazer programas em busca de prazer, nunca precisou contar com o dinheiro que recebia para sobreviver. Aos 25 anos iniciou tratamento hormonal por conta própria, fez a escolha do hormônio por pesquisa “boca de urna” com suas amigas. Aos 33 anos iniciou tratamento para o HIV. Soube através de amigas sobre a cirurgia de redesignação de sexo e foi até a UBS solicitar o encaminhamento para participar do programa, evidenciou que buscou o atendimento com um único propósito: o encaminhamento para o grupo, pois não gostava do atendimento recebido na UBS, por parte de alguns funcionários. Apesar de ter um nome feminino, o médico da unidade desrespeitava sua identidade de gênero chamando-a sempre por seu nome masculino. Após dois anos em participação assídua no grupo e realizada todas as consultas, foi encaminhada para o urologista onde foi agendada a data em que seria realizado o procedimento. Internou no hospital em maio de 2015, a cirurgia foi realizada no dia 8 de maio. Considerações Finais: Por meio deste estudo de caso, pôde-se observar as dificuldades enfrentadas por membros do grupo LGBT, tanto no que tange o círculo familiar e social, quanto no acesso aos serviços. Observou-se o preconceito no acesso a atenção básica, ao modo que era preferível pagar por uma consulta particular, ou mesmo, permanecer

doente, do que procurar atendimento e ser exposta ao preconceito. Trazendo à tona o questionamento: Universal e igualitário para quem? Considera-se, a importância de debates acerca do tema com as equipes de saúde, principalmente na atenção básica considerada a porta de entrada da população. É de suma importância que esta porta permaneça aberta para que todo e qualquer usuário dos serviços de saúde, incluindo a população LGBT sejam acolhidos e atendidos com dignidade e livre de preconceitos.

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS QUEIMADURAS: EVIDÊNCIAS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Gabriela Oliveira Parentes da Costa, Josué Alves da Silva, Ariane Gomes dos Santos

Palavras-chave: Queimaduras, enfermagem, terapêutica, assistência e diagnóstico

APRESENTAÇÃO: Queimaduras são lesões dos tecidos orgânicos, ocasionadas por agentes químicos, físicos e biológicos. Podem ser classificadas quanto à profundidade. Primeiro grau, quando as lesões atingem somente a camada epidérmica; segundo grau, quando há comprometimento da epiderme e a camada superficial ou profunda da derme; e, terceiro grau acometendo, além da pele, outros tecidos como o subcutâneo, músculos, tendões e até mesmo os ossos. Quanto maior a área corporal queimada, maior o índice de mortalidade. As causas mais frequentes das queimaduras são exposição ao fogo, água fervente, corrente elétrica, agentes químicos, solução cáustica, entre outros. No Brasil, o número de Centro de Tratamento de Queimados é desproporcional à demanda. A complexidade no tratamento de queimados requer investimentos financeiros, adequação da infraestrutura

e equipe especializada e preparada. A realização desse estudo justifica-se pela necessidade de compreender o perfil de pacientes acometidos por queimaduras, bem como verificar como ocorre o trabalho da enfermagem diante dessa problemática, identificando as dificuldades encontradas na assistência ao binômio paciente e familiar. Tendo como principal objetivo verificar a importância da assistência de enfermagem a pacientes queimados. Os objetivos específicos: identificar o perfil clínico e epidemiológico do paciente acometido por queimaduras; identificar os principais desafios da equipe de enfermagem no cuidar do paciente queimado e evidenciar subsídios científicos que contribuam para assistência de enfermagem por meio da aplicabilidade do Processo de Enfermagem (PE) a pacientes e familiares de pacientes queimados.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com abordagem qualitativa. Este estudo foi guiado pela seguinte questão norteadora: Quais as evidências disponíveis sobre os cuidados de enfermagem a pacientes vítimas de queimaduras? O período da coleta de dados foi de setembro 2014 a janeiro de 2015 na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, por meio das bases de dados LILACS, SciELO, IBICS e MEDLINE. O recorte temporal foi de 2000 a 2014. Para sistematizar a coleta da amostra foram utilizados descritores controlados, todos de acordo com BIREME.

RESULTADOS: Vários estudos concluíram que os indivíduos do sexo masculino são os que mais se envolvem em queimaduras e as causas prevalentes são contatos acidentais com líquidos quentes e manejo de álcool e a maioria ocorreram em ambiente doméstico atingindo principalmente os membros superiores. Em relação ao perfil epidemiológico das queimaduras em crianças e adolescentes dois estudos transversais com 182 e 382 pacientes, respectivamente,

também encontraram os mesmos desfechos dos autores já citados, além da maior incidência em menores de 6 anos. Segundo a classificação, as queimaduras de 1^o e 2^o graus foram as mais prevalentes. O ambiente doméstico é o local onde ocorre a maioria das queimaduras sendo a cozinha o compartimento da casa com maior índice dessas ocorrências principalmente com líquidos superaquecidos e ocorrem geralmente ao se puxar panelas quentes sobre o fogão, mexer com lamparinas, velas entre outros, comprometendo na maioria das vezes os membros superiores. O álcool é um produto inflamável e de livre comercialização no Brasil, sendo utilizado para limpeza doméstica, combustão de lenha, carvão e armazenado em locais de fácil acesso. Este produto foi a segunda substância com maior envolvimento em acidentes por queimaduras. Em 2002, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) por meio da Resolução Nº 46, proibiu a fabricação e a venda do álcool líquido a 96º GL (Gay-Lussac) no País, sendo permitida a venda em concentrações iguais ou menores que 54º GL e até o volume de 50 mililitros. Durante os 6 meses de proibição da venda desse produto houve a redução de 60% (90 mil adultos e 27 mil crianças) no número de acidentes com esse produto. Entretanto, uma liminar a favor de um grupo de fabricantes do produto foi concedida e os números de acidentes por queimaduras voltaram a subir. A falta de informação pode ter influência direta sobre os altos índices de queimaduras uma vez que 90% dos pacientes pesquisados possuem baixo nível de escolaridade. Um estudo em que buscou conhecer as perspectivas da equipe de enfermagem em cuidar de pacientes queimados evidenciou que os entrevistados sentem prazer em poder contribuir na evolução da melhora do quadro clínico do paciente e o êxito do empenho refletido no momento da alta hospitalar. Os desafios

enfrentados pelos profissionais segundo o estudo foram: o choque inicial ao se deparar com o paciente, a dificuldade em lidar com o julgamento de culpa do familiar, no caso a mãe em relação a como ocorreu o evento da queimadura afetando a relação da equipe com o paciente e família. Também citaram o despreparo para trabalhar com crianças, o convívio com o sofrimento do paciente e sua dor e a necessidade de maior preparo por parte das instituições de ensino na formação dos futuros profissionais para atuarem nessa área. Muitos profissionais possuem um sentimento de impotência diante da dor do paciente, além de estresse da equipe em lidar com essa situação. Para alguns profissionais o setor de queimados foi o mais difícil que tiveram que exercer durante a profissão. Além do estresse, relataram ainda sentimento de impotência em lidar com a dor do paciente queimado e dificuldades em trabalhar com pacientes que já tentaram suicídio. Além das dificuldades físicas e emocionais com as quais os enfermeiros têm que conviver existem também as dificuldades em programar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Devido principalmente ao tempo despendido para documentar manualmente as informações e a falta de recursos tecnológicos para ajudar nesse processo. Dois autores fundamentados cientificamente, implementaram um Software (PROGQUEM) para aplicação do PE em uma unidade de queimados, esse sistema mostrou-se eficaz na organização das informações das etapas do processo, proporcionando agilidade e permitindo que o enfermeiro tenha mais tempo para cuidados diretos e individualizados aos pacientes. A inserção do prontuário eletrônico como um instrumento facilitador melhora a comunicação entre a equipe proporcionando rápida troca de informações sobre exames, necessidade de transferência internas, passagem de plantão, tomada

de decisões e principalmente a otimização do tempo, permitindo ao enfermeiro maior disponibilidade potencializando a resolutividade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O presente estudo mostrou a grande relevância da assistência de enfermagem a pacientes queimados. Observou-se que os fatores que causam queimaduras são evitáveis, na maioria das vezes, e que o aumento crescente de estatísticas sobre queimaduras a tornam um grave problema de saúde pública. Dessa forma, torna-se importante a realização de educação em saúde nas escolas, hospitais, unidades básicas de saúde e na própria comunidade, a fim de evitar acidentes domésticos que culminem em queimaduras, isso contribuiriam para a diminuição da morbimortalidade causada por esse agravo. Torna-se importante a realização de trabalhos educativos sobre o tema em escolas já que as crianças e adolescentes também fazem parte do perfil epidemiológico das queimaduras. Esse estudo mostrou um avanço nas publicações entre os anos de 2011 a 2014, vislumbrando, assim, a elevação do interesse pela área em questão. Porém, ainda é necessária a realização de mais estudos para fortalecer as evidências sobre a assistência de enfermagem a pacientes queimados.

PERFIL DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA E AS REDES DE APOIO ACESSADAS POR ELAS NO PROCESSO DE CUIDADO

Talita Catarina Luiz

Palavras-chave: Enfermagem em Saúde Pública, Criança Portadora de deficiência, Família, Apoio Social

APRESENTAÇÃO: Estudo qualitativo descritivo com o objetivo geral de identificar o perfil das famílias de crianças com deficiência quanto à sua estrutura e

as redes de apoio acessadas por elas no processo de cuidado. **METODOLOGIA:** A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário semi-estruturado em uma Instituição não governamental que atende crianças com deficiência em Campo Grande, MS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). **RESULTADOS:** O estudo foi realizado com 42 famílias em que 70% era composta por 4 integrantes, em 90% as mães toma as decisões e assume os cuidados domiciliares das crianças, em 84% deixaram o emprego para assumir os cuidados com a criança e o pai passou a ser o suporte financeiro da família, e em 82% não receberam informações sobre as redes de apoio disponíveis que auxiliam no cuidado e desenvolvimento da criança. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Neste contexto as redes de apoio são fontes de fortalecimento para a família e para a criança no sentido de superar os sentimentos e as adversidades. Logo é fundamental que o enfermeiro consiga identificar as fragilidades da família para que possa atuar e transformá-las em pontos fortes

PERFIL DAS PARTURIENTES E SEUS RECÉM-NASCIDOS ATENDIDOS NA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL-ESCOLA EM MATO GROSSO DO SUL

Simone Sousa Oliveira Fonseca, Maria Auxiliadora de Souza Gerck, Cristina Brandt Nunes, Marisa Dias Rolan Loureiro, Lucyana Conceição Lemes Justino, Maria Lúcia Ivo

Palavras-chave: alojamento conjunto, período os parto

APRESENTAÇÃO: O AC favorece os cuidados da mulher para consigo mesma, para com o RN e, contribui para participação, integração e formação de vínculo emocional

com o pai e a família, possibilitando ainda à equipe de Enfermagem orientar à puérpera por meio de demonstrações práticas sobre higiene, nutrição e cuidados com o RN. Esse sistema integrado de internação tem como algumas de suas finalidades contribuir para a humanização da assistência, redução do tempo de internação, do número de reinternações e da incidência de infecções hospitalares cruzadas. **OBJETIVO GERAL.** Descrever as características da população de puérperas e recém-nascidos assistida no alojamento conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP). **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Delinear as características sociodemográficas da puerperal. Verificar os aspectos do RN quanto ao sexo, peso ao nascer e idade gestacional. **TIPO DE ESTUDO:** Estudo transversal e descritivo. **LOCAL DO ESTUDO.** O estudo foi realizado no AC da Maternidade do HUMAP, que é um hospital com gestão municipal e esfera administrativa federal, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde e possui 267 leitos. Sua clientela é oriunda de demanda espontânea e referenciada do Sistema Único de Saúde, constituída em sua maioria por mães adolescentes, RN prematuros e gestantes de alto risco. **POPULAÇÃO E AMOSTRA:** A população foi constituída por 238 puérperas e seus 239 RN (um caso de gemelaridade) que estavam internados na referida instituição no período de coleta de dados, de 25 de julho a 31 de outubro de 2013. Destas, 101 puérperas e 102 RN atenderam aos critérios de inclusão e apenas uma puérpera recusou-se a participar da pesquisa. A amostra foi selecionada por conveniência. Critérios de inclusão e exclusão Foram incluídas puérperas com idade igual ou superior a 18 anos, independente do tipo de parto e diagnóstico médico e, RN em qualquer idade gestacional sem diagnóstico médico de doenças e que estivessem exclusivamente em AC na

companhia da mãe. Foram excluídos os RN indígenas, quilombolas e com diagnóstico médico de doenças, bem como puérperas indígenas, quilombolas e aquelas privadas de liberdade. **COLETA DE DADOS:** A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista e exame físico, no período de 25 de julho a 31 de outubro de 2013. A consulta aos prontuários foi realizada para completar algumas informações necessárias. Aplicação do instrumento de coleta de dados Os históricos de Enfermagem utilizados à puérpera e ao RN foram previamente elaborados e testados por Gerck, Freitas e Nunes (2010), constituíram o instrumento de coleta de dados (ANEXO A). Os mesmos encontram-se embasados na Teoria de Enfermagem das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. A coleta dos dados ocorreu em um único encontro com a puérpera e seu RN. A aplicação do histórico de Enfermagem (composto pela entrevista e o exame físico) foi realizada pela pesquisadora. **VARIÁVEIS DO ESTUDO:** Variáveis relacionadas à puérpera Número de filhos vivos, escolaridade, Renda mensal, Situação laboral, Idade, Situação conjugal, Profissão/ocupação, Tipo de moradia, Condições de moradia: refere-se à casa própria, alugada ou cedida, Destino da água. Variável relacionada ao recém-nascido para caracterização das variáveis relacionadas ao recém-nascido tem: Sexo: refere-se ao sexo feminino e masculino; Peso ao nascer considerado o peso na primeira hora de vida, neste estudo classificado como baixo peso menor que 2.500 g e peso normal igual ou maior que 2.500 g (BRASIL, 2011); Idade gestacional: refere-se à duração média normal da gestação em semanas. **TRATAMENTO DOS DADOS:** Os dados obtidos foram agrupados e relacionados segundo o objetivo desta pesquisa. Foi categorizada em bancos de informações no software Microsoft Office Excel® 2010 e submetidas à análise estatística simples

(frequência e percentual). **ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS:** A realização da pesquisa foi autorizada pela instituição e foi assinado o Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Prontuários em Projeto de Pesquisa, para consulta aos prontuários das puérperas e RN. Por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as puérperas foram informadas, quanto ao objetivo deste estudo, do seu caráter sigiloso, e que se decidissem não participar da pesquisa não sofreriam prejuízos na assistência que lhes estava sendo prestada no momento, bem como ao seu RN, durante o período de internação na instituição. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e aprovado em 26 de março de 2013, sob Parecer n. 248.935. **RESULTADOS:** Fizeram parte do estudo 101 (42,43%) das 238 puérperas e 102 (42,67%) dos 239 RN internados na Maternidade do HUMAP, no período em que os dados foram coletados, 25 de julho a 31 de outubro de 2013. As puérperas que não atenderam aos critérios de inclusão totalizaram 137 (56,56%). Este número justifica-se, pois a instituição estudada é referência para gestação de alto risco destino da água a fossa séptica. Dos 102 RN estudados, 60 (59,4%) eram do sexo feminino, 58 (57,4%) foram classificados como termo completo e 98 (97%) possuíam peso igual ou maior que 2.500 g. **DISCUSSÃO:** Identificou-se que a maioria das puérperas é predominantemente jovem, estando entre 18 e 29 anos, consideradas pertencentes ao grupo de menor risco obstétrico. Quanto à escolaridade, 57 (56,4%) entrevistadas declararam ter estudado de dez a 13 anos o que corresponde ao ensino médio (completo ou não). Duas puérperas informaram ter concluído o ensino superior. Nenhuma delas declarou falta de escolaridade. Em relação à situação laboral, 74 (73,2%) puérperas encontravam-se desempregadas e, destas,

57 (58%) afirmaram dedicar-se aos cuidados do lar, o que reflete em uma dependência financeira em relação ao parceiro e, na redução da renda familiar. No presente estudo a renda familiar de 87 (86,1%) das puérperas era de um a três salários mínimos. Considerando as condições de moradia, ficou evidente que as puérperas residiam em moradias próprias com condições hidrossanitárias satisfatórias, ou seja, 98 delas (97%) residiam em casa de alvenaria, 42 (41,5%) em casa própria e 60 (59,4%) tinham como destino da água as fossas sépticas. Quanto ao perfil do RN, 60 (59,4%) eram do sexo feminino. A idade gestacional de 58 (57,4%) RN correspondeu ao termo completo. Relativo ao peso de nascimento, 98 (97%) RN nasceram com peso igual ou maior que 2.500 g. O peso ao nascer é considerado, na atualidade, como melhor preditor padrão de saúde do neonato. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os resultados obtidos estimularam a busca de conhecimentos e evidenciaram a importância de conhecer a população usuária desse serviço a fim de executar o planejamento e execução da assistência de enfermagem. Estudos que possibilitem a elaboração de intervenções de enfermagem direcionadas as necessidades da população estudada são necessários, objetivando o aprimoramento da assistência para a clientela em questão. Espera-se que a identificação dessas necessidades possa auxiliar na implementação do PE e, no favorecimento de ações rápidas e eficazes para resolução dos problemas encontrados.

PERFIL DE ADULTOS E IDOSOS CARCERÁRIOS COM SCORE POSITIVO PARA TRANSTORNOS MENTAIS

Juliana Ferreira da Silva, Dra. Gylce Eloisa Panitz Cruz, Bárbara Cristina Santiago Martins, Fabiana de Castro Sampaio,

Adriana Gonçalves de Oliveira, Patrícia Peres de Oliveira, Juliano Teixeira Moraes

Palavras-chave: Enfermagem em saúde comunitária, Enfermagem geriátrica, Saúde mental,

APRESENTAÇÃO: No Brasil, entre as décadas de 40 e 60, houve redução significativa da mortalidade, altos níveis de fecundidade e uma população jovem com expressivo crescimento. A partir do final dos anos 60 os níveis de fecundidade reduziram, desencadeando o processo de transição demográfica e, como resultado, o país vem apresentando um processo de envelhecimento acelerado nas últimas décadas, com modificações de impacto nos perfis epidemiológicos, sociais e culturais de sua população. Associado ao processo do envelhecimento, de transições e mudanças que envolvem adultos e idosos, em diferentes segmentos no país, registra-se uma frequência significativa de carcerários com 50 anos ou mais de idade. É fato que a detenção praticada no país pode trazer consequências à saúde e à vida do detento. O aprisionamento prolongado muitas vezes traz alterações na conduta psíquica, dificultando a reinserção social e familiar. Os transtornos mentais emergem, e podem ser frequentes, promovendo problemas maiores ao encarcerado, decorrentes muitas vezes do confinamento, superlotação dos espaços, ausência de visitas familiares e outros complicadores. Assim, embora a velhice não seja um sinônimo de doença, o envelhecimento pode resultar na presença de múltiplas delas, além de prejuízos e incapacidades com conseqüente deterioração da saúde dos idosos, sejam nos aspectos físicos e/ou mentais. Vários fatores associados ao aumento da idade podem predispor ao desenvolvimento de transtornos mentais, especialmente sintomas distímicos (depressão leve). No

aprisoamento carcerário, os efeitos sobre a saúde mental dos adultos e idosos podem ser percebidos apenas como alterações da idade avançada, não sendo tratados a tempo de evitar maiores complicações. O objetivo deste estudo, portanto, é caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico e de saúde dos adultos e idosos carcerários com escore positivo para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo transversal realizado em outubro de 2013 em um presídio, situado na região Centro-Oeste de Minas Gerais. Participaram da pesquisa ao todo 17 presidiários com 50 anos de idade ou mais. O National Institute of Corrections define presos mais velhos como aqueles com 50 anos de idade ou mais, pois embora indivíduos nesta idade que vivem em liberdade sejam considerados jovens, aqueles em situação de confinamento estão expostos a diversos fatores que aceleram o envelhecimento, como o convívio diário com outros detentos, situações de estresse, abstinência do álcool e outras drogas e as mudanças abruptas no estilo de vida para se submeter ao sistema carcerário. A coleta de dados foi realizada através de um questionário autoaplicativo, elaborado pelas pesquisadoras, organizado pelas seguintes seções: dados de identificação, caracterização do perfil sociodemográfico, econômico, de saúde, do comportamento sexual, do cárcere e a caracterização da saúde mental (humor). Na avaliação da saúde mental (humor) foi aplicado o Questionário de Rastreamento Psicogeriátrico (QRP), versão brasileira do Short Psychiatric Evaluation Schedule (SPES). Este questionário é composto por 15 questões no modelo sim/não, valendo um ponto cada resposta e o escore total é obtido quando somamos o número de respostas positivas. Assim, foi considerado o ponto de corte maior ou igual a seis pontos, porque apresenta um bom desempenho como indicadores de sintomas

psiquiátricos tipo distímia (depressão leve) sem conferir precisão diagnóstica. Por motivos estruturais do presídio envolvendo a superlotação e o quadro insuficiente de agentes penitenciários que poderiam garantir a segurança das pesquisadoras e dos detentos, não foi permitido acesso direto a eles, o que impossibilitou uma coleta de dados mais precisa. Diante disso, os participantes responderam questionário autoaplicativo, sendo o diretor de atendimento previamente capacitado pelas pesquisadoras para receber os envelopes contendo os questionários, lacrá-los e entregá-los aos detentos. O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. **RESULTADOS:** Do total de participantes da pesquisa, 64,7% apresentaram escore positivo para transtornos mentais, de acordo com o QRP. Considerando os aspectos sociodemográficos e econômicos destes participantes com screening positivo na avaliação da saúde mental, temos que 72,7% eram do sexo masculino, 91,0% com faixa etária entre 50 a 59 anos, 45,4% eram casados, 72,7% se declararam brancos, 81,8% tinham filhos e 63,6% moravam com pelo menos um membro da família ao serem presos. Em relação às condições de domicílio desses participantes, 54,5% tinham coleta de lixo, rede geral de abastecimento de água, rede de esgoto e iluminação elétrica, porém 27,3% não tinham coleta de esgoto e 9,1% não tinham abastecimento de água e esgoto. Quanto aos dados de escolaridade e renda, 36,3% dos participantes declararam tempo de escolaridade de 7 a 14 anos, 63,6% relataram não ser aposentados, 63,3% não recebiam renda no momento, 91,0% recebiam renda de até um a dois salários mínimos antes de ser preso e 100% dos participantes negou receber auxílio reclusão. Caracterizando o perfil de saúde dos participantes com screening positivo

na avaliação da saúde mental, 90,9% declararam possuir morbidades, 90,9% declararam utilizar medicamentos, 63,6% consideraram sua alimentação inadequada, 72,7% relataram já ter usado álcool e tabaco, 45,4% consideraram sua saúde ruim, 54,6% consideraram sua saúde igual ou pior que a de pessoas da mesma idade, 45,4% manifestaram média satisfação com a vida. Quanto ao atendimento de saúde no presídio, 63,6% declararam receber algum tipo de atendimento, sendo que destes, todos possuíam acesso à assistência médica, 42,8% recebiam apoio psicológico e 14,3% usufruíam de outros tipos de especialidades médicas. Em relação aos objetivos após atingirem liberdade penal, 81,8% dos participantes demonstraram o desejo de ficar com a família, 45,4% almejam procurar um novo trabalho e permanecer no trabalho no anterior, respectivamente e 9,1% revelaram a preferência por estudar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As condições oferecidas pelo sistema penitenciário brasileiro são deficitárias em circunstância violadora aos direitos humanos básicos. Um período prolongado de aprisionamento pode provocar alterações na conduta, proporcionando inclusive sequelas psíquicas, muitas vezes irreversíveis. A alta prevalência de transtornos mentais na faixa etária investigada pode contribuir para um prejuízo da saúde se considerar que os reclusos recebem uma assistência de saúde deficiente, o que pode interferir na qualidade da senescência, principalmente quando agregada ao confinamento, seja ele a curto ou longo prazo. Este estudo busca contribuir em direção à criação de novas pesquisas e estratégias de intervenção na prevenção e no tratamento da saúde mental para a população que envelhece no Brasil em sistemas carcerários.

PERFIL DE VIDA E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS DO ARQUIPÉLAGO DO COMBÚ-PARÁ: UM ESTUDO DE ENFERMAGEM

Tiago de Nazaré das Chagas e Chagas, Marília de Fátima Vieira de Oliveira, Sandra Helena Isse Polaro, Verediana Souza Uchôa, Geysse Aline Rodrigues Dias, Karina Faineda Silva Freitas, Milena Silva dos Santos

Palavras-chave: Idoso, cuidados de enfermagem, Atenção primária à saúde

APRESENTAÇÃO: No aspecto biológico, o envelhecimento humano pode ser compreendido por dois processos: o natural, que corresponde ao período de senescência e o que está condicionado a uma patologia, conhecido como período de senilidade. O primeiro corresponde à diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos e, em condições normais, não costuma causar qualquer problema, mas a senilidade, que sob condições de sobrecarga, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar patologias que requerem assistência. Envelhecer, para o censo comum, transforma-se em uma fase em que há declínio da saúde com predomínio de doenças vistas como inevitáveis e próprias da idade, no entanto, há a necessidade que esse período da vida se prolongue com bem estar e boa saúde e que o profissional de saúde enxergue o ser idoso na sua multidimensionalidade. As ações da Estratégia Saúde da Família (ESF) estão pautadas na visão ativa da intervenção em saúde, ou seja, não somente esperar a população chegar aos serviços de saúde para intervir. Deve-se interagir preventivamente, constituindo-se em instrumento real de reorganização de demanda. Além disso, reforçam-se as concepções de integração com a comunidade e o enfoque na atenção integral, evitando ações reducionistas

em saúde, centradas, somente, na intervenção biológica e médica. A Ilha do Combú encontra-se a uma distância de 1,5 km ao sul da cidade de Belém, e suas características estão inseridas dentro do panorama paisagístico-ambiental e humano amazônico, onde tempo e espaço se diferenciam dos lugares providos de equipamentos urbanos de alto impacto, como automóvel, construções de alvenaria, rede de comércio, indústria e serviços, e sendo o homem do lugar depositário das relações dos saberes da fauna, flora e da cultura para a manutenção e reprodução das condições gregárias da comunidade. É dividida em quatro comunidades diferentes, sendo esta divisão consequência da geografia dos rios onde “furos” e “Rios” separam as margens do rio Guamá, são elas: a comunidade do “Igarapé Combú”, “Furo de São Benedito”, “Comunidade do Piriquitaquara” e “Comunidade Beira do Rio”. Esta pesquisa tem por objetivo descrever o perfil sócio epidemiológico e as condições de saúde da população idosa da Ilha do Combú/Pa. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Estudo avaliativo, de inquérito transversal com abordagem quantitativa, desenvolvido no período de Julho a Agosto de 2014 nos serviços de saúde da Ilha do Combú, Belém/PA. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, a aplicação em forma de entrevista do questionário sócio econômico da “Caderneta do Idoso” do Ministério da Saúde, uma vez que este instrumento se mostrou eficiente em contemplar tanto o perfil epidemiológico, quanto o perfil socioeconômico desta população. A amostra foi composta por um terço da população idosa atendida na ESF da Ilha do Combú, o que correspondeu a um total de 50 pessoas, sendo 25 do sexo masculino e 25 do sexo feminino. Foi considerada como critério de inclusão a faixa etária igual ou superior a 60 anos e a matrícula nos serviços de saúde da ilha.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva para caracterização da amostra. Este projeto de pesquisa foi concebido através do Programa Institucional de Bolsas e Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal do Pará, contou com o apoio da secretaria municipal de saúde e foi aprovado nas conformidades do Comitê de Ética em pesquisa. Resultados e/ou impactos: Dentre os idosos atendidos na ESF Ilha do Combú, observa-se o predomínio de pessoas na faixa etária de 60 a 70 anos. Quanto à procedência, 33% dos entrevistados residem na comunidade do Igarapé Combú, 17% na Comunidade do Furo de São Benedito, 17% na comunidade Beira do Rio, 20% na comunidade Piriquitaquara e 13% são provenientes de outras localidades, como Ilha do Papagaio e Acará. Quanto à escolaridade, percebemos que dentre as 25 mulheres entrevistadas seis relatam não saber ler nem escrever e dentre os homens este número se mantém, esses resultados vão de encontro com o perfil nacional de alfabetização dos idosos até o ano de 2009. No que diz respeito ao estado civil desses idosos, embora o número de homens casados seja maior que o de mulheres, percebe em contrapartida o grande número de mulheres viúvas, isto se deve aos fatores externos ao que estão sujeitos os homens, como acidentes de trabalho, violência e episódios de adoecimento no que diz respeito ao auto cuidado. Todos alegam ser devidamente aposentados e a maioria afirma ter desenvolvido atividades ligadas ao extrativismo de frutos da floresta como açaí e cacau, atividade econômica base da região, além de desenvolverem atividade em lavouras em períodos sazonais e alguns afirmarem ter trabalhado com artesanato e comércio. As doenças prevalentes entre os homens foram, a hipertensão e a diabetes, pois cerca de 90% afirmam sofrer de pelo menos uma destas patologias, e entre as mulheres este resultado se repete, no

entanto foi observado o acometimento de homens com outras enfermidades como Doença de Chagas, e hanseníase, o que não foi observado entre as mulheres. Em relação às medicações, 80% utilizam medicamentos, sendo glibenclamida e losartana os mais comuns para os dois sexos. Entre todos os entrevistados, 86% alegam nunca terem sido vítimas de quedas e 74% nunca foram hospitalizados. Quanto aos hábitos de vida 74% afirmam não ingerir bebida alcoólica, 82% não fumam, e 100% afirmam não praticar atividade física. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A enfermagem assume papel imprescindível durante a assistência ao processo de envelhecimento, atuando de forma preventiva tanto no que tange a saúde física, como a mental, desenvolvendo ações junto a grupos de idosos e avaliação multidimensional. No entanto, o cuidar em diferentes cenários geográficos se torna um desafio não somente para o enfermeiro, mas para toda a equipe multiprofissional e a arquipélago do Combú, por se tratar de rios interligados a várias ilhas, propicia certa dificuldade de acesso ao estabelecimento de saúde, ocasionando assim, uma quebra da dinâmica nos processos de prevenção, promoção e recuperação das condições de saúde. Logo, existe a necessidade de se buscar formas de propiciar um melhor atendimento a essas populações, através de uma reavaliação dos programas e políticas de saúde, adequando-os ao cenário paisagístico e cultural da região amazônica.

PERFIL DOS USUÁRIOS QUE PROCURAM O TRATAMENTO DO TABAGISMO EM ÁGUA CLARA/ MS

Cintia Juliana da Silva Bettio, Adriane Pires Batiston, Albert Schiaveto de Souza, Laís Alves de Souza Bonilha, Sônia Maria Oliveira de Andrade

Palavras-chave: Hábito de Fumar, Estratégia

Saúde da Família, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde

APRESENTAÇÃO: O tabagismo é considerado uma epidemia mundial, atingindo cerca 1,1 bilhão de pessoas, sendo responsável por quatro milhões de mortes anuais no mundo. Para atender a esta demanda, o Ministério da Saúde criou em 2001, o Programa de Abordagem e Tratamento do Fumante, que através de apoio medicamentoso e de abordagem cognitivo-comportamental visa à cessação do hábito de fumar. O município de Água Clara/MS oferece este serviço desde 2012 e suas taxas de cessação estão entre 30 e 50%, semelhante à média nacional. O objetivo deste estudo foi traçar o perfil dos usuários que do Programa de Abordagem e Tratamento do Fumante do município de Água Clara, a fim de se conhecer melhor a população atendida, suas características, e realidade local, para que através dos resultados, seja possível desenvolver estratégias de intervenção mais adequadas ao perfil desta população. MÉTODO DO ESTUDO: Trata-se de um estudo transversal que se utilizou de dados secundários provenientes dos prontuários dos pacientes. Foram coletados dos prontuários dados relativos a variáveis sócio-demográficas e informações referentes aos hábitos de vida, hábito tabágico e presença de fatores associados. Os resultados foram analisados por meio de estatística descritiva. RESULTADOS: Foram investigados 173 prontuários, sendo este o total de pessoas que procuraram o programa para o tratamento do tabagismo desde sua implantação em 2012 até setembro de 2015. Deste total de participantes, 63,1% eram do sexo feminino e 36,9% do sexo masculino. A idade média dos participantes na data em que procuraram o serviço de saúde era de 45,99 anos e a média de idade em que começaram a fumar foi de 14,38 anos. Com relação às comorbidades que podem estar relacionadas ao uso do tabaco, destacaram-

se problemas emocionais, considerando-se depressão e ansiedade (75,14%), sendo que somente 35,84% já fizeram algum tipo de tratamento psicológico ou psiquiátrico. A depressão torna as pessoas mais frágeis para o processo de cessação de fumar, necessitando de um tratamento diferenciado com antidepressivos. Neste caso, 38,15% dos fumantes, apresentavam algum grau de depressão, os outros 36,99% relatam serem ansiosos o que também dificulta a superação do hábito de fumar. Outros problemas associados encontrados foram os estomacais (68,20%), problemas pulmonares (52,02%), alergias respiratórias (49,13%). Entre os fatores que dificultam o tratamento, encontra-se o uso frequente do álcool, presente em 28,90% dos participantes, sendo que destes, 5,78% apresentaram forte tendência ao alcoolismo. Entre os fumantes 52,60% informaram uso de prótese dentária o que pode ser explicado tanto pela idade de quem procura o tratamento ser mais avançada, quanto pelo fato de que o uso prolongado do cigarro pode acelerar o desgaste dos dentes. Dentre os pacientes, 62,43% relataram fazer uso de algum tipo de medicação e na maior parte das vezes para tratamento de problemas que podem ser causados ou agravados pelo hábito de fumar. Com relação aos momentos e situações em que é associado o uso do cigarro no dia a dia, destacou-se o consumo do café para 75,72%, após as refeições (94,21%), ansiedade (82,66%), tristeza (77,46%) e bebida alcoólica (46,24%). Considerando-se as percepções dos fumantes sobre o cigarro, 78,03% acreditam que o cigarro acalma quando estão nervosos; 95,38% não consideram o hábito de fumar bonito e 51,45% relatam que sentem prazer em fumar. A maioria destes usuários já fizeram outras tentativas para deixar de fumar, 54,34% tentou de 1 a 3 vezes e 26,01% já fizeram mais de 03 tentativas, nos dois

casos, ficando pelo menos 01 dia sem fumar, 10,98% relatou que tentou, mas não conseguiu ficar nenhum dia sem fumar e 8,67% nunca fez nenhuma tentativa para parar de fumar, sendo esta a primeira vez. Foi também verificado a utilização anterior de algum recurso para tentar deixar de fumar sendo que a maioria (75,72%) nunca utilizou e 23,70% utilizaram algum tipo de medicação (adesivos, bupropiona, pastilha, goma, ou outro). Sobre a motivação dos pacientes para procurarem o tratamento e deixar de fumar, os motivos mais citados foi a preocupação com a saúde no futuro (82,66%), o cigarro já está prejudicando sua saúde (79,77%), desejo de deixar a dependência (38,73%) e o hábito de fumar ser antissocial (36,94%). Motivações relacionadas à família, foram as menos citadas, 30,64% disseram que querem parar de fumar pelo bem-estar da família, a mesma porcentagem relatou que é devido aos gastos com o cigarro, 30,06% porque os filhos pedem, 27,75% porque tem pessoas pressionando, 26,01% devido às restrições de ambientes para fumar e por último, 24,86% porque fumar é um mau exemplo para as crianças. Dos entrevistados, 37,57% convivem com outros fumantes em casa e 31,79% preocupam-se em ganhar peso se pararem de fumar. A avaliação do grau de dependência dos fumantes pelo teste de Fagerstrom apontou que a maior parte deles, 40,46% possuem grau de dependência elevado, 27,75% muito elevado, 12,72% médio, 14,45% baixo e 4,62% muito baixo. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A pesquisa apontou que os tabagistas que procuram este serviço de saúde são em sua maioria adultos, que iniciaram o hábito de fumar muito jovens, apresentando um período de tempo de dependência longo. Além disso, mostrou a predominância do sexo feminino na busca do tratamento e o baixo índice de homens que procuram este serviço de saúde para o tratamento. Foi identificado

que grande parte destes usuários, quando procuram o tratamento, já apresenta alguma comorbidade que pode ter sido causada devido ao hábito de fumar, além da existência de uma associação forte entre o hábito de fumar e problemas emocionais. Indicando que estas pessoas tem uma predisposição maior para a dependência, considerando-se ainda que tais fatores funcionam como uma barreira para a superação deste hábito, o que indica uma necessidade de suporte psicológico para o auxílio no tratamento. Também é observado que as pessoas de maneira geral, estão mais preocupadas com sua saúde, o que pode ser efeito das campanhas de prevenção desenvolvidas nos últimos anos, pelo Ministério da Saúde. Além disso, percebe-se que a decisão de abandonar o fumo vem na maioria dos casos, de uma conclusão da própria pessoa, não sendo tão eficientes as intervenções e pressões familiares. Outra conclusão a que chegamos é que a maior parte dos fumantes que procuram auxílio para deixar de fumar, encontra-se em um grau de dependência alto (elevado a muito elevado), o que pode explicar a taxa de cessação entre as pessoas que fazem o tratamento não ser mais alta. Este grau de dependência é identificado a partir do Teste Fagerstrom, que é estabelecido pelo Ministério da Saúde para direcionar o tratamento medicamentoso. Os resultados obtidos neste trabalho de pesquisa auxiliarão o município a reorganizar suas ações, buscando desenvolver estratégias que atendam às demandas identificadas, como captação de jovens, homens e oferecimento de suporte psicológico para aqueles que apresentem problemas emocionais. Além disso, sugere-se a intensificação de ações preventivas, tanto com os jovens, quanto com aqueles que ainda não apresentam grau de dependência alto, já que quanto menor a dependência, maior a chance de sucesso no tratamento.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VARICELA NO MUNICÍPIO DE FEIRA DE SANTANA – BA NO PERÍODO DE 2009-2012

Elmirene Santos da Silva, Michelle Miranda Lopes Falcão, Eloisa Bahia Santana, Maricélia Maia de Lima

Palavras-chave: Varicela, Epidemiologia, Saúde pública

APRESENTAÇÃO: A varicela é uma doença aguda, infecciosa, altamente contagiosa, que tem por agente etiológico o vírus varicela zoster (VVZ). É considerada uma doença da infância, de alta morbidade, baixa mortalidade e de distribuição universal. No Brasil, a varicela não é uma doença de notificação compulsória, entretanto os surtos resultantes desse agravo em creches, pré-escolas, escolas e comunidades em geral devem ser notificados às secretarias municipais e estaduais de saúde. No Estado da Bahia, entretanto, a partir 2002, tornou-se obrigatória a notificação compulsória deste agravo. É importante destacar que no período de 2010 a 2012, foram notificados 31.202 casos de varicela no Estado da Bahia, com um total de 21 óbitos e, 1.802 casos no município de Feira de Santana, e destes um evolui a óbito. Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo geral: analisar o perfil epidemiológico da varicela em Feira de Santana-Ba, no período de 2009 a 2012. E como objetivos específicos: descrever as características sociodemográficas (faixa etária, sexo, raça/cor e escolaridade) de pacientes notificados e confirmados com varicela no município de Feira de Santana-Ba no período de 2009 a 2012; identificar as características clínicas (critério de confirmação e diagnóstico final) de pacientes notificados e confirmados com varicela no município de Feira de Santana-Ba no período de 2009 a 2012. Sua relevância consiste em proporcionar conhecimento aos profissionais de saúde

e gestores acerca da epidemiologia dessa doença no município e, por conseguinte, subsidiar o redirecionamento de medidas preventivas, bem como contribuir para tomada de decisões sobre as estratégias de vacinação contra a varicela neste município, uma vez que já que existem vacinas efetivas e seguras contra essa doença. Além disso, pode contribuir para o preenchimento de lacunas no conhecimento científico. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, utilizando-se dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2009 a 2012. Serão utilizados dados secundários, provenientes das fichas de notificação registradas no SINAN, da Vigilância Epidemiológica (VE) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Feira de Santana, Bahia, referentes ao período de 2009 a 2012. Para facilitar a coleta foram elaboradas planilhas do Microsoft Office Excel 2007 contendo dados sobre as seguintes variáveis: faixa etária, sexo, raça, escolaridade, critério de confirmação, diagnóstico final e evolução do caso de pacientes notificados e confirmados. Os dados coletados foram sistematizados em tabelas e gráficos com o auxílio do Programa Excel da MICROSOFT CORPORATION (2003), seguindo a sequência e distribuição das variáveis do estudo, para apresentação das informações obtidas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) e obedeceu aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** No período de estudo, 2009 a 2012, foram notificados 2.172 casos de varicela no município de Feira de Santana/BA. A série histórica mostrou uma elevação do número de casos notificados e que o número de casos mantinha-se numa tendência crescente. Observou-se ainda que o número mais elevado de casos foi no

ano de 2012 (n=745, 34,30%). No que diz respeito à faixa etária, esta variou de <1 ano a 80 e + anos, sendo as crianças de 04 a 09 anos a faixa etária mais atingida (n= 705, 32,45%). Observou-se ainda um percentual relativamente significativo em crianças entre 01 a 04 anos (n= 543, 25%). Dos casos de varicela notificados no período, 1.171 ocorreram entre indivíduos do sexo feminino, sendo responsáveis por 53, 80% dessas notificações. Contudo, observa-se que não houve uma diferença significativa, sexo masculino 1.106 casos, representando 47, 20% das notificações. Em relação à cor/raça, constatou-se que dos casos notificados, 1.054 tiveram campo cor/raça ignorado, representando 48,70% das notificações. Dos casos restantes, 657 representavam indivíduos pardos, 234 brancos e 229 pretos. Observou-se ainda que não ocorreu uma diferença entre brancos e pretos. Quanto a escolaridades, evidenciou-se que dos casos notificados da doença, a escolaridade o campo não se aplica representou metade dos casos (n=1.086, 50,04 %), seguido do campo Ignorado (n= 833, 38, 35%). No que tange a classificação dos casos notificados de varicela, observou-se que a maioria dos casos foi confirmada (n= 2.153, 99,30%). Em relação à evolução dos casos notificados da doença, constatou-se que todos os casos evoluíram para a cura (n= 2.153, 99,30%). Apesar do aumento das notificações e dos casos confirmados da doença no decorrer dos anos do estudo, não houve nenhum óbito no período. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo possibilitou a descrição do perfil epidemiológico da varicela no período de 2009 a 2012 no município de Feira de Santana/BA, apresentando como proposta de discussão, as variáveis sociodemográficas e clínicas da doença. A partir dos resultados e das discussões empreendidas pode-se perceber a prevalência da varicela é discretamente maior em pessoas do sexo feminino, e que o maior número

de indivíduos com varicela ocorreu em pré-escolares e escolares. Além disso, percebeu-se que o grupo de 5 a 9 anos apresentou-se como a faixa etária mais atingida pela doença, com 25% dos casos. Devido à ausência do preenchimento dos campos cor, raça e escolaridade na ficha de notificação deste agravo pelos profissionais de saúde não foi possível realizar uma avaliação detalhada destas variáveis, tal fato demonstra a necessidade de realização de capacitações acerca da importância da notificação dos casos de varicela, assim como o preenchimento correto das fichas de notificação. Dos casos notificados, 99% foram confirmados e todos evoluíram para a cura. Apesar de a varicela ser considerado um problema de saúde pública, não existe uma ficha de notificação específica para este agravo, e na ficha utilizada para notificação não constam todos os campos importantes para descrever o agravo. Tal fato demonstra a necessidade de criação de uma ficha com as variáveis específicas para a varicela. Além disso, observou-se a necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde para o preenchimento de todos os campos da ficha de notificação existente. O presente estudo configura-se como ponto de partida para outros, que venham contemplar outros aspectos aqui não mencionados e possibilita uma reflexão respeito do tema na prática, podendo assim possibilitar a construção de um novo olhar sobre importância de medidas de prevenção e notificação deste agravo, bem como para preencher lacunas no conhecimento científico.

PERFIL ERGONÔMICO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DAS ESFS DO MUNICÍPIO DE GUANAMBI-BA

Tamina de Lima Alves, Elionara Teixeira Boa Sorte, Jaine Karenly da Silva, Maiara Medeiros Ronsani Meira, Gabryella Castro

Guimarães, Thiago Martins Meira, Mauro César Ribeiro Santos

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, Ergonomia, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: Questões referentes à saúde do trabalhador são alvo de discussão atual nos diversos ramos da saúde, visto o crescente número dos acidentes de trabalho e a importância da temática para melhoria da qualidade de vida dos profissionais. Desde a década de 40, diante das inadequadas condições de emprego nos hospitais de diversos países, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) tem considerado o problema como tema de discussão e proposto recomendações referente à higiene e segurança, para melhorar essa situação. No Brasil o amparo legal para os trabalhadores ocorreu apenas em 1919, com a adoção de convenções para proteção à saúde do trabalhador por meio da OIT e com o Decreto Legislativo nº 3.724 que implantou serviços de medicina ocupacional fortalecendo a ergonomia. Dentro da área da saúde pública a saúde do trabalhador é um campo específico que procura atuar através de procedimentos próprios para promoção e proteção à saúde de pessoas envolvidas no exercício do trabalho. O campo da saúde do trabalhador abarca a ergonomia, um componente muito importante cuja origem epistemológica deriva do grego ergon (trabalho) e nomos (regras), que foca suas ações mediante estudo das relações trabalho e trabalhador para promover melhorias no ambiente laboral. Embora os profissionais de enfermagem estejam expostos aos riscos físicos, químicos, biológicos e psíquicos, o estudo da ergonomia destaca-se pelas diversas excessiva carga de trabalho. Portanto, os objetivos foram descrever o perfil ergonômico dos profissionais de enfermagem das Estratégias de Saúde

da Família (ESF's) de Guanambi – BA, identificar os fatores no ambiente de trabalho que podem gerar alterações na saúde dos profissionais de enfermagem, verificar o conhecimento das Normas Regulamentadoras do Trabalho (NR's) e a utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI's). **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, realizado a partir de pesquisa de campo. Esse estudo expressa o total de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem lotados em Unidades de Saúde da Família da cidade de Guanambi - BA, totalizando 46 trabalhadores aos quais foram feitos convites individuais para participarem deste estudo, assegurando o caráter sigiloso quanto à identificação dos respondentes e apresentando a estes profissionais o objetivo e método da investigação, respeitando-se as recomendações sobre a ética em pesquisa. O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário estruturado, elaborado pelo grupo de estudo do projeto de extensão — Perfil ergonômico dos postos de trabalho dos profissionais de enfermagem da cidade de Guanambi-Bahia da Universidade do Estado da Bahia – Campus XII. O questionário compreendeu 28 questões objetivas de múltipla escolha abordando os seguintes dados: Relação profissional, mobiliário e estrutura física, EPI, NR e patologias mais frequentes. Os dados foram tabulados em planilha no Microsoft Office Excel 2007, a análise baseou-se na relação do uso dos EPI's e das ofertas destes pelos estabelecimentos, fato preconizado por leis e normas do trabalho. **RESULTADOS:** Os questionários foram respondidos por 46 profissionais, sendo 16 enfermeiros, 26 técnicos de enfermagem e 4 auxiliares. A equipe de enfermagem é formada em sua maioria por técnicos de enfermagem contando com 56,5%, seguidos de enfermeiros 34,8% e 8,7% auxiliares de enfermagem. Com relação ao gênero, os dados apontam que 87% são do sexo

feminino, 10,9% do sexo masculino e 2,1% não informado. A faixa etária predominante foi de 20 à 29 anos. Com base na análise dos dados nota-se que os profissionais de enfermagem nem sempre estão atentos às condições ergonômicas do seu ambiente de trabalho, sendo que a maioria deles afirmou nunca ter participado de eventos de educação permanente sobre ergonomia, principalmente pela falta de disponibilidade de eventos da área. Quando questionados sobre comprometimento físico gerado pelo mobiliário do posto de trabalho 10,8% afirmaram que sempre existe essa associação. Em relação aos mobiliários específicos 52,1% afirmaram nunca ter tido comprometimento físico. Em contra partida 73,9% afirmaram que apresentam dores ligadas à atividade laboral e que ocorrem ao final do expediente, sendo lombalgia a mais frequente, seguida de cervicalgia. Apesar da importância das NR's na prática do exercício profissional foi observado que a grande parte da equipe de enfermagem não consulta o manual que consta essas normas e por isso infere-se a possibilidade de prejuízos trabalhistas por falta de conhecimento de seus direitos. No que concerne ao uso de EPI, os 65% dos profissionais das ESF's pesquisadas relatam que sempre dispõe de EPI, o que contribui para a prevenção dos acidentes de trabalho ao qual a equipe de enfermagem está exposta. Metade dos participantes refere sempre usar os equipamentos constatando a conscientização e a relevância dada a estes materiais por parte dos profissionais entrevistados. Conforme os dados coletados verifica-se que a relação entre os profissionais e a estrutura física do ambiente de trabalho mostra-se claramente positiva considerando que 80,4 % dos entrevistados apontam para a ausência de conflitos interpessoais entre os colegas. No cotidiano do trabalho de enfermagem identifica-se que, em diversas situações, existem dificuldades nas relações de trabalho, tanto

dentro da equipe de enfermagem como dessa com outras equipes profissionais, porém esses conflitos e disputas estão relacionados principalmente em questões que envolvem autonomia e poder dos agentes e não aos aspectos ergonômicos do ambiente. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Constata-se a relevância de discutir a saúde do trabalhador, com a finalidade de adotar medidas preventivas de danos à saúde que visem melhorias nas condições de trabalho. A partir dos dados pode-se afirmar que a maioria desse profissional possui o seguinte perfil: é técnico de enfermagem, sexo feminino e jovem, o que se equipara aos dados nacionais. Além disso, pôde-se inferir que os pesquisados nem sempre estão atentos às condições ergonômicas, além de não participarem de atividades permanentes, principalmente pela falta de disponibilidade. Com isso, foi possível conhecer o perfil ergonômico dos profissionais de enfermagem das ESF's de Guanambi-BA, o que possibilita implementar programas que visem à melhoria da qualidade de vida desse grupo. Assim, obteve-se ganhos na obtenção de dados científicos relacionados aos conhecimentos ergonômicos e a identificação da situação problema nas ESF's do município de Guanambi-BA. Para que haja um questionamento dos fatores físicos do ambiente de trabalho é preciso conhecimento sobre ergonomia e estar ciente das normas regulamentadoras, por isso faz-se necessário uma constante discussão sobre o assunto que possibilite aos trabalhadores buscar soluções para essa adequação. Contudo, vale ressaltar um possível aprofundamento deste estudo, com a utilização de outros instrumentos de pesquisa, como uma observação total, entrevista semi-estruturada com profissionais de enfermagem das ESFs, a fim de ampliar a discussão a cerca do tema.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: GARANTIA DA UNIVERSALIDADE OU AFIRMAÇÃO DA EXCLUSÃO?

Amanda Vargas Pereira, Rachel Aisengart Menezes

Palavras-chave: População em Situação de Rua, Consultório na Rua, SUS

Apresentação: Neste trabalho é desenvolvida análise da função de ordenamento da rede de Atenção Básica, que insere o atendimento das Pessoas em situação de rua (PSR) em variados espaços do SUS e de outras políticas públicas. Trata-se de efetuar uma reflexão em torno da existência de um serviço específico para esta população, partindo da premissa de que o SUS conta com o princípio da universalidade do acesso, em que a saúde é um direito de todos. Desenvolvimento do trabalho: À luz da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as Estratégias de Saúde da Família (ESF) devem se responsabilizar pelo cuidado de todas as pessoas, em seu território de atuação definido (BRASIL, 2011). Contudo, a frequente ausência de residência formal e o comportamento migratório, inerentes à PSR, constituem especificidades nem sempre contempladas, no que tange aos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) para essas pessoas, por parte das ESF (REIS JUNIOR, 2011). Historicamente, as PSR não acessam o SUS e, em geral, nenhuma política pública (BRASIL, 2008). No entanto, uma das funções políticas do SUS na sociedade é trabalhar com as tensões advindas das diferentes formas de viver, pela via da saúde, expressa no território da rua. A especificidade da rua propicia dois desafios ao SUS: lidar com a complexidade das questões de saúde apresentadas pelos sujeitos, e construir diferentes modos de organização das estratégias de território (LOPES, 2014). Em 2011, com a reformulação da PNAB, foi instituído um modelo de

cuidado específico para esta população. A responsabilidade pela atenção à saúde da PSR – como de qualquer cidadão – é de todos profissionais do SUS, com destaque para os inseridos na atenção básica. Em determinadas situações, com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e oferecer atenção integral à saúde, passou a ser possível lançar mão das equipes dos Consultórios na Rua (eCR), que são equipes da Atenção Básica (AB), compostas por profissionais de saúde com a responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde da PSR. As equipes devem realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações, na unidade móvel e, também, nas UBS do território em que atuam. A proposta dos consultórios na rua, além da saúde mental, engloba o atendimento à gestante de rua, tratamento de patologias pulmonares, de doenças sexualmente transmissíveis, de doenças de pele, problemas ortopédicos, diabetes, hipertensão, entre outras condições sob a responsabilidade da ESF, na atual política de atenção básica. Desta forma, entendemos que a inserção das equipes de consultório na rua, no escopo das ações da atenção básica, representa uma ampliação no sentido de efetivar os direitos à saúde desta população (SANTANA, 2014). A Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, define as diretrizes de organização e funcionamento das eCR, tendo como parágrafo único sua inserção na AB da Rede de Atenção Psicossocial, de acordo com os fundamentos e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica. Estabelece as características da equipe por modalidades I, II e III. A primeira modalidade contempla minimamente dois profissionais de nível superior e dois de nível médio, seguida pela II, com três de nível superior e três de nível médio. Por fim, a terceira modalidade conta com o mesmo quantitativo da equipe II, acrescido por

um profissional médico (BRASIL, 2012). As eCR são equipes multiprofissionais que prestam atenção integral à saúde, tanto na rua como na UBS em que estão lotadas. As atividades são realizadas de maneira itinerante, com ações compartilhadas e integradas às demais UBS locais. As eCR lidam com diferentes problemas e demandas de saúde da PSR, desenvolvendo também ações compartilhadas e integradas com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, dos serviços de urgência e emergência, e de outros pontos de atenção, segundo a demanda do usuário. O conceito de equidade em saúde está relacionado aos parâmetros de justiça e distribuição igualitária, de maneira que o acesso à saúde seja viabilizado de acordo com as demandas e singularidades de cada sujeito. Cabe salientar que a construção de políticas públicas voltadas para a PSR no país é recente, merecendo destaque a elaboração do Decreto nº 7.053/2009, que institui a Política Nacional da População em Situação de Rua. No contexto das grandes cidades ocidentais, pessoas que vivem nas ruas geralmente não acessam o sistema de saúde (SAMPAIO, 2014). Este decreto regulamenta serviços especializados para a PSR e suas articulações em rede. Estes serviços são oferecidos às pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Um de seus objetivos é garantir cuidado, atendimento e ações que propiciem a construção de um projeto de vida, na perspectiva do fortalecimento de vínculos interpessoais e, também, com a família, quando desejado. Além disso, trata-se de analisar as demandas dessa população para produzir um conjunto de possibilidades de cuidados, envolvendo serviços de diversas naturezas, para que se possa contribuir para uma construção da autonomia, inserção social e rede de proteção social (SAMPAIO, 2014). Se a PSR de rua conta com especificidades e se as eCR se propõem

a atendê-las, elas não podem correr o risco de se tornar um serviço especializado em PSR. Em outros termos, as eCR não surgem para constituir um subsistema de saúde, em que o morador de rua só teria atendimento no SUS nesse tipo de serviço. Desta forma, a especialização somente reproduziria a exclusão que os moradores de rua já sofrem na cidade, bem como a fragmentação das práticas. Conseqüentemente, haveria uma perda e fragilização da perspectiva da integralidade (SAMPALHO, 2014). Resultados e/ou impactos: A criação das eCR consiste em relevante passo para a materialização da equidade no SUS. No entanto, sua criação não é suficiente. É preciso que as equipes acionem e implementem, na prática, o princípio da equidade, por meio de estratégias e ações capazes de criar condições para que seus usuários possam usufruir as ofertas de serviço da AB. As eCR não devem se transformar em um mecanismo de segregação dessa população, retirando seu direito de inserção no sistema de saúde. Considerações finais: Uma vez que o SUS tem como princípio a universalidade do acesso, faz-se necessário refletir sobre a existência de um serviço específico para a PSR. Tal especificidade no atendimento não deve passar a ser um serviço exclusivo. O Consultório na Rua, por exemplo, é um serviço itinerante, que atua para atenção integral à saúde da PSR, um componente da AB que garante o princípio da equidade. Em suma, postulamos aqui que não seja o único dispositivo de atendimento para esta população.

POSSIBILIDADES E LIMITES DO ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA: REVISÃO SISTEMÁTICA INTEGRATIVA

Daniela Machado Pereira, Alaine Nicácio Rosa, Fernanda Barreto Negreiros, Mariana

Morena Souza Araujo, Célia Maria Sales Vieira, Maria Teresa Brito Mariotti Santana

Palavras-chave: Acolhimento, Classificação de risco, Unidades de Urgência

INTRODUÇÃO: Os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) destinada ao atendimento de urgência/emergência, onde são atendidos usuários em situações graves com risco de morrer elevado ou com alto grau de sofrimento, tem a demanda espontânea aumentada pela procura de usuários que não se enquadram nesse perfil, culminando com a superlotação e conseqüentemente com a baixa qualidade da assistência. É importante ressaltar que o acesso aos serviços do SUS, na atenção básica ainda é muito difícil, sendo que uma grande parcela da população, principalmente os usuários de baixa renda, enfrentam longas filas de espera para consultas e exames. A demanda espontânea ocorre, também, devido às características desses serviços, que funcionam vinte quatro horas por dia, todos os dias da semana, com equipe multiprofissional de saúde. Para ter o acesso ao atendimento com médicos especialistas, investigação laboratorial, não é necessária agendar o horário e nem pegar senha. Nesse contexto, a Política Nacional de Humanização do SUS, propõe a tecnologia leve de processo, o Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco (AACR), que pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. **OBJETIVO:** Analisar as possibilidades e limites para a implantação da tecnologia AACR nos serviços urgência/emergência, destacando os pontos positivos e negativos da prática do acolhimento e da classificação de risco. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão sistemática integrativa. A coleta

de dados ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2014, com a consulta dos estudos publicados em periódicos nacionais, e indexados na base eletrônica de dados LILACS, que compõe parte do acervo da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). O descritor utilizado na busca eletrônica foi "Acolhimento". A avaliação crítica dos estudos pré-selecionados foi realizada conforme os critérios: publicação como artigo abrangendo os anos de 2006 a 2014 independente do método de estudo; escrito em língua portuguesa; disponibilidade online com acesso gratuito do texto na íntegra, publicados na América do Sul. Resultou em um total de 87 artigos. Procedeu-se a leitura dos títulos e dos resumos. Foram validados para inclusão os artigos classificados como originais pelo editor do periódico, com resumos estruturados e que continham uma abordagem da prática da tecnologia do AACR, nos serviços de urgência/emergência. Excluídos os repetidos, ou que não retratavam, especificamente, o objeto do estudo. Obteve-se a amostra final com oito estudos para serem analisados na íntegra. Para a coleta de dados foi utilizado o formulário baseado no instrumento validado por Ursi (2005) para revisão integrativa, citado por Souza, Silva, Carvalho (2010, p. 106). Possui dois domínios: o primeiro contém as variáveis da representação das características da pesquisa original: ano de publicação, tema, título, autores, titulação dos autores, fonte de publicação, base de dado em que foi encontrado o texto na íntegra. A segunda obteve-se os objetivos, delineamento do estudo; coerência teórico-metodológica; análise dos dados, resultados e discussão; e conclusões. Foram preenchidos para cada estudo da amostra, selecionado os elementos mais relevantes, que se identifiquem com o objetivo do estudo. Em seguida, foram agrupados e analisados, para que assim, sejam elaborados os

resultados, discussões e a conclusão deste estudo, a partir da comparação dos artigos analisados, estabelecendo-se uma relação das semelhanças e contradições contidas na literatura. Analisando os dados obtidos, os estudos foram subcategorizados, posteriormente categorizados em unidades temáticas. Para a apresentação dos resultados foi construído quadros, tabelas e gráficos, empregando técnica de estatística simples, com números inteiros, a fim de colaborar na consolidação dos achados, na explanação e na melhor compreensão dos resultados encontrados, tendo sempre como norteadores os objetivos previamente estabelecidos. Para esta construção, foram utilizados como ferramentas básicas os programas Microsoft Office Excel. **RESULTADOS:** Obteve-se referente à caracterização dos estudos foram encontrados em 2010 publicados três (37%) artigos; em 2011 publicados 2 (25%); em 2012 publicado 1 (12,5%); em 2013 publicados 2 (25%). Não foram encontradas publicações anteriores a 2010. Quanto à autoria dos estudos e a titulação, considerando até o terceiro autor, dezesseis eram enfermeiros (as) (duas com especialização, três com mestrado e seis com doutorado); três acadêmicos de enfermagem (duas graduandas e uma mestranda). Referente à análise da amostra composta pelos estudos incluídos emergiram duas categoria. Na primeira apresentam o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o AACR como sendo uma tecnologia leve para a mudança do processo de trabalho com melhoria na organização do fluxo de atendimento dos usuários, com prioridade do atendimento para os casos potencialmente graves, classificados a partir da escuta sensível e qualificados pelo profissional, que se empenha para dar uma resposta satisfatória ao problema do usuário e acreditam que a tecnologia do AACR deve ser praticada, também com o acompanhante. Em outros

estudos o conhecimento sobre o AACR apresenta-se limitado restrito ao setor da unidade ou ao profissional que faz a classificação. Na segunda categoria emergiram as dificuldades para implantação da AACR nas unidades de urgência/emergência devido à falta de interesse dos profissionais diante da demanda espontânea elevada pela ineficiência do funcionamento das Unidades Básicas de Saúde que se agrava com a deficiente estrutura física das unidades, sem recursos materiais, humanos e desarticulação entre os setores de uma mesma unidade e entre a rede de serviços do SUS. Também foi feita referência ao estresse e a sobrecarga de trabalho dos profissionais com consequente falta de sensibilidade para a escuta e o diálogo para a união entre as equipes de saúde. Reconhecem a necessidade de capacitação para os profissionais incluindo vigilantes, padioleiros, recepcionistas e agentes administrativos diversos como também é necessário capacitar o usuário e seus familiares. CONCLUSÕES: Diante dos estudos realizados aponta como possibilidade a implantação da tecnologia do AACR o conhecimento dos profissionais sobre essa tecnologia, pois favorece a humanização da relação usuário-profissional, para garantir a resolutividade de suas necessidades, assim como também a co-responsabilidade dos indivíduos envolvidos neste processo. Portanto o atendimento e a resolução dos problemas dependem da postura e ações dos usuários, profissionais e gestores. Quanto aos limites são grandes, principalmente, quando existe e ineficiência da atenção básica que gera demanda espontânea elevada para os serviços de urgência/emergência. A reorganização da rede de saúde pode ser fator fundamental para garantir a assistência integral e igualitária a toda população de acordo com sua prioridade. Recomenda-se que sejam desenvolvidas ações educativas

como ciclo de palestras nas universidades, nas comunidades e na sociedade em geral para difusão da Política Nacional de Humanização do SUS e a tecnologia do AACR.

PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES E A CONSTRUÇÃO DE SUBJETIVIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA SERFIS

Christianne Fernandes Garcia, Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo

Palavras-chave: Subjetividade, Saúde do trabalhador, Educação em Saúde, Trajetória Profissional, Interdisciplinaridade

O trabalho ocupa lugar na vida das pessoas e pode-se pensar que seria este um fator relevante na construção de subjetividade e de produção de auto-interrogação no plano individual e coletivo. Essa situação demonstra a necessidade de se buscar novas formas de relacionar-se e um dos caminhos possíveis é trabalhar em equipe multiprofissional pautada na interdisciplinaridade como uma contribuição qualitativa das especialidades. A partir da hipótese de que revisitar e problematizar a própria trajetória profissional poderia interferir no reconhecimento da necessidade do trabalho interdisciplinar nas práticas em saúde, um dos objetivos desta pesquisa é conhecer a trajetória profissional da equipe da SERFIS – Seção de Reabilitação e Fisioterapia de Santos, bem como identificar se estes profissionais trabalham ou reconhecem a importância de um trabalho interdisciplinar. A pesquisa é qualitativa numa perspectiva sócio histórica, de caráter transversal descritivo e prospectivo. Está aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, atendendo ao estabelecido na Resolução nº 466/12 sob o número 1.094.179. Os participantes são a equipe

multiprofissional da SERFIS considerando-se dois profissionais de cada segmento que compõe a equipe: Psicólogo, Assistente Social, Médico, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Enfermeira e Fonoaudiólogo. A coleta dos dados está acontecendo em duas etapas: questionário individual para caracterização dos profissionais, já realizado e num segundo momento, quatro encontros de Grupos Focais (GF), sendo dois com a equipe da manhã e dois com a equipe da tarde com duração de 1 hora e 30 min. a 2 horas cada encontro. Entende-se que esta técnica possibilita reunir pessoas com alguma característica ou experiência comum para discussão e reflexão e também observar e registrar diferentes opiniões, atitudes, sentimentos e pensamentos expressos verbalmente ou não. Os dois primeiros grupos já aconteceram e foram realizados com a equipe da tarde com cinco profissionais. A escolha se fez mediante o aceite dos primeiros profissionais que fizeram parte dos critérios de inclusão. As reuniões aconteceram nos meses de Agosto de 2015 em dia e hora combinados com a equipe, na própria unidade em sala privada e preparada antecipadamente para os encontros. O registro aconteceu por meio de gravações e de anotações de um observador. Foi utilizado o vídeo “O último tricô”, como disparador para os diálogos com o objetivo de favorecer a reflexão sobre a importância da subjetividade e interdisciplinaridade no âmbito do trabalho bem como uma revisita e consequentemente um repensar sobre a própria história. As questões disparadoras sobre a trajetória profissional auxiliaram este processo: Como chegou a Serfis? Onde sua história começa? Conte um pouco de sua formação e inserção neste serviço, como foi? Conte sobre sua formação: do sonho da formação ao cotidiano do trabalho hoje. A equipe, após relatos individuais, criou um desenho coletivo sobre a questão da interdisciplinaridade a partir de suas

marcas profissionais e pessoais, como um meio de criar articulação com o próximo encontro. No segundo encontro, resgatou-se o desenho como objeto disparador e também as seguintes questões: Quais as três palavras que surgem ao pensar em interdisciplinaridade? Falava-se em interdisciplinaridade quando você se formou? De que maneira? Você consegue observar uma prática interdisciplinar no seu cotidiano em serviço? Como? Relate um momento, uma cena do trabalho que você considerou que foi um atendimento interdisciplinar. Pensando sobre a produção e reconhecimento da existência de subjetividade vem sendo observado nestes encontros: como eles percebem a interdisciplinaridade instalada ou não na sua práxis e no cotidiano da unidade, quais foram os caminhos escolhidos até o momento presente, relatos sobre a formação, a continuidade da formação, os rompimentos, evoluções e outros conteúdos. Os Procedimentos para análise dos dados se fará de forma qualitativa, pois sua utilização é indispensável quando os temas pesquisados demandam um estudo fundamentalmente interpretativo. Considerações: As gravações ainda estão sendo transcritas e outros dois grupos com a equipe da manhã irão ocorrer. No primeiro encontro realizado, apenas o Psicólogo afirmou ter uma formação interdisciplinar e embora todos tenham dito que na dinâmica do serviço a interdisciplinaridade ocorra cotidianamente, pode-se observar certa incoerência deste fato a partir de uma primeira escuta das gravações e do olhar do observador externo, considerando-se os relatos durante o grupo, a postura corporal e a dinâmica que se estabeleceu durante o processo do GF. No entanto, no segundo encontro aprofundou-se a temática da interdisciplinaridade a partir do desenho coletivo que haviam realizado na anterior e também a partir das questões disparadoras

e neste encontro observou-se que um dos profissionais reconhece que na dinâmica do trabalho muitas vezes, a questão da interdisciplinaridade fica esquecida, devido à exigência de produtividade em atendimento ou mesmo por certo abandono desta questão. Sugere o resgate das reuniões da equipe para discussões de caso, mas também como forma de partilha de angústias, experiências e conhecimento, o que é prontamente acolhido por todos. Estando a coleta ainda em andamento não é possível ter-se uma representação significativa para uma interpretação que permita compreender se os objetivos propostos foram contemplados. Acredita-se, porém, que a possibilidade de visitar e problematizar a própria trajetória profissional pode interferir positiva e diretamente no reconhecimento da ampliação da percepção dos profissionais da Serfis e que este feito poderá contribuir para a compreensão de como as identidades sociais e profissionais foram e são construídas, trazendo, portanto sentido no fazer cotidiano e nas relações. Um trabalho que reconheça o ser humano como um indivíduo integral e pertencente a um contexto sócio histórico tem proposta de resgatar conceitos éticos e valores humanos que possibilitem a transformação pessoal e consequentemente a transformação do coletivo por meio das percepções-ações daqueles que já reconheceram a necessidade da mudança. Espera-se, que a partir desta pesquisa, seja reconhecida e efetivada a criação de espaços e tempos de reflexões a respeito do cotidiano dos trabalhos e das relações interpessoais que nele se estabelecem. Baseada em experiências anteriores desta pesquisadora como psicóloga e educadora preocupada com o desenvolvimento do ser, observa-se a necessidade urgente de se realizar encontros e diálogos pautados em valores fundamentais, éticos, transcendentais e cooperativos, destacando a dimensão

saudável dos trabalhadores e suas potencialidades. Como iniciativa pretende-se a partir da escuta e da acolhida dos trabalhadores da Serfis, apresentar a Secretaria de Saúde de Santos um projeto de caráter interdisciplinar que terá como objetivo principal criar espaços de diálogos no referido equipamento promovendo um tempo educacional pautado na criatividade, na troca de saberes e partilha, bem como na promoção de saúde dos trabalhadores.

PREVALÊNCIA DO TABAGISMO ENTRE DIABÉTICOS ATENDIDOS NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE CAMPO GRANDE - MS

Beatriz Alves Marques de Souza, Sandra Christo dos Santos, Ana Maria Campos Marques

Palavras-chave: diabéticos, DM2, tabagismo, UBSF, atenção básica, comorbidades,

APRESENTAÇÃO: O Diabetes mellitus (DM) tem sido considerado uma das grandes epidemias mundiais do século XXI e um problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento. No ano de 2011, 12,4 milhões de pessoas foram diagnosticadas com diabetes mellitus no Brasil, e a previsão é que este número aumente para 19,6 milhões de pessoas até 2030. Dentre os tipos de DM, o tipo 2 (DM2) abrange 90% dos casos presentes no mundo e tem como causas básicas problemas, inicialmente, relacionados à atuação da insulina nos seus receptores periféricos, associados a um quadro de síndrome metabólica com consequente hiperglicemia. e está intimamente relacionado com o excesso de peso e o sedentarismo. Portanto, a população de maior risco para o desenvolvimento do DM2, são os indivíduos com dislipidemia, circunferência abdominal aumentada e consequente resistência

insulínica que configuram os pacientes atendidos na prática diária de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Além das causas centrais para desenvolvimento de DM2 relacionadas aos hábitos de vida temos o tabagismo definido na Classificação Internacional de Doenças (CID10) da OMS como doença crônica causada pela dependência à nicotina. O tabagista é exposto continuamente a mais de quatro mil substâncias tóxicas, o que faz do tabagismo o fator mais importante de risco, isolado para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que engloba principalmente as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras inclusive doenças renais. Substâncias presentes no tabaco, especialmente a nicotina, induzem a um aumento da glicemia de jejum e o desenvolvimento de resistência à insulina as quais desencadeiam mudanças nos perfis metabólicos de glicose e lipídeos, levando a hiperglicemia e dislipidemias com baixo nível de colesterol HDL. Estas alterações podem facilitar o desenvolvimento de DM2, doença de caráter crônico que acarreta redução da expectativa e qualidade de vida e aumento da mortalidade e morbidade, decorrentes de complicações microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares (doença cardíaca isquêmica, infarto e doença vascular periférica). Estudos sugerem que intervenções são viáveis em UBSF's e promovem melhoria da saúde da população de um modo geral. Há evidências de que mudanças de estilo de vida possam ocorrer com maior sucesso quanto mais precoce sejam realizadas ações de intervenção. Assim, estudos que avaliam o perfil de usuários do serviço de saúde podem auxiliar na prevenção desses agravos. Diante desta realidade, pergunta-se: como confrontar tal situação nos diferentes segmentos da sociedade, com foco nos indivíduos atendidos nas UBSF's e assim poder intervir na prevenção do DM2 e suas complicações,

através de ações de controle. Para tanto, se faz necessário conhecer a epidemiologia do tabagismo nessas populações, assim sendo o presente trabalho teve como objetivo estimar a prevalência do tabagismo entre os diabéticos e descrever o perfil quanto a idade, sexo, tipo de tabaco, idade de início e grau de dependência a nicotina (Teste de Fargstron) nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande – MS, no período de outubro de 2014 a fevereiro de 2015 com vistas a subsidiar a implementação de ações para o controle do tabagismo, nessa população. Desenvolvimento do trabalho: Estudo epidemiológico descritivo transversal realizado no município de Campo Grande, MS. A obtenção dos dados se deu por meio do preenchimento de formulário específico pelos pesquisadores mediante inquérito aos pacientes diabético, sujeitos da pesquisa, de uma amostra cujo cálculo amostral teve por base o número de pacientes portadores de DM2 cadastrados no Programa de Controle de Diabetes atendidos no período do estudo, composta por 408 (n) pacientes, sendo 12 de cada uma das 34 UBSF. As informações relativas ao atendimento foram fornecidas pela rede de atenção básica à saúde da região urbana do município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, com uma população de 805.397 habitantes de acordo com o Censo IBGE 2010, população ajustada para 2013 (IBGE, 2013). O preenchimento dos formulários foi condicionado à obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos da pesquisa. Para a confecção do banco de dados, planilhas, tabelas e avaliação estatística empregou-se o programa Excel (Microsoft Corp. Estados Unidos). O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIDERP, a coleta de dados teve início após a sua aprovação, os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar, orientados e

esclarecidos, e informados da necessidade de que o seu consentimento fosse expresso mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma que foi entregue ao sujeito da pesquisa e a outra sob a guarda do pesquisador. Resultados e/ou impactos: Dos 371/408 (91%) pacientes que responderam ao inquérito 10,2% (38/371) declaram-se usuários de tabaco variando em idade de 25 a 76 anos, em média 57 anos com predomínio de 73% (28/38) no grupo etário de 50 a 60 anos sendo 25 (65,7%) do sexo feminino e 13 (34,3%) masculino. Quanto ao tipo de tabaco usado: 81,6% (31/38) fumam cigarro industrializado, 10,5% (04/38) fumam cigarro de palha e os demais 03 (7,9%) além do cigarro fumam cachimbo, narguilé e mascam fumo-de-rolô e 55,2% (21/38) iniciaram o uso do tabaco entre 11 a 15 anos. Em relação ao grau de dependência a nicotina em média alcançaram um escore de 4 na escala de Fargstron. Considerações finais: O percentual estimado de tabagista entre os pacientes diabéticos acompanhados nas UBSF da ordem de 10,2%, abaixo da população adulta de Campo Grande, 12,7% segundo inquérito VIGITEL 2013, o que a coloca entre as 10 capitais brasileiras com os maiores percentuais de tabagismo, portanto uma prevalência de 10,2% representa um dado a ser considerado pelo Programa de Controle de Diabetes, o esperado e aceitável seria um índice bem mais baixo, pois um dos pilares do tratamento do DM2 são as medidas não medicamentosas que visam a redução da obesidade, da ingestão de bebida alcoólica e do sedentarismo e a cessação do tabagismo com a oferta de tratamento descentralizado para as UBSF, a maioria delas oferta o tratamento além das campanhas de esclarecimento sobre os malefícios do uso do tabaco. Por outro lado temos que considerar que a omissão por parte dos pacientes tabagistas é uma realidade conforme descritos na

literatura o que aponta para um percentual subestimado. A idade média da ordem de 57 anos outro dado importante que assinala para uma maioria fumante há mais de 40 anos, aumento do risco de desenvolver as doenças tabaco dependentes além das complicações da doença de base. Considerando os resultados obtidos apesar de possíveis vieses metodológicos da pesquisa recomenda-se de imediato a intensificação do controle do tabagismo nessa população com ênfase que parte do tratamento e controle do DM2 é a cessação do tabagismo, desenvolvimento de pesquisas com abordagem qualitativa e operacionais.

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE UM OBSERVATÓRIO PARA VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS EM LONDRINA, PARANÁ

Flaviane Mello Lazarini, Dulce Aparecida Barbosa

Palavras-chave: Prevenção de Doenças Transmissíveis, Cuidado Pré-Natal, Educação Permanente

Apresentação: O Observatório para Sífilis de Londrina foi instituído em dezembro de 2013 e originou da parceria entre O Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil (CMPMMI), a Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DAPS), as Diretorias de Vigilância em Saúde (DVS) e de Serviços Especiais (Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e a Maternidade) e a Escola Paulista de Enfermagem-Unifesp por meio do projeto de doutorado intitulado "Implantação de Observatório para Sífilis Adquirida, Gestacional e Congênita: Proposta de Monitoramento das Epidemias". Justifica-se a necessidade desse estudo, pois é papel da vigilância epidemiológica recomendar, com bases objetivas e

científicas, as medidas necessárias para prevenir e/ou controlar a ocorrência da epidemia de sífilis em Londrina. Essa intervenção teve a finalidade de ampliar a autonomia dos profissionais da Rede de Atenção à Saúde envolvida na gestão e na assistência materno-infantil e aperfeiçoar as práticas de educação permanente, prevenção e promoção à saúde. O objetivo do Observatório é aprimorar a vigilância em saúde local para o agravo sífilis, por meio de educação permanente para os profissionais de saúde da atenção materno infantil municipal vinculada ao Sistema Único de Saúde. Desenvolvimento do trabalho: Foram realizadas atividades de educação permanente como intervenção da pesquisa com profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde e de outros serviços de saúde envolvidos com o atendimento dos usuários, responsáveis pela notificação obrigatória da sífilis congênita e gestacional e que concordaram em realizar o treinamento, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As intervenções foram realizadas junto à Autarquia de Saúde de Londrina, em parceria com o setor de epidemiologia. O público alvo foram médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, bioquímicos, auxiliares de laboratório e pessoal administrativo que alimentam os bancos de dados de resultados de exames e notificação. Nas oficinas foi abordada a temática do uso adequado dos protocolos instituídos pelo Ministério da Saúde (Rede Cegonha e Rede Mãe Paranaense) para prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional, congênita e adquirida (no caso das parcerias sexuais). A intervenção foi organizada com o apoio do grupo de trabalho do Observatório para Sífilis- GT Sífilis. O grupo conta com médicos (um ginecologista que atende na atenção básica e atua na regional de saúde e uma infecto-pediatra que atua no setor epidemiológico),

além de enfermeiros que estão na gestão da Saúde da Mulher, da Maternidade Municipal, do CMPMMI e do Centro de Testagem e Aconselhamento Municipal. O grupo elaborou capacitações em formato de oficinas onde foram discutidos casos reais de óbitos fetais e infantis por sífilis, sinalizando as possíveis ações que teriam evitado a transmissão vertical, as linhas de cuidado disponíveis e os itinerários terapêuticos realizados pelas gestantes. As oficinas tiveram duração de seis horas para fornecer ferramentas de trabalho aos multiplicadores. O critério de seleção dos profissionais multiplicadores foi exercer atividade profissional de nível superior nas UBS (médicos e enfermeiros), ter perfil de liderança e bom envolvimento com a equipe de saúde para replicar a oficina "in loco" e conhecer bem a comunidade onde atuam. Para facilitar a seleção, as gerentes de região que oferecem apoio às UBS pela DAPS, indicaram os profissionais que tinham as características necessárias para desenvolver o projeto. Para atender a todas as Unidades de Saúde do município a capacitação com esses profissionais foi dividida em três etapas, sendo que a primeira ocorreu em dezembro de 2013, a segunda em junho de 2014 e a terceira em setembro de 2014. Ao todo foram capacitados 120 profissionais médicos e enfermeiros das 53 Unidades Básicas de Saúde do Município, que qualificados tornaram-se facilitadores locais. Como facilitadores implantaram dois Fluxogramas descritores do processo de trabalho nos serviços de Saúde. O primeiro Fluxo detalha o processo de diagnóstico da sífilis durante o pré-natal (PN). O segundo Fluxo é utilizado quando há confirmação da sífilis. Para operacionalizar o processo de educação permanente o Secretário de Saúde autorizou que de forma organizada as UBS pudessem fechar por três horas, a fim de que todos os profissionais se envolvessem no processo. Os participantes

das oficinas construíram uma Matriz do Processo de Trabalho em cada UBS com toda a Equipe de Saúde da Família, reforçando a importância do pré-natal de qualidade e da responsabilidade de todos na prevenção de doenças e sequelas para os futuros bebês. O Observatório também monitora indicadores relacionados à testagem e tratamento da sífilis, além de apoiar campanhas de prevenção locais para outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), como HIV e Hepatites Virais. Os resultados apresentados abaixo servirão de base para as próximas etapas de 2015, que englobam diagnóstico situacional das vulnerabilidades por região de Londrina e maior envolvimento do GT sífilis nessas áreas, fortalecendo a Rede de Apoio disponível. Resultados: Observou-se até o presente momento do estudo que a realização de teste de sífilis em gestantes na atenção básica conforme o protocolo Rede Mãe Paranaense passou de 1,19 em 2013 para 1,9 em 2014, a preconização é de um teste por trimestre (três testes no pré-natal e um no momento do parto). O tratamento adequado para gestantes com sífilis passou de 60,9% em 2013 para 94,1% em 2014. Em 2013, 65 casos de sífilis foram notificados em gestantes, resultando 41 casos notificados de sífilis congênita. Em 2014 foram notificados 94 casos em gestantes, sendo que 28 recém-nascidos tiveram sífilis congênita. Assim, houve uma redução importante na taxa de transmissão vertical da sífilis que passou de 67,2% em 2013 para 29,8% em 2014. Considerações finais: O observatório trouxe a possibilidade de treinamento e acompanhamento dos indicadores básicos relacionados à sífilis que qualificam o pré-natal e os primeiros resultados mostraram que o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde melhorou a detecção de casos e o monitoramento das gestantes infectadas com sífilis, por isso, o número de notificações de sífilis na gestação apresentou aumento. No entanto, a busca e o tratamento

adequado do binômio e de suas parcerias sexuais reduziram a taxa de transmissão da sífilis congênita em mais de 50%. Novos desafios estão sendo trabalhados como, por exemplo, o diagnóstico tardio que ainda acontece na maternidade, no momento do parto e o acompanhamento adequado do recém-nascido de mãe que teve sífilis na gestação, independente dele apresentar titulação positiva para sífilis no nascimento. Também há a necessidade de trabalhar a prevenção na população geral, envolvendo homens e mulheres em idade fértil, fora do período gestacional, bem como reforçar a importância da prevenção das IST nos grupos mais vulneráveis da população e ampliar a testagem e tratamento das parcerias sexuais das gestantes diagnosticadas com sífilis. Acredita-se que a estruturação da ferramenta Observatório para Sífilis no município, possibilitará o alcance de uma visão global das dimensões das ações de vigilância em saúde realizadas pelo Grupo de Trabalho instituído, bem como, auxiliará no desenvolvimento de novas estratégias de apoio aos profissionais de saúde, que reforcem ainda mais o trabalho intersetorial na Rede de Atenção à Saúde local, fortalecendo a gestão, a assistência e a prevenção não somente da sífilis, mas também de outros agravos completamente evitáveis e tratáveis pelo SUS durante o pré-natal e o puerpério.

PRODUÇÃO DO CUIDADO E RESOLUBILIDADE: SABERES E PRÁTICAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Monica Oliveira Rios, Maria Angela Alves do Nascimento, Magno Conceição das Mercedes

Palavras-chave: Produção do Cuidado, Resolubilidade, Saúde da Família

APRESENTAÇÃO: A Produção do Cuidado tem como desafio dar resolubilidade às

necessidades dos usuários quanto às suas demandas de atenção a saúde, para desenvolver suas ações. A Produção de Cuidados diz respeito ao cotidiano, ao lugar onde se dão os acontecimentos, manifestações, detalhes e situações, relativos à dimensão das minúcias que fazem parte da vida de todo dia e que se qualificam como determinantes de sociabilidade, que na nossa compreensão dependerá do Processo de Trabalho dos trabalhadores e gestores da saúde. Resolubilidade nos serviços de saúde significa uma resposta às demandas de saúde de acordo com as necessidades individuais e coletivas, seja na “porta de entrada” ou em outros níveis de atenção do sistema, de forma a garantir ao acesso ao atendimento com acolhimento, vínculo e responsabilização, visando uma Produção do Cuidado integral. Neste sentido, entendemos que para dar respostas às necessidades de saúde dos usuários na Estratégia de Saúde da Família (ESF) requer uma Produção do Cuidado pautada na integralidade, com a finalidade de resolver o problema apresentado, em todas as dimensões. Neste sentido, o objetivo deste estudo é analisar a Produção do Cuidado e Resolubilidade na Estratégia de Saúde da Família frente às práticas e saberes desenvolvidos. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, resultado da dissertação de mestrado intitulada “PRODUÇÃO DO CUIDADO PARA RESOLUBILIDADE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: saberes, práticas e dilemas do cotidiano”, desenvolvida no programa de pós-graduação e pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, mestrado profissional em Enfermagem. O campo de estudo foram as Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Feira de Santana/BA. Os participantes deste estudo foram 17 subdivididos em dois grupos, sendo o grupo I: Trabalhadores de saúde

da Estratégia de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião, dentista, auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde), e o grupo II: usuários dos serviços de saúde da Estratégia de Saúde da Família. As técnicas utilizadas para coleta de dados foram a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática. O método de análise de dados selecionado foi a Análise de Conteúdo. Por representar um estudo envolvendo seres humanos, esta pesquisa se baseia na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo o início do processo de coleta de dados após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética na Pesquisa da UEFS em julho de 2014. RESULTADOS: Dentre os resultados encontrados durante o desenvolvimento do estudo destacamos que os conceitos dos trabalhadores de saúde para a Produção do Cuidado têm enfoque na avaliação das necessidades dos usuários no sentido de trabalhar na perspectiva de prestar a assistência dos mesmos. Mediante tal lógica temos a impressão que, o simples fato de se avaliar e listar as necessidades de saúde ou demandas de saúde desses usuários e fazer a assistência técnica para dar a resposta esperada para resolver o problema, seria o suficiente para ocasionar a resolubilidade. Entretanto, pensamos que o problema maior encontra-se na forma ou maneira em que essa avaliação está sendo executada. A qualidade em se avaliar, coerentemente, os problemas de saúde de uma comunidade, individual e coletiva, associa-se a minuciosidade, a sensibilidade e a amplitude do olhar do avaliador em busca assim da tão sonhada resolubilidade. A rotatividade de trabalhadores pode estar atrelada aos frágeis vínculos empregatícios, condições inadequadas de trabalho, visto questões de estrutura e escassez de equipamentos para atuação; baixa remuneração e, até mesmo, casos de assédios morais relatados. Tais questões constituem um problema

da organização da gestão dos serviços de saúde no âmbito SUS que precisa ser equacionado diante dos desafios, desde as precárias formas de seleção e contratação dos trabalhadores como os baixos salários, que, conseqüentemente, podem interferir na satisfação ou na desmotivação das equipes; a iniquidade distributiva da força de trabalho e o baixo desempenho do trabalhador. De fato, tivemos oportunidade de ver que alguns trabalhadores de saúde da ESF haviam sido remanejados ou substituídos recentemente por outros, sem motivos aparentes ou justificativas. Igualmente, naquele momento, muitos usuários expressaram o desejo de realizarem mobilização em prol da reivindicação do trabalhador de determinado pelo vínculo já criado. Tivemos oportunidade de acompanhar a atuação do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família em dois momentos; um, numa reunião para planejamento das atividades do mês, sem a presença da Equipe de Saúde da Família; e o outro, uma atividade em grupo terapêutico, sem ter a participação de qualquer trabalhador da Equipe de Saúde da Família. As atividades foram desenvolvidas no decorrer das práticas de atenção na ESF, porém sem a interdisciplinaridade com a Equipe de Saúde da Família para melhor adequar as ações às demandas da comunidade. A maior parte das atividades agendadas para o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família eram atividades coletivas, minimizando assim as práticas ambulatoriais. Independente a temática abordado as discussões atualmente têm visado a colocar em questão o que pode caracterizar, de fato e de direito, a Saúde Coletiva como campo multidisciplinar em termos de discursos (saberes disciplinares) e de práticas (formas de intervenção). Assim, essa multidisciplinaridade não deve limitar – se apenas a oferta de múltiplas atividades, e sim proporcionar a troca de saberes e práticas em atendimento as

necessidades múltiplas e interdisciplinares. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Em síntese, levamos em consideração que a Produção do Cuidado na ESF em suas práticas cotidianas, frente às vivências e dilemas dos trabalhadores de saúde da rede pública de saúde, ainda se encontra muitos desafios a serem vencidos para o alcance da resolubilidade dos problemas de saúde. Na prática destacamos a contradição da compreensão de resolubilidade. A Produção do Cuidado em Saúde na Atenção Básica precisa ter prioridade na condução da resolubilidade nas necessidades de saúde dos usuários da ESF. O vínculo encontra – se fragilizado pela rotatividade de trabalhadores, assim como há uma autonomia relativa da equipe e a passividade dos usuários; e uma rede de atenção que apesar da multidisciplinaridade da equipe de saúde da família é invisível à interdisciplinaridade, o que contribui para a necessidade de múltiplas especialidades para uma prática integral, resolutiva e humanizada; sem conseguir atender a tal propósito. Porém, não podemos deixar de destacar a relevância dos esforços, muitas vezes desprezados, tanto pelos trabalhadores, como pelos usuários, em vias alternativas com tentativas para alcançar a sonhada resolubilidade dos problemas de saúde. Tais esforços são importantes para o processo de trabalho da Produção do Cuidado multidisciplinar e responsável pelas ações de saúde, a partir de um trabalho em equipe, para a efetividade da Resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários da Estratégia de Saúde da Família.

PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA A PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

Tatiana Almeida Couto, Rose Manuela Marta Santos, Adilson Ribeiro dos Santos

Palavras-chave: Câncer de mama, Diagnóstico precoce, Atenção primária à saúde

APRESENTAÇÃO: O câncer de mama é o tipo mais frequente nas mulheres e os cuidados direcionados para esta patologia se iniciam na Atenção Primária – AP, com ações de promoção, prevenção, detecção precoce dos casos na comunidade e cuidados paliativos. Nesta perspectiva, a Unidade de Saúde da Família (USF) realiza o rastreamento dos casos, baseados na identificação dos fatores de risco na comunidade e disponibilizando essas informações, bem como, estratégias para controle e diminuição da exposição a estes riscos. No processo de prevenção do câncer de mama, destaca-se a organização do serviço de atenção, bem como o direcionamento do paciente às redes de atenção à saúde, articulando intersetorialmente com os demais profissionais dos níveis responsáveis. Sendo que para a identificação precoce, para a redução das barreiras de acesso aos serviços especializados e adequado rastreio da população alvo é necessário o fortalecimento gerencial e a qualificação contínua do Sistema Único de Saúde – SUS. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma das principais portas de entrada do usuário ao SUS tem a possibilidade de rastrear, em âmbito da atenção primária, precocemente este tipo de câncer. Levando em consideração os fatores de risco como o fator hereditário, obesidade, menopausa, terapia de reposição hormonal, consumo do álcool. Assim, a produção do cuidado deve estar pautado na confiança entre usuário/profissional, na habilidade em ter um bom relacionamento terapêutico, uma escuta qualificada e boa resolutividade. Diante da importância da AP ao câncer de mama, percebe-se fatores que interferem nesse processo de cuidado como entraves existentes nas USF, baixa qualificação dos profissionais, desarticulação entre as

redes de atenção, atraso na entrega de exames citopatológicos, alta demanda e incapacidade dos gestores em articular o fluxo de demanda nos níveis de atenção, resultando em diagnóstico tardio que pode acarretar o óbito do paciente. Neste contexto, este estudo tem como objetivo analisar a produção do cuidado na atenção primária diante da prevenção do câncer de mama. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Esta é uma pesquisa de revisão de literatura de cunho descritivo e abordagem qualitativa, embasada no questionamento: o que vem sendo publicado na literatura acerca da produção do cuidado na atenção primária diante da prevenção do câncer de mama. Para a construção do estudo foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual de Saúde durante agosto de 2014. A busca dos estudos iniciou com a definição dos descritores a serem pesquisados: “câncer de mama”, “neoplasias de mama”, “atenção primária”, “atenção básica”, “diagnóstico precoce”, “prevenção do câncer de mama”. Definidos os critérios de inclusão: artigos completos, em português e ano de publicação entre 2008 e 2013. Critério de exclusão: pesquisas que não contemplavam a temática e artigos duplicados. Assim, com os descritores isolados e a união deles, foram encontrados 10.603 artigos, porém, com base nos critérios de inclusão foram selecionados 591 artigos. Após a leitura dos resumos e também do artigo na íntegra foram selecionados 07 artigos. Para a análise dos artigos foi utilizado a análise temática de Bardin. Foi realizada a leitura exaustiva dos artigos articulada à questão norteadora bem como o objetivo do estudo. Posteriormente, deu-se a interpretação dos dados encontrados, a síntese dos mesmos e as realizadas as inferências e interpretações pertinentes. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A atenção primária tem a importante função no rastreamento do câncer de mama, porém, se depara com muitos desafios nessa atenção. Estudos apontam falhas na

ampliação do rastreamento, na organização da rede e construção de ferramentas para planejamento e monitoramento. Destacam também a dificuldade no acesso aos exames de rastreamento e as referências para diagnóstico e tratamento de alta complexidade, dificuldade de articulação entre os níveis de atenção. Outras dificuldades foram destacadas como o baixo tempo de atuação, a rotatividade entre os profissionais de saúde e a ausência de uma política de educação permanente em saúde. Destaca-se também uma valorização do exame clínico em detrimento da solicitação de mamografia, reduzindo as solicitações de tal exame. Outros estudos identificaram que o desconhecimento da população como fator limitador ao rastreamento, sendo que os indivíduos referem conhecimento sobre a necessidade da realização precoce. Foram destacadas questões culturais e de gênero como fatores limitadores da detecção precoce do câncer de mama, enfatizando que a realização da consulta ginecológica feita por homem ou mulher interfere na adesão às práticas de prevenção. As mesmas autoras destacam relatos de sentimentos de vergonha quando o profissional era homem. Estudos reportam a utilização de um programa como estratégia utilizada para rastreamento de câncer no nordeste brasileiro, onde foi realizada avaliação da cobertura e busca ativa das mulheres e destacam que a avaliação das ações do programa são positivas e adequadas ao seu propósito. Outro fator que chamou atenção na prevenção do câncer foi encontrado a existência de desigualdades socioeconômicas e raciais na assistência, sendo que a prevalência da realização de mamografia encontrou-se na classe econômica A/B e, a raça branca e indígena realizou mais mamografia do que as raças negras e pardas. Neste contexto a produção do cuidado na ESF na prevenção ao câncer de mama perpassava por várias questões

como o direcionamento e organização da rede de atenção. Além, das cotas para a realização de exames específicos, tornando, muitas vezes, tardio a detecção da neoplasia. **CONCLUSÃO:** Existem diversos entraves no que tange a prevenção do câncer de mama na atenção primária e a principal delas é a inoperância da intersetorialidade, o que coloca o usuário em situação de vulnerabilidade ao percorrer e voltar por caminhos sem respostas nos níveis de atenção. É necessária uma reestruturação da política de atenção ao câncer de mama voltado para a atenção básica, pois, é neste nível de atenção que se foca a prevenção, facilitando assim a detecção precoce dos casos na comunidade. Desta forma, para a reorientação do modelo de atenção, o ministério lançou o caderno de atenção básica, para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Assim, para que as estratégias encontradas no caderno do ministério possam surtir efeito é necessário que os profissionais e os gestores atuem com responsabilidade, é necessário que haja o empoderamento dos sujeitos, fortalecimento das redes de atenção e qualificação dos profissionais por meio da educação permanente.

PRODUÇÃO DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE: A MICROPOLÍTICA DO CUIDADO EM NOME DE UMA ÉTICA DE CUIDADO DESCENTRALIZADA

Maria Raquel Rodrigues Carvalho, Francisco Anderson Carvalho de Lima, Luilma Albuquerque Gurgel, Ismália Magda de Oliveira Lima, Túlio Batista Franco, Maria Salete Bessa Jorge, Diego da Silva Medeiros

Palavras-chave: Redes, produção do Cuidado, Cartografia

Este estudo é contribuinte da pesquisa

nacional ainda em andamento “Observatório Nacional da produção de cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede quem faz e quem usa”. Objetiva-se estabelecer uma discussão acerca da concepção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) pautada na promoção da saúde e integralidade. Para tal desenvolvem-se (re) formulações acerca do cuidado, integralidade, micropolítica e redes enquanto agenciamentos compreendidos na perspectiva do processo subjetivo de trabalho vivo em ato. Por um lado existe a compreensão de que os sistemas de atenção à saúde passaram por reformulações ligadas a aspectos liberais dos anos 90, tais como o mecanismo de mercado, novos modelos de financiamento e a descentralização. O que não obteve sucesso na melhoria da qualidade de atenção e acesso. Diante disto, aponta-se que a visão no século XXI pretende ao alinhamento das políticas de reformas sanitárias de maneira a atender aos objetivos de atenção à saúde preconizada pela Organização Mundial da Saúde. E, neste aspecto a concepção das RAS pautada na clínica ampliada e agenciada no trabalho vivo se diferencia, atuando com o foco da gestão se na clínica e não nos meios que se propicia a atenção e contemplando a perspectiva rizomática das redes informais e existência subjetiva. Entretanto, tal perspectiva não abrange a complexidade necessária da questão, além de apresentar outros problemas, tais como o uso de concepções internacionais para a realidade brasileira. Ora, as experiências de cada Estado apresentam suas peculiaridades e o funcionamento e desenhar de suas redes emerge a partir dessa teia de existência de processos intersubjetivos, processos de trabalho, relações de território e regionalização, bem como questões que envolvem a produção do cuidado e gestão do cuidado, aspectos eminentemente

relacionados a micropolítica do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de seus princípios e diretrizes. Define-se como RAS o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”, representando a melhora da qualidade de atenção, diretamente relacionada com os movimentos de regionalização inerentes ao SUS em seus princípios de universalidade, equidade e integralidade, e compreendendo os aspectos micropolíticos (BRASIL, 2011; CARVALHO, 2013). Para o desenvolvimento desse escrito, tem-se como base a articulação entre a construção das narrativas dos atores-praticantes-construtores das redes temáticas, precisamente da rede no município de São Luís/MA, por meio de orientação cartográfica; e o histórico de políticas nacionais das RAS que preconizam princípios e diretrizes para a garantia do acesso e a qualidade de atendimento materno-infantil e a pessoas com câncer. As narrativas possuem um viés político, são ilustradas pela vivência de quem as profere e as registra num campo sempre vivo de produção. O que os envolvidos dizem implica tomada de posição numa certa política da narratividade (PASSOS E BARROS, 2010). Ressalta-se que tais caminhos investigativos permitem uma análise de diálogo entre as narrativas que se expressam no devir cotidiano de prática com as políticas que se processam na construção histórica do plano de atenção da Rede Cegonha (RC) e a Rede Oncológica (RO). Como primeira etapa, busca-se a amplitude da pesquisa, convidando trabalhadores de saúde, coordenadores de serviços, gestores e todos os interessados em participar da pesquisa tornando-se guias para possibilitar e facilitar o encontro entre a pesquisa e seus elementos chaves: os usuários-guia. Antes mesmo da entrada em campo já se problematiza o próprio campo, conhecido culturalmente e socialmente como uma seara de sofrimento

que traça linhas tênues entre a vida e a morte. Sabendo desta representação social, é cabível, de início desterritorializar-se do simbólico para territorializar-se com a singularidade dos campos que se almeja adentrarem. Kastrup (2007) nos clarifica que cartografar é desdobrar e acompanhar processos e não representar um objeto. Isso significa dizer que exige, primeiramente, outra postura do pesquisador. Faz-se necessário uma postura que privilegie a política, a ética, a estética e a poética do próprio território que se deseja adentrar. Significa dizer, também, que é preciso estar aberto ao campo que se pretende conhecer, para desbravar mundos novos ou não tão novos assim, por já fazerem parte de uma representação social e de saúde. Mas, estar aberto, é o primeiro passo. Referir-se a uma temática de território não é apenas compreender seus limites geográficos, conhecer quais os serviços, onde ficam, quais suas dividas. Lima e Yasui (2013) afirmam que territorializar-se é estar aberto ao encontro de um contexto – existência – onde se desdobram múltiplas possibilidades de vida, atravessadas por culturas, crenças e histórias de forma microestrutural e pelos aspectos sócio-político-econômico que o demarca. Dessa forma, o que se propôs a fazer para a entrada em campo foi atravessar e deixar ser atravessado pelos contextos de território em saúde, entendendo os processos de existência enquanto irreduzivelmente singulares a este espaço, a este tempo e a este lugar. Diante de tais perspectivas metodológicas, a pesquisa norteou-se, inicialmente, em conhecer quais os possíveis serviços de saúde que poderiam ser acessíveis nessa seara, quem seriam seus protagonistas do cuidado para guiar a pesquisa, sendo informantes-chaves e como seria possível um diálogo entre pesquisa, pesquisadores, território e atores-oncológicos. A partir de um paradigma rizomático e, portanto que intersecciona, procura-se englobar e agenciar

aspectos micropolíticos do cuidado a partir do trabalho vivo em ato, uma vez que é a partir desse prisma que se pode conceber o que é intrínseco ao trabalho. O qual envolve sujeitos a partir de suas práticas de cuidado compreendidas por meio de sua alteridade na relação com o mundo, a constante transformação subjetiva e, por conseguinte, política dos diversos atores envolvidos no processo de saúde e cuidado. A micropolítica, aqui, transcende aspectos de adequação a paradigmas pré-estabelecidos e a quaisquer delimitações, posto que o trabalhador seja auto gerido e o usuário, em sua relação com o mundo, interfere na alteridade de todos os atores do cuidado, isso tudo através do processo intersubjetivo dos sujeitos que compõem essa rede (muito além das políticas estatais), uma vez que o fio condutor de tensionamento dessas redes é o investimento subjetivo dos envolvidos, já que desobedecer é o único verbo-corpo-alma conhecido pelo rizoma. Por tal motivo, além disso, ressalta-se a valorização e empoderamento das redes informais de saúde e cuidado, posto que é justamente nestes agenciamentos que se irrompe a promoção da saúde, a partir das existências do irromper do vivido, o Estado atua aqui a partir das políticas, de maneira a fortalecer tais processos e não estabelecê-los, pois não dispõe desse poder (FRANCO e MERHY, 2012; GOMES e MERHY, 2014; JORGE et al., 2011; FRANCO e MERHY, 2011). Faz-se necessário compreender a relação que a compreensão do processo de trabalho a partir do trabalho vivo em ato tem com a produção do cuidado. As linhas de cuidado estabelecidas nos mecanismos e ferramentas de cuidado convergem de acordo com a emergência da singularidade de cada usuário em tratamento com a corresponsabilização da equipe e seus processos de vínculo, acolhimento e promoção da saúde e elaboração de estratégias de cuidado. Isto é, a micropolítica ocupa lugar estratégico no campo existencial de saúde e cuidado.

PROGRAMA DE PREPARAÇÃO PARA APOSENTADORIA: REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DE SUA IMPLANTAÇÃO EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA

Camila Veiga de Lara, Ednéia Albino Nunes Cerchiarri, Marcia Regina Martins Alvarenga, Odival Faccenda

Palavras-chave: Aposentadoria, Planejamento, Saúde do Trabalhador

APRESENTAÇÃO: O aumento da expectativa de vida da população mundial tem exigido dos profissionais de saúde e dos gestores públicos, a elaboração de leis e o desenvolvimento de estratégias que propiciem estilo de vida saudável, aposentadoria bem-sucedida e envelhecimento ativo e com qualidade. O objetivo deste estudo é refletir sobre a importância e a necessidade da preparação e do planejamento para aposentadoria de servidores públicos de uma instituição de ensino superior para que essa fase da vida seja vivida de forma ativa e bem-sucedida. **DESENVOLVIMENTO:** Etimologicamente, aposentar-se vem do verbo latino “pausare”, que significa pousar, parar, cessar, descansar, tomar aposento. Essas definições refletem as representações sociais que vinculam a aposentadoria às vivências de inutilidade, improdutividade e recolhimento. Essa definição de aposentadoria está sendo superada, mas para falar sobre aposentadoria é preciso antes falar sobre trabalho, que tem hoje lugar central na vida do homem e na vida em sociedade. Trabalho não é só uma atividade ou uma forma de ganhar a vida, mas uma forma de inserção social. É um dos grandes alicerces da formação do sujeito, contribuindo para a formação da identidade e da subjetividade, já que aspectos psíquicos e físicos estão fortemente implicados, e é compreendido como elemento essencial para o equilíbrio, desenvolvimento e saúde do ser humano

(DEJOURS, DESSORS, DESRIAUX, 1993). Portanto, “trabalho significa necessidade e razão de vida, e, lugar comum, forma a identidade do indivíduo; a profissão caracteriza o seu ser; e o indivíduo é sua profissão” (FERNANDES, 2004, p.1). Assim, a dinâmica da construção da identidade se dá em dois campos, o primeiro íntimo ou erótico é o amor, o segundo é o campo social, que passa sempre pelo trabalho, pelo reconhecimento de seu fazer, sendo assim, o trabalho constitui uma segunda chance para construção da identidade e da saúde mental (DEJOURS, 1994). Considerando a importância que o trabalho tem na vida do ser humano é possível conjecturar os desdobramentos de seu desligamento. O processo de aposentadoria, usualmente, é imerso em ansiedade, pois deflagra a transição para o desconhecido (ZANELI, 2012). Aposentar-se está ligado a uma série de tabus e constitui um fator de intranquilidade. Quando o trabalhador se aposenta, sua identidade precisa ser revista, reelaborada, ressignificada (SANTOS 1990 apud MARANGONI e MANGABEIRA, 2014). Assim como outros processos de transição a aposentadoria requer a aquisição de competências que auxiliem o indivíduo a enfrentar as dificuldades dessa fase, já que é um acontecimento que exige adequações no estilo de vida, nas relações sociais, familiares e de trabalho. É uma vivência acompanhada de contradições, e a falta de preparo e planejamento pode provocar uma série de conflitos, além de transtornos mentais e comportamentais, como depressão e ansiedade (MARANGONI e MANGABEIRA, 2014). Planejar-se com antecedência é um requisito fundamental para uma aposentadoria bem-sucedida (FRANÇA et al., 2014) e uma vida harmônica entre o sujeito e sua realidade. **RESULTADOS:** É consenso na literatura que os Programas de Educação para Aposentadoria, representam uma importante medida de prevenção

e promoção à saúde dos trabalhadores. O planejamento da aposentadoria foi identificado, em uma revisão de literatura internacional, como uma das condições que favorecem a qualidade de vida após o desligamento do trabalho, somado a ter saúde física e mental, aposentar-se por decisão própria, usufruir de bom status financeiro, engajar-se em lazer e trabalho formal ou voluntário, aposentar-se para fazer outras atividades e ter boa relação conjugal (MURTA, FRANÇA, SEIDL, 2014). Portanto, a transição para a aposentadoria será facilitada, se a pessoa puder vivenciar essa preparação ainda quando estiver em atividade, para evitar um rompimento brusco e repentino o que pode potencializar o início de conflitos (ZANELLI, 2012). Durante a preparação para a aposentadoria, o trabalhador, poderá avaliar as suas condições financeiras, de saúde e o modo como organiza sua vida, podendo assim estabelecer diretrizes que o orientem na ausência do trabalho, criando possibilidades de agir diante da falta de práticas que delinearão o seu cotidiano por longos anos (BOTH e CARLOS, 2005). A inserção da família no processo de preparação é outro fator relevante, uma vez que os impactos da aposentadoria ressoam também no seu círculo de convivência, em especial nos familiares (MARANGONI e MANGABEIRA, 2014). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A preparação para a aposentadoria precisa ser assumida como responsabilidade individual, mas os setores da sociedade devem atuar como agentes facilitadores, fornecendo estímulo e apoio ao trabalhador em função do planejamento de seu futuro (FRANÇA, 2002). Importante salientar que as instituições que ofertam a preparação para aposentadoria aos seus trabalhadores não estão apenas promovendo saúde, mas atendendo a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842 (BRASIL, 1994) e o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 (BRASIL, 2003). Este prevê que

em relação ao afastamento das atividades laborais estabelecem que o poder público deva desenvolver e estimular programas de preparação para aposentadoria, em órgãos públicos e privados, com antecedência mínima de dois anos, segundo a Política Nacional do Idoso e um ano segundo o Estatuto do Idoso. A Política de Atenção à Saúde do Servidor (PASS), que é uma política de gestão de pessoas também prevê a implantação de Programas de Preparação para Aposentadoria como forma de evitar danos à saúde mental do servidor e diminuir o sofrimento psíquico em razão de seu afastamento do trabalho (BRASIL, 2010). A Portaria Normativa nº 3 que instituiu as diretrizes gerais de Promoção de Saúde do Servidor Público Federal, recomenda que as ações priorizem, entre outras, a saúde do idoso o envelhecimento ativo, educação e preparação para aposentadoria (BRASIL, 2013). Além de atender a legislação, as instituições que implantam os Programas se beneficiam, pois executam sua função de responsabilidade social; conduzem os processos de aposentadoria de forma ética e humanizada; fortalecem sua imagem externa e internamente, mantendo em equilíbrio o clima organizacional, contribuindo para a instalação de sentimentos de segurança, respeito e transparência entre a equipe dirigente e os servidores (FRANÇA E SOARES 2009; ZANELLI, SILVA, SOARES, 2010). É nessa perspectiva que se propõe um Programa de Preparação para Aposentadoria para os servidores técnicos administrativos e docentes da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), que possuía, em maio de 2015, segundo dados da Pró-reitoria de Gestão de Pessoas um quadro de 892 técnicos administrativos e 505 docentes, perfazendo um total de 1397 servidores, destes pelo menos 82 servidores estão a pelo menos cinco anos da aposentadoria ou já atingiram os critérios para aposentar-se. Com a implantação do Programa de

Preparação para Aposentadoria na UFGD, espera-se criar espaços de diálogo e promover educação em saúde, diminuindo o surgimento de dificuldades emocionais nos anos que antecedem e sucedem a aposentadoria, contribuindo assim para a vivenciá-la como uma oportunidade de mudança para uma vida com mais autonomia e prazer.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS: O IMPACTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Monique Alves Padilha, Fabiana Dias

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Determinantes sociais, Atenção Primária

APRESENTAÇÃO: O crescimento populacional e o aumento da expectativa de vida têm contribuído para uma mudança no perfil epidemiológico mundial. A carga de doenças relacionadas às iniquidades em saúde, neste caso, às condições em que as pessoas vivem, tem aumentado visto que os chamados determinantes sociais de saúde (DSS) têm influenciado negativamente na qualidade de vida das populações (OMS, 2011). Os DSS estão relacionados às questões sociais, econômicas, culturais, étnico/raciais, psicológicas e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, dessa forma, deve-se fazer um planejamento coordenado de ações com a participação de diversos setores com ampla participação popular (CNDSS, 2008). Uma das estratégias de mudança de modelo e de intervenção sobre os DSS que ganhou força na década de setenta foi a Atenção Primária à Saúde (APS), presente na Declaração de Alma-Ata, que tinha como princípios a coordenação intersetorial, a participação social e a reestruturação dos

serviços de saúde por meio dos serviços básicos com foco na equidade do acesso e à qualidade da atenção à saúde (Pellegrini Filho, Buss& Esperidião, 2014). Nos anos de 1986, ocorreu um resgate dos conceitos e ideologias da Declaração de Alma Ata durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que teve como produto a Carta de Ottawa, um marco teórico-conceitual no campo da promoção da saúde (PS) até os dias atuais e que defende um cuidado ampliado e integral à saúde (Brasil, 2002). Nesta perspectiva, as ações sobre os determinantes sociais da saúde (DSS) são essenciais visto que tem como foco a redução das iniquidades em saúde, a melhoria das condições de vida e bem-estar promovendo o desenvolvimento por meio de ações em áreas prioritárias para além do campo ou setor saúde, de maneira intersetorial e transversal (OMS, 2011). Segundo a OMS a APS deve reconhecer a existência e o crescimento das injustiças sociais em vários países e assim se organizar os serviços de atenção à saúde de forma que esteja pautado em valores de dignidade, equidade em saúde, solidariedade e ética profissional (Starfield, 2002). **DESENVOLVIMENTO:** A APS apresenta-se como uma estratégia de reorganização dos sistemas de saúde, compreendendo o primeiro nível de atenção à saúde, assim como, um modelo de mudança das práticas dos profissionais. Tem como premissa coordenar a linha de cuidado, permeando o trabalho dos profissionais dos outros níveis do sistema de saúde objetivando organizar e racionalizar o uso dos recursos, básicos ou hospitalares, direcionados para a prevenção, promoção, assistência e melhoria da saúde (Starfield, 2002). Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica por meio de uma análise crítica sobre a Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais considerando o seu impacto na Atenção Primária à Saúde. **RESULTADOS:** No

Brasil, a APS ganha a designação de Atenção Básica à Saúde enfatizando a necessidade de reorientação do modelo de atenção à saúde. E para implementá-la, o Ministério da Saúde instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica mediante a reorientação do serviço e das práticas de saúde visando ampliar a resolutividade dos serviços e melhorar as condições de saúde dos indivíduos e coletividades (Brasil, 2012). A ESF é uma estratégia comunitária de cuidados em saúde, e pode ser entendida como um conjunto de ações e serviços estruturados em níveis de atenção, coordenados e em rede, para além da assistência médica, pois considera as necessidades da população, trabalha na lógica do vínculo entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, das intervenções junto ao território, assim como a assistência e a promoção da saúde (Oliveira & Pereira, 2013). A Carta de Ottawa conceitua Promoção da Saúde como o processo de capacitação das pessoas para aumentar o controle sobre os determinantes sociais de saúde e melhorar a sua qualidade de vida (BRASIL, 2002). As ações e práticas da promoção da saúde possuem princípios definidos ao longo das discussões nas conferências de promoção e da literatura sobre o tema. Esses temas orientam as práticas visando apreender a complexidade e ao mesmo as singularidades do território e dos sujeitos. Os princípios nesta perspectiva são enunciados na obra da autora Márcia Whestphal (2006): 1) A concepção holística de saúde, com um olhar multicausal do processo saúde-doença compreende as questões que afetam a vida não estão restritas ao setor saúde, e a complexidade do território deve levar em conta o conceito de saúde, enquanto produção social, e conseqüentemente os seus determinantes sociais; 2) A equidade, enquanto princípio e conceito denota

uma responsabilidade voltada para justiça social, de direitos e o enfretamento das iniquidades, dessa forma, a equidade busca criar oportunidades iguais para todos ao acesso à saúde; 3) A intersetorialidade é um princípio que transita sobre os demais, visto que é preciso deslocar a saúde para o centro das questões do desenvolvimento social, abrindo e unindo diversos olhares sobre a mesma questão, superando a ótica fragmentada do planejamento e execução das ações; 4) A participação social, enquanto fortalecimento da ação comunitária e o empoderamento, é importante para que a população participe do planejamento, tomada de decisão individual e coletiva, assim como tenha controle sobre os determinantes sociais; 5) A sustentabilidade é um enorme desafio enquanto prática de PS, porém quando conquistada também revela a potencialidade da transformação na forma como se planeja, se constrói a política pública e representa, quando alcançada, a conquista do desenvolvimento social e sustentável em longo prazo (Whestphal, 2006). As ações de promoção da saúde são maximizadas quando são desenvolvidas em espaços coletivos, envolvendo um maior número de parceiros em diferentes cenários. Estes cenários são identificados por meios de experiências já conhecidas no campo temático, como os municípios saudáveis, os centros de saúde ou postos de saúde, as escolas saudáveis, locais de trabalho, os meios de comunicação e o legislativo, sendo potencializados quando se relacionam com os mecanismos de atuação (Buss, Pellegrini & Espiridião, 2014). Os mecanismos de atuação pressupostos para ações nestes cenários da promoção são os conhecidos campos da promoção da saúde, sendo eles o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, os ambientes favoráveis a essas ações, a reorientação dos serviços de saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais

(Buss, Pellegrini & Espiridião, 2014). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A atenção à saúde centrada na família e no território requer dos profissionais a aproximação com o ambiente físico e social, de modo a propiciar uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que não apenas as práticas curativas. (Oliveira & Pereira, 2013). Nesta perspectiva tem-se o reconhecimento de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos populacionais têm relação direta com sua situação de saúde, o que requer pensar em intervenções sobre os DSS presentes no território considerando o seu contexto particular e suas especificidades. A ESF permite uma maior aproximação dos profissionais junto às pessoas no território, identificando suas necessidades e integrando o usuário do serviço no planejamento, implementação e avaliação dos serviços por meio de uma gestão participativa. Ainda, fortalece o vínculo por meio do cuidado ao longo dos ciclos de vida perpassando os diferentes DSS ao realizar suas práticas diárias como consultas, visitas ao domicílio, ações de promoção da saúde nas escolas, praças, entre outros.

PROPOSTA DE PROTOCOLO: IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO PARA ALTERAÇÕES DE FALA E LINGUAGEM (PIFRAL)

Lais Vignati Ferreira, Daniela Regina Molini-Avejonas

APRESENTAÇÃO: A Fonoaudiologia, como ciência da comunicação, possui uma vasta perspectiva de atuação em sistemas e serviços de saúde nos três níveis de assistência (primário, secundário e terciário). As práticas nos aspectos da linguagem, voz, audição e motricidade oral devem ser dirigidas a pessoas e grupos

sociais, por meio do desenvolvimento de ações de promoção, prevenção, atenção e educação em saúde, que estejam em consonância com os indicadores de qualidade de vida e de saúde da população para qual será elaborada a proposta de cuidado. Para esse fim, mais do que planejar modelos de identificação da prevalência e incidência das alterações de linguagem em crianças, deve-se identificar os fatores de risco para essas alterações. Risco é definido como a chance de uma criança exposta a determinados fatores (ambientais ou biológicos) adquirir ou desenvolver alterações, no presente caso, fonoaudiológicas. Além dos riscos biológicos para essas alterações, são considerados os ambientais e sociais. Para a identificação de fatores de risco, entendendo como essencial para o delineamento de processos de cuidado à população, o Protocolo para Identificação de Fatores de Risco para a Alteração de Linguagem e Fala (PIFRAL) foi proposto. Esse protocolo consiste em um formulário com 29 itens administrados aos pais/responsáveis de crianças e compreende questões sociodemográficas (idade, gênero, raça declarada e escolaridade da criança; idade, escolaridade e profissão dos pais; local da residência), sobre a família (número de irmãos, ordem de nascimento, gemelaridade, tempo que passam com os filhos, língua utilizada em casa), informações sobre os períodos pré, peri e pós-natal e aspectos psicológicos da criança. O PIFRAL foi utilizado em um estudo piloto em laboratório, em condições experimentais para aplicação deste. **OBJETIVOS:** O presente estudo objetiva comparar os resultados de aplicação do estudo piloto com os resultados de aplicação após aumento da amostra, a fim de observar se os resultados se mantiveram ou se ocorreram mudanças na frequência de ocorrência dos fatores de risco para alterações fonoaudiológicas em crianças. **METODOLOGIA:** Estudo do tipo

descritivo, retrospectivo, desenvolvido com as crianças atendidas no Laboratório de Investigação Fonoaudiológica em Atenção Primária à Saúde (LIFAPS) do curso de Fonoaudiologia da USP. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP, processo nº 057/11, e todos os pais/responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Participaram do estudo 238 crianças e seus respectivos pais e/ou responsáveis, que procuraram atendimento fonoaudiológico na referida clínica-escola. Os critérios de inclusão foram: faixa etária até cinco anos de idade e com hipótese diagnóstica estabelecida nas áreas de audição, voz, fala, linguagem e sistema miofuncional orofacial. Foram excluídos os sujeitos cujos pais não assinaram o TCLE e/ou cujos prontuários tivessem informações incompletas. Na rotina do atendimento clínico do LIFAPS, onde ocorre a triagem fonoaudiológica, solicitou-se que os pais/responsáveis das crianças atendidas respondessem ao formulário PIFRAL. Utilizou-se estatística descritiva para análise dos dados obtidos. A faixa etária predominante das crianças participantes foi entre 2 a 5 anos de idade, do gênero masculino. O informante a maior parte das vezes, foi a mãe. Das 238 crianças, 156 tinham irmãos, sendo que a maioria delas era o filho mais novo. Apenas 4,2% das crianças eram gemelares; e, a grande maioria era falante do português brasileiro (98,7%). Os pais passavam entre 4 e 8 horas com as crianças. A categorização da frequência dos fatores de risco foi realizada de acordo com o período de ocorrência: pré, peri ou pós-natal. No período pré-natal, o fator de risco predominante foi a presença de antecedentes familiares (39,5%) e intercorrências durante a gestação (37,0%). No período perinatal o fator de risco predominante foi prematuridade (18,1%) No período pós-natal, o fator de risco

predominante foi hábitos orais deletérios (51,3%). É interessante notar que em 39% das crianças houve a ocorrência de apenas um fator de risco. Os temperamentos afetivo (53,8%) e tímido (19,7%) tiveram a maior frequência. A amostra analisada para o atual estudo teve um aumento de 40% de participantes em comparação ao estudo piloto. RESULTADOS: A caracterização sócio-demográfica apresentou algumas mudanças em relação à amostra do estudo citado, mas os fatores de risco para alteração fonoaudiológica relacionados à família, à saúde da criança e ao ambiente, se mantiveram. As características que se mantiveram no estudo atual em relação ao estudo anterior foram: faixa etária, prevalência do gênero masculino e temperamento tímido e afetivo. A prevalência do gênero masculino pode ser explicada pelo processo mais lentificado de maturação nervosa de crianças do gênero masculino; conseqüentemente, há uma vulnerabilidade nas alterações em geral. Além disso, o hormônio testosterona pode estar relacionado, já que influencia na renovação celular e dificulta a realização de conexões adequadas. Esses dois fatores podem estar associados ao desenvolvimento linguístico. No que tange ao comportamento, destacamos a maior ocorrência dos temperamentos tímido e afetivo. As pesquisas caracterizam o temperamento afetivo como mais propício ao desenvolvimento, embora ainda sejam necessários mais estudos para que essa correlação possa ser efetivamente considerada; e, os dados sugerem que a timidez pode ser reflexo da própria alteração fonoaudiológica. Observou-se maior ocorrência de filhos mais novos, seguido de filhos únicos. Isto pois, a ordem de nascimento pode influenciar no desenvolvimento da linguagem e da fala. As hipóteses consideradas para esses resultados são a da divisão de atenção que

os pais precisam realizar com o nascimento do filho mais novo e a infantilização do mesmo por um tempo mais prolongado em relação ao mais velho. Pode-se observar a possível relação entre o tratamento dos pais com o filho mais novo e o filho único. No estudo anterior, o filho único havia sido a maioria na amostra. O aumento do número de sujeitos não acarretou mudanças na frequência de ocorrência dos fatores de risco estudados nos três períodos: pré, peri e pós-natais. No período perinatal, houve maior ocorrência do fator de risco prematuridade, que pode prejudicar aspectos da plasticidade neural, que interfere no desenvolvimento como um todo, inclusive da linguagem. No período pré-natal, os antecedentes familiares e o uso de drogas (lícitas ou ilícitas) foram os fatores de risco mais prevalentes. Sabe-se da correlação existente entre o histórico familiar e a ocorrência de alterações fonoaudiológicas nas gerações seguintes. Quanto ao uso de drogas, há a interferência no desenvolvimento do feto, interferindo no desenvolvimento de linguagem. Já no período pós-natal, os fatores de risco mais frequente foram os hábitos orais deletérios, corroborando com estudos anteriores e internações por períodos de tempo prolongado. Sobre a internação, cabe ressaltar que o quadro emocional da criança e todos os fatores biológicos afetados nesse processo por um longo período, estão relacionados com o desenvolvimento de linguagem. CONSIDERAÇÕES FINAIS: É de grande importância que esse instrumento seja validado, pois pode ser um fator facilitador para fomentar na prática os conceitos de clínica ampliada, determinados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo um protocolo de fácil aplicação, o PIFRAL pode ser um potencializador do apoio matricial, que visa a qualificação de ações interdisciplinares com maior apropriação dos saberes das diversas áreas, em uma

equipe interdisciplinar. Houve manutenção dos fatores de risco para alteração fonoaudiológica em relação ao estudo anterior. Portanto, o acompanhamento das crianças que possuam esses fatores de risco deve ser realizado, de modo a promover a estimulação necessária e a construção de ambientes saudáveis.

PSICODINÂMICA DO TRABALHO: UM ESTUDO COM PROFESSORES DA REDE PRIVADA DE ENSINO

Gabriel Luis Pereira Nolasco, Barbara Maranim Teixeira, Branca Maria de Meneses, Cleber da Silva Alves, Ludemila dos Santos Almeida, Marinthia Cárcaro Martins

Palavras-chave: Professores, Trabalho, Psicodinâmica do Trabalho

O trabalho do professor é caracterizado pelo exercício da docência, sendo uma das profissões mais antigas da sociedade. De fato o professor no educar, reconstrói toda a história do passado até o futuro, fazendo suas inter-relações nas diversas ciências e contribuindo para aquisição de conhecimento de seus alunos. Sabendo da importância do papel deste profissional na educação e na constituição psíquica do sujeito, e vendo como o trabalho age interferindo na saúde e vida dos indivíduos, este trabalho constitui-se num estudo que busca compreender a prática do trabalho docente de professores em uma escola privada e sua associação com a Síndrome de Burnout. A Psicodinâmica do Trabalho de Dejours surge dos estudos influenciados por Le Guillant, que desenvolveu estudos nos anos 50, o que possibilitou correlacionar o trabalho e psicopatologia. No entanto, foi com os estudos de Dejours (1992), com a publicação do seu livro, Travail: usure mentale: essai de psychopathologie du

travail, em 1980, traduzido no Brasil, em 1987, com o nome de A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. Para Dejours (1992) o sofrimento é campo da Psicodinâmica do Trabalho; é cheio de significação e, portanto, campo de batalha entre duas esferas do aparelho psíquico: o seu funcionamento, propriamente dito, e os mecanismos de defesa, por exemplo, a sublimação tratada na discussão. Outro fator decisivo para aqueles que estudam a Psicodinâmica do Trabalho, é que esta visa o estudo da coletividade, ou seja, no ambiente de trabalho. Diante disso, não caberia nesse sentido uma clínica voltada ao sofrimento de psíquico individual já que é neste ambiente coletivo do trabalho que esse surge. Com relação a coleta de dados, foi constituída por 14 (quatorze) professores de uma instituição privada de Ensino infantil, fundamental e médio, da cidade de Campo Grande – MS, que estão exercendo sua atividade durante o ano de 2014 e, presente durante a aplicação do inventário. Com relação ao gênero, 42,9% dos participantes foram mulheres (n=6) e 57,1% do gênero masculino. Sobre a idade: 7% entre 18 e 29 anos e (n=1); 36% entre 30 e 39 anos (n=5) e 57% entre 40 e 49 anos (n=8). Em relação ao estado civil: 72% dos entrevistados são casados (n=10); 21% são solteiros ou divorciados (n=3) e 7% não responderam (n=1). Sobre o grau de instrução: 72% dos participantes responderam que possuem graduação completa (n=10) e 28% dos participantes possuem pós-graduação ou mestrado (n=4). Para levantamento dos dados, utilizou-se o instrumento, auto aplicado, Maslach Burnout Inventory (MBI – ED, 1986). Este instrumento é utilizado para avaliar como o sujeito vivencia seu trabalho e é composto por 22 itens que indicam frequência de respostas, numa escala de pontuação que varia de 0 a 6, sendo 0 para “nunca”, 1 para “uma vez ao ano ou menos”, 2 para “uma

vez ao mês ou menos”, 3 “algumas vezes ao mês”, 4 “uma vez por semana”, 5 “algumas vezes por semana” e 6 “todos os dias”. O MBI tem validade fatorial e consistência interna de suas escalas satisfatórias, sendo que a variável burnout foi obtida através do cálculo da média das pontuações obtidas, nas diferentes dimensões estabelecidas pelo modelo e que apontou o índice alcançado em cada uma delas. São três dimensões estabelecidas pelo modelo de Maslach: exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal no trabalho (Carlotto&Palazzo, 2006). Contudo, não utilizamos este padrão para analisar os dados coletados, assim como também não utilizamos todos os dados coletados e, sim, apenas os itens de maior incidência nas respostas. Os dados obtidos foram registrados em tabela, sendo esta classificada de acordo com o maior número percentual de respostas obtidas em cada item. Para análise dos dados optamos pela análise dos dados quantitativos onde, de modo geral, verificamos as relações existentes entre as diversas variáveis possíveis. Para Dejours (1992, p. 11) “falar da saúde é sempre difícil. Evocar o sofrimento e a doença é, em contrapartida, mais fácil: todo mundo o faz”. Ou seja, a necessidade de se estudar a Psicodinâmica do Trabalho nasceu a medida que Dejours et al. sentiram que existia um sofrimento psíquico decorrente das relações de trabalho que encontra-se a classe trabalhadora. Já em relação Homem – Trabalho, Dejours (1992) deixa claro que são três as questões primordiais que corroboram para o surgimento da doença: a) o trabalhador – o organismo, não é uma máquina e, sim, pode adoecer; b) o trabalhador possui uma história e logo uma identidade, desejos, aspirações que, conseqüentemente, o faz um ser singular mesmo estando em um ambiente coletivo; c) por se tratar de um ser uno, com desejos e motivações por conta da sua história de

vida, são características que se apresentam como estrutura da personalidade. Ou seja, diante disso será que no ambiente de trabalho todos os desejos, motivações, aspirações são desenvolvidas? Será que no espaço do mundo do trabalho há lugar para a singularidade? Caso não haja tal equilíbrio entre singularidade e a coletividade o aparelho psíquico pode não aguentar e pode criar saídas, como o sofrimento. Diante desse levantamento teórico sobre os conceitos básicos: subjetividade e sublimação, que alicerçam a psicodinâmica do trabalho iniciaremos uma discussão sobre os resultados obtidos através dos questionários aplicados em professores e correlacioná-los com a teoria proposta. Em primeira instância, chamou-nos atenção o fato de nossos resultados terem deflagrado contradição ao que vem sendo evidenciado na literatura, por exemplo, os resultados obtidos por Carlotto&Palazzo (2006) onde foi apontada a possibilidade da síndrome de burnout na população docente. Os mesmos autores reafirmam que expectativas familiares, mau comportamento dos alunos, e falta de participação nas decisões institucionais são os fatores com maiores índices de estresse para categoria. No entanto, é de suma importância salientar que a despersonalização é fator primordial para que a síndrome desencadeie, já que a exaustão emocional e o baixo rendimento profissional podem estar associados a outras síndromes e não, exclusivamente, ao burnout. Com isso os dados obtidos suscitam uma divergência e para explicar tal levantamento elencamos algumas hipóteses: a) os participantes da pesquisa terem resguardado informações; b) as condições ambientais de trabalho dos pesquisados são favoráveis aos trabalhadores, permitindo assim a elaboração de estratégias defensivas e os processos sublimatórios inibindo o desencadeamento da síndrome. Contudo, acreditamos que a teoria

dejouriana dá conta de explicar, por meio de sua metodologia a aparente divergência apresentada em nossos dados, apesar de não termos aprofundado na investigação dos dados, acreditamos que este trabalho dá subsídios para um estudo introdutório sobre a temática.

PSICOEDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE HIGIENE DO SONO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

*Mariana Carolina Vastag Ribeiro de Oliveira,
Luciana Alves Ferreira*

Palavras-chave: Higiene do Sono, Psicoeducação, UBS

Uma pessoa passa, em média, um terço de sua vida dormindo. É uma necessidade humana fundamental para uma boa saúde e uma boa qualidade de vida. O sono é necessário para a conservação de uma vida saudável. A carência e/ou rotinas inadequadas de sono refletem nas atividades de aprendizado, e podem causar: diminuição da motivação e concentração, déficit de memória, sonolência diurna, alterações de humor, queda da imunidade, entre outras. Realizamos um levantamento utilizando o diário do sono e os valores e conceitos frente ao hábito de dormir de 30 pesquisados em uma Unidade de Saúde Básica da cidade de Assis/SP. A partir da análise da realidade dos pesquisados, selecionamos alguns conteúdos e atitudes, objetos da intervenção subsequente na Unidade Básica de Saúde. Os pesquisados foram convidados a participar da pesquisa através do “diário do sono”, cujos tópicos abordados foram: 1) deitou a que horas, 2) acordou durante a noite, 3) que horas conseguiu dormir, 4) quantas vezes acordou durante a noite, 5) etc. A maioria das atividades propostas no diário do sono foram alcançadas apesar das desistências no

meio da pesquisa. Acreditamos que o maior desafio é a transposição do conhecimento teórico abordado para o cotidiano dos pesquisados e na efetiva modificação de comportamentos. Faz-se necessária também, a sensibilização dos próprios educadores de saúde uma vez que o tema ainda é pouco discutido no ambiente da Unidade de Saúde.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: A BUSCA PELA EFETIVAÇÃO DOS PRINCÍPIOS DO SISTEMA DO ÚNICO DE SAÚDE

Natália Moreira Machado, Jhennifer de Souza Góis, Yashmin Michelle Ribeiro de Araujo

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Redes de Atenção à Saúde, Regionalização

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgiram no Brasil como uma resposta inovadora para a crise atual do sistema de atenção à saúde. Trata-se de uma proposta recente, mas já se nota sua evolução no cotidiano dos serviços, principalmente porque a busca universal pela construção das RAS se dá devido à evidência de que essas redes representam uma saída para a crise atual dos sistemas de atenção à saúde. Além disso, as experiências de vários países mostram que as RAS melhoram os resultados tanto sanitários quanto econômicos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011). Assim, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) sob os moldes das RAS tem sido apontada como estratégia essencial para a consolidação dos princípios do primeiro, isto é, da universalidade, da equidade e da integralidade. Este trabalho propõe refletir teoricamente sobre essa nova proposta de organização dos serviços do SUS, tendo em vista a atualidade das discussões que tomam a saúde pública como objeto. Trata-se de um estudo de cunho essencialmente bibliográfico, no qual utilizamos legislações

e autores que se debruçam sobre a temática em apreço, a fim de embasar nossas reflexões. A política de saúde no Brasil desde sua formulação tem passado por diversas mudanças. No que tange ao campo da organização dos serviços de saúde, as RAS vêm sendo implementadas com o objetivo de superar a fragmentação e a descontinuidade do cuidado em saúde. Além disso, buscam promover a integração de ações e serviços de saúde com o propósito de prover uma atenção à saúde de forma integral, contínua, humanizada e de qualidade, propondo consolidar os princípios e diretrizes do SUS. De acordo com Mendes (2011), a implantação das RAS convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde realizada pelo SUS e também pauta a necessidade de organização de novos modelos de atenção direcionados às condições de saúde. Alguns destes modelos já foram, inclusive, experimentados com sucesso em outros países e poderiam ser adaptados de acordo com a realidade do nosso sistema de saúde. Segundo Mendes (2011), as RAS se constituem de três elementos básicos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. O conhecimento de uma população adscrita fica sob a responsabilidade da Atenção Primária. A estrutura operacional, por seu turno, é formada pelo que o autor chama de “nós das redes” e pelas “ligações materiais e imateriais” que comunicam esses diferentes “nós”. Os “nós da rede” são compostos por cinco elementos: a atenção primária à saúde (funciona como o centro de comunicação e é organizada a partir das necessidades de saúde da população); os pontos de atenção secundários e terciários (é a atenção ambulatorial ou hospitalar secundária e terciária, onde são ofertados os serviços mais especializados, mais densos tecnologicamente e mais concentrados); sistemas de apoio (são os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços que são comuns a todos os pontos

de atenção); os sistemas logísticos (apoia na tecnologia de informação, buscando garantir uma organização dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas na rede); e o sistema de governança das RAS (permite a gestão de todos os componentes das redes). Já o terceiro elemento são os modelos de atenção à saúde: o modelo de atenção às condições crônicas e o modelo de atenção às condições agudas. Nessa perspectiva e de acordo com o perfil epidemiológico da população, foram elencadas as Redes Temáticas de Atenção à Saúde: a Rede Cegonha (composta por um conjunto de ações que visa prestar atendimento de qualidade e seguro às mulheres, garantindo que estas tenham o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, ao parto, abortamento e ao puerpério, garantindo ainda às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e o desenvolvimento saudável); a Rede de Atenção à Urgência e Emergência (com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde para ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência de forma ágil e oportuna. Dentre seus componentes, podemos citar o SAMU 192, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), SOS Emergência etc.; a Rede de Atenção Psicossocial (referindo-se diretamente à ampliação e à qualificação do acesso a ações de tratamento e reabilitação para pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, além de indivíduos com sofrimento e/ou transtornos mentais); a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (visa garantir a atenção integral às pessoas com deficiência no âmbito do SUS); a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (inicialmente, esta teve o câncer como pauta de suas ações, buscando realizar atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas. Nesse contexto, para a implementação das RAS é necessária a

utilização de estratégias de integração, como o fortalecimento da Atenção Primária, das ações integradas em saúde, da promoção de uma gestão de trabalho e educação permanente, da implementação do planejamento integrado em saúde, da ampliação do sistema logístico em saúde, promovendo a comunicação e a efetividade do financiamento das políticas de saúde e objetivando a promoção e integração das ações e serviços de saúde com qualidade, de modo equânime e humanizado. Entendemos que a articulação entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) é de suma importância para a superação da fragmentação do cuidado no SUS, pois apesar dos avanços legais alcançados por este, ainda têm-se uma desarticulação dos níveis de atenção, visibilizada no foco na cura de doenças e na cultura hospitalocêntrica. Diante desse contexto, torna-se cada vez mais evidente a necessidade do avanço tanto na organização quanto nas práticas das ações e serviços de saúde disponibilizados pelo SUS, tendo como porta de entrada prioritária a Atenção Primária, estratégia fundamental para reorientação do modelo de atenção, pois esta torna os serviços mais acessíveis e eficientes, com menos custos, já que atuam principalmente na promoção e proteção da saúde, reduzindo procedimentos mais caros. Além disso, a Atenção Primária é o centro comunicador responsável pelos problemas de saúde da população adscrita, mesmo quando esse usuário é encaminhado para outros níveis de atenção. Por fim, é importante destacar que é essencial a discussão e a reflexão sobre essa nova proposta de organização em processo de implementação, visto que as RAS surgem como uma estratégia fundamental para a organização de uma rede regionalizada de ações e serviços de saúde capaz de efetivar os princípios do SUS supramencionados: universalidade do acesso, integralidade da atenção e equanimidade.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: DO ENCONTRO AO APRIMORAMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO

Luisa Macedo Cavalcante, Lidiane Medeiros Melo, Cyntia Márcia da Silva Toledo, Emanuele Sarmiento de Vasconcelos Silva, Juliana Ferreira Lopes, Marília Gabriela Vieira Macêdo

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Trabalho em Saúde

A Residência Multiprofissional é um programa dos Ministérios da Saúde e da Educação que surgiu como investimento voltado para a inserção qualificada de profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS), com foco em áreas prioritárias. Sua prática é voltada para o trabalho e para a produção de conhecimentos científicos na área de concentração, caracteriza-se como um programa de pós-graduação em serviço, com uma carga horária de 60 horas semanais (BRASIL, 2005). Sendo a Saúde da Família estratégia reestruturante do SUS, principalmente no que se refere a um modelo assistencial voltado para a atenção integral e diminuição das iniquidades sociais (BRASIL, 2012), faz-se necessário o investimento em práticas formativas que visem repensar o serviço realizado. Sousa (2014) afirma que a Estratégia de Saúde da Família desenvolve ações básicas com papel técnico e político, buscando a compreensão da sua atuação na promoção de saúde, voltado para a transformação das práticas tradicionais de saúde. O conceito ampliado de saúde deve ser o ponto de partida das práticas, promovendo a superação de um conceito biomédico, que não leva em conta os mais diversos aspectos de vida dos seus usuários. A Saúde da Família (SF) é um campo de trabalho que lida diretamente com situações altamente complexas, em relação ao modo viver das pessoas, o que

demanda uma alta utilização de tecnologias relacionais, leves (BRASIL, 2010). Faria (2009) afirma que quanto mais complexo e indeterminado, mais difícil é a reflexão sobre os processos de trabalho, que são características presentes na AB e na Saúde da Família. O que demonstra a dificuldade e ao mesmo tempo a necessidade de que os que os profissionais das áreas desenvolvam estratégias de superação destas dificuldades. Como relatam Franco e Mehry (1999), o processo de trabalho em Saúde da Família é sua grande questão, já que a produção do cuidado à saúde ocorre fundamentalmente pelos processos micropolíticos e pelas tecnologias de trabalho aplicadas. Os autores apontam à necessidade de os profissionais que compõem as equipes reaprenderem o trabalho a partir de dinâmicas relacionais que possibilitem a soma dos diversos conhecimentos. Para isso, é preciso que se desenvolvam processos de trabalho que fomentem esses encontros, e que permitam o compartilhar de ideias, teorias e suas execuções e práticas, com base na reflexão do trabalho realizado e ações integradas, e a necessidade do pensar, refletir, planejar avaliar ações e teorias faz com que a transdisciplinaridade seja uma forma de atuação fértil e resolutive (SEVERO e SEMINOTTI, 2010). O presente trabalho se refere a um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que ocorre no nordeste brasileiro, no período entre março de 2014 até março de 2015. O objetivo deste relato de experiência é compartilhar o processo de trabalho de uma equipe de residentes, que fez do encontro ou da transdisciplinaridade seu instrumento mais potente de trabalho, a partir de uma constante coprodução dos processos, com objetivo de realizar uma prática voltada para atenção de qualidade. A partir do entendimento da importância de uma atuação transdisciplinar, a equipe construiu uma metodologia de trabalho de modo que possibilitasse o encontro, o

compartilhamento de opiniões, saberes, experiências, reflexões sobre o trabalho como um todo, englobando aspectos subjetivos, relacionais e técnicos. A equipe é composta por cinco categorias profissionais: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional, inseridas em um programa composto por oito categorias, tendo também a Educação Física, a Enfermagem e a Odontologia. Realizamos práticas de promoção, prevenção e assistência à saúde, em uma comunidade vinculada a uma Unidade de Saúde da Família. Dentre as práticas de trabalho estão: territorialização; grupos de promoção à saúde, que contempla prevenção de agravos, educação em saúde, atividades culturais; atendimentos integrados, com foco prioritário em usuários com dificuldades de deslocamento até os serviços; apoio matricial; reuniões de equipe de planejamento; ações de educação permanente. Nessa trajetória, alguns elementos são destacáveis no processo de transdisciplinarização do processo de trabalho: 1) optamos por não nos dividir entre os grupos ou atividades, quando todas as profissionais são responsáveis por todas as ações, mas, para a execução criamos um método de fluxo que possibilitou que haja um repasse de responsáveis não havendo ruptura da facilitação, o que permite que todas as profissionais conhecessem todos os usuários, e aos poucos ocorra o processo de vinculação; 2) reuniões semanais com o caráter de planejamento e avaliação compartilhadas, o que também nos permite saber o que ocorre nas atividades que não estávamos presentes, e refletir em conjunto sobre o desenvolvimento dos grupos, o que nos faz aprimorar ações, criando novos projetos e buscando melhorar a qualidade do trabalho; 3) atendimentos integrados, que ocorrem com a participação de mais de uma categoria profissional, buscando um atendimento integral ao usuário e à sua família, que, muitas vezes, também é

atendida ou convidada pra participar do processo de trabalho; 4) discussão de casos e PTS, que são feitas em conjunto com toda a equipe, mesmo que uma profissional não atenda o usuário, ela participa da discussão de caso com o intuito de colaborar com sua visão; 5) matriciamento de usuários, com as estratégias sendo criadas e realizadas em equipe; 6) Educação Permanente em Saúde dentro da equipe, quando ocorre de forma institucionalizada e também em momentos diversos, quando há a problematização das práticas e também a busca por soluções concretas e resolutivas. No processo buscamos fazer uma avaliação e registro das condutas, e traçamos novas abordagens. Como resultado, temos a constante busca e produção de um processo de trabalho ativo, reflexivo, problematizador, destacando o caráter permanente e não findado do processo, que se constrói à medida que ocorre e avança. Sendo compatível com os apontamentos de Merhy (1997), ao defender que o trabalho vivo em ato tem a dimensão de gerir os processos com práticas criadoras permanentes e com processos tecnológicos que enfrentem as necessidades de saúde. O que reflete, na maioria das vezes, no alcance de práticas baseadas no vínculo, na longitudinalidade, na superação de um conceito tradicional de saúde, trabalhando com o conceito ampliado, na autonomia do usuário, na promoção de saúde, contribuindo para uma prática resolutive, que busca a qualidade e a integralidade e em consonância com o processo de efetivação do SUS e da Saúde da Família. Ainda que haja dificuldades, a Residência Multiprofissional se mostra uma estratégia efetiva para a reestruturação dos processos de trabalho na saúde, sendo um espaço efetivo de encontro, de compartilhamento e de aprimoramento das práticas. Para isso, é importante que o programa seja estruturado levando em consideração estes temas, e que possibilitem a realização de práticas que vão além do aspecto técnico e

mecânico do trabalho e que superem uma prática biomédica, baseadas no conceito ampliado de saúde e que tenham sempre como objetivo à consolidação do SUS, suas diretrizes e princípios.

RISCO OCUPACIONAL EM UNIDADES DE SUPORTE BÁSICO E AVANÇADO DE VIDA EM EMERGÊNCIAS EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO AMAZONAS

Yara Nayá Lopes de Andrade, Gisele Torrente, Raiany Tayse Camilo Oliveira, Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim, Denise do Nascimento Pedrosa

Palavras-chave: Risco ocupacional, Enfermagem, Atendimento de Urgência

Introdução: Estudos demonstram o risco a que estão expostos os profissionais de saúde, dentre eles destacam-se aqueles do serviço de atendimento Pré-Hospitalar (APH), estando estes profissionais expostos a muitos riscos ocupacionais. Em Manaus, o SAMU entrou em funcionamento em fevereiro de 2006 atuando em parceria com o Estado na regulação dos leitos de urgência e emergência, otimizando e disciplinando a ocupação das vagas, priorizando os casos mais graves. O serviço permite a organização e a racionalização da rede pública. O acidente ocupacional ou de trabalho é aquele que ocorre pelo exercício do trabalho, a serviço da empresa ou, ainda, pelo serviço de trabalho de segurados especiais, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução da capacidade para o trabalho, permanente ou temporária. A legislação brasileira contempla por meio de Norma Regulamentadora relativa à Segurança do Trabalho a existência de riscos ocupacionais peculiares a cada atividade profissional. Ao considerar essas condições de alto risco ocupacional que os

profissionais de saúde (PS) da equipe de APH está submetida, este estudo tem por objetivo verificar e identificar quem mais se acidenta, como se acidenta e qual a incidência desses eventos nessa população, visando também se o profissional tem conhecimento dos riscos ocupacionais a que está submetido diariamente e se conhece a conduta pós-acidente. De posse dessas informações, os gestores do sistema ficam mais seguros no desenvolvimento de atividades preventivas, visando à melhoria na qualidade de vida e segurança profissional desses trabalhadores. Objetivo: Identificar o perfil dos acidentes ocupacionais ocorridos com os profissionais atuantes nas unidades de atendimento pré-hospitalar básico e avançado de vida. Método: Tratou-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com análise quantitativa dos dados, por meio de entrevista com instrumento contendo 12 questões que abordaram: gênero, idade, categoria profissional, tempo de atividade no SAMU, conhecimento sobre risco ocupacional, quais os principais riscos que julgam estar expostos, sofreu acidente ocupacional? Tipo de acidente (fluidos corporais, mordedura humana entre outros), usava EPI no momento do acidente? Foi comunicado a gestor? Se houve afastamento do serviço e de que forma veem o uso dos EPI's. O estudo se deu em uma unidade de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da cidade de Manaus, -AM. O questionário foi aplicado após o aceite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Por conter informações sobre seres humanos, o estudo foi submetido a aprovação e aceite do comitê de ética e pesquisa sob o nº 2011/79. O SAMU é composto por Unidades de Suporte Básico (USB), onde a equipe profissional é composta por condutor socorrista, técnico de enfermagem/auxiliar e a Unidade de Suporte avançado (USA) é composta por médico, enfermeiro e condutor. Foram

incluídos no estudo todos os servidores que atuam diretamente com paciente, com número definido pela fórmula de Barbeta (1994, p.45) com margem de erro de 5%. Os dados foram tabulados em planilha no Microsoft Excel. Este trabalho foi submetido e aprovado pelo CEP sob nº 2011/79. Resultados: Os principais fatores de risco identificados foram: biológico com 19,3%, seguindo dos fatores físicos com 12,9%, químicos representando 6,8%; fatores psicossociais com 12,9%; ergonômicos com 12,9%. Em relação à ocorrência de acidentes, em detrimento de causas/fatores que poderiam ser evitados temos: profissionais que já se acidentaram com sangue 74,9%, seguido de 46,9% com fluído contendo sangue; com líquido amniótico 21,5%; 2,5% com líquido ascético, líquido pleural com 1,4% e outros com percentual de 16,4%. Identificamos também que a circunstância que mais gerou exposição aos acidentes foi com materiais perfurocortantes. Os acidentes ocorrem na maioria das vezes durante o transporte desses materiais para o recipiente de descarte e por descartes em locais inapropriados. Quanto ao resultado desta variável concluiu-se que os técnicos de enfermagem são os mais acometidos por acidentes envolvendo agulhas com lúmen, agulhas sem lúmen, vidros e lâminas, enquanto os condutores são, em sua maioria, acometidos por acidentes com intracath. Em relação ao uso do EPI's, dos profissionais de nível médio participantes da pesquisa, 31 (11,1%) dos técnicos/auxiliares de enfermagem, disseram estar usando os EPI's completos no momento dos acidentes, 69 (23,6%) usam de forma incompleta e 2 (0,5%) disseram não estar usando no momento do acidente. Já os enfermeiros 16 (5,7%) responderam que usam EPI completos e 33 (11,8%) usam incompletos. Quanto aos condutores 24 (8,6%) disseram estar usando os EPI's completos no momento do acidente, 60

(21,5%) disseram estar usando de forma incompleta e 15 (5,3%) não estavam usando. Na categoria superior 9 (3,2%) dos médicos disseram estar usando EPI's completos, 18 (6,4%) estavam usando de forma incompleta e 2 (0,7%) não estavam usando. Os profissionais, após sofrerem o acidente, tendiam a se afastar do local. Os principais motivos do afastamento segundo os relatos foram os exames que tiveram que realizar e a medicação tomada após os acidentes. Diante do fato foi feita a seguinte estimativa: Apenas 2 (0,7%) dos enfermeiros se afastaram após os acidentes. Os técnicos/auxiliares de enfermagem apenas 3 (1,0%) afastaram-se, 2 (0,7%) médicos e 6 (2,1%) dos condutores tiveram que se afastar do serviço. Durante a distribuição das respostas dos profissionais do serviço de atendimento médico de urgência a respeito da comunicação dos acidentes concluímos que, dos PS, 24 (8,6%) Enfermeiros responderam que informaram e 25 (8,9%) não informaram, dos Técnico/auxiliares de Enfermagem 28 (10%) informaram e 74 (26,5%) não julgaram importante. Dos médicos 15 (5,5%) comunicaram e 14 (5%) não comunicaram; dos Condutores apenas 19 informaram (6,8%) e 80 (28,7%) não comunicaram. Considerações finais: O estudo permitiu concluir que no ambiente de APH parece estar arraigado o sentimento de "naturalização" dos riscos ocupacionais, demonstrando que o profissional do serviço de atendimento médico de urgência cotidianamente convive em um ambiente insalubre ou de risco, o que pode diminuir a percepção do profissional de adotar medidas preventivas para a sua própria segurança. Constatamos que a adoção de condutas adequadas pós-exposição nem sempre está ligada ao nível de escolaridade, mas ao provável significado do evento para cada indivíduo. Identificamos que os principais fatores de risco na visão dos profissionais de saúde são: Biológicos,

físicos, químicos, ergonômicos e psicossociais de acordo com os profissionais que trabalham nas ambulâncias e para os profissionais que trabalham nas lanchas foram às condições do tempo e péssima manutenção das mesmas. Consideramos necessária a estruturação de um sistema efetivo de notificação, vigilância, controle e acompanhamento rigoroso dos acidentes envolvendo material biológico incluindo os provenientes de materiais perfurocortantes, respingo em mucosas, em pele íntegra ou lesada, entre outras possibilidades. Além disso, sugerimos uma abordagem profunda na aplicação e avaliação de estratégias educativas que visem à prevenção de acidentes ocupacionais, assim como reeducação do profissional quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual.

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR: A INFLUÊNCIA DO GÊNERO NA MANIFESTAÇÃO DO SOFRIMENTO RELACIONADO AO TRABALHO

Luiz Carlos Brant, Marilene Barros de Melo, Priscila Lilibete Viana de Faria

Palavras-chave: saúde do trabalhador, saúde da mulher, sofrimento psíquico

A mulher observada no contexto histórico da antiguidade era vista de uma forma distinta dos homens da mesma era. Eram atribuídas, e até hoje em algumas culturas ainda é, conotações de propriedade, cidadãos de segunda categoria (ou sem cidadania), Vítima, infeliz, insatisfeita á espera de alguém que vá ampará-la, um ser de medo. Durante séculos cabia a mulher as funções de mãe, esposa e dona de casa. Com a revolução industrial muitas mulheres passaram a exercer uma atividade laboral extra domiciliar embora tendo remuneração inferior ao homem. Apesar de o trabalho apresentar melhores

condições, desde as últimas três décadas do século XX, na contemporaneidade ele vem se tornando fonte de angústia. Ainda que haja tentativas de ocultação do sofrimento, a sua manifestação geralmente está associada às dificuldades de ingresso no mercado de trabalho, ao receio da perda de cargo ou emprego, à elevada competição nas organizações e baixa autoestima. Nestes casos, o sofrimento é representado como fracasso ou debilidade emocional do próprio sujeito este último geralmente relacionado às mulheres. As manifestações de transtornos mentais e comportamentais relacionadas ao trabalho vêm atingindo níveis crescentes desde as três últimas décadas do século passado em decorrência das transformações que o modo de produção capitalista vem sofrendo. Estudos evidenciam que a existência do sofrimento é maior entre as mulheres atribuindo este sofrimento aos diferentes papéis sociais, culturais e às diferentes posições em relação ao desejo que ocorrem entre homens e mulheres. Este estudo buscou situar o problema, levantar dados e questões relacionadas à articulação do sofrimento mental causado pelo trabalho e gênero, de modo a contribuir para a discussão sobre os desafios na definição de políticas voltadas para a melhoria das condições de trabalho e de saúde da mulher. Metodologicamente, recorreremos às seguintes fontes: Banco de Dissertações e Teses, Ministério da Previdência Social; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o site SciELO. A seleção do material se fez pelos títulos, resumos e palavras chave e leitura na íntegra de artigos, teses, dissertações, capítulos e/ou livros, As doenças mentais são responsáveis por cinco das dez principais causas de afastamento do trabalho no Brasil segundo dados do Ministério da Previdência Social. Esses dados apontam que os transtornos mentais e comportamentais ocupam o terceiro lugar em número de

concessões de auxílio-doença e não vêm acompanhando a tendência de queda no número de acidentes de trabalho no Brasil. Pelo contrário, de 2008 para 2009, o número de afastamentos do trabalho em decorrência de transtornos mentais e comportamentais subiu de 12.818 para 13.478. Em 2010, esse número teve uma queda, passando para 12.150. No entanto, voltou a subir em 2011, passando para 12.337, em 2012 o número de casos deu um salto totalizando 38.530 casos; em 2013 seguiu a tendência de crescimento totalizando 42.975 casos; em 2014 foram 43.316 casos e até junho de 2015 os afastamentos por transtornos mentais e comportamentais (CID F40-F48) A manifestação de maior sofrimento entre as mulheres pode trazer significativas contribuições para que se compreenda a participação feminina no mercado de trabalho como um todo e no exercício da função gerencial em particular, trazendo para discussão a relação trabalho, ocupação de cargo de poder nas organizações e gênero. Essa análise permitiu perceber a dimensão das desigualdades produzidas por diferenças sexuais no exercício de atividades laborais e representa claramente os lugares socialmente representados como masculinos: o alto comando, o locus máximo do poder, e o chão-de-fábrica, representado como lugar de “peão”, do macho de difícil comando que portanto, precisa de um outro homem para gerenciá-los. É preciso questionar em que se difere e quais são as especificidades do sofrimento feminino no contexto da reestruturação produtiva. As organizações projetam as qualidades da figura do gerente que deve ser adaptável, flexível e, se necessário, geograficamente móvel, porém essas “qualidades” evidenciam o quanto a mulher é preterida na função de gerência, tendo em vista que a ela é geralmente incumbida a função de cuidar/educar os filhos o que não a permite ser geograficamente móvel. Mesmo diante

de uma sociedade que sustenta o discurso da igualdade entre homens e mulheres no que diz respeito à educação dos filhos e administração do lar, do ponto de vista da estrutura subjetiva, a mulher ainda se coloca como responsável. Vive uma culpa, por mais que tente amenizar a situação com racionalidades múltiplas. Deste ponto de vista, mesmo que as mulheres tenham acesso a posições mais privilegiadas do que aquelas do taylorismo ou do fordismo, as novas condições do mercado de trabalho ainda as tratam a partir do lugar reservado às minorias. Constatamos que de forma diferenciada do homem, a inserção feminina no mercado de trabalho é atravessada por suas responsabilidades domésticas e familiares, obrigando-a, muitas vezes, a adaptar o seu cargo às suas funções de mãe, esposa, filha e irmã. A manifestação do sofrimento associado ao exercício laboral, maior entre as mulheres, pode ser interpretado como fator positivo, desde que se leve em consideração os seguintes aspectos: 1) o trabalho institucionalizado protege as mulheres do isolamento social, da monotonia e do baixo status do trabalho doméstico; 2) este mesmo trabalho institucionalizado pode ser causa de conflito, de culpa e de sobrecarga de papéis pelas demandas simultâneas da atividade remunerada e do trabalho doméstico levando à fadiga, ao estresse e a sintomas psíquicos. Concluímos que, apesar do sofrimento mental relacionado às atividades laborais estar presente em ambos os gêneros, a causa do sofrimento da mulher se difere por estar associado a questões culturais e sociais relacionadas a atividades que se entendem como pertencentes ao sexo feminino. As mulheres se deparam com as velhas e novas formas de discriminação. Além das diferenças salariais, há os obstáculos de acesso aos cargos mais elevados e qualificados do ponto de vista da valorização do trabalho e/ou cargos de

chefia, onde estão presentes a concentração do poder e os melhores salários. É necessária ainda uma profunda reflexão sobre o papel das mulheres no contexto organizacional e sobre as condições laborais diferenciadas que estas são submetidas, que as expõe a tratamento e remuneração inferiores e as desabonam unicamente por relações de gênero.

SAÚDE PRISIONAL: UMA REFLEXÃO SOBRE O DIREITO DE UMA POPULAÇÃO ESQUECIDA

João Paulo Teixeira Silva, Letícia Marina Araújo Medeiros

Palavras-chave: Saúde Prisional, Direito à Saúde, Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO: O direito à saúde da população em privação de liberdade foi normatizado na legislação brasileira pela Lei de Execução Penal (LEP) n. 7.210, de 11 de julho de 1984. Lei esta que dispõe sobre as condições de integrar o condenado na sociedade e a sua assistência à saúde; que assim como preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS) é direito das pessoas, inclusive das privadas de liberdade. A norma legal determina que o acesso aos serviços de saúde de unidade prisional equipada ocorrerá mediante autorização da direção do estabelecimento. Caso a unidade penal não esteja aparelhada para prover a assistência médica necessária, ela deve encontrar alternativas para que todas as necessidades de saúde de seu interno sejam supridas, consoante prevê o § 2º, do artigo 14º. Com o intuito de reforçar o direito desses cidadãos à saúde foi instituído, em setembro de 2003, pela Portaria Interministerial no 1.777, do Ministério da Justiça e do Ministério da Saúde, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Este plano tem por finalidade organizar a atenção básica de saúde, de caráter preventivo ou curativo,

seja por meio de atendimento médico ou de ações educativas, em suas unidades prisionais, garantindo atendimento da população penitenciária nos serviços do SUS para todas as pessoas, homens e mulheres que se encontram recolhidos em presídios, penitenciárias, colônias penais agrícolas ou agroindustriais e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. No dia 2 de janeiro do ano de 2014, o PNSSP fundamentou a instituição a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS, a qual está consolidada, baseando-se em princípios e diretrizes gerais de caráter estratégico ou gerencial. No entanto, por mais que esse seja um assunto interministerial ainda tratava-se de uma questão de interesse e responsabilidade das políticas de segurança pública que nem sempre esteve em pauta como prioridades desse campo. Com isso, objetivou-se proporcionar uma reflexão sobre o cumprimento do direito ao acesso à saúde da população carcerária e discutir formas de implementar a política vigente. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo de revisão, de caráter bibliográfico, descritivo, qualitativo e exploratório, com enfoque reflexivo sobre a acessibilidade da população privada de liberdade ao Sistema Único de Saúde. Para esta reflexão, tomaram-se por base a legislação vigente no tocante as Políticas de Saúde brasileiras e a Lei de Execução Penal, além de todas as normas e portarias que tratam do assunto, no intuito de adquirir maior aprofundamento e aproximação com este. **RESULTADOS:** Estudos ICPS (Centro Internacional para Estudos Prisionais, na sigla em inglês) comprovam que o Brasil é o país que possui a maior população carcerária da América Latina. Esse cenário favorece as precárias condições existentes em quaisquer tipos de assistência, desde condições inapropriadas para receber e custodiar os apenados até mesmo situações

que expõe a saúde do indivíduo e que podem levar à morte. Unido a isso, a constante violência somada ao uso indiscriminado de drogas colaboram para a vulnerabilidade do presidiário, que por estar em cárcere torna-se mais exposto ao risco. Ademais, estudos demonstram que essa população frequentemente é vítima de doenças infectocontagiosas, que poderiam ser prevenidas e reduzidas de maneira simples e barata por meio da atuação de equipes multiprofissionais como as da Estratégia de Saúde da Família. Deste modo, tornam-se visíveis as dificuldades metodológicas e operacionais para implantação efetiva de atividades das unidades de saúde nas instituições prisionais. A alta demanda, o baixo financiamento e a falta de interesse e incentivo para os profissionais atuarem nesta área só corroboram para a perpetuação e agravamento deste problema. A falta de comprometimento por parte da gestão e dos profissionais com a universalidade da assistência, entendendo o seu dever em prover um cuidado de qualidade e pautada nas diretrizes traçadas pela PNAISP contribui de maneira importante para o atual cenário que presenciado. A inexistência de iniciativas visando capacitar e motivar os atores envolvidos nesse processo também pode ser indicada como uma falha. Martins (2014) cita, em seu estudo, que o direito à saúde pode ser empregado, quando da reivindicação, como um direito individual privilegiando a liberdade para escolher o tipo de relação que a pessoa terá com o território, o tipo de vida que quer viver, o tipo de tratamento a que será submetida. Mas, como apontam Diuana e colaboradores (2008), aos presos é negada a condição de paciente, uma vez que estão submetidos à ordem: para ter acesso aos serviços de saúde é preciso que os detentos se submetam aos valores hierárquicos e às relações de dívida e gratidão, isto é, os direitos são considerados como existentes para os que possuem um “comportamento adequado”.

Corroborando com o exposto Jesus (2013) relata que problematizar concepções de saúde, de cuidado, de violência nos espaços prisionais coloca em questão a necessidade de discutir o modelo vigente e o contexto histórico e social que sustenta tais preceitos. A partir disso, é necessário lembrar que as prisões como instituições totais exercem uma condição que se afasta dos preceitos de cidadania e direitos legitimados pela sociedade, e vêm cumprir o papel de retirar do sujeito sua autonomia, liberdade de ação e capacidade de decisão, pelas normas locais. Todo esse descaso do Estado em relação ao direito à saúde das pessoas presas, evidenciado, sobretudo, pela ausência de iniciativas ou ainda de um planejamento, pode ser justificado pela função disciplinar da prisão. Isto é, a não contemplação do apenado ao seu direito à saúde, subconscientemente é entendido como mais uma maneira de punir, castigar o preso, além da sentença determinada pelo juiz. As precárias condições de trabalho, principalmente dos profissionais de saúde, e o julgamento moral sobre a conduta do preso indicam uma recusa em reconhecer a legitimidade de seu direito à saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Destarte, por mais que as leis e políticas brasileiras afirmem a saúde como direito de todos e dever do Estado, evidencia-se a não realização desse direito tanto para a população carcerária como para os poucos técnicos em saúde que atuam nas unidades de detenção. A precariedade da assistência de saúde ao presidiário se faz presente desde a estrutura física (falta de recursos financeiros para manutenção, implantação ou ampliação do aparato necessária), até a disponibilidade e interesse de profissionais em saúde, que consideram, discriminadamente, o sistema como setor de alta periculosidade com constante risco de insurreições. A intransigência com a saúde de tal população contraria a universalidade do acesso, a equidade e integralidade do cuidado.

Ocorrendo desta maneira superlotação de hospitais por agravos, visto que no sistema não é trabalhado a prevenção e proteção de doenças, surtos de patologias virais e consequentemente óbitos numerosos de uma população marginalizada e esquecida. Desta forma recomenda-se a partir desse estudo que a PNAISP seja pauta de discussão no que se refere ao cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS. Ademais, sugere-se que esta temática seja abordada na formação dos profissionais de saúde, dando maior atenção à ética e bioética no cuidado, a fim de superar os estigmas e preconceitos que envolvem a população privada de liberdade.

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE COMUNIDADES COMO ESTRATÉGIA PARA O PLANEJAMENTO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Lídia Viegas Tenório da Silva, Larissa de Azevedo Cáceres, Giovana Eliza Pegolo

Palavras-chave: Segurança Alimentar e Nutricional, Promoção e Assistência à Saúde, Hábitos Alimentares

APRESENTAÇÃO: Identificar a situação nutricional da população possibilita a implementação de ações e programas específicos visando a Promoção e a Assistência à Saúde a partir da realidade vivenciada. Neste contexto tem-se a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), definida pela Lei nº 11.346/2006 como “a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e

socialmente sustentáveis”. O consumo alimentar saudável, entre outras características, pode ser compreendido como a ingestão alimentar diária equilibrada, composta por cereais, leguminosas, carnes, laticínios, frutas, verduras e legumes. Em um dos extremos, a ingestão alimentar excessiva, caracterizada por alimentos com conteúdo de energia elevado, principalmente decorrente de gordura e açúcar simples, e reduzido nos demais nutrientes (vitaminas, minerais e fibras), contribui para alterações desfavoráveis do estado nutricional, sendo o sobrepeso e a obesidade as condições mais prevalentes, estabelecendo assim um risco maior também para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias. Outro fator determinante do consumo alimentar, em quantidade e qualidade dos alimentos, é a renda familiar. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi identificar a situação de (In) Segurança Alimentar e caracterizar a amostra em relação aos hábitos alimentares, indicadores antropométricos e econômicos. **DESENVOLVIMENTO:** Este estudo foi realizado com mães de crianças matriculadas em um Centro de Educação Infantil localizado em Campo Grande (Mato Grosso do Sul). As mães, por assumirem a responsabilidade pela alimentação da família, foram escolhidas como público-alvo da pesquisa. Foram convidadas a integrarem o estudo todas as mães com idade a partir de 18 anos que não estivessem gestantes. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. As variáveis investigadas foram: SAN, por meio da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA); hábitos alimentares, a partir de questões adaptadas da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2013), contendo 18

questões; indicadores do estado nutricional (Índice de Massa Corporal e Circunferência da Cintura) e classificação econômica (Critério Brasil, Associação Brasileira de Estudos Populacionais – ABEP, 2014). **RESULTADOS:** A amostra final foi constituída por 61 mulheres (41,8% da população de estudo), com idade média de 30,1 anos. Os resultados preliminares deste estudo possibilitam a caracterização do grupo estudado em relação às principais variáveis investigadas. Desta forma, em relação a SAN, 47,5% dos domicílios estavam em SAN, 41% em Insegurança Alimentar Leve, 9,8% em Insegurança Alimentar Moderada e 1,6% em Insegurança Alimentar Grave. Considerando a Insegurança Alimentar Leve um dos maiores percentuais de respostas na EBIA, 36,1%, foi obtido para a questão que avalia a diminuição dos recursos financeiros para uma alimentação saudável e variada. As principais constatações a partir das questões relacionadas aos hábitos alimentares foram: o consumo de feijão com frequência de 5 a 6 dias na semana foi observado na maioria das residências (50,9%); a maior frequência de respostas para o consumo de legume ou verdura cru foi na periodicidade de 3 a 4 dias da semana (32,8%), sendo que apenas 13,1% afirmaram a ingestão diária; a ingestão de frutas para 39,4% das entrevistadas apresentou consumo de 1 a 2 dias na semana, e somente 8,2% consomem diariamente alimentos deste grupo e 46% das mães afirmaram a ingestão diária de carne vermelha. O consumo de refrigerantes e sucos artificiais com frequência de 5 a 6 dias na semana foi registrado em 24,6% das respostas. Quanto ao consumo de leite, 16,4% respondeu que nunca toma leite e apenas 14,8% das mulheres relataram ingestão diária. O uso de produtos com elevado teor de açúcar também foi avaliado e 26,2% das mães afirmaram a ingestão de doces em 3 a 4 dias na semana. A investigação do estado

nutricional das mães apontou 44,3% em eutrofia, 31,1% com sobrepeso e 19,7% com obesidade. A análise da circunferência da cintura indicou que 44,3% das mulheres foram classificadas como adequadas. Porém, 26,2% apresentavam risco elevado e 29,5%, muito elevado, tendo em vista sua relação com o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Em relação à classe econômica, as maiores frequências foram para as classes C1 e C2, sendo 47,5% e 22,9%, respectivamente, cujos valores da renda média bruta familiar equivaliam a 1865 e 1277 reais por mês. Para a escolaridade, 21,3% relataram ensino médio incompleto e, 32,7%, ensino médio completo. O estudo também analisou a responsabilidade pelas escolhas alimentares da família. A maioria das mães (81,7%) consideraram-se responsáveis pelas opções alimentares das crianças e dos demais familiares do domicílio, ressaltando seu papel relevante no cuidado referente à alimentação. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Neste estudo, embora quase a metade da amostra tenha sido classificada em SAN, ainda existem situações de Insegurança Alimentar, o que denota preocupação e/ou vulnerabilidade concernente à alimentação, em quantidade e qualidade adequada. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, de 2013, revelou que 22,5% dos domicílios brasileiros tinham algum grau de Insegurança Alimentar. Na região Centro-Oeste foi constatado 18,2% de domicílios nesta condição. Neste estudo, 52,4% apresentaram algum grau de Insegurança Alimentar. A Pesquisa investigou também as atitudes das famílias com Insegurança Alimentar em situações de falta de alimento, dentre as respostas citadas, estava o menor consumo de frutas e verduras. A análise do consumo alimentar salientou, principalmente, a inadequação destes alimentos. Resultado preocupante, pois a Organização Mundial da Saúde recomenda

a ingestão diária mínima de quatrocentos gramas (cinco porções) de vegetais. Esta prática alimentar, conforme estimativas da OMS, pode contribuir para a diminuição de cerca de 2,7 milhões de mortes no mundo todos os anos. A Agência Nacional de Pesquisa sobre o Câncer, desde meados da década passada, já afirmava que 20 a 30% dos cânceres do trato gastrointestinal e até 12% dos outros tipos de câncer poderiam ser evitados com o consumo adequado de vegetais. O conjunto de hábitos alimentares inadequados pode relacionar-se ao desenvolvimento de doenças que apresentam o excesso de gordura corporal como fator desencadeador, condição já constatada neste estudo por meio da frequência de mulheres com excesso de peso e circunferência da cintura elevada. Considerando as demais variáveis deste estudo, especula-se o quanto a renda mensal pode estar associada às inadequações alimentares da família, sendo que poder aquisitivo menor poderia ser determinante nas condutas alimentares inapropriadas. Contudo, sugere-se que estratégias de Educação Alimentar e Nutricional poderiam integrar políticas públicas direcionadas à Promoção e Assistência à Saúde de maneira sistemática, contínua e adaptada a cada realidade. A Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura afirma que um dos maiores desafios do setor é a conscientização das pessoas sobre os benefícios do consumo de frutas e verduras. A estreita relação da mãe/mulher com as escolhas alimentares da família pode representar uma possibilidade de cuidado com a saúde com repercussões importantes, especialmente ao considerarmos que hábitos alimentares adquiridos na infância podem perdurar ao longo da vida e ainda com mudanças positivas para toda a família. Independente da condição de SAN ou não, estratégias de Educação em Saúde e

Nutricional poderão contribuir positivamente para o estado nutricional e para um padrão alimentar pautado por escolhas alimentares adequadas.

SEM LENÇO E SEM DOCUMENTO: A VIDA NAS RUAS DE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS

Márcia Rebeca Rocha de Souza, Jeane Freitas de Oliveira, Mariana Cavalcante G. Chagas, Raquel Miguel Rodrigues

Palavras-chave: Gênero, Violência, Drogas, Saúde da Mulher

APRESENTAÇÃO: Este trabalho pretende discutir situações vivenciadas por mulheres em situação de rua que fazem uso abusivo de drogas. Para a maioria das pessoas a rua é um lugar público, é uma extensão que liga lugares para onde as pessoas se deslocam. É um espaço temporário, um local de passagem, que é de todos e é de ninguém. Quando a reflexão faz lembrar as pessoas que vivem nas ruas, o substantivo ninguém, não perde lugar, pois são os “joão-ninguém” e as “maria-qualquer” que habitam esses locais. Quando se fala de pessoas em situação de rua cabe ressaltar que existem diferenças marcantes do impacto de se viver na rua para homens e mulheres pelas complexas relações de gênero que se estabelecem socialmente. **DESENVOLVIMENTO:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujos dados foram coletados no período de outubro a dezembro de 2012, através de entrevistas semiestruturadas com sete mulheres usuárias de drogas atendidas em um CAPSad de Salvador. Este estudo está em conformidade com todas as exigências éticas e situa-se no âmbito do projeto intitulado “Vulnerabilidades de Mulheres Envolvidas com Álcool e outras Drogas”, financiado pelo CNPq, sendo também recorte de uma dissertação de

mestrado. **RESULTADOS:** Os relatos das entrevistadas apontaram situações diversas que demonstram a complexidade da vida nas ruas, com condições diferenciadas de vulnerabilidade impostas para homens e mulheres pela relação de poder desigual entre os sexos. Quando a condição de estar na rua se soma ao gênero feminino, que se soma à condição de usuária de drogas, tem-se uma situação complexa, de difícil intervenção e manejo. Ser usuária de drogas significa carregar marcas sociais, estigmas que reduzem a pessoa a esse status, conforme mostra a fala abaixo. “As pessoas falam: ali! Lá vai a cachaceira beber, ali! Eles falam o xingamento pra mim não pro lado da droga, é mais pro lado da cachaça porque eles sempre me vêem mais “bêba” do que com os zoião de crack “(Florzinha). Na fala acima a entrevistada considera o estigma de usuária de álcool menos danoso, já que esta é uma droga com aceitação social, apesar de o uso abusivo ser condenado. Para as entrevistadas, os danos gerados pelo uso de drogas estão mais relacionados com sua condição de ilicitude e estigmas sociais do que com os efeitos propriamente ditos, conforme trecho abaixo. “E eu perdi a sociedade das pessoas, porque quase ninguém confia em quem é usuário assim, né? Quem usa crack pra eles é ladrão, é prostituta e nem sempre é assim, né? Eu não me acho uma pessoa má porque eu uso droga” (Florzinha). Estar na rua significa se expor. Não é possível disfarçar uma relação de uso abusivo de álcool, como seria para alguém com privacidade garantida em uma residência. Uma vez tendo sua vida e sua intimidade exposta na rua, com uma lógica de organização pessoal e social peculiar, pressupõe-se a complexidade e singularidade da atenção à saúde da população em situação de rua, em especial das mulheres. Os serviços de saúde que prestam assistência às mulheres em situação de rua poderiam acompanhar

de forma mais próxima suas usuárias, seguir seus passos, conhecer onde dormem, como comem e com quem se relacionam, como se as usuárias pudessem ser suas “guias” para a construção de possibilidades terapêuticas. Quando se fala de mulher usuária de drogas, por exemplo, que esteja em situação de rua e com comorbidade psiquiátrica e necessidade de uso de medicação, a equipe de saúde que a assiste, muitas vezes, é capturada pela prática da medicalização do sofrimento dessa mulher. Caso a equipe não tenha um olhar ampliado sobre o caso, não faça uma escuta sensível, poderá gerar graves prejuízos ao invés de construir cuidado, como no caso em que ocorre violência sexual, explicitado no trecho abaixo. “Aproveitador! Porque uma pessoa que tá vendo uma mulher bêba, e fica querendo encarnar demais, se não for pra roubar é pra se aproveitar. Eu já fui muito roubada assim... Aproveitar... vai dormir na rua...”bêeeba”... aí na hora que você dorme, ele vai ali, dali já quer se aproveitar na rua mesmo”(Ninha). O álcool sendo uma substância depressora tem efeitos semelhantes a diversos medicamentos usados para tratamento de transtornos mentais. Segundo as entrevistadas, as mulheres em situação de rua, sem companheiro e sob efeito de substâncias depressoras como o álcool e/ou medicamentos tem maior risco de sofrer violência física e sexual. As mulheres trazem consigo as histórias que as formaram, que as instrumentalizaram e ensinaram como se relacionar. Muitas vezes o projeto de abandonar as ruas se reproduz como um abandono de si mesma, marcando sucessão de tragédias, e seguindo por um caminho que parece ter a morte como certeza iminente. A fala destacada abaixo aponta um adiamento da morte que, no caso dessa participante, se concretiza dois dias depois da realização da entrevista. “O carro matou ele bebo, atropelado... Eu também já fui atropelada

um bocado de vez...Um bocado de vez depois que meu pai morreu. Mas não morri ainda, essas cicatrizes aqui no meu rosto foi tudo atropelo”(Ninha). A funcionalidade das drogas para quem mora nas ruas configura mais um ponto importante a ser destacado, principalmente no que se refere ao crack, que foi mencionado como substância de abuso por todas as participantes. Sendo uma substância estimulante, capaz de produzir respostas às demandas de quem está na rua, o crack deixa a pessoa em alerta e por isso se constitui numa droga funcional para quem está em situação de rua, sobretudo para as mulheres. “Pra mim o crack era melhor porque me deixava na ativa, na atividade! Vendo alucinações. E a maconha já me deixava lerda, querendo dormir, aí eu larguei a maconha! O crack deixa a pessoa em acesa, pronta para reagir. O povo aqui usa o álcool para tirar a dor, dar alegria e dar coragem para falar o que quiser e quando eu bebo na intenção de alguém, ah! Falo um bocado, falo tudo que eu não tenho coragem de falar pros outros, maltrato as pessoas. Você bem sabe, né? O tanto de coisa que já falei pra você...você bem sabe! (sorri)” (Florzinha). A vida nas ruas é uma vida de incertezas e paradoxal. Ao mesmo tempo em que se confluem sentimentos de liberdade, é permeada por sentimentos de aprisionamento, de vulnerabilidade, de falta de perspectivas. O lugar das pessoas que vivem nas ruas é sempre de um “não lugar” na sociedade, ora de marginalização e de destituição dos direitos de cidadania, ora de exercício da produção da vida, mesmo no sofrimento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estudo apresenta algumas cenas que podem ilustrar parte da complexidade da vida de mulheres usuárias de drogas em situação de rua. A construção de uma rede de serviços formais e a “capacitação” de profissionais de saúde parece não ser suficiente para o enfrentamento das questões colocadas. Mesmo sendo fundamental o processo

permanente de educação nos serviços de saúde, os desafios colocados ultrapassam os “avanços” dos saberes técnicos estruturados. Talvez essa capacidade de produção de um “não lugar” num lugar, para além do uso abusivo das drogas, possa nos mobilizar a repensar nossas práticas diante da nossa vida e, principalmente, diante da vida do outro.

SIMULAÇÃO DE DEMÊNCIA DE ALZHEIMER COMO ESTRATÉGIA DE SENSIBILIZAÇÃO DO CUIDADO

Mariana Carolina Vastag Ribeiro de Oliveira, Isabela P. Tomilheiro

Palavras-chave: Alzheimer, Simulador virtual, Promoção à Saúde

Ao longo dos anos a população mundial, cada vez mais, vem envelhecendo e as doenças crônicas degenerativas ocupam 1^o lugar, causadores de demência como a de Alzheimer (DA) sendo a causa mais frequente de demência no idoso e sua prevalência aumenta espontaneamente entre 65 a 95 anos. Trata-se de um estudo com abordagem clínico experimental onde foi realizado um simulador virtual de baixa fidelidade sobre a Demência de Alzheimer. Este projeto foi submetido ao CEP da Unesp de Assis, conforme a resolução n^o 466 de 12 de dezembro de 2012. Teve como objetivo principal promover a sensibilização dos voluntários diante a D.A. Promover a reflexão sobre o impacto dos efeitos das alterações fisiopatológicas dos portadores de Demência de Alzheimer na realização de atividades de vida diária através da Simulação; Promover a sensibilização dos voluntários submetidos, estimulando a promoção dos valores de igualdade, cidadania e dignidade de vida humana; Avaliar reações dos participantes da pesquisa relacionadas ao estigma e empatia antes e após o Simulador Virtual

de Demência; Identificar as reações comuns pelos voluntários do Simulador de Virtual de Demência; O principal resultado diante a simulação foram as dificuldades dos voluntários de realizar as atividades propostas como: Pegar o copo da mesa e colocar a água quente dentro do mesmo e deambular até encontrar um local para sentar-se; pegar as moedas do chão, identificar o valor das mesmas e colocá-las no cofre em cima da mesa; pegar algum objeto no ambiente e identificar a sua textura, cor e funcionalidade; Pegar uma camiseta branca que se encontra no ambiente e coloca-la no cabide do lado correto (sem ser do avesso); Realizar a organização da cama e sentar-se na cadeira em seguida. Após a participação dos voluntários, foi apresentado um questionário fechado, para que os participantes referissem quais eram os apontamentos em relação ao procedimento proposto. “Qual foi a sensação participar dessa simulação? Sentiu alguma dificuldade? Qual? Você possuía algum conhecimento acerca das alterações que a Demência de Alzheimer poderia provocar na atividade de vida diária do paciente? Essa experiência contribuiu de forma significativa para você? Como?” Os resultados mais apontados foram às dificuldades apresentada pelos participantes em relação a sentidos auditivos e visual, onde relataram diante a simulação ter a sensação do que vive um portador de Alzheimer no dia a dia. Salientando que a maioria dos participantes demonstrou falta de conhecimento perante a doença.

SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: FATOR TRABALHO COMO PRODUTOR DE SAÚDE/DOENÇA

Francisco Wagner Pereira Menezes

Palavras-chave: Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Síndrome de Burnout

APRESENTAÇÃO: A partir da evolução do conceito de saúde, considerado atualmente como um estado de completo bem-estar, inserem-se como fatores relevantes na construção da saúde dos indivíduos diversos pontos de sua vida, conceituados como determinantes sociais da saúde (DSS), que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, sendo a ocupação/trabalho do indivíduo fator relevante na produção de sua saúde. Nesse contexto, surge a atuação do enfermeiro na atenção básica, mais precisamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), caracterizada como serviço que incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como meta ser substitutivo do modelo biomédico hegemônico. Como forma de territorialização permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de saúde, tendo o núcleo familiar como base e unidade para o desenvolvimento de sua atuação. Portanto, os trabalhadores inseridos nesse modelo de atenção à saúde ficam expostos à realidade destas comunidades nas quais, muitas vezes, os recursos são escassos para atender às complexas demandas com as quais se deparam. Somam-se a isto, algumas falhas na rede de atenção à saúde que se refletem no trabalho e afetam a resolutividade das ações. Passos geradores de frustração, estresse e tensão, implicando diretamente no seu nível de saúde e qualidade de vida. Surgem, então, neste ínterim, adoecimentos físicos e/ou psicológicos, apresentando-se a síndrome de burnout como um deles, considerando-se que decorre de altos níveis de tensão e desgaste no trabalho, os quais, por sua vez, conduzem a inadequadas atitudes de enfrentamento das situações de conflito. A Síndrome de

Burnout (SB) foi descrita pela primeira vez como sentimento de fracasso e exaustão causado por um excessivo desgaste de energia, força e recursos, descrevendo-se como um “incêndio interno” resultante da tensão produzida pela vida moderna, afetando negativamente a relação subjetiva com o trabalho. O desenvolvimento dessa síndrome decorre de um processo gradual de desgaste no humor e desmotivação acompanhado de sintomas físicos e psíquicos. O trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho. Objetivou-se identificar a frequência de casos de SB e relacionar os determinantes sociais com suas dimensões em enfermeiros da Estratégia Saúde da Família do município de Maracanaú, Ceará. METODOLOGIA: Tratou-se de um estudo de associação, realizado com 40 enfermeiros. Os dados foram coletados em 2011, utilizando o instrumento de avaliação MBI. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, sob protocolo de nº 10724916-2, tendo sido realizados os procedimentos éticos conforme resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sobre as dimensões MBI (cansaço emocional, despersonalização e realização pessoal), foram classificadas em níveis baixo, médio e alto. Os participantes mostraram percentagens significativas dos critérios que corroboram positivamente para a inclusão dos enfermeiros do estudo no quadro clínico da Síndrome de Burnout. Um quarto (22,5%) apresentou níveis altos de cansaço emocional, mais de um terço (37,5%) níveis altos de despersonalização e apenas 2,5% os níveis baixos de realização pessoal, o que revela que os profissionais sentem-se realizados profissionalmente, exaustos emocionalmente e experimentam sentimentos de distanciamento afetivo de seus clientes, com médias de 21,4 (+5,8), 8,9 (+3,1) e 33,1 (+4,2), respectivamente. Em relação ao tempo de atuação na profissão, aqueles com < 5 anos

apresentaram níveis baixo de cansaço emocional, médio de despersonalização e alto em realização profissional (25%, 30% e 32,5% respectivamente), enquanto que os que possuíam > 5 anos, tiveram níveis médios de cansaço emocional (17,5%), médio e alto de despersonalização (15%) e alto de realização profissional (20%). RESULTADOS: Os resultados obtidos nessa pesquisa identificam nas três dimensões do Burnout, prevalência de níveis médios de cansaço emocional e despersonalização, e níveis altos de realização pessoal. De acordo com o estudo, jovens e pessoas com maior tempo de atuação são mais suscetíveis ao desenvolvimento da SB. Dentre as três dimensões, a baixa realização pessoal foi a menos observada nos enfermeiros do estudo, a maioria dos participantes 52,5 % da amostra apresentaram níveis altos de realização pessoal, ou seja, níveis baixos de insatisfação pessoal. Esse resultado expõe a satisfação dos profissionais enfermeiros, apesar das dificuldades do cotidiano dos serviços. A possibilidade de ajudar o próximo é referência constante. Em relação à prevalência da Síndrome de Burnout (de acordo com os critérios de Grunfeld), obtivemos um resultado bastante relevante de que 52,5% dos enfermeiros apresentavam a síndrome. O estudo reafirma as evidências que confirmam o trabalho em más condições como importante determinante social de saúde, influenciando aqui negativamente sobre os profissionais enfermeiros da ESF do município de Maracanaú. Dessa forma, observou-se influência do trabalho sobre a qualidade de vida e saúde do grupo pesquisado, de modo que os níveis das dimensões do MBI mostraram profissionais realizados profissionalmente, exaustos emocionalmente e experimentado sentimentos de distanciamento afetivo de seus pacientes. Foi encontrada uma frequência elevada de casos de SB (52,5%) e, embora não tenha havido associação entre os determinantes sociais e as dimensões

da SB, verificou-se que estão presentes em maior frequência nos grupos das dimensões de maior fragilidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Diante dos resultados encontrados, urge em nossa realidade a necessidade de criar estratégias de maior valorização e cuidado para com os enfermeiros e outros profissionais da saúde, quem sabe assim o ambiente de trabalho possa, finalmente, ser um lugar de conforto e de cuidado tanto para aquele que busca o acolhimento humano para o seu padecer, quanto para aquele que acolhe o padecimento, já que, como vimos, os dois polos dessa relação parecem enfraquecidos por aquele lugar que se intitula serviço de saúde. Os casos de SB encontrados nesse grupo de profissionais podem ser considerados altos, sendo necessárias medidas de controle dos fatores geradores dos sinais e sintomas e a luta pela valorização profissional e melhoria das condições de trabalho por parte da própria classe e dos gestores. Além disso, e agindo de modo mais local, a identificação e o controle dos fatores geradores dos sinais/sintomas apresentados pelos trabalhadores pesquisados podem contribuir na promoção da sua saúde individual, da saúde do grupo de trabalhadores de enfermagem (sujeitos às mesmas condições de trabalho) e na melhoria da qualidade dos serviços prestados. O trabalho fornece subsídios à caminhada rumo a uma prática de enfermagem segura para os seus trabalhadores.

SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA REDE DE SAÚDE VOLTADA PARA OS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS

Lirys Figueiredo Cedro, Ândrea Cardoso de Souza, Ana Lúcia Abrahão

Palavras-chave: Assistência, Saúde, cuidado

A realização deste estudo deve-se à questão da necessidade de se construir redes de atenção conforme o percurso do usuário e não o contrário. Apesar de existirem vários serviços na rede de saúde, o grande problema é a falta de integração e os diálogos – institucional e interinstitucionais – que dificultam o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. A escolha dessa temática deve-se a minha trajetória na área de saúde mental desde a graduação: quando fui acadêmico bolsista do Programa de Estágio Integrado em Saúde Mental no CAPS II Ernesto Nazaré, momento em que pude cuidar de alguns pacientes que apresentavam problemas relacionados ao uso abusivo de drogas. Mesmo não sendo um CAPS AD, havia usuários que apresentavam além da psicose, a comorbidade do uso abusivo de drogas de modo que para obtê-la faziam de tudo, inclusive trocar os próprios eletrodomésticos pela droga, dentre outras coisas; seguido da Residência Multiprofissional em Saúde Mental - UFRJ-IPUB – Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria - UFRJ-IPUB (2011-2013) - em que tive uma experiência com usuários de álcool e outras drogas do PROJAD. Projeto de álcool e drogas. Esses serviços extra-hospitalares têm o papel de contribuir para assegurar os direitos e proteção voltada para usuários do âmbito da saúde mental, inclusive os usuários de álcool e outras drogas, mas essa atuação no território é muito recente, apesar da luta intensa por transformações no campo da saúde mental há mais de vinte anos. A rede de atenção sobre drogas pode ser entendida como uma rede de assistência centrada na atenção comunitária atrelada à rede de serviços de saúde e sociais que tenha ênfase na atenção e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados à pessoas que apresentem problemas devido ao uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em serviços extra-hospitalares de atenção

psicossocial. (COSTA, 2015). Conforme Abrahão (2013), a rede pública de serviços de saúde de Niterói compromete-se com o pacto pela vida, reconhecendo a parceria estabelecida com a Universidade Federal Fluminense - UFF. Neste sentido, a atuação em redes de atenção à saúde, orienta a organização do cuidado à saúde e forma o profissional. Optamos por realizar uma pesquisa a respeito da rede de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas. Objetivo: Identificar o que facilita o acesso e o atendimento integral destes mesmos usuários aos serviços, bem como o que dificulta. É relevante afirmar que facilitar este acesso aos usuários de álcool e outras drogas é uma forma de cuidado. Sendo assim, consideramos ampliar o acesso aos usuários de álcool e outras drogas por meio de redes é uma forma de cuidado. Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo intervenção. A intervenção está relacionada ao desenvolvimento e/ou utilização de analisadores, conceito-ferramenta formulado na trajetória do institucionalismo francês, são catalizadores de sentido, desnaturalizando o existente e suas condições e fazendo a análise. O conceito de instituição também sofre mudanças, não se identificando com o de estabelecimento, ganhando um sentido dinâmico, já que remete a um processo de produção constante de novos modos de existir, de configuração das práticas sociais (Rodrigues, 1993, Barros, 1994). A análise das implicações com as instituições em jogo nas situações não permite a neutralidade do analista/pesquisador, rompendo com as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido (AGUIAR, 2003). Este projeto de pesquisa está inserido na linha de pesquisa Cuidado em seu Contexto sociocultural no Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde derivado do projeto cujas áreas de ação são: Saúde Coletiva; Política de Saúde; Formação em

Saúde e está vinculado ao Núcleo de Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde (NUPGES) financiado pelo CNPq. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética, conforme a portaria 466/12, nº 209.321. Em relação à coleta de dados, realizou-se entrevistas semiestruturadas com a participação de profissionais da rede de saúde de Niterói, inclusive preceptores de PET, articuladores da rede no território. Para definição dos participantes do estudo foram os seguintes critérios de inclusão: profissionais da rede de atenção à saúde do município o que abrange articuladores da rede no território, preceptores de PET, profissionais da atenção básica e atenção psicossocial, bem como alguns com experiência no trabalho em consultórios na rua. Critérios de exclusão: Graduandos, residentes médicos, estagiários. Resultados: Com a realização das entrevistas, identificamos que as barreiras de acesso, segundo os participantes da pesquisa, incluem a falta de infraestrutura, a formação deficitária de profissionais na área de saúde mental - que abrange a questão de álcool e drogas - para lidarem com situações concernentes a este processo de trabalho; a cultura familiar que ainda recorre à internação como lugar primordial e mais eficaz para tratamento das questões de álcool e drogas mesmo com a existência já de serviços extra-hospitalares cujo cuidado costuma ser extramuro, ou seja, também ocorre no território; e vínculo trabalhista frágil dos profissionais de saúde. Já a vantagem, é que apesar de toda precariedade, existe um trabalho em rede devido à formação dos profissionais que estavam imersos no movimento de reforma psiquiátrica que valorizava ao extremo o trabalho em rede de saúde e intersetorial, outra vantagem é poder contar com a rede informal. Considerações finais: Desta forma, ao identificarem as fragilidades e também as facilidades no acesso dos usuários aos serviços isto de alguma forma contribui

para reflexão crítica dos profissionais no que concerne ao próprio processo de trabalho de forma a viabilizar melhorias seja por meio de articulação com autoridades superiores e mesmo pela rede informal que valoriza o circuito do usuário na rede, incluindo as pessoas que fazem parte deste circuito como agentes de cuidado, não se restringindo apenas aos profissionais de saúde, Entendemos que o cuidado a que nos referimos remete a algo que não se restringe à execução de protocolos e procedimentos e abrange o acolhimento, a escuta, a rede de conversações necessárias a um agir em saúde mais eficiente.

TEATRO DO OPRIMIDO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: APROXIMAÇÕES POSSÍVEIS

César Augusto Paro, Neide Emy Kurokawa e Silva

Palavras-chave: Teatro do Oprimido, Promoção da Saúde, Pesquisa Qualitativa, Transformação Social

Introdução: A área da saúde, principalmente a Promoção da Saúde (PS), tem tido um movimento de aproximação cada vez maior com as linguagens artísticas no seu cotidiano de trabalho. Este cruzamento tem ocorrido de diversas formas, envolvendo uma pluralidade de práticas e saberes. Dentre as linguagens artísticas, o Teatro do Oprimido (TO) parece surgir como uma opção oportuna para as ações de PS. O TO é uma técnica pedagógica, social, cultural, política e terapêutica criada por Augusto Boal (1931-2009), importante teatrólogo, diretor, dramaturgo e ensaísta carioca. Boal (2002) define o TO como um sistema de exercícios físicos, jogos estéticos, técnicas de imagem e improvisações especiais, que tem por objetivo resgatar, desenvolver e redimensionar essa vocação humana, tornando a atividade teatral um

instrumento eficaz na compreensão e na busca de soluções para problemas sociais e interpessoais. A metodologia do TO ancora-se em dois princípios fundamentais: a) a transformação do espectador, ser passivo, recipiente, depositário, em “espect-ator”, ou seja, em protagonista da ação dramática, sujeito, criador, transformador; e b) não trata apenas de refletir sobre o passado, mas sim de preparar o futuro, isto é, deve-se transformar todas as situações vividas no espaço cênico em um ensaio para a transformação da realidade. Neste sentido, Boal (1979, p.18) criticava que “basta de um teatro que apenas interprete a realidade: é necessário transformá-la!”. Objetivo: Compreender as contribuições do TO para as ações de PS, descrevendo as produções presentes na literatura acadêmica nacional e internacional e identificando as possíveis apreensões que a saúde faz do TO. Métodos: Tratou-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo exploratória, com abordagem qualitativa (TOBAR; YALOUR, 2001). A coleta de dados ocorreu nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed, incluindo estudos publicados entre 1973 e 2014 em português, inglês ou espanhol. A estratégia de busca utilizada foi “(‘Teatro do Oprimido’ OR ‘teatro’) AND (‘Promoção da Saúde’ OR ‘saúde’)” e as suas respectivas traduções em inglês e espanhol. Após coleta inicial, procedeu-se com a técnica de bola de neve por meio da análise da bibliografia referenciada nas publicações incluídas, para inclusão de estudos que pudessem ser relevantes para alcançar o objetivo da pesquisa. Para a análise das publicações, utilizou-se a Análise Temática (BARDIN, 2009). O processo de tratamento dos dados advindos das publicações iniciou-se com a pré-análise, fase em que se realizou a preparação do material e leituras flutuantes dos achados, a fim de propiciar o contato exaustivo com os textos e consequente impregnação pelo conteúdo. Posteriormente, fez-se

a exploração do material por meio da operação de codificação, que propiciou eleger unidades de significados que foram descritas e interpretadas (GOMES, 2006; MINAYO, 2004). A discussão e interpretação dos dados foram desenvolvidas a partir dos referenciais teóricos da PS, Saúde Coletiva e do TO. Resultados: A partir do levantamento bibliográfico realizado que inclui 1.791 registros da busca com os descritores e a técnica de bola de neve, foram encontradas oito publicações que tocavam na interseção entre PS e TO. Apesar da escassez da produção científica em relação à PS, a literatura acadêmica que busca estudar o TO já se expandiu para diversas áreas do conhecimento, como Educação, Educação Social, Psicologia, Artes Cênicas, Filosofia, Direito, Ciências da Comunicação e até Economia (BARBOSA, 2011). A escassez de estudos que abordam a temática do TO na PS demonstra a importância de um maior movimento da academia em investigar mais as possibilidades, potencialidades e limitações de interseção entre os dois campos. Isto também pode estar relacionado ao fato de ainda na prática dos serviços e ações de saúde as experiências de diálogo entre estes dois campos serem incipientes. Neste sentido, vale ressaltar a importância de maior difusão do TO na área da saúde, para que os profissionais possam perceber o potencial deste para a PS. Os estudos incluídos nesta pesquisa foram realizados em cinco países diferentes, abrangendo o continente africano e o americano (Brasil, Canadá, EUA, Mali, e Porto Rico), sendo sete destes com intervenções diretas com diferentes coletividades e somente um essencialmente teórico-conceitual. Os temas e respectivos subtemas que emergiram na análise das publicações foram: TO como recurso para mudanças no estilo e hábitos de vida (uso instrumental do TO; uso não ortodoxo do TO) e TO como elemento de emancipação

social (empoderamento no TO; processo do TO efetiva maior participação social; TO propicia uma maior dialogicidade; TO auxilia numa maior compreensão de si e do mundo; transformações individuais e/ou coletivas advindas do TO). Observou-se incompatibilidade entre os alicerces éticos, estéticos e políticos que fundamentam o TO e a vertente da PS baseada nos pressupostos teóricos behaviorista, pois este teatro se afasta de qualquer tentativa de domesticação dos corpos e normatização de comportamentos para se atingir “padrões saudáveis”. Já com relação à perspectiva da Nova PS, observou-se maiores consonâncias dado que ambos logram o fortalecimento de práticas cidadãs questionadoras do status quo e mudanças sociais em prol de uma transformação libertária e crítica. Apesar das aproximações serem nítidas no plano conceitual, os estudos empíricos ainda apresentaram dificuldades em demonstrá-las. Mesmo com todo o potencial emancipatório ofertado pelo TO, na prática, tem se visualizado uma apreensão instrumental, como um mero conjunto de técnicas, reduzindo este potencial para o de uma metodologia interativa, dinâmica e, conforme denominada por alguns, “mais participativa”. Considerações finais: Uma apropriação meramente técnica do TO, despreocupada e desvincilhada de seus pressupostos políticos, é ineficaz como metodologia para a PS. Este uso, que pode ser mais considerado como um abuso, não representa uma possibilidade de mudança radical no modo atual de conceber e praticar saúde conforme idealizado pelo movimento da PS, pois não leva em conta os anseios dos indivíduos e coletividades, assim como atua, predominantemente, sob uma lógica da domesticação e do risco, culpabilizando os indivíduos ao adoecerem por não saberem cuidar de si. Conforme preconizado pela Declaração de Jacarta sobre PS no Século XXI, “a Promoção da Saúde efetua-se pelo

e com o povo, e não sobre e para o povo” (OMS, 1997, p.6). Este mesmo princípio é compartilhado por Boal (2013, p.26) quando defende que fazer TO se configura como uma escolha ética, em que se toma o partido dos oprimidos: “é o teatro DOS oprimidos, PARA os oprimidos, SOBRE os oprimidos e PELOS oprimidos”. Múltiplas conexões podem ser criadas entre TO e PS, sendo que este diálogo deve ser potencializado numa perspectiva crítica de reinvenção, mudança e inovação, com o objetivo de que os indivíduos e coletividades possam atuar em melhorias de suas qualidades de vida e saúde.

TECNOLOGIAS DO CUIDADO UTILIZADAS PELO ENFERMEIRO NA PERCEPÇÃO DE PACIENTES CARDIOPATAS CRÔNICOS

Ana Caroline Lima Vasconcelos, Jéssica Naiane Gama da Silva, Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa, Yasmim Neri Pinheiro, Grazielle de Alcântara Albuquerque, Camila Milagros Gómez Lima, Taiane Emyll Silva Sampaio, Jacqueline Pereira de Sousa

Palavras-chave: Tecnologias do Cuidado, Cardiopatia crônica, Enfermagem

APRESENTAÇÃO: O adoecimento cardíaco crônico traz consigo diversas alterações físicas, psicológicas e sociais. Nessa fase, o doente pode apresentar limitações emocionais, financeiras, perdas pessoais e sociais e precisará aprender a administrar o seu tratamento efetivo e, por isso, a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, possui papel importante no processo saúde - doença - cuidado desse indivíduo. O enfermeiro tem uma função fundamental na equipe de saúde, já que, por meio da avaliação clínica diária do paciente, poderá realizar o levantamento dos vários fenômenos, seja na aparência externa ou na subjetividade da multidimensionalidade

do ser humano. A partir disso, faz-se notar a presença das tecnologias do cuidado nos diversos âmbitos da assistência de enfermagem. Nesse processo de trabalho, apreendem-se três categorias tecnológicas que se integram: as tecnologias duras, caracterizadas pelo uso de equipamentos; as tecnologias leve-duras, próprias dos saberes estruturados, normas, protocolos e conhecimentos; e as tecnologias leves, das relações. Nesse sentido, objetivou-se compreender o uso das tecnologias do cuidado utilizadas no processo de trabalho do enfermeiro junto ao paciente com cardiopatia crônica. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Tratou-se de uma pesquisa qualitativa realizada em um hospital terciário, em quatro unidades de internação hospitalar cardíaca, referência em doenças cardiopulmonares na cidade de Fortaleza-Ceará, de setembro a dezembro de 2014. Participaram do estudo 65 pacientes internados no hospital. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado consonantes aos objetivos propostos. A análise dos dados foi feita segundo a organização das falas e de acordo com os pressupostos teóricos da hermenêutica. Nesse momento, as pesquisadoras empreenderam a análise e síntese dos significados resultantes das reduções conceituais, interpretando-os à luz de referencial teórico pertinente. Após essa etapa, as falas foram organizadas em unidades de significados e posteriormente agrupadas em categorias temáticas. As entrevistas dos pacientes resultaram em cinco unidades de significado e delas, originaram duas categorias temáticas: Sentimentos do paciente sobre o cuidado do enfermeiro e; equipe e acolhimento hospitalar: receptividade e atenção. Após a fase de análise, os dados foram discutidos com base na literatura pertinente. Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que

preconiza a Resolução 466/12. Além disso, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias, podendo ter retirada sua anuência no momento que desejassem. O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital em questão tendo sido aprovado sob parecer 198196/2013. RESULTADOS: A análise dos dados foi dividida em tópicos. Sentimentos do paciente sobre o cuidado do enfermeiro e da equipe: À partir dos discursos dos pacientes foi percebido o reconhecimento do enfermeiro, dos seus papéis e da sua importância para a assistência prestada, como demonstrado nas falas a seguir: [...] eu gosto do papel do enfermeiro por isso, porque eles acham que está todo mundo por igual e eu acredito pelo menos que em nosso meio aqui é! G(E11). A gente vê o diferencial das enfermeiras daqui... de outras enfermeiras. B(E2). Os pacientes enfatizaram a utilização de tecnologias leves no atendimento do enfermeiro, o que demonstra a importância de se estabelecer um vínculo entre o binômio paciente-enfermeiro. Além disso, os pacientes demonstraram ter consciência dos materiais utilizados no seu cuidado caracterizando o uso de tecnologias duras pelas enfermeiras: O aparelho de tirar pressão, o termômetro e aquele que faz o exame do dedo C(E4). O enfermeiro realiza o cuidar na execução das ações de enfermagem a pacientes com doença crônica cardíaca também por meio de procedimentos técnicos, a fim de evitar que o paciente apresente complicações. Acolhimento hospitalar: receptividade e atenção: Nos recortes retirados das entrevistas com os pacientes foi colocado como umas das principais demandas a necessidade de um bom acolhimento e recepção. Caracterizando o uso de tecnologias leves na assistência de enfermagem. Para os clientes entrevistados, esse momento caracterizou-se como um dos mais importantes durante o processo de

internação, pois através dele se estabelece um vínculo entre pacientes, enfermeiros e equipe de saúde, além de favorecer o conhecimento da rotina do hospital. Apesar do momento de recepção e acolhimento ser entrelaçados, alguns dos pacientes dividiu esta etapa, uns reconheceram como um ato mais restrito à recepção e outros como um ato de acolhimento de modo mais amplo. Por exemplo: “Muito bem acolhido, não tem o que reclamar não. Eles disseram: seja bem vindo. Me trataram como ser humano e cuidaram muito bem.” B(E18). “Elas se apresentam. Cada uma diz seu nome. Elas fazem umas perguntas sobre a doença, o que estou sentindo. Fazem tipo um questionário, uma entrevista.” C(E11). Os pacientes que reconheceram essa etapa inicial como recepção revelaram ser burocrática e distante, apesar de a recepção fazer parte do processo de acolhimento. O acolhimento e a recepção fazem parte das tecnologias leves. Acolher não significa resolver todos os problemas do paciente, mas dar atenção, escutar, valorizar suas queixas, identificar suas necessidades, sejam estas de âmbito individual ou coletivo. Também foi possível evidenciar, através de grande parte dos recortes, uma satisfação diante do cuidado prestado pelas enfermeiras, pela equipe e pela estrutura hospitalar. Como afirma a fala a seguir: “Aqui as enfermeiras são todas legais, os médicos são muito bons, graças a Deus. Aqui não falta nada, tudo aseado. Não falta nada, graças a Deus”. G(E13). Esse resultado é satisfatório, visto que corrobora para uma adesão do cliente ao seu tratamento. Caracterizando o uso da tecnologia a leveza: “Elas estão todo o tempo sabendo se a gente sentiu alguma coisa, como é que a gente está”. C(E1). Além da receptividade, a atenção demonstrada pela de equipe de enfermagem com esses clientes foi bastante observada nos discursos: [...] “Mas tratam muito bem mesmo, com muita atenção,

elas respeitam muito a gente, chegam até ser carinhosas”. G(E15). No entanto, tiveram recortes que demonstraram a insatisfação com o atendimento. Por exemplo: “As más chegam assim “ô, mulher, que é que tu que? você fica só chamando!”, então, se você fica chamando é porque está precisando.” I (E1). Mostrando, assim, que a utilização de tecnologias leves no atendimento ao paciente cardiopata crônico se faz necessária, na medida em que se utiliza das relações e esta, por sua vez, influenciará no modo do paciente ver o enfermeiro. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A assistência de enfermagem prestada ao paciente cardiopata crônico perpassa pelo o uso das três tecnologias. O bom acolhimento e relacionamento mostrou ser fator de adesão entre paciente e tratamento. O enfermeiro busca estar presente nesse momento, criar um vínculo com esse indivíduo e favorecer sua recuperação e alta hospitalar. A enfermagem como ciência da saúde busca a cada dia estabelecer meios mais efetivos de prestar seus cuidados, baseando sua assistência em estudos que auxiliem em uma melhora da qualidade da assistência. Portanto, o presente estudo favorece uma compreensão maior sobre o uso das tecnologias do cuidado e é ferramenta para a prática cotidiana do enfermeiro uma vez que possibilita reflexões e aprimoramento do seu saber.

TRABALHO EM SAÚDE: O OUTRO LADO DA MORTE, O CUIDADO QUE PRODUZ VIDA

Amanda Rodrigues dos Santos, Flavia Helena Miranda de Araújo Freire

Palavras-chave: Atenção Domiciliar, Cuidado, Trabalho em Saúde

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) foi redefinido através da Portaria Nº 963,

de 27 de Maio de 2013, como um serviço substitutivo ou complementar aos cuidados hospitalares de baixa e média complexidade, compondo a Rede de Urgência e Emergência, sendo complementar à Atenção Básica. Este trabalho é fruto da pesquisa intitulada Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implementação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa, compondo uma Rede de Avaliação Compartilhada (RAC), coordenada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). De abrangência nacional, diversas redes assistenciais estão sendo avaliadas no território nacional, envolvendo variadas universidades, dentre elas a Universidade Federal Fluminense (UFF) de Volta Redonda e o Serviço de Atenção Domiciliar do SUS de Volta Redonda. Esse trabalho refere-se ao campo da atenção domiciliar do município de Volta Redonda, bem como da experiência de estágio profissionalizante da graduação em psicologia na UFF, a partir da vivência no estágio na Equipe Sul do SAD de Volta Redonda/RJ. O serviço de atenção domiciliar deste município é constituído por duas equipes multidisciplinares que abrangem os dois distritos do município, sul e norte. A Rede de Avaliação Compartilhada se aproxima deste campo por pedido do Ministério da Saúde, em que o serviço de Volta Redonda chama atenção pelas suas características singulares na produção de cuidado, na relação da equipe com os familiares, entre outras. A pesquisa, que também produz interferência no cotidiano do serviço, tem como objetivo avaliar, em ato, a produção do cuidado em saúde, a organização e conexões com as redes de atenção a saúde, como também as inovações que este serviço oferece em relação ao cuidado. Entendida também como interferência, devido à sua metodologia e o convite de que os trabalhadores também

são pesquisadores, ao construir uma pesquisa de avaliação qualitativa que se dá no encontro com o cotidiano do trabalho. A tenda do conto, criada a partir de vivência com a atenção básica na rede de saúde do município de Natal-RN, é uma experiência e também uma ferramenta metodológica que lançamos mão na pesquisa, na produção do encontro com o SAD de Volta Redonda. A tenda é uma prática de grupo que coloca em análise o cuidado em sua dimensão relacional, que dispara narrativas, produzindo contos, a partir de objetos levados pelos trabalhadores que produzam significados da sua inserção no mundo do trabalho do SAD. Os objetos disparam contações de histórias da vivência da equipe com a atenção domiciliar. Nesta pesquisa, o espaço da tenda tornou-se uma produção do conhecimento do outro na equipe, ampliando os olhares para a mesma. As reuniões de equipe são espaços utilizados como metodologia de avaliação, pois é o momento de encontro dos trabalhadores das duas equipes. Nesses encontros de reunião de equipe são produzidos também compartilhamento e discussão de casos, a fim de promover a construção coletiva dos Projetos Terapêuticos Singulares, em que se observou como este serviço vaza as suas esferas de serviços assistências de saúde, buscando ampliar o cuidado para outras instâncias como, Centros Regionais de Assistência Social, os Centros Regionais de Educação e Assistência Social e também as Associações de Moradores referentes aos bairros de cada usuário. A intersetorialidade se apresenta como uma proposta de trabalho na construção de rede de cuidado aos usuários. A pesquisa evidencia a partir da produção de narrativas provocadas pela experiência da tenda do conto e disparadas nas reuniões que sucederam uma disputa entre trabalhadores pelo melhor projeto de cuidado do usuário. Uma das singularidades do SAD de Volta Redonda é a implicação com

o trabalho, e, por enquanto, entendemos essa disputa pelo olhar da sobre-implicação notada em alguns trabalhadores em suas narrativas durante a oficina da tenda do conto, revelando um cuidado centrado no usuário. O Serviço de Atenção Domiciliar do município de Volta Redonda, em especial a equipe referente ao distrito norte, tem como norteador do cuidado os princípios dos Cuidados Paliativos que a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2002 definiu como: “Cuidados que consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.” Durante os encontros da pesquisa, nota-se em algumas narrativas e também no protocolo utilizado nas visitas de luto, o surgimento de questões sobre a crença na vida após a morte, indicando uma proximidade com o espiritismo. Coloca-se em análise o que essa proximidade interfere no cuidado, uma vez que se percebe que tal aproximação não é unânime, e tornou-se um tema elegível para ser elaborado e discutido em equipe. A esse respeito, Clarice Lispector em seu livro “A hora da Estrela”, produz sentido na literatura com o tema da morte e sua relação com a vida, ao narrar que: “Só não inicio pelo fim que justificaria o começo - como a morte parece dizer sobre a vida - porque preciso registrar os fatos antecedentes.” Os achados que emergiram do campo vem apontando para um serviço que pulsa diferentes sensações para quem tem a oportunidade de experimentá-lo, numa mistura de cuidados em saúde, experiências relacionais com a equipe, o envolvimento da equipe com os usuários e familiares que se potencializa pelo fato de ser na residência do paciente,

construindo um cuidado e uma relação no espaço íntimo. Nota-se que há produção de vida mesmo quando o propósito são os cuidados paliativos, quando não há mais “possibilidades terapêuticas” que viabilizem a cura. A implicação com o trabalho possibilita a produção de vida, tornando-se um impulsionador e potencializador que essas duas equipes do SAD de Volta Redonda realizam. O olhar voltado para o usuário e não para a doença marca a integralidade decretada pelo Sistema Único de Saúde como também a humanização do cuidado em saúde. Esta pesquisa, portanto, evidencia um trabalho que aponta para as possibilidades e produções de vida na morte, aponta para um trabalho que se importa não com a doença exclusivamente, mas com a produção de mais vida construída a partir do cuidado relacional, no encontro entre trabalhador e usuário. Antes da morte ainda há muita vida, muitas histórias. Ao indagar sobre a morte em A Hora da Estrela, Clarice Lispector, parece nos mostrar que a morte pode não ser algo macabro, ou algo a se temer, é o encerramento. A pesquisa com essa equipe da atenção domiciliar nos apresenta isso, a morte pela via da vida.

TRÊS CATEGORIAS DE SERVIÇOS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ACESSO OU BARREIRA AO CUIDADO INTEGRAL?

Gabriela Lucena de Oliveira Coutinho, Adelle Conceição do Nascimento Souza, Thayane Pereira Santos, Juliana Sampaio, Dilma Lucena de Oliveira

Palavras-chave: Cuidado, saúde mental, psiquiatria, multidões, Rede viva

Esse trabalho é um recorte da pesquisa em andamento - “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de

implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa” e, está sendo desenvolvida pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB e em várias cidades brasileiras, sob coordenação da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, com o objetivo de avaliar a produção do cuidado em diversas áreas do Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo os gestores, trabalhadores, usuários. Acorando-se nos referenciais teóricos da micropolítica do cuidado em saúde (MERHY, 1997), bem como da Educação Permanente em Saúde, o estudo realiza uma pesquisa qualitativa sobre a produção do cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das redes temáticas de atenção à saúde do SUS. A pesquisa realiza-se através da imersão no cotidiano dos trabalhadores de dois CAPS da rede local do município de João pessoa, após um reconhecimento dos vários serviços da rede. O critério de escolha dos serviços se deu a partir do interesse de profissionais em problematizar a produção do cuidado, com reflexões produzidas a partir da proposta do usuário-guia. Esse método permite avaliar o processo de trabalho de uma equipe de saúde, e a consequência das estruturas instituídas para o cuidado a partir da reconstituição de um caso, possibilitando uma reflexão sobre o cuidado prestado ao usuário. As análises se constituem em um processo conjunto de problematizações do vivenciado por pesquisadores, trabalhadores e usuários envolvidos. O cuidado em saúde mental teve avanços inegáveis, conquistados pela militância da luta antimanicomial. Há pouco tempo atrás, como é bem sabido, trancafiavam-se os considerados loucos em hospícios, dopando-os com remédios, e os submetendo a cirurgias como a lobotomia, como se a doença mental fosse um problema inserido no corpo do sujeito e que nada tinha a ver com o contexto

familiar e social em que ele estava inserido. Atualmente se tem outra percepção do sujeito com sofrimento psíquico e, ao invés de isolá-lo como o membro doente, cuida-se de toda a família, pensando em maneiras de se criar espaços de socialização dele com sua comunidade - pelo menos na teoria- ao contrário de isolar a proposta é integrar. Dentro desses avanços destaca-se a criação de estruturas de cuidados na saúde mental que se opunha ao modelo do isolamento, pensando um trabalho no território e em rede. A militância pela reforma psiquiátrica consegue instituir como política de saúde em 1992 os Núcleos de Atenção Psicossocial e o Centro de Atenção psicossocial (instituídos pela portaria SAS/MS Nº224) e, depois de diversas modificações, estrutura-se a RAPS - a rede de atenção psicossocial instituída em 2011 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011). Já a estruturação do CAPS em três modalidades aconteceu em 2002 através da portaria MS nº 336-02 (CAPS-i, CAPS-t, CAPS-ad). Na RAPS a proposta é que os CAPS funcionem como coordenadores da atenção à saúde mental, que devem atuar integrados ao serviço de atenção básica, aos leitos hospitalares ou enfermarias psiquiátricas, as unidades de acolhida, às casas de residência terapêutica, ao consultório de rua e ao NASF. Visualizamos, na pesquisa RAC em João Pessoa, que ao invés de uma RAPS com três serviços especializados-CAPS atuando de forma integrada e harmônica, operam três RAPS constituídas pelos próprios serviços em si, atuando de forma isolada, do seguinte modo: uma de atenção a crianças e adolescentes (RAPS-i), uma segunda de atenção a usuários de álcool e outras drogas (RAPS-ad), e por último uma de atenção para adultos com transtornos severos (RAPS-t). Cada serviço constrói para si seu fluxo de cuidado e apoios em rede. As três RAPS são sustentadas pela existência dos serviços especializados e pela definição de perfis e protocolos de atenção que são visualizados

por todos os outros setores do sistema de saúde, e mesmo intersetorialmente, como o único local para o cuidado da pessoa com sofrimento psíquico, o que contraria a ideia de um cuidado integrado e territorializado na saúde mental. Esse é o ponto de partida do presente artigo: as percepções advindas da RAC de que a fragmentação da RAPS (explícita nos CAPS, mas presente em toda rede) em três eixos organizacionais, sustentada pela definição de perfis, protocolos de atenção e especializações dos serviços, constrói mais barreiras que acessos ao cuidado integral do sujeito. A proposta de estruturação da prestação de serviços especializados em CAPS potencializa a mudança do processo de trabalho na busca de alternativas para a medicalização, na medida em que, independente do grau de captura dos trabalhadores por uma lógica manicomial, facilita aos sujeitos a vivência de outras possibilidades de cuidado e interação com a família e os territórios. Já a divisão a priori destes serviços a partir de uma classificação nosológica favorece, ao contrário, a segmentação, na lógica das especializações da clínica biomédica delimitada por problemas, idades e diagnósticos. A segmentação se materializa nos protocolos e fluxos, que não facilitam uma comunicação real que produza conexões, para além do cumprimento destes. Isto se mostra nas seguintes evidências do campo: o cuidado fragmentado de vários membros de uma mesma família em diferentes serviços, uma vez que tem classificações diferentes das pessoas com sofrimento psíquico; a dificuldade do diálogo entre os CAPS para decidir quem é responsável pela pessoa, quando ela apresenta sintomas difíceis de classificar; especialização do lugar da loucura nos CAPS ou leitos hospitalares definidos para tal, não se conseguindo atenção em outros serviços, mesmo que o principal problema da pessoa não seja o sofrimento psíquico; o sofrimento

dos profissionais quando se deparam com situações que julgam não ser objeto de sua intervenção seja pela especialização, seja pela falta de estrutura no serviço; quase nenhuma abordagem sofrimento psíquico na atenção básica, exceto a medicalização dos casos já vistos como diagnosticados; a dificuldade dos profissionais de serem acolhidos quando tentam romper os limites do serviço acionando redes intersetoriais ou mesmo serviços do próprio setor saúde. Aparentemente, o que fora construído com o intuito de facilitar o cuidado, possibilitar as especificidades da atenção para cada caso, e facilitar a comunicação entre os profissionais e os serviços, resulta em uma artificialidade dos problemas, objetificando a pessoa no seu diagnóstico e imobilizando o profissional ou o serviço em seu procedimento (MERHY, 2002), neste caso, a psiquiatrização/medicalização do cuidado. O campo da saúde mental é o local onde as certezas especializadas da biomedicina tidas como referenciais de descrição da realidade a priori e protocolos fixos de tratamentos segundo diagnósticos, engessam o cuidado e o limitam diante dos sujeitos com sofrimento psíquico. Como cada um de nós, esses sujeitos se constituem em multidões (Guattari), demandando um cuidado líquido que adentre nos espaços subjetivos preenchendo o que for vazio, moldando-se ao sujeito e a suas necessidades. Nesses termos o uso da clínica especializada limita a compreensão do vasto campo complexo de produção da vida, pois o cuidado não pode estar preso a protocolos, determinando sua forma por categorias nosológicas, pois cada sujeito demanda cuidados espontâneos, às vezes não previsíveis. Necessitamos de menos protocolos e mais diálogo, uma rede viva (TULLIO, 2015) que se produz e se inventa no ato do cuidado.

ÚLCERAS POR PRESSÃO EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Antonia Almeida Araújo, Lucas Cabral Santos Miranda, Ariane Gomes dos Santos

Palavras-chave: úlcera por pressão, enfermagem, unidades de terapia intensiva

As úlceras por pressão são lesões que geralmente se localizam em regiões com proeminências ósseas, provocando isquemia tecidual devido à diminuição do fluxo sanguíneo local. São consideradas um problema grave, especialmente em pessoas idosas e clientes portadores de doenças crônico-degenerativas. Sua prevalência representa uma significativa ameaça aos pacientes com mobilidade prejudicada ou comprometimento da percepção sensorial. Além disso, aumentam a morbimortalidade, o tempo e custo de internação, interferindo na qualidade de vida dos pacientes. As UPP são, muitas vezes, decorrentes da ausência de execução de normas básicas de segurança do paciente. Desse modo, vale ressaltar o contexto do movimento global pela segurança do paciente que visa promover e apoiar a implementação em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde. OBJETIVO: Analisar a produção científica acerca de úlceras por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Apoderando-se de normas claras e de rigor científico, foram consideradas seis fases para a realização deste estudo: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e

exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão/síntese do conhecimento. A coleta de dados foi realizada de julho a novembro de 2014. Para a procura dos artigos indexados foram utilizados os descritores: úlcera por pressão/pressureulcer, enfermagem/nursing e unidades de terapia intensiva/intensivecareunits, todos de acordo com os descritores em Ciências da Saúde BIREME. Encontrou-se nas bases de dados um somatório de 334 artigos (76 LILACS, 214 MEDLINE, 44 SCIELO). Os critérios de inclusão foram artigos publicados no recorte temporal de 2008 a 2014; redigidos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa; e disponibilizados na íntegra na base de dados. RESULTADOS: Os artigos apresentaram diferentes características no que se refere à amostra e ao delineamento metodológico. Com base na Tabela 1, observou-se que dentre os tipos de estudos selecionados encontrou-se cinco (35,7%) estudos transversais e nove (64,3%) estudos descritivo-exploratórios. Quanto ao perfil dos sujeitos das pesquisas, destacaram-se enfermeiros, técnicos, auxiliares, além de clientes internados em UTI. Foi possível observar que quanto ao delineamento metodológico, as pesquisas mostram desenhos observacionais e analíticos buscando uma maior compreensão sobre a prevenção de úlceras por pressão em pacientes internados em unidades de terapia intensiva e a assistência de enfermagem como subsídio para realização de ações em busca de minimizar o problema. As UPP representam um problema social, econômico e educacional. O desenvolvimento das mesmas gera impacto na qualidade de vida dos pacientes e de

seus familiares, assim como, no aumento nos custos para as instituições hospitalares. Em estudo realizado em UTI de um hospital privado localizado em Natal/RN, as UPP foram diagnosticadas em 50,0% dos pacientes, destes 75,0% apresentaram uma úlcera e 25,0% duas. Outra Pesquisa desenvolvida no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE) em Ananindeua/PA evidenciou que 17 (3,6%) pacientes desenvolveram úlceras por pressão, dos quais 6 (35,3%) na Clínica Cirúrgica 1, 5 (29,4%) na Neuroclínica, e 6 (35,3%) na UTI. Percebe-se dessa forma, que as úlceras por pressão são um problema de causalidade multifatorial, uma vez que, sua ocorrência é afetada por fatores fisiológicos, microbiológicos, sociais, econômicos, educacionais e comportamentais, resultando no aumento da morbimortalidade dos indivíduos. Estratégias de investimento em capacitação profissional, construção e implantação de protocolos precisam ser implementados em busca da melhoria da qualidade da assistência oferecida. A equipe multiprofissional tem a responsabilidade de adotar medidas de prevenção para com os indivíduos que apresentem riscos de desenvolver úlcera por pressão. Em estudo relativo às formas de prevenção e de tratamento de úlceras de pressão, realizado com 15 profissionais de uma equipe de saúde, todos indicaram como medida preventiva a mudança de posicionamento, 60% indicaram a hidratação da pele com óleo, 80% colchão caixa de ovo, 40% coxim e 20% massagem. Estudo exploratório-descritivo realizado na UTI de um hospital universitário da região Sul do Brasil, mostrou que o enfermeiro está diretamente ligado à gerência de cuidados dos pacientes internados em UTI, com mobilidade física reduzida e com predisposição para formação de UPP. Durante a sua atuação no ambiente profissional, eles procuram voltar atenção

ao trabalho dos técnicos de enfermagem, orientando, estimulando e supervisionando as atividades que são realizadas tanto em relação ao cuidado na prevenção, quanto no tratamento das lesões já desenvolvidas no paciente. Nota-se que mudança de posicionamento tornou-se a principal ação de responsabilidade da equipe de enfermagem, com o intuito de prevenir as lesões de pele. Além disso, é relevante salientar sobre a importância do cuidado individualizado, uma vez que, possibilita ao enfermeiro realizar o diagnóstico precoce da lesão, planejar suas ações, acompanhar e avaliar a evolução da lesão. Estudo transversal realizado em um hospital geral do interior do estado de São Paulo apontou que 96,0% dos enfermeiros preconizam a mudança de posicionamento e 68,0% relatam que utilizam colchões especiais. Mostrou também, que o procedimento de mudança de posicionamento deve ser mantido em qualquer etapa do tratamento de UPP, uma vez que, possibilita a redução da pressão, fricção e cisalhamento. Por evitar a compressão prolongada e a redução da irrigação sanguínea local, a mudança de posicionamento deve ser realizada de duas em duas horas, se não houver contra indicações no que diz respeito às condições gerais do paciente. No entanto, mesmo com tais recomendações, ainda, existem serviços que apresentam falhas quanto às medidas de prevenção contra UPP. Estudo realizado no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital do interior paulista demonstrou que as mudanças de posicionamento são pouco utilizadas nos pacientes com e sem UPP e que 80% dos pacientes que apresentam UPP não utilizam a alternância de posição de duas em duas horas. O mesmo estudo, em concordância com os resultados dos estudos apresentados nesta revisão integrativa, revela que os clientes que realizaram a mudança de posicionamento apresentaram uma incidência menor de

UPP em relação aos que não foram mudados de posição. É inegável que pacientes internados em UTI estão mais expostos a ocorrência de úlceras por pressão, sua prevenção constitui-se um desafio para a assistência em enfermagem e sua baixa incidência é indicativa de boa qualidade dos serviços de saúde, cabendo à equipe de enfermagem perceber a necessidade de um cuidado sistematizado. CONSIDERAÇÕES FINAIS: De acordo com os resultados apresentados, percebeu-se que pacientes internados em UTI estão mais expostos ao desenvolvimento de úlceras por pressão, cabendo à equipe de enfermagem promover a construção de uma cultura de avaliação orientada por um paradigma educativo, que preconiza um olhar contínuo para a melhoria do serviço prestado. A revisão integrativa da literatura, por sua vez, possibilitou a síntese dos resultados de pesquisas relevantes, facilitando a incorporação de evidências e transferindo o conhecimento para a prática. A pesquisa pôde constatar a viabilidade clínica das escalas de Bradem e a inegável importância da mudança de posicionamento, considerada como a principal ação da equipe de enfermagem na prevenção de UPP.

UM “ESTRANGEIRO” NA REDE DE AVALIAÇÃO COMPARTILHADA: EXPERIÊNCIAS EM UMA ÁREA PROGRAMÁTICA DO MUNICÍPIO DO RJ

Mary Ann Menezes Freire, Ana Lúcia Abrahão, Edith Lúcia Mendes Lago, Marcia Oliva da Costa, Elisângela de Aquino Lima, Camilla Quintanilha Lage

Palavras-chave: Avaliação em Saúde, Serviços de Saúde, Relações Pesquisador-Sujeito

APRESENTAÇÃO E OBJETIVO: O produto deste trabalho integra as análises iniciais

da pesquisa intitulada “Observatório Nacional de Produção de Cuidados em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das redes temáticas de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede quem faz e quem usa”, também conhecida/denominada como “Rede de Avaliação Compartilhada – RAC”, ainda em processo de desenvolvimento. A pesquisa – RAC – tem por finalidade aprofundar o olhar, sob a ótica de quem pede, quem faz e quem usa, sobre a produção do cuidado nas redes de atenção à saúde, no SUS, no intuito de produzir o que chamamos de uma avaliação compartilhada, através dos olhares desses diversos atores. Uma investigação em âmbito nacional, mas que neste trabalho, toma como foco a experiência das pesquisadoras em uma unidade de saúde. Avaliar as redes de atenção à saúde de forma compartilhada implica na produção de encontros em estabelecer contato direto com o trabalho vivo, com os vários conhecimentos e saber que se institui a partir do encontro com o outro. Entendemos que todo e qualquer trabalho em saúde se faz nos encontros, seja com o outro profissional de saúde, seja com o usuário. E, são esses encontros o fio condutor dessas análises iniciais, norteados pela imersão no cotidiano das equipes, das unidades, dos territórios de vida e de produção do cuidado. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Método e Experiências - Tomando a proposta do encontro como método, o efeito do processo investigativo da pesquisa, revelou-se como uma necessidade de reflexão e aprofundamento. Além de muitos estranhamentos. E, é essa experimentação que nos interessa nesse momento da pesquisa. Uma análise que tem consequências, não só porque os seus efeitos incidem sobre o objeto, mas por poder deslocar a vista do ponto de vista do pesquisador. Uma forma de pesquisar que dispensa condições ideais e controle de variáveis, mas que, no entanto, se

sustenta pela aposta de seus pesquisadores e suas implicações. Produzir-se como pesquisadores de forma compartilhada, imersos num território desconhecido, do ponto de vista de suas produções de vida, foi a nossa principal aposta. E, os estranhamentos e atravessamentos de nossas implicações nos encontros foi revelador de certa produção de conhecimento que toma como elemento principal a experimentação dos pesquisadores no território. O pesquisador ‘In-Mundo’, estabelecendo conexões e avançando no ‘Nós’, no entre do saber e fazer, no entre do saber e do não-saber. **RESULTADO E DISCUSSÃO:** Tomar o exercício do encontro como ferramenta metodológica diz de algo que faz os corpos colidir mesmo sem contato visceral, direto, físico, mas que altera os corpos, afetando-os, efetuando não só a mistura dos mesmos, mas modificando-os, aumentando ou diminuindo a sua potência de ação no mundo, forjada em ato. Deste modo, não apenas o profissional, mas o usuário também é produtor de saberes, contudo, um saber não dominado, não hierarquizado, mas transversalizado, indutor da desconforto e distribuição das relações de saber-poder, criando redes de sustentabilidade e produção de vida. Como resultado destes encontros trazemos para discussão um dos efeitos que se produzem no território. O território é um local que se destaca por seus contrastes: a área mais distante da região central da cidade; um território extenso, populoso, marcado pela frieza dos seus indicadores e pelo calor das formas de produção de vida que vivenciamos por lá. Um território e uma população com a marca das diversas formas de violência, física, política, econômica, social, mas onde a vida pulsa com extrema coragem. É neste lugar que mergulhamos e nos experimentamos. Compreender esse território para além de seus indicadores e de suas características e questões geográficas também foi uma aposta relevante. Enxergar

o usuário, em si mesmo, como um território existencial, subjetivo e cultural, que vaza o geográfico e vai atrás de ofertas que lhe fazem mais sentido, situadas em outros espaços, se fez necessário à medida que os encontros começaram a produzir os seus efeitos. Desvelar os códigos, os sinais, os aprofundamentos locais que os usuários, alguns profissionais e o território impõem para a caminhada dos envolvidos nessas redes vivas, foi algo que nos revirou. E é neste momento que surge o inquietante: o estrangeiro. Todos armados de nossos saberes, mergulhando num território que até então era conhecido, vestidos de nossas pré-concepções e conceitos, nos deparamos com a sensação de ser um estrangeiro nesses encontros, à medida que eles iam acontecendo. Algumas situações, variadas, vividas de modo muito singular por cada um, permitem o aprofundamento dessa reflexão. Uma destas experimentações ocorreu em uma reunião geral em uma das unidades básicas a qual estamos inseridos. A conversa era centrada na construção do plano de Acesso Seguro para a unidade, uma forma de garantir a oferta de serviços e a unidade aberta, mesmo diante da violência no território. Uma discussão dominada pelos ACS’s, permeada de códigos e sinais, que traduziam e caracterizavam os níveis de violência local e que serviriam para a construção do referido plano, numa tentativa clara de produzir acesso à saúde. Mais um momento onde o sentimento de estrangeirismo prevaleceu. Compreender os códigos e sinais empreendeu um esforço, um diálogo questionador. E, o surpreendente. Perceber que não havia apenas o, pesquisador, de estrangeiro naquela reunião, mas outros profissionais, da própria unidade, que se encontravam nas vias de dúvidas, medo e espanto em que o pesquisador se encontrava. Estrangeiros em um encontro. Ser estrangeiro trouxe consequências e

produziu um deslocamento importante. Saber de si passa sempre pelo saber sobre o outro, mas a pesquisa nos proporcionou outra perspectiva. Supõe-se saber algo, sobre os usuários, sobre o território, sobre os serviços. Mas eles, profissionais e usuários, também sabem muito sobre todas essas questões, sob outras perspectivas. E, isso tem sido fundamental, pois todos esses atores também são produtores de afecções em nós. Tomar isso como analisador, dentro da proposta da RAC, é tomar a produção de vida como foco do cuidado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Estrangeiro de um modo geral todos somos em alguma medida, o que a experiência de produzir conhecimento por uma via compartilhada nos aponta, são vistas do ponto que constroem dizibilidades e visibilidades outras. Conexões existenciais, ou seja, vínculos, contatos que são construídos para além do serviço, ampliando o nosso interesse para elementos relativos ao modo de andar a vida, indo para além da lógica da clínica, que protocoliza o usuário e amarra as equipes. Nesta experimentação, optamos por dar visibilidade ao ato no plano do cuidado e se misturar no nomadismo e nos acontecimentos. Nesse exercício somos provocadas primeiro a olhar em nós essa produção, os deslocamentos que são produzidos, para poder olhar nos outros e nas redes que vamos nos misturando e produzindo visibilidades. Neste movimento estrangeiro, encontramos conceitos ferramentas, que nos auxiliam, como a noção de afecção espinosiana, mas que ganha novos sentidos a medida que damos passagem de forma simétrica ao estrangeiro esvaziado de intencionalidade no encontro.

UM ESTUDO SOBRE AS POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO DA SAÚDE: UMA ÁREA EM EXPANSÃO

Maicon Douglas da Silva, Rony Mauricio Benvenuto, Elenita Sureke Abilio

Palavras-chave: atuação do psicólogo da saúde, psicologia da saúde, psicologia no hospital, psicologia na atenção básica e na atenção especializada

APRESENTAÇÃO: O presente trabalho trata-se de uma pesquisa bibliográfica e objetiva destacar a importância do profissional psicólogo nas diversas áreas de atuação no âmbito da saúde, sua revisão histórica remetendo os principais enfoques de políticas públicas e desenvolvimento da disciplina na área. A profissão do psicólogo tem se destacado na área de saúde e há um investimento para sua expansão na área de políticas públicas. A psicologia em saúde tem sua origem na década de 50, e trabalhava seguindo o modelo biomédico, este que, por ser de cunho fisiológico e totalmente orgânico, delimitava sua intervenção ao paciente. Posteriormente, o enfoque da psicologia voltou-se as necessidades do ser humano em sua totalidade em um novo modelo: modelo biopsicossocial. Fazemos uma abrangência ao conhecimento da profissão em paralelo aos desafios que a mesma trás consigo, para efetivamente desmistificar conceitos populares a supervalorização da clínica individual para uma atuação no coletivo. **DESENVOLVIMENTO:** Toda terminologia retratando os termos da saúde, remetem subjetivamente a instituição hospitalar, a cultura expressa no âmbito nacional recorre intrinsecamente a este devido ao histórico social desta instituição e a figura social impressa no termo, sofrendo algumas alterações em seu sentido de acordo com a cronologia do tempo, no entanto prevalece como base a saúde. Colégio Oficial de Psicólogos da Espanha (COP, 2003) conceitua como disciplina ou o campo de especialização da Psicologia que aplica seus princípios, técnicas e conhecimentos científicos para avaliar, diagnosticar, tratar, modificar e prevenir os problemas físicos,

mentais ou qualquer relevante de processos de saúde e doença. Sendo realizado em contextos diversos, como hospitais, Unidade Básica de Saúde, organizações não governamentais e nos próprios lares, alcançando as pessoas que não procuram o acesso à saúde. Porém, existe um desafio maior para a instalação efetiva deste modelo biopsicossocial, pois, notoriamente é percebida a busca popular nas instituições da saúde apenas quando existe a instalação de sintomas ou doenças, os programas de prevenção não têm a abrangência mínima se comparado à busca devido a sintomas, e neste encaminhamento seguem os projetos governamentais. Publicando a portaria n° 342, de 4 de março de 2013 redefiniu as diretrizes para implantação e atuação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), para compor uma intermediação entre a atenção primária e a terciária, elencando a priori dos investimentos em setores que atendem a instalação dos sintomas, justificando a existência do termo Psicologia da Saúde Hospitalar, a cultura investe seus termos dentro destas atuações, e a Psicologia segue estes parâmetros. Psicologia no Hospital O Conselho Federal de Psicologia determina que o especialista em Psicologia Hospitalar atue com enfoque nos âmbitos secundário e terciário de atenção na saúde, realizando sua atuação em instituições de saúde, atendimento psicoterapêutico individual ou grupal, grupos de psicoprofilaxia, atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva, pronto atendimento, enfermarias em geral, psicomotricidade no contexto hospitalar, avaliação diagnóstica, psicodiagnóstico, consultoria e interconsultoria (CFP, 2003). O psicólogo hospitalar caracteriza-se como o profissional que sintetiza esses conhecimentos e técnicas para utilizar de maneira coordenada e sistemática para qualificar a assistência integral do paciente hospitalizado, sem se limitar, ao

tempo específico da hospitalização, seu trabalho é especializado no que se refere, fundamentalmente, ao restabelecimento do estado de saúde do doente ou, ao menos, ao controle dos sintomas que prejudicam seu bem estar (CASTRO e BORNHOLDT, 2004.). Psicologia na Atenção Básica e na Atenção Especializada Em unidades de saúde, o tipo de intervenção varia de acordo com a especificidade de tratamento do local, podem ser: psicoterapia - de adulto e de adolescente-, triagem de orientação de mães, psicodiagnóstico, ludoterapia, grupos de toxicômanos, aidéticos, alcoolistas, tuberculosos hanserianos, dentre outros (De Souza, 2013) e principalmente atuação em processos coletivos de promoção e prevenção como é o caso dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Em centros de atenção psicossocial, a atuação varia em menor escala, os CAPS se distinguem por sua complexidade e organizam-se de acordo com o número populacional de cada cidade. Com isso, esses serviços se caracterizam como: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad (Brasil, 2002). O grande desafio para todos os integrantes de equipe multiprofissional (vale para os Caps e os Centros de Saúde) não é somente conhecer sua função, mas conseguir estimar e reconhecer o papel do outro como essencial para se obter uma visão complexa dos fenômenos (Pietroluongo& Resende, 2007, p. 8). **RESULTADOS:** A partir de fixada a idéia de que é mais eficiente abordar o paciente como tendo algum problema e não simplesmente utilizando literalmente o termo “doença”, a saúde então passa a envolver um modelo biopsicossocial – um novo enfoque da psicologia da saúde. A epidemiologia social, os estudos de saúde pública e avanços dos conhecimentos sobre fenômenos psicológicos nas ultimas décadas possibilitam uma melhor compreensão em estudos e desenvolvimento de intervenções em relação a esses fenômenos e processos

tanto para o ensino quanto para a atuação do profissional psicólogo da saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Não parece mais ser suficiente o trabalho dos profissionais de saúde – psicólogos ou outros – ficar restrito a atenuar sofrimento, compensar dano, corrigir lesões, recuperar prejuízos e minimizar a atuação nos âmbitos da prevenção de problemas (psicológicos e de saúde). É necessária também uma atuação antes que os problemas aconteçam, de forma preventiva e de promoção da saúde, de maneira a evitá-los, intervindo em questões sociais, inclusive os denominados de “problemas de saúde”, apesar das limitações que as convenções administrativas, burocráticas, políticas ou das simples práticas imponham e direcionam o pensamento e os comportamentos, a intervenção do psicólogo amplia as possibilidades de abrangência da saúde e alcança questões subjetivas e singulares que fazem parte de uma conceituação de saúde que valoriza a vida, que produz vida.

VOZES DE MULHERES CUIDADORAS FAMILIARES DE IDOSOS (AS) DEPENDENTES: DIÁLOGOS SOCIO-CULTURAIS PARA A SOCIEDADE

Edmeia Campos Meira, Camila Calhau Andrade Reis, Luciana Araújo dos Reis, Rita Maria Radl Phillip

Palavras-chave: idoso, cuidadores, relações familiares

APRESENTAÇÃO: Este estudo considera os dados demográficos que demonstram o aumento progressivo de pessoas idosas acompanhado de longevidade no Brasil. Este novo perfil populacional tem impacto significativo na morbimortalidade e na necessidade de cuidados devido à convivência com a fragilização e doenças crônicas, o que requer o apoio de outras

peças. Na ocorrência de dependência de cuidados da pessoa idosa, a mulher tem assumido ao longo da história do cuidado humano, a responsabilidade por estas ações em espaço intrafamiliar, tornando-se a cuidadora familiar principal. Diante disso, nota-se que estas mulheres cuidadoras vivenciam o processo de cuidar em contexto de relação interpessoal com o idoso (a), com a família e com a sua condição de pessoa humana, a partir de uma identidade feminina construída ao longo da vida. Este estudo tem princípios teóricos que norteiam os processos de construção das identidades de gênero, a partir da compreensão do interacionismo simbólico, e o cuidado humano. O cuidado desempenhado pela mulher permite a identificação de um tipo de identidade de gênero e orientação para o cuidado com base nas expressões socioculturais, atitudes, significados, desafios e no espaço organizativo da instituição familiar, tendo em vista as construções e transformações que orientam suas relações sociais em contexto histórico de vida. Assim, o objetivo principal do estudo é descrever e analisar as repercussões das relações de cuidado intrafamiliar desempenhado pela mulher cuidadora, por meio das suas recomendações para outras mulheres, pessoas da sociedade em geral que vivenciam semelhante ação de cuidar e representantes governamentais, quanto ao compromisso com a realidade de cuidado do idoso (a) dependente na família.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO Este estudo constitui-se parte do projeto de tese: O sentido da memória de mulheres cuidadoras de idosos (as) dependentes: Identidade de gênero e orientação para o cuidado. Trata-se de uma investigação empírica de natureza qualitativa, guiada pelo método de História Oral de Vida. Foi realizado no município de Jequié, interior da Bahia, no período de janeiro a março de 2015. A amostra da investigação contou

com a participação de seis mulheres, conforme critério de inclusão: mulheres que vivenciam o processo de cuidar ao idoso (a) dependente com tempo mínimo de três anos. As informações foram produzidas através de entrevistas semiestruturadas, a partir da realização de visitas nos domicílios. As informações produzidas foram gravadas, transcritas e analisadas de acordo com categorias oriundas das histórias de vida que utilizam princípios de interpretação da Análise de Conteúdo. Além disso, foi utilizado o Programa QSRN Vivo 10-chave de licença: NVD10-L2000-KRU84. O estudo atendeu às normas da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as pesquisas com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), sob parecer nº 791.570. Todas as participantes foram instruídas quanto aos riscos, benefícios e objetivos do estudo, mediante apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes das entrevistas. Foram garantidos o sigilo e o respeito ao anonimato das participantes.

RESULTADOS E IMPACTOS A partir do campo temático: Compartilhando os desafios do cuidado: expectativas socioculturais da mulher cuidadora do idoso (a) dependente, os resultados foram organizados em três categorias: 1- Diálogos com outras mulheres: uma ética para o cuidado familiar com o respeito às diferenças; 2- Diálogos para as pessoas que vivenciam semelhante ação de cuidado: Motivação para a participação social, em pró- equidade de gênero com respeito às diferenças 3- Diálogos com representantes governamentais: validar no cotidiano do viver/envelhecer, políticas públicas para mulheres com ênfase na ética e equidade nas diferenças. Na primeira categoria, apresentamos recomendações desveladas pelas mulheres para um viver ético de cuidado, o que se constitui como um

ato de respeito e dignidade humana, com sensibilidade para o sofrimento e ajuda para enfrentá-lo, superá-lo e aceitar o inevitável. As mulheres reivindicam a igualdade de oportunidades nas relações intrafamiliares, com incentivo ao autocuidado, acesso ao lazer e solidariedade do cuidado em partilha com outros membros da família. Este cuidado ético orienta uma prática humanizada entre as pessoas, considerando a necessidade de acolhimento e compreensão, enquanto escuta sensível, evitando, deste modo, o estresse no processo de cuidar. Na segunda categoria, discutimos que a motivação para a participação social, em pró-equidade de gênero com respeito às diferenças, se caracteriza pelo reconhecimento do desenvolvimento moral e suas diferenças naturais entre homens e mulheres, indicando uma ética de cuidado com a natureza da mulher e trazendo um perfil de responsabilidade, sensibilidade e possibilidade de adaptação para o homem. Isso se traduz por uma ação de justiça no processo de cuidar do idoso dependente, que alcança uma ética com justiça. Estas mulheres apontam a condição de cuidarem sozinhas dos seus idosos (as), embora em convivência familiar, o que as sobrecarrega e as deixam estressadas e doentes. Considerando que a maioria também vivencia a velhice, um quadro de comorbidades se revela enquanto consequência do cuidado solitário. Nesse contexto, as mulheres cuidadoras demonstram que desejam vivenciar um envelhecimento ativo com condições de ter saúde enquanto bem-estar, segurança física e emocional, e participação social junto aos grupos de interesse da sua comunidade. Por fim, na terceira categoria, as mulheres cuidadoras indicam a necessidade de políticas públicas que possibilitem as superações quanto às manifestações de cansaço físico e emocional, e consequente

estresse para a demanda de cuidados vivenciados. Estas políticas apontariam para a equidade no acesso aos serviços públicos e privados com garantia de aplicabilidade da Política Nacional de Humanização, considerando a demanda de necessidades de cuidado em saúde para o binômio idoso (a)/cuidador (a).

CONSIDERAÇÕES FINAIS Mediante resultados, constatamos que a realidade do envelhecimento populacional brasileiro nos desafia a produzir políticas que respondam às necessidades das pessoas idosas e respectivas famílias cuidadoras, representadas neste estudo pela mulher. Concluímos que o papel de solidariedade do Estado às famílias que vivenciam a velhice, não visualiza as questões de gênero, nem as políticas públicas no reforço a família enquanto “cuidadora”. Uma realidade dicotomizada do mundo social representado pela esfera macro, o público com a força e valorização do masculino, e a esfera micro, as famílias e as mulheres, ainda prevalece, e carece de reconstrução. Apesar da existência de legislações que reconhecem o domicílio como lugar de cuidado à saúde do idoso e que apoiam a capacitação dos cuidadores (as) familiares, muitas famílias encontram-se desamparadas, buscando suporte social para atender as necessidades de saúde vivenciada pelos idosos (as) e respectivo (a) cuidador (a). Concluímos ainda, que o cuidado, do ponto de vista moral, consiste em uma postura ética frente ao mundo, em que se considera relacionamentos, comportamentos e modos de interação entre as pessoas, o que assume características morais ou não morais. Desse modo, a prática de cuidado humano revela-se como adaptável a todos e que não necessariamente depende de questões de gênero.

VULNERABILIDADES SOCIOAMBIENTAIS ASSOCIADAS AOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Estela Fátima Lunkes, Maria Assunta Busato

Palavras-chave: Populações vulneráveis, resíduos de serviços de saúde, enfrentamento

APRESENTAÇÃO: A problemática dos resíduos sólidos, incluindo os resíduos de serviços de saúde (RSS) tem adquirido mundialmente grande importância do ponto de vista legislativo. No Brasil esse movimento aparece na Resolução n. 306 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 2004, na Resolução n. 358 do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) de 2005, e mais recentemente, em Santa Catarina, na Resolução Conjunta do Conselho Estadual do Meio Ambiente (CONSEMA) e da Divisão de Vigilância Sanitária (DIVS) n.1, de 2013, que estabelecem a harmonização entre órgãos regulatórios de RSS, transferindo a responsabilidade do manejo aos geradores, com a adoção de um Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005; SANTA CATARINA, 2013; CASTRO et al., 2014). Porém, mesmo com as legislações vigentes, as vulnerabilidades socioambientais associadas aos RSS são evidentes. Segundo Sánchez e Bertolozzi (2007) o conceito de vulnerabilidade refere-se à chance das pessoas adoecerem, como resultado de um conjunto de aspectos que, ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, possuem relação com o coletivo, ou seja, a vulnerabilidade deve levar em conta a dimensão relativa ao indivíduo e o local social por ele ocupado. De acordo com Ayres et al. (2003) as análises das vulnerabilidades envolvem a ação integrada e articulada de três eixos: componente

individual, componente social e componente programático. Segundo Freitas et al. (2012) as condições de vulnerabilidade derivam de processos sociais e mudanças ambientais, resultantes de estruturas socioeconômicas que produzem condições de vida precárias e ambientes deteriorados, se expressando com menor capacidade de redução de riscos e baixa resiliência. Nesse sentido, as vulnerabilidades observadas na problemática dos RSS são de ordem individual, no que se refere ao grau de informação que os indivíduos dispõem sobre o assunto; vulnerabilidade socioambiental, resultado de condições de vida precárias, no caso dos catadores; e a vulnerabilidade programática, no que se refere às políticas, programas, aos compromissos das instituições e aos recursos e monitoramento nos diferentes níveis de atenção (SANCHÉZ; BERTOLOZZI, 2007). Diante deste cenário, este ensaio pretende apresentar as vulnerabilidades socioambientais associadas aos RSS. Contaminação do meio ambiente e propagação de doenças A problemática ambiental é reconhecida como uma das consequências da dinâmica e da estrutura social, e os riscos e perigos ambientais passam a ser considerados produtos de um sistema entrelaçado à trama social e fruto da modernização ecológica, da modernidade tardia e processos de segregação e desigualdade social (MARANDOLA JR.; HOGAN, 2006). Nesse sentido, a destinação incorreta dos RSS causa degradação ambiental, decorrente do grande volume de materiais depositados que, ao menos em partes, poderia ser reaproveitado (MACEDO et al., 2007). Esse mau gerenciamento pode acarretar problemas que afetam diretamente a saúde da população, como a contaminação da água, solo, atmosfera, proliferação de vetores, além da saúde dos trabalhadores que têm contato com esses resíduos (GARCIA; RAMOS 2004). Nesse

contexto, diferentes microorganismos patogênicos presentes no RSS apresentam elevada resistência às condições ambientais, como *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, vírus da Hepatite A e da Hepatite B (SILVA et al., 2002; GARCIA; RAMOS, 2004). O *Mycobacterium tuberculosis* é um importante patógeno encontrado, apresentando um tempo de resistência ambiental de até 180 dias na massa dos resíduos sólidos (SILVA et al., 2002). Além disso, grande quantidade de substâncias químicas, desinfetantes, medicamentos como antibióticos, amálgamas odontológicas e reveladores de raios x, podem estar presentes nos RSS e provocar aumento das populações bacterianas resistentes (GARCIA; RAMOS, 2004). Esses resíduos químicos não acondicionados recebem descarte no sistema de esgoto no momento de sua geração, sem menção a tratamento prévio, apresentando risco sanitário e ambiental (CASTRO et al., 2014). Entre os métodos adotados no gerenciamento dos RSS está a incineração. De acordo com Gouveia e Prado (2010), essa técnica é amplamente utilizada na destinação final dos resíduos, no intuito de diminuir seu volume e conseqüentemente, os custos com a logística e gerenciamento dos resíduos, além de prevenir o crescimento de microorganismos patogênicos e a proliferação de vetores de doenças. Por outro lado, a incineração de RSS produz quantidades variadas de substâncias tóxicas, como partículas, gases, metais pesados, compostos orgânicos, dioxinas e furanos, potencialmente carcinogênicos, que são emitidas na atmosfera (GOUVEIA; PRADO, 2010). Acidentes de trabalho com profissionais da saúde, limpeza pública e catadores Um dos problemas relacionados aos RSS é a inadequabilidade das práticas de biossegurança e do conhecimento dos trabalhadores sobre os riscos potenciais de

acidentes de trabalho. Muitos profissionais da saúde, assim como auxiliares de serviços gerais, tendem a negar a relação direta entre o trabalho desenvolvido e os problemas de saúde (BATISTA et al., 2012). A saúde do trabalhador está relacionada a acidentes de trabalho com perfurocortantes no momento da disposição desses resíduos, tanto dos profissionais da saúde, quanto dos trabalhadores das companhias municipais ou terceirizadas de limpeza, que manuseiam os resíduos mal gerenciados (GARCIA; RAMOS, 2004), aliado ao fato da ausência de utilização de equipamentos de proteção individual (CASTRO et al., 2014). Da mesma forma, a disposição dos RSS com resíduos comuns traz graves conseqüências aos catadores de material reciclável, que estão expostos a todos os tipos de contaminação presentes nesses resíduos. Os catadores também servem como vetores para a propagação de doenças contraídas no contato com os resíduos (GARCIA; RAMOS, 2004). Formas de enfrentamento das vulnerabilidades Considerando a população em geral, alguns grupos de indivíduos são especialmente vulneráveis à problemática dos RSS. Segundo Sánchez e Bertolozzi (2007) a vulnerabilidade e a capacidade fazem parte de um mesmo processo, relacionando-se à capacidade de luta e recuperação que um indivíduo pode apresentar. O nível socioeconômico, a ocupação e a nacionalidade também se relacionam a esse processo, repercutindo sobre o acesso à informação, aos serviços e à disponibilidade de recursos para a recuperação, potencializando ou diminuindo a vulnerabilidade. Assim, as vulnerabilidades distribuem-se de maneiras diferentes segundo os indivíduos, regiões e grupos sociais (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). Nesse sentido, os profissionais da saúde, gestores, catadores, e população em geral, não se veem como público vulnerável, uma vez que desconhecem ou ignoram os riscos

potenciais do mau gerenciamento dos resíduos. O conhecimento acerca dos RSS, seu gerenciamento e os ricos potenciais a que a população está exposta, oferece o direito ao empoderamento que, segundo Sánchez e Bertolozzi (2007), se refere à participação política e institucional, econômica, estrutural histórica da sociedade e suas decorrências. Ascari et al. (2012) destaca a necessidade de programas de educação permanente e continuada junto aos profissionais, fomentando a qualidade de vida da comunidade e dos próprios profissionais. Da mesma forma, apresenta-se como uma possibilidade de renovação social, através do trabalho com diferentes setores da sociedade e da transdisciplinaridade (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). Considerações finais Para a diminuição dos impactos causados pelo mau gerenciamento de RSS se faz importante o conhecimento das vulnerabilidades a eles associadas. Mesmo com as exigências legais, a redução de danos associados aos RSS se encaminha lentamente, talvez pelo fato de parte da sociedade não se sentir vulnerável aos riscos do manejo inadequado desses resíduos. O conhecimento, proporcionado pela educação continuada e permanente dos profissionais de saúde, assim como dos gestores, para que estes sejam os propagadores de informações à população, gera o empoderamento, proporcionando o engajamento de todos os atores da sociedade no enfrentamento às vulnerabilidades socioambientais associadas aos RSS.

Relatos de Experiências

“ESTAMOS ARRUMANDO OU DESARRUMANDO A CASA?": REFLEXÕES SOBRE A CONSTRUÇÃO-DESCONSTRUÇÃO-RECONSTRUÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE MENTAL EM UMA UBS "TRADICIONAL" DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Valéria Monteiro Mendes, Lourdes Aparecida D Urso, Tatiana Julio, Jaize Costa Aquino, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Angela Aparecida Capozollo, Débora Cristina Bertussi, Alexandre Pereira Cruce

APRESENTAÇÃO: “Vamos arrumar a casa ou desarrumá-la de vez?” Com as mudanças introduzidas pelo novo contrato de gestão da Secretaria Municipal de Saúde com as organizações sociais, o que vai mudar no serviço e nas ações em Saúde Mental? “será que o jeito que construímos nosso trabalho especialmente na Saúde Mental terá a ver com a nova lógica instituída?”; “qual o papel da UBS “tradicional” neste modelo de gestão?”; “como acolher e cuidar para além do imediatismo da consulta e da medicação? “O princípio do acolhimento a partir da nova gestão é mesmo acolhimento ou seria uma triagem da demanda?”; “qual será o futuro do trabalho em fonoaudiologia, psicologia e serviço social nas unidades tradicionais?”; “o que faremos diante das relações controladoras, competitivas, imediatistas e pouco solidárias que têm nos atravessado?””. Estas foram algumas das questões pautadas nos encontros entre os trabalhadores do serviço de saúde mental (SM) da UBS Jardim Seckler, os profissionais da Rede de Atenção Psicossocial da região que realizam apoio matricial na Atenção Básica e os pesquisadores vinculados à pesquisa “Avalia quem pede, quem faz

e quem usa”. Esse estudo de natureza cartográfica, conduzido por pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da USP tem como intuito discutir a produção do cuidado nos diferentes serviços que compõem a rede de saúde nos municípios de São Paulo (Região Sudeste), Campinas e São Bernardo do Campo. Uma das unidades estudadas em São Paulo, a Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Seckler foi inaugurada em 1985, sendo denominada tradicional por não contar com estratégia de saúde da família. Responde por um território de abrangência bastante heterogêneo. Há grande parcela de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) com condições de vida indicadoras de privação social e vulnerabilidades diversas, mas ao mesmo tempo há um capital social relacionado aos movimentos organizados da população. O presente trabalho pretende discutir o momento de transição a partir do segundo semestre de 2015 com a mudança da gestão municipal para o regimento por contrato de gestão com a participação pela primeira vez de uma organização social (OS). DESENVOLVIMENTO: Um primeiro movimento foi a escuta dos profissionais estatutários e da gerente para conhecer o histórico e o funcionamento atual do serviço, com destaque para o processo de construção de um modo de operar o cuidado em Saúde Mental (SM). A unidade constituiu um pequeno núcleo de SM, que se tornou referência de atendimento para além da área de abrangência, incluindo outras UBS e a impulso comunidade de Heliópolis, entre 2002 a 2009. A insatisfação dos profissionais, o desejo de transformar o modelo de atenção após o desmonte do SUS (1996 a 2001) deu um primeiro para a mudança de processo de trabalho. O princípio do Acolhimento, pensado a princípio para ser um dispositivo de humanização e de abertura de acesso aos poucos, foi transformando o modelo na direção da inter/transdisciplinaridade, da clínica ampliada, da grupalidade e

da construção de projetos terapêuticos com base na vulnerabilidade individual e coletiva. A partir de 2009, a perda de funcionários tornou inviável a manutenção desse modelo para a SM. Mesmo com apenas três profissionais (assistente social, fonoaudiólogo e psicólogo) e com o apoio de matriciadores da rede a equipe de SM mantém até hoje princípios do modelo anterior, com ênfase na interdisciplinaridade, a clínica ampliada e formação de grupos, como grupos de acolhimento para crianças e familiares e grupo família (quatro encontros para a reflexão com os pais sobre rotina, história e proposições de ação em relação às questões identificadas no acolhimento de crianças que perpassam à família), convivência e alongamento/relaxamento para idosos. Ocorrem encontros com equipamentos educacionais e de outros setores para proteção à criança e ao adolescente. Para os profissionais de saúde mental que os conduzem os grupos são estratégias importantes para aprofundamento da escuta, combatendo a medicalização e caminhando em direção a produção de saúde. Entretanto, percebe-se que nem sempre há compreensão de todos os profissionais para o alcance e potencial desse modo de cuidar. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: A partir do compartilhamento e da interação entre os pesquisadores e a equipe foi possível compreender os sucessivos momentos da história da unidade. Considerando que se trata de uma fase de transição e de reorganização do trabalho, percebe-se que os impactos têm sido pouco discutidos. Mesmo com algum investimento da gestão há poucos espaços contínuos de reflexão coletiva no serviço. Percebe-se ainda que a entrada da OS tem sido vista de forma positiva por alguns profissionais e usuários, principalmente pela possibilidade de contratação de profissionais. Contudo, outras questões, como os valores que orientaram o processo

de trabalho já construído, não têm sido objeto de problematização, especialmente considerando o sentimento de abandono/desamparo e os relatos de pouca integração entre os trabalhadores do serviço. Assim, os movimentos de problematização decorrem de alguns profissionais vinculados ao serviço de SM, particularmente no que se refere à necessidade de produção de implicação pelos trabalhadores que vem sendo contratados. Fica claro que presença de mais profissionais não garante a produção de práticas acolhedoras, humanizadas e contextualizadas em relação às necessidades, aos interesses e os modos de vida dos usuários. O Acolhimento proposto a partir da vigência da OS necessita de refinamento da escuta e do aprendizado/produção de um processo de trabalho não fragmentado, de modo integrado aos outros espaços/ações do serviço como os grupos de SM. Seria essencial aproximação com as questões do território, em oposição ao imediatismo e à instrumentalização do cuidado, que produzem “triagem” e não acolhimento. Dados os sucessivos movimentos de construção-desconstrução-reconstrução do SUS em São Paulo, evidencia-se a necessidade de produção de sentidos sobre o cuidado a ser construído na UBS pelos trabalhadores e pela gestão. Fica evidente a necessidade de se valorizar espaços de trocas interprofissionais para a composição de projetos de cuidado mais sintonizados com os usuários e o território. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É possível perceber a abertura para o diálogo e o interesse para tal “construção-reconstrução”, por exemplo, a partir da nova gerência e de alguns profissionais, o que reforça a ideia de que cuidado e gestão não caminham dissociados. Entretanto, é necessário perceber que o futuro sobre o cuidado a ser produzido não está determinado simplesmente pelo novo contrato de gestão. Uma questão que surgiu dos encontros é a ausência de um projeto

claro para o modelo de UBS tradicional. Enquanto a Estratégia de Saúde da Família tem instituído o cuidado em SM por meio dos Núcleos de Saúde da Família, o modelo tradicional é pouco discutido, considerado e valorizado. A partir do entendimento que cuidado e gestão são indissociáveis e que o cotidiano do trabalho é um lugar de produção de disputas, de escolhas e no qual todos governam – profissionais, gestores, usuários – é premente que agenciamentos acerca de outros modos de cuidar sejam problematizados e fabricados coletivamente.

“MUTIRÕES” COMO ESTRATÉGIAS DE TERRITORIALIZAÇÃO E CADASTRAMENTO: EXPERIÊNCIA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS

Gabriela Favero Alberti, Diogo Vaz da Silva Junior, Fabiana Aparecida Oliboni Minuzzo, Camilla Ferreira do Nascimento, Daniel Canavese de Oliveira

Palavras-chave: Territorialização, Saúde da Família, Trabalho em Equipe

APRESENTAÇÃO: O presente relato de experiência versa sobre o apoio técnico-pedagógico de Residentes de Saúde Coletiva às estratégias de sistematização do cadastramento de pessoas adstritas no território de atuação de uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Porto Alegre/RS. Objetiva-se discutir sobre o planejamento, a sistematização dos cadastramentos e o processo de territorialização a partir da elaboração estratégica de “Mutirões”, realizados com a colaboração dos trabalhadores de uma equipe de saúde da família conjuntamente com os Residentes de Saúde Coletiva. O Programa de Residência Integrada e Multidisciplinar em Saúde Coletiva da

Universidade Federal do Rio Grande do Sul/EducaSaúde envolve a aproximação dos profissionais-residentes com os cenários de prática vinculados as Redes de Atenção em Saúde (RAS), com ênfase no planejamento setorial, gestão de processos, organização e avaliação de sistemas e serviços, entre outros. Em abril de 2015, dois Residentes integraram as atividades de uma USF que recentemente adotou a Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção à saúde vigente. Para contextualizar, a Saúde da Família representa o contato preferencial de usuários na RAS do município, sendo composta por uma equipe multiprofissional responsável pelas demandas sanitárias de um território de abrangência pré-definido e pelo enfrentamento de determinantes e condicionantes do processo saúde e doença, a partir do desenvolvimento de ações de assistência à saúde das famílias que vivem em sua área de atuação. A transição de Unidade Básica de Saúde (UBS) para USF implica na mudança da gestão do processo de trabalho da equipe. Com isso, as práticas de saúde deixam de focar a assistência à queixa principal de uma pessoa no viés biologicista e passam a incorporar a lógica da vigilância em saúde de uma área específica, de modo que esta seja base do planejamento das ações de saúde coerentes com o perfil populacional e as necessidades de saúde dessa comunidade. Nesse sentido, a inserção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas equipes de Saúde da Família possibilitou o acompanhamento direto no âmbito domiciliar, com vista a conhecer as características dessa população e identificar grupos prioritários, além de realizar o processo de territorialização. Esse processo consiste no cadastramento e adscrição de uma população a ser assistida e na delimitação do território em microáreas, a fim de facilitar a organização dos processos de trabalho e das práticas em vigilância em saúde. Ainda que o Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponibilize o número de pessoas do território e este seja usado para delimitar as áreas de atuação de cada unidade de saúde, é responsabilidade das equipes mapear e conhecer as pessoas que efetivamente vivem em sua área de abrangência. Visto isso, duas estratégias foram planejadas e executadas com a finalidade de contribuir com o trabalho iniciado pelos ACS, que consistem no Mutirão dos Prontuários e no Mutirão do Cadastramento. Ressalta-se que o termo “Mutirão” foi utilizado neste trabalho na compreensão de mobilização coletiva, de caráter voluntário, para auxílio mútuo de determinada ação. O Mutirão dos Prontuários consistiu no levantamento dos 1300 prontuários de famílias que buscaram, em algum momento de suas vidas, o atendimento na USF, desde o período que esta atuava como UBS. Vale destacar que cada prontuário possui um número de identificação que se refere ao número da família e não ao endereço domiciliar. Os endereços de cada família, por sua vez, estão identificados nas fichas de evolução médica anexadas ao prontuário em questão. Sabendo disso, os prontuários foram revisados um a um, sendo identificado: as famílias cadastradas pelos ACS; as famílias não cadastradas moradoras do território de abrangência; as famílias fora de área; as famílias que continham mais de um endereço registrado nos prontuários médicos; e os prontuários não encontrados. Todas essas informações foram sumarizadas em um arquivo de Excel, possibilitando a visualização do quantitativo de prontuários familiares ativos e pessoas que acessam (ou não) a unidade de saúde. Concomitante a essa estratégia foi realizado o Mutirão de Cadastramento. Para auxílio dessa atividade, o mapa vivo do território foi bastante útil, uma vez que consiste em um instrumento didático construído pelos ACS para representar, além das delimitações

geográficas do território, sua situação social, ambiental e os grupos populacionais com condições de saúde estabelecidas (hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças). Nesse mapa, as casas pintadas equivalem aos domicílios já cadastrados e as demais se referem a casas fechadas, ou seja, quando os moradores não se encontraram na ocasião. Para a realização deste Mutirão, os ACS, Residentes e demais membros da equipe, organizaram uma escala semanal em que cada turno seria destinado a um recorte do território-área a ser percorrido de modo a efetivar os cadastros àqueles domicílios até então não realizados. Acredita-se que com o avanço oportunizado por estas duas estratégias, seja possível imprimir uma representação mais precisa do território e, assim, possibilitar o remanejamento da divisão das microáreas considerando os aspectos de: acesso, população adscrita, determinantes sociais de saúde, característica dos grupos populacionais com condições de saúde estabelecidas. É importante evidenciar que o levantamento realizado pelo Mutirão dos Prontuários deu subsídios para o planejamento das ações do grupo responsável pelo Mutirão de Cadastro, uma vez que se tinha em mãos o endereço das famílias com prontuários ativos na USF, mas que não possuíam cadastramento efetuado. Além disso, o grupo envolvido na tarefa identificou outras situações que puderam facilitar o processo de cadastramento no território. Os Mutirões acima descritos foram formas de sensibilizar os trabalhadores frente à pluralidade dos modos de viver das pessoas residentes no espaço de atuação. Ainda que os ACS sejam os trabalhadores imersos no cotidiano da vida das pessoas não é sua atribuição exclusiva conhecer o território e a população de responsabilidade sanitária. Por fim, o envolvimento dos trabalhadores da equipe de saúde a participar do processo de territorialização e mapeamento do território

de atuação possibilitará a construção de indicadores que expressem as condições de saúde da população atendida pela USF, conforme a legislação vigente indica como atribuição comum entre os membros de uma mesma equipe. Estas informações sobre as áreas e seu potencial de risco e vulnerabilidade serão consideradas quando a etapa de remanejamento da divisão das microáreas for iniciada. O resultado da sistematização pôde ser utilizado como instrumento de trabalho, pois permitiu a atualização e alteração das informações inseridas referente ao cadastramento, formando, assim, um banco de dados para toda equipe ter acesso.

(RE)SIGNIFICANDO O CUIDADO EM SAÚDE NAS PORTAS DE ENTRADA DAS EMERGÊNCIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): A RELEVÂNCIA DO PROGRAMA PERMANECER SUS NO FORTALECIMENTO DA HUMANIZAÇÃO

Ismael Oliveira de Araújo, Angelo Mendes Ferreira

Palavras-chave: humanização, saúde, acolhimento, cuidado em saúde, integralidade

APRESENTAÇÃO: Este trabalho objetiva relatar a relevância do Programa Permanecer SUS e suas práticas acolhedoras no contexto da humanização nos estabelecimentos de saúde e também seus impactos na reorientação do cuidado em saúde e formação em saúde. O Programa Permanecer SUS é uma iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) que contempla o fortalecimento da política nacional de humanização e melhora no atendimento nas emergências de hospitais e maternidades no município de Salvador, Bahia, por meio do acolhimento mediante escuta qualificada. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A

humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) é pautada em uma política nacional como um meio de fomento de relações interpessoais entre profissionais, usuários, comunidades e estabelecimentos de saúde visando o bom funcionamento do sistema, baseadas na complexidade de se enxergar a saúde, tentando abarcar as necessidades emocionais, psicológicas e sociais dos integrantes do SUS. As práticas de humanização nos serviços das unidades de saúde tentam intervir nos reflexos do modelo de saúde regido pelo sistema capitalista, que prega o modelo mecanicista da vida, curativismo e o individualismo; neste modelo hegemônico em sua concepção cartesiana o corpo vivo é constituído de partes separadas, que usualmente dão defeitos e precisam de intervenção médica para reparo e concerto, excetuando assim o lado biopsicossocial do processo saúde e doença. O programa Permanecer SUS é uma iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) que surgiu como resposta ao problema concreto da insatisfação dos usuários do SUS quanto ao atendimento ofertado nas portas de entradas das emergências de hospitais da sua rede na capital baiana, Salvador. Este programa visa o fortalecimento da política Nacional de Humanização e implementação do acolhimento nas emergências por meio da escuta qualificada. O programa foi implantado no ano de 2008 e hoje é realidade em hospitais, maternidades e centros de referência, tendo como mediadores deste processo de acolhimento na prática, estagiários da modalidade não obrigatório, dos cursos de saúde oferecidos instituições de ensino superior, tais como: medicina, medicina veterinária, bacharelado interdisciplinar em saúde, saúde coletiva, nutrição, fonoaudiologia, fisioterapia, farmácia, odontologia, enfermagem, biomedicina, educação física, terapia ocupacional, psicologia e serviço social. Os

estagiários são bolsistas do programa com duração de um ano com processo seletivo via concurso público. A composição da carga horária é dividida em atividades práticas nas unidades de saúde e educação permanente, que é uma política pedagógica de ensino e aprendizagem no campo do trabalho em saúde que produz a articulação do trabalho, ensino e cidadania, além da integração multiprofissional, consistindo em uma tecnologia bastante relevante no que tange ao fortalecimento da humanização e sendo um espaço motivador e de interação entre os estagiários do permanecer SUS. O Cuidado em Saúde diferenciado na prática humanizadora do Permanecer SUS é pautado na integralidade das ações e serviços de saúde frente aos problemas de saúde e necessidades da população; esta atenção à saúde integral deve ser baseada nas necessidades dos usuários que vão desde a saúde biológica, perpassando pela garantia de acesso aos serviços de saúde e tecnologias disponíveis, desenvolvimento de vínculo nas equipes de trabalhos e usuários e o empoderamento dos sujeitos na gestão da própria vida que permeia os saberes populares e o técnico-científico, sem imposição dos trabalhadores da saúde. Portanto, para o alcance dessa rede de produção de cuidados, a escuta qualificada e o acolhimento devem ser fortalecidos. O programa que vem sendo discutido interage nesse papel de mediador no tripé: serviço, usuário e gestão. Um dos campos de atuação do programa Permanecer SUS em Salvador ocorre na Maternidade Albert Sabin (MAS), situada no bairro de Cajazeiras, um dos mais populosos do município. Esta maternidade cobre três distritos sanitários, porém atende com demanda aberta. A maternidade ainda possui vinculação de pacientes a unidade, um dos princípios da Rede Cegonha, uma estratégia do Ministério da Saúde que se dispõe a implementar uma rede de cuidados que assegurem

às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, também assegurando as crianças nascimento seguro e desenvolvimento saudável. A deficitária de cobertura e ordenamento da atenção primária no município, assim como os problemas na estrutura, gestão e quantitativo de leitos disponíveis das maternidades, leva à sobrecarga no atendimento da emergência na Maternidade Albert Sabin, que somando a estrutura ineficiente da mesma, estruturação do cuidado em saúde aos moldes biologicistas e curativistas e aos diversos fatores que levam a violências obstétricas nas unidades obstétricas, culminam em insatisfação quanto ao atendimento e desumanização na assistência a saúde para este público específico de crianças e mulheres que estão em um estágio psicossocial bastante vulnerável. O grupo de estagiários presentes na maternidade Albert Sabin (no ano 2015) é composto de nove estagiários oriundos de graduações e instituições de ensino distintas que realizam acolhimento mediante escuta qualificada na porta de entrada da sua emergência, que vão além de ouvir, ver e entender as usuárias que chegam a unidade, mas escutam, enxergam e compreendem as nuances perceptíveis com uma escuta qualificada baseada na integralidade e conceito ampliado de saúde; compartilhando saberes e firmando vínculos com usuários e trabalhadores na busca da melhoria do atendimento, resolução de problemas e humanização. **IMPACTOS:** O programa contribui para a interação ensino e serviço dos estudantes de graduação e os trabalhadores do Sistema de Saúde, além de propiciar um elo, vínculo e interação dos usuários com os profissionais e as unidades de saúde, culminando em humanização, inclusão social, acolhimento e reorientação da formação em saúde. O programa ainda articula ensino, serviço, trabalho e gestão através do acolhimento, condicionando

assim a formação de futuros profissionais de saúde em consonância aos princípios de diretrizes do SUS ligados às demandas reais da sociedade. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A produção do cuidado é intrínseca ao direito a saúde com os princípios de qualidade integralidade e equidade com o papel do exercício da cidadania e respeito à individualidade dos usuários de saúde que deve ser baseado nas necessidades dos mesmos, para que se faça a resolubilidade dos problemas pelos serviços e ações disponíveis e necessários. O programa Permanecer SUS é uma experiência ousada e inovadora que reinventa os processos de cuidado que além de propor reorientação da assistência à saúde nas emergências, acaba por interferir positivamente no processo de trabalho e gestão dos profissionais de saúde e na formação em saúde dos graduandos da área de saúde, indo em contrapartida com a saúde que é não pensada na integração das questões socioculturais, econômicas, ambientais e psicológicas.

A AFIRMAÇÃO DA PERSPECTIVA CRÍTICO-DIALÉTICA NA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM ESTUDOS DE CASOS COM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA (HUAB)

Marceane de Azevedo Silva

Este trabalho é proveniente das reflexões desenvolvidas por assistentes sociais na atuação da política de saúde e, especificamente, com equipe multiprofissional do HUAB. Tem-se como objetivo abordar, sucintamente, a experiência vivenciada pelos profissionais de Serviço Social em sua contribuição na análise biopsicossocial a partir da metodologia de estudo de caso de usuários da pediatria no referido Hospital. Através da intervenção com usuários no setor de pediatria do HUAB, constata-se que o usuário, o qual

se encontra em internamento, apresenta diversas demandas interligadas que vão além dos aspectos clínicos e individuais. E nesse sentido, a política social de saúde no Brasil aponta essa situação quando referencia os determinantes e condicionantes da saúde como um conjunto de direitos. Com a compreensão do ser social em sua complexidade aliada ao dever do Estado de prestar atendimento integral a equipe multiprofissional, que atende as crianças e adolescentes internados no HUAB evidenciou a necessidade de aprofundar o conhecimento do contexto biopsicossocial no qual os usuários estão inseridos. A metodologia adotada pela equipe para esse aprofundamento é desenvolvida conforme descrito a seguir. Após visita(s) de cada profissional aos leitos dos usuários internados é realizada uma reunião semanal com a equipe multiprofissional. A equipe é formada por assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas, enfermeiros, médicos e graduandos em Enfermagem e Medicina. Vale salientar que essa equipe é composta por funcionários do hospital, estudantes de pós-graduação das Residências Multiprofissional, Médica e graduandos. Nessa reunião, os representantes das várias profissões socializam informações pertinentes a sua atuação e a interação dessas informações consiste no estudo de caso. Durante o estudo de caso, é apreendido com maior profundidade o aspecto biopsicossocial dos usuários em seus contextos familiar, comunitário e de acesso a serviços sociais. As etapas principais da atuação dos assistentes sociais no HUAB junto aos usuários hospitalizados são: análise de contexto, identificação das demandas e intervenção. Vale salientar que essas etapas não são estanques, mas processuais e inter-relacionadas. Optou-se por elencá-las dessa forma apenas para fins didáticos. A seguir e de maneira breve será tratado sobre elas.

No tocante a atuação dos assistentes sociais nos estudos de casos, o primeiro passo é a aproximação da realidade sociofamiliar dos usuários. Essa aproximação se dá através da aplicação das técnicas de entrevista social, observação técnica e escuta qualificada, em diversos atendimentos. Nesse momento, é importante ter claro o direcionamento ético-político da categoria, norteador por meio do compromisso com o Código de Ética do Assistente Social. Dessa forma, a atuação se pauta numa compreensão da realidade a partir do aporte teórico crítico-dialético, que aborda os sujeitos em processos de desigualdades característicos da lógica societária vigente. Assim, a apreensão dos contextos vivenciados pelos usuários se dá de forma a buscar a correlação com a totalidade dos processos de conjuntura e estrutura societária. Nesse sentido, o profissional, ao realizar a análise desses contextos, deve se distanciar de pensamentos preconcebidos, pois isso recai em uma análise enviesada da situação e, conseqüentemente, em todo desenvolvimento da intervenção. É mister assinalar que, mesmo após as análises realizadas, o assistente social tem claro que o contexto assimilado é sempre menos complexo que o contexto real. Essa afirmação permite explicitar, a princípio, que: o real pensado é limitado, no tocante ao desvelamento de sua complexidade; e quanto maior o contato com os sujeitos envolvidos mais próxima do real será a análise. Para o Serviço Social, a análise do contexto vivenciado pelos sujeitos permite, sem prejuízo de outros fins, a identificação de demandas. A partir da experiência profissional, constata-se que as demandas postas ao Serviço Social estão imbricadas nas relações de desigualdades inerentes ao sistema societário capitalista. Essas relações se expressam nas diversas formas violências e nas contradições vividas pelos sujeitos. A partir da identificação das demandas, o assistente social traça estratégias, dentro dos seus limites e possibilidades profissionais.

Ou seja, elabora uma intervenção prática. O atendimento das demandas dos usuários internados no HUAB possui como base os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. E com esse aporte, o assistente social busca em sua intervenção viabilizar a defesa e garantia do pressuposto jurídico-normativo e, em sentido mais amplo, do direito a partir dos parâmetros da efetivação da dignidade humana. Em todo momento de atuação profissional no referido hospital, o assistente social estabelece relações com as outras profissões. Na reunião de estudo de caso, o diálogo com as diversas profissões permite a explanação e conhecimento aprofundado dos casos e intervenções interligadas e complementares. Essa interação interdisciplinar tenta compreender a saúde em seu conceito ampliado, conforme direcionado pelo movimento de reforma sanitária e preconizado pelo SUS. Mesmo com os avanços conquistados, evidenciam-se desafios a serem superados. Os desafios estão presentes em vários níveis do exercício profissional, desde as relações entre as profissões até elementos macrossistêmicos. Apesar dos entraves, é importante enaltecer o compromisso com a população e, para tanto, a prestação de serviços de qualidade. Observa-se crescente demanda para o Serviço Social na saúde e a necessidade de afirmação e comprometimento da categoria com o projeto ético-político como norte de atuação. Diante disso, a aproximação constante com as bases teóricas e éticas e o aperfeiçoamento das práticas metodológicas e operativas são fundamentais para a busca pela materialização dos preceitos da profissão. Ademais, no que tange principalmente aos estudos de casos, percebe-se o desenvolvimento de ações mais qualificadas provenientes do exercício conjunto das diferentes profissões. A partir da experiência de atuação nos estudos de caso, enquanto prestação de atendimento aos usuários internados no HUAB, comprovam-se que o Serviço Social em sua compreensão de contextualização possibilita realizar os

encaminhamentos e traçar estratégias junto aos usuários na viabilização da garantia dos seus direitos. A profissão se apóia em práticas que apreendem os usuários enquanto sujeitos de direitos e se distancia de condutas estigmatizantes, autoritárias e preconceituosas, buscando o respeito às particularidades e autonomia. Dessa forma, o exercício profissional cumpre o papel de empenhar-se na e para qualidade dos serviços ofertados e no cumprimento do atendimento integral.

A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM O OLHAR DO USUÁRIO

Fernando Augusto Gomes Sobreira, Camila Cristina Lescano Ortiz, Elenita Sureke Abilio

Palavras-chave: Psicologia da Saúde, PMAQ, Escuta Qualificada

APRESENTAÇÃO: O trabalho a ser descrito faz parte do Projeto de Extensão Acompanhamento e Apoio Técnico ao Programa PMAQ AB (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) e foi se delineando durante as Supervisões do Estágio de Processo de Gestão em Saúde I e II do Curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera. A realização do projeto se constituiu em visitas semanais em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Dourados, do estado do Mato Grosso do Sul, onde foram entrevistados diversos usuários, tendo como foco a compreensão da qualidade do serviço ofertado pela unidade e o processo de vinculação deste usuário com a unidade de saúde. A proposta de ouvir o usuário parte da compreensão de que esse sujeito deve participar, juntamente com gestores e trabalhadores do desenvolvimento de ações que promovam a melhoria e a qualidade dos serviços prestados pela ESF e também por todo o sistema de saúde do país. Partindo

desse entendimento o usuário acaba sendo uma via de comunicação que pode apresentar pontos positivos, negativos e propostas de soluções que se relacionam ao serviço prestado pela unidade. A pesquisa desenvolveu-se a partir da promoção da escuta dos relatos dos usuários, tendo como objetivo compreender e analisar tais falas para pensar na melhoria da qualidade do acesso da atenção básica. O projeto se delineia a partir dos objetivos do PMAQ AB, que promove ações e avaliações que favorecem a oferta de um serviço de saúde com qualidade. O Objetivo principal era proporcionar uma escuta ativa ao usuário para possibilitar a indicação de melhorias, tanto no que se refere a tecnologias relacionais como as questões organizacionais. **METODOLOGIA:** A pesquisa se constitui em uma abordagem qualitativa, diretiva, sendo executada através de levantamento de percepções por meio de entrevistas semiestruturada, utilizando como parâmetro o Documento Síntese para Avaliação Externa PMAQ-AB (BRASIL, 2012). **RESULTADOS:** As entrevistas com os usuários se constituíram em um modo de inserir esses sujeitos no processo de melhoria e qualidade do acesso da unidade de saúde. Foram destacados por estes, importantes pontos relacionados a aspectos tanto positivos como negativos da qualidade do atendimento, estrutura física e acesso, além de serem elencados pelos usuários possíveis soluções para os problemas apontados. No desenvolvimento da pesquisa foram observados aspectos semelhantes que eram reportados em perspectivas diferentes, como por exemplo, quando eram questionados sobre a qualidade de um modo geral, alguns diziam que não tinham do que reclamar apenas apontando pontos positivos e outros apontavam apenas pontos negativos e por vezes esses posicionamentos se repetiam, nos diferentes aspectos em que eram abordados pelos estagiários.

Referente a avaliação dos aspectos, observou-se que o ponto mais destacado se relacionava a qualidade do atendimento de porta de entrada, onde diversos usuários relataram experiências negativas com os trabalhadores da unidade. De acordo com a fala dos usuários foi identificado problemas relacionais entre usuário/trabalhador, advindos das dificuldades de comunicação, ao acesso a informações concisas, sendo entendido pelo usuário como pontos negativos para a qualidade, pois na visão do usuário não há relação empática nesta relação. Ainda a respeito da qualidade do atendimento, existem diversas reclamações sobre o tempo de espera, dificuldade de conseguir atendimento, consultas desmarcadas de última hora e falta de profissionais. Em contrapartida diversos usuários relataram que o atendimento é de qualidade. Em relação à estrutura física e ao acesso, há também divergências, pois alguns usuários relatam que a unidade precisa de reformas, de mais acentos na recepção, difícil acesso devido a distância de suas casas e falta medicamentos. Na avaliação de outros usuários a unidade tem uma boa estrutura física e é de fácil acesso, pois além de ser bem localizada tem um ponto de ônibus próximo. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Durante o período de atuação na ESF, pode-se analisar as dificuldades relacionadas a ambiência e ao acolhimento, como a falta de infraestrutura não havendo acento suficiente para todos, a falha de comunicação entre recepção/usuário tornando as informações insuficientes e confusas, mas também se destacam as experiências exitosas relatadas pelos usuários. Existem divergências entre os relatos, de maneira que não é possível realizar um plano de intervenção sem conhecer as diferentes posições na relação gestor/trabalhador/usuário. Sendo assim é importante fortalecer as relações e promover o modelo de cogestão preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH) onde gestor, trabalhador e usuário

devem trabalhar unidos para a construção de modos de pensar e fazer saúde, para a promoção de um sistema de saúde integral, equânime, resolutivo e de qualidade (BRASIL, 2009; 2010).

A BIOÉTICA DA PROTEÇÃO EM SAÚDE PARA O CUIDADO CENTRADO NA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho, Milene Ribas Almeida, Elisete Cristina Krabe, Daisiane Casarotto, Priscila Rodrigues da Silva, Aimê Cunha, Acadêmicos Fisioterapia

Palavras-chave: Bioética, Proteção da Saúde, Doença crônica, Estratégia de Saúde da Família

Introdução: A Bioética da proteção, proposta originalmente na América Latina, é baseada na recuperação do conceito de ética. Traz a marca de uma Bioética que nasce em países periféricos, com uma população empobrecida, com poucos recursos. Assegura o direito à autonomia, em relação às populações desassistidas (SCHRAMM & KOTTOW, 2001). A Bioética da proteção entende que o contexto socioeconômico no qual se situa a população, marcado por grandes desigualdades, precisa ser levado em conta nas decisões de saúde pública nas quais a proteção da população mais suscetível, descapacitada ou vulnerável deve ser obrigação moral que orienta as ações (REGO, PALÁCIOS & BATISTA, 2009). O objetivo do estudo é descrever e analisar a integralidade do cuidado e a promoção da saúde dos sujeitos portadores de doenças crônicas, cadastrados na ESF Toríbio Veríssimo, município de Cruz Alta/RS, construindo ações de educação e saúde capazes de instalar e/ou modificar comportamentos pessoais e coletivos, executando medidas de promoção e proteção da saúde. Descrição

da experiência Projeto de Pesquisa e Extensão, com características de um estudo descritivo e analítico de rastreamento epidemiológico observacional que seguiu o modelo de atenção centrado na pessoa (STEWART, 2010). A observação participante proposta por Demo (2004) permeou todas as atividades, captando uma variedade de situações ou fenômenos que auxiliaram na compreensão dos sujeitos do estudo. Os dados foram coletados em visita domiciliar explorando os quatro componentes interativos do processo de atendimento centrado na pessoa (explorando a doença e a experiência da doença, entendendo a pessoa como um todo, elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas e incorporando prevenção e promoção e promoção de saúde). Através dos resultados encontrados buscamos qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, e de tratamento e recuperação. Elaboramos e realizamos um plano de educação para a saúde com o objetivo de instalar e/ou modificar comportamentos pessoais e coletivos, executando medidas de promoção e proteção da saúde, nas quais a construção conjunta do plano de cuidado detalhando problemas, prioridades, objetivos e papéis, do ponto de vista da pessoa e do profissional, foi o alicerce fundamental. Este plano constou de atividades lúdicas, oficinas pedagógicas, orientações individuais e em grupos, distribuição de folders com informações quanto aos cuidados, sintomas e prática de exercícios terapêuticos. Todas as intervenções e atividades realizadas foram executadas pelos acadêmicos do Curso de Fisioterapia da UNICRUZ, disciplina de Bioética e Deontologia, Agentes Comunitários de Saúde e equipe de profissionais atuantes na ESF Toríbio Veríssimo. Resultados e/ou Impactos: O projeto avaliou 40 pacientes

com doenças crônicas, cadastrados na ESF Toríbio Veríssimo, sendo 37,5% (n=15) do gênero feminino e 62,50% (n=25) do gênero masculino. Entre as patologias crônicas teve destaque as sequelas de AVE (hemiplegia), DBPOC, a hipertensão arterial e diabetes. Ao explorar a doença e a experiência da doença foi observado que a maioria não praticava nenhum tipo de atividade física levando ao agravamento das suas condições de saúde, sendo que o sentimento predominante relatado foi tristeza por necessitarem de cuidados de outros para suas AVDs. Outro dado significativo foi a necessidade que todos relataram de um atendimento integral que contemple suas necessidades, preocupações e vivências relacionadas à sua doença crônica. O atendimento integral refere-se ao atendimento das necessidades dos indivíduos de uma maneira ampliada, sendo um eixo importante na construção do SUS e constituindo-se como um desafio na caminhada de construção do sistema (PINHEIRO & MATTOS, 2005; BRASIL, 2013). O plano conjunto de manejo dos problemas, elencando problemas e prioridades, foi elaborado por toda a equipe do projeto (acadêmicos da fisioterapia, agentes comunitários da saúde e equipe de profissionais da ESF). Buscamos incorporar prevenção e promoção de saúde, com a prática de ações que melhorem a saúde, prevenindo riscos, reduzindo riscos e melhorando o bem-estar dos envolvidos. Considerações Finais: Ser realista quanto ao atendimento centrado na pessoa portadora de doenças crônicas, implica no domínio de vários elementos da arte da atenção à saúde. Reconhecer o melhor uso do tempo, instrumentos, ações de educação e saúde, flexibilidade e prontidão para tratar cada problema são essenciais. O trabalho em equipe e a formação de equipes de forma efetiva também contribuíram para que atuássemos realisticamente. Trabalhar em equipes interdisciplinares, colaborativas, pode ser um meio mais efetivo de prestar

atendimento às pessoas com doenças crônicas. A proteção que buscamos neste projeto, foi vista como o resgate do sentido de cuidados com os outros, em vista de prevenir maior adoecimento e de promover bem-estar. A ética do cuidar que buscamos pressupõe relações humanas no interior das equipes da ESF Toríbio Veríssimo, que respeitaram as especificadas técnicas de cada profissional e promoveram a reflexão sobre as questões morais de forma aberta e igualitária, identificando-se ações desenvolvidas dentro de cada realidade e possibilidade e reconhecendo a importância da família e/ou cuidador como membro da equipe. As atividades realizadas nos domicílios permitiram ao acadêmico da fisioterapia vivenciar os aspectos de ensino aprendizagem na saúde coletiva com os cenários de prática, com visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade.

A BUSCA DE POROSIDADES NO TRABALHO EM SAÚDE- PROJETO ONCOREDE

Silvia Maria Santiago, Maria da Graça Garcia Andrade

Palavras-chave: trabalho em rede, território, território da saúde, cuidado em saúde

O território da saúde caracteriza-se por normas, técnicas, tempos, processos e formas de se relacionar que vão configurando uma cultura, que se impõe e condiciona as relações para dentro e para fora deste território. Num cenário com estas características, o trabalho se desenvolve com roteiro pré-estabelecido que, muitas vezes, impede que os profissionais enfrentem novas demandas do território, ou mesmo que busquem a satisfação de seus desejos de maior conexão com os usuários e os outros profissionais, ou seja,

uma expansão do seu próprio território de atuação em direção ao outro. Esta forma de organização do trabalho nos serviços de saúde caracteriza os diferentes territórios da saúde, como o da atenção básica, do hospital geral, dos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares e, também, os territórios da gestão, que desejam capturar e definir a atuação nos outros territórios. Há a idealização de uma porosidade nos serviços que os qualificariam para o trabalho em rede, mas a realidade tem mostrado uma atuação isolada dos serviços de saúde e uma dificuldade em compreender onde estão suas franjas e as dos outros serviços, que permitiria o encontro e a conexão para trabalhos conjuntos e compartilhados e para a ampliação das ações, de forma a se constituir novos territórios de saúde, híbridos e permeáveis à relação com os territórios dos usuários. Um encontro do tempo célere das técnicas, especialmente as da saúde, com o tempo dos homens lentos ou lentificados pelo adoecimento. O presente estudo faz parte de um projeto que se desenvolve na região de Campinas-SP e que buscou identificar os pontos de porosidade dos serviços de saúde através do trabalho dos seus profissionais, no sentido do estabelecimento de relações entre equipes de diferentes serviços, fazendo com que o desejo de ampliar a qualificação da atenção refletisse na produção do cuidado a pacientes com câncer. A região de Campinas, SP, apesar de populosa e do envelhecimento da população e progressivo aumento do número de casos de câncer, não teve aumento da estrutura assistencial de forma a fazer frente à demanda que foi se apresentando. Nesta região, os diagnósticos têm sido tardios e a mortalidade por câncer maior do que o esperado para uma região desenvolvida e com redes locais de saúde estruturadas. O projeto OncoRede buscou compreender o trabalho realizado nas redes municipais e nos serviços oncológicos na perspectiva de uma parceria que ampliasse

o acesso e qualificasse a atenção. Por parte das redes municipais percebeu-se muito receio em se abrir para o cuidado aos pacientes com câncer, no entanto havia sempre uma história pessoal ou familiar ligada à doença e o desejo de um contato maior com os profissionais do serviço especializado, que poderiam ampliar a capacidade dos profissionais locais para o cuidado aos pacientes com câncer. Por parte dos profissionais dos serviços especializados encontrou-se o desejo de partilhar o cuidado, junto com o receio de que a qualidade da atenção não fosse mantida nos municípios. Claramente havia a necessidade de reconhecimento entre esses sujeitos de diferentes territórios da saúde, de forma a poderem partilhar seu trabalho. Por parte dos usuários havia a queixa de invisibilidade nos municípios, cujas equipes se relacionavam com eles muito mais através do sistema de transporte que os levava para os serviços oncológicos e raramente atentos às outras necessidades de saúde além das impostas pelo câncer. Os relatos de gestores que passaram a identificar os pacientes com câncer nos municípios foram muito significativos e reafirmavam os relatos dos profissionais das redes locais que receavam o manejo desses pacientes, que poderia agravar sua condição. Estava claro que a questão de comunicação era central e restava saber qual a melhor forma de colocar em relação esses profissionais que transitam por diferentes territórios da saúde, mas encontram identidade comum no cuidado dos pacientes. E foi através desse cuidado que se identificou um primeiro ponto de porosidade entre as equipes dos serviços especializados e dos municípios. Uma surpresa inicial: a quantidade e qualidade de diferentes profissionais de saúde trabalhando nas redes municipais. Isto permitiu que a complexidade multiprofissional da atenção ao paciente com câncer pudesse estar presente em boa parte dos municípios. Estes

diferentes profissionais foram combinando suas necessidades de entendimento do seu papel no cuidado ao paciente com câncer e o projeto OncoRede permitiu a realização de encontros que trabalhavam a tradução dos cuidados especializados para as redes locais, de forma a incluir os profissionais na rede de cuidados e só deslocar os pacientes com câncer ao serviço de referência quando a linha de cuidado assim o exigisse. Este território de relações entre os profissionais dos municípios e os do serviço especializado possibilitou o desenvolvimento de várias ações de cuidado compartilhado. Os profissionais dos serviços oncológicos acabaram por demandar também um olhar para seu processo de trabalho, carregado de tensões e sofrimento. Na atividade de aproximação entre os profissionais e serviços, criando um território comum de convívio e de desenvolvimento de atividades que qualificaram a atenção a pacientes com câncer da região, os gestores tiveram importância significativa, facilitando a ampliação das relações, acolhendo reuniões locais e fazendo que a região toda se misturasse mais. Como fruto desse trabalho inicial, um dos municípios participantes e dos mais distantes do serviço especializado de referência, com a ajuda do projeto OncoRede, desenvolveu parceria com o governo estadual e o serviço especializado e, juntos, organizaram um serviço para quimioterapia e cuidado paliativo. A ideia inicial era poupar da longa viagem ao serviço especializado mulheres com câncer de mama em fase de cuidados paliativos. A ideia foi transportar o quimioterápico e não as pessoas, garantindo a presença do oncologista clínico do serviço especializado e cuidados de enfermagem, nutricionais, fisioterápicos, saúde mental e serviço social, conforme as necessidades individuais e familiares e estar bem próximo de casa. O serviço já funciona há seis anos e foi aos poucos respondendo à demanda e se transformando num serviço mais

completo, ligado ao centro especializado de referência. As pontes que foram sendo construídas tiveram grande protagonismo dos profissionais de todos os serviços para sua efetivação e a OncoRede tem sido uma identificadora de porosidades e ativadora de relações advindas dos desejos de expansão existentes nos distintos territórios da saúde.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A MIOPIA DOS CARTAZES PADRONIZADOS: EXISTE TRATAMENTO?

Elisângela Luna Cabrera, Natali Portela, Cibele Moura Sales, Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi

Palavras-chave: educação em saúde, saúde indígena

APRESENTAÇÃO: Em meados de 1920 iniciaram-se no Brasil as primeiras ações de caráter educativo com vistas a minimizar a propagação de doenças. Baseados na premissa de que basta o indivíduo saber quais comportamentos são patológicos para deixar de praticá-los e, logo, substituí-los por outros hábitos considerados saudáveis, o Estado começou a utilizar-se de uma tecnologia educativa a qual faz uso até hoje: o cartaz informativo. Sejam voltadas a população em geral ou a públicos específicos, as campanhas produzidas pelo Ministério da Saúde frequentemente empregam algum recurso imagético aliado a textos escritos em sua propagação. No presente texto apresentamos breves ponderações a respeito desse tipo de estratégia a partir de experiências de trabalho em um serviço de saúde voltado para a população indígena da região sul do Mato Grosso do Sul, somadas as reflexões despertadas durante o nosso curso de mestrado profissional de Ensino em Saúde. Trabalhamos entre 2006 e 2009 em um serviço pertencente ao Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso

do Sul (DSEI-MS), do Polo Base de Antônio João, que incluía cinco aldeias em três municípios, a saber: Aldeias Campestre e Cerro Marangatu, no município de Antônio João; Aldeia Pirakuá, no município de Bela Vista; e Aldeias Kokue-y e Lima Campo, no município de Ponta Porã. A população abrangida era de aproximadamente 1.200 pessoas, sendo que 94% pertenciam a etnia Guarani-Kaiowá, e o restante distribuídos entre Guaranis e Terenas. A equipe de atendimento era volante, composta por enfermeira, técnico de enfermagem indígena, médica, dentista, técnica de higiene dental e motorista, e em cada aldeia havia Agentes Indígenas de Saúde (AIS). As aldeias Campestre, Lima Campo e Pirakuá possuíam postos de saúde, nas demais o atendimento ocorria em locais adaptados. As atividades realizadas incluíam os acompanhamentos de pré-natal; de crianças desnutridas (medidas antropométricas, uso de vitaminas e tratamento para verminose infantil); vacinação de crianças e gestantes; acompanhamento de hipertensos e diabéticos; acompanhamento de pacientes sintomáticos respiratórios (investigação para tuberculose e tratamento dos confirmados, com a pesquisa dos contatos, visando quimioprofilaxia nos casos possíveis); coleta de preventivo; visitas domiciliares; e ações de educação em saúde. Durante as atuações educativas, a equipe esforçava-se na busca de metodologias que respeitassem a cultura e os valores de cada etnia, procurando abordagens mais adequadas de acordo com o assunto, principalmente os que envolviam questões relacionadas à sexualidade e DST's. Para isso, contávamos com o importante apoio dos AIS que orientavam nossa conduta nos alertando sobre as características culturais indígenas que eventualmente desconhecíamos, e que poderiam estar envolvidas em uma determinada ação. Nestas atividades, tentávamos utilizar os cartazes enviados

pelo Ministério da Saúde, sendo alguns destes especificamente voltados à Saúde Indígena. Consideramos que uma imagem pode ser um método de comunicação eficiente no intuito de internalizar valores e estabelecer comportamentos postulados como saudáveis. Nos cartazes que visam informar a população a respeito de doenças e demais assuntos, é comum encontrarmos uma via pedagógica que transita pelas emoções humanas buscando identificação, variando entre o despertar da empatia até o horror. Todavia, tais materiais frequentemente partem de modelos discursivos hegemônicos, com uma visão homogeneizada de outro, como se os signos e representações utilizados fossem passíveis de um único entendimento. Na nossa experiência de trabalho onde recebíamos cartazes informativos, este outro não era tão somente indígena, mas indígena Guarani-Kaiowá, Guarani, e também Terena. Segundo o Censo de 2010, o primeiro a investigar a população indígena, o Brasil possui 305 etnias que falam 274 idiomas (IBGE, 2011). Cada um desses povos possuem seus próprios valores, hábitos, rituais e representações que hora se assemelham, ora se distinguem. Mesmo convivendo em áreas próximas, o perfil dos grupos que atendíamos era distinto, cabendo a nós, enquanto trabalhadores comprometidos com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), adaptar nossas condutas permanentemente, no que hoje entendemos ser um rico processo educativo para as equipes de saúde. Logo percebemos que os cartazes escritos em língua portuguesa não teriam a eficácia almejada, já que boa parcela desses usuários só dominava o idioma guarani. Além disso, os materiais imagéticos que eram desenvolvidos especialmente para este público, expunham uma representação bastante genérica de índio, restringindo as possibilidades de identificação. Somamos a

isso o fato de que a maioria dos indígenas era ágrafa, em sua língua materna, o que fez do trabalho de tradução dos cartazes para o guarani pouco efetivo. Tal situação nos remonta ao início da Educação Sanitária no Brasil, quando se começou a distribuição de folhetos explicativos com escritos a respeito de hábitos saudáveis, a uma população predominantemente analfabeta. Assim, as metodologias mais eficientes nas nossas ações de educação em saúde estavam ancoradas em orientações orais com a tradução simultânea para o guarani realizada pelos AIS, e posterior investigação junto ao usuário indígena do entendimento que ele obteve de nossas explicações. Entendemos que a educação em saúde acontece através de combinações de experiências de aprendizagem (CANDEIAS, 1997), com arranjos e ajustes de diferentes metodologias que devem ser elaboradas de acordo com cada cenário, sendo o cartaz uma entre várias ferramentas que podem ser utilizadas em um contexto pedagógico. Contudo, escolhemos este recorte vivenciado em nosso ambiente profissional, relacionado ao uso de cartazes em campanhas, para incitar reflexão sobre o modo com que determinadas estratégias de educação em saúde lidam (ou não) com a alteridade. A equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde - SUS, e, portanto, norteia a formulação de todas as políticas públicas. O sentido de equidade difundido pelo SUS “[...] se refere à capacidade de estabelecer julgamento e tratamento conforme a singularidade de cada situação.” (CAMPOS, p.23, 2006). Deste modo, é de se esperar o reconhecimento das diferentes condições de vida e necessidades dos usuários, buscando-se ações específicas à cada grupo, com a finalidade de reduzir as iniquidades em saúde. Seguindo esta lógica, oriunda principalmente do movimento da Reforma Sanitária, foi implementado no Brasil um modelo de atenção à saúde

indígena que, no âmbito legal, garante o respeito às diferenças étnico-culturais, contemplando em suas práticas as especificidades advindas dessa diversidade. Porém, um cartaz enviado da gestão federal para o país com vistas a informar o povo brasileiro sobre algo que diz respeito a sua saúde, é um pequeno, porém significativo exemplo de uma certa indiferença e descaso em relação a cosmologia e situação dos povos indígenas. Estes, também brasileiros, suprimidos não apenas nos cartazes, mas em tantas outras dimensões (CIMI, 2013, 2014). Consideramos que a equidade predominante nos materiais imagéticos difere da proposta do SUS, estando próximo a um conceito “[...] genérico e equivalente ao de justiça e igualdade.” (CAMPOS, p.23, 2006). Se a homogeneização a qual nos referíamos anteriormente presente nos cartazes costuma desconsiderar diferenças como cor de pele, classe social, escolaridade e demais características, no que se refere às singularidades dos povos indígenas, este processo pareceu-nos evidenciado. No entanto, acreditamos que profissionais de saúde comprometidos, que se entendem ativos no processo de promoção da saúde indígena e não apenas executores acríticos, possuem potencia para minimizar algumas desigualdades e produzir encontros empáticos e dialógicos, que promovam o respeito à individualidade e aprendizados mútuos.

A EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR COMO VERTENTE PEDAGÓGICA DA CULTURA CORPORAL DO MOVIMENTO: UMA POSSIBILIDADE DE TRANSFORMAÇÃO E PROMOÇÃO DE SAÚDE

Raphaelly Machado Felix, Alex dos Santos Carvalho, Fausto Pereira de Pereira, Diany Pereira Hanke, Leonardo Figueirola Jacques, Patricia Galarça Rodrigues

Palavras-chave: Evasão escolar, educação física, saúde e educação física escolar

A escola é um lugar de culturas, suas diferentes manifestações são selos das histórias de seus protagonistas, nela os tempos e os espaços constituem um universo de possibilidades de interação e reflexão sobre os diversos saberes. Isto faz com que a escola seja um ambiente privilegiado para se tratar de assuntos que estejam intimamente ligados a formação dos alunos enquanto sujeitos críticos e reflexivos quanto aos seus hábitos. Vários estudos apontam o quanto o estilo de vida das pessoas está associado às condições de saúde da população. Evidências comprovam que a prática regular de atividades físicas orientadas exerce um papel fundamental na melhora da qualidade de vida das pessoas. Mesmo que histórica e pedagogicamente a Educação Física Escolar (EFE) ocupe um lugar secundário no currículo, é através dela que percebemos ótimas condições de se alcançar um processo de aprendizagem capaz de formar integralmente o estudante, tornando este sujeito um ser consciente sobre os hábitos que podem influenciar diretamente na sua saúde. A escola parece ser o melhor lugar para se tratar da importância desse tema, pois é onde os estudantes passam a maior parte do seu tempo. A Educação Física (EF) é a vertente pedagógica da cultura corporal do movimento humano, é a matéria escolar com maior versatilidade, por trataras múltiplas manifestações e expressões da corporalidade humana, estando intimamente relacionada à saúde. É um componente curricular em que o profissional tem a possibilidade de promover os estímulos necessários para que os alunos consigam compreender como que o corpo em movimento pode interagir com o contexto da escola e com sua rotina de vida diária fora do ambiente escolar. Entretanto temos observado que a cada ano aumenta

a falta de interesse dos alunos em participar das aulas de EF. A evasão dos alunos dos anos finais do ensino fundamental nas aulas de EF apresentam associação com fatores que se inter-relacionam como, idade, horários, classe social, gênero, estrutura da escola, educação familiar, todavia alguns estudos evidenciam que as formas como o professor desenvolve suas aulas também contribuem para que os alunos não participem das aulas de EFE, motivos como, falta de interesse no conteúdo, repetição das aulas, excesso de atividades voltadas ao esporte são predominantes nas aulas. Diante dessa realidade o objetivo deste estudo é apresentar resultados que demonstram como a mudança na metodologia aplicada nas aulas de EF pode resgatar alunos para prática. Estão sendo desenvolvidas nas aulas de EF da Escola Estadual de Ensino Médio Dom Hermeto, no município de Uruguaiana, no ano de 2015, atividades que não se restringem a tradicional prática dos esportes protagonistas na escola, futsal, handebol, voleibol e basquetebol, mas que transcendam as atividades corporais, contemplando, através da CCMH e de temas transversais, um conjunto de fatores biopsicossociais atrelados ao nosso bem estar, a fim de aplicar uma metodologia inclusiva e transformadora. O trabalho está sendo realizado com turmas de gênero feminino nos dois anos finais do ensino fundamental, com um total de 92 alunas, 47 no oitavo ano e 45 no nono ano, aulas duas vezes na semana, com duração de uma hora diária, proposto desde agosto de 2015 até o final do ano letivo. O acompanhamento da frequência das alunas é dado pelo caderno de chamada do professor de EF, Alex dos Santos Carvalho, responsável pela disciplina nos dois anos finais do ensino fundamental. Inicialmente, durante o primeiro semestre as aulas tinham um cunho esportivado. Nesse formato as turmas do oitavo ano eram compostas por somente 25 alunas

(53%), a partir da implementação de aulas voltadas para CCMH, é importante frisar que com o mesmo professor, houve um aumento para 37 alunas (78%) assíduas e no nono ano a frequência passou de 23 (51,1%) para 38 alunas (84,4%). No total de meninas unificando os dois anos antes tínhamos uma frequência de 52,1% em um total de 92 meninas e passamos a ter uma participação de 81,5%, apenas modificando a metodologia e variando as atividades a fim de evitar repetições das aulas. Para as aulas utilizamos diversos materiais de treinamentos esportivos e de jogos e brincadeiras, assim como ferramentas questão produzidas pelas próprias alunas, tais como, instrumentos musicais e objetos artísticos, dependendo da atividade proposta. Algumas vezes as aulas são teóricas, abordando temas transversais como sexualidade, drogas e violência. Entretanto a partir das experiências vivenciadas percebemos o quanto é difícil vencer a cultura escolar que não tem como pressuposto em suas prioridades os saberes do corpo, rompendo com o modelo da prática padrão das aulas esportivadas, principalmente o handebol e voleibol, em regra geral mais praticados por meninas na EFE. Esperamos que esses pontos positivos até aqui alcançados pudéssemos estimular aquelas que ainda não praticam a participarem das aulas, e assim sejam contemplados com os benefícios de aulas de EF sistematizadas que contemplam além do esporte. A partir dos resultados encontrados percebemos que os principais motivos para a evasão escolar nas aulas de EF nos anos finais do ensino fundamental são, sobremaneira, o excesso de conteúdos desenvolvidos voltados para o esporte e a repetição das aulas. Assim entendemos que é imprescindível que, como mediador de conhecimentos, o professor planeje suas aulas na busca de contemplar todos os alunos, oportunizando a prática de atividades inclusivas, motivadoras e

que contribuam para a formação dos estudantes, incluindo a teoria, visando que estes entendam a importância da prática de atividades físicas, sendo pessoas ativas durante e após o período de escolarização. Ademais sabemos que a EFE não se restringe em apresentar uma formação educacional focada somente na promoção da saúde, mas que deve propiciar aos alunos o acesso a um conjunto de informações e experiências que possibilitem a autonomia e a conscientização quanto à prática da atividade física e os seus benefícios ao longo da vida.

A INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA UBSF: A CRIAÇÃO COMPARTILHADA DO CUIDADO INTERFERINDO POSITIVAMENTE NA FORMAÇÃO

Laís Alves de Souza Bonilha, Fabiana Torres Fernandes, Leticia Souza Ribeiro, Carlos Alberto Eloy Tavares, Marina Ghizzi Figueiredo, Thaís Lemos da Costa Dias, Camila Cavanha Faria, Fernando Ferrari

APRESENTAÇÃO: o problema da queimadura e da obesidade grave, afetando auto-cuidado e qualidade de vida, serviu como modelo para demonstrar os resultados positivos do cuidado multidisciplinar, integração ensino-serviço e entrosamento entre equipe de referência e o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) São Benedito. Trata-se de um relato de prática elaborado conjuntamente por acadêmicas da medicina e da fisioterapia, orientadas pelas profissionais da equipe de referência, sobre o cuidado de uma paciente de 45 anos, portadora de obesidade grave, que sofreu queimadura química acidental. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** no dia 22/03/2015, enquanto fazia sabão em sua casa, uma paciente da área de abrangência da UBSF São Benedito, apresentou crise

convulsiva, entornando sobre si um balde de sabão caseiro, com conteúdo de alto potencial para queimadura: soda cáustica. A paciente foi encaminhada à Santa Casa com queimaduras de 2º e 3º grau, em região anterior de tronco, membros superiores e inferiores, totalizando aproximadamente 40% do corpo queimado. Teve alta médica três meses após a admissão, no dia 22/06/2015, tendo sido submetida a seis cirurgias, desenvolvido pneumonia nosocomial e tendo necessidade de permanecer no CTI por duas vezes somando 13 dias sob cuidados intensivos. A paciente já havia apresentado crises convulsivas na infância, e fazia uso de Fenobarbital de longa data, interrompendo o uso por conta própria, dois meses antes do acidente com soda cáustica. Fazia acompanhamento irregular na UBSF São Benedito, em esporádicas consultas e, além da epilepsia, era portadora de obesidade grave (IMC 56). O primeiro contato com a equipe foi na visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que comunicou o caso aos profissionais da UBSF. Realizou-se visita domiciliar pela Equipe de Saúde da Família (ESF) no dia 02/07/2015, estando presentes a médica da UBSF e as acadêmicas do 5º ano de Medicina inseridas no estágio da Universidade para o Desenvolvimento do Estado e Região do Pantanal (UNIDERP). Durante a visita foram observadas as lesões importantes na pele, necessidade de curativos, e a dificuldade da paciente em fazê-los, bem como limpar a casa, pois a filha que assumiu seu cuidado teve um bebê e não pôde ajudá-la. Ficou então com o apoio da mãe, uma senhora idosa. A partir desse contato, foi solicitado avaliação e acompanhamento pelo NASF, no dia 07/07/2015. No contato inicial com as acadêmicas de fisioterapia, a queixa principal relatada pela usuária foi a impossibilidade de fazer a higiene pessoal e dependência para mudanças de postura e deslocamentos. Quase todas as vezes que

as alunas chegavam para visita ela estava sentada em cadeira de fio e caminhava muito pouco, mesmo dentro de casa, permanecia deitada pela maior parte do tempo, por impossibilidade de levantar-se sem ajuda. Além disso, antes do acidente, a família tinha hábitos alimentares pouco saudáveis e era sedentária. Esses hábitos mantiveram-se, e agravaram a situação de saúde da usuária. Assim, a proposta de tratamento foi construída coletivamente e de acordo com as necessidades sentidas pela família. As acadêmicas da medicina orientaram sobre cuidados com a alimentação, sobretudo estimulando a perda de peso, e também sobre a correta higiene dos ferimentos, precaução de infecções, e informações sobre a necessidade do acompanhamento com o médico da UBSF e também com o ambulatório da Cirurgia Plástica. Também foi orientado o uso correto do fenobarbital. A ação das acadêmicas de fisioterapia foi orientar a execução de vários exercícios visando ganho de amplitude de movimento, força muscular e redução de peso. Através de algumas adaptações de móveis disponíveis na casa, foram encontradas formas de facilitar transferências e atividades cotidianas: os tapetes foram removidos e bancos foram inclusos como auxílio aos movimentos. A paciente foi ensinada a levantar-se do leito com apoio no armário e para a utilização do vaso sanitário foi realizado treino no local, com apoio das mãos na parede e um banco visando execução do movimento de abaixar-se e levantar-se. Foi indicada caminhada na parte externa da casa diariamente, acompanhada pela filha e o bebê. A filha a acompanhava até o portão e ela caminhava na calçada, por volta de três vezes na semana, por cerca de 15 minutos. Em todos os ajustes as acadêmicas demonstravam o movimento, ofereciam auxílio durante a execução, faziam várias repetições e verificavam o movimento sendo realizado sem ajuda,

para a garantia da qualidade do exercício. Ao sair, deixavam orientações. A partir de quatro visitas, a paciente não precisava mais pedir ajuda para a filha para mudanças de postura e deslocamento, o que aumentou a autonomia e liberdade. A ação do NASF, nesse caso, não foi o de oferecer sessões de fisioterapia, mas de abordar paciente e família, acolhendo dificuldades e orientando modificações e exercícios que pudessem melhorar a qualidade de vida da paciente. Essa abordagem da equipe foi realizada no período de 12 semanas e as orientações deixadas pela equipe multiprofissional têm benefícios a curto, médio e longo prazo. A paciente mantém-se em acompanhamento, tanto pela ESF, quanto pelo NASF, porém a abordagem das acadêmicas de fisioterapia foi encerrada. RESULTADOS E IMPACTOS: a paciente mudou hábitos e aderiu à maioria das propostas da equipe do NASF, evoluiu com maior independência funcional nas atividades de vida diária e auxilia na limpeza da casa em pequenas atividades. A renda da paciente, decorrente da confecção do sabão caseiro e de peças de crochê está limitada, pois o sabão representa risco e embora tenha retomado o crochê, a capacidade da confecção das peças está reduzida pela aderência da articulação de ombro e cotovelo, decorrente de cirurgia do enxerto. Em fevereiro, após o processo de cicatrização ocorrer, fará nova cirurgia para a correção da aderência, sendo esperado o aumento da amplitude de movimento (ADM) e da funcionalidade. Pelo interesse demonstrado pela paciente em melhorar a sua qualidade de vida, acreditamos que as mudanças de estilo de vida orientadas, a realização de atividades físicas e mudanças de hábitos alimentares, sejam executadas, resultando na redução de peso, o que influencia em melhor mobilidade, autonomia, e aos poucos, retornar às atividades cotidianas, entre elas, o artesanato. Permanece, porém, a preocupação com a obesidade

e, nessa questão, a família não aderiu completamente às propostas de mudança de alimentação para a família, o que dificulta o alcance desse objetivo, que é da equipe. A paciente ainda depende da ajuda para cozinhar. CONSIDERAÇÕES FINAIS: durante o processo de formação na área da saúde, os alunos são submetidos a estágios práticos, principalmente nos últimos anos de faculdade em serviços de saúde, incluindo as UBSF. Essa é uma via de mão dupla, na qual os acadêmicos tem a oportunidade do contato direto com a população e com os profissionais, e a população é beneficiada com o serviço prestado. A interação ensino-serviço traz um enorme benefício para a formação dos acadêmicos, tanto no âmbito profissional, aprimorando habilidades e competências, quanto no pessoal, pela vivência de acolhimento aos pacientes, troca de experiências, e convivência com a realidade e necessidade do outro. A estreita relação entre a equipe da UBSF São Benedito e o NASF é crucial para o seguimento das diferentes condições de adoecimento abordadas. Por fim, a paciente considerou-se beneficiada pela atividade conjunta, confirmando a importância da abordagem multidisciplinar.

A INTERAÇÃO ENTRE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ESCOLA NA SAÚDE DO ADOLESCENTE*

Lyvia Maria Torres Moura Donato, Sílvia Helena Mendonça de Moraes, Cristina Brandt Nunes, Maria Auxiliadora de Souza Gerke

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Saúde do Adolescente, Promoção da Saúde

Apresentação: As questões relacionadas com políticas públicas que levem em conta a saúde do adolescente são relativamente atuais. No Brasil, após a promulgação

da Constituição Federal é que foram empregados esforços no sentido de formular e implantar políticas de saúde voltadas aos adolescentes. O Programa de Saúde do Escolar (PSE), implementado em 2009 com a publicação do Caderno de Atenção Básica “Saúde na Escola”, possibilita ao adolescente espaço privilegiado na atenção à saúde, visto que parte dos escolares são adolescentes. A interação entre adolescentes e profissionais de saúde ainda é limitada, porém o PSE possibilita a criação de vínculo e transformação da informação científica em comportamentos saudáveis⁵. Pretende-se nesse estudo relatar a experiência de interação entre Estratégia Saúde da Família (ESF) e escola na promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde dos adolescentes. Descrição da Experiência: Trata-se de atividades desenvolvidas pelo projeto de extensão denominado Atenção à Saúde do Escolar, realizado em concordância com o PSE e vinculado à ESF. Foi executado em 2010 com adolescentes entre 10 e 19 anos de uma escola municipal de Campo Grande, Mato Grosso do Sul (MS). A equipe participante do projeto foi constituída por docentes enfermeiras da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), estudantes do curso de graduação em Enfermagem da UFMS e equipe multiprofissional da ESF. Foram objetivos do projeto: levantar dados com professores, coordenadores, inspetores, diretores, equipe multiprofissional de saúde, adolescentes e familiares sobre situações e problemas que necessitavam de abordagem na área de saúde do escolar; propor ações de saúde (educativas e cuidados) para as situações levantadas de acordo com a permissão dos pais ou responsáveis legais; realizar antropométrica e verificação dos sinais vitais; avaliar o crescimento e o desenvolvimento dos jovens; realizar educação em saúde, consulta de enfermagem com o adolescente,

consulta de enfermagem ginecológica e obstétrica à adolescente; acompanhar o esquema vacinal; preencher a caderneta de saúde do adolescente (menina e menino); realizar encaminhamento de situações e problemas levantados para a equipe multiprofissional de saúde e para as redes de apoio. Os acadêmicos, acompanhados pelas docentes responsáveis, realizaram atividades de educação em saúde, verificação de calendário vacinal, avaliação de sinais vitais e dados antropométricos. Impactos: Foram realizadas 22 atividades educativas do primeiro ao nono ano do ensino fundamental, com os seguintes temas: pediculose; bullying; sexualidade e alterações no corpo do adolescente; gravidez na adolescência; drogas e álcool na adolescência; alimentação saudável; atividade física; hipertensão arterial; primeiros socorros. Nas atividades de educação em saúde, os temas foram propostos com base nas necessidades identificadas pelos acadêmicos e/ou funcionários da escola ou por escolha dos escolares, a partir dos temas contidos no Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola 4. Foram utilizadas metodologias adequadas à linguagem e realidade dos adolescentes, em busca da coparticipação dos alunos, com execução de palestras, dinâmicas, rodas de conversas, dramatizações, paródias e fantoches. A finalidade dessas atividades foi promover e fortalecer o processo de educação em saúde com base na realidade local, com ideias propostas pelos escolares e desenvolvidas pelos acadêmicos, possibilitando, assim, a criação de vínculo entre escolares e equipe de saúde, que se apresentava como ponto de apoio para as necessidades sociais e de saúde. Na verificação de sinais vitais e dados antropométricos participaram 347 adolescentes, com avaliação de peso, altura, IMC, circunferência abdominal e pressão arterial. Buscou-se detectar precocemente qualquer alteração e intervir imediatamente

com métodos não medicamentosos como: orientações quanto à alimentação saudável, prática de atividades físicas, redução/abandono do tabagismo e diminuição do estresse. Quando necessário, os adolescentes eram encaminhados à ESF e se realizava acompanhamento quinzenal pelos acadêmicos, com auxílio da Ficha de Avaliação Individual, construída para tal finalidade com o intuito de monitorar a saúde do adolescente e a avaliar a efetividade das condutas adotadas em cada situação. Dos 347 adolescentes avaliados, 67 (19,3%) apresentaram algum tipo de alteração. Destes, 63 (94%) foram encaminhados para consulta médica e um adolescente para consulta de enfermagem (1,49%). Os alunos que apresentavam alterações foram acompanhados na escola até o final do semestre. A verificação do calendário vacinal tinha o objetivo de identificar e/ou indicar a atualização vacinal dos adolescentes em atraso. Essa ação encontrou dificuldade pois a maioria dos adolescentes haviam perdido as Cadernetas de Vacinação e não as levavam; quando conseguiam levá-las, a taxa de atraso vacinal era alta. Esta situação pode estar relacionada à diminuição da atenção dos pais e/ou responsáveis e o conseqüente descuido com a imunização. Os encaminhamentos para a ESF representaram o elo entre a escola e a equipe de saúde. Dessa forma, foram realizadas adequações nos processos de trabalho como: a ESF tornar-se “porta aberta” para atendimento primário de todos os escolares, independente de residirem na área de abrangência e criação de protocolos de verificação de sinais vitais padronizados na ESF e na escola. Considerações Finais: A saúde dos adolescentes tem se tornado prioridade na história atual de saúde em nosso país e no mundo. Porém, há várias dificuldades na atenção à saúde desta clientela, que estão ligadas na forma de como conquistar os adolescentes para que

possam construir hábitos saudáveis de vida. Em parte, esse obstáculo é ultrapassado quando se muda o lócus de atendimento para a escola. O PSE mostra ser uma evolução na história de políticas públicas de promoção à saúde de adolescentes ao permitir alcançar os adolescentes que frequentam as escolas e, desse modo, fornecer atenção primária à saúde. O projeto ofereceu subsídios para a integração ensino-serviço; possibilitou cuidados à saúde dos adolescentes com articulação à ESF; facilitou o alcance das metas pactuadas pelo município de Campo Grande/MS com relação à saúde do adolescente; e, viabilizou a execução dos cuidados propostos pelo PSE. A conexão de projetos acadêmicos ao trabalho das equipes de Saúde da Família se mostrou efetiva na promoção da saúde dos adolescentes. A interação entre ESF e escola foi vantajosa para todos, em especial para os adolescentes, que receberam atenção na promoção e prevenção de agravos.*
Resumo expandido de artigo⁶.

A INTERFACE SOBRE A INTER-SETORIALIDADE DE POLÍTICAS DE SEGURIDADE SOCIAL E AS ESTIMATIVAS DE CÂNCER NO BRASIL

Thaislayne Nunes de Oliveira

Palavras-chave: Intersetorialidade, Políticas de Seguridade Social, Câncer

INTRODUÇÃO: Este trabalho foi construído baseado em minha monografia de conclusão da Especialização em Saúde/Residência Multiprofissional realizada em 2013/2015 na oncologia do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) e em meu projeto de pesquisa do Mestrado em Política Social na Universidade Federal Fluminense. O interesse para a contribuição com este debate, refiro-me à intersectorialidade de políticas, foi fomentado inicialmente em

minha graduação em Serviço Social na Universidade Federal Fluminense iniciada em 2009 e concluída em 2012. Em 2011 iniciei minha aproximação com a política de previdenciária por meio de estágio realizado no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e conclui o estágio em 2012, nesse mesmo ano e concomitante ao período de estágio realizei monitoria da disciplina Política de Assistência Social. E no ano de 2013, ingressei na área da Saúde por meio da Residência Multiprofissional. Nesse sentido, ter participado de processos distintos, mas que envolviam as políticas que compõem a Seguridade Social me impulsionou a unir tais aprendizados e ter a intersectorialidade das políticas de Seguridade Social como foco de pesquisa.

II. DESENVOLVIMENTO: Câncer A Doença Do Século XXI Segundo Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer é um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos, dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis. Muitos estudiosos apontam o câncer como a doença do século, isso se deve as estatísticas apontadas pelo INCA sobre o crescimento da incidência de câncer no Brasil e no mundo, assim como o número de mortalidade que a doença vem alcançando. Na atualidade o câncer é considerado como a segunda maior causa de morte no Brasil (INCA, 2012). O câncer é uma doença crônica, na atualidade pelas elevadas estimativas apontadas pela Organização Mundial de Saúde é tido como a doença do século XXI. Em meio a seu acelerado desenvolvimento se coloca a necessidade de tratamento; e é nesse circuito que como assistente social residente pude ter acesso aos usuários, durante seu tratamento oncológico realizado no Hospital Universitário Antônio Pedro nos anos 2013/2015. Executei minhas atividades na Unidade de Alta

Complexidade de Oncologia (UNACON) do HUAP, atendendo usuários com câncer e seus familiares. Desenvolvi diversas ações como a socialização de informações por meio de orientações e encaminhamentos que possibilitara acesso aos direitos sociais. Além disso, foi possível realização de entrevistas sociais, pareceres, laudos sociais e encaminhamentos para diversos usuários a fim de possibilitar o acesso a serviços e direitos sociais. Trabalhando, também, questões que envolvem o vínculo familiar e rede social. Por meio de abordagens individuais e grupais foi possível conhecer a realidade de diversos usuários, traçar seu perfil e direcionar suas demandas e/ou necessidades sociais com vistas ao acolhimento, a escuta qualificada, estabelecimento de vínculo entre profissional e o usuário. Como mencionado, a experiência enquanto assistente social residente permitiu constatar uma realidade observada dois anos antes, durante realização do estágio no INSS; e possibilitou a criação de estratégias e planejamento para alcançar as demandas apresentadas e (in)diretamente proporcionar a continuidade do tratamento, através de acesso a direitos sociais. Pois, uma das competências do assistente social: Estimular a intersectorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais.

III. CONCLUSÃO: O desenvolvimento desta pesquisa permitiu pensar a realidade enfrentada pelos usuários em tratamento oncológico em um contexto mais amplo. Avaliar a conjuntura e a formação da proteção social brasileira foi fundamental para perceber os desdobramentos atuais das políticas sociais e reafirmar a necessária articulação entre as políticas de Seguridade Social. Analisar as referências sobre intersectorialidade de políticas foi essencial

para perceber que seu desenvolvimento em uma sociedade capitalista/neoliberal é permeado de desafios para sua consolidação. A intersectorialidade é um termo dotado de vários significados e possibilidades de aplicação, pode ser definida como “articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas” (INOJOSA, 2011). Além disso, “Trata-se, enfim, a intersectorialidade, de um conceito polissêmico que tal como a própria política social, possui identidade complexa e, talvez por isso, as duas se afinem”; A imprecisão no conceito esbarra na expansão de sua utilização na atualidade (PEREIRA, 2014). A partir de então, uma das questões observadas durante a realização da residência aponta um elevado número de pacientes em tratamento com estadiamento da doença avançado devido à ineficiência dos serviços; durante realização de entrevista social as principais queixas dos usuários consistiram em não ter acesso às políticas previdenciárias e assistências, o funcionamento precário das unidades básicas de saúde (ausência de serviços de promoção e prevenção), e a demora na realização e no resultado da biopsia.

[1] No mundo, o impacto do câncer mais que dobrou em trinta anos. As estimativas para o ano de 2008 foram de cerca de doze milhões de casos novos e de sete milhões de óbitos. O crescimento populacional contínuo e o envelhecimento da população mundial deverão potencializar ainda mais o impacto do câncer no mundo. Esse impacto deverá ser mais acentuado em países de médio e baixos recursos (INCA, 2012).

[2] Para aprofundamento das demais competências do assistente social na saúde ver: Parâmetros para Atuação de Assistente Social na Política de Saúde, 2009.

A INTERSETORIALIDADE PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL DE JOVENS NO PROJETO “ÍCARO”: UMA EXPERIÊNCIA EM MEDELLÍN-COLÔMBIA

José Camilo Botero Suaza, Eneida Puerta Henao, Marta Martínez Gómez, Eliana Gómez Londoño

Palavras-chave: Intersetorialidade, promoção da saúde, juventude, saúde mental

INTRODUÇÃO: O projeto “Icaro” é uma iniciativa pelo cuidado em saúde mental não centrado na doença ou transtorno mental, desenvolvido entre a Prefeitura de Medellín e a Universidade de Antioquia, nos anos 2014 e 2015, com o intuito de favorecer a promoção da resiliência e o desenvolvimento positivo em jovens de diferentes bairros de Medellín em situação de risco psicossocial, através de estratégias de formação, acompanhamento psicossocial, coordenação intersectorial e aproximação a serviços institucionais, e assim, contribuir nos planos de futuro dos jovens, utilizando como ferramentas a metodologia experiencial e a abordagem conceitual do Modelo Ecológico. As políticas públicas voltadas para a saúde mental estão destinadas a mudar o comportamento dos atores sociais envolvidos, impactando na concepção de saúde mental para além do grupo envolvido diretamente como destinatário da política, alcançando os grupos e organizações afetadas, passando pelos formuladores de políticas e estratégias, tomadores de decisões e equipes de trabalho, e abrangendo, em definitivo, à sociedade civil, empresa privada e ONG’s. Essa perspectiva de intencionalidade muda o foco de ação, na medida em que não é só o grupo populacional afetado (jovens) que deve se transformar, mas todos os atores envolvidos devem mobilizar as suas crenças e práticas

para que a situação problemática possa se modificar (Junqueira, 2012; Junqueira, Inojosa e Komatsu, 1997). Então, o nível de envolvimento entre os atores depende, em grande medida, da capacidade de uma estratégia onde possam expor suas ideias, pontos de vista, interesses, possibilidades e que possam se sentir representados em possíveis soluções aos fenômenos sociais complexos como violências, exclusão social e iniquidade. O projeto Ícaro apresenta como arquitetura institucional uma estratégia de trabalho intersetorial que possibilita a formação deste espaço de decisões e acordos, fundamentada em três princípios orientadores: apropriação social do conhecimento, democratização dos serviços e horizontalidade entre os atores envolvidos. Assim, a estratégia de intersetorialidade, nesse projeto, tem por objetivo favorecer a aproximação a oportunidades e recursos para os jovens participantes com o intuito de promover a resiliência e o desenvolvimento positivo, através do trabalho em rede entre os diferentes atores envolvidos.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: A estratégia de intersetorialidade do projeto Ícaro procura, de maneira geral, a sustentabilidade dos enfoques teóricos e metodológicos do mesmo e da “Política Pública de Juventud de Medellín” (Acuerdo Municipal 019 de 2014). Os atores envolvidos em esta experiência foram os seguintes: (1) jovens participantes do projeto, (2) entidades estatais, (3) organizações comunitárias e coletivas, (4) empresas privadas, (5) organizações sem fins lucrativos e (6) comissões de coordenação e mesas de trabalho. O enfoque de atenção apontava a cinco temáticas identificadas na Política Pública de Juventud de Medellín e no Índice de Desenvolvimento Juvenil (IDJ, 2011): convivência e direitos humanos, saúde pública juvenil, educação, trabalho e cultura, recreação e esporte. Para cada um desses eixos temáticos, se

integrou à equipe um ou dois profissionais que tinham experiência na geração de alianças intersetoriais e conheciam de maneira ampla cada um desses campos. Mais do que profissionais especializados se constituiu um grupo de trabalho que trocava experiências, conhecimentos, crenças e perspectivas de abordagem de problemáticas concretas dos jovens participantes no projeto. Em cada uma das temáticas, foram definidas subcategorias nas quais se agruparam os interesses ou necessidades mais comuns dos jovens, procurando sempre o desenvolvimento de habilidades e a cogeração de oportunidades. A identificação dessas necessidades foi feita pelos “tutores de resiliência” (profissionais que compartilhavam com os jovens no processo pedagógico - experiencial), mas e também pela equipe de intersetorialidade. As informações discutidas eram registradas e sistematizadas para cada um dos 497 jovens. A operacionalização do modo de atenção na política se concentrava nas necessidades ou interesses dos jovens para depois relacionar essas necessidades com oportunidades na cidade e nos serviços públicos ou privados, privilegiando aqueles que não têm a barreira do custo deles. Além destes aspectos relacionados à arquitetura da política escolhida, cabe destacar que o projeto trabalha desde os pressupostos éticos que reconhecem nos jovens sujeitos políticos, autônomos, e com possibilidades de apoiar a mudança das cidades e dos contextos de iniquidade e exclusão social nos quais vivem. Nesse sentido, o empoderamento da cidadania juvenil, a reivindicação de direitos e o respeito às diferenças são as plataformas que sustentam a metodologia de trabalho. **RESULTADOS:** O trabalho intersetorial, na perspectiva da promoção da saúde mental na juventude, é uma questão que extrapola o campo da saúde para se mobilizar por todos os setores e atores sociais. Promover a saúde mental é

principalmente uma função social e cultural, de acesso igualitário a oportunidades, bens e serviços de qualidade. A geração de alianças e acordos interinstitucionais com entidades estatais, privadas, coletivas e instituições especializadas (por exemplo, na atenção a consumo de drogas ou no fortalecimento ao empreendedorismo), para estabelecer a referência e contra referência dos serviços que seriam disponibilizados aos jovens com necessidades de atenção diversas foi um dos principais desafios da escolha política sob análise do projeto. Observaram-se avanços importantes na construção coletiva de conceitos relacionados à saúde mental, com diferentes atores de setores não tradicionais em temas de promoção da saúde com exército, polícia e algumas empresas privadas da cidade. Em relação à resolutividade dos interesses e necessidades dos jovens (foram identificadas 760 demandas em 497 jovens, isto porque alguns jovens tinham várias demandas), atingiu-se 31% de sucesso no acesso e 27% em processo de aceder a serviços da cidade, nos diferentes eixos de atenção em cinco meses de trabalho, o qual atinge aos 58% dos jovens. Estes indicadores podem ser interpretados de forma positiva, levando-se em consideração as dificuldades que têm os serviços e o sistema de seguridade social colombiano para oferta deste cuidado à população, embora, o desafio notadamente ainda possui proporções geométricas para mobilizar atores e entidades que atuam de maneira desarticulada e avançar em termos da construção de uma estrutura de cobertura universal. O acesso de qualidade à educação, restituição de direitos, saúde e trabalho segue apresentando barreiras que todos os jovens devem enfrentar e que claramente constituem fatores de afetação a sua saúde mental. É importante dizer que 20% dos jovens, ainda que tenham tido oportunidades e opções para aceder a seus interesses, não se mobilizou para

aderir aos serviços o qual diz ao respeito das dificuldades e barreiras que existem para o acesso, o qual conduz pouca motivação nos jovens. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Os bens e serviços para a promoção da saúde mental integral, na cidade de Medellín, ainda apresentam um grande desafio de trabalho em rede e consolidação de um enfoque centrado na juventude, o qual produz múltiplas barreiras e limitações no acesso. De outro lado, existem condições ou situações internas nos jovens que dificultam sua mobilização pela cidade, relacionada principalmente à falta de motivação, isto gera igualmente uma instigação para a construção coletiva de estratégias e políticas que levem em conta um diagnóstico destinado ao mapeamento das realidades próprias da juventude na cidade.

A MATURIDADE EM MOVIMENTO CONTRA A SÍNDROME METABÓLICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ricardo Henrique Vieira Melo, Rosana Lúcia Alves Vilar, Tházia Costa, Antônio Medeiros Junior, Nayara Santos Martins Neiva Melo, Francijane Diniz Oliveira, Ligiana Nascimento Lucena, Marise Soares Almeida

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Promoção da Saúde, Saúde da Família

Apresentação: A Atenção Primária à Saúde (APS), orientada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), necessita de ações cotidianas longitudinais de promoção da saúde que sejam capazes de compor circuitos virtuosos, pela circulação e capilaridade entre os usuários e os profissionais de saúde nas práticas desenvolvidas e compartilhadas. Nesse sentido, o programa viver a vida com mais saúde, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Natal (RN), é uma ação intersetorial que teve início no ano de 2008 e atualmente desenvolve a promoção

de atividades físicas em 32 unidades de saúde no município, contemplando pessoas portadoras de doenças como diabetes, hipertensão, transtornos mentais, problemas reumáticos, com atividades como caminhadas, ginástica e alongamento. A USF Cidade Praia elaborou um projeto de extensão, em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), redimensionando seu grupo de ginástica em função do programa supracitado. Este trabalho relata a vivência de um projeto de extensão denominado cabelos de prata: a maturidade em movimento, que teve por objetivo promover a melhoria da qualidade de vida do idoso a partir da prática de atividades físicas supervisionadas, na Unidade de Saúde da Família (USF) de Cidade Praia, no Distrito Sanitário Norte I, em Natal (RN). Desenvolvimento do trabalho: A extensão fez parte de um estudo mais amplo denominado Corpo, cultura e cuidado de si: reflexões e ações em Estratégias de Saúde da Família, aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, no CAAE nº 07562712.0.0000.5537, desenvolvido em 2013/2014. A natureza (qualitativa) do relato se aproxima das características de um estudo de campo, onde o objeto é abordado em seu meio próprio ambiente, ancorada no suporte da fenomenologia de Merleau-Ponty e na teoria da dádiva de Mauss, interpretando a circulação de bens simbólicos entre os participantes. Participaram regularmente das atividades 53 idosos e algumas pessoas de outras gerações (cuidadores e familiares), moradores na região de abrangência da USF. Os critérios de inclusão dos idosos foram: possuir 60 anos e mais; ter participação voluntária, ser participante regular da ação coletiva, ter capacidade comunicação, ter feito inicialmente uma avaliação física multidisciplinar, ser portador de alguma doença componente do quadro de Síndrome Metabólica, e ter recebido

alguma prescrição medicamentosa. Para a coleta de dados foram utilizadas a observação participante e a entrevista semiestruturada. Logo após a realização de medidas antropométricas, foi aplicado um questionário com perguntas fechadas para averiguar a prática, a frequência, a duração de exercícios, e os motivos para a não realização de atividade física, bem como averiguar a adesão total, parcial ou ausente à dieta. A Escala de Morisky foi aplicada, durante as entrevistas, para saber se os usuários seguiram a prescrição da última consulta e os motivos em caso contrário. As atividades físicas aconteceram todas as terças e quintas entre as seis e sete horas da manhã, e tinham duração de quarenta minutos em média. Foi feita a aferição da pressão arterial de todos os participantes, antes e após os exercícios físicos. O educador físico, supervisor das atividades, fez o controle da intensidade dos exercícios, das caminhadas, bem como: sua duração, frequência, execução correta, aquecimentos e alongamentos. E uma nutricionista verificou o índice de massa corporal (IMC), fez o preenchimento de mapa nutricional, revisão e acompanhamento da dieta, incentivando a adesão dos participantes às recomendações e orientações para uma vida mais saudável. Resultados e/ou impactos: Metade dos entrevistados não aderiam às atividades físicas. Dentre os que aderiam, 66,66% realizavam exercícios pelo menos três vezes por semana; enquanto que 33,33% alegaram frequência inferior. Dentre os motivos para a não adesão às atividades corporais, tem-se, principalmente: a falta de motivação (33,33%); a disponibilidade de tempo (33,33%) e agravos à saúde que impossibilitam a atividade física (20%). Cerca de um terço dos participantes (33,33%) alegaram adesão total à dieta, 26,67% e 40% indicaram, respectivamente, adesão parcial e não adesão à dieta. Dos que aderiram total ou parcialmente à dieta, 22,22%

receberam orientações de um nutricionista e 77,78% não foram orientados; Dentre os principais motivos alegados para não adesão ou adesão parcial à dieta, tem-se: 46,67% não conseguem seguir a prescrição devido a fatores motivacionais e ao sabor desagradável dos alimentos; e 40% não sentiram a necessidade de realizar a dieta proposta, pela falta de informações quanto à importância e às repercussões da dieta para a saúde. De acordo com a escala adaptada de Morisky, para avaliação do seguimento diário ao tratamento prescrito, 46,67% dos pacientes tiveram máxima adesão, 50% moderada e 3,33% baixa adesão; Dentre os motivos para as respostas negativas, o mais citado (60%) foi intolerância (efeitos adversos) aos medicamentos. Através das práticas compartilhadas, com a comunicação e a afetação mútua promovida pelos encontros, os participantes compreenderam-se de maneira diferente, também observando o mundo através dos movimentos, percebendo a importância da interação para que suas vidas cotidianas pudessem fluir cada vez melhor, de forma mais prazerosa, por estar carregado de sentido para os sujeitos envolvidos. Em relação às atividades coletivas, o que se tem a dar ou doar durante a vivência? A percepção e a consciência de si, do autocuidado e do próprio corpo, a estabilidade do equilíbrio, as habilidades apreendidas a partir da entrega de si à experiência. E o que se recebe? O sentimento de abertura para outras possibilidades, de descobertas e curiosidade para o novo, de acolhimento e integração com o grupo, novos conhecimentos, as dinâmicas interativas, reflexivas e meditativas. A maioria dos participantes demonstra ou desperta o potencial de cuidar de si após as aproximações com seu corpo e sua consciência (mente), experimentando a sensação de valorização pessoal, familiar e comunitária, retribuindo: a vontade de reproduzir a prática, compartilhando as

vivências; o desejo de continuidade da experiência; o compromisso espontâneo de incorporação das atividades nos serviços de saúde. Considerações finais: A promoção à prática de exercícios físicos regulares, parte essencial do tratamento das doenças relacionadas à Síndrome Metabólica, constitui um desafio para os profissionais de saúde. Os motivos para a não adesão podem guiar um trabalho multidisciplinar, o qual deve estar pautado no incentivo e na formulação de meios que propiciem uma mudança nos hábitos de vida dos usuários. A continuidade das atividades poderá constituir um dos pilares de sustentação para a redução da dependência de terapias medicamentosas exclusivas, consolidando a prática cotidiana de exercícios físicos associados a outras iniciativas que reforcem a cultura de hábitos de vida saudável, para que possa ocorrer a diminuição do número de hospitalizações e sequelas provenientes de complicações referentes às doenças crônicas não transmissíveis, prevenindo sofrimentos emocionais, pelo combate aos estados de ansiedade, tristeza, depressão e isolamento social.

A PERCEPÇÃO DISCENTE SOBRE O ESTÁGIO NO OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS/ UFRN

Thais Paulo Teixeira Costa, Janete Lima de Castro

Palavras-chave: Graduação em Saúde Coletiva, Estágio em Saúde Coletiva, Ensino-Serviço

APRESENTAÇÃO: A Graduação em Saúde Coletiva surgiu no ano de 2008 em algumas Universidades do Brasil, com o objetivo de inserir no mercado de trabalho profissionais que fossem capacitados para avaliar, planejar e executar ações relacionadas à gestão do serviço público de saúde. O curso

tem a peculiaridade de lançar no mercado de trabalho um jovem profissional que tenha um olhar ampliando e compreenda a rede de serviço e toda a sua complexidade. Considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS) atende a uma diversidade da população brasileira, esse profissional possui, desde o início da sua formação, a compreensão sobre a diversidade de situações que o esperam, sendo necessário então, estar mergulhado em estudos e vivências no serviço. Na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, o curso foi denominado de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde e, hoje, passa por um processo de alteração do nome para Saúde Coletiva devido a uma organização nacional. O presente relato de experiência tem como objetivo retratar a experiência de uma estudante da graduação em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde, no período de dois anos e seis meses, no Observatório de Recursos Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, frisando a importância da inserção do graduando em bases de pesquisa para o seu desenvolvimento como ator do processo de reestruturação do Sistema Único de Saúde. Este relato reflete sobre a importância de serem oportunizados para os alunos outros cenários de aprendizagem, além da sala de aula, de forma que os ajudem no seu desenvolvimento e na reflexão crítica sobre a sua formação e atuação. O Observatório de Recursos Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte foi criado em 1999, com o incentivo do Acordo de Cooperação Técnica entre o Ministério e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Desde os primeiros anos de criação da Graduação em Saúde Coletiva, o Observatório de Recursos Humanos oferta espaços de aprendizagem em pesquisa para alunos que tenham interesse em atuar na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do SUS. A experiência retratada teve início em fevereiro de 2013, durante o

terceiro período da graduação e perdura até os dias atuais. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** O Observatório de Recursos Humanos da UFRN tem, entre seus objetivos, fortalecer a área de Gestão, Trabalho e Educação na Saúde. Este trabalho apresenta um relato de uma das estudantes de graduação que integram o corpo de pesquisadores e estagiários do citado Observatório. Dessa forma, ao me integrar à equipe de estudantes que participam do observatório, foi possível ter a oportunidade de aprender a trabalhar em equipe em um ambiente diverso, no sentido de perceber a importância da compreensão para o trabalhador sobre a execução de todo o processo de trabalho, fortalecendo o pensamento holístico e não hegemônico, aprender sobre a execução e o planejamento de recursos financeiros de projetos de pesquisa e vivenciar a organização, planejamento, execução de processos seletivo de cursos. Foram oportunizados também conhecimentos sobre os sistemas de informação e tecnologia junto ao trabalho realizado com a Secretaria de Educação a Distância da UFRN, além de estar integrada a ações de pesquisa e de planejamento e avaliação das demais atividades desenvolvidas no Observatório. Outro ponto que merece ser destacado é a aproximação dos graduandos com profissionais dos serviços de saúde que atuam na área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Nesse encontro, o aluno se beneficia na medida em que tem a oportunidade de conviver com os atores da área, estando presente em reuniões, amadurecendo sua postura, capacidade de articulação e fala. No Observatório de Recursos Humanos, compreendi a importância de o aluno estar inserido em processos de trabalho junto como os serviços de saúde e em pesquisas desde o início da graduação. Essas atividades garantem o envolvimento do aluno na execução de suas atividades da graduação, uma vez que

este consegue se imaginar atuando com outros profissionais nos serviços de saúde, além de criar uma maior afinidade com a área. Observo que a oportunidade que tive em vivenciar a integração entre ensino e serviço reforçou minha compreensão sobre a importância de se fortalecer essa articulação e, por conseguinte, capacitar, cada vez mais, os processos de trabalho dos serviços de saúde. No que diz respeito à realização de pesquisas, como resultado dessa atividade teve a possibilidade de estarem presente em diversos congressos da área, bem como áreas afins, apresentando as pesquisas desenvolvidas no Observatório, como também as vivências da graduação. Ademais, tive a oportunidade de publicar, junto a equipe, artigos para periódicos científicos e capítulos de livros. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Curso de Saúde Coletiva, criado pelo Programa do Governo Federal de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras, possui um grande quantitativo de alunos oriundos de escolas públicas ou que estavam afastados da Universidade devido a dificuldade de ingresso em uma instituição de ensino superior. Minha experiência no Observatório de Recursos Humanos me fez ver a necessidade de ter um olhar e uma dedicação maior a este aluno, para que ele se sinta estimulado em dar continuidade aos estudos e que e dedique em sua graduação. Acredito que a graduação tem muito a se beneficiar quando o aluno consegue se integrar aos campos da pesquisa e de extensão. Acredito, também, que para garantir uma formação com o olhar ampliado, em direção ao serviço público de saúde, é necessário oportunizar ao aluno condições para que este amadureça enquanto ser humano e futuro profissional. Nesse sentido, é fundamental que a Universidade, professores/pesquisadores estejam empenhados para garantir uma formação crítica e reflexiva aos seus alunos,

oportunizando novos espaços para a sua atuação profissional. Concluindo, avalio a vivência nesses dois anos no Observatório de Recursos Humanos como algo extremamente positivo, pois foi possível amadurecer antes de participar do estágio obrigatório, o que me possibilitou uma maior troca de conhecimento e experiências no serviço público de saúde. Atualmente, estando no último período da graduação e prestes a ingressar no mercado de trabalho, sinto que terei condições de retornar à sociedade todo o investimento feito durante a graduação, fortalecendo e lutando pelo fortalecimento e execução dos princípios do Sistema Único de Saúde.

A RELAÇÃO DO TRABALHO COM OS VÍNCULOS NECESSÁRIOS PARA ATUAÇÃO QUALIFICADA NOS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

Milena Bezerra de Oliveira

Palavras-chave: Trabalho, NASF, ESF

APRESENTAÇÃO: Este texto resgata o trabalho desenvolvido por uma equipe multiprofissional no Núcleo de Apoio à Saúde da Família 41 (NASF), tendo como função geral apoiar as atividades desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pelo Programa de Saúde na Escola (PSE). O NASF atua com foco na Promoção da Saúde, baseado em ações com caráter interdisciplinar e a intersetorial. Atualmente, a prefeitura não contrata profissionais para esse serviço, os Núcleos de Apoio existentes em Fortaleza, estão ativos devido à parceria com a Residência Integrada em Saúde, da Escola de Saúde Pública do Ceará. No entanto, vale ressaltar que vínculos, reconhecimento, territorialização são processos permanentes e demorados, e, as residências tem uma vigência estabelecida de 2 anos. O núcleo, por meio do qual, o

estudo foi realizado, abrangia 3 unidades de saúde, a saber: Unidade de Atendimento Primário à Saúde (UAPS) Policlínica Nascente, UAPS Luís Albuquerque Mendes e UAPS Gutemberg Brown. Nesse estudo, pretendo expor acerca da fragilização das relações de trabalho, e, conseqüentemente, dos vínculos necessários na Atenção Primária à Saúde (APS), compreendendo que a Política da APS preconiza ações ligadas ao território e, por vezes, partindo das carências da população. Frente a isso, abordarei os impasses apresentados no cotidiano dos serviços. METODOLOGIA: A idealização desse estudo teve início por meio de observações realizadas, a partir de uma experiência de estágio curricular obrigatório, em Serviço Social, na cidade de Fortaleza. As observações participantes ocorreram nas Unidades, supracitadas, que são vinculadas a regional IV e atreladas ao NASF 41. Além disso, deve-se ao acúmulo teórico de outros espaços, bem como de estudos anteriores e de um curso formativo proporcionado pela Universidade Estadual do Ceará, como mecanismo de reafirmar a parceria entre as instituições. As observações foram realizadas na vigência do referido estágio, num período de 6 meses, entre Setembro de 2013 e Fevereiro de 2014. Dentre os resultados obtidos podemos citar a flexibilização dos meios de trabalho, o enfraquecimento dos vínculos dos profissionais, a dificuldade de reconhecimento e, conseqüentemente, de projeção das ações desenvolvidas. Fazendo-nos constantemente compreender a prática e a teoria como elementos contrastantes, distintos. No entanto, é necessário que percebamos o caráter indissociável entre os elementos citados. A transitoriedade dos profissionais, assim como do modo de aplicar seus conhecimentos, seu acúmulo vivencial e teórico, era visualizado, por alguns trabalhadores, como impasses para desenvolver atividades em parceria. Acredito que, nesse sentido, um dos

princípios mais importantes na APS é a longitudinalidade, seja com os usuários ou com os profissionais, pois é perceptível o quanto o enfraquecimento ou quebra de vínculos podem influenciar na qualidade da execução do trabalho dos profissionais do NASF. Diversas atividades que devem ser executadas com auxílio do NASF são afetadas pela fragilidade dos vínculos entre os profissionais e entre esses e os usuários, tais como: as atividades de salas de espera; as visitas domiciliares; os grupos temáticos que devem acontecer em parceria (ESF e NASF); as ações do PSE que devem ser desempenhadas pela equipe de estratégia com apoio do NASF, em parceria com a escola, dentre outras atividades. Os exemplos supracitados, em sua maioria, teriam maior efetividade juntamente com a execução do princípio da longitudinalidade do cuidado, que, na realidade das UAPS em tela, infelizmente, não é efetivado. Além dos impasses citados, tem-se a sensibilização dos profissionais. Na dinamicidade do cotidiano, habituamo-nos com os processos fragmentados, por vezes, inclusive, naturalizados. Porém o planejamento das políticas passa por inúmeras quebras dentre o processo de idealização, planejamento, oficialização e execução vários indivíduos são participam. No entanto, sem sensibilização prévia ou treinamento qualificado posterior as diversas categorias profissionais executam. Apensar do Ministério da Saúde ter implementado, em 2006, a Política de Educação Permanente, que preconiza uma formação integrada ao serviço, atrelando a prática cotidiana com a teoria, propiciando aplicação imediata, a prefeitura de Fortaleza, em 2013, direcionava para as formações continuada, retirando o profissional do serviço para cursos. Apresento também como uma dificuldade para a execução do referido trabalho a compreensão das atividades do NASF pelos demais profissionais, bem como a resistência para realizarmos articulações

entre ESF e NASF, contribuindo para que as equipes não conheçam o território, explicitando a inexistência de vínculos e o não reconhecimento desses profissionais pela população. No entanto, é necessário enfatizar que ao expor a referida situação, não culpabilizo os profissionais da ESF, pois compreendemos as demais dimensões envolvidas, tais como: a sensibilização e a formação para o trabalho. A Lei Orgânica da Saúde (8080/90) regulamenta através do artigo 14 a articulação entre os serviços de saúde e as Instituições de Ensino Superior e Profissional para a formação e educação continuada dos profissionais da saúde. No entanto, em muitos casos, capacitações, formações, educação continuada, são substituídas por cursos rápidos, seminários e oficinas, de forma pontual, que não abrangem a necessidade. É de suma importância situar que os entraves vão muito além da vontade de execução das atividades. Todas as problemáticas citadas reverberam também na territorialização, que é uma das atribuições mais importantes para o desenvolvimento das demais atividades. Tendo em vista que ao conhecer um território temos muitas informações sobre a população que reside no local, as relações conflituosas, os condicionantes e determinantes que implicam na saúde das comunidades, os equipamentos que podemos manter articulações, tornando-os parceiros. Como principal resultado a partir da observação participante, pode-se citar a quebra da longitudinalidade do cuidado, o enfraquecimento dos vínculos, a insuficiente territorialização, a dificuldade em referenciar o profissional de NASF na UAPS. Por decorrência, em muitos casos, o número excedente de equipes de ESF e a quantidade de UAPS assistidas por uma equipe de NASF. Além das relações trabalhistas precarizadas, que desvalorizam o profissional. Se, enquanto população, a forma como vivemos e as situações as quais somos submetidos influenciam diretamente

nas nossas condições de saúde, mostra-se essencial que todos os profissionais da ESF e do NASF conheçam e possam ser reconhecidos, nos equipamentos disponíveis nos territórios e a dinâmica de vida das populações. Em uma análise geral, infere-se a necessidade de introjetar na ESF e no NASF a sua função primordial de reorientação dos serviços de saúde, para que caminhem em busca de um modelo essencialmente promotor de saúde, com uma proposta de construção e reconstrução diária de acordo com a influência local das pessoas que estão nos determinados territórios e que fazem desses locais espaços vivos. É essencial, independente do nível de atenção, passarmos a visualizar o direito à saúde como uma das expressões do direito à vida, e voltarmos nossas ações nesse sentido, seja nos serviços, na gestão, no planejamento ou na comunidade. Compreendendo todos os aspectos supracitados é inevitável reafirmar a grandiosidade da proposta para a promoção da saúde, principalmente por pautar categorias como o cuidado, a autonomia, a clínica ampliada e humanizada, propondo a reorganização do processo de trabalho, a visualização dos territórios como espaços dinâmicos, vivos e produtores de saber. Concebendo os inúmeros avanços que precisamos alcançar, faz-se necessário a proposição de políticas saudáveis, transversais, integradas e intersetoriais que sejam capazes de dialogar com diversos setores e de construir redes de compromisso e corresponsabilidade.

A RODA DA AFETAÇÃO: A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE ENTRA NA TENDA DE AFETO POPULAR

Michele Neves Meneses, Liamara Denise Ubessi, Marcos Aurélio Lemões, Roberta Antunes Machado, Neidi Regina Friedrich, Vanda Maria da Rosa Jardim, Cristianne Maria Famer Rocha

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Educação Popular, Profissionais de Saúde

Esse texto objetiva relatar a experiência das Tendas de Afeto Popular como espaço potente do exercício da Educação Permanente em Saúde, ocorrida na região do extremo Sul do Brasil, agenciada pelo Coletivo Povaréu Sul[1]. O Coletivo se articula pela via da Educação Popular na construção e defesa do SUS e trabalha com as estratégias do disparo, apoio e sustentação de processos para a constituição de ações em rede, na qual vários movimentos possam dialogar, a fim de buscar o sentido de um projeto coletivo popular de saúde. A Tenda do Afeto, como é popularmente conhecida, é uma Tenda de Educação Popular, uma das propostas da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS – PNEPS SUS. A Tenda atua como dispositivo de agenciamento de movimentos com o trabalho na saúde e que viabiliza o acontecimento, em ato, de Educação Permanente em Saúde. Em 2014, as Tendas abriram as ‘portas’ como um espaço de cuidado e problematização do trabalho junto a profissionais da saúde das Unidades de Estratégia de Saúde da Família e da Vigilância em Saúde do Município do Rio Grande. Também, via dispositivo da Tenda, em 2015 aquece-se a Luta Antimanicomial em Rio Grande populariza-se a discussão com a comunidade sobre a loucura e se constroem arranjos para a abertura das portas do manicômio- e, por consequência, seu fechamento - e a ampliação da rede de atenção psicossocial no município. As realizações das Tendas em vários locais e com a participação de diversos segmentos (profissionais de saúde, usuários e controle social) operam a partir dos princípios da amorosidade, do diálogo, da problematização; da construção compartilhada do conhecimento, da emancipação e do compromisso com

a construção do projeto democrático e popular que estão inseridos na PNPE-SUS. Em outras palavras, é onde os conceitos se encontram na práxis, onde se entrecruzam e produzem saúde, que não ocorre sem a produção de sujeitos e subjetividades, pois para mudar as coisas, primeiro, muitas vezes requer mudar a si, mudar o ‘si’. E os encontros são potentes, neste sentido, pois nos deslocam de nossas certezas cristalizadas para incertezas profundas e nos ajudam a construir outras “certezas” a favor da produção da vida e da defesa permanente do direito à saúde. Entende-se as Tendas como dispositivos, ou seja, espaços de agenciamento, de encontro, de produção e disparos, ativação de outras conexões e feições. Espaço educativo, coletivo, com foco nas trocas de experiências entre diferentes atores e iniciativas das mais diversas áreas. São também uma oportunidade para que profissionais, estudantes, professores, técnicos, representantes dos movimentos sociais e populares deem visibilidade as suas ações e socializem as práticas de educação popular. Assim, esta experimentação de tendas não demarca uma área específica, mas um referencial teórico e metodológico que conduz essas práticas, promovendo o diálogo entre trabalhadores, professores e estudantes, como sujeitos em movimentos, por meio de práticas populares. Também é um espaço ampliador, que facilita a constituição de diálogos entre o espaço governamental e os movimentos sociais na formulação e implementação de políticas públicas, como é o caso da Educação Permanente e da Educação Popular em Saúde. Nas Tendas, há circulação ampla de pessoas, ideias, experiências, que possibilitam construir caminhos e trilhas que desencadeiam processos de reconhecimento e constituição de sujeitos, mobilizando entidades, movimentos e práticas de educação em saúde. Desse modo, as Tendas são dispositivos que possibilitam

construir histórias, partilhar experiências e caminhar na busca por alternativas educativas, dialógicas e libertárias de práticas de saúde, de cidadania e de participação social. Assim, tem-se a Tenda de Afeto que se constitui através de espaços dialógicos, em que opera a Educação Popular. Para, além disso, são espaços de cuidado e conversação. São realizadas como possibilidade de cuidado diferenciado e compartilhado, com a problematização de temas das políticas de saúde e lutas sociais na concretização dos direitos humanos. As mesmas são produtoras de vida, por conversas e escutas e pela utilização de práticas populares de cuidado. Busca-se de fato neste espaço, efeitos e sentidos constituídos com base na amorosidade, respeito e construção compartilhada do conhecimento e do aprimoramento do SUS. As tendas são por fim, um dispositivo de acionar a sensibilidade das pessoas que se deixam compartilhar nestas teias de afeto. Dentro da organiz(ação) da Tenda vimos que os trabalhadores não são sujeitos passivos, não serão mero “recebedores” de conhecimento, pois todos terão que participar do processo de construção desses saberes e reflexões, bem como dos cuidados compartilhados. Portanto, todos trabalhadores serão também autores e produtores do conhecimento na medida em que se deparam com a realidade e esta os desafiam a produzir respostas, soluções a problemas do cotidiano do trabalho. Dessa forma, a Tenda que aqui apresentamos se articula e se (re)produz, pelo anseio na amorosidade entre as pessoas que disparam no território Sul. Logo, busca articular o conhecimento e os processos educativos. As atuais formulações sobre os círculos são vivenciados na saúde ‘indescolada’ da educação, como possibilidade de releitura da ação no cotidiano dos trabalhadores da saúde e outros atores que se achegam a este, por meio de experimentações e

feituas. Também, como o alternativo ou o ‘caminho’ para a produção de novas subjetividades, conectadas com o (re)pensar das atuações diárias dos profissionais da saúde, faz com que se busque o anseio de experienciar na prática novas formas de contato fora “muros” institucionais, de comprometimento com a construção de saúde a partir da subjetividade e das trocas de afeto. Ainda, instiga-se que a Tenda seja esse disparador de atividades com reflexão baseadas nos afetos e nas trocas de experiências, pois a potência de se trabalhar com a EPS está em se refletir diariamente o processo de trabalho em conjunto com as equipes institucionais e outros atores sociais, pois é ali que se dão os “nós[2]” individuais e coletivos. Portanto, é no cotidiano do trabalho em saúde que o saber técnico e já estruturado é (re)elaborado, a partir de um saber experiencial dos profissionais, que é produzido em ato, a partir da relação com o usuário e/ou com outros profissionais de saúde, que se populariza e ganha espaço o popular. Assim, é nesta perspectiva que a Educação Popular conversa com a EPS e reflete um posicionamento frente a diferentes correntes de pensamento sobre a saúde e permeiam o debate e a prática sobre a formação de recursos humanos. A EPS se apresenta como uma nova perspectiva para o redimensionamento das práticas em saúde, buscando promover a interação entre os atores envolvidos nessa construção e, a partir daí faz com que sejam incorporados novas atitudes, como o pensar, o saber, o fazer, o refletir, a interação, a integração e a (re)construção com os outros, o que por sua vez, também compreende a educação popular. [1] Coletivo de educadores populares do extremo sul do Rio Grande do Sul (Pelotas e Rio Grande). [2] “Nós” – nesse texto, refere-se aos problemas vivenciados no campo do trabalho, das instituições e da sociedade.

A SUBJETIVIDADE COMO AÇÃO DE HUMANIZAÇÃO COM O DIALÍTICO DURANTE A HEMODIÁLISE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Francisco Ricardo Miranda Pinto, Carlos Antonio Bruno da Silva

Palavras-chave: Diálise, Saúde, Enfermagem, SUS, Humanização

A temática central deste estudo é a humanização com pacientes portadores de insuficiência renal aguda ou crônica em processo de diálise. A diálise ocorre quando os rins acabam por não desenvolver a função de filtragem, podendo ser classificada como Insuficiência Renal Aguda (IRA) ou Doença Renal Crônica (IRC). Este se trata de um relato de experiência no Projeto de Humanização: Humanizar para Humanizar-se e a subjetividade como forma de humanizar a sessão de hemodiálise se configura como a temática central deste. Relatar a experiência da vivência e do diálogo com grupo de dialíticos em sessão de hemodiálise na perspectiva da humanização. Trata-se de um estudo qualitativo crítico-reflexivo do gênero relato de experiência, resultado da vivência com um grupo de dialíticos do Centro de Diálise de uma unidade hospitalar da Atenção Terciária localizada no município de Sobral-CE da 11^a Secretaria Regional de Saúde (SERES) que atende pacientes dos 55 (cinquenta e cinco) municípios da zona noroeste do estado, região de abrangência da secretaria. A experiência é resultado do Projeto de Humanização: Humanizar Para Humanizar-se, ocorrido às segundas-feiras das 13h às 17h naquela instituição, resultado da parceria entre uma das instituições de ensino superior e a unidade hospitalar. Por conta do horário era possível o contato com dois grupos diferentes, de sessões diferentes, pois um grupo iniciava a sessão de diálise às 11h da manhã e outro às 15h, variando o tempo da sessão de acordo

com a aceitação do organismo tanto para os clientes como para seus acompanhantes enquanto os mesmos fazem hemodiálise. As sessões de hemodiálise ocorrem em três dias alternados da semana, segunda, quarta ou sexta para um grupo e terça, quinta e sábado para outro grupo. O primeiro contato com os clientes em diálise bem como com a Equipe de Enfermagem foi bem sensível, pois os voluntários eram para eles pessoas alheias à rotina daquele setor. Os clientes já têm delimitados os espaços para realização da diálise, elegendo cada um, reconhecidamente, uma poltrona para a rotina do procedimento. O diálogo entre eles, muito provavelmente por conta do quadro de saúde em que se encontram, é consideravelmente restrito, ainda que os mesmos estejam semanalmente naquele recinto, permitindo uma maior aproximação apenas da Equipe com quem já mantinham contato anteriormente e raramente com os demais colegas na mesma situação. A barreira de proteção foi sendo rompida muito lentamente a princípio com a Equipe de Enfermagem quando os voluntários buscavam compreender como se dava a rotina daquele setor, quem realizava as sessões de hemodiálise, quanto tempo durava cada sessão, como era a máquina de diálise, o procedimento de troca de turnos, e as procedências dos dialíticos. A equipe de muita prontidão explicou aos membros voluntários do projeto todo o percurso de cada sessão, inclusive abordando a possibilidade de um paciente sofrer hipotensão e precisar ser transferido imediatamente para a emergência o que, segundo eles, já havia ocorrido. A partir dessa aproximação com a equipe e seguindo orientações da mesma os voluntários do projeto conseguem aproximação com os clientes que estavam em diálise oferecendo atividades que pudessem entretê-los durante o início da diálise haja vistas que o procedimento é cansativo e logo eles se tornam apáticos sendo também necessário

o acompanhamento e olhar sensível para que não ocorresse nenhuma intercorrência com os dialíticos por conta dos efeitos adversos. Não era fácil conseguir que eles propiciassem aproximação e desta feita um dos recursos indicados foi que os voluntários preenchessem as fichas antes do início da sessão. Nesse momento ocorria a possibilidade do discurso e da exposição de como eles se sentiam como portadores de uma insuficiência renal aguda ou crônica, de suas angústias, traumas bem como a forma como perderam a função renal. Os relatos eram carregados de emoções e era possível perceber a extensão das situações de fragilidade e de vulnerabilidade, quando os mesmos expunham sobre como é conviver com a realidade do acúmulo de líquidos e suas dificuldades em deslocamento de suas cidades até a unidade de Atenção Terciária e realização de suas tarefas domésticas e cotidianas relacionando assim com a sua dependência direta de cuidadores. A audição dos relatos permite, a partir do olhar crítico-reflexivo, a inferência de que para os homens a perda ou redução da funcionalidade dificulta a aceitação da situação de portador de doença renal e conseqüentemente da necessidade de realizar a hemodiálise, sendo mais acentuada a percepção no relato dos homens que o observado na fala das mulheres. É visível que a indisponibilidade do gênero masculino ao diálogo pode estar atrelada a uma série de dificuldades de aceitação tanto do ser homem, macho, trabalhador e chefe da casa como de suas funções biológicas normais, a citar, por exemplo, a sua sexualidade que é cientificamente comprovado que sofre severas influências havendo impotência no sexo masculino e redução da libido no sexo feminino deixando perceber focos de baixa autoestima. Os relatos consideram ainda as dificuldades de traslado e a sensação de impotência frente à fila de espera, o que não abala neles a “fé” de que conseguirá

logo, logo ser convocado para o transplante. O diálogo não apenas aproxima como também proporciona a percepção de si e do outro e não apenas da máquina a que está ligado (fala dos dialíticos). Ainda que com um diálogo muito restrito, a relação entre eles flui de forma natural e espontânea, os mesmos se reconhecem por nomes, discursos e situações muito próximas, desenvolvem momentos de descontração e articulam boas gargalhadas, presume-se que pelo tempo de convivência e de compartilhar da mesma situação. O ponto de apoio que eles consideram essencial e que favorece a viabilidade do momento acontecer de forma menos dolorosa é a equipe de enfermagem e como se tratam de relações, a perda de um é sentida por todos, ficando inclusive na Equipe de Enfermagem a sensação de vazio visto que cada membro da equipe conhece minuciosamente cada um dos que fazem a hemodiálise. Há intensa reclamação das sensações de náuseas e mal estar por conta do Eprex, mas não deixa de ser expressivamente bela a relação que há naquele setor entre os clientes que passam pela sessão de hemodiálise e a Equipe de Enfermagem de forma muito sensível e com um olhar apurado acompanha cada sessão atentando-se aos sinais vitais e possíveis situações de risco que possam por ventura trazer a uma intercorrência na sessão.

ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL: O PERFIL DOS PARTICIPANTES DO PROJETO DANTS DO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA – RS

Fausto Pereira de Pereira, Alex dos Santos Carvalho, Patricia Galarça Rodrigues, Diany Pereira Hanke, Marcelo Samurio Cardoso, Raphaelly Machado Felix

O projeto de Atenção às Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANTS) oferecem uma possibilidade para que as pessoas realizem

atividades físicas, orientada por Educadores Físicos do município de Uruguaiana-RS. Além disso, também contamos com múltiplos profissionais aptos e capacitados para uma melhora na qualidade de vida e atendimento à população, tais como: nutricionistas e psicóloga. Ainda contamos com a ajuda/apoio de enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes de saúde e médicos das Unidades Básicas de Saúde onde o projeto funciona. É de fundamental importância saber as opiniões dos praticantes do projeto antes e depois da prática de exercícios físicos. Mostrar para pessoas interessadas em ingressar no projeto e também para pessoas que ainda não refletiram nesta possibilidade, relatos sobre sua aprendizagem e benefícios ocasionados durante as aulas. Desta forma o objetivo desta pesquisa foi identificar o perfil e analisar a opinião dos praticantes de atividades físicas do projeto no município de Uruguaiana. A pesquisa caracteriza-se por ser Quanti-qualitativa de caráter descritivo e transversal. A amostra foi aleatória, totalizando 175 indivíduos. Para obtenção dos dados foram aplicados questionários nos postos de saúde, em forma de entrevista. O tratamento estatístico dos dados foi desenvolvido através de análise e resultados encontrados, verificamos que a grande maioria dos alunos ingressados no projeto DANTS tem média de idade superior a 46 anos. Referente ao gênero verificou-se que a maior parte é do sexo feminino (96%). Um assunto abordado foi relativo a quantas vezes na semana o projeto DANTS é frequentado pelos usuários, o resultado encontrado foi que (82,3%) vão a todas as aulas, ou seja, as três vezes na semana. Dentre os exercícios físicos mais praticados, o índice maior ficou para ginástica aeróbia (85,7) e ginástica localizada (73,1), seguidos de caminhada (71,4) e dança (56%). Em se tratando do tempo que estão inseridos no projeto, observou-se que a maioria (38,8%)

está a mais de um ano. Um dado de extrema importância que precisamos ressaltar, é que em todas as aulas e em todos os postos de saúde há acompanhamento de profissionais capacitados, ou seja, profissionais de Educação Física e profissionais de Enfermagem. Quando lhes perguntado sobre qual o principal motivo que lhe levou a procurar o projeto DANTS, houve resultados semelhantes, onde (37,1%) evidenciou aumento da perspectiva de vida, (32,6%) é por possuir recomendações médicas, e logo em seguida com (27,4%) é pelo lazer ou prazer em praticar as aulas. Outro dado detectado foi o valor de (100%) das respostas obtidas positivamente quando perguntado se a prática dos exercícios físicos satisfaz as suas necessidades, podendo concluir então a satisfação da totalidade dos entrevistados. Sobre a alimentação dando ênfase para o consumo de sal, detectou-se que (45,7%) dos alunos ingerem consumo médio de sal diariamente. Em relação às pessoas que retiraram de sua alimentação o sal, detectou-se (41,1%), porém um dado que preocupa é que 13,1% degustam alimentos onde tem um alto consumo diário de sal. Em relação à média, sobre o uso do tabaco observamos com (87,4%) os que não fumam já as pessoas que tem o hábito de fumar aparecem com (12,6%). Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, analisamos um percentual de (69,7%) para os que não bebem e (30,3%) para os que consomem bebidas alcoólicas socialmente. Todo estudo oriundo desta pesquisa, visa sugerir a sociedade e aos órgãos políticos que outros projetos ou grupos de ginástica, que visam à melhoria da Saúde, o bem estar do corpo e da mente, e também para o tratamento de Doenças e Agravantes, também possam ser implantados em outros locais e estabelecimentos de nossa região, beneficiando assim nossa população.

ABORDAGENS METODOLÓGICAS DIFERENCIADAS PARA A TERRITORIALIZAÇÃO: EXPERIÊNCIA DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA – MANGUINHOS/RJ

Isabella Koster, Giselle Pereira Marques, Douglas da Silva Souto, Erika Encarnação Arent, Luciana dos Santos Ribeiro, Patrícia Evangelista da Silva, Nelithon da Silva Rangel, Daniela Rocha Pinto de Jesus

Palavras-chave: Territorialização, Risco Familiar, Estratégia Saúde da Família, Equidade

A (re) divisão das áreas de adscrição das equipes é uma necessidade constante na Estratégia Saúde da Família (ESF) devido ao caráter vivo e dinâmico dos territórios e implementações das políticas públicas de saúde e urbanização no Brasil. Tradicionalmente, a territorialização na ESF é realizada com base em informações dos censos demográficos e o mapeamento organizado em setores censitários, porém tem levado à algumas distorções após a implantação das equipes. Segundo Goldstein et al (2013), usualmente os dados dos censos demográficos são superiores aos obtidos nos cadastros do Sistema de Informação da Atenção Básica. Apesar de estes instrumentos serem potentes para o planejamento, reduzem a análise do território pelo consagrado fim administrativo, limitando o seu potencial e as possibilidades na identificação de questões de saúde e iniciativa de intervenções concreta na realidade cotidiana das coletividades humanas (Santos e Rigotto, 2010). Com o desenvolvimento do trabalho nos territórios, a identificação das distorções passam a ser reconhecidas, conduzindo aos ajustes necessários, em especial pensando em maior igualdade dos usuários no acesso. Manguinhos representa esse caráter e essa tradição, geradores de iniquidades e fragmentações

na territorialização, inclusive ocasionando desconhecimentos territoriais, sendo sempre realizado sob o domínio das urgências gerenciais. Atualmente, a cobertura das 20 comunidades deste bairro é realizada por 13 equipes, em duas unidades básicas, com diferenças significativas entre elas na proporção de pessoas/famílias. Observa-se essa iniquidade também intraequipe, pelas microáreas. Em 2013, este território recebeu mais cinco novas comunidades, por consequência do redesenho territorial do Município do RJ, frente a expansão da ESF, impulsionando a gestão local para o desafio de redivisão do território, em busca inclusão destas comunidades, e na equação do problema da iniquidade e ajustes cartográficos. Assim, objetiva-se neste relato de experiência demonstrar a aplicabilidade de abordagens metodológicas diferenciadas na territorialização na ESF, participativas e mediadoras dos desequilíbrios produzidos pelo caráter vivo do território e da organização do trabalho. A (re) territorialização de Manguinhos foi estruturada em três etapas inter-relacionais e em simultaneidade: mobilização e elaboração do plano, operacionalização participativa da redivisão e monitoramento. Inicialmente, realizou-se uma oficina com integrantes da gestão, do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família e representantes dos Agentes Comunitários das equipes para elaboração das diretrizes e mobilização, formando um grupo de trabalho ampliado com os gestores e ACS representantes. Este grupo projetou e coordenou o plano de trabalho contendo os seguintes componentes: qualificação da informação das fichas de cadastro por meio do fortalecimento do processo de trabalho dos ACS; mapeamento e geoprocessamento com o desenvolvimento de instrumentos de georeferenciamento das informações e qualificação dos mapas virtuais; análise do risco e vulnerabilidade por meio da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (2004) adaptada e aplicada ao banco de

dados informatizado do SIAB, utilizada intensamente como fator mediador entre o número de famílias, pessoas e recortes geográficos, representado a essência da metodologia desta (re) territorialização; o monitoramento das ações, por meio de constantes relatórios obtidos tanto das bases informatizadas e reuniões periódicas entre o GT e todos os trabalhadores, tendo como o espaço principal a Educação Permanente; e por fim, a gestão participativa que envolveu o desenvolvimento de estratégias permanentes de inclusão dos trabalhadores e da população na tomada de decisões, dando destaque ao processo de renomeação das equipes, visto que há tempos a correlação dos nomes a comunidade de cobertura já não representava mais a realidade e era fator de confundimento para as equipes que cobriam mais do que uma comunidade. O modo de operação da redivisão partiu da aplicação da análise do risco familiar, número de famílias e pessoas sobre o território observado em quatro quadrantes. Envolveu a aferição de risco em 13.923 famílias cadastradas com 43.384 indivíduos, em composição com o cálculo das projeções populacionais dos novos territórios para o estudo das médias entre as equipes. Destas, 4.108 encontravam-se em risco, estratificados em 2.209 em Risco 1, 1.114 em Risco 2 e 757 em Risco 3, sem considerar a população das novas comunidades, ainda não cadastradas. A análise destacou a inequidade entre equipes e/ou microáreas, onde as mais populosas possuíam um maior quantitativo de famílias em risco. Por exemplo, enquanto numa equipe se observou o cadastro de 698 famílias, sendo 291 em situação de risco, com 2193 pessoas, noutra haviam 1087 famílias, sendo 561 em situação risco, com 3679 indivíduos. A partir destas análises, a redivisão das áreas de cada equipe foi pensada inicialmente pelo grupo de trabalho por quadrantes e dialogada com todos os trabalhadores passo a passo. Em seguida, a

redivisão das microáreas, foi realizada com a participação das equipes, em especial dos ACS. A migração dos bancos de cadastro familiar foi realizada conjuntamente com a equipe de apoio à informação e monitorada constantemente pelos relatórios emitidos pelo sistema de informação, a cada (re) divisão de equipe. Esse processo se iniciou em maio de 2014 e finalizou em agosto de 2015, considerando inclusive a migração do banco de cadastros, ajustes territoriais específicos e processo de mudança participativa dos nomes das equipes. Os principais desafios envolveram considerar a perda de informações pelo lapso natural entre a atualização dos dados do sistema e a vida real, assim como a mediação e negociação dos conflitos inerentes a ruptura dos vínculos da população com as equipes e unidades e dos trabalhadores vista as perdas e ganhos que aparentemente sobrecarregam ou amenizam a carga de trabalho. Percebeu-se que o mesmo desafio acima foi catalizador de uma renovação de vínculos com a população, ou seja, a apropriação do novo desenho territorial levou a uma necessidade de reconhecimento da microárea pelo ACS e por consequência um aumento de cadastros familiares que não estavam ainda vinculadas. Em tempo, pretende-se ainda realizar uma nova análise do risco familiar, primeiro pela observação do grau de qualificação da informação em decorrência da breve atualização dos dados cadastrais gerados pela apropriação dos ACS de seus novos territórios e segundo para a constatação se os objetivos foram alcançados. Mas de um modo em geral, observa-se que a distribuição entre as equipes estão próximas ao planejado em termos de famílias e pessoas, considerando o risco familiar e a melhoria dos desenhos cartográficos das áreas adscritas. Vale considerar que a produção de equidade na proporção de pessoas/famílias nas equipes é favorecer a melhoria do acesso ao Sistema Único de Saúde.

ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Pedro Alves de Araújo Filho, Camila Rebouças Citó, Patrícia Soares Cavalcante, Roana Façanha da Silva, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Vanessa Calixto Veras Sanca, Maria Elisa Machado Ferreira Marcelo

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família, Processo de Trabalho, Saúde Bucal

INTRODUÇÃO: A inserção da odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF) representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para reorganizar o modelo de atenção. Ampliar o acesso às ações e serviços odontológicos, além de influenciar a reorientação do processo de trabalho e a resignificação dos saberes e práticas para a atuação da saúde bucal. Nesse contexto, o acolhimento é definido como uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito ativo no processo de produção da saúde. Este trabalho tem por objetivo relatar o processo de implantação e operacionalização do Acolhimento em Saúde Bucal com Classificação de Risco vivenciados nos cenários de prática da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade em Fortaleza, ênfase da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP/CE). **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A ESF tem como pressupostos a responsabilidade sanitária e a coordenação do cuidado territorializados, considerando o indivíduo em seu contexto familiar e inserção sociocultural como centro estratégico da

organização do cuidado. Os profissionais da odontologia como parte da equipe de referência da ESF, geralmente apresentam dificuldades em superar questões organizacionais para atendimento da demanda. Nesse caso, a implantação de acolhimento tensiona e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas formas de acesso às ações e serviços de saúde bucal, influenciando nas relações entre os trabalhadores e nos modos de produção do cuidado. Com isso, organizar-se a partir do acolhimento, mais do que um modo de operar os processos de trabalho em saúde e de escuta qualificada da demanda, exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ações e serviços ofertados que ela tem apresentado para lidar com as necessidades/demandas de saúde da população. Necessitando assim, considerar a adequação da estrutura física/capacidade instalada, cobertura populacional pela ESF, manutenção dos serviços e a compatibilização entre a oferta e a demanda por ações e serviços odontológicos. Para sistematização e delineamento das vivências que desencadearam nesse relato de experiência, foi utilizada a metodologia proposta por Holliday (2006), segundo o qual um relato de experiência deve ser organizado em cinco tempos: 1. Ponto de partida; 2. Perguntas Iniciais; 3. Recuperação do processo vivido; 4. Reflexão de fundo; e 5. Pontos de chegada. **RESULTADOS:** Tendo por base os tutoriais da RIS-ESP/CE que orientam o processo de territorialização durante a imersão e inserção comunitária e a organização do processo de trabalho dos residentes nos territórios de atuação, os quais são entendidos como momentos cruciais para subsidiar o planejamento e a organização do processo de trabalho na ESF, configurando assim, o ponto de partida desse relato. Como parte do processo de territorialização, além de aspectos epidemiológicos, sociais, políticos e relações

de poder que puderam ser identificados/percebidos, procurou-se apreender aspectos referentes a cada categoria. Subsidiando as perguntas iniciais e a reflexão sobre a organização do processo de trabalho da odontologia. Observou-se que o acesso era restritivo e excludente baseado na demanda espontânea e nas filas da madrugada. Associado a falta de padronização do processo de trabalho da categoria nas unidades de saúde. A residência tem como diretriz que o Acolhimento em Saúde Bucal com Avaliação e Classificação de Risco, constitua-se na ferramenta prioritária para organização do acesso e acolhimento dos usuários às ações e serviços odontológicos nos cenários de prática dos residentes. O Acolhimento foi desenvolvido seguindo o Tutorial para o planejamento e implantação do Acolhimento em Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família da RIS-ESP/CE, o qual está estruturado nos seguintes pontos: 1. Diagnóstico situacional; 2. Identificação de locais na comunidade; 3. Protocolo de avaliação e classificação de risco; 4. Planejamento 5. Operacionalização. O primeiro e segundo pontos já foram levantados durante o processo de territorialização, que permitiu a contextualização da área adscrita e proporcionou a identificação de locais na comunidade para o estabelecimento de parcerias para a realização dos acolhimentos. O protocolo de avaliação e classificação de risco tem por objetivo facilitar a operacionalização dos acolhimentos e o alinhamento entre os profissionais. O referido protocolo foi adaptado de uma experiência anteriormente desenvolvida no município. Dessa forma a classificação de risco seguia os seguintes critérios: Risco 1: sem atividade de doença/ sem necessidade assistencial (lesão de mancha branca; gengivite; presença de biofilme) Risco 2: com necessidade de assistência programada (cáries pequenas, presença de cálculo,

Periodontite crônica, Traumatismo leve); Risco 3: com necessidade de assistência prioritária (cáries ativas e amplas, presença de foco de infecção, periodontite severa, necrose pulpar, lesões de tecido mole, dente decíduo c/ permanente erupcionado, urgências); Tratamento único: com necessidade de um único procedimento e/ou referência ao serviço de atenção secundária. A Operacionalização do acolhimento era dividida em quatro momentos basicamente: 1. Recepção dos usuários: momento em que os ACS faziam o preenchimento de uma ficha de identificação dos usuários; 2. Orientações gerais: momento de explicação dos objetivos do acolhimento e de pactuação com os usuários sobre os critérios de prioridade do atendimento; 3. Execução de ações de educação e promoção em saúde, com caráter multidisciplinar, envolvendo toda equipe de residentes; 4. Escuta e avaliação individual: cada usuário é examinado e classificado de acordo com o protocolo. Como reflexão de fundo destacamos que os acolhimentos ajudaram a reduzir as barreiras ao acesso dos usuários na busca pela atenção à saúde bucal, constituíram-se em momentos de participação popular e de co-responsabilização entre profissionais e usuários, além do estímulo a formação de vínculo. Entretanto, não foi atingida a potencialidade dessa diretriz operacional e sua evolução depende do entendimento que este é um processo dinâmico e como tal necessita ser constantemente reavaliado, repensado, re-planejado para que ele possa se constituir num dispositivo que permita instituir mudanças na organização do processo de trabalho e romper com os processos cristalizados. Dentre os limites dessa ferramenta apontamos que apesar de ser uma diretriz da Política Municipal de Saúde Bucal para organização do processo de trabalho da categoria, com exceções pontuais, os acolhimentos restringiram-se ao contexto da residência, decorrentes da

falta de apoio e suporte para implantação dessa diretriz, associado à baixa cobertura populacional, às deficiências estruturais, manutenção e descontinuidade dos serviços ofertados; dificuldades de interação entre residentes e profissionais do serviço. As limitações e contradições discutidas nesse relato, refletem questões imanentes da precarização e constrangimentos do próprio SUS, enquanto política de saúde pública, as quais inviabilizam os atributos esperados para que a ESF seja efetivada como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, como ordenadora das redes de atenção à saúde e coordenadora do cuidado integral, contínuo e longitudinal. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O acolhimento proporciona um estabelecimento e fortalecimento do vínculo, ampliando os laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico entre os usuários, os trabalhadores de saúde e os gestores. Entendendo o acolhimento como ferramenta para organização do processo de trabalho e como diretriz de gestão para o acesso às ações e serviços de saúde, prescinde de apoio institucional e de condições estruturais condizentes com a potencialidade esperada.

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO (AT): TECENDO REDES DE AFETO E DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Vera Lúcia Pasini

Esta é a história de Rita, contada não por ela mesma, mas por pessoas de diversas equipes que acompanharam, em algum espaço de tempo e/ou lugar, alguns de seus itinerários pela cidade de Porto Alegre e arredores. Como toda narrativa, que representa uma seqüência de acontecimentos interligados, onde a atenção maior está em tramar os fios de memórias, acontecimentos e experiências compartilhadas de cuidado em saúde mental, sem necessariamente

respeitar uma ordem cronológica ou buscar uma “moral da história”, esta ainda tem mais uma particularidade: Rita não será narradora direta. Nós – grupo que decidiu registrar e compartilhar esta história – vamos cuidadosamente formatar esta bricolagem a partir de relatos, análise de documentos e memória. É possível que alguns acontecimentos narrados não sejam “fiéis a realidade”, quem vai saber ao certo? E talvez isto tampouco importe, considerando que a própria Rita - misturando seu delírio, suas razões e seus medos – às vezes se define enquanto esposa, mãe ou cigana. Uma de cada vez, todas ao mesmo tempo, nenhuma delas em outros momentos. Conhecemos Rita como “peregrina”, vivendo itinerante entre diferentes espaços da cidade. Em suas itinerâncias, busca viver sua vida autônoma, próxima das pessoas as quais se vinculou no seu percurso pela vida. É assim que ela se apresenta quando, após um período de “andanças por terras distantes” – nos caminhos entre a casa de seu pai em Gravataí e as casas de alguns dos seus nove irmãos –, regressa invariavelmente para sua “terra Santa”: o terreno onde vive seu ex-marido e a família extensiva (ex-sogra, ex-cunhada), lugar onde, apesar da precariedade em que vive, encontra seu “porto seguro”. Em seus encontros com os diferentes trabalhadores de saúde que tentam cuidar dela, de diferentes maneiras, apresenta seus desejos: uma casa, uma família... Em uma primeira tentativa de resposta, nós, fazemos o que bem sabemos fazer: oferecemos tratamento (e não cuidado), insistimos que tome medicação, que faça exames, que se vincule a uma Unidade de saúde. Mas ela nos desafia a buscar mais! Exige que, possamos “aquietar” a nossa “fome de tratar”, nosso “furor curandis” para escutar e observar – para aprender! – a partir dos seus movimentos pela vida e pelo imaginário, novas práticas de cuidado em saúde. Freud já nos alertava dos riscos dessa nossa excessiva necessidade de

“curar” os pacientes de seus sintomas sem dar ouvidos ao que ele/a quer. Muitas vezes esse é o nosso desejo, eliminar os sintomas, mas será que é também daqueles que nos propusemos a cuidar? Para nossa pergunta sobre: o que sentes? onde dói? Rita pede um bloco de notas e caneta: quer registrar coisas, anotar pensamentos. Rita parece nos apontar os tempos difíceis em que vivemos, onde o tempo é curto, passa rápido e as pessoas não podem “perdê-lo”, “gastá-lo”, com um olhar e uma escuta mais demorada para com o outro! Mudar o ponto de vista! Esse é o desafio. Não é ela quem precisa se aproximar da “turma toda” – que neste momento do processo soma mais de 20 pessoas, entre equipes da Atenção Básica, CAPS, Apoio Matricial, Assistência Social, Judiciária. Porém, a inquietude de aceitar o modo de viver de Rita leva alguns profissionais a avaliar que uma internação compulsória é a intervenção a ser feita, o que não é aceito por todo o grupo. Para onde seguir? A única certeza era de que o caminho que escolhemos não era o melhor – e isto, diariamente Rita nos avisava (com sua agitação, gritos, “sumiços”, andanças...). E se, em vez de decidir por ela, somente a seguíssemos? Ou melhor, a acompanhássemos? Entra em cena a aposta de o Acompanhamento Terapêutico (AT) como protagonista deste cuidado. Assim nos deixarmos “andarilhar” pela cidade, acompanhando Rita e seus devaneios. Processo delicado de aproximações cuidadosas nas quais ela hora deixa ficar, hora some, hora resiste... O caminho vai se fazendo ao andar e, em uma caminhada de quase duas horas pela zona norte de Porto Alegre, Rita fala da história de sua vida e de desejos (quis parar em um prédio para se informar sobre o apartamento que estava para alugar. Rita quer ter uma casa que seja sua e adequada para viver). Alguns delírios também estiveram presentes e ganharam novas formas no seu caminhar.

O seu habitar pela cidade a transforma e é por ela transformado. Nessa circulação, Rita aproveita o que pode do território: caminha observando e recolhendo coisas que lhe interessam e reaproveitando objetos e comidas que outras pessoas jogaram fora e vai percebendo sua acompanhante terapêutica (at) de maneira diferente, não mais como alguém que estava ali para saber o que ela precisava ou para controlá-la, mas como alguém que estava acompanhando-a em seu percurso. Produz-se então um desvio, abre-se uma fresta para o exercício de um cuidado que considere desejo de Rita. No decorrer dos ATs Rita traz queixas de saúde: fala de infecção urinária, dente infeccionado, osteoporose... Refere que tenta ir à unidade de saúde ou ao hospital e não é atendida na maioria das vezes, pelo menos não de acordo com sua necessidade. Mas, em um determinado tempo, ou melhor, no seu tempo, pede por um acompanhamento médico, também pede por uma internação... Uma internação para “descansar a cabeça” e tratar de seus problemas clínicos. Entende esta internação como algo muito diferente daquelas dos hospitais psiquiátricos, para as quais foi levada enrolada em um lençol e carregada pelo ex-marido. A “turma” volta a discutir a internação, mas agora pelo desejo de Rita, para construir estratégias de um trabalho que possa dar sustentação ao desejo de cuidado. Telefonemas e conversas com os gestores dos serviços para “driblar” as regras prescritas para organizar os fluxos e pouco atentas às singularidades, e vai se tecendo uma rede entre os serviços (que também é tecida com os fios dos afetos) com a qual apostam que Rita se sinta amparada. No dia combinado para a internação, a at foi até Rita e juntas foram até o hospital, de ônibus, apresentando-se com lenço e maquiagem. Lá, foram recebidas por profissionais que conversaram com ela de forma bastante sensível e acolhedora,

assegurando-se de que ela compreendia a situação. Rita, sempre fugindo da pressão de um tempo que não é seu, que lhe é imposto, até então não havia aceitado os tratamentos propostos. Nesse momento, percebendo que o tempo era de mudanças, aceitou o que lhe foi sugerido. Foi preciso delicadeza e espera - tardança, respeito ao seu tempo e sua dança -, para que ela pudesse começar a demandar cuidado. Foi preciso também muitas reuniões da rede de serviços que pretende cuidá-la, para que os profissionais se dessem conta que tinham que escutá-la em seu desejo, não colocando nossa “vontade de estabilidade” em seu lugar. A internação de Anita contou com o empenho de trabalhadores de várias equipes para que pudesse significar acolhimento e não recolhimento. Constituiu-se uma experiência singular, que merece ser narrada como inspiração a outras situações em que uma internação pode ser tomada como dispositivo de cuidado potente para um momento de vida, e não como condição de vida.

AME HUAB: UMA NOVA FORMA DE PRODUZIR SAÚDE

Cilânea dos Santos Costa, Cecilya Mayara Batista, Danielle Cristina Gomes, Rayane Santos Lucena, Micarla Priscila Silva Dantas, Cláudio Orestes Britto Filho, Jéssica Rangel

Palavras-chave: Residência Multiprofissional em Saúde, Projeto Terapêutico Singular, Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

O presente trabalho traz um relato de experiência do ambulatório de pediatria do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), a partir do olhar da equipe de residência multiprofissional da instituição. O HUAB compreende uma unidade de ensino vinculada à Universidade Federal do Rio

Grande do Norte e desenvolve ações de Média Complexidade ambulatorial e hospitalar que é referência no atendimento materno-infantil para a região do Trairi do Estado, abrangendo quinze municípios circunvizinhos, que tem como missão: “Prestar assistência materno - infantil qualificada e humanizada, de referência regional, servindo a um ensino voltado para uma formação cidadã”, referencial para as ações desenvolvidas no serviço. Dentro dos ambulatórios disponibilizados na instituição, encontra-se o ambulatório de pediatria, que atende demandas por consulta de puericultura, acompanhamento de crianças portadoras de necessidades especiais, filhos de mães portadoras do HIV/AIDS, bem como, referência pediátrica para atenção básica dos municípios da região. Entretanto, em face de algumas fragilidades na atenção básica da região, o ambulatório acaba atendendo casos de baixa complexidade, em virtude da dificuldade de acesso ao acompanhamento adequado e realização de exames e tem se constituído uma via de atendimento dessas necessidades em saúde da população. O ambulatório pediátrico constitui cenário para a prática da equipe de residência multiprofissional, composta por profissionais de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, desde março de 2015. Participam ainda da consulta o pediatra, os residentes de pediatria e estudantes de medicina. A inserção da equipe multidisciplinar se deu a partir da compreensão da importância da participação holística nesse campo de atuação por parte da gerência de ensino e pesquisa e o pediatra responsável pelas conduções das atividades no referido ambulatório. O nosso primeiro contato com o cenário de prática se deu em julho do corrente ano. A percepção inicial que tivemos foi que o formato do atendimento não privilegiava uma abordagem

multiprofissional, nem tampouco oferecia condições de trabalho adequadas para equipe. Cabe situar que o referido espaço da sala do ambulatório era inapropriado, sem oferecer ambiência física, social e profissional para o cuidado integral com as crianças e os adolescentes. Percebemos ainda, que embora houvesse um incentivo e valorização do profissional médico para nossa atuação no ambulatório, todo o modelo do cuidado girava em torno do saber médico, desde a busca pelos serviços através dos usuários, até os instrumentos utilizados na consulta, algo comprovado através do prontuário do paciente que só contemplava aspectos inerentes à intervenção deste profissional. Historicamente, as práticas de saúde tiveram na figura do médico o protagonista principal no cuidado em saúde, as demais profissões foram se inserindo de forma subsidiária e de complementaridade as suas ações, no sentido de melhorar o diagnóstico e adesão ao tratamento. Diante dessas situações mencionadas acima, a equipe de residentes passou a problematizar o processo de trabalho junto com profissional médico, no sentido de buscar uma melhor integração entre os saberes e transformar o formato dos cuidados a serem ofertados à comunidade usuária do serviço. Para tanto, passamos a desenvolver reuniões de planejamento, momento rico em discussões, interação e co-produção desse espaço de produção de saúde. Como deliberações e conquistas avançamos, na denominação, atualmente concebido como Ambulatório Multiprofissional Especializado (AME). Tivemos ainda mudanças do espaço físico, que conta com estrutura lúdica e acolhedora para atendermos as crianças, adolescentes e seus acompanhantes, conforme, preconiza a política nacional de humanização, que preconiza a ambiência como via para defesa dos direitos dos usuários a uma atenção acolhedora, resolutiva e humana. No que

tange aos aspectos interventivos dos profissionais, em face da compreensão das necessidades de saúde da população atendida pela respectiva instituição, bem como identificadas as fragilidades e lacunas da rede de serviços da região, optamos por traçar um perfil do público-alvo que mais requer atenção multiprofissional, claro sem ferir a lógica da universalidade do acesso, conforme preceitua a Constituição Federal, mas visando a atenção a esses sujeitos, que mais demandam cuidados e que não têm recebido a assistência devida. Diante disso, entendemos que o público-alvo prioritário para as ações do AME deveriam ser as crianças e adolescentes portadores de necessidades especiais, as crianças prematuras, as portadoras do HIV/AIDS e as sindrômicas. Diante disso, e por entendermos a saúde a partir da visão ampliada, o que pressupõe um atendimento para além da doença, percebendo todos os condicionantes e determinantes que incidem na saúde dos sujeitos e que perpassam os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, traçamos uma nova proposta de intervenção, de forma que contemplasse todos os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, como a equipe multiprofissional, a equipe médica e os usuários. Diante disso, elaboramos um projeto de intervenção para a referida linha de cuidado, o qual é composto por consultas multiprofissionais com a utilização de um prontuário transdisciplinar, com a implantação de projeto terapêutico singular para os usuários (as) do AME, bem como um espaço destinado as discussões dos casos entre a equipe de saúde. Ressaltamos que ainda estamos na fase inicial, na qual já elaboramos um prontuário transdisciplinar, que se encontra em fase de testagem nas consultas multiprofissionais, uma vez que pretendemos institucionalizá-lo. O prontuário transdisciplinar permite a equipe multiprofissional apreender os sujeitos em

sua totalidade, possibilita a identificação das necessidades em saúde deste, o que permite o acompanhamento da terapêutica a ser utilizada, dentro de uma perspectiva de construção coletiva desse cuidado. No que concerne a discussão dos casos com toda a equipe, além de contribuir para o processo de ensino e aprendizagem dos sujeitos envolvidos na proposta, tem como objetivo refletir sobre o quadro de saúde do usuário (a), os objetivos terapêuticos desenhados pela equipe e o usuário (a), as propostas de intervenção, bem como os encaminhamentos necessários a serem realizados junto a rede intersetorial e por fim a avaliação das ações propostas e seus respectivos resultados. Essa proposta encontra-se na fase embrionária, no entanto, não da forma como pretendemos instituir com a implementação e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular, que desenvolveremos junto a todos os usuários(as) que são acompanhados pelo AME. O projeto consiste no cuidado construído entre a equipe multiprofissional de saúde, os usuários (as), seus familiares, considerando as particularidades de cada sujeito. Esse projeto terá impacto relevante como ampliação da atenção integral, com o fortalecimento da humanização no atendimento, protagonismo de todos os sujeitos envolvidos no processo de cuidar, destacadamente a maior autonomia dos profissionais. Maior contato com a rede intersetorial, redução dos encaminhamentos para especialidade do hospital, uma vez que os usuários tem uma equipe multiprofissional que o atende de forma integral, o que por sua vez acarreta na minimização e desconstrução do enfoque da burocratização, setorialização, compartimentalização, algo que rebate na melhoria da adesão e continuidade do tratamento, respeitando sua autonomia, participação, protagonismo e coresponsabilidade entre as ações traçadas

coletivamente. Diante disso, analisamos que o referido projeto de intervenção tem como proposta tornar essas práticas uma realidade a ser vivenciada no cotidiano da instituição favorecendo o cuidado integral em saúde, o que contribuirá para melhoria da assistência prestada, como também para o processo de ensino e aprendizagem dos sujeitos envolvidos, uma vez que o hospital é um espaço de ensino e pesquisa.

AMIANTO NO SUL DO BRASIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE UM GRUPO DE TRABALHO ENVOLVENDO O MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO E 7 CEREST DE SANTA CATARINA

Rodrigo Momoli, Regina Dal Castel Pinheiro, Andressa Silva, Junir Antonio Lutinski, Sinval Adalberto Rodrigues Junior

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Asbestose, Amianto, Câncer

Apresentação: Para alguns estudiosos do tema, o amianto ou asbesto como também e conhecido, trata-se de uma fibra de origem mineral, derivada de rochas metamórficas eruptivas, que por processo natural de recristalização transforma-se em material fibroso. É conhecido desde a antiguidade pelo homem primitivo, que o misturava com barro para conferir propriedades de refratariedade aos utensílios domésticos. É considerada uma substância de comprovado potencial cancerígeno em quaisquer das suas formas ou em qualquer estágio de produção, transformação e uso. Cooke, em 1924, foi o primeiro a estabelecer claramente, mediante quadro clínico do paciente com achados na necropsia, a correlação entre ocupação e doença grave, por ele denominada, em 1927, "fibrose pulmonar", na verdade, o mesmo tipo de pneumoconiose grave - asbestose - nome com que passou a ser conhecida

esta doença. No Brasil, já no ano de 1980, o Prof. Reynaldo Quagliato Júnior, do Serviço de Pneumologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) publicava comunicação científica relativa a um caso de asbestose proveniente da indústria de cimento-amianto, onde o paciente havia trabalhado por 12 anos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a crisotila, uma das três fibras é a mais relacionada a diversas formas de doença pulmonar (asbestose, câncer pulmonar e mesotelioma de pleura e peritônio, câncer renal, colo-retal), não havendo nenhum limite seguro de exposição para o risco carcinogênico de acordo com o Critério 203, publicado pelo IPCS (International Program on Chemical Safety) Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS recomenda, o amianto deve ser substituído sempre que possível. De modo similar a OIT (Organização Internacional do Trabalho) já o fizera em sua Convenção 162 de 1986. Os primeiros países a banirem o amianto foram a Suécia e a Islândia no ano de 1983. Após, mais 56 países proibiram ao uso da fibra. No Brasil, 7 (sete) Estados proibiram o uso do amianto: Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Pernambuco, São Paulo, Mato Grosso, Espírito Santo, Pará e Mato Grosso do Sul (sendo que neste último a lei foi revogada pelo Supremo Tribunal Federal-STF por considerar que houve invasão da competência da União). Estima-se que a população brasileira direta e ocupacionalmente exposta seja de 500.000 pessoas. Destas cerca de 20.000 são trabalhadores da indústria de exploração e transformação – mineração, cimento-amianto, materiais de fricção e outros. Destacam-se também os trabalhadores da construção civil e os de empresas de materiais de construção que comercializam telhas à base de amianto. Há, entretanto,

cerca de outros 300.000 trabalhadores envolvidos em manutenção e reparos de sistemas de freio no país, segundo estimativa do Sindipeças (Sindicato Nacional da Indústria de Autopeças), e uma parcela desconhecida, de trabalhadores informais, principalmente, em atividades como instalação de coberturas, caixas de água, reformas, demolições, instalações hidráulicas, etc. O conhecimento dos problemas de saúde causados pelo asbesto no Brasil advém da detecção de casos de doenças - em especial, da asbestose - enquanto doença profissional, específica e clássica, e do mesotelioma maligno de pleura, na qualidade de doença epidemiologicamente “relacionada com o trabalho” Isto posto, vale o registro de que, ao que tudo indica, a primeira referência no Brasil sobre as doenças relacionadas ao asbesto está registrada no Boletim no 98, do Departamento Nacional da Produção Mineral, publicado em 1956, sob o título Higiene das Minas - Asbestose, monografia elaborada pelos médicos Carlos Martins Teixeira e Manoel Moreira. Trata-se de estudo realizado nas minas de asbesto em uma empresa no Município de Nova Lima, Minas Gerais e na usina de beneficiamento do minério. Desenvolvimento do Trabalho: em uma ação interinstitucional conjunta o Ministério Público do Trabalho de Santa Catarina (SC) CEREST estadual com mais 6 CEREST regionais do estado, iniciaram no ano de 2014 uma força tarefa para comprovar a relação entre o asbesto e a morbimortalidade por doenças respiratórias em todo os estados de Santa Catarina, objetivando o controle das exposições bem como a efetivação do cumprimento da legislação vigente relacionada ao amianto no estado catarinense. Para tanto, equipes técnicas de todos os CERESTs de SC junto com representantes do MPT do estado desenvolveram encontros mensais para traçar estratégias de ação. Inicialmente

foi realizado um levantamento junto ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de todos os óbitos por câncer de pulmão (mesotelioma) ocorridos no estado nos últimos 20 anos. Posteriormente, os registros dos óbitos foram cruzados com o banco de dados de trabalhadores que em algum momento da vida laboral foram expostos às fibras de amianto. Outra ação foi a realização de reuniões públicas em 5 macrorregiões de abrangência de CEREST de SC, nas quais o MPT de cada região convocou todos os comerciantes que comercializam materiais com fibras de amianto, solicitando que as referidas empresas o atendimento ao que preconiza o anexo 12 da NR15. Impactos percebidos: o resultado das audiências públicas promovidas pelo MPT e CEREST nas regiões de saúde resultou no comprometimento das empresas a não mais comercializarem produtos que contêm amianto devido aos custos para atender a legislação vigente. Embora algumas empresas continuem a comercializá-los, estão, porém, cumprindo com a legislação. Com relação à investigação dos casos de óbitos identificados no SIM e o banco de dados de trabalhadores que em algum momento da vida laboral foram expostos às fibras de amianto foram encontrados 148 casos, os quais passarão por uma investigação mais aprofundada para a comprovação do adoecimento pela exposição a fibra de amianto. Considerações Finais: diversas literaturas científicas comprovam os malefícios do asbesto à saúde humana; o Brasil é um dos países da América Latina a comercializar artefatos com base nesta matéria-prima, contudo alguns estados e inclusive alguns municípios brasileiros já aprovaram leis próprias banindo esta fibra cancerosa e poupando assim trabalhadores e toda a sociedade de riscos a doenças relacionadas. Em SC esta ação interinstitucional entre MPT e CEREST busca aprofundar as investigações

entre a relação da morbidade e a exposição às fibras de asbesto. Acredita-se que tal experiência pode servir de exemplo a outros estados que buscam melhorar a condição de saúde de seus trabalhadores e de toda a sua população.

ANÁLISE DE DISCURSO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

João Carlos Gomes Fabrini, Conrado Neves Sathler, Catia Paranhos Martins

Palavras-chave: Psicologia da Saúde, Atenção Básica à Saúde, Integralidade

INTRODUÇÃO: Este relato de experiência é um recorte do Projeto Extensão “Acompanhamento e apoio técnico ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB)” e foi se delineando durante as Supervisões do Estágio Supervisionado em Psicologia Social e Comunitária da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). A experiência na Atenção Básica na cidade de Dourados nos fez compreender que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) se tornou essencial para a promoção e prevenção de saúde (PINTO e FRACOLLI-2010), com orientações e aconselhamentos aos usuários, assim gerando uma melhora na qualidade e agilidade dos atendimentos na Unidade Básica de Saúde (UBS). Com toda essa importância, o trabalho do ACS veio com muitas responsabilidades e mercado pela crescente demanda de serviços, por conta do grande aumento de população em determinadas regiões da cidade. O aumento de população e de famílias cadastradas têm causado uma sobrecarga de trabalho, pois o território não foi redimensionado. Assim, o mesmo ACS que era responsável por atuar em uma determinada região, com um número de família previsto teve que se flexibilizar para atender o aumento da

demanda. Isso veio com um enorme prejuízo para o Agente e para o serviço. Com essa sobrecarga de trabalho ocorreram muitos pedidos de afastamentos de suas funções por conta de forte carga emocional, além de problemas físicos por conta da locomoção a pé em grandes áreas de atuação, com ruas de terra e exposição ao sol com altas temperaturas. Com os afastamentos ocorreram diversos problemas com as áreas sem cobertura de responsabilidade da UBS. Nossa atuação é orientada pela análise do discurso e objetiva compreender mais sobre o trabalho do Agente de Saúde e assim podemos aprofundar o conhecimento sobre esse profissional e a importante tarefa que tem na Atenção Básica à Saúde. Buscamos ouvir a opinião do Agente sobre o SUS, o local de trabalho, o que poderia ser feito para mudar, as maiores dificuldade e os prazeres na realização de seu trabalho. **DESENVOLVIMENTO:** É necessária uma investigação de como superar as dificuldades enfrentadas pelos ACS, e quais são seus sofrimentos, queixas e sugestões de como seria possível uma melhor forma de realizar seu trabalho. E, também, como fazer para um melhor reconhecimento de sua função para os outros profissionais e para usuários. Na atividade em andamento temos acompanhado os ACS durante a realização de sua função (em visitas domiciliares, nos programas oferecidos pela UBS, como o HiperDia e Puericultura, entre outros). Durante as visitas que os ACS realizam através do acompanhamento é verificado como é seu trabalho, como são realizados atos e conversas com os usuários, como são feitas as orientações e encaminhamentos e as dificuldades encontradas. Ao término das visitas, são realizadas conversas informais para entender o que o ACS pensou sobre a visita realizada, o que ele tem a dizer sobre essa visita, se teve dificuldade, qual tipo, como poderia ser resolvida, se é um problema com o usuário ou com o sistema de trabalho da UBS. O trabalho

também é realizado por meio de escuta e análise nas rodas de conversa (reuniões de equipe e momentos informais) dos ACS com os usuários e com os demais colegas de trabalho da equipe da UBS. Através da escuta e das conversas entre eles foram adquiridas muitas informações concretas sobre o que realmente estão pensando sobre os serviços, seus superiores, gestores, equipes e usuários. Notamos a ausência de qualquer menção sobre o Conselho Gestor da unidade ou, ainda, sobre o Conselho Municipal de Saúde. **RESULTADOS:** Durante o tempo de estudo sobre os ACS foram levantadas varias teses e notamos vários problemas encontrados tanto na UBS, como também dificuldades encontradas que extrapolam o próprio poder da Estratégia da Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2012). Um dos problemas encontrados na unidade de saúde é a falta de materiais para a realização do trabalho do ACS, como papéis, impressoras, computadores, internet e meios de locomoção. Além de problemas matérias há também a sobrecarga de trabalho devido aos muitos pedidos da equipe e também da chefia, além do alto número de famílias a serem visitadas. Outro problema observado foi à falta de reconhecimento, visto também em outros lugares (LEVY, MATOS, TOMITA, 2004). O ACS se refere a sofrimento, pois sabe que o seu trabalho tem uma grande importância, mas não se sente reconhecido, tanto pela equipe quanto pelos usuários. Embora tenha todas as dificuldades o ACS consegue realizar sua função com muita competência. Questionado um ACS sobre o que acontece quando o usuário a quem ele teria que entregar um encaminhamento não está em casa. Ele me responde que faz o possível para que a pessoa não perca a consulta, realizando varias visitas a essa residência tanto a noite, como em feriados ou em dias e horários que não estão em sua carga horária. Em outras visitas foi visto como os usuários confiam nos ACS, contando coisas pessoais,

e problemas da vida. Isso mostra como o ACS tem um papel fundamental nas vidas de usuários, que se sentem muito feliz ao receber a visita, e enxergam o ACS como um amigo. Também é notável o conhecimento que o ACS tem sobre os usuários, ele sabe qual usuário necessita de uma atenção mais especial, quais sofrem violência, quais têm problemas com família e parentes, quais estão passando dificuldades financeiras e várias outras coisas. Eventualmente, encaminhamentos são perdidos e famílias mais trabalhosas são negligenciadas devido ao excesso de trabalho do ACS, este problema não é assumido pela ESF ou pela Secretária Municipal de Saúde com problemas administrativos, mas tomados como problemas a serem resolvidos pelos ACS de forma individual. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O que podemos observar é que ocorre uma falta de atenção e investimento no profissional que tem uma função primordial para a saúde da população. Além disso, destacamos a falta de materiais e de reconhecimento, tanto por parte dos usuários, como dos outros funcionários que trabalham na UBS, bem como dos gestores. Somamos ainda as dificuldades em atender as demandas impostas, a sobrecarga tanto emocional quanto física. Fica também notável que não foi dada a devida atenção ao grande crescimento populacional e a distribuição de vagas de ACS na própria UBS, assim a não redistribuição e o mau dimensionamento das microáreas sobrecarrega e prejudica de várias formas os serviços da Atenção Básica de Saúde.

ÁRVORE DO CONHECIMENTO: UMA METODOLOGIA COMO PRÁTICA DE INTERVENÇÃO AO ENFRENTAMENTO DO USO DE DROGAS COM ADOLESCENTES DO MEIO RURAL

Janaina Carneiro de Camargo, Denise Bianchim Gomes, Márcia Pozzagnol

Mossmann, Lucimare Ferraz, Leticia de Lima Trindade, Fátima Ferretti

Palavras-chave: Adolescente, Droga, Metodologia ativa

INTRODUÇÃO: O tema central desse trabalho foi o consumo de drogas na adolescência. Atualmente, estudos do Ministério da Saúde indicam que em nossa sociedade o período da adolescência e juventude é vulnerável às experiências relacionadas à irresponsabilidade, desordem e às noções de crise. Estas são algumas das características que podem emergir durante a juventude e mereceriam atenção pública, devendo ser tratadas como um problema social a ser compreendido e solucionado; e um dos fatores de riscos deste momento poderia estar associado ao uso de drogas. É de extrema importância, que as práticas educativas, voltadas à promoção de saúde, sejam baseadas não somente na universalidade do sujeito como ser individual, mas confirmem a visão de um homem plural, respeitando as diversidades e diferenças. Durante a adolescência pode ocorrer situações de vulnerabilidade que incitem o uso de drogas, pois é um período caracterizado por dúvidas, conflitos, mudanças e descobertas; que podem ocorrer devido às influências sociais, culturais e ambientais que os adolescentes estão expostos. Perante o exposto, torna-se necessário a abordagem da temática: drogas na adolescência. Possibilitando a identificação das fragilidades relacionadas às questões de riscos e desta forma buscando o enfrentamento dessas vulnerabilidades. Nessa perspectiva, desenvolveu-se uma prática de intervenção que teve por objetivo conhecer a concepção dos adolescentes do meio rural sobre as drogas e as implicações de seu uso na juventude, bem como sensibilizar estes adolescentes para o enfrentamento dessa problemática, através da Dinâmica

Criativo Sensível (DCS). OBJETIVO: este relato tem por objetivo apresentar a experiência da prática da DCS na abordagem da temática o uso de drogas em uma escola do meio rural no município de Chapecó – SC. DESENVOLVIMENTO: para o desenvolvimento dessa prática, foi realizada a intervenção no dia 05 de maio de 2015, no período matutino, com duração de 2 horas, na Escola Básica Municipal (EBM) Alípio José da Rosa, localizada na zona rural do Município de Chapecó – SC, com os adolescentes do oitavo ano do ensino fundamental da escola. A turma era composta por 21 alunos, com idade de 13 a 16 anos. A metodologia utilizada foi uma dinâmica do método criativo sensível, chamada árvore do conhecimento. A DCS árvore do conhecimento foi desenvolvida seguindo cinco etapas. No primeiro momento iniciou-se com a “quebra gelo” para que os adolescentes se sentissem acolhidos, realizando a apresentação das pesquisadoras, explicando de que forma aconteceria à dinâmica e o que se esperava com ela, orientando que estaríamos conversando a respeito do que eles conheciam sobre as drogas. No segundo momento foram organizados e dispostos os materiais utilizados na dinâmica, como: tesoura, cola, papel pardo, tiras de papel coloridas, canetas hidrocor de diversas cores. Foram organizados quatro grupos de alunos, e cada grupo colocou sobre o chão os materiais dispostos anteriormente para o desenho da árvore do conhecimento que deveria conter raiz, caule e copa bem definidos. Assim que todos os grupos terminaram o desenho da árvore, foi lançada a primeira questão geradora do debate: E as respostas foram coladas na copa da árvore. A próxima etapa, o terceiro momento, foram apresentadas e discutidas as produções artísticas elaboradas a partir da questão norteadora do debate e neste momento as palavras-chave registradas foram codificadas. O quarto momento

correspondeu à decodificação, que durante a análise coletiva e grupal foram gerados os subtemas em que cada grupo apresentou e explicou sua árvore socializando suas discussões. No quinto momento, última etapa, realizou-se a validação dos dados de acordo com a síntese temática das produções e após os grupos realizarem estas discussões, foram realizadas intervenções frente às questões apresentadas pelos alunos, socializando todas as possibilidades de respostas dos grupos. A partir deste momento foi construída uma nova árvore da turma recodificando as informações coletadas dos pequenos grupos, englobando todos os pontos destacados nas outras quatro árvores. RESULTADOS: os resultados dessa intervenção possibilitou verificar as concepções que os adolescentes trouxeram a respeito da temática em estudo. Foram destacadas a partir das questões geradoras o que vocês reconhecem como riscos relacionados ao uso de drogas? As palavras-chave foram escritas nas tiras de papel e coladas na raiz das árvores. Posteriormente, a próxima pergunta foi: o que vocês reconhecem como tipo de droga? E foi solicitado que as palavras-chave fossem coladas no caule da árvore de cada grupo. Após, foi feita a terceira pergunta: quais são as formas de enfrentar o uso de drogas que vocês reconhecem? E os adolescentes trouxeram na raiz da árvore as palavras-chave relacionadas à dependência, doenças e morte. No caule da árvore foram identificadas tanto drogas ilícitas como cocaína, maconha, narguilé, crack, heroína, êxtase, inalantes, lança perfume, LCD, anabolizantes, quanto drogas lícitas como cigarro, álcool e remédios, evidenciando a consciência de um rol de drogas ampliado. As respostas dos adolescentes referente a copa da árvore evidenciam uma grande ênfase para a reabilitação, trazendo palavras como médicos, tratamentos, internação, reconhecer o problema e palavras ligadas ao apoio das pessoas como família,

amigos, conselhos, solidariedade, carinho, apoio, boas amizades, amor, atenção, compreensão, união e fé. A sensibilização dos adolescentes foi identificada através da árvore do conhecimento quando os mesmos apontaram diversos fatores que contribuem para o enfrentamento das vulnerabilidades do uso de drogas, bem como a partir da socialização em que os adolescentes apresentaram as árvores, destacando palavras-chave relacionadas à rede de assistência profissional e a rede afeto como possibilidades de enfrentamento. Ao final foi desenvolvida uma atividade de avaliação, para verificar a efetividade da intervenção. CONSIDERAÇÕES FINAIS: considera-se que os objetivos foram atingidos, pois durante o processo da construção da árvore os adolescentes discutiram, refletiram, interagiram e apresentaram as suas concepções frente à problemática. A metodologia escolhida apresentou-se satisfatória e mostrou eficiência na identificação do conhecimento dos adolescentes sobre a temática das drogas. A qualidade das respostas e o nível de participação dos jovens nas discussões demonstraram que a dinâmica árvore do conhecimento foi relevante para esse grupo de estudantes. Acredita-se deste modo que atividades como a aqui descrita, são facilitadoras nas práticas de prevenção ao uso de drogas, aliadas a outras técnicas de sensibilização dessa problemática. Com a realização da atividade de avaliação foi possível verificar que os alunos gostaram e adquiriram conhecimento sobre o assunto e sugeriram que mais atividades como esta fossem realizadas na escola.

ATENDIMENTO A UMA MÃE PELA ÓTICA DA VULNERABILIDADE: VIVÊNCIA DE UMA ENFERMEIRA INTENSIVISTA NEONATAL

Elisângela Luna Cabrera, Cibele de Moura Sales, Fabiana Perez Rodrigues Bergamaschi

Palavras-chave: Vulnerabilidade em Saúde, Enfermagem Neonatal, Neonatologia

Apresentação: A contemporaneidade traz inúmeros desafios aos profissionais de saúde, dentre eles a incerteza. A leitura atual da sociedade, em seu contexto ideológico, social e geográfico aponta uma alteração entre risco/proteção, segurança/insegurança sugerindo que o risco se tornou generalizado. Sendo necessária a percepção da capacidade de resposta do indivíduo [1], dos fatores que podem promover a diminuição do risco, assim como aqueles que podem aumentá-lo. Apesar de toda complexidade observada em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), nas relações entre os profissionais de saúde e entre esses e os usuários, ainda há predominância de um processo de trabalho mecanizado, tecnicista, rotinizado e focado em modelo biologicista e curativo do cuidar, gerando uma necessidade de uma abordagem aos indivíduos sob a ótica do conceito ampliado de saúde. Objetivo Relatar a assistência prestada pela enfermeira à mãe sob a luz da vulnerabilidade visando uma atenção holística, com uma concepção ampliada de saúde. Método: Trata-se de um relato de experiência, que busca ilustrar uma prática assistencial, prestada a uma mãe de um neonato internado na UTIN do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD), no mês de agosto de 2015. Para subsidiar ações/reflexões o fio condutor será a multidimensionalidade da vulnerabilidade empregada por Marandola Júnior e Hogan. Contextualização do Cenário da Prática e Individualização da Participante A UTIN do HU/UFGD conta com dez vagas para atendimento aos neonatos nascidos na macrorregião de Dourados[2]. A equipe multiprofissional é composta por enfermeira, técnica de enfermagem, neonatologista, psicóloga, fisioterapeuta, fonoaudióloga, assistente social, além de suporte de outras especialidades pediátricas. Em

21 de agosto recebemos um neonato prematuro, nascido de parto cesáreo com múltiplas malformações: onfalocele, ânus imperfurado, agenesia de genitália, extrofia de bexiga, meningomielocele fechada e pé torto congênito. À avaliação materna, mãe com 21 anos, casada, inativa, G2, P2, A0, moradora da cidade de Bela Vista, porém abrigada em uma casa de apoio no município de Ponta Porã em razão do tratamento para HIV, HTLV, Toxoplasmose, na rede de assistência especializada, referiu estar tratamento com antirretrovirais desde o pré-natal até o momento. Relatou não ter planejado a gestação, ter utilizado preservativo e contraceptivo de uso de emergência, pois percebeu que aquele estava roto. Complementou que sabe da importância do uso do preservativo devido sua condição sorológica, mas que não consegue se adaptar ao uso de contraceptivo oral. Seu esposo também é soropositivo. Sua outra filha de 20 meses estava sendo cuidada pela avó materna, em Bela Vista, porém teve que ser trazida para Dourados, em função de aquela estar em risco de perder o emprego. O esposo está desempregado, buscando uma ocupação. Têm benefícios sociais do governo como fonte de renda. Atualmente mudou-se para Dourados devido à longa permanência esperada para internação de seu filho. Resultados e Discussão Na avaliação da vulnerabilidade, de acordo com Marandola Júnior e Hogan fazem-se necessárias algumas compreensões, a saber: Compreensão do perigo envolvido (eventos que causam dano), do contexto geográfico e da produção social (as relações sociais, culturais, políticas, econômicas e a situação das instituições), que revelarão os elementos constituintes da capacidade de resposta, absorção e ajustamento que aquela sociedade ou lugar possuem para enfrentar o perigo. Na avaliação da escala espacial, é necessário compreender as interações

espaciais e a rede de relacionamento entre pessoas, lugares, regiões e na escala temporal contextualizar os recursos disponíveis para responder ao perigo e capacidade de resiliência. Observou-se que devido sua condição sorológica (HIV/HTLV) e sua gravidez, a mãe teve que deixar seu lar e viver em uma casa de apoio. Agora em Dourados, devido à internação de seu filho em UTI, teve que se mudar para um quarto e trazer sua outra filha para não perder outra fonte de auxílio financeiro, sua mãe. Pela concepção sociológica há necessidade de saber quais processos levaram a essa situação de risco. Verificou-se que apesar de grande compreensão existente sobre a situação sorológica sua e de seu esposo, não sabia como evitar uma gestação indesejada, pela noção de redução de danos, percebendo um escapismo. As dimensões psicológica e cultural são essenciais para aferir a aceitabilidade de certos riscos em detrimento de outros, evidenciando a proteção e tolerância da pessoa diante do risco. O escapismo observado pelo pouco cuidado com sua saúde, ao não praticar sexo com proteção ficou evidenciado pelo sentimento de culpa após o nascimento de seu filho com múltiplas malformações. Após vários atendimentos onde essa fala foi trazida pela mãe conseguimos em consenso com ela estabelecer seu plano de cuidados. Encaminhamo-la ao planejamento familiar e aconselhamento de contracepção do Serviço de Atenção Especializada (SAE); solicitamos junto ao Conselho Tutelar apoio para matricular a filha em uma creche municipal extemporaneamente; semanalmente é acompanhada pela enfermeira sendo abordadas todas suas dúvidas relacionadas à sua situação de saúde e de seu filho e solicitamos acompanhamento psicológico para trabalhar todas suas culpas internalizadas e permitir que sua formação de vínculo não seja tão dolorosa. As ações foram propostas em conjunto com o serviço

de assistência social. Considerações finais: Percebeu-se que as ações em rede são as fragilidades encontradas em nosso sistema municipal reforçando a necessidade de estabelecer diálogos permanentes com os órgãos de apoio primário e secundário de saúde, numa visão ampliada de saúde. Observa-se a necessidade por parte de todos os profissionais de uma postura acolhedora e de uma escuta sensível à mãe, permitindo que essa exponha suas dúvidas e dificuldades para que as ações ultrapassem a visão curativa e biológica, mas que respondam também às necessidades sociais e emocionais. Todo esse aparato visa contribuir para a troca de informações entre profissionais de saúde e mãe, almejando que as lacunas de conhecimento, percebidas no déficit de seu autocuidado, sejam sanadas ou minimizadas. Esse processo permite atenuar o risco e a vulnerabilidade para ela e sua família, dentro da estrutura existente, proporcionando um melhor enfrentamento, poracionarmecanismosinternosdeproteção e resiliência. [1] Segundo Marandola Júnior e Hogan¹ se refere à capacidade que o indivíduo tem de absorção e ajustamento para enfrentamento do perigo, ou seja, sua resiliência na recuperação de algum dano. [2] É composta por 34 municípios do estado de Mato Grosso do Sul, incluindo Dourados.

ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA DO SUBSISTEMA DE SAÚDE INDÍGENA DE DOURADOS-MS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cristiane Maria de Andrade, Thais Jessica Reis Forster, Natalia Ramos Shiromoto, Juliana Nugoli Zago, Hayanna Alves Motta

Palavras-chave: integralidade da assistência multiprofissional residencia multiprofissional saúde indígena saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios a integralidade, a universalidade e a equidade, caracterizadas por ações de prevenção, promoção e proteção da saúde, considerando o contexto social do usuário e da comunidade. Esses princípios, junto a Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio em 1986, culminou na criação de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), através da Lei nº 9836/99, incluindo este dispositivo à Lei nº 8080/90. Com esse subsistema, foi institucionalizado o agente indígena de saúde como parte integrante da equipe de saúde da atenção básica nas comunidades indígenas, sendo uma singularidade necessária a esta população dessa forma, é necessário que haja capacitação para todos que trabalham com saúde indígena. No Brasil há uma variedade de etnias indígenas que são englobadas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Estes possuem postos de saúde nas aldeias, Pólo-base, Casa de Apoio à Saúde do Índio (CASAI) e ainda equipe multidisciplinar de atenção básica à saúde indígena, sendo que os serviços de média e alta complexidade são referenciados nos serviços do SUS. A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) se caracteriza por uma estratégia de transformar a organização dos serviços, o processo de formação, as ações de saúde e as práticas pedagógicas implicando na articulação entre instituições formadoras e o sistema de saúde. A equipe multiprofissional busca um cuidado integral e os desafios vivenciados levam a discussões sobre a necessidade de um cuidado ampliado para que seja eficaz. Este trabalho tem sido considerado uma estratégia de qualificação de serviço, considerando que esta forma de cuidado também modifica as relações interpessoais implicando em novas formas de realizar o cuidado em saúde que interfiram diretamente no cuidado saúde-doença. Assim, considerando o princípio da

universalidade do SUS, foi incluído o estágio no SASI por um programa da RMS, com intuito de compreender de modo integral a cultura indígena e atuar com maior conhecimento em estratégias de proteção, promoção e recuperação da saúde desses usuários. Este trabalho trata de um relato de experiência vivenciada durante um mês por uma equipe da RMS, com ênfase na Atenção Cardiovascular, composta por duas psicólogas, duas nutricionistas e uma enfermeira, em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de uma aldeia em Dourados/MS. Deste modo, objetiva-se demonstrar as percepções e vivências da equipe, além de discutir a importância de se conhecer a cultura indígena a fim de realizar um trabalho integral e ampliado, respeitando as crenças e valores da população, para melhor assistência. Durante o período de estágio, as residentes tiveram a experiência de vivenciar o trabalho de duas UBS do SASI, além da CASAI. Sendo assim, cada profissão participou de atividades específicas de seu campo de atuação, sendo realizados trabalhos em grupo, com discussões e pensando em intervenções multiprofissionais, de modo a ampliar e a assistência. As nutricionistas tiveram a oportunidade de participar da pesagem mensal com as crianças de até 5 anos de idade para o monitoramento do estado nutricional. Durante estas pesagens as mães eram orientadas a respeito da amamentação, da ingestão de água, alimentação complementar da criança, e desnutrição infantil, ainda nas pesagens as crianças que com idade entre 6 a 59 meses recebiam megadoses de vitamina A, de acordo com o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, sendo entregue o Sulfato Ferroso para as crianças entre 6 a 24 meses de idade, de acordo com o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, sendo as mães orientadas quanto a uma alimentação rica em ferro e vitamina A. Além disso, foi possível fazer parte das

consultas ambulatoriais nas quais havia o acompanhamento principalmente crianças desnutridas ou em risco nutricional, visando à recuperação do estado nutricional das mesmas. Eram atendidos também pacientes que procuravam por atendimento nutricional e crianças que por algum motivo estavam em aleitamento artificial. Foram acompanhadas ainda visitas domiciliares às casas dos usuários conforme a demanda, sendo possível observar o cotidiano e a situação socioeconômica desta população, e realizar orientações e atendimento nutricional a essa população. Por parte das psicólogas eram realizadas visitas domiciliares, junto ao psicólogo da equipe da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), conforme as demandas surgiam, sendo atendidos casos de abuso sexual, uso de drogas, vítimas de violência, entre outros. Foram realizados acolhimentos psicológicos aos usuários que se dirigiam à UBS, acompanhamento dos atendimentos ambulatoriais com o psicólogo da instituição e, também, acompanhamentos das consultas psiquiátricas na CASAI. As psicólogas também acompanharam a pesagem mensal das crianças, realizando orientações com as mães e buscando conhecer a população, de modo a compreender a cultura, as crenças e o cotidiano, por meio de entrevistas. A enfermagem é uma arte humanisticamente aprendida e uma ciência que enfoca nos comportamentos das pessoas, funções e processos direcionados na promoção e manutenção nas situações de saúde ou recuperação da doença é essencialmente uma profissão de cuidado transcultural. Centra em prover um cuidado humano, respeitando seus valores culturais e estilo de vida. A Enfermeira residente pôde participar do dia D vacinação contra a poliomielite, Campanha Nacional, onde a Enfermeira analisava a situação da caderneta de vacina, sendo de grande importância, já que foi possível além de realizar a vacina

oral antipoliomielite (VOP), ou vacina inativada poliomielite (VIP) também a atualização do esquema vacinal de todas as crianças. É importante ressaltar que na semana que antecedia o dia D vacinação a equipe se deslocava até micro áreas, onde já realizava o trabalho de pesagem e vacinação dessas crianças, e dessa forma era possível aproximar-se do ambiente onde morava esse usuário, permitindo conhecer verdadeiramente a realidade de cada um, realizando orientações com o intuito de prevenir as doenças prevalentes da infância. Cabe ao profissional de saúde a difícil missão de acolher a criança e seu acompanhante, compreender a extensão do problema que a aflige e propor procedimentos de fácil aplicação e comprovada eficácia. Foram realizadas consultas de enfermagem, pela enfermeira residente, em que era possível desenvolver Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que tem por finalidade promover uma rápida e significativa redução da mortalidade infantil. Além disso, foram feitos atendimentos diários voltados para programas de saúde da mulher, como coletas de preventivo, acompanhamento e atividades educativas em grupos de pré-natal e puerpério, além das visitas domiciliares. A vivência do estágio em campo proporcionou à equipe multidisciplinar de saúde a oportunidade de observar e entender a maneira que surgem e se processam os problemas na instância local, para depois analisar as especificidades e características comuns em um contexto territorial maior. Foi possível observar a situação socioeconômica dessa comunidade e compreender as dificuldades que muitas vezes encontrávamos no hospital. Desse modo, ampliamos nossa visão acerca do que é saúde e de como fazemos saúde em nossa vivência enquanto residentes. Esta experiência nos trouxe maior conhecimento para atender de forma mais humanizada os pacientes indígenas, de modo que tivemos

a oportunidade de conhecer um pouco mais sobre sua cultura. Durante este mês de vivência, pudemos observar a importância da atuação de equipes multiprofissionais na atenção básica da saúde indígena, de modo que o indivíduo pode ser visto como um todo, tendo como resultado a saúde, compreendida enquanto bem estar biopsicossocial.

AVALIAÇÃO FUNCIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Joseane Conceição Anunciação, Daíla Santos Freire, Isadora de Queiroz Batista Ribeiro

Palavras-chave: Fisioterapia, CIF, Funcionalidade, Atenção Básica

A perspectiva biopsicossocial preconizada pela saúde coletiva impõe vários desafios aos profissionais de saúde. Dentro deste contexto, o fisioterapeuta tem como principais dificuldades encontradas com relação a sua inserção na atenção básica a sua formação acadêmica com inadequações nas grades curriculares; assim como a história da criação da profissão, que apresentava um caráter reabilitador, com atuação na atenção terciária, com demanda inicial por reabilitação; bem como as legislações vigentes, que caracterizam a assistência fisioterapêutica com caráter predominantemente curativo e reabilitador (RIBEIRO, 2002). Além disso, os próprios atores sociais desconhecem a prática de integralidade, conforme Silva e Da Ros apontaram em 2007. Sendo assim, é grande o esforço para se definir a atuação desse profissional na assistência primária pelo fato de haver pouca experiência acumulada nesse nível assistencial. Para Bispo Júnior, em 2010, é imperioso adquirir outros conhecimentos necessários à nova prática profissional. O fisioterapeuta deve aproximar-se de saberes da epidemiologia,

que poderá oferecer conhecimentos quanto à distribuição das doenças nas coletividades, sua magnitude e potenciais fatores de risco, e das ciências sociais, que poderão desvelar os fatores culturais, comportamentais e religiosos do processo saúde-doença, bem como subsidiar a contextualização da realidade histórico-social na determinação do risco. Nesse contexto, cabe à comunidade fisioterapêutica, incluindo também os conselhos da categoria, sindicatos da classe e universidades, fazer uma releitura de seus fundamentos e análise de sua prática, com vistas a adaptar-se a essa nova realidade e contribuir para a mudança do quadro social e sanitário do país, com vistas à melhoria das condições de saúde da população. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência da fisioterapia na elaboração e aplicação de um instrumento para avaliação da situação funcional dos usuários na atenção básica. Este questionário foi construído por fisioterapeutas residentes do curso de Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Fundação Estatal Saúde da Família, em parceria com a Fiocruz, no município de Camaçari na Bahia. Este instrumento foi construído no período de agosto a setembro de 2015. A necessidade de realizar a avaliação da situação funcional dos usuários na comunidade vem das inquietações que surgiram na vivência do território, por exemplo: “Como a fisioterapia pode contribuir para a realidade sanitária do município de Camaçari?”; “Dispomos de ferramentas adequadas para o diagnóstico e análise do território que dialoguem com as diretrizes da atenção básica?”. Inicialmente pensou-se na elaboração de uma ficha de avaliação, porém devido à abrangência da atuação da fisioterapia teria que ser criada uma ficha para cada área. Surgindo assim a ideia de trabalhar com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), através de um questionário de coleta com perguntas simples e resposta direta, positiva

ou negativa, sobre cada tema, baseado na CIF para uso dos profissionais e dos agentes comunitários. A utilização dessa ferramenta será precedida de uma capacitação sobre a CIF aos profissionais da equipe de referência e aplicação do questionário preliminar piloto pelas fisioterapeutas. A utilização da CIF proporciona uma gama de informações sobre saúde do indivíduo facilitando e ampliando as possibilidades de diagnóstico e intervenção baseada na funcionalidade e incapacidade, e não apenas em uma patologia (Araújo; Buchalla, 2013). O questionário elaborado contém as seguintes perguntas: Possui transporte para se deslocar fora de casa (ônibus, carro particular, mototaxi, taxi, outros)? É capaz de deslocar-se dentro de casa usa andador, cadeira de rodas, corrimão, rampas, outros? Possui rede de apoio emocional, afetivo e de proteção (familiares, amigos, vizinhos, conhecidos, membros da comunidade, profissionais de saúde e cuidadores formal, outros)? Já fez ou faz alguma reabilitação (fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, outras)? Na residência possui serviços de utilidade pública (água, eletricidade, iluminação pública, saneamento básico, coleta de lixo)? Necessita de adaptação na rua, na calçada, no semáforo? Tem acesso a serviços de saúde (USF, UPA, laboratórios, especialidade, hospital e outros)? Há na sua comunidade reguladora de oferta de serviços (conselho local de saúde, associação de bairro, outros)? 10. É capaz de concentrar, observar e interagir com outras pessoas? 11. É capaz de tomar decisões? 12. Possui alguma dificuldade para ouvir? 13. É capaz de falar e conversar? 14. Consegue se movimentar na cama, sentar sozinho, levantar da cama, andar, correr e outros? 15. Frequentou ou frequenta escola regularmente? 16. Precisou de alguma adaptação da escola para o aprendizado? 17. Autocuidado (lavar-se, escovar os dentes, vestir-se, comer, beber e outros)? 18. Realiza tarefas domésticas (varrer, lavar

roupas, cozinhar)? 19. Possui trabalho remunerado? 20. Consegue adquirir o necessário para viver? 21. Necessita de alguma adaptação no ambiente de trabalho para o desenvolvimento das atividades? 22. Possui vida comunitária: Tem problema em participar de atividade recreativa e de lazer na comunidade (jogos, esportes, teatro, cinema e museus, atividades religiosas)? 23. Nível de vulnerabilidade e risco social próximo de onde mora (Existem córrego, área de possível desabamento, inundações ou tempestades; área de poluição e/ou de elevada violência urbana)? 24. Situação e condição de moradia (a situação e as condições de moradia são um problema para a pessoa com deficiência? Observar se a residência ou instituição é adaptada e o grau de privacidade; observar se a residência é própria, alugada, cedida, de favor, invadida, assentamento, pessoa em situação de rua; se é construção de alvenaria, madeira, taipa, e demais situações A construção deste instrumento foi importante para ampliar o olhar da fisioterapia sobre os usuários e a realidade do território, bem como visualizar de forma sistemática os diversos fatores que limitam o usuário na realização de suas atividades de vida diária. Tem-se a expectativa que com informações sobre a funcionalidade da população seja possível apoiar as equipes da atenção básica, a Equipe de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à saúde da Família na construção de intervenções mais eficazes e específicas como projeto terapêutico singular (PTS). A experiência vivida pelo grupo de fisioterapeutas na construção de um instrumento que avaliasse a funcionalidade de usuários da comunidade e os fatores associados à limitação na execução de suas atividades cotidianas contribuiu com a ampliação do olhar destes profissionais sobre a saúde da população e a diversidade de ações e interações necessárias para a efetiva intervenção e mudança na qualidade de vida do usuário.

BLITZ DA MOCHILA

Thanara dos Santos, Alana Galeano, Rafael Furlaneto

Palavras-chave: Fisioterapia, postura, educação em saúde

Os desvios posturais tem sido cada vez mais frequentes na população adulta, acompanhados ou não de queixas de dor. Muitos deles são recorrentes da sobrecarga osteomioarticular provenientes da má postura, excesso de peso corporal, entre outros. As posturas inadequadas vêm sendo cultivadas desde a infância, quando as crianças sentam-se erroneamente nas carteiras escolares, ou mesmo em casa ao realizarem suas atividades como alimentar-se e realizar os deveres da escola. Identificada essa necessidade, pensou-se no projeto denominado BLITZ DA MOCHILA, objetivando avaliar se o peso carregado nas mochilas está dentro do previsto (10% do peso corporal). No ambiente escolar, os alunos passavam por uma avaliação (estações) onde era verificado o peso corporal, a altura, o peso da mochila (material) e, ao final, aplicado um questionário com perguntas objetivas (qual o tipo da mochila, como era utilizada, queixa de dor, em qual local) e uma pergunta dissertativa (o que levava na mochila). Depois de respondido o questionário, os alunos recebiam três bexigas. Utilizando as cores do semáforo, os alunos deveriam encher a bexiga que caracterizasse, para ele, a classificação do peso da sua mochila em relação ao seu peso corporal sendo verde, se ele julgasse estar dentro dos padrões estabelecidos; amarela se tivesse um pouco além do padrão; ou vermelha, se tivesse muito além do valor de 10% do peso corporal. Foi observado que todos os alunos que relataram dor no questionário tinham excesso de peso no material; grande parte dos alunos leva em suas mochilas materiais que não são necessários como:

material escolar não utilizado naquele dia, brinquedos, revistas, entre outros; a maior parte dos alunos não classificou suas mochilas corretamente; número de alunos com sobrepeso/obesidade, o que “mascara” o resultado. Faz-se necessário um trabalho de conscientização dos alunos em relação aos cuidados que se deve ter com postura, preventivamente. No entanto, essas orientações se defrontam com a inexistência de um mobiliário adequado, ergonômico, que pudesse atender a individualidade de cada aluno. Confirmada a existência de crianças com sobrepeso/obesidade.

BUSCA ATIVA E EXAME DERMATONEUROLÓGICO: CAMINHOS PARA O CONTROLE/ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

Elizê Pereira Pinheiro, Janiele Maria Vasconcelos, Pâmara Cordeiro dos Santos Flôr, Gerlane Cristinne Bertino Veras, Marilena Maria de Souza Souza, Maria Suelânia Queiroga da Silva, Alice Silvana Gagliuffi Pereira, Janaina Ferreira Moreira

Palavras-chave: Hanseníase, Diagnóstico Precoce, Educação em Saúde

APRESENTAÇÃO: A hanseníase é considerada um problema de saúde pública no Brasil, sendo uma doença milenar, infectocontagiosa, de evolução crônica, e que tem como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*. Pode acometer pessoas em qualquer idade, raça ou gênero, provocando sinais e sintomas dermatoneurológicos, além de ter um poder incapacitante. Entretanto, observa-se que há uma relação entre sua endemicidade e baixos índices de desenvolvimento humano. Tem como principal meio de transmissão as vias aéreas superiores. Os pacientes acometidos são classificados operacionalmente em paucibacilares

e multibacilares, e tratados de acordo com sua classificação com um esquema poliquimioterápico padronizado pela Organização Mundial de Saúde. Para que se tenha um controle com vistas à eliminação desta patologia, se faz necessário o diagnóstico precoce e tratamento adequado, realizado por profissionais capacitados, em especial os que se encontram inseridos nas equipes de atenção primária à saúde. Nessa perspectiva, destacam-se intervenções de cunho multiprofissional e interdisciplinar que desmistifiquem a doença, favoreçam o diagnóstico precoce e realizem o acompanhamento de cada indivíduo, antes, durante e após o tratamento, assim como sua família e comunidade, para que se interrompa a cadeia de transmissão da doença e sua estigmatização. **OBJETIVO:** Descrever a vivência de discentes e docentes em um projeto de extensão e demonstrar os resultados parciais deste. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, a respeito da atuação de discentes e docentes da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), além de colaboradores externos no projeto de extensão universitário intitulado “Realizando Busca Ativa e Exame Dermatoneurológico para o Controle/ Eliminação da Hanseníase”, iniciado em maio de 2015 e que é desenvolvido na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde São José/Posto de Assistência Primária à Saúde (PAPS), em Cajazeiras - PB. O projeto foi idealizado a partir da preocupação sobre os altos índices de hanseníase na região, com diagnóstico tardio e presença de incapacidades, e no intuito de colaborar com a Unidade Básica de Saúde (UBS) para a detecção mais precoce possível do indivíduo com hanseníase. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** A priori, foi realizado um treinamento com os discentes e em seguida uma reunião com a equipe da UBS para sensibilizá-la sobre o projeto, em especial, para solicitar o apoio direto dos Agentes

Comunitários de Saúde (ACS) na realização das atividades planejadas. Posteriormente, os discentes, em duplas, realizaram uma visita técnica com o ACS em sua microárea de atuação, no intuito de conhecerem melhor as peculiaridades da comunidade e do ambiente, bem como seus limites territoriais. Após este momento, foi iniciada a busca ativa em domicílio com a supervisão direta dos ACS e indireta da coordenadora e orientadora do projeto. Os casos considerados suspeitos foram encaminhados para a realização de exame dermatoneurológico na UBS e, quando necessário, no próprio domicílio pelas docentes e profissionais enfermeiras e médicas inseridas no projeto. Durante as visitas domiciliares, os discentes realizaram educação em saúde sobre a temática, inclusive para obter o consentimento livre e esclarecido da avaliação dermatológica de todos os membros que compõem a família. Mediante a confirmação do diagnóstico de hanseníase, o caso era repassado para a equipe da UBS para a devida notificação e acompanhamento integral do indivíduo, providenciando-se, simultaneamente, todas as medidas profiláticas referentes aos contatos intradomiciliares. Esses casos foram apresentados também nas reuniões da equipe do projeto a fim de promover a discussão e contribuir para a qualificação dos envolvidos e interação entre os profissionais e estudantes. **RESULTADOS:** Em dois meses de atuação, cento e noventa e duas famílias foram visitadas, localizadas em sete das nove microáreas que abrangem a UBS, compreendendo um total de trezentos e noventa pessoas avaliadas até o momento. Partindo desse total (100% das avaliações), noventa e sete (24,9% das avaliações) pessoas apresentaram lesões suspeitas, destas, quarenta e cinco (46,4% do total de pessoas identificadas com lesões suspeitas) compareceram ao exame dermatoneurológico, resultando

em sete (15,6% do total de pessoas com lesões suspeitas) casos de hanseníase confirmados. **IMPACTOS:** Pode-se constatar que mesmo em curto período de execução do projeto, 15,6% das pessoas que apresentaram alguma lesão suspeita foram diagnosticadas com hanseníase, dado de extrema relevância no processo de controle/eliminação da hanseníase. Vale ressaltar ainda, a imensurável colaboração do projeto na educação em saúde na comunidade, minimizando preconceitos e instigando-a ao autocuidado e à maior interação com a equipe de saúde local. Mostrou-se relevante também, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar que está sendo desenvolvido entre as equipes do projeto e da UBS, onde ocorrem trocas de saberes, complementação de práticas, elaboração de intervenções em conjunto e implementação de educação em serviço, funcionando como mais um instrumento de educação permanente e repercutindo positiva e diretamente no controle/ eliminação da hanseníase. Contudo, muitas pessoas ainda apresentam resistência à participação no projeto, não permitindo a realização da avaliação dermatológica, alegando falta de tempo em vista de afazeres domésticos e laborais. A ausência de membros da família no domicílio, durante os turnos da visitação, também compreende um tipo de resistência. Há, ainda, os que não comparecem à realização do exame dermatoneurológico agendado previamente em comum acordo com as partes. Todos esses casos são repassados para a coordenadora do projeto e para os membros da equipe da UBS a fim de serem discutidos para então haver a elaboração de estratégias de sensibilização-envolvimento destas pessoas com o projeto e a efetivação do exame em tempo hábil. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** os resultados apresentados são parciais, visto que se referem a apenas dois meses de execução do projeto,

interrompido em decorrência de greve, porém com atividades serão reiniciadas após término desta. Frente ao relato, observa-se o quanto são necessárias e importantes ações articuladas pela Universidade com a sociedade, inclusive para a efetivação do dever social que essa instituição possui, cooperando positivamente para a melhoria da saúde da população, com minimização de preconceitos e estigmas; para o apoio aos profissionais de saúde em sua atuação e prática da educação permanente; e, em especial para capacitação dos discentes, preparando-os para o cuidado prestado ao indivíduo, família e comunidade de forma multi e interdisciplinar, sistemático, equitativo, humanizado e holístico, fazendo-os entender a complexidade do processo saúde-doença na prática dentro da comunidade, vivenciando plenamente o que é ser um profissional da saúde comprometido com as suas atividades laborais em prol de uma sociedade mais saudável física e mentalmente.

CENTROS DE CONVIVÊNCIA EM SAÚDE MENTAL: “CRIANDO OUTRAS CULTURAS”

Camila Donnola Vasconcellos, Francisco Verani Protásio, Petrônio Ornellas, Josiane Dantas

Palavras-chave: saúde mental, centro de convivência, atenção integral à saúde, cultura

O presente trabalho aborda o funcionamento do Centro de Convivência Oficinas Integradas, do município de Niterói – RJ, em sua esfera de ação na cultura. Partimos do pressuposto que a intervenção na cultura é central para a atenção psicossocial em pelo menos dois aspectos: de um lado, é parte da clínica dos usuários, permitindo que eles tenham novos interesses e novas

perspectivas que não se restringem à doença e ao adoecimento. Por outro lado, a ação do Centro de Convivência pode representar uma intervenção potente no espaço da cidade, transformando o olhar que se tem sobre a loucura. O serviço é herdeiro do projeto Oficinas Integradas, que ocorria dentro do Hospital Psiquiátrico de Jurujuba e atendia, sobretudo com a realização de oficinas, os usuários em situação de internação e aqueles contemplados pelo ambulatório que funciona dentro do hospital. A partir de 2012, a coordenação de Saúde Mental de Niterói entendeu que o trabalho precisaria sofrer alterações para estar melhor adequado às diretrizes da política de saúde mental em construção no município. Nesse redirecionamento do trabalho, o serviço se adequa à portaria 396/2005, que afirma que os Centros de Convivência e Cultura são “dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade”. A mudança, com a saída do espaço do Hospital Psiquiátrico, transforma também o foco do trabalho da equipe, que deixa de ser oferecer oficinas e atividades terapêuticas exclusivas, passa, então, a estar voltado para a formação de parcerias na cidade, com ateliês, centros de arte e de cultura. A partir desse momento, abrange os usuários de toda a rede de saúde mental de Niterói, e qualquer outra pessoa que procure o serviço é inserida nas atividades regulares, em grupos que não são exclusivos da saúde mental e nem têm objetivos terapêuticos em si mesmos. O eixo central do trabalho é menos o fazer como ele se apresenta no modelo de oficinas terapêuticas e mais o transformar no sentido de realizar atividades que tragam efeitos para os usuários, mas que também marquem a cidade de alguma forma. Isso significa que as atividades, que ocorrem

em dispositivos culturais da cidade, são negociadas, a cada oportunidade que surge. Atualmente, realizamos uma reunião como eixo central das atividades culturais. O grupo chamou de “Arte e Expressão à Vista” esse encontro regular, que ocorre às terças-feiras, uma semana dentro do espaço do Centro de Convivência e na outra em algum dispositivo cultural da cidade, a partir de contato prévio. Sempre que possível, verificamos a possibilidade de realizarmos uma conversa com alguém da instituição para abordar os assuntos do interesse do grupo. Os locais de visita e encontro são decididos coletivamente em função de sugestões da equipe e dos usuários. A partir do grupo também são acolhidos os pedidos de inserção em atividades como desenho e pintura, em parceria com ateliês da cidade. São informadas as atividades da semana, as regulares – de música e esportes – e as específicas – saídas noturnas a shows, teatro, saraus de poesia e passeios aos sábados. Nossa intervenção se estende a cada novo curso, grupo ou oficina, cada teatro que o Centro de Convivência frequenta, cada passeio que é organizado, sempre pensando que em alguns casos, os usuários podem ir sozinhos ou acompanhados de suas famílias e que nosso trabalho se restringe a viabilizar essa ida, sem a necessidade de nossa presença física no momento de realização da atividade. A cada novo contato que realizamos, apresentamos nosso público, não pelo que marca sua diferença, mas pelo que temos em comum: interesses culturais, curiosidade, preferências. Com esse ponto de partida, as diferenças, que podem parecer imensas, são diminuídas. Na prática, eles participam ativamente de passeios, cursos, visitas, idas a apresentações e de outras atividades que cada um se interessar. Sempre em grupos pequenos, em uma estratégia de “infiltração” na cidade, como foi dito pelo diretor de um dos museus que frequentamos. A cidade vai se habituando

a essa presença ainda incomum: pessoas às vezes com a aparência diferente, com roupas simples, que não estão acostumadas à rotina de um teatro e fazem perguntas nem sempre fáceis de serem respondidas. Construímos, assim, nossas intervenções, a partir de participações delicadas na cidade, com o objetivo de criar para nossos usuários maiores e melhores possibilidades expressivas, e intervir na cidade como espaço de ocupação, trazendo uma sensibilidade maior à diferença, um acolhimento ao inabitual. Um momento crucial e que exibiu com clareza os efeitos do nosso trabalho, foi uma roda de conversa que realizamos com artistas e em que cada um se apresentou. A primeira usuária a falar, afirmou “sou artista e usuária do Centro de Convivência”. A partir dela, os outros usuários, ainda tímidos, também faziam menção a sua participação nas atividades culturais do Centro de Convivência. A possibilidade de descolar a existência dessas pessoas do adoecimento apresenta-se como um ponto central de nossa atuação. Por outro lado, receber convites para frequentar atividades na cidade, ser reconhecido como local de referência para a circulação na cultura tanto pelos usuários quanto pelos equipamentos culturais, coloca-nos em outro lugar como espaço de tratamento. A própria noção de tratamento foi ampliada, não se trata somente de internar, medicar e cuidar do sofrimento dos usuários, mas também de garantir aquilo que é da ordem da saúde, de produtivo e de possibilidade expressiva para essas pessoas. O Centro de Convivência é um projeto que precisa estar constantemente em construção, seja porque ainda estamos iniciando em nossa compreensão do que ele pode representar no cuidado dos usuários, seja porque a cidade está em transformação em sua interface com a diferença. Esperamos que em breve os próprios usuários procurem os dispositivos para visitá-los sem nossa

mediação e que os profissionais possam recebê-los independentemente de nossa presença. Consideramos que o cuidado com a saúde, a partir do entendimento de uma clínica ampliada, precisa ocupar um lugar central na prática de trabalho da saúde mental, colaborando com a potencialização de outros aspectos da vida dos usuários.

CERTIFICAÇÃO DA EQUIPE COMO ESTÍMULO AO CUMPRIMENTO DE META DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL DA REDE PÚBLICA EM PORTO ALEGRE

Rosana Claudia Mirandola, Vanessa Brentano, Adriana Biondo da Silva, Elenara Oliveira Ribas

Palavras-chave: Programa Nacional de Segurança do Paciente, Protocolo de Identificação do Paciente, reconhecimento de equipe

APRESENTAÇÃO: O Ministério da Saúde lançou em 2013 o Programa Nacional de Segurança do Paciente, tornando obrigatório nos serviços de saúde a implantação de protocolos de básicos de segurança do paciente. Entre esses protocolos está o Protocolo de Identificação do Paciente. A identificação do paciente é prática indispensável para garantir a segurança do paciente em qualquer ambiente de assistência à saúde, tendo como principais finalidades determinar com segurança o indivíduo como sendo o legítimo receptor do tratamento ou procedimento e assegurar que o procedimento a ser executado é efetivamente aquele que o paciente necessita. A ausência de mecanismos efetivos de identificação de pacientes é causa básica frequentemente relacionada ao desenvolvimento de eventos adversos em hospitais. Falhas na identificação do paciente podem resultar em erros de medicação, erros durante a transfusão de

hemocomponentes, em testes diagnósticos, realização de procedimentos em pacientes errados e/ou locais errados, entrega de bebês às famílias erradas, entre outros. O protocolo de identificação do paciente prevê que a mesma deve ser realizada através de mecanismos como pulseiras de identificação ou placa nos leitos, sendo fundamental a vigilância e utilização de indicadores para acompanhamento do processo. O objetivo deste trabalho é descrever o processo de estímulo ao cumprimento institucional da meta de Identificação do Paciente em um hospital da rede pública. Desenvolvimento do trabalho O trabalho é desenvolvido no Hospital Cristo Redentor, integrante do Grupo Hospitalar Conceição. Situado em Porto Alegre, RS, o mesmo é conhecido como pronto socorro da Zona Norte da capital, conta com 264 leitos, e seu atendimento é exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. O hospital possui um Núcleo de Segurança do Paciente, responsável pela elaboração, divulgação e acompanhamento dos protocolos de segurança do paciente. As ações de segurança do paciente fazem parte do planejamento estratégico institucional, sendo que a correta identificação do paciente é uma meta gerencial no hospital. No ano de 2015 a mesma foi estipulada em 95%. Para verificação do cumprimento da meta de identificação, mensalmente são realizadas vigilâncias de identificação em todo hospital por representantes do Núcleo de Segurança do Paciente. São considerados pacientes corretamente identificados àqueles que possuem pulseira ou placa legível, visível e com dados corretos. Com o objetivo de reconhecer o comprometimento das equipes em manter os pacientes com a identificação correta, além de continuar estimulando o cumprimento da meta, os gestores do hospital, juntamente com o Núcleo de Segurança do Paciente, entregam mensalmente um certificado simbólico às unidades que atingem a meta estipulada. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: No primeiro

mês de premiação quatro equipes foram certificadas. A partir de então, percebeu-se uma disputa positiva entre as equipes, sendo que nos meses seguintes houve um crescimento no número de equipes que atingiram a meta. Pode se perceber que as mesmas ficaram bastante estimuladas, uma vez que a entrega dos certificados foi realizada pelos gestores do hospital, reconhecendo que o trabalho das equipes são importantes e que os resultados estão sendo visualizados pela direção. Embora tenhamos uma crescente no número de equipes que atingem a meta, ainda notamos, por vezes, que o cumprimento da rotina se faz principalmente para esse fim. Entendemos que a entrega desses certificados, com a participação da direção do hospital, aliado aos treinamentos que são realizados sobre a importância do processo de identificação têm mudado o comportamento e a cultura dos profissionais de saúde na priorização da segurança como foco do resultado. CONSIDERAÇÕES FINAIS. Apesar das dificuldades e desafios enfrentados pelo Núcleo de Segurança do Paciente de incorporação de rotinas relacionadas aos protocolos de segurança do paciente, a experiência em certificar as unidades que atingem a meta de identificação têm tido êxito. Percebeu-se um maior envolvimento das equipes em manter a meta e conseqüentemente processos mais seguros relacionados à correta identificação do paciente.

COMITÊ INTERSETORIAL DE COMBATE A DENGUE: FÓRUM PARTICIPATIVO E DEMOCRÁTICO

Wagner Valentim de Alao, Cláudia Márcia Osório Xavier de Almeida, Maria da Conceição Faria Stern

Palavras-chave: Participação, democrático, promoção em saúde

Apresentação: A regional norte do município de Niterói/RJ devido a sua densidade demográfica e geografia se divide em dois territórios. A Policlínica Regional Dr. Guilherme Taylor March (PRGTM) tem uma população na sua área de abrangência de aproximadamente 77 mil habitantes, e a sua responsabilidade sanitária abarca os bairros Fonseca, Caramujo, Cubango e Viçoso Jardim. Para isso a PRGTM criou um fórum de discussão que foi nomeado CICD Intersectorial de Combate à Dengue (CICD). O CICD têm seus esforços voltados à luta por uma qualidade de vida melhor na comunidade na qual se encontra inserido, pois em conjunto, o poder público e aliados podem realizar mais melhorias, tendo em vista que a responsabilidade pelo bem-estar comum não é apenas uma preocupação do poder público, e sim de todos. A qualidade de vida que intentamos melhorar com a realização dos encontros do CICD primeiramente estavam objetivando o controle e redução dos casos de dengue, e com o decorrer dos encontros os problemas foram se multiplicando. A experiência tem sido muito enriquecedora, se observarmos o quanto um acrescenta ao outro com os seus pontos de vista que se complementam, pois os problemas não são independentes, acabam sendo todos conectados. O funcionamento tem sido satisfatório e gratificante, pois com a diversidade de pensamentos dos líderes comunitários, das Organizações Governamentais, das Organizações Não Governamentais que participam, acabam por desenvolver um ângulo de observação e compreensão bastante singular de tudo o que se passa pela nossa área de atuação. Assim, procura-se encontrar uma solução que contemple as necessidades de todos ou os problemas mais urgentes e que não privilegiem um ou outro, mas a coletividade que norteia a essência do CICD. Desenvolvimento do trabalho: As reuniões do CICD tiveram o seu início no final do ano de 2007 e permanecendo até

o momento sem interrupção. Os encontros do CICD acontecem uma vez ao mês, no momento inicial sempre realizam uma revisão da pauta dos encontros anteriores e também se repassam informações coletadas a respeito das ações realizadas em locais pré-determinados de acordo com as estatísticas apresentadas informando as áreas que precisam de uma atenção mais focada, após este momento, realiza-se a apresentação dos componentes presentes, pois pode ser que haja um integrante novo que não conheça os presentes e assim o inserimos ao grupo. Depois da apresentação feita, faz-se os informes e começa a reunião expondo os tópicos da pauta para abrir espaço para deliberação e desenvolvimento de estratégias para a implantação das ações de promoção em saúde. Resultados: A partir do final do ano de 2007 até o presente momento realizamos um total de 85 encontros do CICD e 26 ações de campo de promoção em saúde contando com 12 organizações governamentais, porém, nem todas estavam participando ao mesmo tempo nas ações. Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Fundação Municipal de Saúde (Centro de Controle de Zoonoses, Programa Médico de Família, PRGTM), Fundação Municipal de Educação (NAI – Núcleo de Ações Integradas), Companhia de Limpeza de Niterói (CLIN), Universidade Federal Fluminense (UFF), Secretaria Regional do Fonseca, Companhia Águas de Niterói, Empresa Municipal de Moradia, Urbanização e Moradia (EMUSA), Guarda Municipal de Niterói, Guarda Ambiental, Defesa Civil, Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro (PMERJ). No entanto, devemos ressaltar que a EMUSA, Guarda Municipal e Florestal de Niterói, Defesa Civil e a PMERJ não participam tão frequentemente dos encontros. Ressaltamos que a unidade de saúde com a responsabilidade sanitária pela localidade participava em conjunto com CCZ e a equipe da CLIN. As associações de

moradores que participaram das atividades acompanhando os integrantes da operação de campo foram: Associação de Moradores da Palmeira, Associação de Moradores de Teixeira de Freitas, Associação de Moradores do Rio, Associação de Moradores do Bomfim, Associação de Moradores do Morro São Geraldo/Bernardino, Associação de Moradores do Juca Branco, Associação de Moradores do Caramujo, Associação de Moradores da Vila Ipiranga, Associação de Moradores do Santo Cristo/Coréia, Associação de Moradores da José Leomil, Associação de Moradores da Bezerra de Menezes, Associação de Moradores da Castro Alves, Associação de Moradores da Cova da Onça, Associação de Moradores do Buraco do Juca, Associação de Moradores do Morro do Pimba, Associação de Moradores do Morro do Bumba, Associação de Moradores do Rala Coco, Associação de Moradores do Morro do Eucalipto, As novidades que podemos compartilhar é a implantação da rede de água encanada para a comunidade Bezerra de Menezes depois de muitos esforços junto à Prefeitura Municipal de Niterói e à Companhia Águas de Niterói. O apoio socioassistencial das ONGs da regional é crucial na mobilização da população do território são elas: Instituto de Desenvolvimento da Educação, Instituto Dr. March/ Creche Comunitária Dr. March, Pastoral da Criança, Sociedade Beneficente Sagrada Família, Instituições religiosas: Igrejas Católicas e Protestantes, Instituições Espíritas e Espiritualistas. Os desafios para o desenvolvimento são muitos, no entanto, apresentaremos apenas os mais presentes. A dificuldade de comunicação entre os integrantes complica um pouco um espaço harmonioso, mas no geral, não é um desafio complexo de superar, enfrentamos também problemas relacionados à segurança pública, muitas vezes certas ações não podem ser realizadas ou mesmo precisam ser suspensas de forma abrupta devido à

interrupção do tráfico, seja por confronto com a polícia ou por acreditarem que entre algum componente do CICD presente na ação seja um policial infiltrado. Além da segurança pública, tenta-se de superar o desafio da falta de insumos básicos para a realização de maior número de projetos e atividades que possam facilitar o trabalho do CICD. Outro desafio é fazer com que o comércio local participe mais das atividades, ou mesmo que sejam mais atuantes de alguma outra forma. O fator clima é um desafio muito grande, pois este não há como controlarmos e o relevo da localidade não facilita o trabalho por ser composto por uma sensível quantidade de comunidades nas encostas. Considerações Finais: O CICD em suas reuniões também sustenta a ideia da implantação de novos módulos do Programa Médico de Família na área, pois assim haveria uma diminuição na sobrecarga de atendimentos na atenção básica da PRGTM permitindo assim que o local possa atender de forma mais eficaz as suas funções como um local de atenção secundária de saúde com as suas especialidades. São realizadas oficinas nas escolas da região promovendo educação e promoção em saúde pública e preventiva no primeiro e segundo ciclo do ensino fundamental criando multiplicadores das informações e também cidadãos mais conscientes e o objetivo é ampliar ainda mais pois já contamos com a participação de médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, técnicos de higiene bucal, assistentes sociais e almejamos a participação de profissionais que possam trabalhar futuramente nas oficinas com saúde ambiental. O papel do CICD que inicialmente era operacional evoluiu a ponto de ter uma representatividade política na regional norte do município apontando as necessidades da área e reportando essas demandas aos órgãos competentes.

COMO EDUCAR O CORPO? ARTICULAÇÃO COM AS HUMANIDADES PARA SUPERAR AS CARÊNCIAS DO MITO DA POSTURA CORRETA NA EDUCAÇÃO POSTURAL

Thatiane Lopes Valentim Di Paschoale Ostolin, Fernanda Flávia Cockell, Vinicius Demarchi Silva Terra

Palavras-chave: Saúde Escolar, Saúde da Criança, Fisioterapia

APRESENTAÇÃO: Modelado pelo contexto sociocultural em suas representações e discursos, o corpo surge como a relação indivíduo e sociedade, sendo abordado, sobretudo, como material disponível e moldável. Nesta direção, buscar os registros deixados nos corpos é um meio de apreender a historicidade destas concepções, permitindo uma compreensão mais crítica e reflexiva do presente. Diante disso, a escola abre-se como local de encontro entre saúde e educação. Quando inserida numa linha do tempo, a priori, era um espaço de propagação de civildade e higiene, sendo, posteriormente, vista como campo para promoção de saúde. Com a introdução do conceito da pedagogia dos corpos retos, o endireitamento, ortopédico e moral, dos corpos denotou um período de transformação dos discursos sobre a educação do corpo, evidenciado pela retidão das posturas e também dos comportamentos. Até então concebida como “fábrica de deformidades”, a escola transformou-se de cenário de fadiga, lesões e deformações em espaço estratégico para propagação da higiene. Dessa maneira, o movimento de Higiene Escolar caracterizava-se pela fabricação do corpo escolar hígido e bem conformado através de discursos normativos e prescritivos. Tais discursos ainda permanecem em vigor na área da saúde quando se trata a postura e o próprio corpo sob a ótica da docilização e

disciplinarização, de modo que é sabido que ações de educação postural costumam se amparar no mito da postura correta, realizando ações prescritivas com normatização dos sujeitos e desconsiderando a relevância da produção de sentidos e significados que condicionam, negociam, resistem ou subvertem corpos e posturas nesta lógica. Entendendo que os problemas posturais nas crianças não se resolvem apenas pela prescrição de normas, cabe aos profissionais de saúde empoderar os sujeitos, desde a tenra infância para perceberem o próprio corpo, seus limites físicos, desconfortos causados pela manutenção prolongada de uma mesma postura, além de apontar o brincar como ferramenta de transformação e a escola como cenário ideal para a produção de saúde. Partindo da necessidade de problematizar as implicações do contexto social e das mudanças contemporâneas do brincar na comunidade do Morro Nova Cintra em Santos-SP, surgiu a ideia de utilizá-lo em associação à ontologia do domínio de movimento do campo das artes como pano de fundo do desenvolvimento de ações de orientação e educação postural. O propósito foi investigar metodologias de Educação Postural voltadas para crianças a partir das singularidades do brincar observadas no contexto escolar da comunidade.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O Programa de Educação Postural consistiu na realização de cinco encontros de práticas corporais com sessenta crianças de cinco e seis anos, visando promover a educação postural por meio da brincadeira, possibilitando o empoderamento dos sujeitos e adoção de hábitos posturais mais favoráveis à saúde e proporcionando maior atenção ao cuidado com a postura e educação através do movimento, do toque e do reconhecimento do próprio corpo. A periodicidade foi semanal, estabelecida mediante autorização prévia dos pais,

direção e verbalização das crianças demonstrando interesse em participar. Com duração de quarenta a sessenta minutos, foram propostas atividades que permitiram experimentar e pensar sobre o funcionamento do corpo, tendo como finalidade estimular uma cultura de valorização e ressignificação posturais, favorecendo reflexão crítica sobre sua importância na qualidade de vida e bem-estar. À cultura local, foram conciliados conhecimentos sobre práticas corporais alternativas/complementares e treino de mecânica corporal. As brincadeiras vivenciadas foram: pega, mímica, corda, cama de gato e parque, cuja escolha foi feita através da análise de observações no território. Para tanto, os encontros apresentaram cinco momentos, definidos para esta pesquisa, em função de se demonstrarem, mediante leitura bibliográfica, como determinantes nocivos ao aparecimento de dores musculoesqueléticas e predisposição de lombalgia: Ação, Transição, Amplitude, Permanência e Conversa. Os encontros tiveram como temas, respectivamente, Espaço, Tempo, Peso, Fluência e Sentidos. Estas categorias, com exceção dos Sentidos, estiveram submetidas às concepções de Laban, o qual trata o corpo como instrumento de expressão e traz estas variáveis como fatores de movimentos, cuja graduação gera múltiplas atitudes corporais na experiência do movimento. O objetivo educativo com estas categorias é possibilitar um estudo da ação como resultante de esforço, movimento e atitude, integrando o físico, o intelectual e emocional. Impactos: Observou-se que os encontros proporcionaram ampliação da compreensão de consciência corporal e do uso de práticas corporais com fins terapêuticos. Tal associação com fazer lúdico das crianças do morro promoveu reflexão sobre as possibilidades de eficácia e implementação do programa no cotidiano

da comunidade. O programa favoreceu o entendimento das relações entre emoções e postura, estados de tensão muscular, variações de amplitude, permanência prolongada e desconforto. Com participação ativa das crianças, a gestão do brincar emergiu como ferramenta de preservação e cuidado de si. Jogos de teatro e vertigem marcaram posturas libertárias e políticas no brincar ganhando o chão e desafiando o parque. Espontâneos, demonstraram a busca por espaço isolado da coerção e disciplinarização, expressando discurso pela vida e intensificando sensações e percepções esmaecidas e anestesiadas pela rotina escolar. Embora a experiência subjetiva do corpo não seja evidenciada, a importância da discussão sobre a construção de sentidos e valores sobre este se reafirma, à medida que apreender seu uso no discurso científico é fundamental para a formação profissional na área da saúde. Ao não compreender a implicação desta historicidade na atuação em saúde, incorre-se em práticas reducionistas e pouco contundentes. Articulado com o dinamismo do campo, a aproximação às práticas corporais, entendidas enquanto manifestações culturais espontâneas potencializa a iniciativa ao trabalhar os sentidos e significados que se constroem continuamente no estabelecer das relações estéticas, éticas e políticas no território e reafirma a relevância da contextualização sociocultural da postura para experiência da educação postural, em detrimento de um pretensioso aprendizado teórico-prático fragmentado e prescritivo, que ainda vê o corpo como máquina e dicotomizando-o da mente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O brincar na escola pode atuar no sentido de produção de saúde, a despeito de sua importância no desenvolvimento infantil já amplamente descrita na literatura. Enquanto qualificador de vida e felicidade é capaz de relativizar a vulnerabilidade social na infância e servir de

cenário para ações em saúde. É preciso ter mais cautela ao tratar de ações interdisciplinares na escola, tanto no referencial teórico quanto na abordagem dos sujeitos, de modo que para superar a prescrição e a normatização ainda há muitas lacunas a serem preenchidas. Ao introduzir na discussão o lugar do agente social e histórico, inseriu-se uma visão ampliada de corpo, mostrando, por intermédio de atividades lúdicas, que é possível as crianças absorverem formas corporais e posturais sem necessidade de imposição de normas ou prescrição de hábitos. Diante do exposto, a apreensão da postura corporal feita ainda na infância e de maneira continuada proporciona a formação de uma consciência da própria postura e favorece que esta noção acompanhe o indivíduo por toda a vida. São necessárias mais iniciativas para que se possam considerar novas perspectivas no campo de atuação. Contudo, quando se trata de postura é preciso vê-la não somente em seus aspectos biomecânicos, rompendo com os paradigmas existentes e atuando a partir da produção de sentidos sobre o corpo e o movimento ao proporcionar experiências corporais consistentes e coerentes para a população em destaque, além de valorizar as composições resultantes dos encontros do coletivo.

CONSULTÓRIO NA RUA: ACESSO E BARREIRA NO TRATAMENTO DE TB

Camila Donnola Vasconcellos, Flávia Fasciotti Macedo Azevedo, Marcela Magalhães Ferreira de Castro Monteiro

Palavras-chave: Consultório na Rua, Sistema Único de Saúde, universalidade, tuberculose

Buscamos apresentar os resultados preliminares da primeira fase da pesquisa "Acessibilidade no tratamento da Tuberculose em usuários de álcool e

drogas em situação de rua” em seu viés qualitativo. Foram realizados grupos focais com as equipes de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro em funcionamento entre outubro e dezembro de 2014. Os Consultórios na Ruas são a estratégia construída no âmbito do Sistema Único de Saúde brasileiro para oferecer cuidados de saúde primários e secundários às pessoas em situação de rua regulados pela portaria 122, de 25 de janeiro de 2011. No momento em que a primeira fase da pesquisa foi realizada, cinco Consultórios na Rua estavam atuando com a população em situação de rua no município: duas equipes no Centro da Cidade (AP 1.0) e uma equipe em três outros bairros: Jacarezinho (AP 3.1), Manguinhos (AP 3.2) e Antares (AP 5.3). Cada área com características geográficas e populacionais específicas. Em comum, um alto índice de abandono do tratamento de TB entre seus usuários. A realização dos grupos focais teve como objetivo elaborar uma perspectiva inicial das impressões dos profissionais das equipes sobre o trabalho cotidiano, o projeto de Consultórios na Rua e o cuidado aos usuários com quadro de Tuberculose, particularmente aqueles com histórico de uso de álcool e drogas, diante do índice de abandono. A partir dos grupos focais foi possível recolher e observar falas relativas aos cuidados oferecidos e às formas como a população-alvo é percebida pelos membros das equipes. Com isso, propomos reflexões iniciais sobre a assistência prestada nos Consultórios na Rua pesquisados, seus desdobramentos em acessos e barreiras para os usuários do SUS e indicações para a segunda fase da pesquisa.

CONTRIBUIÇÃO DO ESTÁGIO CURRICULAR EM CENTRO CIRÚRGICO E CENTRAL DE MATERIAIS E ESTERILIZAÇÃO NA FORMAÇÃO ACADÊMICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Caroline Lima Vasconcelos, Maria Margarette Oliveira Andrade, Jéssica Freire Rangel, Petra Kelly Rabelo de Sousa

Palavras-chave: Enfermagem, Centro de Material Esterilizado, Centro Cirúrgico

APRESENTAÇÃO: O Centro Cirúrgico visa atender a resolução de intercorrências cirúrgicas, por meio da ação de uma equipe integrada. Considerando-se o elevado número de procedimentos realizados e a complexidade da unidade, o papel do enfermeiro exige, além do conhecimento científico, responsabilidade, habilidade técnica e estabilidade emocional. Organizar o processo de cuidar, coordenar e controlar o trabalho da equipe de enfermagem e as atividades que a unidade mantém com outras seções do hospital e garantir uma assistência completa ao paciente são finalidades do trabalho do enfermeiro em Centro Cirúrgico. A presença desse profissional se torna indispensável em praticamente todas as situações, desde a parte burocrática de organização do setor até a funcionalidade e esclarecimentos e orientações gerais tanto para o paciente quanto para os acompanhantes. Já a Central de Material e Esterilização (CME) é uma unidade de apoio técnico dentro do estabelecimento de saúde destinado a receber material considerado sujo e contaminado, sendo sua função descontaminá-los, prepará-los e esterilizá-los e armazenar esses artigos para futura distribuição, controlando assim, a infecção hospitalar (IH). Nesse sentido, as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro da CME estão incluídas no cuidado de enfermagem e de saúde e pode ser considerado cuidado indireto, observado na organização do ambiente de saúde e na garantia da qualidade e segurança aos procedimentos de intervenção, por meio do processamento adequado dos materiais. A função do enfermeiro tem início na fase de planejamento da unidade, cabendo-

lhe a escolha adequada tanto de recursos materiais quanto humanos, bem como a seleção e o treinamento de pessoas levando-se em conta o perfil do setor, além de ser o responsável por atividades de coordenação, orientação e supervisão de todas as etapas do reprocessamento dos produtos e estabelecimento de interfaces com as unidades consumidoras. Diante disso, é essencial a inserção de estudantes de enfermagem nessas unidades, a fim de que conheçam e vivenciem a prática assistencial e administrativa da especialidade, o que pode contribuir para uma formação mais completa e qualificada. Assim, este trabalho objetivou relatar as experiências vivenciadas no Centro Cirúrgico e na Central de Material e Esterilização pelas acadêmicas de Enfermagem do 5º semestre da Universidade Estadual do Ceará, durante a disciplina de Enfermagem em Perioperatório e CME. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um relato de experiência vivenciada durante o estágio curricular da disciplina de Enfermagem em Perioperatório e CME, no Centro cirúrgico e na Central de Material e Esterilização de um Hospital terciário de Fortaleza, que teve como supervisoras as docentes da disciplina, no período de 28 a 04 de agosto do ano de 2015. Durante o estágio tivemos a oportunidade de observar a rotina das unidades nos primeiros dias e, posteriormente, fomos direcionadas para as diferentes funções das unidades, nas quais pudemos realizar os trabalhos junto aos profissionais. Foi uma imersão de um turno em cada função, que nos proporcionou o desenvolvimento de habilidades e competências durante a execução das tarefas, além de nos incentivar a colocar em prática o conhecimento adquirido em sala de aula. **RESULTADOS E IMPACTOS:** A CME do hospital em questão é referência no Estado por possuir tecnologias modernas que realizam a esterilização de materiais por diversos métodos, como o método à

vapor e o à baixa temperatura. Esta referida unidade recebeu em 2010 a certificação de padrão ouro na esterilização, pela excelência das etapas do processo. Esta, concedida pela 3M do Brasil, baseia-se nos padrões internacionais e tem o objetivo de reconhecer e disseminar as melhores práticas em monitoramento de esterilização. Tivemos a oportunidade de acompanhar todas as etapas do processo e participar diretamente em algumas delas, tais como a produção de embalagens e pacotes de diversos materiais, inclusive a montagem de bandejas cirúrgicas, de acordo com o tipo de cirurgia. Isto nos instigou a colocar em prática o conhecimento prévio, proporcionado pelas aulas teóricas, e nos fez perceber a grande responsabilidade e o grau de comprometimento dos profissionais com a instituição de saúde e com o cliente. Vimos que a enfermeira do setor, por ser a maior responsável, era também muito atarefada e, por muitas vezes, presenciamos a rotina intensa dessa profissional. O setor é bem dinâmico e precisa de uma grande mão de obra, pois envolve desde a recepção do material contaminado até a distribuição para todas as unidades do hospital, dentre estas, principalmente o CC, que é a maior unidade consumidora. Esta unidade é destinada à realização do procedimento cirúrgico e deve estar sempre provida de materiais e equipamentos em perfeitas condições de uso, a fim de atender a qualquer situação de emergência. No CC o cliente é admitido e previamente preparado para o ato cirúrgico, sendo acompanhado em todas as etapas deste procedimento e também na recuperação pós-anestésica. A cirurgia altera a homeostase do organismo, o equilíbrio hidroeletrólítico, os sinais vitais e a temperatura do corpo. Por isso, independentemente do tempo cirúrgico, o risco de complicações pós-operatórias está presente em toda intervenção. Tivemos a oportunidade de acompanhar

algumas cirurgias de grande porte, a saber: hepatectomia radical e retirada de aneurisma e acompanhamos o trabalho dos enfermeiros responsáveis no acompanhamento da cirurgia e na preparação das salas cirúrgicas e pelo setor como um todo. Essas vivências foram importantes, pois nos aproximaram das funções exercidas pelo enfermeiro em Perioperatório e CME; desse modo, nosso embasamento teórico foi ratificado com as experiências do estágio. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O estágio representou uma grande oportunidade de conhecermos a atuação do enfermeiro em Perioperatório e também contribuiu para a solidificação do conhecimento adquirido em sala de aula, sendo indispensável à existência deste na grade curricular e na lapidação da formação acadêmica. Percebemos a grande importância do enfermeiro em todas as etapas do processo e também a grande responsabilidade para que não houvesse nenhuma falha no processo. Concluímos que a enfermagem é essencial no período Perioperatório, desde a supervisão na Central de Material e Esterilização, cujos materiais influenciam totalmente no sucesso do ato cirúrgico e na recuperação do paciente, às intervenções no pré, trans e pós-operatório, sendo sua atuação indispensável para a promoção de cirurgias seguras e, conseqüentemente, de segurança e qualidade da assistência prestada aos pacientes e seus acompanhantes, promovendo conforto, segurança e redução da ansiedade.

CONTRIBUIÇÕES E IMPLICAÇÕES DO PROJETO VER-SUS NO CARIRI, CEARÁ

Lucas Alves da Costa, Antonio Cleano Mesquita Vasconcelos

Palavras-chave: Educação em Saúde, Território, SUS

INTRODUÇÃO: Apesar dos avanços, observa-se que a formação em saúde ainda não permite que haja uma forte aproximação dos acadêmicos com a realidade dos serviços de saúde, o que pode limitar futuramente a atuação profissional. Diante disso, surge o projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) com o propósito de agregar valores à formação acadêmica mediante a inserção de acadêmicos de diversos cursos de graduação da saúde na realidade do SUS. O VER-SUS consiste em um projeto que promove a completa imersão no Sistema Único de Saúde (SUS) na busca por agregar valores e raciocínio crítico da realidade dos serviços de saúde, melhor compreensão da influência dos determinantes sociais em saúde, estímulo a participação em movimentos sociais, dentre outros aspectos. Ele é realizado considerando as características do território, tais como a realidade nos serviços de saúde e a cultura local. Assim, a região do Cariri no Ceará, é conhecida principalmente por ser a capital da cultura cearense e efervescência artística, além de um forte turismo religioso. A cultura preserva diversos aspectos históricos da construção desse território sendo um dos principais pólos religiosos do país, determinando o município de Juazeiro do Norte como ponto de visitação de fiéis por se tratar da terra do Padre Cícero Romão, símbolo da cultura popular considerado santo por seus milhares de devotos. Dessa forma, as ações nos serviços de saúde devem considerar a fé dos indivíduos como um componente determinante para o tratamento e prevenção de muitas patologias. Ademais, o serviço de saúde deve considerar a peregrinação de grande número de romeiros que muitas vezes, chegam adoentados e necessitando de atendimento médico. Diante desse contexto, este trabalho tem como objetivo descrever vivências obtidas no projeto

VER-SUS no Cariri, contemplando três cidades: Juazeiro do Norte, Barbalha e Crato, além disso identificar implicações e contribuições do projeto para formação em saúde. **MÉTODOS:** Trata-se de um relato de experiências vividas no projeto VER-SUS no Cariri, descritas por estudantes de cursos de graduação superior, especificamente nutrição, administração pública e educação física. A vivência ocorreu na região do Cariri, Ceará, nos municípios de Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha nos meses de julho e agosto de 2014. O projeto se configurou no formato de imersão total, desse modo, acadêmicos de diferentes cursos de graduação viveram intensamente o SUS durante 15 dias, onde os estudantes puderam conhecer diversos espaços do sistema de saúde nesse período, conhecendo os níveis de atenção à saúde, espaços informais de saúde e cultura, movimentos populares, controle social em saúde, dentre outros. Além das visitas nos espaços, haviam momentos de diálogos e discussões que sucediam as vivências como forma dos participantes expressarem seus questionamentos e implicações a respeito do que tiveram contato no território e também aprender com a fala do outro através de um diálogo ativo e colaborativo na compreensão das novas tecnologias em saúde e outros desafios na produção do bem-estar em saúde. **RESULTADOS:** As ações do projeto fogem à linha tecnicista, procedimental e teve uma abordagem mais crítica, reflexiva nas questões relacionadas à saúde. Assim, diversos valores foram agregados, havendo construção e desconstrução de conceitos inerentes a questões relacionadas à saúde. Pode-se observar que a cultura e a religiosidade da região constituem em um fator importantíssimo de influência nas ações de intervenção em saúde. Especificamente, a religiosidade se mostrou não apenas como uma maneira alternativa de cuidado, mas também como um fator determinante de afirmação de

pertencimento ao território e criação de laços de convivência, que repercutem diretamente nas ações de saúde pública da região. Entretanto há também agravos na saúde advindos de aspectos culturais tais como o machismo e conseqüentes índices elevados de violência contra mulher. Resultante disso há também fortes movimentos feministas que tentam sanar esse problema dentre buscando a proteção das mulheres e garantias dos direitos constitucionais. Sobre a atenção à saúde de modo geral, vimos que estruturalmente está razoavelmente bem, entretanto vimos muitas ações com enfoque no tratamento e pouca ênfase na promoção de saúde. Assim o projeto VER-SUS mostrou-se importante por promover um maior conhecimento dos serviços do sistema de saúde local, assim dando um parâmetro fidedigno de como se dá as relações de cuidado, e como ocorre o processo saúde-doença no território. Promoveu também maiores reflexões acerca das questões relacionadas à saúde tal como maior consciência política não somente sobre saúde como também sobre outras questões que podem influenciar na mesma, como privatizações, parceria público-privada, integração com outras áreas como educação e cultura, além das peculiaridades socioeconômicas do território. Outra contribuição importante foi o estímulo às militâncias dos movimentos sociais como estratégias para o alcance de objetivos comuns e de melhorias nos serviços de saúde, pois historicamente, foi essa forma de atuação frente aos problemas de saúde brasileiros e regional que construiu o SUS a partir do movimento sanitário no início do século passado. Talvez um dos maiores legados tenha sido a importância de um grupo, de se ver no grupo, de se reconhecer no outro. As ações sempre eram precedidas de diálogos, os quais agregavam conhecimentos através do saber do outro, contribuindo para formação em saúde, o que

futuramente poderá disparar ações de fato multiprofissionais. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi possível considerar que o projeto VER-SUS teve grandes contribuições na formação acadêmica, gerando reflexões diferenciadas, agregando valores incontestáveis. Foi proveitoso tanto para os acadêmicos que tiveram diante de si a realidade do sistema de saúde no Cariri, tanto para esse território, o qual terá futuramente profissionais formados através dessas vivências, com maiores conhecimentos e visão crítica da realidade dessa região. Apesar de ser um projeto que tente amenizar lacunas na formação acadêmica para saúde, revelou a necessidade de tais experiências durante a graduação, e tornou privilegiados aqueles que puderam participar. Assim é importante que haja continuidade do projeto nas universidades locais e demais instituições, proporcionando a (re) construção de um SUS efetivo e regionalizado, garantindo a equidade, integralidade e universalidade do sistema. **Palavras-Chave:** Educação em Saúde, Território, SUS Graduando em Nutrição pela Faculdade de Juazeiro do Norte - FJN Graduando em Educação Física pela Universidade do Vale do Acaraú-UVA Graduando em Administração Pública e Gestão Social pela Universidade Federal do Cariri-UFCA.

CUIDADO EM SAÚDE E REDUÇÃO DE DANOS NO CAPSAD: PROBLEMATIZANDO O USO DE MEDIDAS DISCIPLINARES E SUSPENSÕES

Rodrigo Alves Rodrigues, Leandro Dominguez Barretto, Laisa Caldas Fernandes, Lorena Neris Almeida, Ameline Fernandes Santos, Társila Oliveria Castro da Cruz, Larissa Jesus da Gloria, Katarina de Lima Fernandes, Jakercia Souza Mascarenhas da Silva

Palavras-chave: medidas disciplinares, cuidado em saúde, redução de danos

APRESENTAÇÃO: Esse relato busca problematizar as experiências vividas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad), a respeito do cuidado em saúde, da clínica psicossocial e da promoção de autonomia dos usuários, problematizando o uso de medidas disciplinares e suspensões como terapêutica de cuidado. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um CAPSad II localizado no município de Salvador /BA, que atende uma média de 40 usuários/dia. Conta com atividades de acolhimento (consulta clínica, formação de vínculo e escuta, abertura de prontuário, adscrição técnico de referência), psicoterapia individual, grupos de medicamentos, de família, alcoolismo, tabagismo, de medidas socioeducativas, oficinas de música, cinema, desenho e pintura, tecelagem, letramento, informática, relaxamento, inglês, aurículo-acunpuntura, plantões de acolhimento, reuniões de equipe e de discussão multiprofissional de PTS (projeto terapêutico singular), assembleia dos usuários, giro cultural, jogos esportivos, serviços de alimentação, atividades em campo no território, entre uma gama de atividades que tem como propósito a promoção do cuidado, da autonomia e a reinserção social dos usuários, por meio de atividades laborais e da arte. O CAPS assume o papel estratégico de organizador, sendo responsável pelo suporte à rede de atenção básica, pela prestação de atendimentos clínicos em regimes diários, evitando a internação em hospitais psiquiátricos. No entanto, o serviço ainda enfrenta algumas problemáticas no processo de trabalho, na relação entre profissionais e entre profissionais e usuários. De alguma forma, ainda pode se perceber uma reprodução de certas normas de controle e atitudes repressivas, imposições do saber médico e práticas que enfatizam a medicalização. Um hábito bastante naturalizado é trabalhar com aplicação de “medidas

disciplinares”, suspensões e controles no acesso. **RESULTADOS E IMPACTOS:** A equipe passa por um processo de rediscussão das relações de vínculo com os usuários e dos recursos utilizados em casos de crise ou indisciplina. Um recurso muito utilizado é a suspensão dos usuários do serviço, por certo período de tempo, e a adoção de “medidas disciplinares”. Verificou-se que as suspensões ocorriam principalmente tendo como justificativa os casos de agressão verbais por parte dos usuários com os profissionais de saúde ou com outros usuários. As adoções de certas medidas intensificaram alguns “conflitos” na relação equipe-usuários, ao associar-se a uma estrutura de co-gestão do serviço ainda em processo de construção, uma vez que os usuários têm pouco poder de decisão, até mesmo na assembleia dos usuários, além da dificuldade em conciliar problemas estruturais na oferta de alimentação com a demanda do serviço e com dificuldades para a organização da oferta por parte dos profissionais. Seguindo essa linha de raciocínio, alguns questionamentos foram sendo levantados: O que são de fato crises? Qual a diferença entre crise e indisciplina? Qual eram a sustentação teórica e conceitual da utilização de medidas disciplinares e suspensões enquanto recursos terapêuticos adotados em um serviço de saúde? A medida “suspensão” como recurso utilizado no manejo de certas situações de conflito com o paciente estavam sendo decididas e exercidas com sustentação terapêutica ou por um dispositivo de poder? Ao adotarmos uma medida de suspensão, como concebemos aqueles que cuidamos e qual o lugar atribuído a eles? De qual lugar o técnico ou terapeuta opera? Igualitarismo em uma instituição é possível? Quais funções e papeis os profissionais têm de assumir nesse contexto? Como lidar com as questões de hierarquia? Os usuários cobram da equipe uma posição firme, que relação de poder é essa? Como lidar com a violência

e como se instrumentalizar para isso? Analisando essas questões, percebe-se que onde existe resistência, existem relações de poder; e que nosso maior “cadeado” talvez seja a maneira de enxergar a vida do outro; pois é preciso se encontrar com o outro e para isso torna-se necessário não se colocar tão forte ou autoritário frente a esse outro, uma vez que a existência do outro pode terminar por passar despercebida; porém cabe observar que em alguns casos pode ser terapêutico não responder a uma demanda. Percebe-se que a valorização das relações de hierarquia e a reprodução cotidiana de pequenas disciplinas podem levar ao surgimento de agressões como mecanismos de resposta. Certas proibições, como a do uso de substâncias psicoativas no serviço, podem na prática ser apenas mais uma regra, para sujeitos sociais marginalizados de seus direitos e expostos a uma vida de transgressões, de quebra de disciplinas e não submissão a determinadas regras. A Reforma Psiquiátrica coloca como desafio para o CAPS ser uma instituição da desinstitucionalização e para isso, é fundamental superar a relação de poder verticalizada e a hierarquização do saber saúde. Colocar o usuário em outro lugar, em uma relação profissional-usuário horizontal e potencializadora de autocuidado, pode fazer com que ele assuma um local diferente nessa relação, intensificando os vínculos, a confiança e até mesmo, a pactuação de responsabilidades. Desse modo, podem ser rompidas tensões nessa relação “gato-rato” entre profissionais e usuários, construindo novas relações. Logo, verifica-se que não há um papel terapêutico na adoção de suspensões; além disso, se a saúde é um direito, um cidadão não pode ter o acesso negado a um serviço de saúde, apesar de a retirada do serviço poder ser uma forma de manejo em casos de crise, mesmo tendo ciência que a crise se trabalha fora dela, com o usuário já estável. As “medidas disciplinares” não são

um termo do campo da saúde, e sim do campo jurídico, mostrando o seu caráter de significativo histórico nas relações de poder. Esses são exemplos vivos de que a Reforma Psiquiátrica ainda está em curso, uma vez que é uma reforma dos lugares de poder na saúde mental. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Entre os principais desafios enfrentados estão a revisão cotidiana do conceito de saúde e o sentimento de despreparo, frustração ou insegurança da equipe de saúde em lidar com situações de crises e indisciplina e com a transgressão de regras por parte dos sujeitos usuários; em lidar com a proximidade do território, do tráfico e da violência, e em trabalhar com a aplicação de medidas socioeducativas com usuários infratores, encaminhados ao serviço pelo sistema judiciário. O desgaste dos profissionais de saúde, principalmente dos que está a mais tempo em serviço, na relação com os usuários e na reprodução de práticas, também é outro fator importante a ser considerado; as profissionais de saúde mulheres enfrentam cotidianamente a realidade de lidar com a reprodução de práticas machistas por parte de muitos homens usuários. Percebe-se também uma dificuldade dos profissionais em procurar soluções, devido ao medo da exposição de determinadas situações, que na verdade são frequentes em boa parte dos CAPS e serviços de saúde mental do país. O campo da saúde mental, principalmente na Redução de Danos, enfrenta diversas barreiras ideológicas, culturais, econômicas, jurídicas e políticas. Nesse contexto, apresenta uma característica muito peculiar, que é a ênfase na militância em serviço como “clínica”, ferramenta de produção do cuidado. Para promover mudanças no modelo de atenção à saúde, pondo fim a mercantilização e a medicalização e adotando um conceito ampliado de saúde na execução das práticas, é preciso atuar cotidianamente em serviço propondo alternativas.

DES’MEDIDA, PROGRAMA DE EXTENSÃO “DIREITOS HUMANOS E SAÚDE MENTAL: POR UM ACOMPANHAR NA REDE”, UFRGS

Miriam Thais Guterres Dias, Simone Mainieri Paulon, Vanessa Maria Panozzo Brandão, Paula Goldmeier, Pâmela Silva Braz, Guillermo Falavigna

Palavras-chave: direitos humanos, paciente judiciário, saúde mental, interdisciplinariedade, políticas públicas

O resumo visa apresentar e problematizar as interseções entre direito penal e saúde mental, a partir das experiências vivenciadas no Des’Medida, em uma perspectiva dos Direitos Humanos. Através de um olhar interdisciplinar, as ações do Programa propõem uma articulação intersetorial, bem como uma reflexão conjunta das áreas Psicologia, Serviço Social e Direito acerca dos estigmas estruturais das ciências junto ao “louco infrator”. O Movimento pela Reforma Psiquiátrica tem apontado a inconstitucionalidade da medida de segurança, pois sua aplicação fere os princípios da reserva legal e da proporcionalidade da pena. Um dos objetivos do Programa é assessorar o judiciário na aplicação e execução da sentença dos processos com indicativo de incidente de insanidade mental ou já sentenciado, oferecendo ao paciente judiciário condições singulares de acompanhamento que contribuam com sua inserção social. A trajetória de trabalho do grupo inclui ações de ensino, pesquisa e extensão e visam contribuir com avanços no campo da Reforma Psiquiátrica e dos Direitos Humanos. Nessa interlocução, tem como foco os processos de desinstitucionalização por meio de assessoria técnica interdisciplinar ao paciente judiciário e às equipes profissionais diretamente envolvidas com este. O Programa oferece ao paciente

judiciário suporte e laço de aproximação com as políticas públicas para uma atenção psicossocial, mais especificamente as de saúde mental e de assistência social, e também subsidia o aparelho judiciário na adoção de medidas jurídicas alternativas à Medida de Segurança de Internação, tal como a Medida de Segurança Ambulatorial. Ainda há diferentes atividades que compõem o programa, como: acompanhamento e análise dos processos jurídicos com indicativo de doença mental; atendimento psicossocial aos pacientes judiciários; contribuição na elaboração dos Planos Terapêuticos Singulares para reinserção social dos pacientes judiciários nos seus territórios de vida; produção de pareceres interdisciplinares para subsidiar juízes de primeira instância; ações de formação como supervisão clínico-institucional; oficinas e seminários; disciplinas eletivas sobre temáticas na interface entre Reforma Psiquiátrica e Direitos Humanos; orientações de trabalhos acadêmicos visando à qualificação e divulgação do Programa, além de eventos abertos à comunidade em diversas temáticas na interface entre Reforma Psiquiátrica e Direitos Humanos. A atuação do Des’Medida se dá, assim, na perspectiva de constituir-se como dispositivo conector do processo de desinstitucionalização, trazendo para a vida desses sujeitos uma possibilidade de viver em sociedade, superando as práticas segregadoras dos manicômios judiciários. No contraponto de uma proposta higienista e asséptica “em defesa da sociedade”, entendemos a importância de outra tessitura que aposte no caráter de testemunho e de recomposição das histórias singulares dos tantos sujeitos tidos como “infames” e “descartáveis”, mas que no encontro com uma rede de cuidados que lhes foi tolhida possam começar de novo e construir uma vida em liberdade. O Programa parte da perspectiva de defesa e

busca pelo acesso a direitos sociais violados ou não, atendidos anteriormente ao ato, reforçado pelas contradições do sistema social, econômico e político vigente no País. A Desmedida é um dispositivo articulador de rede, constituindo-se como um serviço externo, buscando o atendimento a usuários residentes na capital e região metropolitana. Os desafios presentes numa ação interdisciplinar e intersetorial em saúde mental são relevantes numa realidade de constante luta por uma sociedade sem manicômios no país. Ao mesmo tempo, a baixa oferta de serviços de saúde mental existente em muitos municípios prejudica a atenção às demandas em saúde mental, principalmente àqueles sujeitos que infringiram os códigos de convivência na sociedade. O Programa desmedida age como aporte também na desconstrução do duplo estigma loucura/crime, que dificulta o acesso a direitos sociais não materializados pelo Estado. Tal ação fundamenta-se na análise crítica dos múltiplos contextos que envolvem os usuários a quem se prestam atendimentos, familiares, equipes e serviços.

DESAFIOS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA COM EQUIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA POPULAÇÃO TRADICIONAL KAINGANG - ÁGUA SANTA/RS

Amanda Tamara de Souza, Carolina Klaesener, Vanderléia Laodete Pulga, Patricia Aline Ferri Vivian, Grégory Joaquim Cardoso

Palavras-chave: Saúde Indígena, Equidade, Formação médica

APRESENTAÇÃO: A formação de profissionais da saúde atentos aos problemas sociais caracteriza um dos principais desafios éticos da modernidade. Nesta perspectiva,

os cursos da ciência da saúde, em especial a medicina, estão se reestruturando com o propósito de inserir seus estudantes na realidade do contexto nacional, priorizando o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta prática tem se consolidado na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Passo Fundo/RS, durante as vivências de imersão no SUS, realizadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Água Santa, dentro do componente curricular Saúde Coletiva e, a partir dessa ação, deparamo-nos com a realidade de duas áreas indígenas da etnia Kaingang. Os povos indígenas do Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde com perfil epidemiológico regional/nacional ainda não elucidado e estudos escassos e fragmentados sobre essa temática. Entretanto, nosso sistema de saúde preconiza a assistência através da equidade, o que não pode ocorrer, pois não se conhece a realidade dos povos indígenas tradicionais. Neste segmento, este trabalho teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico de uma das comunidades Kaingang habitante do município de Água Santa, procurando investigar os principais fatores responsáveis pela morbidade da população. A escolha da comunidade ocorreu em virtude da mesma encontrar-se com maior vulnerabilidade social, contando com 38 famílias acampadas em uma antiga sede estatal. METODOLOGIA: A metodologia utilizada consistiu na aplicação da Ficha A, análise dos prontuários de atendimento na UBS do município e diálogo com a comunidade para construção de estratégias de melhoria das condições e indicadores de saúde junto ao Conselho Municipal de Saúde. Como resultado, aplicou-se a Ficha A em 62,5% do total das famílias da comunidade, das quais podemos observar que: todas eram alfabetizadas; utilizam como destino comum para o lixo produzido a queima em área afastada da moradia; todas as residenciais eram de madeira; os dejetos

humanos eram destinados a uma fossa a céu aberto; não havia banheiro nas residências; o abastecimento de água era efetuado pela mesma rede pública municipal de Água Santa que abastece a cidade, porém o mesmo era executado uma vez por semana através de um caminhão pipa; os meios mais comuns de comunicação são celular, rádio e televisão, e de transporte são o ônibus escolar ou intermunicipal seguido por carro próprio. As profissões eram variadas. Havia professores, agricultores, trabalhadores da agroindústria, donas de casa, estudantes e uma técnica de enfermagem. Ao serem questionados qual a unidade de saúde que procuram quando necessitam de cuidados médicos, as respostas foram o Hospital (das cidades de Tapejara ou de Passo Fundo-RS), ou a UBS do município. Um dos entrevistados afirmou possuir plano de saúde. Houve um relato de morbidade (Etilismo), os demais declararam não possuir doenças crônicas. Na análise dos prontuários médicos dessa comunidade, localizada na UBS de Água Santa, 52% pertenciam ao sexo feminino, 29% ao sexo masculino e 19% infantis. A idade dos pacientes variou entre seis meses a sessenta e nove anos. Como queixa principal, a maior incidência foi relacionada a dores abdominais, diarreia, vômito, seguido por dores articulares, atraso menstrual, sangramentos, abortamento, gravidez, diminuição da atividade visceral, congestão nasal, fogachos e febre. As doenças com maior prevalência foram as de ordem gástrica (pirose, epigastria), seguido de etilismo, urticária, anicomiose, fibrose cística e anemia falciforme. RESULTADOS: Apesar de não ser possível a construção de um perfil epidemiológico apenas com esses dados, sugerimos que a principal causa de morbidade neste grupo relaciona-se à falta de saneamento básico na comunidade. Os indícios deste quadro foram os constantes relatos de vômito, diarreia e dores abdominais, bem como as queixas

de dor epigástrica e pirose que, por sua relevância, necessita de maior investigação. Dentre os atendimentos realizados foram tomadas as condutas de prescrição de medicamentos, encaminhamento para especialista (ginecologista, pediatra, ortopedia) ou solicitação de exames para tratamento. Como última etapa do estudo, realizamos a intervenção na comunidade Faxinal com o objetivo de apresentar os dados levantados através da Ficha A e análise dos prontuários e em conjunto dialogarmos sobre as patologias com maior prevalência na comunidade, levantando necessidades de saúde e possíveis soluções, bem como escolher um representante da comunidade para reivindicar melhorias junto ao Conselho Municipal de Saúde de Água Santa. Após apresentarmos os dados coletados, colocamos em pauta o porquê dessas doenças ocorrerem e que ações poderiam ser tomadas para alterar essa realidade. A comunidade esteve muito interessada e participativa, sugerindo que os possíveis problemas relacionados a essas doenças seriam: negligência na coleta do lixo (tempo médio de coleta de dois meses), escassez de água, abandono de animais, ausência de banheiros, dificuldades no transporte e na comunicação com a UBS (sinal linha telefônica), necessidade da visita periódica de uma agente comunitária de saúde ou um médico na comunidade, construção de um local para consultas médicas e da técnica de enfermagem. Como soluções, a comunidade propôs a diminuição do tempo da coleta do lixo e distribuição de água: instalação de mais uma caixa de água, tonéis para coleta provisória do lixo, transporte para a comunidade no período da manhã e fim de tarde, visita de um médico da saúde da família a cada 15 dias, contratação de uma agente de saúde da própria comunidade e construção de um espaço físico destinado ao atendimento de saúde. As reivindicações foram levadas ao conselho municipal de saúde em um

momento onde foi discutida a Política de Saúde Indígena, com a participação de dois representantes da comunidade indígena. Foram estabelecidos acordos para a diminuição do tempo da coleta de lixo e entrega da água, contudo, a problemática do transporte e atendimento médico não foram resolvidos, sendo encaminhado documentação a SESAI na busca de solucionar o problema. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Conhecer a realidade na qual estamos inseridos é primordial para que a política de equidade seja garantida. Os problemas vivenciados nesta comunidade são recorrentes em diversas outras comunidades indígenas, ou não, do Brasil. O saneamento básico ineficaz gera um quadro de risco para aqueles que residem nestas condições. O destino impróprio dos dejetos e lixo humano são fontes de proliferação de patógenos que podem causar danos ambientais permanentes. O armazenamento incorreto da água potável recebida também é um problema, pois pode se tornar inadequada ao consumo humano e animal. O poder público, principalmente a Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI) e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), da Unidade Básica de Saúde de Água Santa, são responsáveis pela estruturação destas comunidades e pela orientação de seus moradores. Através do trabalho preventivo, valendo-se de medidas simples como a fervura da água antes do consumo e a construção de fossas sépticas reduziria a ocorrências destas enfermidades. Buscamos com esta ação interventiva despertar o olhar para a população indígena no município de Água Santa quanto à fragilidade da assistência dos serviços de saúde através do levantamento das doenças com maior prevalência. Também procuramos instigar o desejo de reivindicar a garantia do direito a saúde com qualidade e equidade e a participação no Conselho municipal de saúde, fomentando o exercício do direito da cidadania.

DIFUNDINDO E POPULARIZANDO A CIÊNCIA DO CUIDAR: RESULTADOS DE CINCO ENCONTROS DE EGRESSOS DO CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM, CAMPO GRANDE - MS

Everton Ferreira Lemos, Kaysa de Souza Brandão, Luciane Negrete Saracho, Alessandra de Figueiredo Gonçalves, Aline Matos Troiano, Vania de Sousa Almeida, Adriele Benites

Palavras-chave: Ensino, Enfermagem, Metodologias

APRESENTAÇÃO: A educação de qualidade é fundamental na formação de cidadãos capazes de visualizar com amplitude o campo coletivo e consequentemente de bem estar. As instâncias formadoras vêm por meio das Diretrizes Curriculares, aprimorar as formas de ensino-aprendizagem contextualizadas para os desafios do trabalho em saúde. Para contemplar as Diretrizes Curriculares nacionais do Técnico em Enfermagem, a aprendizagem e a posição que o docente deve assumir em relação com aluno, uma prática voltada para o respeito mútuo, na confiança, na percepção do aluno como ser integral, perceber a si e ao outro, e como consequência exercer melhor seu papel como profissional de Técnico em enfermagem. O processo de formação é essencial para a transformação dos serviços de saúde, fazendo com que o futuro profissional possa compor a equipe de saúde com visão holística e humanizada nas práxis que ocorrem. Nessa perspectiva a metodologia ativa de ensino-aprendizado que envolve a autoiniciativa, alcançando as dimensões afetivas e intelectuais, torna-se mais duradoura e sólida. Buscando estimular os alunos concluintes do curso de Técnico em Enfermagem, a desenvolverem o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de forma prática e que leva ao raciocínio crítico e reflexivo. O presente relato tem por

objetivo promover a difusão e popularização de conhecimentos relacionados à ciência do cuidar. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A proposta pedagógica realizada com os concluintes do curso Técnico em Enfermagem ocorreu no período de 2014 a 2015, com cinco turmas que concluíram as atividades curriculares obrigatórias do Centro de Ensino Técnico (CENTEC- Paulo Freire) de Campo Grande, MS. As atividades incluíam a produção do trabalho de conclusão de curso (TCC) e a organização do Encontro de Egressos do Curso Técnico em Enfermagem para a difusão e popularização do conhecimento entre os alunos, egressos do curso e a comunidade. A proposta estava inserida junto à disciplina de Epidemiologia Aplicada à Saúde, sob orientação do docente responsável pela disciplina. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** No período de 2014 a 2015, foram realizados cinco encontros de Egressos. Para cada encontro um tema central norteou as discussões e as produções intelectuais desses alunos concluintes. Os temas abordaram: “Globalização e qualidade de vida dos estudantes dos cursos técnicos”; “Mostra científica de tecnologia e inovação em Enfermagem”; “O girar das Políticas de saúde com universalidade, equidade e integralidade”; “Assistência de enfermagem em Doenças Infecciosas e Parasitárias” e “Oficinas para cuidadores de Idosos.” Para cada evento, a organização e reuniões periódicas com os alunos puderam nos aproximar de uma construção coletiva do conhecimento, com inúmeras ideias e produções significativas para o trabalho nos serviços de saúde e coletividade. Dos produtos alcançados de acordo com os Encontros de Egressos: 1) Investigação sobre a qualidade de vida dos alunos dos cursos técnicos. Buscaram em um levantamento informações com os alunos dos diversos cursos sobre qualidade do sono, ingestão de bebida alcoólica, tabagismo, atividades físicas, consumo de cafeína, hipertensão

arterial, e Risco Cardiovascular (IMC e índice de conicidade). As apresentações foram sistematizadas em painéis e apresentadas para uma banca examinadora, que avaliaram os trabalhos e premiaram os melhores resultados. 2) Produção de protótipos de baixo custo, com aplicabilidade na saúde e coletividade. Os alunos produziram diversos produtos, entre eles: cortador de fita hipoalergênica; máscara de nebulização e mordedor para higiene oral em pacientes no estado de déficit no autocuidado; bolsas beg para separar jalecos limpos do sujo; carrinho porta material de descarte de perfuro cortante; cadeira para banho produzida a partir de canos de PVC e fios de plástico; organizador de medicamentos por períodos (Manha, tarde e noite); e recipiente para descarte de agulhas e seringas de insulina para pacientes no domicílio (produzido por meio de cano de PVC). Os produtos elaborados foram apresentados no 2º Encontro de egressos e uma banca examinadora avaliaram os trabalhos e premiaram os melhores resultados. 3) Cine - Ciência e Arte sobre o Girar das políticas de saúde com universalidade, equidade e integralidade. Os alunos por meio de temas pré-selecionados foram repórteres por um dia. Buscaram informações sobre o SUS, produzindo uma série de vídeos nas Unidades de Saúde de Campo Grande. Após esta produção, os alunos reunidos na sala de vídeo produziram um programa denominado “Enfermagem em Ação”. Com 30 minutos, a curta metragem fez os alunos participarem ativamente da discussão sobre o SUS, das dificuldades aos avanços. O vídeo produzido foi apresentado durante o 3º Encontro de Egressos. 4) Assistência de Enfermagem em Doenças infecciosas e Parasitárias, teve como tema central a “Dimensão do Cuidar: A enfermagem e as doenças dos Trópicos”. Os alunos produziram um marcador de páginas de livro, informações sobre as doenças: Chagas,

Chikungunya, Tuberculose, Leishmanioses e Dengue. Os egressos organizaram um Seminário com público de 200 pessoas (técnicos, graduação, e comunidade), com participação de entidades como Conselho Regional de Enfermagem (COREN, MS), Secretaria do Estado de Saúde (SES), profissionais de saúde, docentes e pesquisadores de instituições públicas federais e privadas. O evento foi realizado em dois dias com diversas palestras de atualizações na área de DIP. 5) Oficinas de cuidadores de idosos. Os alunos elaboraram atividades educativas, com metodologia ativas em sala de aula, para cuidadores de idosos. Os assuntos abordados foram: Nutrição do idoso; Higiene corporal e oral do idoso; Mobilização no leito e postura corporal do cuidador; Cuidados com curativos e prevenção de úlceras; e Risco de queda. As atividades foram realizadas em dois dias, contaram com 52 participantes. Após esta atividade foi programada o 5º Encontro de Egressos para apresentação dos resultados da oficina e divulgação das imagens registradas. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Centec é pioneiro na realização desta atividade, proporcionando aos egressos, ações diferenciadas de modo à (re) orientar as práticas de ensino aprendido dos alunos. A proposta da metodologia ativa foi um diferencial para os egressos, uma vez que, oportunizou colocar em prática problematização em saúde, elaboração de novas tecnologias para melhoria da assistência, fomentando a formação crítica e reflexiva e trabalho em grupo o que propicia um trabalho sistematizado e integrado. Possibilitando assim a formação profissional para o exercício de técnico em enfermagem contribuindo para uma atuação, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM ADOLESCENTES: RELATANDO UMA EXPERIÊNCIA

Ana Karina de Sousa Gadelha, Giovana Grécia Anselmo Viana, Karina Oliveira de Mesquita, Emanuel Avelar Muniz, Cilene Maria Freitas, Geilson Mendes de Paiva, Francisca Lopes de Sousa

Palavras-chave: Adolescência, Educação em Saúde, Estratégia Saúde da Família

APRESENTAÇÃO: Os espaços de educação em saúde são estratégias que promovem momentos de reflexão, fornecendo subsídios aos usuários para um processo de transformação de comportamento, exaltando a autonomia dos mesmos na condução de sua vida. Partindo da inquietação de uma equipe de saúde diante de uma realidade que lhe é cotidiana e que diariamente a incita a explorá-la e a transformá-la, foram planejadas ações de educação em saúde para adolescentes com o objetivo de fortalecer vínculos e favorecer um aprendizado diferenciado, na perspectiva de despertar neste público um maior interesse pela cultura, lazer, esporte e aquisição de conhecimentos sobre saúde-doença, possibilitando mudanças de hábitos e consequente estilo de vida saudável. A maior parte da população economicamente ativa do mundo está compreendida na faixa etária juvenil, que também transita por diversos lócus da sociedade, daí a importância de investir cuidados nesse segmento. É importante também ressaltar que a adolescência é um período da vida caracterizado por intensas modificações, tanto físicas quanto psicológicas, influenciadas por fatores socioculturais e familiares, que levam os jovens a vivenciarem situações diversas na transição para a vida adulta. Portanto, o objetivo desse trabalho é descrever a experiência de educação em saúde com os adolescentes do território

do Centro de Saúde da Família Herbert de Sousa, do bairro Padre Palhano em Sobral, Ceará. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo de natureza descritiva do tipo relato de experiência realizado no Centro de Saúde da Família do bairro Padre Palhano em Sobral, Ceará, no ano de 2012. Foram realizadas ações de educação em saúde que aconteciam semanalmente, aos sábados, no horário de nove e meia às onze horas. A metodologia dos encontros se concentrou em rodas de conversas com os adolescentes que eram convidados por todos os profissionais da equipe de saúde e construção de painel a partir de conceitos formulados através da chuva de ideias, apresentação de vídeos e filmes. Os momentos eram divulgados cotidianamente, durante o acolhimento, triagem e outros atendimentos do serviço. A programação constava de: acolhida, apresentação da programação do dia, lanche, desenvolvimento da atividade baseada em temáticas sugeridas pelos adolescentes, seleção do adolescente apoiador e multiplicador para o encontro seguinte através de sorteio e encerramento. Na atividade roda de conversa, onde todos tinham a oportunidade de se expressar e eram instigados para tal, havia um direcionamento através do condutor para explorar e esgotar o conteúdo ou temática relacionando a teoria com a prática e, posteriormente, concluir com sugestão de propostas, possíveis de serem realizados pelos adolescentes, com o objetivo de exercitarem a boa prática no meio que convivem. O desenvolvimento das ações permitiu perceber que havia algumas temáticas consideradas pelos adolescentes, como prioritárias e estava sempre na lista de solicitações, tais como: sexualidade, reprodução humana, corpo humano, DST, AIDS, gravidez, doenças comuns em adolescentes, planejamento familiar, álcool e drogas. Habitualmente, os profissionais envolvidos nas ações eram agentes

comunitários de saúde, enfermeiros, gerente da Unidade de Saúde, profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e um articulador do bairro vinculado à coordenação do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). **RESULTADOS:** A utilização de metodologias ativas nos momentos de educação em saúde proporcionou maior participação e envolvimento dos adolescentes. A roda de conversa, método utilizado para condução das atividades, proporcionou um diálogo mais horizontal e motivador para o grupo, sendo avaliado por este como ideal, comparado a tradicional aula expositiva. A construção de painel através da chuva de ideias também resultou em excelente participação criativa dos adolescentes. Também houve momentos inovadores com utilização de vídeos e filmes para promover debates e problematização das temáticas. Com o objetivo de satisfazer o desejo manifestado pelo grupo, foram realizados dois momentos de lazer, constituídos de piqueniques em um clube, o qual foi cedido por uma instituição privada. Na ocasião foram proporcionadas atividades esportivas, recreação, dança e orientações sobre estilo de vida saudável, desenvolvidas com o apoio dos profissionais de educação física. As atividades de educação em saúde viabilizaram a construção de um grupo de adolescentes, que iniciou com nove participantes, alcançando gradativamente, uma quantidade satisfatória de adesão entre 20 e 30 pessoas, e com o passar dos meses se estabilizou em uma média de quinze integrantes, evidenciando uma boa participação dos adolescentes nos momentos. O vínculo destes jovens com a equipe da unidade de saúde ficou fortalecido, a parceria com os profissionais do CRAS tornou-se mais evidente, haja vista o desenvolvimento de atividades conjuntas. Muitos adolescentes que inicialmente apresentavam-se introvertidos, inibidos e pouco comunicativos, passaram, no

decorrer dos encontros a manifestar, espontaneamente, seus depoimentos e vivências a partir das aprendizagens no grupo. A realização desse trabalho com adolescentes promoveu ainda o favorecimento de afeto, confiança e parceria, levando a crer na possibilidade de mudança de atitude e prática de bons hábitos. Pode-se afirmar ainda que uma forma de manter ativo um grupo de adolescentes para atividades de educação em saúde é: motivar os profissionais que as conduzem, demonstrar autonomia ao grupo, favorecer o desenvolvimento do protagonismo juvenil, manter a regularidade dos encontros e adotar a metodologia participativa. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O público adolescente reconhece a fragilidade da atenção à saúde do adolescente, já que a atenção das equipes está sempre mais voltada para ações ligadas aos programas de saúde prioritários, que excluem a atenção ao adolescente. Portanto esse público necessita de ações direcionadas dentro da Estratégia Saúde da Família, e as atividades em grupo são estratégias eficazes para o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e essa população, considerando que o vínculo é essencial para o sucesso das ações. Com esta experiência foi possível estabelecer essa relação de vínculo e obter resultados positivos. É válido reconhecer que o envolvimento ativo dos jovens no desenvolvimento de ações de educação em saúde é essencial para implementação de intervenções e/ou programas de saúde não somente assistenciais, mas socialmente relevantes e inclusivos. Assim, o protagonismo juvenil pode ser uma importante estratégia para a transformação da realidade e para a promoção da saúde e qualidade de vida dos sujeitos comunitários. Acreditamos que vale a pena lutar para que os jovens acessem cada vez mais os recursos que lhe permitam lidar com ameaças à saúde na adolescência.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM CAMINHO PARA MELHORA DA QUALIDADE DE VIDA DO PRODUTOR RURAL NA ATIVIDADE LEITEIRA

Elisete Cristina Krabbe, Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho, Angélica Facco, Victória Medeiros da Rosa, Priscila Rodrigues da Silva, Daisiane Cazarotto, Lincoln Silva, Noé Gomes Borges Júnior

Palavras-chave: Trabalhador rural, Atividade leiteira, Desconfortos corporais, Educação em saúde

Introdução Os produtores de leite têm pouco ou nenhum tempo livre para se ocuparem com outras atividades que não as profissionais. Além disso, a atividade de ordenha é apenas uma das atividades envolvidas no trabalho agrícola, pois muitos agricultores também desenvolvem outras atividades paralelas na propriedade rural a fim de aumentar a renda e utilizar os espaços e recursos existentes. Essa alta rotatividade de atividades desenvolvidas no trabalho agrícola acaba por provocar desgaste constante no produtor, interferindo, assim, na sua qualidade de vida (SANTOS FILHO, 2009). Metodologia e/ou Descrição da Experiência A população do estudo totaliza 23 produtores, de pequenas propriedades rurais de 07 municípios da região Noroeste do Rio Grande do Sul (Cruz Alta, Boa Vista do Inca, Fortaleza dos Valos, Pejuçara, Santa Bárbara do Sul, Boa Vista do Cadeado e Catuípe), vinculadas a EMATER, estando relacionados diretamente à produção leiteira. Metodologias ativas foram o viés condutor de todas as atividades que tiveram como objetivo desenvolver ações de proteção, promoção e reabilitação da saúde postural dos trabalhadores rurais na atividade leiteira, visando uma integralidade na atenção, com vistas à melhoria da saúde postural e consequente qualidade de vida.

A primeira intervenção foi a avaliação inicial no Laboratório de Fisioterapia no Campus da Universidade de Cruz Alta, realizada pelos alunos bolsistas PIBIC, pesquisadores da UNICRUZ (Universidade de Cruz Alta - Centro de Ciências da Saúde e Agrárias - CCSA) e da UDESC (Universidade do Estado de Santa Catarina - Laboratório de Instrumentação - LABIM/CEFID). Foram detectados desvios, anormalidades e assimetrias na coluna vertebral, membros superiores e inferiores, dores e desconfortos em vários segmentos corporais, encurtamentos e diminuição da flexibilidade dos trabalhadores. Percebemos a necessidade da realização de ações com o objetivo de instalar e/ou modificar comportamentos pessoais em relação aos movimentos e posturas corporais inadequadas. Iniciamos um programa de educação em saúde, utilizando, entre outras coisas, rodas de conversa e oficinas pedagógicas. Também foi implantado, durante os meses de março a maio de 2015, com o grupo pesquisado, um Programa de Cinesioterapia Laboral planejado, orientado e supervisionado, visando buscar além dos benefícios físicos em si (respiração, alongamento muscular, melhor oxigenação e circulação sanguínea), momentos de descontração, e um desligamento momentâneo dos problemas e posturas exigidas pelo trabalho. O grupo vivenciou “uma pausa em que os seres humanos buscam bem-estar, saúde e Qualidade de Vida” (FIGUEIREDO & MONT’ALVÃO, 2005). Foram realizadas 4 Oficinas Pedagógicas de Educação e Saúde com os produtores de leite participantes do estudo e com os extensionistas da EMATER de cada município. Os encontros aconteceram no Laboratório de Fisioterapia da Universidade de Cruz Alta/UNICRUZ, envolvendo os seguintes temas: 1º. Esclarecimentos para os trabalhadores envolvidos na atividade leiteira dos objetivos do estudo do qual está participando, ressaltando os possíveis

benefícios da atividade de cinesioterapia para a saúde e qualidade de vida. Entrega de cartilha explicativa, com ilustrações das atividades e alongamentos que foram realizados no período de março a maio de 2015, no domicílio pelos participantes. 2º. Discussão sobre o tema: “Viva bem com a coluna que você tem!”. De forma lúdica estudamos juntos a anatomia e fisiologia da coluna vertebral e membros (superiores e inferiores) e as consequências e riscos de se adotar uma má postura. 3º. Buscando construir um entendimento sobre a importância da participação de todo cidadão no controle social para construção da integralidade a saúde, entregamos a cartilha das diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde) que aborda os direitos e deveres dos cidadãos referente à sua saúde e bem-estar psíquico e físico. 4º. Desvendando e entendendo a Ergonomia no ambiente de trabalho do produtor de leite, salientando as necessidades a serem adquiridas para um maior conforto e proteção a coluna vertebral e ressaltando o que já possuem e que deve ser mantido para sua comodidade no trabalho (Figura 4). Durante os 3 meses de intervenção cinesioterapêutica e encontros pedagógicos, o grupo de pesquisadores também realizou visitas nas propriedades rurais nas diferentes cidades dos sujeitos participantes desse estudo, como forma de compreender a realidade o dia a dia de trabalho e necessidades para uma melhor saúde desses indivíduos, reforçando sempre a ideia da realização das atividades laborais propostas desde o primeiro encontro. Avaliação final foi no Laboratório de Fisioterapia no Campus da Universidade de Cruz Alta/Unicruz, realizada pelos pesquisadores da l’université d’Auvergne - IUT, Clermont Ferrand/França, da Fundação Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, Laboratório de Instrumentação - LABIN - Centro de Ciências da Saúde e do Esporte - CEFID e Universidade de Cruz Alta

- Centro de Ciências da saúde e Agrárias - CCSA, Curso de Fisioterapia. Considerações finais: Constatamos, ao final do estudo, a reformulação da percepção de saúde postural das famílias rurais, reforçando o papel da prevenção e promoção da saúde individual e coletiva. Sendo a qualidade de vida, definida como sensação íntima de conforto, bem-estar ou felicidade no desempenho de funções físicas, intelectuais e psíquicas dentro da realidade da sua família, do seu trabalho e dos valores da comunidade à qual pertence, foi influenciada de forma benéfica. As oficinas pedagógicas de educação em saúde foram um espaço importante de construção e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada trabalhador concebe o viver de forma saudável, quanto como uma instância de produção de sujeitos e identidades sociais (MEYER, 2006). Ficou evidente que as atividades laborais e as oficinas pedagógicas proporcionaram relevante melhora no dia a dia dos produtores leiteiros, fazendo com que os mesmos possam realizar suas AVDs com mais habilidade e disposição, possibilitando com que os agricultores tenham disposição para momentos de lazer, em uma vida com mais vitalidade.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: AMPLIANDO E INTENSIFICANDO O CUIDADO

Milene Santiago Nascimento

Palavras-chave: câncer de mama, micropolítica, Educação Permanente

APRESENTAÇÃO: Este relato é resultado de um projeto de intervenção construído pela autora, como trabalho de conclusão do curso de especialização em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (FIOCRUZ) no ano de 2015. O projeto visa um município

de aproximadamente 120.000 habitantes (IBGE, 2010), do estado do Rio de Janeiro. Pretende-se apresentar o processo de investigação das causas que interferem no processo de diagnóstico e tratamento do câncer de mama e propor estratégias de enfrentamento das dificuldades. Para tanto, situa a Educação Permanente em Saúde como um alicerce central para a execução das ações. Este relato objetiva: apresentar as causas que interferem no processo de detecção-diagnóstico-tratamento do câncer de mama no município acima descrito; expor a metodologia utilizada pela autora durante o processo de coleta de dados; situar as estratégias da Política de Educação Permanente em Saúde como fundamental para a garantia do cuidado. **DESENVOLVIMENTO:** A escolha do tema “câncer de mama” para a construção do projeto de intervenção foi uma solicitação da Fundação Oswaldo Cruz, para atender necessidades do Ministério da Saúde, que concebe a urgência de ações que reduzam a taxa de mortalidade por esta causa. Para a construção do projeto, foi necessário empreender uma investigação no município, acerca do circuito realizado pela mulher na rede, durante o processo de detecção-diagnóstico-tratamento do câncer de mama e sobre os serviços envolvidos e fluxo da rede de saúde. O método utilizado para coleta de dados foi a análise dos indicadores de mortalidade e morbidade do município, através de dados da Vigilância em Saúde e entrevista com os profissionais de saúde, que incluíram: Atenção Primária, Atenção Especializada e Tratamento Fora de Domicílio (uma vez que a atenção à alta complexidade não é realizada no município). O levantamento de informações sobre a realidade do município indicou a desistência de grande número de mulheres durante processo diagnóstico e de tratamento e falta de informações sobre a paciente, após seu encaminhamento para alta complexidade,

quando o diagnóstico é positivo. Quando solicitados a atribuírem causas para o problema, os trabalhadores elencaram as seguintes: dificuldade de empreender ações intersetoriais, ou seja, os serviços da rede de saúde do município não possuem uma estratégia de trabalho intersetorial consolidado, permanecendo o cuidado compartilhado dependente de iniciativas individuais; dificuldade de estabelecer nas equipes espaços de discussão dos casos e planejamento de ações; falta de estratégias intersetoriais de acompanhamento das mulheres em tratamento do câncer de mama, implicando em desconhecimento pela rede de saúde do prognóstico e mortalidade. Embasado nesses dados, o projeto situou as causas do problema na falta de estratégias intersetoriais de acompanhamento das mulheres em tratamento do câncer de mama, implicando em desconhecimento pela rede de saúde do prognóstico e mortalidade. Interessante notar que os entraves do cuidado estavam situados diretamente em questões inter-relacionais e não em falta de estruturas físicas, ou seja, tecnologias duras (serviços e equipamentos). Tendo como alicerce os conceitos de micropolítica do trabalho (FRANCO e MERHY, 2007) e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), regulamentada pela Portaria GM/MS, nº 1996, de 20 de agosto de 2007, o projeto, com previsão de implantação no ano de 2016, propôs uma mudança na dinâmica do trabalho das equipes e na formação dos profissionais e a implantação de grupos operativos para apoiar e orientar as mulheres e seus familiares. **RESULTADOS/IMPACTOS:** Acredita-se que o projeto intensificará o cuidado, reduzirá o risco de abandono do processo diagnóstico e tratamento, contribuindo para o prognóstico positivo e redução da mortalidade causada pelo câncer de mama. Encontra-se em fase de ajustamento do mesmo e de avaliação

das equipes para início da implantação. Além disso, o município está em fase de estruturação de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde, apontando a necessidade de se coadunar as estratégias do projeto com os objetivos e propostas do núcleo. A entrevista para coleta de informações foi fator determinante para a construção do projeto, uma vez que foi desenhado com base no conhecimento e na avaliação dos profissionais. Dessa maneira, o projeto implica os profissionais, que apontam a carência de estratégias para o desenvolvimento do trabalho em equipe e intersetorial. Pôde-se afirmar a própria entrevista como estratégia de Educação Permanente em Saúde, uma vez que foi criado um espaço para escuta dos profissionais. Uma vez que puderam opinar, trazer suas impressões sobre o cotidiano do seu trabalho, os trabalhadores verificaram que são os atores principais de sua prática, ou seja, governavam as atribuições que exerciam. Nesse sentido, a entrevista, ao viabilizar uma ressignificação da postura profissional, ou seja, os trabalhadores que atuavam sob a ótica da defasagem, compreenderam que são os gestores do próprio trabalho. Foi esta mudança que permitiu que a Educação Permanente em Saúde fosse sinalizada como alicerce de uma mudança na lógica do cuidado, uma vez que foram seus pilares que balizaram a construção das propostas de enfrentamento ao problema. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A investigação sobre a realidade do município realizada através das entrevistas, empoderou os trabalhadores, permitindo que empreendessem uma avaliação das práticas de trabalho e de cuidado. A maior preocupação assinalada pelos profissionais foi o desconhecimento sobre a paciente, que se perde no circuito de detecção-diagnóstico-tratamento, devido à dificuldade do estabelecimento do trabalho em rede. O município não carece de estratégias de

ampliação das tecnologias duras, mas de espaços de construção de cuidado compartilhado e troca de saberes. Acredita-se que o projeto fortalecerá as iniciativas do município na consolidação de um Núcleo de Educação Permanente em Saúde. Através de estratégias de educação permanente, a promoção do exercício da microgestão do trabalho nas equipes que realizam ações de detecção, diagnóstico e regulação do acesso aos serviços de tratamento do câncer de mama, contribuirá para que o planejamento das ações e o cuidado sejam construídos de forma intersetorial. Supõe-se que ao desenvolver ações de acompanhamento intersetorial das mulheres em processo de diagnóstico e tratamento do câncer de mama e seus familiares, o abandono do mesmo será reduzido, o que diminuirá as taxas de morbidade e mortalidade do município. A construção do projeto de intervenção ressaltou a importância do estabelecimento de ações de Educação Permanente em Saúde nos municípios como garantia de ampliação e intensificação do cuidado.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE VOLTA REDONDA-RJ

Gilmara da Costa Silva, Flávia Helena M. de A. Freire, Edna Candida Quintino

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Trabalho em Saúde, processo de trabalho em saúde mental

Este trabalho consiste em relatar experiências dentro da perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS), em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Volta Redonda-RJ, a partir do estágio de uma acadêmica de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. A

proposta de ações em EPS se deu com o projeto de intervenção de estágio e se constituiu em parceria direta com a coordenação do serviço, na perspectiva da indissociabilidade entre ensino e serviço. O presente trabalho se baseará na apresentação de duas experiências: a Tenda do Conto (dispositivo de compartilhamento e contação de histórias do mundo do trabalho no CAPS) e o seminário interno intitulado “Possibilidades e desafios do trabalho na ótica da Reforma Psiquiátrica”. Ressaltamos que a EPS está calcada na aposta de que o trabalho em saúde promove processos de aprendizagem significativa e consequente produção de conhecimento no cotidiano do trabalho em saúde. De acordo com Ceccim (2005), a EPS é o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho ou da formação em saúde em análise. Ela produz processos de autoanálise e auto-gestão na equipe. Cabe dizer que, a autoanálise corresponde à capacidade que os coletivos podem desenvolver de serem protagonistas dos seus próprios interesses. Este processo lhes permite refletir sobre suas próprias questões produzindo análise de implicação e simultaneamente auto-gestão, Barembliitt (2002). O objetivo deste trabalho está em proporcionar à equipe do CAPS espaços produtores de EPS, disparando reflexões no cotidiano do trabalho com saúde mental e no cuidado desenvolvido no serviço. A análise de implicação e a produção de protagonismo do trabalhador são conceitos-ferramenta-chaves na maquinaria por uma aprendizagem significativa que se dá no dia-a-dia do serviço de saúde. Após um período de observação do processo de trabalho, a partir da inserção no estágio acadêmico, foi proposto à equipe que cada profissional compartilhasse uma experiência do serviço no CAPS que considerasse exitosa. O compartilhamento dessas experiências deu-se em formato de tenda do conto, que é um dispositivo utilizado em processos de EPS e consiste na montagem de um cenário

específico com a exposição de objetos trazidos pelos participantes que produza significado no mundo do trabalho. Os objetos disparam contações de histórias, produzindo narrativas do mundo do trabalho pelos profissionais do serviço. A tenda do conto automaticamente mobilizou a equipe na busca pelo objeto que desse sentido aos casos exitosos que seriam narrados. Pode-se dizer que a tenda começou no momento em que a proposta foi apresentada. A vivência da tenda foi realizada em uma manhã de reunião de equipe, composta por assistentes sociais, técnicas de enfermagem, cuidadora em saúde, psiquiatras, psicóloga, copeira, auxiliar de serviços gerais, assistente administrativo, coordenadora técnica (com formação em Psicologia). Várias experiências foram expostas, dentre elas: passeios em praia, evolução enquanto profissional, casos de usuários acumuladores de lixo, casos de usuários altamente delirantes, cartas de usuários, casos de desinstitucionalização com rápido resgate de cidadania, realização profissional, entre outros. Outra atividade potente em EPS foi realizada através do Seminário Interno promovido pelo CAPS. O Seminário Interno é um dispositivo usado pelo CAPS com o objetivo de se discutir questões relevantes para o trabalho. Tem o status de evento no serviço, é geralmente organizado pela equipe e pode contar com falas e conversas de pessoas que não fazem parte da equipe, por exemplo, professores universitários, estagiários, representantes do judiciário, de ONGs, profissionais de outros lugares, outros serviços da rede, etc., podendo também ser realizado fora do serviço, em outro espaço físico. Os seminários internos ocorrem no período de seis meses. O presente trabalho propõe colocar em análise essas atividades que produzem EPS no CAPS. A atividade-seminário foi desenvolvida em um dia inteiro de trabalho e contou com a participação de profissionais de outros serviços e setores para além da saúde. Como integrantes desse

processo destacamos: equipe do CAPS, coordenação municipal de saúde mental, trabalhadores da Atenção Básica, conselho municipal de saúde, juiz da vara de família do município, e estagiários de psicologia da UFF. A montagem do seminário foi realizada pela equipe, com algumas parcerias na rede de saúde mental, e as atividades e apresentações, realizadas da mesma forma - pela equipe. O trabalho resultou em algumas conexões de rede, tais como: (I) integração com o Fórum, que se baseou na apresentação de parcerias que o CAPS pode fazer com o judiciário na perspectiva da Reforma Psiquiátrica; (II) reflexão pautada pela estagiária sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil e algumas experiências internacionais; (III) compartilhamento da experiência local de reforma psiquiátrica apresentada por uma trabalhadora da equipe do CAPS; (IV) Apontamentos acerca dos desafios e possibilidades atuais da Reforma Psiquiátrica; (V) Reavaliação das atuais prioridades do CAPS e da equipe. O seminário foi encerrado com avaliação dos participantes definindo a vivência como: proveitosa, motivadora, satisfatória, de aperfeiçoamento, informativa, de aprendizagem, integradora, produtora de implicação, agregadora, emocionante, diferente e dinâmica. As duas experiências de EPS no serviço apontam para questões necessárias de se colocar em análise o modo de funcionamento do serviço e as apostas na produção do cuidado. Na tenda do conto, ao narrarem os casos a partir dos objetos, grande parte dos profissionais ressaltaram que o “êxito” dos casos era resultado de muito trabalho em equipe e em rede. Na maioria dos relatos também evidenciaram o lugar central que o usuário ocupou nas intervenções realizadas. É possível dizer que, o exercício de pensar casos exitosos, trouxe à memória dos profissionais casos que foram esquecidos diante dos atropelos do dia a dia de trabalho. A posteriori, os trabalhadores perceberam que existiam

mais casos considerados exitosos do que imaginavam. A tenda foi também um momento de interação entre a equipe e ao mesmo tempo de análise do trabalho que realizam. No que se refere ao Seminário Interno, observamos que houve produção de protagonismo dos trabalhadores, compartilhamento dos saberes produzidos e localizados na própria equipe, produção de parcerias (com os representantes da atenção básica e o judiciário), produção de reflexão sobre o papel e o lugar do CAPS no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, assim como reflexões sobre as reformas em outros países. Vale ressaltar que as atividades relatadas contaram com a participação e engajamento direto da equipe. Foram atividades horizontalizadas e voltadas para a produção de conhecimento e experiências que a equipe pode produzir e dar continuidade. Foram ainda atividades de valorização do trabalho e do potencial da equipe na produção do cuidado em saúde mental. A aposta deste trabalho se dá continuamente como espaço fértil da equipe de potencializar reflexões do mundo do trabalho em coerência com a proposta da EPS. Refletir sobre seus agires no mundo do trabalho, e produzir transformação nas práticas em saúde, segue sendo o objetivo a ser alcançado na EPS. Pretende-se possibilitar ao trabalhador uma visão ampliada de sua prática diária, visando provocar uma reflexão crítica do cotidiano, de suas ações e do impacto das mesmas na vida do sujeito e no processo inovador no modo de cuidar e se relacionar socialmente proposto pela Reforma Psiquiátrica. Apostou-se, e ainda se aposta, que esse seja um dos caminhos de produção de militância no campo da saúde mental, militantes por um cuidado de qualidade, gratuito, universal e centrado no usuário do serviço. Militantes também por melhores condições de trabalho.

EDUCAÇÃO POPULAR COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO À SAÚDE: UMA VIVÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Gentil Fonseca Gomes da Fonseca Filho, Flavia Andreia Andrei Pereira Soares dos Santos, Maria Luisa de Moura Fonseca, Milena Gabriela dos Santos Silva, Raquel França de Oliveira, Thais da Silva Aguiar, Suzanne Raissa Salvador Fernandes, Silvana Alves Pereira

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde, Comunicação Interdisciplinar, Internato e Residência

APRESENTAÇÃO: A educação no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) configura-se, como uma ferramenta importante, capaz de enfrentar a complexidade de situações emergentes no cotidiano do trabalho e gerar uma mudança engajada e política, ponto de partida para que estes profissionais ocupem espaços que os projetem como agentes de transformação social aptos a avaliar, refletir, criar e participar das práticas em saúde, possibilitando o crescimento pessoal e profissional. Com a necessidade de incentivar e divulgar a importância de medidas educativas que norteiem uma atenção integral e qualificada ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como contribuir para a formação de profissionais com um novo olhar para as questões que envolvem o nível primário de atenção à saúde, esse relato de experiência tem como objetivo, descrever as vivências dos residentes em promoção à saúde na atenção básica com os agentes comunitários de saúde (ACS). **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Trata-se de um estudo descritivo nos moldes de um relato de experiência acerca das vivências e estratégias de promoção à saúde implementada pelos residentes do Programa de Residência

Multiprofissional Materno-Infantil do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), em Santa Cruz-RN, durante o estágio na ESF. O referido estágio ocorreu na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Centro com início no dia 02 e término aos 30 de junho de 2014, perfazendo um total de 105 horas/mês. Na oportunidade, buscamos promover saúde por meio de atividades educativas, lúdicas e dinâmicas, com abordagem de temáticas pertinentes ao contexto. Assim, por meio de panfletos educativos, buscamos trabalhar temáticas tais como ergonomia no trabalho e exposição solar. Para isso, foram realizadas sessões de alongamento e dadas orientações a respeito de posturas corretas, peso das bolsas, e uso adequado do protetor solar. Realizamos ainda, discussões para a exposição de estudos de caso referentes às visitas domiciliares e às situações hipotéticas que buscaram resgatar o conhecimento dos profissionais e aprimorá-lo sob o enfoque multiprofissional, o que possibilitou reflexões acerca do cuidado prestado pelos mesmos à comunidade e a construção coletiva de novas formas de atuação. Vale ressaltar que como embasamento científico e metodológico para concretização das atividades educativas, fez-se uso do Método Participativo, este, promove a interação construtiva entre educador e educando, favorecendo a troca de informações, a livre comunicação e a construção de questionamentos que norteiem uma discussão saudável e produtiva. A partir da abordagem metodológica exposta, a equipe multiprofissional almejou de forma articulada, dinamizada e integrativa, interagir com os usuários e profissionais da instituição, gerando reflexões críticas acerca das mais diversas temáticas com o intuito de empoderá-los no que diz respeito ao autocuidado. Proporcionar um olhar de cuidado e atenção a estes agentes, tanto no que se refere aos aspectos físicos quanto psíquicos, foi estratégia importante

à identificação de demandas que atestaram para a necessidade de ações voltadas à saúde do trabalhador. **RESULTADOS:** Considerando o agente de saúde também como um sujeito sob o risco de adoecer, verificou-se, em algumas atividades, o quanto a sobrecarga emocional, associada a sintomas físicos, muitas vezes, comprometia o desempenho dos mesmos no trabalho, tendo sido feita referência a sentimentos como medo, frustração, estresse, sensação de impotência, desvalorização e dificuldades em lidar com a culpabilização geralmente imposta pela população ao agente pela não resolutividade de algumas questões de saúde. Ante a existência de cargas psíquicas e também dificuldades de encontrar formas de proteção e consequente autocuidado, sabe-se que as atividades de promoção de saúde voltadas para este público, devem contemplar ações direcionadas à saúde mental dos mesmos de modo a minimizar as possíveis sintomatologias psíquicas que as afetações emergentes em sua prática de trabalho podem desencadear. Deste modo, contribuir para uma reflexão/ação na promoção da saúde mental dos mesmos configurou parte de nossa intervenção na UBS, visando o compartilhamento de afetações e a construção de estratégias de proteção, bem como o fortalecimento do vínculo entre a equipe. Barros e Barros (2007) destacam que este processo, além de aumentar a autonomia dos profissionais, permite transitar da dor ao prazer no trabalho. Acrescenta-se que a obtenção do equilíbrio necessário entre estas duas instâncias necessita ser constantemente estimulado como mecanismo protetor e promotor da saúde dos trabalhadores prevenindo os agravos físicos e psíquicos associados à atividade laboral. A educação para o trabalho possibilita não apenas solidez do conhecimento a ser aplicado no contexto do trabalho, mas o experimentar de conhecimentos da vivência enquanto

ser humano. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Tal experiência se constituiu como importante oportunidade para o aperfeiçoamento de práticas de educação em saúde, ampliando as práticas educativas já desenvolvidas no ambiente hospitalar, possibilitando maior proximidade com os usuários e a visualização dos impactos e benefícios resultantes das ações, haja vista o vínculo existente entre a instituição e seus usuários. A partir desta experiência e, conhecendo a rede de saúde do município, foi possível refletir criticamente acerca do que é assegurado pela PNAB e da prática dos profissionais que atuam na mesma, podendo fazer um elo entre as ações realizadas e as deficiências que ainda existem no sistema. Nessa abordagem, reconhecemos as práticas de educação em saúde executadas durante o estágio, como importantes ações na qualificação da assistência aos usuários, à medida que proporciona o empoderamento dos ACS, possibilitando-os acesso à informação e o desenvolvimento da autonomia no cuidado à saúde. A saúde no Brasil tem sofrido uma remodelação da atenção primária, apresentando uma política de oferta de serviços básicos, acessíveis e de melhor qualidade com o objetivo de promover saúde e não apenas tratar o indivíduo. Dentre as estratégias usadas, a educação em saúde tem sido uma ferramenta bastante discutida e estudada. Outro instrumento utilizado visando o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de sua equipe tem sido a formação de profissionais voltados para a assistência primária em saúde. Desse modo, programas de residência multiprofissional estão sendo ampliados, compreendendo estágios nas unidades básicas de saúde a fim de abranger o conjunto das necessidades da pessoa em saúde por meio do trabalho em equipe, promovendo a humanização e a integralidade na assistência.

EDUCAÇÃO POPULAR: INSPIRAÇÃO E CONTRIBUIÇÕES COM BASE EM UMA EXPERIÊNCIA EXITOSA E TRANSFORMADORA JUNTO À IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Elina Alice Alves de Lima Pereira, Íris de Souza Abílio, Gabriella Nayara Siqueira de Lima, Renan Soares de Araújo, Bruno Oliveira de Botelho

Palavras-chave: Promoção da saúde, Relações sociais, Idoso

A Educação Popular é um campo que possibilita a construção de conhecimentos a partir do encontro entre saberes, e é nesta perspectiva que ao longo dos anos vem se desenvolvendo nas universidades públicas brasileiras variadas experiências denominadas de Extensão Popular. Esta se diferencia das demais práticas de Extensão, justamente por seu modo de fazer, sua fluidez em buscar compreender a realidade e atender as necessidades da população, propiciando o despertar de uma consciência crítica a partir do confronto entre o saber popular e o dito saber erudito, e por ser este um processo viável para um retorno à sociedade civil que sustenta a instituição universitária. A Educação Popular, objetiva atender as demandas dos excluídos, buscando estimular o protagonismo das pessoas inseridas em um contexto social, político e econômico vulnerabilizado, indo à contrapartida ao modelo hegemônico. Nessa perspectiva, o Programa de Extensão Universitária “Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (PINAB)”, o qual é vinculado a Universidade Federal da Paraíba, tem suas ações inspiradas pelos princípios da EP e abrange no escopo de sua atuação comunidades do bairro do Cristo Redentor, em João Pessoa-PB. O PINAB dispõe de distintas frentes de ação, tais como: Horta Comunitária, Puericultura,

Espaço de Diálogo, HiperDia, Saúde Mental, Escola e Idosos, todas estas construídas compartilhadamente com moradores, estudantes, docentes, profissionais, residentes médicos e multiprofissionais da Unidade de Saúde da Família do território. O presente resumo tem por objetivo socializar a experiência desenvolvida pelo Programa no Grupo de Idosos, o qual atua em uma instituição de longa permanência, através de ações da Educação Popular em Saúde como estratégia de cuidado nesse meio. É ideologicamente impraticável realizar atividades em um local onde se encontram pessoas tão fragilizadas, seja devido ao abandono ou pelas marcas carregadas por histórias difíceis, cansaço físico ou pela própria apatia gerada pela mesmice que circunda a rotina das instituições de longa permanência. Torna-se inviável pensar noutra forma sem que o cuidado seja uma estratégia transversal a todas as atividades propostas. Não obstante, a amorosidade preconizada pela educação popular carrega consigo intencionalidades libertadoras, como também um potencial transformador. Nossa intenção, enquanto extensionistas é fortalecer as relações com os sujeitos em sua integralidade e não na enfermidade que ele possa apresentar, uma vez que o sofrimento interno necessita mais do que a farmacologia tradicional, o que nos cobra a presença humana permeada por uma postura amorosa e aberta ao diálogo. Há diversas formas de discutir Educação em Saúde, a perspectiva que nos propomos a utilizar é uma que permita a partir das intervenções, que não fiquemos num posicionamento engessado de apenas prevenir doenças, mas, com uma visão que busque promover saúde de forma integral, intersetorial e multidisciplinar. A partir de iniciativas tidas como “simples”, como o toque, a escuta, o olhar, o diálogo, o exercício da empatia, entendemos a complexidade desse aspecto, da importância de respeitar

a individualidade e as singularidades de cada um, seja por linguagens verbais ou não verbais. Acreditamos na amorosidade como um posicionamento político no mundo que se materializa através da educação popular no estabelecimento de vínculos, de aprendizagens dialógicas, e no afeto como compromisso com o outro. “Baseado nessa percepção, em nossas atividades, pensando no, com e para o outro”, buscamos sentir quais ocupações proporcionavam prazer, carregavam sentido e resignificavam a rotina, crendo que nosso trabalho contemplaria o cuidado desde nossas atitudes até as escolhas das atividades. Considerando toda reflexão e caminho percorrido, optamos por utilizar o recurso da música, por ser um estímulo no qual os idosos respondiam positivamente, cada qual com sua forma particular. Iniciamos com uma música que diz assim: “Bom dia sol, bom dia terra, bom dia mar, bom dia Dona Maria comece a cantar!”, e assim completávamos essa frase com o nome da pessoa a qual nos referíamos, até que todos fossem contemplados. No desenrolar do momento, nos deparávamos com idosas que se emocionavam bastante ao receber atenção, ao escutar a música direcionada a ela, chamando-a pelo nome, resgatando a identidade esquecida; outras tinham problemas de audição e cantávamos bem próximo ao seu ouvido; algumas com a visão já prejudicada, que não conseguiam ver as danças elaboradas pelo grupo, também participavam, pois a embalávamos na dança, auxiliando-as com um balançar de braços, integrando-as ao momento. Daí em diante, para nós, elas deixavam de ser apenas “as idosas da instituição”, mas sim: Dona Maria, Dona Terezinha, Dona Ivete e etc., valorizando assim, a identidade e todas as características que as diferem, uma vez que a riqueza de se trabalhar com pessoas, com vidas, com histórias, consiste no reconhecimento da grandiosidade da

individualidade de cada ser. No desenrolar da atividade, elas se envolviam trazendo suas experiências, contando histórias, recordando as músicas que marcaram sua vida, os acontecimentos da sua infância, os talentos adormecidos, as expectativas e as emoções despertas. As demonstrações de participação eram bastante subjetivas e valorosas, iam desde recitar uma poesia ou fazer sua própria serenata, até um simples balançar de pé – o que para nós já tinha tamanho significado. Neste momento, a figura do cuidador, através do ato político de amar, é capaz de sutilezas que propiciam o resgate da essência daqueles que se encontram em processo de desumanização. A palavra amor significa afeição viva por alguém ou alguma coisa, sinônimo de zelo e dedicação. Poder ouvir as histórias, as dores, os anseios, os sonhos de cada pessoa é algo enriquecedor para nós estudantes, que ao vivenciar essas situações almejamos nos tornar profissionais diferenciados, preocupando-nos com o outro e considerando-o em toda sua integralidade, não sendo passivos diante de descasos com populações em situações de vulnerabilidade. É preciso destacar que, uma das coisas mais importantes é ter em mente a certeza de que cada indivíduo carrega consigo saberes, e que estes apenas precisam de provocações e ouvidos atentos a valorizar – constituindo conhecimentos a partir do compartilhamento de experiências. Cada pessoa envolvida foi importante para conhecermos suas potencialidades, assim como as fragilidades e possibilidades de problematização e transformação. O trabalho desenvolvido com base no cuidado e na amorosidade volta-se para aprendizagem como humanização, sendo alicerce para as relações interpessoais e criação de vínculos. Nosso trabalho, portanto, vai além de cuidados técnicos, pois este se baseia na busca pela equidade, na melhoria da qualidade de vida, no

compromisso social, no importar-se com o outro, na redução de vulnerabilidades (sejam elas institucionalizadas ou não), no resgate de autoestima, autonomia e empatia – para que alcancemos processos verdadeiramente emancipatórios e transformadores.

EFEITOS DA INTERVENÇÃO CINESIOTERAPÊUTICA E PEDAGÓGICA SOBRE A INTENSIDADE DA DOR E DESCONFORTO CORPORAL EM TRABALHADORES RURAIS NA ATIVIDADE LEITEIRA

Themis Goretti Moreira Leal de Carvalho, Angélica Facco, Victória Medeiros da Rosa, Priscila Rodrigues da Silva, Daisiane Cazarotto, Susana Cristina Domenech, Lincoln Silva, Noé Gomes Borges Júnior

Palavras-chave: Trabalhador rural, Atividade leiteira, Desconfortos corporais, Educação em saúde

Introdução A atividade leiteira rural está frequentemente associada a queixas relacionadas às dores em segmentos da coluna vertebral e membros, essas queixas impactam na produtividade do sujeito que na maioria diminuem sua produtividade (SEHNEM, 2011). Estudos epidemiológicos têm indicado que o trabalho agrícola (mais especificamente a atividade da ordenha) compreende uma ocupação de alto risco com relação as DORT, pois a maior parte do trabalho está associada com levantamento e transporte de carga pesada, adoção de posturas inadequadas e uma exposição a vibrações de ferramentas. Além disso, o trabalho agrícola possui movimentos repetitivos, particularmente durante a ordenha, e a organização do trabalho e equipamentos são muitas vezes tradicionais em seus projetos (TONIAL, 2004). O estudo tem como objetivo

geral reconhecer as principais lesões e desconfortos osteomioarticulares, nos produtores rurais envolvidos na atividade leiteira, desenvolvendo ações de proteção, promoção e reabilitação da saúde desses trabalhadores. **Material e Métodos:** A pesquisa é um processo descritivo transversal, no qual o compromisso da EMATER, REDE LEITE, UDESC e UNICRUZ foram o alicerce fundamental de sua trajetória metodológica. Caracteriza-se por ser do tipo descritivo com delineamento transversal (GIL, 2010), sendo desenvolvida em parceria com o Programa em Rede de Pesquisa-Desenvolvimento em Sistemas de Produção com Pecuária de Leite no Noroeste do Rio Grande do Sul. A população contemplada totaliza 23 trabalhadores rurais de pequenas propriedades dos municípios de Boa Vista do Cadeado/RS, Boa Vista do Incra/RS, Catuípe/RS, Cruz Alta/RS, Fortaleza dos Valos/RS, Pejuçara/RS e Santa Barbara do Sul/RS, vinculadas a EMATER, e que realizam atividade de ordenha de leite. As coletas dos dados (antes e após programa de Oficinas Pedagógicas e prática de exercícios físicos diários - Cinesioterapia Laboral) foram na Clínica de Fisioterapia no campus da universidade- UNICRUZ. Para a coleta de dados utilizamos os seguintes procedimentos: 1^o) Aplicação do Questionário do Trabalhador adaptado de Moraes, 2002, constituído de questões fechadas e abertas, que tem como objetivo levantar dados específicos, dados pessoais e as condições de trabalho; 2^o) Aplicação do protocolo de Avaliação de Desconforto nas Partes do Corpo (DPC) de Corlett e Manenica, 1980 – modificado. A escala divide o corpo humano em segmentos e para cada um deles os sujeitos do estudo assinalaram com um “X” a parte do corpo em que sentem um nível de desconforto (dor constante), leve desconforto (dor esporádica) e conforto (sem dor). **Resultados e Discussões** O grupo de mulheres (n=12) tem idade

média de 51,17±4,82 anos, e o de homens (n=11), 51,27±4,54 anos. Foi implantado por 4 meses, com o grupo pesquisado, um Programa de Cinesioterapia Laboral planejado, orientado e supervisionado, visando buscar além dos benefícios físicos em si (respiração, alongamento muscular e melhor oxigenação), momentos de descontração, e um desligamento momentâneo dos problemas e posturas exigidas pelo trabalho. Com referência às dores e desconfortos no pescoço e ombro, constatamos que tanto os homens quanto as mulheres relataram sentir menos dores da primeira para a segunda avaliação. Enfatizando que as mulheres se sobressaíram na involução das dores no pescoço, já nos ombros alguns homens haviam relatado sentir uma dor constante na primeira avaliação, em contrapartida na segunda esta dor passou a não existir mais. Os braços e antebraços, são um dos membros mais afetados também, pelo fato de estarem sempre em movimento em qualquer AVD ou atividade física que for realizada. Como as dores esporádicas e constantes eram elevadas tanto no gênero masculino quanto no feminino na primeira avaliação, e na segunda nenhum homem relatou ter alguma dor constante e as mulheres reduziram expressivamente o índice de dor constante e esporádica. O mesmo ocorreu no antebraço, pois as dores nos homens e nas mulheres eram de esporádicas a constantes, e na segunda avaliação, o gênero masculino relatou não sentir mais dores constantes, passando a estar em sua maioria sem dores, e algumas mulheres ainda relataram ter dores constantes, porém boa parte delas relatou que não sentiam mais dores e desconfortos como antes do programa cinesioterapêutico e das oficinas pedagógicas. Os equipamentos e máquinas agrícolas são muitas vezes projetados para os requisitos físicos e capacidades do homem. Porém,

a pesada carga de trabalho das mulheres empenhadas em certos tipos de trabalho rural é muitas vezes desproporcional a sua capacidade física. Além disso, as mulheres que estão envolvidas em várias tarefas em uma propriedade rural, também realizam os serviços domésticos como, por exemplo, o preparo de refeições ou lavagem de roupas, que poderiam agravar os problemas musculoesqueléticos (ULBRICHT, 2003). Para ambos os sexos, as dores do punho apresentaram melhora, reduzindo significativamente as dores esporádicas e constantes, sendo que grupo do gênero masculino relatou (100%) ausência de dores/desconfortos após a intervenção. As mulheres demonstraram ter mais algias, fato comprovado pela dupla jornada de trabalho que elas exercem (AVD's e a atividade leiteira), aumentando assim os fatores de risco. A região lombar foi a mais comprometida em ambos os gêneros, pelo fato das posturas inadequadas durante as atividades do dia a dia. Tomando como exemplo, quando um produtor usa um banquinho muito baixo para sua estatura, acaba acarretando dores na região lombar e joelhos também. Percebe-se que os produtores obtiveram uma melhora na sintomatologia dolorosa após a participação nas Oficinas Pedagógicas e realização de exercícios laborais durante três meses em ambos os gêneros. A redução das dores esporádicas e constantes foi significativa, aumentou o número de pessoas que não sentem dores. **Conclusão:** Poder criar uma condição mais saudável à saúde da família trabalhadora rural envolvida na ordenha leiteira é uma realidade e necessidade fundamental. Uma vez que, a diminuição de sua produção resulta em um impacto econômico na renda familiar dos mesmos e em todo país, gerando grandes transtornos. Com a prática de cinesioterapia laboral diária e realização de oficinas pedagógicas de educação e saúde, promovemos um

auxílio no alívio da sintomatologia dolorosa dos produtores leiteiros, causadas por desgastes e posturas incorretas adotadas no dia a dia no campo, durante anos exercendo a profissão. Pequenas adequações do ambiente de trabalho e da forma como os trabalhadores desenvolvem as suas atividades motoras e a realização de um programa cinesioterapêutico, podem reduzir significativamente a presença de dores e desconfortos corporais, trazendo assim mais qualidade de vida para os trabalhadores.

EFETIVIDADE DA PAPAÍNA ASSOCIADA AOS ÁCIDOS GRAXOS ESSENCIAIS NA CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO E FERIDAS

Maria Cristina Chiapinotto

Palavras-chave: Úlcera por Pressão, Cuidados de Enfermagem, Papaína e Ácidos Graxos Essenciais

Apresentação: As úlceras por pressão são consideradas um problema grave e frequente nos pacientes acamados e portadores de doenças crônico-degenerativas, porém é fundamental que o enfermeiro esteja capacitado para fazer uma correta avaliação da úlcera de forma a estabelecer o acompanhamento e tratamento adequado a cada caso. Alguns estudos têm recomendado o uso de Papaína e Ácidos Graxos Essenciais (AGE) para seu tratamento. A Papaína é uma enzima proteolítica presente no látex do vegetal *Caricacarpaya* (mamão-papaia), que tem ação bactericida, bacteriostática e anti-inflamatória, assim, estimula o crescimento tecidual uniforme, promove o desbridamento enzimático do tecido necrótico e diminui a formação de queloides (RIBEIRÃO PRETO, 2011, p. 47). A mesma tem indicação no tratamento de úlceras abertas, infectadas e no desbridamento de tecidos desvitalizados ou necróticos

em diferentes concentrações conforme o ferimento. Para a úlcera necrótica, deve ser utilizada a papaína a 10%, em casos com exsudato purulento, de 4 a 6%, e nas úlceras com tecido de granulação, a 2% (RIBEIRÃO PRETO, 2011). Os AGE são necessários para manter a integridade da pele e a barreira de água, e não podem ser sintetizados pelo organismo, não há contraindicação de uso concomitante com outras coberturas, podendo ser aplicado diretamente no leito da úlcera ou em gaze o suficiente para mantê-la úmida até a próxima troca. Nos últimos anos, a enfermagem vem buscando conhecimentos relativos à prevenção e tratamento com feridas, e estes conhecimentos e experiências acumulados pelos enfermeiros especializados contribuem consideravelmente para o aumento da capacidade de observação, julgamento e escolhas, proporcionando uma prática mais autônoma e não iatrogênica (SILVA et al., 2011). É importante que o profissional de enfermagem tenha conhecimento, não apenas dos produtos disponíveis no mercado para realização do tratamento, mas também da fisiologia da cicatrização, dos fatores de risco e das etapas do processo de reparo tissular, tornando-se fundamental para o correto diagnóstico do tipo de lesão e para a indicação do produto adequado para a prevenção ou tratamento da lesão (SALOMÉ, 2009). Este relato de caso objetiva demonstrar a importância de uma adequada avaliação da ferida para a escolha correta do tratamento, bem como a eficácia do uso da Papaína em diferentes concentrações associado ao AGE no processo de desbridamento, granulação e cicatrização de úlcera por pressão. Desenvolvimento do trabalho: Realizou-se o acompanhamento e tratamento de um paciente acamado, portador de úlcera por pressão na região sacrococcígea, realizado pela enfermeira no período de junho a novembro de 2012, no domicílio do paciente. Os registros ao longo dos cinco meses foram realizados em diário

de campo e fotográfico. A análise dos dados foi realizada por categorização temática (MINAYO, 2010). A eficácia terapêutica foi avaliada a partir das características da úlcera (aparência e tamanho), das características do exsudato, durante os cinco meses de tratamento (BRASIL, 2002). O diagnóstico e tratamento do referido caso foi subsidiado pelo Caso Clínico Interativo sobre Úlceras Venosas e por Pressão, disponibilizado pela Universidade Federal de Pelotas RS, como parte das atividades de prática clínica do Curso de Especialização em Saúde da Família (CEOLIN; CASARIN; MACHADO, 2012). O familiar responsável autorizou e assinou as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O presente relato apontou a eficácia do uso da papaína associada ao AGE na cicatrização de úlcera por pressão, quando acompanhado de cuidados básicos, como a orientação sobre a forma de realização do curativo e a movimentação no leito, mesmo em um paciente sem acompanhamento nutricional adequado. Resultados: A úlcera média, inicialmente, 20x15cm de diâmetro, apresentava profundidade grau IV, com tecido necrosado e cruento, observava-se cavidade profunda, com exposição do osso na região sacra, drenagem de secreção purulenta em grande quantidade, com odor fétido. Uma análise criteriosa realizada pela enfermeira subsidiou a escolha da cobertura a ser utilizada como terapêutica inicial, de acordo com a gravidade e o tipo da lesão. Iniciado como cobertura primária, a Papaína 6%, em forma de creme no leito da ferida e gaze embebida com AGE para manter o meio úmido e acelerar o processo de granulação tecidual, por último, chumaço de gaze e algodão protegendo a ferida proporcionando segurança e conforto ao paciente favorecendo a cicatrização (BRASIL, 2002). Com a evolução da lesão, quando não havia mais tecido de necrose, somente tecido de granulação, foi utilizada a Papaína 2% e manteve-se a cobertura com gaze embebida

com AGE e chumaço. O resultado obtido com este caso foi extremamente satisfatório com total cicatrização da úlcera por pressão em um total de 160 dias de tratamento. Como consequência desta experiência foi colocada em prática o uso da Papaína associada ao AGE em outros pacientes com diferentes tipos de úlceras causadas por: Tromboangeite Obliterante na região das coxas com total cicatrização em 72 dias de tratamento, úlcera por Abscesso Peritoneal em região abdominal com cicatrização total em 51 dias de tratamento, Infecção de Parede Abdominal em ferida operatória de apendicectomia com cicatrização total em 21 dias de tratamento. Tais resultados possibilitaram a avaliação da evolução de diferentes tipos de úlceras em pacientes com condições delicadas e crônicas, com respostas satisfatórias, além de obter o baixo custo do tratamento com papaína. Considerações Finais: O presente relato de caso demonstrou o sucesso do tratamento de uma extensa úlcera por pressão e outras feridas, realizado a partir de uma avaliação por parte do enfermeiro, onde apontou a eficácia do uso da papaína associada aos AGE na cicatrização das úlceras e lesões. Esta experiência oportunizou-nos tratar vários tipos de feridas com resultados satisfatórios para o paciente onde demonstra que as ações a serem implementadas e os recursos a serem usados é o que vai permitir a tomada de decisão para a escolha do tratamento correto, no entanto, é muito importante que o enfermeiro esteja capacitado para realizar o cuidado de feridas, uma vez que frequentemente este profissional atende pacientes portadores dessas afecções e conduz o tratamento. No entanto, é preciso que as condutas sejam baseadas em evidência científica para garantir a efetividade do tratamento. Esta capacitação deve incluir o cuidado de pacientes acamados através da atenção domiciliar.

ENFERMEIRO-REFERÊNCIA E O APOIO MATRICIAL: CAMINHOS QUE SE CRUZAM

Paula Knoch Mendonça, Margarete Knoch Mendonça, Luciane Aparecida Pereira de Lima

APRESENTAÇÃO: Relato de experiência cujo objetivo é apresentar a vivência como Enfermeiro-Referência em um hospital, durante os anos de 2011 a 2015 e em 2015, a experimentação de apoio matricial ao Comitê de Gestão da Qualidade do Serviço de Enfermagem da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de Campo Grande-MS. São expressões tecnológicas do cuidado, que a partir do cotidiano dessas experiências estão possibilitando o cruzamento de caminhos metodológicos para o desenvolvimento das práticas avançadas de enfermagem e da enfermagem baseada em evidências, estimulando o diálogo aprofundado dessa temática junto aos colegas de enfermeiros em Mato Grosso do Sul. **Desenvolvimento do trabalho:** Durante a experiência profissional, como enfermeira assistencial, em uma instituição de saúde filantrópica, recebeu o convite em participar do projeto Enfermeiro-Referência (ER). Este projeto foi uma iniciativa da própria instituição, em 2010, depois de detectada a necessidade de apoiar os enfermeiros especialistas, que muitas vezes, e não conseguem atender todas as demandas dos pacientes e da instituição. O objetivo é capacitar os enfermeiros especialistas, a fim de se tornarem referência em seu próprio setor e para o hospital, em uma determinada área temática, como por exemplo: terapia nutricional, dor, diabetes e estomaterapia. A indicação e convite para participarem do projeto foram feitos pela coordenação de enfermagem e seguem os critérios de avaliação de desempenho, perfil para o desenvolvimento do trabalho, disponibilidade de horário e interesse do

profissional. Foi realizada uma capacitação com discussões de casos utilizando a metodologia “ProblemBased Learning”, estudos clínicos e visitas com o enfermeiro especialista/referência para conhecer a atividade a ser desempenhada. Além disso, os ER são motivados a participarem na elaboração de um projeto de melhoria institucional, apresentar os resultados para a gerência de enfermagem e em eventos científicos. Após essa etapa de capacitação, o enfermeiro está apto para desempenhar suas atividades e passa a ter as seguintes atribuições: capacitação dos profissionais na área de atuação/referência; orientação aos profissionais de enfermagem na prática diária, atendimento em outros setores por telefone ou in loco e esclarecimento de dúvidas; assistência direta aos pacientes nos momentos intra-hospitalar e de alta. Todas as intervenções realizadas junto aos pacientes e as capacitações de profissionais de enfermagem são feitas no registro eletrônico, e em prontuário, em caso de atendimento aos pacientes. O registro eletrônico possibilita o acesso às informações e a troca de experiências das intervenções realizadas por todos os ER. Como atividades de atualização e manutenção na função de ER, os mesmos participam de reuniões mensais nos temas de sua área, com exigência de frequência mínima de 70%. Os benefícios concedidos ao ER incluem o recebimento de um certificado; a participação em confraternização anual; oportunidades de participação em eventos da área de referência; uma folga anual, se frequência mínima de 70% nas reuniões mensais; e o acúmulo de banco de horas, em casos de atendimento fora do turno de trabalho. Em 2015, apresentamos essa vivência no Comitê de Gestão da Qualidade do Serviço de Enfermagem da SESAU em Campo Grande-MS. Nesta oportunidade, fizemos a comparação e o “cruzamento” da tecnologia de ER com Apoio Matricial

(AM). Considerando que o AM em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. O Comitê já vinha exercitando o AM ao tentar oferecer tanto retaguarda assistencial, quanto suporte técnico-pedagógico aos enfermeiros dos serviços, na construção compartilhada de diretrizes tecnológicas de enfermagem, dentro da equipe de saúde. **Resultados e/ou impactos:** A vivência como ER possibilitou desenvolver um olhar diferenciado para a prática clínica diária; perceber as dificuldades da equipe de enfermagem; orientar a equipe multidisciplinar; compartilhar os problemas com a equipe; e propor melhorias. Para o serviço, funciona como apoio aos enfermeiros especialistas; atende as demandas do hospital em todos os horários; ajuda no próprio setor; e otimiza o tempo do especialista e do paciente. Também pode ser considerada como uma corresponsabilização desses profissionais junto aos especialistas inseridos nos serviços de saúde. Entende-se que o ER tem semelhança com a metodologia de Apoio Matricial (AM), sendo esse equipe “e/ou enfermeiro” de referência, pois são arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. Em uma perspectiva mais ampla, contribui para melhorar a capacidade de resposta assistencial e gerencial dos serviços. Ambas as tecnologias: ER e AM podem ser aperfeiçoadas. O Projeto de ER destacou a capacitação dos profissionais de enfermagem em uma área específica, empoderando-os para uma intervenção consistente baseada em evidências científicas e o desenvolvimento do interesse de aprofundar do debate das práticas avançadas de enfermagem e da enfermagem baseada em evidências. Desta

forma obtém-se qualificação dos mesmos na área de atuação e assim a melhoria da assistência; a distribuição das atividades a fim de zelar pela qualidade do serviço prestado. Além disso, valoriza o trabalhador, proporcionando o seu reconhecimento tanto na área de atuação como na área de referência. Já o AM contribui com a capacidade de análise do processo de trabalho e na ampliação do olhar, para enxergar outros aspectos de sua vida. Isso favorece que o conjunto das intervenções terapêuticas, tragam mais benefícios do que danos e que o projeto terapêutico envolva um compromisso com o usuário. O AM é uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, e aumenta a resolutividade. Possibilita um modelo de atendimento voltado para as necessidades de cada usuário, pois as equipes conhecem os usuários que estão sob seus cuidados e isso favorece a construção de vínculos terapêuticos e a responsabilização das equipes. Constituem-se, portanto, como ferramentas indispensáveis para a humanização da atenção e da gestão em saúde. **Considerações finais:** A proposta de ER e AM pode ser vista, nos serviços de saúde, como uma quebra do modelo hegemônico de administração por tarefas e centrado em um único profissional, pois amplia a clínica e se torna uma mudança de paradigma, compreendido como um compartilhamento de saberes e constituição de locais de construção coletiva do cuidado, respeitando os limites profissionais e os princípios éticos. O método do AM depende da existência de espaços coletivos, ou seja, do estabelecimento de algum grau de cogestão ou de democracia institucional, assim o cruzamento do ER e AM no âmbito do Comitê tem possibilitado um modelo de cuidado em saúde mais horizontal, dialógico e interdisciplinar e com mais cogestão.

ESCOVAÇÃO DENTAL DIÁRIA SUPERVISIONADAS NAS ESCOLAS DAS COMUNIDADES RURAIS/FLUVIAIS DE MANAUS

Elves de Sá Guedes

Palavras-chave: perpetuar, mudança de hábito, escovação diária

Objeto da Experiência: Inserir, instituir, fortalecer e perpetuar a Escovação Diária Supervisionada nas Escolas das Comunidades Rurais/Fluviais. Objetivos: Sensibilizar os estudantes, professores, gestores e familiares quanto à importância dos cuidados com os dentes, estimulando a hábitos saudáveis de limpeza com a Escovação Diária Supervisionada nas Escolas das Comunidades Rurais/Fluviais que fazem parte da E.S.F. do PSR Nossa Senhora do Livramento em Manaus. METODOLOGIA: Calibração da equipe envolvida no trabalho (ACS e ACD) e reunião com os pais e mestres pelo CD(a importância da saúde bucal, tec. de escovação, uso correto do fio dental e outras orientações que se fizeram oportunas para formação de multiplicadores). No 1^o mês toda equipe participava da escovação supervisionada diária coletiva sempre após as refeições, depois só os multiplicadores. Uma vez ao mês o Cd faz palestras, aplicação flúor distribui creme e fio dental. Troca de escovas a cada 3 meses. RESULTADOS: Gestores: Os resultados desse excelente trabalho foram muitos satisfatórios, escolares adquiriram o hábito de escovar - a saúde bucal, contribuindo assim para um melhor desempenho escolar; O trabalho vem dando bons frutos, exemplo disto são os rendimentos/assiduidade dos alunos, que muitas vezes faltavam as aulas por problemas dentários; Os alunos e professores passaram a fazer dessa atividade uma rotina diária, contribuindo assim para Promoção da Saúde Bucal dos Estudantes. Análise Crítica: Levando em consideração

que em 2011, cerca de 90% dos escolares da E.M São José I, compartilhavam escovas e quando escovam os dentes era apenas uma vez ao dia, as respostas mencionadas pelos gestores educacionais diz tudo. O que mais me emociona, é quando chego nas escolas e vejo que os alunos verdadeiramente adquiriram o Hábito da Escovação Diária após as refeições e tornaram-se multiplicadores, levando as informações de Saúde Bucal aos seus familiares. Conclusões/ Recomendações: Para a obtenção do controle da infecção intrabucal assim como sensibilizar e estimular um grupo a hábitos saudáveis de limpeza bucal diária, preconiza-se a universalização de procedimentos coletivos e individuais, visando à promoção da saúde e à remoção de focos de infecções. Essa experiência tem que ser levada a outras comunidades, pois contribui para Promoção da Saúde Bucal dos Estudantes, ajuda no rendimento/assiduidade. Relato premiado na IV Amostra Nacional da Atenção Básica e da Família - 2^o lugar.

EXPANSÃO DO PROJETO EMAGRESUS PARA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DOS NASFS UNIVERSITÁRIO E BATISTÃO A E B NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE - MS

Alana Galeano

Palavras-chave: Obesidade, NASF, EmagreSUS

A Obesidade é uma doença crônica quem vem crescendo de forma vertiginosa nos últimos 30 anos. O tratamento da obesidade é complexo e multifatorial e necessita de uma atenção integral com a incorporação de diversos saberes. O município de Campo Grande – MS vem desenvolvendo diversas ações de prevenção e manejo da obesidade. No ano de 2010, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Seminário

desenvolveu um modelo assistencial para manejo da obesidade no âmbito da Atenção Básica. O modelo assistencial, denominado EmagreSUS, trata-se de um arranjo para manejo da Obesidade e Sobrepeso que tem o intuito de atender o indivíduo na sua totalidade e em seu território. O modelo contempla diretrizes como interdisciplinaridade com ampliação da clínica, educação popular em saúde e participação social. Foi realizada uma ação conjunta entre diversos setores da Secretária Municipal de Saúde (NASF Seminário, CAB, SESFACS, DANT) para expansão do modelo assistencial. A expansão foi dividida em 03 momentos: implantação, monitoramento e avaliação dos impactos obtidos. No primeiro momento foram desenvolvidos instrumentos padronizados de avaliação e protocolos de atendimento, de avaliação antropométrica e de exames laboratoriais. Posteriormente foi realizada uma Oficina com os profissionais que seriam os multiplicadores do modelo, sendo eles os profissionais Nutricionistas e de Educação Física dos NASFs e do programa Viver Legal. Na Oficina foram abordados temas referentes à Obesidade e DCNT, metodologias ativas, oficina de Nutrição, protocolo do modelo assistencial do EmagreSUS e oficina de avaliação antropométrica.. O monitoramento é realizado através do envio mensal da planilha de acompanhamento de medidas antropométricas e relatório de atividades. Resultados: No ano de 2013 foram implantados 17 grupos de EmagreSUS, sendo 313 o número total de participantes. Foi pactuada com as equipes de NASFs a implantação de 01 grupo por Núcleo, sendo no total 05 equipes NASF. Dos 17 grupos implantados, 11 se encontram na área de abrangência dos NASFs, desta forma é possível verificar que em média cada equipe de NASF implantou 2,2 grupos e assim as equipes atenderam a pactuação. Considerando que anteriormente o

EmagreSUS no ano de 2010 a 2012 atendeu 260 pessoas distribuídas em 13 grupos, ocorreu um aumento de 363,95% de atendimentos por ano e aumento de 392,61% de grupos formados por ano. Considerando que a obesidade é um dos grandes desafios da Saúde Pública e de etiologia complexa e multifatorial, para realizar o tratamento é necessária uma atenção de multidisciplinar ao obeso. Os diferentes olhares e abordagens possibilitam uma otimização nos resultados e continuidade no tratamento. O EmagreSUS vem de encontro às necessidades citadas acima e surge como uma ferramenta de trabalho para as equipes NASF que vem trabalhando de forma a melhorar a resolubilidade dentro do âmbito da Atenção Básica.

EXPERIÊNCIA DE MONITORAMENTO DA IMUNIZAÇÃO EM CRIANÇAS EM FORTALEZA-CE

Maria Fabiana de Sena Neri

Palavras-chave: Imunização, Monitoramento, Cobertura Vacinal

A vacinação é prevenção de doenças e está entre as atividades da Estratégia Saúde da Família. No Ceará, notificou-se 4.094 casos suspeitos de sarampo entre 25/12/2013 e 12/09/2015. Desses, 22% (916/4094) confirmados e 78% (3178/4094) descartados (CEARÁ, 2015). Considerando-se o grande número destes no Ceará e a existência de tecnologias para controle e prevenção de doenças. Vê-se relevante analisar as dificuldades e potencialidades de um Monitoramento Rápido de Cobertura Vacinal (MRCV) na prevenção de doenças. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com abordagem qualitativa. Utilizou-se da técnica de MRCV cruzado. Ocorreu no território de uma unidade de saúde no mês de março de 2015, com

cinquenta e umas crianças menores que cinco anos. O instrumento foi o “check-list” do MRCV (BRASIL, 2015). A sequência nesta abordagem consistiu em apresentação do objetivo, pedido de permissão para verificar cartão e confirmação da situação vacinal. O acesso foi possibilitado pela presença do ACS; disponibilidade de insumos para vacinação; atores da ação sensibilizados quanto ao monitoramento e suas metas; e aceitabilidade das famílias. Identificaram-se quinze crianças com vacinas atrasadas. Os avanços observados a partir do MRCV foram corresponsabilização pela equipe de saúde e família; e orientação ao processo de trabalho na vacinação, intensificação e prevenção de doenças.

EXPERIÊNCIA DE UNIVERSITÁRIOS EM UM CAPS NO SUDOESTE BAIANO

Tamina de Lima Alves, Polyana Leal da Silva, Jaine Kareny da Silva, Luma Costa Pereira, Alana Libania de Souza Santos

Palavras-chave: CAPS, Saúde Mental, Sofrimento Psíquico

APRESENTAÇÃO: Antes da Reforma Psiquiátrica (RP) o cuidado a pessoa com sofrimento psíquico se restringia ao manicômio e pouco se discutia sobre a reintegração ao contexto social. Contudo, após a RP a sociedade precisou estar preparada para receber e lidar com essa demanda. Portanto, foi criada uma rede de serviços extra-hospitalar para recepcionar, tratar e interceder nas fases agudas e crônicas dos transtornos, bem como desenvolver garantias da consolidação da ressocialização (AMARANTE, 2008). Entre os avanços obtidos pelo movimento da RP está o Programa De Volta Para Casa, que visa assegurar aos portadores de transtornos mentais, com longo tempo de internação, assistência e acompanhamento em uma residência, sob a supervisão de um

cuidador (BRASIL, 2002). Outros serviços de acompanhamento contínuo ou periódico como aqueles recebidos pelas Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios, centros de convivência e atendimento de urgência em hospital geral do Estado também são disponibilizados pela rede de assistência (BARROSO et al., 2004). Existem ainda outros serviços alternativos às internações, como os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), criados em 2002, por meio da portaria nº 336 (BRASIL, 2002). Os CAPSs possuem atendimento psíquico e são divididos nas modalidades: I, II, III, AD (Álcool e outras drogas) e IA (Infância e adolescência). A implantação de cada tipo tem como base os parâmetros populacionais da seguinte forma: municípios entre 20 a 70 mil habitantes possui o CAPS I e rede básica com ações de saúde mental; municípios com mais de 70 a 200 mil habitantes possui o CAPS II, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental; municípios com mais de 200 mil habitantes possui CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS IA, e rede básica com ações de saúde mental e capacitação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2002). Esses serviços substitutivos estão divididos por todo o território nacional, contudo é importante identificar as unidades parceiras utilizadas no processo de ressocialização e quais ações são empregadas. Nesse ínterim, surge a proposta da universidade como instituição cooperadora. Assim, os objetivos das acadêmicas foram relatar a atividade educativa desenvolvida para os usuários e entender de que maneira o CAPS II auxilia os cuidadores/familiares na assistência a pessoa com sofrimento psíquico. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um relato de experiência sobre as ações desenvolvidas por acadêmicos de enfermagem, de uma instituição de ensino superior (IES), que realizavam atividades práticas da disciplina Enfermagem em Saúde Mental no Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS II) em um município no interior

do sudoeste baiano entre o período de 10 à 20 de agosto de 2015, totalizando 8 encontros. RESULTADOS: O serviço do CAPS II tem por objetivo acolher as pessoas em sofrimento mental, prestando um acolhimento psíquico em uma perspectiva interdisciplinar, a fim de reinseri-los no contexto social, por meio do trabalho, lazer e exercício da cidadania, amparados pelo fortalecimento do núcleo familiar (MATOS, 2013). A reinserção pode ser ainda facilitada quando a sociedade civil fortalece este vínculo de cuidado. Nesse sentido, foi realizada uma parceria de uma IES com o CAPS II, onde os docentes e discentes de um curso do curso de Enfermagem propuseram a realização de ações educativas. Optou-se pelo direcionamento à dois públicos: os usuários do serviço do CAPS II e os seus familiares/cuidadores, que vivenciam todo o processo de adoecimento. Inicialmente foi proposto que os próprios usuários escolhessem um tema, sendo sugeridas as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). A execução de uma atividade que resultasse na tentativa de obter a atenção dos usuários provocou receio nas acadêmicas, não pela temática, mas pela dificuldade de adesão desse público nas ações educativas, conforme descrito pelos funcionários da unidade de saúde. Contudo, no decorrer da explanação sobre a temática houve participação significativa por meio de discussão, perguntas e contribuições. A segunda atividade ocorreu no formato de roda de conversa onde os cuidadores/familiares descreveram que o serviço do CAPS II fornece apoio matricial durante o dia, pois os usuários recebem a atenção de todos os profissionais, o que alivia a sobrecarga do cuidado. Além disso, os familiares apontam que a unidade de saúde os acolhe como amigos, ajudando-os a minimizar o sofrimento. Os cuidadores apontam ainda que por meio do CAPS II, a qualidade de vida dos usuários, tem melhorado consideravelmente, pois a

unidade de saúde mental facilita o acesso aos outros serviços vinculados, mantendo assim a integralidade do cuidado. Observamos a satisfação e prazer do núcleo familiar em estarem inseridos no serviço, quando em comparação com os hospitais psiquiátricos, bem como a sua importância no cuidado contínuo dos usuários. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Através das visitas ao serviço, pôde-se desmistificar o pensamento que seria “difícil” lidar com os mesmos, por conta do medo, incerteza e por a pouca habilidade em lidar com usuários com transtorno mental. Apesar dos usuários terem déficit de atenção para realizar algumas atividades durante as oficinas, conforme exposto pelos funcionários, é notório que existe uma tendência para maior participação quanto às atividades envolvem assuntos de interesse. Portanto, recomenda-se que seja realizado periodicamente um levantamento de sugestões para melhor andamento das atividades propostas. Embora os familiares descrevessem as ações positivas recebidas pelo CAPS II, observamos que existem algumas limitações que carecem de atenção e brevidade de resolução, como número de profissionais insuficientes para atender a demanda no que concerne às visitas domiciliares, articular melhor os atendimentos de urgência e emergência, a fim de proporcionar um acolhimento adequado a esse usuário.

EXPERIÊNCIA VIVENCIADA NA TRANSIÇÃO DE UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PARA UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Carine Muniz, Juliano Rodrigues Adolfo, Margret Magdalena Ripplinger, Gislene de Oliveira, Barbara Kreibich Muller Haas

Palavras-chave: Saúde pública, Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde

Caracterização do Problema: A Atenção Básica ou Primária à saúde é a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) disponibilizam assistência junto a comunidade e possibilitam resolver grande parte dos problemas de saúde, ajudando a diminuir o número de pessoas que procuram as emergências dos hospitais. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é vista como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer a reorganização do processo de trabalho, aprofundando os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, e também propiciando uma importante relação custo-afetividade, por meio de ações multidisciplinares. O bairro de Linha Santa Cruz, situado em um município do interior do Rio Grande do Sul, com aproximadamente 5.000 habitantes, é assistido por uma ESF. Sendo que, também são realizados atendimentos para usuários de outros bairros, por diversos motivos, entre eles o fato da unidade ser mais perto da residência, porque gostam ou tem mais afinidade com algum dos médicos ou ainda porque estavam passando pela unidade. A atual Estratégia de Saúde da Família possui uma equipe multiprofissional, no qual trabalham 1 médica de saúde da família, 1 enfermeira especialista em saúde da família, 2 técnicas de enfermagem (auxiliar de enfermagem), 1 médica clínica geral (trabalha no modelo tradicional), 2 pediatras (modelo tradicional), 1 dentista e 1 auxiliar de saúde bucal, 6 agentes comunitários de saúde, 1 residente em Educação Física (inserido através do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HSC), 1 higienizadora. Ainda faltam 3 agentes comunitários de saúde para completar a equipe. Objetivo do trabalho é relatar a experiência da equipe da unidade de saúde de Linha Santa Cruz no processo de transição no qual passou no

ano de 2015. Descrição da experiência: Para este relato destacou-se os depoimentos de parte da equipe da unidade que vivenciou a transição do modelo tradicional de saúde para a Estratégia de Saúde da Família. Relato da enfermeira: Quando iniciei meu trabalho nesta unidade, o agendamento se dava com a distribuição de fichas no turno da manhã, a médica atendia 19 pacientes e se retirava da unidade. Portanto, a unidade não tinha muito movimento, além da médica clínica geral havia dois pediatras e uma ginecologista, no qual eram realizados agendamentos e tudo isso de forma manual. Enquanto modelo tradicional, tínhamos apenas uma agente comunitária de saúde, a qual não conseguia atender toda sua área. Também não havia grupos e visitas domiciliares. Enquanto estava acontecendo a transição de modelo tradicional para Estratégia de Saúde da Família, passamos por dificuldades, pois com o passar dos dias, precisávamos expor para a comunidade e usuários o que estava acontecendo. Alguns não entendiam e relatavam que não deixariam de realizar suas consultas na nossa Unidade. Então no mês de março foi realizada nossa primeira reunião junto à comunidade, onde tivemos a oportunidade de explicar para todos do bairro o nosso trabalho, bem como a diferença de uma unidade tradicional para uma unidade ESF, também definimos a nossa agenda programática, onde iniciamos o atendimento das visitas domiciliares, consequentemente aumentou nossa produção e demanda, pois foi possível apresentar o trabalho e definir ações em conjunto. Foi proposto na reunião encontros de grupos que seriam iniciados a partir do novo modelo de atendimento com atividades coletivas e grupos de saúde preventiva e gestantes. Na verdade não conhecíamos nossa população, nossos usuários. Não sabíamos o que trabalhar, pois não tínhamos nosso planejamento, afinal de contas, tínhamos apenas uma agente comunitária de saúde. Com a implantação

do novo modelo, foram incluídos na equipe novos agentes comunitários de saúde, e assim estamos conhecendo nossa população. O primeiro passo foi realizar o mapeamento de cada área, contabilizar o número de pessoas em cada micro área para então iniciar os cadastros domiciliares. Estamos realizando o cadastramento das famílias, até o presente momento, temos um levantamento de aproximadamente 2.727 pessoas, sendo que, algumas micro áreas estão “descobertas”, sem agente comunitário, e não incluídas nesse número. Relato da auxiliar de enfermagem: Iniciei meu trabalho na antiga unidade, a qual disponibilizava à população atendimentos médico clínico geral todos os dias e pediatra uma vez na semana, suprimo a demanda visto que o número de atendimentos era menor, talvez pelo fato de não haver algumas especialidades médicas. A unidade tinha uma estrutura bastante precária, e a equipe era composta por 1 médico clínico, 1 pediatra, 1 auxiliar de enfermagem, 1 agente comunitário de saúde e 1 higienizadora. Nesta eram feitos os encaminhamentos para especialidades, cotas mensais e um dia definido para agendamentos, os demais ficavam na lista de espera para o próximo mês. O médico atendia as fichas do dia e ausentava-se da unidade, não existia tanta burocracia, tudo era realizado à mão, nada via sistema. Não existia encontro de grupos e nem visitas domiciliares, eventualmente fazia-se visita para alguma vacinação em pacientes impossibilitados de se dirigirem à unidade. Agora temos uma unidade nova, ampla e uma equipe maior, temos muito mais a fazer pelo paciente, se tem uma preocupação com o todo, antes se atendia somente a necessidade presente naquele momento. Faz-se um acompanhamento dos pacientes (individual ou coletivo), isso permite que se conheça ainda mais as necessidades dos mesmos e tome as devidas condutas. Com a equipe completa, o atendimento melhorou muito, tanto na

unidade quanto em visitas domiciliares, o bairro ganhou muito com esse novo modelo de atendimento. Relato da técnica em enfermagem: Iniciei meu trabalho já na unidade nova, mas ainda como UBS, atendíamos um número elevado de pacientes, um médico clínico geral atendia as demandas vindas de diversas regiões, o atendimento ainda se dava pelo sistema de fichas no dia. Os pacientes madrugavam para conseguir uma ficha, ou passavam a noite na frente da unidade para conseguir atendimento na manhã seguinte, e quando não conseguiam gerava uma situação de conflito. As consultas com pediatra eram agendadas e as urgências eram atendidas sem agendamento. Especialistas eram marcados na unidade e não na Central de Marcações como acontece hoje. Observo que melhorou a organização, atendemos pacientes do bairro e assim conhecemos as necessidades de cada paciente. Percebo que melhorou a disponibilidade de recursos para desenvolver o trabalho, a equipe mais completa ajuda a manter o atendimento do paciente como um todo. A partir deste novo modelo tivemos também a implantação de encontros e atividades de grupos, visitas domiciliares e agendamentos de consultas. No início os pacientes reclamavam dessa mudança, mas aos poucos foram se adaptando ao novo modelo e aderindo às atividades propostas. Efeitos Alcançados: Com a mudança do modelo tradicional para Estratégia de Saúde da Família, tivemos um aumento do número de atendimentos, entre consultas, procedimentos, visitas domiciliares e atividades em grupo. Ainda se faz um trabalho de conscientização e orientação quanto ao novo modelo e a qual unidade deve se reportar para algum atendimento. Com a nova organização e profissionais, a equipe está conseguindo realizar os atendimentos de forma integral, por meio de um trabalho colaborativo, múltiplo e interdependente. Desta forma o trabalho em equipe tem maior capacidade

de análise e de intervenções sobre demandas e necessidades de saúde, no âmbito individual e coletivo, que requer um olhar multiprofissional no sistema de saúde primário.

FISIOTERAPIA OBSTETRICA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EBSERH DOURADOS – MS

Angela A N Rios, Amanda Jorge Stefanello, Renata Vidigal Guimarães, Adriana Tresso, Sandra Juliana Soares Santos, Maria de Fátima Brito, Aline Decari Marchi

Palavras-chave: obstetria, parto humanizado, fisioterapia

APRESENTAÇÃO: No ciclo gravídico- puerperal, a percepção do corpo se altera em períodos delimitados pelas diferentes funções exigidas no processo. A assistência da gestante no parto abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades que têm como objetivo oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sentindo-se protagonista deste processo. O corpo no trabalho de parto precisa ser passivo, receptivo e ativo. Passivo para aceitar a manifestação fisiológica das contrações e da dilatação e não lutar contra ela; receptivo para vivenciar as sensações novas que emergem do processo de trazer um bebê ao mundo sem fugir delas; ativo para usar habilidades motoras e posturais que facilitam a flexibilidade e a adaptação do corpo, a elasticidade do períneo, o parto normal e a ampliação da consciência. A inserção do profissional fisioterapeuta na assistência ao trabalho de parto, parto e puerpério constitui-se como um avanço na qualidade do atendimento multiprofissional e atende às recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde

de que sejam disponibilizados métodos não-farmacológicos de alívio da dor para gestantes em trabalho de parto. **DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA:** Desde a inauguração, a maternidade do HU-UFGD tem a inserção do fisioterapeuta na equipe multiprofissional. O trabalho do fisioterapeuta neste cenário é o de promoção da saúde, no sentido de aliviar as dores do trabalho de parto favorecer o aleitamento materno e apoiar a família. Fisioterapia no acompanhamento ao parto vaginal: Na admissão da parturiente, após a avaliação médica e internação no pré-parto, inicia-se o acompanhamento com a fisioterapeuta como rotina de atendimento padrão. A função do fisioterapeuta é dar assistência ao período funcional do trabalho de parto: dilatação cervical e descida fetal no canal de parto. As condutas prescritas objetivam otimizar a dinâmica da atividade uterina; ampliar os diâmetros do estreito superior, médio e inferior da pelve na descida fetal; reduzir a duração da fase ativa do trabalho de parto e aliviar a dor das contrações uterinas. Os recursos terapêuticos utilizados são: orientação e apoio na deambulação; orientação na realização dos movimentos pélvicos; orientação da postura materna durante a contração uterina e no período expulsivo; exercício respiratório; aplicação de recursos não-farmacológicos de alívio da dor como termoterapia, massoterapia e terapia manual; orientação do acompanhante quanto à massagem de alívio e apoio à parturiente. Fisioterapia no acompanhamento à cesariana: Após a cesariana, a paciente pode ser atendida pela fisioterapia. São condutas do fisioterapeuta no pós-operatório imediato de cesárea: posicionamento de membros inferiores com uso de coxins, exercícios passivos de membros inferiores e posicionamento e auxílio ao aleitamento materno. Fisioterapia na internação prolongada de gestantes de alto risco: Em caso de internação prolongada por gestação de risco, a paciente pode

ser atendida pela fisioterapia mediante solicitação da equipe médica. São condutas da fisioterapia na internação de gestantes de alto-risco: orientação de deambulação e exercícios específicos; exercícios no leito para pacientes com restrição de movimento; drenagem linfática manual em caso de edema; massagem de alívio em caso de dores musculoesqueléticas; Fisioterapia no alojamento conjunto: O suporte clínico ao aleitamento materno no puerpério imediato é uma das condutas de maior relevância para o sucesso na amamentação. A fisioterapeuta no alojamento conjunto trabalha com orientações de posicionamento e pega adequados a fim de se evitar complicações mamárias e algias em região cervical e membros superiores devido ao posicionamento inadequado, técnicas de massagem e ordenha do leite materno se necessários para alívio de complicações mamárias, além do aconselhamento sobre os benefícios da amamentação e como superar as possíveis dificuldades. **EFEITOS DECORRENTES DA EXPERIÊNCIA:** Orientações de visualização e relaxamento promovem a diminuição do tônus dos músculos esqueléticos, evitando que a tensão interfira no aumento da dor durante as contrações uterinas no trabalho de parto. Quando associados à terapia manual permite que as mulheres reconheçam as partes do corpo e suas sensações, principalmente as diferenças entre relaxamento e contração, assim como as melhores posições para relaxar e utilizar durante o trabalho de parto. A liberdade de posicionamento e movimento é de grande relevância durante o trabalho de parto. No momento da contração, a fisioterapeuta orienta adotar posturas específicas para aumentar os diâmetros pélvicos, considerando a evolução da descida do bebê, respeitando a posição que lhe seja mais confortável permitindo um relaxamento maior para os músculos dorsais

e assoalho pélvico. A bola suíça estimula movimentos espontâneos e não habituais, permite que a mulher movimente a pelve em toda a sua amplitude, o que ajuda na rotação e na descida fetal podendo ser adotada em qualquer estágio do trabalho de parto. A cadeira de balanço (cavalinho) permite uma posição de descanso para o tronco, com o sacro em posição de natação favorecendo assim a descida do bebê a partir do estreito pélvico médio. A postura de cócoras posiciona o sacro em contra-natação, aumentando o diâmetro pélvico inferior, sendo indicada no período expulsivo. Os exercícios respiratórios têm por objetivo auxiliar as mulheres no controle das sensações das contrações durante o trabalho de parto. O foco na respiração promove o relaxamento, a concentração, diminui os riscos de trauma perineal no momento expulsivo e melhora a oxigenação sanguínea da mãe e do feto. A massagem, a hidroterapia pode ser utilizada através de banhos terapêuticos com água em temperatura de morna a quente. Com o relaxamento induzido pela água, a parturiente experimenta menores níveis de dor, o que resulta em redução da ansiedade e maior liberação de ocitocina e endorfina, sendo este um dos recursos preferidos pelas parturientes, especialmente em estágios mais avançados do trabalho de parto. A avaliação pós-natal é realizada dentro das primeiras 24 horas, o fisioterapeuta avalia a mãe para determinar as suas necessidades prioritárias no manejo do aleitamento materno. Com as ações desenvolvidas no alojamento conjunto, observou-se menor índice de uso de leite artificial no período de internação, maior aceitação da mulher para manter a lactação, participação ativa do acompanhante no apoio à puérpera e menores índices de complicações e traumas na mama puerperal. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As relações interpessoais positivas aliadas aos conhecimentos específicos do

fisioterapeuta como da anatomia, fisiologia, cinesiologia, bem como da constituição familiar qualifica este profissional para a atenção às gestantes e nutrízes. Todos os procedimentos utilizados mostram-se na prática clínica que contribuem para a evolução do trabalho de parto e estímulo ao aleitamento materno, porém não foram avaliadas cientificamente as interferências nos desfechos perinatais para esta população. São necessários estudos randomizados para esclarecer e fortalecer o papel do fisioterapeuta na obstetria. A satisfação com a experiência do parto é um construto complexo e multidimensional, que pode variar de acordo com a população atendida, suas expectativas e orientações recebidas ao longo do pré-natal. Porém, a qualidade da relação cuidador-paciente e o suporte oferecido para a mulher e seu acompanhante, respeitando sua individualidade e envolvendo-a na tomada de decisões tem se mostrado como fatores preponderantes na satisfação da mulher com seu parto.

FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR PARA O SUS: UMA RELAÇÃO NECESSÁRIA

Michael da Costa Lampert

Palavras-chave: Formação para o SUS, Interdisciplinariedade,

APRESENTAÇÃO: Este texto tem como escopo a análise de experiência vivenciada em prática inovadora de formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Será discorrido sobre o processo educação em saúde no contexto de formação interdisciplinar, seus potenciais e impactos ao dar novas ressignificações para o modelo de formação em saúde para o SUS com base em uma Disciplina Complementar de Graduação (DCG)

elaborada pelo Departamento de Saúde da Comunidade do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM. **DESENVOLVIMENTO:** Durante o primeiro semestre de 2015, o CCS deu origem à disciplina de “Formação Profissional Interdisciplinar para o SUS”, criada em decorrência dos resultados obtidos nos Programas de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) que apontavam a necessidade de uma integração interdisciplinar no processo de graduação dos cursos da área da Saúde. Inovando na metodologia de ensino ao integrar 5 docentes (2 da Farmácia e, Medicina, Medicina Veterinária e Serviço Social com 1 cada, respectivamente) para ministrar as aulas, ampliando os horizontes dos debates acerca da formação profissional em saúde, a disciplina abrange o total de 11 cursos da área da saúde (Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Farmácia, Medicina Veterinária, Educação Física, Psicologia e Serviço Social). O objetivo da disciplina é proporcionar ao estudante o contato com a realidade do SUS, dividindo este processo de educação na saúde em 30 horas de aulas teóricas e 30 horas de aulas práticas. Aonde a prática se efetiva por meio de convênio da universidade com a Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria/RS, de acordo com as políticas setoriais que dispõe de preceptores aptos à supervisão dos estudantes. Na divisão entre teoria e prática, a primeira conta com arcabouço teórico sobre Histórico de saúde no Brasil, Reforma Sanitária, processo de construção do SUS, Introdução às Políticas Públicas em vigência desde a Constituição Federal de 1988, Concepções de Saúde Coletiva, Formação política para o SUS, conceitos de multi, inter e transdisciplinariedade. A segunda, dividiu os estudantes em 5 grupos interdisciplinares para atuação em campo com preceptoria supervisionada pelos gestores em saúde das seguintes políticas

setoriais do município: Política de Saúde para a Mulher, Idoso, Criança e adolescente, Saúde Mental e HIV/AIDS. Neste sentido, a potencialização da formação interdisciplinar está na amalgamação das singularidades de cada área que a DCG abrange, pois ao pôr docentes e discentes para debater formação profissional estendendo as perspectivas de cada área de concentração, se constrói conjuntamente novos alicerces de conhecimentos, tendo a práxis como substância de erudição teórica e metodológica. Destaca-se que os interagentes deste processo de formação passam a sustentar uma tríade composta por profissionais, discentes e discentes, imprimindo novas percepções na formação, por meio da experimentação da realidade profissional em interlocução com a teoria acadêmica. **RESULTADOS:** A proposta de integração interdisciplinar coopera para que o conhecimento em saúde na área do SUS seja construído de maneira horizontal, aonde todos os envolvidos são parte do processo de formação profissional e educação continuada. Considerando que em campo os estudantes recebem a supervisão para formação, em contrapartida, levam aos profissionais novos referenciais teóricos além de oxigenação para o campo de trabalho, constituindo uma reciprocidade no processo de educação para saúde. O impacto com a realidade do SUS proporciona ressignificações para a formação profissional, tendo em vista que tais experimentações dentro dos diversos campos de atuação profissional tratam de atender demandas multifatoriais, o processo educação-trabalho melhora à medida que o estudante observa na vivência, o funcionamento dos dispositivos do SUS. A observação torna-se fundamental para compreender como e por quais meios os serviços de saúde articulam-se para dar resolutividade às demandas do cotidiano. A relação entre serviço público e privado do modelo de assistência médica

é um elemento que rebate diretamente na formação profissional dentro das universidades públicas. Ao compreender que muitos serviços de caráter privado são prestados para assistência da saúde como complementares, conforme o art.199 da Constituição Federal, algumas Unidades de Formação Acadêmica (UFAs) têm em seus cursos da área da saúde uma carência significativa no que diz respeito à formação para o SUS em seus Projetos Pedagógicos de Curso (PPC). Tal assertiva se converte em evidência nos trabalhos elaborados e apresentados pelos 5 grupos que atuaram diretamente nos serviços que firmaram convênio com a UFSM. Os trabalhos de avaliação final da disciplina, produzidos sobre cinco temas (política de saúde para idoso, saúde da criança e adolescente, saúde mulher, saúde mental e HIV/AIDS) por grupos interdisciplinares e apresentados como seminários, mostraram o indicativo de que boa parte dos cursos da área da saúde ofertados na UFSM demonstra em seus PPCs que a formação profissional para o SUS tem diversas limitações. Portanto, a DCG para o SUS supriu algumas lacunas do processo de graduação de 11 cursos. Muitas dessas lacunas servirão como alguns dos pilares de formação profissional, sendo pilares que enaltecem dimensões teóricas – metodológicas - técnicas - operativa e ética - política, aonde estas dimensões do fazer profissional são indissociáveis umas das outras, dando condições para o profissional melhor posicionar-se, expressar-se e operacionalizar sua intervenção na realidade frente às demandas que se materializam no cotidiano profissional nos serviços de saúde. A compreensão sobre o papel profissional de cada profissão que atua no SUS em suas singularidades e, como cada peça dessas faz parte da totalidade de um processo que envolve profissionais, usuários e dispositivos que dão o suporte para prevenção de doenças e promoção de

saúde, torna-se elemento essencial para a formação de qualquer profissional. Além de compreender, a DCG fomenta a apreensão da realidade, fazendo o estudante e futuro profissional, refletir sobre os serviços disponíveis, o processo de trabalho dentro do SUS e, se o usuário realmente tem sua demanda atendida dentro dos serviços disponíveis na rede. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A DCG Formação Profissional Interdisciplinar para o SUS consegue abraçar e sustentar a proposta de produzir conhecimento coletivamente. O debate sobre o SUS sob a lente de múltiplos cursos de graduação amplia muito as perspectivas sobre o trabalho no SUS, seus objetivos, fragilidades e desafios. Os efeitos causados em boa parte da turma que concluiu a disciplina no primeiro semestre foram positivos, o fato de uma única DCG repercutir em 11 cursos que formam profissionais para saúde e fomentar a formação de profissionais que defendem o SUS é uma experiência única. Além de proporcionar ao estudante meios de repensar como intervir em suas ações profissionais (na perspectiva teórica-metodológica, técnica-operativa e ética-profissional), é possível elencar esse conjunto de ações dentro do movimento que a própria sociedade impõe no cotidiano profissional, como sabemos, os níveis de saúde se dão dentro da organização social e econômica, criando determinantes e condicionantes para a saúde, o que faz o futuro profissional pensar para além do “pragmático”, enxergando a totalidade dos processos que desencadeiam os níveis de saúde e doença no cotidiano da sociedade.

GERANDO ARTE: A INSERÇÃO DA PINTURA CORPORAL COMO FERRAMENTA DE EMPODERAMENTO E VÍNCULO EM UM GRUPO DE GESTANTES

Renata Marques da Silva, Laura Denise Reboa Castillo Lacerda, Laura Santos

Neitsch, Leo Fernandes Pereira, Leticia Martins, Vanessa Baldez do Canto

Palavras-chave: Grupo de gestantes, Promoção da saúde, Terapia alternativa

APRESENTAÇÃO: A gestação é uma das experiências humanas mais complexas, abarcando múltiplas dimensões da vida da mulher e de seu desenvolvimento humano. É uma vivência individual, única e cada gestação possui características diferentes. Muito embora presente este caráter singular e subjetivo, a gravidez também se caracteriza como um evento social, que envolve e mobiliza, direta e indiretamente, as pessoas que convivem com esta mulher, estendendo-se assim, a toda a sociedade. Novas tendências que apontam para as discussões em torno do Parto Humanizado e seguem práticas atípicas não observadas anteriormente no cuidado profissional com a mulher; ou ainda a valorização de algumas atividades e cuidados antigos, que são reconsiderados quando levados a estudos baseados em evidências clínicas. Estas práticas são utilizadas para promover a humanização, o acolhimento, o reconhecimento, aumento da auto-estima e vínculo da gestante com o processo de gestar. Observamos que ao longo das consultas pré natal e dos grupos de gestantes de um Centro de Saúde (CS) do município de Florianópolis-SC, sempre existiu a busca e a necessidade, muitas das vezes não identificadas, por algo que fosse modificador e impressionante no processo de identificação com a nova condição feminina de ser mãe. A auto-afirmação e a necessidade de estabelecer vínculo com o bebê se estenderia também ao pai, e a todos que compõem a rede de apoio da gestante. Desta forma, a experiência gestacional, marcada pela insegurança, incerteza e dúvidas, faz com que a gestante necessite tecer uma teia de relações, visando o apoio afetivo e o

suporte social, tão caros neste momento da vida da mulher. Assim, o estreitamento dos laços com as pessoas próximas, tais como o marido, o companheiro, o namorado, a família, profissionais de saúde e, até mesmo com outras gestantes, auxiliam sobremaneira na necessária adaptação que a gestação impõe. O acompanhamento pré-natal é uma importante ferramenta para o enfrentamento das dificuldades que marcam o processo de gestar, sendo fundamental para promover a troca de experiências, a compreensão das vivências, abrindo espaço para que a mulher expresse suas angústias e seus receios. Existe uma história mundial de uso da pintura em barrigas, a origem dessa prática ainda é desconhecida. Várias equipes e profissionais, voltados para o parto Humanizado no Brasil, têm oferecido em seus grupos ou em atendimento individual a opção das gestantes visualizarem seu bebê de um modo artístico através da Ultrassom (USG) Natural ou outro tipo de desenho ou pintura na barriga, com temas geralmente relacionados à gravidez. Na cidade de Florianópolis identificamos grupos que realizam a USG Natural em suas parturientes, sendo esta prática possível no sistema privado. A Pintura Corporal tem uma variedade de linguagens artísticas para registrar um dos períodos de maior singularidade e sensibilidade, que é a gestação. Fotografias, músicas, mandalas e diversas delas conversam entre si para tentar traduzir o momento inicial da maternidade. E, no que diz respeito à arte, a criatividade e o novo não podem ficar de fora. Nosso trabalho circunda o universo de mulheres que são usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) de um CS do município de Florianópolis. O objetivo do trabalho foi proporcionar uma vivência de empoderamento sobre o corpo e estreitamento de vínculo mãe/bebê por meio da expressão artística de pintura na barriga, conhecida como USG Natural, e pela fotografia em mulheres

que participam de um grupo de gestantes de um CS do município de Florianópolis. **DESENVOLVIMENTO:**No ano de 2014 criou-se o grupo de gestantes Beija Flor com o intuito de oferecer um espaço de discussão, acolhimento, arte, movimento e corporalidade, onde a gestante e toda sua rede de apoio tem a opção de práticas ainda não convencionais ao pré-natal, mas efetivas no processo de humanização, identidade e vínculo mãe/bebê. Um das propostas que surgiram no grupo foi a realização de pintura corporal, USG Natural, que foi realizada durante uma reunião do grupo de gestantes em um parque municipal na área de abrangência do CS, registrando isso com fotos que foram entregues aos participantes. A pintura corporal é oferecida geralmente no último trimestre, onde através da palpação obstétrica identificamos a posição e altitude do bebê, seguindo então para o desenho e pintura da barriga e mandalas, com demais símbolos, formas e cores que se identificam com a mesma, povoando de imaginação e alegria o universo da gestante. **IMPACTOS:**Observa-se maior autoconfiança e diminuição da ansiedade no período que se acerca do parto. Seguindo os preceitos do SUS que segue equidade, universalidade e gratuidade. Original dos campos da sociologia e antropologia, a coleta de narrativas sobre o processo saúde-doença tem sido objeto de muitos estudos contemporâneos do campo da saúde e mostram que as relações sociais ou mais precisamente, as redes sociais definem a forma como a doença é compreendida, expressada e vivida pelos sujeitos. Informa também sobre como os tratamentos propostos são avaliados, experimentados, modificados, aceitos ou abandonados, revelando a importância da mudança do olhar dos profissionais sobre a participação dos usuários no processo de produção do cuidado. A saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas

deve ser abordada também no contexto cultural, histórico e antropológico, onde estão os indivíduos que se querem ver saudáveis ou livres de doenças. Um dos maiores desafios neste tipo de atividade é conseguir sair da verticalidade das relações para a horizontalidade, essa circularidade deve permitir acolher, reconhecer e dar suporte necessário a quem vive determinado tipo de situação. Isso proporciona maior humanização nas relações. Todas as pessoas carregam uma bagagem de vida, onde existem conhecimentos, crenças, religiões, sentimentos, valores, emoções, etc. De nenhuma forma nosso conhecimento tem valor maior que o que elas têm, colocando em uma escala hierárquica. Todos estão no mesmo ponto de partida, depende da forma como vivemos, padrões sociais e culturais, a estrutura em volta para que desenvolvamos conhecimentos específicos semelhantes ou talvez diferentes, mas não menores em valor. Por isso, consideramos o processo de aprendizado dessa experiência fecundo, emanando histórias de vida, experiências, crises, vínculos, carinho, ou seja, um processo de cuidado em saúde diferenciado e replicável em outros contextos. **CONCLUSÃO:** O desenho de linhas de cuidado pode ser entendido como um fio condutor que dá continuidade ao cuidado, de modo a permitir a articulação entre as ações de saúde. A organização da assistência à saúde, pautada pela lógica das linhas de cuidado pode ser um passo importante na direção da integralidade, da humanização e da interdisciplinaridade, superando a tão conhecida fragmentação do cuidado e a desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde. A arte entra dentro desse contexto como uma ferramenta fundamental para aproximação e vínculo das gestantes no objetivo de empoderamento da mesma no processo de maternagem. A expressão artística de desenho e pintura em gestantes reflete a

potencialidade do plano relacional paciente/profissional, onde as reflexões devem ser conduzidas diariamente na condição de cada profissional de saúde. Somente a participação efetiva pode garantir o sucesso de um trabalho e o assumir das conquistas. Dito isto, é imperativa a busca de ações e estratégias para reduzir a distância entre o conhecimento científico e tecnológico que de forma geral se sobrepõe ao profissional de saúde com suas intervenções à aplicação humanizada da Assistência na promoção do auto cuidado e a saúde das pessoas.

GRUPO DE CUIDADOS A SAÚDE DOS BRINCANTES DO FESTIVAL FOLCLÓRICO DE NOVA OLINDA DO NORTE

Fabiano dos Santos, Liliam Silva, Airiane Monteiro

Palavras-chave: Brincantes das Danças dos Grupos de Cirandas que Participarão do Festival Folclórico

Justificativa: Os benefícios da dança para a saúde refletem-se em todas as partes do corpo, incluindo a mente, mas exercitar-se demais num esforço para melhorar aptidão física, queimar calorias e perder peso pode ocasionar lesões ao corpo e ao organismo sabendo-se que nossos brincantes são pessoas de várias idades e sedentárias, que se reúnem apenas nos dias de folclore e que a falta de orientação específica sobre a preparação física e alimentação saudável podem ocasionar alguns problemas à saúde deste brincante durante este período Sendo importante o alongamento antes e após os ensaios e alimentação saudável. Objetivo Geral: Reduzir o número de agravos à saúde dos brincantes ocasionados no dia da apresentação do festival folclórico devido aos ensaios sem preparação física adequada e fatores nutricionais incorretos. Objetivo Específico: - Acompanhar o desenvolvimento

físico e nutricional dos brincantes; - Elucidar os fatores da alimentação saudável adequados à preparação física; - Orientar os brincantes sobre a importância da realização de alongamentos antes e após os ensaios; - Adequar o padrão respiratório. Cuidados compartilhados: Nutricionista: Avaliação, acompanhamento e orientações nutricionais. Educador físico: Avaliação, acompanhamento e orientações sobre atividade física. Fonoaudióloga: Orientação e adequação respiratória. Definição de ações e metas: Curto prazo (Avaliações e diagnósticos físicos e nutricionais; Educação em saúde referentes aos temas abordados); Médio prazo (Encaminhamento dos brincantes que necessitarem de acompanhamento nutricional; Incentivo à realização dos alongamentos antes e após os ensaios; Adequação do padrão respiratório); Longo prazo (Utilização adequada das informações teóricas e práticas, repassadas pelos profissionais). Divisão de Responsabilidades: Usuário (Dar seguimento às orientações pondo em prática os conteúdos ensinados e participar do acompanhamento nutricional realizado nas unidades básicas de saúde de referência quando necessário); Família (Colaborar com a equipe de facilitadores monitorando e fiscalizando a continuidade teórica e prática das instruções repassadas); Equipe ESF (ACS - Participar das avaliações auxiliando o corpo técnico nas triagens e avaliações dos brincantes).

GRUPO DE ENCONTRO COMUNITÁRIO COMO ESPAÇO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO SABER: UMA EXPERIÊNCIA EM EDUCAÇÃO POPULAR NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB

Renan Soares de Araújo, Pedro José Santos Carneiro Cruz

Palavras-chave: Promoção da Saúde, Extensão Comunitária, Participação comunitária

APRESENTAÇÃO: O Programa “Práticas Integradas de Promoção da Saúde e Nutrição na Atenção Básica (PINAB)” constitui uma experiência de Extensão Universitária pela Educação Popular, a qual, por sua vez, orienta a condução de processos e trabalhos sociais de forma horizontal, com todas as pessoas e participação popular ativa, a partir do diálogo e da problematização, almejando incentivar a análise crítica da realidade, através da busca de estratégias de luta e enfrentamento das problemáticas locais. O PINAB é vinculado ao Departamento de Promoção da Saúde do Centro de Ciências Médicas e ao Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Organiza suas atuações a partir de diferentes eixos, contemplando frentes de ação denominadas de Grupos Operativos, dos quais destacaremos as atividades dos grupos “Horta Comunitária” e “Saúde na Comunidade”. Enquanto o primeiro vem priorizando a construção de uma Horta Comunitária às margens da nascente do rio Jaguaribe, na comunidade Boa Esperança, no bairro do Cristo Redentor em João Pessoa-PB, o segundo vem desenvolvendo encontros comunitários para problematização de questões emergentes do ambiente e da realidade social local. Ambos visam propiciar que a Horta se configure como um espaço potente de Promoção da Saúde e da construção compartilhada do conhecimento, com esforços para alternativas, tecnologias e espaços de saúde e qualidade de vida no âmbito comunitário. As reuniões do “Saúde na Comunidade” ocorrem quinzenalmente, de forma articulada às atividades de manutenção da Horta (como limpeza e plantio de novas espécies de hortaliças

e ervas medicinais). Participam agentes comunitários de saúde e outros profissionais do setor saúde, bem como moradores que residem nas proximidades de onde a horta vem sendo construída, além de estudantes, professores e pós-graduandos vinculados à UFPB. Nos encontros do Grupo, são utilizadas estratégias para propiciar debates sobre temas relacionados à conscientização ambiental e à saúde de forma ampliada. Tais estratégias são empregadas através de dinâmicas participativas e dialógicas, de caráter coletivo, através da configuração de cartazes informativos, buscando ressaltar a importância do cuidado com o outro e com a natureza, seguido de rodas de conversa, com o objetivo de valorizar o trabalho em equipe e do zelar não apenas pelo local em que a Horta se encontra, mas por todos os espaços nos quais estamos inseridos. Dentre as atividades desenvolvidas, destacamos a atividade denominada de “caça ao tesouro”, no qual o “tesouro” deveria ser encontrado pelas crianças, a partir de dicas que estavam espalhadas pelos espaços da Horta. As dicas para encontrar o “tesouro” apresentavam temas relativos à Horta Comunitária e sua importância. Em outro encontro do Grupo, foi executada uma dinâmica com o objetivo de integrar as pessoas que estavam no local, a qual seguiu uma reflexão sobre “sentimentos” – onde cada pessoa deveria pegar apenas um papel dentre os vários que estavam espalhados e em cada papel tinha escrito um tipo específico de sentimento, e assim, cada participante deveria explicar porque havia escolhido aquele sentimento, qual a importância dele para si e para a Horta. Para fomentar a construção de conhecimentos através do compartilhar de saberes, também utilizamos a metodologia da Tenda do Conto, colocando centralidade nas histórias de vida das pessoas e suas subjetividades, sendo este um espaço criado para integração e amorosidade, onde extensionistas, professores,

moradores, agentes comunitários de saúde e outros trabalhadores do setor saúde que frequentam a Horta, puderam levar objetos que de alguma forma tinham alguma importância para eles. A experiência da Tenda do Conto foi desenvolvida pela rede de saúde do município de Natal no Rio Grande do Norte, no ano de 2007, como meio-forma de cuidado aos usuários da atenção básica à saúde (GADELHA; FREITAS, 2010). Este se configura como um espaço aberto para o relato de histórias, possibilitando diálogos horizontalizados acerca de experiências vivenciadas anteriormente, às vezes quase esquecidas ou não compartilhadas (EPS..., 2014). Assim cada ator e atriz, a seu modo e jeito, segue contribuindo para a polifonia que se constitui neste encontro. A Tenda do Conto se destaca como um espaço qualificado para a escuta atenta, onde os próprios participantes devem saber de seu acontecimento previamente e diante disso separar algo que represente uma história vivenciada importante e que possa ser partilhado, podendo eles, estarem dividindo estas histórias tão ricas uns com os outros. A partir deste espaço-momento, viabiliza-se o resgate e o partilhar de histórias e saberes que serviram e servem para uma melhor compreensão da visão de mundo uns dos outros – a qual é constituída com base nas experiências vividas pelas diferentes pessoas. Destacamos que, através das atividades desenvolvidas, como na “caça ao tesouro”, onde todas as crianças “trabalharam” juntas, foi possível que elas refletissem sobre a importância do trabalho solidário e coletivo. Portanto, tem-se observado a constante interação dos participantes entre si e com o meio ambiente, o que viabiliza o surgimento de vínculos sociais, o pensar crítico e a modificação de comportamentos ambientalmente não sustentáveis. Na atividade que teve como tema os “sentimentos”, percebemos o quanto é importante à interação entre os

participantes da Horta e o quanto necessário é, sempre, refletir sobre o que cada um pode acrescentar no cuidado e preservação do meio ambiente e na construção da Horta. A atuação do Grupo através da perspectiva da Tenda do Conto provocou nos participantes o interesse em conhecer a história de vida uns dos outros, promovendo momentos de integração entre os presentes. Tal processo já começa a nos surpreender no início da atividade, quando o objeto de cada participante vai sendo apresentado a todos os presentes na roda. É a partir deste momento em que as histórias e as emoções começam a surgir. Essa experiência tem propiciado e potencializado a integração entre os indivíduos presentes para que o encontro comunitário se configure de maneira solidária, humanizada e participativa. Portanto, os momentos constituídos através do “Saúde na Comunidade” tem possibilitado o desvelar de conhecimentos propositivos e a abertura de novos caminhos e estratégias, e tem, acima de tudo, funcionado como um momento de união, acolhimento, diversão, diálogo e construção compartilhada de saberes e promoção da saúde, constituindo-se, assim, como um espaço local potente para um fazer emancipatório e não somente técnico. A partir das atividades desenvolvidas, tem-se aprendido a relevância da construção da saúde no âmbito comunitário como processo cujo ponto de partida é, fundamentalmente, o estabelecimento de encontros e conversas na direção de um olhar crítico e problematizador dos sujeitos da comunidade. Ademais, enxerga-se que o cultivo desse espaço a partir de um desafio social concreto (qual seja a construção da Horta), estimulou a participação da comunidade na gestão de sua vida social e no engajamento em suas lutas sociais locais. Tal construção tem também viabilizado momentos para o exercício de um saber-agir reflexivo e pautado na consciência e ética

ambiental. Ainda, para conceber o processo de construção da Horta não apenas como um fazer técnico, mas de mobilização, discussão, reflexão e inserção comunitária para um diálogo de saberes visando a potencialização do “ser mais” das pessoas e do incremento em suas possibilidades de enfrentamento e superação das situações-limite em seu cotidiano. Propicia-se, assim, a formação de cidadãos conscientes e comprometidos com as causas ambientais e com práticas de promoção da saúde.

GRUPO DE MOVIMENTO TERAPÊUTICO, O EXERCÍCIO FÍSICO COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NA SAÚDE MENTAL

Raquel Cristina Braun da Silva, Tatiane Motta Costa e Silva, Franciele Machado Santos, Stephanie Jesien, Rodrigo Souza Balk

Palavras-chave: Exercício, Fisioterapia, Saúde Mental

APRESENTAÇÃO: Ao longo da história da Saúde Mental há diversas mudanças na forma de compreender, diagnosticar e tratar indivíduos com transtornos psíquicos e/ou dependentes químicos, passando de uma visão de loucura com um aspecto demoníaco até a compreensão dos transtornos. Estes indivíduos possuem o direito de serem assistidos em um sistema comunitário de saúde mental que tenha como foco desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e reinserção social (BARBOSA; SILVA, 2013). O cuidado deve ser realizado Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que oferecem acolhimento diurno e/ou noturno, dependendo de sua especificidade. Um CAPS II deve atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde

local (PORTARIA 336). Transtornos mentais causam alterações de comportamento e relacionamento interpessoal, porém também podem causar incapacidade física. Dentre as alterações físicas pode-se citar redução de equilíbrio e motricidade ampla e fina, fraqueza muscular, alterações de postura e marcha resultando em redução da capacidade funcional, também apresentam devido ao sedentarismo debilitada capacidade aeróbica e alta propensão para a síndrome metabólica que por sua vez, aumenta a morbidade destes transtornos (FOGARTY; HAPPELL, 2005). A fisioterapia tem como propósito o estudo do movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, tanto nas suas alterações patológicas, quanto nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função (ROEDER, 1999). Dessa forma, segundo o COFFITO os exercícios físicos devem ser uma abordagem terapêutica praticada pelo fisioterapeuta dentro de objetivos específicos para melhorar o quadro funcional do usuário de Saúde Mental, embora o fisioterapeuta ainda não seja um profissional comumente visto nesses serviços. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência de um fisioterapeuta residente em saúde mental através de um grupo terapêutico baseado em exercícios físicos e também os efeitos destes exercícios na saúde e bem-estar dos usuários. METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência de um grupo terapêutico aberto, denominado Grupo de Movimento Terapêutico, realizado entre maio e agosto de 2015, com usuários de um CAPS II. Participam deste grupo uma fisioterapeuta residente, uma professora de educação física residente e um profissional do serviço. Os critérios utilizados para a escolha dos usuários foram: a) apresentar alguma queixa relacionada à alteração física; b) ter interesse

em praticar exercício físico; c) apresentar compreensão e capacidade de realizar os exercícios propostos; d) não apresentar nenhuma contra indicação. Inicialmente os usuários foram avaliados individualmente, através de uma ficha de avaliação elaborada pelas residentes, onde constava: a principal queixa, história da doença atual e pregressa, medicamentos utilizados, nível de atividade física, amplitude de movimento ativo e passiva, força muscular (grupos musculares), testes de coordenação motora (index-naso, calcâneo-joelho e pinças), equilíbrio (sinal de Romberg), ausculta pulmonar, pressão arterial e avaliações específicas de acordo com a queixa do usuário. A partir daí foi traçado um protocolo de exercícios benéficos a todos os usuários do grupo, levando em consideração as limitações e potencialidades individuais. Contando com alongamentos musculares, exercícios respiratórios, exercícios ativos livres, resistidos e isométricos para membros superiores e inferiores, exercícios para musculatura abdominal, para vertebrais e perineo, treinamento de equilíbrio e coordenação motora e relaxamento. Ao final de cada dia, os usuários foram questionados sobre como a participação neste grupo impactou nas suas atividades de vida diária e condição física, além das sensações percebidas durante e após a realização do mesmo. Após seis meses de participação ativa no grupo, os usuários serão reavaliados com o intuito de verificar se houve melhora física e quantificá-la. RESULTADOS: Participaram do grupo em média 10 usuários, a maioria mulheres com mais de 45 anos. Ao analisar os prontuários dos participantes, a maioria é diagnosticada com depressão, embora transtorno obsessivo compulsivo, transtornos de ansiedade e esquizofrenia também estivessem presentes. De acordo com Pelisoli e Moreira (2005) verificou-se que nos sujeitos do sexo masculino acompanhados em um

CAPS os diagnósticos predominantes são de esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirante; retardo mental; transtornos do desenvolvimento psicológico; e transtornos emocionais e de comportamento, enquanto que nos sujeitos do sexo feminino, apresenta maiores índices de transtornos de ansiedade e de humor. As queixas mais frequentes foram de mioalgias, má postura, dificuldades de equilíbrio, dispnéia a médios esforços e dificuldades para deambulação. O sedentarismo em usuários de saúde mental pode causar aumento dos níveis de ansiedade, depressão, raiva, tensão, da fadiga muscular e diminuição do afeto positivo (REUTER et al., 2007). Além disso, Souza et al. (2008), verificaram em seu estudo que o uso dos antipsicóticos atípicos podem provocar efeitos colaterais neurológicos, cardiovasculares, endócrinos, e musculoesqueléticos, como aumento de peso, dislipidemias, síndromes metabólicas e diabetes, discinesia, tardia, acatisia e distonia, ataxia, atrofia e fraqueza muscular, afetando diretamente a capacidade funcional do indivíduo. A primeira tarefa dada aos usuários foi a criação de um nome fantasia para o grupo, que deveria representar suas expectativas e objetivos, todos os usuários deram uma sugestão e foi feita votação, o nome escolhido foi “Vencendo Limites”, o que denota a vontade de superarem suas próprias limitações a cada dia. Ao final de cada dia os relatos foram de sensação de bem estar, melhora no humor e socialização, redução de algias, melhora na consciência corporal e respiratória resultando em maior capacidade funcional. O estudo Oliveira et al. (2011) demonstrou que a atividade física na saúde mental produz efeitos positivos como o bem-estar físico, emocional e psíquico, redução do estresse, do estado de ansiedade e abuso de drogas, redução de níveis leves e moderados de depressão. Há várias explicações para estes efeitos, Peluso et al. (2005), abordam que várias

hipóteses psicológicas têm sido propostas para explicar os efeitos benéficos do exercício físico na saúde mental: a principal delas é a distração, seguida da autoeficácia, e da interação social. Também abordam hipóteses fisiológicas como o aumento da transmissão de monoaminas e da produção de endorfinas. Já que a fisioterapia como tratamento complementar pode melhorar a saúde física, mental e a qualidade de vida a Organização de Fisioterapia em Saúde Mental recomenda que os fisioterapeutas sejam treinados para reconhecer e tratar adequadamente os sintomas de doença mental grave. O que permanece sendo um desafio para os serviços de Saúde Mental, Universidades e profissionais, pois normalmente a atenção a usuários de saúde mental não está incluída em currículos da fisioterapia e ainda há carência de dados na literatura sobre intervenções nesta área. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Através da experiência obtida neste grupo e pelos relatos existentes na literatura, pode-se notar que exercícios físicos importantes no tratamento de transtornos mentais, trazendo muitos benefícios psicológicos e físicos, desde que bem orientados e direcionados a necessidade do usuário, o que evidencia a importância da inserção do fisioterapeuta na equipe de cuidado em saúde mental.

HABITAÇÃO SAUDÁVEL? PERSPECTIVAS SOBRE OS IMPACTOS DA HABITAÇÃO NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Sabrina da Silva Souza, Daniele Baptista Brandt

Palavras-chave: saúde, oncologia, habitação

O câncer de mama é uma doença crônica não transmissível que incide majoritariamente na população feminina, cuja estimativa do Instituto Nacional de Câncer José Alencar

Gomes da Silva (INCA) para o biênio 2014-2015 foram previstos 57.120 casos novos, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. É considerada a maior causa de morte em mulheres em todo mundo, a segunda causa de morte por câncer nos países desenvolvidos atrás do câncer de pulmão e a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento (INCA, 2014). O câncer de mama exige tratamento continuado em curso prolongado, que pode envolver diferentes modalidades terapêuticas, como realização de cirurgia, tratamento quimioterápico, radioterapêutico, hormonioterápico e cuidados paliativos. Nas últimas décadas foi construído um importante acúmulo de conhecimento na área da saúde, a partir do qual a saúde passou a ser compreendida enquanto resultado de diferentes fatores relacionados às condições de vida e trabalho do sujeito. Segundo a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), ela tem como determinantes e condicionantes diversos fatores, dentre os quais a habitação. Entretanto, este direito social não se encontra universalizado devido à desigualdade entre ricos e pobres no acesso a terra, como também ao alto custo da produção e manutenção da moradia, que empurra os pobres cada vez mais, para as periferias. A partir da inserção como assistente social residente em um hospital de referência para atendimento ao câncer de mama, situado na cidade do Rio de Janeiro, foi possível observar como a questão habitacional afeta a vida dos sujeitos com este tipo de neoplasia e, até mesmo em alguns casos, impondo limites à continuidade do tratamento proposto. Dessa maneira, considera-se que a habitação constitui uma variável importante a ser considerada na definição do plano de cuidado do usuário, bem como para a formulação de políticas públicas voltadas para a atenção integral e intersetorial à

saúde da população. Esse elo entre saúde e habitação, se materializa a partir do entendimento de como a apropriação do espaço urbano pode impactar no tratamento de saúde, seja relacionado ao diagnóstico ou ao acesso às diferentes modalidades do tratamento. Ainda que o tratamento seja realizado no Sistema Único de Saúde, gratuito e universal, onera aos usuários, suas famílias e/ou sua rede social de apoio, já que há custos agregados que reduzem a disponibilidade de recursos para necessidades como alimentação, moradia, educação, entre outras, contribuindo para o seu empobrecimento (BRASIL, 2011). Metodologia: Neste sentido, o presente trabalho consiste em um relato de experiência, que tem como objetivo provocar a reflexão sobre os impactos que a habitação pode apresentar no tratamento oncológico e sobre a necessidade de sua abordagem no contexto da atuação interdisciplinar e intersetorial. Para tanto, adotou-se como metodologia a realização de pesquisa bibliográfica de produções relacionadas às temáticas de saúde, universalidade, integralidade, intersetorialidade, questão social, questão habitacional e habitação saudável, bem como de pesquisa documental de legislações, planos e programas dos Governos Federal, Estadual e Municipal relacionados às políticas de saúde e de habitação. Resultados: Os resultados foram analisados à luz do método materialista histórico-dialético, de Karl Marx, que permite compreender a realidade através de suas múltiplas e contraditórias determinações, suscetíveis ao movimento da história e passíveis de constante transformação. Considerando a questão habitacional enquanto uma das expressões da questão social e, portanto, do conflito travado entre o capital e o trabalho diante da partilha desigual da riqueza socialmente produzida, ela manifesta a desigualdade de acesso à infraestrutura, aos equipamentos e serviços

urbanos e sociais, ou seja, ao exercício do direito à cidade e à saúde. Os resultados preliminares da pesquisa permitem afirmar que a habitação perpassa o tratamento oncológico através de distintas formas, tais como: quando ocorre dificuldade de acesso ao tratamento de saúde, seja ela devido aos altos custos do transporte individual ou coletivo, como também aos longos deslocamentos entre a moradia e a unidade de saúde; quando consideramos os altos custos das moradias que reduzem a disponibilidade de recursos financeiros das famílias para outras necessidades básicas; quando a ausência de infraestrutura urbana ou de saneamento básico interfere na recuperação da saúde, na continuidade do tratamento e, sobretudo, no uso do espaço urbano enquanto manifestação do direito à cidade e à saúde; quando a habitação com alta densidade de moradores interfere no acesso a outros direitos sociais do paciente com câncer devido a critérios de elegibilidade restritos, baseados exclusivamente na renda. Ponderamos também, que no atual contexto de redução do Estado na área social, ocorrem outras repercussões, como por exemplo, a fragmentação e a focalização das políticas sociais públicas, que evidenciam como o sistema de proteção social brasileiro ainda permanece desarticulado em suas diferentes esferas de governo é insuficiente para dar respostas à multiplicidade das demandas das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. É tangível observar ainda, que a questão habitacional vem sendo abordada em sua articulação com a saúde através do conceito da habitação saudável que atribui à moradia papel importante para a prevenção de risco ou agravo à saúde. Contudo, em sua maioria, os estudos ainda encontram-se voltados para a promoção de saúde entendendo a atenção básica como espaço privilegiado para reflexão. Assim, pondera-se que esta questão não vem

recebendo o mesmo destaque quando o sujeito é acometido por uma doença crônica não transmissível e passa a realizar um tratamento de saúde na atenção terciária. Surge então a necessidade de estudos que contemplem os demais níveis de atenção à saúde, que considerem a habitação como determinante e condicionante da saúde e que abordem não apenas as condições sanitárias, mas, também, as condições globais de moradia, que envolvam o acesso à terra, produção de moradia, coabitação, localização, infraestrutura, acesso a equipamentos e serviços públicos, dentre outros. Acreditamos que abordar essa relação a partir do cotidiano de tratamento de uma doença crônica não transmissível como o câncer de mama, permitirá um olhar diferenciado sobre a questão, uma vez que as condições de moradia não constituem fator de risco ou agravo para esta doença, mas, são fundamentais para a garantia de uma assistência integral à saúde.

HISTÓRICO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA TÉCNICA DE OGAWA-KUDOH PARA DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM MATO GROSSO DO SUL

Eunice Atsuko Totumi Cunha, Marli Marques, Leila Lempke, Aleuyr Oliveira Lima, Odenir Amorim, Juliana Zarate Fernandes, Alessandro Heirishi

Palavras-chave: *Micobacterium tuberculosis*, cultura Ogawa-Kudoh, descentralização

INTRODUÇÃO: A tuberculose pulmonar (TBP) representa um importante problema de saúde pública em Mato Grosso do Sul com taxas de incidência e mortalidade entre 2007-2010 de 31,5/100.000 e 2,3/100.000 hab. Sua distribuição heterogênea destaca superioridade entre municípios fronteiriços com Paraguai e Bolívia: 49,1/100.000 hab. e 4,0/100.000 hab. respectivamente,

representando 1,6 vezes e 1,8 vezes acima dos registros fora dela; na população indígena foram 184,9/100.000 e 11,1/100.000 hab. respectivamente, superiores a 6,4 e 3,2 vezes que entre não indígenas e, atingindo 871,4/100.000 entre detentos. Estas populações (carcerária, indígena e fronteiriça) apresentam maior risco de adoecimento e morte por TBP em nosso Estado. Até 1994 a pesquisa de BAAR era realizada pelo Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN/MS), porém a partir de 1995 implanta a cultura do M. tuberculosis utilizando meio sólidos de Löwenstein-Jensen e, a partir de 2003, meio líquido (sistema Bactec MGIT 960/BD). Com esta nova rotina, o LACEN/MS delega a pesquisa de BAAR aos laboratórios municipais. As amostras para cultura que adentravam ao LACEN/MS nem sempre provinham de localidades e grupos de maior vulnerabilidade, o que motivou a descentralização da semente para ampliar a investigação da TB nestas populações. A técnica de Ogawa-Kudoh (O-K) mostrou-se viável, por não exigir estrutura laboratorial complexa, dispensar centrífuga, estufa e cabine de segurança biológica como requerido por outras técnicas, exigindo a mesma estrutura para realização da baciloscopia. Assim, este trabalho descreve o histórico da implantação da técnica de Ogawa-Kudoh nos laboratórios municipais de Mato Grosso do Sul, com vistas a implementar o diagnóstico e controle da TB. Materiais e métodos A técnica de O-K eram reconhecidos pela OMS e desde final de 1990 era utilizada por alguns laboratórios de São Paulo e do Rio Grande do Sul, a despeito do Ministério da Saúde não concordar e/ou recomendar sua implantação. Esta técnica foi reconhecida em 2008 e incluída no “Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da Tuberculose e Outras Micobactérias”. Os técnicos do LACEN/MS receberam treinamento à

distância pelos profissionais do Instituto Adolfo Lutz de Ribeirão Preto e decidiram pela implantação. A técnica de O-K revelava-se simples, prática e de baixo custo (estimado em \$1,00 dólar por cultura) e ser factível em localidades onde a cultura tradicional mostra-se inviável. Também por apresentar um risco biológico reduzido para quem a manuseia e baixo risco de contaminação cruzada. Os tubos com meios de cultura podem ficar mantidos em temperatura ambiente, e, quando disponível, refrigerador doméstico. O material semeado pode permanecer entre 7 a 10 dias em temperatura ambiente. Os técnicos locais foram capacitados, receberam os insumos e passaram a realizar a técnica e quando necessário solicitavam apoio do LACEN/MS para adequação do espaço físico e ajustes da técnica. Em 1999, em caráter experimental ocorreu a implantação da técnica no laboratório do Hospital Porta da Esperança (HPE) em Dourados. Este hospital atendia indígena com TB, em regime de internação, onde o diagnóstico limitava-se a pesquisa de BAAR. Em Dourados, na atualidade, esta rotina ocorre no laboratório do Hospital Universitário e contempla toda a população (não indígena/prisional), em parceria com a Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), além de outro laboratório na unidade de saúde da Aldeia Jaguapirú, cuja rotina está sob a responsabilidade de um indígena, técnico de enfermagem. Em 2006 descentralizou-se para o laboratório municipal de Amambai, a fim de atender a mudança na política de assistência aos indígenas com TB para a rede básica, incentivada a partir de 2001. Com isto houve uma redução substancial na demanda do HPE e os suspeitos TB passaram a ser atendidos pelas Equipes de Saúde Indígenas, nas próprias aldeias. Com isto, houve redução do envio de escarro ao LACEN/MS para realização da cultura, visto a distância e

custos com transporte. Este laboratório atendia também a demanda de indígenas de Aral Moreira e Coronel Sapucaia, e na atualidade, disponível para população não indígena. Em 2007 implantou-se a técnica nos laboratórios municipais de Corumbá, Ponta Porã e Três Lagoas, visto apresentarem populações de risco (fronteira e população prisional). Em 2013, ampliou-se a implantação em dois laboratórios do Pólo Indígena de Iguatemi para atender três municípios com população indígena e no laboratório da Casa do Índio em Tacuru, além do laboratório municipal de Bonito (pólo turístico) e, no ano de 2014, no laboratório municipal de Nova Andradina. Em 2015 implantou-se no Laboratório Central/LABCEM/Campo Grande e no laboratório do Hospital São Julião (referência estadual no tratamento de resistência às drogas). Os dados gerados pelo LACEN/MS passaram a ser avaliados e disponibilizados para os técnicos do serviço, para alunos de graduação e pós-graduação e pesquisadores, possibilitando estudos, avaliações, monografias, dissertações e teses de mestrado e doutorado, além de publicações em revistas conceituadas e prêmios de reconhecimento técnico. RESULTADOS/IMPACTO: Entre 1999-2008 foram analisadas 9.982 amostras de suspeitos entre indígenas e não indígenas, com resultado positivo em 795 (8,0%); Entre 2009-2013 foram analisadas 7.969 amostras de suspeitos entre indígenas e não indígenas, com resultado positivo em 919 (11,5%); Na atualidade esta técnica está implantada em 12 municípios onde residem 1.518.592 hab. (58,0%) dos 2.619.657 hab. do estado. A utilização da cultura pelo método de O-K aumentou o número de casos confirmados entre 1999-2001 em 34,1%. Após a implementação do diagnóstico com a técnica de O-K observou-se: a) Declínio nas taxas de incidência na população indígena nos respectivos anos avaliados: 1999 –

700,0/100.000 hab. 2007 – 223,6/100 mil hab. 2010 - 199,8/100 000 hab. b) Possibilidade de diagnóstico e monitoramento da resistência às drogas entre indígenas: Entre 1999-2008 foram realizados 569 testes de sensibilidade às drogas, onde 545 (95,8%) eram sensíveis às quatro drogas testadas e 31 pacientes apresentaram resistência (5,7%), sendo 3 casos com MDR (taxa de 0,9%), casos que foram adequadamente acompanhados e tratados. c) Repasse de recursos pelo Ministério da Saúde para supervisões e assessorias aos municípios que realizavam tal rotina. Em 2010 foi disponibilizado R\$160.000,00 para o projeto “Avaliação genética do M. tuberculosis em pacientes de TB em área de fronteira”. d) Disponibilidade de banco de dados do LACEN/MS para servidores da saúde, acadêmicos (graduação, pós-graduação, mestrado e doutorado) e pesquisadores, resultando em avaliações e publicações disponíveis nas bibliotecas e revistas de elevado impacto. e) Parceria com instituições de ensino e pesquisa: (UFMS/UFMG/UNESP, FIOCRUZ/Pantanal e FIOCRUZ/RJ) possibilitou a realização de estudos e investimentos nas ações do PCT em populações vulneráveis. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A técnica de O-K mostra-se factível de ser implantada em qualquer localidade onde exista um laboratório de baixa complexidade e pessoal treinado. A experiência na capacitação de técnicos de nível médio, indígenas e não indígenas, em localidades onde não havia disponibilidade de profissionais de nível superior da área, para esta rotina, não apresentou evidências de comprometimento da qualidade do serviço, suprida pelas supervisões tanto pelo profissional do município, como do LACEN/MS. A implantação desta técnica contribuiu sobremaneira no diagnóstico da TB no Estado, permitindo aos técnicos e gestores, novas abordagens frente às

populações e grupos vulneráveis. Sua implantação nos demais municípios do estado busca atender as recomendações atuais do Ministério da Saúde (2013) para oferta da cultura universal. Também foi adotada por um serviço no Paraguai (fronteira com Ponta Porã) que buscou orientações junto ao LACEN/MS. Ressalta-se que apesar da técnica estar em uso nos Estados do Piauí, Paraíba, Espírito Santo, Roraima, Acre e Amazonas, Mato Grosso do Sul foi pioneiro na implantação para atender prioritariamente população indígena.

HUMANIZAÇÃO E A QUALIDADE DE VIDA EM UM CENTRO DE TRATAMENTO DE QUEIMADURAS

Maria Aparecida de Oliveira do Amaral, Terezinha de Jesus Abreu Souza

Palavras-chave: Qualidade de vida, queimados, hospitalização

OBJETIVO: Oferecer um atendimento humanizado para que o paciente se perceba com boa qualidade de vida durante a hospitalização. **RELATO.** A OMS definiu Qualidade de Vida (QV) englobando cinco dimensões: Saúde física, Saúde psicológica, Nível de independência, Relações sociais e Meio ambiente. O conceito abrange as observações necessárias em um Centro de Tratamento de Queimados, referindo-se à saúde física do indivíduo, ao nível de independência, aos relacionamentos sociais, ao estado psicológico, às crenças pessoais e às relações com os principais aspectos do ambiente (FLECK, 2000). A pele é uma fronteira, uma cerca viva ligada diretamente ao sistema nervoso e “à mente do paciente”. Há na pele um “eu-vivo”, um “eu-pele”. O indivíduo que tem seu corpo queimado precisa voltar a moldar sua identidade corporal, seu eu-corpóreo que permite aflorar a gama de emoções,

sentimentos, aspirações e desejos que favorecem seu desenvolvimento cognitivo, colaborando para a diminuição do tempo de internação. Somente após esta aceitação das condições corpóreas, o indivíduo estará apto a reconstruir-se. A experiência de ser conduzido nos momentos desta difícil reconstrução da sua identidade corporal e psíquica torna o indivíduo mais acessível ao profissional e mais adaptado às condições de hospitalização terapêutica, muitas vezes estressoras por si só (ANZIEU, 1989). Lipp e Rocha (1996) sugerem que as reservas energéticas podem ser repostas através de técnicas de controle de ansiedade e com o uso adequado da alimentação, relaxamento, mudança de hábitos e exercícios físicos, levando o paciente a uma melhor QV durante a hospitalização. O controle da dor, o suporte nutricional e o suporte emocional são necessários para uma boa percepção de QV durante todo o curso da hospitalização. Firmino (1997) refere que cada membro da equipe de atendimento experimenta sentimentos particulares para com os pacientes queimados e a tendência natural é que sintam a vontade de substituir a “pele biológica” do queimado, protegendo-o do mundo exterior. As atitudes interdisciplinares assumidas pela equipe cercam o paciente de cuidados e comportamentos que amenizam o sofrimento. Todos procuram sair do seu “eu-profissional”, técnico e isento, humanizando-se na necessidade de oferecer melhor QV ao paciente. **CONCLUSÃO:** A reunião das equipes de atendimento vai além da multidisciplinaridade resultante, ela se torna parte integrante da terapia quando consegue priorizar os aspectos do bem-estar do paciente internado, estabelecendo um padrão adequado de qualidade de vida na hospitalização, contribuindo para descaracterizar a imagem de desumanização atribuída às hospitalizações.

INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE: O PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO E A DISCIPLINA PRÁTICAS INTEGRADAS EM SAÚDE I SOB O OLHAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Maria Lilian Trinidad Damaceno

Palavras-chave: Serviços de Integração Docente-Assistencial, Territorialização, Agentes Comunitários de Saúde

APRESENTAÇÃO: A integração ensino – serviço-comunidade caminha conjuntamente, quando há planejamento e convergência de propósitos. A Unidade de Saúde da Família Divisa da Gerência Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal e a disciplina Práticas Integradas em Saúde I (PIS I) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) buscam construir juntas nesta direção. Uma das atribuições do Agente Comunitário de Saúde é participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, cuja preocupação central é a comunidade na identificação de famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2012), sintonizando, assim, com o propósito da disciplina. **OBJETIVO:** Relatar a experiência das cinco agentes comunitárias na integração ensino-serviço, no processo de territorialização junto aos estudantes e professores da PIS I. **Descrição da experiência:** O processo de territorialização na adscrição de famílias pelo grupo de estudantes e docentes é acompanhado e monitorado pelas Agentes Comunitárias de Saúde no território. Assim, na saída a campo é feito: a) o mapeamento das ruas e casas, b) descrição da microárea observada, c) identificação de equipamentos sociais e dos recursos das microáreas, d) descrição do funcionamento dos serviços, da estrutura física, das condições de vida da população, das características e identificação de

lideranças. Para a problematização e a reflexão do campo observado, é realizado entre professores, estudantes e Agentes Comunitárias uma roda de conversa, que acontece com um lanche coletivo e acolhida da equipe de Saúde da Família, deixando como produto para a Unidade de Saúde, relatórios, mapas atualizados onde todos os profissionais da equipe se apropriam permitindo ter este olhar sobre o ensino e o serviço, bem como a reflexão de como a geografia do espaço está em constante e veloz transformação. **RESULTADOS:** A compreensão do funcionamento do serviço ofertado à população, a qual é beneficiada pelo ambiente educacional, possibilita a compreensão do papel do médico como um dos muitos recursos dentro da comunidade para ajudar as pessoas a lidarem com suas inter-relações entre saúde e problemas sociais e fomenta que a equipe da Estratégia Saúde da Família, comunidade e Universidade seja aliada no desenvolvimento e manutenção do sistema de prevenção de doenças e promoção da saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O território estudado a partir de um contexto ampliado de saúde, levando em consideração as particularidades das vivências entre estudantes, professores e Agentes Comunitárias de Saúde (multiprofissional e interdisciplinar), permite a construção de uma percepção crítica em relação ao território, comunidade, serviço e educação no Sistema Único de Saúde. **Palavras-chave:** Serviços de Integração Docente-Assistencial; Territorialização; Agentes Comunitários de Saúde. **REFERÊNCIAS:** BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, Distrito Federal, 2002.

INTERCONSULTA: ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR ENTRE RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Bianca Waylla Ribeiro Dionisio, Micaelle Oliveira Vieira

Palavras-chave: Interconsultas, Saúde da Família, Multiprofissional, Pré-natal

A qualificação, a humanização e ampliação do cuidado a saúde da mulher por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) interligado a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher causam impactos significativos na redução das taxas de mortalidade materno e infantil. Para efetivar essa atenção qualificada, a principal estratégia é assistência pré-natal que visa à detecção e intervenção precoce das situações de risco (BRASIL, 2012). O pré-natal de acordo com Teixeira, Amaral e Magalhães (2010) é um espaço de suma importância para que as mulheres possam esclarecer suas dúvidas e ansiedades, além de despertar o interesse para obter mais informações. Sendo assim, os autores ainda enfatizam que é indispensável que esses saberes sejam repassados de forma correta, a fim de sensibilizar e incentivar o autocuidado apoiado. A partir das legislações vigentes o enfermeiro tem entre suas responsabilidades realizar a consulta de enfermagem e prestar a assistência a gestante, parturiente e puérpera (BRASIL, 1986). Segundo Dotto, Moulin e Mamede (2006) esse profissional deve ser sensível, ter capacidade de ouvir, transmitir confiança e criar vínculos com a usuária. A atuação do profissional nutricionista nas ações do pré-natal de acordo com Mello e Marchiori (2001) é cercada por muitas dúvidas sobre os procedimentos realizados individualmente e também a respeito de uma abordagem socioeconômico e cultural

das gestantes. Nos resultados da pesquisa realizada pelas autoras acima fica nítido que as gestantes consideram essencial o atendimento com a nutricionista, sanando dúvidas e trazendo alternativas para uma dieta balanceada e saudável. Partindo dessas concepções é notória a importância dos atendimentos de ambos profissionais da saúde a essa usuária, sendo assim as interconsultas possibilitam o diálogo interdisciplinar e multiprofissional com uma abordagem embasada nos princípios da clínica ampliada. As interconsultas são instrumentos que visam compreender, aprimorar e qualificar a assistência ao usuário rompendo as barreiras do sistema biomédico, abrangendo o contexto sociocultural e epidemiológico do indivíduo, promovendo saúde e prevenindo doenças, envolvendo ainda a família e equipe de saúde. A abordagem multiprofissional e interdisciplinar é “um novo trabalho, com um novo olhar, com uma nova forma de organização, constituindo-se um desafio, inclusive no que concerne à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (GELBECKE, MATOS, SALLUM, p.32, 2012). Com isso, nosso objetivo geral é relatar a experiência de interconsultas durante a assistência pré-natal as gestantes de baixo risco acompanhadas por uma Estratégia Saúde da Família do município de Sobral- Ceará. As interconsultas foram realizadas pela Enfermeira e a Nutricionista, Residentes em Saúde da Família no período de maio a agosto de 2015 em um Centro de Saúde da Família, nas terças-feiras no turno da tarde e cada consulta durava em média de uma hora. Vale ressaltar, que essa nova abordagem é considerada essencial na prestação de um cuidado holístico ao usuário, contudo nunca tinha sido vivenciada por ambas profissionais no percurso acadêmico/profissional, diante disso o desconhecimento e a falta de prática acarretaram a princípio insegurança e medo em relação dos benefícios desse

atendimento diferenciado. As primeiras interconsultas foram iniciadas timidamente, causando um estranhamento tanto por parte das gestantes que eram acostumadas somente com a consulta de enfermagem e médica, quanto pelas profissionais. Entretanto, no decorrer de nossa prática, a leveza sensibilidade e conexão foram se moldando, e aos poucos as falas se complementavam, deixando as usuárias mais seguras, envolvidas e interessadas no pré-natal. Nas interconsultas realizamos as coletas de informações das usuárias, abordando seu histórico clínico, obstétrico e familiar, elaboramos diagnósticos situacionais, além de um acompanhamento da evolução da situação e plano de cuidados multiprofissional, ampliando nossos compartilhamentos para os demais profissionais que compõem a equipe como o cirurgião-dentista, massoterapeutas, médica da unidade e outras especialidades de acordo as particularidades de cada gestante, resgatando sempre o princípio da clínica ampliada em reconhecer nossos limites de conhecimento e das tecnologias, buscando novos saberes e apoios, coresponsabilizando a equipe para trabalhar juntos e contribuindo assim para uma atenção humanizada e de qualidade. A enfermeira residente embasou os atendimentos das gestantes no protocolo municipal de Atenção Integral à Saúde da Gestante e da Puérpera de baixo risco onde foi realizada verificação da pressão arterial, peso e altura, anamnese, escuta das principais queixas, exame físico com medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, cálculo da idade gestacional e data provável do parto, leitura e solicitação dos principais exames obstétricos de rotina, imunização e avaliando a estratificação de risco. A nutricionista residente atuou realizando avaliação nutricional das gestantes, usando as medidas antropométricas (peso, altura) e

Índice De Massa Corporal (IMC), orientações quanto ao ganho de peso adequado durante a gestação e quanto ao manejo da dieta e a importância dos hábitos saudáveis durante esse período, tanto para a mãe quanto para o bebê. Além disso, realizamos o cadastro do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) para o monitoramento contínuo do estado nutricional das gestantes, acompanhando ainda por meio do gráfico de IMC por semana gestacional que de acordo com o Ministério da Saúde é de extrema importância o registro no prontuário e no cartão da gestante, pois é capaz de fornecer informações para prevenção e controle de agravos à saúde e à nutrição, ofertamos orientações quanto aos cuidados com as mamas, incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê, orientações sobre parto e pós-parto, cuidados com recém-nascido entre outras abordagens. Todas as gestantes eram convidadas a participar do grupo, onde as residentes e equipe básica realizavam ações educativas semanais. Os resultados foram surgindo ao passo que nossas consultas foram melhorando, nos atentando sempre no movimento da educação permanente no trabalho e para o trabalho, pois nossas usuárias sempre nos incentivam a ampliar nossos conhecimentos e principalmente cruzar nossos olhares a fim de possibilitar uma atenção mais humanizada que oportunize o diálogo, a expressão de dúvidas, anseios, medo, bem como trabalhar com ofertas e negociações, utilizando uma linguagem compreensível questionando sempre as usuárias sobre o entendimento das informações repassadas, ampliando esse espaço para que as gestantes se sintam seguras aderindo o pré-natal e todos os cuidados envolvidos. Em nossa percepção as interconsultas são de suma importância para o enriquecimento na formação enquanto profissionais da saúde/ residentes ampliando e

incentivando a integralidade do cuidado por meio da soma de diversos olhares, fortalecendo os vínculos, reconhecendo os contextos e apoiando a mulher nessa fase tão especial, resultando em uma maior eficácia dos serviços e ações ofertadas e um acompanhamento humanizado.

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA EM CASOS DE TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE: UMA REFLEXÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Juliana dos Santos Lima, Lais de Souza Monteiro, Rodrigo Nascimento Dias de Oliveira, Wellington Bruno Araújo Duarte, Augusto Fernando Santos de Lima, Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella, Plinia Manuella de Santana Maciel, Fabrycia Cavalcante dos Santos, Elan José de Lima

Palavras-chave: tuberculose, multirresistente, tratamento compulsório, bioética

APRESENTAÇÃO: Conseqüente do próprio processo de transição demográfica, as doenças infecciosas e parasitárias, a exemplo da tuberculose (TB), têm sido progressivamente substituídas por doenças crônico-degenerativas no que se refere às principais causas de morbidade e mortalidade. Embora nos países desenvolvidos seja possível observar este contexto, nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, no entanto, tal quadro é identificado de forma associada a um perfil de elevada prevalência de enfermidades infecciosas, assim demonstrando problemáticas quanto à eficácia e resolutividade das políticas públicas voltadas para o controle destas doenças. Apesar de conhecimentos científicos consolidados quanto ao agente etiológico, diagnóstico e tratamento, o controle da tuberculose no Brasil ainda corresponde a uma problemática de grande magnitude, transcendência e

vulnerabilidade, detentora de todos os critérios de priorização de um agravamento em saúde pública, sem dúvidas, uma das enfermidades mais prevalentes no Brasil e em todo o mundo. O Brasil está entre os 22 países priorizados pela OMS que concentram 80% da carga mundial de TB. Em 2009, foram notificados 72 mil casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 habitantes. Esses indicadores colocam o Brasil na 19^ª posição em relação ao número de casos e na 104^ª posição em relação ao coeficiente de incidência. Em 2008, a TB foi a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira causa de morte dos pacientes com AIDS. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui dentre seus princípios e diretrizes basilares a universalização do acesso, a descentralização das ações e a equidade no tratamento. Desta forma, sendo a tuberculose uma doença de notificação compulsória no país, a responsabilidade do setor público vai desde a profilaxia até a identificação, disponibilização de medicamentos e assistência, realizada prioritariamente pela rede de atenção básica de serviços de saúde. Embora estratégias de controle estejam bem definidas, documentadas e descentralizadas, aspectos que envolvem prevenção, tratamento, qualidade dos serviços de saúde e, principalmente, peculiaridades do usuário com TB dificultam sua efetividade. O abandono do tratamento constitui em um dos principais desafios para o sistema de saúde brasileiro, uma vez que tal situação colabora para o prolongamento do estado infeccioso, aumentando a possibilidade de transmissão e de desenvolvimento de bacilos multirresistentes. A Organização das Nações Unidas (ONU) advertiu seus países membros, em 2011, sobre a necessidade de se intensificar esforços na identificação e no tratamento de pessoas com tuberculose multirresistente a terapias convencionais

– MultiDrugResistant Tuberculosis (MDR-TB) – contingente que poderá chegar a 2 milhões em todo o mundo, nos próximos três anos. A reprodutibilidade destes casos associados a um comportamento de recusa de tratamento levou o Brasil a dispor de instrumentos legais que prevêem a internação compulsória ou involuntária. Esta medida é prevista para situações de pacientes recalcitrantes, legalmente capazes, que recusam tratamento após esgotadas todas as tentativas de tratamento ambulatorial, tal estratégia efetiva-se com o apoio da autoridade sanitária e Ministério Público, a quem compete a adoção de medidas sociais e judiciais de proteção da sociedade. **OBJETIVO:** O presente trabalho tem por objetivo realizar uma abordagem reflexiva acerca do tema, tendo por referência um relato de experiência em reuniões de discussão vivenciadas no município do Recife-PE. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Utilizou-se de registros de falas e anotações em diário elaboradas a partir de construções e contribuições apresentadas durante as reuniões. Contando com a participação de coordenadores da política de tuberculose dos oito distritos sanitários do Recife, bem como dos gerentes da Vigilância Epidemiológica sob gerência das mesmas entidades distritais e representantes de programas implementados no município, os encontros tinham como proposta discutir o tema, sua materialização no serviço e um possível fluxo de ação quanto à efetivação de tal estratégia. **RESULTADOS:** Durante o supracitado momento, foi apresentado a Recomendação Conjunta Nº 002/2008, instrumento editado pelo Ministério de Público de Pernambuco, que acena a possibilidade de internar compulsoriamente um indivíduo multirresistente não tratado que ofereça risco à saúde da sociedade. Tal ato fundamenta-se na ideia de que sendo a Tuberculose Pulmonar uma doença de notificação compulsória e como tal dotada

de atenção especial do Poder Público, é obrigação da autoridade sanitária determinar a execução de medidas de controle e profilaxia das mencionadas doenças. Assim considerando que o controle, a eliminação e erradicação da doença são necessárias e de interesse público, medidas judiciais podem ser aplicadas aos casos multirresistentes, uma vez que estes representam risco à saúde e a vida de um número incontável de outros seres humanos. Quanto à efetivação da prática, questionamentos foram levantados quanto à disponibilidade, financiamento e regulação dos leitos para internação, bem como sobre a competência da retirada do paciente da sua residência e a percepção deste em relação aos serviços e direitos em saúde defendidos pelo SUS. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Além dos problemas epidemiológicos, o desafio de controle dos casos multirresistentes de tuberculose saúde embute dilemas de ordem bioética e social. Embora nesses casos, o próprio indivíduo, a família e terceiros tenham legitimidade para buscar o tratamento, a interferência do Estado, caracterizado por toda a sua coercitividade, contrapõe a aspectos garantidos pelo princípio bioético da autonomia do sujeito. Outro ponto a ser discutido é o entendimento social acerca da própria doença, uma vez que esta modalidade de internação reforça uma condição de exclusão e preconceito, elementos que além de contrariarem todo o ideário do SUS, se executados de tal forma, podem resultar em uma situação de judicialização e criminalização de pacientes. O processo de internação involuntária não pode ter como princípio “tamponar” a ineficiência do sistema em alcançar suas metas e controlar a doença, faz-se necessário entender o contexto macro e micro social do paciente com TB e as interferências destes na recusa ao tratamento. É fundamental o questionamento sobre o próprio processo de elaboração e execução da Política de

Atenção à Tuberculose no município, os aspectos ligados à abordagem das equipes que atuam no tratamento, as dificuldades de acolhimento, vínculo e adesão com a equipe de saúde, o vínculo familiar e, principalmente, o empoderamento do paciente, pois estes aspectos são determinantes para mudanças significativas e realmente resolutivas no que se refere ao controle da tuberculose em saúde pública.

LINHA DE CUIDADO DO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO – IAM, DESAFIOS PARA SUA IMPLANTAÇÃO NO ESTADO DA PARAÍBA

Edmilson Calixto de Lima, Eric Alves Peixoto, Juliana Sampaio

Palavras-chave: Infarto agudo do miocárdio, Linhas de cuidado: Urgência e emergência

O presente trabalho pretende apresentar os principais desafios e propostas do estado da Paraíba para a garantia da linha de cuidado do IAM. O trabalho parte da prática cotidiana vivenciada por dois dos autores como técnicos da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba no período de março a outubro de 2015, que estão atuando no acompanhamento do processo de implantação da primeira etapa do Plano de Ação Regional da Rede de Urgência e Emergência do Estado da Paraíba – PAR RUE. Este plano se encontra aprovado pela Coordenação Geral da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Ministério da Saúde – MS, através da Portaria GM 1.524/13 e em execução pela Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. A linha de cuidado do IAM foi elencada como prioritária dentro da Rede de Urgência e Emergência – RUE, estabelecida através da Portaria GM 1600/11 nos art. 3º §4º e sua implementação deverá ocorrer

gradativamente, em todo o território nacional, atendendo o que preconiza a referida portaria. De acordo com os dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Ministério de Saúde, as doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morbidade, incapacidade e morte no mundo e no Brasil. A região nordeste ocupa o segundo lugar por mortes por doenças do aparelho circulatório e no estado da Paraíba 7.322 pessoas morreram em 2010 por esta causa, sendo que 2.155 dessas mortes foram por doenças isquêmicas do coração, 1.841 por IAM e 11 por angina pectoris. A importância da linha de cuidado em IAM para a rede estadual pode ser avaliada quando se constatam os números representados pelas doenças cardiovasculares e seu impacto na morbimortalidade da população. O estado da Paraíba, ainda tem que avançar muito na sua rede de serviços voltados para atendimento de pessoas com problemas no aparelho circulatório. De acordo com o Plano de Regionalização da Saúde, ele está dividido em quatro macrorregiões de saúde, entretanto, o atual PAR RUE teve a primeira fase aprovada contemplando apenas a primeira macrorregional de saúde, com polo em João Pessoa. Esta macrorregião é que composta por 65 dos 223 municípios do estado, representando uma concentração de 29,14% dos municípios, com 47,82% da população. Nesse plano foram aprovados 30 leitos de Unidade Coronariana – UCO, 05 leitos no Hospital General Edson Ramalho, 05 no Hospital Don Rodrigo, 10 no Instituto do Coração do Estado da Paraíba e 10 Hospital Pronto/SAS, sendo que esse último encontra-se fechado de acordo com o CNES desde outubro de 2013, apenas os leitos do Hospital Don Rodrigo foram habilitados até o momento. Dentre os estabelecimentos aprovados apenas o hospital Don Rodrigo dispõe de hemodinâmica intervencionista para realização de cateterismo cardíaco,

angioplastia coronariana e implante de marca-passo, o estado não conta com nenhum serviço público para atendimento de hemodinâmica intervencionista o que dificulta ainda mais a implantação da linha de cuidado do IAM dependendo exclusivamente de rede privada conveniada ao SUS. Esta, por sua vez, se restringe a três hospitais, dos quais 2 em João Pessoa: Instituto do Coração do estado da Paraíba, com 10 leitos aprovados em UCO, mas ainda não habilitados e Hospital Dom Rodrigo, e 01 em Campina Grande: Hospital João XXII, que trabalha com deficiência por problemas técnicos. Além disso, apenas o SAMU de João Pessoa vem utilizando o uso de trombolíticos, de forma incipiente e sem a devida pactuação exigida pela Portaria GM 2.777/14, diminuindo as chances de sobrevivência dos pacientes acometidos pelo IAM pois, sabe-se que 40% - 65% dos casos morrem na primeira hora e 80% nas primeiras 24 horas, quando sem tratamento adequado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009). A atual distribuição geográfica e perfil de assistência dos serviços e unidades disponíveis na rede estadual requerem, por um lado a habilitação dos leitos de UCO já aprovados no PAR RUE para a primeira macrorregião de saúde e a adequação, aprovação e habilitação de novos serviços com o perfil de atendimento voltado para o aparelho circulatório para as demais macrorregiões do estado. Também é fundamental que as 10 UPAS em funcionamento do estado sejam integradas a RUE por meio de sistema de regulação garantindo a integralidade do cuidado, além da capacitação de todos os profissionais para utilização da terapêutica fibrinolítica, tendo em vista que a utilização dessa terapêutica é eficaz nas primeiras 12 horas e que abrevia o tempo de isquemia miocárdica aguda e reduz o tamanho do IAM. Isso resulta em menor mortalidade - não só hospitalar como pré-hospitalar,

bem como diminui suas complicações imediatas e tardias, quanto mais precoce for a administração da terapêutica fibrinolítica, menor a mortalidade e o grau de disfunção ventricular (SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA, 2009). Assim, o desafio do estado é organizar a nova formatação do Plano da Rede Estadual de Urgência e Emergência que amplie a capacidade resolutiva dos serviços já existentes na rede e incorpore novos serviços nas macrorregionais sem referência estabelecida, de tal forma que seja possível efetivar a RUE na garantia da assistência necessária a toda a população do estado nos eventos de IAM. Como processo facilitador se propõe primeiramente consolidar a implantação da linha do IAM na primeira macrorregião e que essa possa servir como suporte para as demais regiões utilizando as expertises vivenciados pelos profissionais inclusive com utilização de tecnologia da telemedicina.

MEMÓRIA E COMUNICAÇÃO: ESTRATÉGIA PARA O CUIDADO DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

Liz Clara Ribeiro de Campos

Palavras-chave: Alzheimer, idoso, estratégia de cuidados

APRESENTAÇÃO: Com o envelhecimento da população, há o aumento das doenças crônicas e incapacitantes. Entre essas, a doença de Alzheimer (DA) tem maior prevalência. É uma doença cerebral degenerativa com perda progressiva da memória e de outras funções cognitivas que prejudicam o paciente em suas atividades de vida diária e em seu desempenho social e ocupacional. A DA é doença que afeta não somente o paciente, mas também toda a família, que sofre com o paciente e acaba provocando conflitos no processo de organizar os cuidados. Este contexto coloca

para a sociedade, para os gestores das políticas e em especial para os profissionais de saúde grandes desafios. Um deles refere-se às possibilidades de trabalhos e intervenções que prolonguem a autonomia e melhore o desempenho cognitivo e qualidade de vida dos pacientes com DA e com isso melhore também as relações familiares. Considerando esse cenário foi pensado o Projeto do grupo Memória e Comunicação que tem o objetivo desenvolver atividades de orientação, informação e exercícios de estimulação cognitiva contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos pacientes e melhora nas relações familiares. Descrição da experiência: O trabalho foi criado em outubro de 2013, coordenado pelo serviço social, com viés multidisciplinar; direcionado ao público alvo: familiares cuidadores de pacientes com DA e pacientes com DA atendidos na clínica de Alzheimer, da Policlínica Municipal de Londrina o qual possui estrutura adequada para as atividades com cadeiras com suporte para escrever e soltas permitindo trabalhar em grupos, em círculos maiores e menores e mesa longa que é utilizada conforme o tipo de atividade proposta. Inicialmente ocorre a reunião com cuidadores; são três encontros, semanais com a duração de três horas cada. O essencial neste momento é o apoio, orientação, troca de informações entre os participantes e também a capacitação dos mesmos para dar continuidade às atividades no ambiente doméstico. No desenvolvimento do trabalho são utilizadas as metodologias ativas no sentido de elaborar módulos processuais que permitem aos familiares vivenciar situações, expressar sentimentos trocar informações, refletir sobre as dificuldades cotidianas e buscar alternativas de superação de forma coletiva. Em alguns casos ocorre a necessidade do atendimento familiar individualizado, e os membros da família são chamados para um encontro específico. O atendimento

individualizado permite identificar problemas e assim auxiliar os membros na organização do cuidado esclarecendo sobre procedimentos e outros serviços de apoio conforme a necessidade apresentada. Este momento constitui-se num espaço para escuta, mediação, resolução de conflitos, orientação e encaminhamentos. Após o encerramento dos três encontros com familiares inicia-se nova fase com dez encontros semanais com duração de duas horas direcionado aos idosos, mas em geral o cuidador também acompanha o desenvolvimento do grupo. Neste grupo são desenvolvidas diversas atividades de estimulação cognitiva as quais possibilitam o desenvolvimento ou a redescoberta de capacidades e habilidades que devido à doença foi deixada de lado ou mesmo esquecida. No processo há o cuidado e preocupação de analisar a singularidade de cada caso permitindo que as atividades não provoquem frustrações, inibições e sentimentos negativos nos pacientes. Em todos os momentos as ações são avaliadas e redirecionadas caso seja verificado a necessidade. Os participantes, no máximo dez, são selecionados com apoio da médica geriatra considerando alguns critérios como: diagnóstico de DA em fase inicial ou moderada, e com condições motora, visual, de compreensão e comunicação que possibilitem sua participação. Antes da inserção no grupo realiza-se uma entrevista social que permite conhecer a situação geral do paciente e do contexto familiar. Não há módulos formais estabelecidos apenas o formato de condução o qual está baseado na metodologia da comunicação que foi criada pela autora do projeto e envolve os participantes numa espiral de construção que possibilita um envolvimento dos participantes em todo o processo e também a corresponsabilidade dos cuidadores. As atividades e dinâmicas são criadas de acordo com a necessidade e o perfil de cada grupo.

As atividades ocorrem de maneira gradual em termos de dificuldades e mesmo em relação ao tempo de exposição no grupo, pois alguns chegam com bastante dificuldade de comunicação e expressão. Nos encontros iniciais o essencial é o acolhimento, no sentido de passar segurança e tranquilidade; no decorrer das reuniões percebe-se um envolvimento natural nas atividades. Em cada encontro são apresentadas formas diferentes de estimulação: entre elas dança, músicas, trabalho com fotografias jogos de compras, uso de telefone, jogos de memorização desenhos para colorir, uso do microfone com atividades para falar em público, poesias, construção de frases e textos entre outras. Ao final dos encontros os participantes levam tarefas para serem realizadas em casa o que possibilita, levar a lembrança do grupo e também envolver familiares nas atividades. Em geral os idosos gostam de participar e não há faltas. No décimo encontro do grupo ocorre uma integração festiva com a presença dos amigos e familiares, momento este que é apresentado um vídeo final dos trabalhos realizados o que provoca grande alegria o fato de se verem nas atividades. Também ocorre em geral uma amostra de talentos para os presentes, são apresentações individuais ou em duplas com temas escolhidos conforme as habilidades de cada um. Este é um fator importante pois além das atividades em si que promovem a estimulação, o fato de vencer barreiras e se expor, se fazer ouvir pelos demais proporciona segurança e superação. Resultados percebidos A realização dos trabalhos de forma lúdica possibilitou que os pacientes pudessem se envolver e se expressar com naturalidade melhorando a comunicação tanto no grupo como em outros ambientes. A valorização da singularidade permitiu que cada um se sentisse aceito com suas limitações e dificuldades e assim puderam deixar

suas preocupações de errar e deixaram fluir as suas habilidades e potencialidade que muitas vezes julgavam perdidas. As atividades desenvolvidas ao promover a alegria, e o empoderamento despertou vários idosos para realizar outras atividades. Um feedback importante do trabalho foram os depoimentos de familiares que apontaram melhoria no quadro geral do paciente, elevação da autoestima, melhor comunicação e atitudes mais positivas no ambiente familiar demonstrando mais confiança e amorosidade. A metodologia proposta tem atingido o objetivo do projeto no que concerne da melhoria da qualidade de vida dos pacientes e com isso espera-se que possa contribuir para diminuir a velocidade do avanço da doença mantendo os pacientes com independência por maior tempo possível. Um ponto bastante importante, mas que necessita de estudos é a melhora que muitos dos pacientes vem apresentando no teste mini mental, avaliados pós grupo pela geriatra. Considerações finais: vários estudos apontam que a intervenção multidisciplinar de estimulação cognitiva de forma combinada ao tratamento farmacológico promove melhora e potencializa o desenvolvimento do paciente reduzindo com isso a velocidade da progressão da DA. Um aspecto importante é a postura profissional que possibilita a compreensão do cuidado numa visão transdisciplinar tendo como pano fundo o afeto e o diálogo como força motriz desta condução. O projeto é inicial, mas verifica-se que tem cumprido os objetivos propostos, mas muito a avançar em termos de melhoria de estrutura, envolvimento de outros profissionais e também a realização de estudos que possam dar maior visibilidade e melhorar essa nova estratégia de cuidado de idosos com DA

NARRANDO AS AFECÇÕES DO CAMPO: O ENCONTRO COM A PARTEIRA RIDENTE

José Guilherme Wady Santos, Ana Lúcia Santos da Silva, Emerson Elias Merhy

Palavras-chave: Produção do Cuidado, Redes Temáticas de Atenção, Parteiras, Rede Cegonha

Este trabalho é parte do projeto “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”, tendo o entendimento de que o trabalho em saúde faz parte de uma micropolítica. Propõe processos avaliativos nas redes de saúde, com foco no modo como o cuidado é produzido. Olhando para a Rede Cegonha-RC (PA) vimos considerando que a pesquisa no campo da saúde só ocorre efetivamente quando o conjunto dos protagonistas do agir cotidiano no mundo do trabalho incorpora-se aos processos avaliativos. Pretendemos narrar as afecções suscitadas a partir de encontros com uma das parteiras de um grupo delas, existente na cidade de Bujará (PA), município que fica acerca de 72km da capital do estado (Belém), e que tem sua prática inscrita não apenas no que estamos considerando como um “dentro” e “fora” na organização da rede de atenção em saúde daquele lugar, mas também na sua luta no movimento de mulheres do campo e da cidade. Desse modo, estamos traçando o campo a partir de nossas incursões na respectiva cidade, mais precisamente na comunidade de Valverde, lugar onde habita aquela pele que nos afetou e que afetamos, já que nos constituímos pesquisadores in-mundo. Apostando na possibilidade de a pesquisa ir construindo-se no próprio processo de acontecimento, modificando e atuando, abrindo espaço para a experiência, para o exercício de

produzir um conhecimento interessado, implicado na transformação de práticas e saberes. Trata-se de sustentar um exercício de desaprendizagem do já sabido e de desinstitucionalização do prescrito, na invasão e na vazão do sujeito/objeto implicado ao sujeito epistêmico. Um movimento permanente de atravessamentos nos territórios que se formam, deformam e se transformam durante os encontros. Em um desses encontros, chegamos até a “parteira ridente” depois de termos percorrido um certo “longe muito longe”, em um ramal da PA140, e a encontramos junto a um grupo de agricultores, para a eleição da nova diretoria da cooperativa. E lá estava ela, como uma das integrantes da chapa que foi proclamada eleita para o novo mandato, e que tinha a sua filha como a presidente da mesma. Naquele momento, nós que a víamos como parteira, vazamos para o acontecimento que ali apresentava-se e nos deixamos invadir por ele, pelas diversas falas em defesa dos interesses daquela comunidade, que a cada momento ecoavam em uma das salas de aula da escola onde estavam reunidos. Após, a acompanhamos até sua casa e, já no caminho, ela foi nos falando de sua história de luta e de cuidadora, percorrendo um caminho entrecortado de árvores frondosas e igarapés cujas águas apresentavam-se cobertas de vitórias-régia, como se fossem um tapete a saudar os visitantes. São muitas as afecções do campo em que estamos imersos, e o encontro com a parteira ridente, sem dúvidas, têm reverberado até hoje. Ela que, sem “nos preparar” para o encontro, improvisou um instrumento musical, conhecido na região como paneiro, geralmente utilizado nas feiras para o transporte de legumes e frutas; sendo o açaí uma das mais comuns. De posse deste, agora, instrumento, nos mostrou como cuida das parturientes que se encontram tristes, “pra baixo”, e que a ordem médica talvez as identificasse como portadoras de depressão. Em seu afã de

produzir vida e cuidado, nos sinalizou, em ato (por meio do seu ato), que o encontro é da ordem do acontecimento. Mas isso nós sabíamos!! Não basta saber! E nisso ela é entendida! Entendida na arte de cuidar, e de “acontecimentalizar”. Ao mesmo tempo em que nós estávamos desejando conhecer o seu fazer, talvez estivéssemos idealizando um modo dela dizer de si e de sua prática. Em algum momento poderia surgir uma cantoria, pois em nosso primeiro encontro, ela apresentou-se como a “cantora” da turma de parteiras, mas não sabíamos de onde e nem quando. Assim, ficamos atentos à sua narrativa, interessados naquela que é tida como parteira, para nós, ridente, da comunidade Valverde. De sorriso largo e de humor contagiante, é atravessada pelas canções e composições que falam da afirmação da mulher em sociedade, suas conquistas e tudo mais. “Quando dei fé” ela já estava em ato, com o paneiro nas mãos, como se fosse pandeiro, cantando e falando com o corpo, do corpo. Por um lado, foi muito bom que ela não tenha nos dado tempo para preparar a luz, a câmera e a ação do fragmento audiovisual aqui pinçado, pois estávamos por demais atentos ao tempo presente, e aquela tarde ensolarada foi um presente! Queremos ofertar o que nos pegou, as nossas pegadas... Desse dia, desse campo, nos coube fisgar um pouquinho desse acontecimento musical e autoral: “Mulher tu sai da cozinha, vamo junto se organizar / Mulher, mulher tu tem valor, não deixa te discriminar / Se o homem chega lá, a mulher também já chegou. - Quando dei fé ela que tava doente, já tava dançando também...”. São encontros assim que têm produzido em nós um modo diferente de olhar para a rede de atenção em suas mais diversas possibilidades de produzir acessos e barreiras. Percebemos que muito embora as parteiras ocupem um “dentro/fora” na rede de atenção, estas não passam despercebidas do que é instituído na RC com a sua política de

visibilidade e invisibilidade, e seguem tecendo novas possibilidades de produção do cuidado, deslocando-se e produzindo deslocamentos dentro e fora da rede. A lógica do acesso ao cuidado na região, que é caracterizada por um vazio assistencial, mas não existencial, também passa pela possibilidade desses enfrentamentos, inclusive, de valorização do que é ser parteira e como isso vai se produzindo. O “longe muito longe”, na perspectiva da parteira ridente e de sua existência, bem como da existência das mulheres grávidas das quais ela cuida, se reduz cada vez mais para um “longe muito perto”, cheio de produção de cuidado e de vida. A organização da RC tem sido pensada, talvez, a certa distância das práticas desenvolvidas por parteiras “ridentes”, e estas, por sua vez, independentemente de serem ou não reconhecidas institucionalmente, vêm tecendo uma potente rede de atenção na produção do cuidado às mulheres, que extrapola o sistema; e que a conexão entre essas redes é algo que urge.

NARRATIVA COMO PERFORMANCE NA FORMAÇÃO EM SAÚDE - PRÁTICAS INOVADORAS NA FORMAÇÃO PARA O SUS;

Claudia Maria de Lima Graça, Livia Maria Santiago

Palavras-chave: narrativas, performances, formação em saúde, educação,

Nas últimas décadas, experiências de mudanças na formação das graduações em saúde, apontam para o desafio imposto na reorientação do perfil profissional para o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente, por meio da aproximação da universidade com os serviços de saúde; da concepção ampliada do conceito de saúde; da multiplicidade dos cenários de práticas; e da valorização de modos

diferenciados de aprendizagem. Dessa forma, entendendo o conhecimento como processo em produção, a partir daquilo que decorre da e na experiência do outro em nós e na experiência de nós no outro, este trabalho tem como objetivo geral a análise da narrativa de JC, aluna do curso de Fonoaudiologia da UFRJ, em uma roda de conversa, onde a aluna compartilhou a sua vivência, expondo seus receios em relação às diferenças e desigualdades sociais, trazendo para o centro da roda a atenção às “vidas marginalizadas do ponto de vista dos atravessamentos identitários de classe social, raça, etnia, gênero, sexualidade, nacionalidade, etc” (MOITA LOPES, 2006, p.27). Este trabalho se fortalece na importância da construção de espaços em sala de aula e em outros contextos da formação, na valorização da narrativa como performance e como um tipo de organização discursiva potente no processo de aprendizagem, no qual nos produzimos como seres sociais, pelas experiências que remetam às transformações necessárias ao futuro profissional de saúde. Nos últimos anos, a pesquisa narrativa tornou-se importante nas ciências sociais e em outras. Squire et al. (2014) abordam o quanto a pesquisa narrativa pode ser atraente, e provocam reflexões em relação às possibilidades que o uso da narrativa oferece aos pesquisadores nos mundos sociais, políticos e que envolvam temas em saúde e doença, como também no trabalho, na formação de médicos e outros profissionais da área da saúde e na investigação da narrativa de pacientes. Contexto e a metodologia do trabalho: Os dados do trabalho foram gerados em um campo etnográfico com o grupo de alunos do sexto período, no primeiro semestre de 2014. O contexto da disciplina acontece nos territórios do Instituto Mangureira do Futuro e da Clínica da Família Dona Zica onde a prioridade dos serviços é o morador

do Morro da Mangureira. Os encontros acontecem duas vezes na semana e cada aluno é convidado a construir uma cartografia por escrito, de suas afecções produzidas após os encontros com os usuários, em um desenho que dialogue com os acontecimentos e as afetações do cotidiano do trabalho e da vida (ROLNIK, 2007). O diário cartográfico é utilizado como o suporte para registro das experiências, ao mesmo tempo em que a materialidade da experiência no texto possibilita sua releitura e análise que acontece na roda de conversa. A metodologia de análise proposta, consiste na releitura do diário cartográfico por JC, após a sua ida com o ACS da Clínica Dona Zica, no antigo prédio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esse prédio é situado no morro da Mangureira, onde as pessoas vivem em condições precárias. Alguns procedimentos éticos foram tomados, como por exemplo, o pedido de permissão ao aluno participante para que o seu diário cartográfico pudesse ser utilizado para fins científicos e o nome do aluno usado na transcrição é fictício. Com relação à transcrição e à análise dos dados gerados, ressalto, que as considerações e interpretações que teço neste trabalho são inseparáveis das performances que eu mesma enceno, como docente e participante nessa experimentação. A análise aposta na indissociabilidade entre narrativas e performances identitárias como nos aponta Wortham (2000) e Moita Lopes (2006), uma vez que, as narrativas mostram como as pessoas são e agem em um contexto sócio-histórico. Para a análise, utilizo as pistas de contextualização (GUMPERZ, 1998) e as ferramentas de análise dos posicionamentos nas narrativas autobiográficas oferecidas por Wortham (2000). A seguir apresento um fragmento da narrativa escrita por JC: Excerto 01: “Ao subir ao prédio I, visitei alguns apartamentos, porém um mexeu demais comigo. Naquele local mora uma

família, composta pela mãe, a filha que já tem 3 filhos sendo a mais velha com 6 anos, o do meio com 3 e um bebê que na época estava com 4 meses. Além desse bebê, ela estava tomando conta de um outro com 1 mês que havia sido abandonado pelos pais ao nascer. O bebê abandonado não parava de chorar, e então resolvi pegá-lo, e ao acomodá-lo nos meus braços ele se acalmou. A mãe das outras crianças, olhou para a cena, e logo pediu pelo amor de Deus para eu ou alguma das outras meninas, inclusive a ACS levar o bebê. Disse que não tinha como cuidar e alimentar mais uma criança. Eles vivem com lixos e ratos passando a todo momento. Meus olhos se encheram de lágrimas ao olhar aquele ser tão puro e tão abandonado. E com ele no meu colo pensei no carinho que sempre tive dos meus pais, lembrei do meu afilhado, pelo qual sou apaixonada. Os olhos do bebê estavam fixados aos meus, sentia que ele queria ajuda, como se estivesse se comunicando comigo.” JC enquadra os personagens com os quais interage, expressando a referência de como as pessoas no contexto são responsáveis pelos significados gerados. Ela posiciona-se nas palavras escritas, que como mulher, questiona a performance observada no outro, fazendo uma reflexão sobre os conhecimentos existentes sobre o desempenho da feminilidade, em particular, da função materna. Posiciona-se na função de filha para descrever suas lembranças na interação com os pais e exemplifica a importância do vínculo, descrevendo a sua posição como madrinha, onde adiciona verossimilhança ao evento. Outro dispositivo usado por JC para se posicionar na narrativa é o uso de verbos e formas verbais que descrevem a sua interação afetiva com o outro. JC retrata mundos diferentes: o mundo da sua vida privada, onde as mulheres exercem a função materna com vínculo, proteção e cuidado e do mundo que está conhecendo, onde as

mulheres não exercem as funções maternas esperadas. A participante se coloca aos seus interlocutores como alguém que tem ciência dessa contradição. JC descreve o encontro como um espaço aberto a uma produção no campo das relações de poder, nos quais os conhecimentos técnicos específicos da área da saúde já sabidos, dialogam com saberes que emergem do campo da ação, no ato, com o outro, no contexto interacional. Dessa forma, entendo que o uso da narrativa na formação, contempla os sujeitos em seu contexto sociocultural, político e histórico e, ao mesmo tempo, engaja-se em práticas interrogadoras de seu próprio fazer teórico, como modo de recontar as formas de conhecer e compreender a vida social. Nesse trabalho a força das narrativas, a importância delas para o desenvolvimento pessoal, cultural, social, ético, político, etc. na perspectiva da formação é de extrema relevância para profissionais comprometidos consigo, com o outro, com os seus agires nas sociedades em mutação. Percebo o quanto esse tipo de metodologia enaltece a interdisciplinaridade e mostra o quanto a utilização das narrativas e da construção dos diários cartográficos, no contexto da formação em saúde, tem contribuído para mudanças dos participantes, docentes e alunos, através das conversas, oriundas das situações imprevistas, desconhecidas e novas, que demandam um novo modo de produzir conhecimento.

NOVA ESTRATÉGIA DE TREINAMENTO NA HANSENÍASE EM MATO GROSSO DO SUL (BRASIL)

Marli Marques, Eunice Atsuko Totumi Cunha, Cleide Aparecida Alves, Luis Carlos Oliveira Junior

Palavras-chave: Treinamento em serviço, Hanseníase, Mato Grosso do Sul

INTRODUÇÃO: O estado é classificado como área de alta endemia na hanseníase (HS), porém com distribuição heterogênea: 30% dos municípios com níveis hiperendêmicos, 10% com baixa endemia ou silenciosos e 60% com níveis endêmicos elevados. A fim de implementar o controle da endemia optou-se pelo treinamento em serviço a fim de favorecer maior frequência de médicos. **OBJETIVO:** Apresentar os resultados dos treinamentos em serviço na HS desenvolvidos entre 2010-2014 nos municípios sul-mato-grossenses. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Realizaram-se treinamentos em serviço com uma média de 5 semanas/ano, com custo médio/semanal R\$10.000,00 atingindo 77/79 municípios ao final de 5 anos. A Secretaria de Estado de Saúde (SES) organizava os treinamentos, convidada os monitores, garantia deslocamento ao município, executava as ações de capacitação, efetuava pagamento de despesas e registrava e retroalimentava os serviços e instâncias parceiras. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) escolhia o local das atividades teóricas e práticas, convidava os profissionais, clientela a ser examinada. Os treinamentos incluíam levantamento do conhecimento sobre a doença (pré-teste) e repasse de conteúdo teórico e posterior atendimento da clientela pelos monitores e com os treinandos (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, bioquímicos, biomédicos, outros técnicos de nível superior envolvidos na atenção aos doentes com hanseníase e técnicos de nível médio). A ONG (Associação Alemã de Assistência aos Hansenianos e Tuberculosos – DAHW) garantia as despesas do monitor oriundo de São Paulo (ILSL), recebia os consolidados e divulgava no site as matérias elaboradas pela equipe de monitores, ao final de cada semana de treinamento. **RESULTADOS:** Participaram de aulas expositivas 4.134 TNS e TNM (técnicos de nível superior e nível médio) e nas

palestras e roda de conversa 971 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e comunidade. Participaram da aula prática 1.715 profissionais: 690 enfermeiros, 339 médicos, 159 fisioterapeutas/terapeutas ocupacionais, 117 farmacêutico-bioquímicos-biomédicos, 84 TNS de outras categorias e 320 TNM (ACS, de enfermagem e laboratório). Realizaram-se 1.532 atendimentos, onde 699 eram contatos de HS (45,6%). Entre todos os atendimentos confirmaram-se 362 casos novos (25,4%), sendo 39 PB e 323 MB (89,3%). Deste universo, 23/362 eram menores de 15 anos (6,4%) predominando neles formas MB 10/23(43,5%). Confirmaram-se nos contatos 258/699 casos novos (36,9%). Entre 112 atendimentos foi indicado retratamento além de conduta para 136 pacientes em surto reacional. A pesquisa de BAAR foi realizada em 208/1.532(13,6%) atendimentos permitindo ajustes na técnica. Diagnosticaram-se casos em crianças entre 16/79 municípios (20,2%) e entre 14 trabalhadores da saúde em 14/79 municípios (17,7%). Além dos resultados observou-se incremento nas notificações: a partir dos treinamentos, os profissionais passaram a buscar e examinar ou reexaminar os contatos. Esta rotina implementou a notificação de casos novos entre 26 municípios (44,0%), com incremento variando de 10,0% a 450,0%, representando 7,9% para os municípios treinados e 3,5% para Mato Grosso do Sul. Houve também melhoria no exame de contatos: os percentuais de exame de contatos em nível estadual referente a 2008, 2009 e 2010, avaliado no primeiro semestre do ano posterior, e avaliado no primeiro trimestre de 2012, mostrou melhoria dos percentuais em 21 municípios em 2008, em 14 municípios em 2009, e 37 municípios em 2010. Também foram observadas melhorias na rotina laboratorial: as supervisões realizadas nos laboratórios dos 27

municípios mostraram a utilização da técnica de coleta, coloração, corante e leitura de acordo com a técnica orientada durante treinamento que está padronizada pelo Ministério da Saúde desde 2009. Houve incremento em 2012 do número de municípios que passaram a enviar lâminas ao LACEN-MS para o controle de qualidade (37% - 2011 e 50% - 2012). Acima de tudo, e ainda mais relevante, observou-se melhoria na atenção aos doentes: através das supervisões realizadas em 2011 e 2012 (16 e 36 municípios) tem sido verificado nas localidades que dispõe de fisioterapeutas/TO treinado, que houve sensível melhoria, com incorporação destes profissionais na avaliação físico funcional dos doentes, tanto no diagnóstico quanto na cura, bem como na prevenção e recuperação de incapacidades físicas. **CONCLUSÕES:** A responsabilização do município na organização e uso da logística local favoreceu ampla participação dos profissionais, prioridade a uma doença negligenciada, maiores resultados em vista dos baixos custos para cada parceiro. A participação de diferentes categorias profissionais no atendimento e assistência ao doente supera outras metodologias. Tanto por favorecer a assistência multiprofissional e entrosamento como pelos benefícios diretos aos pacientes. A elevada frequência de casos novos diagnosticados em adultos e crianças e manejo dos surtos e reações não atendendo ao protocolo do Ministério da Saúde e a Portaria 3125, de 07 de outubro de 2010, que contemplam normas e rotina para o controle da HS no país. Situação gerada pela falta de atualização dos profissionais, insegurança dos médicos no diagnóstico clínico e extrema dependência de exames laboratoriais confirmatórios, que além de retardarem o diagnóstico mantinha a transmissão entre contatos. O uso racional dos recursos financeiros, maior cobertura da população, amplos benefício para a

saúde pública e para a comunidade foram reconhecidos pelo Governo do Estado de Mato Grosso do Sul com o Prêmio de Gestão Pública/2012, na modalidade Prática Inovadora da Gestão Estadual. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Considero-se esta estratégia como inovadora por ter aproximado um serviço de referência nacional às necessidades da população e dos profissionais sul-mato-grossenses que careciam de apoio para problemas de todas as ordens, mas principalmente os mais complexos. A possibilidade de discussão e solução de suspeita de resistência medicamentosa entre casos atendidos, cuja tecnologia encontra-se disponível no Instituto Lauro de Souza Lima/SP que é uma referência em Hanseníase para a América Latina mostrou-se acessível a nossa população e de conhecimento dos profissionais do Estado. Esta nova estratégia de treinamento em serviço, cuja proposta era inicialmente examinar os contatos de HS, foi ampliada para pacientes já tratados e apresentando queixa. A partir dos treinamentos foi possível conhecer a situação das ações de controle da HS nos municípios, além de suprir uma fragilidade dos serviços em relação ao baixo número de exame de contatos, apoiar os profissionais que acompanhavam os doentes já tratados apresentando surtos reacionais, bem como o cuidado com as seqüelas decorrentes da doença. A população compareceu e aceitou ser atendida em regime de treinamento, teve oportunidade de compartilhar suas queixas seja pela falta de diagnóstico da doença, tratamento equivocado sem melhora, manejo de intercorrências pouco adequados, pouco interesse no atendimento e baixa qualidade da assistência recebida. Esta estratégia buscou atingir principalmente os profissionais médicos, colocando-os diante da realidade, com o propósito de capacitá-los frente a uma doença endêmica em nossa região, preparando-os para

atender os casos de forma mais segura e seguindo o protocolo, em vista da pouca experiência dos médicos no atendimento desta patologia durante sua formação. Os pacientes com HS necessitam ser assistidos por uma equipe multiprofissional, desempenhando ações complementares, cujo treinamento possibilitou esta integração e valorização da atuação de cada profissional. Este trabalho favoreceu o desenvolvimento de ações onde os gestores estaduais e municipais não desejavam novos diagnósticos, a comunidade não deseja ter a doença (estigma e preconceito), as equipes de saúde queixam-se da demanda gerada devido às intercorrências como surtos, reações, sequelas e necessidade de acompanhamentos frequentes. Todos estes aspectos foram amplamente discutidos enfatizando o tratamento como única forma de evitar novos casos, que o problema existe e não deve ser negligenciado.

O COMPARATIVO DE DUAS EXPERIÊNCIAS: ESTÁGIO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE VERSUS HOSPITAL GERAL PRIVADO

Claudia da Cruz Paris, Carol Lanne Moura, Joana D'arc Alves da Silva, Flavio Sampaio David

Palavras-chave: Assistência de Enfermagem, Educação Continuada, Terapêutica

APRESENTAÇÃO: trata-se de um relato da experiência de comparação qualitativa de duas realidades distintas: a de uma Unidade de Atenção Básica (UBS) do Município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, especificamente na sala de curativos desta, e em um hospital particular de grande porte de média e alta complexidade, no CTI. A comparação do conjunto das duas vivências despertou a atenção, haja vista

as disparidades no tocante aos recursos materiais para a realização de curativos de qualquer natureza. Tem por objetivo trazer novamente à tona o conceito de saúde, como “direito de todos e dever do Estado”, como bem define a Constituição Federal Brasileira de 1988 em seu Art. 196, além de proporcionar uma reflexão sobre as disparidades entre serviços de saúde públicos e privado brasileiros. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** No primeiro executamos curativos em pacientes acometidos prioritariamente de úlceras venosas ou arteriais. Tais curativos são realizados em uma sala de curativos da UBS, que conta com uma maca, uma pia (tanque), armário de medicações. Quanto ao material utilizado nos curativos, dispõe-se de: pomada Colagenase, Ácido Graxo Essencial (A.G.E), pomada Acetato de Betametasona 1mg/g, pomada Sulfato de Neomicina 5mg/g + Bacitracina Zíncica 250 UI/g, pomada Uréia 10%, Soro Fisiológico 0,9%, solução tópica PVPI (IODOPOVIDONA) 10%, Sulfadiazina de Prata 1% 10mg/g, ataduras de crepe, gazes estéreis, compressas cirúrgicas estéreis, luvas de procedimento, máscaras cirúrgicas, luvas estéreis. Todos os materiais em quantidade reduzida. Não se dispõe de campos estéreis, capotes, bandejas, cubas, toucas cirúrgicas, óculos de proteção. O ambiente é bem precário, com paredes de azulejos pintadas em péssimo estado de conservação. A sala é pouquíssima ventilada e não conta com sistema de ar-condicionado. O tanque utilizado para proceder à lavagem com soro fisiológico das feridas de todos os pacientes e o papel que envolve as luvas estéreis é utilizado como forma de proteção para que os pacientes apoiem o membro a ser higienizado. Em nenhum momento é feita a limpeza ou desinfecção das superfícies contaminadas de todos os curativos realizados. Embora esta exposição, neste caso, se dê numa curta duração de tempo,

ela é diária e prejudicial, pois não respeita os preceitos básicos de biossegurança nem de controle de infecções. Os curativos são feitos o mais rapidamente possível, pois a demanda é relativamente grande (em média 15 pacientes no período que vai de 8 – 12h). Com exceção das orientações fornecidas pelas acadêmicas, não se presenciou nenhum tipo de informação disponibilizada para cada paciente, individual ou coletivamente, bem como o direcionamento destes para tratamento clínico de comorbidades ou necessidades nutricionais necessárias para uma melhora eficaz dos quadros de úlceras. Quanto aos medicamentos utilizados, conta-se, como descrito acima, com estes materiais, porém o que mais nos chamou a atenção foi a utilização indiscriminada da pomada Colagenase, um desbridante enzimático, em praticamente todas as lesões, e a mistura desta com o A.G.E. (ácido graxo essencial). A profissional da unidade, quando questionada do porque de tal procedimento, simplesmente não soube explicá-lo. Além disso, esta mistura é aplicada e toda a região da ferida, não lançando mão de critério para esta administração medicamentosa, o que evidencia a falta de conhecimento sobre a mesma, bem como a falta de uma supervisão de enfermagem presente ou de educação continuada. Qualquer outro tipo de recurso material, como por exemplo, compressas de carvão ativado, ou botas de Unna, são adquiridas com recursos dos próprios pacientes, não estando disponíveis no serviço para estes, os quais contam com reduzido poder aquisitivo. Em contraponto, vivenciamos a realidade de um hospital de grande porte, privado, de atendimento em nível de média e alta complexidade, especificamente no CTI. No ano de 2011 a instituição recebeu pela segunda vez o certificado da Accreditation Canadá e pela ONA em nível III de excelência. O hospital conta com recursos de última

geração para a prevenção e tratamento de feridas, como por exemplo, o sistema de proteção de cutânea Cavilon™. Também dispõem de recursos como os curativos Tegaderm™ CHG e Tegaderm™ (Fixadores de Cateteres com e sem Clorexidina), Adaptic®, o Sistema de Terapia Integrada V.A.C.®, que fornece pressão negativa para o tratamento de feridas. Os recursos disponíveis supracitados são somente para exemplificar a qualidade e o acesso dos pacientes às tecnologias em termos de coberturas e curativos. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Não pretendemos comparar ou equiparar os níveis de atenção à saúde, nas suas diversas complexidades, mas sim, trazer à baila questões como a possibilidade positiva de vivenciar duas realidades tão antagônicas, situadas em unidades de saúde de municípios vizinhos e tão próximos. No que diz respeito à saúde como direito, vemos que, uma parcela privilegiada da população tem um nível de atendimento e acesso a estas tecnologias de forma muito eficaz, a saber, a atendida na unidade privada, enquanto que, a despeito do direito, outra parte menos privilegiada, tenta sobreviver com o que a unidade pública disponibiliza, muitas vezes, a título de caridade. Para nós acadêmicos o resultado da experiência no todo foi bastante positivo, pois nos permitiu refletir, questionar problematizar as situações. De um lado, um público que tem acesso a dispositivos de última geração para tratamento de feridas. Do outro, um público carente, que não tem suas necessidades de saúde atendidas pelo órgão público que deveria supri-las. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Em ambos os casos, percebemos as experiências como de suma importância para o exercício da profissão, tendo em vista que estas realidades representam campos de trabalho e estudo reais, que expressam exatamente a disparidade existente no sistema de saúde brasileiro. Não podemos deixar pensar na questão social envolvida,

quando a enfermagem, profissão que historicamente contempla o atendimento e o cuidado visando o bem estar do cliente, e não tendo sua posição social como pré-requisito para uma boa execução dos deveres práticos, representa categoria de trabalho predominante em todos os níveis e serviços de saúde, além de ser parte primordial integrante da equipe multidisciplinar de saúde, trabalhando na promoção, prevenção e manutenção da saúde da população, por meio do atendimento, do cuidado de qualidade e da educação em saúde e buscando assim, cooperar para a diminuição das desigualdades e exclusões.

O CUIDADO A PARTIR DO ENCONTRO: O OLHAR DO RESIDENTE SOBRE O COTIDIANO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL TIPO II

Ivanice Jacinto da Silva, Analine de Souza Bandeira Correia, Maria do Socorro Gomes Campos Mendes, Bárbara Gregório Gouveia, Lenilma Bento de Araujo Meneses, Valéria Leite Soares, Talitta Dantas de Arruda, Jordane Reis de Meneses

Palavras-chave: Saúde mental, cuidado, Residência Multiprofissional

APRESENTAÇÃO: Durante três meses de vivências diárias em um Centro de Atenção psicossocial na Paraíba, um grupo de quatro residentes com formação em Serviço Social, Enfermagem, Psicologia e Terapia Ocupacional, cobertas pelo desejo de conhecer e aprender o universo da prática em saúde mental, assim como, construir coletivamente estratégias de cuidados direcionadas a população, mergulharam no campo das relações, utilizando os recursos do ouvir, sentir, falar e olhar em direção ao outro. Atualmente existem vivências no campo da saúde que sugerem a reorganização dos processos de trabalho

de forma que estes ofereçam novos modos de agir com os usuários resignificando essa relação. Construindo nos serviços, espaços que viabilizem o desenvolvimento de práticas acolhedoras, que possam garantir a escuta e a fala nas relações assistenciais e de cuidado. Utilizando-se do vínculo e das relações de confiança para proporcionar o empoderamento do usuário, contribuindo para o desenvolvimento de sua autonomia e independência e possibilitando que ele seja o protagonista do cuidado (FRANCO, T.B.; MERHY, E.E., 2005). FRANCO e MERHY (2005) reforçam que essa nova conduta é possível à construção de um modo de agir, que sugere um processo de trabalho que contribua para o empoderamento das relações em equipe e apostem em uma rede solidária de conversas, proporcionando o encontro de saberes e práticas para a construção de um novo ideário voltado para o cuidado em saúde. Propor o encontro entre os trabalhadores/trabalhadores e trabalhador/usuários em um sistema público de saúde, que esta dentro de um modelo de sociedade capitalista, o qual caminha para a descaracterização do humano e contribui para uma atribuição de valores das pessoas, não consiste em uma tarefa fácil, prova disso são os desafios identificados com muita facilidade nos serviços de saúde. MERHY (1998) destaca que apesar dos avanços das tecnologias de cuidado, os usuários se sentem inseguros, desamparados, desinformados, desrespeitados, desprezados, como se os serviços de saúde não tivessem interesse por eles e seus problemas. O modo como atualmente opera as lógicas de poderes políticos, técnicos e administrativos fortalecem e valorizam as tecnologias leves/duras e duras, partindo dessa realidade surge a necessidade de se investir em novos espaços de relações, entre os atores envolvidos para a ampliação dos modos de produzir saúde, de forma que haja a valorização e operacionalização de

tecnologias leves e que as necessidades do usuário sejam o eixo norteador da produção do cuidado (FEUERWEKER, 2014). De forma geral no campo da saúde há a necessidade de aproximar e potencializar os encontros entre o trabalhador e os usuários, para que a efetivação do cuidado de fato aconteça. Na atenção a saúde mental superar os entraves proporcionados pela as micropolíticas, pelo modo tradicional de atenção em saúde e o modelo de psiquiatria que resistiu durante anos no Brasil, é ainda mais complexo, tendo em vista que o usuário da rede de saúde mental recebe da sociedade um perfil que não respeita a sua subjetividade, singularidade, capacidade crítica e a condição de cidadania. Nesse contexto, investir na tecnologia das relações e refletir sobre o encontro com esses sujeitos é imprescindível para lhe perceber e identificar suas reais demandas, assim como construir de acordo com suas necessidades as ações de cuidado. O presente trabalho tem a intenção de compartilhar e refletir sobre momentos/vivências de residentes no cotidiano de um CAPS II, apresentando a dinâmica do serviço, com destaque para o uso das tecnologias leves que envolveram trabalhadores, gestores, usuários e residentes, a fim de evidenciar algumas fragilidades e potencialidades referentes à construção do cuidado a partir do uso dessa tecnologia. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal da Paraíba teve início em março de 2015, este conta com a participação de vinte residentes que se distribuem em cinco grupos de quatro profissionais, entre os vários dispositivos de atenção psicossocial dos municípios de João Pessoa e Cabedelo na Paraíba. Dentre as estratégias de avaliação da evolução do residente ao longo do curso é utilizado o Portfolio, os residentes também fazem uso do diário de campo, estes instrumentos

contribuíram para a construção desse trabalho, assim como a reflexão coletiva do grupo que participou da prática ao longo de três meses em um CAPS II, nesse cenário o grupo de quatro residentes realizou atividades durante a semana, de segunda à quinta feira, em turno integral e participaram de todas as atividades que compunham a rotina do serviço, tendo a oportunidade de se aproximar dos diversos atores atuantes nesse cenário. Resultados: O CAPS II tem uma rotina bem estrutura de funcionamento, todos os dias exceto a terça-feira existem as consultas médicas pela manhã, nos horários de consultas a demanda tende a ser maior, e há uma concentração de atividades na farmácia, antes da chegada dos usuários a equipe já começa a organizar a casa, na cozinha é feito o café da manhã, na administração todos se dedicam para fazer os registros dos procedimentos, construir licitações, memorandos, relatórios, requerimentos e toda essa burocracia que compõe os serviços de saúde e que são necessários para manter, regular, monitorar e dar seguimento as ações de saúde. Na recepção os usuários, familiares e visitantes são acolhidos, é também registrada a presença no serviço, ao longo do dia se faz o bom dia, as oficinas, os lanches, o boa tarde, visitas domiciliares, matriciamento, escuta, triagem/acolhimento, além da organização de eventos. A partir da observação sobre o cotidiano se percebeu que em detrimento da precariedade de recursos materiais por vezes utilizamos como principais ferramentas para prática as tecnologias leves como o acolhimento e a escuta. No cotidiano, vivenciamos situações que evidenciam o surpreendente poder das tecnologias leves que superam o uso de ferramentas de alta complexidade no campo da saúde mental e o modo como essa tecnologia faz com que o próprio sujeito crie mecanismos de superar os problemas do cotidiano, potencializado a sua capacidade de ultrapassar dificuldades

e o desenvolvimento de sua autonomia. Em contrapartida a construção do vínculo e o fortalecimento das relações interpessoais nos fazem se colocar no lugar do outro de forma que o profissional pode vir a estabelecer transferências negativas para com esse usuário, chegando ao ponto de construir condutas pautadas em juízos de valor, ou até tendendo tutelar o sujeito, assumindo a responsabilidade sobre o cuidado do outro. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Percebe-se que a produção do cuidar a partir do encontro direcionado pelo uso de tecnologias leves apresenta aspectos positivos e negativos, haja vista que, quando dois humanos se encontram, independente de seus papéis, há trocas que vão interferir de forma direta ou indireta na produção do cuidado, tais como a promoção ou privação de autonomia do outro, a adesão ou não das terapêuticas, dentre outras. Nesse sentido se percebe a necessidade de que o trabalhador (a) da saúde faça a reflexão constante sobre suas práxis, possibilitando a avaliação/reavaliação e mudança de prática com o intuito de se aproximar de um modo de cuidar que atinja não só os pressupostos da lei da reforma psiquiátrica, mas que também aborde a dimensão subjetiva de cada cidadão que busca cuidado nos dispositivos da rede de atenção psicossocial.

O DESPERTAR DO APOIO MATRICIAL EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIAS DAS PROFISSIONAIS MATRICIADORAS DO DISTRITO DE SAÚDE SUL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS/AM

Luciana Diederich Nunes Pessôa, Ágata Karolinne Fonseca Motta

Palavras-chave: Apoio matricial, rede psicossocial, cuidado, território

APRESENTAÇÃO: Manaus é uma

cidade atípica em diversas áreas, sua biodiversidade, sua cultura, sua economia, sua geografia e tantos outros segmentos que fazem dela o que é. Já o seu modo como encara a loucura, talvez seja bem parecido como em outros Municípios, mas de uma coisa sabemos que a loucura ronda a cidade, muitas vezes a procura de espaços, de lugares de pertencimento e não os encontra. Possuímos poucos dispositivos substitutivos ao hospício, que ainda funciona como emergência, a única do Estado. A rede de atenção psicossocial não se apresenta coesa, nem tampouco presente nas ações do cuidado comunitário está pautados na Reforma Psiquiátrica italiana, que numa visão macro, concebe como alternativas outros serviços sem ser o hospício, ao invés da reforma francesa que trabalha a nível micro, o que poderia representar uma forma mais eficaz, haja vista que trabalham os sujeitos e suas representações sociais da loucura, campo propício a acolhida do sujeito em sofrimento, onde quer que ele vá. Atualmente, contamos com três Centros de Atenção Psicossocial-CAPS no Município, com modalidades distintas, um (01) infantil, e dois (02) adultos, sendo um (01) na modalidade II e um (01) na modalidade III, para uma população de aproximadamente dois milhões e oitocentos mil, contamos também com outros serviços de saúde mental, que se configuram em serviços de policlínicas, a nível ambulatorial. A cidade está dividida por cinco distritos (sul, norte, leste, oeste e rural), o que remete a ideia de uma grande área descoberta por serviços que contemplem a realidade na saúde mental, pois ainda não atingimos a rede de atenção primária, incorporando-a na rede psicossocial. Desta forma, iniciamos o que denominamos matriciamento em saúde mental, por possuímos um CAPS no distrito sul da cidade, vimos como campo promissor agregar outros serviços, a princípio os de saúde, na atenção primária, com a

intenção de que os usuários do serviço de saúde mental pudessem ter um cuidado no próprio território, este espaço vivo de trocas e relações. Parece que estamos inventado a roda, mas é fato que não, isso já acontece em outros Estados, porém para nós é um acontecimento recente, fruto de conquistas na luta contra um atendimento segregador. Considerando a definição de matriciamento, segundo Chiaverini et al (2011) como sendo um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Assim este relato baseia-se na experiência das profissionais matriciadoras do distrito de saúde sul, atividade desenvolvida pela técnica responsável pelas ações da rede de atenção psicossocial do distrito sul juntamente com a psicóloga do CAPS Sul, a fim de conhecer o território onde os sujeitos estão inseridos, ampliando e garantindo o atendimento da rede, através da identificação de parcerias nas estratégias saúde da família, especificamente estabelecer contatos com os atores envolvidos no cuidado em comunidade e firmar pactos para construção de projetos terapêuticos singulares, que favoreçam o protagonismo social. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** Iniciamos nossa trajetória em julho de 2015, quando na ocasião realizamos encontros com as Unidades Básicas de Saúde com o objetivo de nos apresentar e divulgar o apoio matricial de saúde mental, que começaria suas atividades no mês seguinte, antes disso já realizávamos visitas domiciliares advindas de demandas da gestão, da secretaria e de outros profissionais, assim buscamos esclarecer a proposta com base no fortalecimento da nossa rede psicossocial. Estes encontros tiveram como público alvo: profissionais de quinze Unidades Básicas de Saúde, duas Policlínicas Municipais e cinquenta e uma unidades Estratégias Saúde

da Família, totalizando 68 profissionais participantes dos encontros. Desenvolveu-se atividades de visitas às unidades conforme demandas, e em conjunto com a equipe realizamos visita domiciliares aos usuários, na tentativa de construir uma rede de cuidado. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** Nossas ações nos conduzem às reflexões cotidianas do praticar o matriciamento, inquietações e questionamentos do que nos propomos a executar, questões, como: Estamos no caminho certo? Isso é matriciamento? Quando conseguiremos uma rede unida e fortalecida? Será que o que estou tentando transmitir está sendo compreendido dentro da lógica do cuidado no território? E tantas outras questões que são suscitadas. O resultado que queremos apresentar são estas inquietações que nos conduzem a fazer o melhor, o exequível, com compromisso e responsabilidade. E nesse percurso já encontramos parceiros, como também encontramos resistência dos que ainda estão tradicionalmente acostumados a promover a saúde no viés de sua ausência. De acordo com Chiaverini et al (2011) o matriciamento vem justamente desconstruir esse conceito tradicional por constituir-se numa ferramenta de transformação, não só do processo de saúde e doença, mas de toda a realidade dessas equipes e comunidades. Esse pode ser o impacto desejável, o de arquitetar novo cenário nos serviços e na comunidade e formular novas formas de viver e de coexistir, para além dos muros invisíveis dos preconceitos e estigmas. Ressaltamos a contribuição direcionada ao profissional, enquanto matriciador, no que diz respeito ao impacto sobre sua prática, constantemente revista para um fazer despido de julgamentos, numa visão inovadora, pelo menos aqui em Manaus. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Romper com o estigma da loucura não é tarefa fácil, “tratar” essa loucura dentro de um recinto sempre foi mais confortável, o desafiador

é colocá-la para fora, nas residências, nas ruas, nas comunidades e onde ela quiser ir. Reconhecer o que é próprio do sujeito, mesmo que isso cause estranheza, aos olhos de quem vê, pois tudo depende do ponto que visualizamos e existem vários ângulos que ainda não testamos. Adentramos outra dimensão do cuidado, estamos na atenção primária e levar saúde mental para este local é tarefa primordial para vislumbrar a vida fora das instituições, porque tirar o sujeito do hospício foi relativamente rápido, mas tirar o hospício do sujeito pode levar mais tempo do que imaginemos. O que apresentamos até este momento, podemos denominar de fase embrionária do apoio matricial? Não sei. Talvez seja o meio possível de realizarmos esse encontro da saúde mental com a atenção primária, sem estar centrado no aspecto biológico, porém em nuances da vida cotidiana das pessoas. Fundamental é desaprendermos tudo que pensávamos saber sobre a loucura para aprendermos a viver com ela, e por que não? Reside neste tópico à relevância desta experiência, como elemento de aprendizagem constante tanto profissionalmente como pessoalmente, reconhecendo as diferenças dos sujeitos e aprendendo a conviver com elas, numa dialogicidade entre os protagonistas desta história.

O ENFERMEIRO COMO MEDIADOR NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL DO PACIENTE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ronaldo José da Silva, Ednéia Albino Nunes Cerchiar, Antônio Sales

Palavras-chave: cuidado intensivo, enfermagem, hospitalização, internação hospitalar

APRESENTAÇÃO: A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma área hospitalar

que demanda cuidados a pacientes críticos com risco de morte, que são recuperáveis. Todavia, são pacientes altamente complexos, que necessitam de supervisão contínua por uma equipe qualificada (GOMES, 1988). As equipes de enfermagem de UTI percebem a unidade como um lugar onde vidas frágeis devem ser diligentemente monitoradas, cuidadas e preservadas. Já para os pacientes e seus familiares daqueles que estão admitidos na UTI, à unidade, é percebida como um sinal de morte iminente, isso com base em suas experiências pessoais anteriores ou nas experiências dos outros. (MORTON et al., 2007). Dessa forma, faz-se necessário um dispositivo mediador de esclarecimento tanto para o paciente, quanto para os seus familiares, objetivando minimizar as tensões e sofrimento enfrentados por estes sujeitos. Segundo Morton et al. (2007), a enfermagem pode ser ancorada como “ator protagonista” de um ambiente restaurador, oferecendo informações que permitirão estabelecer uma relação de confiança entre os que ali estão o que possibilita que os mesmos expressem seus sentimentos, tirem suas dúvidas e recebam orientações a respeito do ambiente desconhecido que fará parte de suas rotinas durante a internação de seu ente. Logo, o objetivo deste estudo é relatar a experiência do enfermeiro como um prestador de orientações a familiares de pacientes de UTI, atuando como um mediador fundamental na assistência integral do paciente. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Aqui, tem-se o relato da experiência de uma prática de orientação de enfermagem realizada com familiares de paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital da Vida (HV) de Dourados/MS. A estratégia de orientações de enfermagem aos familiares de pacientes internados na UTI foi instituída com o intuito de auxiliar esses, em busca de mecanismos mais adequados de enfrentamento a

mudança de ambiente no qual seu familiar se encontra, principalmente, na manutenção do equilíbrio e redução dos sentimentos de medo, pânico e crença de que o estar na UTI aproxima-se com o risco de morte. O HV é referência de qualidade na assistência à saúde em média e alta complexidade para situações de urgência e emergência, especialmente condições de traumatologia, abrangendo toda macrorregião da cidade de Dourados com uma cobertura 100% do Sistema Único de Saúde (SUS). Em se tratando da linha de traumatologia, o HV conta com o Pronto Socorro Adulto, Pronto Socorro Pediátrico, Ortopedia, Internação, Centro Cirúrgico, Semi-UTI e UTI. A UTI possui 10 leitos. Esses são destinados a pacientes que necessitam de assistência nos períodos pré e pós-operatório, pacientes da clínica médica e ortopédica, bem como para pacientes que necessitam de isolamento, com predomínio de pacientes em condições de traumatologia. Os familiares não permanecem com seus entes no hospital, a visita é permitida apenas uma vez por dia, entre as 16h00 min e 16h30 min. Sobre a prática de orientações de enfermagem desenvolvida, essa teve início para a UTI do HV no ano de 2009, permanecendo até 2010 – período em que estive vinculado a essa instituição. Ela era realizada pelo enfermeiro responsável da UTI, uma vez ao dia, de segunda a sexta, no período compreendido entre 10h00min até 10h30min. A atividade contava com no máximo três familiares de cada paciente por dia, era realizada na recepção do hospital em um local aberto, porém restrito. As orientações fornecidas eram sobre a rotina do setor da UTI, condições em que se passavam os entes, horário de visita, dinâmica do trabalho da UTI, possível prognóstico e boletim médico. Impactos: No seu âmbito profissional, a enfermagem tem por essência o cuidado com o ser humano. Para Boff (2005) “cuidar das coisas implica ter intimidade com elas, senti-las dentro,

acolhê-las, respeitá-las, dar-lhe sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com as coisas. Auscultar-lhe o ritmo e afinar-se com ele. Cuidar é estabelecer comunhão. não é a razão analítica-instrumental que é chamada a funcionar. Mas a razão cordial, o espírito de finesse (o espírito de delicadeza), o sentimento profundo. Mais que o logos (razão), é o pathos (sentimento), que ocupa aqui a centralidade” (p.31). Em concordância, Daniel (1981) traz que a atenção de enfermagem não consiste somente em ministrar cuidados ao doente, mas também se estende às pessoas carentes de orientação e de intervenção direta na prevenção de doenças. Portanto, com a realização das orientações, um dos resultados mais evidentes é a diminuição do medo e da ansiedade. Há também a desmistificação que envolve a UTI e a formação de um vínculo especial com pacientes e familiares no desenvolvimento de uma relação de confiança. Desse modo, o enfermeiro, durante as orientações, é o mediador entre a UTI, paciente e familiar. Esse profissional deve ter empatia e esforçar-se para minimizar a ansiedade dos envolvidos. As questões mais frequentes encontradas por esse profissional são: O ente vai morrer ou não? Quanto tempo vai ficar hospitalizado? Vai ter sequelas? As limitações serão permanentes ou não? Para a recuperação do paciente, da família pode vir grande contribuição. Mas, para que isso aconteça, ela precisa ser orientada sobre as rotinas da UTI e sobre o que está acontecendo com o seu ente, sendo informada de modo preciso, com prudência e empatia sobre as condições em que se apresentam seus entes. Por isso, é importante criar um ambiente acolhedor, uma estrutura de confiança entre a equipe da UTI, neste caso representada pela pessoa do enfermeiro, o paciente e seus familiares. Então, considera-se necessário e fundamental a ênfase no diálogo - um diálogo coletivo, que envolve

não só a equipe e o paciente, mas também seus familiares, de modo a estabelecer uma relação terapêutica entre os pacientes e seus familiares. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Com esse relato de experiência, conclui-se que: mais importante do que as informações trocadas durante um processo de orientação, é a condição de confiança que se estabelece entre o enfermeiro e o familiar do paciente de UTI – a construção de uma relação sólida, considerando imprescindível a estruturação de um espaço para que se possa refletir a importância da participação da família no desenvolvimento da terapêutica de seus entes como promotora na recuperação da sua saúde. Essa experiência mostrou que o enfermeiro deve estar atento aos vários fenômenos que ocorrem ao seu redor e que, mesmo inserido em um contexto onde a valorização do tecnológico é muito evidente, a dimensão do relacional não pode ser posta de lado e nem ao menos minimizada, mas elevada ao mesmo patamar das outras tecnologias encontradas em um ambiente como a UTI. O cuidar, portanto, é uma prática complexa e por isso não pode ser considerada como um ato de técnicas, práticas e tecnologias, separadas da intensa problemática de saber lidar com outro ser humano (HORTA, 1979).

O LUGAR DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Sandro Ramos Paiva, Conrado Neves Sathler, Catia Paranhos Martins

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde, Formação em Psicologia, Medicalização da Criança

APRESENTAÇÃO DA ATIVIDADE: Este trabalho faz parte do projeto de extensão: Acompanhamento e Apoio Técnico ao Programa Nacional de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB), realizado

por alunos do estágio supervisionado em Psicologia Social e Comunitária da Universidade Federal da Grande Dourados. Quando se verificou o contexto da criança no espaço da Estratégia da Saúde da Família (ESF), percebe-se que elas estão dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS), juntamente com seus pais que procuram o atendimento médico. Algumas dessas crianças estão sentadas nos colos de seus pais, estão chorando e outras ficam correndo de um lado ao outro, fazendo algazarras comuns a infância. Também se verificou que elas procuram a UBS para receberem os cuidados em saúde. Essas crianças estão, geralmente, sobre cuidado de pessoas responsáveis, sejam seus pais ou cuidadores. É com essa dicotomia – medicação e medicalização –, que este trabalho se (pré)ocupa: compreender que subjetividade se forma neste ambiente. À medida que o sujeito se relaciona com o outro e com o ambiente vai se construindo uma subjetividade sadia (ou não). Segundo Vygotsky (1996), todo o desenvolvimento cognitivo se dá por meio da interação social, ou seja, de sua interação com outros indivíduos e com o meio. Nas vivências como estagiário de Psicologia percebemos que há dezenas de crianças brincando nas UBS e esta presença sequer é notada, visto que o que se prioriza é, segundo nossas observações, a doença do adulto. Na UBS em que nos encontramos há duas equipes atuando sendo que essas crianças são pouco acolhidas. A criança depende da estrutura social, visto que todas as relações subjetivas estão totalmente relacionadas à interação com seus cuidadores e com a comunidade. A subjetividade dessas crianças depende de como estas crianças, e seus pais, são tratadas e cuidadas nesses espaços institucionais. Estes espaços institucionais são As UBS são o local prioritário de atuação das equipes de Atenção Básica à Saúde. Desse modo, desenvolve-se uma Atenção Básica à Saúde com alto grau de

descentralização e profunda capilaridade no território nacional, o que a deixa sempre mais próxima ao cotidiano (BRASIL, s/d). As equipes de Atenção Básica à Saúde tem como prioridade a atuação dentro de um território específico como o objetivo de trazer qualidade de vida ao usuário, assumem a responsabilidade sanitária e o cuidado dessas pessoas. Também dentro deste território podem atuar equipes dos Consultórios de Rua, Atenção Domiciliar (Melhor em Casa) e os Núcleos de Apoio as equipes de Saúde da família (NASF), A população busca a assistência à saúde por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que vão até a população com o intuito de aproximar a comunidade das UBS. Esses mesmos ACS fazem visitas nas casas de cada morador de sua área, proporcionando essa aproximação. “As consultas são marcadas pelos agentes, que muitas vezes, acompanham à pessoa até ao centro de saúde. Também controla a medicação dos doentes crônicos, dão orientação sobre dengues, leptospirose, higiene básica e outros cuidados de saúde” (BRASIL, 2009). Quando as crianças acompanham seus pais na UBS ficam, frequentemente, a mercê, sem nenhuma atividade sistemática de acompanhamento. Não são atendidas, observadas ou acompanhadas, pois não há uma estrutura que as acolha. Pensamos, então, que outra saúde responderia à formação de uma criança cidadã, com saúde integral e afastada das práticas de medicalização. **MÉTODO:** OBSERVAR, APRENDER E ENVOLVER-SE. O brincar nas UBS não é o problema a ser investigado, mas sim como estas crianças são recebidas e qual melhor forma de se intervir com estas crianças em direção à educação, à prevenção de doenças e promoção à saúde, papéis institucionais da ESF. A relevância se localiza em colaborar com a observação de na UBS que acolhe as equipes da ESF há crianças e há uma potencialidade

a ser explorada com esta presença. O Ministério da Saúde indica pelo menos três procedimentos: acolhimento, intervenção em casos de violência e promoção de cuidados (BRASIL, 2011). Dentre os procedimentos que adotamos para fazer a análise de relato de experiência utilizamos a cartografia. A cartografia é um método de estudo-intervenção do socius proposto por G. Deleuze e F. Guattari que nos convoca a uma experimentação problematizadora no acompanhamento dos processos de composição e decomposição de uma realidade ou matéria, apreendendo-a em seus índices imateriais e movimentos conectivos na produção do socius e dos modos de subjetivação (NEVES et al, 2010. P. 45). O método cartográfico permite ao pesquisador que, ao acessar seu campo de trabalho, o afete e seja por ele afetado, provocando transformações da realidade em ambos. **OBSERVAÇÕES DO CAMPO:** O ESPAÇO DA CRIANÇA O espaço específico da criança na UBS é a puericultura. que tem como propósito acompanhar o crescimento e desenvolvimento, observar a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar e prevenir as doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias (VIEIRA et al, 2012). Essas ações de assistência demonstram uma abordagem à saúde da criança, no entanto podemos pensar em ações complementares em busca da formação de uma clínica ampliada, que almejem a saúde integral do sujeito, afastando-o das práticas de medicalização. “A medicalização se refere à utilização de medicamentos em crianças com dificuldades de aprendizagem escolar e relacionamento interpessoal, encaminhados por profissionais de saúde” (Rodrigues, 2011) e não somente isso, indica uma tendência exagerada em conter

comportamentos e moldar identidades via normalização biológica da população. Seguindo as propostas da clínica ampliada e da saúde coletiva, pensando na formação da subjetividade, aponta-se para o possível avanço da criança tomada como sujeito de direitos e em desenvolvimento e ao entrar nas instituições de saúde percebam-se como valiosas ao Estado e como potenciais merecedores de investimentos nobres devido ao seu próprio valor como cidadã.

PONDERAÇÕES FINAIS: Este trabalho aponta para um avanço a construção até aqui realizada pelo Sistema Único de Saúde na direção da saúde integral da criança. Isto se dá na perspectiva de trazer acolhimento, educação e integração da criança não somente nos aspectos biológicos, mas, também, aos seus valores intrínsecos enquanto sujeito em formação.

O MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA SOB A VISÃO DE UMA VIVENTE DO VER-SUS

Elisa de Oliveira Rosa, Andriele de Lima Herrera, Rodrigo de Souza Balk

Palavras-chave: SUS, Saúde Pública, Atenção à Saúde

Introdução O ano de 2002 foi marcado pela criação da Assessoria de Relações com o Movimento Estudantil e Associações Científico-Profissionais de Saúde, a fim de aproximar estudantes da construção de projetos que tenham o objetivo de estabelecer uma política de educação para futuros profissionais do SUS. Nesse ano, surgiram diversas propostas de vivência, dentre elas a Vivência e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) (CANÔNICO; BRÊTAS, 2008). O VER-SUS tem como eixos primordiais propiciar aos participantes a oportunidade de vivenciar conquistas e desafios inerentes

ao SUS e aprofundar a discussão a cerca do trabalho em equipe, gestão, atenção à saúde, educação, além do controle social. Ainda, discute sobre a importância dos movimentos sociais, principalmente o movimento estudantil (CANÔNICO; BRÊTAS, 2008). Sendo assim, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência propiciada pelo VER-SUS durante visita ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). O MST tem como objetivos principais a luta pela terra, pela Reforma Agrária e pela construção de uma sociedade mais justa, sem explorados nem exploradores (CALDART, 2003). Metodologia A experiência foi desenvolvida por uma acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa do Campus Uruguaiana/RS, a mesma é bolsista PET MEC do Programa Práticas Integradas em Saúde Coletiva, o qual tem como objetivo promover a integração entre os acadêmicos participantes, desenvolver relações de cooperação entre a universidade e a gestão municipal, promover a maior integração entre ensino e serviço, otimizando as relações dos cursos com os serviços de saúde. Ainda, o programa vislumbra a promoção da saúde, a reabilitação de danos e agravos e a prevenção de doenças, além de possibilitar trocas de práticas e saberes de forma integrada e interdisciplinar através de ações com a comunidade. Dessa forma, através do programa, a acadêmica e bolsista teve a oportunidade de participar das atividades propostas pelo VER-SUS, as quais ocorreram entre os dias 20 de julho a 02 de agosto de 2015, na cidade de Santa Maria/RS. Nessa edição havia um grupo de 42 participantes, dentre eles graduandos, pós-graduandos e, ainda, outros profissionais de diferentes áreas. Durante as vivências o grupo era dividido em subgrupos, a fim de facilitar as visitas e se ter um melhor aproveitamento delas. Nesse período, foram realizadas visitas em diferentes localidades

que proporcionaram a aproximação dos participantes com a realidade do Sistema Único de Saúde, dentre essas, foi visitado, no dia 25 de julho, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). A visita ocorreu pelos turnos manhã e tarde, os participantes se deslocaram até é o município de Júlio de Castilhos, o qual fica em média 68 km da cidade de Santa Maria/RS. Após a chegada ao local o grupo foi dividido em 3 subgrupos os quais foram distribuídos em diferentes residências a fim de conhecer a história de vida, dificuldades e conquistas dos moradores dessa região. No primeiro momento, os subgrupos foram recepcionados e apresentados às famílias que constituem esse assentamento, conhecendo assim os hábitos de vida, as plantações, formas de cultivo, entre outros. No segundo momento, os subgrupos juntamente com as famílias residentes dessa comunidade, participaram de um almoço coletivo, no qual os alimentos eram frutos do cultivo dessa região. Nesse período, houve grande integração entre o grupo participante do VER-SUS e as famílias do MST, tornando assim um momento bastante rico para todos. No terceiro e último momento, o grupo se reuniu em roda para apresentação individual de cada participante e morador e, posteriormente, foi debatido com um representante da EMATER acerca do que é o MST, os problemas enfrentados pelos componentes desse movimento e suas conquistas. O MST é um movimento de luta pela reforma agrária em resposta a desigualdade de acesso à terra no Brasil e possui outros objetivos além da reforma agrária, uma vez que estejam presentes ainda as discussões a cerca das transformações sociais importantes ao Brasil, principalmente àquelas no tocante à inclusão social. Resultados e Discussão Observou-se que durante a visita ao assentamento no município de Júlio de Castilhos/RS, foi possível compreender

a cerca da história de vida e de luta pela terra desses indivíduos. Após a vivência nesse contexto, foi possível compreender e verificar o quanto é justa e importante a luta dessas pessoas por um pedaço de terra. São pessoas bastante acolhedoras e que lutam pelos seus direitos, pois acreditam e tem conhecimento deles. Foi possível verificar que, segundo relatos, essa região era conhecida como um latifúndio com apenas 50 cabeças de gado e, hoje, apresenta-se como um assentamento produtivo, o qual acolhe dezenas de famílias de pequenos agricultores. Antigamente, esses eram explorados por outros fazendeiros, uma vez que deveriam entregar parte da sua produção. Contudo, hoje são assentados e possuem suas próprias terras e apresentam autonomia para produzir e cultivar nelas. Outro ponto importante a ser discutido, é o fato de que há uma grande dificuldade no que diz respeito ao acesso à saúde, pois a região recebe visita da equipe de saúde apenas uma vez ao mês. Além disso, encontra-se uma carência de estudos epidemiológicos nesse local, visto que, além dos assentados, alguns agricultores fazem grande uso de agrotóxicos. Dessa forma, observa-se a importância da realização de práticas de educação em saúde com esses indivíduos, que tenham como objetivo a prevenção de patologias e a promoção da saúde dessa população que, por vezes, realiza procedimentos de forma irracional, pois não possuem conhecimento dos riscos que perpassam por eles. Considerações Finais Acredita-se que essa experiência foi de grande valia, uma vez que tendo contato com essa realidade, foi possível construir novos conceitos referentes ao movimento. Ainda, entende-se que para lutar por nossos direitos, é preciso estar cientes deles e da nossa própria realidade, visando assim os princípios básicos do SUS, no qual abrange todos sem discriminação. Sendo assim, essa vivência acrescentou de forma bastante

ampla no processo de formação pessoal e acadêmica, uma vez que ampliou o ponto de vista e deu estímulo para respeitar as diferenças, desconstruir conceitos e ter uma visão crítica da sociedade em que vivemos.

O OLHAR DOS TRABALHADORES DE SAÚDE E USUÁRIOS SOBRE O ACESSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Daline Valiente de Castro, Fabiula Nunes Macena, Elenita Sureke Abilio

Palavras-chave: Psicologia da Saúde

Autora Daline Valiente de Castro¹, Autora Fabiula Nunes macena², Autora Elenita Sureke Abilio³. APRESENTAÇÃO: O trabalho a ser descrito faz parte do Projeto de Extensão Acompanhamento e Apoio Técnico do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) que também faz parte do cumprimento do estágio curricular acadêmico, que tem como ênfase a atuação do profissional de psicologia no processo de gestão em saúde, tendo como objetivo proporcionar aos integrantes do projeto a experiência de atuar em uma Unidade Básica de Saúde com o propósito de desenvolver meios que favoreçam a melhoria da unidade em prol das equipes de ESF. O desenvolvimento da pesquisa ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com os usuários e equipe, possibilitando compreender o funcionamento da unidade e as relações existentes entre eles. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) se constitui como um programa que objetiva avaliar qualidade de serviço, estrutura física e satisfação dos usuários. Obtendo como questão de quanto melhor a avaliação maior o investimento. A vivência foi em uma ESF do Município de Dourados/MS e se caracterizou como uma forma de conhecer os processos de gestão do local, mais centralizado para a “porta

de entrada” ou como dito a recepção. O desenvolvimento do estágio se construiu através de momentos de observações, rodas de conversas com os usuários e com a equipe de saúde. RESULTADOS E DISCUSSÕES: A Psicologia da Saúde tem como objetivo compreender como os fatores biológicos, comportamentais e sociais que influenciam na saúde e na doença, Inicialmente o foco era os usuários, as queixas dos mesmos eram sempre sobre a falta de comunicação que há entre os funcionários direcionados aos usuários principalmente das recepcionistas e para saber o porquê dessa falta de comunicação resolvemos observar e ouvir o outro lado (a recepção). Ao fazer uma análise das funcionárias do ESF percebemos quanto é a sobrecarga que elas nos relataram, e motivos sobre a falha de comunicação. Trabalhadores de saúde costumam adotar um determinado tipo de organização no trabalho como a forma específica de agir entre si e com os usuários. O dia-a-dia na Unidade de Saúde Básica é bem movimentado. Os trabalhadores fazem múltiplas funções, fazem agendamento e as rotinas burocráticas gerais. A pesquisa inicialmente era individual para que cada funcionário pudesse nos dizer de que forma seria suas prestações de serviços, porém ao nos direcionarmos a um trabalhador específico as demais se aproximavam relatando as suas experiências o que se transformou em uma roda de conversa, onde segundo relato não é costumeiro esse tipo de conversa menos formal. Percebemos então que os pontos de vista entre os trabalhadores se referem a: dificuldade de comunicação com os usuários, os tais motivos como: o não saber esperar deles (ocasionando tumulto em filas); não ceder a vez ao usuário que mais necessita (a falta da compreensão do direito do usuário mais enfermo); a facilidade de lidar com pessoas de mais idade (o jovem já vem com seu próprio laudo, apenas querendo medicamento); a falta de medicamento

(Acaba causando muitos transtornos, o usuário culpa a enfermeira pela falta do medicamento). Questões como essa que sobrecarregam as equipes de saúde dando empecilhos para a comunicação ser mais clara. Foi destacada a falta de conhecimento tanto dos usuários sobre os seus direitos voltados para a saúde, quanto à falta do conhecimento dos trabalhadores em relação à Política Nacional de Humanização (PNH) que serviria para aprimoramento e melhoria nas equipes, e do PMAQ. Uma reclamação ouvida durante nossa roda de conversa foi sobre a não devolutiva das notas individuais do PMAQ-AB. Essa falta de conhecimento acarreta em uma não melhoria do “problema”. A importância de uma boa gestão que gera uma boa produção esta voltada para o não sofrimento do trabalho, somente a questão de termos essa roda de conversa percebeu-se depois o alívio do descarrego dos problemas, podendo assim as funcionárias voltar ao seu trabalho com uma melhor disposição. O papel do psicólogo é intervir nesses casos sendo um agente que enfatiza esse espaço, buscando a promoção de saúde revendo a forma de humanização. O Humanizado é aquele que contempla em sua estrutura física tecnológica, humana e administrativa, a valoração e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, família ou o próprio profissional que nele trabalham, garantindo condições para um atendimento de qualidade. A delimitação dos profissionais de um membro de cada equipe de saúde pode causar conflitos ao se acumularem expectativas inadequadas. Deve obter postura diante o trabalho, ter flexibilidade e vontade de aprender. O psicólogo vem trabalhar com as equipes multidisciplinares a autoconfiança, boa capacidade de comunicação, profissionalismo, regras, valores, aspectos como liderança e decisões (VIEIRA, 2010). Desta forma, percebemos que, torna-se necessário introduzir um profissional de psicologia nesse novo locus

de gestão em psicologia da saúde. ALVES (2011) traz a Psicologia da saúde como um domínio recente da investigação da psicologia, como uma abordagem preventiva e de promoção da saúde, e não apenas remediadora e de resoluções de situações de doença. No processo de trabalho em saúde, tem se ressaltado que as instituições devem ser espaços de produção de bens e serviços para os usuários e também espaços de valorização do potencial investidos dos sujeitos que trabalham nessas instituições/serviços: gestores, trabalhadores e usuários. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006). REFERÊNCIAS AGNES, Maria; PEREZ, Gibert; VERA, Engler. Saúde mental e trabalho: Um estudo fenomenológico com psicólogos organizacionais. Bol. psicol v.59 n.130 São Paulo jun. 2009 ALVES, Raida. F. Psicologia da Saúde. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 345 p. ISBN 978-85-7879-192-6. Available from SciELO Books. BARAÚNA, T. Humanizar a ação, para Humanizar o ato de Cuidar. Coruña, España: Creación Integral e Innovación. Disponível em: <http://www.iacat.com/revista/recrearte/recrearte02/tania01.htm> GIBERT, A.M.; CURY, E.V; Saúde Mental e trabalho; um estudo fenomenológico com psicólogos organizacionais. São Paulo. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000659432009000100005 > MINISTERIO DA SAÚDE. TRABALHO E REDE DE SAÚDE, Valorização dos Trabalhadores de Saúde. Brasília. DF. 2006. 2^oed SANTOS, L.K; QUINTANILHA, C.B; ARAUJO, D.M; Atuação do psicólogo na promoção de saúde. São Paulo. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15163687201000100015> VIEIRA, Lamarquilania N.L. A atuação do Psicólogo no contexto hospitalar. Minas Gerais. 2010. Disponível em: <http://artigos.psicologado.com/atuaacao/psicologia-hospitalar>

O PAPEL MEDIADOR DO ASSISTENTE SOCIAL NAS INTERRELAÇÕES NO CONTEXTO HOSPITALAR DO HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO POA/RS

Inelva Miotto, Bianca Ferreira Pereira, Roberta Fabiana Abbad, Eliana Affonso de Barros

Palavras-chave: serviço social, processo saúde-doença, empoderamento

O Serviço Social do Hospital Criança Conceição - HCC intervém junto às famílias das crianças e adolescentes hospitalizados oriundos da capital e região metropolitana. A estrutura hospitalar comporta 328 leitos, desde UTI Neonatal e Unidades Intermediárias até 14 anos incompletos. Em 2015 até setembro o Serviço Social realizou 3826 atendimentos. O perfil dos usuários atendidos, em sua maioria, é composto por precariedade sócio-econômica e cultural o que dificulta o entendimento do processo saúde doença. É neste contexto que intervimos. Durante o nosso processo de trabalho priorizamos o esclarecimento de seus direitos, rotinas da Unidade e acesso aos bens de serviço intersetoriais. Pois, prestamos um serviço que é um direito, não é benesse. O Assistente Social tem o papel educativo na promoção da saúde, pois media as situações de inter-relações entre os diferentes agentes sociais. Buscamos o fortalecimento do usuário, contribuindo para a efetivação da cidadania, bem como, pelo empoderamento destes sujeitos, na medida em que não é mais coadjuvante no processo de saúde doença. Nosso esforço é diário para atender com efetividade sem perder a complexidade que permeia nas relações familiares. Pois, o real não está dado, é construído e desconstruído permanentemente. É nesta linha tênue que atuamos e nos reiventamos diariamente, cientes das tensões existentes no mundo do capital x Trabalho.

O PRIMEIRO CONTATO DO ESTUDANTE DE MEDICINA COM A UBSF: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

André Luís Santos, André Castro Rocha

Palavras-chave: Educação, metodologias ativas na formação de trabalhadores da saúde

Introdução: Atendendo às demandas da área da saúde, em que um novo olhar deve ser lançado ao processo saúde-doença, surgiu-se a necessidade de se discutir e procurar adequar a formação dos profissionais de saúde a esse novo contexto. Tendo isso em vista, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina passaram a se pautar em uma formação generalista, humanista e reflexiva do médico. As metodologias ativas se caracterizam, portanto, por colocar o discente como centro do processo de ensino-aprendizagem, que passa a pautar-se na integração dos conhecimentos das diversas disciplinas. Isso, por sua vez, proporciona ao graduando lançar um novo olhar sobre o ser humano, a sociedade e o meio ambiente, constituintes do processo saúde-doença. Essas metodologias de ensino, ao integrarem conteúdos e trazerem à luz a necessidade de se refletir sobre realidades sociais diversas, contribuem, ainda, para que o estudante consiga assimilar a grande quantidade de conteúdo ministrada no curso de medicina e relacioná-lo com a prática. Este trabalho visa revelar a experiência de um grupo de discentes do curso de medicina da UFG frente ao primeiro contato com a UBSF ainda no primeiro semestre do curso. Normalmente a visão dos alunos frente ao SUS é algo obscuro, não há por parte dos acadêmicos o conhecimento sobre as ações do sistema, o que o torna para muitos apenas um caminho a ser atravessado. Contudo, após a aproximação do acadêmico as UBSFs, as inúmeras experiências vividas naquele local demonstram bastante desconhecimento

por parte dos alunos frente às verdadeiras fâcias deste sistema. Desenvolvimento: com o novo Projeto Pedagógico do Curso implantado na Faculdade de Medicina da UFG no ano de 2014 a fim de atender as prerrogativas da DCNs do curso de graduação de medicina, os discentes passaram a estar muito mais próximos da comunidade. Logo nas primeiras semanas do curso aprende-se sobre as leis, diretrizes e bases do sistema único de saúde e posteriormente inicia-se o contato com a UBSF. Nesse momento, observa-se a expectativa do aluno frente ao desconhecido. Muitos desses nunca adentraram uma UBSF para ser atendido em um consultório médico. Tal fato aliado às informações (muitas vezes estereotipadas) transmitidas pela mídia sobre o SUS indicam que grande parte dos alunos imaginam que a UBSF seria um caos: pacientes não atendidos, funcionários mal-educados e irritados, médicos sem interesse de atender o paciente, enfim, uma terra sem leis. Essa expectativa começa a mostrar-se falha quando ao adentrarem a UBSF percebem que os funcionários estão felizes em poder ajudá-los nessa missão de conhecer o sistema de saúde e a fazem com extrema competência. Após a apresentação dos alunos aos funcionários e dos funcionários aos alunos, cada trio de discente passa um período numa determinada área da UBSF (recepção, consultório médico, consultório odontológico, sala de vacinação, sala de triagem) a fim de conhecer um pouco da rotina da unidade básica de saúde e assim aprender na prática. O contato com os funcionários revela-se animador: nota-se que esses profissionais estão naquele local dispostos a ajudar a população, nota-se que o sistema adotado para melhor atender o paciente é de fato bem pensado, nota-se que há a preocupação com o bem-estar da comunidade local e principalmente que aquela visão prévia de que o SUS era um caos nunca estava de fato embasada. Na recepção, ao conversar com os pacientes percebia-

se que muitos deles já foram atendidos outras vezes na UBSF e tem confiança pelo trabalho daquele grupo de profissionais. Nos consultórios, tanto no médico quanto no odontológico, os pacientes eram tratados com todo o respeito e atenção, sendo que muitas vezes o médico ao solicitar exames complementares já entrava em contato com as unidades responsáveis pela realização dos exames a fim de saber qual delas estavam de fato funcionando para que o paciente não se desgastasse ainda mais indo em uma unidade que estivesse fechada. Na sala de vacinação, pode-se ver que a abrangência do SUS vai muito além do que pensávamos, não se restringe somente ao ambiente hospitalar mas engloba principalmente a prevenção. Com o decorrer das aulas, os discentes puderam ter uma visão mais realista da saúde pública brasileira, principalmente quando trata de saúde da família e comunidade. Observou-se de fato o que é ser um médico de família e comunidade: possuir um vínculo concreto com seu paciente para que quando o mesmo sinta algo informe imediatamente a quem ele confia, ao seu “amigo” médico. Dessa forma a UBSF atua na promoção de saúde, na prevenção de doenças, no diagnóstico precoce e no tratamento dos doentes. Resultados e Impactos: os resultados puderam ser observados ao término do ano quando os alunos tiveram que coletar uma anamnese a ser apresentada nas aulas de semiologia, nas casas dos pacientes atendidos pela UBSF. Os alunos se mostraram interessados em conhecer o paciente e o meio o qual ele está inserido: família, trabalho, bairro. Dessa forma observa-se que aquela visão inicialmente preconceituosa se dissipou ao compreender a importância da proximidade médico-paciente para o processo saúde doença: um sistema mais humano tende a ser um sistema mais eficaz. O sistema único de saúde antes visto como um problema, hoje é visto como a forma mais eficaz para

o vasto território brasileiro. A medicina familiar se torna indispensável para esse sistema, já que a atenção primária/básica é a porta de entrada ao sistema. Antes muitos desses alunos que desejavam fazer a diferença para a sociedade achavam que seria muito difícil em virtude do descaso com a saúde pública – amplamente exposto pela mídia brasileira – hoje, tais alunos percebem que podem sim fazer essa diferença na sociedade praticando uma medicina humanista e igualitária, sem distinção de raça, cor ou status social. Considerações finais: ao término do ano pode-se notar por parte dos acadêmicos uma atenção maior pelo paciente como um todo: as modernas máquinas laboratoriais podem revelar muito sobre o paciente, contudo uma boa relação médico-paciente é o que de fato permite uma boa prática da arte médica, daquela medicina humanista que tem se perdido com o tempo. Para regressar a essa medicina humanista o que seria melhor que levar os discentes ao dia a dia da vida do paciente? Essa relação, por sua vez, mostra-se primordial para a promoção de uma saúde integral (um estado de completo bem-estar físico, mental e social). Para ser médico é de extrema importância saber sobre as doenças, mas é mais importante saber que existe o doente. Dessa forma deve-se compreender que a profissão médica é, antes de tudo, a prática do amor ao próximo.

O PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE COMISSÃO DE DEFESA CONTRA MAUS TRATOS /ABUSO À CRIANÇA E ADOLESCENTE NO HOSPITAL CRIANÇA CONCEIÇÃO/POA/RS

Inelva Miotto, Karen Giane da Silva Zinn, Roberta Fabiana Abbad, Bianca Pereira Ferreira, Sérgio Dório de Carvalho, Aldacir José Oliboni, Leonardo Vasconcellos Severo,

Eliana Affonso de Barros, Mauro Rosa de Paula, Denise Costa Barbosa, Anelise da Rosa Silva

Palavras-chave: abuso sexual, infanto-juvenil, equipe multiprofissional

O comitê de defesa da criança e adolescente, o CODECA, é uma comissão do Hospital Criança Conceição que integra o Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre/RS. De janeiro de 2015 a setembro, ocorreram 894 internações e 20478 consultas em nível ambulatorial. O CODECA disponibiliza atendimento integral por sua equipe multiprofissional, respeitando a criança e adolescente na sua integralidade, quando há violação de direitos. Tendo como diretriz maior os protocolos de atendimento da linha de cuidado da criança e adolescente vítima de abuso/violência no Sistema Único de Saúde. O CODECA atendeu 220 casos no período acima. Destes, 90% são situações de evasão hospitalar, intoxicação exógena e quedas. Os 10% são situações de abuso sexual, não adesão ao tratamento e uso de drogas. Todos os casos são notificados ao conselho tutelar e dependendo da complexidade a Promotoria e Judiciário. Os atendimentos são realizados por consultorias e demanda espontânea do usuário. Primamos pelo atendimento humanizado, observando os princípios do usuário, não discriminação e confidencialidade, através de escuta qualificada, propiciando um ambiente de confiança e respeito para estabelecimento do vínculo. A interface realizada com a rede se dá através da interlocução das diversas políticas públicas. Isto possibilita a continuidade no cuidado no território para a efetivação da proteção integral da criança e adolescente, sujeitos em desenvolvimento.

O PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO SUS: EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS

Joel Carlos Valcanaia Ferreira, Joel Saraiva Ferreira, Ana Cristina Gomes de Lima

Palavras-chave: promoção da saúde, exercício físico, sistema único de saúde

APRESENTAÇÃO: Nesse início de século XXI as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um grave problema de saúde pública em todo o mundo. No Brasil, o conjunto das DCNT é responsável por 72% dos óbitos no país, sendo que relatórios da Organização Mundial da Saúde destacam as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, como aquelas com maior prevalência. Sabendo da gravidade desse quadro epidemiológico e seus impactos nos sistemas de saúde e na sociedade, o Ministério da Saúde do Brasil vem fortalecendo a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do enfrentamento dos fatores de risco modificáveis das DCNT, dentre os quais está o baixo nível de atividade física habitual da população. No município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, uma medida tomada pela gestão local foi a inserção de profissionais de Educação Física na Rede Municipal de Saúde (REMUS), visando a promoção de atividades físicas no âmbito do SUS. Considerando a situação mencionada, o objetivo do presente trabalho é descrever o processo de inserção de profissionais de Educação Física na assistência à saúde no SUS, no município de Campo Grande-MS, bem como as ações decorrentes dessa proposta. **METODOLOGIA:** Apoiada em dados epidemiológicos e fundamentada na PNPS, a Secretaria Municipal de Saúde Pública do Município de Campo Grande (SESAU),

por meio da Atenção Básica à Saúde e da Vigilância Epidemiológica, iniciou no ano de 2005 a proposição de ações de promoção da saúde, utilizando-se das práticas corporais e atividades físicas como forma de intervenção nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). O início da execução das práticas corporais e atividades físicas deu-se em maio de 2005, quando a gerência da UBSF Mário Covas, de comum acordo com gestores da SESAU, disponibilizou a sala de espera da unidade para o desenvolvimento de aulas de capoeira, ministradas por voluntários, em horário alternativo, das 17h30min. às 19h30min., duas vezes na semana e aos sábados. Tal atividade despertou o interesse da população adstrita naquela UBSF, em especial dos adolescentes. Ao final do primeiro mês de atividades, aproximadamente 20 pessoas frequentavam a UBSF para a prática das atividades físicas, sendo que nesse mesmo período agregou-se o desenvolvimento de oficinas de teatro e dança, ministradas por Arte-Educadores voluntários. As atividades foram direcionadas, prioritariamente, para dois grupos populacionais: adolescentes e idosos. Já em relação às condições clínicas de doenças, as atividades físicas foram mais procuradas por pessoas com hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade. Passados poucos meses do início da intervenção com atividades físicas e práticas corporais, já havia participantes de quatro UBSF da região sul do município de Campo Grande. Com isso, um projeto foi encaminhado à SESAU e ao ser analisado pela Coordenação da Atenção Básica, foi prontamente encaminhado para setores responsáveis pela viabilização de recursos financeiros, visando a implementação daquilo que estava sendo executado e a implantação de novas ações. Esse projeto foi denominado “Projeto Viver Legal”. No início do ano de 2006 foi estabelecida

parceria intersetorial com várias secretarias e fundações municipais, objetivando ampliar as ações do Projeto Viver Legal. Uma dessas ações foi a inclusão de profissionais de Educação Física, cedidos pela Fundação Municipal de Esportes, para o planejamento e execução de atividades físicas nas UBSF. A partir desse momento, passaram a fazer parte do rol de ações do projeto as intervenções de educação em saúde e caminhadas orientadas, as quais tiveram grande adesão, especialmente da população idosa cadastrada nas UBSF da região sul do município. No ano de 2007 a gestão da SESAU vislumbrou a possibilidade de captação de recursos por meio de um edital do Ministério da Saúde, que selecionaria projetos em todo o território nacional, voltados à vigilância e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, com ênfase em ações relacionadas às práticas corporais e atividades físicas. O Projeto Viver Legal concorreu e foi um dos selecionados, sendo contemplado com recursos que garantiram a continuidade do projeto naquele ano. Nesse mesmo período teve início a prática de avaliação física dos participantes do projeto. No ano de 2009 a SESAU adquiriu 10 Academias da Terceira Idade (ATI), para serem instaladas em área interna das UBSF do município. Com isso, a gestão municipal decidiu incorporar profissionais de Educação Física ao quadro de servidores efetivos da SESAU. Essa decisão resultou na nomeação e posse de profissionais de Educação Física que haviam realizado concurso público no ano de 2006 e que ainda estava em validade. Esses profissionais passaram a desenvolver ações nas UBSF com ATI, atendendo também novas demandas das unidades de saúde, a partir do diagnóstico que faziam junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família, nos quatro distritos sanitários do município. Com a incorporação dos profissionais de Educação Física na SESAU, o conjunto de

ações no âmbito das atividades físicas e práticas corporais foi ampliado. Desde o ano de 2010 passaram a ser desenvolvidas atividades específicas dos profissionais de Educação Física também nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Especialidades Infantil (CEI) e Unidade Especializada em Reabilitação e Diagnóstico (UERD). Além das atividades já mencionadas, também passaram a ser oferecidas atividades de ginástica, fortalecimento muscular, condicionamento físico, diversos tipos de danças, exercícios da Medicina Tradicional Chinesa (Tai Chi Chuan; Lian Gong; Xiang Gong), intervenções no Programa Saúde na Escola (PSE) e apoio matricial. RESULTADOS: Ao final do ano de 2015, a rede municipal de saúde de Campo Grande conta com profissionais de Educação Física diretamente vinculados à saúde pública, os quais desenvolvem atividades em aproximadamente 35% das UBS ou UBSF do município, além de atuarem em outras unidades de atenção à saúde que compõem a REMUS, mas em menor proporção que na atenção básica. Consolidou-se na SESAU a Gerência Técnica de Atividade Física, responsável especificamente pelo planejamento, coordenação e execução das ações de promoção de atividades físicas no âmbito do SUS em Campo Grande, fato esse que pode ser compreendido como um reconhecimento da relevância dessas ações para o enfrentamento das DCNT no campo da saúde pública. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O SUS, por meio de seus princípios e diretrizes, vislumbra um atendimento holístico do ser humano, que seja voltado às pessoas e não às doenças, o que requer intervenções profissionais que não se restringem ao modelo biomédico tradicional. Com isso, a experiência de incluir profissionais de Educação Física no quadro efetivo da rede municipal de saúde de Campo Grande mostrou-se uma

estratégia com grande aceitação por parte da população e com boas perspectivas para o controle de fatores de risco das DCNT. Nesse momento, passado o processo de implantação e consolidadas várias ações, parece ser natural a demanda por estudos que avaliem os efeitos da promoção de atividades físicas no âmbito do SUS em Campo Grande, de forma que se conheçam os fatores associados ao comportamento ativo ou sedentário da população atendida pela política pública de saúde no município. Com isso, a gestão municipal poderá dispor de dados que subsidiarão as decisões que envolvem o campo das atividades físicas e práticas corporais na REMUS, potencializando intervenções futuras nessa área. Para tanto, o caminho mais promissor parece ser a aproximação da SESAU com instituições de pesquisa.

O RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA E A EDUCAÇÃO PERMANENTE

Gabriela Silva Santos, Eliziê Pereira Pinheiro, Tatyane Oliveira Rebouças, Rogério Oliveira Basto, Rafael Oliveira Silva, Aline Lima Oliveira, Daniel Lima Lima

Palavras-chave: Atendimento Pré-Hospitalar, Educação Permanente em Saúde, Promoção da Saúde

INTRODUÇÃO: o trabalho é uma prática social, por meio da qual os seres humanos transformam a natureza e se transformam. É pelo trabalho que os seres humanos dão sentido à sua existência, entendido como integrante do processo de viver do homem, como possibilidade de criação e satisfação das necessidades individuais e/ou coletivas. A preparação para o trabalho iniciou-se com a Revolução Industrial e ao longo da história as exigências do mundo do trabalho

ampliaram-se. A formação dos indivíduos passou a ser entendida como um processo permanente ao longo da vida. A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Ela se baseia na aprendizagem significativa, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. A proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços. E ressalta as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas na análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios. Ela é uma estratégia de reestruturação dos serviços pensadas para a equipes de trabalho. Utiliza-se da aprendizagem significativa com enfoque problematizador e o profissional é o centro do processo ensino-aprendizagem e a aquisição das competências determina o fim da intervenção. Sendo, o Núcleo de Educação Permanente um ambiente promotor de Saúde a proposta dos trabalhos estabelece o desenvolvimento de projetos como: “SAMU na minha escola” que tem por objetivo sensibilizar os gestores das secretarias municipais de educação e saúde, bem como, a população escolar sobre a estrutura organizacional do SAMU 192, como acionar o serviço, os prejuízos do trote ao sistema e treinamentos sobre suporte básico de vida. Os cursos de Manuseio de Equipamento do Pré-Hospitalar (MEAPH) e o Curso Avançado de Lesões Traumáticas (CALT). METODOLOGIA: Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo e exploratório relatando a experiência de profissionais sobre os trabalhos desenvolvidos pelos Instrutores do Núcleo de Educação Permanente (NEP) do SAMU Ceará. As atividades foram desenvolvidas pelo NEP durante o período de fevereiro a Julho de 2014. RESULTADOS:

A atualização técnico-científica dos trabalhadores é uma das estratégias de qualificação das práticas profissionais. Qualificá-las passa pela reflexão crítica sobre o trabalho, permitindo a sua transformação e a reorganização dos processos de trabalho, por meio da problematização das experiências, permeadas por aspectos que vão além de habilidades técnicas e conhecimento, passando pela subjetividade e por relações estruturadas entre as pessoas envolvidas nos processos de atenção à saúde. O curso MEAPH (Manejo dos Equipamentos do Atendimento Pré-Hospitalar), emerge diante de um cenário de reestruturação do NEP (Núcleo de Educação Permanente) que para o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) continue a prestar um serviço dinâmico e voltado às necessidades da população. É necessário que os profissionais tenham conhecimento e domínio de todos os equipamentos que se encontram disponíveis em sua unidade. O público, metodologia, local e carga horária do curso MEAPH foi estruturado para servir todas as frentes de atendimento do serviço, ou seja, condutores, técnicos de enfermagem, socorristas, enfermeiros e médicos. Para conseguir maior adesão dos colaboradores, foi adotada a metodologia ativa, onde os equipamentos são dispostos em blocos (estações práticas) e de forma imersiva. Os participantes em grupos revezam durante manhã e tarde perfazendo a carga horária de oito horas (08 horas), tendo a oportunidade de receber informações técnicas dos equipamentos e repetidamente praticar o uso. O MEAPH é oferecido aos sábados e intercalado com o C.A.L. T (Curso de Atendimento às Lesões Traumáticas). Desta forma se espera atingir todos os profissionais do serviço. Durante o período de 3 Módulos do Curso foram capacitados 300 profissionais. Sendo este um número bastante expressivo e satisfatório para nosso serviço, visto que,

ações de Educação no Serviço refletem no atendimento de qualidade ao usuário. A Educação Permanente cria espaços de reflexão para que os profissionais repensem sua prática, entendam os processos de trabalho no qual estão inseridos e tenham a possibilidade de repensar condutas, de buscar novas estratégias de intervenção e perseguir, também, a superação de dificuldades individuais e coletivas no trabalho. A atuação dos profissionais do Samu está permanentemente cercada de desafios. O C.A.L. T foi estruturado para servir todas as frentes de atendimento do serviço, ou seja, condutores, técnicos de enfermagem, socorristas, enfermeiros e médicos, pois se acredita que independente da classe profissional, todos devem estar preparados para lidar com as adversidades. Foi adotada uma metodologia problematizadora, onde um membro da equipe de instrutores passa a representar o papel de vítima e os demais realizam o atendimento conforme a(s) lesão (ões) proposta(s). São demonstradas duas formas de atendimento para cada situação, após isso, os participantes são instigados a opinarem sobre alternativas de atendimento, conforme as vivências e práticas individuais. O curso C.A.L.T perfaz a carga horária total de quarenta horas (40 horas), é oferecida aos sábados (oito horas aula), de forma intercalada com o MEAPH (Manejo dos Equipamentos do Atendimento Pré-Hospitalar), sendo composto por quatro (04) módulos. O SAMU Ceará também desenvolve o programa de qualificação Extra-Muros, que traz o projeto: "SAMU na minha Escola". O desenvolvimento desse projeto inicia com a identificação dos agravos de saúde do município e principais incidentes no âmbito escolar, definição da faixa etária do público alvo, quantidade de participantes, data, turno e escolas a serem escolhidas, elaboração do planejamento das aulas conforme especificidade de cada município, organização dos materiais,

recursos humanos e logísticos para execução das atividades, execução das atividades nas escolas com aplicação de aulas teóricas e práticas bem como aplicação de um Pré e pós-teste. Durante o desenvolvimento deste projeto, já foram capacitados diretamente 342 alunos de escolas da rede pública e privada. Nos questionários aplicados junto aos alunos ao final das atividades, identificamos que 62% dos participantes já passaram trotes e/ou conhecem alguém que já o fez. Acreditamos que o Projeto SAMU na minha escola contribui para a redução de gastos de deslocamentos das equipes para as falsas chamadas, que ultrapassam em muito os investimentos em educação. Contribuindo assim para a conscientização do público infante a acionar o serviço de atendimento móvel de urgência de forma coerente e disciplinada, levando a diminuição dos agravos de trânsito, que vitimam mais de 100.000 pessoas por ano no Brasil e 40.000 no estado do Ceará. CONCLUSÃO: O desenvolvimento deste trabalho permite constatar que para a formação e condução da educação em serviço há a necessidade de uma coordenação, um direcionamento sistemático e de instalações físicas apropriadas. Constatamos que o treinamento focado nas necessidades individualizadas de cada profissional foi um fator positivo, pois os colaboradores mostravam-se mais entusiasmados, abertos ao diálogo e à troca em ambiente coletivo, onde pairam a coesão grupal e a possibilidade de identificarem-se mutuamente perfazendo a troca de experiências. Assim, considerando a extrema necessidade de formação e educação permanente dos trabalhadores das urgências, resultando em comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor, e ainda, considerando a escassez de docentes capazes de desenvolver um enfoque efetivamente problematizador na educação

e a necessidade de capacitar instrutores e multiplicadores com certificação e capacitação pedagógica. O Núcleo de Educação Permanente nas Urgências se configura como um ambiente de importância exponencial para contribuir na Promoção de Saúde nas Urgências, tendo assim, como nossa missão "EDUCAR PARA SALVAR VIDAS".

OFICINA SOBRE PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA IMPLANTAÇÃO DO NASF AOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Andressa Virginia Mesquita Pinto, Yohanna Karisy Aragão Ferreira, Thallynne Rosendo da Costa, Francisco José Cavalcante Lima Melo, Alinne Araújo Amaral, Daruina da Silva Guilherme Martins, Kelvia Maria Oliveira Borges, Kalline Belisa Sampaio Monteiro

Palavras-chave: Educação Continuada, Estratégia Saúde da Família ,

Apresentação: Buscando apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil, que em 2008 o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2009). Recentemente o município de Reriutaba-CE (região noroeste do estado) recebeu uma equipe de Residentes em Saúde da Família através da Escola de Saúde Pública do Ceará, formada pelas seguintes profissionais; duas enfermeiras, uma fisioterapeuta, uma nutricionista e uma psicóloga. Antes da chegada dessa equipe, não existiam equipamentos de apoio à saúde da família, o Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Contudo os processos de trabalho que envolvem os NASF passam por uma reestruturação da rotina de todos os

trabalhadores o que pode ser compreendida com uma ação que estimule potencialidades para a produção de mudanças (VOLPONI, 2014). Nesse contexto pergunta-se: Como iniciar um trabalho eficaz junto as equipes de referência, se nem todos os trabalhadores, compreendem o que de fato se trata o trabalho dessas equipes de apoio? Diante disso, foram sugeridas oficinas junto a todos os profissionais da ESF do município. Assim a equipe NASF de residentes em saúde da família e a equipe de saúde coletiva construiu uma oficina de introdução ao processo de trabalho do NASF. Objetiva-se neste estudo relatar a experiência da oficina de início de trabalho do NASF aos profissionais da Atenção Básica ressaltando a importância do processo de trabalho da equipe multiprofissional e seus objetivos dentro da Estratégia de Saúde da Família. Desenvolvimento do trabalho: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa sobre a construção das oficinas do processo de trabalho do NASF. Foram utilizadas metodologias ativas de caráter horizontal respeitando a construção de saberes mútuos. As oficinas aconteceram com duração de 3 horas na Unidade Básica de Saúde Dr. Osvaldo Honório Lemos, Sede I, na cidade de Reriutaba-CE, ministradas pelas profissionais residentes da equipe NASF do município, nos dias 27 de maio e 01 a 03 de junho de 2015. As oficinas foram divididas por categorias profissionais para que a rotina das unidades não fosse alterada. Foram feitas então; 1 oficina com profissionais médicos e 3 oficinas com todos os ACS. Resultados e/ou impactos: A primeira oficina teve como público alvo médicos das oito ESF. 90% destes profissionais são cubanos e já ansiavam por iniciar um trabalho voltado à experiência multiprofissional, já que, em suas experiências em seus país de origem, isso é uma prática rotineira e valorizada. Inicialmente foram distribuídas um pequeno texto de dramatização para que fosse feita através da escolha de dois

integrantes do grupo a leitura dramática do mesmo. O texto reproduzia um ambiente de trabalho em que dois profissionais de diferentes posturas questionam a eficácia das metodologias ativas e da promoção da saúde dentro da rotina de trabalho. Logo após a leitura do texto de forma dramatizada os participantes do grupo foram convidados a questionar sobre essa nova maneira de se propor saúde. Após a discussão as profissionais residentes que compõem a equipe NASF e Saúde Coletiva prosseguiram a oficina em uma exposição dialogada sobre a origem dos núcleos de apoio e os fluxos de trabalho em cada núcleo profissional. A segunda oficina foi direcionada aos Agentes Comunitários de Saúde do município. A escolha deste público não foi aleatória; entendemos que estas duas profissões são deveras importantes para que a Estratégia de Saúde da Família ocorra como o Ministério da Saúde preconiza e defende. Em um momento posterior ocorreram em três dias os turnos destinados à construção das oficinas de processo de trabalho do NASF com os agentes comunitários de saúde do município. Destacamos que como a oficina foi aplicada em categorias profissionais diferentes algumas adaptações foram feitas para que não ocorressem dúvidas ou interferências nos saberes. Para a oficina dos ACS foi reproduzido o mesmo texto de dramatização e exposição dialógica conforme a necessidade de trabalho destes. No meio da oficina as residentes fizeram uma pausa para que fosse feita uma dinâmica com a brincadeira de “Escravos de Jó” onde foram potencializadas as ações grupais e a força do trabalho em equipe, ressaltamos que este foi um momento de integração intensa, onde muitos profissionais se emocionaram em poder estar ali em grupo para aprender novas formas de se redescobrir como profissional de saúde. Após cada oficina, realizou-se um processo avaliativo, de forma dialógica, em que os atores participantes das oficinas

trouxeram suas expectativas de antes da realização da mesma e da nova percepção de um novo modo de trabalhar a Estratégia de Saúde da Família; compreendendo os fluxos de trabalho, as principais funções do NASF, os processos de referência e contrarreferência e as visitas domiciliares. Considerações finais: As oficinas foram um instrumento potencializador importante no entendimento dos processos de trabalho do NASF esclarecendo os fluxos de trabalho de cada núcleo profissional para os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. Como objetivo principal de uma equipe NASF dentro de um município, ressaltamos a importância de ampliar as possibilidades de efetuar uma Atenção Básica com mais qualidade e com linhas de cuidado eficazes aos usuários. Deste modo reafirmamos a importância das equipes NASF na Estratégia de Saúde da Família como um equipamento impar na luta por um SUS equânime.

OS DESAFIOS DO PSICOLOGO INSERIDO NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rhayane Maria Medeiros Ribeiro do Carmo, Farley Marcondes Moraes Maia

Palavras-chave: oficinas terapêuticas, saúde mental

APRESENTAÇÃO: O Serviço em Saúde Mental de Mário Campos-SSAM, teve início no ano de 2013, em espaço físico exclusivo, com o principal objetivo de atender uma crescente demanda da área psicológica e psiquiátrica dos postos de saúde. Com o surgimento do serviço de psicologia no município em 2010, a população pôde ser atendida sem a necessidade de se deslocar para cidades vizinhas. Contudo, ao se oferecer o serviço criou-se uma demanda que o SSAM não estava preparado para atender. Justifica-se a premissa de que na necessidade de assistir

a demanda continuamente crescente, inaugurou-se uma responsabilidade, a fim de arcar com acolhimento da demanda por saúde mental. É necessário destacar que a prática psicológica, atualmente, deve acatar uma lógica de funcionamento do meio comunitário, para então, adaptar a sua proposta de intervenção no que se pretende. Muitas vezes, estes profissionais constroem um plano de intervenção, mas atua de outra forma. Trata-se, assim, de um serviço de imprevistos, e por isso mesmo, um desafio constante. É importante equiparar o trabalho do Serviço em Saúde Mental – SSAM, aos Centros de Especialidades. É um trabalho integrado à Unidade de Saúde Básica (UBS) e numa rede maior com outros serviços, como o Conselho Tutelar e a Assistência Social. Portanto, há muitos acolhimentos em plantão psicológico de urgência de vítimas de violência física e sexual, tentativas de autoextermínio, crises psicóticas, etc. Geralmente, o que se tem percebido, são pacientes com condições socioculturais e financeiras deficitadas. É preciso levar em consideração o fato de a realidade municipal ser um tanto quanto comprometida em alguns aspectos. Isso significa que há um grande público que carece do serviço e, tem-se percebido que trata-se de um público com perfil sociocultural e financeiro menos favorecido. É uma realidade que corrobora com outras pesquisas e levantamentos, que apontam para a intrínseca relação entre as psicopatologias e as precariedades culturais e financeiras da população. De fato, uma condição de vulnerabilidade social é predisposição para o adoecimento mental. É comprovado que a pobreza trata-se de um fator de risco para a depressão, por exemplo. Isso deve ser levado em pauta para um plano de trabalho eficaz. Se o profissional psicólogo adotar uma postura rigidamente ortodoxa, se fechando em sua sala de atendimento achando estar fazendo um bom trabalho na área da saúde, esse profissional muito se engana, pois na

verdade está fechando os ouvidos para o verdadeiro discurso que chega ao serviço de saúde. Desenvolvimento/Metodologia: Uma das principais dificuldades para atuar na área da saúde pública trata-se dos recursos e infraestrutura. O psicólogo é exigido a construir um plano de intervenção com os recursos que lhe são dados, pensando em um plano social e comunitário. Portanto, é uma exigência para o profissional psicólogo que este se atente a uma intervenção no macro, no plano comunitário, não somente no individual, pelo fato de não se conseguir acolher toda a demanda que emerge no serviço de saúde. Entretanto, pode-se compreender a saúde mental como aquela que está vinculada a um bem estar social. Recorrendo ao texto de Freud sobre o Mal Estar na Cultura, corrobora-se a sua compreensão de que as mazelas humanas serem marcas civilizatórias e culturais; produto do meio. Portanto, trata-se de uma dificuldade, e/ou empecilho, quando o psicólogo desconsidera conhecimentos sobre políticas públicas. É preciso estar conciliado a elas, as políticas, para melhor desenvolver um plano de intervenção coerente e amparador. Partindo do pressuposto que o ser humano existe para com o outro, e o outro está no meio, nas relações, nos vínculos; então, entendemos que o sofrimento individual perpassa pela relação. Ora, toda clínica, de certa forma, é um clínica social, pois o ser humano é um ser de vínculos, por isso mesmo, um ser social, sendo o seu discurso frequentemente perpassado na noção do outro e do meio. Assim, para dar evasão a demanda reprimida que se acumulou ao longo deste tempo, criou-se grupos e oficinas terapêuticas, pois se fizeram altamente necessários como alternativa de melhor abarcar a demanda do serviço e não negligenciar a necessidade daqueles que padeciam mentalmente e não eram, ao menos, acolhidos. Os grupos de oficinas terapêuticas presentes no serviço são: oficina de artesanato; oficina do brincar,

oficina de horticultura e grupo de tabagismo. Os pacientes são acolhidos individualmente e inseridos no atendimento grupal, caso o tratamento necessariamente não seja demandado à psicoterapia individual. Os grupos acontecem semanalmente e tem duração média de duas horas. Resultados: As oficinas e grupos tornaram-se um espaço de integração e convívio dos usuários, onde se puderam constatar melhoras diversas, no âmbito psíquico, por meio das atividades propostas e construídas por eles mesmos; trocas de experiências e conversas sobre assuntos cotidianos, envolvendo suas vivências diárias mais subjetivas. Percebemos um público carente de sentido, perdido por meio das forçadas rotinas da vida; tentando permanecer firmes numa constituição identitária irrevogável, pois caso contrário, nem ao menos saberiam como justificar a vida. Os trabalhos de grupo, em oficinas terapêuticas certamente estão cumprindo o papel. Estão proporcionando oportunidade de reajuste do sentido, uma aproximação maior do sujeito participante consigo mesmo. Conseguimos suprimir uma demanda que, se fossem individualmente atendidas, levaria tempo significativo, menosprezando inclusive, o sofrimento subjetivo daqueles que necessitam de acompanhamento, mesmo estes sendo no âmbito grupal. Considerações Finais: Assim, o profissional da psicologia está sendo exigido a pensar nas multiplicidades; nos acontecimentos sociais; na política; e estar atento ao contexto comunitário. A clínica clássica já não se encaixa com facilidade nos tempos hipermodernos. Tendo esse desafio, uma das alternativas é desenvolver um plano interventivo que almeje o maior número de pessoas possíveis, como é o caso dos trabalhos em Grupos Terapêuticos e Oficinas Coletivas. Vale lembrar que o fator social deve ser levado em conta quando se trata do trabalho na área da saúde. Se existe o pressuposto que o social é um gatilho para o adoecimento mental,

também podemos utilizar do social para um trabalho interventivo na mesma proporção. O ambiente social de um indivíduo pode ser, além de desencadeador do sofrimento psíquico, um aliado para a intervenção psicoterapêutica. O psicólogo deve estar atento e sensível às possibilidades interventivas que contemplem o indivíduo e o seu meio, visando a construção e/ou resgate dos vínculos, do laço social, conseqüentemente, da identidade, integração, reconhecimento; enfim, sinais de uma saúde psíquica plena. Por fim, o que mais aproxima o sujeito a uma vivência coletiva e saudável, é, afinal, os Grupos Terapêuticos.

OS NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA CONTRIBUIÇÃO COM A CLÍNICA AMPLIADA NA PSICOLOGIA

Flávio Aparecido Zanaldi, Conrado Neves Sathler, Catia Paranhos Martins

Palavras-chave: Psicologia da Saúde, Atenção Básica à Saúde, Integralidade, SUS

Este trabalho faz parte do projeto de extensão Acompanhamento e apoio técnico ao Programa Nacional de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que está sendo realizado pelos alunos do último ano do curso da psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), no estágio Supervisionado em Psicologia Social e Comunitária. De acordo com SILVA e YAMAMOTO (2013), ao longo da história, o psicólogo seguia um modelo clínico, com uma clientela elitizada e com um ideal individualista que sustentava essa prática, já atualmente, uma nova configuração está se formando, havendo novos locais de atuação e uma ampliação teórica. Entre esses novos locais de atuação se encontra o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que constitui uma forma de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da

Família (ESF), ampliando sua abrangência e sua resolutividade. O NASF é composto por equipes multiprofissionais que trabalham de forma integrada com as equipes de ESF, compartilhando seus saberes e construindo um sistema de saúde mais forte, integrado e seguindo diversas diretrizes. De acordo com o Ministério da Saúde (2013), a integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelos NASF, sendo compreendida em três sentidos, o primeiro se refere a abordagem integral do indivíduo, levando em consideração os contextos sociais, familiares e culturais, o segundo sentido teria as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção reabilitação e cura, e em terceiro a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes e em conformidade à necessidades da população. Além da integralidade, outros princípios e diretrizes são importantes para orientar as ações do NASF, como: território, educação popular em saúde, interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, educação permanente em saúde, humanização e promoção da saúde. A Psicologia, neste contexto, tem a oportunidade de praticar a clínica ampliada que, de acordo com o Ministério da Saúde (2004), é um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular, assumindo a responsabilidade sobre os usuários de serviços de saúde, buscando ajuda em outros setores, reconhecendo os limites do conhecimento dos profissionais e suas tecnologias e, por fim, assumir um compromisso ético. Percebe-se a importância desse programa e, principalmente, sua efetividade quando se observam suas ações, um exemplo é a ação antitabagismo do NASF quanto ao, na qual está sendo realizado na sede da ESF. “O tratamento das pessoas tabagistas deve ser realizado prioritariamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), devido ao seu alto grau de descentralização e capilaridade”

(MINISTÉRIO DA SAÚDE 2010). De acordo com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (2014), o tabagismo é, reconhecido como uma doença crônica resultante da dependência à nicotina e um fator de risco para mais de 50 doenças, podendo resultar em vários tipos de câncer, asma, infecções respiratórias e doenças cardiovasculares. Sua prevalência vem reduzindo progressivamente, entretanto, ainda mostra-se expressiva em certas regiões e grupos populacionais mais vulneráveis. O tratamento do tabagismo inclui uma avaliação clínica, com uma abordagem em grupo e, quando necessário, uma terapia medicamentosa. No caso a terapia de reposição de nicotina, ocorre por meio do adesivo transdérmico 7mg, 14mg e 21 mg., goma de mascar 2mg, pastilhas 2mg e cloridrato de bupropiona 150 mg.. O grupo antitabagismo estava programado para durar três meses, as reuniões ocorreram em uma sala na UBS, sendo dirigidas por uma equipe multiprofissional, entretanto na maioria das reuniões foi dirigida por uma psicóloga do NASF, mas, ela contava com o apoio da nutricionista, da fisioterapeuta e do médico da UBS. A metodologia utilizada foi a observação participante, que adota uma abordagem qualitativa consistindo na inserção do pesquisador no grupo observado, tornando-se parte dele e interagindo com os sujeitos. De acordo com Marconi e Lakatos (2003) a observação participante consiste na participação real do pesquisador com a comunidade ou grupo. Ele se incorpora ao grupo, confunde-se com ele. Fica tão próximo quanto um membro do grupo que está estudando e participa das atividades normais deste. A observação participante é uma tentativa de colocar o observador e o observado do mesmo lado, tomando-se o observador um membro do grupo fazendo-o a vivenciar o que eles vivenciam. O grupo Anti-Tabaco, teve duração de três meses, as reuniões ocorriam em uma sala na UBS, haviam alguns obstáculos principalmente

quanto a infraestrutura, como a falta de cadeiras, pouca circulação de ar, balança quebrada, outro problema era a dificuldade em encontrar os prontuários, o que gerava uma certa frustração tanto na equipe quanto aos usuários. O que se percebeu nesses três meses com o grupo Anti-Tabaco foi a interação da psicologia com os demais profissionais da saúde, uma desconstrução do antiquado método de se fazer clínica, que se baseava em uma experiência individual e atendia apenas uma classe elitista da sociedade; com o NASF, a psicologia ganha a oportunidade de mudar sua forma de trabalho e atuar por meio de uma clínica ampliada, nesse sentido, conhecendo e se fazendo conhecer como algo aberto a todos os públicos e não apenas aqueles que tem condições financeiras maiores. Os integrantes do grupo relataram o quanto aquela oportunidade era valiosa para enfrentar a dificuldade de ser um tabagista, interessante também ressaltar que em nenhum momento o grupo foi pressionado a ter uma postura de abstinência total, respeitando assim a singularidade de cada indivíduo, além disso, o assunto de cada encontro não se pautava no cigarro em si, mas em outros pontos, como a ansiedade, dia a dia dos usuários, seus desejos, suas alegrias, tristezas, hábitos alimentares entre outros assuntos que possibilitavam uma maior reflexão quanto ao cigarro, e não apenas um discurso de saúde e doença. Portanto, a inserção da psicologia em um programa como o NASF, torna possível abranger um maior número de pessoas, não limitando seu campo de conhecimento e além disso, pode contribuir para uma construção de um Sistema Único de Saúde que garanta a população igualdade de acesso, universalidade e integralidade, possibilitando um maior desenvolvimento da atenção primária, melhorando a qualidade da saúde nas comunidades que possuem as UBS.

PARTICIPAÇÃO, ALEGRIA, VÍNCULO, PESSOALIDADE E RESPEITO: ADOLESCENTES, FAMILIARES, PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO SE LIGAM NO #TAMOJUNTO

Eduardo Caron, Adriana Simonsen, Carla Cristina Santiago dos Santos, Ana Lucia Comino Funari, Claudete Pereira Rocha Guarnieri, Thiago de Oliveira Santos, Diego Roberto Cassimiro, Denise Souza Santos

Palavras-chave: educação permanente em saúde, prevenção do abuso de drogas, intersetorialidade saúde-educação

APRESENTAÇÃO: Visto como público de risco, principalmente nas áreas de maior vulnerabilidade social, o adolescente sofre discriminação de várias ordens. Pesa sobre o jovem das periferias um preconceito relacionado a doenças sexualmente transmissíveis, gravidez precoce, uso de álcool e outras substâncias, e até mesmo criminalidade, expresso nos apelos pela redução da maioridade penal. O público adolescente é o mais distante das Unidades Básicas de Saúde e trabalhar com a adolescência requer lidar com essa situação de iniquidade. Apresentamos uma experiência de prevenção de uso e abuso de substâncias que envolve a participação de jovens de 13 a 15 anos, alunos dos 8os anos do ensino fundamental, pais, familiares e comunidade, junto com profissionais das UBS e de Escolas Estaduais, realizada em 5 territórios no município de Taboão da Serra – SP em 2014 e 2015. Integrado na área metropolitana da Grande São Paulo, com uma população de 252 mil habitantes, a segunda maior densidade demográfica do país, apresenta grandes áreas com perfil de vulnerabilidade social típico da periferia dos grandes centros urbanos. O tema da prevenção ao uso e abuso de substâncias requer abordagens inovadoras alternativas aos métodos tradicionais verticalizados,

focados na abstinência e baseados em preceitos morais. Abordagens que tenham em vista fatores pessoais, familiares e sociais que atravessam a adolescência, e deem conta de uma pluralidade de hábitos e comportamentos, onde o consumo de substâncias se faz presente, principalmente bebidas alcoólicas. O Programa #Tamojunto trabalha com habilidades de vida, recursos protetivos pessoais e protagonismo, bem como de fortalecimento de espaços de pertencimento coletivos, comportamento cooperativo e de respeito. As ações fortalecem o vínculo entre os jovens, entre professor/educando, saúde/educação, gestão local/trabalhador da ponta, como fator de construção de uma rede de proteção social. O programa apoia-se na parceria entre Secretaria Municipal de Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria da Educação do Estado de São Paulo e Diretoria Regional de Ensino. Estes atores são responsáveis pela formação continuada dos profissionais implementadores e por ações de acompanhamento e avaliação processual. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A base do trabalho é o território ao qual pertence uma UBS e uma escola estadual. O grupo intersetorial de trabalho, que faz o planejamento e avalia processos em conjunto é composto por gestores, enfermeiros, psicólogos, agentes comunitários de saúde, professores, coordenadores pedagógicos e diretores escolares. O professor e o profissional de saúde saem do lugar de transmissores de conteúdo e detentores de um saber e trabalham como mediadores de uma produção horizontal, relacionando-se com os alunos e familiares numa prática dialógica de respeito e cooperação. O #Tamojunto propõe ações em dois grandes eixos: 1) Encontros nas escolas, geralmente fora da sala de aula, que os alunos chamam de “Projeto”. A implementação das atividades com os alunos é responsabilidade do

professor. 2) Oficinas de Pais e Responsáveis. A implementação destas oficinas é de responsabilidade compartilhada entre profissionais das UBSs e escolas. Encontros dos alunos: Nos encontros entre alunos e professores são utilizadas técnicas que favorecem a troca de experiências, a formação de vínculos, a experimentação de novas amizades. Inicialmente as expectativas conjuntas são trabalhadas levando à produção de regras coletivas e de um ambiente seguro, no qual o respeito e o sigilo são fatores indispensáveis. A metodologia desses encontros é composta por dinâmicas em grupo, dramatizações temáticas, atividades em pequenos grupos e debates em roda envolvendo questões sobre socialização, família e comportamento. Essas ferramentas favorecem brincadeiras, atenção ao outro, aproximação e contato, autoexpressão, integração, coordenação e o conhecimento de outros pares. Os alunos produzem um diário individual relativo aos temas dos encontros. Temas: Grupalidade, expectativas, códigos de adesão e exclusão; Fatores de proteção e risco; Crenças Normativas; Assertividade e respeito; Apreciação de qualidades positivas em si e nos outros Expressão de sentimentos; Criatividade e solução de problemas; Projetos de vida. Oficinas de pais: As oficinas configuram-se como um espaço de troca, no qual os temas são elaborados em roda e os profissionais da saúde e da educação ocupam a posição de facilitadores. A metodologia utilizada é composta por dinâmicas, dramatizações, debates e atividades em pequenos grupos, e tem como objetivo o estreitamento de vínculos e o desenvolvimento de fatores de proteção grupais e comunitários. Temas: Como é um adolescente? Dificuldades de pais Fatores de risco e proteção Memórias da juventude Mudanças de papéis familiares com o crescimento dos filhos Comunicação, Assertividade, Negociação Permissividade, Autoritarismo, Superproteção,

Distanciamento. RESULTADOS: Produção de Cuidado: O compartilhamento entre UBS e escola produz uma rede de apoio territorial. Profissionais da escola passam a solicitar apoio do psicólogo da UBS para lidar com casos difíceis. O encaminhamento de alunos para atendimento na UBS é facilitado e abre a possibilidade de um trabalho de promoção de saúde e prevenção à gravidez e DSTs. A participação de Agentes Comunitárias nas oficinas de pais propicia uma maior proximidade com a comunidade, favorecendo a formação de vínculos e consequente ampliação da atenção das equipes de Saúde da Família como promotoras de saúde. Vida escolar: Os alunos valorizam a experiência no #Tamojunto, o que gera motivação e vontade de participar. Dessa maneira o absenteísmo diminui e a escola passa a ter um significado diferente para os adolescentes. O aluno fica mais participativo também nas aulas regulares uma vez que a aproximação com os professores em um contexto diferente facilita a criação de vínculos. A relação aluno-professor se transforma, gerando maior receptividade por parte dos alunos, tornando-os mais cooperativos e interessados. O #Tamojunto proporciona vivências cooperativas, nas quais professor também aprende, muda a maneira de enxergar os alunos e perceber suas habilidades e potencialidades. Olhado pelo professor, o aluno passa a valorizar-se e desperta para suas próprias qualidades como agente de sua vida. Despertam, assim, iniciativas criativas, individuais e grupais, como a confecção dos cartazes e convites para as oficinas de pais, gravação de vídeoclipe com participação coletiva, criação de músicas e descoberta de novos interesses. O espaço protegido de confiança criado pelo #Tamojunto promove o compartilhamento de experiências pessoais, estimulando a vinculação entre os alunos e formando uma rede de apoio protetiva. Relações familiares: Os alunos se

sensibilizam em relação às questões familiares compartilhadas, mudando a forma de se relacionar em casa por meio de conversas com os pais sobre o projeto, passando a convidá-los para as Oficinas de pais. As reuniões de pais na escola são geralmente associadas a aspectos negativos da educação como notas baixas, faltas e problemas de comportamento dos filhos. Dessa maneira os alunos sentem-se desestimulados a convidar os pais para virem à escola. A participação dos pais nas oficinas somada à nova percepção dos alunos ajuda superar essas barreiras e mudar o significado da escola para esses pais. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Não somente os implementadores da saúde e da educação se surpreendem com os resultados alcançados, mas os próprios alunos percebem as transformações ocorridas na escola e nas suas vidas. O conjunto de interações, parcerias e vinculações entre uma pluralidade de atores – adolescentes, familiares, pessoas da comunidade, professores, psicólogos, enfermeiros, agentes comunitários, coordenadores pedagógicos, gestores de escolas e de unidades de saúde – favorece a construção de uma rede de proteção social com efeitos de prevenção, dentre outras vulnerabilidades, nos comportamentos abusivos de uso de substâncias.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VIOLÊNCIAS DOMÉSTICAS, SEXUAIS E OUTRAS VIOLÊNCIAS ANTES E APÓS A IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA MUNICIPAL DE NOTIFICAÇÕES

Marceli Adelaine Pereira

Palavras-chave: Violências, Notificação, SINAN

APRESENTAÇÃO: A violência é considerada um fenômeno complexo e de difícil

conceituação, pode ser entendida como todo evento representado por ações, classes, indivíduos e nações que ocasionam danos físicos, emocionais, espirituais e/ou morais a outros. A violência tem raízes e as mesmas se encontram nas estruturas econômicas, sociais e políticas bem como nas consciências individuais. A violência doméstica não se manifesta apenas por meio de agressões físicas, sob a forma de tapas e empurrões. Muitas sofrem com os maus tratos causados pela violência psíquica como: xingamentos, ofensa à conduta moral com ameaças e outras formas indiretas de agressão. Ainda é muito pequeno o número de mulheres que procuram ajuda ou denunciam a ocorrência da violência. Das denúncias oficiais registradas principalmente em Delegacias de Polícia e da Mulher de todo o Brasil, 31% se referem à ameaça à integridade física com armas de fogo; 21% a espancamento com marcas, fraturas ou cortes e 19% são ameaças de espancamento da própria mulher e dos filhos. As notificações demonstram o compromisso legal e assume sua responsabilidade na proteção integral e é compreendida como um instrumento disparador de ações, permitindo adotar medidas imediatas para interferir no ciclo da violência. A atuação deve se dar de forma diferenciada, em conjunto com a rede de proteção, com definição de atribuições no âmbito da prevenção, do atendimento e do acompanhamento dos casos. O presente trabalho teve como objetivo traçar o perfil e avaliar a implantação de um programa Municipal de notificações das Violências Domésticas, Sexuais e outras violências nos anos de 2011 a 2013. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Com intenção de superar inúmeros desafios para a implantação de fluxos adequados de notificações de violência como disparadores de demais ações públicas pertinentes, o Município em estudo, com subsídios de um programa Federal, desenvolveu o Projeto Beija-flor.

O Projeto Beija-flor foi contextualizado em 2011 e inicialmente intitulado Projeto de Prevenção a Violências e Acidentes (trânsito, trabalho e domésticos), iniciou suas atividades em setembro de 2012 tendo como objetivo geral a prevenção dos diversos tipos de violência doméstica e estímulo da cultura da paz. Estava ligado ao setor de Epidemiologia desse município, porém toda a equipe de Atenção Básica e Estratégias de Saúde da Família foram envolvidas no desenvolvimento das ações. O município de estudo conta com uma população de 30.777 habitantes, destes 14.992 são homens e 15.785 são mulheres. Além de todos os esforços dispensados com ações contra a violência das mulheres, crianças e adolescentes, há também inúmeras ações voltadas para as ações de combate a violência em idosos e homens. O estudo se caracteriza como sendo um estudo observacional descritivo, pois utiliza os dados de forma agrupada não sendo possível a identificação individual de cada sujeito. A pesquisa foi realizada com dados de base secundária obtidos através do SINAN, Sistema Nacional de Agravos de Notificação, no mês de setembro de 2014. Foram extraídos dados das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências no Brasil, no estado do Paraná e no Município em questão no período de Janeiro a Dezembro dos anos de 2011, 2012 e de 2013, entre indivíduos do sexo masculino e feminino, a faixa etária utilizada foi da população de menores de um ano a 14 anos, de 15 anos a 29 anos, 30 a 49 anos, de 50 anos a 59 anos e 60 anos ou mais. Por se tratar de uma pesquisa cuja fonte de dados é secundária e de domínio público, não foi necessária a aprovação do Comitê de Ética da Instituição, pois essa pesquisa não fere os princípios da Resolução 466/12. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Os dados são apresentados mantendo os registros (em branco e/ou ignorado),

visando apontar ao leitor as carências ainda existentes no preenchimento dos dados de violências no Sinan-Net e que precisam ser enfrentadas para a melhor qualidade dos dados. Durante todo o ano de 2011 teve-se um total de 05 notificações, com a implantação do Projeto Beija – Flor esse número teve um aumento gradual em 2012 com um total de 41 notificações e no ano de 2013 esse número aumentou em 500% ou seja, teve um total de 239 notificações durante todo o ano, em relação a toda faixa etária. Obtiveram-se Notificações de crianças menores de 1 ano a 14 anos, sendo um total de 20% de notificações em 2011, em 2012 com 14,6% e em 2013 um total de 15,5%. Logo em seguida com 20% em 2011, 29,3% em 2012 e obteve um grande aumento em 2013 sendo um total de 36,8% para indivíduos com faixa etária de 15 anos a 29 anos, também tivemos indivíduos de 30 anos a 49 anos com um percentual de 60% no ano de 2011, com 48,8% em 2013 um percentual de notificações de 33,9%. Para indivíduos de 50 anos a 59 anos, não tiveram notificações no ano de 2011, tendo um total de 2,4% no ano de 2012 e um total de 5,9% de notificações em 2013. Para finalizar idosos com 60 anos ou mais não se apresentou notificação em 2011, no ano 2012 com 4,9% e 7,9% das notificações em 2013. Tendo um total de 0% em 2011, 2012 e 2013 de brancos e/ou ignorados. Está constatação revela a necessidade de intervenção dos profissionais que compõe a rede de atenção e enfrentamento à violência, a fim de que possam desenvolver ações de cuidado para as vítimas, bem como, ações de prevenção deste agravamento envolvendo vítimas e agressores. Verifica-se um aumento gradual das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências nos anos de 2011, 2012 e 2013. O aumento das notificações foi de 500% no ano de 2013 com relação ao ano de 2012, sendo que a faixa etária acima de 50 anos

foi a que representou o maior aumento percentual. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Através desse estudo, pode-se conhecer como o atendimento dos indivíduos vítima de algum tipo de violência tem sido necessário e os grandes desafios encontrados na oferta do serviço e, conseqüentemente, conhecer como os gestores têm agido no combate e enfrentamento das violências. É preciso, primeiramente, que haja um reconhecimento por parte dos governantes da importância do combate às situações de violência, visto que muitas das limitações do Serviço podem ser combatidas a partir de decisões tomadas pelo município, como melhor infraestrutura e condições de trabalho, contratação de profissionais e a realização de capacitação permanente. A desarticulação da rede, de fato, é uma fragilidade que requer uma atenção especial. Inúmeros órgãos competentes estão envolvidos na garantia dos direitos da criança e do adolescente, como Conselhos Tutelares, Delegacia Especializada, Ministério Público, Defensoria Pública e Juizado da Infância e Juventude, bem como, serviço especializado – Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS). É extremamente necessário que esses órgãos e instituições estejam articulados e fortalecidos, para que as suas ações sejam efetivas. Dessa forma, verifica-se a necessidade do trabalho de conscientização dos atores envolvidos para que assim possa-se reativar o Centro de Atendimento Específico às vítimas de Violências Domésticas, Sexuais e outras Violências. Continuar a realização de notificações de violência nas unidades básicas de saúde integrando os serviços relacionados à prevenção de violência (Delegacias, Conselho Tutelar, CRAS); oferecer suporte e atendimento as vítimas de violência; prevenir os diversos tipos de violências e realizar trabalho em redes.

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA REORGANIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARRECAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luana Kelly Oliveira Souza Mendonça, Gabriela Rodrigues Macêdo

Palavras-chave: Planificação, Atenção Primária à Saúde, processos de trabalho, saúde da família

O presente artigo trata-se de um relato de experiência de uma Equipe de Saúde da Família, na implantação da Planificação da Atenção Primária à Saúde (PAPS) no município de Tauá – CE, ocorrida de janeiro de 2014 a junho de 2015. A PAPS trata-se do planejamento da atenção à saúde, com o objetivo de fortalecer as práticas de cuidado e a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo deste estudo é apresentar a experiência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Marrecas no processo de PAPS. Localizada na zona rural, com 06 microáreas e responsável pelo cuidado de 2170 pessoas. A metodologia utilizada foi desenvolvida em 12 módulos através de trabalhos em grupos, textos, exposições dialogadas e atividades de dispersão, este último realizado no território com apoio da tutoria e participação de todos os membros da equipe. A PAPS possibilitou significativas mudanças, dentre elas:: melhoria nos indicadores de produção, atendimento agendado por bloco de horas, agenda programada de ações de promoção de saúde, melhoria na infraestrutura da unidade, maior integração com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde. A PAPS foi uma experiência complexa e que demandou o envolvimento e integração de todos os atores envolvidos. Observou-se que por meio da reorganização dos processos de trabalho, a ESF será mais resolutiva e poderá garantir o cuidado integral dos usuários.

POTENCIALIDADES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Robéria Mandú da Silva Siqueira, Any Karoliny Macena Samudio, Edivania Anacleto Pinheiro, Eliza Farias Sampaio, Fabiana Martins de Paula

Introdução: A educação popular em saúde reconhece que os saberes são construídos diferentemente. Assim, por meio da interação entre sujeitos é possível que se tornem comuns ao serem compartilhados (GONÇALVES et al., 2008). Para que a comunidade comece a envolver-se como interlocutora é necessário que “as mensagens não lhe sejam alheias ou estranhas, mas que as sinta suas, que se reconheça nelas” (IPEA, IPLAN, 1989). São descritos dois modelos de educação em saúde, o primeiro diz respeito ao modelo tradicional onde as escolhas consideradas saudáveis pelos profissionais da saúde são propostas como as únicas opções possíveis e disponíveis aos indivíduos. Enquanto o segundo é o modelo radical, diz respeito à busca do fortalecimento da consciência crítica das pessoas, transferindo o foco das ações educativas para um investimento no potencial dos grupos sociais. (SOUZA et al., 2005). Para Rigon (2011) a prática de educação em saúde no dia a dia do contexto hospitalar é reconhecida pelas enfermeiras por meio de orientações, nos cuidados diários, nas orientações para a alta hospitalar, preparando para a continuidade do cuidado em casa. Também consideram o conhecimento como a base para a sua atuação, seguido por competência, responsabilidade, dedicação e comprometimento. Apesar das enfermeiras desejarem realizar a educação em saúde, nem sempre conseguem fazer devido a diversos fatores, dentre os quais, destacaram a dificuldade de lidar com culturas diferentes, a falta de pessoal e a falta

de disponibilidade e de comprometimento da equipe como um todo. Segundo Colome e Oliveira (2012) além dos enfermeiros, que desde a formação são instigados a desenvolver a educação em saúde, outros representantes das profissões da saúde foram considerados como agentes autorizados a planejar, coordenar e desenvolver ações educativas em saúde. No entanto, para outros profissionais contrapondo-se aos tradicionalistas, fazer a educação em saúde não é prerrogativa apenas dos profissionais da saúde e que essa prática se configura como um campo de parceria entre profissionais da saúde, profissionais de outras áreas e membros da comunidade, assim, sendo um campo ampliado e intersetorial. Descrição da experiência: A Residência Multiprofissional do Hospital São Julião/Campo Grande/MS, Brasil, tem o objetivo de desenvolver a pós-graduação unindo ensino, pesquisa e serviço na reabilitação ao idoso, contempla os profissionais da Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Serviço Social e Psicologia. Foi-nos apresentado a Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI), tendo como premissa a presença de cuidador/família. O cuidador/família é treinado e capacitado para o ato de cuidar em domicílio. Uma vez na semana acontece a reunião entre equipe de saúde e cuidadores, sendo que cada reunião é ministrada por um profissional da saúde, trabalhando com temas que podem surgir dos próprios cuidadores como uma demanda espontânea ou de necessidades levantadas pelos profissionais. Os temas podem abranger tanto cuidados com o paciente quanto o autocuidado, uma vez que para cuidar é preciso preocupar-se consigo mesmo. A forma de abordar os temas contempla o saber compartilhado, onde os profissionais não são os detentores do saber, mas trazem a reflexão sobre a problemática levantada. Após a roda de conversa entre profissional da saúde e

cuidadores é feita uma abordagem utilizando vídeos, grupos de debates, dinâmicas, folders e discussões sobre os temas de forma diversa, ao final abre o espaço para que coloquem as suas considerações sobre a reunião e possam solicitar o tema da próxima, que será ministrada por outra área profissional. Impactos: Considera-se que ao realizar a educação em saúde é possível o empoderamento do indivíduo para o ato de cuidar do outro ou praticar o autocuidado, assim o cuidador/família refletirá sobre o seu hábito de vida e por meio da reflexão crítica e apoio profissional terá a capacidade para incorporar hábitos mais saudáveis. Uma comunidade que esteja consciente da sua situação de saúde e instrumentalizada para melhorar a prática de vida pode reduzir as morbidades crônico-degenerativas que crescem cada vez mais na sociedade contemporânea. Além disso, o fato de instrumentalizar a família para o ato de cuidar do indivíduo é de extrema importância, uma vez que a mesma encontra-se em situação de despreparo para lidar com conflitos do cuidar e do ser cuidado, isso é expresso na reunião com muita frequência. É notória a diferença entre o cuidador que esteve há mais tempo na reabilitação e assim já presenciou várias reuniões e os que estão iniciando, proporcionando troca de saberes entre os mesmos. Apesar de se falar em educação em saúde na Atenção Primária é extremamente importante que a Atenção Secundária também se aproprie da mesma, pois é nesse momento que o indivíduo e a família necessitam de atenção quanto às medidas de prevenção primária, secundária e de maiores complicações, e também que possam construir uma reflexão sobre a sua vida e sobre as mudanças cabíveis em curto, médio e longo prazo. Com cuidadores/família mais conscientes da realidade e de como contribuir para a reabilitação a chance desses indivíduos retornarem aos atendimentos de níveis

Secundários e Terciários é reduzida, assim a Atenção Primária pode continuar com o acompanhamento da atenção à saúde dispensada à família. Considerações finais: Por conseguinte, a educação em saúde pode ser realizada por diversos profissionais e tem um impacto que pode até não ser sentido de imediato, contudo durante os anos que se seguem é possível que as doenças crônicas degenerativas sejam reduzidas. É preciso a incorporação dos serviços de saúde, independentemente do nível de atenção na prática da educação em saúde dos indivíduos e famílias para o ato de cuidar e para o empoderar-se. A reunião com os cuidadores é uma prática que possibilita uma abordagem ampla e que contribui para auxiliar no processo de reabilitação e conseqüentemente melhorar a rede de atenção por contribuir para menos reinternações ocasionadas por práticas passíveis de prevenção. Na reabilitação é preciso que se capacite a família para o ato de cuidar e de estimular, assim essa prática de educação em saúde é indispensável no âmbito hospitalar. Como a prática de cuidar também gera um conflito interno de desgaste físico e mental, ter um ambiente que possibilite a expressão dos sentimentos, angústias, dúvidas e anseios do cuidador/família proporciona satisfação do mesmo, devido à redução da sua ansiedade que emerge do desconhecimento e da sensação de incapacidade perante à situação de invalidez do indivíduo que está sendo cuidado.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM RELATO SOBRE A ATUAÇÃO DE RESIDENTES DA SAÚDE DA FAMÍLIA COM ADOLESCENTES

Valeria Baccarin Ianiski, Camila Fabiana Lemos, Roseli Mai, Vivian Heimerdinger, Linda Cristina Sangoi Haas

Palavras-chave: Equipe Interdisciplinar de Saúde, Atenção primária a saúde, Serviços de saúde escolar

Apresentação: O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde e Educação, a qual foi instituída através do decreto presidencial nº 6.286 em 05 de dezembro de 2007. A mesma constitui-se numa política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, sendo realizada pelas Equipes de Saúde e Educação de forma integrada, proporcionando saúde e educação de maneira integral. A articulação entre escola e Rede Básica de Saúde é a base do PSE (BRASIL, 2007). A educação em saúde deve constituir parte essencial na promoção da saúde, na prevenção de doenças, como também contribuir para o tratamento precoce e eficaz das mesmas, minimizando o sofrimento e a incapacidade, atuando sobre o conhecimento das pessoas e a capacidade de intervir sobre suas vidas (DIAS et al., 2009; PONTE et al., 2006). O processo de educação em saúde é um dos pilares da promoção e prevenção de agravos à saúde que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007). Os usos das tecnologias leves do cuidado ocorrem através da escuta, do acolhimento e da formação do vínculo, fortalecendo o protagonismo dos sujeitos envolvidos na construção do seu cuidado, o que se torna essencial no processo de trabalho multidisciplinar o qual promove a corresponsabilidade e a cogestão do cuidado (MERHY, 2007). Logo, este relato busca elucidar a vivência de residentes multiprofissionais da Saúde da Família sobre o trabalho multidisciplinar realizado no ambiente escolar com adolescentes através de um método de trabalho mais dinâmico e interativo. Desenvolvimento Este

trabalho trata de um relato de experiência sobre a vivência de residentes das áreas de enfermagem, nutrição e psicologia na inserção do projeto piloto “O Jogo da Vida”, no Programa Saúde na Escola, como estratégia de educação em saúde. O jogo é desenvolvido quinzenalmente, com duração de uma hora por encontro, em uma escola estadual inserida no território de saúde do município de Santa Rosa. O Jogo da Vida baseia-se em uma adaptação do tradicional jogo de tabuleiro, no qual não há número limitado de jogadores. As questões do jogo envolvem as fases do ciclo da vida (infância, adolescência, vida adulta e a velhice) englobando os temas sugeridos pelo programa, como sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, alimentação saudável, violência e o abuso de álcool e outras drogas, levando os participantes a refletirem sobre suas vivências bem como, aproximar a equipe de saúde dos educandos. Na adaptação utilizada construiu-se um tapete que possui oitenta casas, o qual foi “decorado” pelos participantes. Cada casa corresponde a uma pergunta de tal forma que todos os temas propostos sejam abordados. Os estudantes são divididos em dois grupos, devido ao fato de haver perguntas específicas para cada gênero, o que poderia causar situações de constrangimento entre os participantes. Para iniciar o jogo cada participante coloca sobre a primeira casa um objeto que lhe represente. Todos os participantes, inclusive os residentes, respondem a todas as perguntas, avançando juntos nas casas, interagindo no jogo do começo ao fim. As questões seguem uma ordem numérica, sendo lida pelo educando de forma voluntária, assim, os mesmos leem a pergunta e iniciam a seção de respostas, discussões e reflexões. Impactos: A Estratégia de Saúde da Família tem o intuito de motivar práticas de saúde humanizadas, o fortalecimento, a construção de vínculos entre profissionais, usuários e comunidade,

além do reconhecimento da saúde como um direito. A educação em saúde não possui somente a finalidade de informar, mas de agregar saber de forma que o indivíduo desenvolva autonomia e responsabilidade sobre o cuidado de si (MACHADO et al., 2007; MANTOVANI et al., 2014; GERMANI et al., 2011). O conceito de educação em saúde está ancorado no conceito de promoção da saúde, que trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob o risco de adoecer (MACHADO et al., 2007). O acesso à informação é algo fácil hoje em dia, porém, muitas informações chegam à população de maneira distorcida, induzindo-os aos erros. Apesar do fácil acesso, a falta de diálogo entre o setor saúde, escola, educandos e pais ainda se caracteriza como um obstáculo a ser superado. A escola por muitas vezes acaba assumindo funções que extrapolam o seu papel na formação do sujeito, ficando a família de fora do processo de educação e constituição do mesmo. Esta nova proposta de abordagem com os educandos, de forma lúdica e interativa fez com que ocorresse maior aproximação entre o educador e educando e entre o educando e o profissional de saúde, promovendo trocas de vivências e tão logo, a quebra de barreiras pré-estabelecidas, as quais tinham por efeito um distanciamento entre educador e educandos. O Jogo da Vida apresentou-se como uma estratégia de cuidado a saúde de maneira intrínseca, pois, indiretamente, os adolescentes expõem seus conhecimentos e dúvidas sobre as temáticas abordadas, possibilitando que os profissionais ali presentes expunham o conhecimento de maneira não autoritária ou ditadora, com uma linguagem de fácil entendimento, mas com o propósito do cuidado, prevenção e promoção da saúde. Considerações Finais: Essa dinâmica possibilitou aos residentes uma reflexão acerca do modelo de trabalho

interdisciplinar que vem sendo desenvolvido pela residência multiprofissional em conjunto com a estratégia de saúde da família e a escola, enquanto espaço disseminador de conhecimento e aprendizagem. Torna-se cada vez mais desafiador trabalhar com o público adolescente, todavia, buscar alternativas interativas onde o jovem será o protagonista do seu cuidado é algo inovador e que merece um olhar diferenciado. O Jogo da Vida possibilitou maior estabelecimento de vínculo entre os educandos e esclarecimento sobre questões e situações que transcendem a vida diariamente. Trabalhar cada etapa da vida permite trabalhar as questões intrínsecas a esta fase, desta forma os principais objetivos do PSE foram trabalhados de forma dinâmica, interativa e prazerosa fortalecendo o vínculo entre profissionais, educandos e escola.

PROJETO DE INTERVENÇÃO: ACOLHIMENTO NO SUS ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Caren de Lima Teixeira

Palavras-chave: AIDS, Acolhimento, Saúde

Apresentação O projeto foi pensado para ser desenvolvido na Policlínica Antônio Ribeiro Netto (antigo PAM 13 de maio) que está situada na área programática da A.P 1.0, centro da cidade do Rio de Janeiro. Nos anos 1950 foi sede do serviço médico do IAPB – Instituto de Aposentadoria e Pensões Bancárias (IAPB), passando posteriormente a chamar-se Posto de Assistência Médica Treze de Maio (PAM 13 de maio), tendo vínculo com o Ministério da Previdência e Assistência Social e ao INAMPS até 1988, quando passa a ser gerido pelo Ministério da Saúde. O PARN tem como missão, a prestação do serviço público de saúde em regime ambulatorial usando a promoção, prevenção, reabilitação, assistência e

vigilância epidemiológica dentro dos princípios do SUS – Sistema Único de Saúde. O projeto de intervenção: Acolhimento no SUS às pessoas vivendo com HIV/AIDS, que se encaixa no eixo 2 deste congresso, surgiu durante o meu período de estágio obrigatório e a partir da convivência com pacientes da clínica de infectologia da Policlínica Antônio Ribeiro Netto. Temos como estratégia a construção de vínculo do usuário com a instituição que o recebe para tratamento da doença, estabelecendo uma relação de confiança entre eles, os profissionais e serviços de saúde pública. (MS, 2012). Para a sua realização, é preciso haver o reconhecimento do usuário como sujeito de direito e a disponibilidade do profissional para a escuta de suas necessidades, avaliando a demanda e a possibilidade de priorização do atendimento dos aspectos psicossociais relacionados à singularidade e cada indivíduo e sua história de vida, considerando as vulnerabilidades e evitando julgamentos ou preconceitos. (Ministério da Saúde, 2012, p.37). O acolhimento poderá ser realizado na chegada do paciente (recém-diagnosticado portador do vírus HIV) ou poderá ser realizado também no sentido de trazer de volta ao tratamento pacientes que por algum motivo interromperam a medicação e comparecimento às consultas médicas e atividades ligadas à promoção da saúde. Desenvolvimento do trabalho Na Policlínica Antônio Ribeiro Netto, o Serviço Social participa do processo de chegada e tratamento do paciente, dando orientações, promovendo atividades de orientação quanto às políticas públicas na saúde e acesso a direitos aos pacientes e seus familiares. É também realizado o trabalho de estabelecer contato com pacientes que por algum motivo abandonam o tratamento. Neste sentido busca-se recuperar o vínculo que o paciente tinha com a unidade de saúde, trabalhando a importância de manter o tratamento médico e fornecer

informações sobre acessos às políticas que possam de algum modo possibilitar a continuidade de tratamento na policlínica. A esses dois processos em que o assistente social intervém (chegada e abandono) nomeamos acolhimento, que sob uma postura ética, implica na escuta do usuário e seu reconhecimento no protagonismo nas decisões referentes à vida pessoal. É um desafio para os profissionais da saúde de um modo geral, afinal todos estão envolvidos na prestação dos serviços em saúde e tratamento dos pacientes. E a prática do assistente social, bem como a dos outros profissionais, requerer atenção na relação profissional – paciente, estar aberto ao diálogo considerando aspectos sociais e econômicos, assim como a singularidade dos sujeitos. Deste modo, vamos além do que o paciente nos coloca em sua fala, realizando mediação e análise crítica das relações socioeconômicas que esses usuários estabelecem na sociedade e que de alguma forma podem contribuir ou impedir na continuidade de tratamento e até na busca pelo tratamento. Resultados e/ou impactos: O projeto se encontra em fase de construção e implementação, pois pretendemos executá-lo em coerência com as demandas reais da unidade, sendo assim, não há até o momento dados conclusivos sobre os resultados obtidos. No entanto, já idealizamos o método avaliativo bem como indicadores de avaliação do projeto. A avaliação se constitui em uma etapa importante do processo ensino-aprendizagem e se dará com a autoavaliação, da avaliação realizada pelo coordenador e da avaliação do processo de trabalho. Em relação à avaliação do processo de trabalho os assistentes sociais e estagiários serão estimulados a avaliar se os objetivos do trabalho estão sendo atingidos ou não, o atendimento às principais demandas, quais as possibilidades e limites do processo de intervenção e como as

ações se relacionam na política de saúde. Como método avaliativo, usaremos a construção do diário de campo como instrumento de memória, avaliação, relato e sistematização da prática profissional, bem como as supervisões individuais e de grupo no setor onde buscamos a troca de experiências do cotidiano do atendimento aos usuários, participações dos grupos, etc.; além também dos instrumentos comuns de estatística do setor e formulários avaliativos da unidade. Considerações finais. A garantia de efetividade nesse processo é o que explica a prática do acolhimento, pois muitos dos casos de abandono ou não buscar orientação e acompanhamento médico entre os portadores do vírus HIV acontece, pela falta de informação sobre as possibilidades de uma vida minimamente normal para estes pacientes, não adesão às medicações, pelo preconceito já historicamente construído em nossa sociedade e os estigmas já legitimados. O acolhimento no Serviço Social busca trabalhar esses fatores que impedem o acesso destes pacientes à saúde pública, trabalhando a importância do cuidado em saúde e do autocuidado do próprio paciente, das relações de preconceitos que existem na sociedade, mas que não devem ser impeditivos para a busca de uma vida melhor convivendo com o vírus.

PROJETO VERDE DE ALEGRIA – A EDUCAÇÃO AMBIENTAL COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE COM CRIANÇAS DA EDUCAÇÃO INFANTIL

Edson Manoel dos Santos, Flávia Oliveira Decresci, Gabriela Kurzawski Nunes

Palavras-chave: Promoção à Saúde, Educação Ambiental, Educação Infantil, Estratégia Saúde da Família, Programa Ambientes Verdes e Saudáveis

APRESENTAÇÃO: A preocupação com as questões ambientais têm se tornado frequentes em nossa sociedade e vem sendo incorporadas por muitos setores e serviços da sociedade, deixando de ser um tema apenas da área ambiental, passando a ser discutido também em serviços e setores que anteriormente não se atentavam a esta temática, como é o caso dos serviços de saúde, em específico a Atenção Básica. A Atenção Básica é resultado de uma das maiores mudanças na organização dos serviços de saúde no Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Constituição Federal de 1988 e da Lei Federal 8080/90 apresentando a Atenção Básica como a principal porta de entrada do usuário ao sistema de saúde por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). O trabalho desenvolvido pelas unidades de saúde não se restringem apenas as ações clínicas curativas, de reabilitação, imunização, planejamento familiar, acompanhamento de agravos, entre outros. Na Atenção Básica a prevenção e a promoção à saúde são tão importantes quanto curar, reabilitar e todas as demais atividades desenvolvidas. As ações de prevenção e promoção à saúde não devem ser tratadas como exclusividade dos serviços de saúde e nem direcionada apenas para o público atendido pelos equipamentos de saúde, podem e devem ser trabalhadas por diversos setores e de diversas formas, buscando sempre atingir o maior público possível. Neste sentido, a educação ambiental pode ser uma ótima estratégia e os equipamentos educacionais os melhores parceiros. O olhar ampliado da educação ambiental abre muitos caminhos e possibilidade para se promover saúde, e na educação este trabalho já pode ser iniciado nos primeiros anos da vida escolar das crianças. Na cidade de São Paulo, uma das formas de promover saúde na Estratégia Saúde da Família é o Programa Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS),

que é um programa de meio ambiente da Secretaria Municipal de Saúde com o intuito de correlacionar a temática ambiental como mais um aliado na prevenção e promoção à saúde através do desenvolvimento de projetos socioambientais e de parcerias intersetoriais e intersecretariais. Pensando que meio ambiente e saúde são questões vinculadas e indissociáveis, o PAVS busca trabalhar a melhoria da qualidade de vida da população alocada à área de abrangência das UBS, resgatando a apropriação do território e a criação de políticas públicas de saúde e meio ambiente. O PAVS está presente em mais de 240 Unidades Básicas de Saúde com o modelo Estratégia Saúde da Família na cidade de São Paulo. Partindo dos pressupostos da integração entre educação e saúde, do fazer ambiental como estratégia de promoção à saúde, profissionais da Unidade Básica de Saúde Jardim Panamericano (Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/Perus, Coordenadoria Regional de Saúde Norte, Coordenação da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo) desenvolveram o Projeto Verde de Alegria que teve como objetivo abordar de forma lúdica por meio de brincadeiras e narração de histórias a problemática da dengue, a geração e a destinação adequada do lixo, o consumo consciente dos recursos naturais e como estas questões podem afetar nossa saúde, com crianças de centros de educação infantil na área de abrangência da unidade de saúde. Este projeto tem por objetivo apresentar os resultados do projeto Verde de Alegria desenvolvido por profissionais da UBS Jardim Panamericano no CEI Estrela da Manhã e CEI Cantinho Mágico.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O Projeto Verde de Alegria foi desenvolvido por profissionais da Unidade Básica de Saúde Jardim Pan-americano (Supervisão Técnica de Saúde Pirituba/Perus, Coordenadoria Regional de Saúde Norte, Coordenação da

Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo) em parceria com o Centro de Educação Infantil Estrela da Manhã e Centro de Educação Infantil Cantinho Mágico, todos no Distrito do Jaraguá, região norte da cidade de São Paulo. As atividades foram realizadas 01 vez por semana ao longo de dois meses com duração aproximada de 120 minutos cada atividade. O projeto teve como objetivo abordar temas de saúde ambiental com as crianças das instituições parceiras através da temática da dengue, da geração de lixo e o consumo consciente com as crianças, se utilizando de brincadeiras como jogos de tabuleiros, gincanas para identificar focos de mosquito da dengue, confecção do mosquito da dengue com materiais recicláveis, observação de exemplares reais do mosquito *Aedes aegypti*, cantigas de rodas no começo e final das atividades e narração de histórias, para apresentar os temas aos alunos, sempre sob a supervisão das suas professoras. Resultados Ao todo foram realizadas 12 atividades com a participação de 82 alunos e 06 professoras. Em todos os momentos as professoras das turmas acompanharam as atividades desenvolvidas. No decorrer do projeto, pode se perceber uma preocupação das crianças em identificar os focos do mosquito *Aedes aegypti* – transmissor da dengue -, o uso consciente da água e o maior cuidado e atenção ao lavar as mãos e escovar os dentes evitando assim o desperdício - a importância do trabalho dos coletores de lixo, bem como colocar o lixo para coleta nos dias e horários corretos, o incentivo a coleta seletiva e a reutilização de materiais recicláveis através da produção de brinquedos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A parceria entre a UBS e o CEI Estrela da Manhã e o CEI Cantinho Mágico são fundamentais para reforçar a importância da atuação intersecretarial na promoção à saúde. As atividades desenvolvidas com os alunos no

tocante a sensibilização ambiental é capaz de atingir um público maior e que não é possível calcular, pois além das crianças e suas professoras, o conhecimento adquirido é transmitido para suas famílias, que relatam tanto para as professoras, quanto para profissionais da unidade de saúde o cuidado das crianças com a água e a energia, e que sempre reforçam em casa o que aprenderam com a equipe da unidade de saúde. O trabalho educativo desenvolvido apenas nos serviços de saúde tem potencial de alcançar determinados públicos, mas quando a ação é desenvolvida em conjunto com as unidades educacionais, seu potencial de alcance é bem maior. Além, de contribuir na formação e no desenvolvimento das crianças, futuros cidadãos conscientes da importância do cuidado ao meio ambiente como forma de prevenção e cuidado à saúde.

PROMOÇÃO DE SAÚDE EM OCUPAÇÕES NO CENTRO DE SÃO PAULO

Patrícia Maria Lino Pinheiro

Palavras-chave: promoção saúde, ocupações

As ocupações urbanas no centro da cidade de São Paulo caracterizam-se pelo ato de invadir imóveis/propriedades abandonados e transformá-los em moradia. Encontram-se em território conflituoso, haja vista que atuam em oposição ao princípio de propriedade e às atuais transformações urbanas no centro da cidade. A permanência e as condições de vida nas ocupações não é fácil. Além do risco constante de ações de reintegração de posse, as famílias têm que enfrentar situações precárias de moradia: cortes no fornecimento de água e luz, problemas na vedação, ausência de saneamento básico, acesso difícil aos andares superiores dos prédios mais altos, riscos de incêndio, grande número de

vetores como ratos e baratas e etc. A equipe de saúde da família da UBS-Sé, tem em seu território de abrangência 3 ocupações: Ocupação Florêncio de Abreu, Ocupação do Carmo e Ocupação Tabatinguera, caracterizadas por uma densidade grande de moradores, com uma divisão irregular dos espaços internos dos prédios, a realização de ligações elétricas irregulares e o número reduzido de banheiros são alguns dos pontos que causam grandes riscos à saúde desta comunidade. O trabalho desenvolvido junto a essas famílias foi de educação e promoção à saúde identificando e monitorando os riscos e as condições de saúde, realizamos um levantamento do acesso e acondicionamento da água, condições de saneamento básico, monitoramento de vetores (*Aedes Aegypti*, escorpiões, ratos, baratas), condições de armazenamento de alimentos, imunização, levantamento das crianças que estão fora da escola, monitoramento de violência dentre outros. Uma das primeiras ações realizadas foi a de monitoramento da água, visto que o número de crianças com diarreia e dificuldade em ganho de peso era muito grande, foi feita orientações sobre a forma de acondicionamento da água, a lavagem dos recipientes, o uso de hipoclorito e a ressaltado a importância destas ações. O saneamento básico é uma das questões mais complicadas em ocupações, pois há um número reduzido de banheiros para uma densidade muito grande de moradores, e a limpeza não acontece de forma adequada, as crianças têm contato com dejetos e o odor causa muito incômodo, foi realizado a identificação dos banheiros e o número de pessoas que utilizam e através de orientações foi feito a limpeza com hipoclorito e a divisão da responsabilidade de manutenção da limpeza pelos moradores. Como em alguns pontos das ocupações não há acesso a eletricidade, o armazenamento de alimentos fica comprometido, causando

alterações gastrointestinais pelo consumo de alimentos inadequados, foi realizado o remanejamento de refrigeradores para pontos comuns para beneficiar o maior número de famílias, e orientado o acondicionamento adequado de alimentos não perecíveis. Os vetores são outro assunto muito difícil, os ratos trazem grande transtorno aos moradores, houve caso de crianças com enurese noturna por conta de não poder levantar da cama devido a quantidade de ratos no chão, junto a zoonoses conseguimos algumas iscas e veneno e dispomos em locais estratégicos, além de realizar uma orientação intensiva sobre as formas de controle dos 4 As (acesso, água, abrigo, alimento). Junto ao conselho tutelar identificamos todas as crianças fora da escola e pleiteamos junto a defensoria público o acesso dos mesmos, os casos de violência são numerosos, devido a densidade de pessoas ser muito grande os conflitos se fazem numerosos também, o que fazemos é um monitoramento contínuo para identificar os casos e encaminhá-los dentro dos fluxos estabelecidos. As estratégias para o trabalho nas ocupações são dinâmicas e se desenvolvem conforme o cenário vigente no momento das ações, apesar de todas as dificuldades ficamos muito contentes em ter desenvolvido ações junto aos moradores, em particular com as crianças, adolescentes e os portadores de deficiências. É muito gratificante desenvolver oficinas de brinquedos com material reciclado, uso de palhaços para incentivar a lavagem de mãos, reuniões de saúde bucal e escovação, grupos de puericultura, jornal mural, promover seções de cinema com filmes que os fazem refletir sobre sua condição de vida, sobre planos futuros, sobre possibilidades. A atuação com a abordagem em saúde mental é o grande mote que temos para amenizar mesmo que momentaneamente as condições de vida dos moradores que cuidamos. Um

dos desafios para o desenvolvimento das ações é a presença do tráfico de drogas e seus trâmites dentro das ocupações, já houve caso de agentes comunitários que foram utilizados como escudo, a dificuldade de acesso em determinados locais ou a determinadas famílias devido a ordens dos chefes do tráfico. O poder paralelo dos traficantes é um dos problemas que mais nos preocupa quando estamos na ocupação, pois os códigos de regras a ser seguido pelos moradores impedem muitas vezes de identificar casos de violência. O risco da polícia realizar uma abordagem enquanto estamos lá ou quando há acerto de contas entre eles causa uma ansiedade na equipe quanto a segurança dos seus membros na realização das ações propostas. Outro fator é quando temos que levar membros de outros serviços ex: zoonoses, arte educadores, e o acesso tem de ser negociado e planejado conjuntamente com os “chefes” das ocupações. Considerando o processo de cuidado e promoção de saúde nas ocupações do centro de São Paulo, verifica-se desafios diários, pois há mudanças no cenário das ações constantemente, outro fator encontrado é a rotatividade dos moradores, há intercâmbio entre as ocupações e muitas vezes há visitas programadas, mas a família já foi deslocada para outra ocupação. O planejamento das ações pela equipe de saúde da família é realizada semanalmente para estar sempre atualizada com as modificações que acontecem nas ocupações, há sempre a preocupação de organizar o trabalho de forma intersetorial, tendo como colaboradores profissionais de diversas áreas como biólogos, sanitaristas, farmacêuticos, arquitetos e educadores. O estabelecimento do vínculo com estas famílias propicia a validação das orientações de saúde realizadas e as ações programadas, verificando-se uma melhora visível nas condições de saúde desta população, porque estar junto a comunidade no local

de moradia e identificar os riscos e formas de intervenção no ambiente conjuntamente com as famílias, faz com que a efetividade do trabalho realizado seja otimizado e a possibilidade de ofertar um trabalho que diminua as iniquidades e atue tentando minimizar os determinantes sociais de saúde seja uma realidade, com ações concretas de cuidado à saúde dos moradores.

PROMOVENDO SAÚDE MENTAL: GRUPO PARA ACOMPANHANTES DE RÉCEM-NASCIDOS

Bárbara Gregório Gouveia, Ivanice Jacinto da Silva, Analine de Souza Bandeira Correia, Luziane Juzi Carvalho de Alencar Silva, Talitta Dantas de Arruda, Maria do Socorro Gomes Campos Mendes, Jordane Reis de Meneses, Lenilma Bento de Araújo Meneses

Palavras-chave: Acompanhantes de RN, Saúde Mental, Grupo terapêutico

APRESENTAÇÃO: Durante o período gestacional a mulher vivencia uma série de mudanças corporais e passa a refletir sobre um novo ser que faz parte dela. A família cria expectativas em relação a chegada de um bebê saudável e atermo, mas nem sempre é o que acontece, existindo então uma ruptura no processo natural do pós-parto, o que possivelmente desencadeia sofrimento emocional nas mães de Recém-Nascidos (RN), e assim se faz necessário maior atenção em relação a sua saúde mental. As acompanhantes de RN passam a vivenciar uma mudança brusca na rotina que havia sido planejada durante toda a gestação, precisando se readaptar ao cotidiano hospitalar, além de ser ainda um período de reorganização corporal, familiar e social. Diante desse contexto percebe-se a importância de dar atenção e cuidar dessas mães e até pais e avós que se fazem presente na nova rotina hospitalar.

A paternidade e a maternidade faz com que os pais passem a construir novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade, estabelecendo a construção dos vínculos, e da reestruturação da rede de comunicação familiar, além de estabelecer os novos papéis sociais que os pais irão ocupar. Diante dessa demanda visualizou-se a necessidade de um espaço terapêutico que propiciasse discussões e reflexões acerca do período que elas estão vivenciando, e assim foi pensado um grupo com as acompanhantes de RN, tanto com as mães que estão internas com bebês na UTI neonatal, como as que estão no método canguru, na UCINCO e as mães que receberam alta, mas o filho permanece interno. Nos grupos são discutidos temas relativos ao período puerperal, assuntos componentes afetivos, auto cuidado, atividades temáticas de campanhas de saúde, desenvolvimento de atividades artísticas manuais e corporais, sendo grande parte demanda dos acompanhantes de RN, ou temas escolhidos pelas residentes quando as mães deixam em aberto as sugestões para os próximos encontros. Este grupo foi uma iniciativa compartilhada pela Psicóloga preceptora da Unidade Materno Infantil de um hospital escola, juntamente com as residentes multiprofissionais em saúde mental da RESMEN da Universidade Federal da Paraíba, contando com os núcleos profissionais de Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Farmácia e Serviço Social. **OBJETIVOS:** Os principais objetivos das atividades foram de realizar grupos que possibilitem reflexões acerca do período puerperal e de interesse pessoal, assim como prover ações de promoção de saúde mental, amenizando os sintomas, estimulando hábitos saudáveis, bem como trocas afetivas e promovendo um aprendizado nas relações interpessoais. Além de amenizar o sofrimento mental dos acompanhantes de RN proporcionado

pelo ambiente hospitalar e pela situação vivenciada, seu intuito é de desenvolver atividades que promovam a integração e socialização entre os acompanhantes de recém-nascidos, possibilitando o compartilhamento das experiências e expectativas para alta do bebê. Por fim, as residentes planejam, monitoram e avaliam periodicamente as ações do grupo, com vista à definir as ações do grupo de acordo com as demandas do mesmo. **METODOLOGIA:** Foram realizados grupos terapêuticos com a periodicidade de uma vez por semana, com duas horas de duração. A dinâmica utilizada para cada encontro foi dividida em três momentos: no primeiro momento uma atividade de descontração e interação, segundo momento da discussão/reflexão sobre um tema e o terceiro momento de práticas manuais e corporais, além da avaliação do encontro. Utilizou-se a metodologia da Educação Popular em Saúde, a qual se baseia na perspectiva da Saúde Integral, visando à criação e execução de políticas públicas e ambientes que reforcem a proposta de ações de cuidado em saúde, tendo também como objetivo aumentar as potencialidades humanas. **RESULTADOS:** A utilização de um grupo com fim terapêutico como intervenção para as acompanhantes de Recém-Nascidos favoreceu momentos de grande riqueza para o coletivo. O primeiro resultado que identificamos foi a união e integração das participantes, pois mesmo vivenciando um cotidiano semelhante e algumas até dividindo quartos, o momento de compartilhar vivências e sentimentos referentes a rotina enfrentada era no grupo. Esse momento possibilitou que elas se tornassem mais empáticas e favoreceu a integração entre as mães, avós que estiveram presentes e até mesmo um pai que participava do método canguru. O grupo também possibilitou uma enorme construção de vínculo entre as cuidadoras, as residentes e a psicóloga do hospital, pois inicialmente havia uma resistência de

participação das mães, mas com o tempo e o uso de uma metodologia em que era permitido que elas realizassem a escolha do tema seguinte da discussão, fizeram com que o grupo passasse a ser mais coeso e proporcionou o fortalecimento dos vínculos construído entre as duas partes. É importante destacar que as participantes permanecem no grupo enquanto o bebê está hospitalizado, portanto há uma rotatividade, sendo a média de participação no grupo de três a quatro semanas. Outro impacto que observamos com tempo no grupo, é que as acompanhantes de RN passaram a ser apoiadoras emocionais umas das outras, gerando um maior sentimento de altruísmo entre elas, esse suporte vai além dos momentos do grupo, chegando até a rotina das mesmas. Também devemos destacar, que juntamente com residentes de outros programas, nas atividades de educação popular sobre cuidados com o bebê prematuro no pós-alta, possibilitamos que os cuidadores presentes pudessem desenvolver e potencializar seus processos de autonomia e sentir-se empoderados para cuidar de seus próprios filhos fora do hospital. É importante destacar que o grupo ganhou grande visibilidade na unidade materno-infantil do hospital universitário, resultado da construção de vínculo com as mães e profissionais do setor. A visibilidade e o apoio dos outros profissionais, bem como a preceptoria da Psicóloga são de extrema importância para assegurar que o grupo continue acontecendo na unidade materno-infantil mesmo com a particularidade do rodízio de equipes da residência multiprofissional. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Por fim, percebemos que o grupo com as residentes multiprofissionais em saúde mental juntamente com a Psicóloga do hospital além de proporcionar intervenções que perpassam diferentes olhares provenientes dos cinco núcleos profissionais das residentes, possibilitou que esses olhares gerassem intervenções

entrelaçadas, que resultaram num grupo de experiências ricas e resultados importantes, sendo visível na rotina das cuidadoras uma maior integração, um sofrimento amenizado pelo compartilhamento de experiências e principalmente uma construção de vínculo entre profissionais e participantes do grupo.

REFLEXÕES SOBRE OS PROCESSOS DE TRABALHO NA SAÚDE À LUZ DA PNH: RELATO DE EXPERIÊNCIAS DAS APOIADORAS INSTITUCIONAIS DO DISTRITO DE SAÚDE SUL, MANAUS/AM

Luciana Diederich Nunes Pessôa, Rosimary de Souza Lourenço

Palavras-chave: percepções, HumanizaSUS, processos de trabalho

Apresentação: A Política Nacional de Humanização-PNH, instituída no ano de 2003 pelo Ministério da Saúde tem como um dos princípios a transversalidade, pois circula em todas as nuances da vida, concebida para consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde-SUS, no cotidiano do pensar e fazer saúde, na produção de mudanças efetivas do cuidado em saúde. Compreende também o aumento do grau de corresponsabilidade, pois é imperioso a participação dos diversos atores envolvidos neste processo. A PNH aposta no protagonismo dos usuários, trabalhadores e gestores da saúde, estimulando os diálogos entre os mesmos, buscando romper com as práticas desumanizadoras no cuidado. Neste sentido, o presente trabalho trata de um relato de experiências das apoiadoras institucionais da PNH do Distrito de Saúde Sul, da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus/AM, as quais vêm desenvolvendo oficinas sobre a PNH, junto aos trabalhadores e gestores das Unidades de Saúde, provocando reflexões acerca do dia-a-dia, quanto ao seu processo de trabalho, consequentemente despertando outras

inquietações referentes às visões do homem e do mundo, repercutindo no seu fazer profissional. O Ministério da Saúde (2013) postula que o HumanizaSUS aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. Constituído como processo dinâmico, onde há circularidade, concretamente representada pela roda de conversa, metodologia amplamente adotada com a perspectiva de lateralidade. Emergindo às apoiadoras institucionais, enquanto facilitadoras o seguinte questionamento: quais as percepções das apoiadoras institucionais da PNH diante das oficinas do HumanizaSUS, sobre o pensar na produção de saúde dos trabalhadores e gestores? O objetivo geral constitui-se em refletir sobre os discursos dos participantes durante as oficinas de HumanizaSUS, e especificamente identificar o protagonismo do trabalhador e gestor das Unidades de Saúde do Distrito Sul; e verificar a existência das inquietações dos trabalhadores e gestores sobre os processos de trabalho. **Desenvolvimento do trabalho:** O caminho percorrido para alcançar os objetivos propostos foi baseado nas rodas de conversas desenvolvidas nas Oficinas de Humanização, utilizando-se das expressões verbais dos integrantes, suscitando análises dos discursos manifestos. Para tanto, o método aplicado refere-se ao dialético, haja vista, a visualização de relações contraditórias dos discursos com a prática vivenciada, constatadas com relativa frequência no âmbito dos serviços de saúde. Para análise dos discursos lançamos mão de abordagem qualitativa, por provocar percepções quanto ao conteúdo das falas a respeito dos processos de trabalho. As oficinas foram desenvolvidas abordando os dispositivos acolhimento e cogestão, sopesando que o Ministério da Saúde (2013) emprega a comunicação entre esses três atores do SUS, provocando movimentos de perturbação e inquietação que a PNH

considera o “motor” de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para a produção de saúde. Essas oficinas são demandadas pela gestão, com a justificativa de intervenção junto aos trabalhadores em decorrência de constantes reclamações quanto à prestação de serviços e/ou atendimento aos usuários, como da necessidade em alcançar metas da pactuação de saúde. Para efeitos de análise, o recorte de tempo utilizado neste relato corresponde ao período de março a setembro do ano de 2015, onde foram realizadas oito oficinas, atingindo todos os dezessete gestores das unidades de saúde locais, quatorze técnicos da sede distrital e cento e um trabalhadores lotados em oito unidades das dezessete pertencentes ao Distrito de Saúde Sul. Resultados e/ou impactos Mensurar a subjetividade dos discursos requer desprender-se dos efeitos simplistas causa-efeito, resultantes de pré-julgamentos e preconceitos, pautada numa conduta ético-política. Por isso, as percepções dos discursos durante as rodas de conversas/oficinas tangem a aspectos negativos e positivos relacionados aos processos de trabalho no âmbito da saúde. Destarte como negativos: a maioria dos trabalhadores demonstra está descredida em ações que promovam a melhoria dos processos de trabalho, conseqüentemente, apresenta-se desmotivada e sem perspectiva de melhora; generaliza as reações comportamentos dos usuários, rotulando-os negativamente, e por sua vez alguns dos gestores sinalizam ausência de envolvimento de trabalhadores com a produção de saúde e usuários; as rodas de conversa perdem a espontaneidade com a presença do gestor que intimida o trabalhador, externando as relações verticais dos três atores do SUS. Enquanto os positivos referem-se à presença de: discursos de alguns trabalhadores e gestores acerca de perspectivas positivas, por acreditarem no SUS; discursos que

evocam a existência e a busca de informações e conhecimentos por parte dos trabalhadores e gestores, bem como de discursos que sinalizam visões de mundo, vislumbrando constructos positivos do ser humano, tais como: otimismo, esperança, fé, resiliência, solidariedade, empatia e felicidade. Considerações finais: As oficinas do HumanizaSUS representam um espaço de protagonismo e trazem a tona reflexões sobre os processos de trabalho, o cotidiano das pessoas, as relações interpessoais e possibilitam o empoderamento teórico-prático dos seus integrantes, seja ele no papel de facilitador ou não, bem como observar e analisar as falas de seus participantes torna-se fundamental para construção de futuras intervenções. Vale salientar que as percepções são processos mentais que não necessariamente remetem a realidade e que podem representar objeto de indagações e subsidiarem elaborações de novos paradigmas, rompendo com as ideias instituídas que reforçam as práticas cristalizadas. Portanto, a relevância deste trabalho recai sobre ação-reflexão-ação, em outras palavras, propondo atividades que envolvam reflexões do cotidiano dos serviços de saúde, sobre as posturas e o pensar ou vice-versa. Cabe destacar que as oficinas são demandadas a partir de problemáticas, sejam elas de relacionamentos interpessoais/trabalho em equipe ou da compreensão da natureza do serviço, no âmbito do trabalho, o que reporta a ideia de enquadre dos comportamentos ditos inadequados para a prestação de serviços de qualidade, distanciando-se do que deveria ser desejável. Em outras palavras as apoiadoras institucionais da PNH são acionadas para minimizar as tensões ditas desfavoráveis aos processos de trabalho. Outro fator crucial para o realização das oficinas é que necessitem da presença destas apoiadoras nas unidades de saúde, pois o trabalhador

ainda não se vê enquanto protagonista para operar mudanças através das rodas de conversas, por fim faz-se necessário relatar que as apoiadoras acumulam outras ações que demandam dedicação, com isso não conseguem desenvolver um acompanhamento sistemático junto às unidades antecedendo as problemáticas mencionadas. A metodologia da roda de conversas está sendo utilizada em outras ações, haja vista a forma como atinge seus participantes por ocasião da educação permanente dos trabalhadores, contribuindo para a melhoria do cuidado. Sabemos que ainda há muito que fazer e caminhar para se atingir um serviço de qualidade, porém consideramos ser esta a direção a ser seguida, galgando cada passo dado. Utopia não nos representa, seja nos anseios de elevar as relações entre os protagonistas do SUS, ou na oferta de serviços com qualidade e resolutividade, considerando todas as idiosincrasias inerentes ao ser humano. Talvez as percepções descritas anteriormente possam remeter às variáveis condicionantes do atual cenário dos serviços de saúde, mas não podemos afirmar que estas sejam estanques, pelo contrário, representam um desafio a ser transposto, pois neste processo dinâmico estamos sujeitos a constantes modificações, não somos os mesmos de ontem, nem seremos os mesmos de amanhã. É nesta lógica que acreditamos nas pessoas que fazem o SUS dar certo.

RELATO DA EXPERIÊNCIA DOS PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Vanessa T. Gubert de Matos, Luciane da Costa, Maria de Fátima Rubira de Assis, Silvana Dorneles, Edivânia Pinheiro, Marilena Zulim, Camila Polisel

Palavras-chave: Preceptoria, Educação em saúde, Cuidados Continuados Integrados

Apresentação: O Cuidado Continuado Integrado (CCI) se formata como um novo modelo de assistência, centrado na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra. Em 2014 teve início a primeira turma da Residência em Cuidados Continuados Integrados de Campo Grande – MS, a qual tem como instituição formadora a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e como instituição executora o Hospital São Julião. Diante disso, esse relato teve como objetivo descrever as experiências vivenciadas pelas preceptoras das 06 (seis) diferentes áreas integrantes da Residência Multiprofissional em CCI. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: As áreas da saúde que compõem a residência multiprofissional em CCI são enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, serviço social e psicologia. As residências estão estruturadas com dedicação exclusiva de 60 horas semanais, englobando atividades teóricas e práticas, com o intuito de promover o treinamento em serviço na experiência da integralidade dos Cuidados Continuados. Para tanto, há um período destinado ao atendimento dos pacientes na unidade CCI, visando à prática da multiprofissionalidade. Em um segundo momento, os residentes realizam rodízios em cenários externos, com a proposta de conhecer outras realidades relacionadas à assistência em saúde. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Ao longo dos dois anos de funcionamento desta residência multiprofissional, houve um avanço significativo dentro do serviço desenvolvido por cada área inserida no programa. Os enfermeiros executam o Processo de Enfermagem, que é constituído de exame físico e entrevista, a partir do qual é realizado o levantamento de dados específicos

relacionados à deficiência física e incapacidades que nortearão as ações da Enfermagem para a assistência à pessoa com deficiência física. Nesse sentido, a enfermagem utiliza a Teoria do Déficit do autocuidado por meio do plano de autocuidado e a estratégia dos 5As para a sistematização do mesmo. Assim, as metas são pactuadas em conjunto com o paciente, por isso que o plano de autocuidado está sendo como uma grande ferramenta para a implementação do mesmo no plano é possível identificar quais são as prioridades do indivíduo e de sua família e se passe a utilizar a mesma linguagem de anseios e de perspectivas. Quanto à farmácia, as atividades já existentes no hospital foram aprimoradas e realizou-se a implementação de atividades clínicas e relacionadas à inserção dos farmacêuticos no cuidado efetivo aos pacientes, tais como a orientação ao paciente para o acesso aos medicamentos de que necessita; a educação do paciente sobre seus medicamentos e problemas de saúde; a conciliação medicamentosa; a promoção da adesão do paciente ao tratamento farmacoterapêutico prescrito; a provisão de materiais educativos que apoiem a utilização de medicamentos; a identificação, a prevenção e o manejo de interações medicamentosas e reações adversas e a educação dos pacientes para o armazenamento domiciliar dos medicamentos. Além das atividades clínicas farmacêuticas, tem-se realizado o desenvolvimento de protocolos, manuais e treinamentos a fim de otimizar e padronizar as rotinas internas. Os farmacêuticos também se reúnem semanalmente a fim de compartilharem conhecimentos baseados em evidência científica e relacionados aos casos por eles assistidos. As atividades fisioterapêuticas que começam durante o início da recuperação são apropriadamente modificadas para desafiar e fazer com que o paciente possa progredir até sua

recuperação. São enfatizadas combinações motoras que permitem a concretização das tarefas alimentares, higiênicas, de locomoção e outras tarefas funcionais. O fisioterapeuta inicia com atividades de mobilidade, as quais fará o paciente libertar-se de medos e inseguranças causados pelo desequilíbrio corporal. As atividades realizadas pelos residentes envolvem: exercícios de fortalecimento e alongamento muscular, treino de equilíbrio e estímulos da sensibilidade com a finalidade de minimizar os efeitos das anormalidades de tônus, manutenção de uma amplitude de movimento normal a fim de impedir deformidades; melhoria das funções respiratórias e motoras; mobilização do paciente nas atividades funcionais iniciais envolvendo mobilidade no leito, o ato de sentar, transferências; impedir o descondicionamento; promoção da conscientização corporal, movimentação ativa e uso do lado hemi; melhoria do controle de tronco e equilíbrio na posição sentada; iniciar as atividades de cuidados pessoais, assim auxiliando o paciente entender o que lhe aconteceu e a responder eficientemente a medida que o mesmo tente se adaptar. Já as atividades desenvolvidas pela nutrição são vinculadas ao setor de nutrição e dietética do hospital. No que se refere à dietoterápica dos pacientes, as alterações são realizadas de forma individualizada, após avaliação nutricional. Inicialmente, realiza-se avaliação antropométrica e dietética. Após, são prescritos os cardápios, que são destinados ao setor de nutrição para elaboração. Após a primeira avaliação, realiza-se a reavaliação e avaliação final. No momento da alta hospitalar, são entregues orientações. Foram também implementadas atividades relacionadas à inserção dos nutricionistas nas consultas ambulatoriais de promoção da adesão ao tratamento. A atuação do serviço social é norteadada pelo

Projeto de Reforma Sanitária e o projeto ético-político da profissão, em defesa dos direitos à saúde, preconizados no SUS. A inserção do assistente social na equipe multiprofissional trouxe desafio do trabalho no enfoque interdisciplinar, visando atender os aspectos biopsicossociais, contribuindo para que o sujeito seja tratado e cuidado em sua totalidade. Para tanto, a apropriação das políticas públicas e a articulação do trabalho com outros profissionais que compõem a rede foram fundamentais para a melhoria dos processos de trabalho e a efetivação dos direitos à saúde. Para o desenvolvimento das ações, foram utilizados os instrumentos de trabalho do assistente social, em atividades conjuntas, sempre buscando a interdisciplinaridade, mas cientes de que ainda estamos em um processo de conquistas e aprendizado com as demais áreas. Para as preceptoras, o desafio em orientar o trabalho das residentes foi grande, mas rico em aprendizado conjunto, oportunizando a aprendizagem diária, socialização de experiências, construção de novos saberes e novas possibilidades de transformação da realidade. O serviço de psicologia da residência abrange: os pacientes de CCI, através da atuação na psicoterapia breve, individual ou em grupo, com foco na deficiência e nos seus impactos para o paciente e sua família; os pacientes idosos da instituição de longa permanência do HSJ, através do atendimento individualizado e em grupo, com realização de atividades cognitivas e aplicação de instrumentos para avaliação, brincadeiras e trabalho com imagem através de fotografias; o projeto Atendimento Multidisciplinar do Idoso (AMI), desenvolvido por uma equipe transdisciplinar, onde a psicologia é responsável por atividades específicas para a população idosa; e a educação em saúde, através de rodas de conversa com familiares de pacientes internados, com pacientes

ambulatoriais e com diagnóstico de hanseníase, com materiais informativos e conversas educativas em filas de espera. Na área organizacional, a psicologia participa dos processos de seleção, recrutamento e acolhimento de funcionários. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O trabalho multiprofissional desenvolvido por todas as áreas de atuação da residência em CCI representa um desafio a ser trabalhado coletivamente. Contudo, ressaltamos que todas as áreas vêm ampliando seus espaços dentro da instituição, desde a criação da residência multiprofissional. Além disso, o contínuo avanço nas construções e conquistas coletivas da equipe multiprofissional da residência certamente contribuirão para a formação de profissionais capacitados e habilitados para a formatação e composição de redes de atenção à saúde que favoreçam a implementação e concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Patrícia Félix Santos Castro, Jeanine Teixeira Santos, Maria Odete Pereira

Palavras-chave: Saúde Mental, Matriciamento, Transdisciplinaridade

INTRODUÇÃO: Na perspectiva do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde brasileiro publicou em dezembro de 2011 a Portaria nº 3.088, que instituiu a Rede de Atenção de Psicossocial - RAPS. A reformulação das práticas assistenciais às pessoas em sofrimento mental e usuárias de substâncias psicoativas de saúde mental, deve-se à reforma psiquiátrica brasileira, iniciada no final da década de 1970. Para além da implantação de novos pontos de cuidado, as políticas inovadoras objetivaram articulá-los, de forma que a transdisciplinaridade

agregue melhores resultados na atenção à saúde. Os centros de atenção psicossocial, desde a sua implantação, têm como atribuição realizar o matriciamento junto às unidades de saúde da atenção básica. Este possui como princípios metodológicos: a discussão de casos; os atendimentos individuais e coletivos; as atividades de lazer e capacitação dos profissionais. Dessa forma, é reforçada a corresponsabilidade e trabalho interdisciplinar e articulado, entre o ponto de cuidado da atenção Básica e o serviço de saúde mental. OBJETIVO: Descrever a experiência de observação não participante de duas alunas de graduação em enfermagem, junto a uma equipe de saúde ambulatorial, que presta apoio matricial às equipes da estratégia da saúde da família, em um município da região metropolitana de Belo Horizonte – MG. Descrição da experiência: No ambulatório são realizadas consultas agendadas; reuniões de matriciamento e organização dos processos de trabalho dos profissionais. A gestão local permitiu que as alunas participassem das reuniões da equipe técnica, em que são discutidos os casos. Os atendimentos são realizados no espaço físico da unidade ou em visita domiciliar. As intervenções sempre priorizavam o trabalho em grupo, destacando que o tratamento baseia-se no cuidado integral, levando em consideração o usuário e suas necessidades, bem como seu contexto social e familiar. Todas as intervenções consensuadas no matriciamento são incluídas no Plano Terapêutico Singular – PTS, sempre com ênfase ao autocuidado, para a promoção de independência e autonomia. Impactos: O trabalho interdisciplinar, apesar de ser considerado um importante instrumento para provimento de cuidado integral e articulação dos serviços de saúde, ainda é pouco desenvolvido, pois na maioria das vezes, os profissionais da equipe de saúde, ainda realizam o cuidado de forma

fragmentada. Entretanto, essa unidade de saúde está demonstrando como uma gestão responsável pode provocar mudanças como: o oferecimento de um tratamento mais adequado ao usuário; adequação da equipe de saúde para o atendimento da população; fortalecimento do dispositivo de matriciamento e, o mais importante, a criação de vínculo com o usuário. Considerações: A experiência ainda está sendo vivenciada, no entanto já é perceptível que a proposta está apresentando bons resultados. Porém, não exclui a necessidade de questionamento do serviço. Neste sentido, socializar a iniciativa e a assistência que está sendo prestada, promove o desenvolvimento da mesma, contribuindo para modificações que proporcionem maior participação ativa do usuário na construção do seu próprio Projeto Terapêutico. Dessa forma, atribuímos ao usuário o papel de protagonista do seu cuidado e gestor do seu autocuidado, capacitando-o para discussões que objetivem a autonomia do sujeito.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: INTERVENÇÃO COM EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Luciene Antunes Barbosa, Maiara Aparecida Nunes da Silva, Catia Paranhos Martins, Conrado Neves Sathler

Palavras-chave: Relato de Experiência, Educação, Reunião de equipe

APRESENTAÇÃO: O trabalho a ser descrito faz parte do Projeto Extensão “Acompanhamento e apoio técnico ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB)” e foi se delineando durante as Supervisões do Estágio Supervisionado em Psicologia Social e Comunitária I da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Nas discussões sobre as observações feitas nas unidades de

Atenção Básica destacou-se a necessidade de se trabalhar com a Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), principalmente com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), sobre temáticas voltadas a humanização do serviço prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Percebe-se que muito está sendo feito em políticas públicas, em busca da melhoria da qualidade do atendimento do serviço oferecido pelo SUS. Contudo, ao exercerem seus trabalhos rotineiramente, muitos profissionais esquecem que o acolhimento e respeito para com os usuários são práticas fundamentais no processo de humanização. Deste modo, emergiu a necessidade de um olhar mais atento sobre os modos de trabalho realizado por esses profissionais. Frente a essa questão, fez-se válido que o tema humanização fosse abordado durante as reuniões de equipe, especialmente com os ACS's, técnicos de enfermagem e trabalhadores da recepção. Acredita-se, que conhecendo melhor os princípios norteadores da proposta Humaniza SUS e as práticas de atuações que obtiveram um retorno positivo, novas práticas assertivas de trabalho sejam adotadas para melhorar a relação entre a Equipe ESF e usuários do SUS. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA Durante três meses a equipe de ESF foi acompanhada por duas estagiárias de Psicologia que participaram das reuniões de equipe, das visitas médicas, das visitas domiciliares com enfermeiros e ACS's, das observações dos grupos de Hipertensão e Puericultura. Observaram o relacionamento entre usuários do SUS e equipe ESF, com o intuito de compreender o funcionamento do trabalho da equipe de ESF. Durante os acompanhamentos, às estagiárias utilizaram a Observação Direta e Relatos de Experiências para coleta de dados, e a partir de então foram feitas discussões sobre observações realizadas e elaborou-se um projeto de intervenção de acordo

com a demanda identificada na equipe acompanhada. Na equipe de ESF em questão percebeu-se que alguns integrantes da equipe exercem seus trabalhos de modo inadequado, muitas vezes faltando com o respeito para com o usuário do SUS e acabam por prejudicar todo um trabalho de vinculação que anteriormente vinha-se sendo trabalhado pelo ACS. Deste modo optou-se por intervir durante as reuniões de equipe para que todos os profissionais participassem. As reuniões, de acordo com a equipe de ESF seriam o momento de se discutir as dificuldades e possíveis soluções dos problemas relatados e deveriam ocorrer quinzenalmente. Contudo frequentemente ocorrem contratempos que impedem que as reuniões ocorram quinzenalmente, sendo realizadas uma vez ao mês ou em intervalo maior. As ACS's apesar de não concordarem com atitude de alguns profissionais, para evitar conflitos com os outros profissionais, se calam. Muitas vezes por receio, medo de serem colocadas à disposição, serem realocadas para um posto de trabalho que não seja do seu bairro e também porque acreditam que sua opinião não tem valor. Com este argumento as ACS's frequentam as reuniões de equipe, mas não participam ativamente expondo seu ponto de vista e suas dificuldades. SOUSA et al (2010), diz que cabe ao ACS fazer parte de um saber popular ao científico e que sirva de mediador entre a equipe e o usuário, de modo que a aproximação com a comunidade suscite a vivência e a transformação do contexto social, compartilhadas por meio das estratégias adotadas para assistir o usuário e sua família, por meio de um cuidar acolhedor e humanizado. Desta maneira as intervenções foram pensadas com o intuito de empoderar as falas das ACS's e fomentar a discussão de modos de trabalho com um olhar mais humanizado. As intervenções ocorrem nas reuniões da equipe de ESF, a princípio eram feitas apenas observações,

a pedido dos integrantes da equipe. Com o tempo as estagiárias foram solicitadas a participar expondo suas observações e até mesmo pontos ainda falhos que pudessem ser melhorados por meio de discussões e troca de ideias entre os membros da equipe. As discussões ocorrem de modo que as ACS's possam participar ativamente das discussões. As temáticas sobre humanização trabalhadas durante as reuniões salientam a necessidade de um olhar diferenciado a cada ação com o usuário e nos modos de acolhidas tanto nas visitas, como acolhimento quando o usuário procura a Unidade Básica de Saúde. RESULTADOS: Observou-se que as reuniões de equipe ocorriam de maneira não planejada, sem pautas, com problemas trazidos apenas pelo Enfermeiro chefe, sem a participação efetiva das ACS's e os problemas relatados não eram discutidos coletivamente. Durante as reuniões ninguém apresentava meios de contornar as situações conflitantes, apenas reclamavam da condição de trabalho ao qual eram obrigados a trabalhar, como; a falta de materiais, desrespeito e desvalorização dos profissionais pelos usuários do SUS. A partir das intervenções realizadas durante as reuniões de equipe, a organização das reuniões foi se modificando. Notou-se que as reuniões estão sendo melhor planejadas, os problemas são relatados em tópicos e discutidos entre os membros. O Enfermeiro Chefe agora pede a cada integrante da equipe que exponha as dificuldades que estão enfrentando durante o exercício do seu trabalho e se discute sobre o problema enfrentado. Contudo ainda não se discute possíveis soluções coletivas para os problemas, alguns membros da equipe utilizam a falta de recursos e respaldo por parte dos gestores, para justificar o modo como desenvolve o trabalho. Todavia o discurso de alguns membros da equipe é contrário, eles acreditam que as dificuldades existem no exercício da

profissão, mas que é preciso adaptar-se a realidade e criar estratégias para driblar os problemas com os recursos que dispõem, sempre priorizando ética e respeito para fornecer aos usuários SUS um melhor acolhimento. CONSIDERAÇÕES FINAIS. As ações realizadas com esta equipe ESF demonstraram-se satisfatórias na ótica da mudança de pensamento e discurso referente ao trabalho desenvolvido. Porém muito ainda precisa ser discutido com alguns profissionais que usam a negação dos problemas evidenciados como justificativa para desempenhar um trabalho inadequado. É preciso que entendam que o atendimento humanizado não é um ato de solidariedade, mas um direito do usuário do SUS. O processo de fortalecimento da fala das ACS's ainda esta sendo trabalhada. Acredita-se que seria preciso um contrato ético entre a equipe para permitir um espaço de fala protegida de modo a não gerar um sentimento persecutório, o que impediria a equipe de falar de si e promover mudanças em suas práticas profissionais (BRASIL, 2010).

RELATO DE EXPERIÊNCIA: UMA ABORDAGEM REFLEXIVA DAS AVALIADORAS DO PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SOBRE OS ESTABELECIMENTOS PRIVADOS E PÚBLICOS EM MATO GROSSO DO SUL

Maria Leonete Simioli da Paz Louzan, Valdirene Silva Pires Macena

Palavras-chave: Avaliadoras do PNAS, Relato de Experiência, Serviços de Saúde

INTRODUÇÃO O Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde (PNASS) reformulado através da Portaria nº 28/2015 é um programa do governo federal para avaliar a totalidade dos estabelecimentos

de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento prestado. Denota-se que avaliar os estabelecimentos públicos e/ou privados e um processo contínuo que exige a participação mútua dos sujeitos envolvidos. Ao avaliar os serviços de saúde e os sujeitos envolvidos, novas ideias vão surgindo e a autoavaliação contribui para ocorrer mudanças no local de trabalho. OBJETIVO Compartilhar a experiência de avaliar os estabelecimentos públicos e privados que prestam serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Mato Grosso do Sul. METODOLOGIA O presente estudo é um relato de experiência vivenciado pelas avaliadoras do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) no período de julho a agosto de 2015. A pesquisa foi transversal e quantitativa para avaliar a funcionalidade, prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde e a satisfação destes usuários no atendimento recebido dentro dos estabelecimentos públicos e/ou privados. Portanto, para avaliar os serviços de saúde nas dimensões de estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos pacientes/usuários, foi necessário utilizar como ferramenta avaliativa o Roteiro de Itens de Verificação do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). O Roteiro de Itens de Verificação foram divididos em 05 Blocos: I, II, III, IV e V. Os blocos totalizavam 30 critérios que juntos somavam 180 itens de verificação em forma de perguntas para os entrevistados responderem objetivamente SIM ou NÃO. Estes itens foram classificados como: Imprescindíveis

(I), Necessários (N) e Recomendáveis (R) e cada classificação continha uma pontuação com um determinado peso após o término da avaliação. Para aplicar o Roteiro de Itens de Verificação do PNAS nos estabelecimentos públicos e/ou privados de Mato Grosso do Sul, foi preciso realizar um sorteio devido termos 32 estabelecimentos (21 hospitais, 02 CER, 06 TRS e 03 UPAS) cadastrados para realização de tal pesquisa e 10 avaliadores cadastrados para realização da mesma, os trabalhos foram realizados em dupla. Foram excluídos os estabelecimentos hospitalares considerados como Hospitais de Pequeno Porte (HPP), definidos como aqueles que tinham 49 leitos ou menos. Desse modo, foram aleatoriamente sorteados 05 estabelecimentos, sendo: 01 Hospital no município de Campo Grande-MS, 01 Hospital em Fátima do Sul-MS, 01 Hospital em Nova Andradina-MS e 01 Hospital em Naviraí-MS. Entretanto, devido ao curto prazo de permanência dos avaliadores nos estabelecimentos públicos e/ou privados no Estado de Mato Grosso do Sul, os 05 Blocos (I, II, III, IV e V) tiveram que ser divididos em duas partes para as duas avaliadoras contratadas para este fim. Desta forma, foi possível a avaliadora nº01 aplicar os itens de verificação dos Blocos I e II referente a parte administrativa e a avaliadora nº 02 aplicar os itens de verificação dos Blocos III, IV e V referente a parte Assistencial. A divisão dos blocos agilizou a aplicação dos 180 itens de verificação lembrando que tivemos que respeitar o cronograma de deslocamento de uma cidade para outra. RESULTADOS E/OU IMPACTOS Avaliar os serviços de saúde não foi uma tarefa fácil, ela exigiu preparo do avaliador em saber avaliar, e o avaliado precisava ter a clareza do que estava sendo avaliado e compreender como, onde e de que forma se daria a avaliação. Uma vez aplicado a avaliação institucional, as informações dos resultados contribuirão para consolidar melhorias, diminuir gastos públicos e reduzir

a insatisfação dos usuários. O Roteiro de Itens de Verificação do Programa Nacional de Avaliação em Serviços de Saúde (PNASS) foi uma importante ferramenta para obter informações negativas ou positivas sobre a realidade dos serviços de saúde nos 05 estabelecimentos avaliados. O fato de visitar os Hospitais (públicos e privados) foi uma experiência única e contribuiu para que as avaliadoras do PNASS conhecessem as peculiaridades de cada estabelecimento e elencasse alguns nós críticos. Portanto, ao visitar um Hospital de Campo Grande – MS no mês de julho de 2015 foram encontrados dois nós críticos, uma foi a paralisação dos servidores que aderiram a greve e a outra foi o abandono da construtora que estava reformando o hospital. Estes indicadores acabam influenciando negativamente na prestação de serviços de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde tanto no diagnóstico, no tratamento e na recuperação de suas enfermidades. Por outro lado, ao visitar os estabelecimentos públicos e/ou privados do interior de Mato Grosso do Sul, observou-se que no Hospital de Nova Andradina o setor de emergência acolhe, atende e acompanha as Vítimas de Violência Sexual, prestando a elas todos os cuidados assistenciais com o monitoramento de DST/AIDS, distribuição dos antirretrovirais e apoio psicológico. Ainda, os servidores deste estabelecimento participam da Educação Permanente em Violência Sexual. E, no Hospital de Naviraí a maternidade presta o serviço de Doula, realiza palestras educativas para a comunidade e tem o Projeto Amigos da Cegonha premiado em 1^o lugar no X Prêmio Sul-mato-grossense de Gestão Pública na categoria: Práticas Inovadoras. Vale ressaltar ainda, que o Hospital de Naviraí realiza o acolhimento conforme preconiza a Portaria nº 4.279/2010 que “Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde”, todo o trabalho

é realizado por uma enfermeira voluntária que se responsabiliza diariamente em direcionar os usuários, sanar as dúvidas e confortar as famílias quando há casos de óbitos. Além disso, o estabelecimento disponibiliza na porta de entrada do Hospital um lanche aos usuários. CONSIDERAÇÕES FINAIS Ao avaliar os cinco estabelecimentos sorteados, observou-se que os servidores na sua grande maioria, estão empenhados em adotar em sua rotina de trabalho a Política Nacional de Humanização do SUS, denota-se, que este é um ponto positivo para acolher os usuários carentes e leigos de seus direitos. Ao comparar o atendimento e distribuição de leitos entre os estabelecimentos públicos e os privados, constatou-se que mesmo o estabelecimento sendo público o atendimento prestado aos pacientes/usuários é igual em relação aos dos atendimentos particulares e aos dos convênios, este fato é um bom indicativo para facilitar a acomodação de leitos durante a estada de paciente/usuário que exigem altos cuidados e longa permanência no Hospital.

RELATO SOBRE O EVENTO “AGROTÓXICO OU AGROECOLOGIA? SAÚDE E MEIO AMBIENTE” PROMOVIDO PARA OS AGRICULTORES DE LAGOA DAS FLORES - VITÓRIA DA CONQUISTA/BA

Priscilla Sayuri Kawahara, Raíssa Amaral Oliveira, Aracelly Oliveira Ávila, Cristiane Couto de Jesus, Bárbara Fernandes Santos Pinto, Maria Paula Carvalho Leitão

Palavras-chave: agrotóxicos, saúde do trabalhador, educação em saúde

APRESENTAÇÃO: Os agrotóxicos são considerados importantes fatores de risco para a saúde humana, quando utilizados em grande escala. É importante considerar que o Brasil é um dos maiores consumidores de

agrotóxicos do mundo e que a exposição profissional aos agrotóxicos e os danos à saúde estão sendo cada vez mais estudados. Esse tema se apresenta como um desafio a ser investigado, pois envolve relações de trabalho, saúde e ambiente que culminam com impactos negativos à saúde humana e ambiental. As pesquisas que relacionam o uso de agrotóxicos e efeitos à saúde são relevantes para a saúde pública, pois o uso inadequado desses produtos pode refletir diretamente nos efeitos sobre a saúde do trabalhador rural exposto, à população em geral que consome os alimentos produzidos a partir do uso indiscriminado desses produtos e os ecossistemas naturais. Isto ocorre através das três vias principais de intoxicação: ocupacional, alimentar e ambiental, de modo que toda a população fique exposta às consequências nocivas causadas pelos agrotóxicos de alguma maneira. Tendo em vista a importância da aquisição de informações relativas ao assunto tanto para os trabalhadores rurais quanto para a região, objetivou-se planejar e realizar um evento sobre uso de agrotóxicos e implicações para a saúde e meio ambiente, devido à ocorrência de intensa produtividade agrícola, com um perfil de produção baseado na olericultura com mão de obra familiar no bairro de Lagoa das Flores, que localiza-se ao norte da cidade de Vitória da Conquista, às margens da BR 116, no Km 10. Parte significativa da população é composta por pequenos produtores de hortaliças e flores que abastecem essa cidade, além de outros municípios das regiões sudoeste e sul da Bahia e do norte de Minas Gerais. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Este trabalho é parte integrante do projeto “Cuidado integral para a prevenção e tratamento em cânceres do colo uterino e digestivo”, em atenção a Portaria Conjunta nº 9, de 24 de junho de 2013, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a Secretaria de Atenção à Saúde (SGTES/

SAS), do Ministério da Saúde, selecionado conforme Edital nº 14, de 8 de março de 2013 para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Redes de Atenção 2013/2015, e envolveu parceria entre a Universidade Federal da Bahia (UFBA/IMS/CAT), Universidade do Sudoeste da Bahia (UESB) e Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista-BA (PMVC)/Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O evento foi realizado após aprovação por Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa, Escola de Formação em Saúde da Família, Assessoria de Planejamento e Educação Permanente/PMVC/SMS, CI no 81/2014. O planejamento e execução do evento foram realizados pelo Grupo de Trabalho de Vigilância em Agrotóxico (GTVA), coordenado pela Vigilância em Saúde Ambiental. Esta ação possibilitou uma aproximação do grupo PET/Redes e de outros parceiros aos agricultores para incentivo à prevenção, monitoramento e controle do uso de agrotóxicos, visando à redução da exposição ocupacional, contaminação dos segmentos ambientais e consequentemente o prejuízo à saúde humana. O planejamento do evento iniciou-se em reunião do GTVA (Grupo de Trabalho de Vigilância em Agrotóxico) O grupo GTVA foi composto por: VISA (Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental/ PMVC, ADAB (Agência Estadual de Defesa Agropecuária da Bahia), EBDA (Empresa Baiana de Desenvolvimento Agrícola), NRS 20^o (Núcleo Regional de Saúde), CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (PMVC), Atenção Básica, Secretaria do Meio Ambiente e PET/Redes. Foram realizadas várias reuniões para elaboração de cronograma, atividades, materiais educativos como folder, dentre outros, contendo informações curtas e de fácil compreensão sobre os temas a serem abordados. O evento ocorreu em 11 de novembro de 2014 na Escola Municipal Marlene Flores localizada em Lagoa das Flores, e teve como público alvo os agricultores

dessa comunidade, também participaram alunos e professores da área ambiental e da saúde. As atividades programadas foram apresentadas de forma coletiva no pátio da escola, bem como em pequenos grupos. Durante o evento, foram abordados conteúdos sobre o uso de agrotóxicos e suas consequências para a saúde da população local, riscos de intoxicação pelas principais vias, sinais agudos e crônicos de intoxicação, classificação quanto a toxicidade dos agrotóxicos, uso adequado e seguro de agrotóxicos, utilização de EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) completos durante a aplicação dos agrotóxicos, bem como legislação para uso de agrotóxicos. Foram desenvolvidas as seguintes atividades: cadastramento dos participantes por discentes do PET e entrega do material de apoio; oferecimento de café da manhã e almoço; mesa de abertura composta por um representante de cada setor participante do GTA. Posteriormente à abertura foi exibida peça teatral que contou com um cenário que assemelhou-se com a realidade vivida pelo agricultor e abordou a aplicação correta dos agrotóxicos, uso de EPI's, significado das cores presentes nas embalagens, sinais e sintomas da intoxicação e descarte correto das embalagens; tudo planejado para a compreensão da problemática do uso de agrotóxicos em Lagoa das Flores. Em seguida, iniciou-se o ciclo de palestras, sobre "Agrotóxicos e os efeitos para saúde humana" realizada por médico do trabalho - CEREST e "A legislação atual sobre agrotóxico", ministrada por um técnico da ADAB. Depois os participantes foram encaminhados para as salas de aula da escola onde estavam organizadas as estações para que pudessem participar de maneira seqüencial das abordagens de todos os temas propostos no evento, a saber: Agroecologia, Proteção à Saúde e Produção Orgânica. RESULTADOS: O evento contou com a participação de 92 pessoas.

Caracterizou-se como uma ferramenta importante para esclarecimentos sobre as consequências do uso inadequado de agrotóxicos e o impacto à saúde humana e danos ao meio ambiente. O material educativo contendo informações rápidas e compreensíveis sobre os temas contribuíram para melhor apreensão dos conteúdos abordados. Os agricultores consideraram importantes os esclarecimentos sobre a utilização de agrotóxicos e os agravos à saúde do trabalhador, que foram transmitidos por médico do trabalho, o que proporcionou mais notoriedade e confiança na abordagem do assunto. Além disso, informações sobre novas técnicas agroecológicas foram apresentadas por um especialista no assunto, de forma que o público-alvo teve a chance de elucidar todas as dúvidas e desconfiar sobre o tema, considerando a possibilidade de inserir a agroecologia em suas lavouras. Nas estações sobre agroecologia, proteção à saúde e produção orgânica houve participação mais intensa dos agricultores, estes debateram sobre o tema e sanaram dúvidas com os ministrantes das temáticas de cada estação mencionada anteriormente, bem como compartilharam ideias e informações para modificar a realidade sobre o uso de agrotóxicos em Lagoa das Flores. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Devido à possibilidade de exposição desse povoado aos riscos através das três vias de intoxicação pelo uso de agrotóxicos, com destaque para a via ocupacional, a promoção desse evento contribuiu para sensibilização dos agricultores em relação ao uso de agrotóxicos e suas consequências para o meio ambiente e saúde da população. Considera-se de fundamental importância intervenções semelhantes, como contribuição para definição de políticas públicas que culminem em promoção da saúde na realidade local.

REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NA REGIÃO DOS MORROS DO MUNICÍPIO DE SANTOS: EXPERIÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO BENTO NA TRANSIÇÃO PARA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Simone Percincla Andrade da Rocha Barbosa, Natalia Cristina Brito Mello, Tatiana das Neves Fraga Moreira, Maria Lúcia Martins da Silva Novaes, Daniela Gonçalves Godoy Moutinho, Luana Mayumi de Melo Shimokomaki

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, reorganização da Atenção Básica, vulnerabilidade

APRESENTAÇÃO E OBJETIVOS: O início do PSF se deu logo após o sucesso do trabalho dos primeiros agentes de saúde do sertão do Ceará, em 1987. Esses profissionais eram mulheres, moradoras da comunidade, que visitavam as famílias com objetivo de levar informação sobre a importância do pré-natal, puericultura, vacinação, cuidados com diabetes e hipertensão, dentre inúmeros cuidados da atenção básica. Essas ações resultaram na diminuição dos índices de mortalidade materno-infantil, internações hospitalares por diarreia e infecções respiratórias agudas, aumento do percentual de mulheres com início de pré-natal no primeiro trimestre e ampliação de redes de atenção à saúde em territórios historicamente vazios. Com avaliação positiva do trabalho das agentes de saúde, é criado em 1991 o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que se estendeu nas regiões do norte e nordeste, e depois para as demais regiões (BRASIL, 1997). E em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) é estabelecido por meio de normas e diretrizes do Ministério

da Saúde (MS), como uma das estratégias para reorganizar o modelo de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo era de estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social e estruturar os sistemas municipais de saúde imprimindo uma nova dinâmica aos serviços e ações em saúde. Assim, o PSF foi um programa voltado à reorganização da atenção primária. Atualmente a nomenclatura foi modificada para Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois segundo Brandalise (2014) a partir de 1994 a Saúde da Família "deixou de ser um programa focalizado passando a ser uma estratégia de mudança do modelo de atenção no SUS". O presente relato de experiência busca descrever alguns passos do percurso realizado por uma equipe de saúde da atenção primária que foi reestruturada do modelo tradicional – unidade básica de saúde (UBS) – para o modelo de ESF, demonstrando a metodologia aplicada no período de transição. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: O atual cenário da saúde no Brasil vive um intenso avanço no que se refere à criação de diversos programas, projetos e políticas. Dentre eles destacamos a reorganização da Atenção Básica (AB), através da mudança de modelo de assistência à saúde e ampliação das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios de todo país (PNAB, 2012). Na cidade de Santos, no ano de 2006, iniciaram as primeiras equipes de ESF na AB. Essas equipes foram criadas em áreas onde a referência de atenção primária à saúde não estava localizada próximo à comunidade. Com a inclusão de novos equipamentos de saúde iniciaram-se as atividades no modelo de assistência da ESF. Após oito anos da criação destas primeiras equipes, o município volta a organizar a AB expandindo a ESF. Essa proposta priorizou as áreas de alta vulnerabilidade, bem como as grandes dificuldades de acesso proporcionadas por extensas escadarias, vielas, becos e ruas

extremamente íngremes. A partir do mês de maio do ano de 2014, começaram as ações para a transição do modelo de atenção. As unidades eleitas para iniciar o processo foram a UBS Jabaquara e UBS Morro São Bento. RESULTADOS: No Morro São Bento, a equipe de saúde iniciou as ações a partir de um censo realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) com levantamento dos moradores da comunidade, domicílio a domicílio, elencando os espaços públicos, como escolas, creches, igrejas, centro de atividades esportivas, bem como o comércio local, os mercados, bares, restaurantes. Este censo foi finalizado em julho/2014, e com este levantamento verificamos qual o quantitativo de equipes necessárias, a divisão das áreas, e micro áreas, e em seguida a distribuição dos profissionais lotados nesta unidade de saúde e a solicitação dos demais para complementação. Com a chegada de novos ACS, realizaram-se mutirões para o cadastramento da população local. Após a chegada dos demais profissionais iniciou-se o processo de capacitação para o novo modelo. Considerou-se a possibilidade de capacitar os profissionais que iriam compor as novas equipes, e em reunião realizada no mês de outubro/2014, onde participaram os gestores locais, coordenação da AB, e outros profissionais que já atuam no modelo de ESF, acordou que a proposta mais indicada seria as oficinas. Foram levantados os temas que seriam abordados, e qual a melhor metodologia a ser aplicada, resultando em três oficinas: a primeira aconteceu no final do mês de outubro, e as demais ocorreram respectivamente, em novembro e dezembro/2014. O uso de oficinas proporcionou um melhor entendimento da estratégia, uma vez que utilizou os saberes dos profissionais da unidade, a Coordenação Regional e de outros profissionais que já atuavam no modelo ESF. Os gestores e profissionais das novas equipes da ESF fizeram visitas a outras unidades de saúde do município, que

já utilizam o modelo de saúde da família, para compreender como era desenvolvido o trabalho, e de como se organizavam no atendimento, disponibilidade das agendas, realização dos programas, identificação dos prontuários, entre outras ações. A ESF tem como base de seus princípios a promoção de saúde da família, a integralidade, territorialização e continuidade das ações de saúde sendo a porta de entrada do usuário no serviço (BRASIL, 2003). Após a composição das equipes, a unidade de saúde e os profissionais foram incluídos no modelo de ESF no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Para atender à população do Morro São Bento foi composto três equipes da ESF e duas equipes de saúde bucal, que contam com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da Região dos Morros. Com o território demarcado, equipes organizadas e cadastradas, iniciou-se o atendimento ao usuário no modelo da ESF, a partir do primeiro dia de dezembro/2014. Os profissionais foram mobilizados para realizar os agendamentos de consultas com foco na orientação e divulgação do novo modelo de assistência vigente na unidade, com intuito de informar a comunidade sobre as mudanças que estavam ocorrendo. Percebemos a necessidade do acolhimento aos usuários, e utilizamos a escuta ativa e ampliada para maior resolutividade da assistência. As agendas de atendimento foram reorganizadas, e conforme a população acessava a unidade de saúde, as equipes dividiam-se para orientar e explicar o novo modelo de trabalho. Percebemos a necessidade do acolhimento aos usuários, que utilizou a escuta ativa e ampliada para maior resolutividade da assistência. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Desta forma, concluímos que para a transição foram fundamentais as etapas de censo demográfico, ingresso de novos profissionais para composição das equipes, capacitação dos profissionais para o novo modelo e

orientação da população utilizando a escuta como principal ferramenta de vinculação. O êxito no atendimento ao público é resultado do trabalho em equipe, que com diferentes olhares, saberes e fazeres compartilharam seus conhecimentos e, esse modo de trabalho fortaleceu as ações elaboradas. A comunicação surge como elemento facilitador para o desenvolvimento das ações de saúde, e o conhecimento sobre a comunidade que os profissionais da ESF possuem é originado pelas trocas de saberes, discussões de casos em reuniões de equipe, visitas domiciliares e de reconhecimento de território. A proposta se aproxima do pensamento Freireano (FREIRE, 2014) nos aspectos da horizontalidade e do conhecimento da realidade local para realização dos trabalhos.

SAÚDE OCUPACIONAL: PARAMETROS DA SAÚDE MENTAL DOS POLICIAIS CIVIS DO MATO GROSSO DO SUL

Ana Alice Brites de Barros, Dâmaris de Oliveira Antunes

Palavras-chave: Saúde Mental e Trabalho, Síndrome de Burnout, Psicologia

RESUMO: Dada a influência que o trabalho exerce no cotidiano do indivíduo e conseqüentemente na saúde mental dos trabalhadores, o presente estudo teve como objetivo avaliar a prevalência da Síndrome de Burnout nos Policiais Civis do Mato Grosso do Sul. Em uma amostra de n=180 servidores foram aplicados os seguintes instrumentos (i) Questionário sociodemográfico e (ii) Maslach Burnout Inventory- MBI (MASLACH, 1988), validado por Tamayo e Tróccoli (2009). Os resultados evidenciaram uma baixa exaustão emocional e despersonalização, entretanto, uma preocupante baixa realização pessoal dos trabalhadores. Este último dado merece ser

destacado, uma vez que o modelo teórico de Maslach utilizado nesse estudo descreve a síndrome de Burnout como um processo em que a exaustão emocional é a dimensão precursora da síndrome, sendo seguida por despersonalização e, na sequência, pelo sentimento de baixa realização pessoal. Neste sentido, recomenda-se que a instituição amplie seus programas de prevenção e promoção da saúde mental no trabalho. INTRODUÇÃO: Entre os transtornos mentais relacionados ao trabalho reconhecidos no Brasil, destaca-se neste trabalho, a Síndrome de Burnout, identificada como "Sensação de Estar Acabado" ("Síndrome de Burn-out", "Síndrome do esgotamento profissional") (Z 73.0). A intensificação da violência exige políticas mais eficazes de segurança pública, que podem acarretar sobrecarga física e emocional aos indivíduos que trabalham no setor (Souza et al., 2007). Andrade, Souza e Minayo (2009), apontam que o trabalho dos policiais situa-se no campo dos serviços públicos atuando como agente repressor da criminalidade, garantindo a ordem, e convivendo com a violência que se exerce sobre eles. Souza, Franco, Meireles, Ferreira e Santos (2007) acrescentam que os policiais, além de lidar com a pressão da sociedade para que a atividade policial seja eficiente, as precárias condições de trabalho interferem no desempenho desses profissionais, gerando desgaste, insatisfação e provocando estresse e sofrimento psíquico, com sérias repercussões na saúde física e mental do trabalhador. Guimarães et al. (2014) sinalizam que há duas variáveis que envolvem o trabalho do policial: o perigo e a autoridade. Tal combinação deixaria o policial em constante pressão pela eficiência. Um comportamento contínuo de insegurança poderia ser gerado pela presença do perigo causando isolamento do indivíduo, de outros segmentos sociais. Porém, para Gasparetto

(1998), a atividade policial moderna exige do profissional o constante aperfeiçoamento das relações públicas e interpessoais, a fim de permitir a interação com a comunidade, sem que, contudo, perca a energia e a autoridade que devem emanar, naturalmente, de sua personalidade.

MÉTODO E INSTRUMENTOS: Neste contexto, a presente pesquisa teve o objetivo de investigar a prevalência da Síndrome de Burnout nos policiais Civis de Mato Grosso do Sul-MS, participantes do curso de especialização promovido pela Academia de Polícia Civil. A amostra foi composta por conveniência, dadas as características desse tipo de trabalho, totalizando 180 participantes. Para realização da pesquisa foram utilizados (i) o Questionário sociodemográfico e ocupacional (QSDO), adaptado para a realidade da instituição e composto por questões abertas e fechadas e (ii) o Inventário de Burnout de Maslach - Maslach Burnout Inventory - MBI (MASLACH, 1988), validado para uso no Brasil por Tamayo e Tróccoli (2009) que avalia os sentimentos e atitudes do profissional em seu trabalho, nas seguintes dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal. O inventário contém 20 itens numa escala de pontuação tipo likert de 1 a 5, sendo 1 para “nunca”, 2 para “raramente”, 3 para “algumas vezes”, 4 para indicar “frequentemente” e 5 para “sempre”. A análise dos dados estatísticos foi realizada através do software estatístico *Statistic Package for the Social Sciences - SPSS*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Em relação aos dados sociodemográficos, foi possível verificar que a amostra constituiu-se, principalmente, por indivíduos do sexo masculino (81,1%), com idade inferior a 40 anos, casados (75%) e com ensino superior completo (52,2%). No que se refere aos resultados da avaliação das dimensões do Burnout, verifica-se que 92,8% dos policiais

apresentaram baixo nível de Despersonalização, 82,8% mostraram baixo nível de Exaustão Emocional e foram identificados 61,7% que percebem baixo nível de Realização Pessoal no Trabalho. Resultado semelhante foi identificado em estudos realizados por e Carlotto e Palazzo (2006). Ressalta-se o alto percentual de baixa realização pessoal dos participantes, situação que pode indicar a possibilidade da síndrome de Burnout encontrar-se em curso, uma vez que o modelo teórico de Maslach utilizado nesse estudo descreve a Síndrome de Burnout como um processo em que a exaustão emocional é a dimensão precursora da síndrome, sendo seguida por despersonalização e, na sequência, pelo sentimento de baixa realização pessoal. Na diminuição da realização pessoal no trabalho o indivíduo autoavalia-se de forma negativa, sentindo-se infeliz consigo mesmo e insatisfeito com seu desenvolvimento profissional, experimentando um declínio no sentimento de competência e êxito no seu trabalho e da capacidade de interagir com as pessoas (Guimarães & Cardoso, 2004). Em estudo realizado por Mayer (2006) com policiais militares foi identificado resultado semelhante, com alto nível de baixa realização pessoal. De acordo com a autora tal resultado remete à necessidade do desenvolvimento de ações preventivas e interventivas. Os resultados obtidos com relação aos índices de Burnout confirmam a primeira hipótese do estudo – a de que os Policiais Civis apresentariam Burnout. Neste grupo, verificamos, considerando o total da amostra, 1,1% dos Policiais apresentaram sintomas da síndrome em seu estado crônico, em grande maioria (80,6%), os índices são satisfatórios e mostram a ausência da síndrome, no entanto 9,4% dos avaliados não responderam. Apesar disso, vemos que 8,9% apresentam o Burnout em curso, o que é considerável um nível alarmante e indica a necessidade de

intervenção com esse público. Tendo em vista as constantes pressões as quais o policial está exposto, as dificuldades enfrentadas pela realidade desta profissão, torna-se relevante o estudo acerca da qualidade de vida do policial civil para que se crie possibilidades de avanço na promoção da qualidade de vida e saúde mental destes profissionais. Os conteúdos coletados contribuirão para promover ações que auxiliem o manejo da Saúde Mental e a Qualidade de Vida desses policiais. Dessa forma, ainda é possível uma ação preventiva por parte da organização policial. Tal ação poderia incluir: 1) a aplicação de um efetivo programa de diagnóstico, orientação e controle do estresse, bem como de identificação dos eventos estressores, presentes no dia a dia dos policiais, através de check-up médico e psicológico anual; 2) a implementação de um programa de atividade física, esporte, ioga e lazer; 3) a construção ou recuperação de espaços adequados a essas práticas; e 4) o aumento do número de policiais, a fim de evitar a sobrecarga de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A análise dos resultados permite concluir que casos de Burnout vem ocorrendo entre Policiais Civis de Mato Grosso do Sul. A sintomatologia de Burnout manifesta-se, principalmente, por meio de sintomas psicológicos, com baixos níveis de sintomas físicos e com predominância na Baixa Realização Pessoal. A satisfação dos trabalhadores já é vista pelos empresários como um dos principais responsáveis pelo sucesso de qualquer negócio e, dado que o funcionário satisfeito e motivado possui maiores índices de produtividade, menor índice de absenteísmo e carrega os valores da empresa consigo. Esta questão passa pela qualidade de vida dos trabalhadores. É notória a necessidade do Psicólogo da Saúde Ocupacional tenha treinamento clínico para trabalhar também no aconselhamento e auxílio ao trabalhador; tendo em vista seu

papel em saúde ocupacional ou outros programas da saúde melhorando suas habilidades e desempenho em projetos para detectar e tratar o estresse e os transtornos psicológicos de origem ocupacional; atuando no treinamento organizacional para que possa compreender os dados epidemiológicos em saúde e segurança ocupacional, utilizando seus recursos interpretação de aspectos psicossociais dos mesmos. Entretanto, com as constantes mudanças nas relações de trabalho que assolam as sociedades industriais torna-se cada vez mais difícil precisar quais aspectos do trabalho, das demandas psicológicas, das categorias ocupacionais ou das relações sociais apresentam maior risco à saúde do trabalhador, fazendo com que o esclarecimento desses e de outros aspectos e as suas implicações sejam um importante desafio a ser enfrentado pelos futuros pesquisadores, especialmente em estudos e na fase diagnóstica dando devida atenção aonexo causal. Do ponto de vista o aproveitamento da pesquisa, foi possível aproximar o acadêmico da atuação profissional sendo de grande valia para carreira acadêmica. O contato com as ferramentas de investigação de aspectos psicossociais fornece subsídios técnicos para uma produção acadêmica os interesses voltados para área da Saúde Ocupacional. Além disso, devem ser realizados estudos longitudinais, nos quais sejam utilizados instrumentos de pesquisa específicos para essa população, com o objetivo de propiciar maior conhecimento sobre o estresse no ambiente organizacional e, principalmente, para identificar os elementos estressores. Finalmente, trabalhos como o presente devem ser repetidos em outras corporações policiais brasileiras, para permitir uma comparação entre os resultados obtidos, a qual poderá confirmar, ampliar ou mesmo refutar os achados deste estudo. É de suma

importância, a participação ativa em discussões que visem promover ações de prevenção e promoção da saúde do trabalhador, uma vez que se assume o compromisso com a qualidade da prestação de serviço, zelando pela Segurança Pública.

SÍFILIS E A DOAÇÃO DE SANGUE: SOLIDARIEDADE POSSÍVEL?

Simone de Deus Anzoategui, Ednéia Albino Nunes Cerchiarri, Maria José de Jesus Alves Cordeiro

Palavras-chave: hemocentro, doador de sangue, infecções por treponema

Apresentação: A possibilidade de transmissão de doenças por meio da transfusão de sangue, como a sífilis, hepatites, doenças de chagas e HIV, é uma das maiores preocupações relacionadas à segurança transfusional (FERREIRA, 2007). Com o objetivo de manter um procedimento de qualidade, os Hemocentros, norteados pela Portaria nº 2.712 de 12 de novembro de 2013, realizam testes obrigatórios na triagem laboratorial das doenças transmitidas pelo sangue, através de amostras coletadas do doador de sangue. Assim, possibilita a liberação ou não do sangue coletado para uso em pacientes. Entretanto, eles não permitem estabelecer diagnósticos de certeza, de modo que as pessoas identificadas como tendo resultados reagentes, positivos ou duvidosos na triagem, devem necessariamente ser avaliadas, sendo convocadas para coleta de 2^a amostra e aconselhadas por profissionais de saúde com capacidade técnica para o acompanhamento dos casos (MERCER, 2010). Anteriormente a esta triagem laboratorial, o doador de sangue passa por uma triagem clínica, realizada por profissional de saúde de nível superior, treinado para este fim. Segundo o Ministério da Saúde (2013), consiste em

uma avaliação clínica e epidemiológica do candidato, constituída por um exame físico e análise de suas respostas ao questionário que visa avaliar sua história médica atual e prévia, seus hábitos e a existência de fatores de risco para doenças transmissíveis pelo sangue. Neste contexto, a sífilis, possui como principal via de transmissão o contato sexual, seguido pela transmissão vertical, podendo também ser transmitida por transfusão sanguínea. É doença causada por uma bactéria, o *Treponema Pallidum* e a apresentação dos sinais e sintomas da doença é muito variável. Quando não tratada, evolui para formas mais graves, podendo comprometer órgãos vitais. Embora exista tratamento, e seja eficaz nas fases iniciais da doença, métodos de prevenção devem ser implementados, pois adquirir sífilis expõe as pessoas a um risco aumentado para outras DST, inclusive a Aids. O número de casos de sífilis vem aumentando no Brasil, assim, todos os profissionais da área da saúde devem estar atentos às suas manifestações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O presente estudo, objetiva, relatar a prática em relação a entrega de exames de triagem sorológica para a Sífilis no Hemocentro Regional de Dourados, Mato Grosso do Sul, incluindo o acolhimento, aconselhamento e encaminhamento deste doador, que conforme orientação do Hemocentro Coordenador, torna-se inapto definitivo para doação de sangue, mesmo após o tratamento da doença. Desenvolvimento do trabalho: O Hemocentro Regional de Dourados possui um setor denominado “Nova Amostra”, responsável pela convocação de doadores que apresentam alterações nos resultados de exames realizados, fazendo uma segunda coleta de amostra de sangue, para confirmação deste resultado. A convocação desse doador é realizada por correspondência e/ou telefone. Verifica-se que a convocação do doador, muitas vezes o deixa apreensivo pela espera do

resultado confirmatório. Após a realização de exames na nova amostra coletada, o doador é convocado novamente, dessa vez para a entrega do resultado, realizada por um profissional enfermeiro. Para triagem da sífilis, o método de exame utilizado é a quimioluminescência, classificado como um método qualitativo. Sua reatividade indica que o usuário teve contato com *Treponema pallidum*, causador da sífilis, em alguma época de sua vida e desenvolveu anticorpos específicos. No entanto existe uma grande dificuldade de entendimento, por parte do doador ao receber este resultado de exame. Torna-se importante ressaltar que ao informar este resultado o profissional de saúde esclarece ao doador de sangue que o exame realizado no Hemocentro não possui finalidade diagnóstica, e sim de triagem sorológica, para fins de transfusão. Além disso, por meio deste resultado não é possível identificar se é uma infecção atual ou passada. Dessa forma, o doador é encaminhado a uma Unidade de saúde, para acompanhamento médico e realização de outros exames diagnósticos, se necessário. Cabe ao enfermeiro, durante este atendimento, informar ao doador que devido a esse resultado, o mesmo não poderá mais ser doador de sangue, ou seja, será inapto definitivamente. Impacto: Podemos vivenciar durante todo esse processo, desde a convocação do doador de sangue até a entrega do resultado, com a informação de que o mesmo não poderá mais doar sangue, o transtorno emocional gerado nesses indivíduos. Inicialmente, pela dúvida gerada por meio da nova coleta solicitada. Após, com o resultado, considerando-se ser uma doença transmitida sexualmente, ocorre muitas vezes, um posicionamento por parte do doador de sangue, de não aceitação desse resultado, embora seja explicado que não é um diagnóstico definitivo e que necessitará de uma avaliação específica. Pode-se observar comportamentos que vão

de raiva a dúvidas em relação ao resultado. Muitos são os questionamentos realizados ao profissional de saúde, entre eles: “como posso ter adquirido?”, “apresenta sintomas?”, “devo comunicar meu parceiro (a)”? “o que faço agora?": Na maioria das vezes, o doador sai desse atendimento insatisfeito, pois acredita que esta avaliação, acompanhamento e tratamento, deveria ser realizada no próprio Hemocentro, apresentando dificuldades para compreender o funcionamento dessa rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Acreditamos que quando esse doador é informado sobre esse resultado, o impacto emocional é agravado por não existir uma sistematização de entrega de resultados, nem o acompanhamento de profissionais especializados de forma contínua, no Hemocentro. Ressaltamos, a sobrecarga de trabalho em relação aos profissionais, que se dividem entre vários setores, dificultando o planejamento e sistematização das ações. Concordamos com Mercer (2010), quando descreve que esse doador sente que de alguma forma foi traído, pois após praticar um ato de solidariedade e cidadania, recebe a informação que apresentou um exame com sorologia positiva. Além disso, a partir de setembro do ano de 2013, o Hemocentro Coordenador, definiu que todo doador que apresentasse o resultado de sífilis quimioluminescência reagente, não poderia doar sangue e essa é uma das questões que mais afeta o doador, até mais do que o próprio resultado. Sabe-se que a doação de sangue, envolve muitos fatores como a solidariedade, o altruísmo e algumas crenças em relação às necessidades fisiológicas de doação e para muitos indivíduos, o fato de nunca mais poder doar sangue, torna-se uma situação penosa. Porém, as medidas realizadas pela instituição, visam manter a qualidade do sangue transfundido. Considerações finais: Podemos considerar que o SUS vem

avançando nos últimos anos, e a eficácia da triagem sorológica nos Hemocentros, é um exemplo disso, pois garante uma transfusão sanguínea segura e reafirma a premissa de que saúde é um direito de todos. Porém, é necessário um fortalecimento dessa política de forma integral, neste caso que envolva o atendimento ao doador de sangue. Por fim, destacamos a necessidade por parte dos gestores, do fortalecimento da Política de Acolhimento e Humanização, bem como o incentivo e o suporte aos profissionais de saúde, por meio de garantia de estrutura adequada, número de profissionais suficientes para atendimento psicossocial e educação continuada e permanente. Dessa forma, será possível cumprir de forma efetiva as legislações referentes à Política Nacional de Sangue e Hemoderivados, no que diz respeito ao atendimento ao doador e garantia de qualidade do sangue e hemoderivados.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UM PACIENTE ACOMETIDO POR MENINGITE CRIPTOCÓCICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernanda da Silva Lima, Jaciely Garcia Caldas, Fabio Pereira Soares

Palavras-chave: Enfermagem, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Meningite Criptocócica

APRESENTAÇÃO: Segundo o Consenso em Criptococose (2008) a meningite criptocócica é uma doença de porta inalatória causada pelo fungo *Cryptococcus neoformans*. O fungo é cosmopolita, ocorre em diversos substratos orgânicos, frequentemente associam-se ao habitat de aves, excretas secas, ricas em fontes de nitrogênio, como ureia e creatinina. O *C. neoformans* provoca uma inflamação nas meninges, interferindo

na reabsorção do líquido cefalorraquidiano (LCR), resultando na hipertensão intracraniana. A incidência da infecção cresceu significativamente ao longo dos últimos 20 anos, devido, principalmente, à epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e ao aumento dos usos de terapias imunossupressoras. Portanto a criação de um plano de cuidado se faz necessária, utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) voltada em especial a esses clientes imunodeprimidos. O histórico de enfermagem se dá na busca e coleta de informações do paciente relacionadas ao seu estado de saúde, tarefas diárias, relações com família e comunidade, na busca de encontrar necessidades e queixas. O diagnóstico de enfermagem constitui a segunda etapa do processo de enfermagem, caracterizado como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas reais ou de risco para a saúde, processos vitais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das prescrições de enfermagem que propiciarão o alcance dos resultados pelos quais o enfermeiro é responsável (NANDA, 2010). O trabalho tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem ao elaborar um plano de cuidados baseando-se na SAE a um paciente com Meningite Criptocócica, assim como conhecer a fisiopatologia da doença, observar seu quadro clínico e evolução através da consulta de enfermagem. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Trata-se de um relato de experiência de natureza exploratório e descritivo com abordagem qualitativa. A experiência ocorreu em um Hospital Universitário referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), no município de Belém, Estado do Pará, e onde tivemos a oportunidade de selecionar um paciente para realizarmos avaliação clínica, e partir da qual, foi possível elaborar o plano de

cuidados de Enfermagem, podendo-se observar a sua aplicabilidade. Ocorreu no mês de outubro de 2014, durante as práticas hospitalares da atividade curricular Enfermagem em Doenças Transmissíveis, que faz parte do 4^o semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. O estudo refere-se a um paciente de 20 anos, do sexo masculino, com diagnóstico de Meningite Criptocócica. Quando se teve a oportunidade de cuidar de um paciente com Meningite Criptocócica, aplicando todas as fases do processo de enfermagem e, simultaneamente, foram coletados os dados através da avaliação do prontuário e consulta, entrevista semiestruturada com o paciente baseada no roteiro da consulta de enfermagem, exame físico e intervenções para melhoria da qualidade de vida do mesmo com o objetivo de identificar quais as principais necessidades afetadas do paciente. Logo em seguida, foram organizados e fundamentados nas literaturas selecionadas. O processo de enfermagem foi aplicado para identificar os principais diagnósticos de enfermagem segundo NANDA 2012- 2014, a partir dos problemas encontrados para propor um plano assistencial. As características, prescrição de enfermagem e resultados para os diagnósticos encontrados basearam-se nas Classificações das Intervenções de Enfermagem (NIC) e Classificações dos Resultados de Enfermagem (NOC). Respeitaram-se os aspectos éticos e legais, procurando proteger os direitos do paciente envolvido na pesquisa, de acordo com as determinações das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, como preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. RESULTADOS E/OU IMPACTOS: Esse trabalho revela a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem e a necessidade da instituição capacitar e estimular seus profissionais de enfermagem a adotá-la

como instrumento de coleta de dados para elaboração de um plano de cuidados que atenda as especificidades de cada paciente. Verificou-se que a aproximação com SAE durante a formação acadêmica é um meio de promover mudanças e estimular os profissionais a aderir à sua implantação nos serviços de saúde. A realização do plano de cuidados assistenciais em pacientes internados na DIP possui grande relevância para a prestação de cuidados de qualidade, e fornece segurança e proteção ao paciente, pois reduzirá os riscos de negligência da equipe de enfermagem, visto que a Sistematização da Assistência de Enfermagem deve ser checada pelos profissionais técnicos e de ensino superior de enfermagem. Para o profissional da enfermagem, a SAE é uma imprescindível ferramenta para oferecer ao paciente um cuidado integral que venha atender as necessidades individuais para proporcionar uma melhor qualidade de vida, refletindo em suas necessidades humanas básicas. Ao aplicarmos a sistematização da assistência no paciente internado no hospital, foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções: 1) Nutrição prejudicada: Menor do que as necessidades corporais, relacionada a fatores biológicos e capacidade prejudicada de ingerir os alimentos. Intervenção: incentivo a alimentação, monitoração nutricional e controle de peso. 2) Deambulação prejudicada relacionada ao descondicionamento físico. Intervenção: exercício de mobilidade articular e prevenção contra quedas. 3) Padrão de sono prejudicado relacionado ao ambiente desconhecido. Intervenção: controle do ambiente e técnicas relaxantes. 4) Risco de infecção relacionado a defesas primárias e secundárias inadequadas. Intervenção: Controle do ambiente; supervisão da pele; cuidados com o intracath e higiene correta. 5) Integridade da pele prejudicada

relacionada a déficit imunológico; mudanças na pigmentação. Intervenção: Controle de infecção, cuidados com repouso no leito e mudança de decúbito. 7) Náusea, caracterizado pela sensação de vômito. Intervenção: Incentivar o paciente a ingerir alimentos secos e suaves durante os períodos de náusea. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Através desta experiência, podemos concluir que é de fundamental importância à aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem dos diagnósticos a junto ao paciente com Meningite Criptocócica. A Enfermagem atua fornecendo ao paciente uma assistência individualizada e de maneira holística. A identificação dos principais diagnósticos de enfermagem nesse paciente em estudo foi importante para o planejamento da assistência de enfermagem, que envolve a elaboração de metas, objetivos e prescrições de enfermagem e conseqüentemente facilita a avaliação da assistência, pelo fato de proporcionar uma linguagem uniformizada e maior segurança ao profissional por meio de uma assistência direcionada relacionada à manutenção restabelecimento do bem estar e conforto do paciente, objetivando identificar os diagnósticos de enfermagem, bem como disponibilizar um plano de cuidados individualizado, direcionado e contínuo que tem por base os princípios científicos atuais.

SOBRE AS MULHERES QUE ABORTAM

Paula Land Curi, Jaqueline de Azevedo Fernandes Martins

Palavras-chave: Aborto clandestino, assistência, escuta

O presente trabalho tem como objetivo apresentar alguns achados clínicos, provenientes do trabalho de escuta realizado com mulheres, em uma instituição pública

de saúde materno-infantil, na cidade do Rio de Janeiro. São mulheres que passaram pela experiência do aborto clandestino. Ou melhor, mulheres que precisaram recorrer a práticas inseguras e que, por suas complicações, acabaram por adentrar o sistema público de saúde, para realização do procedimento de curetagem. Enfim, mulheres vítimas de um estado frágil, que as expõe ao risco de vida por não oferecer-lhes devida assistência. Apesar de o aborto ser criminalizado no país, diante de fatos concretos, pode-se observar, por exemplo: a) mulheres sempre abortaram, abortam e sempre abortarão; b) são exatamente essas mulheres, cujos abortos 'não deram certo' que chegam aos serviços de saúde; e, c) existem abortos que dão certo e, por isso, deles nós não sabemos e pouco ouvimos falar. Consideramos o aborto um tema complexo e espinhoso para uma sociedade, que não consegue pensá-lo como uma problemática relevante no campo da saúde pública e, por isso, impõe estratégias de ação. Ainda hoje, o aborto é considerado prática criminosa e, muitas vezes, discutido, inclusive pelos legisladores e gestores, a luz de achismos, crenças e valores. Contudo, o que ele revela é, com total alvura, a desigualdade social e as vulnerabilidades específicas que se fazem presentes e assolam nosso país. Sabe-se que seus números são tão alarmantes, mesmo que apenas estimados, que eles já justificariam, por si, medidas de prevenção à saúde sexual e reprodutiva, assim como a vida de mulheres. Ter a compreensão que, exatamente, para tentar diminuí-los, políticas públicas veem sendo paulatinamente, formuladas, implementadas e efetivadas. Mas, ainda se vê diante de pequenos avanços, grandes lacunas, especialmente quando se está diante das condições de acesso à saúde e assistência às mulheres. Sempre uma questão ecoa: O que podemos oferecer a essas mulheres? Pensando em como

se poderia cuidar efetivamente dessas mulheres, oferecer-lhes uma assistência mais humanizada e digna, lançamos mão de uma escuta capaz de refletir sobre os sujeitos-mulheres. Compreender que essas mulheres passavam a exigir nossa atenção não apenas para transformá-las em números – mais uma - e perfis – negra, pobre, analfabeta -, mas sim para tomá-las enquanto sujeitos de desejo. É preciso escutar delas, o que as afeta, mas, para isso, é preciso poder escutá-las de outro lugar e oferecer-lhes uma escuta sensível capaz de tomá-las uma a uma - singularizá-las. Contudo, ao dar-lhes vozes, acabam por deparar com uma (possível) nova versão para o fenômeno do aborto. Conseqüentemente se vê diante do dever ético de dizer algo sobre aquilo que apresentava. Nos atendimentos oferecidos nos leitos hospitalares a essas mulheres, após serem submetidas ao procedimento de curetagem, elas se indagavam se realmente alguém quer abortar, se realmente alguém opta por isso tão facilmente quanto às pessoas tendem a achar. Elas, diferentemente do que, de alguma forma, já se era até esperado, não falavam de suas misérias sociais, conjugais ou mesmo econômicas. Nem mesmo deixavam claro que queriam de fato interromper suas gestações, apesar de terem feito. Elas simplesmente diziam que precisavam abortar. Mas, o precisar era escutado no sentido de uma obrigação, ter de abortar, fossem compelidas a abortar, como se para elas, naquele momento, não houvesse outra saída. Traziam como personagem central no cenário dessa vivência, em certo sentido violento, solitário, penoso e desastroso, que poderia as levar à morte, suas mães. Ou melhor, seus conflitos com elas e toda uma séria de dificuldades que se apresentam implicitamente no processo de se tornarem mães. Ou seja, mostravam que tornar-se mãe é algo para além de engravidar e parir. Tal evidência não poderia ser descartada,

como outro aborto descuidado. Precisava ser cuidada, refletida, investigada, pois era efeito de um trabalho de escuta, realizado com essas mulheres. Efeito de sujeitos, podemos dizer. Elas ratificam também os ensinamentos da psicanálise, que caminham na direção de nos mostrar que não há como falar de vida sexual e reprodutiva de mulheres se não discutir a complexidade da relação mãe e filha, o que Freud chamou de fase pré-edípica, e os seus desdobramentos no caminho em direção à feminilidade. Afinal, estava diante de outro fato: não há mãe que não tenha sido um dia filha e o que elas revelam era como é difícil passar da posição de filha à mãe. Algumas mulheres, atendidas na unidade em questão, após a realização da curetagem, relatavam que suas 'decisões' não tinham se dado propriamente a partir de motivações sociais. Sim, eram pobres, às vezes sozinhas, desempregadas. Mas, o que realmente se apresentava como sendo o que as levava a buscar o aborto inseguro, colocando inclusive suas vidas em risco, era o que era vivido como imperativo. Não havia motivos mais concretos do que a exigência, a imposição, psíquica pelo aborto, realçando que havia outra coisa em jogo para além da 'simples decisão' de ter ou não o filho esperado porque viviam em estado de vulnerabilidades sociais. Não pretendemos com esse trabalho tratar dos avanços que se deram no campo das políticas públicas voltadas à saúde da mulher e aos direitos reprodutivos. Eles, apesar de ainda demandarem muito trabalho, de vários atores e segmentos sociais, são indubitáveis. O que pretendemos é compartilhar a experiência que adveio do trabalho de escuta, visto que isto possibilitou fazer uma leitura diferenciada, bastante, diferenciado do aborto. Nossa intenção foi evidenciar que, para além de proposições e ações concretas necessárias para proporcionar às mulheres uma assistência mais eficaz e digna, torna-se fundamental que sejam

maximizados os processos subjetivos que se explicitam nos casos de abortamento e que estão presentes no cotidiano da clínica com mulheres. Basta ter alguém que as queira escutar. Por fim, cabe ressaltar que quando se aponta na importância de nos dirigir aos sujeitos-mulheres que abortaram, isto está implicado com aquilo que se escuta e não tem nenhuma ideia contra o aborto ou a seu favor. Tem certo de que o fundamental é que os olhares e a escuta se voltem a essas mulheres, que com suas falas nos apresentam seus enigmas, convocando a clínica a um posicionamento.

SOFTWARE PARA AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO DA APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Fabiola de Lima Gonçalves, Joel Sotero da Cunha Neto, Ana Carla Magalhães Teixeira Feijão

Palavras-chave: Software, avaliação, desenvolvimento de competências

A formação em enfermagem exige um rigor próprio para que sejam desenvolvidas competências que promovam o cuidado de forma humana e responsável, portanto faz-se necessário a estruturação de parâmetros para que os docentes possam avaliar os discentes buscando-se a excelência do ensino. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido enquanto intervenção, pois visa contribuir para o processo de avaliação da disciplina de Estágio Supervisionado 1 do curso de Enfermagem de uma universidade particular do município de Fortaleza-CE. No primeiro momento, houve um encontro com as alunas da disciplina para que pudessem propor áreas e temas importantes de cada área como: saúde da mulher, criança, hanseníase, tuberculose, hipertensão e diabetes ações específicas

do enfermeiro na atenção primária, e dengue, já que o estágio é realizado em um município endêmico em bairros de periferia. Participaram da elaboração dos itens sete alunas e posteriormente a professora avaliou a proposta de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde em suas publicações e também levou em conta a sua experiência enquanto profissional especializada em Saúde da Família. Posteriormente foi elaborada uma planilha no Office onde foram organizadas cada área de conhecimento e divididos os níveis de experiência para serem quantificados pelos alunos. Foi feito um levantamento inicial para se obter um diagnóstico das experiências dos alunos em cada área e também para melhor alocá-los nos setores, podendo assim, priorizar as diversas experiências a partir do que fora realizado no mês anterior. Em um segundo momento foi contatado um aluno do mestrado em Informática Aplicada que organizou a planilha em um software que irá auxiliar na análise da produção mensal de cada aluno. Cada um terá acesso ao sistema e informará diariamente o que observou, realizou junto com outro colega/profissional/professor ou realizou sozinho sob supervisão. Ao final do mês, cada um enviará o consolidado mensal para a professora que gerará um gráfico e saberá assim, de forma rápida e precisa quais as áreas em que o aluno precisa de mais oportunidades de aprendizagem. Além disso, o aluno tem claro que a sua meta é realizar a ação/prática sozinho, porém sob a supervisão da professora supervisora do estágio. O software está em fase de testes sendo utilizada uma das professoras da disciplina e alunos matriculados. Para o desenvolvimento do software foi utilizado o Microsoft Visual Studio 2013 que é uma plataforma de desenvolvimento de software. O programa foi desenvolvido para facilitar a auto-avaliação dos alunos e auxiliar o professor a identificar a quantidade de

atividades práticas realizadas por cada aluno em áreas importantes para a sua formação. O software identifica o aluno através de sua matrícula da universidade e salva os dados fornecidos pelos alunos em um banco de dados. Entre os dados fornecidos pelos alunos está a quantidade de práticas realizadas em áreas como Criança, Dengue, Mulher, Tuberculose, Hanseníase, Diabetes, Hipertensão, Enfermagem. Nele também há um botão de envio dos dados, esse botão servirá para enviar todos os dados de quantidades de cada área praticada para o email da professora titular, juntamente com gráficos e uma avaliação prévia feita pelo próprio software para auxiliar a professora a realocar as alunas a fim de manter um equilíbrio entre todas as áreas de estudo. O papel dos profissionais de Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do acesso aos demais níveis envolve responsabilização pela saúde da população, outorga das necessárias autoridades administrativas e financeiras e reconhecimento quanto à essencialidade das funções exercidas pelas equipes de atenção primária (ALMEIDA et al, 2011). Uma das principais áreas de atuação do enfermeiro é a Atenção Primária à Saúde-APS, o que exige uma maior autonomia e um amplo espectro de competências. Assim, o Enfermeiro tem papel de grande relevância dentro da APS e necessitam uma formação que tenha uma boa qualidade de avaliação utilizando-se métodos e instrumentos de verificação.

SUPERVISÃO CLÍNICO-INSTITUCIONAL: UMA EXPERIÊNCIA DE ARTE, AFETOS E CRIAÇÃO

Daniele Tavares Alves, José Jackson Coelho Sampaio, Pedro Alves de Araújo Filho, Vanessa Calixto Veras Sanca, Raimundo Severo Júnior

Palavras-chave: Supervisão Clínico-Institucional, Centro de Atenção Psicossocial, Profissionais de saúde mental, Arte

Este trabalho é um relato de experiência que tem como objetivo descrever o processo de supervisão clínico-institucional ocorrido durante o ano de 2012 em uma equipe de um CAPS geral no sertão do Ceará. A supervisão clínico-institucional tem uma história na política de saúde mental, principalmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), desde o início da reforma psiquiátrica. Foi formalmente instituída nos SUS em 2005 como instrumentos da gestão em saúde mental. É uma potente ferramenta de qualificação das equipes, de articulação do serviço com o território, de produção de dispositivos de cuidado psicossocial que não reproduzam o modelo asilar, dentre outros. O contexto dos serviços de saúde mental também constitui uma realidade de árduos desafios para os seus trabalhadores. Conflitos de interesses, de concepções e de saberes; jogos de poder; limites estruturais; problemas de gestão; vínculos trabalhistas fragilizados contribuem para os níveis de estresse, adoecimento e desgaste das equipes. É nesse difícil contexto que o supervisor irá atuar. Como facilitar a fala de profissionais na equipe? Como potencializar o estar junto? Como mobilizar a produção do cuidado em saúde? Como disparar na equipe uma práxis criativa? Foram alguns dos questionamentos feitos pela supervisora em sua atuação. Este CAPS está localizado em um município que tem uma população estimada em 75.249 habitantes. Fica a uma distância de 350 km da capital e é composto por 13 distritos. De clima semiárido, tem a maior concentração da população na zona rural que tem como subsistência a agricultura, pecuária e o artesanato. O serviço foi inaugurado em dezembro de 1996 e em 2001 foi reinaugurado com as suas instalações físicas

restauradas de acordo com as exigências do Ministério da Saúde. É referência também para cinco municípios vizinhos. Os encontros de supervisão aconteceram mensalmente neste serviço com uma carga horária de 8 horas cada. Participaram desta experiência os trabalhadores integrantes da equipe: psiquiatra; enfermeira; técnicas de enfermagem; agentes administrativos; auxiliar de farmácia; motorista; jardineiro; auxiliar de serviços gerais; psicóloga; farmacêutico; assistente social; psicopedagoga; guarda municipal; porteiro; terapeuta ocupacional e os alunos do curso técnico de enfermagem e o professor do curso. Os encontros foram divididos em momentos de discussão da organização do serviço, da articulação nas redes de atenção e da produção do cuidado de si e do outro. Os encontros foram estruturados seguindo a metodologia que iniciou com uma acolhida que é o momento em que o grupo é convidado a partilhar como passaram o mês no serviço, quais as novidades e dificuldades enfrentadas nos processos de trabalho. Em seguida a etapa da discussão onde o grupo escolhe para aprofundamento algum assunto que surgiu a partir das falas. O próximo momento é o da experimentação estética onde são realizados experimentos que despertem o sensível dos trabalhadores. Na fase da transposição de linguagem ocorre a passagem de uma linguagem estética a outra na elaboração do vivido. O encontro finalizava com uma avaliação informal por meio da fala e/ou com questões sobre as contribuições da supervisão no âmbito pessoal, profissional e sugestões para as próximas supervisões. Foi utilizado como diferentes linguagens estéticas a poesia, a escrita, o movimento, a pintura, a performance. A metodologia não tinha uma estruturação rígida e estava sempre aberta ao movimento do grupo. A cada encontro foi elaborado uma memória e enviada eletronicamente por email à equipe

que discutia as estratégias necessárias para viabilizarem os encaminhamentos e/ou alterarem alguma informação presente na memória que não os contemplassem. A síntese dessa discussão era colocada pela equipe na próxima supervisão. A equipe de profissionais que vivenciou esta experiência tinha disponibilidade e interesse pelo processo de supervisão o que facilitou a inserção da supervisora no campo. A necessidade de discutir, estruturar e iniciar o processo de apoio matricial e o sentimento de não valorização profissional foram duas questões que emergiram no primeiro momento. Foi possível perceber que o interesse e disponibilidade apresentados apontavam para as dificuldades e incômodos no cotidiano destes profissionais e que pediam passagem ao status de palavra, de sentimentos e de sentidos. A equipe solicitou que a supervisão “cuidasse”, “trabalhasse” essas dificuldades e conflitos. Foi pactuado com a equipe que nas supervisões teriam um espaço para o cuidado de si, onde algumas experiências, utilizando diferentes linguagens estéticas, seriam facilitadas. Os objetivos destas experiências seriam o de possibilitar a ampliação na percepção da equipe de si mesma e de sua práxis e a observação dos afetos provocados pela experiência. A equipe diagnosticou a necessidade do início do apoio matricial, pois a não existência da aproximação entre CAPS e Atenção Básica ocasionava ao serviço encaminhamentos de demandas que poderiam ser resolvidas na própria unidade básica de saúde. A partir das discussões em supervisão, um plano de trabalho foi traçado pela equipe e desenvolvido em conjunto com os Postos de Saúde da Família. Outra dificuldade apontada pelos profissionais foi a de ofertar aos usuários do serviço CAPS o cuidado por meio de grupos terapêuticos. Diante desta dificuldade percebeu-se a importância de discutir nas supervisões os projetos terapêuticos dos usuários e o que o

serviço estava ofertando como dispositivos de cuidado psicossocial? Diante destas reflexões a equipe foi saindo, juntamente com os usuários, para o território. Realizaram experiências de inserção dos usuários em ações culturais no território como, por exemplo, uma peça de teatro em comemoração ao dia 18 de maio, dia da Luta Antimanicomial. O movimento do grupo em direção ao território e os experimentos propostos nos encontros de supervisão provocou no grupo uma necessidade de discussão sobre a importância da arte no contexto terapêutico. A integração da equipe, o início do apoio matricial, a oferta de grupos terapêuticos e as ações culturais no território da cidade foram os principais resultados alcançados e que apontam a supervisão como um dispositivo potente na produção: das ações de cuidado integral, de saberes e práticas e da capacidade de criação da equipe. A clínica dessa equipe foi se (des) anestesiando, pois se permitiram afetar, sentir, serem provocados a sair dos lugares conhecidos. Nesse crescimento, aprenderam a falar uns com os outros, a dialogar e o silêncio não mais os assustou e os paralisou. É possível falar de seus lugares, contribuindo com o seu saber específico e também falar junto enquanto equipe e profissionais da saúde. Exercitaram o olhar, a escuta e o cuidado consigo experimentando os reflexos destas experiências em suas práticas. Descobriram-se criativos, potentes, alegres e capazes de olhar de forma ampliada para si, para o outro e para a sua práxis. O dispositivo arte foi utilizado na mobilização dos afetos e produção de sentidos pelos participantes. E são esses sentidos que produzem saúde e vida apesar do adoecimento e das dores no cuidado psicossocial que visa cuidar sem excluir o sujeito de seus direitos, dos vínculos e dos afetos.

TECENDO CONSIDERAÇÕES SOBRE A (NÃO) PRODUÇÃO DE CUIDADOS NOS CASOS DE ABORTAMENTO ESPONTÂNEO

Paula Land Curi

Palavras-chave: Aborto espontâneo, Assistência, Luto

O trabalho que se propôs apresentar parte da escuta clínica de mulheres, em situação de abortamento espontâneo, numa maternidade pública situada na cidade do Rio de Janeiro. Tem como objetivo tecer algumas considerações sobre a assistência que lhes fora dada, em um primeiro momento, evidenciando a não produção dos devidos cuidados com os restos psíquicos derivados das experiências de abortamentos e o que se inscreveu, posteriormente, a partir de um trabalho multidisciplinar, na unidade em questão, ou seja, objetiva. Em um segundo tempo evidenciar como a partir de um intenso trabalho de desnaturalização de práticas legitimadas. A unidade caminhou na direção da criação de um ambulatório de perdas gestacionais, revelando e legitimando a importância de se propiciar e garantir um espaço onde as mulheres pudessem falar de suas vivências e elaborar a dor de suas perdas. Trabalhar numa maternidade, inexoravelmente, nos leva ao encontro com mulheres e, em meio a gestantes, parturientes e puérperas, estão aquelas que deram entrada na unidade de saúde por conta dos abortamentos espontâneos de seus tão sonhados filhos. Essas mulheres que, de alguma forma, ficam relegadas ao segundo plano, por evidenciarem, nos seus corpos, ‘coisas’ que ninguém quer saber. Naquele tempo, essas perdas, aos olhos de várias equipes de saúde, não teriam qualquer impacto ou implicação na vida desse sujeito-mulher. Pelo contrário, eram perdas muito singelas,

que ocorriam em mulheres que ‘mal estavam grávidas’, com poucas semanas de gestação, que nem sempre chegavam a ganhar visibilidade, quer porque algumas mulheres nem tinham ‘corpo de grávida’, quer porque eram mortes sem concretude, mortes sem corpos. Era como se o ditado popular se fizesse presente: ‘o que os olhos não veem, o coração não sente’. No entanto, essas perdas evidenciavam um grande descompasso entre o que as mulheres viviam e diziam e o que as equipes de saúde conseguiam enxergar e escutar. De um lado, mulheres buscavam o reconhecimento dos filhos perdidos, de suas dores, até mesmo o direito de poderem chorar sem serem patologizadas. Do outro, equipes cegas e surdas diante dessas mulheres e do ocorrido. Afinal, o que elas perdem? Os profissionais de saúde, de forma geral, não conseguiam perceber, ou mesmo escutar, que o que fora perdido não eram simplesmente embriões e fetos que não tinham um lugar em suas vidas, mas seus filhos desejados. Consequentemente, elas padeciam não só com as perdas sofridas, mas também, em certo sentido, com o desmentido destas e com a negação de seu sofrimento. Padeciam com a impossibilidade de terem as crianças esperadas em seus braços, mas também com a impossibilidade de tornarem-se mães, quer pela primeira vez, ou mesmo mais uma vez. O ingresso de um profissional psi na unidade, orientado pela psicanálise, que tem como ferramenta de trabalho a escuta, após algum tempo de trabalho com essas mulheres, consegue evidenciar que o que elas precisavam para que cuidados em saúde fossem de fato oferecidos, era que pudessem ser escutadas. Se, por um lado, estavam ali porque demandavam cuidados com seus corpos, por outro, evidenciavam com suas narrativas a demanda por cuidados com os restos psíquicos provenientes de suas perdas. Precisavam poder falar para quem pudesse e conseguisse suportar

escutar a dor que as atravessava: a dor da perda de um filho. Partindo da premissa de que restos psíquicos podem reverberar nas vidas dos sujeitos, um passo adiante foi dado na unidade, consequência direta do trabalho multidisciplinar. Com o tempo, alguns profissionais de saúde conseguiram se sensibilizar diante do que no seu dia a dia era tão presente e tão escamoteado. Conseguiram compreender que, a despeito também de nossas dores, de nosso confronto com a finitude de outrem, que por definição nos revela a nossa própria, temos o dever ético de nos ocuparmos com essas mulheres, que necessitam de que suas dores sejam, no mínimo, reconhecidas por aqueles que dizem querer cuidar, para que um trabalho de luto se inicie. Retirar o véu, sempre presente nas unidades materno-infantis, que encobre a morte. Deixar de lado as crenças imaginárias que falam que o se vê na maternidade é só alegria, vida, sucesso. Demarcar que a morte interrompe a vida, não só daquele que estava por vir, mas atravessava a vida das ‘ex-mães’. Assim, marcados pelo desejo de construir um espaço de trabalho capaz de fazer emergir um sujeito, dando-lhe voz e oferecendo-lhe escuta, ratificou-se a importância de se criar um ambulatório de atendimento psicológico voltado às mulheres que sofreram perdas gestacionais. Nesse, mulheres seriam atendidas, mesmo que tivessem tido suas gestações muito precocemente interrompidas. Apostávamos que, ao oferecer este espaço e a possibilidade de serem escutadas, às mulheres poderiam dissipar suas dores, a perda poderia ser sentida para, enfim, ser elaborada. Isso porque se escutava através das falas de algumas, sobre suas necessidades de falar sobre o vivido, sobre o que as acometeu, mesmo quando culpavam a unidade pela perda, pela (des) assistência prestada. Apesar de sabermos que o luto é um trabalho psíquico que não requer

tratamento e que vai se concretizando com o tempo, percebíamos nesses atendimentos que algumas mulheres enunciavam a necessidade que tinham de serem auxiliadas na elaboração de suas perdas. O processo era muito difícil, penoso, pois, revelar-se-ia, no mínimo, ‘antinatural’. Além disso, não se tratava apenas, como alguns proferiam, de voltar para casa, desmontar o quartinho, guardar ou doar o enxoval. Tratava-se de algo muito maior, um trabalho muito dispendioso, necessário, para que suas vidas pudessem ser retomadas. Através desse trabalho com essas mulheres, concebemos que a vivência de um abortamento espontâneo, mesmo que nas semanas iniciais de uma gestação, pode deixar no sujeito uma marca indelével, que demanda trabalho psíquico. Este convoca a um luto excepcional, que traz consigo algumas características bem incomuns. Afinal, a dificuldade de reconhecimento e da legitimidade da perda, se inscreve, por exemplo, pela não existência do rito do enterro. Conclui-se que, para poder assistir efetivamente mulheres, produzir cuidados em saúde, precisa ir além da lógica predominantemente biológica que ainda impera nas instituições médicas de saúde. Essa, que ainda é a marca central de assistência, precisa ser revisitada. Temos que considerar que para poder cuidar, temos como exigência, considerar os desdobramentos que se apresentam para além dos aspectos biológicos, em termos das vicissitudes do viver.

TENDAS DA SAÚDE: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DE TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS NO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE

José Reginaldo Pinto, Manoel Ramos do Nascimento, Adriana Melo de Farias, Francisco Roger Aguiar Cavalcante, Tereza Doralúcia Rodrigues Ponte, Sérgio Ricardo

Moura Saraiva, Ana Carolina Braz Torres Soares, Jaqueline Sampaio de Vasconcelos da Cunha

Palavras-chave: Educação Permanente em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde

INTRODUÇÃO: Para o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde é necessário a implantação de ações educativas. Visando estimular os profissionais de saúde do setor da atenção básica da 11^a Coordenadoria Regional de Saúde de Sobral a executarem ações inovadoras de promoção da saúde, foi proposto a formulação de um projeto que desenvolvesse processos formativos internos para que os atores dessa instituição pudessem ser multiplicadores e formassem facilitadores nos municípios pertencentes a esta Região de Saúde. Foi possível, desta forma, emergir um plano de ação que contemplasse abordar as políticas de saúde de forma diferenciada do modelo tradicional de atendimento ao usuário do Sistema Único de Saúde, utilizando-se as metodologias ativas (MA's). Esse método propõe a elaboração de situações de ensino que promovam uma aproximação crítica do aluno com a realidade; a reflexão sobre problemas que geram curiosidade e desafio; a disponibilização de recursos para pesquisar problemas e soluções; a identificação e organização das soluções hipotéticas mais adequadas à situação e a aplicação dessas soluções¹. Sendo assim, esse trabalho procurava demonstrar aos profissionais de saúde da assistência que é possível abordar os grupos de usuários que são atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) como desenvolver sessões educativas e atendimentos utilizando-se das tecnologias das MA's. O projeto procurava fazer uma analogia sobre como trabalhar as MA's nas políticas de saúde. Desse modo referenciava as políticas da seguinte

forma: Mundo Mágico (Atenção à Saúde da Criança), Descobertas (Atenção à Saúde do Adolescente), vaidade (Atenção à Saúde da Mulher), Movimento (Atenção à Saúde do Homem), Memória (Atenção à Saúde do Idoso) e Realidade (Atenção à Saúde do Adulto). Assim, nasceu o Tendas da Saúde. OBJETIVO: Capacitar equipes da Atenção Primária em tecnologias educacionais utilizando as metodologias ativas, para serem multiplicadores nos municípios. METODOLOGIA: Relato de experiência executado na Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), município de Sobral, região norte do estado do Ceará, envolvendo todos os técnicos da atenção básica, os residentes em saúde coletiva e o núcleo gestor da instituição. Compuseram o projeto 16 profissionais de saúde. A experiência ocorreu no primeiro semestre de 2015. Para a sucessão das ações foi necessário à execução de dez encontros com os técnicos da CRES, nos quais foram elaboradas as programações de atividades que seriam repassadas nos 24 municípios pertencentes à Região de Saúde. Foi possível pactuar nesses encontros que em cada município três profissionais seriam os facilitadores do projeto, sendo composto por dois técnicos de nível superior e um residente. Em relação à programação das atividades a serem repassadas nos municípios foram formuladas muitas propostas de MA's, como: formulação de situações problemas (SP's); orientações para a construção de narrativas individuais, as quais intencionavam discutir o perfil de um profissional de saúde e sua coerência nas ações de promoção da saúde nos cenários de prática no âmbito do SUS; escolha de cines-viagem que abordassem temáticas do cotidiano de trabalho dos profissionais; formulação de dinâmicas; construção de diagnósticos situacionais, os quais eram realizados por meio de rodas de conversas onde cada profissional

descrevia como percebia seu cenário de prática na promoção da saúde e identificava os desafios, fraquezas, ameaças, fortalezas e oportunidades, como estratégia de modificação de hábitos e qualidade de vida da população que atendia; construção de matrizes de consensos e matrizes decisórias, as quais elegiam os problemas identificados e a serem enfrentados pelos profissionais em seu campo de trabalho; elaboração de textos de referências (TR's); preparação de slides para confecção de portfólios pelos alunos (instrumentos pedagógicos que permitam alcançar competências importantes para o exercício acadêmico e profissional)². Foi acordado nesses encontros que o projeto seria repassado em cada município da região em quatro oficinas, sendo uma por semana, totalizando uma carga horária de 40 horas. Os períodos de repasse dessas oficinas foram denominados ondas, pelas equipes multiplicadoras. Assim, seriam realizadas quatro ondas, ou seja, quatro períodos, sendo capacitados seis municípios em cada uma delas. Resultados: O projeto suscitou a criação de um site e um e-mail que permitisse a interação entre todos os profissionais facilitadores do plano, os quais serviriam também para os futuros alunos pertencentes aos municípios. Os encontros internos na CRES também proporcionou o aperfeiçoamento pedagógico dos profissionais de saúde para trabalhar com as MA's em diversas situações, enquanto facilitadores de ações formativas em saúde. Esses encontros foram necessários para que se pudesse desmistificar o modelo biologicista e medicalizante que estavam ainda enraizados nos técnicos que não tinham vivenciado capacitações dentro desse modelo de ensino e aprendizagem. Também despertou nesses indivíduos métodos criativos para repassar conteúdos aos públicos de diversificados graus instrucionais. As possíveis explicações para

esse nítido descompasso da velocidade dos processos de mudança no serviço e na academia podem ser encontradas tanto na academia quanto nos serviços. Na academia, podem-se citar a gestão não comprometida, a atenção básica como aprendizagem marginal, o despreparo dos professores frente ao novo enfoque de aprendizagem, a difícil relação entre as diferentes profissões e a resistência dos estudantes em relação ao contato com a comunidade. Nos serviços de saúde, podem-se citar: a resistência dos profissionais às mudanças em processo, que a formação de profissionais não faz parte da agenda de trabalho, o acréscimo de mais uma função, o ensino, sem receber por isso, a estrutura física inadequada para acolher os estudantes, a resistência da população à presença do estudante no serviço e a possível identificação de fragilidades do serviço prestado³. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A criação do Projeto Tendas da Saúde ocasionou uma mudança no processo de trabalho dos profissionais da instituição, procurando resgatar o potencial pedagógico de cada ator responsável pelo repasse das oficinas nos municípios. Também ocasionou uma maior integração entre toda a equipe multidisciplinar, que puderam se conhecer melhor, atando laços de afinidades funcionais. O conhecimento sobre responsabilidades e atribuições dos profissionais em Educação Permanente em Saúde contribuiu para dar visibilidade e possibilitar uma avaliação dos processos e execução das ações em cada nível de atuação. A avaliação dos processos melhor se desenvolveram quando estruturas efetivas de gestão e integração ensino-serviço se fortaleceram e materializaram as possibilidades de realização da educação permanente enquanto política pública nesse cenário.

TRAJETÓRIA E SUSTENTABILIDADE DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO A PARTIR DO PRÓ-PET-SAÚDE EM BLUMENAU-SC

João Luiz Gurgel Calvet da Silveira, Carlos Roberto de Oliveira Nunes, Carla Regina Cumiotto, Ana Célia Teixeira de Carvalho Schneider, Cláudia Regina Lima Duarte da Silva, Karla Ferreira Rogrigues

Palavras-chave: saúde coletiva, educação, serviços de saúde, preceptoría

APRESENTAÇÃO: As concepções de ensino das profissões da saúde apresentam, historicamente, uma considerável influência do mercado profissional, que por sua vez determina concepções e práticas de saúde. O modelo dominante de ensino que prevalece ainda hoje no Brasil pode ser caracterizado como sendo fortemente influenciado por forças de mercado e baseado na tecnologia médica¹. Denota-se menor ênfase ou valorização do desenvolvimento de conhecimentos e habilidades orientadas por princípios de integralidade, solidariedade e relações sociais mais humanizadas, características indispensáveis para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS)². O objetivo desse trabalho é apresentar o contexto da integração ensino-serviço de Blumenau a partir da experiência do Pet-Saúde. DESENVOLVIMENTO: Em resposta a este cenário destacam-se nas últimas décadas, políticas de estado que buscam mudanças nessa formação, seja pela via da regulação com a criação da Lei do SINAES (Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior)³ e também pela divulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs)⁴, específicas para cada um dos diferentes cursos da área da saúde⁴. Na dimensão do fomento para o desenvolvimento de mudanças na formação da área da saúde

podemos destacar o Pró-Saúde (Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde)⁵ e o Pet-Saúde (Programa para a Educação pelo Trabalho para a Saúde)⁶. Este cenário constitui um desafio para o desenvolvimento do ensino dos profissionais de saúde e também para o desenvolvimento e manutenção do SUS, devendo considerar a complexidade e o dinamismo do processo saúde-doença, incluindo em um mesmo eixo o ensino profissional e a forma como se organiza a prestação dos serviços, com ênfase para o serviço público. A integração ensino-serviço constitui uma política de estado interministerial. Nessa perspectiva o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (Pet-Saúde) representa relevante estratégia de fomento dos Ministérios da Saúde e da Educação. Em seus princípios essa política busca institucionalizar propostas de integração ensino-serviço, em atendimento às diretrizes curriculares nacionais dos cursos da saúde, qualificando simultaneamente o serviço público, tendo as diretrizes do Sistema Único de Saúde como orientação⁶. A Universidade Regional de Blumenau - FURB, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Blumenau - SEMUS, captou em editais da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGETES desde 2008, quatro editais consecutivos, com 120 bolsas para estudantes de 10 cursos de graduação em 60 meses de dedicação. Atualmente o projeto é mantido por 4 grupos, cujas linhas de pesquisa alimentam as ações de pesquisa, extensão e cuidado nos cenários do SUS, constituindo-se como um projeto de extensão universitária. Organiza-se em quatro grupos, contando com: 1 coordenador (docente da FURB), 1 coordenador adjunto (docente da FURB), 10 tutores (docentes da FURB), 12 preceptores (profissionais da SEMUS), 82 estudantes em caráter voluntário. Em sua trajetória, os grupos desenvolveram, em média, 6

projetos de pesquisa em 28 cenários de prática, da atenção primária, secundária e terciária, incluindo unidades de Estratégia de Saúde da Família - ESF, Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, atenção secundária no Núcleo de Atendimento ao Diabético – NAD, Banco de Leite Humano e Hospital Santo Antônio, integrando das redes de atenção de doenças crônicas e saúde mental. Os trabalhos dos grupos Pet-Saúde tiveram início em 2009. Os grupos desenvolvem estratégias pedagógicas e práticas de cuidado inovadoras como: a) “rodas de conversa”, grupos de dança, caminhada, análise de “Cases”, visando consolidar uma proposta política organizacional direcionada aos cursos da saúde e integrar as diferentes linhas dos projetos; b) eventos como o I Fórum de Ensino do Centro de Ciências da Saúde e oficinas na universidade e na comunidade; c) apresentação de trabalhos em eventos científicos locais, nacionais e internacionais com participação de estudantes e profissionais de saúde do SUS como apresentadores; d) publicação de artigos científicos em periódicos e capítulos de livro com relato de experiências e resultados de pesquisa. Essas ações são embasadas por princípios como indissociabilidade das atividades de pesquisa, ensino e extensão, interprofissionalidade fazendo convergir conhecimentos e práticas dos diferentes núcleos profissionais e integralidade do cuidado redimensionando a percepção do usuário ao incluir os determinantes sociais da saúde. RESULTADOS: A proposta pode ser considerada inovadora por apresentar: a) superação da lógica disciplinar do ensino intramuros focado no professor por uma concepção de educação tutorial onde o professor orienta um processo de aprendizagem ativa e preceptoria por parte dos profissionais da rede de serviço, integrando os objetivos do ensino e da atenção aos usuários do SUS. Dessa forma o tutor estimula atividades integradas com

as demandas da equipe de saúde e dos usuários e a pro atividade dos estudantes; b) indissociabilidade com a definição de objetos e metodologias de pesquisa que atendam às necessidades do serviço e da comunidade, de forma interdisciplinar e pactuada com as equipes, visando ações de cuidado integradas e mais resolutivas; c) redimensionamento da relação ensino-serviço pela transcendência dos limites dos papéis de ensinar, aprender, pesquisar e cuidar, d) integração da graduação com a pós-graduação em atividades de pesquisa e participação em eventos científicos envolvendo docentes e estudantes do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da FURB, e) reconhecimento por parte dos preceptores da relevância e potencialidade da presença dos estudantes nos cenários de prática, em que pesem dificuldades de estrutura e espaço físico, f) boa aceitação dos estudantes como cuidadores por parte dos usuários, g) participação efetiva do grupo Pró-Pet-Saúde na 8^a Conferência Municipal de Saúde de Blumenau com a aprovação para a definição de uma política municipal de integração ensino-serviço e de uma Lei municipal que a respalde. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O desafio histórico representado pela integração ensino-serviço envolve instituições de natureza diversa, com dimensões política e administrativa desafiadoras. Os resultados apresentados demonstram a sustentabilidade da integração ensino-serviço no município de Blumenau, considerando o momento atual sem a oferta de bolsas para os estudantes e preceptores devido à ausência chamada pública para projetos e de contrato com o Ministério da Saúde. Percebe-se que os grupos permanecem com suas atividades, embora com redução alguns dos cenários, porém com boa integração. A proposta conta atualmente com número expressivo de estudantes voluntários, docentes com horas de extensão designadas pela instituição e preceptores voluntários

do SUS. A experiência desenvolvida em Blumenau demonstra que a integração ensino-serviço pode ser um terreno fértil para o desenvolvimento de competências e habilidades pouco oportunizadas no currículo prescritivo tradicional dos cursos da área da saúde, qualificando simultaneamente e de forma indiferenciada o serviço de saúde pública. A experiência vivenciada em Blumenau-SC envolvendo a Universidade, o SUS e a comunidade apresenta potencial para a qualificação e sustentabilidade da integração ensino-serviço.

TUDO MUDA A PARTIR DO OLHAR

Laura Virgili Claro, Elinar Maria Stracke, Jessica Piuco, Sanandria Rodrigues Bachinski, Cristian Rosa Nilson, Sandra Lizania dos Santos Soares, Ana Terezinha de Lima Recart, Débora Schlotfeldt Siniak

Palavras-chave: saúde mental, inclusão social, oficina terapêutica

APRESENTAÇÃO: O campo das ações dirigidas a pessoas com transtorno mental vem sofrendo alterações desde o final da década de 70 quando surgiram os primeiros movimentos reformistas. A Reforma Psiquiátrica, a favor do movimento de reinauguração democrática, confluiu e atou-se ao processo da Reforma Sanitária. Foi no âmbito desse cenário que surgiram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que atualmente se configuram como dispositivo estratégico para atenção dirigida ao portador de transtorno mental intenso e persistente, pautada nos princípios do SUS, voltada à inclusão social e orientada por uma perspectiva de clínica ampliada de base comunitária e territorial (Dombi-barbosa et al., 2009). As práticas realizadas nos CAPS, de uma forma geral, se caracterizam por ser um ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses

serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (Brasil, 2004). Dentro deste contexto, o trabalho de interface com a arte e a cultura é amplamente reconhecido pelo potencial de transformação, desta forma, o componente cultural e artístico é essencial ao êxito do cuidado em saúde mental. A arte ou a atividade de base artística é tida pelos profissionais dos CAPS como um recurso na comunicação com o paciente, confirmando que o fazer artístico proporciona, de forma rápida e eficaz, pontes para a intersubjetividade, para um contato rico, íntimo e profundo, pois ela ajuda à expressão daquilo que mal se vislumbra, que é nebuloso, ou que é complexo e implica uma apreensão simultânea de várias facetas e níveis de significado. Ela permite a expressão de conteúdos que não respeitam a ordenação lógica e temporal da linguagem. A doença mental parece ser o congelamento da expressão. A loucura deixa o sujeito ancorado num silenciamento. Bloqueando o seu canal de expressão, o sujeito se sente desqualificado para falar e fazer-se compreender. Através da atividade de base artística, o indizível encontra um meio para sua manifestação. A expressão consiste em relacionar certos dados atuais ou presentes a objetos ocultos ou distantes, é uma maneira de exteriorizar pensamentos e sentimentos. A expressão, assim, é o conjunto de efeitos exteriores da consciência, efeitos que são sintomas de processos interiores ou sinais de estados psíquicos, sentimentos e emotivos (Tavares, 2003). O CAPSII Asas da Liberdade de Uruguaiana possui atualmente 479 usuários, iniciou suas atividades em 2004 e atende pessoas portadoras de transtornos mentais,

possui uma equipe multiprofissional constituída por assistente social, educadora física, enfermeiras, técnicos em enfermagem, médico, nutricionista, artesãs, psicólogos, terapeuta ocupacional e oferecem aos usuários oficinas terapêuticas, atendimentos médicos, nutricionais e psicológicos, grupos, atendimentos familiares e visitas domiciliares como forma de promover a ressocialização e incentivar a autonomia dos pacientes através da cultura, lazer, arte e trabalho. Visualizou-se, assim, a fotografia como dispositivo ou recurso terapêutico, visto que o ato fotográfico seria uma forma de experimentar a vida, de investigar, torná-la mais veemente e mesmo de transformá-la. A arte, o ato de criar, a fotografia, bem como as várias formas de linguagem, que têm relação com o sintoma, são formas de se lidar com o vazio e com o sofrimento provocado pela dimensão trágica que, no âmbito da saúde mental, abarcam muitas vezes a existência (Francisquetti, 2005). OBJETIVO: O presente trabalho pretende desvelar a importância da fotografia enquanto ferramenta terapêutica no cuidado às pessoas com transtornos mentais. DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO: Utilizou-se a fotografia digital para a captura de imagens e os cenários para as fotos externas foram utilizadas áreas públicas e privadas da cidade de Uruguaiana (Praça Barão do Rio Branco, Escola Livre de Belas Artes – ELBA e Tamandaré late Clube), ademais, foram capturadas cenas em um Parque de Diversão e no evento alusivo ao dia 18 de Maio (Dia da Luta Antimanicomial), os registros foram realizados em preto e branco tradicional. O trabalho foi desenvolvido por uma equipe composta por acadêmico em enfermagem, agentes sociais, artesã, nutricionista residente, terapeuta ocupacional, sanitaria e o apoio voluntário de um fotógrafo, os quais foram responsáveis pela escolha dos

cenários para a captura de imagens e organização dos participantes nos dias de fotos. Levando em conta o cumprimento dos aspectos éticos, todos os participantes do projeto aceitaram participar voluntariamente das sessões de fotos e assinaram um Termo de Autorização de uso geral de Imagem, consentindo a utilização de sua imagem. RESULTADOS: Com a realização do projeto foi possível utilizar a fotografia como método terapêutico para os usuários, retratando as cenas cotidianas vivenciadas nos modos singulares de existência através da expressão de sentimentos durante a participação dos usuários nos cenários terapêuticos, onde possibilitou maior sociabilidade entre os usuários e a comunidade durante a captura de imagens externas nas áreas públicas fortalecendo a lógica de reconhecimento e que todos, temos um lugar no mundo. Sob este prisma, a fotografia parece contribuir para descobrir ou redescobrir o sentimento de reintegração, reinserção, de pertencimento a algum lugar e de fazer parte de uma história, tornando-se potente ao mostrar-se como possibilidade de auxiliar na formação da subjetividade, à medida que inaugura ou faz reviver o senso de existência (Mamede, 2006). Nesse sentido, através das fotografias, desencadeia-se outro modo de olhar o mundo, melhorando as possibilidades de apresentação de fatos, pessoas, objetos e acontecimentos. Esse é um exercício de liberdade que se apresenta de maneira muito positiva, que transforma meros atores do cotidiano em autores donos de suas próprias “verdades”. De alguma forma, a fotografia recupera o poder do olhar e, assim, proporciona certa apropriação do mundo. Com isso, um dos principais méritos da imagem fotográfica como instrumento terapêutico, em se tratando de saúde mental, é sua capacidade de oferecer e possibilitar uma reapropriação

do olhar por parte daqueles que, muitas vezes, dele são vítimas (Freitas, 2012). Pode-se verificar que as sessões de fotografia promoveram maior integração social dos usuários, além de propiciar a manifestação de sentimentos, desenvolvimento de habilidades corporais e realização de atividades produtivas, tornando possível ainda, retratar cenas cotidianas vivenciadas nos modos singulares de existência por meio dos registros. Com a realização desse trabalho, o projeto foi convidado a participar da Feira do Livro da cidade, onde irá organizar uma mostra fotográfica e a equipe juntamente com os usuários irão selecionar as fotos para divulgação no evento, essa atividade irá fortalecer e potencializar a tomada de decisões dos participantes, uma vez que, eles mesmos participarão da escolha das fotos que farão parte da exposição fotográfica, o que irá promover a autonomia e responsabilidade dos usuários. Ao encontro disso, pensa-se que com a divulgação das fotografias a sociedade terá maior aproximação com os usuários, na medida em que, a exposição propiciará a reintegração social e a articulação junto à comunidade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Por fim, pode-se visualizar que o projeto oportunizou a valorização do potencial criativo dos usuários. Dessa forma, é de grande relevância que se possa explorar e potencializar recursos que possibilitem uma prática em saúde mental orientada por princípios de autonomia, responsabilidade e inclusão social dos usuários portadores de transtornos mentais. Nesse sentido, é essencial que novas práticas sejam (re) inventadas a cada dia e venham desconstruir os rótulos e estereótipos criados pela sociedade com relação aos usuários do CAPS.

VINCULAÇÃO DAS GESTANTES ÀS MATERNIDADES DISTRITO DE SAÚDE SUL EM MANAUS: ESTRATÉGIA PARA PRODUÇÃO DO CUIDADO

Lucia Marques de Freitas, Ivamar Moreira da Silva, Rosimary de Souza Lourenço

Palavras-chave: pré-natal, vinculação, maternidades

APRESENTAÇÃO: A redução da mortalidade materna constitui uma preocupação da saúde pública. De 1990 a 2007, o Brasil apresentou redução de cerca de 50% de óbitos maternos, passando de 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 1990 para 75 óbitos em 2007. Em Manaus, no período de 2008 a 2012 foram registrados um total de 137 óbitos maternos. As principais causas de óbito materno em Manaus, de 2008 a 2012, decorreram de complicações relacionadas predominantemente ao puerpério e a outras afecções obstétricas não classificadas, que corresponderam a 64,96% entre as causas básicas agrupadas. Em junho de 2011, através da Portaria Nº 1.459, o Ministério da Saúde, instituiu no âmbito do SUS a Rede Cegonha. Constitui uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (Brasil, 2011). A detecção e a intervenção precoce das situações de risco, um sistema ágil de referência hospitalar que assegure vaga para a gestante e seu bebê, a qualificação da assistência ao parto são aspectos que podem ser determinantes na redução das principais causas de mortalidade materna e neonatal. **DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO:** A vinculação da gestante às unidades de referência para assistência ao parto contribui para a qualidade do pré-natal na atenção

primária. As unidades de atenção primária devem realizar o acompanhamento das gestantes, articulando-se com os serviços de apoio diagnóstico de modo a assegurar a realização dos exames necessários durante a gestação, acompanhar a programação do parto na maternidade de referência e acompanhar após o parto a mãe e o bebê. O Distrito de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde tem sob sua responsabilidade 16 Unidades Básicas de Saúde e 49 Unidades da Estratégia Saúde da Família. Conta também com a presença de duas maternidades públicas sob gestão estadual – Maternidade Balbina Mestrinho e Instituto da Mulher Dona Lindú. Em consonância com o preconizado pela Rede Cegonha a área técnica da Saúde da Mulher que deu início a um processo de reflexão e planejamento para consolidar o processo de vinculação com a maternidade de referência, de acordo com o estrato de risco. A construção da proposta de vinculação teve início com discussões internas realizadas com profissionais e gestores das unidades no distrito, representante do Ministério da Saúde, das Maternidades, da Secretaria Municipal de Saúde e do Distrito de Saúde Sul foi discutido a vinculação das unidades por território e a construção de fluxos de referência e contra referência da gestante e da puérpera e do recém-nascido. Ficaram vinculadas à Maternidade Balbina Mestrinho 42 unidades de saúde (11 Unidades básicas de saúde e 31 unidades da Estratégia Saúde da Família) e ao Instituto da Mulher Dona Lindú 23 unidades (05 Unidades Básicas de Saúde e 18 unidades da Estratégia Saúde da Família). A vinculação se dá na primeira consulta de pré-natal, ocasião em que o enfermeiro realiza a avaliação geral da gestante, solicitando os exames de rotina e outros exames que se fizerem necessário. Na ocasião esta é orientada a comparecer a maternidade de referência em seu território. No cartão de pré-natal da gestante é feito

o registro da data e horário da visita. Na Maternidade Balbina Mestrinho as visitas são realizadas na quarta-feira (de 08 horas às 12 horas e de 14 horas às 17 horas) e na quinta-feira (de 08 horas às 12 horas). No Instituto da Mulher Dona Lindú as visitas são realizadas de segunda a sexta-feira (de 08 horas às 12 horas e de 14 horas às 17 horas). Semanalmente, as unidades de saúde encaminham a relação das gestantes que realizarão visita de vinculação nas maternidades. A responsável da área técnica de Saúde da Mulher consolida essas informações e encaminha às maternidades a relação das gestantes referenciadas pelas unidades para as visitas. Atualmente as próprias unidades estabelecem contato direto com as Maternidades informando às gestantes que realizarão a visita através de email criado exclusivamente para esse fim. As maternidades, nos dias agendados para realização das visitas, designam um profissional da equipe para acolher as gestantes e seus acompanhantes, orientando-os sobre normas, rotinas e procedimentos a serem adotados por ocasião da admissão para o parto. Na visita a gestante e acompanhante tem oportunidade de conhecer os setores de recepção, a sala onde é realizada a classificação de risco, a sala de pré-parto, parto, centro cirúrgico e alojamento conjunto. Conhece também outros setores como o Serviço Social e o serviço de cartório. Ao final de cada mês, as maternidades encaminham ao Distrito de Saúde a informação de contra referência das gestantes que realizaram visita de vinculação e a quais unidades estão vinculadas, informação que, posteriormente é encaminhada às unidades de saúde. O pós-parto é outro momento de cuidado especial com a mulher e os serviços de saúde devem se organizar para garantir a atenção à puérpera. Na ocasião da alta hospitalar o Serviço Social das maternidades encaminha mãe e bebê

para consulta na unidade de saúde onde foi realizado o pré-natal. As consultas são pré-agendadas monitoradas pela área técnica de saúde da mulher. A consulta do bebê deve ser realizada na primeira semana de saúde integral, a qual engloba um conjunto de ações de atenção à saúde das puerperais e dos recém-nascidos, com o intuito de reduzir a morbimortalidade materno-infantil. **RESULTADOS E/OU IMPACTOS:** O processo de vinculação das gestantes tem aproximado as equipes das famílias sobre sua responsabilidade, ampliando a possibilidade de identificação das gestantes vulneráveis, promovendo a continuidade do cuidado e o desenvolvimento de ações de vigilância à saúde. As equipes de saúde têm estado mais atentas as gestantes e as crianças que não comparecerem à Unidade de Saúde, realizando busca ativa das mães e crianças. Como resultado desse processo, observa-se que as Unidades do Distrito de Saúde Sul, no decorrer de 2014, encaminharam 685 gestantes que realizaram visita de vinculação às maternidades. Esta é uma experiência exitosa que tem estimulado a reflexão sobre a necessidade de melhoria dos processos de trabalho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Apesar da ampliação da cobertura de pré-natal, a qualidade da assistência pré-natal ainda é uma preocupação para a saúde pública. A presença do binômio (mãe e bebê) na unidade de saúde é um momento de suma importância, no qual as equipes devem avaliar as condições de saúde da mãe e da criança, estimular o aleitamento materno e apoiar às dificuldades apresentadas.